

RAPORT Z MONITORINGU OPIEKI LAKTACYJNEJ W POLSCE ZA LATA 2018-2022



Redakcja merytoryczna: Katarzyna Kołodziejczyk, Dorota Mrozowicz-Grodzka

Autorki raportu:

Katarzyna Kołodziejczyk, Dorota Mrozowicz-Grodzka, Anna Koronkiewicz-Wiórek,
Katarzyna Łubiech

Opracowanie statystyczne: Jadwiga Biegańska, Elżbieta Grzelak-Kostulska

Opracowanie graficzne: Katarzyna Kołodziejczyk

Konsultacje merytoryczne: Grzegorz Wójkowski, Maria Godlewska, Karolina Morze

Raport powstał w ramach projektu "**Karmienie mlekiem mamy prawem mamy i dziecka**", realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG

Iceland 
Liechtenstein **Active**
Norway **citizens fund**

© Copyright by Stowarzyszenie Małyssak

Bydgoszcz 2023-11-30

Małyssak
Stowarzyszenie

Stowarzyszenie Małyssak

<https://stowarzyszenie.malyssak.pl/>

kontakt@malyssak.pl

Autorstwo poszczególnych rozdziałów i jednostek redakcyjnych:

Podrozdziały 2.3. i 4.4.: Anna Koronkiewicz-Wiórek (omówienie problematyki marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych, ocena wyników raportu pod kątem naruszeń Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. oraz obowiązujących w Polsce przepisów prawa) i Katarzyna Kołodziejczyk

Podrozdział 3.2.13.: Katarzyna Kołodziejczyk; Anna Koronkiewicz-Wiórek (omówienie problematyki marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych, ocena wyników raportu pod kątem naruszeń Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. oraz obowiązujących w Polsce przepisów prawa), Dorota Mrozowicz-Grodzka

Podsumowanie i wnioski oraz rekomendacje: Katarzyna Kołodziejczyk, Dorota Mrozowicz-Grodzka, Anna Koronkiewicz-Wiórek, Katarzyna Łubiech

Pozostałe rozdziały i pozostałe jednostki redakcyjne: Katarzyna Kołodziejczyk, Dorota Mrozowicz-Grodzka, Katarzyna Łubiech

Informacje o autorkach:

Katarzyna Kołodziejczyk – prezeska Stowarzyszenia Małyssak, certyfikowana Promotorka Karmienia Piersią, tworzy grafiki promujące karmienia piersią (<https://malyssak.pl/malossakowe-grafiki/>), edukuje o karmieniu piersią przyszłych i obecnych rodziców. Absolwentka Szkoły Inicjatyw Strażniczych Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska. Posiada wykształcenie techniczne i w organizacji poza realizowaniem projektów i czuwaniem nad prawidłowym funkcjonowaniem Stowarzyszenia, odpowiada także za stronę graficzno-informatyczną. Mama dwójki córek, które łącznie karmiła 9 lat.

Dorota Mrozowicz-Grodzka – wiceprezeska Stowarzyszenia Małyssak, Asystentka zdrowia, działaczka społeczna, członkini Bydgoskiego Alarmu Smogowego i Bydgoskiego Ruchu Miejskiego, członkini Bydgoskiej Rady Pożytku Publicznego. Mama córki i syna, których łącznie karmiła 5,5 roku.

Anna Koronkiewicz-Wiórek – doktor nauk prawnych, adwokat, certyfikowany Promotor Karmienia Piersią, członek IBFAN, prezes Zarządu Stowarzyszenia Ochrony, Promocji i Wsparcia Karmienia Piersią, autorka strony informacyjno-edukacyjnej Prawo i Laktacja (www.prawoilaktacja.pl). Specjalistka z zakresu prawnych aspektów marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce wraz z następującymi po nim rezolucjami WHA. Mama syna i córki karmionych piersią łącznie ponad 7 lat.

Katarzyna Łubiech – absolwentka medycyny weterynaryjnej, członkini Stowarzyszenia Małyssak, w przeszłości Honorowa Dawczyni Mleka Kobięcego. Obecnie zaangażowana w pracę naukową nad właściwościami mleka kobiecego. Mama syna karmionego piersią przez 3 lata.



Ogromne podziękowania należą się kobietom, które zechciały poświęcić swój czas na wypełnienie ankiety. Szczególne podziękowania ślemy tym z nich, które zdecydowały się porozmawiać z nami osobiście. Dziękujemy zakręconym na punkcie laktacji osobom z personelu medycznego, które naświetliły nam wiele spraw. Dziękujemy osobom, które poświęciły swój czas na czytanie i sprawdzanie setek stron przed publikacją. Dziękujemy za merytoryczne konsultacje. Dziękujemy wszystkim, którzy wierzyli w ten projekt i wspierali nas!



SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	6
SŁOWNIK POJĘĆ I SKRÓTÓW	11
WSTĘP.....	19
INFORMACJE O PROJEKCIE.....	21
ZDROWIE W MLEKU MATKI.....	23
AKTORZY OPIEKI LAKTACYJNEJ	33
NARZĘDZIA MONITORINGU	35
ANKIETA SKIEROWANA DO KOBIET	35
WYWIADY POGŁĘBIONE Z KOBIETAMI	37
WYWIADY POGŁĘBIONE Z PERSONELEM MEDYCZNYM.....	38
ZAPYTANIA DO INSTYTUCJI WYSŁANE W TRYBIE DOSTĘPU DO INFORMACJI PUBLICZNEJ.....	39
OGRANICZENIA MONITORINGU I ZASTRZEŻENIA.....	40
POZYSKANE DANE I WYNIKI MONITORINGU.....	44
1. MOTYWACJA KOBIET DO UDZIAŁU W MONITORINGU ORAZ DANE WSTĘPNE	44
2. OPIEKA PRZEDPORODOWA	55
2.1. PROWADZENIE CIĄŻY.....	56
2.1.1. PRZEKAZYWANIE WIEDZY O LAKTACJI PRZEZ GINEKOLOGA	61
2.1.2. INFORMOWANIE O EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ PRZEZ GINEKOLOGA	66
2.2. EDUKACJA PRZEDPORODOWA.....	70
2.2.1. ROLA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ	70
2.2.2. DOSTĘPNOŚĆ EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ	80



2.2.3. EDUKACJA PRZEDPORODOWA, A EDUKACJA O KARMIENIU PIERSIĄ.....	92
2.3. OCHRONA Kobiet W CIĄŻY, MATEK I DZIECI PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI	104
2.4. EDUKACJA WE WŁASNYM ZAKRESIE.....	128
3. OKRES OKOŁOPORODOWY.....	132
3.1. WSTĘPNE DANE ANKIETOWE.....	132
3.2. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU.....	139
3.2.1. DOBROSTAN PSYCHOFIZYCZNY MATKI.....	146
3.2.2. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY	156
3.2.3. PRZEBYWANIE MATKI I NOWORODKA RAZEM PO PORODZIE	189
3.2.4. RUTYNOWE BADANIA NOWORODKA I CZYNNOSCI PIELĘGNACYJNE.....	205
3.2.5. ANATOMIA I BADANIE PIERSI	214
3.2.6. POMOC I WSKAZÓWKI UDZIELANE MATCE.....	242
3.2.7. OCENA UMIEJĘTNOŚCI SSANIA I EFEKTYWNOŚCI POBIERANIA POKARMU	271
3.2.8. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NIESKUTECZNEGO KARMIENIA PIERSIĄ.....	284
3.2.9. INSTRUKTAŻ RĘCZNEGO POZYSKIWANIA POKARMU	334
3.2.10. NIESTOSOWANIE SMOCZKÓW DO USPOKAJANIA.....	343
3.2.11. ZAPEWNIENIE SPRZĘTU DO POZYSKIWANIA POKARMU KOBIECEGO I STYMULACJA LAKTACJI.....	349
3.2.12. WCZEŚNIACTWO I INNE TRUDNOŚCI ZDROWOTNE NOWORODKA	372
3.2.13. PODSUMOWANIE DANYCH O ŻYWIENIU VS. WIEDZA PERSONELU SZPITALA I OCHRONA MATEK I NOWORODKÓW PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI.....	409
4. OPIEKA ŚRODOWISKOWA NAD MATKĄ I DZIECKIEM PO PORODZIE	467
4.1. OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ	471
4.1.1. DOSTĘPNOŚĆ I ILOŚĆ WIZYT PATRONAŻOWYCH	471



4.1.2. PRZEBIEG WIZYT PATRONAŻOWYCH, A WSPARCIE W KARMIENIU PIERSIĄ ORAZ KONTAKT PO ZAKOŃCZENIU WIZYT.....	514
4.1.3. OCENA ROLI POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ W CAŁOKSZTAŁCIE OPIEKI NAD LAKTACJĄ	584
4.2. OPIEKA PIELĘGNIARKI POZ.....	621
4.3. OPIEKA PEDIATRYCZNA.....	641
4.4. OCHRONA RODZIN PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI W OPIECE ŚRODOWISKOWEJ	673
4.5. WSPARCIE NIEMEDYCZNE.....	694
5. OPIEKA SPECJALISTYCZNA NAD DZIECKIEM KARMIONYM PIERSIĄ LUB MLEKIEM MATKI	708
5.1. HOSPITALIZACJA DZIECKA KARMIONEGO PIERSIĄ LUB MLEKIEM MATKI	718
6. OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ W OKRESIE LAKTACJI.....	736
6.1. POSTAWA WOBEC KARMIENIA PIERSIĄ.....	738
6.2. WDRAŻANIE LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO, TERAPII I ZLECANIE BADAŃ.....	750
6.2.1. USG PIERSI	785
6.2.2. RTG I INNE BADANIA OBRAZOWE.....	794
6.2.3. OPIEKA STOMATOLOGICZNA.....	802
6.3. POBYT MATKI W SZPITALU	806
7. ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI.....	819
PODSUMOWANIE I WNIOSKI	859
EDUKACJA PRZEDPORODOWA	860
OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU	863
OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ.....	875
SPECJALISTYCZNE PORADNICTWO LAKTACYJNE ORAZ WSPARCIE NIEMEDYCZNE.....	885
OCHRONA PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI W OBSZARZE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA	889



OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ W OKRESIE LAKTACJI.....	895
EDUKACJA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE LAKTACJI I KARMIEŃ PIERSIĄ	898
ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI.....	902
REKOMENDACJE.....	905
SPIS RYCIN	910
SPIS TABEL.....	918
BIBLIOGRAFIA.....	919
POLECANE STRONY INTERNETOWE	932
ZAŁĄCZNIK 1 – DODATKOWE RYCINY Z PODZIAŁEM NA LATA.....	934
A. OPIEKA PRZEDPORODOWA.....	934
B. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU	937
C. OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ.....	943
D. OCHRONA PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI.....	948
E. ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI	954
SPIS RYCIN DO ZAŁ. 1.....	955





KARMIENIE
MLEKIEM MAMY
PRAWEM MAMY I DZIECKA



SŁOWNIK POJĘĆ I SKRÓTÓW

Bank Mleka Kobięcego (BMK) – laboratorium funkcjonujące przy szpitalu, w którym pozyskuje się mleko kobiece od Honorowych Dawczyń Mleka Kobięcego (HDMK), czyli kobiet które nieodpłatnie przekazują własne mleko, w celu docelowej podaży tego mleka w szczególności dzieciom przedwcześnie urodzonym i chorym. Aby zostać HDMK należy przejść proces rekrutacji oraz wykonać odpowiednie badania zgodnie z wymogami BMK. Dopiero po pozytywnej weryfikacji potencjalnej dawczynie może ona przystąpić do oddawania własnego mleka. Mleko kobiece w Polsce jest poddawane tzw. pasteryzacji Holtera, czyli ogrzewane do temperatury 62,5°C. W Polsce inicjatywą wdrażania BMK oraz ich popularyzacją zajmuje się Fundacja Bank Mleka Kobięcego: <https://bankmleka.pl/>. Obecnie w Polsce funkcjonuje 16 BMK, które dostarczają mleko kobiece do placówek w danym regionie.

Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna (CDL) – osoba z wykształceniem medycznym, która ukończyła kurs realizowany przez Centrum Nauki o Laktacji w Polsce (CNoL) i otrzymała tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego. Ukończenie kursu wg organizatora oznacza nabycie odpowiedniej wiedzy i umiejętności, aby profesjonalnie i odpowiedzialnie prowadzić specjalistyczne poradnictwo laktacyjne. Recertyfikacja następuje co 7 lat.

Ciąża fizjologiczna – ciąża, o prawidłowym przebiegu, w której nie występują odbiegające od przyjętych norm fizjologicznych zdarzenia, zmiany.

Deklaracja wyboru położnej POZ – opieka położnej POZ oparta jest na prawie do imiennego wyboru położnej POZ, poprzez wypełnienie deklaracji wyboru, którą składa się u położnej prowadzącej indywidualną praktykę lub w przychodni POZ; informację o tym do której położnej podstawowej opieki zdrowotnej została złożona deklaracja można sprawdzić na Internetowym Koncie Pacjenta (<https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>).

