

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 Zdrowienia, 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 KARMIENTA 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 ujednocila 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 mlekne 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 należyтым 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 pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną, w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, 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, Laktacea.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.



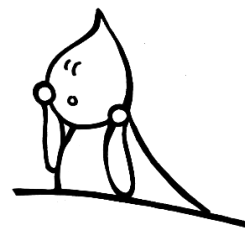
„Pomimo wielu udowodnionych korzyści z karmienia piersią, nie jest ono już normą w wielu społeczeństwach. Karmienie piersią uwarunkowane jest wieloma czynnikami i po to, aby je kobietom umożliwić, wymagane jest zapewnienie środków i wsparcia na wielu poziomach: od dyrektyw prawnych i politycznych, poprzez 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 „zrzucenia” 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 starałyśmy 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 chciałyśmy 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)

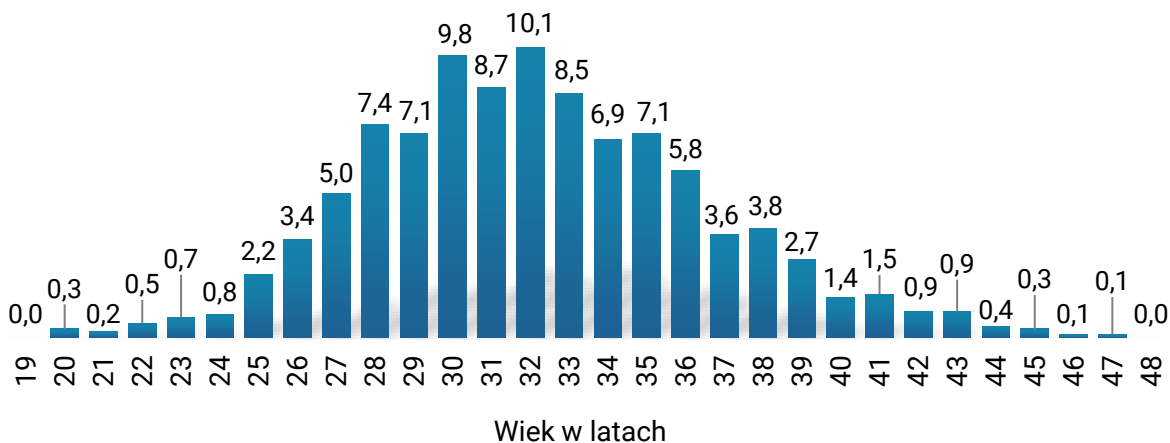


„Dlatego, że po pierwsze wreszcie jestem gotowa na to, żeby o tym otwarcie rozmawiać. Po prostu bez emocji. Jestem w kolejnej ciąży. Niedawno miałam przekonanie, że może być tak, że w ogóle nie będę karmić piersią, że nie będę chciała tego robić. Nie będę chciała podjąć próby. Teraz zmieniłam nastawienie 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)

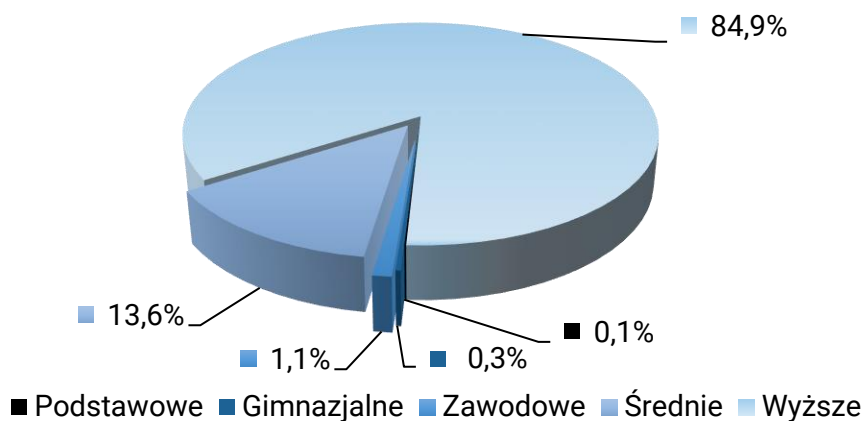
Wobec powyższego oddajmy głos kobietom i wsłuchajmy się w niego uważnie.

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.).

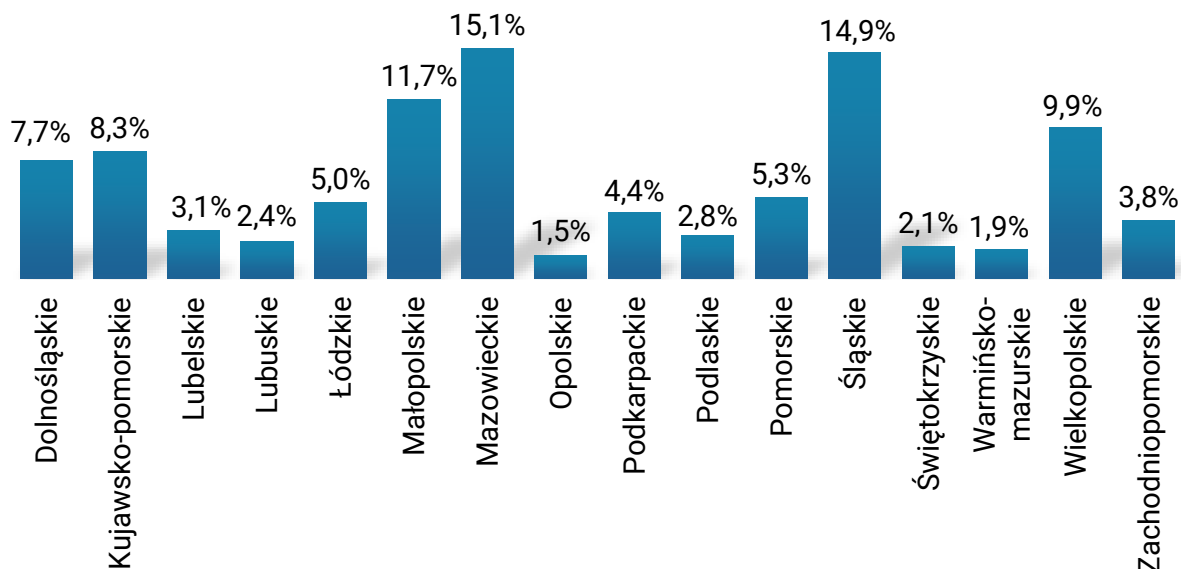


Ryc. 1.2. Struktura ankietyowanych wg wykształcenia (%; N=2504)

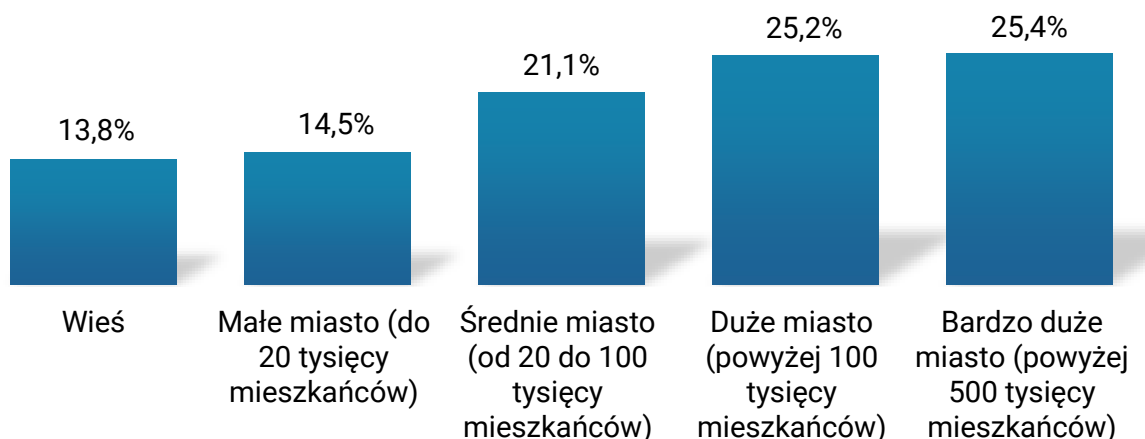
W dalszej kolejności ankietywane zostały zapytane o województwo i rodzaj miejscowości, w których znajdowały się przychodnie POZ, do których należały respondentki w czasie ciąży. Tak sformułowane pytania pozwoliły ustalić, że monitoringiem udało nam się objąć wszystkie regiony w Polsce i wszystkie typy 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.).

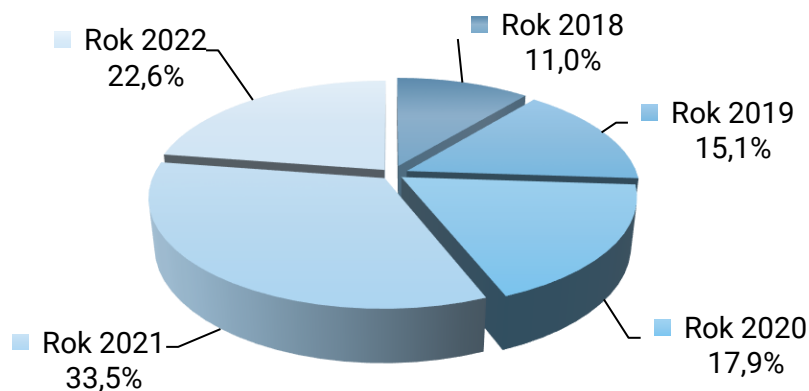


Ryc. 1.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim województwie mieszczyła się przychodnia POZ, do której wówczas należałaś?” (% , N=2504)



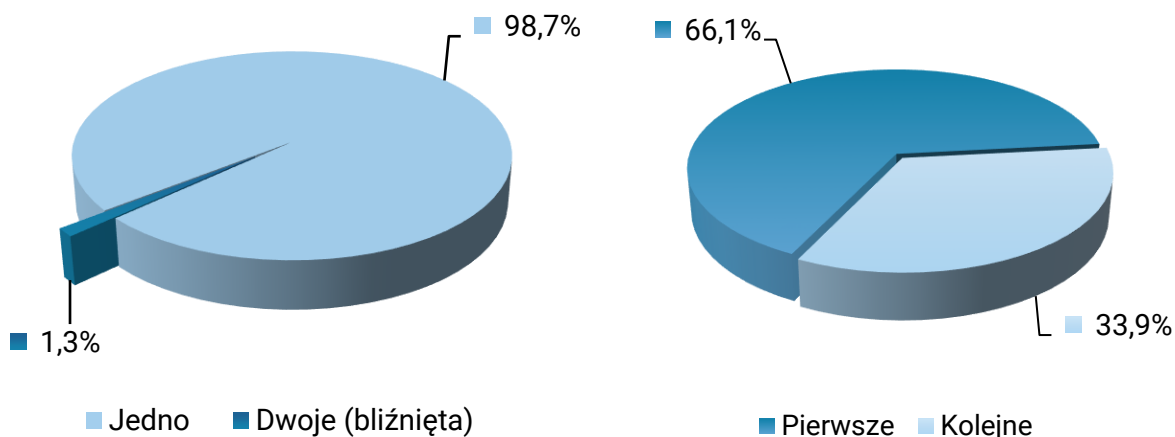
Ryc. 1.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakiej miejscowości mieszczyła się przychodnia POZ, do której wówczas należałaś?” (% , N=2504)

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 ankietyowanych 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 ankietyowanych 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]



2. OPIEKA PRZEDPORODOWA

Elementem przygotowania do karmienia piersią jest zdobycie wiedzy teoretycznej. Jak ważny jest to element, mówią same kobiety. Źródła pozyskiwania wiedzy o karmieniu piersią już na etapie ciąży są bardzo różne. Próbą ujednoczenia tej edukacji jest ujęcie w S000 ramowego programu edukacji przedporodowej. Edukacja ta ma być dostępna dla kobiet podczas wizyt u lekarza prowadzącego ciążę (niezależnie od tego czy wizyty te są refundowane w ramach NFZ, czy są prywatne) oraz podczas dedykowanych do tego celu spotkań z położną podstawowej opieki zdrowotnej, na które kobieta ciężarna może zgłosić się już od 21 tygodnia ciąży.

„Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika”. (S000 IV. Edukacja przedporodowa, ust. 1.)

Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje również zagadnienia związane z karmieniem piersią i laktacją kobiety:

„6) kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią”. (S000 IV. Edukacja przedporodowa, ust. 4.)

„2) karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją”.

(S000 IV. Edukacja przedporodowa, ust. 5.)



Wobec powyższego, zasadnym jest postawienie pytań:

- Czego kobiety dowiadują się o laktacji i karmieniu piersią w trakcie ciąży od osób sprawujących nad nimi opiekę?
- Czy kobiety wiedzą o możliwości odbycia edukacji przedporodowej w ramach NFZ?
- Czy edukacja przedporodowa jest realizowana?
- Jeśli tak, to czy edukacja przedporodowa jest realizowana w zakresie przygotowania do karmienia piersią oraz jaka jest jej jakość?
- Jak kobiety oceniają przydatność edukacji przedporodowej w kontekście edukacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym?

2.1. PROWADZENIE CIĄŻY

Wiadomym jest, że lekarze ginekolodzy mogą prowadzić ciążę. Również położna środowiskowo-rodzinna może prowadzić ciążę, z zastrzeżeniem, że jest ciążą fizjologiczną. Wizyty położnej są refundowane w ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

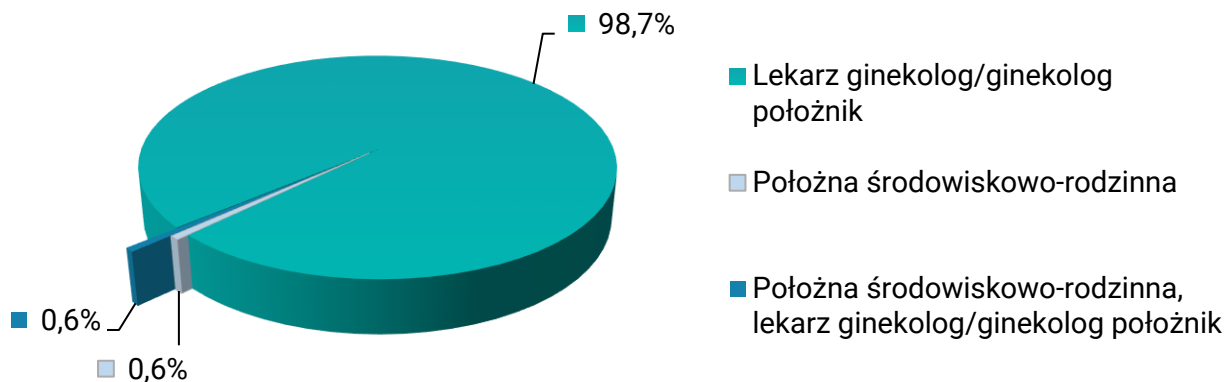
„10. Położna poz, pod warunkiem spełnienia wymagań zapewniających realizację świadczeń zgodnie z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej, może sprawować samodzielną opiekę nad kobietą w przebiegu prowadzenia ciąży fizjologicznej”.

(zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Rozdział 9. Świadczenia położnej poz, § 28.)

Spośród wszystkich 2504 ankiet jedynie w 6 przypadkach kobiety nie wskazały osoby, która prowadziła ich ciążę. Zaś spośród 2498 odpowiedzi, w których kobiety wskazały kto prowadził ich ciążę, aż 98,5% wymieniło, że był to lekarz ginekolog/ginekolog położnik. Prowadzenie ciąży przez położną środowiskowo-rodzinną (położną POZ) jest wciąż

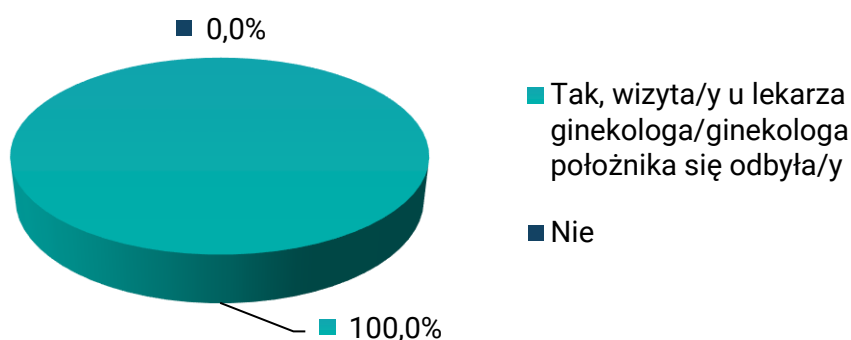


niepopularne. Tylko 0,6% ankietowanych wskazało taką odpowiedź, zaś kolejne 0,6% wymieniło jako osoby prowadzące zarówno lekarza ginekologa/ginekologa położnika, jak i położną środowiskowo-rodzinną (Ryc. 2.1.).



Ryc. 2.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kto prowadził Twoją ciążę?” (% , N=2498)

Dodatkowo 100,0% kobiet (z wyjątkiem przypadku, kiedy jedną ciążę prowadzono na oddziale patologii ciąży, co nie zmieniło wyniku procentowego) udało się na wizytę/y w trakcie danej ciąży do lekarza ginekologa (Ryc. 2.2.).



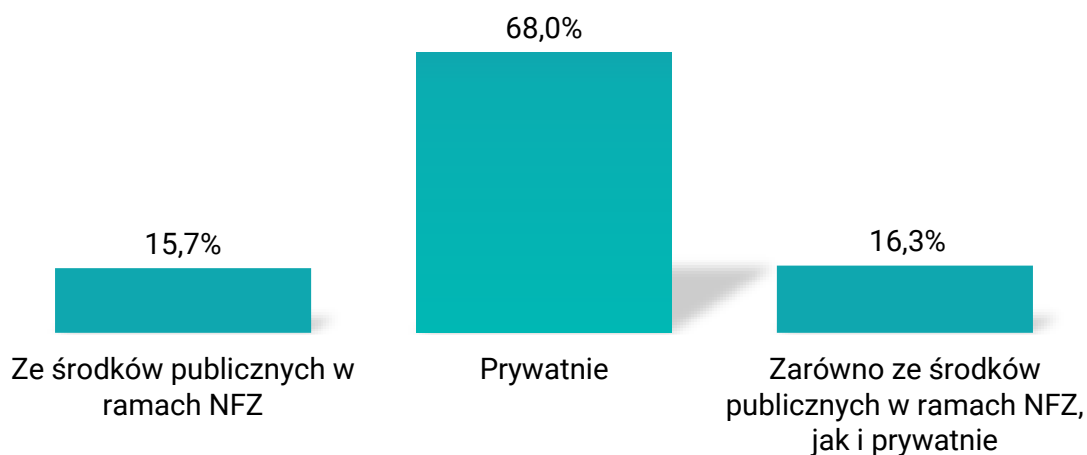
Ryc. 2.2. Struktura odpowiedzi wg odbycia przez kobietę wizyt/y u lekarza ginekologa/ginekologa położnika w trakcie ciąży (% , N= 2504)

Dane te wskazują, że większość ciąż prowadzonych jest przez lekarzy ginekologów. Nawet w przypadku, jeśli ciążę nie są prowadzone przez ginekologa, to nadal ta grupa lekarzy ma styczność praktycznie z każdą kobietą w ciąży. Daje to zatem ginekologom szerokie pole do edukacji kobiet w ciąży, w tym do przekazania chociażby kilku podstawowych informacji o karmieniu piersią. O tym, jak ważne mogą się okazać słowa ginekologa w tym okresie, wskażemy w kolejnym podrozdziale 2.1.1., na przykładach wypowiedzi kobiet z ankiet oraz



wypowiedzi udzielonych podczas wywiadów pogłębionych. Kobiety podzieliły się słowami, które usłyszały od lekarzy ginekologów prowadzących ich ciążę lub podczas wizyt.

Warto zaznaczyć, że nie ma tu znaczenia czy wizyty odbywają się prywatnie, czy w ramach finansowania z NFZ. Na podstawie wyników zebranych w monitoringu wynika, że duży odsetek, bo aż 68,0% wizyt u ginekologa w ciąży odbywa się w ramach prywatnej opieki. Wizyty, które odbyły się wyłącznie w ramach NFZ wskazało 15,7% ankietowanych, zaś łączną formę finansowania wizyt (NFZ oraz prywatnie) - 16,3% kobiet (Ryc. 2.3.). W okresie ciąży, niezależnie od formy finansowania wizyt jednolicie przekazywana przez lekarzy ginekologów powinna być zarówno wiedza w zakresie karmienia piersią, jak i informacja o możliwości skorzystania przez kobietę z edukacji przedporodowej prowadzonej przez położną POZ. Obowiązek informowania o edukacji przedporodowej wynika wprost ze S000 i leży po stronie lekarzy prowadzących ciążę. W dalszej części zagadnienie to zostanie szerzej omówione.



Ryc. 2.3. Sposób finansowania wizyt u lekarza ginekologa/ginekologa położnika w ciąży (%; N=2503)

Zapytałyśmy wojewódzkie oddziały NFZ, ile wizyt położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej zostało zrefundowanych na przestrzeni lat 2018-2021 oraz w pierwszym półroczu 2022 roku.

W Tab. 2. zostały przedstawione ilość i wartość zrefundowanych świadczeń dla poszczególnych województw. Przy czym jedno świadczenie oznacza jedną wizytę położnej, których może odbyć się więcej w prowadzeniu danej ciąży.





Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń
Woj. dolnośląskie	198	31 129,00 zł	803	98 778,00 zł	432	68 050,00 zł	249	39 650,00 zł	285	44 631,82 zł
Woj. kujawsko-pomorskie	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	13	2 241,98 zł
Woj. lubelskie	594	91 848,00 zł	511	79 425,00 zł	568	88 135,00 zł	468	72 618,00 zł	268	44 895,69 zł
Woj. lubuskie	94	13 590,00 zł	94	13 590,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Woj. łódzkie	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Woj. małopolskie	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	124	21 155,00 zł	145	24 665,69 zł
Woj. mazowieckie	2 257	348 369,00 zł	1 735	269 917,00 zł	1 473	226 951,00 zł	1 366	213 229,00 zł	1232	199 158,56 zł
Woj. opolskie	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Woj. podkarpackie	23	4 148,00 zł	144	23 391,00 zł	131	21 122,00 zł	96	15 163,00 zł	328	51 753,95 zł
Woj. podlaskie	0	0,00 zł	8	1 204,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Woj. pomorskie	503	79 401,00 zł	450	69 274,00 zł	101	15 244,00 zł	22	3 567,00 zł	33	5 423,39 zł
Woj. śląskie	166	28 084,00 zł	225	38 640,00 zł	220	37 490,00 zł	185	31 352,00 zł	256	47 174,47 zł
Woj. świętokrzyskie	7	1 139,00 zł	8	1 373,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Woj. warmińsko-mazurskie	0	0,00 zł	0	0,00 zł	2	430,00 zł	1	215,00 zł	7	1 322,60 zł
Woj. wielkopolskie	0	0,00 zł	16	2 474,00 zł	9	1 316,00 zł	45	7 058,00 zł	87	14 141,53 zł
Woj. zachodniopomorskie	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
Suma:	3 842	597 708,00 zł	3 994	598 066,00 zł	2 936	458 738,00 zł	2 556	404 007,00 zł	2654	435 409,68 zł

Tab. 2. Liczba i wartość świadczeń „Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej” dla poszczególnych województw refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2018-2022

(źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej)



KARMNIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

Najwięcej ciąż prowadzonych przez położne środowiskowo-rodzinne odnotowuje się w woj. mazowieckim z tendencją malejącą (od 2,5 tys. w 2018 r. po 1,2 tys. w 2022 r.) i w woj. lubelskim (od 594 w 2018 r. po 468 w 2021 r., ale już tylko 268 w 2022 r.). Dalej plasują się (na podstawie sumy z lat 2018-2022): woj. dolnośląskie, woj. pomorskie, woj. śląskie, woj. podkarpackie, woj. małopolskie, woj. lubuskie oraz woj. wielkopolskie. W kolejnych 4 województwach zrealizowano świadczenia w ilości nieprzekraczającej kilkunastu wizyt na przestrzeni lat 2018–2022: woj. świętokrzyskie, woj. kujawsko-pomorskie, woj. warmińsko-mazurskie oraz woj. podlaskie. Istnieją w województwa, w których świadczenie wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej w prowadzeniu ciąży fizjologicznej nie zostało zrealizowane na przestrzeni pięciu lat. Są to: woj. łódzkie, woj. opolskie i woj. zachodniopomorskie.

W sumie w roku 2018 zostały zrefundowane 3842 świadczenia o wartości 597 708,00 zł, w roku 2019 zrefundowano: 3994 świadczenia o wartości 598 066,00 zł, w roku 2020: 2936 świadczeń o wartości 458 738 zł, w 2021 roku: 2556 świadczeń o wartości 404 007,00 zł, a w 2022 roku 2654 świadczenia o wartości 435 409,68 zł.

Dane te w zestawieniu z Tab. 1. z rozdziału 1., która prezentuje ilość urodzeń w latach 2018-2022 pokazują, że pomimo możliwości prawnej prowadzenia ciąż fizjologicznych przez położne środowiskowo-rodzinne i refundacji tegoż świadczenia, wizyt tych jest wyraźnie mało, a prowadzenie ciąż pozostaje domeną ginekologów (choć również w większości prywatnie). Tym bardziej istotne jest to, jaką wiedzę ginekolożki przekazują kobietom w ciąży o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym.

Jak pisze Fundacja Rodzić po Ludzku „Położnictwo położnych (ang. midwifery) jest wyjątkową dziedziną medycyny, ponieważ opiera się przede wszystkim na znajomości i wspieraniu fizjologii w okresie okołoporodowym. Położna patrzy na ciążę, poród i połów jak na naturalne etapy i doświadczenia w życiu człowieka, a nie jak na procesy potencjalnie patologiczne”⁷⁶. Ciąża niepowikłana zakończona porodem siłami natury jest na pewno czynnikiem zwiększającym szansę powodzenia w procesie karmienia piersią. Wydaje się, że w Polsce wciąż niedoceniana jest rola położnej w fizjologii ciąży, choć ramy niniejszego raportu nie pozwalają na głębszą analizę tego zagadnienia, również pod kątem wpływu na karmienie piersią.

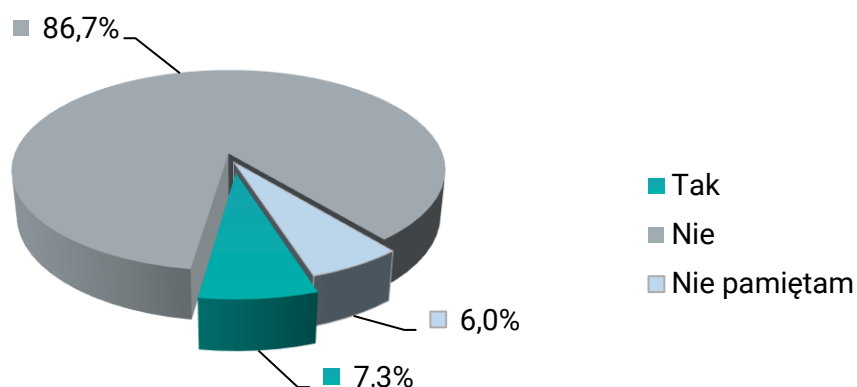
⁷⁶ Kwiatek-Kucharska A., *Ciągłość opieki położnej w innych krajach*, 2022, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/ciaglosc-opieki-poloznej-w-innych-krajach/> [dostęp: 30.11.2023]



2.1.1. PRZEKAZYWANIE WIEDZY O LAKTACJI PRZEZ GINEKOLOGA

To co kobiety usłyszą lub czego nie usłyszą o karmieniu piersią w trakcie ciąży od lekarza ginekologa, może mieć istotny wpływ na to, jak będą karmienie piersią postrzegać. Podjęcie decyzji o sposobie karmienia dziecka już w ciąży jest jednym z kluczowych czynników mających wpływ na powodzenie w procesie karmienia piersią. Ugruntowana wiedza oraz pozytywne przekonania o mleku matki to również motywatory do szukania rozwiązań i pomocy w przypadku pojawienia się ewentualnych problemów.

Według danych z ankiet wynika, że podczas opieki nad 86,7% ciężarnymi temat karmienia piersią nie został w ogóle poruszony w trakcie wizyt u lekarza ginekologa. Dodatkowo 6,0% ankietowanych wskazało, że nie pamięta, czy temat ten był podniesiony. Zaś w 7,3% przypadków temat karmienia piersią był poruszany na wizytach w ciąży (Ryc. 2.4.).



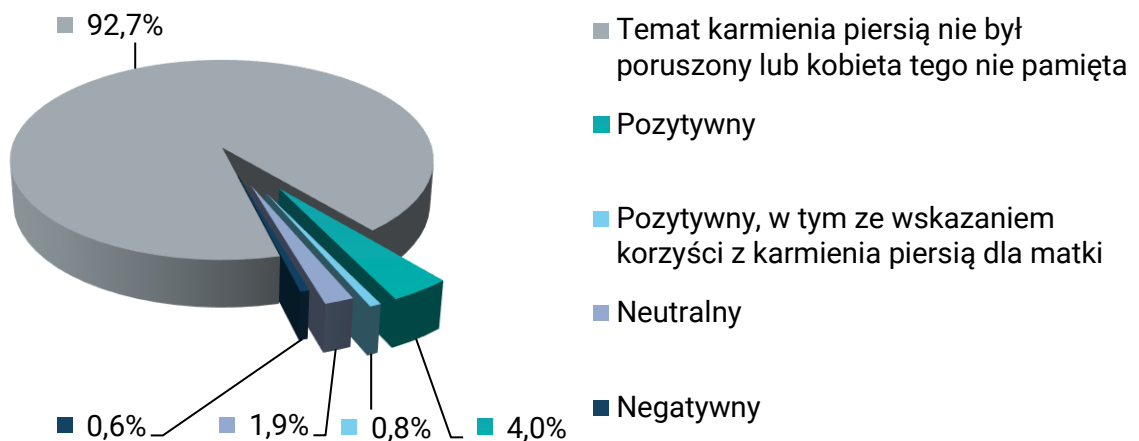
Ryc. 2.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie wizyt u lekarza ginekologa/ginekologa położnika poruszany był temat karmienia piersią i mlekiem kobiecym?” (% , N=2503)

Kobiety, które wskazały, że temat karmienia piersią pojawił się podczas wizyt, odpowiadały w ankiecie na pytanie „Czego się dowiedziałas o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym od lekarza ginekologa/ginekologa położnika?”. W odpowiedzi kobiety cytowały zalecenia, które otrzymały od lekarzy. Poszczególne odpowiedzi zostały pogrupowane ze względu na ich charakter jako komunikaty:



- pozytywny – promujący karmienie piersią, edukujący i wspierający,
- neutralny – informujący lub dotyczący planów pacjentki,
- negatywny – deprymujący zasadność karmienia piersią, powielający mity, opierający się na osobistych przekonaniach, a nie na wiedzy naukowej.

Dla 92,7% wszystkich ankietowanych temat nie był poruszony lub kobieta tego nie pamiętała. Informacje o charakterze pozytywnym o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym otrzymało w sumie 4,8% ankietowanych, z czego dla 4,0% była to informacja ogólnie pozytywna (często również dotycząca karmienia starszego dziecka w trakcie ciąży niezagrożonej), zaś dla pozostałego 0,8% była to informacja pozytywna dodatkowo skupiająca się na korzyściach z karmienia piersią dla matki. Wypowiedzi neutralne to 1,9%, zaś negatywne 0,6% (Ryc. 2.5.).



Ryc. 2.5. Charakter informacji uzyskanych od lekarza ginekologa/ginekologa położnika o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte „Czego się dowiedziałas o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym od lekarza ginekologa/ginekologa położnika?” (% , N=2503)

Warto zauważyć, że jeśli już temat karmienia piersią był poruszany (tylko wśród 7,3% ankietowanych), to w większości były to wypowiedzi o charakterze pozytywnym. Kobiety wskazują na przekazanie dość krótkich i bardziej ogólnych informacji, niż na głębszą edukację, choć zdarzają się wyjątki. Neutralne odpowiedzi najczęściej wskazywały na formalne zainteresowanie lekarza ginekologa, np. planami dotyczącymi karmienia piersią. Były to pytania bez podania jakichkolwiek dalszych informacji czy wskazówek. Jest to stanowczo zbyt mało. Niestety jednak pojawiły się również wypowiedzi, zalecenia całkowicie odbiegające od aktualnej wiedzy o karmieniu piersią.



Kobiety w ciąży od lekarzy ginekologów usłyszały:

„*Że wystarczy karmić do 6 miesiąca życia dziecka*”. (A476)

„*Że po 9 miesiącach dziecko odstawić*”. (A2501)

„*Że karmienie rocznego dziecka to już lekka fanaberia*”. (A1169)

„*Że 3 letniego dziecka się nie karmi, bo to patologia ...*

Nie skomentuję”. (A210)

Udając się do specjalisty ufamy, że przekazywana przez niego wiedza będzie rzetelna. Tego typu wypowiedzi lekarzy, niezależnie od dziedziny w jakiej się specjalizują, są niedopuszczalne i szkodliwe. Przypomnimy, że:

WHO i UNICEF, a także Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zalecają wyłączne karmienie piersią do 6 miesiąca życia dziecka oraz KONTYNUOWANIE go przy jednoczesnym rozszerzaniu diety do dwóch lat i dłużej^{77, 78}, a stanowisko to jest podtrzymywane przez polskie Ministerstwo Zdrowia.⁷⁹

Karmienie piersią odgrywa ogromną rolę w profilaktyce nowotworów związanych z płcią rak piersi, rak jajnika, rak trzonu macicy, o których pisałyśmy wcześniej (w części *Zdrowie w mleku matki*).

Warto zaznaczyć, że znaczenie w profilaktyce nowotworów ma również czas trwania karmienia piersią. Ryzyko spada z każdym kolejnym rokiem karmienia piersią. Chcemy

⁷⁷ https://who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2 [dostęp: 30.11.2023]

⁷⁸ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]

⁷⁹ www.gov.pl/web/zdrowie/karmienie-piersia [dostęp: 30.11.2023]

podkreślić, jak istotną jest postawa ginekologów w propagowaniu profilaktyki nowotworów poprzez propagowanie karmienia piersią i mlekiem matki. Poniżej przykłady tego jako można to robić:

„Od lekarza ginekologa dowiedziałam się, że im dłużej karmię tym jest mniejsze prawdopodobieństwo zachorowania przez mnie na raka piersi lub szyjki macicy. Lekarz bardzo zachęcał do karmienia piersią”. (A1242)

„Że długie karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi (mam guza niezłośliwego), zmniejsza ryzyko cukrzycy typu II itd.” (A1984)

„Mój lekarz bardzo promował karmienie piersią jako najlepszy sposób karmienia i profilaktykę antynowotworową dla mnie”. (A2332)

Spośród pozytywnych wypowiedzi lekarzy prowadzących ciężę pojawiały się informacje o charakterze promującym karmienie piersią oraz przypadki szerszej edukacji w tym zakresie.

„Dowiedziałam się, że nie ma diety matki karmiącej, o poradni laktacyjnej i prawidłowym przystawianiu do piersi. O tym, że nie muszę przestawać karmić w przypadku przyjmowania leków i gdzie mogę sprawdzić, czy dany lek może być stosowany u kobiet karmiących”. (A1340)

„Pani doktor szczegółowo opisała mi wszystkie aspekty karmienia, anatomię i fizjologię gruczołów”. (A1844)

„Przede wszystkim dowiedziałam się, że mogę liczyć na wsparcie położnych przeszkolonych pod względem doradztwa laktacyjnego zarówno w trakcie pobytu w szpitalu jak i po porodzie bez względu na czas. Że to najzdrowsza droga dla matki i dziecka karmienia oraz budowania więzi. Rozmowy były otwarte i nie było pytań z mojej strony bez odpowiedzi”. (K27)

Te pozytywne przykłady pokazują, że lekarze ginekolodzy mogą mieć w swój wkład w promocję karmienia piersią. Jednak nie możemy zapomnieć, że wciąż stanowią one tylko 4,8% ogółu ankietowanych.

Podsumowując, pomimo braku szczegółowego zakresu tego, co lekarze ginekolodzy powinni kobietom przekazywać w kontekście karmienia piersią, informowanie o korzyściach z karmienia piersią jest niewątpliwie dobrą praktyką. Nie jest natomiast dobrą praktyką przekazywanie kobietom będącym w ciąży materiałów reklamowych produktów zastępujących mleko kobiece. Zdarzało się, że pomimo pozytywnej rekomendacji karmienia piersią kobiety otrzymywały takie reklamy (więcej o tym w podrozdziale 2.3.).



Problem!

Bardzo niski poziom informowania kobiet w ciąży przez lekarzy ginekologów, a w szczególności prowadzących ciążę, o korzyściach płynących z karmienia piersią, w tym korzyściach dla matki, szczególnie związanych z profilaktyką nowotworów piersi, jajnika, trzonu macicy (u 86,7% ankietowanych, które miały wizyty u lekarza ginekologa w ciąży temat karmienia piersią NIE został w ogóle poruszony).



2.1.2. INFORMOWANIE O EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ PRZEZ GINEKOLOGA

Obowiązkiem lekarza sprawującego opiekę nad kobietą w ciąży jest skierowanie kobiety na edukację przedporodową prowadzoną przez położną podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z S000:

„Osoba sprawująca opiekę:

- 1) jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;
- 2) odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej;”

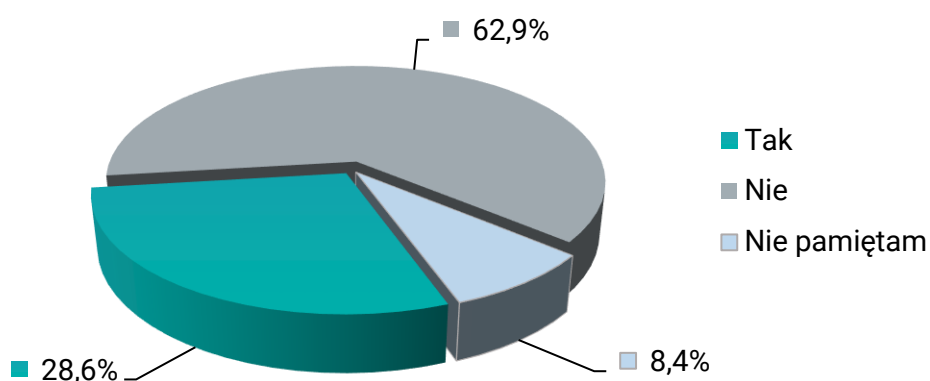
(S000 IV. Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania)

Przypomnijmy, że częścią tej edukacji jest przekazywanie wiedzy na temat karmienia piersią. Ukończenie edukacji przedporodowej przez kobietę ma istotne znaczenie w powodzeniu w karmieniu piersią, o ile jest ona przeprowadzana w sposób rzetelny, oparty o aktualną wiedzę. Obowiązek informowania o możliwości odbycia edukacji przedporodowej dotyczy lekarzy, którzy prowadzą ciążę zarówno prywatnie, jak i w ramach NFZ. Jest to istotne, gdyż jak wspominałyśmy w podrozdziale 2.1., 68,0% ankietowanych prowadziło ciążę prywatnie.



Warto zaznaczyć, że położna środowiskowo-rodzinna nie ma formalnej możliwości dowiedzieć się o tym, że kobieta jest w ciąży (więcej o tym w kolejnym podrozdziale 2.2.). Może zaprosić na edukację przedporodową kobietę w ciąży, która sama się do niej zgłosi. Warto, aby kobieta w ciąży wiedziała, że sama może zgłosić się do swojej położnej, u której ma złożoną deklarację wyboru położnej POZ. Poinformowanie o ciąży, może być początkiem spotkań edukacyjnych finansowanych w ramach NFZ.

W ramach danych pozyskanych z ankiet 28,6% respondentek otrzymało informację podczas wizyt u ginekologa w ciąży o przysługującej kobiecie od 21 tygodnia ciąży edukacji przedporodowej w ramach NFZ prowadzonej przez położną środowiskowo-rodziną. Natomiast 62,9% kobiet nie otrzymało takiej informacji, 8,4% – nie pamięta, czy ją otrzymało czy nie (Ryc. 2.6.).



Ryc. 2.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy lekarz poinformował Cię o przysługującej Ci od 21 tygodnia ciąży edukacji przedporodowej w ramach NFZ prowadzonej przez położną środowiskowo-rodziną?” (% , N=2503)

Jedna z kobiet opowiedziała:

„Namiary na położną dostałam od mojego ginekologa, natomiast on mi przekazał bezpośrednio kontakt do tej osoby nie wiedząc nawet, że ona pracuje w moim rejonie. I powiem szczerze, że ja nie wiedziałam, że ona w ogóle prowadzi takie spotkania. Ja się wcześniej zapisałam do szkoły rodzenia prywatnie w szpitalu, w którym chciałam rodzić, na kurs weekendowy, bo chcieliśmy iść



z mężem. Natomiast jak zadzwoniłam do tej położnej to się dowiedziałam, że ona te wizyty przedporodowe organizuje tak, że co piątek ma spotkanie o 9 rano przez półtorej godziny i wszystkie jej podopieczne przychodzą i ona po prostu taką edukację prowadzi". (K48)

Czasem była to dość zdawkowa informacja:

„Chodziłam do ginekologa na NFZ od momentu, kiedy dowiedziałam się o ciąży i kontynuowałam te wizyty. Prywatnie chodziłam do ginekologa, kiedy potrzebowałam upewnić się, jeśli były jakieś niejasności. Ginekologa mam w pakiecie i stąd to, że chodziłam również prywatnie. Za to lekarz na NFZ to tylko raz właśnie wspomniał o tym, czy wybrałam położną, bo trzeba wybrać położną. To było tylko krótkie pytanie. Nie kontynuował dyskusji na ten temat". (K30)

Nie zawsze kobiety miały tyle szczęścia. Ponad dwie trzecie kobiet tej informacji od ginekologa nie uzyskało:

„Korzystałam z prywatnej opieki. Nawet miałam 2 lekarzy ginekologów w trakcie ciąży i żaden mi nie powiedział o tym, że jakkolwiek edukacja mi przysługuje. Kompletnie nic o tym nie wiedziałam". (K21)

A czasem kobiety pytały o to same uzyskując ważne informacje:

„Ciążę miałam prowadzoną w gabinecie prywatnym przez moją ginekolożkę. Ona przyjmuje raz w tygodniu i podnajmuje gabinet w budynku przychodni, do której należę jako pacjentka do lekarza rodzinnego. Tam też jest położna środowiskowa i też pediatra. Kiedy zapytałam ją o położną ona wiedziała, że ta konkretna położna pracuje w tym konkretnym ośrodku i powiedziała, że jak najbardziej jest dobry wybór i z pewnością prędzej czy później będę miała kontakt jeszcze przedporodowo z położną. Miałam cukrzycę ciężarnych i ginekolożka zapowiedziała, że na pewno będę miała w ramach opieki położnej środowiskowej wykonywane od pewnego momentu KTG”. (K28)



Problem!

Zbyt niski poziom informowania kobiet w ciąży przez lekarzy prowadzących ciążę o możliwości odbycia edukacji przedporodowej od 21 tygodnia ciąży w ramach NFZ prowadzonej przez położną środowiskowo-rodzinną (62,9% ankietowanych, które odbywały wizyty u ginekologa w ciąży nie otrzymało takiej informacji), a elementem takiej edukacji jest również edukacja o laktacji i karmieniu piersią.



2.2. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

2.2.1. ROLA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ

Zanim przejdziemy do analizy tego, jak wyglądała edukacja przedporodowa widziana oczami kobiet, które brały udział w monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce, zatrzymajmy się na chwilę przy tym:

- czy kobiety mają wiedzę o tym, jaka jest rola położnej środowiskowo-rodzinnej i jak tę rolę postrzegają oraz czy miały tę wiedzę na etapie ciąży?

W niniejszym raporcie dużo miejsca poświęcamy pracy położnej środowiskowo-rodzinnej (w tym i w kolejnych podrozdziałach tego działu oraz w dziale 4. dot. wizyt patronażowych położnej POZ po porodzie). Dlaczego? Jakie znaczenie w kontekście laktacji ma praca położnej środowiskowo-rodzinnej?

W 2021 roku Stowarzyszenie Tulimy Mamy (wówczas jeszcze nieformalny ruch społeczny) napisało petycję do Ministerstwa Zdrowia w sprawie zapewnienia refundacji porad laktacyjnych i umożliwienia w ten sposób tworzenia poradni laktacyjnych w całym kraju, a tym samym włączenia porady laktacyjnej do wykazu świadczeń gwarantowanych⁸⁰.

Oficjalne stanowisko Ministerstwa Zdrowia w udzielonej odpowiedzi skupiało się wokół tego, że w Polsce poradnictwem laktacyjnym zajmują się położne środowiskowo-rodzinne w ramach wizyt patronażowych, które odbywają się, jak wskazano, do 2 miesiąca życia dziecka, a także kontynuując opiekę nad matką w tym zakresie już po okresie odbywania się wizyt patronażowych. W odpowiedzi nie odniesiono się bezpośrednio do apelu o refundację porad laktacyjnych. Nie przewidywano zatem jakiegokolwiek refundacji wydzielonego świadczenia porady laktacyjnej czy tej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne, czy wdrożenia świadczenia realizowanego przez inny personel (medyczny bądź niemedyczny z odpowiednimi kwalifikacjami).

⁸⁰ <https://tulimymamy.pl/dzialalnosc-rzeczniczka/> [dostęp: 30.11.2023], <https://tulimymamy.pl/wp-content/uploads/2021/12/Odpowiedz-na-petycje-male.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



„Przewidziane w ramach standardu [przyp. Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej] wsparcie w karmieniu piersią obejmuje: - jak najwcześniejsze objęcie ciężarnej opieką położnej POZ, - edukację przedporodową, która porusza tematykę związaną ze wsparciem w laktacji i rozwiązywaniem problemów z nią związanych, [...] Jak wskazano na wstępie, przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U., poz. 1756) w sposób szczegółowy określają zadania osób sprawujących opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu i opiekę nad noworodkiem, w tym również zadania położnej zapewniające wsparcie w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego. [...] Zgodnie z rozporządzeniem opiekę nad dzieckiem po ukończeniu 2 miesiąca życia kontynuuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna. [...] Porady w zakresie laktacji są zatem obecnie udzielane przez położne POZ w ramach porad patronażowych”.

(Odpowiedź na petycję Nieformalnego ruchu społecznego „Tulimy Mamy” z dnia 15 października 2021 r. w sprawie włączenia porady laktacyjnej do wykazu świadczeń gwarantowanych)

Chcemy zatem dokładnie przyjrzeć się realizacji opieki laktacyjnej przez położne środowiskowo-rodzinne, która zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem jest ich zadaniem, a zaczyna się już przed porodem, gdyż edukacja o karmieniu piersią już w ciąży stanowi niewątpliwie ważny element takiej opieki.



Jak szeroki jest zakres zadań położnej środowiskowo-rodzinnej przekonamy się zaglądając do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 2335), którego fragment cytujemy poniżej:

„1. Zadania położnej POZ w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują:

- 1) edukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia kobiety;
- 2) edukację przedporodową;
- 3) poradnictwo w zakresie odżywiania w okresie ciąży i porodu;
- 4) poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia;
- 5) poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią;
- 6) kształtowanie postaw rodzicielskich;
- 7) edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie i metod regulacji płodności;
- 8) profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych;
- 9) edukację kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego;
- 10) edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową;
- 11) profilaktykę chorób wieku rozwojowego;
- 12) edukację w zakresie obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym”.

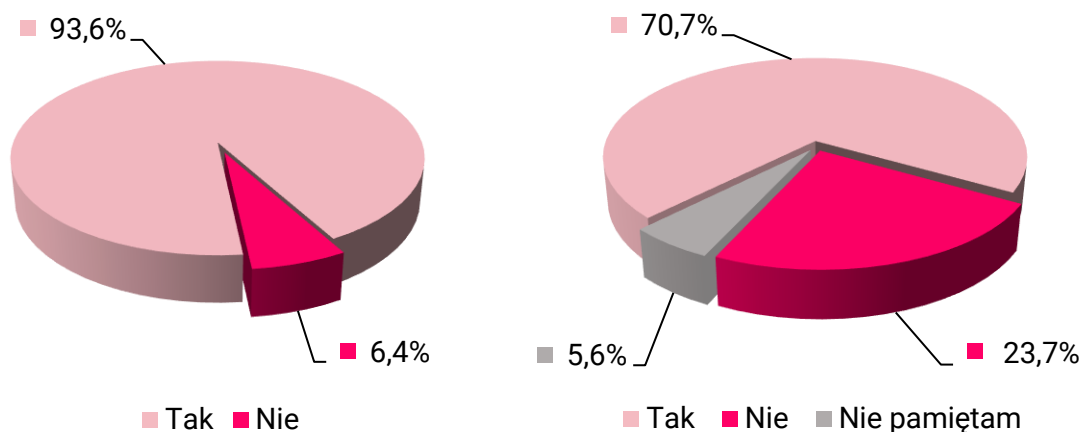


Również szczegółowo obowiązki są określane w kolejnych dokumentach, które stały się również bazą do analizy w niniejszym raporcie, a są to:

- S000;
- ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz 2217 z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1427);
- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające szczegółowe warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (nr 79/2022/DSOZ);

Czy zatem kobiety, które brały udział w monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce znały zadania położnej środowiskowo-rodzinnej? Zdecydowana większość ankietowanych kobiet, czyli 93,6% uznała, że wie czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna, zaś tylko 6,4% zaznaczyło, że nie (Ryc. 2.7. po lewej).

Jednak mniej, bo 70,7% ankietowanych zadeklarowało, że znało zadania położnej na etapie ciąży. Warty zaznaczenia jest, iż 23,7% wskazało, że nie miało tej wiedzy w ciąży, a 5,6% nie było w stanie wskazać, czy taką wiedzę posiadało w tak zakreślonym czasie (Ryc. 2.7. po prawej).



Ryc. 2.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy na moment wypełniania ankiety wiesz, czym się zajmuje położna środowiskowo-rodzinna?” (%; N=2504), po prawej „Czy wiedziałaś, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna, już na etapie ciąży lub przed ciążą?” (%; N=2504)



Niespełna jedna czwarta kobiet na etapie ciąży nie miała wiedzy, którą powinna mieć każda kobieta na tym etapie. Nawiązanie relacji już w ciąży przez kobietę i położną środowiskowo-rodzinną jest istotnym elementem budowania zaufania oraz tego, aby opieka nad położnicą po porodzie była efektywniejsza i dostosowana do potrzeb pacjentki.



Problem!

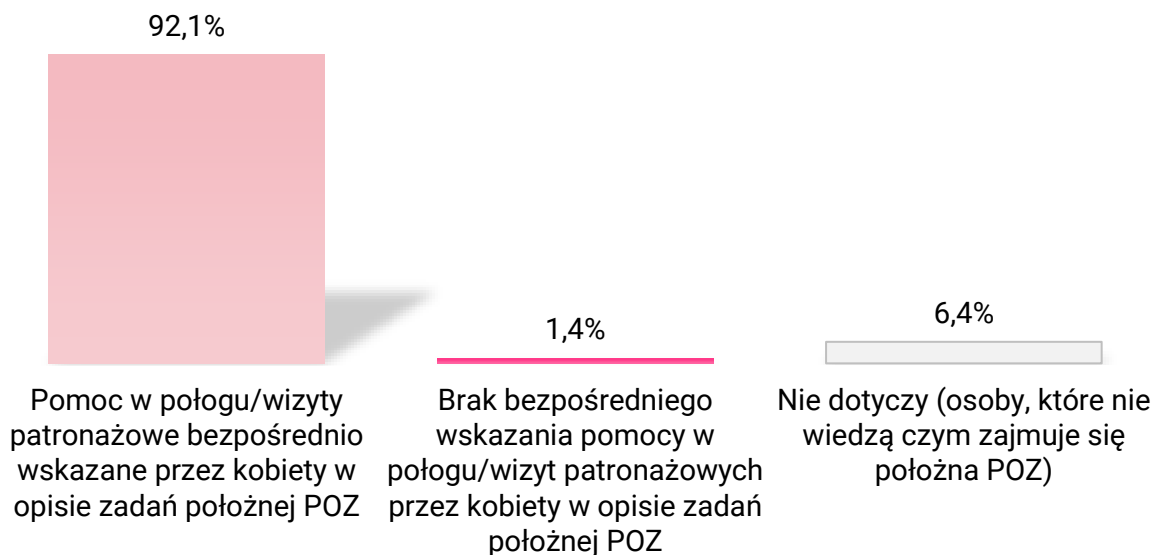
Nieznajomość roli położnej środowiskowo-rodzinną u jednej na cztery kobiety w ciąży (23,7% ankietowanych zadeklarowało, że nie znało wcale tej roli na etapie ciąży). Bez tej wiedzy kobiety nie mogą zgłosić się na edukację przedporodową oraz nawiązać relacji z położną jeszcze w ciąży.

Przeanalizowałyśmy wskazania kobiet odnośnie do tego, czym wg nich zajmuje się położna środowiskowo-rodzinną na podstawie odpowiedzi na polecenie „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinną”. Poniżej wybrana została odpowiedź trafnie prezentująca to zagadnienie:

„Edukacja pacjentek - kobiet. Edukacja ciężarnych. Prowadzenie ciąży. Wizyty patronażowe. Pomoc w laktacji. Opieka nad kobietami po operacjach ginekologicznych.” (A2004)

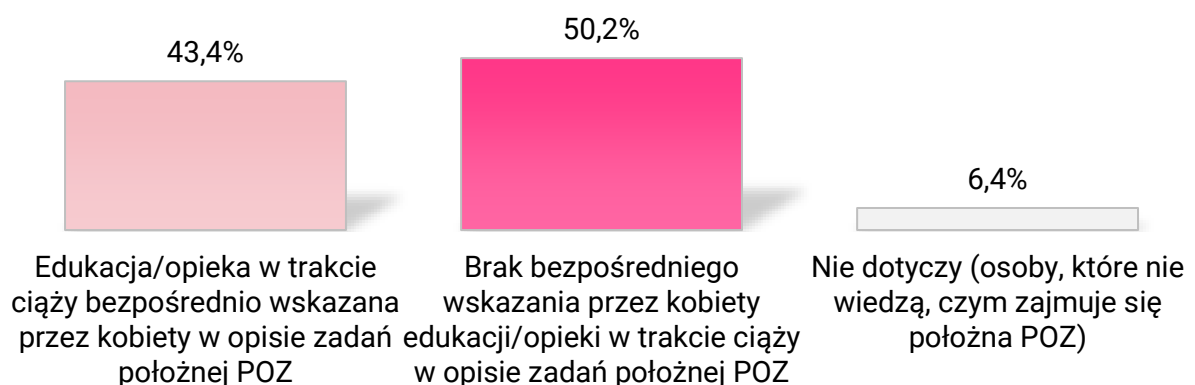
Pomoc w połogu czy realizacja przez położną wizyt patronażowych zostały wymienione przez zdecydowaną większość ankietowanych – 92,1%. Tylko 1,4% nie wymieniło tego bezpośrednio w zadaniach położnej POZ, zaś 6,4% kobiet nie zostało o to zapytanych, gdyż wcześniej wskazały na brak znajomości zadań położnej środowiskowo-rodzinną (Ryc. 2.8.).





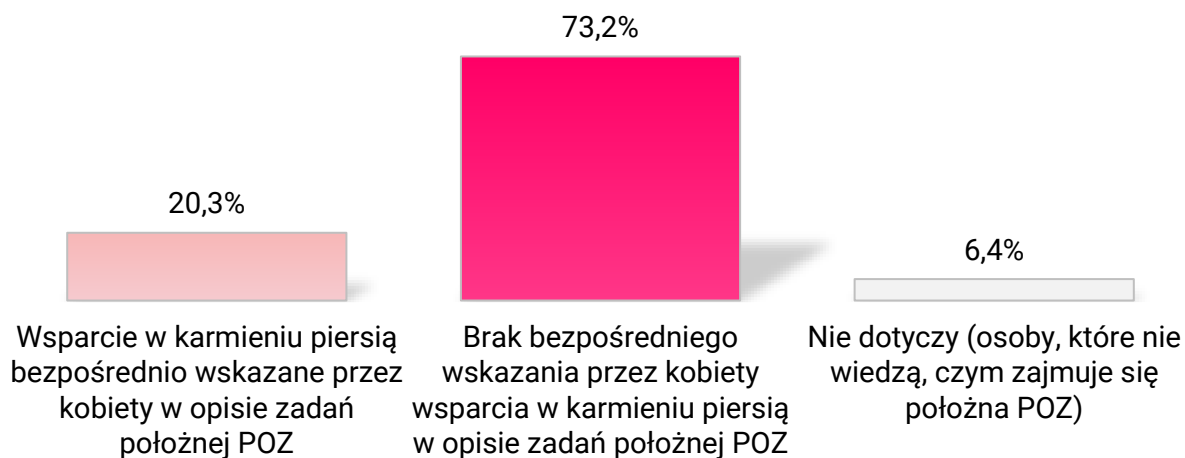
Ryc. 2.8. Struktura odpowiedzi ankietowanych wg uwzględnienia w zadaniach położnej POZ pomocy w położeniu i realizacji wizyt patronażowych na podstawie odpowiedzi na polecenie otwarte: „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna” (% , N=2504)

Przeanalizowałyśmy również odpowiedzi pod kątem wskazania przez kobiety spośród zadań położnej edukacji/opieki w trakcie ciąży. I tak 43,4% wskazało to zadanie bezpośrednio, 50,2% respondentek nie wskazało edukacji/opieki w trakcie ciąży wśród zadań położnej środowiskowo-rodzinnej, zaś 6,4% ankietowanych pytanie to nie dotyczyło z powodu wskazanego już powyżej (Ryc. 2.9.).



Ryc. 2.9. Struktura odpowiedzi ankietowanych wg uwzględnienia w zadaniach położnej POZ edukacji/opieki w trakcie ciąży na podstawie odpowiedzi na polecenie otwarte: „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna” (% , N=2504)

Bezpośrednio wsparcie w karmieniu piersią, w laktacji wymienia 20,3% ankietowanych. Pozostałe albo nie wymieniły tego bezpośrednio – 73,2% lub ich to pytanie nie dotyczyło, gdyż wskazały wcześniej, że nie wiedzą, czym się zajmuje położna środowiskowo-rodzinna – 6,4% (Ryc. 2.10.).



Ryc. 2.10. Struktura odpowiedzi ankietowanych wg uwzględnienia w zadaniach położnej POZ wsparcia w karmieniu piersią na podstawie odpowiedzi na polecenie otwarte: „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna” (% , N=2504)

Ważne jest to, aby kobietom zadania położnej środowiskowo-rodzinnej kojarzyły się wprost z edukacją/opieką w ciąży, w tym edukacją o karmieniu piersią, a także ze wsparciem w karmieniu piersią już po porodzie.

Oczywiście najważniejsze, aby takie przekonanie wynikało z dobrych doświadczeń o czym pisały kobiety w odpowiedzi na wspomniane już polecenie „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna”. Poniżej kilka wybranych cytatów:

„Położna zajmuje się opieką przedporodową oraz poporodową. Od 25 tygodnia ciąży uczęszczałam na szkołę rodzenia, a po porodzie odbyły się wizyty patronażowe, na których otrzymałam cenne rady dot. karmienia piersią. Położna pomagała mi również przystawiać dziecko do piersi”. (A574)



„Wykonuje świetną pracę. Pomogła mi zaraz po powrocie z małościem do domu prawidłowo dostawić dziecko oraz przekazała dużo cennych wskazówek jak postępować z noworodkiem. Ginekolodzy prywatnie nie mają na to czasu, dla nich liczy się następny pacjent”. (A143)

„Prowadzi szkołę rodzenia, edukuje przed porodem, przychodzi po porodzie na wizyty, pomaga w karmieniu piersią, w opiece nad noworodkiem. Długo by pisać. Robią sporo i kawał dobrej roboty!” (A1846)

„Sprawdza stan mamy oraz dziecka po powrocie do domu. Waży dziecko, mierzy, sprawdza ogólny stan dziecka, robi wywiad, sprawdza ranę, technikę karmienia, doradza w kwestii karmienia piersią, ew. zastoju, zapaleń itd. Położne środowiskowe są niesamowicie ważne i niesamowicie niedoceniane przez NFZ!!!!!!” (A2368)

„Jej zadaniem jest wsparcie kobiety przed i po porodzie, sprawdzenie stanu noworodka (np. przyrost masy ciała) oraz mamy. Dla nas była skarbnicą wiedzy, była zawsze pod telefonem, odpowiadała na wszystkie pytania wyczerpująco, np. w kwestii pielęgnacji dziecka, karmienia. Sprawdziała stan miejsca po cesarskim cięciu, ściągnęła szwy”. (A942)

„Położna miała tytuł »położnej na medal« i była doradczynią laktacyjną CDL, więc zaufałam jej. Nie szukałam w internecie, bo nie wiedziałam, gdzie znaleźć rzetelne informacje”. (A393)

Były również kobiety, które poproszone o opisanie, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna wskazywały, że pomimo świadomości zadań położnej, takiej opieki nie dostały. Pisząc o zadaniach jednocześnie podzieliły się swoimi doświadczeniami:

„Przychodzi po porodzie, ogląda maluszka, mamę i powtarza niestety mity dotyczące karmienia piersią, jak na przykład »Dobrze, że cyca pani daje, ale butelki też trzeba uczyć, bo się pani uwiąże!«”. (A1846)

„Edukacja przedporodowa, wizyty patronażowe, pomoc laktacyjna. Chociaż tutaj bardziej ufam certyfikowanym doradczyniom CDL, gdyż położne często powielają mity naszych babć. Niestety”. (A2089)

„Waży dziecko i wciska mleko modyfikowane”. (A670)

„Edukacją (której w realnym życiu nie ma, tylko w założeniach), w zakresie opieki nad noworodkiem oraz laktacji. Po części sprawdza stan zdrowia dziecka (kikut, skóra itd.), a tak naprawdę sprawdza warunki domowe, wypełnia papierki”. (A1617)

„Wiem czym zajmuje się położna, która przychodziła do mnie. Wypełnieniem papierów, że była!”. (A711)

„Położna monitoruje stan dziecka i matki w pierwszych dobach po powrocie do domu ze szpitala. Powinna być wsparciem w karmieniu piersią. Wiedzę laktacyjną ma nieaktualną i skromną. Tak wynika z mojego doświadczenia. Musiałam szukać pomocy u doradczynie laktacyjnej CDL prywatnie”. (A449)

„W czasie połogu przychodzi min 4 razy do dziecka, zobaczyć czy prawidłowo się rozwija. W praktyce wizyta trwa 10 min, a położna nie ma nawet wagi i przychodzi za karę”. (A1447)

Z jednej strony kobiety widzą i doceniają rolę położnej w opiece nad matką i dzieckiem. Z drugiej strony, od niektórych z nich bije ogromne rozczarowanie opieką, którą oceniają jako dalece niewystarczającą lub wręcz wprowadzającą w błąd. Więcej o relacji z położną i ocenie roli położnej w laktacji kobiety będziemy pisać w podrozdziałach 4.1.2. oraz 4.1.3. przy okazji analizy zagadnień związanych z realizacją wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej.



Problem!

Niewystarczająca wiedza kobiet o roli położnej środowiskowo-rodzinnej, w szczególności o realizacji przez nią: edukacji przedporodowej (wskazana w zadaniach położnej POZ przez 43,4% ankietowanych) i opieki laktacyjnej (wskazana w zadaniach bezpośrednio przez 20,3% ankietowanych).
Postrzeganie roli zawężone do realizacji opieki w połogu/wizyt patronażowych.



2.2.2. DOSTĘPNOŚĆ EDUKACJI PRZEDPORODOWEJ

Standardowo położna środowiskowo-rodzinna ma możliwość realizacji 10 wizyt/spotkań edukacyjnych między 21 a 31 tygodniem ciąży, oraz nawet 16 wizyt od 32 tygodnia ciąży do rozwiązania. Są one refundowane w ramach NFZ (czasem nazywane bezpłatną szkołą rodzenia w ramach NFZ). W sumie może być zrealizowanych do 26 (lub więcej, jeśli ciąża trwa powyżej 40 tygodnia ciąży).

„4. W ramach sprawowania opieki okołoporodowej w przebiegu ciąży położna poz realizuje:

[...]

3) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:

- jeden raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt więcej;
- dwa razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt więcej;

(zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Rozdział 9. Świadczenia położnej poz, § 28.)



Z rozmów z położnymi, które prowadzą zajęcia i spotkania w ramach edukacji przedporodowej wiemy, że położna nie ma formalnej możliwości dowiedzieć się o ciąży pacjentki, jeśli ta sama się do niej nie zgłosi. Czasem może być to przypadek, np. rozmowa na korytarzu czy informacja od lekarza POZ, jednak nie ma uregulowanej ścieżki przekazywania takiej informacji. Od kobiety zależy, czy się zgłosi bezpośrednio do położnej środowiskowo-rodzinnej lub do przychodni POZ z informacją o ciąży.

„Gdy rozpoczęłam pracę w przychodni POZ, to na korytarzu pacjentki łapałam jak widziałam, że mają brzuch. Pisałyśmy wielką kartkę i potem, jak ktoś przyszedł się rejestrować do lekarza, to zobaczył napis »EDUKACJA PRZEDPORODOWA« i pytał »A o co tu chodzi?«. Zarzucałyśmy kobiety hasłami, żeby w ogóle to do nich dotarło, bo tam przecież nic się nie działo wcześniej. Teraz już pacjentki wiedzą, że mogą przyjść do nas na edukację. Teraz już się rozniosło i więcej kobiet się zgłasza. Wcześniej to była istna łapanka w przychodni »No widzę, że pani to z brzuszkiem. Zapraszam na edukację. Zbieramy grupę«. Albo szłyśmy do ginekolog, żebyśmy mogły telefony w systemie odnaleźć i same do kobiet w ciąży zadzwonić. I jak telemarketer: »Dzień dobry, położna środowiskowa z przychodni [nazwa przychodni]. My tu prowadzimy taką edukację... Czy może pani, by chciała wziąć udział? A tak? To zapraszam. Nie chce pani? Rozumiem«. Tak to wyglądało, a teraz już kobiety same przychodzą i zapisują się». (P4)





Droga kobieto!

Położna środowiskowo-rodzinna lub Twoja przychodnia POZ nie mają możliwości dowiedzieć się o tym, że jesteś w ciąży, jeśli sama się nie zgłosisz z tą informacją. Dlatego w celu odbycia edukacji przedporodowej od 21 tygodnia ciąży w ramach NFZ zgłaszaj się bezpośrednio do swojej położnej lub przychodni. Dane swojej położnej znajdziesz na Internetowym Koncie Pacjenta. Pamiętaj, że możesz zmienić/wybrać położną i złożyć do niej deklarację wyboru (bezpłatnie dwa razy w roku).

W poprzednim podrozdziale wskazałyśmy, że 93,6% ankietowanych uznaje, iż wie czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna, 70,7% kobiet wiedziało o tym na etapie ciąży, jednak już tylko 43,4% wskazało bezpośrednio edukację/opiekę przedporodową jako element zadań położnej środowiskowo-rodzinnej. Zatem więcej niż połowa kobiet mogła nie wiedzieć tego, że może zgłosić się do położnej środowiskowo-rodzinnej już w trakcie ciąży.

„Położna środowiskowo-rodzinna przychodzi do dziecka po porodzie kilka razy, waży dziecko, sprawdza stan zdrowia dziecka i matki po porodzie. Może przychodzić w ciąży, ale mało kobiet o tym wie. Ja dowiedziałam się pod sam koniec ciąży”.
(A1511)

„Położna środowiskowa ma pomagać przyszłym mamom i kobietom po porodzie dbać o siebie i dziecko. W trakcie ciąży nie wiedziałam, że mogę skorzystać z jej pomocy zanim urodzi się dziecko”. (A2180)

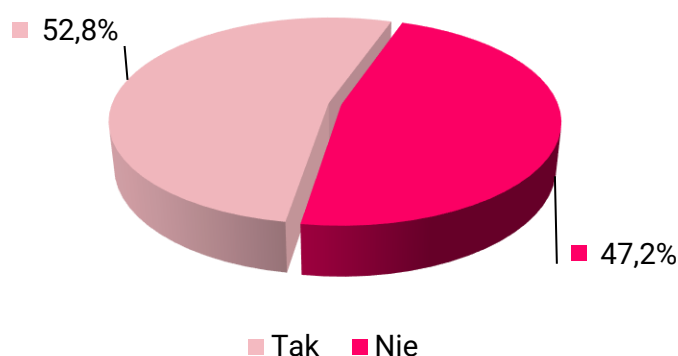


"Nie wiedziałam w ogóle, że jest taka usługa, że można się spotkać z położną przed porodem. Wiedziałam o tych wizytach patronażowych już po, a że wcześniej to jest możliwe, to nie". (K42)

Poznanie się z położną środowiskowo-rodzinną oraz wzięciu udziału w edukacji przedporodowej jest bardzo istotne, o czym mówiły kobiety. Oto wypowiedź jednej z nich:

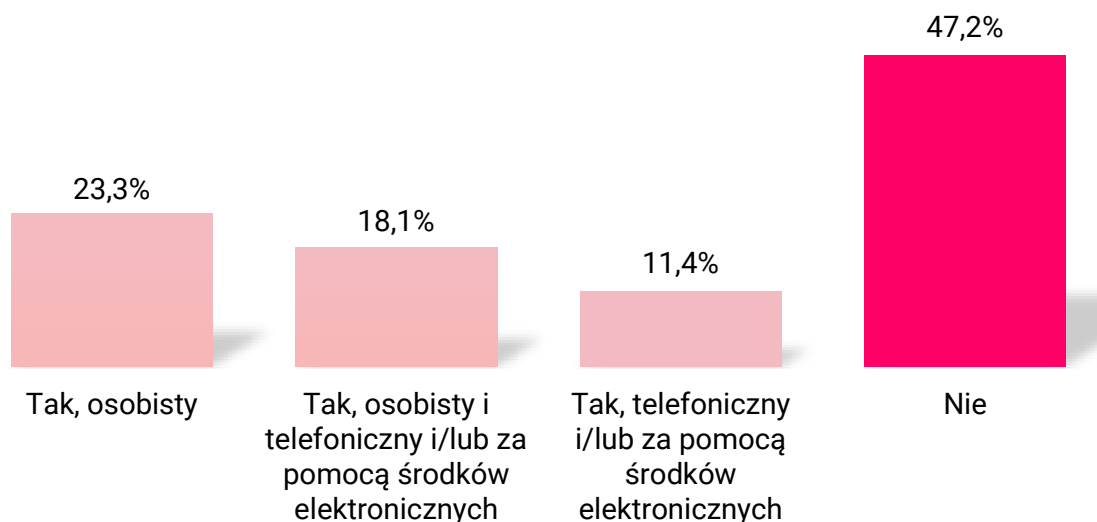
„To było dla mnie ważne dlatego, że byłam w nowej sytuacji w swoim życiu i chciałam się jak najwięcej dowiedzieć. Drugi powód był taki, że chciałam wcześniej poznać moją położną środowiskową i wiedzieć kto będzie przychodził do mnie do domu i zajmował się mną i moim noworodkiem. Trzeci powód był taki, że czasami chodziliśmy z moim mężem, który nie jest medyczny i też był w sytuacji bycia ojcem po raz pierwszy. Myślę, że dla tych mężów partnerów to jest bardzo ważne”. (K37)

Według ankiet tylko 52,8% kobiet miało kontakt z położną środowiskowo-rodzinną w trakcie ciąży. Pozostałe 47,2% nie miało styczności z taką położną w żadnej formie tj.: osobistej ani telefonicznej, czy za pomocą innych środków elektronicznych (Ryc. 2.11.).



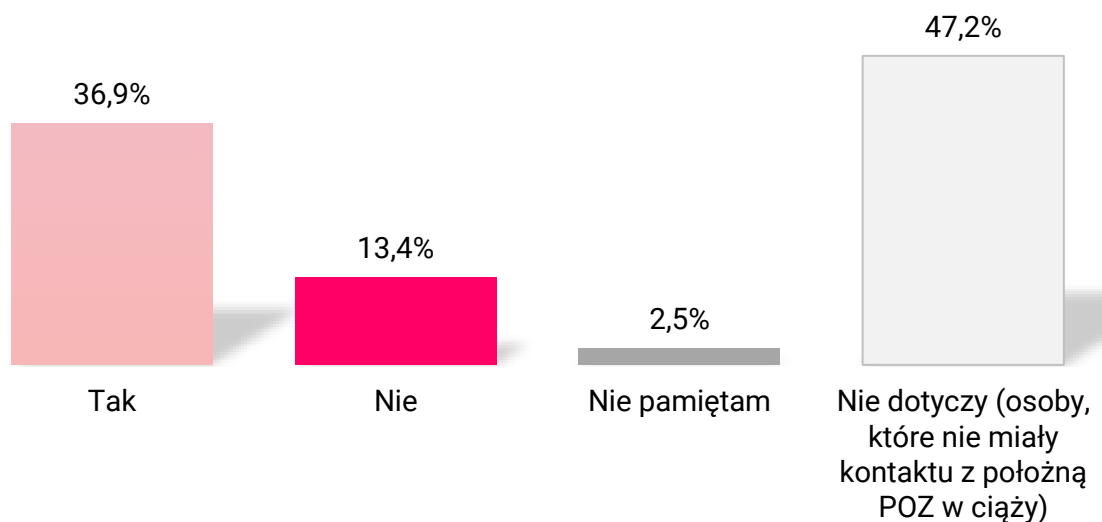
Ryc. 2.11. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy miałaś kontakt na etapie ciąży z położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=2504)

Ponadto u 23,3% kobiet był to kontakt wyłącznie osobisty, a 18,1% wskazało, iż był to kontakt zarówno osobisty, jak i telefoniczny i/lub za pomocą środków elektronicznych. Zatem osobisty kontakt miało 41,4% ankietowanych). Dalej 11,4% kobiet miało kontakt tylko telefoniczny i/lub za pomocą środków elektronicznych. Ponadto 47,2% ankietowanych pytanie to nie dotyczyło, gdyż jak wspomnialiśmy kobiety te nie miały żadnego kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną (Ryc. 2.12.).



Ryc. 2.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy miałaś kontakt na etapie ciąży z położną środowiskowo-rodzinną?” z uwzględnieniem rodzaju kontaktu (% , N=2504)

Na pytanie dotyczące tego, czy położna środowiskowo-rodzinną podjęła inicjatywę zaproszenia kobiety do wzięcia udziału w tzw. edukacji przedporodowej 36,9% ankietowanych odpowiedziało, że tak, 13,4% odpowiedziało – nie, zaś 2,5% nie pamiętało. Należy podkreślić, iż 47,2% kobiet nie miało kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną w ciąży, więc nie mogły zostać one zaproszone do udziału w edukacji przedporodowej (Ryc. 2.13.).



Ryc. 2.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy położna środowiskowo-rodzinna podjęła inicjatywę zaproszenia Cię do wzięcia udziału w tzw. edukacji przedporodowej (spotkania edukacyjne możliwe od 21 tygodnia ciąży na NFZ w formie indywidualnej lub grupowej)?” (% , N=2504)

Zdarzało się, że kobiety poszukiwały możliwości odbycia edukacji przedporodowej, jednak edukacji tej im odmawiano:

„Edukacja przedporodowa byłaby przydatna. Byłaby, bo jej nie ma. Dzwoniłam do lokalnych przychodni. Powiedziano mi, że nie mają takiego kontraktu z NFZ, żeby móc takie usługi świadczyć. Pytanie do NFZ wystosowałam o to. Odpowiedziano, że w zasadzie każda placówka z kontraktem, która szczyli się tym, że mam swoją położną środowiskową powinna świadczyć. Natomiast od trzech placówek odbiłam się. Nikt absolutnie po 21 tygodniu ciąży się ze mną nie spotka. Dopiero po porodzie mogą położne przyjść zobaczyć dziecko. Ewentualnie, jeśli nie będzie obostrzeń. Gdyby nie webinary i gdyby nie moja determinacja i książki, to na pomoc i wsparcie, które w cudzysłowie »Należy mi się« absolutnie nie można było liczyć. Odbijanie się od ściany”. (K38)

„Mieszkam na wsi. Jedna położna środowiskowa akurat chwilę przed tym, jak ja zaszłam w ciążę odeszła na emeryturę, a ta pani, która finalnie była moją położną lada dzień odejdzie na emeryturę. Natomiast u mnie w przychodni właśnie działały te dwie panie. Jak chciałam skorzystać z edukacji przedporodowej, to poinformowano mnie, że oni nie prowadzą czegoś takiego jak sama edukacja, tylko dadzą mi numer do położnej i jak będę miała jakieś pytanie to mogę zadzwonić. To jest głupotą, bo nie tak wygląda edukacja. Edukacja, czyli to ktoś edukuje mnie, a nie że ja dzwonię do kogoś i pytam. To by miało sens, gdybym miała jakiś temat przedstawiony i miałabym do niego pytania, a nie, że ja zadzwonię i będę o coś pytać. Wydawało mi się to idiotyczne. Dlatego zaczęłam szukać w innych przychodniach, bo przecież to nie jest jedyna przychodnia. W kolejnej przychodni powiedzieli, że oni w ogóle nie mają położnej i nie prowadzą żadnej edukacji przedporodowej. »Ich to nie interesuje«. W następnej przychodni powiedzieli mi, że mają położną, ale nie prowadzą edukacji »Jaka edukacja w ogóle?«”.

(K11)

„W [nazwa dzielnicy miasta] nigdzie nie jest realizowana edukacja przedporodowa. Wszystkie pacjentki, które przychodzą do nas mówią, że tylko tutaj jest, a tak to nigdzie. W innych przychodniach POZ pacjentka słyszy, że położna przyjdzie do niej dopiero po porodzie. Nawet jak się zgłasza, to dostaje odmowę takiego spotkania. No i wtedy przychodzi do nas”. (P4)



Czasem kobiety same uznawały, że nie chcą korzystać z edukacji przedporodowej prowadzonej przez położną środowiskowo-rodzinną:

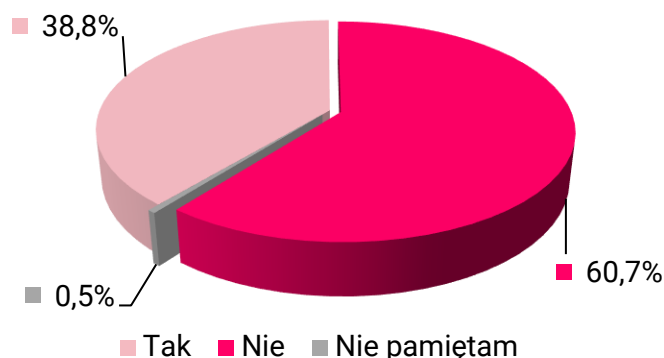
„Wiele informacji uzyskałam w szkole rodzenia, do której uczęszczałam w ramach NFZ przy pierwszej ciąży. W drugiej już tego nie potrzebowałam”. (A1647)

Czasem zaś nie chciały mieć kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną ze względu na poprzednie negatywne doświadczenia i brak zaufania, tak jak to miało miejsce w przypadku kobiety, która dopiero po urodzeniu 3 dziecka nawiązała relacje z położnymi:

„Nie miałam kontaktu z położną środowiskową z tego względu, że do poprzedniej położnej nie miałam zaufania. To była położna, która hołdowała przekonaniom, że w ciąży nie można karmić, że trzeba rozszerzać dietę od czwartego miesiąca, stosować dietę matki karmiącej. Całą ciążę miałam problem z ustaleniem, do której położnej chodzić. Zdecydowałam się dopiero po poleceniu koleżanki już w momencie, kiedy urodziłam córkę. Zapytano mnie w szpitalu o położną środowiskową, to ja dopiero wtedy do niej zadzwoniłam i trafiłam rewelacyjnie. Także przy córce z 2020 r. miałam świetną położną, ale dopiero po urodzeniu. Miałam kontakt z nią też w czwartej ciąży, ale była na macierzyńskim, więc odesłała mnie do koleżanki, która prowadzi prywatną szkołę rodzenia, ale przyjmuje na NFZ pacjentki i jest doradczynią laktacyjną CDL. Do niej zwracałam się z wątpliwościami. Sądzę, że naprawdę to ma duże znaczenie i może przygotować też na część rzeczy wcześniej przed porodem, mimo że już na 4 dziecko czekałam”. (K47)

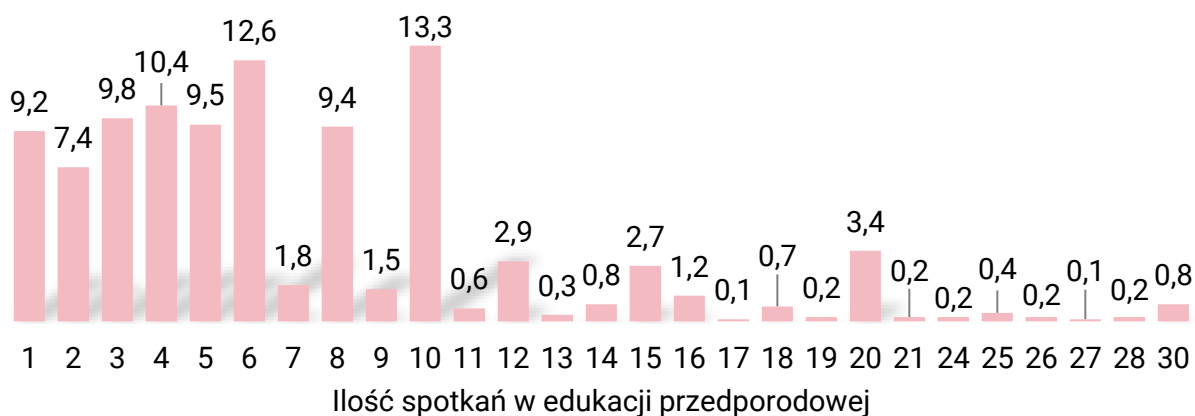


Podsumowując, w samej edukacji przedporodowej uczestniczyło 38,8% ankietowanych (971 z 2504), zaś 60,7% ankietowanych odpowiedziało, że nie brało udziału w edukacji przedporodowej, a 0,5% nie pamiętało tego faktu (Ryc. 2.14.).



Ryc. 2.14. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy spotykałaś się z pożądaną środowiskowo-rodzinną na edukacji przedporodowej?” (% , N=2504)

Kobiety, które brały udział w edukacji przedporodowej wskazywały na różne formy spotkań. Pośród wymienionych były więc zarówno spotkania na żywo – indywidualne w domu, indywidualne lub grupowe w placówce medycznej, jak i spotkania w formie online. Kobiety podawały również liczbę spotkań, w których uczestniczyły (z wyjątkiem jednej, która samej ilości nie podała) – wskazywały od 1 do 30 spotkań (z pominięciem 22, 23, 29, na które nie wskazano). Najwięcej, bo 10 spotkań – wskazało 13,3% kobiet, dalej 6 spotkań – 12,6%, 4 spotkania – 10,4%, 3 spotkania – 9,8%, 5 spotkań – 9,5%, 8 spotkań – 9,4%, 1 spotkanie – 9,2%, 2 spotkania – 7,4%, 20 spotkań – 3,4%, 12 spotkań – 2,9%, 15 spotkań – 2,7%, 7 spotkań – 1,8%, 9 spotkań – 1,5%, 16 spotkań 1,2%. Na pozostałe ilości spotkań (11, 13, 14, 17, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 30) kobiety wskazywały rzadziej (Ryc. 2.15.).



Ryc. 2.15. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W ilu spotkaniach w ramach edukacji przedporodowej uczestniczyłaś?” (% , N=970)



Można podsumować, że od 1 do 3 spotkań miało 26,4% kobiet, które brały udział w edukacji przedporodowej. Czy podczas takiej ilości spotkań była szansa na szczegółowe przedstawienie tematu karmienia piersią? W kolejnym podrozdziale 2.2.3. przyjrzymy się tematyce jaka była poruszana w trakcie edukacji.

W Tab. 3. w dalszej części przedstawiamy podsumowanie pozyskanych danych ogólnopolskich dot. wizyt położnych środowiskowo-rodzinnych w edukacji przedporodowej. Najwięcej wizyt w edukacji przedporodowej odbyło się w 2019 roku. W 2020 roku obserwujemy spadek poniżej ilości wizyt z roku 2018, co wydaje się być odzwierciedleniem pandemii COVID-19. W tym czasie personel medyczny borykał się z wieloma trudnościami. Czasem położne realizowały edukację przedporodową w ramach kontaktu telefonicznego, czy za pomocą innych środków elektronicznych. Czasem jednak nie realizowały jej wcale.

„Panował covid – opieka w ciąży była niemożliwa według położnej”.

(A542)

„Wybrałam położną środowiskową, która też była polecana.

Zapytałam ją, czy są przeprowadzane jakiegokolwiek zajęcia szkoły rodzenia, w której też teoretycznie powinny być informacje odnośnie do karmienia. Dostałam informację, że czegoś takiego ona nie prowadzi. Wcześniej prowadziła osobiście, gdzieś na sali, gdzie osoby miały ze sobą kontakt, ale ze względu na pandemię po prostu – nie. Ja rodziłam w 2020 r. To był najbardziej newralgiczny moment. Nikt do końca nie wiedział co robić i wiem, że ona w formie online również nie prowadziła spotkań. W związku z tym u niej nie było żadnych przygotowań. Wspomniała tylko, że potem będzie się pojawiać właśnie po porodzie”. (K15)





Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń
Woj. dolnośląskie	114 539	3 488 089,00 zł	121 734	3 677 964,00 zł	104 586	3 140 734,00 zł	107 166	3 281 846,00 zł	99 693	3 268 104,60 zł
Woj. kujawsko-pomorskie	33 723	1 045 413,00 zł	42 008	1 302 004,00 zł	34 308	1 063 548,00 zł	34 137	1 057 906,00 zł	34 449	1 139 316,55 zł
Woj. lubelskie	69 459	2 153 229,00 zł	73 791	2 287 521,00 zł	53 875	1 670 125,00 zł	53 956	1 672 636,00 zł	40 606	1 819 737,55 zł
Woj. lubuskie	35 592	1 211 883,00 zł	37 809	1 219 261,00 zł	35 616	1 117 023,00 zł	40 984	1 270 690,00 zł	37 654	1 227 085,26 zł
Woj. łódzkie	27 826	854 174,00 zł	32 157	980 003,00 zł	19 322	534 967,00 zł	22 678	684 170,00 zł	22 324	702 379,43 zł
Woj. małopolskie	92 352	2 863 222,00 zł	110 742	3 433 188,00 zł	98 124	3 042 154,00 zł	104 626	3 243 747,00 zł	101 113	3 338 813,29 zł
Woj. mazowieckie	108 213	3 354 603,00 zł	118 865	3 684 815,00 zł	98 042	3 039 302,00 zł	110 468	3 424 508,00 zł	101 350	3 312 551,97 zł
Woj. opolskie	13 394	415 214,00 zł	18 702	579 762,00 zł	19 274	597 494,00 zł	22 175	687 425,00 zł	24 011	797 240,63 zł
Woj. podkarpackie	46 491	1 455 171,00 zł	53 110	1 646 410,00 zł	41 030	1 271 930,00 zł	47 764	1 480 684,00 zł	50 882	1 674 613,55 zł
Woj. podlaskie	29 121	901 976,00 zł	31 421	970 238,00 zł	25 365	779 836,00 zł	28 261	864 001,00 zł	28 903	941 749,87 zł
Woj. pomorskie	149 614	4 638 034,00 zł	170 381	5 281 811,00 zł	144 688	4 484 832,00 zł	150 917	4 678 427,00 zł	154 197	5 089 059,70 zł
Woj. śląskie	93 897	2 910 807,00 zł	102 508	3 177 754,20 zł	76 699	2 377 669,00 zł	87 765	2 720 715,00 zł	92 401	3 057 342,53 zł
Woj. świętokrzyskie	21 193	644 428,00 zł	23 691	710 706,00 zł	18 450	543 461,00 zł	20 559	629 641,00 zł	21 152	692 545,67 zł
Woj. warmińsko-mazurskie	49 684	1 540 204,00 zł	54 622	1 693 282,00 zł	41 901	1 298 931,00 zł	46 019	1 426 589,00 zł	50 008	1 651 235,74 zł
Woj. wielkopolskie	290 360	8 909 090,00 zł	302 398	9 268 814,00 zł	260 051	7 995 086,00 zł	275 385	8 436 712,00 zł	255 063	8 255 573,36 zł
Woj. zachodniopomorskie	35 886	1 112 466,00 zł	41 470	1 285 570,00 zł	35 133	1 089 123,00 zł	35 334	1 095 354,00 zł	32 555	1 076 153,70 zł
Suma:	1 211 794	37 498 003,00 zł	1 335 409	41 199 103,20 zł	1 106 464	34 046 215,00 zł	1 188 194	36 655 051,00 zł	1 146 361	38 043 502,80 zł

Tab. 3. Liczba i wartość świadczeń „Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania” dla poszczególnych województw refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2018-2022
(źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej)



KARMNIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

W kolejnym 2021 roku ilość tych wizyt nieznacznie wzrosła, choć w 2022 r. wizyt jest mniej niż w poprzednim. Poziom refundacji na przestrzeni 5 lat wygląda następująco (Tab. 3.):

- 2018 r. – 1 211 794 świadczenia o wartości 37 498 003,00 zł,
- 2019 r. – 1 335 409 świadczeń o wartości 41 199 103,20 zł,
- 2020 r. – 1 106 464 świadczenia o wartości 34 046 215,00 zł,
- 2021 r. – 1 188 194 świadczenia o wartości 36 655 051,00 zł,
- 2022 r. – 1 146 361 świadczeń o wartości 38 043 502,80 zł.

Dla porównania, gdybyśmy pomnożyli ilość urodzeń w danym roku (zakładając, że ilość urodzeń równa się ilości ciąży), przez ilość możliwych do realizacji wizyt w ciąży (nawet 26), otrzymalibyśmy w dużym przybliżeniu liczbę świadczeń, do których kobiety w ciąży miały prawo. Przykładowo w roku 2018 było 388 178 urodzeń (Tab. 1. w rozdziale 1.), co po pomnożeniu przez 26 daje 10 092 628 świadczeń. Zatem w 2018 zrealizowano wizyty w edukacji przedporodowej w przybliżeniu na poziomie 12,0%. Poziom realizacji świadczeń wciąż mocno odbiega od teoretycznie możliwych.

Sumując ilość wizyt w edukacji przedporodowej na przestrzeni 5 lat, w ich realizacji przoduje woj. wielkopolskie. Dalej plasują się: woj. pomorskie, woj. dolnośląskie, woj. mazowieckie, woj. małopolskie, woj. śląskie, woj. lubelskie, woj. warmińsko-mazurskie, woj. podkarpackie, woj. lubuskie, woj. zachodniopomorskie, woj. kujawsko-pomorskie, woj. podlaskie, woj. łódzkie, woj. świętokrzyskie oraz woj. opolskie (Tab. 3.).



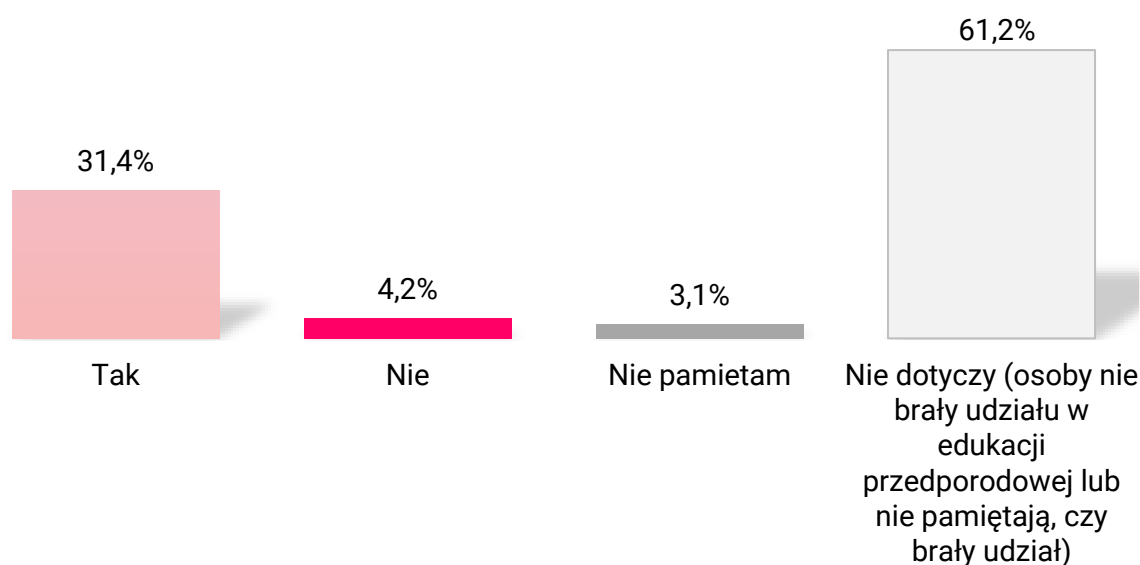
Problem!

Tylko cztery na dziesięć kobiet (41,4% ankietowanych) będąc w ciąży ma kontakt osobisty z położną środowiskowo-rodzinną, następnie prawie połowa (47,2% ankietowanych) nie ma **ŻADNEGO** kontaktu w ciąży z położną (ani osobistego, ani telefonicznego czy za pomocą innych środków elektronicznych). Zbyt niski udział kobiet w edukacji przedporodowej prowadzonej przez położne środowiskowo-rodzinne. Zdarza się, że kobiety zgłaszają całkowity brak dostępności takiej edukacji.



2.2.3. EDUKACJA PRZEDPORODOWA, A EDUKACJA O KARMIENIU PIERSIĄ

Istotnym zagadnieniem w monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce było to, jaką wiedzę przekazywano podczas edukacji przedporodowej. Zapytałyśmy kobiety, które brały udział edukacji przedporodowej „Czy w czasie edukacji przedporodowej położna środowiskowo-rodzinna omawiała tematy związane z karmieniem piersią i mlekiem kobiecym?”, przy czym 61,2% ankietowanych to pytanie nie dotyczyło, gdyż osoby te wskazały, że nie brały udziału w edukacji przedporodowej lub nie pamiętały, czy brały udział. Dalej 31,4% ankietowanych wskazało, że tematy te, były omawiane, 4,2% wskazało, że tematy te nie były omawiane, zaś 3,1% nie pamiętało, czy były poruszane (Ryc. 2.16.).



Ryc. 2.16. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie edukacji przedporodowej położna środowiskowo-rodzinna omawiała tematy związane z karmieniem piersią i mlekiem kobiecym?” (% , N=2504)

Zatem jeśli edukacja przedporodowa się odbyła, w dużej mierze zawierała elementy edukacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym. Kobiety, które brały udział w spotkaniach edukacji przedporodowej (971 spośród 2504) odpowiadały na polecenie: „Wskaż tematykę dotyczącą karmienia piersią i mlekiem kobiecym, którą omawiała położna środowiskowo-rodzinna” i wskazywały tematy, które były omawiane. Poniżej przedstawiliśmy tematy w kolejności największej ilości wskazań, których liczba została podana w nawiasie:

- pozycje karmienia (657),



- siara (651),
- korzyści z karmienia piersią dla dziecka (630),
- korzyści z karmienia piersią dla mamy (598),
- fizjologiczny spadek wagi (541),
- oznaki głodu dziecka (495),
- wskaźniki skutecznego karmienia (493),
- przyrosty na wadze (491),
- mechanizmy działania laktacji (386),
- ocena odruchu ssania (321),
- rodzaje brodawek (312),
- budowa piersi (305),
- alternatywne metody podawania pokarmu (278),
- karmienie mlekiem kobiecym dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych (152),
- karmienie piersią w przypadku ciąży mnogiej (116),
- inna odpowiedź (56).

„Położna na zajęciach szkoły rodzenia dawała dużo praktycznych rad dotyczących karmienia piersią i problemów, jakie mogą karmieniu towarzyszyć oraz jak sobie z tymi problemami radzić. Później z tej praktycznej wiedzy korzystałam”. (A187)

Pomimo poruszania szerokiego zakresu tematów, nie wszystkie kobiety uzyskały szczegółową informację na temat tego, jakie problemy mogą się pojawić podczas karmienia piersią i jak je rozwiązywać, np. temat o alternatywnych metodach podawania pokarmu wskazała mniej niż połowa kobiet biorących udział w edukacji. Pomimo tego, że kobiety pewną wiedzę uzyskały nadal podkreślamy:



Problem!

Zbyt niski poziom pozyskiwania wiedzy o karmieniu piersią lub mlekiem kobiecym przez kobiety w ciąży od położnych środowiskowo-rodzinnych (tylko trzy na dziesięć kobiet – 31,4% ankietowanych uzyskało od nich jakąkolwiek wiedzę w tym zakresie).

Zdarzały się również informacje powielające mity:

„Położna przekazała kilka informacji, które w rzeczywistości są mitami niezgodnymi z aktualną wiedzą”. (A662)

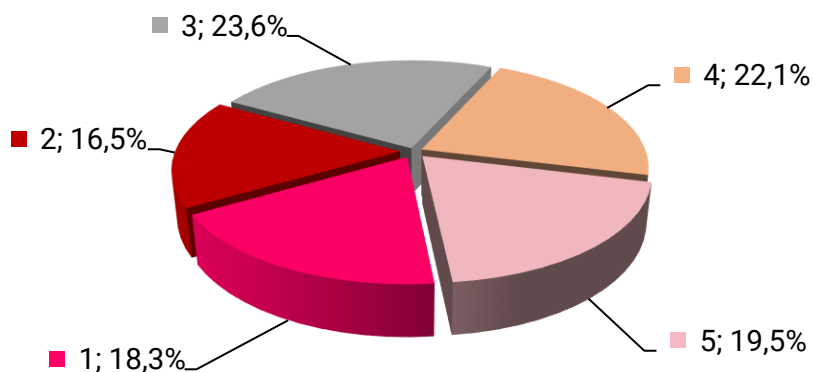
„Położna twierdziła, że mleko powstaje po 2h i co 2h można karmić i nie częściej, że można też dokarmiać, istne bzdury tam słyszałam, o czym dowiedziałam się w późniejszym czasie”. (A1742)

„Restrykcyjna dieta matki karmiącej – nieaktualna wiedza”. (A2417)

„W trakcie ciąży przychodziła do mnie położna, bo jest taka możliwość od 21 tygodnia. Informacje, które przekazywała nie były do końca rzetelne. Kazała mi »hartować« brodawki szczotkując. Mówiłam, że nie będę tego robić i nie podobało jej się to do końca. Ja wiedziałam, że tego nie należy robić i po prostu tego nie robiłam. To nie była wiedza jaka powinna być przekazywana”. (K18)



Kobiety, które brały udział w edukacji przedporodowej prowadzonej przez położną środowiskowo-rodzinną miały możliwość ocenić w skali od 1 do 5 (gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze) w jakim stopniu udział w edukacji przedporodowej przygotował je do karmienia piersią. Na 5 przygotowanie oceniło 19,5% ankietowanych, na 4 – 22,1%, na 3 – 23,6%, na 2 – 16,5% oraz najniższą ocenę 1 wskazało 18,3% respondentek. Jak widać oceny rozkładają się dość równomiernie, więc poziom edukacji wg oceny kobiet był bardzo zróżnicowany (Ryc. 2.17.).



Ryc. 2.17. Struktura odpowiedzi na polecenie: „Oceń w skali 1-5, jak udział w edukacji przedporodowej przygotował Cię do karmienia piersią i mlekiem kobiecym, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze” (% , N=971)

Jedna z ankietowanych oceniła przygotowanie w ramach edukacji przedporodowej do karmienia piersią na ocenę 1 – bardzo słabo. Pomimo wskazania 6 spotkań z położną, zapytana podczas wywiadu pogłębionego o tę ocenę odpowiedziała:

*„Położna zapytała, czy chcę karmić. Odpowiedziałam, że tak.
»No to bardzo dobrze«. No i to była cała edukacja o karmieniu piersią”. (K51)*



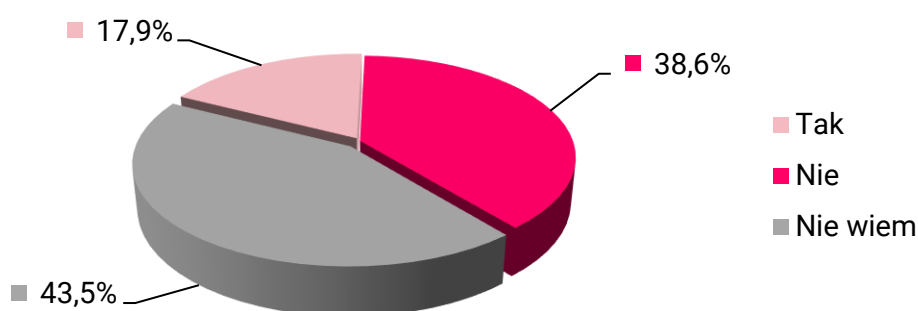
Inna kobieta, która oceniła przygotowanie do karmienia piersią w ramach edukacji przedporodowej na ocenę 5, napisała tak:

„Położna oceniła stan piersi i brodawek w czasie ciąży i pokazywała konkretne pozycje karmienia pod wielkość i budowę piersi/brodawki, które mogą zwiększyć powodzenie przy karmieniu piersią. Każda była oceniana indywidualnie i na życzenie, miało to też na celu pokazanie, żeby się nie martwić, bo można karmić”.

(A98)

Warto zaznaczyć, że kobieta, której odpowiedź na pytanie ankietowe została zacytowana powyżej odpowiedziała również twierdząco na pytanie „Czy Twoja położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczyni laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji)?”. Położna środowiskowo-rodzinna posiadała poszerzoną wiedzę o laktacji.

Wśród ankietowanych 43,5% nie znało odpowiedzi na pytanie, czy położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczyni laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji), zaś 38,6% odpowiedziało, że nie, a 17,9% – tak (Ryc. 2.18.).



Ryc. 2.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoja położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczyni laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji)?” (%; N=2504)



Nie zawsze posiadanie certyfikatu czy przejście kursu jest konieczne, by posiadać pogłębioną wiedzę na temat laktacji czy doświadczenie w pomaganiu kobiecie z problemami z laktacją, jak było w cytowanych poniżej przypadkach (w których wg wiedzy kobiet położna środowiskowo-rodzinna nie szkoliła się/nie posiadała certyfikatu z poradnictwa laktacyjnego):

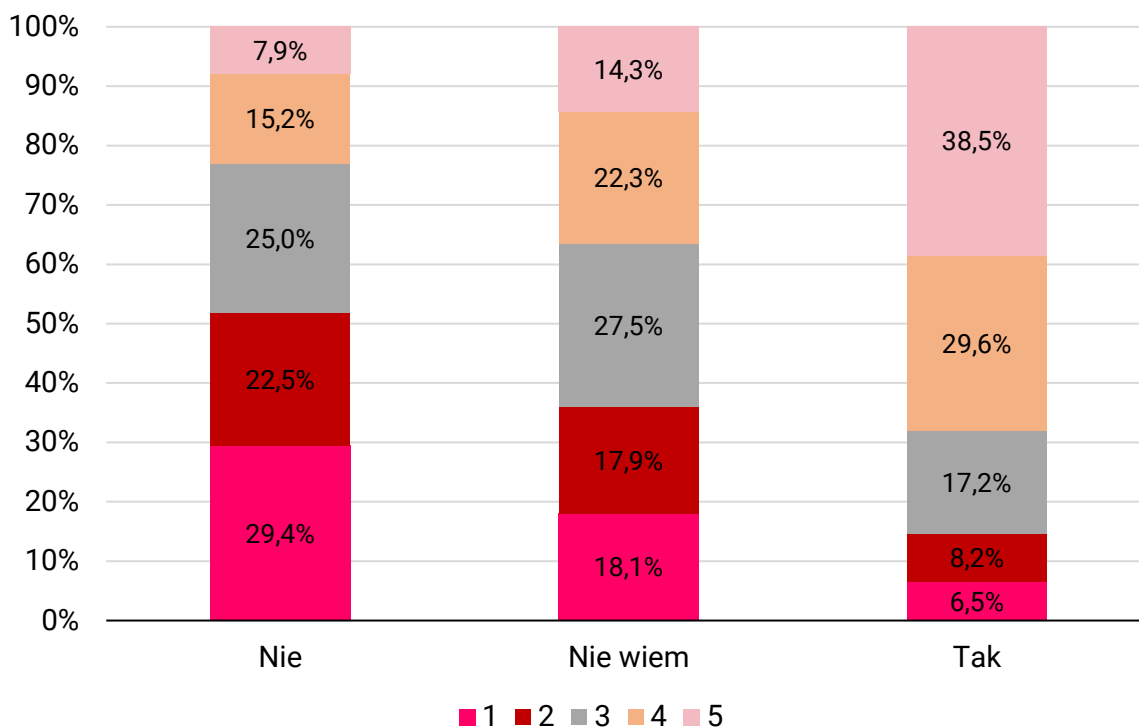
„Miałam wspaniałą położną, dzięki której karmiłam 25 miesięcy. Pomogła zarówno w ciąży, jak i po porodzie. Uzyskałam od niej kontakt do doradczynie laktacyjnej CDL, wsparcie psychiczne i wierzyła we mnie. Coś wspaniałego taka położna!”. (A2036)

„Moja położna posiadała ogromną wiedzę i bardzo mi pomogła. Mimo że nie miałam większych problemów z karmieniem, to było to dla mnie i mojego partnera nowe, więc potrzebowaliśmy wsparcia, które z pełnym profesjonalizmem otrzymaliśmy”. (A407)

Jednak zaobserwowałyśmy wyraźną zależność między wyższą oceną przygotowania do karmienia piersią i mlekiem kobiecym w ramach edukacji przedporodowej, a posiadaniem przez położną dodatkowej wiedzy w tym obszarze potwierdzonej szkoleniami lub otrzymanymi certyfikatami z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczynie laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji). W grupie osób, które zaznaczyły, że położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała odpowiednie certyfikaty, aż 38,5% kobiet oceniło to przygotowanie na stopień bardzo dobry, czyli przyznało ocenę 5, 29,6% oceniło przygotowanie jako dobre, czyli oceniło na 4. Łącznie zatem ocenę 4 lub 5 przyznało 68,1% kobiet, które były świadome posiadania przez położne dodatkowych szkoleń czy certyfikatów z poradnictwa laktacyjnego. Średnia ocena 3 została przydzielona przez 17,2% z tych kobiet. Rzadziej przygotowanie to zostało ocenione jako słabe – 2 (8,2%) oraz jako bardzo słabe – 1 (6,5%). W przypadku, gdy kobiety wskazały, że zgodnie z ich wiedzą położna środowiskowo-rodzinna nie szkoliła się, ani nie otrzymała certyfikatu z poradnictwa laktacyjnego 51,9% z tych kobiet oceniło, że edukacja przedporodowa przygotowała je do karmienia piersią i mlekiem kobiecym bardzo słabo – 1 (29,4%) i słabo – 2 (22,5%). Przygotowanie zostało również rzadziej ocenione jako



średnie – 3 (25%), dobre – 4 (15,2%), bardzo dobre – 5 (7,9%). Kobiety, które nie знаły odpowiedzi na pytanie dotyczące szkoleń czy certyfikatów położnej z zakresu poradnictwa laktacyjnego, bardziej równomiernie przyznały swoje oceny przygotowania do karmienia w ramach edukacji przedporodowej, choć najwięcej z nich oceniło to przygotowanie jako średnie: bardzo słabo – 1 (18,1%), słabo – 2 (17,9%), średnio -3 (27,5%), dobrze – 4 (22,3%), bardzo dobrze – 5 (14,3%) (Ryc. 2.19.).



Ryc. 2.19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Oceń w skali 1-5, jak udział w edukacji przedporodowej przygotował Cię do karmienia piersią i mlekiem kobiecym, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze” vs. „Czy Twoja położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczynie laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji)?” (% , N=971)

Poniżej cytujemy kobiety, które spotkały się z dobrą praktyką położnych, które były jednocześnie doradczyniami laktacyjnymi:

„Z wykształcenia jestem pedagogiem, więc od strony teoretycznej coś tam o dzieciach wiem, ale chciałam też bardziej dowiedzieć się co w trakcie ciąży i co po tej ciąży, więc edukacja przedporodowa



była przydatna. Przede wszystkim bardzo podobało mi się to, że te panie położne, które prowadziły, bo to było w szpitalu, w którym później rodziłam, że te panie są doradczyniami laktacyjnymi i też jedną z nich mogłam wybrać sobie jako położną środowiskową. Celowałam w to wcześniej myśląc o położnej środowiskowej. Szukałam kobiety, która będzie właśnie doradcą laktacyjnym i tak wyszło, że znalazłam. Koleżanka z pracy 11 tygodni szybciej zaszła w ciążę i ona mi mówiła, że chodziła też do szkoły rodzenia i mówi tak »O tu fajna jest pani« i mówię »A dobra, to daj mi namiary, to też się zapiszę«. Kontakt był bardzo fajny, a pani bardzo otwarta, wyluzowana. Nie owijała w bawełnę. Mówiła konkretnie. Właśnie obydwie te panie bardzo sympatyczne bardzo nastawione na karmienie piersią. Pamiętam jedne z ostatnich zajęć w tej szkole rodzenia, które były na temat laktacji i karmienia piersią. Bardzo fajna prezentacja była przedstawiona, tak obrazowo, że była pokazana krowa z cielaczkiem, później był wieloryb z małym wielorybiątkiem, no i mama ze swoim dzieckiem. Było napisane, że krowa produkuje mleko dla swojego dziecka, wieloryb dla swojego, no a my dla siebie, więc tak naprawdę jesteśmy jedynym gatunkiem, który pije cudze mleko można tak powiedzieć". (K13)

„Podczas spotkań miałyśmy omówione najważniejsze zagadnienia: połóg, laktacja, poród. Można było śmiało też podpytać czy panią A. czy panią K. Byłyśmy we 4 kobiety. To też było fajne, bo zawsze to taka wymiana napięcia przedporodowego, bo wszystkie w podobnym czasie miałyśmy rozwiązanie. Materiały dostawałyśmy od położnych, które mogłyśmy zabrać ze sobą, takie kompendium wiedzy. Teraz z nich korzystam w domu, np. jak nie

pamiętam, kiedy mogę zamrażać pokarm, czy ile on może stać. Położne wielką otwartością służyły na spotkaniach. Można było też do nich dzwonić. Miałyśmy numery telefonu. Jak na opiekę na NFZ to tak »brzydko« mówiąc, to czułam się jakbym była pod prywatną opieką położnych, co jest myślę ewenementem. Nie sądzę, że to jest standard”. (K31)

Jedna z położnych w celu przeprowadzenia spotkania o laktacji w ramach edukacji przedporodowej zaprosiła gościa – doradczynię laktacyjną, co doceniła jedna z kobiet.

„Zapisałam się do położnej i to były zorganizowane grupowe zajęcia. To prowadziła główna moja położna. Miała też specjalną panią, którą znałam już z takich dodatkowych warsztatów laktacyjnych, na które się kiedyś zapisałam. Drugi raz spotkałam się z jej warsztatami właśnie w tej szkole rodzenia. Przerfantastyczna doradczyni laktacyjna. Mąż był ze mną, więc też dużo zrozumiał i dużo się nauczył, bo powiedział sam, że w życiu by się nie spodziewał, że to jest tyle wiedzy i ona jest tak ważna. Chyba wyłącznie to, że moja położna zorganizowała zajęcia z tą panią doradcą sprawiło, że karmię piersią. W ciąży dla mnie sam fakt karmienia piersią był na tyle odpychający, taki niezręczny, że stwierdziłam, że urodzę i wtedy będę się zastanawiać co dalej. Spróbuję, a jak się nie uda, to nie będę naciskać na siebie i zobaczymy, jak pójdzie. Gdybym nie miała tej wiedzy, którą tamta kobieta mi przekazała, to podejrzewam, że bym się poddała od razu, bo miałam problemy na samym początku z karmieniem, z powodu płaskich brodawek i też mam z jednej strony wyciętego guza, więc



troszkę inna ta pierś inaczej się układa i dysproporcja jest dość spora po tej operacji". (K39)

Położne, z którymi przeprowadzałyśmy wywiady potwierdziły, że położnym potrzebna jest pogłębiona wiedza o laktacji:

„Jak już zrobiłam kurs na doradczynię laktacyjną no to już wiedziałam, że to jest moja droga. Jak szłam na ten kurs to myślałam: »Zrobię sobie ten kurs, ale przecież chyba nie wiem aż tak mało«. No ale tak od zjazdu do zjazdu coraz bardziej otwierałam oczy, że rzeczywiście no aż dużo to nie wiedziałam. Uważam, że powinno być w zakresie studiów dużo więcej poradnictwa laktacyjnego dla położnych". (P4)

Świadczenie wizyt patronażowych jest wyjątkowe i kiedy jest realizowane zgodnie z założeniami, może być bardzo pomocne dla świeżo upieczonych rodziców. Oto, na co zwróciła uwagę jedna z położnych środowiskowych podczas wywiadu w ramach monitoringu:

„Nie ma chyba innego tak dobrze zorganizowanego systemu, że jest na przykład 6 bezpłatnych wizyt na NFZ (jak wizyty patronażowe). Czy jest takie coś na przykład u stomatologa, u reumatologa? Nie ma czegoś takiego, że ktoś przyjdzie do domu i pomoże. To naprawdę jest dobrze pomyślane, pomimo jakichś niedociągnięć. Jest też edukacja w ciąży. Najpierw raz w tygodniu. Potem 2 razy w tygodniu. Przecież jeżeli to jest dobrze realizowane to można z pacjentką życie obgadać całe. I jej i tego noworodka po narodzinach. Więc tu też właśnie kwestia promocji zawodu



położnej i tego co ona oferuje. Pacjentki po prostu nie wiedzą, ile im na ten NFZ przysługuje. Płacą tyle składek. Niech to im będzie wszystko dobrze zrealizowane. To jest dużo, jeżeli to jest tylko dobrze realizowane". (P5)

Zdobycie rzetelnej wiedzy, ale także zbudowanie dobrej relacji z położną już w ciąży mogą dać poczucie, że po porodzie, na wizyty patronażowe, przyjdzie do nas ktoś, kogo znamy, kto nas wesprze. To ogromna wartość, którą doceniła kobieta cytowana poniżej. Jej historia pokazuje również, jak położna środowiskowo-rodzinna może zaangażować w opiekę nad dzieckiem jego ojca i jak dużą wartość ma taka edukacja. Osoba bliska może wesprzeć kobietę, kiedy pojawią się pierwsze trudności w karmieniu piersią (zgodnie z S000 rozdział I. Postanowienia ogólne ust. 4. pkt 13 edukacja przedporodowa obejmuje przygotowanie nie tylko ciężarnej, ale i osoby bliskiej).

„To był absolutny przypadek, bo znalazłam położną w Internecie. Miała bardzo dobre opinie i była blisko mnie. Zadzwoiłam do niej chcąc się umówić na prywatną szkołę rodzenia, ale zaproponowała, że mnie wpisze na NFZ. Absolutnie nie wiedziałam, jak to działa, więc to ona to zainicjowała, że miałam też jej opiekę później po porodzie. Ja tylko podpisałam papierki. Mieliśmy spotkania dwa razy w tygodniu po półtorej godziny i każde to był osobny temat. Chodziłam tam do samego porodu. To było około 16 spotkań. Było bardzo intensywnie i byłam grupą indywidualną. To był czas pandemii i były wymagania, że nie można było mieć za dużo osób w sali i akurat my tam się mieściliśmy. Do teraz mam kontakt z tą położną i relację z nią. Jestem przekonana, że skorzystam drugi raz ze szkoły rodzenia, jeżeli byłabym jeszcze w ciąży. Odnośnie do laktacji był poświęcony cały tydzień. Pierwsze spotkanie było o prawidłowościach w laktacji, czyli gdy wszystko idzie dobrze. Drugie było o tym, co może pójść nie tak i jak sobie z tym radzić.



Były omawiane najmniejsze problemy, wszystkie etapy przerabialiśmy. Że kobiety uważają, że mleko się kończy po dwóch miesiącach, a wcale tak nie jest. Mówiliśmy o długim karmieniu piersią, jak to może wyglądać. Że zapalenie piersi nie musi być na początku, że może być na końcu. Jak było mówione, że nie powinno się dawać smoczka, to dlaczego, a nie, że nie dawaj smoczka, bo nie, czy nie dawaj butelki, bo nie. Bardzo dużo fajnych wiadomości. Kobieta petarda. Też bardzo angażowała mojego partnera do ojcostwa. Jedne zajęcia były poświęcone temu, jak ważna jest rola ojca i przy porodzie i później przy dziecku, że to oni muszą sprawdzać, czy chwyt piersi jest prawidłowy, że kobieta nie jest w stanie tego z góry zawsze ocenić. Ona ich uczyła, przysięgam, jak podawać pierś. Tak żałuję, że nie miałam kamerki, ale im w pewnym momencie kazała wziąć lalkę, chwycić swoją pierś i próbować przystawiać. To było tak komiczne, ale oni naprawdę jeden za drugim to robili. Miałam wrażenie, że byli tak zaangażowani na tej szkole rodzenia, jak na jakichś filmach. Przede wszystkim jak poszłam rodzić to przystawiałam dziecko i powtarzałam sobie w głowie »Wyjdę ze szpitala, J. naprawi«, bo tak mówiła »W szpitalu karmcie. Przystawiajcie jak najczęściej. Wyjdźcie. Jak przyjdziecie do domu, to ja do was przyjdę i wtedy się nauczymy. Naprawimy jak będzie trzeba«. Chyba przez to podejście, to już chyba w drugiej dobie dostałam takiego nawału okrutnego, a dziecko mi jeść nie chciało. Ta wiedza i jej podejście bardzo mi się przydały. Wiedziałam od razu jak radzić sobie z nawałem. Nic mnie nie zaskoczyło tak naprawdę. Potem te wieczorne tak zwane braki pokarmu. Ani razu się tym nie martwiłam, a miałam takie rewolucje, że mała mi przez tydzień była niespokojna wieczorami. No prawie się zaczęłam niepokoić, ale to nawet tata małej, mój



partner, podszedł do tego tak, że tak to już jest. To nie jest tak, że nasze dziecko jest głodne, albo już w ogóle wygłodzone. Nie mieliśmy w ogóle takich myśli". (K43)



Problem!

Zdarza się, że wiedza przekazywana podczas edukacji przedporodowej jest nierzetelna i nieaktualna lub temat karmienia piersią nie jest poruszany w ogóle. Trzy kobiety na dziesięć (34,8% ankietowanych spośród tych, które odbyły edukację przedporodową) oceniają przygotowanie podczas edukacji przedporodowej do karmienia piersią na słabe lub bardzo słabe. Gorzej oceniane są położne, które NIE szkoliły się na dodatkowych kursach z poradnictwa laktacyjnego.

2.3. OCHRONA KOBIET W CIĄŻY, MATEK I DZIECI PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI

W tym podrozdziale prezentujemy i omawiamy wyniki monitoringu odnoszące się do działań marketingowych skierowanych do kobiet w ciąży za pośrednictwem pracowników ochrony zdrowia. Jednocześnie stanowi on wprowadzenie do problematyki ochrony kobiet w ciąży, niemowląt i małych dzieci, ich matek oraz rodzin, a także pracowników ochrony zdrowia, przed wpływami komercyjnymi, która jest istotna i aktualna także dla pozostałych podrozdziałów poruszających ten temat (podrozdziały 3.2.13. oraz 4.4.).

Producenci produktów zastępujących mleko kobiece starają się dotrzeć do kobiet bezpośrednio oraz za pośrednictwem personelu medycznego już w okresie ciąży.



W ich interesie jest wpływanie na decyzje matek podejmowane w zakresie sposobu żywienia dziecka na tak wczesnym etapie, w celu zachęcenia do kupna swoich produktów, a co za tym idzie, do stałego podnoszenia poziomu ich sprzedaży. Dlatego ważne jest, żeby materiały przekazywane kobietom w ciąży były wolne od reklam, aby decyzje podejmowane przez kobiety mogły być świadome, niezmanipulowane przez marketing. Ponadto rolą personelu jest profilaktyka, promocja zdrowia, rzetelna edukacja, a jeśli to konieczne przekazywanie informacji o żywieniu zastępczym w sposób rzeczowy, a nie w formie przekazu marketingowego. Gdy kobieta jest w ciąży, obowiązkiem pracowników ochrony zdrowia jest promocja karmienia piersią jako elementu profilaktyki zdrowotnej. Natomiast lekarz ginekolog czy położna środowiskowo-rodzinna mogą udzielić kobiecie informacji o żywieniu sztucznym, gdy o to zapyta lub jest to konieczne ze względów medycznych.

Kobiety mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o sposobie karmienia dziecka, a to wymaga otrzymania obiektywnych, bezstronnych, rzetelnych informacji.

Rolą producentów i dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz butelek do karmienia i smoczków do nich NIE jest dostarczanie rodzicom lub opiekunom informacji i porad dotyczących sposobu żywienia ich dzieci. NIE powinni oni tworzyć ani rozpowszechniać takich informacji, ponieważ nie mogą być one uważane za bezstronne czy wolne od wpływów komercyjnych. Podczas gdy celem zdrowia publicznego jest zwiększenie wskaźników karmienia piersią, celem tych firm jest zwiększenie sprzedaży ich produktów⁸¹.

⁸¹ 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]



Z badań wynika m.in., że materiały edukacyjne dotyczące karmienia piersią produkowane przez producentów sztucznych mieszanek i dystrybuowane do kobiet w ciąży zamierzających karmić piersią miały negatywny wpływ na wyłączność i czas trwania karmienia piersią⁸².

Pracownicy ochrony zdrowia powinni zdawać sobie sprawę z tego, że także oni są obiektem działań marketingowych firm, które próbują wpłynąć na nich oraz za ich pośrednictwem na kobiety i innych opiekunów niemowląt i małych dzieci. Powinni mieć świadomość, że przyjmowanie przez personel medyczny korzyści, podarunków, produktów i innych materiałów promocyjnych od producentów i dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci czy późniejsza ich dystrybucja kobietom w ciąży lub matkom/opiekunom niemowląt i małych dzieci rodzi konflikt interesów względem promocji i ochrony karmienia piersią.

Strategie firm i ich wpływ na decyzje matek oraz pracowników ochrony zdrowia zostały opisane np. w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia i UNICEF'u pt. „*Jak marketing mleka modyfikowanego wpływa na nasze decyzje dotyczące karmienia niemowląt?*”⁸³, w którym m.in. zauważono, że:

Pracownicy medyczni mają osobisty dostęp do kobiet w ciąży i rodziców małych dzieci oraz mają zaufaną rolę w zapewnianiu opartych na dowodach, niezależnych i bezstronnych porad. Systematyczny marketing prowadzony przez firmy produkujące mieszanki ma na celu wpłynięcie na rozumienie przez pracowników medycznych karmienia piersią, przekonanie ich

⁸² IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers under the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201804-CE3-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

⁸³ WHO i UNICEF, *How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding*, Genewa 2022, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://who.int/publications/i/item/9789240044609> [dostęp: 30.11.2023], <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352098/9789240044609-eng.pdf?sequence=1> [dostęp: 30.11.2023]



o potrzebie używania mieszanek i wykorzystanie ich jako kanałów marketingowych.

Zalecenia od pracowników medycznych są kluczowym kanałem marketingu tych producentów. Pracownicy medyczni mówili o otrzymywaniu prowizji od sprzedaży, finansowania na badania, upominków promocyjnych, próbek mieszanek, zaproszeń na seminaria, konferencje i wydarzenia.

Niektórzy pracownicy medyczni, wprost lub nieumyślnie, wprowadzają wątpliwości co do zdolności kobiet do karmienia piersią oraz wartości i jakości mleka matki, co odstrasza i zniechęca kobiety do karmienia piersią.

W celu ochrony opiekunów i ich dzieci przed szkodliwymi praktykami marketingowymi oraz ochrony karmienia piersią, jak również, aby wiedzieć, jak chronić siebie, pracownicy ochrony zdrowia powinni znać i stosować się do zapisów Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce wraz z następującymi po nim rezolucjami WHA (dalej: Kodeks WHO)⁸⁴, łącznie z Wytycznymi WHO z 2016 r. w sprawie zakończenia niewłaściwej promocji żywności dla niemowląt i małych dzieci⁸⁵ (dalej: Wytyczne WHO z 2016 r.)^{86 87}.

Z perspektywy istotnej dla pracowników ochrony zdrowia i placówek ochrony zdrowia Kodeks WHO⁸⁸ zwłaszcza:

⁸⁴ 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]

⁸⁵ 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]

⁸⁶ Zob. słownik pojęć i skrótów.

⁸⁷ Por. IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers...*, j.w.

⁸⁸ Por.: Tamże.



- wymaga od pracowników ochrony zdrowia, aby zachęcali do karmienia piersią i chronili je oraz aby zapoznali się z obowiązkami, jakie nakłada na nich Kodeks;
- zakazuje wykorzystywania systemu opieki zdrowotnej do promocji produktów objętych jego zakresem (są to: wszelkie mleka lub produkty, które można wykorzystać do zastąpienia mleka, przeznaczone do karmienia dzieci do 3. r.ż.; inne pokarmy i napoje promowane jako odpowiednie do karmienia dziecka w ciągu pierwszych 6. m.ż.; butelki do karmienia i smoczki do nich);
- zakazuje korzystania przez system opieki zdrowotnej z usług personelu zapewnionego lub opłacanego przez producentów lub dystrybutorów produktów objętych zakresem Kodeksu;
- wymaga, aby karmienie mieszanką było pokazywane wyłącznie przez pracowników ochrony zdrowia (lub innych pracowników społecznych) i jedynie tym matkom lub członkom rodziny, którzy tego potrzebują, wraz z udzieleniem wymaganych przez Kodeks informacji;
- zakazuje wręczania próbek i prezentów dla kobiet w ciąży i matek oraz dla pracowników ochrony zdrowia;
- wymaga, aby materiały informacyjne i edukacyjne m.in. propagowały karmienie piersią, ostrzegały o ryzyku związanym z karmieniem mieszanką i NIE zawierały obrazów lub tekstów mogących idealizować korzystanie z produktów;
- zakazuje bezpłatnych lub po obniżonej cenie dostaw produktów w jakiegokolwiek części systemu opieki zdrowotnej;
- zakazuje producentom i dystrybutorom sponsorowania programów związanych z żywieniem niemowląt i małych dzieci;
- wymaga, aby informacje o produkcie kierowane do pracowników medycznych były naukowe i rzeczowe;
- zakazuje producentom i dystrybutorom działań promocyjnych dotyczących produktów objętych zakresem Kodeksu i kontaktu z matkami.

Wytyczne WHO z 2016 r. m.in. wzmacniają niektóre postanowienia Kodeksu WHO i zawierają zalecenia dotyczące marketingu komercyjnej żywności uzupełniającej przedstawianej jako



odpowiednia dla niemowląt i małych dzieci w wieku 6-36. miesięcy (piszemy o tym szerzej w podrozdziale 4.4.), w tym zakazują promocji krzyżowej (*cross-promotion*) w celu promowania produktów zastępujących mleko kobiece pośrednio poprzez promocję żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz określają, co stanowi konflikt interesów w systemie ochrony zdrowia. W zaleceniu nr 6 tych Wytycznych wskazano, że producenci i dystrybutorzy żywności dla niemowląt i małych dzieci nie powinni tworzyć konfliktu interesów w placówkach opieki zdrowotnej lub w obszarze systemu ochrony zdrowia, a pracownicy ochrony zdrowia, systemy ochrony zdrowia, stowarzyszenia pracowników medycznych i organizacje pozarządowe również powinni unikać takich konfliktów interesów. Takie firmy lub ich przedstawiciele:

- NIE powinni dostarczać rodzinom bezpłatnych produktów, próbek lub po obniżonej cenie żywności dla niemowląt lub małych dzieci za pośrednictwem pracowników ochrony zdrowia lub placówek ochrony zdrowia (z wyjątkiem dostaw dystrybuowanych w ramach oficjalnie zaakceptowanych programów zdrowotnych; produkty dystrybuowane w takich programach nie powinny przedstawiać marek firmy);
- NIE powinni darowywać ani dystrybuować sprzętu lub usług do placówek ochrony zdrowia;
- NIE powinni wręczać prezentów ani „zachęt” (*incentives*) pracownikom ochrony zdrowia;
- NIE powinni wykorzystywać placówki ochrony zdrowia do organizowania wydarzeń, konkursów lub kampanii;
- NIE powinni wręczać jakichkolwiek prezentów ani kuponów rodzicom, opiekunom i rodzinom;
- NIE powinni bezpośrednio ani pośrednio edukować rodziców i innych opiekunów w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci w placówkach ochrony zdrowia;
- NIE powinni udzielać pracownikom ochrony zdrowia informacji innych niż te, które mają charakter naukowy i rzeczowy;
- NIE powinni sponsorować spotkań pracowników medycznych i spotkań naukowych.



Podobnie pracownicy ochrony zdrowia, systemy opieki zdrowotnej, stowarzyszenia pracowników ochrony zdrowia i organizacje pozarządowe nie powinny akceptować ani zezwalać na żadne z powyższych (zob. pkt 16 i 17 Wytycznych WHO z 2016 r.).

Objaśnienia do Wytycznych WHO z 2016 r. zawarte są w podręczniku WHO dotyczącym wdrażania tych wytycznych, dostępnym na stronie WHO⁸⁹.

Jednak jakie odniesienie ma Kodeks WHO do prawa polskiego? Wprowadzie Kodeks WHO nie jest dokumentem prawnie wiążącym, jednak niektóre jego zapisy zostały wdrożone do prawa polskiego⁹⁰. Regulacja krajowa zawarta jest w kilku aktach prawnych z zakresu prawa żywnościowego (polskich i unijnych), a od dnia 1 stycznia 2019 r. także w S000^{91,92}. W kontekście związanym z opieką okołoporodową, w tym edukacją przedporodową wspomnieć należy zwłaszcza o przepisach zawartych w S000, zakazujących podmiotom wykonującym działalność leczniczą prowadzącym edukację przedporodową prowadzenia działań reklamowych lub marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotami służącymi do karmienia niemowląt (S000 IV. *Edukacja przedporodowa*, ust. 7.), jak również zakazujących prowadzenia takich działań w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami (S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 3. pkt 10.). S000 nie

⁸⁹ Zob. WHO, *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf?sequence=1> [dostęp: 30.11.2023]

⁹⁰ Zob. szerzej: Koronkiewicz-Wiórek A., *Kodeks WHO a prawo polskie. Wybrane kwestie w związku z prawną analizą wyników „Raportu z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA”*, Kwartalnik Laktacyjny 2020, nr 1, <https://lekarskimokiem.pl/wp-content/uploads/2022/09/1-2020.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

⁹¹ Relewantne akty prawne zostały wymienione w opracowaniu Koronkiewicz-Wiórek A., *Źródła prawa dotyczące marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt*, <https://www.prawoilkacja.pl/p/do-pobrania.html> [dostęp: 30.11.2023]

⁹² W raporcie odwołujemy się do przepisów prawa obowiązujących w dniu sporządzenia raportu (stan prawny: 30.11.2023 r.). Co prawda część ankiet dotyczy okresu sprzed wejścia w życie S000 oraz stosowania unijnych rozporządzeń delegowanych, z przyczyn metodologicznych nie wpływa to jednak na ocenę prawną (zwracamy na to uwagę poniżej). Poza tym zabronione na mocy S000 działania marketingowe polegające na rozdawaniu preparatów do początkowego żywienia niemowląt/mleka początkowego i ich próbek oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt są zakazane także w świetle przepisów prawa żywnościowego, zatem nie powinny one mieć miejsca również w objętym raportem okresie sprzed wejścia w życie S000. Z analizy ankiet wynika, że działania te miały miejsce również po wejściu w życie S000 (zobacz załącznik 1. Do raportu), zatem można stwierdzić również jego naruszenia. Dotyczy to wszystkich objętych monitoringiem obszarów opieki okołoporodowej (podrozdziały: 2.3, 3.2.13 i 4.4. raportu).



zawiera definicji tych produktów. Według prawa żywnościowego preparaty do początkowego żywienia niemowląt (w tym mleko początkowe) to w uproszczeniu mieszanki przeznaczone do żywienia zdrowych niemowląt w pierwszych 6 miesiącach życia (są one w praktyce oznaczane cyfrą 1). Natomiast przedmioty służące do karmienia niemowląt to z pewnością butelki do karmienia niemowląt, czyli dzieci do 12. m.ż. i smoczki do tych butelek (przepisy nie definiują tych produktów). Powyższe oznacza m.in., że w wymienionych podmiotach zakazane są reklamy tych produktów, a także, że produkty te oraz materiały promocyjne ich dotyczące, nie mogą być rozdawane kobietom w ciąży i matkom niemowląt i małych dzieci. Dodać należy, że wyraźny zakaz przekazywania tych produktów (bezpłatnie lub po obniżonej cenie), ich próbek lub innych upominków promocyjnych przez producentów i dystrybutorów ogółowi społeczeństwa, kobietom w ciąży, matkom i członkom ich rodzin, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem służby zdrowia lub pracowników służby zdrowia przewidziany został w przepisach prawa żywnościowego (art. 10 ust. 3 rozp. del. 2016/127⁹³ i art. 25 ust. 2 pkt 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia⁹⁴), na gruncie których takie działania stanowią wykroczenie.



Droga kobieto!

Przekazywanie Tobie jako kobiecie w ciąży lub matce, a także członkom Twojej rodziny materiałów reklamowych, próbek lub innych upominków promocyjnych dotyczących preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt (butelki do karmienia niemowląt i smoczki do nich) stanowi naruszenie przepisów prawa, które można zgłaszać do Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS/GIS) lub

⁹³ Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/127 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu preparatów do początkowego żywienia niemowląt i preparatów do dalszego żywienia niemowląt oraz informacji na ich temat, a także w odniesieniu do informacji dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci (Dz. Urz. UE. L 2016, nr 25, s. 1 ze zm.), dalej: rozp. del. 2016/127. Rozporządzenie to stosuje się od dnia 22 lutego 2020 r., a w odniesieniu do preparatów wytwarzanych z hydrolizatów białkowych - od dnia 22 lutego 2021 r. Co do zasady powtarza ono dotychczasowe przepisy prawa żywnościowego dotyczące marketingu tych produktów.

⁹⁴ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2023, poz.1448).



do kierownika podmiotu leczniczego. O szczegółach i o tym jak to zrobić dowiesz się z publikacji prawniczki Anny Koronkiewicz-Wiórek pt. „Jak dokonać zgłoszenia naruszenia prawa w zakresie marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt i co powinno zawierać zgłoszenie?”, którą znajdziesz na stronie [prawoilaktacja.pl](https://www.prawoilaktacja.pl) w zakładce „Do pobrania” znajdującej się pod linkiem⁹⁵: <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html>

Od dnia 22 lutego 2020 r. podobny zakaz dotyczy także bezpośredniego rozdawania przez producentów lub dystrybutorów żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt (art. 8 ust. 6 rozp. del. 2016/128⁹⁶), czyli specjalistycznych preparatów mlekozastępczych dla niemowląt z określonymi dolegliwościami, np. ze stwierdzoną alergią pokarmową (w praktyce bywają one także oznaczane nr 1 lub 2). W odniesieniu do tej specjalistycznej żywności prawo żywnościowe przewiduje także zakaz w zakresie środka przekazu/miejsca reklamy⁹⁷, co w kontekście niniejszego raportu w uproszczeniu oznacza, że również reklamy tych specjalistycznych mieszanek dla niemowląt są w placówkach ochrony zdrowia zakazane, o ile nie są one zawarte w publikacjach wyspecjalizowanych w tematyce opieki nad dziećmi lub w publikacjach naukowych⁹⁸. Zabronione są więc np. ulotki, plakaty, banery reklamujące te produkty.

⁹⁵ Publikacja umieszczona jest pod nazwą „MARKETING MM – ZGŁOSZENIE PODEJRZENIA NARUSZENIA PRAWA (pobierz)”

⁹⁶ Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/128 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu żywności specjalnego przeznaczenia medycznego oraz informacji na jej temat (Dz. Urz. UE. L 2016, nr 25, s. 30), dalej: rozp. del. 2016/128. Rozporządzenie to w omawianym zakresie stosuje się od dnia 22 lutego 2020 r. W porównaniu z dotychczasową regulacją, wprowadza ono istotne zmiany w zakresie marketingu żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt. Z przyczyn metodologicznych nie ma to jednak wpływu na analizę prawną przeprowadzoną w niniejszym raporcie, o czym poniżej.

⁹⁷ Analogiczny zakaz obowiązuje w odniesieniu do preparatów do początkowego żywienia niemowląt.

⁹⁸ W odniesieniu do tak dopuszczalnych reklam obowiązują ponadto określone wymogi prawne w zakresie ich treści (nakazy i zakazy).



Przepisy nie przewidują natomiast ograniczeń co do środka przekazu/miejsca reklamy w odniesieniu do preparatów do dalszego żywienia niemowląt (w tym mleka następnego), czyli mieszanek dla zdrowych niemowląt w 2 półroczu życia (w praktyce są one oznaczane nr 2) oraz tzw. mleka modyfikowanego dla dzieci powyżej roku (oznaczanego nr 3 i nast.), co w praktyce oznacza, że dopuszczalne są reklamy tych produktów (w tym na ulotkach, plakatach i banerach)⁹⁹ w placówkach ochrony zdrowia (nie dotyczy to placówek posiadających tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, ponieważ w nich powinien być w pełni przestrzegany Kodeks WHO; więcej o samej inicjatywie nadawanie tego tytułu i jej założeniach w podrozdziale 3.2. *Opieka Okołoporodowa w szpitalu*) i poza nimi. Nie ma również zakazu rozdawania próbek tych produktów. Podobnie jest w przypadku żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci.

Poza tym prawo żywnościowe reguluje problematykę materiałów informacyjnych i edukacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci, w tym warunki ich dostarczania przez producentów i dystrybutorów preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt¹⁰⁰. Materiały takie są dopuszczalne (pod warunkiem zachowania przesłanek formalnych i treściowych) m.in. w placówkach ochrony zdrowia, co w przypadku materiałów tworzonych przez ww. firmy jest istotnym mankamentem, ponieważ nie uwzględnia kwestii konfliktu interesów. Dodać należy, że przepisy pozwalają na to, aby na takich materiałach, a także na otrzymanym od firm wyposażeniu, znajdowały się nazwa lub logo darczyńcy. Nie może się jedynie na nich znaleźć żadna określona marka preparatu do początkowego żywienia niemowląt. W praktyce przepisy te nie zapewniają więc należytej ochrony przed wpływami komercyjnymi, tym bardziej, że firmy wykorzystują materiały informacyjne i edukacyjne do promowania swoich produktów i do subtelnego podważania karmienia piersią (zniechęcania do niego), co znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu¹⁰¹.

Prawo żywnościowe reguluje ponadto kwestię darmowych lub po obniżonej cenie dostaw preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, na co szczególną uwagę zwrócimy w dziale dotyczącym opieki okołoporodowej w szpitalu w podrozdziale 3.2.13 *Ochrona kobiet i noworodków przed wpływami komercyjnymi*. Nie zawiera ono natomiast regulacji dotyczącej konfliktu interesów.

⁹⁹ Dla oceny ich zgodności z prawem wymagana jest ocena ich treści.

¹⁰⁰ Zob. art. 11 rozp. del. 2016/127 i §20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (Dz.U. z 2015 r. poz. 1026).

¹⁰¹ Zob. np. IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers...*, j.w.



Okazuje się więc, że polskie prawo jest dużo mniej rygorystyczne niż zalecenia Kodeksu WHO. Nie chroni ono kobiet i dzieci (ani pracowników ochrony zdrowia) przed wpływami marketingowymi w takim stopniu, jakby mogło chronić, gdyby Kodeks WHO został w całości zaimplementowany do prawa polskiego (i prawa unijnego, ponieważ możliwość pełnej implementacji Kodeksu WHO nie pozostaje jedynie w gestii ustawodawcy polskiego, może on jednak już teraz wdrożyć niektóre zapisy Kodeksu WHO w zakresie, w jakim pozwala mu na to prawo unijne¹⁰², na co zwrócimy uwagę w dalszej części raportu, przy okazji formułowania rekomendacji). Należy także pamiętać, że producenci i dystrybutorzy promują „dozwolone” produkty, a de facto także produkty objęte zakazami reklamowymi, wykorzystując praktykę promocyjną cross-promotion¹⁰³, czyli produkty promowane są krzyżowo, a rozpoznawalność marki i lojalność wobec marki dzięki temu może mieć początek jeszcze przed narodzinami dziecka. Przykładowo, reklamy internetowe mieszanek z numerami 2 i więcej wyświetlają się kobietom już w ciąży, co zaobserwowałyśmy osobiście na własnych przykładach.



Problem!

Brak pełnego wdrożenia do prawa polskiego zapisów Kodeksu WHO, które chroniłyby kobiety w ciąży oraz matki niemowląt i małych dzieci (a także pracowników ochrony zdrowia) przed wpływem marketingu na podejmowane decyzje o karmieniu dziecka.

Co wynika z zebranych w naszym monitoringu ankiet i wywiadów w kontekście przedstawionej analizy prawnej?

¹⁰² Zob. Koronkiewicz-Wiórek A., *Prawa związane z karmieniem piersią, I. Szczyt Koalicji Na Rzecz Karmienia Piersią*, Warszawa 2022, <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁰³ Zob. Koronkiewicz-Wiórek A., *Deficyty obowiązującej w prawie polskim regulacji w zakresie reklamy i innych technik marketingowych dotyczących produktów relewantnych dla ochrony karmienia piersią, ze szczególnym uwzględnieniem preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Zarys problematyki*, w: *Przegląd Prawa i Administracji*, Frąckowiak J. (red.), tom CXII, Wrocław 2018, <https://wuwr.pl/ppa/article/view/7690> [dostęp: 30.11.2023]



Przedmiotem tego raportu jest zwrócenie uwagi między innymi na przekazywanie produktów łamiących Kodeks WHO. W szczególności skupiamy się na wskazaniu przykładów przekazywania mieszanek i ich próbek, butelek do karmienia i smoczków do nich. Kobiety zapytane o otrzymane w ciąży materiały wymieniały bardzo różne akcesoria, w tym pieluszki, maści na odparzenia i in. Nie oceniamy faktu czy zasadności przekazywania kobietom innego rodzaju przedmiotów, podarunków niż te objęte Kodeksem WHO.

Kobiety niejednokrotnie wskazywały, że otrzymany materiał czy produkt im się przydał lub były zadowolone z faktu otrzymania podarunku. Inne uznawały fakt przekazania produktów czy materiałów marketingowych za zbędny, czy nawet oburzający.

Należy podkreślić, że nie negujemy zasadności używania produktów zastępujących mleko kobiece i butelek do karmienia, kiedy jest to potrzebne. Ich obecność na rynku jest uzasadniona, jednak marketing i reklama tych produktów działają na niekorzyść karmienia piersią¹⁰⁴ ¹⁰⁵. Zwracamy szczególną uwagę, że przekazywanie kobietom materiałów marketingowych, próbek i produktów przez pracowników ochrony zdrowia stanowi problem etyczny i tworzy konflikt interesów¹⁰⁶, a w niektórych przypadkach stanowi naruszenie prawa polskiego.

W tym miejscu należy podkreślić, że osoby analizujące ankiety nie widziały opisywanych przez kobiety materiałów edukacyjnych i promocyjnych, nie mogły więc ich zweryfikować. Specyfika obowiązującej w Polsce regulacji prawnej dotyczącej marketingu żywności

¹⁰⁴ WHO i UNICEF, *How the marketing of formula milk influences...*, j.w.

¹⁰⁵ Rollins N.C, Bhandari N., Hajeebhoy 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]

¹⁰⁶ Baker P., Smith J.P., Garde A. i wsp., *The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progres*, *The Lancet* 2023, 401(10375):503-524, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X) [dostęp: 30.11.2023]



dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt wymagałaby wprowadzenia do ankiety o wiele bardziej szczegółowych pytań, z czego zrezygnowano, dlatego co do zasady nie jest możliwa ocena wyników raportu dotyczących materiałów edukacyjnych i promocyjnych (w tym akcesoriów, gadżetów i próbek) pod kątem ich zgodności z prawem polskim, w tym zwłaszcza nie jest możliwa ilościowa ocena naruszeń prawa¹⁰⁷. Natomiast tak postawione pytania co do zasady pozwalają określić, czy miało miejsce łamanie Kodeksu WHO oraz Wytocznych WHO z 2016 r. Nie dotyczy to pytania o smoczki, ponieważ nie dookreślono w nim, czy chodzi o smoczki do karmienia (smoczki do butelek), czy o smoczki-uspokajacze (odpowiedzi kobiet w większości przypadków zdają się sugerować, że – poza butelkami do karmienia, wraz ze smoczkami do nich - otrzymywały one także smoczki do uspokajania niemowląt). Smoczki-uspokajacze nie są objęte zakresem Kodeksu WHO, jednak państwa są zachęcane do objęcia ich swoją regulacją krajową¹⁰⁸, m.in. dlatego, że produkty te mogą szkodzić karmieniu piersią, zwłaszcza na początkowym etapie laktacji. Poza tym, w przypadku smoczków produkowanych przez producentów butelek do karmienia *de facto* oswajają one z marką i budują lojalność do niej, tym samym pośrednio promując również butelki do karmienia konkretnego producenta. Warto dodać, że zakaz promowania smoczków-uspokajaczy w systemie ochrony zdrowia i za pośrednictwem jego pracowników został przyjęty, np. w zaleceniach Inicjatywy „Szpitala Przyjaznego Dziecku” w Wielkiej Brytanii¹⁰⁹ i w Polsce¹¹⁰. Dobrą praktykę byłoby więc, aby również placówki nieobjęte tym tytułem i ich pracownicy nie promowali tych produktów, w tym nie rozdawali ich kobietom w ciąży i matkom. Dodać należy, że zakresem Kodeksu WHO nie są objęte także otrzymane przez kobiety suplementy dla kobiet w ciąży (zob. wypowiedź A323 poniżej) i suplementy dla matek karmiących, np. herbatki laktacyjne (zob. wypowiedź K6 w podrozdziale 3.2.13.). Również one oraz materiały marketingowe ich dotyczące nie powinny być jednak rozdawane kobietom przez personel medyczny, ponieważ ich marketing szkodzi karmieniu piersią

¹⁰⁷ Zob. także zastrzeżenia odnośnie do stanu prawnego powyżej.

¹⁰⁸ Zob. np.: 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]

¹⁰⁹ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative standards*, 2017, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹¹⁰ Zob. KUKP, *Jak zdobyć i utrzymać tytuł Szpitala Przyjazny Dziecku*, <https://laktacja.pl/article/95.jak-zdobyc-i-utrzymac-tytul-szpitala-przyjazny-dziecku> [dostęp: 30.11.2023]



(sugeruje, że kobiety potrzebują specjalnej diety, którą zapewniają te suplementy, co może zniechęcać do karmienia piersią, a w przypadku produktów oznaczonych podobną marką lub logo do sztucznych mieszanek tej samej firmy prowadzi do ich pośredniej promocji)^{111, 112}.

Kobiety w ankiecie zostały poproszone o wskazanie szczegółów dotyczących materiałów edukacyjnych/ulotek/gadżetów/akcesoriów, które otrzymały w ciąży od ginekologa. Zdarzało się, że lekarze pomimo werbalnego zachęcania do karmienia piersią, przekazywali jednocześnie kobietom w ciąży materiały marketingowe, próbki czy produkty. Przykładowo o karmieniu piersią kobiety usłyszały od ginekologa:

„Najlepsze dla dziecka i najtańsze”. (A768)

„Karmienie piersią jest dobrowolne, ale bardzo wskazane i to najlepsza forma żywienia dla dziecka, ze względu na skład mleka mamy, który jest wyjątkowy”. (A2118)

Te same kobiety w szczegółowym opisie otrzymanych materiałów podały:

„[Nazwa producenta] mieszanki, butelki [nazwa producenta], smoczki, [nazwa producenta mieszanek i żywności uzupełniającej] broszurki”. (A768)

„Ulotka [nazwa marki mieszanki], [nazwa marki mieszanki]”. (A2118)

Jest to przekaz sprzeczny.

¹¹¹ Por.: IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers...*, j.w.

¹¹² Por.: IBFAN i ICDC, *Code Monitoring Kit*, Penang 2019, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2021/04/2019-CMK-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

Kolejne kobiety pisały bądź opowiadały o otrzymanych materiałach następująco:

„Były to broszury z logo producenta mieszanek praktycznie na każdej stronie oraz zestaw smoczek + butelka [nazwa marki]”.
(A1045)

„Ulotki dotyczyły zarówno diety podczas ciąży, jak i po porodzie i mleka modyfikowanego [nazwa marki mieszanki], [nazwa marki mieszanki], [nazwa producenta mieszanki]”. (A1039)

„Mała teczka z ulotkami różnych firm, próbką mieszanki, suplementami dla ciężarnych”. (A323)

"W ciąży będąc u ginekologa na KTG dostałam dwukrotnie takie [nazwa] pudełko i tam były butelki [nazwa marki] i było napisane, że są skuteczne przy karmieniu piersią czy coś takiego. Nie było tam słowa mleko modyfikowane. Raczej, że można karmić mlekiem odciągniętym. Smoczki też były. Był płyn do dezynfekcji [nazwa] i [nazwa pieluch]. Czy to było miłe? Fajnie zawsze coś dostać, ale czy to jest konieczne? Uważam, że bardziej powinno się skupiać się nie na materialnych rzeczach, tylko na edukacji". (K33)

„Dostałam ulotki, których nigdy nie czytałam. Do szkoły rodzenia nie chodziłam, po porodzie nikt nie pokazał mi jak prawidłowo karmić, ale YouTube przyszedł z pomocą. Po ciąży opieka laktacyjna nie istnieje, jeśli ktoś sam jej nie szuka. Ulotki dostałam od ginekologa, bo w ramach [nazwa] pudełka są materiały



promocyjne rozdawane i akurat w tym pakiecie była dołączona też butelka. Próbowałam jej użyć, ale dziecko nie chciało. Była też pojedyncza saszetka, taka jedna porcja mieszanki. Tak mi się wydaje, że jedna porcja, bo nigdy jej nie zrobiłam". (K36)



Problem!

Zdarza się, że lekarze ginekolodzy przekazują kobietom w ciąży materiały reklamowe, marketingowe dotyczące mieszanek, w tym ich próbki, a także butelki do karmienia/smoczek, co może naruszać prawo polskie, natomiast z pewnością łamie Kodeks WHO (w przypadku smoczków dotyczy to smoczków do butelek).

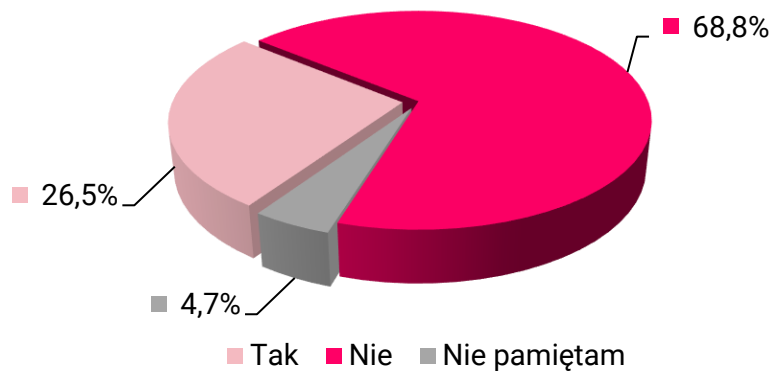
Ponadto pytałyśmy o materiały przekazane kobietom przez położną środowiskowo-rodzinną. 26,5% spośród wszystkich ankietowanych otrzymało w trakcie ciąży materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka. 68,8% wskazało, że nie otrzymało ww. materiałów, 4,7% nie pamięta czy takowe otrzymało (Ryc. 2.20.). Należy podkreślić, że spośród tych kobiet, które nie otrzymały materiałów, aż 63,7% oznaczyło w jednym z poprzedzających w ankiecie pytań, że nie miało kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną. Kobiety te nie mogły więc otrzymać bezpośrednio od niej materiałów.

Kobiety, które otrzymały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka, odpowiadały na pytanie „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?”. Odpowiedzi prezentowały się następująco: w 46,2% przypadków – tak, w 29,6% – nie, a 24,2% kobiet wskazało, że nie pamiętało (Ryc. 2.21. po lewej).