Doradczyni/doradca laktacyjny – w niniejszym raporcie określenie to będzie się pojawiało wielokrotnie w szczególności w cytatach kobiet. Jest to potoczne określenie osoby z personelu medycznego, która posiada dodatkowe kwalifikacje z poradnictwa laktacyjnego, najczęściej poświadczone uzyskanymi certyfikatami np. Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego (CDL), Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego IBCLC (tytuł ten mogą uzyskać również osoby nieposiadające zawodu medycznego po przejściu odpowiednich



szkoleń i praktyk w ramach kursu), czy edukatora ds. laktacji (dostępny dla położnych). Pomimo, że w innych krajach istnieje zawód doradcy/konsultanta laktacyjnego, to w Polsce takiego zawodu nie ma, a posiadanie certyfikatów nie znajduje odzwierciedlenia w strukturze zatrudnienia czy na stanowiskach, z jedynym wyjątkiem, kiedy to położna może być w podmiocie leczniczym świadczącym opiekę okołoporodową zatrudniona na stanowisku edukatora ds. laktacji po ukończeniu tegoż kursu.

Edukacja przedporodowa – świadczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej świadczone przez położną POZ, z którego mogą skorzystać kobiety w ciąży - od 21 tygodnia ciąży raz w tygodniu, zaś od 32 tygodnia ciąży do jej rozwiązania 2 razy w tygodniu; edukacja przedporodowa również wymieniona została w SOOO, w którym został określony ramowy program edukacji przedporodowej, co w znacznym stopniu ujednoliciło treści przekazywane kobietom w ciąży i wskazanym przez nią osobom bliskim.

Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (the United Nations Children's Fund, UNICEF) – organizacja humanitarna i rozwojowa działająca na rzecz dzieci, będąca częścią systemu Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Konsultant laktacyjny IBCLC – osoba, która ukończyła kurs na Międzynarodowego Dyplomowanego Konsultanta Laktacyjnego - International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC). Kurs jest kierowany zarówno do osób z wykształceniem medycznym, jak i niemedyceznym. Osoba posiada odpowiednią wiedzę i umiejętności do wspierania kobiet karmiących. Kluczową częścią obowiązków Konsultanta Laktacyjnego IBCLC jest przestrzeganie zasad i celów wyrażonych w Międzynarodowym Kodeksie Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce wraz z kolejnymi rezolucjami WHA. Recertyfikacja następuje co 5 lat.

Kontakt „skóra do skóry” (kontakt SDS) – to położenie nagiego dziecka tuż po urodzeniu, na brzuchu matki. Mierzenie, ważenie, mycie, ubieranie, inne czynności pielęgnacyjne, standardowe badania noworodka powinny odbywać się dopiero po ok. 2 godzinach od porodu, czyli PO odbytym nieprzerwanym kontakcie “skóra do skóry”. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.



Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ, lekarz rodzinny/internista, lekarz pediatra, lekarz rodzinny) – lekarz pierwszego kontaktu, do którego pacjent zgłasza się w razie choroby, na okresowe badania kontrolne oraz szczepienia; może być to specjalista medycyny rodzinnej lub internista (dzieci są pod opieką specjalisty medycyny rodzinnej lub pediatri¹); planuje i realizuje opiekę lekarską w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia, profilaktykę chorób, rozpoznawanie i leczenie chorób oraz rehabilitację (art. 12 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej – Dz. U. 2017 poz. 2217, z późn. zm.).

Laktacja – proces wydzielania mleka przez gruczoły mlekowe kobiet i samic ssaków, który u kobiet rozpoczyna się już w ciąży.

Mieszanka – preparat zastępujący mleko kobiece przeznaczony do żywienia dzieci w sytuacjach, kiedy nie jest możliwe karmienie piersią lub mlekiem kobiecym (inne popularne nazwy: mleko modyfikowane, mieszanka mlekozastępcza, preparat mlekozastępczy, sztuczna mieszanka, mleko sztuczne, formuła); w prawie polskim i unijnym wyróżnia się następujące rodzaje mieszanek: preparaty do początkowego żywienia niemowląt/mleko początkowe, preparaty do dalszego żywienia niemowląt/mleko następne, żywność specjalnego przeznaczenia medycznego opracowana w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt, tzw. napoje na bazie mleka i podobne produkty przeznaczone dla małych dzieci (tzw. mleko typu Junior).

Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) wraz z następującymi po nim rezolucjami WHA (Kodeks WHO) – jest zbiorem rekomendacji regulujących szeroko rozumiany marketing produktów zastępujących mleko kobiece, butelek do karmienia i smoczków do nich. Określa obowiązki producentów i dystrybutorów, szeroko rozumianych pracowników ochrony zdrowia, rządów i organizacji w odniesieniu do marketingu produktów objętych jego zakresem. Został przyjęty w 1981 r. przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) i jest systematycznie uzupełniany przez następujące po nim rezolucje WHA, razem z którymi stanowi całość – minimum, jakie jest rekomendowane do zaimplementowania przez państwa członkowskie WHO. Jego celem jest przyczynienie się do zapewnienia bezpiecznego i odpowiedniego żywienia niemowląt poprzez ochronę i promowanie karmienia piersią oraz poprzez zapewnienie właściwego używania tam, gdzie jest to konieczne, produktów zastępujących mleko kobiece. Kodeks zakazuje promocji, ale nie

¹ <https://pacjent.gov.pl/podstawowa-opieka-zdrowotna> [dostęp: 30.11.2023]

sprzedaży i dostępności produktów objętych jego zakresem. Obejmuje on następujące produkty: wszelkie mleka lub produkty, które można wykorzystać do zastąpienia mleka, przeznaczone do karmienia dzieci do 3. r. ż., w tym wszystkie rodzaje mieszanek; inne pokarmy i napoje promowane jako odpowiednie do karmienia dziecka w ciągu pierwszych 6. m. ż., w tym żywność uzupełniająca promowana jako odpowiednia dla niemowląt poniżej 6. m. ż. (np. dania w słoiczkach, kaszki, herbatki, soczki i woda dla dzieci); butelki do karmienia i smoczki do nich. Treść kodeksu i rezolucji jest dostępna na stronie WHO².

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – instytucja, która finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki.

Ocena wg skali Apgar – ocena koloru skóry, pulsu, reakcji na bodźce, napięcia mięśniowego i oddychania u noworodka, wykonywana w kontakcie SDS na brzuchu matki, pod warunkiem, że nie występują przeciwwskazania zdrowotne wcześniej.

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (OW NFZ) – wojewódzki oddział NFZ, który obsługuje świadczenia zdrowotne ubezpieczonych w danym województwie.

Okres porodu – etap porodu; dzielimy poród na: I okres porodu, który liczony jest od pojawienia się pierwszych skurczów do pełnego zgładzenia i rozwarcia szyjki macicy; II okres porodu, który rozpoczyna się od razu po zakończeniu I okresu i trwa do urodzenia noworodka włącznie; III okres porodu, który trwa już po urodzeniu noworodka i obejmuje oddzielenie się łożyska i jego urodzenie; IV okres porodu, w którym już po urodzeniu dziecka i łożyska para matka i dziecko poddawane są obserwacji, trwający 2 godziny.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych – organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych mający na celu czuwanie nad przestrzeganiem przepisów prawa dotyczącego wykonywania zawodu i zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. Samorząd pielęgniarek i położnych powstał w celu reprezentowania osób wykonujących zawód pielęgniarki i zawód położnej oraz sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Jednostkami organizacyjnymi samorządu posiadającymi osobowość prawną jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) oraz 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

² WHO, *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes 1981 and subsequent relevant World Health Assembly Resolutions*, <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions> [dostęp: 30.11.2023]

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka POZ, pielęgniarka rodzinna, pielęgniarka środowiskowa) – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zajmuje się w szczególności oceną prawidłowości rozwoju fizycznego dzieci (do 18 roku życia) na podstawie testów przesiewowych w czasie wizyty patronażowej, szczepień i bilansów.

Plan porodu – dokument, który kobieta ma prawo spisać będąc jeszcze w ciąży i zawrzeć w nim swoje wybory, oczekiwania co do postępowania medycznego podczas porodu, jak również opieki bezpośrednio po porodzie. Dokument ten należy dostarczyć w momencie przyjazdu do szpitala. Wówczas staje się on częścią dokumentacji medycznej. Plan porodu może być modyfikowany, jeśli sytuacja zdrowotna kobiety ciężarnej tego wymaga lub zmieniają się jej potrzeby i oczekiwania w trakcie opieki.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) - jest częścią systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z NFZ, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym (wymienionym w art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – Dz. U. 2004 nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) świadczenie opieki zdrowotnej pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w niektórych przypadkach także w domu pacjenta. Oparta jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej³, poprzez wypełnienie deklaracji wyboru; informację o tym do którego lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej została złożona deklaracja wyboru można sprawdzić na Internetowym Koncie Pacjenta (<https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>).

Położna podstawowej opieki zdrowotnej (położna POZ, położna środowiskowo-rodzinna, położna środowiskowa, położna rodzinna) – położna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej planuje i realizuje pielęgniacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgniacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych (art. 12 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej); opiekuje się kobietami w każdym wieku (od urodzenia) i noworodkami płci męskiej do drugiego miesiąca życia.

³ <https://nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/> [dostęp: 30.11.2023]

Poród drogami natury – oznacza, że w trakcie porodu drogą pochwową zastosowano przynajmniej jedną interwencję medyczną lub farmakologiczną np. oksytocyna, znieczulenie, nacięcie krocza, kleszcze, próżniociąg położniczy lub inne.

Poród siłami natury – oznacza poród drogą pochwową, przy jednoczesnym braku zastosowania jakiegokolwiek interwencji medycznej, farmakologicznej.

Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej (przychodnia POZ) – miejsce udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z NFZ, stanowiące miejsce pierwszego kontaktu z opieką zdrowotną; kobieta i/lub dziecko mogą być zarejestrowani do wybranego lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w ramach tej opieki zdrowotnej.

Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej (S000) – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. 2018 poz. 1756, z późn. zm.) to dokument, który w sposób kompleksowy obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard obowiązuje we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej i jest wiążącym personel medyczny aktem prawnym. Dokument jest dostępny w Internetowym Systemie Aktów Prawnych ([link do S000](#)). S000 wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. z wyjątkiem przepisu części XIII ust. 3 pkt 8, dotyczącego zapewnienia każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. S000 w dużym stopniu powtarza regulację zawartą w poprzednich dokumentach, na bazie których powstał⁴. Zmiany na korzyść dotyczą m.in. karmienia piersią, edukacji przedporodowej, zdrowia psychicznego i ochrony przed wpływami marketingowymi.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2007), a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. z 2015 r. poz. 1997). Wspomniane akty prawne zostały uchylone z dniem 31 grudnia 2018 r. i zastąpione S000.



Stopień referencyjności szpitala (poziom referencyjności szpitala) – oznacza poziom wyspecjalizowania szpitala. Wyróżniamy 3 stopnie referencyjności: I stopień referencyjności, II stopień referencyjności, III stopień referencyjności. Szpitale o I stopniu referencyjności przygotowane są do przyjmowania kobiet w ciąży niepowikłanej, bez większych problemów i rodzących w terminie. Szpitale o II stopniu referencyjności zajmują się ciążami zagrożonymi. W tych szpitalach musi znajdować się oddział intensywnej terapii dla wcześniaków. Szpitale o III stopniu referencyjności zajmują się ciążami mocno zagrożonymi lub w ich patologicznym przebiegu oraz noworodkami urodzonymi przedwcześnie (przed 31 tyg. ciąży).

System „matka z dzieckiem” (system rooming-in) – oznacza, że o ile nie zachodzą u obojga przeciwwskazania zdrowotne, to dziecko i matka razem przewożeni są z sali porodowej na salę oddziału położniczego i tam wspólnie przebywają do końca pobytu w szpitalu, zaś wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są w obecności matki w sali.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) – działa w ramach systemu Narodów Zjednoczonych. Jest odpowiedzialna za najważniejsze kwestie w ochronie zdrowia, m.in.: ustala normy i standardy, np. dotyczące składu leków i jakości żywności, tworzy politykę zdrowotną opartą na wiedzy naukowej, zarządza kryzysami zdrowotnymi, śledzi i ocenia tendencje zdrowotne na świecie⁵.

Światowe Zgromadzenie Zdrowia (World Health Assembly, WHA) – jest najwyższym organem decyzyjnym Światowej Organizacji Zdrowia, który zbiera się raz w roku, a w jego skład wchodzi przedstawiciele wszystkich krajów członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia.

Wytyczne WHO z 2016 r. w sprawie zakończenia niewłaściwej promocji żywności dla niemowląt i małych dzieci (Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children, Wytyczne WHO z 2016 r.) – zawierają m.in. zalecenia dotyczące marketingu komercyjnej żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci w wieku 6-36 miesięcy oraz określają, co stanowi konflikt interesów w systemie ochrony zdrowia. Zostały zaakceptowane przez WHA w rezolucji 69.9 z 2016 r.⁶ Powinny być stosowane i wdrożone

⁵ WHO, *What is the World Health Organization? Frequently asked questions*, <https://who.int/about/frequently-asked-questions> [dostęp: 30.11.2023]

⁶ WHA rezolucja 69.9, *Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children*, 2016, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R9-en.pdf [dostęp: 30.11.2023]



razem z Kodeksem WHO w celu zapewnienia minimalnego standardu ochrony prawidłowych praktyk żywienia niemowląt i małych dzieci przed wpływami marketingowymi^{7,8}. Dokument z wytycznymi jest dostępny na stronie WHO⁹.

Zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ – zarządzenie z dnia 29 czerwca 2022 r. wydane przez Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

⁷ Por.: WHO Regional Office for Europe, *Effective regulatory frameworks for ending inappropriate marketing of breast-milk substitutes and foods for infants and young children in the WHO European Region*, Kopenhaga 2022, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352003/WHO-EURO-2022-4885-44648-63367-eng.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

⁸ Por.: UNICEF, *What I Should Know About 'the Code': A Guide to Implementation, compliance and Identifying Violations*, 2023, <https://globalbreastfeedingcollective.org/media/2121/file> [dostęp: 30.11.2023]

⁹ WHO, *Maternal, infant and young child nutrition. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children*, A69/7 Add. 1 2016, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf?ua=1 [dostęp: 30.11.2023]



WSTĘP

Laktacja wg słownika PWN to wydzielanie mleka przez gruczoły mleczne kobiet i samic ssaków. Proces laktogenezy, czyli produkcji mleka rozpoczyna się już około 12-16 tygodnia ciąży¹⁰. Opieka laktacyjna w polskim systemie opieki zdrowotnej i w polskim prawie nie została zdefiniowana. Wpisując w wyszukiwarkę internetową frazę „Opieka laktacyjna”, w wynikach wyszukiwania nie znajdujemy stron rządowych. Wpisanie tej frazy w wyszukiwarkę na stronie gov.pl przynosi losowe, zupełnie nie związane z tematem rezultaty, w przeciwieństwie do frazy „Karmienie piersią”, dla której odnotowujemy adekwatne wpisy. Ponadto fraza „Opieka laktacyjna” występuje jednokrotnie w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej (który w niniejszym raporcie będzie wspomniany jeszcze wielokrotnie). Jednak fraza ta nie została w nim zdefiniowana. W dodatku została użyta w ostatnim dziale. Lepiej rozpoznany terminem jest „Opieka okołoporodowa”, dla której został stworzony właśnie wymieniony wyżej standard organizacyjny. Na stronie Ministerstwa Zdrowia została zdefiniowana następująco: „Opieka okołoporodowa to bardzo ważny element opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną. Jej zakres i jakość mają bezpośredni wpływ na zdrowie kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu oraz narodzonych dzieci”¹¹. Wydaje się, że opieka laktacyjna będzie wpisywać się w zakres opieki okołoporodowej, jednak należy zwrócić uwagę na to, że dla kobiety wg powyższej definicji opieka okołoporodowa kończy się wraz z zakończeniem połogu. Wiemy jednak, że laktacja kobiety może trwać o wiele dłużej. Podobna nieścisłość tyczy się frazy „narodzonych dzieci”. Jak dużą wiekowo grupę obejmuje ten termin? Wg Światowej Organizacji Zdrowia rekomendowany czas wyłącznego karmienia piersią to pierwsze 6 miesięcy życia dziecka oraz rekomendowany czas karmienia piersią wraz z jednoczesnym rozszerzaniem diety dziecka to 2 lata i dłużej, jeśli matka i dziecko tego chcą^{12 13}. W tym kontekście opieka laktacyjna nad matką i dzieckiem może trwać nawet kilka lat.

Co, wobec powyższego, mają na myśli autorki monitoringu przyjmując określenie „Opieka laktacyjna” jako główny element odniesienia? Jak sam tytuł raportu wskazuje, podjęliśmy się monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce, czyli właściwie czego? Dokonałyśmy przeglądu

¹⁰ Lawrence R. A., Lawrence R.M., „*Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession*”, Elsevier 2021, s. 63.

¹¹ Opieka okołoporodowa, <https://gov.pl/web/zdrowie/opieka-okoloporodowa> [dostęp: 30.11.2023]

¹² https://who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2 [dostęp: 30.11.2023]

¹³ <https://gov.pl/web/zdrowie/karmienie-piersia> [dostęp: 30.11.2023]



aktów prawnych, w szczególności ustaw oraz rozporządzeń w poszukiwaniu choćby najmniejszych odniesień do karmienia piersią lub karmienia odciągniętym mlekiem matki. W pewnych dokumentach udało nam się to odniesienie odnaleźć bezpośrednio, w innych pośrednio, a w jeszcze innych tych zapisów nie ma, choć nasza intuicja podpowiada nam, że być powinny. Uważamy bowiem, że:

W każdym momencie, w którym kobieta w okresie ciąży, po porodzie oraz w okresie całej laktacji oraz jej dziecko/dzieci karmione piersią lub mlekiem kobiecym mają styczność z systemem opieki zdrowotnej, powinni mieć zapewnioną opiekę uwzględniającą ten fakt, czyli opiekę laktacyjną.

Być może w przyszłości opieka laktacyjna zostanie zdefiniowana przez ustawodawcę. Póki co, pozostaje to w strefie naszych marzeń. Skupiając się na tym, co jest dostępne matkom i ich dzieciom tu i teraz, stworzyliśmy unikalny na skalę kraju raport, gdyż w sposób kompleksowy ujmuje on w szczególności finansowaną ze środków publicznych opiekę nad matką i dzieckiem w kontekście laktacji od czasu ciąży po okres zakończenia laktacji. Raport ten często zatrważa, czasem śmieszy. Jednak zawsze jest to śmiech przez łzy. Zapraszamy więc do lektury, w nadziei na lepsze jutro dla opieki laktacyjnej w Polsce. Niech:



Kropla drąży... system



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

INFORMACJE O PROJEKCIE

Stowarzyszenie Małyssak zostało zarejestrowane w 2019 roku w Krajowym Rejestrze Sądowym. Stowarzyszenie zajmuje się działalnością pożytku publicznego, a w szczególności: promocją karmienia piersią, edukacją okołoporodową, zdrowiem psychicznym rodziców oraz tworzeniem grup wsparcia dla rodziców.

Stowarzyszenie Małyssak uzyskało finansowanie z dotacji z programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG, na realizację projektu pt. „Karmienie mlekiem mamy prawem mamy i dziecka” na lata 2022-2023.

Cel projektu „Karmienie mlekiem mamy prawem mamy i dziecka” to ocena stanu opieki okołoporodowej finansowanej ze środków publicznych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem opieki laktacyjnej, na podstawie przeprowadzonego monitoringu (w wyniku którego powstał niniejszy raport), a następnie działania na rzecz poprawy opieki laktacyjnej zakończone złożeniem petycji oraz podniesieniem świadomości istnienia problemu wśród opinii publicznej i wzrostem wiedzy wśród osób, które wzięły udział w webinarach i wykładach na temat opieki okołoporodowej i prawa do niej, laktacji, leków w laktacji, marketingu produktów zastępujących mleko kobiece i karmienia piersią.

Kobieta ma prawo do rzetelnej informacji i stosownej opieki medycznej, którą powinna otrzymać, aby z powodzeniem karmić swoim mlekiem i odnosić z tego korzyści finansowe i zdrowotne.

Dziecko ma prawo do korzyści zdrowotnych i psychospołecznych wynikających z bycia karmionym mlekiem matki.

W kontekście praw człowieka prawo do karmienia piersią oraz mlekiem kobiecym to prawo do rzetelnej opieki medycznej, prawo do zdrowego życia, prywatności oraz samostanowienia.



W ramach realizacji projektu powstała „Koalicja na rzecz zmian w opiece laktacyjnej w Polsce”, którą tworzą: Stowarzyszenie Tulimy Mamy, Fundacja Mlekiem Mamy, Fundacja Matecznik, Fundacja „Specjaliści Dzieciom”, Fundacja Mama na Huśtawce, Stowarzyszenie Ochrony, Promocji i Wsparcia Karmienia Piersią, Hafija.pl, Laktaceuta.pl oraz Prawoilaktacja.pl. Drogim koalicjantom dziękujemy za wszelkie uwagi i pomysły w trakcie realizacji projektu oraz szlify niniejszego raportu.



Informacje o projekcie „Karmienie mlekiem mamy prawem mamy i dziecka” są dostępne na stronie projektu ([link do strony](#)).



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

ZDROWIE W MLEKU MATKI



Bez wiedzy na temat tego, jakie jest ryzyko zdrowotne związane z nierozpoczęciem karmienia piersią lub jego przedwczesnym zakończeniem, trudno rzetelnie rozpatrywać zebrane dane oraz pochylić się nad zagadnieniem opieki laktacyjnej. Karmienie piersią bowiem jest normą i to odstępstwa od tej normy powinny być rozpatrywane jako czynniki ryzyka dla zdrowia zarówno matki, jak i dziecka, a co za tym idzie całego społeczeństwa.

Karmienie piersią to naturalna kontynuacja cyklu reprodukcyjnego człowieka, która ma zapewnić dziecku największą szansę na przetrwanie¹⁴.

Karmienie piersią jest najczęściej rozpatrywane przez pryzmat korzyści. Jeśli jednak zdamy sobie sprawę, że jest ono WZORCEM, to jasno widzimy, że to brak karmienia piersią i/lub mlekiem matki lub jego przedwczesne zakończenie, a co za tym idzie zastąpienie mleka matki sztuczną mieszanką, sprawiają, że ponosimy tego konsekwencje jako jednostki i społeczeństwo w postaci zwiększonego ryzyka zachorowania na różnego rodzaju choroby. Brak karmienia piersią niesie ryzyko przedwczesnych zgonów kobiet i dzieci¹⁵.

¹⁴ Tomori C., Hernández-Cordero S., Busath N. i wsp., *What works to protect, promote and support breastfeeding on a large scale: A review of reviews*, Maternal and Child Nutrition 2022, 18 (Suppl 3):e13344, <https://doi.org/10.1111/mcn.13344> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵ Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R., *The cost of not breastfeeding: global results from a new tool*, Health Policy Plan 2019, 34(6):407-417, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050> [dostęp: 30.11.2023]



Mleko matki jest podstawą żywienia przez pierwszy rok życia dziecka i może być uzupełnieniem przez kolejne lata. Istotną rzeczą jest, aby państwo zapewniło kobietom i dzieciom dostęp do edukacji o karmieniu piersią, jak najlepsze warunki do inicjacji karmienia piersią i jego kontynuowania poprzez należytą opiekę laktacyjną oraz ochronę przed praktykami utrudniającymi i zaburzającymi ten proces, jednocześnie pozostawiając decyzję kobiecie o sposobie żywienia jej dziecka. Ważne, abyśmy jako społeczeństwo nie oceniali konkretnych matek i odnosili się do nich z szacunkiem. Pamiętając jednak, że troska o kobiety i dzieci w tej kwestii jest elementem publicznego systemu ochrony zdrowia i ma na celu zadbanie o jakość zdrowia całego społeczeństwa. Promocja i edukacja w tym zakresie jest zatem naszą wspólną sprawą.

Karmienie piersią to wzorzec, do którego odnosimy inne formy żywienia.

Mleko kobiece jest źródłem składników bioaktywnych, które mają działanie protekcyjne, chronią przed infekcjami oraz mają wpływ na dojrzewanie układu odpornościowego, a także rozwój poszczególnych narządów organizmu^{16, 17, 18}. W mleku kobiecym znajdują się komórki macierzyste, mające potencjał „przeprogramowania” w celu wytworzenia szerokiego zakresu tkanek ludzkich¹⁹. Pod wpływem mleka matki w żołądku dziecka powstaje kompleks białkowo-lipidowy tzw. HAMLET o specyficznym i szerokim działaniu bakteriobójczym i przeciwnowotworowym, pozbawionym działania niszczycielskiego wobec zdrowych komórek²⁰. Mleko kobiece jest źródłem oligosacharydów wpływających na sprawne funkcjonowanie układu odpornościowego. Wspierają one układ odpornościowy dziecka poprzez wpływ na mikrobiotę jelitową, jak również bezpośrednią stymulację komórek układu

¹⁶ Geddes D.T., Kakulas F., *7 Human Milk: Bioactive Components and Their Effects on the Infant and Beyond*, Breastfeeding and Breast Milk – from Biochemistry to Impact, (Ed, Family Larson – Rosenquist Foundation) Georg Thieme Verlag KG, The Global Health Network, 2018, <https://doi.org/10.21428/3d48c34a.de115c2a> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷ Ballard O., Morrow A.L., *Human milk composition: nutrients and bioactive factors*, Pediatric clinics of North America 2013, 60(1):49-74, <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁸ Vansarla G., Håkansson A.P., Bergenfelz, C., *HAMLET a human milk protein-lipid complex induces a pro-inflammatory phenotype of myeloid cells*, European journal of immunology 2020, 51(4): 965-977, <https://doi.org/10.1002/eji.202048813> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹ Mane S., Taneja S., Madala J.S. i wsp., *Study of Stem Cells in Human Milk*, The Cureus Journal of Medical Science 2022, 14(3):e23701, <https://doi.org/10.7759/cureus.23701> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰ Vansarla G., Håkansson A.P., Bergenfelz C., *HAMLET a human...*, j.w.



odpornościowego^{21, 22}. Zostało zidentyfikowanych ponad 200 oligosacharydów mleka kobiecego (w jednym z badań od 23 do 130 u każdej z badanych kobiet). Ich liczba i rodzaj mogą być zależne od czynników genetycznych, natomiast ich kompozycja dla każdego dziecka jest unikalna²³. Ich obecność może być również korzystna dla neurorozwoju niemowląt²⁴.