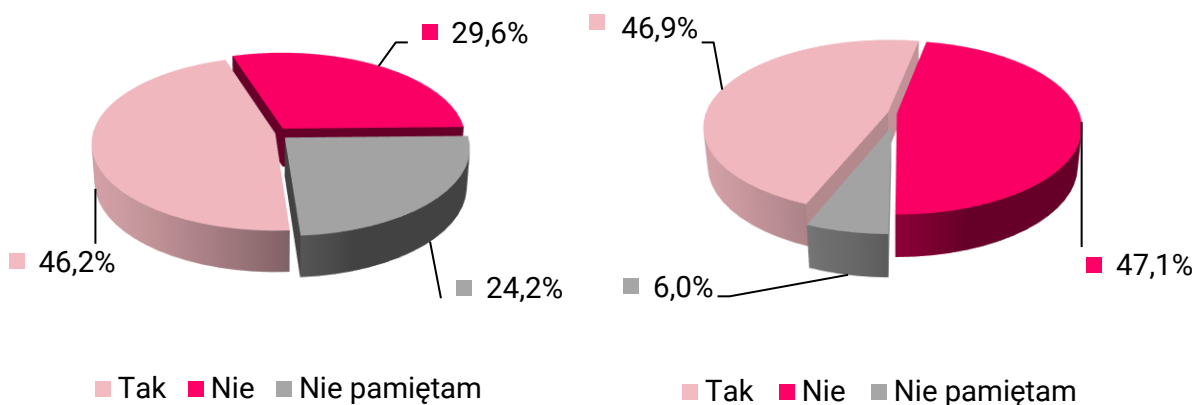
Te same respondentki odpowiadały na pytanie o otrzymane materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka: „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczek?”. 46,9% z nich otrzymało



akcesoria, jak butelki/smoczki, 47,1% odpowiedziało, że nie, a 6,0% nie pamiętało, czy takie akcesoria otrzymało (Ryc. 2.21. po prawej).



Ryc. 2.20. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy będąc w ciąży otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2504)



Ryc. 2.21. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=663), po prawej „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?” (% , N=663)

Kobiety poproszone o wskazanie szczegółów dotyczących otrzymanych od położnej środowiskowo-rodzinnej materiałów odpowiadały:

„Otrzymałam butelki. Nie pamiętam marek, ale zakładając, że chce się karmić piersią, nie powinno wciskać się kobietom butelek. To zawsze można dokupić, jeśli będzie już taka potrzeba”. (A1371)

„Głównie ulotki »reklamowe«, nie pamiętam dokładnie jakich marek, były raczej nieprzydatne”. (A1091)

„Jedynie co pamiętam, to ulotka z mlekiem [nazwa marki]. Położna nie skupiała się na prowadzeniu »lekcji« dot. karmienia piersią”. (A121)

„[nazwa producenta butelek], były to zwykłe ulotki reklamowe z gratisami jak butelka czy smoczek”. (A1031)

„Próbki mieszanek [nazwa marki], [nazwa marki]”. (A1075)

„To była butelka, znaczy butelka i smoczek do butelki. Jakieś mleko modyfikowane. Chyba dwa rodzaje takich próbeczek. Szczerze mówiąc wtedy przed porodem jeszcze miałam takie poczucie, że butelka może się przyda. Jednak jak są takie listy, co warto mieć przy dziecku, to na każdej butelka się pojawia. Chociaż jedna, żeby była w zapasie ewentualnie. Wtedy myślałam, że fajnie, że jest. A mleko było zbędne. Już wtedy tak nawet myślałam, że to chyba



niepotrzebnie. Z biegiem czasu, wiadomo przed dzieckiem się trochę jest mniej doświadczonym życiowo. Teraz jakoś tak inaczej bym do tego podeszła raczej. Jest to trochę takie namawianie, w sensie bardziej promowanie karmienia mlekiem modyfikowanym". (K9)

„Zaraz na początku dostałam i chyba nawet 2 razy teczkę z broszurami dotyczącymi karmienia, ale wydanymi przez producenta chyba [nazwa marki mieszanki], czy coś tego typu. Prawdę mówiąc segregator miałam już swój ciążowy kupiony, więc po prostu poszło to w ką i tylko wyciągnęłam sobie notatnik dotyczący karmienia piersią, którego i tak ostatecznie nie użyłam, bo te kratki były tak małe, że wszystko i tak notowałam w zeszycie. Niby ukłon w stronę ciężarnej, dajemy notatniczek, ale oszczędność na papierze robi swoje, że te karteczki są za malutkie. Jak mi proponowano za drugim razem to już powiedziałam, że nie chcę i usłyszałam »Ale to pani chociaż teczkę weźmie, bo teczka się zawsze przydaje«. To wzięłam tę teczkę, ale gdzieś tam leży w szufladzie". (K4)

W niektórych przypadkach położne środowiskowo-rodzinne przekazywały butelki do karmienia pomimo świadomości, że to nieprawidłowa praktyka.

„Butelka [nazwa marki]. Mi się przydała, ale położna krytykowała. Uważała, że w czasie edukacji przedporodowej nie powinno się dawać butelek, bo wówczas matki nie chcą karmić piersią i idą na łatwiznę (wynikało, że butelki rozdała ze względów jakiejś umowy reklamowej)". (A2105)





Problem!

Zdarza się, że położne środowiskowo-rodzinne przekazują kobietom w ciąży materiały reklamowe, marketingowe dotyczące mieszanek, w tym ich próbki, a także butelki do karmienia/smoczki, co może naruszać prawo polskie, natomiast z pewnością łamie Kodeks WHO (w przypadku smoczków dotyczy to smoczków do butelek). Prawie połowa z przekazywanych materiałów/przedmiotów dotyczy mieszanek oraz prawie połowa zawiera butelki/smoczki (odpowiednio 46,2% i 46,9% spośród wręczonych materiałów/przedmiotów dotyczących karmienia lub służących do karmienia).

Powyższe dotyczy także prywatnej edukacji przedporodowej.

„Uczestniczyłam w zajęciach w prywatnej szkole rodzenia, gdzie położna tłumaczyła korzyści i zachęcała do karmienia piersią, jednak w materiałach otrzymanych po zakończonym kursie otrzymaliśmy z mężem butelkę do karmienia, saszetki z mlekiem modyfikowanym...” (A2118)

„Na pierwszych zajęciach szkoły rodzenia dostaliśmy butelki i smoczki firmy [nazwa]. W szkole rodzenia jedno spotkanie było z doradcą laktacyjnym i poświęcone było karmieniu piersią. Poruszone zostały między innymi kwestie smoczków i butelek – co ciekawe, te które otrzymaliśmy nie spełniały kryteriów o których mówiła doradczyni”. (K4)



Tymczasem, edukacja przedporodowa wolna od wpływów marketingowych jest możliwa. Przykładami są broszura wydana przez Ministerstwo Zdrowia czy materiały przygotowane przez położne. Niestety, wśród pozytywnych praktyk przekazywania materiałów edukacyjnych, o których pisały i mówiły kobiety w ramach monitoringu, materiał wydany przez Ministerstwo Zdrowia został wskazany tylko raz.

„Otrzymałam prezentacje dotyczące karmienia piersią, przygotowane przez położną. Uważam, że były przydatne, zawierały skrót informacji, o jakich była mowa na spotkaniu edukacyjnym”.

(A281)

„Poprosiłam o wiedzę naukową bez reklam. Otrzymałam plik pdf, który położna sama stworzyła na podstawie książek, czasopism i aktualnych wytycznych (podana była bibliografia)”. (A361)

„To była ulotka z Ministerstwa Zdrowia, przydatna”. (A1278)

„Wydruki z bloga Hafija.pl, instrukcje dot. przechowywania odciągniętego mleka, ocena skutecznego karmienia, wszystkie się przydały - wisały u mnie na lodówce jako szybka pomoc”. (A344)

„Dostałam książkę wydrukowaną na temat porodu, opieki nad noworodkiem. Jednym z tematów było karmienie piersią. Książka była przydatna, na obrazkach były pokazane rodzaje brodawek, pozycje do karmienia. Wszystko wprost zobrazowane i dobrze opisane”. (A2036)





Problem!

Analiza ankiet pokazuje, że materiały wydane przez Ministerstwo Zdrowia o karmieniu piersią stanowią marginalny udział pośród materiałów przekazywanych kobietom w ciąży. Jednocześnie prawo polskie nie zakazuje przekazywania materiałów informacyjnych i edukacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci tworzonych przez producentów i dystrybutorów preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

Personel medyczny, który nie chce być nośnikiem przekazu marketingowego, musi posiadać duże pokłady świadomości i asertywności, aby odmówić przyjmowania materiałów marketingowych, czy brania udziału w wydarzeniach organizowanych lub sponsorowanych przez firmy. Położne środowiskowo-rodzinne, z którymi przeprowadziłyśmy wywiady pogłębione podzieliły się doświadczeniem kontaktu z przedstawicielami handlowymi producentów produktów zastępujących mleko kobiece.

„Jesteśmy położnymi, które absolutnie nie kontaktują się z żadnymi paniami z firm mieszankowych. Panie wiedzą, że nie mają do nas po co dzwonić”. (P2)

„Najgorsza jest pani z [nazwa marki mieszanki], która w ogóle nie rozumie słowa nie. Stoi z reklamówką, tak już Ci po prostu daje w rękę. Pytasz co tam jest w środku »Próbki mieszanki, ulotki, nowe nasze [nazwa produktu] takie świetne«. »Nie, dziękuję. Nie używam, nie polecam«. »No, ale Pani zajrzy, może się komuś przyda«. Mówię: »Moim pacjentkom się nie przydaje«. Ona dalej mi prawie w tą rękę



wpycha torbę. Postawiła ją na ziemi więc uznałam, że już mi jej nie da. Mówię, że: »Muszę już wracać do pracy, bo jestem zajęta. To temat, który zajmuje mi czas, a nie jestem nim zainteresowana«. Na koniec mnie poprosiła żebym się podbiła i podpisała pod kartą realizacji kontaktu marketingowego, abym wpisała dane, podała telefon. Mówię: »Nie, nie wpiszę się pani«. Wtedy zaczęła mnie pouczać o rodzajach mleka i żebym tak nie skreślała tego, że wcale z tym mlekiem z piersi to nie jest tak super. Zapytała, czy czytałam taki artykuł... tak mnie pouczała i tym już przegrała bitwę. Po prostu się odwróciłam mówiąc »Do widzenia«. Nie rozumiała żadnego nie, w żadnej formie. Nie mogła z jednej strony, no to próbka, a może podpisem. Bardzo agresywna w postawie i potem z każdą minutą była coraz bardziej niemiła. Potem jeszcze kilka razy pytała o mnie. Dwa razy kazałam przekazać, że nie ma mnie w przychodni, pomimo, że mnie widziała, a potem otwarcie powiedziałam, żeby nic do mnie nie przynosiła. Dosadnie wytłumaczyłam, że jestem doradcą laktacyjnym i obowiązuje mnie Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce. Mam zamiar się do niego stosować, bo nie mam zamiaru tego tytułu stracić przez jakikolwiek związek z jej firmami, a tym bardziej widnienie na jej kartkach czy realizację tych spotkań marketingowych. Nie wiem do jakich rzeczy te dane zostaną wykorzystane. Do celów marketingowych. No właśnie, czyli do czego?». (P4)

„Trzeba po prostu powiedzieć - nie. Raz, drugi, trzeci. Kolejnym przedstawicielkom, ale też potem nie prosić, żeby na przykład Ci kupili książkę naukową, zawieźli na szkolenie, zafundowali szkolenie. Zawsze wszystko ma swoją cenę i to jest coś za coś.



Jeśli »masz węża w kieszeni« albo Cię nie stać albo nie chcesz na coś wydać i dzwonisz do przedstawicielki, żeby Ci zasponsorowała... To jest tak jak z lekarzami. Niestety, to jest kwestia izb, gdzie bywało tak, że przedstawiciele mieszkankowi finansowali częściowo jakieś szkolenia dla położnych. Ja miałam na to »długie zęby« zwykle i zwykle nie uczestniczyłam”. (P2)

„Jedna z ważniejszych książek jakie czytałam to była »Polityka karmienia piersią¹¹³«. Świetna książka, która pokazuje jak działa podprogowo reklama. Te wszystkie loga, na tych niby poradnikach do karmienia piersią, a zaraz potem schemat żywienia niemowlęcia karmionego sztucznie. Nie roznoszę żadnych ulotek”. (P2)

Powyższe wypowiedzi pokazują w jakim celu firmy kontaktują się z pracownikami ochrony zdrowia, jak również podają przykład bardzo skutecznej, a niestety często bagatelizowanej taktyki marketingowej stosowanej w celu pozyskania pracowników ochrony zdrowia, czyli sponsoringu. Jak zaznacza się w literaturze przedmiotu: „Sponsoring ze swej natury tworzy konflikt interesów. Niezależnie od tego, czy przybiera formę upominków, posiłków czy pomocy w wydatkach na konferencję, stwarza poczucie obowiązku i potrzebę odwzajemnienia się w jakiś sposób. »Relacja podarunkowa« wpływa na nasz stosunek do firmy i jej produktów i prowadzi do nieświadomej niechęci do myślenia lub mówienia o nich źle”¹¹⁴. Zapewnienie wkładu finansowego w rozwój zawodowy pracowników ochrony zdrowia jest najbardziej skutecznym i podstępny sposobem nawiązywania więzi przez firmy z tymi pracownikami. Firmy wykorzystują sponsoring, aby szerzyć ideę, że są odpowiedzialnymi „obywatelami korporacyjnymi” i aby powiązać swoje imię (tj. markę, firmę) z pracownikami medycznymi i ich organizacjami¹¹⁵. Ma to oczywiście swoje skutki w praktyce, o czym można przeczytać

¹¹³ Palmer G., *Polityka Karmienia Piersią*, Mamania, Warszawa 2011

¹¹⁴ Wright C. M., Waterston A. J. R., *Relationships between paediatricians and infant formula milk companies*, Archives of Disease in Childhood 2006, 91(5):383-385, <https://doi.org/10.1136/adc.2005.072892> [dostęp: 30.11.2023]

¹¹⁵ IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers...*, j.w.



np. w powoływanym już przez nas Raporcie WHO i UNICEF¹¹⁶. Na konieczność unikania przez pracowników ochrony zdrowia konfliktów interesów zwracają uwagę rezolucje WHA, jak również Wytyczne WHO z 2016 r., które podają przykłady sytuacji wywołujących konflikt interesów (wśród nich jest i sponsoring).

Należy zauważyć, że niedostrzeżenie przez pracowników ochrony zdrowia szkodliwości sponsoringu i współpracy z firmami objętymi Kodeksem WHO dotyczy nie tylko wydarzeń skierowanych do personelu medycznego. Odnotowałyśmy, że w 2023 roku jedna z Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych zorganizowała wydarzenie skierowane do kobiet w ciąży z okazji Dnia Kobiet, podczas którego zaproszeni przedstawiciele handlowi producentów mieszanek, butelek i smoczków prezentowali stoiska z produktami oraz przekazywali kobietom w ciąży torby reklamowe. Takie działania naruszają zapisy Kodeksu WHO, kreują konflikt interesu i szkodzą karmieniu piersią oraz wizerunkowi położnej, której zadaniem jest promowanie karmienia piersią. Tymczasem żywotnym interesem firm mieszkankowych jest to, aby jak najmniej kobiet karmiło piersią, ponieważ ich produkty konkurują z mlekiem kobiecym. Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć to zawsze na uwadze i nie pozwalać firmom na wykorzystywanie systemu ochrony zdrowia i jego pracowników do promowania żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich.

2.4. EDUKACJA WE WŁASNYM ZAKRESIE

Na koniec działu związanego z opieką przedporodową pragniemy zacytować kilka komentarzy wskazujących na to, że spora część wiedzy zdobytej przez kobiety w ciąży o karmieniu piersią pochodzi z innych źródeł niż od personelu medycznego. Dla kobiet, które będą czytać ten raport poniższe cytaty będą wskazówką, gdzie szukać rzetelnej wiedzy, ponieważ nie każde źródło czy w Internecie, czy w literaturze będzie tym odpowiednim.

Jedna z kobiet wskazała, że na etapie ciąży miała kontakt z położną środowiskowo-rodzinną, jednak ta nie spotykała się z nią na edukacji przedporodowej. Kobieta będąc lekarzem w trakcie specjalizacji z pediatrii, wiedzę musiała zdobywać we własnym zakresie. Poniżej cytujemy wypowiedź tej matki, ale i innych, które wskazują na inspirujące źródła wiedzy.

¹¹⁶ WHO i UNICEF, *How the marketing of formula milk influences...*, j.w.



„Miałam już wiedzę, którą nabyłam przy pierwszym dziecku, ale niestety większość wiedzy na temat laktacji czerpałam z bloga Hafija.pl i książki o karmieniu piersią z wydawnictwa Natuli, a nie od położnej czy innych pracowników medycznych. Nie miałam nawet swojej wiedzy na ten temat, a zaznaczam, że jestem lekarzem w trakcie specjalizacji z pediatrii! To jest niewyobrażalne zaniedbanie, że nas tego nie uczy. Jako matka czułam się totalnym laikiem w dziedzinie karmienia piersią. Wstyd. Ale już nadrobiłam i staram się przekazywać innym mamom fachową wiedzę na temat laktacji”. (A2482)

„Książka Nancy Mohrbacher »Karmienie piersią siedem naturalnych praw«. (A1146)

„Bardzo zależało mi na karmieniu piersią, dlatego kształciłam się na własną rękę. Hafija.pl, Fundacja Matecznik”. (A753)

„Od samego początku ciąży byłam pewna, że będę chciała karmić piersią. Jestem osobą, która bardzo dużo czyta książek i bardzo dużo wiedzy z nich wyciąga, dlatego od samego początku zasięgnęłam wiedzy z książek. To były książki głównie z wydawnictwa Natuli. To bardzo fajne książki odnośnie do w ogóle całej ciąży i porodów i też na temat karmienia piersią”. (K34)

„Materiały w ogóle nie były przydatne. Więcej dowiedziałam się na warsztatach prowadzonych przez Stowarzyszenie Małyssak w Bydgoszczy”. (A166)



„Najwięcej odnośnie do laktacji dowiedziałam się na własną rękę, głównie dzięki lekturze książek »Karmienie piersią« M. Karpini oraz »Po prostu piersią« G. Rapley, T. Murkett”. (A390)

„Cieszę się, że sama na tyle skutecznie się doksztaciłam przed porodem. Też dzięki państwu. Taka prawda, bo miałam przyjemność uczestniczyć w państwa webinarach będąc w ciąży. Wszystko odbywało się zdalnie, więc praktycznie moja ciąża to było webinary Stowarzyszenia Małyssak. Niesamowite, fantastyczne były te webinary. Naprawdę bardzo dużo wniosły i myślę, że gdyby nie ta wiedza od was, to różnie mogłoby być”. (K38)

„Najwięcej dowiedziałam się z bloga Hafija.pl i grup na Facebooku o karmieniu piersią oraz na webinarze o karmieniu piersią lokalnej doradczynie laktacyjnej CDL”. (A329)

Czasem z edukacją o karmieniu piersią możemy spotkać się w zupełnie niespodziewanym miejscu.

„Pierwsza osoba, która mi powiedziała jak ważne jest karmienie piersią i jaka jest ogromna różnica między mlekiem matki, a mlekiem modyfikowanym, ja kompletnie nawet o dzieciach jeszcze nie myślałam, to był zaprzyjaźniony pan z punktu fotograficznego, u którego byłam bardzo często. Po prostu siedział, odwrócił komputer do mnie i pokazał mi tabelkę porównującą składy mieszanki i mleka kobiecego, bo akurat miał żonę w drugiej ciąży. Mówi »Widzi pani?« i tak przy ludziach, w tym wielkim



markecie, »Widzi pani, jaka jest duża różnica?». Tłumaczył mi pół godziny, jak mleko kobiecie jest ważne. Tak mi to utkwiło w pamięci, że ja mówię »Dobrze może jeszcze nie jestem przekonana, ale dowiem się jak najwięcej i spróbuję. Nie powiem sobie później, że nie próbowałam«. Spróbowałam i tak wyszło. Wyszło, że syn też się przyłożył do tego próbowania i jakoś to ciągniemy już 3 lata".
(K39)

„Wszystkie informacje w tej ankiecie, to więcej niż miałam możliwość się dowiedzieć od zajścia w ciążę do teraz. Dlaczego musiałam na to czekać do momentu, kiedy moje dziecko ma 1,5 roku?”. (A1310)



Droga kobieto!

Zapraszamy do śledzenia działań Stowarzyszenia Małyssak na stronach stowarzyszenia:

<https://stowarzyszenie.malyssak.pl/strona-glowna/>

oraz na stronie Strefa przyjazna karmieniu piersią – Małyssak:

<https://malyssak.pl/>

Zapisz się na Newsletter:

<https://stowarzyszenie.malyssak.pl/badzmy-w-kontakcie/>

Informacje o nadchodzących warsztatach i webinarach online:

<https://stowarzyszenie.malyssak.pl/spotkania-online/>



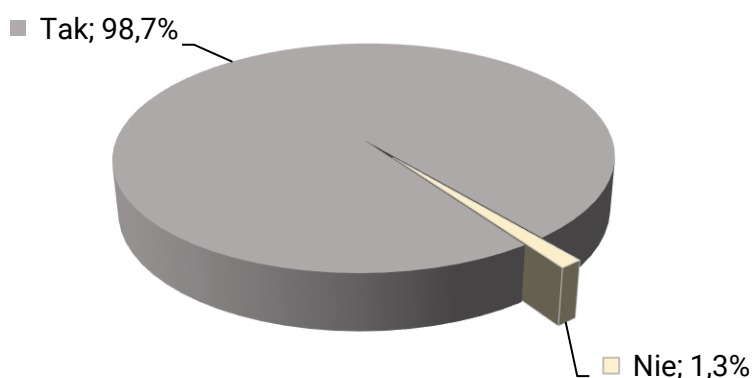
KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

3. OKRES OKOŁOPORODOWY

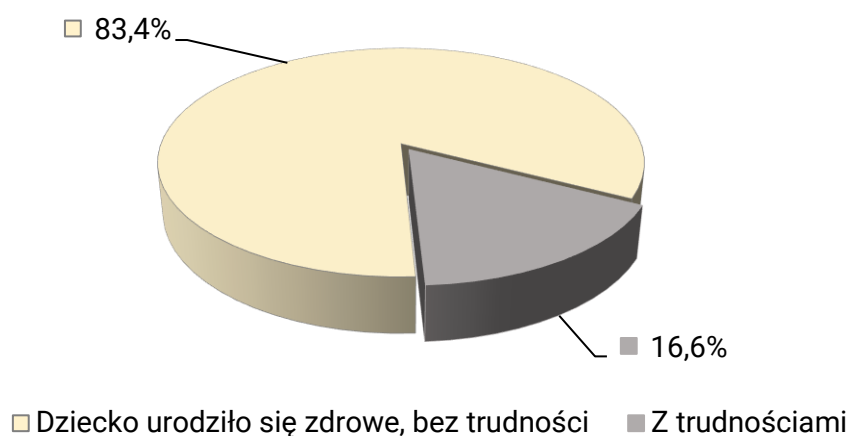
3.1. WSTĘPNE DANE ANKIETOWE

Zapytałyśmy kobiety o to, czy rodziły w szpitalu. I tak 98,7% porodów odbyło się w placówkach leczniczych, a 1,3% kobiet wskazało, iż urodziły poza szpitalem (Ryc. 3.1.).

Aż 83,4% ankietowanych zadeklarowało, że dziecko urodziło się zdrowe bez trudności. Zaś 16,6% respondentek wskazało, że dziecko urodziło się z trudnościami zdrowotnymi (Ryc. 3.2.).



Ryc. 3.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy poród odbył się w szpitalu?” (% , N=2504)



Ryc. 3.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z jakimiś trudnościami?” (% , N=2504)



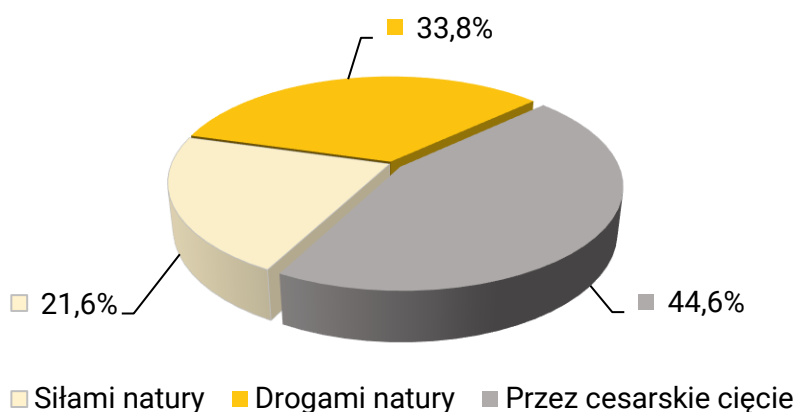
Aby zdiagnozować, jaki wpływ na karmienie piersią ma poród poza szpitalem, należałoby dokonać pogłębionej analizy. W ankiecie pytania tego zakresu były ograniczone, gdyż w szczególności domowa opieka porodowa nie jest refundowana ze środków publicznych, nie była więc przedmiotem monitoringu. Jednak warto zacytować jedną z kobiet, podając jej historię jako przykład, wskazujący na to, jak ważny jest poród fizjologiczny oraz brak interwencji medycznych.

„Miałam szczęście rodzić w domu. Moje dziecko urodziło się zdrowe. Zaraz po urodzeniu ssało przez 3 godziny bez przerwy. W tej skomplikowanej układance zwanej porodem w naszym przypadku żaden element nie został zaburzony. Od początku kierowaliśmy się potrzebami dziecka, które jest bardzo łatwo określić, gdy narodziny odbywają się w bezpiecznym dla rodziców (szczególnie dla mamy) środowisku. Nie było żadnych zaburzeń czy »popularnych« problemów, np. ze spadkiem wagi, przyrostami na wadze u naszego dziecka. Uważam, że środowisko narodzin odgrywa kluczową rolę”. (A546)

Choć porody domowe budzą coraz większe zainteresowanie, zdecydowana większość kobiet rodzi w szpitalu. W dalszej części niniejszego rozdziału oraz w kolejnych podrozdziałach będziemy się zajmować kobietami, które zadeklarowały poród w szpitalu oraz tymi, które zaznaczyły, iż pomimo porodu poza szpitalem, trafiły wkrótce po porodzie do szpitala (czyli łącznie 2476 kobiet, które stanowią 98,9% wszystkich ankietowanych). Należy podkreślić, że respondentek, które urodziły poza szpitalem, a przyjechały do szpitala w późniejszym czasie, nie obejmowało pytanie dotyczące kontaktu „skóra do skóry”, gdyż było ono zadane wyłącznie w kontekście opieki szpitalnej.

Wśród ankietowanych, które były pod opieką szpitalną po porodzie, 21,6% urodziło siłami natury, a 33,8% drogami natury, przy czym w pierwszym przypadku były to porody drogą pochwową bez zastosowania jakiegokolwiek interwencji medycznej/farmakologicznej, zaś w drugim zastosowano przynajmniej jedną interwencję. Pozostałe 44,6% kobiet urodziło przez cięcie cesarskie (Ryc. 3.3.).





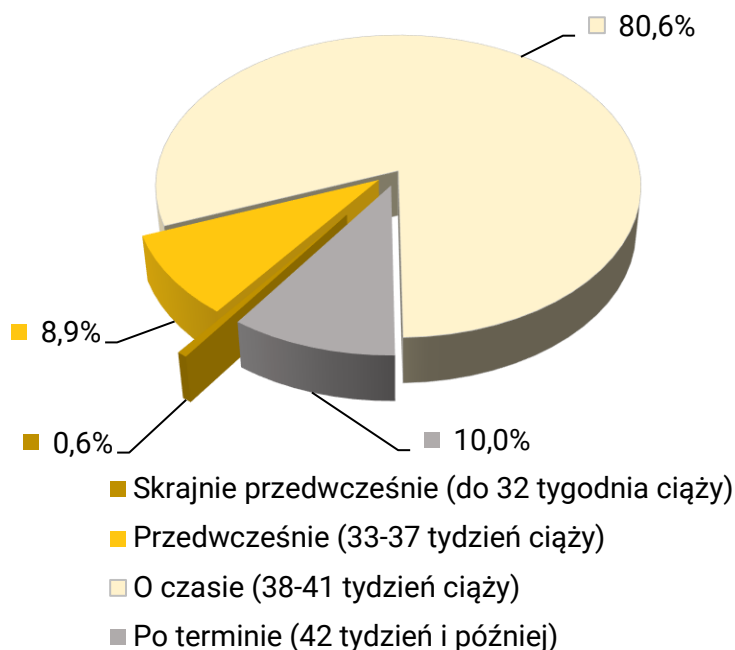
Ryc. 3.3. Forma porodu u kobiet będących pod opieką szpitalną po porodzie, gdzie poród siłami natury oznacza poród drogą pochwową, przy jednoczesnym braku zastosowania jakiegokolwiek interwencji medycznej lub farmakologicznej, zaś poród drogami natury oznacza, że w trakcie porodu drogą pochwową zastosowano przynajmniej jedną interwencję medyczną lub farmakologiczną np. oksytocyna, znieczulenie, nacięcie krocza, kleszcze, próżnościąg położniczy i in. (% , N=2476)

Biorąc pod uwagę wieloletnie wskazania Światowej Organizacji Zdrowia określające pożądaną proporcję porodów zakończonych cięciem cesarskim w stosunku do ogólnej liczby porodów na poziomie 10-15%, powyższy wynik ilości cięć cesarskich, jak i porodów z zastosowanymi interwencjami medycznymi jest dalece dla nas niepokojący¹¹⁷.

Większość porodów było porodami o czasie (80,6%), natomiast po terminie urodziło 10,0% kobiet. Część odpowiedzi dotyczyła także porodów przedwczesnych: 8,9% to porody w 33-37 tygodniu ciąży, zaś 0,6% to porody skrajnie przedwczesne, czyli do 32 tygodnia ciąży (Ryc. 3.4.).

¹¹⁷ FRpL, Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące cesarskich cięć, 2015, <https://rodzicpoludzk.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiatek/stanowisko-swiatowej-organizacji-zdrowia-dotyczące-cesarskich-ciec/> [dostęp: 30.11.2023]

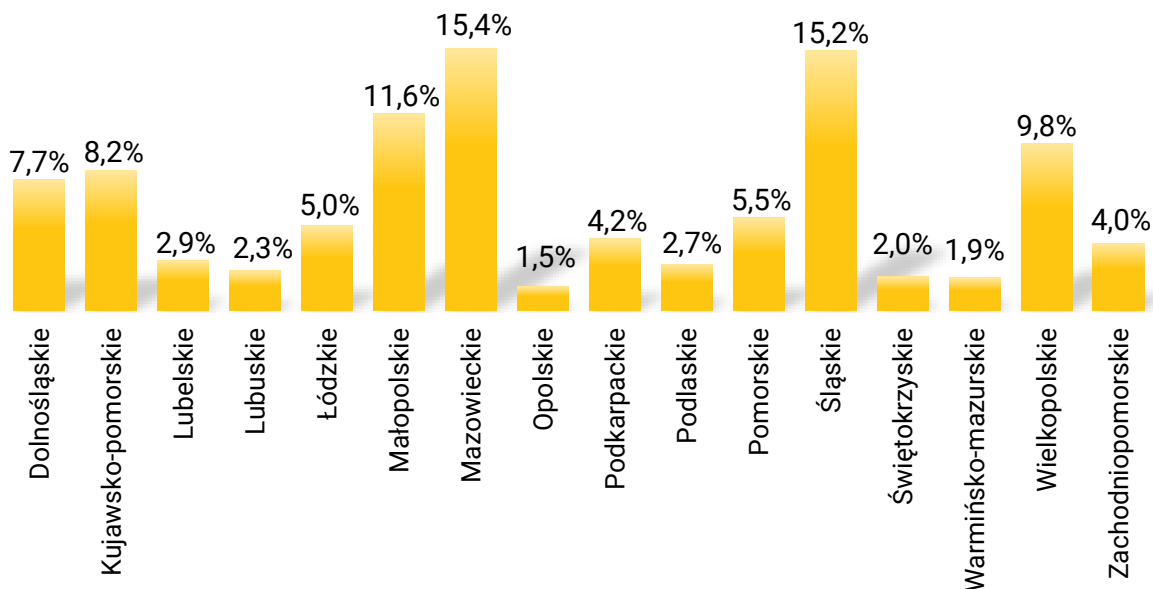




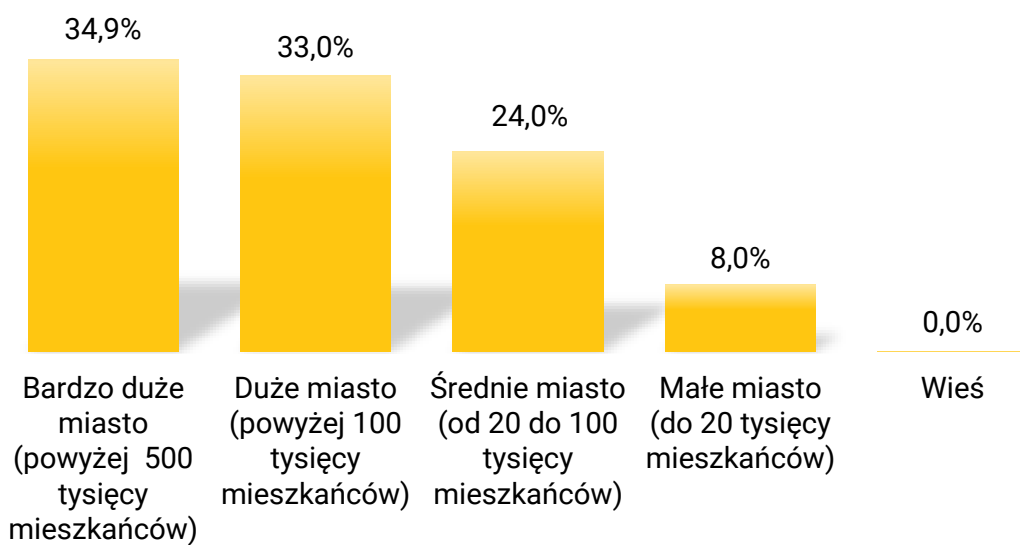
Ryc. 3.4. Termin porodu względem osób, które były pod opieką szpitalną po porodzie (% , N=2476)

W dalszej kolejności kobiety zostały zapytane o województwo i rodzaj miejscowości, położenia szpitala, pod którego opieką się znajdowały po porodzie. Odpowiedzi na to pytanie potwierdzają, że monitoringiem udało nam się objąć wszystkie regiony w Polsce. Najliczniej reprezentowane były szpitale leżące w województwach o największej liczbie ludności, w tym mazowieckie (15,4%), śląskie (15,3%), małopolskie (11,5%) i wielkopolskie (9,8%). Województwo kujawsko-pomorskie, w którym znajduje się siedziba Stowarzyszenia Małyssak, wskazane zostało przez 8,2% respondentek. Pozostałe odpowiedzi stanowiły odpowiednio mniejszy odsetek ogółu ankietowanych (Ryc. 3.5.). Ponadto szpitale mieściły się w bardzo dużych miastach (34,9%), dużych (33,0%), średnich (24,0%) i małych (8,0%). Wieś nie została wskazana (Ryc. 3.6.).





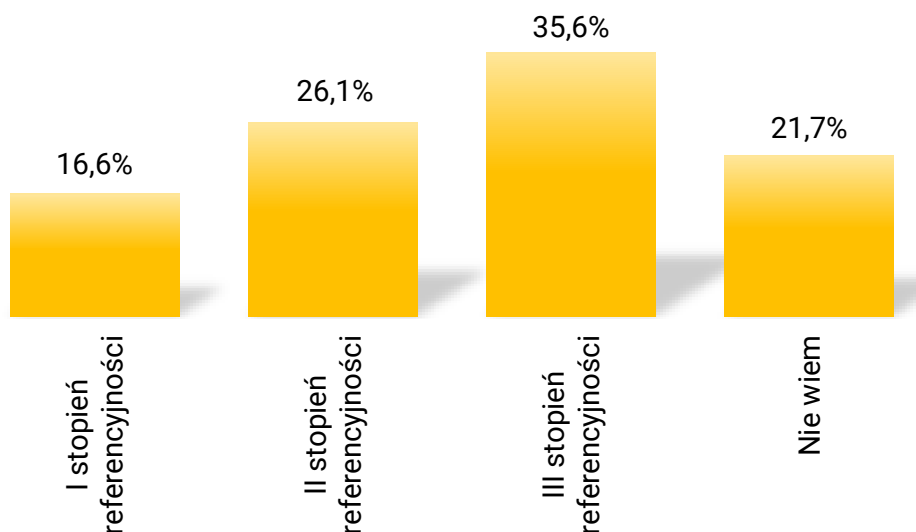
Ryc. 3.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim województwie mieścił się szpital?”
(%, N=2476)



Ryc. 3.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakiej miejscowości mieścił się szpital?”
(%, N=2476)



Ponadto monitoring objął szpitale wszystkich trzech stopni referencyjności, z czego najwięcej było wskazanych szpitali III stopnia referencyjności (35,6%), następnie II stopnia referencyjności (26,2%), a najmniej licznie były reprezentowane szpitale I stopnia referencyjności (16,6%). Ponadto 21,7% ankietowanych nie wiedziało jaki stopień referencyjności miał szpital, w którym były pod opieką okołoporodową (Ryc. 3.7.).



Ryc. 3.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Jaki stopień referencyjności miał szpital?” (% , N=2476)

W Tab. 4. poniżej została przedstawiona ilość szpitali o danym stopniu referencyjności w Polsce z podziałem na województwa. I tak najliczniej występują szpitale o I poziomie referencyjności: woj. wielkopolskie (24), woj. mazowieckie (23), woj. śląskie (20), woj. zachodniopomorskie (17), woj. dolnośląskie (14), woj. kujawsko-pomorskie (12), woj. podlaskie (12), woj. warmińsko-mazurskie (12), woj. lubelskie (10), woj. łódzkie (10), woj. pomorskie (9), woj. podkarpackie (8), woj. małopolskie (7), woj. lubuskie (6), woj. świętokrzyskie (4) i na końcu woj. opolskie (3). Dla porównania ilość szpitali o III poziomie referencyjności rozkłada się następująco: 8 szpitali znajduje się w woj. mazowieckim, po 5 – w woj. lubelskim, woj. podkarpackim i woj. śląskim, po 4 – w woj. dolnośląskim oraz woj. zachodniopomorskim, po 3 – w woj. kujawsko-pomorskim oraz woj. lubuskim, po 2 – w woj. łódzkim, woj. podlaskim, woj. pomorski, woj. świętokrzyskim oraz woj. warmińsko-mazurskim. Po jednym szpitalu III stopnia referencyjności znajdziemy w woj. małopolskim, woj. opolskim i woj. wielkopolskim. W sumie w Polsce jest 191 szpitali o I stopniu referencyjności, 97 szpitali o II stopniu, zaś 50 szpitali o III (Tab. 4.).





	Oddziały położniczo-ginekologiczne z podziałem na poziomy referencyjności		
	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia II poziom referencyjności	Położnictwo i ginekologia III poziom referencyjności
Woj. dolnośląskie	14	6	4
Woj. kujawsko-pomorskie	12	4	3
Woj. lubelskie	10	5	5
Woj. lubuskie	6	2	3
Woj. łódzkie	10	5	2
Woj. małopolskie	7	14	1
Woj. mazowieckie	23	14	8
Woj. opolskie	3	4	1
Woj. podkarpackie	8	7	5
Woj. podlaskie	12	1	2
Woj. pomorskie	9	4	2
Woj. śląskie	20	14	5
Woj. świętokrzyskie	4	6	2
Woj. warmińsko-mazurskie	12	2	2
Woj. wielkopolskie	24	9	1
Woj. zachodniopomorskie	17	0	4
Suma:	191	97	50

Tab. 4. Liczba oddziałów położnictwa i ginekologii z podziałem na poziomy referencyjności w poszczególnych województwach wg stanu na dzień 5.06.2023 r. (źródło: korespondencja własna z NFZ – Centrala w Warszawie w ramach dostępu do informacji publicznej)

Jeśli spojrzymy na proporcje ilości szpitali z III a z I stopniem referencyjności zastanowienie może budzić fakt, że jednak najwięcej ankietowanych rodziło w szpitalach III poziomu referencyjności, których jest w Polsce mniej, a które zajmują się ciążami mocno zagrożonymi, czy noworodkami urodzonymi skrajnie przedwcześnie. Może to oznaczać, że kobiety kierowane są do tych szpitali, co może zwiększać ryzyko medykalizacji porodu lub, że same wybierają takie szpitale, co z kolei mogłoby wskazywać na to, iż poród wciąż okupiony jest dużą dozą lęku i niepewności. Kobiety boją się, że pojawią się trudności, które zagrożą życiu dziecka. Na pewno stan lęku nie jest czynnikiem sprzyjającym w kontekście rozpoczynania karmienia piersią. Warto przypomnieć, że aż 83,4% kobiet wskazało, że ich dzieci urodziły się bez trudności zdrowotnych.





Droga kobieto!

Od lat w Polsce działa Fundacja Rodzić po Ludzku oraz inne organizacje pozarządowe jak Fundacja Matecznik, Stowarzyszenie Tulimy Mamy, które dbają o to, by okołoporodowe prawa kobiet były respektowane, ale także, by rosła świadomość istnienia tych praw wśród kobiet. Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej to dokument opisujący opiekę nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i w połogu. Warto go poznać. Zachęcamy do przygotowywania się i zdobywania wiedzy o porodzie, połogu i laktacji, co jak wierzymy jest potrzebne do oswojenia lęku. Z Fundacją Rodzić po Ludzku możesz porównać szpitale w swojej okolicy, czy dodać swoją opinię o nich na stronie:

<https://gdzierodziec.info>

a także stworzyć plan porodu – bardzo ważny dokument, który z chwilą przekazania go na izbie przyjęć wchodzi w skład dokumentacji medycznej rodzącej na stronie. Możesz go znaleźć, np. na stronie: <https://gdzierodziec.info/plan-porodu>

Z Fundacją Matecznik poznasz swoje prawa w serii artykułów „Mamy prawa” na stronie:

<https://fundacjamatecznik.pl/publikacje/artykuly/>

3.2. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU

W 1991 roku WHO i UNICEF uruchomiły globalny program mający na celu wdrożenie w jak największej ilości szpitali na świecie tzw. inicjatywy "Szpital Przyjazny Dziecku"¹¹⁸.

¹¹⁸ WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

Polska podpisała Deklarację Innocenti, która obliguje nasz kraj do ochrony, promowania i wspierania karmienia piersią¹¹⁹. Polska zobowiązała się do wdrażania inicjatywy. Szpitale, które chcą uzyskać tytuł "Szpitala Przyjaznego Dziecku" zobligowane są do wdrożenia „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią” oraz przestrzegania Kodeksu WHO (opisywanego szerzej w podrozdziale 2.3.). Dla pokazania, jak istotny wpływ na karmienie piersią ma wiedza i postępowanie personelu medycznego szpitala przyjrzymy się „10 Krokom do Udanego Karmienia Piersią”^{120, 121, 122, 123}.

Procedury zarządzania krytycznego

1. a. Należy bezwzględnie stosować się do wytycznych Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia.
b. Należy sporządzić na piśmie zasady karmienia niemowlęcia i zapoznać z nimi personel oraz rodziców.
c. Należy ustanowić systemy ciągłego monitoringu i zarządzania danymi.
2. Należy upewnić się, że personel posiada niezbędną wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią.

¹¹⁹ KUKP, *O nas*, <https://laktacja.pl/article/1,o-nas> [dostęp: 30.11.2023]

¹²⁰ KUKP, *Dziesięć Kroków Skutecznego Karmienia piersią (wersja uaktualniona z 2018 roku)*, https://laktacja.pl/images/stories/pdf/10_krokow_na_strone_kukp.pdf [dostęp: 30.11.2023]

¹²¹ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE 2018*, Genewa 2018, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> [dostęp: 30.11.2023]

¹²² WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]

¹²³ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 implementation guidance. Frequently asked questions*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459> [dostęp: 30.11.2023]



Kluczowe praktyki kliniczne

3. Należy informować kobiety w ciąży oraz ich rodziny o korzyściach karmienia piersią i postępowaniu podczas karmienia.
4. Należy zapewnić natychmiastowy i nieprzerwany kontakt skóra do skóry oraz wesprzeć matki w rozpoczęciu karmienia piersią jak najwcześniej po porodzie.
5. Należy wspierać matki w rozpoczęciu i utrzymaniu karmienia piersią oraz w radzeniu sobie z napotkanymi trudnościami.
6. Nie należy podawać noworodkom pokarmów i płynów innych niż mleko matki. Wyjątek stanowią przypadki uzasadnione medycznie.
7. Należy umożliwić matkom i noworodkom przebywanie razem oraz stosować system rooming-in przez całą dobę.
8. Należy wspierać matki w odczytywaniu i reagowaniu na oznaki głodu u dziecka.
9. Należy zapoznać matki ze sposobem użycia oraz ryzykiem korzystania z butelek do karmienia, smoczków do karmienia i uspokajania.
10. Należy zadbać o to, aby rodzice i niemowlęta po wypisie do domu mieli dostęp do grup wspierających karmienie piersią.

O początkach wdrażania inicjatywy "Szpital Przyjaznego Dziecku" w Polsce opowiedziała nam jedna z lekarek podczas wywiadu pogłębionego.

„Jak rozpoczynałam pracę w roku 1990, to w całym naszym kraju obowiązywały zupełnie inne zasady opieki okołoporodowej i podejście do żywienia dzieci. Nie było oddziałów takich, gdzie matki mogłyby leżeć razem z dziećmi. Dzieci przebywały w oddzieleniu od mamy. Bezpośrednio po porodzie, bez względu na to, czy to był poród



drogami natury czy przez cięcie cesarskie, dzieci były zabierane na oddział noworodkowy. Do karmienia były wożone według tzw. schematu, czyli co 3 godziny. Ściśle owinięte były zawożone takim specjalnym pojazdem zwanym kolokwialnie tramwajem na oddział położniczy i rozdawane ich mamom do karmienia. Zwykle przebywały z tymi mamami około 20-30 minut, po czym ponownie przychodziły pielęgniarki czy położne na salę i maluchy wracały tym pojazdem z powrotem na oddział noworodkowy. Jeśli któremuś z nich nie udało się przez te 30 minut przyssać do piersi swojej mamy, nie najadły się należycie, to po powrocie na oddział noworodkowy były dokarmiane przez pielęgniarki i położne z butelek. Zwykle albo było to mleko modyfikowane, albo woda z glukozą. Tak, jeszcze wtedy takie były zalecenia, żeby dopajać dzieci wodą z glukozą. Taką mieliśmy wtedy wiedzę. To był początek lat 90-tych. Tak się nam fachowcom medycznym wydawało i taką edukację pozyskiwaliśmy na uczelniach, czy w szkołach, gdzie byliśmy uczeni. Później te metody postępowania również spotkałam w szpitalu, do którego przybyłam, żeby pracować. Bodajże około roku 1993 w Warszawie odbyła się ogólnopolska konferencja EKO-OKO pod auspicjami UNICEF'u i Światowej Organizacji Zdrowia. To był pierwszy kamyczek do ogródka polskiego poradnictwa laktacyjnego czy wsparcia karmienia piersią, bo przyjechali światli ludzie z innych krajów, którzy współpracowali wówczas z Ministerstwem Zdrowia i Światową Organizacją Zdrowia. Był to czas, kiedy na świecie powstawała inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku«. Przyjechali z bardzo dobrą wiedzą po to, ażeby zasiać wśród polskiego personelu medycznego, szczególnie lekarzy, pielęgniarek, położnych oddziałów noworodkowych, oddziałów położniczych tę wiedzę i tę informację, jak ważne jest karmienie naturalne. Były to informacje zgoła inne od tych, które przekazywaliśmy wcześniej,



rewolucyjne (np. że piersi NIE należy hartować szczoteczką czy ręcznikiem, że dieta mamy powinna być po prostu normalna) i bardzo się ucieszyłam, że w tym kierunku idzie opieka noworodkowa. Na tę konferencję zostali zaproszeni przedstawiciele wszystkich oddziałów neonatologicznych, noworodkowych i położniczych z całej Polski. Z naszego szpitala też taka delegacja pojechała i właśnie wtedy przywieziono nam garść bardzo ciekawych informacji. Materiały również były do tego załączone na piśmie, w jaki sposób możemy wdrażać inicjatywę »Szpital Przyjazny Dziecku« w naszych placówkach. Co możemy robić, jak edukować mamy, jak edukować naszych kolegów w tym zakresie. We współpracy z Ministerstwem Zdrowia powstała inicjatywa krajowa, żeby stworzyć Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, który funkcjonuje do dzisiaj, żeby wdrożyć do Polski inicjatywę »Szpital Przyjazny Dziecku«, czyli certyfikować poszczególne oddziały noworodkowe i położnicze w aspekcie dobrych praktyk sprzyjających prawidłowemu karmieniu. W ramach tych działań również w każdym z 49 województw mianowano wojewódzkiego koordynatora do spraw karmienia piersią, opieki laktacyjnej. Osoby te musiały odbyć specjalne szkolenie z zakresu inicjatywy »Szpital Przyjazny Dziecku«. Wszystkie »Kroki do Udanego Karmienia Piersią« były omawiane i na czym to polega. To był program finansowany przez Ministerstwo Zdrowia i funkcjonował do roku bodajże 1997. Jak skończyło się finansowanie, skończył się program”. (P3)

Pomimo, że od 1994 roku do dziś, czyli w okresie prawie 29 lat, aż 96 polskich szpitali kiedykolwiek posiadało tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, to jednak większość z nich nie utrzymała go. Reocena w celu przedłużenia tytułu następuje co 5 lat. Obecnie w Polsce są tylko 23 szpitale posiadające ten tytuł, z czego część będzie musiało poddać się reocenie



w 2023 lub 2024 roku, jeśli będzie chciało tytuł utrzymać¹²⁴. Przykładowo w województwie kujawsko-pomorskim (najbliższemu naszym działaniom) obecnie żaden ze szpitali nie posiada tego tytułu, pomimo, że w pewnym okresie miały go 4 szpitale¹²⁵. Zgodnie z Tab. 4. zaprezentowaną w poprzednim podrozdziale, w Polsce mamy 338 placówek z oddziałami położniczo-ginekologicznymi. Oznacza to, że jedynie 6,8% placówek w Polsce posiada tytuł "Szpital Przyjazny Dziecku". W Polsce realizacją wdrożenia zajmuje się organizacja pozarządowa Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP). W niektórych krajach wdrożeniem zajmują się rządy, tak jak i jego finansowaniem. W Polsce zainteresowane szpitale muszą samodzielnie inwestować środki finansowe potrzebne do uzyskania czy utrzymania tytułu¹²⁶.

„KUKP nie jest finansowany w żaden sposób przez Ministerstwo Zdrowia. Jest organizacją tak samo pozarządową, jak na przykład Wasza organizacja. Jest finansowany z własnych środków, z tego co pozyska. Większość to jest praca charytatywna, praca nieodpłatna zupełnie dla osób, które się w to angażują. Na przykład mówiliśmy o Norwegii - realizujecie projekt z funduszy norweskich EOG. W Norwegii taka instytucja odpowiadająca naszemu KUKP, jest agendą tamtejszego odpowiednika Ministerstwa Zdrowia. W Belgii również jest instytucją, która podlega pod tamtejsze ministerstwo. Głównie chodzi o finansowanie, również o nadzór, kontrolę nad jakością funkcjonowania tej instytucji, ale oczywiście zgodnie z jej ideą”. (P3)

¹²⁴ KUKP, *Działania KUKP - Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku*, <https://laktacja.pl/article/190,dzialania-kukp-inicjatywa-szpital-przyjazny-dziecku> [dostęp: 30.11.2023]

¹²⁵ KUKP, *Lista szpitali w Polsce odznaczonych tytułem WHO Szpital Przyjazny Dziecku* <https://laktacja.pl/article/94,lista-szpitali-w-polsce-odznaczonych-tytułem-who-szpital-przyjazny-dziecku> [dostęp: 30.11.2023]

¹²⁶ WHO, *National implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://who.int/publications/i/item/9789241512381> [dostęp: 30.11.2023]



Choć większość szpitali w Polsce nie posiada tytułu "Szpitala Przyjaznego Dziecku" to na pewno próby wdrażania na szeroką skalę tej inicjatywy miały wpływ na opiekę okołoporodową w Polsce. Pewne zapisy inicjatywy znalazły odzwierciedlenie w S000.

W pierwszym rozdziale S000, w pierwszym punkcie podano, że jego istotą jest dążenie do ograniczenia działań personelu do niezbędnych interwencji medycznych. Jako interwencję medyczną wskazano podanie noworodkowi mieszanki.

„1. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:

[...]

7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego
– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką”.

(S000 I. Postanowienia ogólne)



Również rozdziały S000: XI. Postępowanie w III okresie porodu, XII. Postępowanie w IV okresie porodu oraz XIII. Opieka nad noworodkiem, zawierają pośrednie i bezpośrednie odniesienia do opieki związanej z karmieniem piersią i laktacją w placówkach szpitalnych. W dalszej części będziemy się powoływać na szczegółowe zapisy S000. Warto już teraz podkreślić, że zarówno wymienione „10 kroków do udanego karmienia piersią”, jak i S000 wskazują, że podanie mieszanki musi być uzasadnione medycznie. Postawmy zatem następujące pytania:

- Jak obecnie personel szpitala wspiera kobiety w rozpoczęciu karmienia piersią lub mlekiem kobiecym?
- Jak wspierane są kobiety w kontynuacji karmienia piersią lub mlekiem kobiecym?
- Jak diagnozowane są ewentualne trudności u dziecka z pobieraniem pokarmu?
- Czy personel szpitala posiada wiedzę o laktacji potrzebną do rozwiązywania problemów i trudności z laktacją?
- Jaką wiedzę o laktacji personel szpitala przekazuje matce?
- Jak wygląda poziom dokarmiania noworodków mieszanką i czy takie interwencje medyczne ograniczane są tylko do niezbędnych?

3.2.1. DOBROSTAN PSYCHOFIZYCZNY MATKI

Niebagatelne znaczenie w dochodzeniu do siebie po ciąży i porodzie oraz w karmieniu piersią ma dobrostan psychiczny. Zgodnie z definicją zdrowia WHO:

„Zdrowie to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności¹²⁷”.

Ciąża to stan, który trwa dziewięć miesięcy a to, co się dzieje po porodzie bywa zaskakujące i stanowi poważne wyzwanie. Kobieta, szczególnie gdy urodziła pierwsze dziecko, ma prawo

¹²⁷ WHO preambuła Konstytucji, <https://www.who.int/about/governance/constitution> [dostęp: 30.11.2023]



czuć się zagubiona, niekompetentna, może mieć wiele pytań i wątpliwości. Medialny wizerunek macierzyństwa jest daleki od rzeczywistości. Matki zmagające się z trudnościami natury psychicznej mówią często, że nikt nie powiedział im, jak ciężkie może być zajmowanie się dzieckiem. Nocne pobudki, lęk o zdrowie maleństwa, o to, że się nie najada, że nie zna się przyczyny jego płaczu i nie potrafi się go ukoić, przeciążenie związane z noszeniem dziecka, szczególnie po porodzie zabiegowym, brak czasu na zadbanie o siebie to tylko część z trudności, które mogą spotkać świeżo upieczoną mamę. Organizm kobiety jest po porodzie wyjątkowo delikatny – wahania hormonów mogą prowadzić do wahanego nastroju i do stanu fizjologicznego nazywanego baby blues. Stan ten może pojawić się w okresie drugiej doby po porodzie. O fizjologii mówimy, kiedy baby blues kończy się przed upływem 14 dni po porodzie¹²⁸. Jego przedłużenie może świadczyć o rozpoczynającej się depresji poporodowej. Wsparcie personelu szpitala, poszanowanie godności pacjentki, bezprzemocowa komunikacja mogą być kluczowe w szybszym dochodzeniu do siebie po porodzie. Zadaniem personelu szpitala jest pomóc kobiecie, poprowadzić ją, dać wskazówki. Liczy się jednak nie tylko instruktaż, ale też podmiotowe traktowanie. Kobieta tuż po porodzie może być krucha, zagubiona, ale też reagować złością czy wręcz agresją. Może nie być w stanie bronić swoich praw, dlatego tak ważne jest, by te prawa były respektowane przez personel. Jak wskazane zostało w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.):

„Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”.
(art. 20. ust.1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

„Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody”.
(art. 16. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

¹²⁸ Chrzan-Dętko M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2023, s. 21.



Uprzedmiotowienie jest też problemem w kontekście cielesności pacjentki. To właśnie ona ma pełne prawo do decydowania, co wolno, a czego nie wolno zrobić z jej ciałem. Jeśli jej życie nie jest zagrożone, ona podejmuje decyzje m.in. dotyczące nacięcia krocza, przebicia pęcherza płodowego, podania oksytocyny, badania wewnętrznego czy dotykania piersi. Meritum powyższych zapisów jest takie podejście do pacjentki, które gwarantuje jej podejmowanie decyzji dotyczących swojego ciała, a także swojego dziecka. Kobieta, która właśnie została mamą pragnie (u)wierzyć, że jest w stanie zadbać o swoje dziecko, dostarczyć mu pokarm, którego potrzebuje, jest dla dziecka wystarczająco dobrą mamą. Przedmiotowe traktowanie, nieuwzględnianie zdania kobiety podczas czynności wykonywanych przy dziecku, ignorowanie jej prośb o wsparcie, ocenianie – niestety wciąż zdarzają się w polskich szpitalach. Takie sytuacje są nie tylko łamaniem prawa pacjentki, ale także mogą odrzucić ją z godności, intymności i poczucia sprawczości, więc w konsekwencji są po prostu nieetyczne i łamią prawa człowieka. Polska przoduje w statystykach dotyczących wypalenia rodzicielskiego¹²⁹. Być może proces rozpoczyna się już na sali porodowej?

Dwa słowa, jedno zdanie, które zapadają na długo w pamięć. Poniżej cytujemy tylko jeden z przykładów, ale kobiet, które usłyszały bolesne słowa było więcej. Jedna z kobiet bardzo świadomie opisała mechanizm przemocy słownej, która ją spotkała. Kobiety w miejscu, w którym wystawiają się na widok swoją nagość, ich fizyczność, miejsca intymne są w centrum, powinny czuć się bezpiecznie. Poniższe i podobne słowa dot. wyglądu i fizyczności kobiety nie powinny nigdy paść. Nie pozostały one bez wpływu na psychikę kobiety, postrzeganie siebie jako kobiety i matki. Borykała się później ze stanami depresyjnymi, a do jej historii jeszcze wrócimy.

*„Wciąż rozpamiętywałam, co wydarzyło się w szpitalu
i co usłyszałam od ludzi. Po cięciu cesarskim instrumentariuszka
powiedziała »Pora schudnąć, pięć osób nie może Pani przenieść«.
Nikt z personelu nie stanął w mojej obronie. Czułam się
zaatakowana przez ludzi, którym powierzyłam swoje i dziecka życie,*

¹²⁹ Pacewicz P., *Wypalenie rodzicielskie w Polsce jest największe na świecie. Cierpimy jak nikt inny*, 2021, <https://oko.press/wypalenie-rodzicielskie-w-polsce-jest-najwieksze-na-swiecie-cierpimy-jak-nikt-inny> [dostęp: 30.11.2023]



swoją nagość. Wiem, ile wtedy ważyłam około 110 kg. Wiem, że to dużo. Miałam też obrzęk limfatyczny i bardzo opuchnięte nogi. Po dwóch tygodniach od porodu ważyłam 95 kg. Ten atak był taki niespodziewany i brutalny. Zgłosiłam to w szpitalu. Miałam kontakt z rzecznikiem praw pacjenta ze szpitala w ciągu miesiąca od porodu. Rozmawiałam. Nie podawałam konkretnie co to za osoba. Powiedziałam, kiedy rodziłam więc oni sami sobie mogli, jeżeli potrzebowali, sprawdzić. Ja też mam takie przekonanie, że to może nie jest wyłącznie wina tej osoby, ale też w ogóle wszystkich, całego zespołu. Nikt tej osobie nie zwrócił uwagi, pozwolono jej, nie było żadnej reakcji na taką wypowiedź, ale też jestem przekonana, że po prostu jest jakiś problem z wypaleniem zawodowym, że takie rzeczy nie biorą się z niczego. Po prostu jej się ułało coś. Nie zakładam od razu, że to jest z gruntu ktoś zły, tylko po prostu ktoś, kto ma ewidentnie problem. Ten problem powinien być wychwycony w szpitalu. Po pierwsze, może jest przeciążona, może to za dużo takich dyżurów, natomiast nie powinna sobie pozwolić na coś takiego. Zwłaszcza, że później też dowiedziałam się, że w szpitalu są po prostu narzędzia do przenoszenia pacjentów, którzy są zdaniem personelu za ciężcy, żeby ich dźwigać. Ja to rozumiem, bo kręgosłup ma się jeden, ale są narzędzia i można sobie z taką sytuacją poradzić. Natomiast zgłosiłam to też między innymi dlatego, że chciałam, żeby w ogóle zajęli się tą sprawą, nie tylko sprawą konkretnie tej osoby. Dlatego, że ja nie chciałabym, żeby jakakolwiek kobieta się z tym spotkała, ponieważ uważam, że od dawna się mówi depresji poporodowej. Może nie jest to takie powszechne, ale ja o tym słyszałam już dawno temu, że kobiety mają problem ze swoją fizycznością po porodzie, z akceptacją swojej fizyczności. To szczególnie



po pierwszym porodzie jest taki szok, jak zmienia się ciało i długo sobie nie mogą, niektóre z nich z tym poradzić, a dodatkowo jak bardzo cierpi w ogóle życie, sama osoba, ale i jej otoczenie, to się odbija na relacji. Nie chciałam, żeby coś takiego spotkało jeszcze kogoś, bo ja nie wiem na kogo trafi i czy ta osoba sobie z tym poradzi, czy nie. Ja sobie jakoś poradziłam, chociaż powiem szczerze, że jest to nadal żywe. Nawet nie kwestia sama tych słów, bo ja wtedy sobie zdawałam sprawę, ile ważyć i jakby ta osoba nie odkryła mi Ameryki. Po prostu się poczułam zaatakowana w momencie, kiedy byłam bezbronna. Kiedy byłam półnaga i wszyscy mogli z zespołu mnie oglądać. W miejscu, w którym powinnam czuć się bezpiecznie i w miejscu, w którym nie spodziewałam się zupełnie czegoś takiego. Gdybym w jakiś sposób mogła się spodziewać, to pewnie też bym była przygotowana na bronienie się, bo później oczywiście przyszło mi do głowy, że mogłam jej odpowiedzieć po prostu, a ja tym ludziom nawet dziękowałam, że mi pomogli urodzić dziecko. Ja nie planowałam cesarskiego cięcia, ale tak wyszło. Dla mnie to był duży stres”.

(K57)

Kolejna z kobiet straciła dużo krwi podczas porodu drogami natury. Zapewnienie poczucia godności, intymności, podstawowej pomocy, poświęcenie chwili uwagi i dojrzenie potrzeb pacjentki – tego zabrakło w jej historii.

„Najpierw mi dali kolację, której nie byłam w stanie po porodzie normalnie zjeść. Pamiętam, że najpierw jadłam pastę do chleba, a potem chleb, bo nie byłam w stanie sobie zrobić kanapki. Potem zasnęłam. Późnym wieczorem obudziła mnie jakaś młoda położna



i opryskliwym tonem mnie spytała, czy już byłam pod prysznicem. Rozumiem, że musiałam wyglądać okropnie i musiałam śmierdzieć niesamowicie, natomiast jej pomoc się ograniczyła do »wykopania« mnie pod ten prysznic, podania mi ręcznika i zaproponowania, że zabierze dziecko na noc i że dadzą mu mleko modyfikowane. Zgodziłam się na to, bo nie miałam przestrzeni. Byłam tam sama. Zero odwiedzin. Nie miałam siły na nic. O tym, że jestem zanemizowana dowiedziałam się dostając wypis do ręki. Wszyscy wiedzieli, że jestem lekarzem. Wtedy zrozumiałam, dlaczego miałam zadyszkę, kiedy wstawałam z łóżka. Położna zostawiła mnie pod prysznicem i zabrała dziecko. Zastanawiałam się, czy jak stracę przytomność pod tym prysznicem, to czy mnie ktoś znajdzie i kiedy. Na szczęście to się nie stało, ale myślę, że było to realne. W środku nocy obudziłam się na zakrwawionym podkładzie. Taki wspinały szpital, a każde pacjentkom przynosić swoje podkłady poporodowe na łóżko. W każdym razie miałam je w walizce, która była położona dwa metry od mojego łóżka na ziemi. Zamknięta, bo ktoś ją tak położył. Zadzwoiłam po panią położną, która przyszła niezadowolona. Leżałam na dwóch podkładach, powiedziała, że o co mi w ogóle chodzi, zabrała ten z wierzchu, zostawiła mnie na tym zakrwawionym poniżej i tak sobie poszła. Pamiętam, jak się wygrzebałam z tego łóżka, jak się skupiłam na tym, żeby jakoś się doczołgać do tej walizki, wyjąć ten następny podkład, żeby nie zakrwawić wszystkiego dookoła. Wspierające byłoby, żeby nie było to standardem, że jedyną pomocą jaką się proponuje to to, że zabiorą dziecko na noc i nakarmią je mlekiem modyfikowanym. A mnie zostawią samą sobie. To właśnie była »pomoc« jaką mi zaoferowano. A ja mleko miałam od początku. Nie było tak, ta laktacja ruszyła z opóźnieniem, bo poród był ciężki. Ona



nie ruszyła z opóźnieniem. W książeczce mam napisane, że dziecko się dostawiło. Próba na sali porodowej była, tylko że nieudana. Miałam siarę, można było podać alternatywnie, ale nie miałam na to ani sił, ani pomocy! Myślę, że szacunek i uwaga bardzo pomagają. Mówię o takich elementarnych rzeczach. Nie mówię, że wszyscy się tutaj musimy wczuwać w swoje emocje i tak dalej. To jest jednak praca i to jest zawód. To rozumiem. Natomiast mówię o minimum profesjonalizmu". (K37)

Rozdzielenie matki od dziecka skutkowało pogłębieniem trudności z karmieniem piersią. Niestety problemy, jak się później okazało, po stronie dziecka nie ułatwiły i tak już trudnego startu w karmienie piersią.

Komunikacja to nie tylko rozmowa, postawa, odpowiedni dobór słów i ton. Komunikacja zaczyna się wtedy, kiedy osoba z personelu wchodzi do sali pacjentki. Najlepiej ilustruje to kolejny fragment cytowanej już opowieści o praktykach w szpitalu w Danii w 1989 roku:

„W tamtych czasach był to szok kompletny dla mnie jako studentki medycyny wówczas, bo tam już ten rooming-in funkcjonował, ale żeby wejść do takiego pokoju trzeba było zapukać, poczekać, aż się usłyszy »Proszę«. Nie wolno było bez pytania po prostu otworzyć drzwi i wejść. Ogromny szacunek dla pacjenta. To było też coś innego, niż to z czym spotykaliśmy się na studiach". (P3)

"Pamiętam jak zmiana się zmieniała no to przychodziła położna i »Dzień dobry, ja nazywam się będę teraz opiekować się paniami. W razie co to proszę dzwonić«. Chociaż nie wszystkie tak robiły, ale tak zapamiętałam te dwie, które na pewno zrobiły tak przez dwie zmiany. Te wieczorne, to tak za bardzo chyba tym



paniom się nie chciało, ale tak to zawsze z rana jak były to przychodziły się przedstawiały i fajnie, taki kontakt jest bliższy wtedy. Wiadomo z kim ma się do czynienia". (K13)

Jedna z kobiet po trudnym porodzie i rozłącze z dzieckiem z powodu jego przebywania na oddziale intensywnej terapii noworodka zapamiętała niewspierające słowa:

„Jedna neonatolożka miała jakieś takie teksty, które były bardzo mało wspierające, znaczy ona też pewnie chciała dobrze. Chciała zmotywować, żeby było lepiej na zasadzie, że jak będę tyle płakała to na pewno nie wykarmię córki... U nas się ułożyło z tym karmieniem wszystko dobrze, więc ja to teraz tak wspominam bardziej śmiejąc się z tego, ale myślę, że gdyby nam nie wyszło, to byłaby to jedna osoba, którą bym o to obwinięła na pewno. No to taka wiekowa kobieta. Mogła nic nie mówić na przykład, prawda? Mogła to zatrzymać dla siebie, bo jakby nikt więcej tego nie komentował, że no ja mam humor słaby delikatnie mówiąc i nastawienie też niezbyt fajne". (K5)

Częsty jest po stronie personelu brak wiary w kobiety, że mogą wykarmić dziecko. Poniżej przytaczamy historię lekarki rodzącej w szpitalu, w którym miała pracować. Naszym zdaniem, w jej przypadku mogło dojść do rażącego złamania praw pacjenta w związku z naruszeniem godności i intymności pacjentki. Położna środowiskowo-rodzinna знаła osoby pracujące na oddziale, w którym rodziła kobieta.

„Przypomniał mi się jeden komentarz. Jak przyszła do nas położna na pierwszą wizytę tydzień po porodzie, i zadała pierwsze pytanie »Czy karmimy się piersią?«, więc mówię, że tak, że karmimy się. »Tak? A bo mi koleżanki na oddziale mówiły, że tu nie będzie



karmienia«. Po tym komentarzu ja zamarłam szczerze mówiąc wtedy, tym bardziej, że ja tam miałam pracować, a one po prostu mnie żywnie obgadywały. To pokazuje jaki poziom jest pań na oddziale.” (K9)

Neurologopedka zapytana o komunikację pomiędzy personelem a pacjentką odpowiedziała:

„Czasami jest tak, że to jest bardziej rozmowa z mamą niż praca z dzieckiem. Bardzo często tak jest. Uważam, że komunikacja jest bardzo istotna. Właściwie to nie wiem, jak można pracować bez takiej świadomości jak rozmawiać z tą mamą. Czasami wracając do domu jeszcze się zastanawiam 3 razy, czy na pewno dobrze to powiedziałam, czy to nie było za mocno, czy to było motywujące dla tej mamy, czy nie przesadziłam. Wiem, że pracuję z grupą bardzo trudną, w tym sensie, że to jest noworodek, człowiek, który się adaptuje do kompletnie nowych warunków, ale też mama, która się adaptuje do kompletnie nowych warunków. Czasami jest tak, że jest uskrzydłona, bo wszystko poszło super, tylko jakieś problemy są drobne, a czasami to jest osoba, która jest kompletnie przygnieciona tym, że to miało być inaczej, poszło zupełnie inaczej. Wielokrotnie w depresji, bądź w stanach trudnych i dołożenie jej jeszcze, np. że »Pani nie może nakarmić«, uważam, że będzie dla niej bardzo trudne i często jest tak, że te mamy mówią »To ja już nie daję rady, ja już z tym karmieniem się chyba poddam, bo to jest dla mnie za dużo«. Kobiety często komunikują też to, że słyszą co powinny, ale nie jak powinny. Raczej stwierdzenie pewnego stanu, a nie szukanie jak z tego wyjść. Bardziej oskarżenie, a nie drogę do tego jak z tego się wyplątać, więc mi się wydaje, że bardzo



duże znaczenie ma komunikacja. To od początku w zasadzie powinno być, już na sali porodowej czy operacyjnej”. (P9)

Jedna z kobiet opowiedziała o komunikacji jednocześnie okiem matki, jak i personelu medycznego, gdyż sama jest lekarką.

„Komunikacja - dopiero dowiedziałam się wychowując dzieci, jakie to jest ważne, jak zaczęłam szukać, ale chyba dużo rodziców tak ma. Jak to zrobić, żeby się dogadać z tym małym człowiekiem? Kiedyś na to mniej zwracałam uwagę, ale to jest coś co mi pomaga też dochodzić do porozumienia z dorosłymi ludźmi. Myślę, że ogólnie w medycynie jest problem z tą komunikacją. Widzę, że najwięcej pacjentów jest niezadowolonych wtedy, kiedy właśnie brakuje im rozmowy. A my nie mamy czasu na rozmowy, bo mamy bardzo dużo dokumentacji do wypełnienia, więc tu znowu system. Często jestem jako taki mediator trochę i tłumaczę, jak to wygląda, bo ktoś mi opowiada jakąś straszną historię, słyszę to i wiem już, dlaczego ktoś tak powiedział, z czego to wynika i oczywiście komunikat jest zły. Za tym stoją najczęściej właśnie problemy systemowe, brak czasu i nadmiar dokumentacji. Też rozumiem, dlaczego ona jest. Ona też jest ważna. To jest dla bezpieczeństwa pacjenta i mojego również, ale nie wiem... jakbym miała jakieś świetne pomysły to zostałabym ministrem zdrowia, ale nie mam”.
(K41)

Kolejne rozdziały pokazują rozliczne przykłady, w których komunikacja personel-pacjentka była podstawą trudności lub trudności zaogniała, ale już w tym miejscu możemy postawić następujący problem:





Problem!

Zdarza się, że kompetencje miękkie personelu są niewystarczające. Komunikaty kierowane w stronę kobiet bywają lekceważące, a nawet mają elementy przemocowe, co może przyczynić się do trudności natury psychicznej, a te z kolei zwiększają ryzyko wystąpienia trudności w karmieniu piersią i zachorowania na depresję poporodową.

3.2.2. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Kontakt „skóra do skóry” został wskazany jako jeden z „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”. Noworodki, które mają długotrwały kontakt skóra do skóry z matką (bezpośredni po urodzeniu, niezakłócony i trwający 90 minut), mają większe szanse na pomyślne karmienie piersią¹³⁰. Kontakt SDS ma wpływ również na odporność dziecka, przyspieszenie III okresu porodu (narodziny łożyska), a nawet może wpłynąć na rozwój psychoemocjonalny. Jest naturalny, związany z ludzką anatomią i fizjologią. W warunkach bliskości ciała matki i dziecka silnie aktywują się odruchy noworodkowe, a niezakłócona ich sekwencja jest najlepszym prognostykiem dla rozpoczęcia procesu laktacji. Kontakt SDS pomaga regulować temperaturę ciała noworodka i zasiedlić jego ciało pożytecznymi bakteriami ze skóry matki. Dziecko silnie odczuwa zapach siary – pierwszego mleka pełnego czynników odpornościowych i bioaktywnych, o bogatych właściwościach przeciwinfekcyjnych, zawierającego większą koncentrację oligosacharydów i innych pozytywnie wpływających na rozwój dziecka składników¹³¹, który przypomina zapach płynu owodniowego (czyli środowiska, które znało do tej pory).

¹³⁰ Li Z., Mannava P., Murray J.C.S. i wsp., *Association between early essential newborn care and breastfeeding outcomes in eight countries in Asia and the Pacific: a cross-sectional observational -study*, BMJ Glob Health 2020, 5(8):e002581, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002581> [dostęp: 30.11.2023]

¹³¹ 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]



„Siara (młodziwo, łac. *colostrum*) to gęsta, żółta wydzielina gruczołów mlecznych kobiety po urodzeniu dziecka. Jest to pierwszy wytwarzany przez matkę pokarm w okresie laktacji. Gromadzi się w gruczole piersiowym właściwie jeszcze podczas ciąży, od około 20. tygodnia. Jej skład jest podobny do składu płynu owodniowego, unikalny i różny w zależności od czasu trwania ciąży. [...] Wyjątkowość składu siary jest następstwem otwartych w pierwszych dniach po porodzie połączeń międzykomórkowych (ang. tight junctions) nabłonka laktacyjnego w gruczole piersiowym matki. Dzięki tym szerokim przestrzeniom istnieje możliwość niemal swobodnego przenikania z krwi matki do jej mleka dużych cząstek biologicznie czynnych. Ich obecności siara zawdzięcza swoje wyjątkowe właściwości immunomodulacyjne, immunostymulujące, przeciwzapalne, odżywcze i troficzne. Po kilku dniach od porodu połączenia międzykomórkowe w nabłonku laktacyjnym zacieśniają się, co upodabnia mleko kobiece do składu pokarmu dojrzałego”¹³².

Zachęcanie do karmienia piersią w ciągu pierwszej godziny po urodzeniu, a następnie często maksymalizuje spożycie kalorii i płynów przez dziecko oraz stymuluje produkcję mleka¹³³. Ponadto dziecko jest „zaprogramowane”, by pełznąć po brzuchu mamy po ścieżce, którą jest linea negra (ciemna linia na brzuchu matki), aż do piersi oraz do samodzielnego przystawienia się do niej. To właśnie w ciągu dwóch pierwszych godzin po urodzeniu, należy

¹³² Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), Standardy Medyczne/Pediatrics 2014, T. 11, s. 26, https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

¹³³ Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf> [dostęp: 30.11.2023]



umożliwić dziecku dostęp do piersi, aby była możliwa optymalna inicjacja laktacji¹³⁴. Ponadto kontakt skóra SDS to także wiele korzyści zdrowotnych dla matki i dziecka, na które wskazuje WHO i UNICEF^{135, 136}.

W rozdziale S000 XI. *Postępowanie w III okresie porodu* kontakt „skóra do skóry” wskazany jest jako jeden z elementów ścieżki postępowania w III fazie porodu i jego wykonanie musi zostać udokumentowane.

„2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących działań:

[...]

7) osuszenia noworodka po wydobyciu i położenia go na brzuchu matki w kontakcie »skóra do skóry«, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła”.

(S000 XI. Postępowanie w III okresie porodu)

Warto podkreślić, że położenie noworodka po urodzeniu i osuszeniu w kontakcie „skóra do skóry” oznacza, że wszystkie czynności wymienione we wskazanym ust. 2. jako punkty przed punktem 7), czy po nim, należy wykonywać z dzieckiem leżącym na brzuchu matki, czyli m.in. założenie opasek identyfikacyjnych, przecięcie pępowiny czy ocena stanu noworodka. Wskazane zastrzeżenie realizacji kontaktu „skóra do skóry” to pozwalający na to stan ogólny noworodka i matki. Zapis ten nie jest jednoznaczny i może rodzić różne interpretacje. Warto podkreślić, że w III okresie porodu, kiedy następuje rodzenie łożyska,

¹³⁴ WHO, *Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed*, 2020 <https://who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed> [dostęp: 30.11.2023]

¹³⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Skin-to-skin contact*, <https://unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact> [dostęp: 30.11.2023]

¹³⁶ WHO i UNICEF, *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*, New York 2018, <https://reliefweb.int/report/world/capture-moment-early-initiation-breastfeeding-best-start-every-newborn> [dostęp: 30.11.2023]



czy jeśli konieczne jest szycie krocza, zaleca się, aby również te czynności odbywały się jednocześnie z trwającym kontaktem „skóra do skóry”. Kontakt SDS wpływa na wytwarzanie się oksytocyny, która korzystnie wpływa na obkurczanie się macicy i poród łożyska¹³⁷. W rozdziale S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem* podkreśla się, że jeżeli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, to w kontakcie SDS dokonuje się oceny noworodka według skali Apgar.

„5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:

[...]

b) ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne”.

(S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 1.)

W jednym z kolejnych punktów podkreśla się czas trwania kontaktu SDS oraz już bardziej jednoznacznie wskazuje, że nie może on zostać przerwany, jeśli nie występuje zagrożenie życia lub zdrowia noworodka lub matki.

„8) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką »skóra do skóry«, trwający dwie godziny po porodzie. 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”.

(S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 1.)

¹³⁷ Baranowska B., Doroszevska A., Szykiewicz P., *Naukowe podstawy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo AEH, 2020, s. 42-44



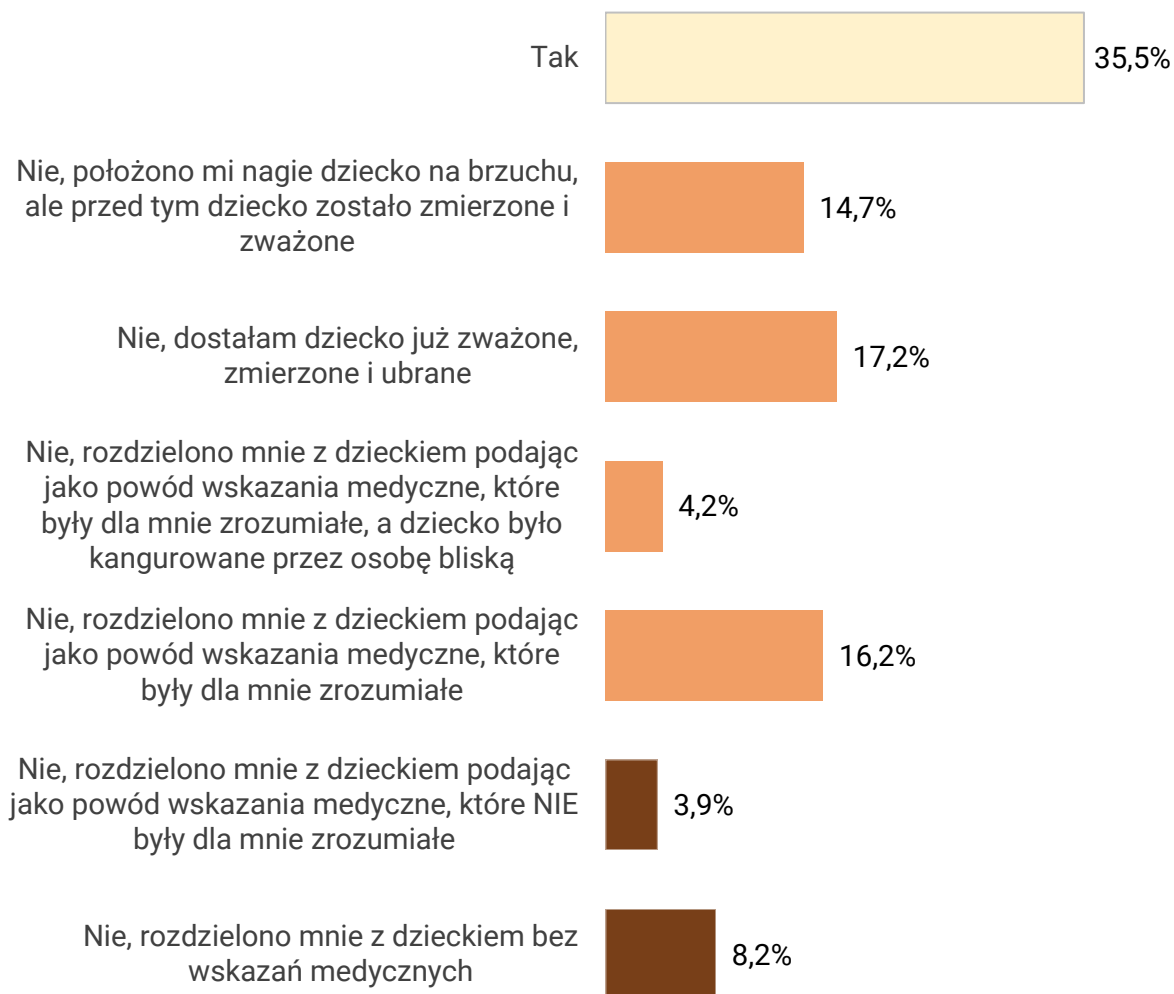
Wspomniane wcześniej czynności, a także ważenie, mierzenie, szczepienie nie są procedurami związanymi z ratowaniem życia i zdrowia noworodka, winny więc odbyć się po pełnym kontakcie SDS, czyli najwcześniej po dwóch godzinach kontaktu. Kontakt SDS nie może zostać przerwany również z powodu badania klinicznego przez lekarza neonatologa, chyba że następuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka:

„2) w okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka; badania tego nie należy wykonywać w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 8., jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 2.)

Kobiety, które urodziły w szpitalu zostały zapytane o to, czy od razu po porodzie odbył się pełen kontakt „skóra do skóry”. I tak 35,5% kobiet wskazało, że miało dwugodzinny kontakt „skóra do skóry” z dzieckiem od razu po urodzeniu. Dalej 14,7% kobiet otrzymało nagie dziecko na brzuch, ale już po zważeniu i zmierzeniu, natomiast 17,2% wskazało, że owszem dostało dziecko, jednak było ono już zważone, zmierzone i dodatkowo ubrane. Ponadto 4,2% kobiet podało, że zostały rozdzielone z dziećmi ze wskazań medycznych dla nich zrozumiałych i umożliwiono kangurowanie dziecka przez osobę bliską. Następnie 16,2% kobiet było rozdzielonych z dziećmi, jak podają ze zrozumiałych dla nich wskazań medycznych, zaś dla 3,9% wskazania medyczne będące powodem rozdzielenia nie były zrozumiałe. Ostatnie 8,2% kobiet zostało rozdzielonych z dziećmi, jak podały, bez wskazań medycznych (Ryc. 3.8.). Podsumowując, aż 44,0% kobiet, które urodziły w szpitalu wskazuje na brak kontaktu SDS lub jego przerwanie z przyczyn nieuzasadnionych medycznie lub niezrozumiałych dla kobiet.





Ryc. 3.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kontakt »skóra do skóry« to położenie nagiego dziecka tuż po urodzeniu, na brzuchu mamy. Mierzenie, ważenie, mycie, ubieranie i inne czynności pielęgnacyjne powinny odbywać się dopiero po ok. 2 godzinach od porodu, czyli po odbytym nieprzerwanym kontakcie »skóra do skóry«. Czy miałaś taki kontakt »skóra do skóry?«” (%; N=2471)

Jedna z kobiet, która udzieliła nam wywiadu, doświadczyła pełnego kontaktu SDS po porodzie czwartego dziecka.

„Mimo że byłam po dwóch cięciach, to pozwolono mi czekać i urodziłam siłami natury. Od razu był kontakt skóra do skóry. Jedyny moment, kiedy córka została zabrana na chwilę to została



przekazana do mojego męża na kangurowanie. To były dosłownie 3 minuty, kiedy sprzątno łóżko i ogarniano mnie, żeby przenieść mnie na łóżko, którym pojechałam na salę. Natomiast później już cały czas dziecko było ze mną. Za każdym razem pytano mnie, czy mogą je zabrać na przykład na ważenie czy badanie słuchu". (K47)

Inna kobieta, która urodziła siłami natury napisała:

„Miałam od razu kontakt skóra do skóry, jednak położona chciała najpierw zważyć i zmierzyć dziecko, na co nie pozwoliłam, mówiąc, że jeszcze będzie miała na to czas, a ja chcę dziecko mieć teraz przy sobie". (A1702)

Warto podkreślić, że na powyższe pytanie kobiety odpowiadały niezależnie od rodzaju porodu, czyli zarówno kobiety rodzące siłami natury lub drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie. Wśród wskazanych wyżej 35,5% kobiet, które potwierdziły odbycie się pełnego kontaktu SDS, były również kobiety, które urodziły przez cięcie cesarskie.

W 1996 roku w Norwegii w porozumieniu z Norweskim Dyrektoriatem do Spraw Zdrowia powstał film „Breast is best”, który pokazuje, jak karmić piersią z sukcesem, zawiera informacje na temat laktacji czy rozwiązywania problemów laktacyjnych, ale również jako ważny element inicjacji laktacji pokazuje bezpośredni, nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” po cięciu cesarskim, czyli rozpoczynający się jeszcze na sali operacyjnej. Matka jest wieziona na salę pooperacyjną z noworodkiem na brzuchu i tam kontakt ten jest kontynuowany. Procedura ta jest więc znana w Norwegii już od wielu lat. A poniżej czytujemy historię lekarki, która jeszcze jako studentka miała okazję mieć praktykę w Danii:

„Po 5 roku studiów, kiedy mogłam wyjechać na praktykę do Danii, trafiłam do stosunkowo niewielkiego szpitala, bo był to szpital powiatowy w miasteczku 30 km od Kopenhagi - szpital odpowiadający naszym szpitalom powiatowym. Natomiast to, co



tam zobaczyłam, to w tamtych czasach był to kompletny szok dla mnie jako studentki medycyny. Uczestniczyłam w wielu porodach. Tam zobaczyłam co znaczy kontakt »skóra do skóry« po porodzie. Zobaczyłam, podkreślam to był rok 1989, tatusiów, którzy towarzyszyli swoim żonom czy partnerkom w trakcie cięcia cesarskiego. Byli na sali cięć. Pamiętam tylko jeden moment, kiedy jeden z tatusiów został wyproszony z sali, bo urodziło się dziecko, które wymagało resuscytacji na sali porodowej. I to był jedyny poród, z którego tata został wyproszony na chwilę po to, żeby ratować życie jego dziecka. W czasach, kiedy jeszcze zupełnie się nikomu w Polsce nie śniło coś takiego. Jako studentka mogłam to oglądać, więc to były takie różne sytuacje, które gdzieś tam zapadały pewnie w pamięci i miałam ogromną potrzebę, żeby w Polsce również tak było”. (P3)

Neurologopedka, która udzieliła nam wywiadu, odwołała się do osobistych doświadczeń świadomego przygotowywania się do prawdopodobnego w jej przypadku porodu drogą cięcia cesarskiego. Będąc osobą posiadającą szeroką wiedzę o laktacji, odciągnęła siarę jeszcze w ciąży, by można było ją podać dziecku tuż po porodzie w razie ewentualnych komplikacji. Czuła się z tym bezpiecznie i jednocześnie przekazała personelowi jak ważny jest dla niej kontakt SDS po cięciu cesarskim jeszcze na sali operacyjnej.

„Cesarki mogą być przeprowadzane inaczej. Jestem na to dowodem. Druga cesarka w [nazwa szpitala] była totalnie łagodną cesarką i mała była nakarmiona na sali operacyjnej. Nie wiem, na ile udało się tak, że to ja o tym powiedziałam, że jest to dla mnie ważne, że bardzo proszę o taką możliwość. Być może ta siara, która tam była zamrożona i oni wiedzieli, że to jest dla mnie bardzo ważne też zadziałała i była taka możliwość. Ale udało się, więc



wyduje mi się, że przestrzeń na to jest, żeby to lepiej funkcjonowało, skoro takie rzeczy mogli zagwarantować. Wyciągnęli ją i tylko obtarli. Na pewno nie była ważona i mierzona. Wiem, bo cała rodzina pisała sms, ile waży, a ja nie miałam pojęcia. Była na tej sali operacyjnej ze mną jeszcze jak byłam zszywana. To właśnie wtedy ją miałam na sobie. Potem na moment, kiedy mnie przewożono na chwileczkę mąż ją dostał, ale też to było poprzedzone rozmową. Też miałam zupełnie inną świadomość przy tej 2 cesarce, bo już wiedziałam, co mnie czeka. Dla mnie wartością jest to, że jednak można, bo byłam cały czas przekonana, że to jest niemożliwe. Dostałam ją na siebie. Miałam cały przed sobą parawanik i ona leżała tak bardziej nóżkami na żebrach, tu miałam do piersi ją dostawioną i co ważne była pani, która pomogła, właśnie ona mi ją położyła i przytrzymała. Myślę, że ta oksytocyna zupełnie inaczej pracuje na tym etapie, kiedy mam to dzieciątko na sobie. Nawet jeżeli to było trudne dla mnie, samo doświadczenie cesarki, to ona już jest tutaj u mnie i nie zniknęła mi nagle tak, że nie wiem, gdzie ona jest, nie widzimy się”. (P9)

W Polsce działa inicjatywa „Maluchy na brzuchy”, która corocznie od 2020 roku publikuje raporty i rankingi z realizacji prawa do kontaktu „skóra do skóry” po porodzie w polskich szpitalach¹³⁸. W tych rankingach szpitale, które wykazały się wysokim stopniem bezpośredniego kontaktu skóra do skóry po cięciu cesarskim otrzymują symboliczne medale tzw. Szmaragdowe „Maluchy na brzuchy”. W 2022 r. takim medalem zostało odznaczonych 6 szpitali. Jednak w przypadku porodu przez cięcie cesarskie najczęściej na czas szycia ran pooperacyjnych dziecko jest zabierane od matki. Czasami zdarza się, że dziecko przekazywane jest do kangurowania osobie bliskiej, choć wciąż nie jest to standardowa procedura. Dopiero po przewiezieniu matki na salę pooperacyjną jest przekazywane jej

¹³⁸ <https://maluchynabrzuchy.pl> [dostęp: 30.11.2023]



do kontaktu SDS. To oczywiście nadal jest ogromnie ważne i korzystne, w porównaniu z brakiem kangurowania przez osobę bliską, czy brakiem położenia nagiego dziecka na matce już na sali pooperacyjnej. Warto natomiast zdawać sobie sprawę, że kontakt „skóra do skóry” po cięciu cesarskim może rozpoczynać się już bezpośrednio na sali operacyjnej i być tym samym nieprzerwanym kontaktem. Niektóre z kobiet po cięciu cesarskim tak odniosły się do faktu, że miały kontakt SDS:

„Lekarz neonatolog jeszcze, kiedy lekarze mnie zszywali (poród przez cięcie cesarskie) przyniosła dziecko i od razu pomogła przystawić do piersi. Dziecko zaczęło szukać brodawki. Neonatolog pomogła nakierować i maluszek się już przyssał do mnie :)”.
(A1181)

„Tak, miałam kontakt skóra do skóry, ale tylko dlatego, że to wywalczyłam i kazałam położyć dziecko na mnie po cięciu cesarskim”. (A2332)

Pełen i nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” po cięciu cesarskim nie został dodatkowo wyróżniony w S000, choć również nie widnieją żadne zastrzeżenia co do rodzaju porodu, po którym taki kontakt SDS powinien się odbyć, zaś z praktycznego punktu widzenia jego wykonanie zależy od stanu zdrowia matki i dziecka, dobrej woli personelu oraz możliwości organizacyjnych placówki. Jeżeli dochodzi do kontaktu „skóra do skóry” po porodzie drogą cięcia cesarskiego, to najczęściej położenie dziecka na matce nie następuje bezpośrednio po urodzeniu, ale dopiero na sali pooperacyjnej, więc nie można mówić o pełnym i nieprzerwanym kontakcie SDS:

„Miałam kontakt, kiedy zawieziono mnie na salę pooperacyjną. Prosiłam o kontakt skóra do skóry na sali operacyjnej, ale mi odmówiono”. (A1871)



„Na sali operacyjnej dziecko miałam na moment przy twarzy. Później jak zostałam przewieziona na salę pooperacyjną, to był kontakt skóra do skóry i trwał przez dwie godziny”. (A1484)

„W tym szpitalu jest to standard. Praktycznie od razu po porodzie policzek do policzka mi go przytulono. On jeszcze był tylko tak troszeczkę w chustę chirurgiczną owinięty, że nie było mu zimno. Natomiast jak tylko mnie dowieziono do sali pooperacyjnej, to od razu dostałam go skóra do skóry. Położono mnie wygodnie na łóżku, jeszcze u mnie znieczulenie działało i od razu był u mnie przy piersi. On się urodził 8:20-8:30 a przed 9 już byliśmy już razem na sali”. (K27)

Stoimy na stanowisku, że wszystkie kobiety powinny mieć takie same szanse w zakresie kontaktu SDS. Szanse nie uzależnione od nakładów finansowych. Niedopuszczalne naszym zdaniem jest uzależnianie możliwości odbycia kontaktu SDS od uiszczania jakichkolwiek opłat, w tym opłaty za osobny pokój po porodzie. Konieczność wynajęcia osobnego pokoju poporodowego, tak jak w przypadku kolejnej kobiety, nie może determinować umożliwienia kontaktu SDS oznacza to bowiem, że w sposób rutynowy, organizacyjny ogranicza się części kobietom i ich dzieciom prawo do tego kontaktu.

„W przypadku cesarskiego cięcia jedyną możliwością, żeby mąż był przy mnie i żeby mógł zobaczyć dziecko to była możliwość wynajęcia apartamentu. Zastłaniano się covidem cały czas, że normalnie tak oczywiście była taka możliwość, ale przez pandemię jedyną możliwością żebyśmy byli razem i żeby był kontakt skóra do skóry z tym dzieckiem od razu. Wprost pokazano mi te różnice, że jeżeli mamy apartament, to od razu dziecko jest przewożone do męża i też od razu dołączę do nich, a jeżeli nie mam



apartamentu, to musiałabym spędzić dwie godziny na sali pooperacyjnej. Dwie godziny nie będę tego dziecka widziała i dla mnie w głowie to był ogromny czas rozłąki. Miałam tak mocne poczucie, żeby to dziecko było przy mnie jak najszybciej, że byłam skłonna po prostu dać każde pieniądze, żeby to się stało. Mówili, że nie wiadomo, jak będzie z tym kangurowaniem przez ojca po cięciu, więc też, jeżeli zapłacimy to przynajmniej będzie mój mąż mógł ją kangurować. Wynajęliśmy w końcu apartament, który kosztował 2100 zł. Stwierdziliśmy, że nie będzie wakacji w tym roku, więc mieliśmy wakacje w apartamencie 10 m² razem z łazienką. Nie mogliśmy nawet na korytarz wyjść przez to, że była pandemia. Bardzo mnie bolało, że musimy tyle pieniędzy wydać. Dla nas to była ogromna suma, ale mieliśmy tak mało czasu na decyzję. Dowiedziałam się z dnia na dzień, że będę miała cięcie cesarskie. Miałam kilka godzin na decyzję. Byłam trochę przerażona wizją bycia samej z dzieckiem po cesarskim cięciu. Stosunkowo krótki czas, jakieś 15-20 minut po zszyciu mnie, spędziłam na tej sali pooperacyjnej i przewieziono mnie do tego apartamentu do męża. Jeszcze chwilę miał córkę na klatce piersiowej i po kilkunastu minutach przyszła położna, położyła dziecko na mnie. Pierwsza zapytałam, kiedy będzie próba karmienia. Powiedziała, że za jakiś czas możemy spróbować i faktycznie za jakiś czas położna przyszła i próbowała mi córkę przystawić do piersi”. (K45)





Droga kobieto!

O kontakcie „skóra do skóry” czy o szpitalach, które w wysokim stopniu zapewniają ten kontakt, dowiesz się więcej zapoznając się z inicjatywą „Maluchy na brzuchy” – materiałami oraz rankingami, w których przyznawane są szpitalom Złote, Srebrne, Brązowe i Szmaragdowe odznaki „Maluchy na brzuchy”, w zależności od stopnia realizacji kontaktu SDS. Informacje znajdują się na stronie internetowej:

<https://maluchynabrzuchy.pl>

oraz na profilu inicjatywy na Facebooku. Tam możesz znaleźć również wiele filmików i zdjęć tego, jak powinien wyglądać pełen, nieprzerwany kontakt SDS, zarówno po porodach siłami czy drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie.

Wśród odpowiedzi na wspomniane wcześniej pytanie o kontakt SDS, niepokoją kilkunastoprocentowe wskazania na przerwanie lub opóźnienie tego kontaktu z powodu procedur niewynikających z zagrożenia życia matki czy dziecka – procedur jak ważenie, mierzenie (14,7%), czy dodatkowo ubranie dziecka (17,2%).

„Dziecko zaraz po narodzinach położono mi na chwilę na klatkę, po kilku minutach znów mi dano, ale już w ubraniu twierdząc, że jest wyziębione i wtedy miałam je przy sobie 2h... Wiem, że położnej spieszyło się do domu i trzeba było salę szybko posprzątać”.

(A143)



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

„Urodziłam i dziecko natychmiast mi podano. Przytuliłam go. Po chwili go zabrano do zważenia, zmierzenia, osuszenia. Była lekarka. Ocenili w skali Apgar. Dano mi syna znów, potem przeszłam do sali przedporodowej. Przystawiono mi syna do piersi. Położna trochę z nim walczyła, żeby zassał. On nie chciał, a potem przeszłam do zwykłej sali i miałam dziecko, ale już w ubranku. Kontaktu SDS nie było tak jak mówili w szkole ani jak pisało w książkach. Żadnych 2h jednym ciągiem po porodzie. Drugim razem bardziej o to zawalczę, mam nadzieję”. (A1781)

„Położono córkę na mnie tylko na chwilę, po czym zabrano mówiąc, że tylko na moment i mi ją oddadzą. Myślałam, że potem będzie kontynuowany kontakt »skóra do skóry«, ale córka była już ubrana, a ja nie miałam siły ani odwagi zaprotestować”. (A2037)

„Najpierw zabrały go chyba położne. Oceniły skalę punktową i zważyły. Nie wiem czy coś jeszcze. Nie informowano mnie o tym”. (A204)

„Położono mi dziecko na brzuchu, później na klatce piersiowej, pozwolono przytulać, ale była to zasługa pielęgniarki noworodkowej, której jestem bardzo wdzięczna za to (trafiłam na dobrą zmianę, nie wszystkie pielęgniarki tak robią). Jednak kontakt ten nie trwał 2 godziny. Trwał może 5 minut, później dziecko zważono, zmierzono, zbadano, ubrano, ja miałam szyte krocze, a dziecko dostałam ponownie już na sali poporodowej. Przy pierwszym dziecku ten kontakt skóra do skóry był bardzo



krótki, jeszcze krótszy, może minuta, może nawet mniej i dziecko położono na podbrzuszu, nie mogłam go przytulić, zabrano go bardzo szybko, a był w dobrym stanie, nie wymagał nagłych interwencji medycznych”. (A2482)

„Dziecko przynieśli w beciku. Było już wytarte, ubrane. Byłam tak rozkojarzona po tym porodzie, że go z tego becika nawet nie wyciągnęłam, więc ono nie miało takiego typowego kontaktu skóra do skóry. Szczerze powiem, że po prostu to nawet nie pomyślałam wtedy. Byłam tym porodem tak oszołomiona. Miałam oksytocynę podawaną, bo miałam wywoływany poród, więc ja naprawdę nie byłam w stanie za bardzo logicznie myśleć. Martwiłam się, żeby to dziecko przystawić przez te 2 godziny. Faktycznie miałam je przez 2 godziny i przykładałam je do piersi. Ale łóżko, w którym byłam z dzieckiem, łóżko do rodzenia, było strasznie niewygodne i szczerze mówiąc chciałam już pójść do pokoju. W Niemczech przy poprzednim porodzie to wyglądało inaczej. Tam było normalne łóżko, takie jak są w hotelach. One miały tylko podkład wyłożony. Na tym się rodziło i tam było wygodnie leżeć. A w Polsce to łóżko było takie, że ja już naprawdę chciałam stamtąd pójść. Było wąskie. Bałam się, że dziecko mi gdzieś się przesunie i nie było nawet miejsca, żeby tam się położyć. Ona nie była do końca na mnie przez ten becik i dopiero w sumie jak poszliśmy do pokoju to żeśmy się mogły i poprzytulać i spędzić czas, tak typowo w wygodnym miejscu. Ja też byłam nacięta, więc mi nie było za wygodnie na twardym łóżku tam leżeć. No trochę to była ściema z tymi dwoma godzinami szczerze mówiąc”. (K26)



„Położono mi dziecko od razu po porodzie na gołą skórę, ale położna naciskała, żeby zważyć i zmierzyć dziecko. Partner się nie zgodził. Tłumaczył, że mamy takie prawo. Położna zawołała panią ordynator, która zaczęła na nas krzyczeć, że ona nie ma później czasu, żeby zważyć i zmierzyć dziecko i że jeżeli będzie coś nie tak, to będzie nasza wina”. (A526)

Zdarzało się, że prawo kobiet i dzieci do kontaktu SDS nie było respektowane nawet pomimo, zapisu w planie porodu przedstawionym przez kobietę:

„Otrzymałam dziecko kilka minut po porodzie, gdy było już zważone i zmierzone. W planie porodowym miałam zaznaczone, czego oczekuje i kilkakrotnie o to się upominałam. Najzabawniejszy był plakat wiszący na porodówce, dotyczący nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry, który sugerował matce »Mamo, twoje dziecko nie urośnie przez te dwie godziny«, a to personel nie stosuje się do tego”. (A53)

„Położono na brzuchu na ok. 5 min, a następnie zabrano na ważenie i mierzenie. Przerwa w kontakcie trwała ok. 1-2 min. W planie porodu zaznaczyłam, że chcę nieprzerwany kontakt”. (A158)

„Kontakt skóra do skóry był przez chwilę i zabrali dziecko na pomiary. Oddali je już ubrane. Wydaję mi się, że stało się tak, bo było to przed końcem zamiany. W planie porodu zaznaczyłam, że zależy mi na 2 godzinach kontaktu”. (A518)



Wspominałyśmy wcześniej o kontakcie SDS po porodzie przez cięcie cesarskie, który nawet jeśli jest opóźniony i wykonany dopiero po przewiezieniu na salę pooperacyjną, jest ogromnie istotny. Jednak nawet taki kontakt, jak wynika z odpowiedzi kobiet, często nie jest wykonywany z powodu procedur niewynikających z zagrożenia życia matki czy dziecka.

„Po cesarskim cięciu dziecko zostało zbadane, zważone i podano mi je ubrane. Na moją prośbę rozebrano dziecko i przyłożone skóra do skóry”. (A2098)

„Ja już, odkąd się obudziłam, wypytywałam, gdzie jest dziecko i czemu mi go nie dadzą. Położna położyła w końcu dziecko na mnie, oczywiście ubrane po wszystkie części garderoby, więc o kangurowaniu żadnym nie było mowy. Było to godzinę po tym, jak przyjechałam na salę pooperacyjną, więc uważam, że to długo. Jak pytałam, gdzie jest dziecko to mówiły: »No leży tam pod lampą. Zimno mu było, to go wsadziłyśmy pod lampę«. Dziecko dziewczyny, która miała cięcie po mnie, też wsadziły pod tę lampę, no grzałkę po prostu. Na zwykłej sali, obok niby. Dziecko urodziło się z 10 punktami w skali Apgar. Nie było żadnych problemów. Ogólnie ja jestem lekarzem i ze mną na oddziale była koleżanka stażystka, która chodziła i wypytywała, gdzie jest dziecko i dlaczego jeszcze nie jest z matką. W końcu, po którejś jej interwencji przyniosły mi to dziecko. Ta koleżanka tam pracowała po prostu, była jako personel, tylko, że jako stażystka, a tam w szpitalu niewiele liczy się zdanie stażysty”. (K9)



Należy podkreślić, iż to właśnie w kontakcie skóra do skóry dziecko ma szansę na najszybsze osiągnięcie właściwej temperatury ciała. Cytując za Fundacją Rodzić po Ludzku:

„Badania pokazują, że dzieci położone bezpośrednio na ciele matki szybciej osiągają właściwy poziom adaptacji do życia pozamacicznego w zakresie termoregulacji¹³⁹”.

„Nie ma zatem konieczności umieszczania zdrowego, donoszonego noworodka zaraz po porodzie pod cieplarką lub innym źródłem sztucznego ciepła. Pamiętać oczywiście należy, iż noworodek powinien zostać osuszony suchą, ciepłą pieluszką, a jego główka i plecy powinny być okryte¹⁴⁰”.



Problem!

Niezapewnianie pełnego, nieprzerwanego, dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry” z powodu wykonywania procedur niewynikających z zagrożenia życia matki lub dziecka ani ich złego stanu ogólnego, jak: ważenie, mierzenie czy ubranie noworodka, w tym z przyczyn organizacyjnych placówki u jednej na trzy kobiety (31,9% ankietowanych, spośród tych, które rodziły w szpitalu). Przez nieuzasadnione wykonywanie różnych procedur kobietom odbierana jest możliwość optymalnej inicjacji laktacji.

¹³⁹ Ferber S.G., Makhoul I.R., *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial*, Pediatrics 2004, 113(4):858-65, <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.858> [dostęp: 30.11.2023]; cyt. za: Baranowska B., *Kontakt „skóra do skóry” (STS) a termoregulacja noworodka*, 2013, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/pierwszy-kontakt-baza-wiedzy/kontakt-skora-do-skoryq-sts-a-termoregulacja-noworodka/> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁴⁰ Baranowska B., *Kontakt „skóra do skóry” (STS) a termoregulacja noworodka*, 2013 <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/pierwszy-kontakt-baza-wiedzy/kontakt-skora-do-skoryq-sts-a-termoregulacja-noworodka/> [dostęp: 30.11.2023]



Zdarzało się, że zanim dziecko podano kobiecie, wykonywano badanie noworodka. Cytowałyśmy wcześniej zapisy S000 o tym, że może ono zostać wykonane do 12 godzin od narodzin, jeśli nie występuje podejrzenie zagrożenia dla życia i zdrowia noworodka. Gdyby takowe wystąpiło najpewniej nie byłoby czasu na mierzenie i ważenie dziecka.

„Po zmierzeniu zważeniu i zbadaniu przez pediatrę oddano mi dziecko na dwie godziny, a potem przewieziono nas na salę”.

(A1305)

Kolejnymi procedurami niezagrażającymi życiu matki i dziecka, dla których przerywano kontakt SDS było rodzenie łożyska czy szycie krocza.

„Z jednej strony dostałam dziecko od razu. Momentalnie. Jeszcze brudne mokre i tak dalej. Ono sobie ze mną chwilę leżało. Z drugiej strony, to była chwila. Potem je wzięli pod ten napromiennik, zanim mnie ogarnęli: urodziłam łożysko, zszyli. Także dostałam dziecko po 15-20 minutach. Natomiast tata tam sobie głaskał, robił zdjęcia trzymał za rączkę i tak dalej”. (K32)

„Dziecko nagie zostało podane zaraz po porodzie. Następnie wzięto je do ważenia, a ja rodziłam łożysko. Po tym znów podano mi dziecko. Było o po 20/30 minutach”. (A1964)

„Początkowo położono dziecko na moim brzuchu, po czym przerwano kontakt. Dziecko zostało zmierzone, zważone, zbadane. W tym czasie mi zakładano szwy na kroczu”. (A2094)



„Podczas szycia krocza zabrano mi dziecko. Szycie trwało bardzo długo. W tym czasie dziecko trzymał mąż. Tylko chwile dziecko było na moich piersiach. Nie mogłam go nawet przystawić, żeby zaczęło ssać pierś. Lekarz bardzo szybko chciał zszyć krocze, ponieważ kończyła się jego zmiana. Po zszyciu dziecko było już ze mną”. (A224)

„Panie mi dały synka od razu jak ze mnie wyszedł, mąż przeciął pępowinę, jak jeszcze synek był na mnie. On chwileczkę, tak z 3 minutki poleżał. Panie go wzięły do zważenia, zmierzenia, do ubrania i żebym ja urodziła łożysko i do łyżeczkowania, bo się okazało, że kawałek łożyska został. Oporządziły mnie może w 20 minut i wróciłam z ubranym synkiem już na salę. Byłam z nim cały czas już do końca. Zabierały go ewentualnie na szczepienie, badanie. Z drugą córką w innym szpitalu kontakt do skóry był chwileczkę. Potem zabrano dziecko do mierzenia, ważenia, ubrano je i dano mi je z powrotem na tym łóżku, gdzie rodziłam. Po dwóch godzinach zabrano córkę na oddział noworodkowy, a mnie przeniesiono na salę. Mówiono mi, że przywiozą mi córkę, a ja już pół godziny byłam na tej sali i córki nie przywieziono. Przywieziono obiad i ja już byłam zaniepokojona, bo czułam taką potrzebę, żeby była ze mną i sama musiałam iść na oddział, po tym porodzie po trzech godzinach, musiałam sobie potupać i łaźić po szpitalu, żeby córkę po prostu wziąć. Panie były zdziwione, że ja chcę córkę”. (K56)

„Urodziłam i oni powiedzieli, że to teraz mnie muszą pozszywać i powiedziałam że »W takim razie proszę, żeby dziecko w tym



czasie kangurował tata, bo nam to przysługuje», a oni, że chcieli zabrać dziecko na badania, oni tu nie mają fotela, ale w końcu powiedzieli »Ojej, no dobrze«, że coś zorganizują». (K51)

Poniższa historia pokazuje jak ważna jest postawa i podejście do kontaktu SDS personelu medycznego. W tym przypadku dopiero poważne komplikacje podczas porodu łożyska spowodowały przerwanie kontaktu „skóra do skóry”, choć podczas łyżeczkowania dziecko było wciąż na mamie. Kobiecie udało się doświadczyć dopełnienia noworodka do piersi.

„Moje łożysko się roztrzaskało i wszystko zostało w środku. Zaczęli wyciągać strzępy. Zrobili mi od razu łyżeczkowanie, takie co się tradycyjnie robi, ale ja leżałam z moją córeczką na piersi. Cały czas ze mnie te skrzepy się wydostawały, mimo tego łyżeczkowania i pod tym względem nie było dobrze. Przywieźli aparaturę do USG, i stwierdzili, że po prostu będą musieli ją na chwilę zabrać, na czas dokładnych badań. Pani się zapytała, czy w tym czasie może ją pomierzyć. Ja powiedziałam, że nie ma problemu, skoro i tak mi ją zabierają. Natomiast potem mi robili operację, to było traumatyczne i tylko myślałam o tym, żeby było wszystko dobrze, żebym ja przeżyła. Nie myślałam o tym, czy ona jest ze mną czy nie. Natomiast na pewno zapytali się mnie, a na pewno od razu po urodzeniu została mi położona na piersi. Specjalnie zrobiłam ten test, co kiedyś widziałam na filmie, że dziecko samo dopełza do piersi. Specjalnie ją niżej położyłam, no bo już byłam świadomą mamą drugiego dziecka. I rzeczywiście się doczołgała do tej piersi. Mówiłam nawet do męża »Zobacz, zobacz! To jednak działa!« (K8)



Poniżej podajemy przykłady rozdzielenia matki i dziecka bez wskazań medycznych lub ze wskazaniami, które nie były dla kobiet zrozumiałe:

„Dosyć szybko mi go zabrali. Tłumaczyli się tym, że niby się wychłodził. Dosyć chłodno było na tej sali porodowej. Wsadzili go do inkubatora. Wątpię, czy to było potrzebne. Uważam, że ciałem moglibyśmy się sami ogrzać. Ciało matki jest, kontakt skóra do skóry, no a tu był zabrany do inkubatora. Leżeliśmy na tej samej sali, ale ogrzewał się w inkubatorze, zamiast na mnie. Pierwsze karmienie również nie odbyło się w ciągu 2 godzin, bo 2 godziny to leżałam na tej sali, zanim mnie przywieźli na normalną salę. Był problem potem, żeby pierwszy raz załapał pierś. Dosyć późno się przyssał, no ale po wielu próbach się udało. Gdyby to pierwsze karmienie wcześniej się rozpoczęło, to może nie byłoby tych początkowych trudności”. (K18)

„Nie miałam kontaktu SDS. Dostałam dziecko owinięte w »coś« na nieodstłoniętą klatkę piersiową na kilka minut. Później zostało zwarzone i zmierzone, następnie pielęgniarki zabrały je na kolejne dwie godziny (w sumie nie wiem, dlaczego)”. (A2033)

„Dostałam dziecko po zważeniu i ubraniu. Położne za powód zabrania dziecka podały znieczulenie, które dostałam podczas nacięcia krocza (o czym nie byłam poinformowana w czasie porodu)”. (A1272)



„Dziecko zostało umyte mimo mojego sprzeciwu. Później kontakt skóra do skóry trwał około pół godziny i rozdzielono mnie z dzieckiem. Nie pozwolono mi przy nim być. Odwieziono mnie na salę poporodową. Dziecko przyniesiono do mnie później. Nie było żadnych wskazań medycznych. Panie położne chciały bez mojej obecności zmierzyć zważyć i ubrać dziecko. Okropne przeżycie. Odebrano mi moje podstawowe prawa”. (A720)

Również leki znieczulające podawane podczas cesarskiego cięcia najczęściej nie są przeciwwskazaniem do rozpoczęcia karmienia piersią w kontakcie „skóra do skóry”. Zauważmy, że mają już one potencjalny wpływ na dziecko będące jeszcze w łonie matki. Światowe wytyczne i praktyka wielu szpitali pokazuje, że można zastosować leki niosące niskie ryzyko dla dziecka¹⁴¹. Kluczowa jest obserwacja mamy. Pomimo tego, niektóre szpitale rutynowo stosują po cięciu cesarskim procedury, które uniemożliwiają kobiecie i dziecku szybki kontakt SDS po porodzie, argumentując fakt koniecznością odpoczynku matki czy podania leków przeciwbólowych.

„Zdecydowaliśmy o cięciu i córka urodziła się po godz. 20, więc późno wieczorem. Prosiłam, żeby dali mi ją jak najszybciej. Byłam sama na sali pooperacyjnej. Powiedzieli mi »Odpocznij sobie. Teraz masz czas, by przespać się w nocy«. Byłam przekonana, że oni jakoś wcześniej tę córkę dadzą dlatego, że przy pierwszym porodzie, a rodziłam przez cięcie, to od razu na sali pooperacyjnej dostałam jeszcze córkę do piersi i całą dobę leżała ze mną ciało do ciała. Tylko to było w innym szpitalu. Teraz nie było jakichś przeciwwskazań, żeby córka ze mną została. Miała 10 punktów w skali Apgar, ja nie miałam powikłań. Pytałam położnej nawet,

¹⁴¹ Morze K., *Znieczulenie ogólne a karmienie piersią – wytyczne*, 2019, <https://laktaceuta.pl/znieczulenie-ogolne-a-karmienie-piersia/> [dostęp: 30.11.2023]



którą miałam wykupioną do porodu, kiedy mi tę córkę przywiozą. Usłyszałam »Na razie odpoczywaj«. Zbywali mnie lekarze i położne. Lekarz powiedział coś tak, że teraz dostaje silne leki, morfinę, ale ja wiem, że to nie przeciwwskazanie, bo ja przy starszej normalnie karmiłam przy morfinie i wiedziałam, że nie ma przeciwwskazania, ale zabrakło trochę takiej wewnętrznej walki. Nie mogłam się ruszać, więc też mi było ciężko. Miałam zapisane w planie porodu, że nie chcę, żeby dokarmiali dziecko mieszanką. Lekarz neonatolog zaproponował, że jednak może by ją dokarmili. Jakoś tak zapytał mówiąc, że to nic złego. Byłam w szoku, powiedziałam już dobra niech to po prostu tak się stanie i oczywiście teraz sobie nie mogę tego wybaczyć, że tak zrobiłam. Nie zaważyłam. Bardziej nie postawiłam na swoim, ale było za późno. Przewieźli mnie na taką normalną salę po 2 godzinach i całą noc nikt do mnie nie przychodził. I tak nie zmrużyłam oka przez całą noc. Cały czas myślałam, gdzie ona jest, ale nie byłam jeszcze w takim stanie, że tak rozpaczliwie, ale nad ranem mówię »Kurczę, chciałabym, żeby ją przywieźli«. Około godz. 6 pielęgniarki przyszły zmierzyć temperaturę itp. Nikt nie pomagał mi się pionizować. Śmiać mi się chciało, bo ja leżałam, jeszcze nie byłam spionizowana nadal po tylu godzinach, a pani, która około godz. 7-8 przynosiła śniadanie wpadała i wypadała. Tak postawiła to śniadanie w rogu, tak hen daleko ode mnie i wyszła. Nawet nie wiedziała, że nie jestem w stanie wstać. Dopiero po tym śniadaniu przywieźli córkę. Ile dali, nic nie wiem. Nie mam informacji dokładnej, ale może jakbym wyciągnęła, dokumentację, to bym się dowiedziała. Przyjechała taka spokojna. Spała. Od razu ją przystawiłam. Wybierając szpital kierowałam się tym, że jest tam największy odsetek udanych porodów naturalnych po cięciach cesarskich,



ale miałam świadomość tego, że jeżeli nie uda urodzić naturalnie, to mi ją zabiorą. Wiedziałam, że ten szpital tak robi. Szukałam informacji. Jestem na grupie »Naturalnie po cesarce« i tam dziewczyny, które opisywały nieudane porody naturalne, to pisały, że się kończyło tym, że dziecko zabierali. Tylko, że jakbym urodziła rano do południa, to bym dostała córkę wcześniej, bo właśnie na ostatni dzień przywieźli dziewczynę, która miała cesarkę o godz. 10-11 i jej po dwóch godzinach przywieźli to dziecko. W dzień się dało, a w nocy się nie dało, bo się nikomu nie chciało”. (K24)

W powyższej historii personel zbywał prośby o podanie dziecka matce od razu po porodzie. Kolejna historia również wskazuje na stosowanie rutynowego oddzielania matki i dziecka po porodzie przynajmniej na dwie godziny. To, że dziecko nie było rozdzielone z matką przez jeszcze dłuższy czas, było wynikiem próśb matki, aby dziecko przywieziono. Sugerowanie, że kobieta po operacji będzie musiała sama zajmować się dzieckiem, najwyraźniej w celu zniechęcenia jej do kontaktu z nim, jest naszym zdaniem niedopuszczalne. W tej historii również nie zaproponowano kangurowania dziecka przez osobę bliską, pomimo braku jakichkolwiek przeciwwskazań.

„Wyciągnęli ją, pokazali mi, przystawili do policzka, poszli pokazać ją mojemu partnerowi, a mnie zaczęli zszywać. Potem zawieźli mnie na salę pooperacyjną, na której leżało 5 innych kobiet. Jak mnie wieźli na tę salę, to jeszcze w drodze spotkałam mojego partnera i dowiedziałam się, że pozwolili mu zrobić zdjęcia i wzięli córkę na salę noworodkową. Nie kangurował jej. Wiedziałam o tym, że kangurowanie jest ważne, ale chyba założyłam, że na 100% urodzę naturalnie. Myślę, że na takim poziomie emocjonalnym nie dochodziło to do mnie, że to się tak może skończyć. W związku z tym też nie zadbałam o tę opcję przed porodem, żeby dać szansę



na kangurowanie partnerowi, jeżeli się to skończy cesarką. Trzy miesiące później moja bratowa rodziła w tym samym szpitalu i oni mieli położną wykupioną, bo my nie mieliśmy, i ta położna załatwiła mojemu bratu kangurowanie. Jego syn urodził się przez cesarskie cięcie i ta położna od razu wzięła go i dała bratu. Był kangurowany przez 2 godziny. Dopiero potem poszedł do swojej żony z nim, więc oni nie zostali rozdzieleni. To wynikało wyłącznie z tego, że położna o to zadbała. To nie jest standardowa procedura w tym szpitalu. Mnie wzięli do tej sali pooperacyjnej. Mój partner poszedł tam ze mną, a to były jeszcze czasy covidowe i odwiedziny były tylko pomiędzy godz. 16 a 18. Córka się urodziła o 14:30, więc około godz. 15, jak mnie tam zawieźli, to powiedzieli partnerowi, że musi wyjść, ale że za godzinę może wrócić na odwiedziny. Partner wyszedł i wrócił. Myślałam, że 3 minuty minęły, bo po prostu zasnęłam i spałam przez tę godzinę. Jak on przyszedł to zaczęłam się pytać o to, gdzie jest dziecko i czy mogą mi je dać. Widziałam, że inne panie nie mają tam dzieci. Powiedzieli mi, że mogą mi dać, a co też było dziwne, usłyszałam »Ale to jak już pani dostanie, to już nie ma odwrotu. To pani się musi nim zajmować«. Ja cały czas nie czułam nóg. Nie zeszło ze mnie znieczulenie, ale powiedziałam, że tak, że chcę córkę i mi ją przynieśli przed godz. 17 jeszcze jak P. tam był. Ona mi leżała wtedy na piersi i faktycznie mnie rozebrali, rozebrali ją. Na tej sali pooperacyjnej była taka całkiem fajna położna, która mi zaczęła ją przystawiać do piersi. Mam nawet taki filmik, jak ona jest na tym sutku i coś tam sobie próbuje ssać. Leżałyśmy razem, ona na mnie, do godz. 22 czy 23. Ja jeszcze bez tego czucia w nogach. Inne kobiety nie dostały dzieci wtedy, ale ja ją dostałam tylko dlatego, że poprosiłam. Potem przyszły panie i powiedziały, że mnie biorą na oddział poporodowy. Dwie położne



z tego oddziału dopiero wtedy ją włożyły do łóżeczka, a mnie przewiozły na wózku na oddział i wtedy mnie zaczęły pionizować, więc te pierwsze dwie godziny pionizacji, to faktycznie była na sali dla noworodków. Nie wiem co się z nią tam działo, ale potem już była cały czas przy mnie”. (K50)

Kobiety wciąż borykają się z poczuciem winy, że nie dopilnowały wykonania czynności, które są obowiązkiem personelu wynikającym ze SOOO i nie powinny być realizowane zależnie od opłat, czy na szczególną prośbę pacjentki, tylko standardowo.

Czasem jednak pełen, bezpośredni kontakt SDS nie był możliwy z uzasadnionych medycznie i zrozumiałych dla kobiet przyczyn:

„Kontakt SDS był po przywróceniu dziecku wszystkich funkcji życiowych i zrobieniu gazometrii. Jakies 15 minut później”. (A181)

„Nie mogłam urodzić łożyska, zostało wykonane łożeczkowanie pod narkozą, dziecko zostało z ojcem. Po porodzie na godzinę dziecko zabrano, ponieważ byłam bardzo osłabiona po porodzie, zemdlalam”. (A390)

„Był przerwany z powodu łożeczkowania pod narkozą, ale po niej dostałam malucha z powrotem do kontaktu skóra do skóry”. (A627)

„Dziecko otrzymałam po 2h po cięciu cesarskim (było wykonywane w pełnej narkozie po 2 nieudanych próbach znieczulenia zewnątrzoponowego)”. (A1217)



W kolejnej historii nastąpiło uzasadnione przerwanie kontaktu SDS. Znamienne jest jednak to, że pomimo poważnych komplikacji zdrowotnych u matki (zabieg i konieczność przetaczania krwi) zadbano o kontynuowanie karmienia piersią najszybciej jak było to możliwe, uznając chęć kobiety do karmienia piersią.

„W momencie, w którym urodziłam położyli mi go na klatce, zapytali, czy chcę karmić, powiedziałam, że tak. Zapytali, czy była siara w ciąży. Powiedziałam, że tak, że było jej dużo, więc go przystawili. Od razu się przyssał i już zostawili nas w spokoju. Nie było żadnych problemów i tak dobre 45 minut ssał. Myślę, że leżałby dalej do tych dwóch godzin, gdyby nie to, że musiałam być przewieziona na zabieg wydobycia łożyska, więc mały został w sali porodowej z moją mamą, która towarzyszyła mi w porodzie, więc nie został nigdzie zabrany. Został owinięty w koczek leżał sobie w takiej przyciemnionej atmosferze. Nie było tak szpitalnie i nie zabrali go do tej mydelniczki czy gdzieś tam. Potem się okazało, że były komplikacje, więc trochę mnie nie było i trochę z nim moja mama siedziała, ale w tym czasie go nie dokarmiali. Jak już nas oboje przywieźli, mnie i młodego, na salę wybudzeń, to tam już też mi go przystawili do piersi. Urodziłam o ósmej, na tą salę zajechaliśmy koło jedenastej i leżałam na niej do dobrej piętnastej. To raczej było nietypowe. Raczej kobiety po godzinie, dwóch od porodu były przewiezione na swoje docelowe miejsce na oddział, na te kolejne dwie doby, a ja leżałam długo, dlatego, że przy porodzie i przy tym wydobyciu łożyska straciłam bardzo dużo krwi, więc musiałam mieć transfuzję. Powiedziały mi panie położne, że w trakcie transfuzji nie mogę karmić. Miałam dwie, a jedna transfuzja trwa około czterdzieści kilka minut. Dla takiego świeżo narodzonego bobka 40 minut bez piersi, to jest jakiś koszmar, więc



przy pierwszej transfuzji faktycznie płakał i go głaskałam, lulałam, ale wiedziałam, że nie mogę mu podać piersi. A przy drugiej transfuzji przyszła inna położna i mi powiedziała: »Wie pani co, tak naprawdę to nie jest tak, że to jest zabronione, tylko nie jest zalecane. Raczej mówimy, że nie, bo jeżeli ktoś potrzebuje transfuzji, to znaczy, że jest w złym stanie, więc na pewno nie zmuszalibyśmy go do karmienia, ale jeżeli pani się czuje na siłach, pani chce, to my pani przystawimy tego dzieciaka«. Faktycznie miałam pod jedną rękę podłączoną transfuzję, a z drugiej strony pani pomogła mi go przystawić i przez całą drugą transfuzję już leżał przyczepiony do piersi. Potem cały czas byliśmy razem". (K49)

Część kobiet nie miała kontaktu SDS ze względu na to, że ich dzieci wymagały umieszczenia w oddziale intensywnej terapii noworodka w związku z wcześniactwem, czy innymi trudnościami zdrowotnymi po stronie dziecka. Tym sytuacjom przyjrzymy się w podrozdziale 3.2.12.



Problem!

Zdarza się brak kontaktu SDS lub jego przerwanie z powodów stosowania procedur niezrozumiałych dla kobiet lub bez wskazań medycznych (jak wskazało 12,1% ankietowanych spośród tych, które rodziły w szpitalu). W wielu przypadkach rozdzielanie NIE wynika z ratowania życia matki lub dziecka (np. rodzenie łożyska, szycie krocza, dogrzanie, czynności pielęgnacyjne, umycie, badanie noworodka, sam fakt porodu drogą cięcia cesarskiego i in.), a matka i dziecko są w dobrym stanie. Bywa, że kobiety nie są informowane o tym, co dzieje się z ich dziećmi, w czasie, kiedy są od nich oddzielone.



Do tej pory zajmowałyśmy się kwestią samego faktu odbycia się lub nie kontaktu SDS. Jednak zapisy S000 odnoszą się wyraźnie również do tego, jaka asysta i pomoc, w szczególności związana z pierwszym karmieniem dziecka piersią, powinna być udzielona jeszcze w III i IV okresie porodu.

„2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących działań:

[...]

8) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka »skóra do skóry« i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają”.

(S000 XI. Postępowanie w III okresie porodu)

„1. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:

[...]

5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu;

6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań”. (S000 XII. Postępowanie w IV okresie porodu)

W S000 wyraźnie wskazano osobę odpowiedzialną za nadzór pierwszego karmienia piersią:

„5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:

[...]

c) nadzoruje pierwsze karmienie piersią”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 1.)



Bezpośrednie odniesienie do kontaktu „skóra do skóry” oraz wsparcie, jakie powinno być wówczas udzielone, odnajdujemy również w cytowanym już wcześniej ust. 1. pkt 8) rozdziału S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*. Czytamy tam, że w czasie dwugodzinnego kontaktu SDS należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także należy obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby należy zaoferować pomoc. Konieczność asysty, obserwacji i pomocy w razie potrzeby jest więc wielokrotnie podkreślana w S000.

Brak zaoferowania pomocy w tym czasie może się okazać bardzo trudny dla kobiet i mieć wpływ na dalsze karmienia dziecka.

„Mieliśmy kontakt skóra do skóry z dzieckiem, jednak zostałam pozostawiona z nim sama na sali. Dziecko »zjeżdżało« z mojej piersi. Nie mogłam go podnieść. Nie mogłam się ruszyć po zszywaniu krocza. Byłam bezradna, a kontakt nie przyniósł mi pozytywnych emocji i nie pozostawił dobrych wspomnień. Płakałam z niemocy”. (A44)

„Na sali porodowej była położona, która przyjmowała poród, spojrzała i tak powiedziała, zanim oczywiście wyszła i potem dwie godziny nikt się nie pojawił, że »Będzie ciężko, raczej będzie ciężko«. Osoba, która przywiozła mnie z porodówki, zapytała się, czy mały się przystawił na sali porodowej w trakcie kontaktu skóra do skóry. To była jedna jedyna osoba, która o to spytała. Ja jej powiedziałam, że nie. Ona powiedziała, że to źle i że mam próbować, ale tam na tej sali poporodowej też nikt nie spróbował mi pomóc nawet go przystawić. Ja poprosiłam o pomoc w przystawieniu. No i ona powiedziała, że w takim razie rano to zgłosisz, bo teraz nikogo nie ma, kto mógłby mi pomóc. To też jest w sumie dziwne, bo powinien zawsze być ktoś na oddziale,



choćby położna, która ma minimalną wiedzę. Rano pech chciał, że słyszałam, jak ona przekazuje informacje tej drugiej. Tutaj cytuję, że wszystkiego się cykam i prosiłam o pomoc w karmieniu. No tak dziwne, cykam się. Skoro to moje pierwsze dziecko i poród, a dziecko nie je. No faktycznie... dziwna sprawa". (K17)

„Jak urodziłam, to jeszcze na sali porodowej mały na chwilę wszedł pod lampę, ale to było krótko, jak z powrotem mi go dali. Dwie godziny faktycznie mieliśmy czas, żeby się poprzytulać.

Próbowałam wtedy dostawić małego położna mówiła, że jak teraz nie złapie, to jeszcze złapie tę pierś i ogólnie wyszła i nas zostawiła z tym bąbelkiem, żebyśmy no właśnie mieli czas dla siebie.

Trzymałam tego bąbelka próbowałam dostawić na tyle na ile umiałam, ale on był zaspany. Jeszcze ja rodziłam ze znieczuleniem i mały się urodził też bardzo mocno znieczulony, spał". (K16)

„Wszystko było dokładnie tak, jak w szkole rodzenia usłyszałam, że jest najkorzystniej. Gdy dziecko wyszło, od razu miałam je na piersiach. Wszystkie inne czynności się odbywały dopiero później i faktycznie kontakt skóra do skóry trwał nawet można powiedzieć, że ponad 2 godziny. Zostałam z mężem z dzieckiem na sali porodowej. Położne wyszły także byliśmy we trójkę. Ale też był taki moment, że ja się zastanawiałam, czy ja powinnam przystawić to dziecko, czy ono samo powędruje, co się będzie działo. Mój mąż poszedł zapytać, czy można przystawić dziecko do piersi, na co usłyszał »Tak«. Jednak już właśnie tego instruktazu, czy powiedzmy obecności, nadzoru, jakiegoś takiego czujnego oka zabrakło. Ostatecznie nie odważyłam się tego zrobić sama.



Nie odważyłam się wziąć tego kruchego bobasa i go tam jakoś przekładać, żeby przystawić do piersi. Głaskałam go. On tam sobie ssał piąstki i leżał spokojnie, więc nic nie robiłam. A potem został odłożony do tej kuwetki i zdziwiłam się, że tak śpi przecież on może jest głodny. Akurat wtedy przyszła jedna z pań położnych pomóc mi przystawić dziecko. To był pierwszy raz, chyba z 4 godziny po porodzie". (K42)

Zwrócenie uwagi na pierwsze oznaki głodu dziecka, którymi z pewnością jest ssanie piąstki, jest również ważnym elementem pomocy personelu w pierwszych godzinach po porodzie, czego zabrakło w przypadku powyższej historii kobiety. Brak aktywności malucha w trakcie kontaktu „skóra do skóry”, może być również informacją dla personelu medycznego o stanie zdrowia dziecka. W powyższych ostatnich dwóch przykładach dzieci borykały się później z wysokim poziomem bilirubiny, czyli z żółtaczką, kiedy to bardzo ważne jest jak najczęstsze przystawianie dziecka do piersi i karmienie mlekiem matki. Wsparcie w tych pierwszych chwilach w karmieniu dziecka jest bardzo istotne, jednocześnie personel winien się kierować dużym wyczuciem.

„Położne na porodówce były bardzo pro karmieniu piersią. Kontakt skóra do skóry był dla nich ważny, bardzo wspierały we wszystkich fazach porodu, no i tutaj nie było zbędnej zwłoki. Nie było tematu typu najpierw zważymy dziecko, czy cokolwiek. Tylko bezpośrednio po porodzie położyły mi młodą na brzuchu, zaraz pomogły też z przystawieniem do piersi. Było na pewno wszystko zgodnie ze sztuką zachowane". (K6)

„Położna, która przyjmowała mój poród chyba zachowała się najbardziej ok z tych wszystkich osób. Faktycznie starała się zrobić coś, żeby mi ulżyć w tym porodzie. Jak się syn urodził, to położyła



mi go tak, żeby on mógł podpełznąć do piersi. Pokazywała mi na co mam zwrócić uwagę i tak dalej. Wszystkie takie podstawowe rzeczy wskazała”. (K20)



Problem!

Zdarza się, że pomimo odbycia się kontaktu „skóra do skóry” personel medyczny nie nadzoruje pierwszego karmienia i matki nie otrzymują należytej pomocy i wsparcia w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi, a personel nie zauważa ew. trudności, np. dziecko niewykazujące gotowości do ssania.

3.2.3. PRZEBYWANIE MATKI I NOWORODKA RAZEM PO PORODZIE

Pisałyśmy o praktykach, które działały jeszcze 30 lat temu - praktykach związanych z oddzielaniem dzieci od matek po porodzie wspomnianych podczas wywiadu przez jedną z lekarek. Od tego czasu dużo się zmieniło i nie wyobrażamy sobie już dziś, aby dzieci były oddzielone od matek i przywożone na salę poporodową co 3 godziny na karmienie. Kobiety mają prawo do przebywania po porodzie razem z noworodkiem przez całą dobę. Tzw. „rooming-in” to 7. ze wspomnianych „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Przebywanie matki i dziecka razem zostało więc uznane jako element wsparcia w karmieniu piersią. Z kolei S000 określa ciągle przebywanie matki z noworodkiem mianem systemu „matka z dzieckiem”.

„2. Opieka w oddziale położniczym w systemie »matka z dzieckiem« lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:



1) zdrowy noworodek po pobycie wraz z matką w sali porodowej jest przekazywany do oddziału położniczego zorganizowanego w systemie »matka z dzieckiem«.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Nie istnieją procedury, które usprawiedliwiłyby rozłączenie matki z dzieckiem po porodzie, jeśli nie ma ku temu podstaw medycznych. Jeśli matka i dziecko są w stanie stabilnym, mają prawo do przebywania w jednej sali. Należy podkreślić, iż wszelkie procedury medyczne powinny odbywać się po wyrażeniu zgody przez matkę na ich przeprowadzenie. Ponadto noworodek jako pacjent ma prawo do tzw. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli nieprzerwanej opieki, którą może sprawować osoba bliska, w tym przypadku matka.

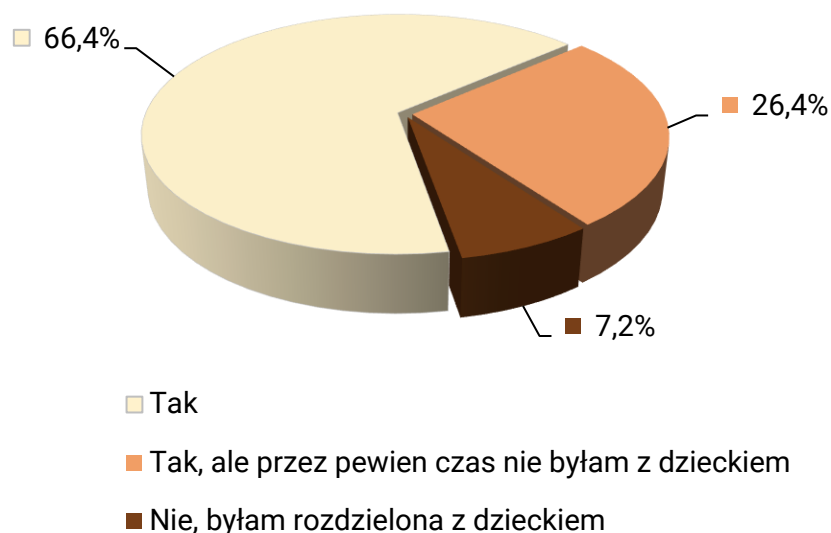
Zapisy te są zawarte w Karcie Praw Pacjenta (IX. pkt. 2) oraz ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 34 ust. 1-3). Wspomina o tym Fundacja Rodzić po Ludzku w jednym ze swoich artykułów¹⁴²:

„Jest to gwarancja ustawowa. Odmiennie postanowienia regulaminu porządkowego szpitala są niezgodne z prawem. [...] Nie oznacza to jednak, że wraz z wprowadzeniem systemu rooming-in (czyli mama razem z dzieckiem) w obowiązkach położnych i pielęgniarek nie leży opieka nad noworodkiem”.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące przebywania matki i noworodka razem 24h na dobę kobiety w 66,4% przypadków odpowiedziały „Tak”, dla 26,4% było to wspólne przebywanie jednak z pewną przerwą, zaś 7,2% kobiet było rozdzielonych z dzieckiem (Ryc. 3.9.)

¹⁴² FRpL, *Prawo do opieki i wsparcia ze strony bliskiej osoby*, 2021, <https://rodzicpoludzku.pl/poznaj-swoje-prawa/prawa-pacjenta/prawo-do-opieki-i-wsparcia-ze-strony-bliskiej-osoby/> [dostęp: 30.11.2023]





Ryc. 3.9. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy przebywałaś w pokoju z dzieckiem w systemie »matka z dzieckiem« (również nazywanym »rooming-in«, oznaczającym przebywanie matki z dzieckiem w jednym pokoju 24h na dobę)?” (% , N=2476)

Tymczasem na pytanie, kto podjął decyzję o rozdzieleniu czasowym, kobiety odpowiadały:

„Po cesarskim cięciu ustalono w tym szpitalu, że matka i dziecko są od razu rozdzielane”. (A1458)

„Takie były szpitalne procedury po cięciu cesarskim”. (A2465)

„Organizacja pracy oddziału. Zabierano dzieci na pierwszą noc po cięciu cesarskim”. (A1568)

„Pierwszą noc bym mogła wypocząć było pod opieką położnych, taki system panuje w szpitalu”. (A1659)



„W szpitalu, w którym rodziłam przez pierwszą noc po cesarce matka zawsze przebywa na sali pooperacyjnej, a dziecko na neonatologii. Dziecko odbiera się po przeniesieniu na oddział położniczy”. (A732)

“Położna, byłam po cięciu i nie chciała pozostawić dziecka przy mnie, mimo prośby. Czekano do pionizacji.” (A1615)

„Nie pozwolono mi być z dzieckiem w pierwszej dobie po CC mimo szybkiej pionizacji i braku komplikacji”. (A863)

„Szpital był przepełniony. Dziecko na noc zostało zabrane na salę dla noworodków, ja zostałam na porodówce. Dzięki interwencji mojego lekarza ginekologa, dziecko zostało mi przywiezione i zostawione ze mną do 24.00 następnie zabrane i przywiezione o 5 rano. Po porodzie nie mogłam się podnieść z łóżka, położna zostawiła dziecko w drugim końcu pokoju, nie zapytała czy potrzebna jest pomoc. Tamta sytuacja do tej pory jest dla mnie traumatyczna. Byłyśmy z dzieckiem na tym samym piętrze. Tłumaczenie położnych, że takie są zasady szpitala, są nie do przyjęcia”. (A1657)

„Miałam dziecko przez 2 godziny po cesarskim cięciu, potem mi je zabrano i rozdzielono na całą noc z powodów pozamedycznych (organizacja szpitala)”. (A933)



„Zostało mi zaproponowane by pierwszą noc spędziło u położnych, ponieważ nie byłam w stanie zająć się maluszką. Rozdzieleni byliśmy niecałą noc”. (A2065)

„Pielęgniarki. Na czas nocy po cięciu cesarskim, kiedy byłam przed pionizacją”. (A1488)

„Rozdzielenie czasowe ze względu na konieczność leżenia po cesarskim cięciu. Od drugiej doby dziecko już cały czas ze mną”. (A1873)

„Poród jednego dnia godzina 17:45. Pionizowanie po 6h. Dziecko otrzymałam następnego dnia około południa, bo sama po nie poszłam. Martwiłam się czemu mi jej jeszcze nie dali. Obchód był opóźniony i nie chciałam czekać. Poszłam rano po dziecko, uspokoiłam się, kiedy usłyszałam, że wszystko w porządku. Dostałam je około południa.” (A1573)

„Nie mam pojęcia, kto podjął decyzję. Mimo mojej prośby o zostawienie dziecka na noc zabrano mi je tłumacząc, że przyniosą na karmienie, bo ja jestem zmęczona. Zignorowano moją prośbę, a że nie zostałam spionizowana w ciągu pierwszej doby, to nie mogłam sama wyjść po dziecko”. (K47)

„Byliśmy razem dopiero po 12 godzinach, rano po pionizacji”. (A2298)



„Pierwszą noc po CC dziecko spędziło na noworodkach, dostałam je dopiero po pionizacji”. (A2336)

„Początkowo zabrano dziecko na badania ze względu na zielone wody płodowe i przywieziono mi je dopiero, kiedy uznano, że mogę się nim zająć po operacji. Dodam, że cesarka była nagła w 2 fazie porodu. Później zabrano dziecko na pierwszą noc, ze względu na to, że spionizowano mnie na chwilę i w teorii procedura w szpitalu była taka, że dopóki nie będę na nogach nie mogę spać z dzieckiem”. (A1308)

„O 17:30 urodziłam, a dziecko zobaczyłam następnego dnia o 8-9 rano. Przy czym już wieczorem o godz. 24, jak trafiłam na salę normalną, to się pytałam o dziecko. Odpowiedziano, że rano przywiozą. Byłam wtedy tak otumaniona tymi lekami i tym wszystkim, że nie byłam w stanie logicznie myśleć, byłam sama i to też miało znaczenie. Nie miałam siły, żeby dopytywać, dlaczego. Jak już wstałam o godz. 5 to już tam tupałam im, że ja chcę dziecko, a oni, że je dopiero na obchód dostanę. Po 2-3 godzinach dostałam od czasu, kiedy już wstałam i kiedy teoretycznie już bym się tym dzieckiem mogła zająć”. (K23)

„Położna podjęła decyzję. Co prawda tylko na kilka godzin, ale nie chcieli mi jej dać i kazali się przespać. Ja niestety nie byłam w stanie zasnąć bez niej”. (A2037)



Niektóre z kobiet wskazały, że to one podjęły decyzję o rozdzieleniu, gdyż odpowiadało to ich aktualnym potrzebom:

„Ja sama, tylko na dwie pierwsze noce z powodu trudności w poruszaniu się po cięciu cesarskim”. (A1527)

„Ja. Poprosiłam o zabranie dziecka na pierwszą noc, bo taka była możliwość. Nie wolno mi było podnosić się z łóżka, więc nie wiem, jak miałabym się zająć dzieckiem. Uważam, że przebywanie razem z dzieckiem 24h na dobę zaraz po porodzie ma dużo wad i powinna być możliwość odpoczynku i pomocy dla matki, która dochodzi do siebie. Ze względu na to, że moje dziecko było od początku wymagające nie miałam możliwości umyć się, czy zjeść i nie wpływało to dobrze na mój stan psychiczny”. (A1488)

„Decyzję podjęłam ja. Był oddzielony tylko przez pierwszą noc po cięciu cesarskim. Ale był przynoszony do karmienia.” (A1534)

„Małą urodziłam o godz. 10. Gdzieś po 3-4 godzinach miałam dziecko przyniesione do karmienia, gdzie jeszcze byłam leżąca. Była przystawiona, pojadła. Potem po jakimś czasie zabrano znowu na parę godzin, żebym odpoczęła. Byłam bardzo osłabiona po porodzie. Nie ukrywam teraz po tej 3 cesarce było bardzo ciężko mi wstać, więc koło siebie było ciężko ogarnąć, a co dopiero jeszcze dzieciątko. Dla mnie to też było lepiej, doszłam do siebie, parę godzin oddechu. Dopiero w nocy mi ją przyprowadzili, bo ja się pionizowałam ok. godz. 21-22, czyli dopiero 10 godzin po porodzie.



Okolo północy ją dostałam. Córka była ze mną stale od momentu, gdy byłam w stanie już chodzić i się nią zająć samodzielnie. Przy starszych córkach też tak było, że po prostu te dzieci w tych pierwszych godzinach tak zabierają na noworodki, mama zostaje do zszycia i jest przewieziona na salę. W naszym szpitalu jest taka praktyka i człowiek tego nie neguje. Mi to akurat odpowiadało. Może są mamy, które po prostu wolałoby szybciej mieć dzieciaczka przy sobie". (K55)

„W pierwszej dobie zaraz po porodzie zebrali mi dziecko na noc, żebym mogła odpocząć, to znaczy bezpośrednio po jeszcze to mi małą przystawili do piersi, tak pierwszy raz i to było całkiem fajnie zrobione. Była to położna, która rzeczywiście miałam wrażenie, że wie co robi. Potem dziecko dostałam kolejnego dnia rano. Podejrzewam, że w trakcie nocy musiała być dokarmiana, bo całą noc od godziny 19:00 na pewno do rana była beze mnie. Dopiero ok. godz. 9-10 dostałam dziecko. Po cięciu wydawało mi się to całkiem w porządku, bo ja po prostu chyba nie byłabym w stanie się zająć dzieckiem. Wtedy to za bardzo bolało i bardzo się źle czułam". (K35)

Kobiety po cięciu cesarskim wciąż mają ograniczoną możliwość przebywania 24h na dobę z dzieckiem, pomimo gwarancji w postaci zapisów S000. Ewentualne rozdzielanie powinno następować dopiero po analizie indywidualnej sytuacji danej kobiety i jej dziecka. Nawet z wypowiedzi kobiet, które wskazały, że to one podjęły decyzję o czasowym rozdzielaniu, możemy wyczytać, że kobietom po tej poważnej operacji, potrzebne jest wsparcie w opiece nad dzieckiem, często nie wyobrażają sobie zostać z nim same. Pytanie, czy większa dostępność personelu, a co za tym idzie pewność kobiet, że kiedy o to poproszą, ktoś się pojawi w pokoju i wesprze, bez konieczności zabierania dziecka, nie okazałoby się wystarczającą pomocą? Takie wsparcie czuła kobieta, która opowiedziała poniższą historię.



„Ja byłam jedyną osobą na całym oddziale, która zostawiła sobie dziecko przy sobie, bo wszystkie dziewczyny pooddawały te dzieci na oddział noworodkowy, bo można było. W zasadzie spałam bezproblemowo budząc się tylko na czas karmienia i to też tylko dlatego, że miałam budzik ustawiony, bo syn też sobie drzemał. Położna mówiła, że całą noc co godzinę do mnie zaglądała, czy wszystko jest w porządku. Parę razy pamiętam, że była faktycznie w nocy, więc wydaje mi się, że szczęśliwie w życiu trafiłam”. (K48)



Droga kobieto!

Z punktu widzenia startu w karmienie piersią w pierwszej/drugiej dobie po porodzie częste ssanie przez noworodka piersi, w której jeszcze znajduje się siara, jest bardzo istotne. To czas, kiedy noworodek uczy się koordynacji ssania, połykania i oddychania, to dla niego nowa umiejętność. Ćwiczy ssanie stymulując jednocześnie pierś. To czas dla was, abyście się poznali i nauczyli siebie nawzajem, zanim nastąpi nawał. Jeśli noworodek ssał podczas kontaktu »skóra do skóry«, to po tym pierwszym karmieniu kolejne przystawienie może się odbyć za kilka godzin. Jeśli jednak pierwsze karmienie w kontakcie SDS nie odbyło się lub było nieudane, to należy podejmować próby nakarmienia wcześniej. Rutynowe oddzielanie matki i dziecka w tym czasie może utrudnić laktacyjny start. Warto, abyście byli ze sobą. Możesz wziąć malucha na siebie lub karmić na leżąco i możecie razem spać. Jeśli nie czujesz się na siłach lub czujesz się niepewnie, poproś personel o pomoc w zapewnieniu wam bezpieczeństwa. Jeśli to personel zajmie się dzieckiem upomnij się, aby przynoszono dziecko na karmienie.



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

Warto też podkreślić, że tak jak noworodek ma prawo do przebywania z nim osoby bliskiej, również kobieta w okresie porodu i połogu ma prawo do obecności osoby bliskiej.



Droga kobieto!

Po porodzie masz prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej zgodnie z Kartą Praw Pacjenta (IX. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, pkt. 2.) oraz ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 34. ust. 1-3). Jeśli masz możliwość, aby po operacji cięcia cesarskiego była z Tobą osoba bliska, to skorzystaj z tego prawa. Osoba bliska wesprze Cię w opiece nad noworodkiem, a Ty pozostaniesz razem z nim.

Zdarza się, że personel medyczny wprowadza rutynowe procedury oddzielania matek od dzieci po cięciu cesarskim, tymczasem w S000 wyraźnie napisane jest, że zdrowy noworodek ma przebywać w systemie „matka z dzieckiem”. Jeśli natomiast stan matki na to nie pozwala, jej sytuacja powinna być rozpatrywana indywidualnie. Stosowanie odgórnych regulacji w danej placówce działa na niekorzyść kobiet i dzieci, ze względu na zwiększenie ryzyka problemów z laktacją. Zdarzało się, że pomimo rozłąki, dziecko było przynoszone do karmienia.