Zgodnie z powyższym, z jednej strony istotne jest to, czego dziecko NIE otrzymuje z mlekiem matki, jeśli NIE jest karmione piersią. Z drugiej strony produkty zastępujące mleko kobiece są żywnością wysoko przetworzoną. Nie bez znaczenia jest też aspekt związany z dbałością o środowisko naturalne, który w dobie kryzysu klimatycznego powinien być uwzględniany jako priorytetowy. Karmienie piersią jest bowiem zeroemisyjne, niewymagające produkcji dodatkowych opakowań, pojemników, podgrzewania pokarmu itp. Uprzemysłowienie jako czynnik środowiskowy, zewnętrzny ma wpływ na choroby cywilizacyjne. Procesy przemysłowe czy samo przygotowanie mieszanek stwarzają również ryzyko zanieczyszczeń. Nawet w krajach, w których powszechny jest dostęp do czystej wody i powszechna jest możliwość czyszczenia i dezynfekcji, istnieją zagrożenia związane ze sztucznym żywniem, a co za tym idzie z ryzykiem zdrowotnym dla dzieci. Niezachowanie środków higieny zarówno na etapie produkcji jak i przez „konsumenta” może przyczynić się do wystąpienia infekcji bakteryjnej. Szczególnie groźnymi patogenami są w tym przypadku *Salmonella* oraz *Cronobacter sakazakii*^{25, 26, 27, 28}. Karmienie mieszaną może stanowić także wyzwanie

²¹ Kulinich A., Liu L., *Human milk oligosaccharides: The role in the fine-tuning of innate immune responses*, Carbohydrate Research 2016, 432:62-70, <https://doi.org/10.1016/j.carres.2016.07.009> [dostęp: 30.11.2023]

²² Rosa F., Sharma A.K., Gurung M. i wsp., *Human Milk Oligosaccharides Impact Cellular and Inflammatory Gene Expression and Immune Response*, Frontiers in Immunology 2022, 13:907529, <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.907529> [dostęp: 30.11.2023]

²³ Geddes, D., Kakulas, F., *7 Human Milk: Bioactive Components...*, j.w.

²⁴ Berger P.K., Ong M.L., Bode L., Belfort M.B., *Human Milk Oligosaccharides and Infant Neurodevelopment: A Narrative Review*, Nutrients 2023, 15(3):719, <https://doi.org/10.3390/nu15030719> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵ Hunter C.J., Petrosyan M., Ford H.R., Prasadarao N.V., *Enterobacter sakazakii: an emerging pathogen in infants and neonates*, Surgical Infections (Larchmt) 2008, 9(5):533-9, <https://doi.org/10.1089/sur.2008.006> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶ Angulo F.J., Cahill S.M., Wachsmuth I. K. i wsp., *Powdered Infant Formula as a Source of Salmonella Infection in Infants*, Clinical Infectious Diseases 2008, 46(2):268–273, <https://doi.org/10.1086/524737> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷ FDA, *Cronobacter sakazakii*, 2023, <https://fda.gov/food/foodborne-pathogens/cronobacter-sakazakii> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸ CDC, *Cronobacter Infection and Infants*, 2023, <https://cdc.gov/cronobacter/infection-and-infants.html> [dostęp: 30.11.2023]



związane z dostępnością do produktu²⁹, chociażby w sytuacjach szczególnych, jak wojna, klęski żywiołowe. Mleko matki jest natomiast niezależne od dostaw prądu czy produktów na sklepowych półkach. Jednocześnie marketing substytutów mleka kobiecego negatywnie wpływa na karmienie piersią: globalna ich sprzedaż w 2014 r. wynosząca 44,8 miliarda dolarów pokazuje wysoką, konkurencyjną pozycję w stosunku do karmienia piersią, branży związanej z karmieniem niemowląt³⁰.

Również warto zdać sobie sprawę, jak wielki wpływ na współczesne choroby cywilizacyjne ma nieprawidłowy wzorzec żywienia we wczesnym dzieciństwie. Słownik PWN definiuje choroby cywilizacyjne jako: „schorzenia związane z ujemnymi skutkami życia w warunkach wysoko rozwiniętej cywilizacji; przyczyny: sytuacje stresowe, napięcia nerwowe, mała ruchliwość mięśniowa, oddziaływanie skażeń środowiska i hałasu, nieracjonalne odżywianie; są to głównie: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa i choroba wrzodowa, schorzenia alergiczne, otyłość, zaburzenia psychiczne”³¹. Jako choroby cywilizacyjne często wymieniane są także cukrzyca czy nowotwory. Niewątpliwie, są to choroby, na które nie można zachorować poprzez zakażenie, a rozwijają się one stopniowo w wyniku kombinacji wielu czynników, natomiast jednym z nich jest sposób żywienia.

Wobec tego, co wynika z badań naukowych w kontekście wczesnego żywienia i jego wpływu na zdrowie matki i dziecka w okresie zarówno krótko-, jak i długoterminowym? Sięgając do badań w kontekście zdrowia dzieci (o matkach za chwilę) możemy dowiedzieć się, że:

- Brak karmienia piersią wiąże się z większym ryzykiem otyłości i nadciśnienia w okresie dzieciństwa. Natomiast karmienie piersią może być elementem strategii zapobiegawczej zdrowia publicznego mającej na celu obniżenie poziomu chorób metabolicznych i sercowo-naczyniowych w populacji³².

²⁹ CDC, *Information for Families During the Infant Formula Shortage*, 2020
<https://cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/formula-feeding/infant-formula-shortage.html> [dostęp: 30.11.2023]

³⁰ Rollins N.C, Bhandari N., Hajeerhoy N. i wsp., *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?*, The Lancet 2016, 387(100017):491-504, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01044-2) [dostęp: 30.11.2023]

³¹ <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/cywilizacyjne-choroby;3888921.html> [dostęp: 30.11.2023]

³² Lin D., Chen D., Huang J. i wsp., *Breastfeeding is associated with reduced risks of central obesity and hypertension in young school-aged children: a large, population-based study*, International Breastfeeding Journal 2023, 18(1):52, <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00581-1> [dostęp: 30.11.2023]



- U dzieci karmionych piersią ryzyko wystąpienia otyłości wczesnodziecięcej jest niższe. Istnieje również zależność pomiędzy długością karmienia piersią a zmniejszonym ryzykiem. Promowanie wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze pół roku życia dziecka jest konieczne z perspektywy profilaktyki otyłości u dzieci³³.
- Obserwuje się zmniejszenie ryzyka otyłości dziecka w wieku 5 lat i powyżej, jeśli było ono karmione piersią przez okres od 1 do 9 miesięcy, przy czym każdy miesiąc karmienia piersią dziecka zmniejsza to ryzyko o 4%³⁴.
- Ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 w dorosłości jest niższe u osób karmionych piersią w dzieciństwie³⁵.
- Karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na białaczkę u dzieci^{36, 37}. Karmienie piersią przez okres 6 miesięcy lub dłużej wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia białaczki o 19%, a już jakiegokolwiek karmienie piersią w porównaniu z brakiem karmienia zmniejsza ryzyko o 11%³⁸.

³³ Qiao J., Dai L.J., Zhang Q., Ouyang Y.Q., *A Meta-Analysis of the Association Between Breastfeeding and Early Childhood Obesity*, Journal of Pediatric Nursing 2020, 53:57-66, <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.024> [dostęp: 30.11.2023]

³⁴ Harder T., Bergmann R., Kallischnigg G., Plagemann A., *Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis*, American Journal of Epidemiology 2005, 162(5):397-403, <https://doi.org/10.1093/aje/kwi222> [dostęp: 30.11.2023]

³⁵ Horta B.L., de Lima N.P., *Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis*, Current diabetes Reports 2019, 19(1):1, <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1121-x> [dostęp: 30.11.2023]

³⁶ Fan D., Xia Q., Lin D. i wsp., *Role of breastfeeding on maternal and childhood cancers: An umbrella review of meta-analyses*, Journal of Global Health 2023, 13:04067, <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04067> [dostęp: 30.11.2023]

³⁷ Su Q., Sun X., Zhu L. i wsp., *Breastfeeding and the risk of childhood cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis*, BMC Medicine 2021, 19(1):90, <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01950-5> [dostęp: 30.11.2023]

³⁸ Amitay E.L., Keinan-Boker L., *Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review*, JAMA Pediatrics 2015, 169(6):e151025, <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1025> [dostęp: 30.11.2023]



- Udowodniono również, że karmienie piersią obniża ryzyko wystąpienia typów białaczki: ostrej białaczki limfoblastycznej oraz ostrej białaczki szpikowej u dzieci^{39, 40, 41}.
- Karmienie piersią może modulować mikrobiotę przewodu pokarmowego, stanowiąc czynnik prewencyjny alergii u dziecka⁴².
- Zaburzenia mikrobioty jelitowej (dysbioza jelitowa, zależna od wielu czynników – jednym z nich jest karmienie mieszanką) mogą przyczyniać się do martwiczego zapalenia jelit (zwłaszcza u wcześniaków), a także pojawienia się w późniejszym życiu chorób przewlekłych jak astma czy otyłość⁴³.
- Ryzyko zachorowania dziecka na chorobę Crohna i wrzodziejące zapalenie jelit jest mniejsze u dzieci karmionych piersią. Zaobserwowano efekt zależny od dawki. Dzieci karmione piersią przez 12 miesięcy zapadały na chorobę Crohna rzadziej w porównaniu do dzieci karmionych piersią przez 3 lub 6 miesięcy⁴⁴.

³⁹ Kintossou A.K., Blanco-Lopez J., Iguacel I. i wsp., *Early Life Nutrition Factors and Risk of Acute Leukemia in Children: Systematic Review and Meta-Analysis*, *Nutrients* 2023, 15(17):3775, <https://doi.org/10.3390/nu15173775> [dostęp: 30.11.2023]

⁴⁰ Greaves M., *A causal mechanism for childhood acute lymphoblastic leukaemia*, *Nature Reviews Cancer* 2018, 18(8):471-484, <https://doi.org/10.1038/s41568-018-0015-6> [dostęp: 30.11.2023]

⁴¹ Kwan M.L., Buffler P.A., Abrams B., Kiley V.A., *Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis*, *Public Health Reports* 2004, 119(6):521-35, <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.09.002> [dostęp: 30.11.2023]

⁴² Elsen van den L.W.J., Garssen J., Burcelin R., Verhasselt V., *Shaping the Gut Microbiota by Breastfeeding: The Gateway to Allergy Prevention?*, *Frontiers in pediatrics* 2019, 7:47, <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00047> [dostęp: 30.11.2023]

⁴³ Notarbartolo V., Giuffrè M., Montante C. i wsp., *Composition of Human Breast Milk Microbiota and Its Role in Children's Health*, *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition* 2022, 25(3):194-210, <https://doi.org/10.5223/pghn.2022.25.3.194> [dostęp: 30.11.2023]

⁴⁴ Xu L., Lochhead P., Ko Y., i wsp., *Systematic review with meta-analysis: breastfeeding and the risk of Crohn's disease and ulcerative colitis*, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2017, 46(9):780-789, <https://doi.org/10.1111/apt.14291> [dostęp: 30.11.2023]



- Brak wyłącznego karmienia piersią na wczesnym etapie życia dziecka oraz krótszy czas karmienia piersią wiążą się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia objawów astmy u dzieci^{45, 46}.

Optymalne praktyki karmienia piersią (rekomendowane przez WHO) mogłyby uratować życie ponad 820 000 dzieci rocznie^{47, 48}. „Karmienie piersią zmniejsza również wskaźniki umieralności wśród dzieci w państwach o wysokim poziomie dochodów. Jest to związane ze zmniejszeniem liczby przypadków nagłej śmierci łóżeczkowej o 36% oraz ze zmniejszeniem o 60% przypadków najczęstszych chorób jelitowych wśród wcześniaków”⁴⁹.

Zapewne istnieje jeszcze więcej przykładów udowodnionego korzystnego wpływu karmienia piersią na dziecko. Karmienie piersią oddziałuje także na stan zdrowia matki. Jakie wnioski w tym kontekście możemy znaleźć w badaniach naukowych?

⁴⁵ Sonnenschein-van der Voort A.M. M., Jaddoe V.W.W., van der Valk R.J.P. i wsp., *Duration and exclusiveness of breastfeeding and childhood asthma-related symptoms*, The European Respiratory Journal 2012, 39(1):81-9, <https://doi.org/10.1183/09031936.00178110> [dostęp: 30.11.2023]

⁴⁶ Xue M., Dehaas E., Chaudhary N. i wsp., *Breastfeeding and risk of childhood asthma: a systematic review and meta-analysis*, European Respiratory Journal Open Research 2021, 7(4):00504-2021, <https://doi.org/10.1183/23120541.00504-2021> [dostęp: 30.11.2023]

⁴⁷ WHO, *Infant and young child feeding*, 2021, <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [dostęp: 30.11.2023]

⁴⁸ Victora C.G., Bahl R., Barros A. J. D. i wsp., *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*, The Lancet 2016, 387(10017):475–490, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7) [dostęp: 30.11.2023]

⁴⁹ UNICEF, *UNICEF: Każdego roku karmienie piersią mogłoby uratować życie ponad 820 000 dzieci*, 2016 <https://unicef.pl/co-robimy/aktualnosci/news/unicef-kazdego-roku-karmienie-piersia-mogloby-uratowac-zycie-ponad-820-000-dzieci> [dostęp: 30.11.2023]

- Karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania przez matkę na nowotwór piersi⁵⁰,
51, 52, 53, jajnika^{54, 55, 56, 57, 58} oraz trzonu macicy⁵⁹.
- Karmienie piersią wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, choroby wieńcowej, udaru oraz śmierci związanej z chorobami sercowo-naczyniowymi u matki (na podstawie badań obejmujących w sumie populację ponad 1 mln kobiet)⁶⁰.
- U kobiet karmiących piersią występuje niższe prawdopodobieństwo rozwoju cukrzycy typu II w porównaniu z kobietami niekarmiącymi piersią^{61, 62}.