„Dziecko było zabierane na noc, ale przynoszone na każde karmienie”. (A1241)

„Dziecko podawały panie, kiedy leżałam jeszcze na sali pooperacyjnej. Po pionizacji dostałam dziecko już na cały czas”. (A1117)



Jest to bardzo istotne, gdyż często zdarza się, że rozdzielanie jest traktowane przez personel jako automatyczna zgoda matki na dokarmianie dziecka mieszanką (co jest niezgodne z zapisami S000). Pisały o tym kobiety, a w przypadku jednej z nich zignorowano zapisy planu porodu:

„Zaraz po przewiezieniu do sali po CC dziecko było ze mną około 40 minut, wtedy przystawiłam je do piersi, potem położne zabrały dziecko, żebym mogła się przespać. W tym czasie, pomimo mojego wyraźnego życzenia wyrażonego w planie porodu, żeby nie dokarmiać mieszanką, dziecko dostało mleko modyfikowane. Gdy otrzymałam dziecko rano (poród o 3 w nocy) już karmiłam tylko piersią”. (A451)

„Położna po zabraniu dziecka na noc po cięciu zadeklarowała, że przywiezie na karmienie, a przywiozła rano nakarmionego z pretensją, że »mało się upomniałam«. Potem po czasie dostałam do podpisania zgodę na dokarmianie”. (A953)

„Na pierwszą noc po porodzie zabrali mi dziecko. Mąż prosił ich, by je przynieśli, bo bardzo płakałam i nie mogłam się uspokoić, ale nie chcieli o tym słyszeć. Wspomnę, że miałam swoją własną salę, a mimo to zabrali mi na noc dziecko i dokarmili bez mojej wiedzy. Nie spałam całą noc”. (A854)

“Cięcie miałam o 14:30 i dostałam dziecko na dosłownie chyba 5 minut koło 18, po czym zabrano dziecko i dostałam je znowu dopiero o 10 rano. My nie miałyśmy żadnego kontaktu skóra do skóry. Córka była dopajana przez ten cały czas mlekiem



modyfikowanym, mimo, że ja nie wyraziłam na to zgody. Dostała smoczek, mimo że ja też nie wyraziłam na to zgody. Tak jak mówię to, że ja nie wyraziłam na coś zgody, to nikogo nie obchodziło. To co w mieście uchodzi za coś normalnego i dobrego to tutaj na wsi jawi się jako fanaberia, bo nasz szpital powiatowy i okoliczne szpitale powiatowe to jest taki czysty PRL. Kobieta ma leżeć, nie gadać i przeć. Nikt sobie nie wyobraża, że można chodzić czy coś takiego. To był właśnie pierwszy błąd jaki popełniłam – wybór szpitala”. (K11)

„To była klinika prywatna, gdzie niejako wymuszono na mnie poród drogą cięcia cesarskiego. Tam odsetek cięć cesarskich wynosi 82%. Straszono śmiercią moją i dziecka, mimo że tak naprawdę później z dokumentacji to wygląda, że się nic nie działo takiego konkretnego. Natomiast okazało się, że w tej klinice mają taką może nie procedurę, ale taki zwyczaj, że dają odpocząć mamom po porodzie. Po cięciu zabrano mi dziecko. Nawet nie przystawiono go do twarzy, jedynie pokazano z daleka, wzięto od razu na badania. Zobaczyłam je dopiero na sali poporodowej jak mnie przywieziono, czyli po około godzinie. Dziecko podano na moją prośbę, bo mówiłam, że chcę mieć je przy sobie. Oczywiście było już ubrane. Zabierano na noc twierdząc, że będą przynosić na karmienie. Jednak jak ją nakarmiłam wieczorem to dopiero przyniesiono mi o godzinie 7:00 rano. Przez całą noc nikt nie przynosił dziecka do karmienia. Nie sądzę, żeby dziecko nie było głodne przez ten czas, przez tyle godzin”. (K47)



Powyższe przykłady pokazują, że obawy kolejnej kobiety, którą cytujemy poniżej, o to, że dziecko w noc po cięciu cesarskim zostanie dokarmione mieszanką, nie były bezzasadne. Choć dziecko zabrano na jakiś czas zasłaniając się potrzebą odpoczynku innych pacjentek, to jej determinacja sprawiła, że przyniesiono dziecko i zostawiono je z matką na całą noc, dzięki czemu miało szansę stymulować laktację.

"Byłam jedyną osobą na sali wybudzeń, która maleństwo miała całą noc przy sobie. Urodziłam o godz. 17:20, po 18 dziecko było przy mnie. Ja tego dziecka nie oddałam, chociaż właściwie oddałam na 20 minut. Było tak, że panie powiedziały, że inne panie chcą spać, że też mam się położyć spać, że one się nim zajmą. Powiedziałam dobra, ale jeżeli usłyszę, że on kwili i nagle przestanie kwilić, to ja tam pójde i go zabiorę, bo wiedziałam, że to będzie tak, że podadzą mu mleko modyfikowane. Wzięły dziecko i on zaczął rzeczywiście po 20 minutach płakać. Po prostu czekałam. Na szczęście chyba już wiedziały, że sobie nie dam w kaszę dmuchać i mi go po prostu przywiozły i do rana go nie oddałam. Był przy piersi praktycznie całą pierwszą noc. Dzięki temu, potem mleko tryskało. Pamiętam, że następnego dnia zlecono nam USG ze względu na to, że syn miał podejrzenie hipotrofii i że lekarz był tak bardzo zdziwiony, że maluch dopiero co się urodził, a w USG widać, że żołądeczek pełniutki mleczka. Wiadomo, że żołądeczek jak orzeszek, ale mimo wszystko takie to było miłe uczucie, że paręnaście godzin po porodzie dziecko po prostu było nażarte. Myślę, że to jest zasługa wszystkich tych informacji, które zdobyłam własnymi siłami, bo ciało mówiło odpuść, daj spokój, ktoś się nim zajmie, ty odpocznij, ale moja potrzeba po pierwsze bliskości z nim, po drugie wynagrodzenia mu, że nie wyszedł na świat siłami natury. Wiem, że to nie dramat.



Natomiast bardzo zależało na porodzie naturalnym, więc myślę, że dzięki tej wiedzy, którą właśnie przez takie organizacje jak wasza miałam, to tylko dzięki temu zawalczyłam". (K38)

Położna pracująca na szpitalnym oddziale jako doradczynie laktacyjna wskazała, że w jej szpitalu noworodki zabierane na noc po cięciu cesarskim, są dokarmiane mieszanką.

„Większy procent jest faktycznie dzieci, które są w nocy na oddziale neonatologii. Jak przychodzę na drugi dzień, to one do południa w ogóle nie są zainteresowane jedzeniem. Ja mam świadomość, że zjadły dużo mieszanki. Ciężko jest mi przeforsować to, żeby te dzieci były przy mamach na noc po cięciu. To inicjatywa części pielęgniarek z noworodków. Leki, które aktualnie dostaje się po cięciu, działają nasennie na pacjentki. One są wyciszone i faktycznie nie mają siły się nawet tymi dziećmi zajmować. Są bardzo obolałe, więc jak słyszą, że »No to pani odpocznie. My się zajmujemy maluszkiem«, to się godzą. Myślę, że w momencie, kiedy by mnie bardzo bolało i dostałabym lek, po którym robi mi się dobrze, a ktoś zaproponowałby mi, że zajmie się moim dzieckiem, to może i też bym się skusiła, gdybym nie miała takiej wiedzy jaką mam. Bardziej staram się teraz pracować z tym z mamami. Przyjęłam taktykę, że dużo rozmawiam z pacjentkami. Uświadamiam, że dużo lepszym rozwiązaniem byłoby, gdyby ten maluch został przy niej, że to pozytywnie wpłynie na przebieg karmienia, że to się wydaje, że to jest tylko taka jedna noc, ale że to wpływa i na samą technikę ssania dziecka i na produkcję mleka. Coraz częściej się zdarza, że na szczęście pacjentki mówią mi rano »Dziecko było całą noc przy mnie«. Oczywiście są pacjentki



z różnymi progami bólu, ale w większości jak im się po prostu udzieli pomocy, jest się przy nich, zagląda podpytuje, jeżeli ja ją ułożę, to to wystarczy. Ale jak ona raz usłyszy, że »Jak panią bardzo boli, to my weźmiemy malucha na trochę«, to jest gro pacjentek, które jeszcze w 2 dobie te dzieci oddają »Na to trochę, bo mnie boli«. To jest też kwestia przygotowania przed porodem, którego bardzo brakuje. Pacjentki mają przepięknie zgromadzone wyprawki, przepiękne kolorowe beciki, kocyki, ubranka, ale brak im świadomości naturalnego zachowania noworodków w pierwszych dobach życia i tego, jak one się będą w tych pierwszych dobach czuły, czasami nawet po porodzie fizjologicznym, czyli takiego trochę poukładania sobie tego». (P10)

Neurologopedka cytowana wcześniej, wskazała na istotę przebywania matki z dzieckiem po cięciu cesarskim, opowiadając o własnych doświadczeniach:

„Na sali poporodowej dążono do tego, żeby dzieci jak najmniej były z matkami, żeby na noc zabrać je, żeby tutaj był spokój, a ja bardzo chciałam, żeby ona była ze mną. Pomijając czystą czułość, to wiedziałam jakie to jest ważne dla karmienia, jakie to jest ważne żebyśmy były blisko siebie, by tych karmień było jak najwięcej. Jednak sporo osób z personelu widziało to jako coś negatywnie wpływającego na karmienie. Skąd ta wiedza jest czerpana?». (P9)

Powyżej podałyśmy przykłady rozdzielania matki i dziecka z powodów rutynowych czy organizacyjnych. Oczywiście bywa, że kobiety są rozdzielane z powodów medycznych, jednak tym historiom przyjrzymy się w podrozdziale 3.2.12. poświęconemu komplikacjom



zdrowotnym po stronie dziecka. Na koniec podajemy przykłady kobiet po cięciu cesarskim, które otrzymały potrzebne wsparcie:

„Jak mnie zszyli i podłączyli całą aparaturę już na sali, to natychmiastowo przywiezione zostało dziecko. Zapytali, czy chcę i powiedzieli, że w każdym momencie mogę też zadzwonić, powiedzieć, że potrzebuję odpocząć, bo to wiadomo, często to jest stres mieć dziecko przy boku, nie mogąc się ruszyć tak naprawdę jeszcze, spionizować i tak dalej. Ale tu bez problemu dziecko leżało cały czas przy mnie. Panie, kiedy trzeba było przychodziły, przewijały przystawiały. I sobie tak spaliśmy. Jak się wzdrygnęłam pamiętam, to i maluszek się wzdrygał, bo to tak no stresujące to wszystko jest. Przykryty był na mnie pieluszką, dodatkowo kocykiem, a później już położone go za jakiś za jakiś czas po prostu ubrały i leżał dalej ze mną w łóżku, bliźniutko go miałam przy sobie”.
(K30)

„Położne w pierwszych godzinach po cięciu cesarskim same przystawiały mi dziecko, potem przychodziły podczas karmienia ocenić technikę i pomoc wybrać dogodną pozycję”. (A198)



Problem!

Zdarza się rutynowe rozdzielanie matki i dziecka po cesarskim cięciu, w szczególności na noc lub do czasu pionizacji matki, pomimo że noworodek jest zdrowy, a matka jest w dobrym stanie. Zwiększa to ryzyko trudności laktacyjnych. W czasie rozdzielania zdarzają się dokarmienia noworodków mieszanką bez wskazań medycznych oraz bez zgody matki.



3.2.4. RUTYNOWE BADANIA NOWORODKA I CZYNNOCI PIELĘGNACYJNE

W S000 znajdujemy zapisy dotyczące zabiegów pielęgnacyjnych i obowiązkowych standardowych procedur, np. badań przesiewowych, które są wykonywane noworodkom.

„2. Opieka w oddziale położniczym w systemie »matka z dzieckiem« lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:

[...]

4) wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali »matka z dzieckiem«, o ile stan zdrowia matki na to pozwala”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Oznacza to, że wymienione czynności powinny być wykonywane w pokoju, w którym przebywają matka i dziecko. Wymagają one zgody matki i jej obecności. Zapis o konieczności zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych noworodkowi został zawarty w art. 17. ust. 1. i 2. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pomimo tego, kobiety wymieniały te czynności jako jedną z przyczyn czasowego rozdzielania z dzieckiem w związku z odpowiedzią na pytanie o przebywanie w pokoju z dzieckiem w systemie „matka z dzieckiem”, a dokładniej „Kto podjął decyzję o rozdzielaniu trwałym/czasowym i dlaczego? Wskaż okoliczności”:

„Dzieci były zabierane na badania i kąpiel”. (A944)

„Szczepienie dziecka”. (A1413)



„Kąpiele przez położne”. (A1542)

„Zabranie dziecka na badania i szczepienie”. (A1544)

„Po przyjeździe do sali dziecko zostało zabrane na badania, a ja na zabieg czyszczenia macicy. Po tym zabiegu przez kilka godzin nie miałam dziecka przy sobie. Dopiero po wielu stanowczych prośbach i informowaniu personelu, że mam prawo mieć dziecko przy sobie i być przy każdej czynności z nim związanej przyniesiono mi dziecko do sali”. (A1561)

Odgórny zakaz asysty matki czy ustalone procedury szpitalne nie uwzględniające wykonywania czynności pielęgnacyjnych, czy rutynowych badań przy matce stanowią przykłady łamania praw matki i dziecka.

„Położne i pielęgniarki zabierały dziecko do ważenia, szczepień, mierzenia, mycia bez zgody matki. Nie wolno było przy tym asystować”.

„Nie mogłam uczestniczyć przy badaniach i szczepieniach dziecka. Za każdym razem dziecko było zabierane”. (A1300)

Można się zastanawiać, dlaczego wspominamy o rutynowych czynnościach w raporcie z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce. Czy przeprowadzane czynności pielęgnacyjne mają jakikolwiek wpływ na karmienie piersią? Okazuje się, że w wielu przypadkach tak. Bywa, że kobiety nie są informowane o tym, że podczas takich rutynowych badań czy czynności pielęgnacyjnych zostaje noworodkowi podana mieszanka lub glukoza, co jest niezgodne z aktualną wiedzą i SOOO, gdyż takie dokarmienie nie wynika ze wskazań medycznych:



„Taki jest system pracy w tym szpitalu. Zdarzało się, że dziecko dostawało smoczek lub mleko modyfikowane przed/po badaniach, które odbywają się w osobnej sali, bez matki (przynajmniej w przypadku cięcia cesarskiego)”. (A291)

„Mleko modyfikowane podane w ogóle bez mojej wiedzy. To była pierwsza doba i panie zabrały mi córkę na badania albo no nie wiem... w każdym razie na coś tam. Chyba to były badania pierwsze, czy coś w tym stylu... Ja byłam umówiona z doradcą laktacyjnym, że ona przyjdzie na następne karmienie i akurat przyszła, gdy córka mi przyjechała z tych badań. Zobaczyłam na języku jej taką treść, jakby zwymiotowanego mleka po prostu, taki serek, więc zapytałam »Co to jest?«. Na co mi położna odpowiedziała, że ona musiała zbadać dziecko, więc podała jej mleko, żeby było grzeczniejsze. Po pierwsze moje umówienie się z doradcą laktacyjnym nie wyszło, bo było dziecko nakarmione, więc nie chciało chwytać piersi. Było do spania już wtedy bardziej, no a po drugie w ogóle bez żadnej zgody było podane mleko. To była położna, która zabrała dziecko na jakieś takie rutynowe badania, które się przeprowadza w pierwszej dobie właśnie i potem dziecko mi przyjechało z mlekiem w buzi”. (K9)

„Pierwszy raz podano dziecku mieszankę przy okazji zabrania dziecko na badania, żeby się uspokoiło”. (A333)

„Dziecko zostało nakarmione bez mojej zgody w czasie badań, podczas których nie byłam przy nim. Zostałam jedynie



poinformowana, że teraz raczej nie będzie głodny, bo dostał butelkę. W pierwszej dobie życia". (A2292)

„Personel był obojętny na moje prośby o pomoc w karmieniu piersią, cały czas tylko położne mówiły, żeby dać butelkę, bo dziecko głodne i dlatego płacze. Jak chciałam pracować swoim laktatorem dla pobudzenia laktacji to usłyszałam »Bez sensu«. Biorąc dziecko na badania za każdym razem dokarmiały mlekiem modyfikowanym i później ciężko było córkę dostawiać do piersi". (A295)

„Bardzo namawiano mnie na podanie mieszanki, ale szanowano moją odmowę. Nie mam jednak pewności czy dziecko nie było dokarmione, gdy było brane na badania - nie mogłam w tych badaniach uczestniczyć". (A2235)

„Dziecko było żywione piersią, jednak wielokrotnie próbowano namówić na mleko modyfikowane. Była sytuacja, gdzie zabrano dziecko do badania. Długo go nie oddawano, poszłam po nie. Było nader spokojne. Zakładam, że podano wtedy glukozę, bo pojawiły się pierwsze problemy brzuszkowe. Nikt oficjalnie do tego się nie przyznał. W 4 dobie trafiliśmy do szpitala dziecięcego na diagnostykę ws. zaburzeń rytmu serca. Tam bez skrupułów patrząc prosto w oczy matki wpuszczano glukozę do ust dziecka. W celu uspokojenia dziecka. Na pytanie czy to konieczne nie odpowiedziano, wpuszczono roztwór do ust dziecka. Piszę o tym, bo wiem, że to częsta praktyka w szpitalach". (A2412)



„Było tak, że ja w planie porodu napisałam, że pod żadnym pozorem się nie zgadzam, żeby było podawane mleko modyfikowane. Z planem porodu dwa razy mówiłam położnej, że bardzo proszę, żeby się zapoznała. Młoda dziewczyna jedna położna przyszła i druga starsza. Pani położna, która była starsza przyszła do mnie mówi »Pani [imię], ja pani pomogę się umyć. Pomogę pani się uruchomić, ale żeby młody nie płakał to go tutaj tam powiedzmy koleżanka weźmie«. Odpowiedziałam »No dobrze«. Poszła ze mną pod prysznic. Zmyła ze mnie tą całą jodynę. Naprawdę poczułam się z tym bardzo, bardzo fajnie, że ktoś się opiekuje. Super. Ja miałam dosyć duże trudności, bo jak miałam to znieczulenie zamiejscowe to też nie mogłam tak dobrze stawać. No i młody potem przyjechał w mydelniczce i ułał. Mówię »O! Nie karmiłam go!«. Chciałam go nakarmić, a on mi ułał. Za dzwoneczek i zapytałam położnej »Czemu dziecko ułało? Ja go nie karmiłam«, a przyszła ta młoda. »No bo tak trochę płakał i myśmy mleczka modyfikowanego mu dały«. Mówię »Jakim prawem!?« a ona zbladła. Mówię »A pani się zapoznała z moim planem porodu? Z planem opieki poporodowej?«. »Ale tylko trochę, żeby nie płakał«. Mówię: »To trzeba było go wziąć na ręce albo z powrotem go tutaj przyprowadzić, a nie podawać mleko modyfikowane«. Później przyszła druga »Przepraszam, ja przepraszam«. Mówię »Wie pani co, niech pani nie przeprasza, niech pani zacznie spełniać to, o co proszą pacjentki, a nie tak nas traktować« i wyszła. Przyszła ta starsza, że ona przeprasza i w ogóle, bo ta koleżanka nie wiedziała. Mówię »A doskonale wiedziała. Zapoznała się z planem porodu? Może gdyby nie to, że ja mam inne podejście do służby zdrowia i potrafię się odezwać, bo też w niej pracuję, to potrafię to powiedzieć, a nie jak inne dziewczyny głowa w dół i okej, dałyście



modyfikowane to dałyście modyfikowane«. I potem przyszła jeszcze inna położna, »O, ta pani nie chce dawać modyfikowanego«. Zapytałam »A pani ma z tym problem? Każdemu pani daje mieszankę, żeby się zamknął? Ja mojego będę nosić i będzie mi ulewał. Dacie mi laktator. Uleje, ja mu dam znowu swoje mleko«. Wyszła i więcej do mnie nie przyszła na całej zmianie. Koleżanka, która w szpitalu pracuje, później mówi: »Ale masz łatkę, że ty jesteś jedyna, która chcesz karmić cykiem i nie pozwalasz modyfikowanego pod żadnym pozorem«. Wszędzie potem z nim chodziłam na każde szczepienie. Mówię »Nie, ja pójdę z młodym, powoli, ale pójdę«. »No ale pani jest po cięciu«. »To będziemy szły wolno« odpowiadałam. Pamiętam, że przyszła moja koleżanka lekarka i szła ze mną, chyba z 10 minut powolutku. Mówi »Dlaczego ja nie byłam taka odważna jak ty. One mi tak córeczkę faszerowały mlekiem modyfikowanym. Jak ona była cicho«. (K29)

Neurologopedka, która udzieliła nam wywiadu podzieliła się również swoim osobistym doświadczeniem, mówiąc o praktyce rozdzielania matki i dziecka w szpitalu:

„Takie przekonanie, że no pomaga się matce. Tak słyszę, że kobiety czasami są z tego zadowolone, że mogą odpocząć, ale one też powinny wiedzieć, że to może mieć konsekwencje. Tym bardziej, że wiemy o tym, że najczęściej to te dzieciaki jednak są dokarmiane po prostu i tutaj prawdopodobnie był ostatni moment, kiedy mojej nie dokarmili. Ja miałam podpis jeszcze pod planem porodu, gdzie miałam wypisane, że to było dla mnie najważniejsze, że właśnie nie wyrażam zgody na podanie mleka modyfikowanego i jak młoda zginęła właśnie na mierzenie, ważenie, chyba szczepienie – była



wzięta, ale minęło półtorej godziny. Dla mnie to już było strasznie długo i mówię, że »Chciałabym ją nakarmić, bo może będzie już głodna, a może na to czas« no i wtedy jak powiedziałam o tym, że »Przypominam tylko, że nie wyraziłam zgody na dokarmianie«, to była po prostu w 3 sekundy u mnie, gdzie pozostałe dzieci pojawiły się po kolejnej godzinie na sali, no i były najedzone. Były najedzone to na pewno”. (P9)

Kolejna historia, w której dla uspokojenia dzieci, pojono je glukozą. Było to drugie dziecko kobiety, więc miała porównanie z opieką, jaką otrzymała podczas porodu pierwszego dziecka w Niemczech.

„W Niemczech wszystko odbywało się przy obecności matki i ja wiem, kiedy dziecku była podana glukoza. Była tylko raz podana, kiedy miało dziecko pobieraną krew do badań na bibułkę, do badań genetycznych. Natomiast w Polsce nie miałam możliwości pójść z dzieckiem. Oni brali wszystkie dzieci tam do badań i wszystkie te dzieci non stop poili glukozą. Non stop. Ja się nie zorientowałam przez pierwsze 24 godziny, czemu to dziecko takie wraca spokojne i nie płacze, a potem się zorientowałam, bo glukoza została w łóżeczku. Byłam zaskoczona, że nikt mnie nie zapytał, czy oni mogą podać dziecku glukozę. Oni non stop poili te dzieci glukozą, do każdego głupiego badania, żeby te dzieci nie płakały, cały czas dostawały ten cukier. Ja byłam szczerze powiem w szoku. Potem przychodziłam na ten oddział, kiedy te dzieci wszystkie tam były i ja stałam i patrzyłam, co oni robią i oni się denerwowali, czemu ja tam stoję. Ja mówię »Ja chcę tu stać, bo ja chcę wiedzieć co państwo robią z moim dzieckiem« i oni się denerwowali. Ale akurat w tym



czasie była taka kobieta, która miała problemy psychiczne i ona tam robiła cały czas awantury na oddziale i oni byli też zmęczeni taką osobą. I przychodziła ja i ja cały czas stoję i patrzę, więc oni stwierdzili, że ze mną też jest coś nie tak, i próbowali się mnie pozbyć, ale powiedziałam, że »Nie. Ja będę tu stała, bo ja chcę zobaczyć, co państwo robicie z moim dzieckiem«. To mi przeszkadzało, bo no jak ja mogę karmić dziecko piersią, jak ono jest cały czas tą glukozą otumanione i ono śpi po tej glukozie. To było dla mnie szokiem, bo w Niemczech nie robiono niczego bez mojej asysty i niczego bez mojej zgody. Położna powiedziała »Podam dziecku glukozę. Czy mogę? Żeby mniej płakało przy pobieraniu tymi igłami«. Ja powiedziałam »W porządku«. A w Polsce... nikt nie pytał mnie o to co dziecku podadzą, ono po prostu wracało spokojne. Chyba z 5 razy glukozę musiało dostać, a moje dziecko bardzo dużo płakało, więc oni na pewno je tam poiili. O ile nie podali mu mleka modyfikowanego, a chcieli, no to podali mu tą glukozę. Uważam, że to jest niefajne, bo dziecko na początku ma rozwój swojej flory bakteryjnej, a jeżeli dostaje non stop cukier, no to się bardzo łatwo tam zagnieżdża, taka flora bakteryjna, która po prostu chce cukier, i o ile w przypadku pierwszego dziecka nie miałam żadnych problemów z kolkami. Nie było takiej sytuacji. To przy 2 dziecku ono miało kolki, może nie takie duże, ale mimo wszystko, nie było to takie trawienie, jakby mogło być. To też dla mnie jest problemem, żeby rodzic faktycznie miał wgląd na to co się dzieje z tym dzieckiem, żeby mógł to zrobić, bo ja byłam tam niemiłe widziana, byłam tam wypraszana i to nie było fajne". (K26)



Często kobiety nie są informowane, na jakie badania zabierane jest dziecko. Tak opowiadała o tym położna, doradczyni laktacyjna CDL, która udzieliła nam wywiadu:

„Personel, który no jest no nie będę ukrywać, że te które najwięcej nam tutaj mieszają, jeżeli chodzi o laktację to są te dojrzałe stażem pielęgniarki i położne (choć są wyjątki). One są z czasów, gdzie ta praca i ten kontakt z pacjentkami był tak totalnie różny od tego co jest teraz. Tak bardzo przedmiotowe traktowanie i tych dzieci i tych mam, że to się w nich jakoś tak osadziło bardzo. Ja się czasami przysłuchuję z boku samym tym rozmowom, przekazywaniu informacji czy właśnie na przykład informowanie o badaniach, że »Zabieram na badania«. Cały czas jest taki brak traktowania tej pacjentki, że ona ma prawo wiedzieć. »Badania, no lekarz zlecił. Lekarz zlecił to lekarz przecież pani mówił«. Ja mam taką dużą potrzebę, żeby bardzo wyjaśniać. Nawet pytam »Czy rozumie pani, czy jeszcze jakieś pytania dodatkowo oprócz tego?«, ale te właśnie osoby mają takie bardzo zadaniowe podejście »Ja mam do zadania pobranie badań. To jest moje zadanie pobranie badań, a nie teraz tłumaczenie, rozmowa«. To są w ogóle rzeczy, które nie wymagają od nas wielkiego wysiłku ani wielkiej wiedzy, żeby powiedzieć coś, a dla tych pacjentek to jest tak totalnie ważne, czasami te dwa zdania”. (P10)

Na koniec warto podać przykład, że przestrzeganie S000 w omawianym zakresie jest możliwe.

„W ogóle nie zabierali dziecka. Wszystko było robione przy nas. A nie! Przepraszam, raz było zabrane, ale to już mnie się zapytali,



czy ja chcę iść z nimi. Nie pamiętam czemu, ale nie chciałam. Podawali witaminę K, czy co tam muszą podać. Powiedziałam, że bez problemu. Czuję, że to jest ok". (K8)



Problem!

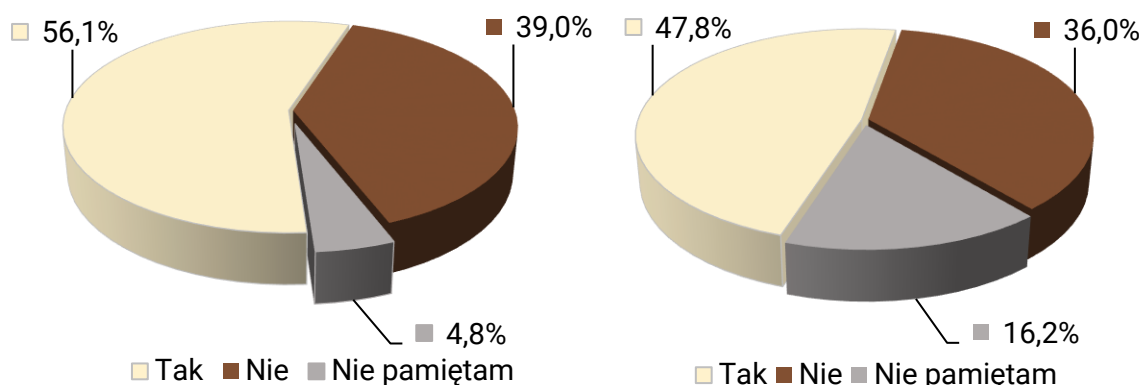
Kobiety wskazują, iż częstym jest nieprzestrzeganie przeprowadzania zabiegów pielęgnacyjnych i obowiązkowych standardowych procedur w sali, w której przebywa matka i dziecko. Zdarza się również łamanie prawa dotyczącego możliwości uczestniczenia opiekuna w innych badaniach i czynnościach medycznych wykonywanych na małoletnim pacjencie. Matki noworodków często nie mogą być przy nich podczas profilaktycznych badań, kąpieli, pobierania krwi itp. Dodatkowo, z historii kobiet wynika, iż często rutynowo przed wykonaniem tych czynności podaje się dzieciom mieszankę lub glukozę, co zwiększa ryzyko trudności z karmieniem piersią i laktacją.

3.2.5. ANATOMIA I BADANIE PIERSI

Ocena stanu piersi i brodawek czy nawet wyjaśnienie kobietom jak spowodować wpływ siary są bardzo ważnymi czynnościami, które mogą pomóc na początku mlecznej drogi. Mogą też zaszkodzić, jeśli nie będą wykonywane z poszanowaniem godności kobiety i będą stanowić jedynie przekazanie niemerytorycznego i demotywowującego komentarza.



Zapytałyśmy o to, czy na oddziale personel dotykał kobietom piersi. Kobiety w 56,1% przypadków wskazały, że dotykano ich piersi/brodawek. Nie zrobiono tego w 39,0% przypadków, zaś 4,8% kobiet nie pamiętało tego faktu (Ryc. 3.10. po lewej). Respondentki, które potwierdziły, że je dotykano zostały zapytane o to, czy ktoś zapytał je o zgodę, aby to zrobić i odpowiedziały: tak – 47,8%, nie – 36,0%, zaś 16,2% nie pamiętało (Ryc. 3.10. po prawej).



Ryc. 3.10. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy ktoś z personelu dotykał Twoich piersi/brodawek?” (% , N=2476), po prawej „Czy zapytano Cię o zgodę, żeby to zrobić?” (% , N=1390)

Pytałyśmy kobiety także o to, jak oceniały swój komfort w tamtej chwili. Zdarzało się, że dotykano piersi/brodawek znieczeka, bez uprzedzenia. Kobiety natomiast bardzo różnie oceniały swoje odczucia z tym związane. Część kobiet nie odczuło w związku z tym dyskomfortu:

„Nie jestem zbyt wrażliwa, więc mi to nie przeszkadza”. (A2501)

„Czułam się komfortowo, miło było, że kogoś interesuje to, czy będę karmić piersią, a bardzo mi na tym zależało”. (A2475)

„Ok. Byłam tak wyczerpana brakiem wiedzy i pomocy przy karmieniu, że było mi wszystko jedno. Nie pomogło to niestety”. (A2387)



„Bardzo dobrze. Doradca oraz położna, poprzez nacisk na brodawkę sprawdzały, czy mam mleko, wypływ był z kilku kanalików, pochwały ;)”. (A354)

„Jako normalne badanie”. (A2459)

“Oczywiście wolałabym, żeby mnie nikt nie dotykał, albo chociaż zapytał, ale były to kobiety, więc OK. Ponadto, byłam po porodzie, gdzie »świeciłam« wszystkim, więc już mi było wszystko jedno. A co najważniejsze - bardzo chciałam pomocy z karmieniem piersią, dlatego byłam zdeterminowana i jeśli musiałam dać się pokazywać to to robiłam. Niech mi tylko pomogą”. (A1781)

Część jednak odczuwało dyskomfort, a czasem ból:

„Brak jakiegokolwiek komfortu”. (A2502)

„Nie czułam się komfortowo, szczególnie, że wg mnie »badanie« niczego nie wniosło. Piersi zostały ściśnięte i tyle, bez komentarza po co na co i co w związku z tym”. (A2494)

„Było to okropne, czułam się przedmiotowo traktowana, szarpano dzieckiem i piersią, twierdząc, że to moje pierwsze dziecko i nie umiem go przystawić”. (A2449)



*„Uznałam, że to konieczne, bo bardzo mi zależało, żeby karmić”.
(A2451)*

*„Bardzo negatywie to oceniam, zrobiła to »starsza« lekarka.
Nie czułam się na siłach, żeby to skomentować”. (A2445)*

*„Nie było to miłe, sama nie umiałam dobrze przystawić dziecka,
więc byłam zdana na »pomoc« położnych. Jedna przyszła złapała
cycka, wymiętosiła i włożyła dziecku do buzi. Chociaż wołałam taką
pomoc niż jak w nocy położna przyniosła mi mleko modyfikowane
i powiedziała, że jak nie nakarmię piersią to mam dać mleko. Długo
to trwało, ale się zaparłam i udało się podać pierś”. (A2432)*

*“Usłyszałam, że brodawki są wklęsłe i »Nic z tego nie będzie«.
Położna mocno ścisnęła piersi, było to bardzo bolesne”. (A2417)*

*„Słabo. Położna na korytarzu w czasie wizyty kazała mi pokazać
piersi i ścisnęła brodawki oceniając ilość mleka”. (A2443)*

*„W porządku. Jednak słowa, które usłyszałam, że mogę nie być
w stanie wykarmić bolały... miękkie piersi to mało mleka, czyli
głodne dziecko, usłyszałam od położnych”. (A2259)*

*“Bardzo nieprzyjemne to uczucie, gdy ktoś dotyka twojego ciała bez
twojej zgody”. (A2245)*



„To nie było fajne. Zupełnie się nie spodziewałam”. (A2397)

„Pielęgniarka tak ścisnęła mnie za pierś że aż poleciała krew i łzy. Uprzedzałam, że bardzo mnie bołą piersi”. (A401)

“Nieprzyjemne uczucie, brak intymności, nie wiedziałam po co i jak to zrobić, a w dodatku nie dało to żadnego efektu”. (A1883)

“Personel się spieszył, nie miałam czasu wyrazić swojego zdania, czułam się przytłoczona i pozbawiona decyzyjności”. (A1616)

“Raz mnie pytano, raz nie. Były to różne osoby, ale nawet jak pytano, to i tak z rękami wyciągniętymi w stronę moich sutków. Czułam, że muszę się zgodzić i że traktuje się mnie jak coś, co dostarcza pokarm. Wstydziłam się i nie było mi komfortowo, zwłaszcza, że nie raz były przy tym otwarte drzwi, ale dla wszystkich – poza mną – była to codzienność. Ja zmuszałam się do podejmowania wymaganych, szybkich decyzji, w trosce o dobro dziecka, ale pobyt w szpitalu wspominam źle”. (A1687)

“Czułam się bardzo niekomfortowo, zwłaszcza, że bez pytania zaczęto rozpięto mi koszulę. Potem podjęto próbę wyciągnięcia brodawek strzykawką. Było to bardzo bolesne. To było w drugiej dobie po porodzie. Bardzo dziękuję za to pytanie i że komuś w ogóle zależy, żeby wiedzieć jak się z tym czułam”. (K57)



„Nie miałam edukacji przedporodowej. Wiedziałam tyle co z Internetu. Szkoła rodzenia, na którą się zapisałam też przeszła w tryb online i uważam te zajęcia za stratę czasu i stratę pieniędzy, bo więcej się dowiedziałam w Internecie niż na tej szkole rodzenia. Natomiast to było moje pierwsze dziecko i ja zapytałam położną, bo nie wiedziałam, miałam nabrzmiałe piersi, ale nie wiedziałam, czy ja mam mleko. Ona podeszła do mnie bez słowa, wzięła moją pierś ścisnęła. Wyleciała kropla. Mnie oczywiście strasznie bolało jak ona ścisnęła mi brodawkę (bardzo bolało) i powiedziała »No ma. O co chodzi, co, nie widzi?« i poszła. Zrobiła to niedelikatnie, sprawiło mi to wiele bólu i było upokarzające. To jest niemożliwe, że ja do tej pory karmię, bo nikt mi w tym nie pomógł, wszyscy mi przeszkadzali”. (K11)

Pytanie o zgodę i dbanie o komfort pacjentki jest dla kobiet kluczowe:

“Doradczyni laktacyjna była niezwykle delikatna i cudowna. Przepraszała mnie za każdym razem, gdy sprawiła mi ból. Znałyśmy się z mojego pierwszego porodu (7 lat wcześniej urodziłam też wcześniaka w 33 tygodniu ciąży. Dzięki jej zaangażowaniu rozkręciłyśmy laktację)”. (A2305)

“Sama o to poprosiłam, położna była delikatna i uspokoiła mnie, że wszystko jest ok”. (A1910)



“Za każdym razem czułam się bardzo komfortowo, ponieważ położne były bardzo życzliwe, chciały pomóc i za każdym razem pytały mnie o zgodę”. (A2399)

“Ze zgodą różnie, raz się pytali raz nie. Jeśli ktoś to robił na spokojnie w rękawiczkach albo chociaż zdezynfekowaną ręką to ok”. (A2190)

“Położna, która mi doradzała była bardzo delikatna i sympatyczna, wprowadziła luźną atmosferę i bardzo dbała o mój komfort”. (A2081)

„Było to dziwne doświadczenie, położna bez pytania ścisnęła mi brodawkę w trakcie 1 fazy porodu i skomentowała, że jest już piękna siara. Z jednej strony się cieszyłam, ale było to bardzo niezręczne. Potem już doradczyni CDL dotykała moich piersi i pomagała przystawić dziecko, ale było w tym więcej taktu”. (A1822)

„Dobrze. Moje granice nie były przekroczone. To były działania całkowicie profesjonalne, delikatne i potrzebne w tamtej chwili. Czułam się bezpiecznie”. (A450)

“Dobrze to wspominam. Położna anioł. Chciała sprawdzić, czy kanaliki nie są zatkane. Pokazała mi też, jak chwycić sutek, aby nacisnąć i sprawdzić wypływ pokarmu (wcześniej tego nie umiałam)”. (A2036)



Niektóre z powyższych przykładów wskazują na praktykę stosowaną przez personel szpitala, w szczególności położne, którą jest dotknięcie brodawek i ich ściśnięcie, w celu sprawdzenia czy wypłynie mleko. Położne na tej podstawie oceniały, czy kobieta „ma”, czy „nie ma” mleka. Taka zero-jedynkowa ocena jest błędem, gdyż na mamę może zadziałać wiele czynników, które sprawiają, że w danym momencie nie dojdzie do wypływu. Tutaj ważna jest znajomość podstaw fizjologii laktacji. Chociażby to, że ból i stres mogą zahamować odruch oksytocynowy, czyli wypływ mleka (a nie jego produkcję)¹⁴³. Ponadto produkcja mleka, jak już wcześniej wspominałyśmy, rozpoczyna się już w ciąży, zaś w pierwszych dobach po porodzie kobieta produkuje siarę w ilości, która jest dostosowana do potrzeb dziecka w tych dniach (żołądek dziecka jest w pierwszej dobie mniej więcej wielkości wiśni). Co za tym idzie, dziecko w pierwszych dobach nie potrzebuje dużych ilości pokarmu. Sprawdzenie wypływu pokarmu powinno być odpowiednio zakomunikowane i poprzedzone zgodą pacjentki na dotknięcie brodawek. Warto podkreślić, że w żadnym punkcie S000 nie wymienia się takiej czynności więc powstaje pytanie, czy wykonywanie takiej czynności w ogóle jest zasadne?



Droga kobieto!

Na podstawie samego sprawdzenia wypływu mleka nie można oceniać możliwości produkcji gruczołów piersiowych kobiety i efektywności karmienia.

Ogromnie istotne są umiejętności komunikacyjne personelu. To jak kobieta ocenia swój komfort dotyku czy badania piersi i brodawek w dużym stopniu zależy od tego, jak te czynności są przeprowadzane. Do tej pory pisałyśmy wiele o dotykaniu piersi i brodawek przez personel medyczny i wiemy już, że w szpitalach dotyka się ich często. Czy jednak tak

¹⁴³ Walter M.H., Abele H., Plappert C.F., *The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child*, *Frontiers in endocrinology* 2021, 12:742236, <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236> [dostęp: 30.11.2023]



samo często lub częściej uczy się kobiety, jak mogłyby same sprawdzić wpływ pokarmu, tak jak to było w ostatnim z powyższych cytatów, ale też w kilku poniższych?

„Od jednej położnej usłyszałam, że nie mam mleka i trzeba dać mleko modyfikowane. Ścisnęła mi brodawkę powodując jej pęknięcie. Gdy po kilku godzinach zapłakana przyszłam do innej położnej mówiąc, że chyba nie mam mleka, ona z wyczuciem, delikatnie pokazała mi jak »odciągać ręcznie«, co spowodowało fontannę. Mleko było, ale pewność siebie została zburzona przez pierwszą położną plus uszkodzenie brodawki”. (A753)

„Sama poprosiłam o pokazanie, jak sprawdzić czy w ogóle mam mleko w piersiach. Była to dla mnie ulga, że wiem, jak odciągnąć ręcznie siarę”. (A2217)

„Od jednej położnej usłyszałam, że pewnie nie mam mleka, od doradczyni CDL, że mam mleko i pokazała mi jak ściągać ręcznie”. (A1048)

Samodzielne sprawdzanie wpływu pokarmu, odciąganie ręczne to bardzo ważna umiejętność, którą warto, aby kobiety nabywały od razu po porodzie, tym bardziej, że zgodnie z SOO personel medyczny jest zobowiązany do instruktażu w tym zakresie, o czym więcej w podrozdziale 3.2.9.





Problem!

Zdarza się, że dotykание piersi/brodawek jest dla kobiet bolesne i niekomfortowe, nagle, bez pytania o zgodę. Zdarza się, że kobietom naciska się na brodawki obserwując czy popłynie mleko, pomimo że nie stanowi to podstawy do oceny ilości mleka czy efektywności karmienia piersią.

Zapytałyśmy kobiety o to, czy personel medyczny komentował wygląd lub budowę piersi, brodawek oraz czy usłyszały coś na temat produkcji lub ilości mleka. Uzyskane odpowiedzi na te pytania wskazują, że wiele z nich usłyszało komentarze powielające mity na temat kształtu i wyglądu brodawek czy piersi. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną:

„Brodawki kobiece mogą mieć różne kształty i wielkość. Niektóre są sterczące, inne płaskie, jeszcze inne wklęsłe. Trafiają się brodawki o kształcie bąbelka, szerokie i długie. Większość brodawek nie sprawia żadnych kłopotów przy karmieniu piersią, ponieważ brodawka i otoczka są elastyczne. Układają się w buzi dziecka tak, że może ono prawidłowo ssać pierś nawet z płaską czy wklęsłą brodawką. Wiele zależy również od dziecka. Zdrowy, silny noworodek wcale nie musi mieć problemów z uchwyceniem piersi nawet w takiej sytuacji”¹⁴⁴.

Personel medyczny, którego praca powinna się opierać wyłącznie na aktualnej wiedzy, powinien znać techniki wspierające uelastycznienie i uchwycenie przez noworodka wymagającej tego brodawki, umieć dobrać technikę karmienia, ponadto znać mechanizmy

¹⁴⁴ Żukowska-Rubik M., *Płaskie i wklęsłe brodawki (sutki) – Jak karmić piersią?*, Medycyna Praktyczna 2013, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/karmienie-piersia/93049,płaskie-i-wklesle-brodawki-sutki-jak-karmic-piersia> [dostęp: 30.11.2023]



produkcji mleka i mieć świadomość, że nie można tej produkcji ocenić po samym wyglądzie piersi czy ściśnięciu brodawek. Wyznacznikiem, którym powinien się kierować personel są tzw. wskaźniki skutecznego karmienia wskazane w SOOO. Tymczasem kobiety usłyszały:

“Że z takimi piersiami nie da się karmić, od położnych”. (A264)

“Od położnej usłyszałam, że mam beznadziejne, płaskie brodawki. Brak kwalifikacji i brak chęci pomocy”. (A164)

“Usłyszałam, że nie ma chemii między córką, a moimi piersiami od położnej”. (A185)

“Położna zaraz po porodzie stwierdziła, że mam wklęsłe brodawki, dlatego mały nie przystawił się w ciągu 2h kontaktu skóra do skóry. CDL stwierdziła potem, że to bzdura”. (A228)

„Pielęgniarka: »Z takimi brodawkami nie będzie pani karmić albo jak już to będzie ciężko«”. (A1409)

Poniższe cytaty są przykładem pokazującym przekroczenie granic pacjentek przez personel, którego język był przemocowy, opresyjny i wykraczał daleko poza merytorykę. Sprzeczne komunikaty, informacje niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, czy chociażby głośne „obmawianie” za plecami pacjentki nie przyniosły wsparcia, które gwarantuje im prawo, ale jeszcze naraziły je na cierpienia psychiczne.

“Mam wklęsłe brodawki, więc dużo przykrości spotkałam w szpitalu. Że jestem słabą matką, że sobie nie poradzę, że taka duża mama, a takie małe piersi, że mi to nawet kapturki nie pomogą. Kazały



odciągając laktatorem i podawać dziecku mleko, a potem mówiły, że to bez sensu i po co ja sobie dodaję roboty zamiast przystawiać dziecko. Położne w swoim pokoiku obmawiały mnie, że nie wierzą we mnie i dziwią się jak ja mogłam wychować starsze dziecko”.

(A135)

„Poród się zakończył cesarskim cięciem z powodu spadającego tętna dziecka, więc to było dosyć nagłe. To był też poród indukowany. Miało być zupełnie inaczej. Miało być jak w domu, na piłce i jedziemy w ostatniej chwili, a było zupełnie co innego, więc byłam w ogromnym stresie. Też takie coś mnie dopadło... gdzieś tam słyszałam o tym, ale nie potrafiłam sobie tego wyobrazić, że... no bo ja dużo wiedziałam, ale byłam taka bezbronna, nie byłam w stanie w ogóle spożytkować tej wiedzy, ani być asertywna, co w życiu raczej mi z problemem nie przychodzi. Tak tam było. Małą zabrali na kangurowanie do męża, ale to niestety trwało tylko pół godziny z nieznanym nam przyczyn. Potem przynieśli mi dziecko i ja nie pamiętam tego, czy ona była już ubrana, czy ona jeszcze była taka skóra do skóry. Nie jestem w stanie sobie tego przypomnieć. Właśnie wtedy jak ta położna powiedziała, że spróbujemy przystawić małą, to tak spojrzała na piersi, na brodawki i stwierdziła »To będzie ciężko«. Tak rzuciła tylko, że będzie ciężko, bo twarde, bo niewypukłe i od razu padło »Czy ma pani nakładki?«. Po tym całym porodzie, który naprawdę tak przeżyłam bardziej psychicznie. Fizycznie też wiadomo, ale psychicznie już zupełnie: »Wszystko nie tak, wszystko nie tak«. Jeszcze na koniec to karmienie, które dla mnie było tak ważne i ten tekst to: »Nie no, po prostu wszystko po całości idzie



źle«. Było to dla mnie trudne, a nawet nie pamiętam tej pani, jak ona się nazywała, bo one się zmieniały, tak mi mignęły”. (K31)

“Prosiłam o poradę położną. Usłyszałam, że mam wklęsłe brodawki i dziecko na pewno się nie chwyci. Położna po ściśnięciu brodawki powiedziała, że czym ja chcę karmić jak i tak nie mam pokarmu. Mój komfort w tamtej chwili oceniam poniżej zera. Byłam słaba. Był to mój pierwszy poród. Potrzebowałam pomocy, a usłyszałam nieprzyjemne słowa. Po »konsultacji« otrzymałam strzykawkę do poprawy wyglądu sutków. Nie używałam jej. Mąż przywiózł mi laktator i pojawiły się pierwsze krople mleka. Powiedziano mi, że nie mam pokarmu i zaczęłam karmić mieszanką, a w międzyczasie odciągałam pokarm laktatorem i przystawiałam jak najczęściej synka. Dziś karmię już 4 miesiące”. (A71)

W powyższej historii położna dała kobiecie narzędzie, które mogło ułatwić przystawienie dziecka. Metoda odwróconej strzykawki wykorzystywana jest w celu wyciągnięcia wklęsłych brodawek chwilę przed przystawieniem dziecka do piersi a nie do „poprawy wyglądu sutków”. Choć jest to prosta metoda, wymaga instrukcji, dzięki której kobieta mogłaby ją zastosować. W powyższej historii najprawdopodobniej zabrakło wskazówek, kobieta nie wiedziała, co ma z tą strzykawką zrobić. Była zniechęcona, ponieważ nie dostała wsparcia a całościowy przekaz sprawił, że nie chciała stosować się do rad położnej.

Jednym z największych lęków części kobiet, które decydują się na karmienie naturalne, jest lęk o to, czy są w stanie zaspokoić zapotrzebowanie dziecka na pokarm. “Czy moje piersi są w stanie wyprodukować odpowiednią ilość mleka?”, “Ile moje dziecko zjada, przecież tego nie widać?”. Kobiety mogą obawiać się, że ich ciała są niewystarczające, piersi zbyt małe, brodawki zbyt płaskie. Oceniające, niemerytoryczne uwagi mogą być bardzo demotywujące, wywoływać stres, który nie sprzyja karmieniu piersią. Kobieta może czuć, że jej ciało nie jest wystarczające, żeby wykarmić dziecko, że czegoś jej brakuje.



„Pielęgniarka powiedziała, że piersi wyglądają jakby nie miały mleka”. (A147)

„»Co on ma jeść, jak tutaj jest pusto?«”. (A401)

„Usłyszałam, że na pewno dziecko płacze, bo się nie najada, bo nie mam pokarmu”. (A315)

„Usłyszałam, że mam duże piersi, więc dlaczego puste”. (A1809)

„Położna na oddziale »Pokaże piersi. Puste«”. (A2997)

„Trudne i nienadające się do karmienia”. (A385)

„Usłyszałam, że dziecko płacze, bo nie mam mleka, co więcej bez pytania położna mocno dotknęła mi piersi, a że miałam wtedy nawał i twarde piersi, to wywołało ból, a dziecku trudniej było się dostawić... Dobrze, że to była druga przygoda z karmieniem i wiedziałam już bardzo dużo”. (A266)

„Dziecko miało problem ze ssaniem. Jedna położna stwierdziła, że w piersiach nie ma mleka, przyszła kolejna i mówiła z kolei, że mleka jest dużo”. (A111)

„Po ściśnięciu piersi przez położną, powiedziała, że jest mało mleka”. (A652)



Część komentarzy dot. brodawek, piersi czy ilości mleka była wspierająca:

“Że mam brodawki stworzone do karmienia dzieci”. (A74)

“Że mam dobre brodawki i mleko już jest, tylko maluch jest leniwy i nie chce jeść, ale to normalne”. (A211)

“Od położnych, że mam bardzo dużo mleka i piękną laktację, bardzo mi gratulowały i wspierały”. (A409)

Takie słowa mogą dodać otuchy, jednak warto zwrócić uwagę na to, iż w sali mogą znajdować się inne kobiety, które również mogą zacząć oceniać swoje ciało porównując się do innych. Nawet pozytywne komentarze powielają mit, jakoby po krótkim spojrzeniu na biust można stwierdzić ilość produkowanego przez piersi mleka oraz wyrokować czy dziecko będzie miało trudności w ssaniu. Nie ma jednak wątpliwości, że wszystkie wspierające i wyrażone z empatią słowa są na pewno kobietom potrzebne:

“Usłyszałam od pani salowej, że mam ładne brodawki i będę karmić kilka lat. Jedyna osoba, która dodała mi otuchy po porodzie”. (A143)

Jedna z lekarek, która jest mamą wielu dzieci, a także szkoli personel medyczny z zakresu laktacji, powiedziała:

„To jest temat rzeka, bo z punktu widzenia mnie jako doradcy brodawka może być naprawdę w milionie odmian i nie jest to w ogóle przeszkodą do karmienia, ale takie przekonanie, że ta brodawka musi być jakaś tam panuje wśród personelu



nagminnie. To jeden z wielu mitów. Jeżeli dziecko dobrze jest przystawione to naprawdę ono nie zna innej brodawki. Ono taką dostało u tej mamy, więc ono nie będzie wybrzydzać. Taka jest i tak z taką sobie poradzi, czyli wraca takie przesłanie, bardzo stare, przede wszystkim nie szkodzić. Te komunikaty o kształtach piersi wielkościach i brodawkach to jest w ogóle cały ocean i tego rzeczywiście może nawet jest najwięcej. Może od tego trzeba by zacząć. I to jest ogromne nieporozumienie, bo to nie ma żadnego związku z możliwością wykarmienia dziecka. Bardzo rzadko się zdarza taka sytuacja, że może być to trudnością przez kilka dni, ale nie jest przeszkodą do wykarmienia potem tego dziecka. Ja już naprawdę widziałam piersi, które wystawały 2 cm od klatki piersiowej i mama karmiła 2 lata to dziecko. Zdecydowanie większość tych par, które do mnie przychodzi, powiedziałabym, że 90% problemów, które one potem mają, wynika z różnych problemów dziecka. Zdecydowanie". (P1)

Jak bardzo komentarze o piersiach/brodawkach mogą być nie na miejscu, bezcelowe i chybione, a także jak często mówią więcej o braku wiedzy i bezradności osoby, która je wypowiada, przekonamy się czytając poniższą wypowiedź kobiety:

„Jedna położna komentowała płaskie brodawki, że nimi to nie wykarmię... poprosiłam o wezwanie kogoś, kto mi pomoże przystawić prawidłowo. Drugiej położnej powiedziałam, że starszego syna karmiłam piersią 2,5 roku, to pierwsza była zszokowana". (A851)



Kolejna z kobiet mogła uznać, że nie jest w stanie wykarmić swojego dziecka z powodu wklęsłych brodawek mając taki wzorzec w rodzinie. Nie zraziła się jednak i szukała przyczyn po stronie dziecka.

„Pamiętam, że moja mama miała teksty pod tytułem »Po co się męczysz?«, »Daj butelkę«. Miałam wklęsłe brodawki, tak jak inne kobiety w mojej rodzinie. To też był argument mojej mamy, że one nie karmiły, bo też mają takie brodawki. Powiedziała magiczne słowa pod tytułem: »Przecież u nas żadna kobieta nie karmiła, wszystkie miałyśmy problemy i przecież ty też nie będziesz karmić«. To było to magiczne zdanie, bo jak ktoś mi mówi, że ja czegoś nie zrobię, to tak nie będzie. To zadziało jak płachta na byka. Wiedziałam, że mam takie brodawki i pamiętam, że zapytałam nawet na szkole rodzenia, czy to jest problem. Oczywiście usłyszałam o kapturkach i o innych rzeczach. Ktoś nawet w szpitalu sugerował te kapturki, ale to była rzecz, która wiedziałam na pewno, że mi nie pomoże, bo coś innego jest nie tak. Więc z nakładek nie korzystałam w ogóle. I po prostu w tym moim szale szukania i zdobywania informacji dowiedziałam się, że raz, że kobiety, które miały płaskie brodawki albo wklęsłe brodawki – karmią, a dwa, jak już odciągałam tym laktatorem to okazało się, że te brodawki już nie są wklęsłe, po prostu. Także ten problem sobie poszedł”. (K19)

Ten inny problem, o którym mówiła kobieta, jak się później okazało, wynikał z nieprawidłowej anatomii w obrębie jamy ustnej dziecka, a udało się go rozwiązać z pomocą zaleceń neurologopedy.



Jedna z kobiet, której historię kontaktu „skóra do skóry” opisywałyśmy wcześniej, zapytana na samym początku wywiadu, o to co sprawiło, że chciała z nami porozmawiać, jako pierwsze wypowiedziała słowa:

„Odczucia jakie mi towarzyszyły na początkach karmienia piersią. Dużo zrobiło tutaj podejście położnych na oddziale na samym początku. Nie było takie jak powinno być. Położna, która przyniosła mi dziecko popatrzyła na moje piersi powiedziała, że »Pani przecież z tym nie będzie karmić«, że »Jak to sobie pani wyobraża? Proszę wysłać kogoś po nakładki. Przecież pani bez nakładek nie ma szans, żeby zaczęła karmić«. Więc nawet mi nie przyłożyła dziecka do piersi. Ja byłam po cięciu cesarskim, więc to trochę było mi ciężko samej ją wziąć”. (K9)

Powyższe słowa, były niewątpliwie przemocowe, a dla kobiety bolesne i traumatyczne. Jeszcze podczas wywiadu budziły na tyle duże emocje, że kobieta rozplakała się je wypowiadając.



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny podważa zdolność kobiet do wykarmienia dziecka kierując do nich suche, zdawkowe i bezcelowe komentarze dotyczące rozmiaru, budowy piersi czy brodawek. Takie uwagi są szkodliwe, ponieważ mogą zniechęcić kobietę do karmienia, odebrać jej wiarę w powodzenie, wzbudzić lub wzmocnić lęk o to, iż nie będzie w stanie wykarmić własnego dziecka. Stoimy na stanowisku, że takie komunikaty są formą przemocy słownej.



W ostatniej cytowanej historii położne zaleciły stosowanie nakładek (tworzywo silikonowe w kształcie brodawki do nakładania na brodawkę na czas ssania piersi, również nazywane osłonkami lub kapturkami), jednocześnie ignorując zasady prawidłowego postępowania i zachowania kontaktu „skóra do skóry” (cytowaliśmy historię tej kobiety w podrozdziale 3.2.1. dot. kontaktu SDS).

Niestety wydaje się, że proponowanie nakładek kobietom, które mają nietypowy kształt brodawki, jest bardzo częste, ale co najistotniejsze nie idzie w parze z udzieleniem rzetelnej pomocy. Nieumiejętnie używane nakładki mogą wprowadzać problemy. Zalecanie ich powinno być więc poparte specjalistyczną wiedzą. Powinny być odpowiednio dobrane, a ich wprowadzenie poparte instruktażem położnej. Nakładki to rozwiązanie tymczasowe i ich zalecenie powinno być próbą rozwiązania problemu w karmieniu piersią (np. popękanych brodawek) a wraz z ustaniem problemu, korzystanie z nakładek powinno zostać zakończone.

„Kapturki mogą być stosowane w okresie przejściowym, podczas nauki ssania w sposób właściwy, kiedy istnieją uzasadnione ku temu powody¹⁴⁵”.

“Każda pani mówiła co innego. Jedna, że dziecko trzeba dokarmić mlekiem modyfikowanym, a druga, że nie. Sugerowały nakładki. Jedyna położna, kiedy już prawie się poddałam pokazała, jak prawidłowo przystawić dziecko i od tamtej pory karmienie przebiega bez problemu”. (A25)

„Opiekę w trakcie ciąży oceniam bardzo dobrze. Gorzej było w szpitalu. Rodziłam przez cesarskie cięcie, cały pobyt w szpitalu odczuwałam, że jestem pacjentka gorszej kategorii. Kiedy

¹⁴⁵ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, s. 13, https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



urodziłam, miałam problem z przystawieniem dziecka do piersi, do tego byłam bardzo obolała po zabiegu. Położna, która do mnie przyszła zbesztła mnie, że dziecko jest głodne i szuka, a ja mu nie daję jeść. Nie pokazała w jaki sposób przystawiać dziecko. Przystawiła je sama i stwierdziła, że nie umie złapać piersi, bo mam wklęsłe brodawki. Zapytała, czy mam nakładki laktacyjne. Miałam, ale w walizce. Nie umiałam ich sama wyjąć, bo nie mogłam się ruszać, więc położna przyniosła szpitalne. Dziecko zaczęło ssać przez nakładkę. Nikt nie powiedział w jaki sposób zejść z nakładek, nikt nie powiedział o doradcy laktacyjnym. Czułam się winna, że dziecko nie umie jeść z mojej piersi. Oczywiście dziecko zostało dokarmione mlekiem modyfikowanym w nocy, mimo że w planie porodu miałam zaznaczone, że tego nie chce. Kiedy dziecko w szpitalu płakało, położne zalecały smoczek. Dziecko nie chciało smoczka. Obecnie udało mi się zejść z nakładek dzięki mojej położnej środowiskowej i pediatrze. Nie używam smoczka”.

(A2371)

„Wzięłam to sobie do serca, że ze mną, z moją anatomią jest coś nie tak. Może to nie pomogło, natomiast nie był to główny problem. Kapturki, które mi były zaproponowane przy, jak się później okazało, obniżonym napięciu w buzi u mojego dziecka, jeszcze bardziej pogłębiły problem. Przywiązałam się do myśli, że to moja budowa anatomiczna jest problemem. Główny problem był po stronie dziecka”. (K37)

„Co przyszła jakaś położna, to mówiła co innego. Kolejna położna zaleciła nakładki na piersi, ale też w dobie pandemii szpital tego nie



miał. Mój mąż musiał mi na szybko jakieś załatwić i przywieźć. Podał pielęgniарce, bo nie mógł mnie widzieć, bo nie mógł wejść na oddział i okazało się, że nakładki były za małe. Bolały mnie sutki. Córka trochę je pociumkała, ale koniec końców dalej nie chciała ssać. Nikt się tym kompletnie nie interesował, że nam to nie idzie. Łatwiej oczywiście było dać mleko modyfikowane. W końcu musiałam je podać, bo musiała coś zjeść, a laktator był jeden na oddział, więc ani razu go nie użyłam. Miałam takie wrażenie, że personelowi jest wszystko jedno, jak ja będę karmić, że pobędę tu chwilę, zaraz sobie pójdę, przyjdzie kolejna, a ich to nie interesuje. Mleko modyfikowane a pierś, to dla nich żadna różnica”. (K52)

Jedna z kobiet dopiero po powrocie do domu uzyskała wiedzę o tym, jak zrezygnować z używania nakładek, po zagłębieniu się w informacje dostępne na internetowej grupie na Facebooku, w której, jak to określiła, promowano wiedzę opartą na badaniach naukowych (tzw. EBM – Evidence Based Medicine). Zdobyła także inne informacje pomocne jej w przezwyciężeniu trudności, które pojawiły się już na oddziale poporodowym.

„Ja nie napisałam osobnego postu. Po prostu czytałam wszystkie te co tam były i stamtąd się dowiedziałam: ile razy na dobę powinnam ściągać laktatorem, żeby tę laktację utrzymać, jak powoli schodzić z nakładek, bo położna w szpitalu jeszcze powiedziała, żeby spróbować karmić z nakładką. Ale też nie było nic powiedziane, że to nie jest rozwiązanie na zawsze i ono nie jest dobre. To jest przejściowe. Bo tak nawet nie wiedziałam, że trzeba z nich schodzić i że możliwe, że mały przez nakładki też nie rozkręcił tej laktacji, tak jak powinien. Stamtąd się dowiedziałam, że trzeba schodzić i że trzeba próbować, i że zamiast butelką, to lepiej kubeczkem, strzykawką dokarmiać, żeby nie zaburzyć



odruchu ssania, żeby mały już nie został na butelce. Wszystko to wyciągnęłam z tej grupy". (K16)

A oto kolejna historia wcześniej już cytowanej przez nas kobiety, której wygląd brodawek skrytykowano już podczas kontaktu „skóra do skóry” i od razu zapytano, czy ma nakładki:

„Ja te nakładki miałam, bo dostałam od koleżanki. Ona mówi »Nie używałam, ale w razie czego sobie może weź«. No i wzięłam, ale one były do bani, takie twarde, wielkie. Po tej cesarce byłam znieczulona, więc się nie mogłam ruszać, tylko rękoma. Małej za bardzo nie umiałam przystawić przez tą nakładkę. Nakładka spadała przesuwała się, to koszmar. Mała całą noc płakała, bo pewnie chciała ssać. Staralam się na tyle ile mogłam, ale raczej krzyczała większość nocy i tylko rękoma z jednej strony na drugą ją przerzucałam, bo byłam bez ruchu. Nie wiedziałam, czy tak ma być, czy nie. Te położne, które przychodziły zaraz po porodzie jeszcze na dukcie porodowym one były trochę niemile i nie pokazywały, były takie bez empatii, oschłe, że powinnam wiedzieć. Dla nich to jest chleb powszedni, ale dla mnie nie. No radź sobie. Nie wiedziałam, jak przez te nakładki mam próbować, przystawiać czy nie. Jeszcze dostałam informację, że jest weekend, więc nie ma pani laktacyjnej. Ona przyjdzie do mnie po weekendzie. Następnego dnia po uruchomieniu jak to się mówi po cesarskim cięciu przewieziono nas na poporodową salę. To była sobota, bo urodziłam bardzo późno w piątek. Małą cały czas próbowałam przystawiać na tyle, na ile potrafiłam z tymi nakładkami. Zapytałam którejś z położnych, bo widziałam sama, że te nakładki są beznadziejne, wielkie, twarde, czy może jakieś inne. Pytam się »Czy z [nazwa firmy]«. »Tak,



z [nazwa firmy] są dobre«. No to: »Czy jakiś rozmiar?«, to w sumie nawet mi nie spojrzały na brodawkę, żeby doradzić tylko »Pani weźmie M, bo to najbardziej uniwersalne«. Mąż poszukał i przyniósł mi rano. Próbowaliśmy przez nie małą karmić. Widziałam praktycznie, że ta siara spływa do nakładki, ale mała cały czas płakała. Nie wiedziałam, czy ona płacze, bo dzieci płaczą, czy ona płacze, bo jest głodna, czy czemu ona płacze całą noc. Ona później około trzeciej mi zasypiała, ale teraz już wiem, co mnie tak boli dosyć mocno, że ona zasypiała po prostu już z wycieńczenia. Też całe szczęście wiedziałam od położnej środowiskowej, właśnie na spotkaniach przygotowujących przed porodem to było poruszane, i tą siarę z tej nakładki, żeby się nie zmarnowała, bo widziałam, że ona zalega, a nie widziałam czy mała to przełyka, czy nie, więc sama wkładałam palec i wyjmowałam i nacierałam jej siarą dziąsła. Tyle co robiłam. W nocy jak przychodziły panie położne, one były bardzo miłe, bo nie powiem, że niemiłe, tylko nie wiem, czy one nie miały wiedzy laktacyjnej, czy co, bo mała krzyczała w nocy, to odpowiedź na to, jak mówiłam, że próbuję przystawić, że nie wiem czy ona ssie, że wypuszcza, też nie byłam w stanie przyjąć innej pozycji jak na leżąco po tej cesarce (nikt mi też nie pomógł, nie podpowiedział, bo te łóżka były na pilota, ale jakoś miałam zaćmienie, a mogłabym po prostu z pilotem usiąść i na siedząco ją przystawić), to jedyna odpowiedź pań położnych to była, czy może przynieść mieszankę. Byłam kategorycznie na nie na tą mieszankę. Do tego stopnia, właśnie, że ciągle mówiłam, że nie, nie i nie. W poniedziałek rano przyszła pani M. Nasz anioł. To już była 3-4 doba, więc dwie doby praktycznie mała się przegłodziła. Tyle co jej tak wmasowywałam tą siarkę w dziąsła”. (K31)



W podrozdziale 3.2.8. dot. postępowania w przypadku nieskutecznego karmienia zacytujemy fragment dalszej opowieści kobiety, o tym jaką profesjonalną pomoc i wsparcie otrzymała później od pracującej w tym samym szpitalu doradczynie laktacyjnej, która, jak to określiła, była jej „aniołem”.



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny szpitala zaleca stosowanie nakładek na brodawki sugerując się wyłącznie wyglądem piersi, bez oceny umiejętności ssania dziecka oraz nie udzielając kobiecie rzetelnej pomocy w karmieniu piersią czy nawet instrukcji jak stosować nakładki. Zazwyczaj brakuje również informacji, że to rozwiązanie tymczasowe.

Ból brodawek u kobiet często jest przez personel medyczny ignorowany bądź bagatelizowany.

*„Bolały mnie sutki przez złe przystawienie dziecka do piersi, więc zaproponowano, że podadzą mieszankę. Z bólu zgodziłam się”.
(A2417)*

„Dzień przed terminem było rozwiązanie, my nawet ponad dwie godziny mieliśmy kontakt skóra do skóry i już wtedy mówiłam, że mnie boli. Akurat był wieczór, bo młody się urodził późnym popołudniem, więc noc jakoś tam przebiegła spokojnie i kolejnego dnia rano dziecko płakało, płakało, płakało. Kazali przystawiać, jak nie przystawiać to miałam swój laktator i kazali ściągać, pracować. Na zmianę ze ściągnięciem, karmieniem płakałam”. (K53)



„Personel medyczny nie sprostął zadaniu. Wielokrotnie zgłaszałam się z prośbą o pomoc, przedstawiałam swoje obserwacje, że dziecko ma problem z prawidłowym ssaniem, zniekształca brodawkę, że pojawił się ból i rany. Prosiłam, żeby ocenić wędzidełko (po wyjściu ze szpitala okazało się konieczne podcięcie). Zostało to zbagatelizowane, wina za słabe karmienie została zrzucana na mnie, mówiono mi wprost, że źle przystawiam, że zła pozycja, że jako pierworódka nie mam doświadczenia i muszę poćwiczyć, że karmienie zawsze boli itp. Po wyjściu ze szpitala na własną rękę musiałam szukać pomocy”. (A390)

„Na oddziale nie było doradcy laktacyjnego, a jak mówiłam, że moje dziecko nie chwyta piersi, a karmienie okrutnie boli to dowiedziałam się, że tak jest i że tylko w książkach piszą głupoty”. (A520)

Historia kobiety jest jedną z wielu podobnych, w których to trudności po stronie dziecka stanowiły początek problemów z karmieniem piersią. Więcej przykładów i szersze omówienie zagadnienia zawarliśmy w podrozdziale 3.2.7., w którym skupiamy się na obowiązkowej według S000 ocenie umiejętności ssania i efektywności pobierania pokarmu.

Szybka profesjonalna pomoc, kiedy karmienie bezpośrednio z piersi boli kobietę jest kluczowa, gdyż niechęć do przystawiania w wyniku bólu jest naturalna, a mniejsza częstotliwość przystawiania dziecka w pierwszych dobach może skutkować nadmiernym ubytkiem masy ciała (o fizjologicznym spadku masy ciała noworodka więcej w podrozdziale 3.2.8.).

„Myślałam, że karmienie piersią będzie prostsze. Ostatnio rozmawiałam ze znajomą i ona powiedziała, że jej badali piersi jak była jeszcze w ciąży. Moich nikt nie obejrzał i ja na przykład nie



wiedziałam, że mam płaskie brodawki i miałam bardzo duży problem, że miałam po prostu poranione. Miałam psychiczny problem z przystawieniem dziecka, bo wiedziałam, że to zaboli. W czasie edukacji przedporodowej, miałam na temat karmienia piersią, ale bez badania piersi i położna, ta która mi prowadziła edukację przedporodową, potem już na patronażu raz widziała, jak miałam ranę na brodawce. Jak jej pokazałam, to była zdziwiona, że byłam w stanie przystawić dziecko do tej piersi, bo miałam taką ranę. Natomiast tak to nie badała w ciąży mi piersi. Zaś jeszcze w szpitalu położna powiedziała, że córka spadła powyżej 10% masy urodzeniowej”. (K3)

Czasem karmienie przez nakładki daje czas na zagojenie się ran brodawek. Jednak w takiej sytuacji kluczowe jest wraz z jednoczesnym wprowadzeniem nakładek, znalezienie przyczyny powstawania problemu poranionych brodawek. W kolejnej historii w szpitalu ignorowano ból brodawek, który zgłaszała matka. Dopiero uważna położna środowiskowa skorygowała pozycję karmienia, co z tymczasowym użyciem nakładek pomogło zaleczyć rany.

„W szpitalu była bardzo fajna położna, która zaglądała, czy dziecko je, czy prawidłowo, czy zasysa, czy policzki się dobrze ruszają. Miałam problem, bo bardzo mocno poraniły mi się brodawki, więc poleciła mi kupić kompresy na rany. Natomiast na pewno nie było problemu z wędzidełkiem, bo też położna sugerowała, że może być z tym problem. Natomiast nikt mi faktycznie nie patrzył, dlaczego to dziecko mi tak rani te brodawki. Nikt nie zwrócił uwagi, mimo że się skarżyłam za każdym razem jak byli. Absolutnie tego nie sprawdzają. To jest minus tego szpitala, że on jest nazywany fabryką dzieci, że szybko urodzić dziecko i szybko wyjść. Tam jest



bardzo duży nacisk na to, żeby dzieci przybierały, a ten fizjologiczny spadek nadrobią jak najszybciej, więc generalnie była bardzo silna presja, żeby karmić, karmić, karmić. »Bo jak pani nie będzie karmić, to damy butelkę«. Proponowali mi mieszankę. Nawet na dzień przed wypisem, jak był lekarz na wizycie, to mówił, że dziecko jest jeszcze na takim silnym spadku, że jeśli następnego dnia rano, czyli w dniu wypisu, nie będzie takiego przebiegania jakie powinno być, to zostaniemy na cały tydzień i koniecznie dziecko wtedy już musi przejść na mieszankę albo przynajmniej być nią dokarmiane. Mąż się śmieje, że jestem upartą istotą, więc powiedziałam, że nie dopuszczę do tego i tylko karmiłam, karmiłam. Po tych 3 dniach jak wróciłam do domu, przysłała nasza położna środowiskowa. To, co było dla mnie ogromnym wsparciem to to, że przekazała ogromną ilość praktycznej wiedzy. Pokazała, jak karmić spod pachy. Powiedziała »Pozwól dziecku leżeć na poduszce, przecież nie musisz go trzymać w rękach cały czas, a tu przy okazji mleko inaczej z tych kanałów spływa, inaczej pierś jest opróżniona«. Żadna książka na to nie przygotuje. To musi przyjść osoba, musi to dziecko obrócić, pokazać jak ręce ułożyć. Żadna zabawa na fantomie czegoś takiego nie nauczy, jak faktycznie osoba, która już pokaże na żywym organizmie. Kazała mi przez 2-3 dni karmić w nakładkach silikonowych, żeby się zdążyły rany wygoić. Jak się wygoiły, to już spokojnie wróciłam do normalnego karmienia i już nie było takiego problemu". (K48)

Warto również wiedzieć, że czasem problem bolesności brodawek może wynikać z syndromu zwanego fenomenem Raynauda, czy problemów z grzybicą (sygnałem ostrzegawczym będą wówczas, np. pleśniawki u dziecka).



„Przeszłam przez zespół Raynauda. To jest podobno rzadkie – jednostka chorobowa, która się objawia najczęściej w stawach drobnych, czyli w dłoniach, że przy zmianie temperatury odpływa krew z naczyń krwionośnych i na przykład ręce robią się białe. Wówczas to jest bolesne. Akurat moja siostra jest neurologiem i wszystko mi wyjaśniła. Zdarza się właśnie, że u kobiet karmiących, to nie jest tak, że się tym się zaraża, tylko że ekspozycja na ssanie powoduje nadwrażliwość brodawek i piersi reagują w ten sposób, że krew też odpływa, po karmieniu brodawki bieleją i to jest bolesne. Nie można wyjść na dwór, bo nie można w ogóle zimnem ich traktować. Potwornie to boli. Przez to, że młody jadł, to ja się czegoś takiego nabawiłam. Wychodziłam na dwór z żelowymi wkładkami nagrzanymi w mikrofali, z tetrami izolującymi”. (K38)



Droga kobieto!

Różnicowanie zespołu Raynauda wymaga znajomości problemów w laktacji na poziomie zaawansowanym. Jest często błędnie diagnozowany jako infekcja Candida i leczony środkami przeciwgrzybiczymi¹⁴⁶.

Wymaga on diagnozy i różnicowania przez specjalistę od laktacji. Zachęcamy do diagnozowania się u konsultantki laktacyjnej IBCLC, doradczyni laktacyjnej (CDL), albo położnej z obszerną wiedzą laktacyjną.

¹⁴⁶ Anderson P. O., *Drug Treatment of Raynaud's Phenomenon of the Nipple*, *Breastfeeding Medicine* 2020, 15(11):686-688, <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0198> [dostęp: 30.11.2023]



Podsumowując, potrzebna jest specjalistyczna wiedza, aby personel medyczny szpitala potrafił pomóc pacjentce z bólem lub ranami brodawek. Taką wiedzę posiada jedna z lekarek, która na co dzień pomaga kobietom w szukaniu przyczyn bólu.

„Najczęściej to, co się dzieje potem z mamą jest wynikiem działania dziecka. Czy to będą uszkodzone bolesne brodawki, czy to będzie, ból piersi, czy to będzie niedobór pokarmu, czy zapalenia i zastoje, czy inne rzeczy – tu dziecko jest najczęściej winowajcą, co notabene niezwykle rozluźnia atmosferę jak ja to mówię, staram się to zawsze powiedzieć na wizycie, bo to z tej kobiety zdejmuję niesamowity ciężar, że ona tu coś zawiniła. Zawsze mówię: »Nic pani nie zawiniła. Wręcz szacun, że szuka pani pomocy i że pani do mnie przyszła. Wcale nie późno, bo jeszcze mamy dużo czasu«. Nowa droga jest otwarta dla niej”. (P1)



Problem!

Zdarza się, że ból lub rany brodawek u kobiet są ignorowane bądź bagatelizowane, a personel nie potrafi pomóc lub nawet nie próbuje szukać przyczyn bólu/ran.

3.2.6. POMOC I WSKAZÓWKI UDZIELANE MATCE

S000 wskazuje na przekazywanie przez personel medyczny informacji zgodnie z aktualną wiedzą jako na jeden z pierwszych elementów zapewniania warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka. Wymieniony jest również instruktaż matki w zakresie przystawiania dziecka do piersi czy rozpoznawania wczesnych oznak głodu.