⁵⁰ Poorolajal J., Heidaramoghis F., Karami M. i wsp., *Factors for the Primary Prevention of Breast Cancer: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies*, Journal of Research in Health Sciences 2021, 21(3):e00520, <https://doi.org/10.34172/jrhs.2021.57> [dostęp: 30.11.2023]

⁵¹ Liu H., Shi S., Gao J. i wsp., *Analysis of risk factors associated with breast cancer in women: a systematic review and meta-analysis*, Translational Cancer Research 2022, 11(5):1344-1353, <https://doi.org/10.21037/tcr-22-193> [dostęp: 30.11.2023]

⁵² Mao X., Omeogu C., Karanth S. i wsp., *Association of reproductive risk factors and breast cancer molecular subtypes: a systematic review and meta-analysis*, BMC Cancer 2023, 23(1):644, <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11049-0> [dostęp: 30.11.2023]

⁵³ Anstey E.H., Shoemaker M.L., Barrera C.M. i wsp., *Breastfeeding and Breast Cancer Risk Reduction: Implications for Black Mothers*, American journal of preventive medicine 2017, 53(3S1):S40-S46, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.024> [dostęp: 30.11.2023]

⁵⁴ Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. D. i wsp., *Breastfeeding in the 21st century...*, j.w.

⁵⁵ Fan D., Xia Q., Lin D. i wsp., *Role of breastfeeding on maternal...*, j.w.

⁵⁶ Eoh K.J., Park E.Y., Chang Y.J. i wsp., *The preventive effect of breastfeeding against ovarian cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: A systematic review and meta-analysis*, Gynecologic Oncology 2021, 163(1):142-147, <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.07.028> [dostęp: 30.11.2023]

⁵⁷ Li D.P., Du C., Zhang Z.M. i wsp., *Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies*, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014, 15(12):4829-37, <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.12.4829> [dostęp: 30.11.2023]

⁵⁸ Babic A., Sasamoto N., Rosner B.A. i wsp., *Association Between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk*, JAMA Oncology 2020, 6(6):e200421, <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.0421> [dostęp: 30.11.2023]

⁵⁹ Jordan S.J., Na R., Johnatty S.E. i wsp., *Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium*, Obstetrics and Gynecology 2017, 129(6):1059-1067, <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002057> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁰ Tschiderer L., Seekircher L., Kunutsor S.K. i wsp., *Breastfeeding Is Associated With a Reduced Maternal Cardiovascular Risk: Systematic Review and Meta-Analysis Involving Data From 8 Studies and 1 192 700 Parous Women*, Journal of the American Heart Association 2022, 11(2):e022746, <https://doi.org/10.1161/jaha.121.022746> [dostęp: 30.11.2023]

⁶¹ Chowdhury R., Sinha B., Sankar M.J. i wsp., *Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis*, Acta Paediatrica 2015, 104(467):96-113, <https://doi.org/10.1111/apa.13102> [dostęp: 30.11.2023]

⁶² Gouveri E., Papanas N., Hatzitolios A.I., Maltezos E., *Breastfeeding and Diabetes*, Current Diabetes Reviews 2011, 7(2):135-142(8), <https://doi.org/10.2174/157339911794940684> [dostęp: 30.11.2023]



- Istnieje związek pomiędzy karmieniem piersią, a mniejszym prawdopodobieństwem wystąpienia depresji poporodowej^{63, 64, 65, 66, 67}.

WHO zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka oraz kontynuowanie go przy jednoczesnym rozszerzaniu diety do dwóch lat i dłużej⁶⁸. Jest wiele powodów, dla których warto karmić piersią. Karmienie piersią jest po prostu ekonomiczne, a biorąc pod uwagę oszczędności jakie niesie za sobą jego aspekt profilaktyczny (niższe wydatki na leczenie ww. chorób) powinno być zalecane jako optymalny i pożądany sposób żywienia. Badacze liczą koszty związane z niekarmieniem piersią. Stworzono nawet narzędzie obliczania kosztów NIEkarmienia piersią oparte nadanych o otwartym dostępie, aby pomóc decydentom i prawnikom uzyskać informacje, na temat szacunkowych kosztów ludzkich i ekonomicznych niekarmienia piersią na poziomie krajowym, regionalnym i globalnym⁶⁹.

Podsumowując: karmienie piersią zapewnia krótko- i długoterminowe korzyści zdrowotne, ekonomiczne i środowiskowe. Poniżej wniosek z artykułu, który ukazał się w czasopiśmie The Lancet pt. „Po co inwestować i czego potrzeba, aby ulepszyć praktyki karmienia piersią?” (we własnym tłumaczeniu):

⁶³ Toledo C., Cianelli R., Villegas Rodriguez N. i wsp., *The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk*, Public Health Nursing 2022, 39(1):15–23, <https://doi.org/10.1111/phn.12969> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁴ Xia M., Luo J., Wang J., Liang Y., *Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis*, Journal of Affective Disorders 2022, 308:512-519, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.091> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁵ Tucker Z., O'Malley C., *Mental Health Benefits of Breastfeeding: A Literature Review*, The Cureus Journal of Medical Science 2022, 14(9):e29199, <https://doi.org/10.7759/cureus.29199> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁶ Alimi R., Azmoude E., Moradi M., Zamani M., *The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Breastfeeding Medicine 2022, 17(4):290-296, <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0183> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁷ Figueiredo B., Canário C., Field T., *Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression*, Psychological Medicine 2014, 44(5):927-936, <https://doi.org/10.1017/s0033291713001530> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁸ WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, s. vi, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]

⁶⁹ Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R., *The cost of not Breastfeeding...*, j.w.



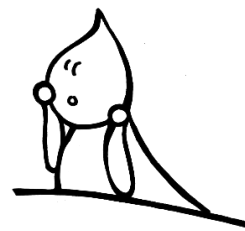
„Pomimo wielu udowodnionych korzyści z karmienia piersią, nie jest ono już normą w wielu społeczeństwach. Karmienie piersią uwarunkowane jest wieloma czynnikami i po to, aby je kobietom umożliwić, wymagane jest zapewnienie środków i wsparcia na wielu poziomach: od dyrektyw prawnych i politycznych, poprzez postawy i wartości społeczne czy odpowiednie warunki zatrudnienia kobiet, po usługi opieki zdrowotnej. Jeśli zostaną podjęte odpowiednie działania, praktyka karmienia piersią skutecznie i szybko ulegnie poprawie”⁷⁰.



⁷⁰ Rollins N.C, Bhandari N., Hajeebhoy N. i wsp., *Why invest...*, j.w.



AKTORZY OPIEKI LAKTACYJNEJ



Aktorami opieki laktacyjnej są wszystkie osoby, które mają lub mogą mieć styczność z kobietą w ciąży, kobietą karmiącą piersią lub swoim mlekiem i jej dzieckiem.

W szczególności są to osoby sprawujące bezpośrednią opiekę medyczną. Odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą albo noworodkiem:

- położna, położna środowiskowo-rodzinna,
- lekarz ginekolog, lekarz ginekolog-położnik,
- lekarz neonatolog, lekarz pediatra, lekarz rodzinny/internista (lekarz POZ),
- pielęgniarka neonatologiczna, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna.

Kobieta i dziecko mogą mieć styczność również ze specjalistami z różnych dziedzin, więc i oni są aktorami opieki laktacyjnej, np.:

- lekarz dentysta, chirurg, psychiatra, ortopeda, dermatolog, gastroenterolog, alergolog, radiolog i in.

Z jednej strony będziemy w tym raporcie przyglądać się temu, jak opieka w kontekście laktacji wymienionego personelu medycznego wygląda oczami kobiet. Z drugiej strony chcemy podkreślić, że każda z osób reprezentujących wymieniony personel medyczny może mieć wpływ na matkę i dziecko w kontekście karmienia piersią lub mlekiem kobiecym i przyczynić się zarówno do wsparcia kobiety i jej dziecka/dzieci w tym procesie, jak i do zaprzepaszczenia przez nią swojej drogi laktacyjnej. Chcemy tym samym zwrócić uwagę, że raport jest skierowany również do personelu, ponieważ dotyczy go bezpośrednio.

Personel medyczny może dokształcać się na kursach dodatkowych uzyskując tytuły np. Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego (CDL), czy Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego IBCLC (tytuł ten mogą uzyskać również osoby nieposiadające zawodu medycznego po przejściu odpowiednich szkoleń i praktyk w ramach kursu). Położne mogą również ukończyć kurs wymagany do zatrudnienia w publicznej placówce medycznej na stanowisku edukatora ds. laktacji. Tym osobom będziemy się przyglądać pośrednio, gdyż polskie prawo nie stawia żadnych wymogów co do tego, aby osoby sprawujące opiekę



nad matką i dzieckiem miały takie kursy ukończone. Choć niewątpliwie jest to z korzyścią dla matki i dziecka, aby wiedza personelu w zakresie laktacji była jak najbardziej aktualna – tytuły CDL i konsultanta IBCLC należy co kilka lat recertyfikować. Porady tego typu specjalistów nie są w żaden sposób w Polsce refundowane i pozostają w domenie opieki prywatnej. Ewentualne bezpłatne przyszpitalne poradnie laktacyjne funkcjonują dzięki dobrej woli prowadzących daną placówkę i stanowią nier refundowany koszt dla placówki. Czasem finansowanie na takie poradnie jest pozyskiwane ze środków samorządowych.

Nie bez znaczenia pozostaje otoczenie, w którym kobiety przebywają, w tym ich rodzina, znajomi, ale również osoby spotykane przypadkowo. Należy pamiętać, że kobieta, matka jest również konsumentem i kierowane są w jej kierunku i jej rodziny różne przekazy reklamowe. Autorka Bloga matki karmiącej – Hafija.pl w jednym ze swoich postów (którymi dociera codziennie do tysięcy obserwujących), cytując słowa organizacji UNICEF, ujęła to tak:

„Karmienie piersią nie odbywa się w próżni.

Karmienie piersią to nie jest zadanie dla samej kobiety.

Karmienie piersią wymaga motywowania i wsparcia ze strony wykwalifikowanych konsultantów, członków rodziny, przedstawicieli ochrony zdrowia, pracodawców, decydentów politycznych i innych osób [otaczających mamę i dziecko].

(UNICEF 2019)”^{71, 72}.



⁷¹ <https://www.facebook.com/Hafijapl/posts/pfbid028Pp4NN27WBBuGU8d7NzPxdWtwoviD1pKgdDKebRWepjfw52KEc3JL4navWbUn41!> [dostęp: 30.11.2023]

⁷² UNICEF, *Breastfeeding: A mother's gift, for every child*, 2018, <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/> [dostęp: 30.11.2023]



NARZĘDZIA MONITORINGU



Dane zebrane w ramach monitoringu zostały pozyskane z 3 źródeł:

- najważniejszym źródłem były kobiety, które przygotowując się do karmienia piersią i będąc w okresie laktacji korzystały z opieki medycznej. To ich zdanie było dla nas szczególnie ważne i raport ten przedstawia opiekę laktacyjną widzianą oczami tych właśnie kobiet. Miały one możliwość wypełnienia anonimowej ankiety oraz wzięcia udziału w wywiadzie pogłębionym.
- kolejnym źródłem był personel medyczny, spośród którego wybrałyśmy osoby posiadające pogłębioną wiedzę o laktacji potwierdzoną certyfikatami takimi jak: Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna oraz Międzynarodowa Konsultantka Laktacyjna IBCLC. Z tymi osobami zostały przeprowadzone wywiady pogłębione.
- ostatnim źródłem były oficjalne dane od instytucji pozyskane w trybie dostępu do informacji publicznej. W trakcie projektu pytałyśmy NFZ, w tym oddziały wojewódzkie.

W części raportu *Pozyskane dane i wyniki monitoringu* prezentujemy zebrane dane podzielone zgodnie z etapami, w jakich znajduje się kobieta począwszy od okresu ciąży do zakończenia laktacji. Jednocześnie podział ten odpowiada strukturze ankiety, którą wypełniały kobiety.

ANKIETA SKIEROWANA DO KOBIEC



Anonimowa ankieta skierowana została do kobiet, które:

- rodziły na terenie Polski w latach 2018-2022 oraz karmiły/karmią piersią lub swoim mlekiem lub chciały karmić piersią lub swoim mlekiem,
- jeśli urodziły w 2022 roku, to wypełniły ankietę po upływie przynajmniej 4 miesięcy od porodu, czyli po czasie planowych wizyt patronażowych położnej podstawowej



opieki zdrowotnej czy wizyty patronażowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,

- w okresie okołoporodowym lub po porodzie korzystały z opieki przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, a ich dziecko było już w domu (np. w przypadku wcześniaków, które mogą być hospitalizowane przez dłuższy czas).

Wypełniając ankietę kobiety podawały dane dotyczące urodzenia danego dziecka/bliźniąt. Jeśli kobieta urodziła więcej dzieci w latach 2018-2022, to miała możliwość wypełnić ankietę ponownie dla każdego kolejnego dziecka/kolejnych dzieci, stąd liczba wypełnionych ankiet dotyczy liczby ciąż i urodzeń w przyjętym okresie, zaś jedna kobieta mogła ją wypełnić nawet kilkakrotnie (w zależności od ilości poprzednich bądź następujących porodów).

Wobec tego przyjęcie, że liczba wypełnionych ankiet to liczba kobiet, które wypełniły ankietę jest uproszczeniem, które może być stosowane w dalszej części raportu.

Ankieta była dostępna od 26 maja do 4 grudnia 2022 roku.

Kobiety wypełniły 2504 ankiety.

Zakres pytań ankietowych był szeroki. Obejmował następujące obszary:

- wstępne dane metryczkowe;
- opiekę przedporodową, w tym prowadzenie ciąży i edukację przedporodową;
- okres okołoporodowy, poród, w szczególności opiekę szpitalną;
- okres połogu, w tym wizyty patronażowe w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- opiekę pediatryczną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- opiekę specjalistyczną i szpitalną nad dzieckiem karmionym piersią lub mlekiem matki;
- opiekę internistyczną, specjalistyczną i szpitalną nad matką będącą w okresie laktacji.



W dalszej części raportu prezentujemy statystyki z pozyskanych danych, z czego z nich przedstawiamy na wykresach. Cytujemy również wybrane odpowiedzi, oznaczając w nawiasie numer ankiety literą A np. A1230. Zaskakującym było to, iż pomimo obszerności ankiety, kobiety chciały poświęcić na jej wypełnienie swój czas, niejednokrotnie dokładnie opisując to, co je spotkało. Przewidywany przez nas czas wypełnienia ankiety to od 30 minut do 1h. Dokładne opisy zapewne wydłużały czas wypełniania ankiety, co świadczy o głębokiej motywacji i chęci działania kobiet na rzecz poprawy opieki laktacyjnej w Polsce, o czym dokładniej napiszemy w dalszej części raportu.

Sumy poszczególnych wartości procentowych dla niektórych z wykresów mogą dawać o jedną dziesiątą zawyżony lub zaniżony wynik, co jest wynikiem zastosowanego dla uproszczenia zaokrąglenia do jednego miejsca po przecinku.

WYWIADY POGŁĘBIONE Z KOBIECAMI

Po wypełnieniu ankiety kobiety miały możliwość zgłoszenia się do wywiadu pogłębionego poprzez wypełnienie osobnego formularza. Mogły podać w nim kod wypełnionej przez siebie ankiety, co wiązało się z akceptacją możliwości, iż zespół pracujący przy monitoringu zapozna się z treścią ankiety przed przystąpieniem do wywiadu pogłębionego. Wywiady były prowadzone w formie online. Dzięki tej formule na rozmowy zgłaszały się kobiety z całej Polski. Rozmowy były nagrywane, a następnie sporządzono z nich transkrypcje. Wywiady trwały od około 30 minut do 2 godzin.

Efektom wywiadów są pozyskane w formie transkrypcji historie kobiet, które stały się głównym elementem i osią niniejszego raportu. To właśnie historie kobiet pokazują codzienność opieki laktacyjnej w Polsce. Oprócz pozyskania wielu cennych informacji, zaobserwowałyśmy, że efektem ubocznym tych spotkań była wdzięczność niektórych z uczestniczek rozmów, za możliwość opowiedzenia o swoich doświadczeniach, a często także „rzucenia” z siebie ciężaru traumatycznych przeżyć. Ilość kobiet, które zechciały się podzielić swoimi przeżyciami, przerosła nasze najśmielsze oczekiwania. Ze względu na ograniczone zasoby, nie udało nam się porozmawiać ze wszystkimi. Motywacje kobiet do zgłoszenia się do wywiadu omówimy w poświęconym temu dziale. Podsumowując:



Otrzymałyśmy 260 zgłoszeń do wzięcia udziału w wywiadzie pogłębianym. Przeprowadziłyśmy 57 wywiadów pogłębianych.

Historie kobiet przedstawione w postaci cytatów z wywiadów stanowią ilustrację stanu opieki laktacyjnej w Polsce. Są to zarówno przykłady wskazujące na systemowe problemy, jak i przykłady dobrych praktyk, za którymi powinniśmy podążać. Cytaty z wywiadów oznaczone są po ich zakończeniu w nawiasie numerem i literą K np. K30. Niestety przedstawienie wszystkich historii kobiet zwiększyłoby niebotycznie rozmiary niniejszego raportu, dlatego wybrałyśmy najbardziej wyraziste przykłady. Chcemy podkreślić, iż każda z historii kobiet, które z nami rozmawiały jest ważna i godna uwagi. Każda usłyszana historia pogłębiała naszą wiedzę, na temat potrzeb kobiet decydujących. W raporcie wykorzystaliśmy fragmenty wypowiedzi kobiet ze wszystkich 57 wywiadów, gdyż w każdej z tych historii znalazły się wartościowe przykłady obrazujące stan opieki laktacyjnej w Polsce.

WYWIADY POGŁĘBIONE Z PERSONELEM MEDYCZNYM

Dla uzupełnienia i głębszego zrozumienia zachodzących procesów, przeprowadziłyśmy również wywiady z osobami pracującymi na co dzień z kobietami i dziećmi, z personelem medycznym. Zgłosiłyśmy się do osób, które są głęboko przekonane, że karmienie piersią i wspieranie laktacji jest ważne. Zależało nam w szczególności na uzyskaniu propozycji rekomendacji, tego co można zmienić i jakie są dobre praktyki. Chciałyśmy usłyszeć głos osób, które widzą działanie systemu opieki zdrowotnej od wewnątrz. Pośród osób, z którymi rozmawiałyśmy, były położne środowiskowo-rodzinne, położna pracująca na co dzień na oddziale poporodowym, lekarki (spec. pediatrii, neonatologii, bez specjalizacji lub w trakcie), farmaceutka, neurologopedka.

Należy dodać, że osoby, z którymi prowadzone były wywiady posiadały rozszerzoną wiedzę na temat laktacji potwierdzoną udziałem w kursach i/lub certyfikatami (Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego czy Międzynarodowego Konsultanta Laktacyjnego IBCLC). Dzięki temu osoby te odniosły się do opieki laktacyjnej z poziomu aktualnej wiedzy o laktacji i karmieniu piersią.



Przeprowadziłyśmy 10 wywiadów z osobami z personelu medycznego, których łączny czas trwania wyniósł ok. 20 godzin.

Cytaty z wywiadów zostały oznaczone po ich zakończeniu w nawiasie numerem i literą P np. P1.

ZAPYTANIA DO INSTYTUCJI WYŚLANE W TRYBIE DOSTĘPU DO INFORMACJI PUBLICZNEJ

Zapytałyśmy instytucje w trybie dostępu do informacji publicznej w szczególności o dane dotyczące:

- ilości i wartości refundowanych świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej - świadczeń związanych z prowadzeniem ciąży fizjologicznej przez położną POZ, wizyt w edukacji przedporodowej położnej POZ, wizyt patronażowych położnej POZ, pielęgniarki POZ - w latach 2018–2022,
- możliwości refundacji świadczeń, które udzielane są kobietom w okresie laktacji,
- wykazu oddziałów położniczych w Polsce z podziałem na stopień referencyjności.

Były to pisma skierowane do 16 wojewódzkich oddziałów NFZ do Centrali NFZ. Na wszystkie zapytania otrzymałyśmy odpowiedzi zawierające oczekiwane dane stanowiące informację publiczną, przy czym 15 oddziałów odpowiedziało bezpośrednio na pisma. Wyjątek stanowił Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, według którego wnioskowane dane stanowiły informację przetworzoną i wymagano wskazania szczególnego interesu publicznego. W odpowiedzi uzasadniłyśmy stanowisko, że według nas wnioskowane informacje nie stanowią informacji przetworzonej, choć również wykazałyśmy szczególny interes publiczny. Ostatecznie przesłano dane, o które wnioskowałyśmy.



OGRANICZENIA MONITORINGU I ZASTRZEŻENIA

W tym miejscu należy podkreślić, że monitoring posiadał pewne ograniczenia.

Głównym kanałem informowania o ankiecie był Internet, czyli wiadomości przesyłane przez newslettery, a także posty w mediach społecznościowych na Facebooku czy Instagramie. Ponieważ głównymi kanałami udostępniania ankiety skierowanej do kobiet były w szczególności kanały Stowarzyszenia Małyssak, jak i kanały koalicjantek, czyli podmiotów zajmujących się tematyką okołoporodową i laktacyjną, podejrzewamy, że duża większość kobiet decydujących się uzupełnić ankietę, była zainteresowana tematem laktacji i posiada większą wiedzę laktacyjną i świadomość swoich praw w porównaniu z kobietami, które takich organizacji czy blogów nie śledzą. Docierając więc do osób o sprecyzowanych zainteresowaniach, nie dotarliśmy do kobiet przekrojowo. Z drugiej strony jest to atutem, gdyż rzuca światło na opiekę laktacyjną widzianą oczami kobiet, które jak zakładamy, posiadają pogłębioną wiedzę w temacie laktacji czy opieki okołoporodowej. Mamy dużo pozytywnych przykładów, dzięki kobietom, które zgłaszały się do nas chcąc coś zmienić. One same zauważyły, co nie działa w systemie i chciały się podzielić historią swoich trudności oraz tym, że pomimo tych trudności, udało im się karmić piersią. Często uzyskiwały pomoc prywatną, która nie jest przedmiotem rozważań raportu, z wyjątkiem ewentualnego porównania zakresu wiedzy personelu medycznego. Kobiety te reprezentują stosunkowo niewielką grupę matek, które były świadome i zdeterminowane, by karmić piersią lub swoim mlekiem i najczęściej osiągnęły cel. Jest wiele kobiet dla których ten cel nie jest tak istotny. Ankieta była skierowana do kobiet, które chciały karmić piersią lub swoim mlekiem oraz tych, które karmiły. Dlatego na podstawie tak uzyskanej grupy nie można wyciągać wniosków co do statystyk długości karmienia.

Nie z każdą kobietą chętną do udzielenia wywiadu pogłębionego udało nam się porozmawiać, gdyż nie wystarczyło na to zasobów osobowych i czasowych.

Niniejszy raport w ograniczonym zakresie odnosi się do wpływu pandemii wirusa Covid-19 na opiekę laktacyjną w placówkach medycznych. Stoimy bowiem na stanowisku, że niezależnie od ówczesnej sytuacji epidemiologicznej, kobietom przysługiwało prawo do przebywania razem z dzieckiem oraz karmienia piersią. Podkreślić należy, że szybko pojawiły się zalecenia światowe m.in. WHO o braku konieczności separacji matki i dziecka



oraz o korzyściach z karmienia mlekiem matki w kontekście zw. z pandemią⁷³. Warto zauważyć, że zalecenia te stosowane były w zależności od placówki. Są przykłady takich miejsc, w których zapewniano dostępność świadczeń pomimo pandemii.

Tworząc raport staraliśmy się zapewnić dostępność dokumentu osobom z niepełnosprawnościami, m.in. zostały dobrane bezszeryfowe czcionki, tekst został wyrównany do lewego marginesu. Wykresy i tabele jako pliki graficzne nie są w pełni dostępne, natomiast zawierają teksty alternatywne, ale też zostały starannie opisane w treści raportu tak, aby opis jak najpełniej odzwierciedlał zawarte w nich dane, choć w szczególności w przypadku tabel, mogą być to dane o bardziej ograniczonym zakresie.

W niniejszym raporcie część tekstu została wyróżniona kolorowymi ramkami. Teksty na tle czerwonym przedstawiają zauważone przez nas problemy. Zawarte w nich sformułowania opieramy wyłącznie na pozyskanych danych z zebranych ankiet i przeprowadzonych wywiadów, więc określenia ilościowe w czerwonych ramkach odnoszą się do wyników ilościowych na podstawie zebranych ankiet. W ramkach zielonych zawarłyśmy informacje edukacyjne skierowane w szczególności do kobiet. W ramkach niebieskich natomiast umieszczone są cytaty z istotnych dokumentów lub ważne treści z innych źródeł, które chcieliśmy podkreślić. Osobno poprzez inny rodzaj czcionki (większy rozmiar, inny kolor i kursywa) zostały wyróżnione cytaty z ankiet i wywiadów.

W raporcie odwołujemy się do przepisów prawa obowiązujących w dniu sporządzenia raportu – stan prawny: 30.11.2023 r. Wynika to z przyczyn praktycznych, związanych z tym, że zdecydowana większość ankiet dotyczy okresu objętego aktualnym stanem prawnym, zwłaszcza w zakresie obowiązywania S000 (zob. słownik pojęć i skrótów). Relewantna dla raportu regulacja prawna była przez większość okresu objętego raportem co do zasady tożsama, niezależnie od tego, w jakich aktach prawnych była zawarta. Powyższe nie wpłynęło na wyniki raportu, w tym na zawarte w nim rekomendacje.

Pytania zadane kobietom w ankiecie i podczas wywiadów były takie same, niezależnie od roku, w którym rodziły i wykresy prezentowane w raporcie obejmująankiety z całego okresu objętego monitoringiem. Dodatkowe wykresy, w szczególności z podziałem na odpowiedzi kobiet, które urodziły w okresie przed wejściem w życie obecnie

⁷³ WHO, *Breastfeeding and COVID-19*, 2020, <https://who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19> [dostęp: 30.11.2023], https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332639/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Breastfeeding-2020.1-eng.pdf?sequence=1 [dostęp: 30.11.2023]

obowiązującego S000, czyli w 2018 r. oraz po jego wejściu w życie, czyli w latach 2019-2022, zostały zaprezentowane w zał. 1. (ZAŁĄCZNIK 1) w celu pokazania, że przyjęta metodologia nie miała zasadniczo wpływu na wyniki prezentowanych zbiorczo danych w pozostałej części raportu.