„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

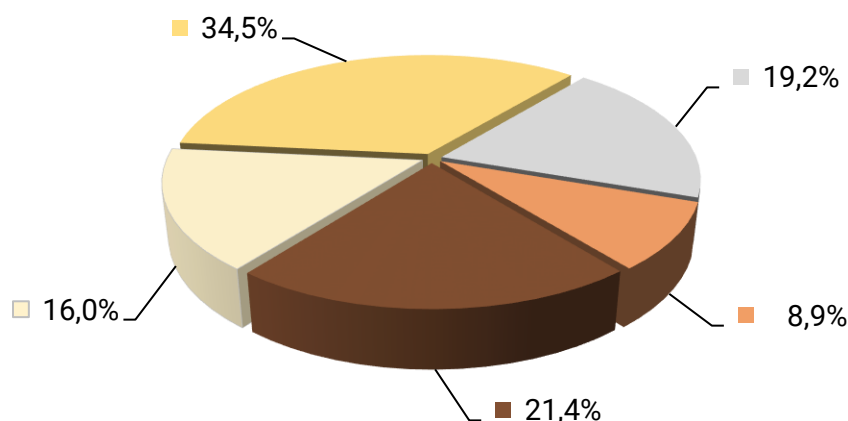
1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;

2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny;

3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania)”.
(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Respondentki odpowiadając na pytanie „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciągniętym z piersi?” wymieniały odpowiedzi wskazujące na otrzymanie tej pomocy: tak - cały personel służył pomocą (16,0%), tak - ale pomoc była w zależności od danej zmiany personelu (34,5%), tak – na oddziale była dostępna osoba „od laktacji”, do której kierował mnie personel (19,2%). Część jednak tej pomocy nie otrzymała. Pomimo tego, że personel kierował kobietę do osoby „od laktacji”, to nie była ona dostępna (8,9%). Z kolei 21,4% ankietowanych będących pod opieką szpitalną nie otrzymało żadnej pomocy w zakresie karmienia piersią i mlekiem matki (Ryc. 3.11.).





- Tak - cały personel służył pomocą
- Tak - ale pomoc była w zależności od danej zmiany personelu
- Tak - na oddziale była dostępna osoba "od laktacji", do której kierował mnie personel
- Nie - na oddziale była osoba "od laktacji", do której kierował mnie personel, ale nie była ona dostępna
- Nie

Ryc. 3.11. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciągniętym z piersi?” (% , N=2476)

Wśród osób, które pomagały najczęściej były położne, doradczynie laktacyjne CDL/międzynarodowe konsultantki laktacyjne IBCLC/edukatorki ds. laktacji, rzadziej były to pielęgniarki, następnie lekarze neonatolodzy, psychologowie czy lekarze innych specjalności. W części przypadków kobiety nie wiedziały, kto udzielił im pomocy, natomiast pojedyncze z nich wymieniały, osoby dość nieoczywiste:

“Największą pomoc okazała mi salowa”. (A1900)

“Pani z Banku mleka kobiecego”. (A2003)



*“Lekarz pediatra 3. dnia po porodzie oraz pani sprzątająca salę.
Bezdzietna w dodatku, ale miała bardzo trafne i pomocne rady”.*

(A2347)

Kobiety, które odpowiedziały twierdząco na pytanie o pomoc, były pytane również o to: *„Jak ta pomoc wyglądała i czy zaspokoila Twoje potrzeby?”*. Natomiast kobiety, które zaznaczyły, że nie otrzymały pomocy odpowiadały na pytanie: *„Jakie było zachowanie personelu i co mogło być przyczyną braku pomocy/braku udzielenia wskazówek w karmieniu piersią i/lub Twoim mlekiem?”*. Poniżej cytujemy wybrane odpowiedzi ogólnie oceniające pomoc lub brak pomocy personelu medycznego oraz te skupiające się na udzielonym kobietom instruktażu w karmieniu piersią. Natomiast w dalszych podrozdziałach będziemy również przyglądać się odpowiedziom na te pytania w przypadkach, kiedy kobiety konkretnie wskazywały na postępowanie personelu związane z omawianym w danym podrozdziale tematem (np. ocena umiejętności ssania, stymulacja laktacji czy postępowania personelu w przypadku komplikacji zdrowotnych po stronie dziecka, wcześniactwo itp.).

Część kobiet miała bardzo pozytywne doświadczenia. Spotkały się z empatią, rzetelną pomocą i wsparciem, ale, co nie mniej ważne, zostały poinstruowane i poinformowane jak karmić piersią.

“Położna nauczyła mnie, jak usłyszeć połknięcie mleka, jak obudzić przysypiającego noworodka przy piersi. Uspokoila, że dwa dni dziecko może ssać samą siałę i jest to dobre dla jego układu odpornościowego. Dostałam też wskazówki, ile minut powinno ssać dziecko i jak zmieniać pierś do karmień. Zaspokoilo moje potrzeby w 100%”. (A127)

„Pokazała prawidłową pozycję karmienia i jak dziecko ma uchwycić pierś. Mówila też o przetykaniu pokarmu przez noworodka”. (A219)



„Otrzymałam informacje na temat pozycji przystawiania dziecka, ile dziecko powinno jeść, jak sobie radzić z nawałem, co robić, gdy dziecko zasypia w trakcie jedzenia, jak sprawdzić czy efektywnie je. Poznałam sposoby sprawdzania, ile zjadło/przyrostu masy, jak często karmić”. (A2410)

„Pomocy było dużo. Różne położne odpowiadały na pytania, radziły, pomagały. Miałam możliwość konsultacji z doradczynią laktacyjną. Ale kiedy w nocy miałam kryzys i duży niepokój, że dziecko się nie najada spotkałam się z dużym zrozumieniem i wsparciem od położnych na dyżurze. Pomogły zarówno w karmieniu jak i mentalnie”. (A450)

“Osoby z personelu pomagały mi przy podawaniu dziecka i dostawieniu dziecka. Uczyły, jak to robić. Korygowały pozycje. Doradca laktacyjny powiedziała, że wszystko ok u mnie i choć brodawki nie były bardzo mocno »wystające« to powiedziała, że dzidzia sobie poradzi. Tłumaczyła, że pierwsze to siara, że z biegiem czasu opanuje technikę karmienia i ta laktacja się zwiększy. Bardzo wspierała. Czułam się dobrze, ponieważ doradczynie wszystko mi tłumaczyła, czułam się zaopiekowania. Była ciepła i zaangażowana – toż to anioł był”. (A253)

“Często prosiłam personel o pomoc z przystawieniem i byłam bardzo ciepło traktowana. Udzielono mi wielu wskazówek i pomagano z przyjęciem wygodnej pozycji, z podaniem dziecku brodawki itd.” (A2045)



„Wszystkie położne były pomocne, zależnie od moich potrzeb. Początki karmienia są trudne i budzą dużo wątpliwości i frustracji. Otrzymywałam pomoc na bieżąco”. (A167)

„Jedna z położnych próbowała mi pomóc, ale bez większego sukcesu, za to położna z kolejnej zmiany poświęciła mi bardzo dużo czasu i troski, dzięki niej nauczyliśmy się z dzieckiem karmić piersią”. (A163)

„Od wytłumaczenia skąd bierze się pokarm i jak się pojawia po pomoc w przystawianiu dziecka do piersi oraz pokazania różnych pozycji do karmienia i oceny ssania przez dziecko, czy jest ono efektywne”. (A145)

“Położne dawały dużo przestrzeni, na zasadzie, kiedy będę potrzebowała pomocy, mam je wezwać. W pewnym momencie byłam zrezygnowana i bardzo rozbita, ponieważ miałam wrażenie, że robię coś źle. Waga dziecka się wahała, przez co nie mogliśmy od razu wrócić do domu. Zadzwoiłam po położną, przyszła z uśmiechem na twarzy i ogromną empatią spróbowała pomoc mi przystawić dziecko do piersi. Problem mój pojawiał się na kilku zmianach i za każdym razem, od różnych osób otrzymywałam taką samą profesjonalną pomoc z traktowaniem mnie w sposób podmiotowy”. (A73)

„Pomoc na najwyższym poziomie. Położna spędziła ze mną mnóstwo czasu, żeby uczyć mnie i dziecko prawidłowo chwycić



pierś. Nawet stosowała pewne triki, żeby dziecko załapało o co chodzi (było oporne, słabo chwyciło brodawkę)". (2028)

Na uwagę zasługuje fakt pomocy położnych w sytuacji, kiedy kobieta w kryzysowym momencie jako jedyne rozwiązanie widziała podanie mieszanki.

„W szpitalu, bo to też jest istotne, nie było czegoś takiego, że w nocy położna nie przyjdzie. Tam wystarczyło, że położne usłyszały, że dziecko płacze, to przychodziły pytały »O co chodzi?«. Kiedyś byłam strasznie zmęczona miałam pogryzioną brodawkę. On chciał jeść, ale zbyt płytko chwycił pierś. Mówię »Mam już dość. Nakarmię go butelką, bo też bym chciała chociaż godzinę pospać«, bo tak byłam wykończona pomijając, że byłam po cesarce. One mi powiedziały, żebym się uspokoiła, żeby się napiła herbaty z cukrem, żeby mi się humor poprawił, bo widocznie spadł mi cukier. Położne przystawiały. Położna tak mi kombinowała wkładając poduszki mi pod łokcie, żeby on dobrze chwycił. One miały czas, żeby kombinować. To było w środku nocy 2-3 godzina to było bardzo cenne. Ze szpitala wyszłam taka uspokojona. Nie czułam, że coś mi nie wychodzi, że coś jest nie tak. W domu też już wiedziałam, jak sobie z nim radzić". (K27)

Czasem kobieta sama prosi o dokarmianie dziecka mieszanką. Bywa, że za tą prośbą kryje się lęk, niepewność. W takich sytuacjach często brakuje wsparcia emocjonalnego i przekazania elementarnej wiedzy, która być może pomogłaby podjąć inną decyzję. I choć należy szanować decyzję kobiety o rezygnacji z karmienia piersią, nie wywierać na niej presji, to jednak warto sprawdzić czy za tą decyzją nie stoją trudności, które można pokonać. Należy też wspomnieć, że przedstawienie kobiecie korzyści z karmienia dziecka swoim mlekiem jest jednym z obowiązków personelu. Poniższa historia opowiada o tym,



że personel medyczny nie pochylił się nad łękiem kobiety, nie uspokoił jej, że jest w stanie wykarmić swoje dziecko. Jak wynika z historii kobiet i osobistego doświadczenia autorek, problematyczna jest tendencja przekarmiania noworodków na oddziałach poporodowych. Jest to praktyka, która może być szkodliwa dla zdrowia, a także dla stabilizacji laktacji.

„Te same położne, które chętnie udzielały mi wsparcia laktacyjnego, pomagały dobierać pozycję, w ogóle były takie wspierające laktacyjnie, tak bym je określiła, to te same położne nigdy nie wyprowadziły kobiety, co leżała naprzeciwko mnie, z błędnego myślenia. Nigdy jej nie uspokoiły tylko jak ona powiedziała, że chce butlę, to jej od razu przynosiły. Nie powiedziały jej, że pani dziecko w pierwszych dobach ma bardzo mały żołądek i potrzebuje mało pokarmu, więc na pewno się tym najada. Ta kobieta jak dostawała taką jednorazową butelkę mleka modyfikowanego, to dla noworodka trzy-czterodniowego, to jest jakaś kosmiczna porcja i ona się stresowała, że ten maluch tej całej porcji oprócz piersi, którą też cały czas ssał, nie wypija. Żadna położna jej z błędu nie wyprowadziła. Ona próbowała tego trzy-czterodniowego noworodka tą kosmiczną porcją po prostu zapchać. Więc z jednej strony były w takie wspierające, a z drugiej, gdy pojawił się na sali jeden taki przypadek, że właśnie ta mama, widać było, już zaczynała mieć wątpliwości i potrzebowała takiego uspokojenia, wyprowadzenia z błędu, to tego nie otrzymała”. (K49)

Zdarzało się, że personel nie udzielał kobietom pomocy bez prośby pacjentki.

„Pielęgniarka udzieliła pomocy, ale na moją prośbę. Sam nikt nic nie mówił”. (A1092)



„Personel zupełnie nie interesował się mamą, dopóki nie zadzwoniło się dzwonkiem. Wykonywano swoje obowiązki na pełnym minimum. Tzn. trzeba spionizować po CC, zabrać dziecko na szczepienie”. (A204)

Część kobiet wskazywało, że nie proponowano im pomocy, a same o nią nie poprosiły, ponieważ nie odczuwały takiej potrzeby. Warto pamiętać, że personel ma obowiązki związane z oceną umiejętności ssania i zapewnieniem warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, o których będziemy pisać w kolejnych podrozdziałach, dlatego nawet jeśli kobieta nie potrzebuje pomocy, to czynności związane z ww. obowiązkami powinny być wykonane.

„Personel nie pomagał, jeżeli się o to nie poprosiło. Ja nie prosiłam nie czułam takiej potrzeby, ponieważ to mój drugi poród i już wiedziałam co i jak”. (A338)

„Nikt nie zwracał na ten temat uwagi, ale nie było też wskazań, że coś jest nie tak, ja również nie czułam potrzeby proszenia o pomoc”. (A384)

Często matki kolejnego dziecka nie otrzymują wsparcia, co w przypadku niżej cytowanej kobiety, było znamienne. Jej pierwsza ciąża była obumarła i nikt nie zainteresował się tym, że opieka nad dzieckiem z drugiej ciąży, to było jej pierwsze doświadczenie w kwestii opieki nad noworodkiem i pierwsze karmienie piersią:

„Od początku, kiedy urodziłam dzieci, miałam każde możliwe doświadczenie, jakie mama mogła przejść. Od ciąży obumarłej, po trójkę dzieci. Przy pierwszym dziecku nic nie wiedziałam o karmieniu piersią, aczkolwiek wszędzie zakładano, że wiem,



ponieważ wszędzie było zapisane ciąża 2 poród 2. Natomiast nikt nie zapytał o dziecko, czy to dziecko w ogóle było w domu, więc byłam zostawiona sama sobie". (K25)

Przedstawiony przypadek jest szczególny. Warto jednak podkreślić, iż nawet matka, która urodziła i karmiła już wcześniej może mieć trudności z karmieniem kolejnego dziecka. Na karmienie piersią wpływa wiele czynników, więc założenie, że kobieta z doświadczeniem w karmieniu piersią nie potrzebuje wsparcia personelu medycznego jest błędne. Tak o karmieniu piersią drugiego dziecka mówiła kobieta, która nie dość, że jest doułą i posiada szeroką wiedzę, to jeszcze rodziła w domu. Miała więc idealne warunki do rozpoczęcia karmienia, a mimo tego nie uniknęła trudności.

„Drugi poród był porodem domowym. Miałam położną prywatną, która też wspierała to karmienie piersią. Był nieprzerwany kontakt skóra do skóry, który jest kluczowy. Tak samo jak przy pierwszym dziecku miałam problemy z poranionymi brodawkami i bólem, i z przystawianiem. Mimo wiedzy, to nagle wszystko zapomniałam po porodzie. Ta położna wysyłała mi filmiki. Potem przyszła też skorygować technikę karmienia, bo nagle okazuje się, że karmi się paręnaście miesięcy, ale i tak potem z noworodkiem jest inaczej. Zapomina się to wszystko. Znowu było trudno, ale też wiedziałam, że nie ma innej drogi, jeżeli chcę karmić piersią". (K33)



Każde dziecko jest inne i dla każdego kolejnego dziecka jest się mamą po raz pierwszy.



Część kobiet otrzymywała sprzeczne zalecenia w zależności od tego kto ich udzielał lub wsparcie im udzielone było nierzetelne, niewystarczające, niezgodne z aktualną wiedzą o karmieniu piersią i laktacji. Niektóre kobiety pisały również o braku jakiegokolwiek wsparcia w karmieniu piersią.

„Udzielali pomocy wszyscy po trochu i to strasznie wprowadza w błąd szczególnie pierworódki. Nie wiadomo komu wierzyć i słuchać. Jak nie ma się solidnego wcześniejszego przygotowania można czuć się bardzo zakłopotanym i samotnym w takim momencie”. (A266)

„Jedna z położnych była bardzo pomocna i pomagała mi przystawiać dziecko do piersi, ale niestety na kolejne zmiany nie mogłam liczyć i czekałam, aż znowu wróci i mi pomoże”. (A479)

“Poprosiłam położną o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi po raz pierwszy: »Ma pani tak duże piersi, że zadusi pani dziecko. Nie mam czasu pani pilnować«. I wyszła z sali”. (A1634)

„Było to moje drugie dziecko, więc nikt na sali poporodowej ani na sali ogólnej nie pomógł mi przystawiać dziecka. Nikt nie oceniał, czy robię to dobrze. Wręcz przeciwnie starszy personel pielęgniarski poddawał w wątpliwość, czy mam pokarm, a same nie spojrzały, czy wypływa z piersi”. (A931)

„Sama chodziłam do dyżurki, żeby zapytać czy dobrze przystawiam syna, czy mam mleko i czy wszystko dobrze robię. Byłam bardzo źle



odbierana przez to. Że chcę, aby mnie położne wyręczały, a drugi komentarz był taki, że nie potrafię się nim zająć”. (A1601)

„Pielęgniarki od dzidziusiów pomagały przystawiać dziecko do piersi, ale pomoc była zależna od zmiany. Młodszy personel robił to z wyczuciem i delikatnie, natomiast starsze pielęgniarki robiły to wręcz »przemocowo«, byłam jeszcze bardziej zestresowana”. (A579)

„Gdy poprosiłam o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi położna stwierdziła, że na pewno ssie dobrze, sprawiała wrażenie, że nie chce żebym jej zawracała głowę. Możliwe, że przez brak czasu albo zmęczenie”. (A78)

„Osoba, która przyniosła mi dziecko zapytała, czy wiem, jak przystawić dziecko do piersi. Powiedziałam, że znam teorię. Zobaczyła piersi, doradziła pozycję i pomogła przystawić dziecko. Pięknie załapało. Potem doglądała mnie kilka razy w nocy. Kolejna zmiana, pytała tylko, czy karmię piersią. Nikt nie pytał, czy daje radę, nie przyglądał się samemu aktowi” (A2494)

„Nie było pomocy ze strony personelu w żadnym zakresie ze względu na »pandemię«. (A147)

„Personel był skrajnie obciążony pracą. W dodatku na zmianach było dużo młodych niedoświadczonych położnych”. (A386)



„Moje dziecko po prostu spało, ciągle spało, nie jadło, bo zasypiało. I przez to traciło na wadze. Panicznie bałam się, że będziemy musiały zostać przez to w szpitalu, bo wiedziałam, że tak nikt nam nie pomoże. Nie uda się karmić piersią w ogóle. Widziałam na to szansę tylko w domu, gdzie mogłam zaprosić (za opłatą oczywiście) doradczynię laktacyjną CDL, która mi pomoże i będzie mogła poświęcić więcej czasu, oraz gdzie mam męża, który będzie mi pomagał. W szpitalu czułam się zdana tylko na siebie, plus każda położna mówiła mi co innego na temat moich trudności z karmieniem (za płaskie brodawki, za krótki języczek dziecka, dziecko zmęczone, bo głodne i dlatego śpi i nie ma siły ssać, trzeba dokarmić mlekiem modyfikowanym, nie sztuka dokarmić, trzeba próbować itd.). Prawdę mówiąc byłam bliska obłądu”. (A2425)

„Pani zapytała mnie, które to dziecko, położyła na piersi, skomentowała, że ssie i odeszła. Trwało to może z pół minuty, więcej jej nie widziałam”. (A2429)

„»Ma suchy język. Niech pani go nakarmi, bo jest głodny«, a cały poprzedni dzień i tego samego dnia był non stop przy piersi i cały czas ssał”. (A549)

„Moja mama przyniosła mi sok pomarańczowy jak byłam w szpitalu i dostałam burę za to, bo powinnam pić sok tylko jabłkowy, a po pomarańczowym dziecko będzie miało kolkę. Byłam totalnie skołowana i oddałam mojej mamie ten sok, chociaż bardzo chciałam go wypić”. (K42)



„Położne chodziły ze strzykawkami z glukoza i tak próbowały zachęcić dziecko do ssania piersi. Podawały glukozę, dopóki dziecko nie złapało piersi. Wg nich to wystarczyło, bo widziały, że łapało pierś i odchodziły, a dziecko po minucie albo zasypiało, albo puszczało pierś i nie chciało dalej ssać”. (A2292)

„Udało mi się przystawić dziecko. Nie miałam pojęcia, czy robię to dobrze, ale dziecko jadło i nie płakało, więc uznałam, że tak. Leżałyśmy w sali niedostosowanej do naszych potrzeb. Nikt mi nie powiedział, że ja mogę karmić na leżąco. Byłam święcie przekonana na tamtym etapie mojego życia, że ja muszę usiąść i muszę trzymać dziecko na rękach. Łóżko miałam ustawione tak, że nie sięgałam stopami podłogi, nie miałam do niego pilota, więc nie mogłam go dostosować. Natomiast materac był tak wyklepany, że był poniżej takiej rurki, która stanowiła ramę tego łóżka. Ta rurka mi się wbijała pod kolanami, a ja nie miałam żadnego oparcia z tyłu. Nie miałam poduszki, ja nie miałam nic, więc siedziałam z tym cięciem i trzymałam się mięśniami brzucha, które mnie bolały i próbowałam karmić dziecko. Nikt mi nie powiedział, że ja mogę się położyć i karmić w pozycji biologicznej. Nikt. A przecież taka by była dla mnie wtedy najlepsza”. (K11)

Z kolei jedna z kobiet nie otrzymała pomocy od personelu medycznego, w tym od osoby dedykowanej do pomocy przy karmieniu piersią. Tak odpowiedziała na pytanie „Jak ta pomoc wyglądała i czy zaspokoila Twoje potrzeby?”:

„Zdecydowanie nie zaspokoila. Następnego dnia po porodzie usłyszałam, żeby dziecko nie wisało na piersi, »bo robi sobie



ze mnie smoczek«, a osoba »od laktacji« przyszła jedynie do kobiety po cięciu cesarskim. Usłyszałam od niej, że źle przystawiam, ale w żaden sposób nie pokazała mi jak mam to robić poprawnie”.
(A2277)

Kolejne kobiety napisały:

„Jak urodziłam drugie dziecko to już miałam to wszystko przetrawione i doświadczone. W moim odczuciu z ostatnich w sumie nie tak dawnych porodów opieka jest strasznie nierówna, bo poza naprawdę ze świetnymi paniami położnymi, które miały ogromną wiedzę o laktacji, które były wspierające i niestety z reguły były to bardzo młode osoby, to zazwyczaj starsze panie położne lubiły serwować różne teksty. Słyszałam potem na sali poporodowej jak inne dziewczyny ze swoimi pierwszymi dziećmi słyszą różne rzeczy, które okazują się potem nieprawdą. To bardzo było dla mnie dołujące. Słowa, że: „To nie może być tak, że krótko tak dziecko jest przy piersi. Najpierw woda sama, potem dopiero schabowe”, „Z tych brodawek to nic nie będzie, będziesz musiała dokarmiać”, „Kiepskie brodawki, no pracuj laktatorem, może się wyciągnie, ale jak nie, to będziesz dokarmiać” albo „Oj, no po cięciu no to ty karmić to nie będziesz, ale to spróbuj laktatorem”. Myślę, że jest duże pole do poprawy. To są słowa położnych w szpitalu. To nie była ciocia Wiesia, ale osoba, która się niby zawodowo tym zajmuje. Jako że sama też to słyszałam jak byłam w dużym kryzysie i to nie okazało się pomocne, to teraz choć było mi też głupio wtrącać się, ale gadałam. Wtrącałam się właśnie, więc może to pomogło. Nie wiem w sumie skąd się to bierze, to pewnie stara



szkoła. Może kiedyś tak było, ale byłoby fajnie, gdyby starszy personel sobie zaktualizował wiedzę”. (K42)

„Częściowo uzyskałam pomoc. Poza jedną położną reszta była dość wspierająca psychicznie, jednak nie otrzymałam niezbędnych informacji, a przede wszystkim w szpitalu błędnie oceniono, że dziecko ssi prawidłowo. Dopiero położna środowiskowa zauważyła nieprawidłowy odruch ssania i nauczyła mnie ćwiczeń i masażu buzi dziecka. Od tej jednej położnej w szpitalu usłyszałam, zaś, że widać, że mam dużo mleka, więc jakim cudem moje dziecko krzyczy z głodu, że powinnam sobie radzić, a z wciągniętą jedną brodawką »coś zrobić«. Nie była pomocna, wyrażała się o moich próbach przystawiania lekceważąco, poproszona o pomoc sama nie potrafiła tego zrobić i kazała radzić mi sobie samej strasząc hipoglikemią dziecka, że je głodzę i dlaczego nie umiem korzystać z mieszanki (korzystałam po nieudanych próbach dostawienia podczas jej dyżuru). Stwierdziłam, że skupię się na tym, żeby maksymalnie uzyskać od niej potencjalnie ważne informacje, a nie na tym, żeby korygować jej zachowanie, bo widziałam, że ona była też tak nabuzowana, że stwierdziłam, że nawet jak ja bym powiedzmy powiedziała, że »Ale proszę do mnie się tak nie zwracać«, albo »Proszę zmienić ton«, to sądzę, że tylko doszłoby do eskalacji konfliktu, więc stwierdziłam, że zrezygnuję. Uznałam, że będę się starała uzyskać maksymalną ilość pomocy na jaką mogę liczyć”. (K28)



Praca położnej bywa trudna, wyczerpująca. Wiąże się to z wysokim ryzykiem wypalenia zawodowego. Należy jednak szukać rozwiązań systemowych tego problemu, bo rodzące kobiety nie powinny ponosić tego konsekwencji, tak jak kobiety w przytoczonych cytatach.

"Totalny brak opieki laktacyjnej. Może to też moja wina, że nikt mi nie pomógł, bo nie pytałam. Uznali, że nie pyta, to znaczy, że nie potrzebuje pomocy. Zresztą do mnie personel rzadko zaglądał, bo rodziłam w szpitalu covidowym i żeby do mnie wejść to trzeba się było strasznie dezynfekować, strasznie ubrać, a to też jest i czasochłonne i zabierało dużo materiałów, bo te stroje są jednorazowe, więc nie na każde moje wezwanie przychodził personel. Nikt się nie interesował. Może dlatego też, że dziecko ważyło w sumie w porządku. Nie spadła jakoś bardzo z wagi, więc właściwie nikogo nie interesowało to, czy ja ją karmię, jak ja ją karmię, więc moje poranione brodawki też nikogo nie interesowały. Akurat raczej się nie trafiła taka pomocna kadra. W sumie jedna pani mi tylko powiedziała, że jak chcę to mogę sobie poszukać filmiku na Youtube, jak prawidłowo przystawić dziecko. Z poranionymi brodawkami po prostu czekałam, aż strupy się pojawią no i czas mi pomógł, siara rozsmarowywana i wietrzenie, ale to też Internet mi powiedział, że tak trzeba zrobić. Na Facebooku jest silna społeczność matek karmiących. Szukałam wtedy i znalazłam grupę. O poranionych brodawkach myślałam, że to jest normalne, że się brodawki muszą przyzwyczać, bo nigdy nie karmiły, więc może tak ma być. Już po pierwszym karmieniu miałam poranione brodawki, niestety, jak się nie wie co i jak, w ogóle jak zacząć, jak ułożyć, jak przystawić, gdy dziecko też nie chwyta za dobrze, też się musi nauczyć, musimy się siebie nauczyć nawzajem... więc nikt mi nie powiedział, co ja co mam zrobić.



Nie złapała dobrze, poraniła, ale chyba coś zjadła. Potem była tylko prośba, żeby karmić w maseczce, żeby się dziecko nie zaraziło i odkładać jak najczęściej, ale w drugiej dobie mi powiedzieli, że dziecko ma Covid, więc uznałam, że już mu w ten sposób nie pomogę i nie stosowałam tych zaleceń. Wiem, że oddaję przeciwciała dziecku przy karmieniu. Generalnie, dlatego chciałam karmić piersią, może bardziej właśnie dla zdrowia. Po ciąży opieka laktacyjna nie istnieje, jeśli ktoś jej nie szuka". (K36)

Zdarzało się, że zamiast zaoferować pomoc zgodną z punktami S000 od razu proponowano mieszankę:

"Pielęgniarki gadały głupoty, próbowały pomóc, ale ich wiedza nie była zgodna z obecnymi wytycznymi. Ja byłam i tak w komfortowej sytuacji. Pierwsze dziecko karmiłam długo i umiałam sobie poradzić przy karmieniu drugiego bez ich pomocy, która w większości i tak wyglądała tak: »Oo płacze, pewnie ma pani mało mleka, może zabiorę ją na 'łyeczka'« (chodziło o podanie mleka modyfikowanego)". (A53)

„Łatwiej ich zdaniem było podać mieszankę". (A153)

"Pamiętam, że była taka propozycja od razu ze strony położnej, jak powiedziałam jej, że trochę taki jest płaczliwy całą noc i ja go tak nie potrafię za bardzo przystawić. Ona wtedy mi powiedziała »To co? Przynieść mleko?«. Na co ja mówię »Nie, poproszę żeby mi pani po prostu przystawiła dobrze dziecko«. Wtedy sobie



pomyślałam, że jakby to było moje pierwsze dziecko, to pewnie ja bym powiedziała »Dobrze, to proszę przynieść to mleko«, ale że to było moje drugie dziecko, to powiedziałam »Nie. Proszę mi go po prostu przystawić, tak? Żeby dobrze chwycić«, bo wiedziałam, że jest to możliwe”. (K25)

Jedna z kobiet porównała szkodliwą ingerencję położnych podczas porodu trzeciego dziecka drogą cięcia cesarskiego (w prywatnej klinice), z czwartym porodem w szpitalu na NFZ.

„Miałam doświadczenie w karmieniu piersią i sporą wiedzę na ten temat. Uważam, że propozycje położnych w sytuacji, gdybym tego doświadczenia z dwójką poprzednich dzieci i wiedzy nie miała, skutkowałyby przejściem na mieszankę. Położna, którą zaniepokoił płacz dziecka stwierdziła, że płacze z głodu, bo ja nie mam mleka. Pokarm miałam od początku, a było to też widoczne, bo wypływał samoczynnie i miałam mokrą koszulkę. W sali ze mną była druga kobieta, która urodziła dokładnie tego samego dnia co ja, i dziewczynie wmówiono, że ona musi dokarmiać, ewentualnie, że musi karmić przez kapturki, bo ma duże piersi, bo dziecko nie może chwycić i tak dalej. Natomiast powiedziałam jej »Przecież widzę nawet z tego łóżka, że twoja koszulka jest mokra, więc mleko to chyba jednak masz i masz ten pokarm. Może warto jednak spróbować przystawić jeszcze raz«. Dziewczyna zrezygnowała z dokarmiania, ale prawdopodobnie, gdybym jej nie podpowiedziała, to by dokarmiała. Tak samo by było u mnie. Bez doświadczenia uwierzyłabym w to, że nie mam pokarmu. Kilka koleżanek, które rodziły w tej samej klinice, wychodziły dokarmiając mieszanką. Część personelu jest niewykształcona odpowiednio, przekazuje



niewłaściwą wiedzę. Prawdopodobnie są nauczone frazesu, że w 1-2 dobie po cięciu cesarskim mleka nie ma i powtarzają jak mantrę »Dlatego się dziecko denerwuje i proszę dokarmić«. Są tam też położne, które widać, że jednak tę wiedzę mają i starają się motywować odpowiednio, natomiast w zetknięciu z tym personelem starszym, choć niekoniecznie starszym, ale hołdującym tym starszym zasadom, to jest ściana. Oni wychodzą wtedy z pozycji wiedzy, z pozycji doświadczenia, że człowiek się staje taki malutki, tym bardziej, że to jest taka niepewność przy urodzeniu dziecka. Czy na pewno się nie robi mu krzywdy, czy na pewno nie potrzebuje się więcej mleka, czy na pewno się ma to wartościowe mleko? Z kolei przy porodzie 4 dziecka nikt nie mówił, że nie mam mleka. Wprost przeciwnie sprawdzano pod kątem takim, że ładnie się dziecko przystawia, ładnie ssie. Nikt nie ingerował. Był fizjologiczny spadek wagi. Uspakajano, to znaczy nie trzeba mnie było uspokajać, bo ja to już wiem, natomiast pod kątem jakbym była pierworódką, to faktycznie położna wytłumaczyła, że ten spadek jest całkiem fizjologiczny, więc tutaj nie ma się czym przejmować. Nie było żadnego straszenia. Nie było mówienia, że trzeba dokarmiać". (K47)

W przypadku kolejnej kobiety ingerencja personelu okazała się szkodliwa, a przeżycie traumatyczne.

„W zależności od zmiany pomoc była od traumatycznej do dość dobrej. Niestety ta traumatyczna zostanie do końca życia, o tym wiem na pewno. Zgłaszałam, że nie wiem czy mam mleko, żeby ktoś mi pomógł. Może po godzinie przyszła pani, która wzięła



śpiąca córkę i przycisnęła naprawdę mocno do mojej piersi. Tego płaczu nie zapomnę do końca życia. Dziecko od paru godzin na świecie zostało obudzone w tak brutalny sposób. Moja córka wtedy pierwszy i ostatni raz w swoim życiu tak płakała. Ona nie płakała, ona krzyczała. Kobieta ta wybiegła z sali wróciła z ampułką (glukoza) i podała córce bez mojej zgody. Ta od razu ucichła. Byłam w takim szoku, że nie mogłam się ocknąć. Po czym powiedziała do mnie, że dziecko płacze, bo jest głodne i trzeba podać mleko modyfikowane. Ja oszołomiona powiedziałam, że chcę by była tylko pierś, a pani zaczęła niemiłym głosem mówić, że na jej zmianie nie będę głodzić dziecka, bo ona za to nie odpowie i mam na piśmie napisać, że nie wyrażam zgody na mleko modyfikowane, bo ona nie chce mieć problemów. Tak, to wydarzyło się naprawdę. Do dziś mam łzy w oczach, gdy o tym piszę, a żołądek się zaciska. Trauma to zbyt małe słowo. Jak myślicie, co zrobiła matka, która totalnie oszołomiona porodem pierwszego dziecka, przerażona tym co się przed chwilą wydarzyło, zbita z tropu, jak jakiś ranny zwierzę? Oczywiście ze łzami w oczach i ogromnymi wyrzutami sumienia powiedziała, żeby podać mleko modyfikowane, bo przecież nie zagłodzę swojego dziecka. Do dziś tak bardzo żałuję. To, że od wyjścia ze szpitala karmiłam wyłącznie piersią i potem przez 21 miesięcy, jest wyłącznie moją zasługą. Trauma na zawsze”.

(A2248)

Czasem nawet wydawałoby się niewielka pomoc czyni ogromną różnicę:

„Było strasznie gorąco. To było w lipcu. Jej było gorąco, mi było gorąco i ja na koniec dnia już miałam po prostu dość. Zaczęła



płakać. Już była z jednej strony głodna, chciała być przy tej piersi, ale z drugiej strony była tak upocona, ja zresztą tak samo, bo jeszcze też siedziałyśmy przy oknie i co chwilę co ktoś wchodził to mówił, żeby otworzyć okno, ale żeby przykryć dziecko, żeby broń boże jej nie zawiąło. No więc ja siedziałam w oknie z przykrytym dzieckiem tak, że ona była cała mokra, ja zresztą tak samo. Ona miała dość, nic dziwnego. Później właśnie przysłała jedna położna już zaalarmowana tym płaczem. Wtedy ona nam pokazała, jak się karmić na boku. To zrobiło nam bardzo dużo roboty, bo bardzo dużo się karmiłyśmy później wyłącznie na boku z racji tego, że było supergorąco. Po prostu mała nie chciała, żebym ja ją trzymała, bo ja ją wtedy grzałam. Nawet na rogalu właściwie było jej za ciepło. Naprawdę ta opieka była bardzo, bardzo, bardzo wspierająca”. (K5)



Problem!

Co trzecia kobieta (30,3% ankietowanych spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) nie otrzymuje żadnej pomocy w karmieniu piersią lub mlekiem odciągniętym z piersi.

Jeśli kobiety otrzymują pomoc to często jest ona niespójna, niezgodna z aktualną wiedzą o karmieniu piersią i laktacji, a zalecenia poszczególnych osób z personelu różnią się od siebie diametralnie. Bywa, że ingerencja personelu w karmienie piersią jest szkodliwa, przemocowa.

Ankietowane często podkreślały, iż na oddziale, na którym znajdowały się z dzieckiem po porodzie, zatrudniona była osoba specjalizująca się w temacie laktacji: doradczyni laktacyjna, edukatorka ds. laktacji czy położna laktacyjna. Obecność takiej osoby jest bardzo



ważna, nie tylko z perspektywy kobiet, które mogą wymagać pomocy w karmieniu piersią czy swoim mlekiem, ale także reszty personelu danego oddziału, ponieważ specjalistki laktacyjne mogą odciążać położne i pielęgniarki, zajmując się w szczególności trudniejszymi przypadkami. Warto w tym miejscu nawiązać do zasad obowiązujących w kształceniu w zakresie wiedzy o laktacji. Od ponad 20 lat dla polskich dydaktyków i studentów dostępny jest „Przewodnik nauczania o karmieniu piersią. Wskazówki metodyczne dla wydziałów medycyny, pielęgniarstwa i żywienia”, czyli polskie tłumaczenie opracowania „Lactation Management Curriculum Guide. A faculty guide for schools of medicine, nursing and nutrition”, który został stworzony przez międzynarodową instytucję Wellstart International. Publikacja ta określa poziomy kształcenia w zakresie laktacji, a także zakres wiedzy dla poszczególnych poziomów. Poziom I – podstawowy określa zakres wiedzy dla wszystkich pracowników medycznych, nawet tych, którzy nie stykają się w swojej pracy na co dzień z kobietami karmiącymi. Autorzy zakładają, iż nawet tacy medycy powinni mieć podstawy wiedzy o laktacji i wiedzieć, jakie są korzyści z karmienia dla matki i dziecka. Poziom II – ogólny jest skierowany do takich pracowników medycznych, którzy „zamierzają specjalizować się w aspektach opieki perinatalnej i zazwyczaj mają do czynienia z matką karmiącą i jej dzieckiem”¹⁴⁷. Przeszkolone osoby powinny mieć wiedzę pozwalającą im na udzielenie wskazówek dotyczących przystawienia dziecka do piersi, przekazanie podstawowej wiedzy z zakresu laktacji oraz rozwiązanie podstawowych problemów laktacyjnych. Problemy laktacyjne wymagające pogłębionej wiedzy powinny być delegowane do pracowników medycznych, którzy ukończyli III poziom kształcenia w zakresie laktacji. Jest to poziom dla osób planujących zajmować się kobietami w okresie laktacji. „Obejmuje interdyscyplinarną wiedzę i umiejętności praktyczne pozwalające na udzielenie specjalistycznej porady laktacyjnej pozwalającej na rozwiązanie wszystkich, nawet najtrudniejszych, problemów laktacyjnych i zastosowanie postępowania klinicznego zgodnie z aktualnymi protokołami”¹⁴⁸. Z przytoczonej publikacji wynika, iż w trudnych przypadkach należy kierować kobietę do odpowiednio przeszkolonej osoby. Niestety, owe zapisy nie są w pełni implementowane. Problemатyczny jest sam czas pracy osób specjalizujących się w laktacji. Kobiety, które urodziły wieczorem, w weekend lub dzień świąteczny nie mogą najczęściej liczyć na pomoc takiej osoby, ponieważ jeśli jest ona zatrudniona, pracuje w większości przypadków wyłącznie w dni powszednie, najczęściej w stałych godzinach. Poza tym, że kobiety, które urodziły poza czasem pracy specjalisty/ki od laktacji, zgodnie

¹⁴⁷ Nehring-Gugulska M., *Poziomy kształcenia w zakresie laktacji*, s. 1, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/pozksztal.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁴⁸ Tamże, s. 2



z zebranymi przez nas danymi często nie dostają pomocy, to jeszcze ilość czasu, którą taka osoba może poświęcić na pacjentkę jest znacznie ograniczona. Nie bez wpływu na cały personel szpitala pozostają problemy systemowe:

„W szpitalu na wiele rzeczy nie pozwolimy sobie. Nie tylko z braku edukacji z braku chęci, ale z braku personelu medycznego. W większości szpitali nawet jak jest Certyfikowany Doradca Laktacyjny to jest dostępny stosunkowo rzadko. W najlepszych sytuacjach jest od poniedziałku do piątku od godziny 7-8 tam do 15-16, czyli w godzinach etatu, a porody dzieją się cały czas, trudności laktacyjne mogą się pojawić w każdym momencie, więc jest to duże ograniczenie. Jeżeli mamy za mało personelu medycznego, dużo kobiet, które są na oddziale, to ciężko każdej poświęcić tyle czasu, ile ona by potrzebowała, a wiemy, że ta porada laktacyjna, to nie jest »5 minut i do widzenia, idę do następnej«. To jest czas, to jest bardzo duże wsparcie emocjonalne, wsparcie psychiczne. Ciężko jest dawać wsparcie emocjonalne, psychiczne, kiedy jest się 10 godzinę na dyżurze i ma się skrajnie dość i myśli się, żeby przetrwać, żeby nic złego się wydarzyło. To jest ogromny konflikt, na który tak naprawdę uczestnicy tego konfliktu nie do końca mają wpływ”. (P8)

Zdarza się, że na oddziałach poporodowych dostępne są osoby dedykowane do wsparcia w karmieniu piersią. Mogą to być osoby posiadające poszerzoną wiedzę poświadczoną certyfikatami, jak Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna, Międzynarodowa Konsultantka Laktacyjna IBCLC czy edukatorka ds. laktacji.

„Pierwszy raz w pomocy przy dostawieniu pomagała położna - nie zapytała o zgodę na dotknięcie piersi. Traktowała mnie przy tym



przedmiotowo, czułam się lekceważona. Drugi raz pomagała mi Certyfikowana Doradczyni Laktacyjna. Zupełnie inne doświadczenie. Pełne poszanowanie i cudowne nastawienie”.
(A397)

„Pytałam wielu położnych, każda chciała mi pomóc, choć rady czasem się różniły. Najlepsze wsparcie dostałam od CDL tuż przed wypisem ze szpitala”. (A1407)

„Dokarmiłam mieszanką tylko w szpitalu. CDL powiedziała, żebym w domu tego nie robiła. Jestem jej za to bardzo wdzięczna, bo teraz uważam, że inne położne zbyt pochopnie zaproponowały mi mieszankę”. (A1407)

„Tylko doradczyni laktacyjna nie będąca położną w tym szpitalu dawała cenne wskazówki. Zdania położnych się wzajemnie wykluczały i wprowadzały w błąd, przez co syn był dokarmiany mieszanką, a tego chciałam uniknąć”. (A1822)

Nie zawsze kobiety miały zapewniony dostęp do osoby specjalizującej się w pomocy laktacyjnej. Czasem ten dostęp był, ale mocno ograniczony w czasie przez co pomoc nie była dla kobiet w pełni efektywna. Obecność doradczyni laktacyjnej na oddziale bywa nieoceniona, jednak często niewystarczająca. Powodem może być to, że doradczynie nie pracują w zmianowym systemie pracy, więc są nieobecne w dni wolne od pracy, a także wieczorami i w nocy. Oddziały poporodowe są często przepełnione, a taka specjalistka najczęściej jest jedna.



„Na pytanie »Czy w szpitalu jest położna laktacyjna?« otrzymałam odpowiedź, że każda położna służy radą i ma odpowiednią wiedzę. Każda położna przez ponad 2 tygodnie pobytu mówiła coś innego – od słów, że mogę karmić i nie muszę dokarmiać w ogóle, do słów, że po przetoczeniu krwi nie będę karmić w ogóle”. (A2369)

„Urodziłam w piątek, więc doradcy laktacyjnego nie było przez weekend. Pani przysłała w poniedziałek, ale ja już byłam tak zrezygnowana, że już chciałam wyjść ze szpitala i szukać na własną rękę. Może też pani laktacyjna by pomogła. Jeżeli chodzi o karmienie, to mam wrażenie, że położne takie normalne na oddziale, tak jakby chyba uważały, że od pomocy przy karmieniu jest doradca laktacyjny. Że one mogą w tym nie pomagać, bo przecież jest pani, która się tym zajmuje. Tylko, że pani, która się tym zajmuje jest od poniedziałku do piątku w określonych godzinach. A dzieci się nie rodzą w określonych godzinach od poniedziałku do piątku. Tak, wydaje mi się, że dały sobie przyzwolenie, żeby nie ingerować w to”. (K16)

„Ja akurat miałam tak, że w szpitalu nie miałam dostępu do doradczynie, bo urodziłam we wtorek przed długim weekendem. Jak potrzebowałam, to był już długi weekend i nie było niestety doradcy laktacyjnego w szpitalu. Podobno jest. Natomiast prywatnie nie ma problemu, tylko no trzeba mieć na to pieniądze, a nie każdy ma na to możliwość wydania. Jak sprawdzałam w tym roku, to po roku 100 zł do góry poszła cena”. (K3)



„W szpitalu pracuje doradca laktacyjny od poniedziałku do piątku od 8 powiedzmy do 15-16. Z racji tego, że urodziłam w piątek po południu, to niestety przez cały weekend musiałam czekać do poniedziałku rana na tą konsultację. W końcu się udało i mogłam się skonsultować”. (K6)

„Córka się urodziła w weekend, także nie miałam dostępu wcześniej do doradczynie laktacyjnej. Ona pracuje od poniedziałku do piątku od 7 do 14”. (K4)

“Musiałam wielokrotnie przypominać doradcy o tym, że czekam na nią. Nie przechodziła o umówionej godzinie. Ja lub mąż musieliśmy jej szukać na oddziale. Twierdziła, że moje dziecko to trudny przypadek”. (A232)

„Pomoc przy przystawieniu córki była w zależności od położnej - raz lepiej raz gorzej. Miałam dwie wizyty doradcy laktacyjnego, jedna krótka bez udzielenia pomocy, druga dłuższa, pomoc przy przystawieniu i dobraniu pozycji. Spotkania były krótkie i w atmosferze pośpiechu”. (K45)

„Większość położnych miała naprawdę dobre chęci, ale niestety rzadko kiedy aktualną wiedzę. Dostawałam sprzeczne porady. Gdyby nie moja wiedza, którą zdobyłam przed pobytem w szpitalu oraz obsesyjne sprawdzanie wszystkiego online w szpitalu, możliwe, że nie udałoby mi się uratować laktacji. Nie było w tym czasie w szpitalu CDL. Na moje pytania o dostępność CDL położne



reagowały lekkim fochem (jakbym tym pytaniem podważała ich kompetencje)”. (A696)

Wydaje się, że z jednej strony obecność doradczynie laktacyjnej jest bardzo pomocna, a z drugiej strony rodzi niejasności w podziale kompetencji i odpowiedzialności za pomoc w karmieniu piersią.

„Miałam wrażenie, że tam położne nie czują się bardzo mocno kompetentne w kwestii laktacji. Jak zadawałam pytania, to mówią »Aha to tu jest taka położna laktacyjna, to my zgłosimy, żeby ona do pani przyszła«, więc miałam wrażenie, że nie czują się na tyle pewnie, żeby doradzić. Może brakuje im wiedzy w tym zakresie, albo może taki jest podział zadań, że one mają się opiekować pacjentką i dzieckiem, a zadania dotyczące laktacji są przypisane innej osobie i one nie chcą wchodzić w kompetencje - być może. Nie wiem, trudno mi powiedzieć”. (K7)

„Jest taki zjazd doradców, na jesień teraz był w Warszawie. Spotykamy się i rozmawiamy między sobą. I w szpitalach to najczęściej ten doradca na oddziale jest jeden. Ciężko, żeby wtedy ktoś przez całą dobę tą opieką się zajmował, ale są pojedyncze szpitale, w których doradców jest zatrudnionych więcej, na przykład pracują od poniedziałku do soboty, co i tak jest w ogóle super luksusem, bo nawet jak pacjentka urodzi w piątek wieczorem to w sobotę się z kimś spotka. Nawet jak w niedzielę wyjdzie, to w tę sobotę to spotkanie jest. Najgorzej mają te pacjentki, które rodzą w piątek, powiedzmy o godzinie 15:30 i w niedzielę są wypisywane do domu w 2 dobie, ale tych pacjentek nie jest dużo



patrząc na ilość porodów miesięcznie. Jak przychodzę na oddział w poniedziałek czy jestem w piątek, to przechodzę przez calusieńki oddział i nigdy nie jest tak, że idę tylko na tą salę, która mnie potrzebuje tylko zaglądam na każdą salę, na której są pacjentki. Więc tych weekendowych pacjentek nie ma dużo, ale może się zdarzyć taka, która rodzi w weekend albo wtedy, kiedy ja mam urlop. Nikt mnie wtedy nie zastępuje". (P10)

Czasem zalecenia doradczyni są kwestionowane:

„Uważam, że wszystkie pielęgniarki w szpitalu pracujące z matką z noworodkami powinny aktualizować swoją wiedzę z laktacji i karmienia piersią. Niestety, tak nie jest. Często słyszałam, jak się wyśmiewają z doradcy laktacyjnego, że co ona może wiedzieć, a wiedziała bardzo dużo i bardzo pomagała". (A373)



Problem!

Dostępność doradczyni laktacyjnej na oddziale lub innej osoby dedykowanej wsparciu w karmieniu piersią jest często ograniczona czasowo do jednego etatu, najczęściej jest zatrudniona jedna osoba, która nie pracuje w trybie zmianowym. Zdarza się, iż fakt zatrudniania takiej osoby wpływa na postawę pozostałego personelu, który nie czuje się odpowiedzialny za pomoc przy karmieniu piersią i jej nie udziela. Bywa także, iż jej kompetencje są podważane przez pozostały personel.



3.2.7. OCENA UMIEJĘTNOŚCI SSANIA I EFEKTYWNOŚCI POBIERANIA POKARMU

Pozyskiwanie mleka z piersi przez noworodka jest podstawową umiejętnością, którą dziecko winno opanować. Wykształciła się ona u ssaków w toku ewolucji, od niej zależało przeżycie ssaczego dziecka. Prawidłowe ssanie jest bardzo istotne, gdyż dzięki niemu dziecko stymuluje piersi matki do produkcji pokarmu. Personel medyczny jest zobowiązany do oceny umiejętności ssania.

„5) u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym należy wykonać:

[...]

c) ocenę umiejętności ssania”

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust.2)

W kolejnym podpunkcie S000 wskazano na obserwację i ocenę efektywności pobierania pokarmu. Takie wyniki powinny być odnotowywane w dokumentacji medycznej.

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

4) dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia

(w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; [...]”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)



W 2014 roku został opublikowany „Protokół oceny umiejętności ssania piersi”, który wskazuje na szereg obserwacji, jakie powinny być dokonane u noworodka donoszonego w celu tej oceny. Są to¹⁴⁹:

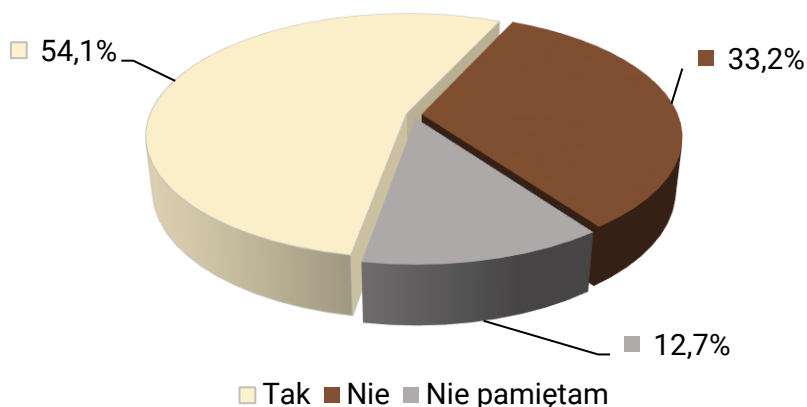
- ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych,
- ocena chwytania i ssania piersi,
- ocena efektywności pobierania pokarmu,
- ocena umiejętności ssania piersi – jako informacja dla rodziców.

„Protokół oceny umiejętności ssania piersi” nie jest jednak dokumentem wiążącym, gdyż nie stanowi prawa powszechnie obowiązującego, jak np. S000. Niestety w S000 ocena umiejętności ssania nie została zdefiniowana. Brak jest odniesień co do oceny budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych noworodka. Według ww. protokołu ocena ta powinna odbyć się już w ciągu pierwszych 12 godzin życia noworodka. Takie badanie jest niezwykle ważne, ponieważ pozwala zdiagnozować problemy utrudniające lub nawet uniemożliwiające prawidłowy pobór pokarmu z piersi. Rozpoznając trudność po stronie dziecka, można pomóc jego matce w karmieniu piersią lub jej mlekiem dostosowanym do możliwości noworodka (odpowiedni dobór pozycji, techniki karmienia czy metod podawania pokarmu matki). Kolejne elementy wg protokołu, czyli ocena chwytania i ssania oraz ocena efektywności pobierania pokarmu powinny być oceniane od drugiej doby życia noworodka, przy czym wspomniana ocena efektywności optymalnie po rozpoczęciu się nawału mlecznego. Badanie więc nie jest jednorazowe i obejmuje również obserwację i ocenę samego aktu karmienia, które w S000 są wymienione. Warto zwrócić uwagę, że w „Protokole oceny umiejętności ssania piersi” zadbano również o to, aby rodzice otrzymali informację zwrotną w formie pisemnej, w której zawarte są informacje, ile punktów dziecko otrzymało podczas oceny budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych, chwytania i ssania piersi oraz efektywności pobierania pokarmu. Taki przekaz punktowy ze wskazaniem konieczności dalszej konsultacji w przypadku niezyskania optymalnej liczby punktów, wydaje się jasny podobnie jak skala Apgar, szeroko rodzicom znana.

¹⁴⁹ Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B., *Protokół oceny umiejętności ssania piersi*, 2014, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/10/PROTOKOL-OCENY-UMIEJETNOSCI-SSANIA-PIERSI.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



Zadałyśmy pytanie kobietom, czy wg ich wiedzy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka. Wskazały one, że umiejętność ta została oceniona u 54,1% dzieci respondentek. U 33,2% dzieci ta ocena nie została dokonana, zaś 12,7% kobiet nie pamiętała tego faktu (Ryc. 3.12.).



Ryc. 3.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka?” (% , N=2476)

Zdarzało się, że podczas udzielania odpowiedzi na pytanie o otrzymaną pomoc w karmieniu piersią od personelu medycznego, kobiety wymieniały wprost ocenę umiejętności i efektywności ssania.

„Pomoc była wystarczająca. Ocena ssania, sposób przystawiania, chwyt brodawki przez dziecko, ocena wędzidełka”. (A1168)

„Szpitalna doradczyni CDL pomagała przy przystawieniu, kilkukrotnie podczas pobytu w szpitalu. Sprawdzała przystawianie, badała buzię synka, odruch ssania”. (A1726)



„CDL pomogła mi znaleźć odpowiednią pozycje do karmienia. Oceniała wędzidełko dziecka i jakość ssania. Bardzo mi pomogła w czasie pobytu na oddziale”. (A1901)

„Kontrola przystawienia i ssania piersi, sprawdzenie buzi dziecka”. (A1909)

„Jedna z położnych sprawdzała odruch ssania, pokazała, jak podać brodawkę, pocieszała, uspokajała”. (A1738)

„Położna sprawdzała, czy noworodek efektywnie ssie pierś, pokazywała, jak ma trzymać brodawkę, jaką pozycję mam przyjmować do karmienia i w jaki sposób efektywnie karmić”. (A498)

Rzetelna diagnoza, przedstawiona w sposób uwzględniający kompetencje pacjentki, jako matki jest kluczowa w rozwiązywaniu problemów. Warto ponownie podkreślić, iż kobiety potrzebują poczucia sprawczości, a podmiotowe traktowanie wzmacnia i dodaje wiary w to, że problemy, które występują mogą zostać rozwiązane z pomocą pacjentki i kompetentnego personelu. Dodatkowo, istotne jest zwrócenie uwagi, iż to nie w budowie piersi, kompetencjach matki czy produkcji pokarmu tkwi źródło trudności, ale w budowie jamy ustnej dziecka, jego napięciu mięśniowym itd. To może zdjąć z pacjentki poczucie winy i odpowiedzialności za trudności w karmieniu. Niestety w ankietach kobiety wskazywały również na brak oceny umiejętności i efektywności ssania lub na to, że nie była ona wystarczająca lub wręcz była błędna:

„Pomoc była krótkotrwała i niewystarczająca. Nie rozpoznano skróconego wędzidełka ani ssawki”. (A1187)



„Pomimo trudności nikt nie zdiagnozował, że dziecko ma problemy ze ssaniem. Miało przesunięty atlas względem zęba obrotnika tzw. syndrom Kiss i to uniemożliwiło ssanie. Nikt mi o tym nie powiedział”. (A1105)

„Pomoc nie zaspokoila moich potrzeb. Pani miała do obsłużenia cały oddział potrzebujących kobiet i tylko po kilka minut na pacjentkę. Ssanie i dostawianie dziecka oceniono na poprawne, a miałam poważne problemy później z karmieniem właśnie ze względu na fakt, że funkcja ssania u dziecka i stymulacja piersi była niepoprawna”. (A1316)

„Mało czasu na pacjentkę. W moim przypadku błędna ocena ssania i wędzidełka”. (A1475)

„Ocena ssania pobieżna”. (A1666)

„Prosiłam o sprawdzenie wędzidełka dwukrotnie i nikt tego nie zrobił, zbywając mnie słowami, że nie widzi problemu (podkreślam: stwierdzenie padło bez badania) po powrocie do domu umówiłam wizytę prywatną u neurologopedy, który stwierdził konieczność podcięcia oraz masaży”. (A1910)

„Miałam wątpliwości, co do poprawnego ssania przez dziecko. Neonatolog, położne, CDL oceniali wędzidełko jako prawidłowe. Mimo to odczuwałam ból przy karmieniu. Dziecku robiła się ssawka, mleko wyciekało kątami ust. Dopiero po 5 tygodniach



sama natrafiłam na informacje, żeby skonsultować wędzidełko z neurologopedą. Nawet mimo prawidłowych przyrostów. Po podcięciu komfort karmienia polepszył się. Pewnie gdybym nie natrafiła sama na te informacje to zrezygnowałabym z karmienia”. (A1853)

„Od neonatologów usłyszałam, że może nie mam mleka. Żaden nie ocenił ssania i budowy buzi dziecka. Zerknęli przez ułamek sekundy mówiąc, że wszystko jest ok (nie było, wędzidełko typ 3/4 całkowicie uniemożliwiające efektywne pobieranie pokarmu)”. (A102)

„Dwie położne rozmawiały między sobą, ale nade mną. Jedna mówi »Patrz, leci mleko«, a druga, że »A płaskie brodawki, nie będzie karmić, przyniosę mleko modyfikowane, żeby dziecko się najadło«. Powiedziałam, że »Mam mleko i z tego co wiem to każde brodawki są stworzone do karmienia, więc to nie jest chyba problem«. Odpowiedziała »Tak, oczywiście«. Moje zgłoszenie, że dziecko pociągnie parę razy i zasypia było kwitowane tym, że to jest normalne, że dzieci śpią. Ewentualnie położna łapała dziecko, szarpała pierś, bardzo siłowo przystawiała »Proszę zobaczyć, o co pani chodzi, pani dziecko je«, potem i tak dziecko albo odpadało z płaczem albo zasypiało. Przez cały pobyt w tym szpitalu była jedna położna, która naprawdę się interesowała laktacją. Przyszła wyedukować mnie, że teraz jest pierwsza faza laktacji, że jest siara, że mleko się zacznie zmieniać, że przyjdzie nawał, tłumaczyła to po kolei. Natomiast to była jedna osoba przez całe trzy dni”. (K51)



W ostatniej historii pomimo pomocy jednej z położnych dziecko nie ssało efektywnie i jak się później okazało miało problemy w obrębie jamy ustnej. Pomimo tego, wypisano matkę i dziecko ze szpitala, a kłopoty ze ssaniem sprawiły, że w 5 dobie życia dziecko trafiło do szpitala dziecięcego w stanie ciężkim, odwodnione. Cała dalsza diagnostyka problemów dziecka ze ssaniem z piersi była wykonywana prywatnie.

Czasem kobietom odmawiano sprawdzenia wędzidełka u dziecka.

„Poprosiłam jakiegoś lekarza neonatologa, żeby sprawdził wędzidełko małej. Mówię, że może póki jeszcze tu jestem, żeby ktoś mi jakoś pomógł, to on się tym nie zajmuje – usłyszałam. Brak kompetencji. Gdyby nie moje samozaparcie i też fundusze, bo gdybym nie miała pieniędzy, to nie byłoby mnie stać, żeby jeździć to tu to tam. Bardzo dużo pieniędzy wydałam: jedna porada laktacyjna, podcięcie wędzidełka, druga porada, osteopata, a to laktator, nakładki, butelka. Nie każdego na to by było stać”.
(K52)

„Ani w prywatnej klinice, ani w szpitalu na NFZ nikt nie wyłapał skróconego wędzidełka u żadnego z moich dzieci. Okazało się, że trójka dzieci miała znacznie skrócone wędzidełko i wymagało to podcięcia. Prosiłam o ocenę i zwracałam na to uwagę, to mi powiedziano »To proszę już tam u lekarza rodzinnego poprosić o skierowanie«, czy odsyłano mnie po prostu dalej”. (K57)

Neurologopedka, która pracuje na co dzień z kobietami i dziećmi, zmagającymi się z problemami z pobieraniem pokarmu z piersi, podzieliła się swoimi spostrzeżeniami na temat oceny ssania i budowy jamy ustnej.



„Pierwszy punkt, czyli zbadanie jamy ustnej u dziecka i to u każdego, czy są problemy, czy nie, powinien być realizowany. W przypadku, kiedy występuje jakakolwiek trudność dostawienia do piersi, to już obowiązkowo. Myślę, że wielu problemów by się uniknęło, wielu frustracji przede wszystkim i te dzieci byłyby karmione mlekiem mamy, bo nawet jeżeli jest skrócone wędzidełko, a mama chce karmić piersią, to można ją uczyć odciągania mleka, podać je inaczej do czasu, kiedy będzie wykonany zabieg. Mamy dużo zaniedbań. Oglądam te bużki i oczywiście, że moim zadaniem jest sprawdzenie, jak wygląda wędzidełko, jak cała jama ustna pracuje, oceniam, jak karmienie wygląda. Na przykład pytam się mam, czy ktoś oglądał karmienie i mówią, że »ktoś podszedł«. Nie można ocenić karmienia spoglądając tylko »a bo dziecko się przystawiło, to ok«. Potrzeba kilku minut chociaż, żeby popatrzeć, czy ono oddycha w trakcie karmienia dobrze, czy ono ma warunki, żeby swobodnie jeść po prostu. Z tego co wiem to takie sprawdzanie prawie się nie zdarza. Doradczynie laktacyjne, które przyjeżdżają do domów i zajmują się swoimi pacjentkami mówią mi, że taka wizyta trwa godzinę. Czasami na 2 godziny się rozciąga. Zdaję sobie sprawę, że w szpitalu jest to niemożliwe, żeby być 2 godziny przy jednej pacjentce, ale też więcej niż minutę myślę, że jest realne. Uważam, że bużki maluchów są bardzo po macoszemu traktowane. Od tych wędzidełek skróconych, poprzez nieprawidłowe napięcia, rozszczepy podniebienia, co w ogóle nie powinno być możliwe, że wypuszcza się dziecko z rozszczepem. To też stan śluzówki. Wielokrotnie jest tak, że dziecko przychodzi do mnie i ma pleśniawki. Takie rzeczy są zaniedbywane, a to też będzie wpływało na karmienie. Natomiast spotkałam się, że na wypisie czasami piszą w niektórych



szpitalach, że »karmienie piersią prawidłowe, bez trudności« coś takiego, ale to nie mówi o tym, jak ten przebieg karmienia wygląda, a myślę, że to jest tak ważna rzecz na tym starcie. Jak to dziecko będzie jadło, jak ten człowiek będzie jadł całe życie”. (P9)

Dziecko jednej z kobiet miało bardzo duże trudności z przystawieniem się i zassaniem piersi. Wędzidełko ocenił neonatolog jeszcze podczas pobytu matki i dziecka na oddziale, ale dopiero po wyjściu ze szpitala (w którym ostatecznie dokarmiano dziecko mieszanką) właściwą diagnozę postawiła położna środowiskowo-rodzinna, która była jednocześnie doradczynią laktacyjną CDL. Matka nie otrzymała potrzebnej pomocy w szpitalu i potem długo borykała się z poczuciem winy, że źle przystawia dziecko (takie słowa usłyszała od położnej w szpitalu), pomimo, że problemy wynikały z trudności po stronie dziecka:

„W szpitalu wędzidełko zostało ocenione przez neonatologa, który podobno ocenia właśnie wędzidełka, ale nie podczas aktu karmienia, bo takiego w ogóle nie było, tylko po prostu sobie spojrzeli do buzi stwierdzili, że »Wszystko jest ok«. Dopiero jak moja położna środowiskowa przyjechała na pierwszą wizytę ocenić, to powiedziała, że mały ma tak pospinaną buzię, że nawet ona nie była w stanie, a jest doradcą laktacyjnym, na początku go prawidłowo przystawić. Kilka razy się pomęczyłyśmy, gdzie ona doskonale wie, jak przystawić malucha. Mówiła, że się wcale nie dziwi, że on się odstawiał, bo po prostu był tak pospinany, miał lekką asymetrię, że rozpoczęliśmy też później fizjoterapię. Generalnie kosmos, jeśli chodzi o buzię. Tak naprawdę trzeba było mu całą buzię rozluźnić, żeby on w ogóle mógł złapać pierś, więc jakby wcześniej też w ogóle nikt się nawet tym nie zainteresował. Wędzidełko też nie było ok. Co prawda nie było »poważnego stopnia« i na początku nie było to tak widoczne, ale z czasem



zaczęło się właśnie pojawiać jakieś klikanie przy karmieniu. Inna sprawa, że ja bardzo długo myślałam, że to przeze mnie mimo wszystko. Nawet jak pani A. przychodziła mówiła »Dobrze przystawiasz. Jeśli chodzi o przystawienie to jest super«, to ja cały czas jeszcze nie byłam pewna. Pamiętam, jak pojechałam do neurologopedki i ona też chciała zobaczyć, jak przystawiam, to myślałam »Boże pewnie powie, że źle przystawiam«. To po prostu zostało mi już tak, że ja coś robię źle, a nie mały ma jakiś problem. Neurologopedka też powiedziała, że jeśli chodzi o technikę to nie ma się do czego doczepić. Po prostu jest u malucha problem. W szpitalu pod tym względem to zupełne zero. W ogóle jakiegokolwiek nawet wzmianki o tym, że to może być coś po jego stronie nie usłyszałam". (K17)

Oprócz tego, że często brak jest diagnozy trudności po stronie dziecka, to też nie ma możliwości skierowania do dalszej diagnostyki specjalistycznej.

„Też pokierowanie do odpowiedniego specjalisty, czyli jeżeli nie możemy zapewnić tego, żeby dziecko było badane na oddziale, nie jesteśmy w stanie podjąć się oceny tego wędzidełka, podcięcia wędzidełka, to chociaż pokierować do specjalisty, który może to zrobić. Jeżeli chodzi o poradnie logopedyczne to prawie w każdym szpitalu jest, więc może tam chociaż jedna osoba, która byłaby w stanie badać noworodki, bo to jest też tak, że nie każdy logopeda chce i potrafi badać niemowlęta. Myślę, że nadal to jest mniejszość, ale z drugiej strony w jednym szpitalu był taki logopeda, który specjalizował się w pacjentach od rozszczepów, więc skoro jest możliwość mieć takiego specjalistę, to fajnie by było, żeby



szpitale, w których rodzą się dzieci miały neurologopedę, który potrafi pracować z karmieniem. My mówimy o zdrowych dzieciach, a wielokrotnie będzie tak, że urodzi się dziecko z jakimiś większymi problemami, dziecko z jakąś chorobą, z jakąś nieprawidłową budową jamy ustnej, rzadko, ale się zdarza i teraz tutaj brakuje bardzo takiego instruktażu. Przy czymkolwiek nienormalnym w jamie ustnej przekazuje się rodzicom informacje, że tutaj nie będzie innego karmienia, jak butelką, co nie jest zgodne z normami obecnymi i z naszą wiedzą, bo można wiele. Moim zdaniem edukacja to podstawa". (P9)



Problem!

Prawie połowa kobiet (45,9% ankietowanych spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) nie otrzymuje diagnozy umiejętności ssania u noworodka lub nie pamięta faktu, aby taka diagnoza została postawiona, podczas gdy taka wiedza pozwoliłaby zarówno kobietom, jak i personelowi medycznemu zawnazasu ustalić podejście do rozwiązywania ewentualnych trudności z karmieniem piersią, które mogą pojawić się po stronie dziecka, jak również skierować dziecko do dalszej diagnozy specjalistycznej. Zrozumienie tego, iż ew. problemy mogą wynikać z trudności po stronie dziecka, mogłoby zwiększyć zaufanie kobiet do samych siebie w kwestii możliwości wykarmienia swojego dziecka.



Jak cytowałyśmy na początku, w S000 zawarte są zapisy o czynnościach mających na celu ocenę efektywności karmienia, częstości przystawiania, obserwowanie cech dobrego przystawiania i wskaźników skutecznego karmienia (karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy).



Droga kobieto!

O wskaźnikach skutecznego karmienia piersią przeczytasz w rzetelnych źródłach np. w artykule Stowarzyszenia Małyssak na stronie: <https://malyssak.pl/wsk> a także w artykułach na blogu Hafija.pl lub materiałach do pobrania: <https://www.hafija.pl/do-pobrania>

Jedna z kobiet tak napisała o tym, czy pomoc personelu medycznego zaspokoili jej potrzeby, wspominając jednocześnie o wskaźnikach skutecznego karmienia:

„Nie zaspokoili. Jak wspomniałam doradczynie była nieobecna, ale karmiłam pierwsze dziecko 2,5 roku, więc nie przejmowałam się jakoś mocno, a położne ogólnie wydawały mi się w porządku. Pomagały i w moim odczuciu, poza jedną, były w miarę na bieżąco z aktualnymi wytycznymi (ja śledzę blog Hafiji, więc uważam, że podstawowe informacje mam i znam wskaźniki skutecznego karmienia i mniej więcej wiem, na co zwracać uwagę podczas karmienia)”. (A111)



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

W tym przypadku znajomość wskaźników skutecznego karmienia uchroniła kobietę przed bezpodstawnym dokarmianiem. Niestety neonatolożka nie miała odpowiedniej wiedzy, zupełnie naturalnym jest bowiem, iż noworodek budzi się co dwie godziny.

„Neonatolog nagminnie nagabywała, że mam za mało pokarmu i powinnam dokarmiać. Bezpodstawnie - dziecko ssało efektywnie od urodzenia. W 5 dobie odzyskało wagę urodzeniową. Jedyнным argumentem neonatolożki był fakt, że syn budził się na karmienie co 2 godziny”. (A2090)

W innym przypadku szpitalna doradczyni laktacyjna wsparła kobietę potwierdzając efektywność karmienia, dzięki ocenie wskaźników skutecznego karmienia.

„Pani przyszła, zobaczyła w jaki sposób przystawiam dziecko. Pytała, ile było kup itd. Oceniała to skuteczne karmienie, a mała, naprawdę byłam pod wrażeniem, jak dużo tych sików i kup przez ten cały czas robiła. Ona faktycznie dużo jadła”. (K23)

Tylko w jednej z ankiet odnalazłyśmy bezpośrednie odniesienie do edukowania kobiety o wskaźnikach skutecznego karmienia przez personel medyczny. Osobą z personelu medycznego była doradczyni laktacyjna CDL.

„Jedna lekarka pomogła mi przystawić dzieci po obchodzie. Codziennie poza wybranymi dniami była CDL, która pomagała w przystawianiu i instruowała. Nauczyła mnie korzystać z laktatora, informowała, ile dzieci powinny jeść odciągniętego mleka, ile powinny ważyć i o wskaźnikach skutecznego karmienia. Dużo



wiedzy i wsparcia. Parę położnych też pomagało z przystawianiem, jak się je poprosiło”. (A667)

Cytowałyśmy wypowiedź jednej z kobiet czekającej przez weekend na konsultację z doradczynią laktacyjną do poniedziałku. Przez ten czas kobieta nie dokarmiła dziecka mieszanką. Zaufała swojej wiedzy na temat wskaźników skutecznego karmienia. Wiedzę tę zdobyła już w ciąży podczas prywatnych, indywidualnych spotkań z położną w jej domu. W kolejnym rozdziale wyjaśnimy, że spadek masy ciała dziecka po porodzie, jak było w przypadku dziecka tej kobiety, w pewnych granicach jest normą.

„Dziecko nie było dokarmione. Z racji szkoły rodzenia wiedziałam jakie są wskaźniki skutecznego karmienia. Na logikę próbowałam sobie tłumaczyć, że dziecko brudzi pieluszki, zgłasza się te 10-12 razy na dobę do piersi i faktycznie słychać było, że przetyka, to mówię może po prostu nie je aż tyle ile powinna, ale je. Rozmawiałam z położnymi, że skoro nie może z piersi efektywnie jeść, to może byśmy ściągnęły pokarm i po prostu podały z butelki. Położne stwierdziły, że to bez sensu, bo najwidoczniej nie mam pokarmu, to może od razu lepiej modyfikowane podać, więc tu się nie dogadałyśmy. Córka była cały czas wyłącznie na piersi. Ani mieszanki nie podałyśmy, ani nie odciągnęłyśmy i nie podałyśmy ani przez strzykawkę, ani z butelki w żaden sposób”. (K6)

3.2.8. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU NIESKUTECZNEGO KARMIENIA PIERSIĄ

Zdarzają się takie sytuacje, w których karmienie piersią jest nieskuteczne. S000 określa zasady postępowania w takich przypadkach.



„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

4) [...] w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;

5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;

[...]”. (S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

Należy podkreślić, że to postępowanie wdraża się na podstawie oceny umiejętności ssania, a wiemy już, że w wielu przypadkach kobiety (prawie połowa spośród naszych ankietowanych) takiej oceny od personelu medycznego nie uzyskały. Warto podsumować, jakie kroki powinny zostać podjęte:

- postępowanie w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z bezpośrednio piersi;
- w następnej kolejności odciągniętym mlekiem matki;
- dobór metody dokarmiania mlekiem matki powinien uwzględniać najnowszą wiedzę o zmniejszeniu ryzyka trudności ze ssaniem;
- postępowanie winno być odnotowane w dokumentacji medycznej.



Wykonanie tych kroków jest kluczowe. Jeśli pomimo wprowadzenia takiego postępowania wskaźniki skutecznego karmienia nie są zachowane, dopiero wtedy może być konieczne wprowadzenie mieszanki ze względów medycznych, na zlecenie lekarza i po wcześniejszym udzieleniu informacji matce o takim żywieniu, jednak z równoczesną stymulacją laktacji i dążeniem do karmienia piersią lub mlekiem matki. Warto również pamiętać o tzw. fizjologicznym spadku wagi/masy ciała noworodka:

„Obniżanie masy ciała po porodzie to bardzo czuły wskaźnik stanu dziecka i inicjacji laktacji. Proces fizjologicznego spadku masy ciała zaczyna się zaraz po urodzeniu dziecka i związany jest głównie z utratą płynów, która następuje w wyniku oddychania, parowania w procesach termoregulacji, oddawania moczu, smółki oraz wysychania kikuta pępowiny przy stosunkowo niewielkim jeszcze uzupełnianiu płynów w czasie ssania piersi. Maksymalna fizjologiczna utrata masy ciała przez noworodka nie powinna przekraczać 7%. Wg badań naukowych przeciętny spadek masy urodzeniowej u dzieci po porodzie siłami natury wynosi średnio 6% i osiąga swój szczyt do 2/3 doby, po ok. 48h zaczynają przybierać na wadze. Natomiast u dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego spadek masy ciała osiąga średnio 7% do 3 doby życia dziecka i od ok. 72h widoczna jest tendencja wzrostowa. Bez względu na drogę porodu optymalnym czasem na odzyskanie wagi urodzeniowej jest 7.-8. doba. Oczywiście należy pamiętać o indywidualnych odchyleniach od tej normy, a wszelkie wątpliwości konsultować z doradcą laktacyjnym, położną lub lekarzem neonatologiem”¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Świderek-Tybelska A., *Wskaźniki skutecznego karmienia piersią*, 2021, <https://malysak.pl/wskazniki-skutecznego-karmienia-piersia/> [dostęp: 30.11.2023]



Dziecko, które dużo płacze i ma trudność z uchwyceniem piersi może nie być w stanie skutecznie pobierać pokarmu. Różnego rodzaju trudności po stronie dziecka mogą być sygnalizowane jego płaczem, choć warto pamiętać, że nie zawsze te trudności wynikają z nieprawidłowego stanu zdrowia dziecka.