Informacje zawarte w tym raporcie nie zastąpią porady medycznej i prawnej.



KARMIENIE
MLEKIEM MAMY
PRAWEM MAMY I DZIECKA



POZYSKANE DANE I WYNIKI MONITORINGU



1. MOTYWACJA KOBIET DO UDZIAŁU W MONITORINGU ORAZ DANE WSTĘPNE

Zanim przejdziemy do liczb, historii i podsumowania, poznamy motywacje kobiet, których doświadczenia stały się częścią monitoringu. Co sprawiło, że zechciały poświęcić swój czas, niejednokrotnie kilka godzin ze swojego życia?

W każdym z wywiadów pogłębionych kobiety pytane o to, dlaczego zdecydowały się uzupełnić ankietę i wziąć udział w wywiadzie wskazywały na konieczność wprowadzenia zmian w opiece laktacyjnej w Polsce. Twierdziły, że jest ona niewystarczająca, i że mają nadzieję, iż ich udział przyczyni się do poprawy sytuacji.

Na wstępie słowa kobiety, której dziecko w momencie wypełniania ankiety miało 18 miesięcy i wciąż było karmione mlekiem matki:

„Mam nadzieję, że pomogłam i że ogólnie wasze stowarzyszenie przyniesie jakąś pomoc matkom karmiącym. Może jeszcze nie z mojego pokolenia, ale mojej córce na przykład, jeśli będzie chciała mieć dzieci, jeśli będzie chciała karmić piersią. Bo to są oczywiście jej wybory w przyszłości, ale jeżeli będzie chciała, to mam nadzieję, że dzięki waszym działaniom zmieni się to na lepsze”. (K11)



A to cytat z wypowiedzi matki trójki dzieci:

„Bardzo mi zależało, żeby z wami porozmawiać, bo mam bardzo różnicowane przy każdym dziecku doświadczenie laktacyjne i inne wyzwania, inne problemy. Ale i tak temat jest mi bardzo bliski. Po prostu zależało mi, żeby się tym podzielić. Żeby zostać wysłuchaną i być może to wszystko co powiedziałam sprawi, że tym kobietom w Polsce, które naprawdę będą chciały karmić piersią będzie łatwiej po prostu w przyszłości, że coś się w tych standardach zmieni na korzyść”. (K12)

Wspomniane przez kobietę standardy mogą wskazywać na ogólne postępowanie personelu medycznego w potocznym tego słowa znaczeniu, jak również na akt prawny, wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., czyli S000, który jak najbardziej jest wiążącym personel medyczny dokumentem.

Zapisy S000 będą cytowane wielokrotnie w niniejszym raporcie. Nie dziwi więc komentarz jednej z matek, która wzięła udział w wywiadzie pogłębionym:

„Gdyby był przestrzegany ten standard opieki okołoporodowej to już by było cudownie. To już by była kraina kucyka i tęczy i by było pięknie”. (K17)

Kobiety po prostu dostrzegają potrzebę zmian. Oto kolejne, wybrane z wielu, odpowiedzi na pytanie „Co sprawiło, że wypełniła Pani ankietę i zgłosiła się do tego wywiadu?”, odpowiedzi wskazujących na tę potrzebę:

„Doświadczenie. Moje różne doświadczenia i takie poczucie, że przy dwojce dzieci udało mi się karmić, pomimo systemu, który mi nie tyle co przeszkodził w tym karmieniu, co nie pomógł dostatecznie i tylko gdzieś determinacja sprawiła, że karmiłam dalej piersią. A widziałam będąc na porodówce już po urodzeniu sytuację innych kobiet, które nie były tak zdeterminowane. Nie miały wiedzy, miały pierwsze dzieci i widziałam brak pomocy im w karmieniu i sytuację, kiedy podejrzewałam, że nie będzie ta kobieta karmić, dlatego że nie dostała tej pomocy w szpitalu. Sama jestem mamą 5 dzieci. Gdybym miała to doświadczenie od początku, to też pierwszą dwójkę bym karmiła dłużej, bo karmiłam po 5-6 miesięcy, a dopiero tę trójkę kolejną karmiłam tak, jak teraz bym chciała, czyli syna 14-16 miesięcy, córkę ponad 2 lata i teraz 20 miesięcy ma mała karmiona”. (K54)

„Po pierwsze, sama jestem aktywistką. Działam w fundacji feministycznej także wiem, że takie rzeczy są ważne i jak nie będziemy ich wspierać to one się nie będą działały, więc chciałam zadziałać. Po drugie, ja przez wiele lat zanim sama zostałam mamą pracowałam z rodzicami, z rodzinami więc widziałam różne zmagania. Jestem pedagożką, więc to nie moja dziedzina stawiania ekspertyz, ale widziałam mnóstwo wyzwań, z którymi rodzice się mierzą, a już szczególnie matki. Nie oszukujmy się – szczególnie matki. Uważam więc, że wszystko co jest skierowane jako diagnoza sytuacji matek, jako coś co ma im pomóc, co ma nam pomóc jest ogromnie ważne. No i po trzecie – opieka laktacyjna w Polsce wygląda jak wygląda. Miałam chyba całkiem sporo szczęścia. Więcej było po stronie po prostu mojego organizmu i organizmu



mojego dziecka niż zewnętrznych okoliczności. Natomiast mam w otoczeniu wiele kobiet, które nie miały tego szczęścia tak wiele i stąd też to moje zainteresowanie w kwestii laktacji i opieki nad małym dzieckiem". (K32)

„Co sprawiło, że się zgłosiłam do tego wywiadu? Szczerze mówiąc problemy, które miałam na początku przygody z karmieniem piersią i to jak bardzo uważałam, że nie ma takiego ogólnego wsparcia, ani na etapie szpitali, ani później przy pierwszym kontakcie z lekarzami i tak dalej. Uznałam, że po prostu warto jest o tym mówić i warto jest działać w tym temacie, bo znam wiele kobiet, które chciały karmić piersią, a po prostu przez brak informacji i brak wsparcia nie udawało się im to". (K34)

„Wiedząc, że będę chciała być w ciąży, świetnie przygotowałam się, jeśli chodzi o ciążę, poród, doradztwo laktacyjne itd. Domyślałam się, że jest niewiele osób, które mogą sobie pozwolić na takie przygotowanie, zarówno merytorycznie, jak i korzystając z usług innych osób. Natomiast sama będąc po porodzie w szpitalu, we wczesnym połogu, spotykając się z tymi położnymi, które tam były na oddziale i pomagały, z lepszym lub gorszym skutkiem, z mniejszą lub większą wiedzą, to szło się zamieszać w tym wszystkim, albo zwątpić w swoje umiejętności czy możliwości karmienia tego małego człowieka. Chciałabym jakoś wpłynąć na to, bo nie twierdzę, że położna nie ma wiedzy, no ma, ale może ma nieaktualną albo po prostu jakieś dodatkowe szkolenie powinna przejść, żeby tych kobiet młodych, nie wprowadzać w błąd, albo nie wpędzać w takie poczucie, że nie są w stanie ogarnąć tego swojego



malca. W sumie jakieś takie społeczne poczucie odpowiedzialności
kazało mi coś z tym zrobić, bo ja żałuję, że nie spotkałam więcej
położnych w tym szpitalu, w którym odbywał się poród,
dysponujących wiedzą, która by rzeczywiście bardziej motywowała,
podnosiła na duchu, niż podkopywała skrzydła i przecinała je”. (K4)

„Chciałabym, żeby coś zrobić, żeby kobietom karmiącym było
łatwiej otrzymać pomoc, bo nie mówi się o tym jak karmienie
piersią może być skomplikowane, ile problemów może się pojawić
na tej drodze mlecznej i jak trudno jest uzyskać pomoc. A jak już
uzyskuje się tę pomoc, to trzeba za nią zapłacić. I żeby to było
darmowe, gdyby udało się coś takiego osiągnąć to w ogóle byłby
ideał”. (K22)

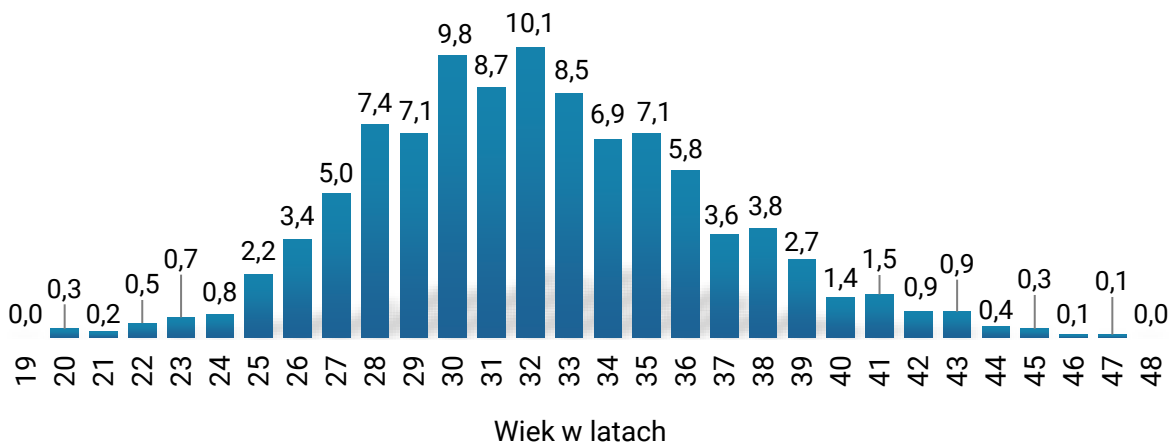
„Powiem tak, to jest moje czwarte dziecko, więc no doświadczenie
już mam i to doświadczenie jest bardzo różne na przestrzeni tych
lat i powiem szczerze, że na niekorzyść kliniki prywatnej, w której
rodziłam też jedno dziecko. Chodzi mi też o to, żeby mówić właśnie
o tym co trzeba zmienić, na co zwrócić uwagę w przyszłości, żeby
też inne kobiety miały łatwiej. Żeby nie było takich sytuacji,
w których dzieci są zabierane, czy są utrudniane kontakty.
Generalnie wszystkie takie projekty, które mają za zadanie
wspieranie mam karmiących, godnego rodzenia, opieki laktacyjnej
i tak dalej są mi bliskie, a już jednak 7 lat karmię nieprzerwanie
i w trzech ciążach karmiłam”. (K47)

„Dlatego, że po pierwsze wreszcie jestem gotowa na to, żeby o tym otwarcie rozmawiać. Po prostu bez emocji. Jestem w kolejnej ciąży. Niedawno miałam przekonanie, że może być tak, że w ogóle nie będę karmić piersią, że nie będę chciała tego robić. Nie będę chciała podjąć próby. Teraz zmieniłam nastawienie i może ta próba rzeczywiście będzie, natomiast nie jestem w stanie powiedzieć, jak będzie. Nie umiem odpowiedzieć na to pytanie. Mimo tego, że jestem lekarzem i znam wszystkie zalety karmienia piersią. Mogę wyrecytować je o 3 w nocy. Nie wiem, jak będzie tym razem. Może się to uda, bo tym razem wiem, gdzie się zgłosić. Stać mnie na to, ponieważ jest to opieka i pomoc nier refundowana przez państwo. Mam nadzieję, że po prostu to co powiem być może komuś pomoże i być może kogoś uchroni od moich doświadczeń”.

(K37)

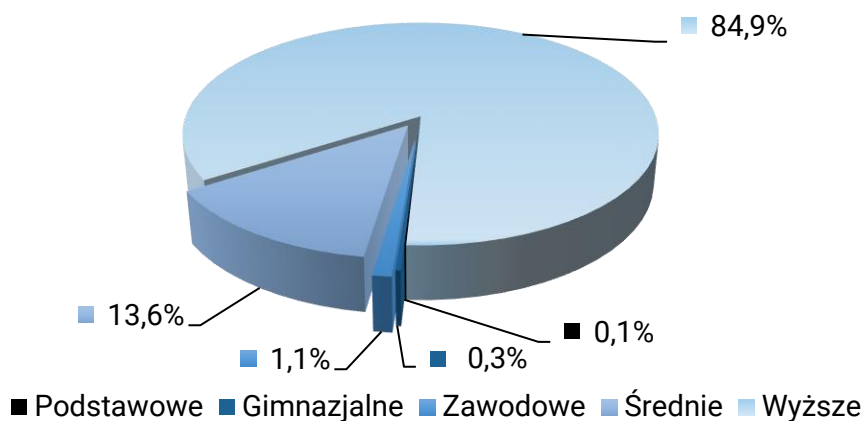
Wobec powyższego oddajmy głos kobietom i wsłuchajmy się w niego uważnie.

Kobiety, które wypełniły ankietę miały od 19 do 48 lat. Najwięcej, bo aż 10,1% ankietowanych stanowiły kobiety w wieku 32 lat . Zaś łącznie respondentki w wieku od 28 do 36 lat stanowiły 71,4% ogółu otrzymanych odpowiedzi w 2504 ankietach. Należy wyjaśnić, że ankietę wypełniła dokładnie 1 kobieta w wieku 19 lat i 1 w wieku 48 lat, co w przeliczeniu statystycznym w wyniku stosowanych zaokrągleń dało wynik 0,0%, jednak nie oznacza faktycznego braku takich respondentek (Ryc. 1.1.).