„Jeżeli trafię do pacjentek w zerowej dobie, to mówię »Słuchajcie, dzisiaj jest spokojnie, ale nastawcie się, że dzisiaj w nocy to będzie szaleństwo wasze dziecko zamienia się w małego gremlina i się nie da odłożyć i to jest w porządku, to nie jest nic złego. Nie przejmujcie się, że dziecko płacze, bo jesteście na oddziale położniczym. Tu dzieci płaczą. Nikogo nie budzicie, nikomu nie powinno to przeszkadzać. Jak prowadzę zajęcia w szkole rodzenia poświęcam czas właśnie tym pierwszym dwóm dobom, jak to będzie wyglądać, czego kobiety się mają spodziewać, jak się będą czuły i jak to dziecko będzie właśnie się zachowywać. Cały czas, gdzieś obraz śpiącego dziecka, a ludzki noworodek może dużo płakać”. (P10)

Warto w takich przypadkach przyjrzeć się dokładniej wskaźnikom skutecznego karmienia, gdyż płacz i trudność z dostawianiem się mogą skutkować ograniczonym czasem bycia dziecka przy piersi, a co za tym idzie mniejszą stymulacją do produkcji mleka. Jednak dopiero obraz całej sytuacji i efektywności ssania dziecka może być przyczynkiem do dokarmiania dziecka, ale zawsze mlekiem matki w pierwszej kolejności. Sam płacz natomiast absolutnie NIE jest wskazaniem do dokarmiania mieszanką. W wielu przypadkach nie miało miejsca jakiegokolwiek postępowanie mające na celu nakarmienie dziecka mlekiem matki zanim zaproponowano mieszankę. Często proponowano ją z pominięciem zlecenia lekarskiego, czy nawet straszono, że bez tego matka i dziecko nie wyjdą ze szpitala.



„Dziecko dużo płakało i nikt nie wiedział, dlaczego. Proponowano dokarmienie mieszanką, na co się nie zgodziłam, więc innych opcji nie było”. (A847)

„Po cięciu cesarskim dziecko zabierane było na badania. Kiedy dużo płakało, a ja nie mogłam wstać, to położne zabierały syna na »dokarmianie« mlekiem modyfikowanym. Mimo, iż miałam pokarm w piersiach i wiedziały o tym. Jednakże żadna z pracujących tam pań nie umiała mi pomóc prawidłowo przystawić dziecka do piersi. Dopiero w ostatnim dniu przed wypisem przyszła znajoma znajomej z innego szpitala :(”. (A1308)

„Ja podałam dostępne w szpitalu mleko, bo czułam presję ze strony niektórych położnych – dziecko dużo płakało, miało silny odruch ssania, nikt nie pomógł mi przy karmieniu piersią, a ciągle słyszałam, że jak straci na wadze więcej niż 10% masy to nie wypuszczą ze szpitala”. (A2394)

„Położna pomogła mi z własnej inicjatywy przystawić dziecko do piersi po raz pierwszy - z sukcesem. Kolejne położne – z następnych zmian – także pomagały przystawiać dziecko na moją prośbę, ale nigdy z własnej inicjatywy. Czułam się przez to zagubiona i niekompetentna. Byłam też nakłoniona do podawania dziecku mieszanki, bo bardzo krzyczało i nie chciało kilka razy dobrze się przyssać - dziś wiem, że niepotrzebnie. Nie było mowy o alternatywnych formach dokarmiania. Na plus – w mojej sali dostępny był dobry laktator”. (A1769)



„Pytali, czy leci mleko. Powiedziałam, że leci, bo kropelki się pojawiały, gdy nadusiłam sutka. Po 3 dobie (i ciągłym płaczu dziecka) okazało się, że córka spadła z wagi ponad 10% i nie chcieli nas wypuścić do domu. Ja myślałam, że ją karmię, a płacze, bo po prostu jest dzieckiem. Upoili je mlekiem modyfikowanym i szybko włożyli na wagę. Waga się zgadzała, więc puścili nas do domu. Badania z krwi nie wykazały nieprawidłowości u córki”.

(A842)

Mimo, że w kolejnej historii kobieta ostatecznie otrzymała pomoc, to o powodzeniu w karmieniu zadecydowała jej determinacja. Jak sama powiedziała, rozwiązania jakie stosuje się w danym szpitalu mogą spowodować trudności z karmieniem piersią nawet u osoby, która tych problemów mieć nie miała. W jej przypadku dokarmienie nastąpiło już w pierwszej dobie życia dziecka.

„Ona cały czas płakała i nie chciała zasnąć. Położne coś tam pomagały ją przystawiać, ale nie bardzo im to szło. Mówiły »Dzieci tak mają, że płaczą«. Potem była położna, która mi mówiła »Płacze, bo jest głodna« i że trzeba ją dokarmić. W końcu poddałam się i powiedziałam, żeby w takim razie dokarmili tą butelką. Jak to zrobili poszła spać i spała. O godz. 21 miała być zmiana położnych i przyszły do mnie jeszcze przed końcem swojej zmiany dokarmić dziecko. Powiedziałam im, że ją przystawiałam do piersi, więc chyba nie trzeba jej dokarmiać. Weszłam z nimi w dyskusję i skończyło się na tym, że wylądowałam w pokoju położnych i zaczęłam im mówić »Rozumiem, że płacze, bo jest głodna. Nie może zasnąć, bo jest głodna, ale chcę ją karmić piersią« i że chyba ich obowiązkiem jest pokazanie mi, jak ja mam to zrobić, żeby ona się najadała z piersi, bo nie jest rozwiązaniem dawanie butelki.



Jedna położna na mnie naskoczyła »Bo pani to się wydaje, że my tutaj wszystkie chcemy sobie ułatwić pracę i nakarmić wszystkie dzieci mlekiem modyfikowanym, żeby spały, a my sobie tu będziemy siedzieć w tej kanciapie«. Taki był przekaz. Popłakałam się przy nich i powiedziałam, że mi nie o to chodzi, tylko chciałabym, żeby mi ktoś pomógł i powiedział, jak ja mam rozkręcić laktację, bo miałam wrażenie, że mi nic nie leci z piersi. Wiedziałam, że jest ta siara, dlatego początkowo się nie przejmowałam tym specjalnie, że nie widzę tego mleka. Zostawiłam córkę, żeby one ją nakarmiły i wyszłam stamtąd z płaczem. Nowa położna, która przyszła usłyszała, jak rozmawiam z tymi położnymi i zobaczyła, że płaczę. Jak wróciłam do pokoju, to do mnie przyszła i mi powiedziała, że pomoże mi rozkręcić laktację. Przyniosła mi laktator, który mieli i powiedziała, żebym co 3 godziny odciągała metodą 7 5 3, że przez 7 minut z jednej piersi, potem z drugiej, potem przez 5 minut z jednej i tak dalej. Przez całą noc się budziłam co 3 godziny i odciągałam. Oni mi nakarmili to dziecko mlekiem modyfikowanym, więc córka generalnie spała, a ja się budziłam i rozkręcałam laktację laktatorem. Potem przystawiałam jeszcze do piersi. Ona załapała tak, że po tej nocy już widziałam ten pokarm i jego się dużo łało. Następnego dnia nie jadła ani razu z butelki i na następny dzień mnie już wypisali. Miałam cesarkę w środę, a oni mnie wypisali w piątek. Dalej karmienie poszło łatwo. Mówiłam jeszcze w ciąży partnerowi, że jak tylko wyjdę ze szpitala to się umawiam na konsultacje z doradczynią laktacyjną i będę ją karmić. Wiedziałam, że ja jestem w stanie ją wykarmić i wiedziałam, że będę karmić. Już wtedy sprawdziłam i wiedziałam do kogo zadzwonię, żeby mi ktoś od razu przyszedł, jeżeli w szpitalu mi nie pomogą. Efekt był taki, że udało mi się to zrobić w szpitalu, a potem



nie korzystałam z żadnej porady doradczynie laktacyjnej. To też pokazuje, że ja jestem osobą, która nie miała problemów z karmieniem piersią, czy moja córka nie miała problemów i nie potrzebowaliśmy pomocy specjalistycznej, ale przez to jakie są rozwiązania instytucjonalne w danym szpitalu mogło się to skończyć tym, że ja bym miała problemy z karmieniem piersią. A to jeszcze był szpital, który się chwali tym, że mają wsparcie dla kobiet w laktacji". (K50)

Verbalny atak jednej z położnych wywołany był próbą wyegzekwowania przez kobietę pomocy. Pewność kobiety została zachwiana, ale nie na długo. Warto dodać, że miała ona w otoczeniu wiele innych kobiet, którym karmienie piersią się udało, więc wiedziała, że jest to możliwe. Nie każda kobieta ma tak głębokie przekonanie i wiedzę, że to się może udać.

"Mama mojego najmłodszego brata karmiła ponad 3 lata i moje siostry obie też karmiły dzieci do 2 lat. Moja kuzynka ma 2,5 letnią córkę i jeszcze ją karmi i bliższe koleżanki karmiły w okolicach 2 lat, więc na około miałam wzory, że się karmi długo piersią. Niedawno sobie uświadomiłam, że chyba nie wiem co to znaczy długie karmienie piersią. Wydawało mi się, że to 2-3 lata, a ostatnio ktoś mi powiedział, że powyżej roku to jest długo. Miałam plany, że chciałam długo karmić. Tak myślałam, że będę karmić". (K50)

Czasem kobiety same decydują się na podanie mieszanki z poczucia bezsilności. W poprzednim podrozdziale wspominałyśmy historię kobiety, której dziecko nie zostało zdiagnozowane pod kątem trudności ze ssaniem i wymagało rehabilitacji u fizjoterapeuty. Karmienie nie było skuteczne i dziecko dużo płakało. Poniżej część historii, z której wynika, że położna nie oceniła umiejętności ssania dziecka, pomijając przyczynę trudności z karmieniem, która leżała po stronie dziecka.



„Zdecydowałam się na dokarmienie, że tak powiem z własnej woli i z własnej inicjatywy. Wiedziałam, że no dalej nie dam rady. On płakał mi 2 doby i nie był w stanie się przystawić na dłużej, a położna nie miała czasu, żeby poczekać ze mną nawet te 3 minuty i zobaczyć, że on po prostu puszcza pierś i nie jest w stanie w ogóle jeść. On wył praktycznie całą noc, a ja razem z nim. Nie jadłam, bo on cały czas płakał. Masakra no w skrócie. Ta położna przychodziła faktycznie i cały czas mówiła, że ja muszę przystawiać. Jeszcze do mnie mówiła cały czas »Mama musisz przystawiać. Mama źle to robisz«. Jak to słyszałam to mi się już odechciewało wszystkiego. Generalnie ona bardzo chciała, żebym przystawiała. Nieważne, że mi nie idzie, ja mam przystawiać i jak ja jej mówię, że on nie je to ona mówi »Nie, on musi jeść 10 minut minimum«. Mówię »No fajnie tylko on nie je nawet minuty«, na co ona, że nie ma czasu tu być. Szkoda”. (K17)

Cytowany wcześniej przepis S000 wskazuje, że mieszanka może być podana zgodnie z decyzją matki. W poniższej sytuacji, gdyby położna miała większe kompetencje we wsparciu laktacyjnym i korzystałaby z kompetencji miękkich, to może udałoby się jej wesprzeć kobietę na tyle, że podanie mieszanki nie byłoby potrzebne.

„Nikt mnie do tego w ogóle nie zachęcał. Po prostu zrobiłam to w swojej rozpacz, bo bardzo chciałam się przespać. Rzeczywiście to dziecko nie spało wtedy moim zdaniem zupełnie. Miałam już halucynacje od braku snu. Poszłam do pań na neonatologii po buteleczkę z mlekiem modyfikowanym i usłyszałam bardzo dużo przykrych słów, na ten temat, że poszłam, więc to zdecydowanie nie była inicjatywa personelu. Zaczęło się od tego, że weszłam z moją mamą i zastanawiałam się jak w ogóle



podaje się butelkę. Czy dziecko ma leżeć, czy ma siedzieć, przecież jest na to za małe, bo miałam wtedy dużo takich wątpliwości z szoku, z przestachu. Nie wiedziałam po prostu, jak tę butelkę technicznie mu dać i to było takie typowe chyba polskie szpitalne: "No jak to jak? Tutaj siadaj i wciskaj mu tam. Załapie" i że nie powinnam tego robić, że to tylko ze wskazań lekarza się wydaje mleko modyfikowane, że co ona ma napisać w karcie, że to jest mu niepotrzebne, że teraz to już jestem mamą, już nie będzie mi się tak spało, jak jeszcze kiedyś było. Teraz może by mnie to nie ruszyło, ale wtedy bardzo. W ogóle nie usłyszałam, że może być inny sposób podania tego mleka. Miałam w szpitalu swój laktator, bo wydawało mi się, że to jest bardzo potrzebne, ale skorzystałam z niego dopiero po dwóch dniach od porodu, kiedy była pani doradczyni na miejscu, bo zasugerowała to. Wcześniej nie wpadłam na to sama i nikt też mi nie sugerował tego". (K42)

W kolejnej historii dziecko było spokojne, było karmione na żądanie, a doradczyni laktacyjna obejrzała akt karmienia i uznała, że dziecko przystawione jest prawidłowo. Pomimo tego ordynator oddziału zasiała w kobiecie niepewność do tego stopnia, że ta czuła się zaszantażowana, a podanie mieszanki było warunkiem otrzymania wypisu ze szpitala. Kobiecie nie została zaoferowana pomoc laktacyjna, za to zasugerowano sprawdzenie ilości mleka laktatorem. Warto podkreślić, że jest to kolejny mit. Brak lub niewielka ilość mleka odciągniętego przez kobietę nie jest wymierna i nie powinno się traktować tej sytuacji jako świadczącej o niewystarczającej ilości pokarmu. Taka sytuacja NIE świadczy o poziomie laktacji i NIE jest wskaźnikiem skutecznego karmienia. Kobieta miała tego świadomość, jednak pomimo tego była przymuszona do podania mieszanki dziecku. Nasuwa się pytanie, co jest istotniejsze – udzielenie rzeczywistej pomocy czy gwałtowne podwyższenie wagi dziecka, aby można było wypisać dziecko ze szpitala?



„To było w 4 dobie naszego pobytu w szpitalu. Ogólnie ta pani ordynator pediatrii miała chyba jakieś huśtawki nastroju, bo na przykład dzień wcześniej o godz. 21 wykonywała mojemu dziecku USG głowy, brzuszka, bo w tym szpitalu to był standard i była dla mnie supermiła. Następnego dnia rano wchodzi na salę i po prostu patrzy na spadek wagi, a ja pamiętam dokładnie, że z tej 3 na 4 dobę dziecku spadło 20 g. To nie jest dużo, to kwestia nie wiem, siku, kupki. I właśnie ona zapytała ironicznie, czy ja wiem, jak wygląda dobrze odżywione dziecko, bo na pewno nie tak jak moje. I po prostu zasugerowała mi, że jeżeli ja nie podam mleka modyfikowanego, to ona mnie nie wypuści z tego szpitala. A tak naprawdę chodziło o coś zupełnie innego. Jak syn się rodził to musiały zostać przebite wody płodowe, bo prawdopodobnie one powstrzymywały akcję porodową, która była bardzo długa i wyczerpująca. Wody szły takimi chlustami. Były czyste, ale ostatnia partia była zielona. Oni na tej podstawie zdecydowali, żeby pobrać mu wymaz, aby sprawdzić, czy nie było zakażenia. Może zrobili to słusznie, ale o niczym mnie nie poinformowali. W niedzielę w 3. dobie, kiedy ja już byłam gotowa do wyjścia ze szpitala, bo wszystko z dzieckiem było dobrze, nagle dostaję »Nie, nie wychodźcie« i zero jakiegoś uzasadnienia. Dopiero wieczorem w niedzielę mi powiedzieli, że nie puszczą go, bo było CRP pobrane, a oni zapomnieli złożyć kolejnego zlecenia na badanie, i że w takim razie to badanie zostanie wykonane dopiero w poniedziałek rano, ale rano nie zostało pobrane. I wchodzi ta ordynator i ona mnie pyta, czy ja wiem, jak wygląda najedzone dziecko, a ja ją pytam, czy zostało zbadane CRP, a ona, że nie. I tyle, i taka to była rozmowa. Koniec końców powiedziała, że ma przyjść położna z laktatorem i sprawdzimy, czy ja w ogóle



mam mleko. Dla mnie to była taka sugestia, że ja nie mam mleka, że sprawdzimy, ile pani tego mleka tam ma. No co ona chciała sprawdzać. Przecież wiadomo, że laktatorem nie wyciągnę takiej ilości, jak dziecko jest w stanie sobie wyciągnąć, a po drugie syn faktycznie w tym okresie wisiał na mojej piersi, bo to już była 4 doba jego życia on oczekiwał większej ilości pokarmu, bo już się skończyły te 3 pierwsze doby, kiedy miał żołądeczek wisienki, a że tego mleka nie było, no to on praktycznie cały czas był przy mojej piersi, ale z 2 strony jak inaczej rozkręcić laktację. Tego się inaczej nie da zrobić, jak nie przestawiając dziecka. I co ja miałam z tych piersi wyciągnąć, jak dziecko próbowało pobrać pokarm. Wyciągnęłam bodajże 20 ml, to i tak było dużo, jak na ten okres od porodu. Położna, która mi ten lektor dawała, to ona mi powiedziała, że po prostu »Zróbmy tak jak chce ordynator« i po prostu widać było, że jest jej mnie żal, bo ja tam się próbowałam stawiać. Już byłam na takim etapie, że właśnie powiedziałam, że chcę to CRP, żeby mi to sprawdzili i nie wiem, czy gdyby to jeszcze trochę nie potrwało, to czy bym nie zrobiła wypisu na żądanie. Tyle, że się oczywiście martwiłam o zdrowie dziecka. To nie jest takie proste podjąć taką decyzję, że jak się wie, że dziecko jeszcze nie przebiera do końca, a potem coś się stanie i wiadomo, że to mnie obarczą winą, a nie lekarza, który w jakiś sposób się nade mną znęcał psychicznie, no bo tego się inaczej nie da po prostu określić. Ja wtedy nie wiedziałam, bo potem sobie doczytałam w tej takiej żółtej książce »Karmienie piersią. Siedem naturalnych praw«, że mój ciężki poród może spowodować opóźnienie nawału mleka i tego mi nikt nie powiedział. W piątek po porodzie była u mnie doradca laktacyjna, która pracowała w szpitalu. Spojrzała, jak przystawiam. Stwierdziła, że jest



w porządku. Nie powiedziała mi kluczowej rzeczy, że ja się nie mam co przejmować tym, że mój poród był trudny i mleko się spóźni i że mam po prostu przystawiać, żeby rozkręcać. W każdym razie w poniedziałek przyszła właśnie położna z tym laktatorem, która miała mi udowodnić po prostu, że tego mleka nie mam. Już byłam tak zdesperowana i tak bardzo chciałam wyjść z tego szpitala, że podaliśmy dziecku mieszankę. To był szantaż, bo ja byłam bardzo zdołowana w tym szpitalu całą sytuacją. Byłam w bardzo złej formie psychicznej i dla mnie kluczowe było, żeby stamtąd wyjść. Wyjść jak najszybciej, za wszelką cenę. Skończyło się tym, że dziecko, wypilo mieszankę i dokładnie za chwilę zrobiło kupę. To się po prostu przelało przez niego zupełnie. To był pierwszy i ostatni raz, kiedy moje dziecko dostało mieszankę. Natomiast dostaliśmy wypis. Przekroczyłam próg domu i dostałam nawału mleka". (K20)

„Pielęgniarki przynosiły smoczki i gotową mieszankę w małych buteleczkach i kazały dokarmiać dziecko cytując: bo je zagłodzę oraz nie wyjdę ze szpitala jak spadek wagi będzie za duży". (A410)

„Usłyszałam na początku, że nie mam mleka i mam podawać mieszankę, bo nas nie wypuszczą ze szpitala jak będzie spadać z wagi. Dopiero potem się dowiedziałam, że to jest normalne, że dziecko spada z wagi. Tylko jedna pani mi pomogła i pokazała, że mam mleko w piersiach i żeby karmić małego piersią. Była to pani z wcześniaków. Położne tylko mnie zastraszały, że jeśli nie będę dokarmiać butlą z mlekiem modyfikowanym, to dziecka nie wypiszą ze szpitala i będą musieli zrobić mu zastrzyki. Jeny, ile ja



przeżyłam. 5 dni w tym szpitalu było dla mnie i jest traumą. Codziennie płakałam. Nikt mi i koleżance nie chciał pomóc. Jak chciałam, żeby mi położna pomogła dostawić, to przyszła, przystawiła i powiedziała, że nie chwyta. Dała nakładkę i przez to musiałam się męczyć z nakładką przez 4 miesiące, zanim dziecko samo odrzuciło nakładkę! Poród cudowny, ale opieka po porodzie masakra. Żałuję, że od razu nie złożyłam na nich skargi. Wypełniam ankietę dla nas kobiet, żeby się w końcu coś w tych szpitalach poprawiło. Jest tragicznie, jeśli chodzi o pomoc przy karmieniu. Kiedyś była doradczyni w szpitalu i pomagała teraz musimy radzić sobie same. W każdym szpitalu powinna być taka kobieta". (A2348)

W kolejnej historii kobieta nie otrzymała pomocy mającej na celu skuteczne nakarmienie dziecka piersią lub jej mlekiem. Nie miała zaufania do personelu i nie dostosowała się do zalecenia podania mieszanki. Jak się okazało, jej decyzja okazała się słuszna – dziecko nie potrzebowało mieszanki, by przybrać na wadze.

„Groziło nam, że nie zostaniemy wypisani, bo córka nie przybierała tak do końca dobrze na wadze na początku, więc kazali mi ją dokarmić. Oczywiście też mieszanką. Nie chciałam podać tej mieszanki. Powiedziałam, że ją dokarmiłam, ale ja tego nie zrobiłam. Udało się, że ta waga powoli ruszyła w górę, więc nas puścili i już później w domu walczyłyśmy". (K24)

Kolejna kobieta nie zgadzała się na dokarmianie dziecka mieszanką. Próby pomocy personelu były dość chaotyczne i niedelikatne.



„Przystawiałam dziecko do piersi, tak jak wcześniej uczyła mnie położna w pozycji spod pachy, mówiąc, że nie będzie mnie bolał brzuch właśnie i tak się starałam robić. Panie położne chyba uważały, że jest ok. Nigdy nie widziałam, jak wygląda prawidłowe ssanie, więc myślałam, że skoro dziecko jest przy piersi i potem zasypia, to wszystko jest w porządku. Teraz wiem, że ona w zasadzie prawie nie ssała, tylko usiłowała złapać tę brodawkę i wiele z tego nie wynikało. Bardzo się frustrowała. Natomiast w nocy budziła się często z płaczem i płakała. Wtedy jak dziecko płakało, przysłała położna od razu z butelką z mlekiem modyfikowanym. Powiedziała »O, jest na pewno głodne« i że mam dokarmić. Mówiłam, że ja nie chcę dokarmiać mlekiem modyfikowanym. Wzięła dziecko i ciasno owinęła w pieluszki. Mówiła, że tak ciasno owinięte mam przystawiać. To też niewiele dawało. W końcu już nie wiedziałam co robić, bo innej położnej nie było, ale nie chciałam też dawać tego mleka, bo słyszałam, że nie powinno się raczej tego robić. Zaczęłam myśleć »Czy ja histeryzuję?«, bo tak trochę się czułam. Kolejnego dnia się okazało, że dziecko za dużo spadło i pytali się mnie, czy mam problemy z karmieniem, ale nikt nie sprawdził tego, jak przystawiam. W końcu przysłała panią, która chyba z tego co mówiła była doradcą laktacyjnym. Zaczęła mi pomagać z przystawianiem dziecka. Była to kolejna trauma, ponieważ zaczęła mi wpychać poduszkę laktacyjną w brzuch tak, że blizna mnie bolała. Robiła tak bez, bez pytania się mnie, czy może to zrobić. To też było częste, że panie położne łąpały mnie za piersi i sprawdzały czy już są twarde, czy już jest nawał, czy jeszcze nie. Łapały mnie za sutki bez pytania. To było nefajne. Byłam w takim stanie psychicznym, że nie bardzo mogłam się bronić przed tym. Teraz myślę, że bym się inaczej



zachowała. Położna, która nie była doradcą, pokazywała mi przystawienie dziecka z przodu, a nie spod pachy. Nie byłam w stanie tego robić, bo w zasadzie tylko spod pachy dawałam radę karmić. Później położna w końcu zaczęła mi ściągać mleko ręcznie i kazać dokarmiać z butelki tym mlekiem ściągniętym ręcznie. Tylko też nikt mi nie proponował dokarmienia ani przez wężyk, ani strzykawką, tylko z butelki. Siedziałam, pani mi ściągała to mleko z piersi, ale też mnie nie zapytała czy może to zrobić. Później dziecko ciągle spadało, no bo ciągle dobrze nie ssało i przychodziły panie pielęgniarki z oddziału niemowlęcego. Pytały, o co chodzi i dlaczego dziecko nie przybiera, dlaczego nie dokarmiam mlekiem modyfikowanym, jak mi dają. Próbowałam tłumaczyć, że nie chcę i czułam się trochę jak idiotka. Niby w książkach jedno, a jednak, mam się zachowywać »normalnie« i robić to, co mi każą. Miałam swój laktator taki na dwie piersi i też miałam wrażenie, że panie położne w ogóle nie wiedzą jak to się obsługuje. Prosiłam, ale nie umiały mi pomóc, bo to na dwie piersi, a one takiego nie umieją. W końcu sama to ogarnęłam, zaczęłam ściągać mleko i próbować dokarmiać butelką, żebyśmy mogły wyjść, żeby małej nie spadała waga. Miałam wyjść ze szpitala, jeżeli mała nie spadnie z masą, to też znowu troszkę spadła, ale panie położne powiedziały, że mam ją teraz nakarmić. One po karmieniu jeszcze raz zważą i wtedy wpiszą tamten drugi wynik i mam wrażenie, że trochę naściemniały, żebyśmy wyszły i zostałyśmy wypisane”. (K35)

Choć położnej zabrakło delikatności, warto podkreślić, że pozyskanie ręczne siary w początkowym okresie karmienia, a co za tym idzie dokarmienie mlekiem matki w pierwszej kolejności, to istotny krok w postępowaniu, gdy dziecko nie ssa skutecznie. Kobieta widziała,



że mleko jest i zamiast ugiąć się pod presją pielęgniarek, podjęła samodzielną decyzję o stymulacji laktacji. Na pewno pomogła jej w tym wiedza pozyskana już przed porodem.

Zanim wprowadzenie mieszanki stanie się koniecznością jest wiele kroków, które można poczynić, aby karmienie piersią lub mlekiem matki było skuteczne. Kluczowe jest okazanie wsparcia kobiecie przez personel.

„Przy spadku z wagi dziecka położna/pielęgniarka przyglądały się, jak dziecko się przystawia, jak długo aktywnie ssi i czy są oznaki najadania się” (A98)

„Pomoc dotyczyła przede wszystkim wskazówek co do odciągania mleka (zarówno ręcznego jak i przy użyciu laktatora), później także przystawiania dziecka do piersi oraz karmienia przy pomocy butelki. Uzyskałam dużą pomoc w zakresie odciągania mleka, jednak nie byłam do końca usatysfakcjonowana pomocą w przystawianiu dziecka do piersi”. (A2399)

„Młody miał problem ze złapaniem brodawki. Jakby ta brodawka była większa niż jego usta miałam wrażenie. Mały płakał, płakał, płakał. Nie dało się go nakarmić po prostu. Nie zassał piersi, to nie było opcji, żeby on się nakarmił. Ponieważ rodziłam w okolicy weekendu to oczywiście doradczyni nie było. Ona pracuje od poniedziałku do piątku. I po prostu pielęgniarka noworodkowa mnie poinstruowała. Bez problemu dostałam instruktaż, jak ściągać mleko. Przyniosła maszynę i poinstruowała mnie jak to się robi. Nie ma w tym wielkiej filozofii jak dla mnie. Dostałam butelki do przechowywania pokarmu. To nie było dla mnie trudne, żebym ja jakoś to wspominała tak technicznie. Wszystko było klarowne



i jasne w razie pytań, wątpliwości udzielano mi informacji o tym, jak wyczyścić sprzęt po odciążaniu. Wszystko wiedziałam na ten temat. Siarę też odciążałam ręcznie, kiedy te ilości są takie małe, żeby dziecko poczuło to mleko na brodawce. Delikatnie do kieliszka troszeczkę też odciążałam tak ręcznie. Byłam poinstruowana o tym, jak to robić. Karmiliśmy się moim odciążanym mlekiem. Byłam zdeterminowana do tego. Tutaj był jeden komentarz, który zapadł mi w pamięć. Ja tam oczywiście płakałam, że dziecko nie łapie piersi, że jak to karmić z butelki później, że nie chcę i w ogóle, a pielęgniarka noworodkowa ona mi powiedziała »Wie pani co, pani swojego pierwszego syna karmiła 2 lata i 7 miesięcy to ja nie wierzę, że tego pani nie wykarmi piersią«. No i to tak do tej pory mi zostało. Próbowaliśmy różnych metod na mnie, żebym się nie załamwała. To głaskania, a to trochę tak ostrzej, wiadomo zależy, bo nie wiedziały, jak podejść, ale ten komentarz bardzo mi mocno zapadł w pamięć i zdeterminowałam się. Natomiast to była chyba 2 doba i tej siary, tego mleka nie było, aż tyle. Tak pielęgniarki oceniały, ja zresztą też wiedziałam, że no przecież ten żołądeczek rośnie z dnia na dzień. Niewiele, ale rośnie. Jedna kobietka powiedziała »Dokarmmy, żeby on się przespał, a my się nauczymy odciążać mleko«. W ten sposób to było, więc raz została podana mieszanka. Podpisywałam tę zgodę. To nie było tak, że gdzieś poza mną to się odbyło, jak to czytam w niektórych komentarzach. Dodatkowo pielęgniarka poszła do neonatologa i poprosiła o zgodę neonatologa. Raz był dokarmiany mieszanką, a później to już moim mlekiem, bo poszło. Chyba cały miesiąc mały karmiony był butelką odciążanym moim mlekiem, aż w końcu któregoś dnia po prostu załapał tą pierś.



Przystawiałam go i karmimy się do tej pory. Także no wsparcie dużo robi”. (K30)

„Dwie położne najbardziej zapamiętałam. Jedna uporczywie twierdziła, że ponieważ moje dziecko się urodziło duże, to ono nie jest w stanie być na samej piersi. Cały czas powtarzała, że musi być podane mleko modyfikowane, że w przypadku dużych dzieci nie ma możliwości, żeby wystarczyło mleko matki. Ona cały czas mi to powtarzała. Gdybym nie miała doświadczenia po pierwszym dziecku, które również było duże, to pewnie bym się ugięła. A tak wiedziałam, że ona opowiada bzdury. Powiedziałam, że nie wyrażam zgody na podanie mleka modyfikowanego, że ona nie ma racji, że mam doświadczenie. Potem na innej zmianie przychodziła położna, która bardziej wspierała karmienie piersią. Zobaczyła, że idzie bardzo dobrze. »Tak, proszę nic nie podawać. Proszę karmić i cały czas przystawiać. Niech cały czas je, ona sobie nadrobi. Nie przejmować się tym, że dziecko ma wagę spadkową w szpitalu, że nie wróciło do wagi. Ona wróci«. Powiem szczerze, że doświadczenia właśnie, które miałam z pierwszym dzieckiem, gdzie miałam ogromne wsparcie, utwierdziły mnie w tym, że nie ma się co przejmować tym spadkiem, bo przy dużym dziecku ten spadek też był taki wyraźniejszy. To była rzecz, która sprawiła, że karmiłam bez żadnych problemów, że miałam doświadczenia dobre z pierwszym dzieckiem. Wiem, że gdyby było odwrotnie, to pewnie byłoby inaczej”. (K26)





Problem!

Zdarza się, że personel medyczny wywiera na kobietach presję, aby dokarmiły noworodka mieszanką, podając jako argument płacz dziecka, „głód” dziecka, czy strasząc, że matka „zagłodzi” je lub że nie wyjdą ze szpitala, jeśli dziecko nie przybierze na wadze, co miało być równoznaczne z koniecznością podania mieszanki. Bywa, że takie zalecenia nie są poparte rzetelną diagnozą umiejętności ssania dziecka, oceną wskaźników skutecznego karmienia. Wielu kobietom nie oferuje się pomocy mającej na celu skuteczne nakarmienie dziecka piersią lub odciągniętym mlekiem matki.

Może się zdarzyć, że dziecko jest ospałe. Wówczas nie budzi się na karmienie, często zasypia przy piersi. W cytowanym w podrozdziale 3.2.6. fragmencie S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem* pkt. 2 ust.3) czytamy, że „jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny”.

„Syn ciągle zasypiał przy piersi i bałam się, że je za mało. Położna poinstruowała mnie jak zachęcać dziecko do ssania i później przyszła sprawdzić, czy wszystko jest w porządku”. (A245)

Bywa, że ospałość u dziecka powoduje żółtaczka, co jest dodatkową trudnością w karmieniu piersią i może stwarzać ryzyko nieprawidłowych przyrostów masy ciała.

„Na początku byłam przerażona zachowaniem położnych i podejściem do dziecka, zachowywały się mało empatycznie.



„Ja miałam problem po drugiej dobie, dziecko było ospałe przez żółtaczkę i nie mogłam poradzić sobie z wybudzeniem i prawidłowym przystawieniem. Po kilku próbach i pomocy od położnych zaczęło się wszystko zmieniać na plus”. (A1178)

„Pomoc była doraźna, dziecko zasypiało podczas karmienia i długo nie przybierało masy ciała (żółtaczka), mimo wskazówek ciągle martwiłam się, że coś źle robię”. (A1641)

„Miałam mega nawał - wyglądałam wtedy jak ofiarą szalonego chirurga plastycznego. Ordynatorka zarządziła, że położne mają pilnować, żeby mleko było odpowiednio ściągnięte i nie dopuścić do zapalenia - oceniam to bardzo pozytywnie. Wiele osób pilnowało, żeby nawał nie przekształcił się w stan zapalny. Kilka położnych pomagało przystawić dziecko. Mała urodziła się 2160 g i miała dużą żółtaczkę. Głównie spała, więc namówienie jej na piers było wyczynem. Ale personel widział, że mi zależy i jedna z położnych nawet kazała się obudzić w nocy bez względu na godzinę deklarując, że mi pomoże i tak też było”. (A2199)

Warto zaznaczyć, że w powyższych przypadkach dzieci były karmione wyłącznie piersią. Żółtaczka związana z karmieniem (zarówno wczesna, jak i późna) nie jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią¹⁵¹. Istnieją wytyczne postępowania w przypadku żółtaczki u noworodka

¹⁵¹ Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp., *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, Standardy Medyczne Pediatria 2021, T. 18., s. 808., https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WL_jednostki/klinika_pediatrii_i_zaburzen_rozwoju_dzieci_i_mlodzi_ezy/zasady_zywienia_zdrowych_niemowlat.pdf [dostęp: 30.11.2023]



Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego¹⁵², Academy of Breastfeeding Medicine¹⁵³, Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP)^{154, 155}. Zalecenia można podsumować następująco:

- obecnie w przypadku żółtaczki należy karmić piersią jak najczęściej,
- NIE praktykuje się przerw w karmieniu, pasteryzacji, gotowania mleka matki i NIE zastępuje się mleka matki mieszanką rutynowo, jak również NIE podaje się glukozy czy wody do picia,
- skuteczne pobieranie pokarmu z piersi jest kluczowe dla dużej ilości wypróżnień, a co za tym idzie, szybkiego wydalania bilirubiny przez noworodka,
- ważne jest częste karmienie piersią oraz obserwacja w kierunku skuteczności karmienia (opisywane wyżej wskaźniki skutecznego karmienia piersią) i pomoc w efektywnym dostawianiu,
- w przypadku nieskutecznego karmienia piersią dokarmianie odciągniętym mlekiem matki powinno być priorytetem (podobnie jak opisywałyśmy wyżej),
- może istnieć konieczność zastosowania fototerapii, która również nie jest powodem dla wprowadzania mieszanki, a przebywanie dziecka blisko matki czy stosowanie urządzeń umożliwiających mobilność dziecka ułatwia karmienie piersią lub odciągniętym mlekiem matki.

¹⁵² Tołoczko J., *Rekomendacje PTN dotyczące leczenia żółtaczek u noworodków w praktyce*, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2021/06/Rekomendacje-PTN-dotyczace-leczenia-zoltaczek-u-noworodkow-w-praktyce.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵³ Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf> [dostęp: 30.11.2023], polskie tłumaczenie: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/22-jaundice-protocol-polish.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁴ Kemper A.R., Newman T.B., Slaughter J.L. i wsp., *Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation*, Pediatrics from the American Academy of Pediatrics 2022, 150 (3): e2022058859, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁵ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]



Poniżej cytujemy fragment stanowiska AAP (we własnym tłumaczeniu):

„Niemowlęta karmione piersią mają zwykle wyższe średnie stężenie bilirubiny. Uważa się, że jest to zjawisko fizjologiczne i istnieją pewne dowody na to, że bilirubina u noworodków jest korzystna, ponieważ bilirubina jest silnym przeciwutleniaczem¹⁵⁶. Niedostateczne spożycie przez niemowlę karmione wyłącznie piersią w pierwszych dniach życia może jednak wiązać się z patologiczną hiperbilirubinemią. Badanie udokumentowało, że zmniejszona częstotliwość karmienia piersią, zwłaszcza ≤ 7 razy dziennie, wiąże się z wyższym stężeniem bilirubiny, podczas gdy karmienie piersią 9–10 razy dziennie wiąże się z niższym stężeniem bilirubiny¹⁵⁷. W razie potrzeby suplementacja u niemowląt powinna obejmować odciągnięte mleko matki. Karmienie siałą zwiększa ilość stolca u noworodka, co zwiększa wydalanie bilirubiny w stolcu. Konieczność fototerapii u skądinąd zdrowego niemowlęcia, bez objawów odwodnienia i/lub niewystarczającego spożycia, nie jest wskazaniem do suplementacji mlekiem modyfikowanym, chyba że stężenie bilirubiny zbliża się do poziomu transfuzji wymiennej. Niemowlęta wymagające fototerapii odnoszą korzyści, jeśli pozostają blisko matki, co ułatwia karmienie oparte na sygnałach od dziecka i dodatkowe wsparcie w karmieniu piersią”¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Hansen R., Gibson S., De Paiva Alves E. i wsp., *Adaptive response of neonatal sepsis-derived group B Streptococcus to bilirubin*, Scientific reports 2018, 8(1):6470, <https://doi.org/10.1038/s41598-018-24811-3> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁷ Hassan B., Zakerihamidi M., *The correlation between frequency and duration of breastfeeding and the severity of neonatal hyperbilirubinemia*, Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2018, 31(4):457–463, <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1287897> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁵⁸ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use...*, j.w.



W poniższym przykładzie kobieta opowiada o praktyce stosowanej w szpitalu w Niemczech. Warto nakreślić szerszy kontekst opieki w tym szpitalu, aby pokazać jak bardzo wspierano w nim laktację (o czym świadczą również wcześniej cytowane fragmenty opowieści kobiety).

„Pierwsze dziecko rodziłam w Niemczech. Drugie dziecko rodziłam w Polsce. Widzę jak gigantyczna jest przepaść między opieką laktacyjną tam, a tutaj. Fakt, że wybierałam szpital pod laktację wtedy. Tutaj nie miałam takiej możliwości, bo teraz mieszkam na wsi. Wtedy mieszkałam w Berlinie i miałam 15 szpitali do wyboru. Tu miałam dwa w tym momencie, więc nie mogłam sobie pozwolić na znalezienie szpitala, który ma profil jaki mi odpowiada, ale mimo wszystko czułam rozczarowanie, jak to wygląda, więc postanowiłam zgłosić się do wywiadu pogłębionego, żeby ponarzekać trochę albo zwrócić uwagę na rzeczy, które można by poprawić. Szpital w Niemczech nie przyjmował porodów bardzo powikłanych, wszystkie musiały być donoszone. Oni nie robili cesarek planowych, w sensie tylko mieli spontaniczne, bo zakładali, że są szpitalem do rodzenia naturalnego. Mieli bardzo niski odsetek cesarek, chyba 7%. Plus dziecko cały czas przy mamie. Bardzo bliski szpital, nastawiony na kontakt mama z dzieckiem, że te dwie godziny muszą być. Faktycznie te dwie godziny, że wychodzą, że światła są przygaszone, że człowiek sobie siedzi. Taki szpital wybrałam i oni naprawdę się wywiązywali ze wszystkiego. Byłam bardzo zadowolona z opieki i z tego jakie było podejście. Na przykład moje dziecko miało bardzo wysoką żółtaczkę, taką na granicy praktycznie lamp, ale nie na tyle, żeby naświetlać i to co oni cały czas mówili »Proszę jak najwięcej karmić piersią. To wszystko się wypłucze«. Moja położna, ta która przychodziła do mnie, faktycznie kontrolowała zażółcenie dziecka.



Cały czas tylko zachęcali, żeby karmić, więc było takie wsparcie. Wiem, że przy karmieniu piersią się ta żółtaczka przedłuża i czasami nie jest to takie mile widziane, że kobieta karmi piersią. Tam odwrotnie właśnie, zachęcali, żeby jak najwięcej karmić". (K26)

Również w przypadku innych kobiet, które rodziły już polskich szpitalach, zachęcano do jak najczęstszego karmienia piersią.

„Przy mojej młodszej córce trafiła się żółtaczka i pani doktor powiedziała, że aby tej bilirubiny jak najszybciej się pozbyć, to żebym ją bardzo często przystawiała. Nastawiła budzik i nawet w nocy w te pierwsze dni starała się co te 2 godziny przystawić. Nawet co godzinę chociaż troszkę, żeby się napiła. Efektem ubocznym tego, że musiałam ją tak przystawiać, bo miała tę żółtaczkę, a zależało mi też na tym, żeby jak najszybciej wyjść ze szpitala, bo miałam 2 córkę w domu i wiadomo emocje, to wszystko, w związku z tym nie miałam przez to nawału, w sensie nie odczułam go. Bardzo często jest tak, jak z pierwszym dzieckiem, że przez tę pierwszą dobę jest taka ospałość dziecka, drugiej doby jest trochę gorzej i musi się wszystko rozkręcić, a potem przychodzi ten nawał, panika i w ogóle. A tutaj od samego początku, jak tylko powiedziała mi pani doktor, że nie no muszę, muszę ją karmić, żeby tę bilirubinę wypłukać, to ja potem czekałam na ten nawał, czekałam, a wszystko poszło gładko i płynnie" (K8).

„5 dni - żółtaczka fizjologiczna u dziecka. Na szczęście słyszałam, że dziecko jak najbardziej i jak najczęściej przystawiać do piersi. Położna laktacyjna, przy nawale laktacyjnym tłumaczyła, że to



normalne, laktacja musi się ustabilizować. Pomoc zaspokoila moje potrzeby. Położna pomogła mi przy pozycjach oraz przy tym, aby dziecko dobrze łapało pierś (problemy z dużym biustem)". (A1117)

W kolejnym przypadku kobieta miała doświadczenie z pierwszym dzieckiem, które miało problemy z przybieraniem na wadze i żółtaczką. Wiedza, którą zdobyła, pozwoliła czuć jej się pewnie z karmieniem drugiego dziecka i w tym przypadku przebieg żółtaczki był zdecydowanie łagodniejszy.

„W kwestii karmienia byłam pewna siebie. Po pierwsze, że miałam mleko. Po drugie wiedziałam, jak przystawić dziecko, żeby zrobiło tego karpika i żeby objęła całą brodawkę. Cały czas słyszałam przełykanie, miałam świadomość, że pije. Też dobrze przybierała. I też, co mnie zaskoczyło, bardzo szybko zeszła jej żółtaczka. Z pierwszym dzieckiem było tak, że dłużej szło wszystko. Wtedy zbyt szybko zgodziłam się na dokarmienie mieszanką. Zostałam poinformowana, że dzięki temu szybciej żółtaczka zniknie (co okazało się złudne), a ja miałam już dość szpitala i zaczynał się baby blues. Tutaj zaś bardzo szybko to zeszło. Pomoc też była. Pani przyszła, zobaczyła w jaki sposób przystawiam dziecko, pytała, ile kup i tak dalej. Oceniała skuteczność karmienia. Naprawdę byłam pod wrażeniem jak dużo tego siku i kup przez ten czas cała mała robiła. Faktycznie dużo jadła. Gdyby nie to, że miałam poród mimo wszystko zabiegowy, no to byśmy nawet dzień wcześniej wyszły, bo mała już miała dobre wyniki, a ta żółtaczka nie była już taka wysoka". (K23)



Często jednak dokarmianie mieszanką było „sposobem” na zabicie żółtaczkę, a czasem również jedynym rozwiązaniem bez jednoczesnego zaoferowania pomocy w skutecznym karmieniu piersią lub mlekiem matki.

„Na początku mało kto się interesował, ale przyszła zmiana, gdzie panie same przychodziły i pytały o dostawianie. U mnie od początku mała bardzo ładnie łąpała, więc nie miałam większych problemów. Tylko mało przybierała przez żółtaczkę (pracowałam laktatorem). Jedynie problem jest, że proponowały mi dokarmianie małej bez próby pracy ze mną (to była konkretna osoba), ale tego ja nie chciałam. Widziałam, że inna pani koleżance najpierw pomagała karmić jej mlekiem i nie chciała jeszcze dawać mleka modyfikowanego, jeśli nie ma takiej potrzeby”. (A951)

„Personel tylko rzucił okiem na nasze karmienie. Mówili, że wygląda ok. A jak dziecko nie przybierało na wadze, to sugerował wprowadzić mleko modyfikowane, bo była żółtaczka”. (A1746)

„Syn został potraktowany mieszanką od razu. Nikt tego ze mną nie konsultował. Gdy zapytałam, to położna/pielęgniarka powiedziała mi, że to konieczne, bo ja jeszcze nie mam pokarmu po cięciu cesarskim, a dziecko musi jeść by zwalczać żółtaczkę. Kazano mi »przystawiać«, ale w jaki sposób, jak często, cokolwiek - nikt nie powiedział”. (A204)

„Jedna z położnych powiedziała, że mam za mało pokarmu, sugerowała używanie laktatora oraz dokarmianie mieszanką, szczególnie by szybciej zesła dziecku żółtaczka” (A1408)



„Córka dostała tylko raz mieszankę, bo była zbyt senna przez żółtaczkę i nie jadła z piersi, polecono mi, że im więcej zje tym szybciej minie żółtaczka, a ja nie chciałam przez to być dłużej w szpitalu”. (A1522)

„Syn miał żółtaczkę. No i położna mówi »No podaj tę mieszankę, bo przyjdzie pani doktor, będzie kazała wam kroplówkę podać, będziecie dłużej leżeć, daj tę mieszankę dla świętego spokoju«. Także dostał, a też już z tego co czytałam gdzieś, to się nie podaje mieszanki, że to już jest przestarzała metoda, mieszanka, glukoza i tak dalej, że pierś matki jest wystarczająca”. (K18)

„Wyraziłam zgodę na dokarmianie mieszanką, postraszona, że żółtaczka dziecka w pierwszej dobie to coś poważnego i dokarmianie pomoże, bo na moim mleku będzie ciężko obniżyć poziom bilirubiny”. (A1728)

„Większość położnych bez certyfikatu CDL, bez pojęcia o karmieniu piersią, naciskała na dokarmianie mieszanką »Zagłodzi Pani dziecko« itp. Jedna położna, która była doradczynią CDL w 3 dobie przyszła i pokazała jak prawidłowo przystawiać i problem się rozwiązał. Gdyby CDL była dostępna od razu po porodzie, dziecko nie wymagałoby mleka modyfikowanego, nie rozwinęłoby żółtaczki i nie wymagałoby fototerapii”. (A2064)

Jedna z kobiet opowiedziała o przypadku ospałości swojego dziecka i o tym jak prosiła o pomoc personel medyczny, by móc je skutecznie karmić. Jak się później okazało, ospałość była wynikiem żółtaczki, jednak na tamtym etapie personel zignorował objawy.



„Dziecko generalnie bardzo ciężko się przystawiało do piersi dlatego, że miało tą żółtaczkę taką na granicy już momentu, w którym trzeba naświetlać. Przez tą żółtaczkę bardzo mi dużo spało, bo tak podobno przy tej żółtaczce jest. Chociaż ja tego wtedy jeszcze nie wiedziałam w szpitalu. Dopiero później się o tym dowiedziałam i przez to, to dziecko było mi bardzo trudno przystawić. Ja nie byłam w stanie tego zrobić sama. Po prostu co karmienie, co te 2,5 godziny, szłam do położnej i prosiłam o pomoc, żeby przyszła i pomogła to dziecko przystawić. No i po prostu chyba dla nich to było już tak uciążliwe czasami – mówię zależało od zmiany oczywiście – ale to było tak uciążliwe dla nich, że ja tam chodzę, że po prostu w pewnym momencie usłyszałam: »No to nie, to trzeba podać butelkę«. A że ja wtedy, wiadomo emocje okołoporodowe jeszcze i baby blues, właśnie miałam problem z tym, że nie potrafię nakarmić swojego dziecka. Jakoś tak w ogóle o tym nie pomyślałam, że to nie jest moja decyzja do końca. Jakby nie byłam w stanie sama pomyśleć o tym i zdecydować, bo po prostu wtedy byłam tak sfrustrowana, że nie potrafię nakarmić swojego dziecka, byłam tak zrezygowana, łącznie z tym, że z jednej strony bardzo chciałam wyjść do domu, bo wiadomo, bardzo tam w szpitalu nie jest przyjemnie być, jeszcze właśnie samemu bez żadnych odwiedzin, to moje pierwsze dziecko, więc też jakaś w ogóle nowa sytuacja tak całkowicie, a z drugiej strony bardzo bałam się wyjścia do domu, bo mówię kurczę przyjdę do domu i nie będę potrafiła nakarmić swojego dziecka i co ja zrobię. Tutaj położna przyjdzie i jako tako mi to dziecko przystawi do piersi, a w domu? Miałam takie obawy po prostu”. (K10)



Czasem konieczne jest wdrożenie naświetlania noworodka w celu zbicia poziomu bilirubiny, co jak widać w poniższych przykładach oraz co ma poparcie w cytowanych wyżej rekomendacjach, nie musi się wykluczać z karmieniem wyłącznie mlekiem matki. Warto podkreślić, że w tych przypadkach dzieci NIE były dokarmiane mieszanką. Kluczowe są pomoc i instruktaż personelu szpitala.

„Silna żółtaczka, fototerapia dniami i nocami. Noworodka dostawałam na czas karmienia”. (A1775)

„W 4 dobie kazano odciągać mi mleko laktatorem ze względu na żółtaczkę synka. Synek leżał pod lampą i kazano karmić mi odciągniętym mlekiem, żeby nie przebywał za długo poza lampą. Wtedy odciągałam 40ml z obu piersi, usłyszałam wówczas, że to dobra ilość”. (A215)

„Neonatolog stwierdził, że mam chyba coś nie tak z pokarmem, skoro syn non stop chce wisieć przy piersi, a jego zdaniem powinien być non stop pod lampami naświetlany, bo miał żółtaczkę. Doradczyni laktacyjna sprawdziła, czy mam pokarm i stwierdziła, że jest wszystko ok i to normalne, że mały chce być przy mnie cały czas, a nie leżeć pod lampami”. (A1712)

„Bardzo pomocna doradczyni laktacyjna uratowała mnie. Zbadła jamę ustną dziecka, pokierowała do neurologopedy, sprawdziła sutki, doradziła wielkość lejka laktatora (miałam swój, dokarmiałam moim ściągniętym mlekiem, bo dziecko miało żółtaczkę i miało dużo leżeć pod lampą, a ze względu na wędzidełko karmienia z piersi trwały za długo, więc karmiłam pół na pół, ale zawsze



swoim mlekiem). Pomagała także w przystawianiu, zejściu z karmienia w nakładkach. Również po wyjściu do domu umówiłam się na wizytę u pani B. w poradni przyszpitalnej, którą prowadzi. Po konsultacji z neurologopedą i laryngologiem po zabiegu podcięcia wędzidełka skontrolowała pozycję i uchwyt dziecka”.

(A671)

Czasem, gdy spadki na wadze są zbyt duże, konieczne jest dokarmianie mieszanką. Niestety, w poniższej historii po raz kolejny użyto argumentu „zagłodzenia” dziecka. W tym przypadku wiedza kobiety, która korzystała wcześniej z rzetelnej edukacji przedporodowej i jej nastawienie na karmienie własnym mlekiem miały ogromne znaczenie. Personel wiedząc, że matka wcześniej nie zgodziła się na dokarmienie mieszanką, ostatecznie udzielił jej wsparcia w stymulacji laktacji udostępniając laktator i przeprowadzając instruktaż odciągania pokarmu.

„Byłam cała przerażona, bo pani neonatolog podczas sprawdzania z rana, czy wszystko jest ok z maluchem, powiedziała »A wejdzie pod lampy«. Nie spodobał im się, bo był za bardzo pomarańczowy. Sprawdzone poziom bilirubiny i lekarka stwierdziła, że no musi wejść pod te lampy. Nie wiedziałam w ogóle o co chodzi. Za bardzo nikt mi nie wytłumaczył. Neonatolog nie wiedziała, jak długo będzie pod tymi lampami. To mógł być dzień, dwa dni. Chodziło o to, żeby zbić poziom bilirubiny zbyt wysoki. Wyszło tak, że ja miałam za zadanie odciągać swoje mleko. Dodatkowo ze względu na to, że też waga trochę mu schodziła neonatolog nakazała, że będzie karmiony sztuczną mieszanką. »Bo my nie możemy zagłodzić. Pani musi się zgodzić na to«. Postawiła mnie przed faktem dokonanym. Pewnie bardzo się wzbraniałam, bo wcześniej, kiedy młody tak nie chciał jeść to się położyła pytała, czy chcę mieszankę, czy tylko



moje mleko. Mówię, że spróbuję odciągać, że sztucznego nie chcę. Bardzo byłam nastawiona, żeby przede wszystkim swoje mleko dawać, bo wiadomo najlepiej dostosowane do malucha. Na szkole rodzenia panie położne pokazywały tabelkę z zestawieniem jakie właściwości ma mleko mamy, a co ma sztuczne mleko. Mieszanka jest przetworzona i nawet jeżeli by miała pozytywne bakterie, to one są martwe, bo są zabite ze względu na przechowywanie tych mieszanek. Dostałam wtedy laktator, żeby odciągać i tak patrzyłam, że najpierw parę mililitrów. Byłam trochę zrezygnowana, bo oczekiwałam, że będzie więcej tego mleka na początku, ale później myślę sobie »No chwila. przecież maluszek ma taki malutki ten żołądek, więc nie potrzeba więcej«. Byłam zadowolona bardzo, bo baby blues, ale postanowiłam podejść do tego zadaniowo. Faktycznie co 2 godziny się budziłam i odciągałam. Nastawiałam sobie budzik. Jedna pierś 7 minut, druga 7 minut, tą metodą 7 7 5 5 3 3. Odciągałam i karmiłam syna. Później prosiłam o tę mieszankę 20 ml mleka sztucznego. Najpierw swoje mleko, później dobijałam tą mieszanką, no i do spania dalej. Syn miał tam 32 stopnie, więc właściwie cały czas spał i ja się cieszyłam, a później sobie myślałam »No i za 2 godziny znowu to samo«. Mówię »No dobra. Trzeba przeżyć«. Następnego dnia podczas ważenia miał pobieraną krew pod kątem sprawdzenia bilirubiny, no i pani neonatolog powiedziała, że bilirubina spadła, więc ja się ucieszyłam, że już nie musiał być pod tą lampą. Był tam 24 godziny - tak mniej więcej wystarczyło. Potem właściwie miałam za zadanie dodatkowo karmić piersią i dodatkowo odciągać, żeby więcej karmić młodego, gdyż jeszcze cały czas ta waga była trochę za niska". (K13)



W kolejnej historii również uderza sposób komunikacji personelu, ale też brak diagnozy umiejętności ssania dziecka, brak oceny jamy ustnej i diagnozy zbyt krótkiego wędzidełka. Problemy z realizacją takich diagnoz w szpitalach sygnalizowałyśmy w poprzednim podrozdziale. Takie trudności ze ssaniem u noworodka mogły skutkować pogłębieniem żółtaczki. To, jak zakończyła się historia tej kobiety, sprawia, że warto poznać jej opowieść w całości:

„Po porodzie z przystawieniem dziecka do piersi nie było problemu. Dostałam go zaraz po porodzie, przystawiłam do piersi i był dwugodzinny kontakt skóra do skóry. Urodziłam późnym popołudniem, więc przed nami była pierwsza noc. W nocy też, ile się dało dziecko przystawiałam, tym bardziej że ono domagało się tej bliskości i kontaktu. Natomiast od samego początku problem był z bolesnością. Kolejnego dnia, jak przyszła położna na obchód to wspominałam o tym, że przystawianie do piersi jest dla mnie bardzo bolesne. Zaczęły się już nawet robić jakieś takie ranki pierwsze od długiego czasu, jaki dziecko spędzało na piersi. W zasadzie nikt nawet nie przyjrzał się dokładnie czy przystawiam syna prawidłowo, czy coś jest nie tak. Dostawałam tylko informację na zasadzie, że piersi muszą się przyzwyczaić i żeby próbować dalej. Byłam przeczulona na punkcie wędzidełka, bo po prostu wcześniej wyczytałam o tym, że to sprawia często problemy przy karmieniu, a byłam świadoma, że u męża od dziecka z wędzidełkiem był problem, więc wspominałam o tym też położnym w szpitalu, natomiast żadna nawet nie zaglądała do buzi dziecka. Szczerze mówiąc nie wiem, czy akurat tego nie byłam świadoma, ale nie wiem, czy gdybym poprosiła, to czy w ogóle mieli jakąś doradczynię laktacyjną, która by mogła przyjść pomóc to ocenić. W każdym razie, bolesność była coraz większa.”



Próbowałam karmić z nakładkami, ale to akurat na ból mi nie pomagało. Syn też miałam wrażenie, że nie do końca chciał przez te nakładki jeść, więc to było takie pół na pół. Czasami z nakładką, czasami bez. Tak przeszliśmy w zasadzie pierwszą dobę w szpitalu i drugiej doby w trakcie wizyty u pediatry po ważeniu i zabiegach, lekarka stwierdziła, że synek jest niedożywiony, że jest niedokarmiony przez to, że nie podaję mu mleka modyfikowanego. Mimo, że spadek na wadze był 5,5%. Ta sama pediatra zapytała położną, która stała obok, czy ona też nie uważa, że on jest jakiś taki niedożywiony. »Tak, tak, wygląda na zagłodzonego po prostu«. Wpadłam w lekką panikę, a że to była położna z oddziału noworodków, więc inna niż ta, która była na oddziale położnictwa, gdzie leżałam, to jak wróciłam na salę z informacją, że mój syn jest niedożywiony, to trochę w panice próbowałam zasięgnąć porady tej położnej na moim oddziale. Doradziła mi, że bym spróbowała laktatorem ściągnąć i zobaczyć, co się wydarzy. Mimo tego, że już byłam dość mocno obolała to jeszcze próbowałam przystawić ten laktator. To była 2 doba po porodzie to ściągnęłam chyba 30 ml tego mleka w 15 minut, więc no teraz z perspektywy czasu zdaję sobie sprawę, że to był całkiem niezły wynik, ale przystawianie dalej było problematyczne. Syn zresztą zaczął troszkę mniej chętnie jeść. Więcej przysypiał. Podeszłam więc do pierwszej próby i podałam mu butelkę to mleko, które odciągnęłam, ale on też nawet za bardzo nie chciał z tej butelki wtedy pić. Wieczorem przyszła położna na badanie bilirubiny u dziecka i się okazało, że po prostu synkowi zaczyna wzrastać bilirubina. W związku z tym prawdopodobnie był już trochę ospały od żółtaczki. Spędziłam pół nocy w zasadzie walcząc, bo dostałam informację, że jeżeli wyjdzie żółtaczka to musimy zostać dłużej i dalsze działania będą podjęte. Całą noc



nie spałam i walczyłam z tym, żeby jak najwięcej go nakarmić, ale on praktycznie nie był w ogóle zainteresowany jedzeniem tej nocy. Chyba po prostu już był taki ospały i to już nawet też podjęłam próbę dokarmienia go mlekiem modyfikowanym z butelki, ale to się też kończyło kilkoma łykami i w zasadzie tyle. Następnego dnia na wizycie okazało się, że syn ma po prostu żółtaczkę, choć nie na jakimś bardzo wysokim poziomie, z tego co mi powiedziała później doradczyni laktacyjna, która weryfikowała wyniki. Wtedy ta sama pediatra, która dzień wcześniej stwierdziła, że syn jest niedożywiony powiedziała mi, że żółtaczka jest na moje życzenie, bo nie karmiłam dziecka dodatkowo mlekiem modyfikowanym wcześniej i że dlatego zostajemy dłużej w szpitalu, a syn musi trafić pod lampy i będzie naświetlany. Wtedy to już w zasadzie była taka walka. On musiał leżeć pod tą lampą jak najwięcej, żeby jak najszybciej schodziła żółtaczka, więc jak go zabierałam to karmienie trwało z piersi bardzo długo. Bałam się, że za długo go karmię piersią, że on jest za mało naświetlany, więc znowu było podawanie mleka modyfikowanego, bo z butelki leciało szybciej. W międzyczasie odciągałam co się dało, ale nie było dużych ilości, więc ile byłam w stanie tyle podawałam swojego, a reszta była mlekiem modyfikowanym z butelki. Tak trwało naświetlanie niecałe półtorej doby, ale byłam wykończona po tym czasie. Co chwilę pilnowałam, jak on leżał na brzuszku pod tą lampą. Całe szczęście, że lampa była u mnie na sali. Po 5 dobach okazało się, że żółtaczka zeszła w miarę i udało się wyjść do domu, tyle że już w dniu wypisu w zasadzie byłam podłamana, wydawało mi się, że synek w ogóle nie chce pić mleka z piersi i że już tylko butelka mu pasuje. Łatwo sobie wyobrazić, kobieta po pierwszym porodzie, schodzą te wszystkie hormony i jeszcze dostaje takie



informacje zwłaszcza od tej pediatry. Nie wyobrażam sobie, jak można w taki sposób traktować kobietę po porodzie i mówić takie rzeczy, które w dodatku są całkowicie niezgodne z prawdą. O ile z perspektywy czasu jestem w stanie podejść do tego racjonalnie i wiedzieć, że ona nie miała racji, wtedy to było bardzo ciężkie, zwłaszcza, że to było w pandemii. Chciałam wyjść do domu, bo mąż nie mógł nas odwiedzać. To było siedzenie samemu w szpitalu z natłokiem myśli i hormonów, i pierwszym dzieckiem, z którym nie wiadomo do końca, jak postępować. Kiedy do domu przyszła prywatna doradczyni laktacyjna, która zweryfikowała właśnie całą sytuację z tą żółtaczką w szpitalu i z tym dokarmianiem, to ona mi była w stanie dopiero sensownie udzielić informacji, ile, przez jaki czas mam dokarmiać. Jak działać z laktatorem. Pierwsza rzecz też sprawdziła wędzidełko i mówiła, że to jest tak jawne wędzidełko skrócone, że tu po prostu nikt nie miałby najmniejszych wątpliwości, że to wymaga ingerencji dalszych. Zresztą my z mężem jak patrzyliśmy na to, będąc kompletnie nieświadomi, jak wyglądają inne sytuacje z wędzidełkami, to było widać, że coś jest nie tak z tym jęczyzkiem. Ona podała mi kilka kontaktów do neurologopedów, do lekarza, który zajmuje się podcinaniem wędzidełek, zaleciła masaże. Dzięki tej doradczynie laktacyjnej wszystko się udało szybko ogarnąć. Dodatkowo udało się bardzo szybko umówić na wizytę do lekarza, który podciął wędzidełko, bo całe szczęście noworodki miały u niego pierwszeństwo. W niecały tydzień się udało. W międzyczasie odciągałam dokarmiałam minimalnie już, bo całe szczęście coraz więcej tego mleka było. Byłam w stanie odciągać na tyle, że większość dokarmień było moim mlekiem. Po podcięciu wędzidełka w 3 dni przyszedł nawał w końcu, którego wcześniej nie



było. To wędzidełko było jednym z dużych problemów, którego nikt wcześniej na NFZ w ogóle nie diagnozował, mimo że było bardzo widoczne. Już w momencie podcięcia wędzidełka dokarmałam raz dziennie albo 2 i to tylko swoim mlekiem, bo tyle byłam w stanie już odciągnąć i po trzech dniach od podcięcia jak już syn zaczął całkowicie swobodnie poruszać języczkiem, mieliśmy masaże wiadomo, ale pamiętam, że dokładnie po 20 dniach udało się już przejść całkowicie na karmienie piersią”. (K34)

Determinacja kobiety i prywatna pomoc, jaką sobie zapewniła, sprawiły, że ostatecznie udało jej się karmić dziecko bezpośrednio z piersi. Kobieta w szpitalu miała wywołane przez personel medyczny poczucie winy za to, że próbowała karmić piersią. Lekarka zaleciła mieszankę już w drugiej dobie pomimo spadku wagi mieszczącego się w normie fizjologicznej, natomiast nie zaleciła żadnych kroków w celu skutecznego nakarmienia bezpośrednio z piersi, czy odciągniętym mlekiem, w naszej opinii łamiąc w ten sposób zapisy S000. Pomimo że jedna położna zaleciła stymulację laktacji i pozyskiwanie mleka z piersi, to kobieta nie otrzymała instruktażu w tym zakresie. Nie było również mowy o żadnych alternatywnych metodach podawania pokarmu, które mogłyby się okazać bardziej skuteczne niż karmienie z butelki ospałego dziecka i zmniejszyłyby ryzyko zaburzeń ssania. Ile podobnych historii kończy się sukcesem w karmieniu piersią?



Problem!

Bywa, że personelowi medycznemu łatwiej jest zalecić podanie mieszanki dziecku z żółtaczką, niż pomóc skutecznie karmić je piersią lub mlekiem matki, mimo że aktualne zalecenia wskazują iż ważne jest jak najczęstsze karmienie dziecka piersią, a skuteczne pobieranie pokarmu matki jest kluczowe dla szybkiego wydalania bilirubiny przez noworodka z żółtaczką.



W przypadku, gdy konieczne jest dokarmianie dziecka, warto zastosować alternatywne do butelki metody podawania pokarmu. Stosowanie tych metod może zniwelować potencjalne trudności ze ssaniem piersi, gdy konieczne jest dokarmianie lub pomoc dziecku w nauce prawidłowego ssania piersi. Nieumiejętnie używana butelka ze smoczkiem może pogłębić trudności ze ssaniem piersi. Neurologopedka, z którą rozmawialiśmy wymieniła niektóre z alternatywnych metod.

„W tych pierwszych dobach dziecko na tyle mało pokarmu potrzebuje, na tyle małe są te objętości, że mamy naprawdę różne rozwiązania – od drenu przez kubeczek, łyżeczkę, są takie specjalne butelki zakończone łyżeczką, a nie smoczkiem i to wszystko w tych pierwszych dobach by się super sprawdziło, bo to nie są ilości jakieś takie duże a noworodki sobie doskonale z tym radzą. Wbrew pozorom, nie prowadziłam statystyk, ale tak na wyczucie, myślę, że więcej noworodków poradzi sobie z kubkiem niż butlą właśnie, tylko to znowu wymaga czasu, bo musi być ktoś, kto pokaże to mamie, jak ma to robić i posiedzi chwilę przy niej pokaże, jak to zrobić, co jest bezpieczne, a co nie jest bezpieczne”.
(P9)

Dokarmianie kubeczkiem jest bezpiecznym alternatywnym sposobem dokarmiania nie tylko dlatego, że zapewnia dzieciom swobodę poruszania językiem, co jest bliższe odruchowi ssania towarzyszącemu karmieniu piersią, ale również jest bezpieczniejsze ze względów higienicznych: „Do karmienia można użyć jakiegokolwiek czystego, otwartego kubka z gładką powierzchnią [...] Kubki łatwo jest umyć w gorącej wodzie z detergentem”¹⁵⁹. Karmienie kubkiem można stosować u dzieci w każdym wieku i jest ono bezpieczne także dla wcześniaków i dzieci chorych oraz jest wymieniane jako sposób dokarmiania, podczas

¹⁵⁹ La Leche League International i IBFAN, *Karmienie kubeczkiem*, <https://lilli.org/wp-content/uploads/colour-Polish-final-1.pdf> [dostęp. 30.11.2023]



klęsk żywiołowych, kiedy może być ograniczona możliwość sterylizacji butelek i smoczków¹⁶⁰.

Istnieje również metoda dokarmiania sondą/drenem/cewnikiem, które poprowadzone są przy piersi do ust dziecka. Dziecko ssąc pierś zasysa jednocześnie mleko matki lub mieszankę znajdujące się w pojemniku/butelce/strzykawce po drugiej stronie rurki. Brakuje wytycznych stosowania takiej metody dokarmiania i jest to sposób na wykorzystanie narzędzi tzw. „off label”, czyli niewynikający z ich pierwotnej funkcji, dlatego należy zwrócić baczną uwagę na higienę tego typu rozwiązań (np. stosowanie jednorazowych drenów). Metoda ta jest stosowana przez wiele osób zajmujących się laktacją.



Droga kobieto!

Karmienie kubeczkem jest wygodną i bezpieczną opcją podawania pokarmu. Instrukcję (po angielsku), jak to robić znajdziesz na stronie amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC):

<https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/cup-feeding.html>

oraz La Leche League International (po polsku):

<https://lilli.org/wp-content/uploads/colour-Polish-final-1.pdf>

Sonda, dren czy cewnik przy piersi to długa rurka, przez którą dziecko może zasysać odciągnięte mleko matki lub mieszankę.

Pokarm znajduje się w dedykowanym pojemniku, butelce, kubeczku bądź strzykawce. Warto zasięgnąć porady osób doświadczonych, znających się na metodach alternatywnego dokarmiania (doradczyni laktacyjnej CDL, konsultantki laktacyjnej IBCLC czy położnej z aktualną wiedzą o laktacji), aby wdrożyć dokarmianie takim sposobem.

¹⁶⁰ CDC, *Cup Feeding Infants During Emergencies*, 2023, <https://cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/cup-feeding.html> [dostęp: 30.11.2023]



Niestety, alternatywne metody podawania pokarmu nie są popularne, a powszechną metodą pozostaje butelka wbrew zaleceniom chociażby WHO¹⁶¹. Pokazuje to wiele do tej pory podawanych przykładów, jak i kolejne.

„Personel nie był zainteresowany pomocą. Wręcz wymuszał dokarmianie mieszanką, żeby się dziecko najadło i poszło spać. Bo na moim mleku podobno cały czas było głodne. Zaproponowano mi, abym odciągnęła mleko laktatorem to sprawdzimy, ile mam go w piersiach. Jak można się domyślić było tego niewiele. Po dwóch nieprzespanych nocach z płaczącym dzieckiem na rękach przy braku wsparcia kogokolwiek, dostałam laktator nawet bez omówienia, jak odciągać. Przy prośbie o udostępnienie strzykawki, aby podać dziecku odciągnięte mleko, aby nie przyzwyczajać go do butelki zostałam wyśmiana, że tak się nie robi, bo pani położna tego nie lubi i nie wyda mi strzykawki. Dopiero po moim płaczu i totalnym rozsypaniu się dostałam strzykawkę, z komentarzem: »To matka decyduje, proszę«". (A45)

„Byłam przygotowana, że nie powinno się dawać mleka modyfikowanego na początku, że nie powinno się dawać butelki ze smoczkiem, że są inne sposoby dokarmienia, a w szpitalu tak jakby to nie istniało. Zupełnie inaczej postępowano". (K35)

„Chyba przez skrócone wędzidełko cały czas miałam problemy z nakarmieniem. Personel był pomocny w zależności od zmiany.

¹⁶¹ WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, s. xi, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086> [dostęp: 30.11.2023]



Trafiały się młode położne, które nie potrafiły zbytnio pomóc, dużo sprzecznych informacji. Po dwóch dobach cukier dziecka spadł, pojawiała się żółtaczka. Wtedy udało mi się dostać laktator i zaczęłam pracę z laktatorem. Dziecko dokarmałam swoim pokarmem i częściowo mieszanką. Prosiłam położne o naukę dokarmiania strzykawką, cewnikiem, ale albo mówiły, że nie mają na to czasu, albo że sobie i tak nie poradzę, albo że muszę umieć też karmić butelką. Na szczęście na następny dzień była CDL i nauczyła mnie pracy ze strzykawką i cewnikiem (w sensie domowej roboty SNS". (A329)

Często wiedza kobiet o alternatywnych metodach karmienia zdobyta w trakcie edukacji przedporodowej, w szkołach rodzenia czy z innych rzetelnych źródeł jest podważana, wyśmiewana. Jedna z autorek raportu prowadząc wywiad pogłębiony podzieliła się swoją historią.

„U córki zdiagnozowane hipotrofię, choć nie doszło do zatrzymania wzrostu płodu. Ona po prostu była malutka, tak jak ja przy porodzie. Dodatkowo urodziła się 4 tygodnie przed terminem przez CC, a ja miałam niedoczynność tarczycy. Nie wierzono, że mogę karmić piersią. Położne cisnęły, aby podać mieszankę. Po konsultacji telefonicznej z moją położną środowiskową powiedziałam »Dobrze, to już proszę podać, tylko bardzo bym prosiła nie przez butelkę, tylko jakoś inaczej«. Położna z oddziału mi odpowiedziała: »Bzdur się pani naczytała« i dodatkowo podważała moja wiedzę, a żeby było śmieszniej, to na oddziale na korytarzu były napisane takie złote porady dla mamy, która zaczyna karmić piersią. Chyba nawet na pierwszym miejscu było, żeby nie karmić z butelki”.



Kobieta, która tę historię usłyszała, w odpowiedzi przytoczyła swoje przemyślenia. Sama jest lekarką. Zauważyła, że zbywano jej obawy co do karmienia butelką ze smoczkiem. Personel nie poczynił żadnych kroków, aby dokarmiać dziecko alternatywnie, np. drenem przy piersi, tym bardziej, że dziecko było regularnie przystawiane do piersi. Nawet jeśli w tym indywidualnym przypadku wskazane było użycie butelki, to nie wytłumaczono jak to może pomóc dziecku. Brak jasnego komunikatu, wyjaśnienia często podważa zaufanie pacjentek do personelu medycznego.

„Po szkole rodzenia byłam zdeterminowana, że karmienie piersią, to jest coś co może mi się udać, o co trzeba może troszkę zawalczyć. Mówiono o laktatorach, żeby wziąć do szpitala. To też zadziało w drugą stronę, bo strasznie wojowałam z oddziałem neonatologicznym, za co teraz trochę jest mi głupio, ale im mówiłam, żeby w życiu żadnym smoczkiem nie karmiły, że może ze strzykawki albo z kubeczka i to było takie ze szkoły rodzenia, co no też ma sens, aczkolwiek moje dziecko, ani odruchu ssania za bardzo nie miało, bo było chore, więc czymkolwiek by je nakarmić to by było dobrze, a to żeby je tam posmyrać i troszkę postymulować tym smoczkiem z butelki, to raczej było wskazane, a ja byłam taka strasznie przestraszona tym, że ten smoczek to już koniec. Z taką myślą generalnie szłam rodzić pierwsze dziecko, że to jest coś co po prostu zabije moją laktację. To są trudne tematy, nie znam rozwiązania. Chyba trochę wyparłam tych takich złych rzeczy, ale też coś takiego słyszałam od personelu »Kto to pani powiedział«, »Ojeju, pani wymyśla« też padło. Mam trochę ogląd z dwóch stron i to mnie trochę smuci, że jest takie negatywne nastawienie, ale znowu edukacja. Na przykład jak ktoś właśnie mówi, że głupot się pani naczytała, to właśnie pani traci zaufanie, bo jednak skądś pani tę wiedzę czerpie. I to jest napisane też



na korytarzu na plakatach, a potem położna zachowuje się tak, jakby ona nie miała tej wiedzy, więc też ciężko teraz ufać”. (K41)

Zdarza się jednak, że metody alternatywne są proponowane, co obrazują poniższe przykłady.

„Dostałam bardzo dużo czasu i uwagi, przez 3 dni z rzędu. Przystawiałam dziecko do piersi, położna patrzyła, jak to robię, pomagała. Dokarmiłam dziecko mieszanką, ale z pomocą męża stosowaliśmy wprowadzenie cewnika do ust dziecka przy jednoczesnym podaniu piersi (sposób zaproponowany przez położną)”. (A1276)

„Moje dziecko nie mogło złapać piersi, pomoc polegała na próbach przystawiania, nauce odciągania ręcznego i laktatorem, nauce karmienia kubeczkiem i systemem SNS, ocenie i podcięciu wędzidełka języka”. (A1974)

Jedna z kobiet sama zadbała o zastosowanie jednej z alternatywnych metod w celu dokarmienia własnym mlekiem.