Ryc. 1.1. Struktura ankietyowanych wg wieku (%; N=2504)

Spośród wszystkich ankietyowanych przeważały kobiety z wykształceniem wyższym, których udział wynosił 84,9%. Następnie 13,6% stanowiły respondentki z wykształceniem średnim, zasadniczym zawodowym (1,1%), gimnazjalnym (0,3%) i podstawowym (0,1%) (Ryc. 1.2.).

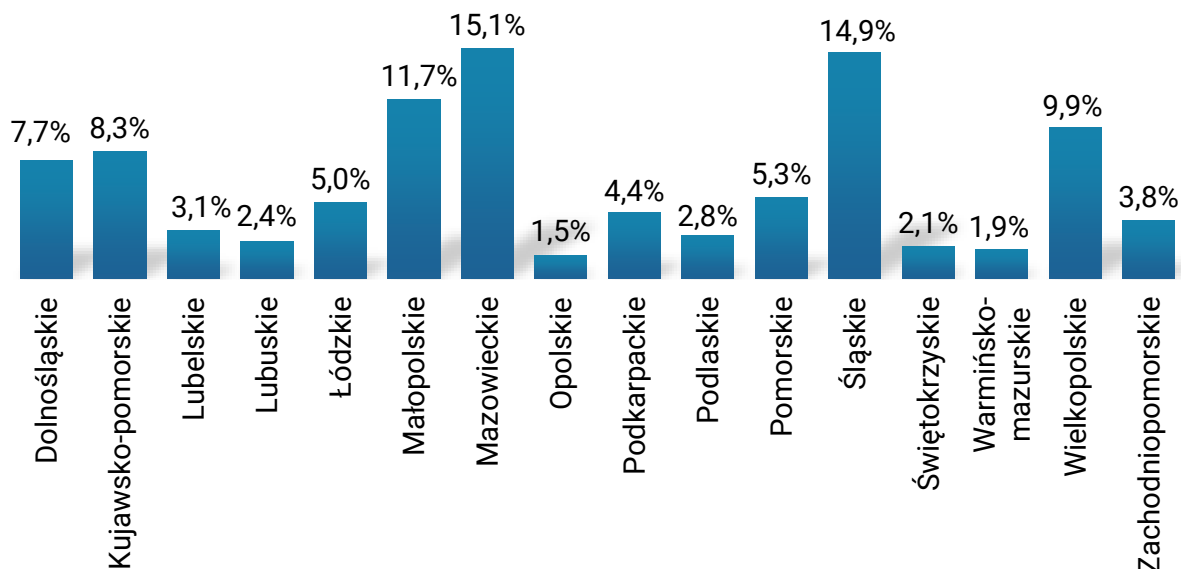


Ryc. 1.2. Struktura ankietyowanych wg wykształcenia (%; N=2504)

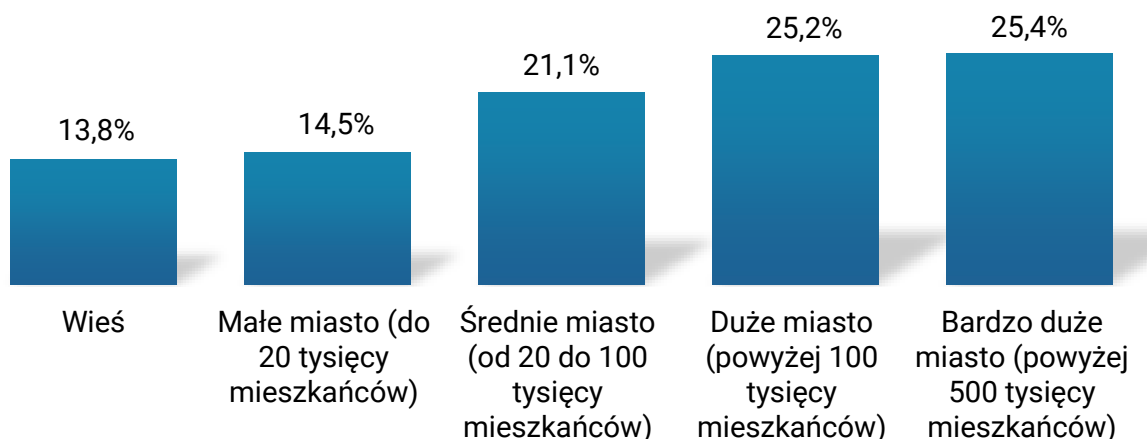
W dalszej kolejności ankietywane zostały zapytane o województwo i rodzaj miejscowości, w których znajdowały się przychodnie POZ, do których należały respondentki w czasie ciąży. Tak sformułowane pytania pozwoliły ustalić, że monitoringiem udało nam się objąć wszystkie regiony w Polsce i wszystkie typy jednostek osadniczych - od wsi do dużych miast. Najliczniej wskazywane były województwa o największej liczbie ludności, w tym mazowieckie (15,1%), śląskie (14,9%), małopolskie (11,7%) i wielkopolskie (9,9%). Województwo kujawsko-pomorskie, w którym znajduje się siedziba Stowarzyszenia Małyssak, wskazane zostało przez 8,3% respondentek. Pozostałe odpowiedzi stanowiły odpowiednio mniejszy odsetek ogółu ankietyowanych (Ryc. 1.3.). Przychodnie POZ,



do których były zapisane kobiety mieszczy się zarówno na wsi (13,8%), jak i w małych (14,5%), średnich (21,1%), dużych (25,2%) i bardzo dużych miastach (25,4%) (Ryc. 1.4.).

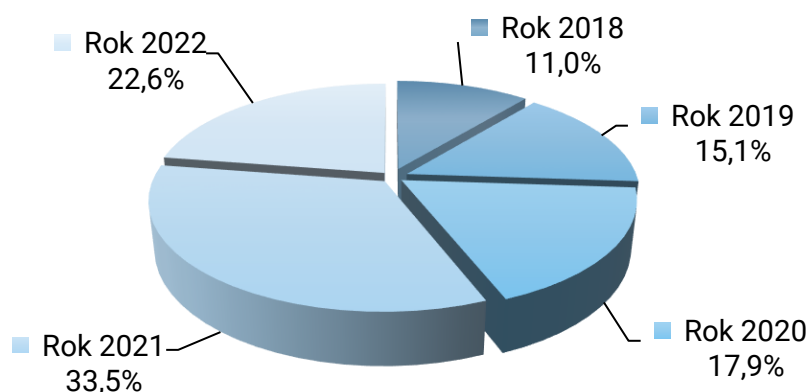


Ryc. 1.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim województwie mieszczyła się przychodnia POZ, do której wówczas należałaś?” (% , N=2504)



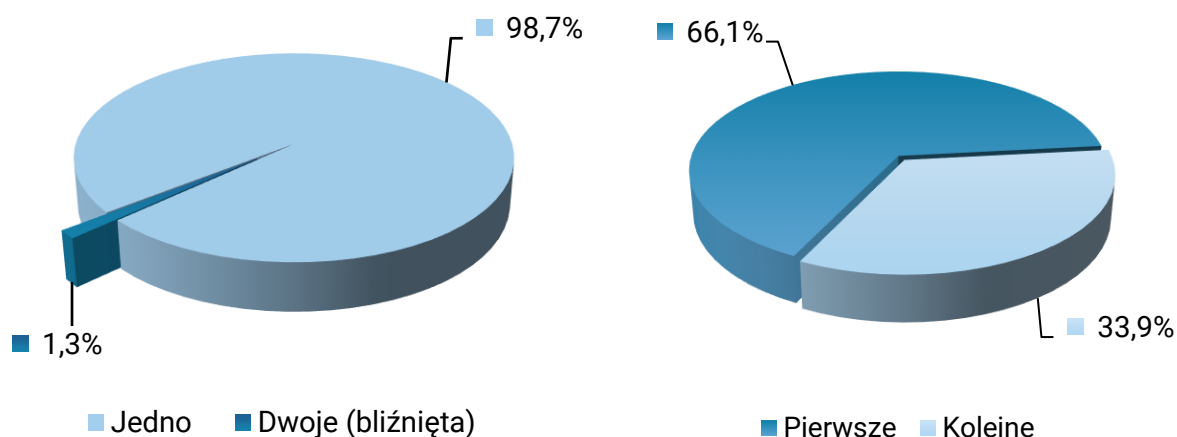
Ryc. 1.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakiej miejscowości mieszczyła się przychodnia POZ, do której wówczas należałaś?” (% , N=2504)

Do wypełnienia ankiety zapraszałyśmy kobiety, które urodziły w Polsce w latach 2018-2022. Urodzenia w 2021 roku stanowiły 33,5%, czyli najwięcej spośród wszystkich rozpatrywanych. Następnie 22,6% stanowiły urodzenia w 2022 roku, 17,9% - w roku 2020, 15,1% - w roku 2019. Najmniejszą grupę stanowiły urodzenia w roku 2018 i wynosiły - 11,0% (Ryc. 1.5.).



Ryc. 1.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)

Większość dzieci - 98,7% urodzonych było urodzonych z pojedynczych ciąż. Pozostałe urodzenia dotyczyły bliźniąt – 1,3% (Ryc. 1.6. po lewej). Żadna z ankietowanych nie urodziła wieloraczków. Dla 66,1% kobiet było to pierwsze dziecko (lub w przypadku bliźniąt pierwsze dzieci), dla 35,9% - kolejne (Ryc. 1.6. po prawej).



Ryc. 1.6. Po lewej struktura ankietowanych wg liczby urodzonych dzieci (% , N=2504). Po prawej struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy było to pierwsze dziecko/dzieci?” (% , N=2504)

Na potrzeby raportu zestawiliśmy również liczbę urodzeń dla poszczególnych województw w Polsce w latach 2018-2022. Do tych danych będziemy się odwoływać w dalszej części raportu.



Z roku na rok w każdym województwie zmniejsza się liczba urodzeń. W każdym z województw na przestrzeni lat 2018-2022 liczba urodzeń zmniejszyła się średnio o 5190 urodzeń. Najwięcej dzieci co roku rodzi się w woj. mazowieckim. W kolejności pod względem liczby urodzeń są (Tab. 1.):

- woj. mazowieckie – 60,5 tys. w roku 2018; 50,2 tys. w roku 2022;
- woj. śląskie – 42,6 tys. w roku 2018; 31,6 tys. w roku 2022;
- woj. wielkopolskie – 38,8 tys. w roku 2018; 30,5 tys. w roku 2022;
- woj. małopolskie – 37,9 tys. w roku 2018; 31,1 tys. w roku 2022;
- woj. dolnośląskie – 27,8 tys. w roku 2018; 22,7 tys. w roku 2022;
- woj. pomorskie – 26,5 tys. w roku 2018; 21,0 tys. w roku 2022;
- woj. łódzkie – 23,0 tys. w roku 2018; 18,2 tys. w roku 2022;
- woj. podkarpackie – 21,5 tys. w roku 2018; 16,8 tys. w roku 2022;
- woj. lubelskie – 20,1 tys. w roku 2018; 15,2 tys. w roku 2022;
- woj. kujawsko-pomorskie – 19,9 tys. w roku 2018; 15,1 tys. w roku 2022;
- woj. zachodniopomorskie – 15,4 tys. w roku 2018; 11,7 tys. w roku 2022;
- woj. warmińsko-mazurskie – 13,7 tys. w roku 2018; 9,9 tys. w roku 2022;
- woj. podlaskie – 11,8 tys. w roku 2018; 9,2 tys. w roku 2022;
- woj. świętokrzyskie – 10,7 tys. w roku 2018; 8,2 tys. w roku 2022;
- woj. lubuskie – 9,5 tys. w roku 2018; 7,1 tys. w roku 2022;
- woj. opolskie – 8,6 tys. w roku 2018; 6,8 tys. w roku 2022.



	Liczba urodzeń				
	2018	2019	2020	2021	2022
Woj. dolnośląskie	27 790	26 922	25 713	24 431	22 727
Woj. kujawsko-pomorskie	19 866	19 342	18 013	16 709	15 061
Woj. lubelskie	20 101	19 286	18 034	16 641	15 218
Woj. lubuskie	9 467	9 036	8 634	7 925	7 090
Woj. łódzkie	23 017	21 644	20 891	19 567	18 163
Woj. małopolskie	37 864	36 946	35 360	33 285	31 082
Woj. mazowieckie	60 485	59 577	56 719	53 938	50 249
Woj. opolskie	8 596	8 493	7 951	7 285	6 788
Woj. podkarpackie	21 533	20 613	19 580	17 929	16 812
Woj. podlaskie	11 790	11 342	10 557	10 112	9 150
Woj. pomorskie	26 498	26 041	24 495	23 335	20 993
Woj. śląskie	42 596	40 508	38 151	34 736	31 597
Woj. świętokrzyskie	10 721	10 220	9 488	8 717	8 157
Woj. warmińsko-mazurskie	13 687	12 911	12 108	10 539	9 913
Woj. wielkopolskie	38 778	37 459	35 885	33 512	30 478
Woj. zachodniopomorskie	15 389	14 614	13 730	12 850	11 654
Suma:	388 178	374 954	355 309	331 511	305 132

Tab. 1. Liczba urodzeń żywych dla poszczególnych województw w latach 2018-2022
(źródło: na podstawie roczników demograficznych za lata 2018-2021⁷⁴ oraz Bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego⁷⁵)

⁷⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/> [dostęp: 30.11.2023]

⁷⁵ <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> [dostęp: 30.11.2023]