“Po pierwszej dobie dziecko mocno spadło na wadze. Pielęgniarka od razu przyniosła mieszankę, na którą się nie zgodziłam. Odciągnęłam ręcznie pokarm do kubeczka i kubeczkiem dałam dziecku. Od 3 doby nie było już problemów z przyrostem. Nikt mi nie proponował laktatora”. (A1512)



Położna pracująca jako doradczyni laktacyjna w szpitalu, która stosuje jedną z alternatywnych metod dokarmiania, opowiedziała nam o początkach swojej pracy:

„Idę korytarzem i mija mnie koleżanka z neonatologii i pierwsze pytanie, które mi zadała, jak przyszłam po raz pierwszy do pracy: »Też dokarmiasz tymi głupimi sondami?«, ale z drugiej strony jak trafiają dzieci do moich koleżanek położnych do środowiska i były dokarmiane sondą przy piersi, to one wiedzą, że to są dzieci ode mnie, że w żadnym innym szpitalu nikt tego nie robi. Także ja się staram bardzo to wprowadzać i mam koleżankę z noworodków i tutaj absolutnie muszę zaznaczyć jej obecność – mój anioł laktacyjny, który jak ma dyżury, to ja mam dużo mniej pracy na drugi dzień. I ona z tymi sondami wojuje i to jest dojrzała położna. 2-3 lata przed emeryturą, ale ona to po prostu czuje i to lubi i takich osób mi brakuje”. (P10)

Warto podać w tym miejscu przykład karmienia dziecka przy pomocy tzw. zestawu SNS przez jedną z kobiet, która udzieliła nam wywiadu. W przypadku tej kobiety dokarmianie tą metodą było konieczne w późniejszym okresie życia dziecka, jednak warto, aby taką metodę, czy też metody zbliżone, jak wspomniane karmienie sondą/drenem/cewnikiem przy piersi, były stosowane już w szpitalu.

„To nie jest popularne, ten zestaw SNS. Mamom się to wydaje zbyt skomplikowane, że przystawić z tym dziecko. My z mężem opanowaliśmy to do perfekcji, naprawdę. Karmiłam wszędzie. Nawet na weselu byliśmy razem. Poinstruowała mnie moja siostra. Ona bardzo chciała karmić dziecko, które słabo ssało, leniwie, nie miało ani wędzidełka skróconego, ani nic takiego i pojechała po poradę laktacyjną. Tylko, że to było na tyle późno, że ona już była



po próbie stymulacji laktacji metodą 7 5 3, co jej nie szło. Doradca powiedziała jej, że jest taka metoda SNS, że może to podpasuje, żeby spróbować i opowiedziała o tym. Miała u siebie taki zestaw pokazowy i mówiła, że to jest zestaw, który polepszy ten sposób karmienia, pozwoli utrzymać laktację, bo dziecko stymuluje pierś. Jednocześnie z tego SNS nie leci mleko tylko ono »kropelkuje«, ono kapie po prostu. Ona pierwsza to przeżyła, więc jak ja potem miałam podobne problemy, to poszłam po prostu utartą ścieżką”.
(K27)

Wciąż najczęstszą metodą dokarmiania pozostaje jednak butelka ze smoczkiem. Z naszych wywiadów wynika, że niestety często kobiety nie są instruowane jak prawidłowo dokarmiać dziecko z butelki. Jedna z kobiet uzyskała tę wiedzę poza szpitalem.

„Nikt mi nie pokazał, jak prawidłowo karmić butelką, skoro ta butelka już była konieczna. Jeżeli chodzi o prawidłowe karmienie butelką, żeby tego dziecka nie przekarmić i dobrać odpowiednie pozycje do karmienia butelką, dobrać smoczek i tak nic o tym nie wiedziałam”. (K37)

Na początku rozdziału cytowałyśmy S000, który wskazuje, że w przypadku dokarmiania mieszanką należy udzielić informacji matce o takim żywieniu. Mówiła o tym także neonatolożka, która udzieliła nam wywiadu, odwołując się do zasad postępowania w przypadku inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”:

„Proszę zdać sobie sprawę, że jeśli dziecko nie jest w dostatecznym stopniu karmione mlekiem mamy i potrzebuje dokarmienia i zleca się tę mieszankę, to nie jest to w większości placówek realizowane tak jak powinno być, zgodnie z ideą »Szpitala Przyjaznego Dziecku«.



Bo inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku« również bierze pod uwagę sytuacje, że dziecku może brakować mleka jego własnej mamy i że trzeba będzie to dziecko dokarmić, nie zabrania stosowania mieszank, natomiast mówi: stosujcie, ale tylko i wyłącznie ze wskazań medycznych lub jeśli jest to świadoma, świadoma podkreślam decyzja matki, a nie decyzja, wybór konieczny, bo nie ma innego wyjścia po prostu, bo nie ma pomocy, więc jeśli są wskazania medyczne do zastosowania mieszanki, to można ją zastosować. Ale cóż mówi inicjatywa »Szpital Przyjaznego Dziecku«? Mówi, że personel placówki musi zostać wyedukowany i przeprowadzić w tej sytuacji edukację mamy w jaki sposób to mleko powinno być podane, w jakich ilościach powinno być podane, czyli taką edukację prowadzi w stosunku do matki dobrze przygotowany personel »Szpitala Przyjaznego Dziecku«. Nie zamyka szafy z mieszankami, nie zabrania stosowania mieszank, pozwala na to, ale to wszystko jest pomocą z personelu wykonywane. Pielęgniarka czy położna ma pokazać mamie, jak karmić dziecko butelką. W większości szpitali nie jest to realizowane. Po prostu mama dostaje do ręki butelkę z mieszanką modyfikowaną i jest pozostawiona sama sobie. Nikt jej nie tłumaczy, ile ma tego mleka podać, jak ma to mleko podać, w jaki sposób to dziecko nakarmić. Dlaczego? Bo przecież »chyba każdy wie, jak butelką karmić«, prawda? »Rodzimy się z tym«. (P3)

Tak było w przypadku kobiety, która miała dokarmić dziecko. Pozostawiono ją bez jakiegokolwiek instruktażu, jak to robić prawidłowo, co zniwelowałooby ryzyko przekarmienia. Ponadto pomimo zalecenia podania dziecku konkretnej ilości mieszanki, podano gotową butelkę, która zawierała większą jej ilość. Zapewne, gdyby zastosowano którąś z alternatywnych metod, dziecko dostałoby odpowiednią ilość mleka.



„Wydaje mi się, że jak córka zobaczyła, że leci z butelki, to, też nie chcę tutaj snuć wielkiej teorii, że już zaburzyło odruch ssania, ale widziałam, że butelkę je chętniej. Po prostu z niej leci. Pamiętam, że dawali nam takie małe buteleczki one miały 60-100 ml tego mleka [nazwa marki mieszanki]. Zaznaczono, że córka powinna wypić tam 20-30 ml, a córka prostu piła i piła i nie mogła przestać. Pamiętam, że właśnie potem te położne mówiły, że bardzo niedobrze, że ona tyle wypła. Nie byłam nawet w stanie wyrwać jej tej butelki”. (K45)

Tak o podejściu do prawidłowego podawania butelki mówiła położna i doradczyni laktacyjna, również na przykładzie swojej córki, która urodziła się jako wcześniak:

„Miałam dyskusję z jedną właśnie z takich starszych pielęgniarek neonantologii na temat sposobu dokarmiania dzieci. Dostałam mówiąc tak bardzo obrazowo opieprz, że źle podaję dzieciom butelkę. Uczę mamę, że ma ją podawać horyzontalnie, czyli w pozycji poziomej w stosunku do podłogi, równolegle, że należy układać dzieci w pozycji wysokiej. Próbowałam się przebić i mówiłam, że jestem świeżo po szkoleniu o pozycjonowaniu dzieci do karmienia, usłyszałam »Nie! Nieprawda«. Zakrzyczała mnie, aż zwątpiłam, bo mam dużo takie pokory w sobie. Zapytałam prowadzącą to szkolenie »Podaj mi jakieś źródło takie oficjalne na temat tej pozycji do karmienia«. Podała mi źródło WHO. Znów faktycznie nie oszalałam, więc czasami boksuję się z takimi rzeczami. Już w tej pozycji karmiłam moją córkę i też słyszałam, że robię to źle, bo skoro przystawiałam ją do piersi i potem ją dokarmałam mlekiem odciągniętym, a ona ulewała, to znaczyło dla



personelu, że ja coś robię źle, że karmię w zły sposób. Po czasie się okazało, że moje dziecko w 6 minut się najada i przybiera po 80 g na dobę. Ona po prostu tego dokarmiania nie potrzebowała, ale ktoś mi powiedział, że ona jest malutka, bo ma 1900 gram i ja muszę ją dokarmiać, że w ogóle nie ma innej opcji. I ja, już kilka lat pracująca w zawodzie doradcy, dałam się na to nabrać". (P10)



Droga kobieto!

Sposób podawania pokarmu w butelce jest istotny. Karmione w odpowiedni sposób dziecko może w większym stopniu kontrolować pobieranie pokarmu, co sprzyja responsywności karmienia i zmniejsza ryzyko przekarmienia. Warto w zakresie prawidłowego karmienia butelką skonsultować się z konsultantką laktacyjną IBCLC, doradczynią laktacyjną (CDL), albo położną posiadającą aktualną wiedzę laktacyjną.

Na koniec tego rozdziału, chcemy przedstawić dalszą część historii cytowanej już przez nas kobiety, która uzyskała pomoc w dokarmiania dziecka mieszanką i swoim własnym mlekiem, tak, aby skutecznie wrócić do karmienia piersią. Zastosowano alternatywne metody dokarmiania, a podejście położnej było pełne szacunku. Położna była doradczynią laktacyjną CDL z wieloletnim stażem w pomocy przy problemach laktacyjnych i osobą wyznaczoną w szpitalu do pomocy w karmieniu piersią. Przed nią nikt w szpitalu nie potrafił pomóc kobiecie, a jedynym proponowanym rozwiązaniem było podanie mieszanki.

„Pani M. zobaczyła nas, piersi. Też było takie pytanie w tej ankiecie, czy pytali mnie czy mogę mnie dotknąć, dotknąć brodawek, to ona była jedyną, która zapytała, bo wtedy jak dostałam małą



i komunikat, że mam płaskie brodawki, to nikt mnie o nic nie pytał. A tutaj pani M. zapytała. Dużo pytań w ogóle też zadawała. Zauważyła, że jeszcze jest siara nie ściągnięta w piersi i zapytała mnie, czy może ręcznie ją ściągnąć, i pomogła mi ją ściągnąć do kieliszka. To podałyśmy małej. Wytłumaczyła mi i to też było w sumie takie przełomowe i fajne, bo powiedziała tak, że minęły już dwie doby, a mała nie jadła praktycznie przez te 2 doby, więc niestety, ale mieszankę musimy wprowadzić, żeby nadgonić to, co ona straciła. Robiliśmy tak, że ja miałam swój laktator, bo też od razu mnie zapytała, czy mam laktator, bo szpitalny też tam był, ale wiadomo ja byłam ostatnia w kolejce, bo ani wcześniak ani nic, więc miałam całe szczęście swój. Zaczęłyśmy ściągać mój pokarm, ale też pani M. mi pokazała, jak strzykawką podać małej tę mieszankę, żeby jakby naprzemiennie, żeby ona była najedzona, a żebym ja też mogła ściągać pokarm. Pani M. mówi »Jak ona płacze, to pani się denerwuję, ona jest głodna, traci energię, a pani nie będzie w stanie ściągnąć pokarmu, bo pani się przejmuje i denerwuje«. Wytłumaczyła mi to. Pokazała właśnie jak ją dokarmić i to było na tyle fajne, że już może pod wieczór dosyć ładnie ten pokarm zaczął schodzić i ja mieszałam. Pani M. mi powiedziała po prostu później mieszaj swoje z tą mieszanką. Więc ja z tej strzykawki praktycznie połowę spuszczałam sobie i zaciągałam moje mleko. Ustaliliśmy też, że mam więcej pić, a całe szczęście tam miałam saszetki słodu jęczmiennego. Poradziła na przykład pracę laktatorem, choć to też była akrobatyka i ból przy tej cesarce, ale małą miałam przy jednej piersi tak, że ona po prostu tam próbowała ciumkać, a ja na drugiej pracowałam laktatorem, żeby laktację pobudzić. I to też pani M. podpowiedziała. Potem mówi, że zobaczymy po nocy, jak mi pójdzie to ściąganie, bo też



wyznaczyłyśmy, jak często mam ściągać i ile dokarmiać małą tą strzykawką. Zobaczymy po nocy, czy trzeba będzie wprowadzić butelkę i gdzieś tam mieszać w butelce większą ilość mieszanki z odciągniętym czy nie. Tak fajnie to jakoś poszło - to były wiadomo małe ilości wtedy jeszcze w szpitalu, ale szło na tyle że pani M. powiedziała, że butelki nie będziemy wprowadzać, bo nie ma potrzeby. Też wyszło w rozmowie właśnie, kto jest moją położną środowiskową. Pani M. powiedziała, że to jest jakby spod jej skrzydeł też osoba, więc się cieszyła, no to ja też się ucieszyłam. Utwierdziłam się tylko w tym, że to dobry był wybór. I właściwie tak wyszłyśmy z tym laktatorem. Bez mieszanki wiadomo, bo ja nic nie miałam w domu, nie kupowałam wcześniej. Pani M. powiedziała też, żeby ściągać po prostu i podawać jej też strzykawką swój pokarm, oprócz tego co ją przystawiałam do piersi. Potem w domu czekałam już na położną środowiskowo-rodzinną, co dalej ustalimy. Więc u mnie to tak było, że ruszyło dopiero, jak położna laktacyjna była w szpitalu". (K31)



Problem!

Alternatywne metody dokarmiania noworodka w większości przypadków (na podstawie zebranych w czasie monitoringu danych) nie są stosowane, a powszechną metodą dokarmiania jest dokarmianie butelką, najczęściej bez udzielenia instruktażu matce, jak prawidłowo ją stosować.



3.2.9. INSTRUKTAŻ RĘCZNEGO POZYSKIWANIA POKARMU

Odciąganie ręczne mleka polega na pozyskiwaniu mleka wyłącznie za pomocą dłoni. Nie potrzeba do tego żadnych urządzeń. Wystarczy dokładnie umyć lub zdezynfekować ręce i można pozyskać mleko bezpośrednio do czystego dowolnego naczynia, np. kubeczka¹⁶².

S000 zobowiązuje personel medyczny do przeprowadzenia instruktażu w tym zakresie:

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

6) przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;

[...]”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

O tym, jak bardzo siara jest istotna dla dziecka wspominaliśmy już w podrozdziale 3.2.2. Zgodne z fizjologią jest, że objętość siary w pierwszych dobach po porodzie jest mała i liczy się w mililitrach¹⁶³. Gdy jest konieczne pozyskanie siary dla noworodka, robienie tego ręcznie jest szczególnie istotne, chociażby ze względu na to, że niewielkie ilości mogłyby się osadzać na ściankach laktatora, co uniemożliwiłoby podanie jej dziecku. Natomiast samo odciąganie ręczne jest bardzo istotne, nie tylko ze względu na pozyskiwanie siary. Okazuje się, że ręczne odciąganie może wpłynąć na wyższe wskaźniki karmienia wyłącznie mlekiem

¹⁶² CDC, *Hand Expression*, 2023, <https://cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶³ Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf> [dostęp: 30.11.2023]



matki podczas pobytu matek i dzieci w szpitalu¹⁶⁴. Taka zdolność pomaga nie tylko wtedy, gdy kobieta jest rozdzielona z dzieckiem, ale również wtedy, gdy przebywa razem z nim. Ręczne odciąganie może przynieść ulgę nabrzmiałym piersiom w nawale albo pozyskać mleko np. w celu uspokojenia dziecka, gdy płacze i nie może się przystawić do piersi. Ręczne odciąganie pozwala też uwierzyć matce, że w jej piersiach jest mleko. Warto, żeby kobiety posiadały tę umiejętność. WHO zaleca ten sposób odciągania mleka¹⁶⁵, ale również amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) wskazuje na wiele jego zalet¹⁶⁶:

- Może być wygodniejsze dla niektórych kobiet, które odczuwają ból podczas korzystania z laktatora.
- Nie wymaga sprzętu, wody ani prądu.
- Może złagodzić obrzęk (poprzez uwolnienie niewielkiej ilości mleka, aby zmiękczyć piersi) i pomóc dziecku łatwiej się przyssać.
- Wspomaga produkcję mleka na początku laktacji.
- To bezpieczny i skuteczny sposób odciągania mleka w sytuacjach awaryjnych lub klęsk żywiołowych.



Ważniejsze od nauki odciągania laktatorem jest odciąganie ręczne i warto, by to właśnie tej metody odciągania kobiety uczyły się przede wszystkim.

¹⁶⁴ Crowe S. D., Miller H., Faulkner B., Lee H. C., *Use of Hand Expression of Breastmilk Within First Hour of Delivery to Increase Exclusive Hospital Breastfeeding Rate [400]*, *Obstetrics & Gynecology*, 135(1):167S, <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000663984.24193.f5> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative standards*, 2017, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶⁶ CDC, *Hand Expression...*, j.w.



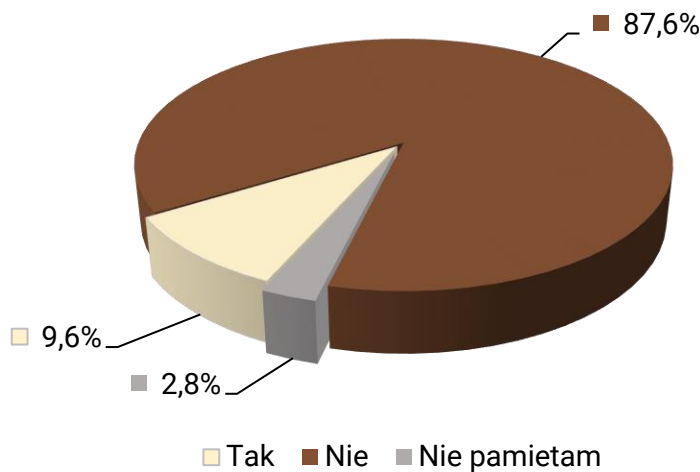


Droga kobieto!

Na poniższej stronie amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) znajdziesz instrukcję jak odciągać pokarm ręcznie: <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html>

Po pomoc w nauce odciągania ręcznego możesz zwrócić się również do konsultantki laktacyjnej IBCLC, doradczynie laktacyjnej CDL czy położnej posiadającej aktualną wiedzę o laktacji. Odciąganie ręczne wymaga praktyki, natomiast nigdy nie powinno Ciebie boleć.

Jedynie 9,6% kobiet przebywających po porodzie w szpitalu zostało poinstruowanych w zakresie ręcznego odciągania pokarmu (czyli ręką bez użycia przyrządów do odciągania). Aż 87,6% kobiet nie zostało tego nauczonych przez personel szpitala, zaś 2,8% nie pamiętało, czy taki instruktaż się odbył (Ryc. 3.13.).



Ryc. 3.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego poinstruował/nauczył Cię jak odciągać pokarm ręcznie (ręką bez użycia przyrządów do odciągania)?” (%), N=2476)



„Pomagano przystawiać malucha, ściągnąć ręcznie mleko przy nawale”. (A1704)

„Dostałam ulotki o karmieniu i ręcznym odciąganiu siary, przygotowane chyba przez szpital”. (A1990)

„Położna w ogóle nie była pomocna. Kiedy miałam nawet powiedziała, że do nawątu to jeszcze daleko i że wymyślam, mam ubrać stanik. Na szczęście z forum na Facebooku wiedziałam, żeby iść pod prysznic i ściągnąć trochę pokarmu ręcznie”. (A1853)

„Jedna położna - oceniła, że nie mam mleka, a dziecko ciągle śpi, bo ma mało cukru. Podała mleko modyfikowane. Druga położna – anioł. Pomogła mi ręcznie zebrać siarę i podać maluszkowi”. (A1777)

„Pomoc nie w pełni zaspokoiliła moje potrzeby, ale była to pomoc w przystawianiu, zaproponowanie »kapturków«, proponowanie pozycji do karmienia, instruktaż użycia laktatora, ręcznego odciągania siary i podawania z kubeczka”. (A936)

„Pokazanie, jak przystawić dziecko, jak odciągnąć laktatorem i ręcznie pokarm. Jednak każda położna mówiła co innego, miałam mętlik w głowie”. (A1968)

Dziecko było urodzone przedwcześnie, jednak kobieta uzyskała pomoc w ręcznym odciąganiu.



„Niska waga, problem z uchwyceniem piersi. Dostałam wsparcie psychiczne, pomoc z odciąganiem mleka ręcznie, potem laktatorem. Służenie radą i ułożenie mi »grafiku karmień«. Ogólnie wsparcie w najcięższym momencie”. (A1888)

Dziecko kolejnej kobiety zostało zabrane na oddział neonatologiczny z powodu problemów z oddychaniem.

„Kiedy wyjeżdżałam z bloku operacyjnego dostałam dziecko już do siebie i miałam ze sobą cały czas. To było dla mnie bardzo ważne. Chciałam rodzić naturalnie, ale nie miałam takiej możliwości ze względu na położenie miednicowe. Najbardziej bałam się, że będzie mi odebrany ten kontakt skóra do skóry, ale miałam go. Później wyszły zaburzenia oddychania i córka musiała pójść na oddział noworodkowy. Zostałam sama na sali, ale przyszła do mnie położna i zbierała mi siarę do takiej strzykawki. Powiedziała, że jest jej dużo i była bardzo zadowolona. To były 2 ml i myślałam sobie, że to jest strasznie mało, a ona powiedziała, że »Nie, no jest super!«. Cieszyłam się, że faktycznie ona cokolwiek ściągnęła i że moje dziecko, które nie może być ze mną cokolwiek dostanie”. (K41)

Warto zwrócić uwagę na to, aby instruktaż był przeprowadzany w sposób delikatny.

„Miałam ręcznie odciągać siarę do kubeczka. Położne ze zmiany, gdy mi to demonstrowały, były bardzo niedelikatne. Pierś bolała. Po czym przyszła do mnie na konsultację doradczynie laktacyjna



i wyciskała mleko bezboleśnie, aż spytałam ją, dlaczego, gdy robiły to położne, to bolało”. (A567)

Zdarza się, że sugeruje się kobietom sprawdzenie ilości pokarmu laktatorem, co jest ogromnym błędem i świadczy o braku wiedzy na temat fizjologii laktacji i początkach karmienia, kiedy wytwarza się siara, której może być od 5 do 7 mililitrów na jedno karmienie. Dziecko potrzebuje właśnie takich niewielkich ilości. Przez przynajmniej dwie pierwsze doby, do czasu nawału, odciąganie laktatorem w celu pozyskania siary nie ma sensu (co innego w przypadku chęci wystymulowania laktacji, o czym więcej w podrozdziałach 3.2.11. oraz 3.2.12.), ponieważ te małe ilości siary osadzają na ściankach wężyka czy pojemnika. W poniższej historii żadna z wielu położnych nie zaproponowała ręcznego pozyskania siary i skorzystania z alternatywnej metody podania jej dziecku, w sytuacji, w której dziecko miało trudności z dostawieniem się do piersi.

„Córka aktywność przy piersi miała słabą. Miała bardzo mocny odruch ssania, jak badano palcem i wkładano palec do buzi. Natomiast przy piersi jakoś nie potrafiła złapać albo łąpała na chwilę i szybko zasypiała przy tej piersi. Brała dosłownie jakies 3 łyki i nie chciała dalej. Próbowałam córkę jak najczęściej przystawiać, ale sama nie dawałam rady. Nie chciała łąpać piersi, więc praktycznie co chwilę był dzwonek i prośba o położne, żeby mi tą córkę przystawiały. Te położne się zmieniały i były raz lepsze raz gorsze. Jedną pamiętam, która się naprawdę bardzo stara i bardzo dużo czasu poświęcała i tak motywowała. Inna była taka młodsza i to była kwestia po prostu doświadczenia, że też sama nie potrafiła tego dziecka dobrze złapać, przystawić. Kolejna była bardzo miła, ale przystawiała tak mechanicznie i jak jej nie szło to bardzo szybko się poddawała. Mówiła, że to chyba teraz nie jest moment to może jednak przeniesiemy mleko. Najpierw wyraziłam zgodę podanie mleka z Bank Mleka Kobiecego, więc córka pierwsze te karmienia



z butelki dostała mleko innej mamy, a później właśnie już nam dano mleko modyfikowane do dokarmiania. Miałam przy sobie laktator ręczny i laktator elektryczny. Jedna położna dała radę, żeby w ogóle sprawdzić ilość tego pokarmu i odciągnąć. Nie powiedziała o tym, że ważna jest ta siara, powiedziała, że najważniejsze, żeby sprawdzić, czy w ogóle ten pokarm jest, ile jego jest. Natomiast potem pamiętam, że miałam jakiś problem i chciałam zasięgnąć porady jak zacząć laktatorem. Przyszła druga położna powiedziała, że w ogóle tego się nie robi, że to jest duży błąd, żeby ten laktator zostawić, że to trzeba tylko z piersi". (K45)

Kolejna historia również pokazuje błędne koło „sprawdzania laktatorem” ilości mleka w piersi. Tym razem to kobieta wpadła na ten pomysł, będąc pozostawioną samą sobie w obliczu sugestii personelu, że jej dziecko jest „piekielnie głodne” i się nie najada. Niestety nikt nie poinstruował kobiety, jak odciągać mleko ręcznie.

„Kiedy pojawiła się pielęgniarka zabrać dziecko na przesiewowe badanie słuchu, to później jak wróciła, powiedziała, że dziecko jest piekielnie głodne, że jak podstawi mu palec do buzi, to ono łapczywie chce ssać palec i to świadczy o tym, że jest piekielnie głodne, skoro przystawiam dziecko do piersi, to po prostu ono musi się nie najadać. Od razu padła propozycja o mleku modyfikowanym. Stwierdziłam, że chciałabym spróbować jednak ze swoim mlekiem i postymulować piersi, też przekonać się czy rzeczywiście nie ma mleka, bo wcześniej słyszałam, że mleko jest. Stwierdziłam, że zrobię próbę. Jeśli laktator sprawi, że mleko poleci, to znaczy, że przyczyna jest jakaś inna, że mleko po prostu jest. Uruchomiłam laktator, przystawiłam do piersi, trzymałam go tam około 5-10 minut, ale nie leciało absolutnie nic, więc poszłam do dyżurki



pielęgniarek i zgłosiłam prośbę o poradę laktacyjną. Niestety wtedy zdecydowałam o podaniu mieszanki, z tym, że to nie był taki do końca świadomy wybór. W tamtej chwili byłam obolała, strasznie zmęczona. Nie było odwiedzin, to też na mnie źle wpływało, że nie miałam nikogo bliskiego obok. Byłam kompletnie sama w nowej sytuacji i jak przychodzi pielęgniarka, czyli ten autorytet wiedzy medycznej i mówi mi, że dziecko jest piekielnie głodne, to ja już się czuję jak straszna wyrodna matka, która chce zagłodzić swoje dziecko. Dlatego zdecydowałam się wtedy, żeby to mleko podać, żeby po prostu to dziecko nie było głodne". (K21)

Położna będąca doradczynią laktacyjną CDL na oddziale szpitalnym tak opowiadała o prowadzeniu instruktazu ręcznego odciągania przez kobiety:

„Siarę powinno się na początku odciągać ręcznie, absolutnie. Znowu nie odpowiadam za koleżanki, ale ja każdą pacjentkę instruuje, jeżeli chodzi o odciąganie ręczne. Przynajmniej się staram, ale zawsze decyzję zostawiam mamie. Mówię »To jest bardziej efektywne. Zobacz pani, odciągamy teraz ręcznie«. Ja odciążam ręcznie i mamy w strzykawce taką i taką ilość mleka. »Gwarantuję pani, że jak pani dzisiaj podłączy laktator to tam nie będzie nic i to jest normalne i dlatego prócz laktatora powinna się pojawić ta dodatkowa praca z odciąganiem ręcznym, ale decyzja należy do pani. Jeżeli nie będzie się pani czuła na siłach lub będzie to w pani ocenie nie do zrobienia, no to po prostu zostanie pani przy samym laktatorze«. Są pacjentki, które podejmują taką pracę". (P10)



Ta sama położna, opowiadając o swoich osobistych doświadczeniach związanych ze stymulacją laktacji dla wcześniaka, powiedziała:

„Dla mnie osobiście odczucia laktatorowe są fatalne. Byłam totalnie laktatorooporna. Dla było bardziej naturalne odciąganie ręczne, ale są pacjentki, które mają problem z dotykiem swoich piersi, z tym odciąganiem ręcznym i one bardziej godzą się z laktatorem niż z odciąganiem ręcznym”. (P10)



Droga kobieto!

Umiejętność samodzielnego sprawdzania wypływu pokarmu jest istotna. Można samemu się przekonać, co do tego, że w piersiach jest mleko. Warto spróbować delikatnie i z wyczuciem. Takimi samymi ruchami możecie samodzielnie odciągnąć mleko z piersi. Bez żadnego sprzętu. To bardzo ważne, a czasem może okazać się naprawdę proste i jest pierwszym krokiem do nauki samodzielnego ręcznego odciągania mleka (podpowiedzi, gdzie znaleźć instrukcje odciągania zawarłyśmy w poprzedniej zielonej chmurce w tym podrozdziale).





Problem!

Prawie 9 na 10 kobiet (86,7% ankietowanych spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) nie jest instruowanych, jak samodzielnie pozyskiwać pokarm ręcznie. Tymczasem jest to podstawowa umiejętność, która może być potrzebna kobiecie w wielu sytuacjach oraz dodać jej pewności siebie w kwestii możliwości jej organizmu, np. pozwala na samodzielne sprawdzenie wypływu pokarmu. Zdarza się, że wykonywane przez personel medyczny badania wypływu mleka są bolesne i niekomfortowe. Wciąż wśród personelu medycznego bywa żywy mit, że można sprawdzić ilość produkowanego mleka laktatorem.

3.2.10. NIESTOSOWANIE SMOCzków DO USPOKAJANIA

Po porodzie, odklejeniu się łożyska, a co za tym idzie uruchomieniu się hormonalnej reakcji, po której (po etapie siary) zwiększa się ilość mleka, następuje nawet i w kolejnym etapie następuje stabilizacja laktacji. To na jakim poziomie ustabilizuje się produkcja mleka, zależy od czasu bycia dziecka przy piersi, a dokładniej od czasu efektywnego ssania. Zaspokajanie potrzeby ssania nie na piersi stwarza ryzyko niedostatecznej stymulacji piersi do produkcji mleka. Poza tym kultura smoczka, promowanie go w mediach, czy chociażby w zestawach zabawek dla dzieci, których jest często nieodłącznym elementem, sprawiają, że młodzi rodzice mogą mylić wczesne oznaki głodu dziecka z chęcią ssania smoczka. To, że dziecko kręci główką, otwiera buzię, wysuwa język, czasem kieruje rączkę w stronę ust, oznacza wczesne oznaki głodu, czyli chęć ssania piersi, a nie smoczka. Nieprzypadkowo zatem jako jeden z kolejnych podpunktów zapewnienia warunków prawidłowej laktacji, w S000 podano wyeliminowanie smoczków do uspokajania w okresie stabilizacji laktacji:



„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;

[...]”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

W jednym z poprzednich podrozdziałów wspominałyśmy o żółtaczce. W przypadku niżej cytowanej kobiety dziecko było naświetlane. Wiemy, że zarówno sama żółtaczka, która może powodować ospałość dziecka, jak również ograniczanie karmień między naświetlaniami są czynnikami mogącymi utrudniać prawidłową laktację.

„Później się okazało, że córka musi być naświetlana, więc właściwie większość doby tam spędzała w inkubatorce. Tylko co 3 godziny właśnie była wyciągana na karmienie, a jak tam leżała niespokojnie, to w pewnym momencie położna mnie się pyta, czy mam właśnie uspokajacz. Ja w ogóle nie rozumiałam o co jej chodzi i tak sobie myślę, boże co to za wynalazek, o którym ja nie wiem. I pytam się jej, że »Uspokajacz, a co to takiego?«. ona mówi, że: »No smoczek«. Ja w ogóle nawet smoczków nie zapakowałam do szpitala, bo też wiedziałam, że tego smoczka nie chcę podawać dziecku, więc mówię dobra nie biorę, żeby nawet nie kusiło mnie. To mnie tak trochę zszokowało mówiąc szczerze, bo też byłam świadoma tego, jak ważne jest, żeby w tych pierwszych tygodniach tego smoczka jednak nie podawać, bo może to powiedzmy wpłynąć na laktację, na to ssanie dziecka, bo się okaże, że dziecko nie chce ssać piersi, więc to było takie słabe”. (K4)



„W planie porodu napisałam, że nie zgadzam się na dokarmianie dziecka. Też nie zgadzałam się na podanie smoczka. Próbowano to wymusić na mnie to żebym podała smoczek, bo dziecko się denerwuje, bo dziecko ma silną potrzebę ssania, bo ja nie mam mleka. Byłam bardzo zaskoczona tym podejściem. Też przyszły mi powiedzieć, żeby dać smoczek, bo inne pacjentki się denerwują, że tutaj dziecko płacze. Nie chciałam się na to zgodzić no i trochę byłam chyba problematyczną pacjentką”. (K47)

*„Zmiana personelu z nocnego na dzienny »naprawiała« błędną decyzję pielęgniarki z nocnego dyżuru o podaniu smoczka”.
(A1599)*

„Syn bardzo domagał się piersi, personel przychodził i pytał czemu tak się drze, aż w końcu przynieśli smoczek. Proponowali mleko modyfikowane, ale się nie zgodziłam”. (A52)

„Podczas badań słuchu i mycia, na które zabierano dzieci, dawano im smoczki”. (A1338)

„Kiedy dziecko cały czas płakało i »wisało« na piersi, położna skomentowała, że »My kobiety nie jesteśmy smoczkiem dla dzieci, piersi są od tego, żeby karmić«. Niestety po czasie doedukowałam się, że jest to nieprawda, a pierś spełnia więcej funkcji niż tylko dawanie pożywienia”. (A460)



„Smoczek wbrew mojej woli był podawany dziecku, gdy miało robione badania itd.” (A1376)

„Od położnej usłyszałam, że moje brodawki są jak smoczki i nie powinno być problemu z karmieniem”. (A1164)

„Generalnie byłam załamana, jeżeli chodzi o opiekę laktacyjną i pomoc w przystawianiu. Położnym nie podobało się to, że dziecko śpi ze mną w łóżku, łatwiej mi było karmić wtedy. Każda miała swoją teorię na temat karmienia piersią, przychodziła i udzielała rad przez ile minut dziecko powinno być przy piersi i były wręcz oburzone, że moje dziecko wisi na piersi i zrobiło sobie ze mnie smoczek. Miało ono według nich trwać 15 min na pierś i potem koniec, odkładać dziecko, a do ssania dać smoczek. Były zniesmaczone, że mam swoje racje, bo starsze dziecko karmiłam piersią ponad 2 lata i stanowczo podziękowałam za takie rady”. (A1640)

„Dostałam nakładki na sutki bez instrukcji, jak ich używać. Dziecko miało silny odruch ssania, chciało być cały czas przy piersi. Gdy piersi bolały tak, że aż krwawiły poprosiłam o pomoc, to zostałam zrugana, że co ja wyprawiam i że nie powinnam pozwalać dziecku tak długo być przy piersi. Żeby dać mu smoczek, skoro chce ssać. Nagminnie proponowano karmienie mieszanką. Gdyby nie moje samozaparcie i wiedza z Internetu nic by z karmienia piersią nie wyszło”. (A2417)



„Położne zawsze miały »coś« do zrobienia i uważały, że karmienie piersią jest naturalne i mam sobie sama dać z tym radę, a jak dziecko płacze i nie umiem nakarmić, to dać mu smoczek”. (A1950)

Powyższe przykłady wskazują, że zdarza się, iż personel wykazuje się niezrozumieniem fizjologii laktacji. Warto wiedzieć to, o czym mówiła nam neurologopedka:

„Ssanie nie jest procesem jednolitym i w zależności od potrzeb zmienia się mechanika ruchu ssącego oraz cel. Rozróżniamy dwa rodzaje ssania - ssanie odżywcze i nieodżywcze. O ile rola i znaczenie tego pierwszego jest oczywista, to ssanie nieodżywcze traktowane jest wciąż z niedostateczną uwagą. Podczas ssania nieodżywczego dziecko stymuluje pierś (ssie), ale nie pobiera pokarmu, nie połyka. Ssanie nieodżywcze pełni przede wszystkim funkcje regulującą. Reguluje napięcie oraz emocje dziecka. Jednak ma także ogromne znaczenie dla stymulacji laktacji mamy. Jest dodatkowym czasem stymulacji brodawek, co w naturalny sposób wspomaga laktację. Nieodżywcze ssanie piersi jest naturalną metodą stymulacji laktacji oraz treningiem ssania dla noworodków. Stanowi w pełni naturalny proces fizjologiczny. Rezygnacja z tej formy ssania, na rzecz zastosowania smoczka, często wpływa negatywnie zarówno na laktację mamy, jak i rozwój umiejętności oralnych noworodka. Smoczek jest ciałem obcym. O stałej formie, kształcie, zapachu i temperaturze. Pierś jest zmienna. W krótkiej perspektywie - w trakcie pojedynczego karmienia oraz w dłuższej – biorąc pod uwagę cały okres karmienia piersią – pierś zmienia się. Zmienia temperaturę, kształt, miękkość. To stanowi bogactwo doznań sensorycznych oraz wspieranie rozwoju całego kompleksu



ustno-twarzowego dziecka. Podczas karmienia piersią ssanie odżywcze i nieodżywcze wzajemnie się przenika i zamienia. Często ssanie nieodżywcze bywa mylone z ssaniem nieefektywnym (dziecko nie połyka, więc nie ssie efektywnie). W każdym przypadku należy przyjrzeć się, czy między zdaniem odżywczym a nieodżywczym występuje równowaga. Jeśli dostrzegamy nieprawidłowy przyrost masy ciała. Warto ocenić jakość ssania oraz wesprzeć mamę i maluszka w trudnościach ze ssaniem. Taka sytuacja bez wątpienia wymaga konsultacji z doradczynią CDL i neurologopedą. Jednak w większości przypadków tzw. »nieefektywne ssanie«, »wiszenie na piersi« oznacza zaspokajanie potrzeby ssanie nieodżywczego”. (P9)



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny proponuje podanie noworodkom smoczków lub sam je podaje, co jest niewskazane w okresie stabilizacji laktacji.



3.2.11. ZAPEWNIENIE SPRZĘTU DO POZYSKIWANIA POKARMU KOBIECEGO I STYMULACJA LAKTACJI

W podrozdziale 3.2.8. dotyczącym postępowania w przypadku nieskutecznego karmienia cytowałyśmy zapisy S000, w których było wskazane, że jeśli konieczne jest dokarmianie dziecka, to pierwszym wyborem jest odciągnięte mleko matki.

Również w przypadku trudności uniemożliwiających bezpośrednio karmienie z piersi, choroby dziecka lub czasowego czy trwałego rozdzielania matki i dziecka pozyskiwanie odciągniętego mleka matki jest pierwszym rozwiązaniem, które powinno być proponowane kobiecie (zgodnie z cytowanym w podrozdziałach 3.2.7. i 3.2.8.) ust. 3 pkt. 4.) działu S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*. Ponadto S000, poczynając od dnia 1 stycznia 2022 r., nakłada na szpitale obowiązek zapewnienia sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka matki.

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

8) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego”.

(S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*)

W tym zapisie istotne jest, iż sprzęt należy zapewnić każdej potrzebującej matce, a także, że ma być on skuteczny.

Specjaliści zalecają jako skuteczny sprzęt: elektryczny laktator klasy szpitalnej, który jest wyrobem medycznym, choć sprzęt może oznaczać również inne potrzebne części do używania laktatora, jak i elementy poza laktatorem. Sprzęt udostępniany w szpitalu powinien być dostosowany do używania przez wiele



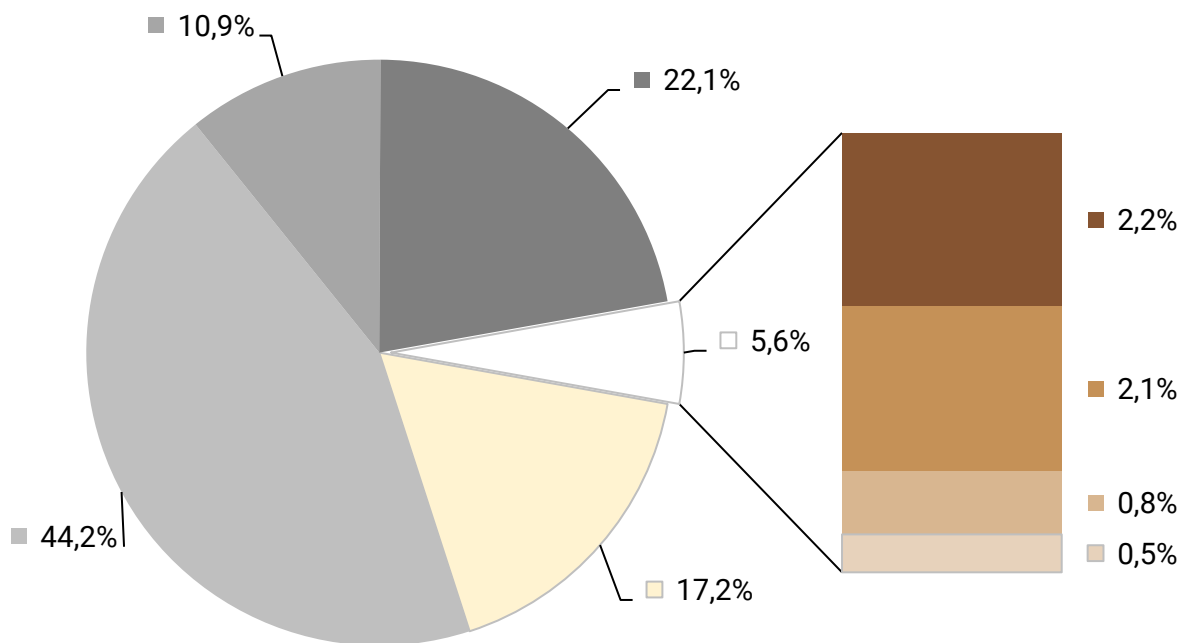
kobiet, co określa się jako tzw. separacja mediów. Akcesoria do niego powinny być jednorazowe lub wielokrotnego użytku, czyli podlegające sterylizacji, tzw. zestaw osobisty (lejek, dren, pojemnik do mleka). Ponadto powinien posiadać możliwości: odciągania z obu piersi jednocześnie (dzięki czemu zwiększa się wydajność produkcji mleka i skraca czas odciągania), ustawiania faz (odwzorowanie wywołania wypływu pokarmu i wypływu właściwego), regulacji siły ssania^{167 168}.

Wśród ankietowanych 44,2% kobiet uznało, że laktator szpitalny nie był im potrzebny. Z kolei 22,1% kobiet nie korzystało z laktatora szpitalnego, ponieważ posiadało w szpitalu swój laktator. Z laktatora szpitalnego korzystało 17,2% ankietowanych, ale już 10,9% nie wiedziało, że mogą o niego poprosić. Ponadto 5,6% ankietowanych, które były z dzieckiem w szpitalu chciało skorzystać z laktatora, ale nie mogło z powodów takich jak: używanie przez inną osobę (kolejka do laktatora), odmowa ze względu na brak szpitalnego laktatora lub odmowa bez wskazania przyczyny, ale również fakt, że laktator okazał się niesprawny (Ryc. 3.14.). Dane odpowiadające powyższym, jednak z podziałem na poszczególne lata objęte monitoringiem, można zobaczyć na Ryc. Z. 10. znajdującej się w załączniku 1. do raportu.

¹⁶⁷ Nehring-Gugulska M., *Wskazania do odciągania mleka – kiedy, jak i czym?*, Postępy Neonatologii 2022, nr 2, s. 56, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2022/11/Wskazania-do-odciagania-mleka-kiedy-jak-i-czym.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁶⁸ Królak-Olejnik B., Nehring-Gugulska M., Oslislo A., *Standard postępowania poporodowego sprzyjający karmieniu naturalnemu noworodków z małą urodzeniową masą ciała*, Standardy Medyczne 2012, T. 9, s. 407, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Standard-postepowania-poporodowego.pdf> [dostęp: 30.11.2023]





- Tak, korzystałam
- Nie, nie był mi potrzebny
- Nie wiedziałam, że mogę poprosić o laktator
- Nie, bo miałam swój
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale był używany przez inną osobę
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale szpital nie posiadał takiego
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale mi odmówiono
- Nie, choć chciałam skorzystać, ale był niesprawny

Ryc. 3.14. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy korzystałaś z laktatora udostępnionego przez szpital?” (% , N=2476)



Część kobiet korzystała ze sprzętu szpitalnego. Zaznaczyły w ankiecie, że korzystały z laktatora udostępnionego przez szpital i wskazały na pomoc w jego użytkowaniu.

„Ze względu na żółtaczkę poporodową dziecko zostało przeniesione na oddział intensywnej terapii. Rozdzielono nas za moją zgodą i trwało to niecałą dobę. Mimo zabrania dziecka, na OIOM-ie nie było problemu z dalszym karmieniem go moim mlekiem. Szpital na ten czas udostępnił mi laktator, poinstruował, jak go używać i dziecko na OIOM-ie karmione było dostarczonym przeze mnie mlekiem”. (A735)

„W szpitalu nie otrzymałam dostatecznego wsparcia w karmieniu piersią, jednocześnie jednak oceniam tę opiekę dosyć pozytywnie – dziecko było od początku dokarmiane moim mlekiem, nie otrzymało mleka modyfikowanego, nawet gdy przebywało na innym oddziale - mogłam ściągać mleko i regularnie je przynosić. Dziecko było dokarmiane strzykawką, nie butelką. Na oddziale znajdowały się laktatory”. (A1187)

„Pomoc i ocena przystawienia dziecka, dobór lejków do laktatora i instruktaż jego użytkowania przy rozdzieleniu z dzieckiem”. (A1763)

W kolejnym przypadku dziecko zostało oddzielone od maki z powodu problemów z oddychaniem, a kobiecie udostępniono laktator.

„Doradczyni laktacyjna pytała się, czy mam laktator, pożyczyła mi [nazwa marki] szpitalny, miałam do niego dostęp. Wy tłumaczyła mi



jak używać. Przede wszystkim mówiła, jak stymulować laktację, że to trzeba co 3 godziny odciągać, że mogę sobie tą pierwszą nockę odpuścić i zrobić przerwę między północą a 6 i nie wstawać o 3, ale już następną dobę, to mam co 3 godziny jechać z tym laktatorem, a nie jak mi się przypomnia. To było bardzo trudne. To było dużo pracy. Z jednej strony myślę, że to wsparcie pomogło, ale z drugiej strony, to chyba trzeba po prostu chcieć”. (K41)

Kolejnej kobiecie zapewniono instruktaz odciągania osobistym laktatorem. Szpital zapewnił również laktator dla matki wcześniaka, która leżała obok w sali.

„W szpitalu położna powiedziała, że córka spadła powyżej 10% masy urodzeniowej. Miała żółtaczkę. Położna zaleciła dokarmianie moim mlekiem i mieszanką, ale mieszankę dziecko dostało dopiero, jak ja wyraziłam na to zgodę. Mała dostała butelkę, ale co uważam za super, bo jak rozmawiałam z paroma osobami, których dzieci były dokarmiane w szpitalu, to u mnie było inaczej. Miałam przystawiać do piersi po 15 minut na każdą pierś. Po pół godziny, dać moje odciągnięte mleko i dopiero do pełnej ilości, chyba 30 ml, to czego nie ściągnęłam, miałam dodać modyfikowanego. I tak miało być za każdym razem. I potem sesja laktatorem metodą 7 5 3. Tak udało się rozkręcić laktację, że po prostu po nocy rano odciągnęłam pełną porcję dla dziecka. To mi pomogło rozkręcić i też wyjść ze szpitala. Córka odzyskała wagę. Nie miała już ubytku tych 10%, które straciła. Ostatniego dnia przyszła młoda położna, która mi bardzo pomogła przystawić, bo ja siedziałam i płakałam i próbowałam przystawić dziecko. Laktator w szpitalu miałam swój. Ze mną leżała dziewczyna, która urodziła wcześniaka to jej



przynieśli laktator ze szpitala. Akurat ona dziecka nie miała przy sobie, więc to trochę inaczej było, ale też jej powiedzieli, jak odciągać. Wychodząc ze szpitala już byłam w stanie odciągnąć porcję w pełni, karmiłam częściowo piersią, częściowo butelką”.
(K3)

Stoimy na stanowisku, iż udostępnianie przez szpital laktatorów typu osobistego, bez możliwości sterylizacji i dedykowanych kobiecie końcówek, jest niedopuszczalne.

„Szpital nie posiadał laktatora klasy szpitalnej, tylko zwykły, który używało wiele matek i nie można było go sterylizować, nie miał wymiennych końcówek, odmówiłam korzystania z niego, zakupiłam swój w trakcie pobytu w szpitalu. Uważam, że w każdym szpitalu powinien być dostępny laktator i być zatrudniona położna laktacyjna dostępna przez całą dobę”. (A1183)

„Szpital miał tylko laktator ręczny w kiepskim stanie higienicznym. Zdecydowałam się na natychmiastowy zakup własnego laktatora”.
(A279)

„Ze 2 razy korzystałam z ręcznego, bo chyba tylko taki mieli na stanie. Później mąż przyniósł mój laktator, bo szpitalny było trudno dostać”. (A1946)

Kobiety kupują swoje laktatory i używają sprzętu, którego jakość jest nieporównywalna z jakością laktatora klasy szpitalnej, dostosowanego do stymulacji laktacji. Według ankietowanych, często kupno osobistego laktatora sugeruje sam personel.



„Usłyszałam, że w piersiach nic nie ma i trzeba kupić laktator”.

(A175)

„Miałam swój, bo szpital dawał laktator tylko matkom, które miały dzieci na noworodkach”. (A1581)

Problem z dostępnością laktatorów potwierdziła położna, która udzielała nam wywiadu, ale potwierdzają go także kolejne historie kobiet.

„Problemem, jeżeli chodzi o pracę laktatorami jest po prostu brak sprzętu. Akurat po wprowadzeniu standardu, mój ówczesny szef przyniósł mi takie pismo, które dostał, że tam się trzeba jakby rozliczyć czy ten sprzęt jest wystarczający, że została wprowadzona taka zasada, że tego sprzętu musi być odpowiednia ilość. Ja odpowiadałam na to pismo, że my mamy tyle i tyle laktatorów, sprzęt jednorazowy i że to jest liczba wystarczająca na aktualne potrzeby oddziału. Nie wiem, jak inne szpitale w sumie to realizują. My się musieliśmy z tego rozliczyć i z tego powodu też dokupowaliśmy laktatory, bo aktualnie mamy 8 [nazwa laktatora klasy szpitalnej] i to jest faktycznie wystarczająca ilość na nasze potrzeby. Czasami jak jest bardzo duży bum i dużo wcześniaków, no to pożyczamy te laktatory jeszcze z intensywnej terapii, bo tam są dodatkowe dwa, ale po tej ostatniej właśnie dostawie nam tego nie brakuje, ale wiem i to mówią dziewczyny, które z ościennych różnych szpitali, że one mają jeden laktator, dwa laktatory na oddział. Jak w takiej sytuacji wprowadzić standard wczesnej stymulacji laktacji w przypadku konieczności dokarmienia, jak oni po prostu nie dysponują sprzętem? To samo miałam w [nazwa



szpitala poprzedniego zatrudnienia]. Miałam dwa laktatory i 28-30 pacjentek na oddziale, gdzie statystycznie tych pacjentek z problemami się zdarzy dużo". (P10)

W kolejnych historiach kobiety nie miały wiedzy, czy szpital zapewniał laktator. Nikt laktatora nie zaproponował. Również nie zalecono stymulacji laktacji. W przypadku pierwszej z kobiet nawet ktrytkowano ilość odciągniętego mleka w drugiej dobie życia dziecka.

„Poprosiłam męża, żeby przywiózł mi laktator, bo nie byłam w stanie karmić syna, ranił mi brodawki, więc generalnie było hardkorowo. Miałam też te kapturki, ale położna, która się mną zajmowała właśnie przez dobę to powiedziała mi, że absolutnie mam nie karmić w tych kapturkach, bo to jest bez sensu. Po czym powiedziałam jej, że mam laktator, bo mały się nie przystawia, więc muszę zacząć cokolwiek robić, żeby pobudzić laktację. Ona powiedziała »Z takimi poranionymi piersiami pani chcę używać laktatora? To przecież to bzdura w ogóle«. Tak pomyślałam »To co mam robić? Siedzieć i patrzeć?«. Potem akurat pech chciał, że po prostu mały wył w nocy. Przyszła inna położna, która nie była przypisana do tego konkretnego pokoju, w którym ja leżałam, czyli chyba nie zajmowała się mną. Próbowwała go przystawiać. Wydaje mi się, że też no nie miała jakiejś dużej wiedzy. To była młoda dziewczyna, ale widać było, że miała chęci pomocy jakiegokolwiek i ona mi powiedziała, że mam używać laktatora od rana i nie przejmować się tym, że tamta mówi co innego. Powiedziała mi, że mam ściągać cokolwiek się da tak naprawdę. Więc ja ściągnęłam chyba 20 mililitrów czy 10. To rano usłyszałam, że to jest w ogóle śmieszna ilość. No kurczę to jest podstawowa



wiedza, że przecież taka ilość to jest normalne na początku, więc myślę »No fajnie, fajnie«, a to już byli lekarze, nawet lekarze neonatolodzy. Więc też no średnio to wyszło. No ale cieszę się, że mnie wypuścili, chociaż pod tym względem jestem im wdzięczna, bo przynajmniej dalej się udało coś z tym zrobić”. (K17)

„Byłam już na sali poporodowej i była mierzona pierwsza glikemia. Położna przyszła i mówi, że zmierzy dziecku cukier. Był niski i powiedziała, żebym spróbowała przystawić. Przystawiałam. Nie wyszło. Wróciła za jakiś czas spytała się czy udało się nakarmić. Powiedziałam, że ciężko i mam wrażenie, że nie. Powiedziała, że ma zlecenie od dyżurnej neonatolog, że w razie hipoglikemii u córki, bo była też graniczna na porodówce no to, że jest wskazanie, żeby w razie czego podać mleko modyfikowane i ona się spytała czy ja się na to zgadzam. Zgodziłam się, ale gdybym miała jako pierwszą propozycję »Mamy laktator, może pani z niego skorzysta i zobaczymy«, to bym też przystała na tę propozycję. Zupełnie o tym nie pomyślałam i też nikt nie wyszedł z taką propozycją. Mam żal do siebie, że właśnie wcześniej przed pójściem do szpitala na przykład nie spakowałam laktatora, który miałam w domu. Tak sobie myślałam po co mi laktator, jak ja przecież tutaj czuję, że już ta siara się wydziela, to nie będzie problemu, a potem jak się problemy pojawiły, to bardziej się nastawiałam na: nakarm dziecko. To było moim celem, a nie myślałam czym. Czy na przykład coś jeszcze z tą laktacją zrobić. Dopiero po fakcie się dowiedziałam, że laktator powinien być na oddziale, że mam prawo o to spytać i że powinni mi o tym powiedzieć. Po prostu zapomniałam w ferworze tych wszystkich



wydarzeń. Teraz wiem, że to był błąd personelu, że tego zabrakło. Powiedzmy, skoro karmienie było nieskuteczne. Co prawda pomocy w przystawieniu nie było, ale powiedzmy nawet jakby była, to mogłaby być nieskuteczna. Wówczas powinnam usłyszeć »Dobrze, nie idzie pani przystawianie. Mamy laktator. Proszę, odciągnąć, żeby ktoś nawet mi powiedział, »A ma pani swój? To niech pani to zrobi«, bo jakby mi ktoś zwrócił uwagę, to przecież bym w głowie ogarnęła, że w razie »W« leży w domu. Gdybym po prostu dostała sugestię, że mogę mleko odciągnąć albo że najpierw spróbuj odciągnąć nawet ręcznie, to bym to zrobiła. Nie miałam takiej sugestii, a sama o tym nie pomyślałam, więc wyszło jak wyszło". (K28)

Kobieta z powyższej historii była z zawodu lekarzem internistą i znała dokładnie normy stężenia glukozy we krwi dziecka, jednak w sytuacji stresowej nie pomyślała o tym, aby pozyskać swoje własne mleko i nikt jej tego nie podpowiedział, bo mieszanka wydaje się być często jedyną alternatywą, jeśli dziecko nie chwyta piersi.

Jedna z kobiet musiała zagrozić skargą do Rzecznika Praw Pacjenta, aby otrzymać laktator do odciągania mleka dla chorego dziecka. Kolejny raz nikt wcześniej nie zaproponował kroków mających na celu poprawę skuteczności karmienia i pozyskiwania mleka odciągniętego, co jak przypomnijmy jest niezgodne z zapisami S000 cytowanymi w podrozdziale 3.2.8. Kobieta mimo wszystko z własnej inicjatywy odciągała mleko, ale zdarzało się, że jej mleko nie było podawane dziecku.

„W szpitalu wręcz zachęcano do karmienia mieszanką. Wieczorem, kiedy przychodziły pielęgniarki od razu pytały, komu i ile mleka na noc. Mój syn, mimo że oceniony był 10/10 w skali Apgar po urodzeniu, jednak bardzo szybko tracił na wadze. Bardzo zależało mi na karmieniu piersią. Jednak po drugiej przyszła



pielęgniarka i powiedziała, że muszę mu w nocy dać mieszankę, bo za dużo już spał. Zrobiłam zgodnie z zaleceniami. Ale syn w ogóle nie chciał jeść (z butelki też). Chodziłam do pielęgniarek prosząc o pomoc. Mówiłam, że nie ssie, że nie chce się obudzić na jedzenie, że ciągle śpi. Jedyne co słyszałam to: »Mama się nie martwi, to normalne«. Żeby otrzymać laktator musiałam zagrozić, że złożę skargę do Rzecznika Praw Pacjenta. Przyniesiono mi laktator. Następnego dnia przyszła pani ordynator mówiąc, że syn ma bardzo złe wyniki krwi i że jak nic nie zrobię to umrze (cytat). Nie powiedziała, jakie to wyniki ani ich nie pokazała. Sugerowała, że to moja wina, że źle karmię dziecko. Syn został zabrany na patologię noworodka. Przynosiłam pielęgniarkom odciągnięte mleko o ustalonych porach (co 2 h w dzień) i co 3 h (w nocy). Zdarzało się jednak, że przynosiłam mleko, a położna mówiła, że już nakarmiły mieszanką. Za każdym razem, gdy przynosiłam mleko przystawiałam syna do piersi, co było bardzo trudne, gdyż miał podłączona kroplówkę i inne przyrządy. Do karmienia pielęgniarki dawały mi obrotowy fotel, który przykrywały folią, żebym im nie poplamiała krwią. Dopiero po 3 dniach na nocnej zmianie położna, którą pierwszy raz spotkałam powiedziała, że są fotele do karmienia. Zapytała o moją laktację, podziękowała za mleko itp. Przy wypisie od innej pani doktor dowiedziałam się, że syn ma małopłytkowość i tym było spowodowane jego ciągle spanie, brak apetytu (nawet pielęgniarki nie dawały rady go nakarmić butelką i smoczkiem o najwyższej przepustowości). W karcie znalazły się informacje, że odmówiłam podania mieszanki, co nie było prawdą, bo podawałam ją od 2 dnia razem z piersią. Nie było natomiast ani słowa o tym, że wielokrotnie zgłaszałam problemy ze ssaniem (także z butelki), ospałością, że pomimo podawania mieszanki



nie przybierał na wadze itp. Przy wypisie dostaliśmy skierowanie do pilnej konsultacji hematologicznej.” (A2275)

“Dostałam, ale sama musiałam się o niego upomnieć z powodu bólu piersi. Dostałam go dopiero po kilku prośbach i prześmiewczych tekstach ze nikt z personelu nie będzie mi piersi masował”. (A503)

“Tak, korzystałam, ale dopiero jak o niego poprosiłam i się go domagałam”. (A166)

Czasem nie udostępniono laktatora pomimo prośby.

“Powiedziano mi, że laktator przysługuje matce, która ma pokarm”. (A1809)

„Szpital chwalił się, że mają to wsparcie laktacyjne, są laktatory i ktoś chyba, kto tam wcześniej rodził to mówił, że »Tak, tam w szpitalu są laktatory, to się nie przejmuj«. Ale jak przyszło co do czego i chciałam skorzystać z laktatora, bo wydawało mi się, że dziecko się nie najada, to spotkałam się z niechęcią do udostępnienia sprzętu ze strony personelu oraz argumentacją, że lepiej przystawiać cały czas dziecko do piersi, niż karmić odciągany mlekiem z butelki. Z jednej strony to dobrze i mieli rację, że lepiej jak się przystawia dziecko niż jak się używa laktatora, bo to dziecko najlepiej stymuluje, ale z drugiej strony dla mnie to było takie dziwne, że mają te laktatory, a nie chcą



udostępnić, a może dla mnie też by psychicznie było wtedy lepiej, jakbym coś tam sobie ściągnęła. Przyznam, że byliśmy na skraju wyczerpania, nie wiedzieliśmy co robić, bo mąż był ze mną w szpitalu cały czas i było tak, że dziecko płakało, to wydawało się nam, że nie najada się moim mlekiem. I wtedy jednak jako rozwiązanie było dokarmienie mlekiem modyfikowanym. Zaproponowała nam to położna. Co prawda bardzo mądrze, bo to była naprawdę mała ilość, bo 20 ml. To też jest wiedza, że to dziecko nie potrzebuje tyle, więc nie napychają tak, tylko faktycznie dali mało. Wiadomo, że myśmy się na to zgodzili, bo to nie mogło być bez naszej zgody. Byliśmy zmęczeni, dobra, ale był to taki rozdźwięk, że, a tu tego laktatora nie, ale już dziecko dokarmić, to już było spoko". (K14)

Zbyt mała dostępność laktatorów jest problemem oddziałów szpitalnych. W kolejnym przypadku można było zauważyć problem organizacyjny, związany ze zbyt małą ilością udostępnianych pacjentkom laktatorów oraz konfliktem w tej sprawie między oddziałami położniczym a neonatologicznym. W tej historii wcześniejsze doświadczenie kobiety, miało kluczowe znaczenie, dzięki któremu udało jej się poradzić sobie z tą trudną sytuacją, zarówno technicznie, jak i psychicznie.

„Nie wiedziałam przez półtorej doby, gdzie jest moje dziecko. Nikt mi nie powiedział do dnia następnego do wieczora, że dziecko jest przyjęte na oddział patologii noworodka, a tam cały czas go karmiono mieszanką. Czekałam, że mi po prostu przyniosą dziecko. Spędziłam te półtorej doby akurat na bloku porodowym, ponieważ nie było miejsc na położnictwie i myślałam, że to jest powód, dla którego dziecka nie mam przy sobie, a nie, że jest w kiepskim stanie i jest przeniesione. Natomiast to już takie szpitalne niuanse. Znam



to od kuchni. Wiem, że tak się może zdarzyć, bo sama w ochronie zdrowia pracuję. Natomiast wiem, jak dewastujące jest dla kobiet takie postępowanie. Jak w końcu się pani doktor pojawiła się, żeby powiedzieć, gdzie jest dziecko, to powiedziała też »Jak pani chce utrzymać laktację, to można odciągać mleko i przynosić do nas na oddział patologii«. To było tyle. Nie wiedziałam skąd wziąć laktator, ponieważ akurat tam w szpitalu, nigdy nie korzystałam z laktatorów. Nie wiedziałam, że one są w ogóle na oddziale. Później okazało się, że na cały oddział położnictwa były 2 laktatory [nazwa marki], takie na dwie piersi, elektryczne, przenośne. Dowiedziałam, że panie dają cały zestaw do odciągania, no i też dostałam. Wiadomo, że to było dużo wygodniejsze odciągać automatycznym laktatorem, niż odciągać ręcznym. Natomiast była wielka do niego kolejka. Poprosiłam o pomoc, bo nie umiałam nawet włączyć tych przycisków. Pierwszy raz widziałam w ogóle taki model. Pani po jakimś czasie przyszła i mi pokazała. Widziałam, że innej osobie też tłumaczyła, więc to raczej starały się wytłumaczyć. Natomiast był na pewno problem z tym, żeby dostać. Dwa oddziały kłóciły się między sobą. Kto ma wydawać kubeczki na pokarm czy patologia noworodka, czy one z oddziału położnictwa. W końcu te kubeczki kupiłam, bo nie szło się doprosić, żebym miała w czym zostawiać pokarm. To było tak, że ja byłam ich pacjentką, ale dziecko nie było ich pacjentem. Tu się rodził problem, jakby to miało jakiegokolwiek znaczenie, ale dla nich widocznie miało. Było takie ciągle podkreślanie »Bo pani nie ma dziecka przy sobie«. Ja jestem w stanie sobie z tym poradzić, bo już niejedno przesłam w życiu, ale na przykład dla kobiety, dla której faktycznie byłoby to pierwsze dziecko i zostało od niej zabrane, to ja ciężko widzę później taką psychiczną stronę macierzyństwa.



Naprawdę wielka trauma. Odczuwałam to tak: »Ty jesteś gorsza, bo i tak nie masz dziecka, kompletnie się nie licysz tu dla nas«. Przy czym nie brałam tego tak do siebie, bo ja już byłam po porodzie dziecka obumarłego. Wiem czym to pachnie, jeżeli się dziecka nie ma przy sobie. Człowiek jest niewidzialny na takim oddziale. Nie ma dziecka, to jest niewidzialny absolutnie. Nawet z takiego medycznego punktu widzenia tego nie rozumiem. Jeżeli położna ma mnie pod opieką jako położnicę, też powinna zwrócić uwagę, czy nie mam zapalenia piersi, czy nie mam zastoju w piersi. Nikt tego nawet nie sprawdził, wiedząc, że nie mam dziecka przy sobie. W życiu tam jedna położna, nawet jeden raz, nie zapytała się jak się czuję. Kompletnie jakbym tam nie istniała, ale to mnie nie dziwi, ponieważ troje dzieci tam rodziłam, tych troje, które są z nami i nigdy położnych to nie interesowało. To pielęgniarki noworodkowe bardziej zajmowały się laktacją, przystawianiem, sprawdzaniem jak to dziecko się karmi. Chyba to było bardziej oddelegowane właśnie do pielęgniarek neonatologicznych, bo jest wiadomo oddział noworodkowy w obrębie tego oddziału położniczego. Natomiast położnych, ponieważ ja jako położnica byłam pod ich opieką, to kompletnie nie interesowało. Było tylko pytanie »Dziecko na patologii? Dalej na patologii? Dalej na patologii?« i już jakiegoś drugiego pytania, czy coś potrzebuję, nie było.

Kiedy potrzebowałam odciągać mleko, to laktator był bardzo okupowany. Zwłaszcza przez mamy, które miały dzieci przy sobie. Nie radziły sobie z przystawianiem, ponieważ nikt im tego po prostu nie pokazał. Te które bardziej chciały podawać swoje mleko, też odciągały i podawały z butelek. Tak to wyglądało niestety. Natomiast my, które miałyśmy wyłącznie możliwość odciągania, nie miałyśmy dostępu do tego laktatora. Mówiono,



że pierwszeństwo mają te, co mają dzieci. To było takie nie fair. W końcu ręcznym laktatorem odciągałam i zносиłam dziecku, bo mi bardzo zależało, żeby jednak piło mój pokarm. Było w troszkę gorszym stanie, a wiem jakie mleko ma właściwości. Bardzo mi zależało, żeby dostawało moje mleko. Akurat rozmawiałam z panią dietetyczką, która mnie jeszcze poinstruowała w jaki sposób mam odciągać, przenosić mleko. Cały czas odciągałam i wносиłam po prostu na górę na piętro wyżej i tam zostawiałam w lodówce, ponieważ nie wolno było do dziecka wchodzić również. To były czasy covidu i była wyznaczona godzina dziennie, że można było wejść do dziecka. Przed wypisaniem mnie do domu, jeszcze będąc na oddziale chciałam zostawić jak najwięcej mojego mleka, żeby mały miał zapas do momentu, kiedy je przywiozę znowu, bo daleko musiałam do niego dojeżdżać. Bardzo nie chciałam, żeby dostawał mieszankę. Ponieważ było wielkie ciśnienie na laktator o pewnych porach dnia, to musiałam zamknąć się w łazience i tam odciągać. Inaczej nie byłabym w stanie go użyć. Gdybym się nie zamknęła, to zaraz by były skargi, że ja znowu wzięłam laktator, a nie mam dziecka. Położna by mi go po prostu zabrała”. (K25)

Warto dodać, że ostatecznie kobiecie udało się karmić piersią. Po wyjściu ze szpitala odciągała mleko i dowoziła do syna. W 14 dobie wypisano dziecko, maluch przyssał się bezproblemowo do piersi, co w wielu przypadkach nie jest takie oczywiste. W tym wypadku trud kobiety został szybko wynagrodzony.

„Przystawił się do piersi w pozycji spod pachy natychmiast bez żadnego, najmniejszego nawet problemu. Zawodowy ssak. Pomimo że był karmiony butelką, ssał od początku. Ani razu nie musiałam, ani odciągać mleka, ani go dokarmiać. Do tej pory go karmię”. (K25)



Z kolei poniższa historia pokazuje, jak istotny może być dobór odpowiedniego laktatora klasy szpitalnej. Kobieta nie wiedziała, czy szpital posiadał laktator do użytku pacjentek, natomiast wysłano męża po kupno laktatora osobistego.

„Po cięciu na sali mąż już był i czekał na mnie z córką. Fartuch, który miałam na operację został rozsunięty. Córkę położyli mi na klatce piersiowej. No i był taki komentarz »Oooo pani to raczej nie będzie karmić«. Usłyszałam, że brodawki są płaskie i mięsiste i może za jakiś czas. Wcześniej się nad tym nie zastanawiałam, niestety. Po prostu nie miałam takiej wiedzy. Wydawało mi się, że jestem dobrze przygotowana, a nie wzięłam pod uwagę, że jeszcze jest jedna sytuacja, że dziecko może się jednak nie przyssać. I faktycznie ja mam płaskie brodawki, z czego jedna jest taka bardziej mięsista, gdzie i tak praktycznie ta pierś w czasie karmienia nie była praktycznie przez córkę używana. Tam była próba przystawienia, która dla mnie była taka trochę straszna, bo wzięli jej tę głowę i próbowali ją nasadzić. Pomyślałam »Boże, chyba dzieci czują ten zapach i potrafią się tam dostać, może trzeba było dać czas«. To też kwestia tego, że jednak człowiek jest w takim szoku. Myśli, że to będzie wyglądało inaczej, a jak już się dzieje i wygląda inaczej niż się założyło, to po prostu nie wiadomo co robić. Nie spałam w ogóle w nocy, więc byłam bardzo zmęczona. Była próba przystawienia i mąż został od razu wysłany po laktator do apteki. Nie zaproponowano mi laktatora w szpitalu. Bardzo żałuję tego, bo kupiliśmy laktator [nazwa firmy i marki], który na wiele kobiet działa, a na mnie nie. Jak się okazało nie każdy reaguje tak dobrze na laktatory i w moim przypadku ten laktator coś ścigał, ale miałam jeszcze wtedy mało pokarmu. Gdybym jeszcze miała kogoś wśród znajomych, kto miałby jakieś trudności, ale



mam dużo znajomych, które mają w sumie sporo dzieci i wszystkie karmiły naturalnie, więc bazując na tym doświadczeniu nawet nie przyszło mi do głowy, że może to wyglądać troszeczkę inaczej w moim przypadku. Zwłaszcza, że właśnie nie spotkałam się z takimi problemami. I tak mąż został wysłany po laktator i butelkę do karmienia. Później przeniesiono nas do sali poporodowej, pooperacyjnej. Nikt nie powiedział mi, że może warto było wezwać doradcę laktacyjnego. Natomiast każda położna, która przychodziła do nas miała swoje mądrości na to, co powinno się robić. Pierwsza, żeby kupić kapturki. Było też tak, że mój mąż próbował córkę nakarmić po palcu, w sensie intuicyjnie to zrobił. Oczywiście ręce były czyste. Został przez drugą położną, no co tu dużo mówić, objechany równo, że w ten sposób ją karmi, że nie z butelki. Natomiast później się dowiedziałam, że to jest normalna jedna z metod karmienia. Później był obchód, to chyba był drugi dzień po porodzie. Wszyscy z personelu jednocześnie krytykowali tych poprzednich »Nie, to nie tak. To w ogóle nie jest w ten sposób. Tutaj strzykawką trzeba odciągać. Proszę przygotować tę strzykawkę«. Lekarka i położna miały wspólne przekonania co do odciągania strzykawką i się razem nakręcały, że to właśnie to się tak robi. Położna zaczęła mi bez pytania rozpinąć koszulę nocną. Bez uprzedzenia zaczęła odciągać strzykawką. To było strasznie bolesne. Dużo nie pomogło. Jeszcze oczywiście była kwestia, że trzeba koniecznie podać butelkę. Były próby przystawiania. Nie chcę mówić, że się w ogóle nie udało, ale to było trudne, bo moja córka nie chciała otwierać buzi szeroko i nie dawała rady złapać piersi. Sprawdzane było wędzidełko, ale to nie w szpitalu. Z wędzidełkiem nie było problemów. Myślę, że może została odessana po tej cesarce zbyt mocno, bo wiem, że dzieci po takim



zabiegu czasami nie chcą otwierać buzi i tak już jej zostało. Z tym był problem dosyć długo. Nikt nam nie poradził innych laktatorów. Tego, że możemy wypróbować w ogóle w szpitalu jakieś laktatory, a był cały czas problem z tym odciąganiem pokarmu. Oczywiście powiedzieli, że musimy podać mleko modyfikowane. Podawałam je. Natomiast później już tydzień po porodzie wypożyczyliśmy laktator [nazwa firmy i marki laktatora klasy szpitalnej], czyli ten mercedes wśród laktatorów i faktycznie dał radę. Moje życie się zmieniło. Też pod tym kątem, że nie musiałam, aż tyle czasu spędzać na jedno odciąganie, chociaż nadal to bardzo długo trwało. W moim przypadku potrzeba było 20 minut, bo mniej więcej przed 20 minutą był dodatkowy wypływ i więcej pobierało się pokarmu. Umówiliśmy się z doradczynią laktacyjną już prywatnie i to nam dużo pomogło. Dopiero sama po wielu miesiącach doszłam do tego, jak zaczęłam słuchać innych kobiet i brakowało mi tego, żeby ktoś wtedy mi powiedział »Wykarmi pani jedną piersią, niech się pani nie przejmuje«. Cały czas miałam taki stres przez wiele miesięcy. Około 4 miesiąca nam się udało odejść od mleka modyfikowanego, a około 6 miesiąca odeszliśmy od laktatora. Nikt nie powiedział, że przecież bliźniaki też się da wykarmić, a są sytuacje, kiedy trojaczki się udało wykarmić piersią. Na początku, jak nie mogłam odciągnąć mleka, to miałam takie poczucie, że »Ojejku, nie dam rady. Wszyscy mi mówią, że mam to mleko modyfikowane«. Gdyby mi koleżanka jakaś powiedziała »A moje dziecko też w sumie tylko jedną pierś preferowało, drugiej nie chciało«. Jakbym coś takiego usłyszała wcześniej, to powiedziałabym już na początku, że »Ojej jedną piersią też się da. To nie jest jakiś problem. Dziecko sobie wystymuluje tę laktację«. (K57)



Historia powyżej jako kolejna pokazuje wiele błędów w postępowaniu, potwierdzających problemy wskazane w poprzednich podrozdziałach: informacja o brodawkach została przekazana w sposób niedelikatny, podważający możliwość wykarmienia dziecka, nie udostępniono matce laktatora klasy szpitalnej, polecono we własnym zakresie kupić laktator i butelkę, nie proponowano alternatywnych metod podawania pokarmu, nie zapewniono instruktażu odciągania mleka, zarówno ręcznie w szczególności siary dla noworodka, jak i laktatorem, nie oceniono umiejętności ssania dziecka, próby pomocy w karmieniu piersią były niespójne. Po odejściu od mieszanki i laktatora kobieta kontynuowała karmienie bezpośrednio z piersi przez kolejne 3 lata życia dziecka.

Na pewno stymulacja laktacji i powrót do bezpośredniego karmienia piersią wymaga ogromnej pracy i determinacji, ale i wiedzy, że coś takiego jest w ogóle możliwe. Relaktacja, czyli powrót do karmienia piersią po okresie niekarmienia lub zredukowanie ilości dokarmień (własnym mlekiem lub mieszanką) są możliwe. Lekarka i doradczyni laktacyjna, która udzieliła nam wywiadu, mówiła o tym, że warto podjąć próbę.

„Rekordzistka przyszła do mnie tydzień po porodzie i myślała, że już z karmieniem piersią jest pozamiatane. Była w szoku, jak jej powiedziałam: »Mamy co najmniej pół roku«”. (P1)

Na pewno konieczne do tego jest wsparcie specjalistki, ale warto mieć też na uwadze, że nie wszystkie próby stymulacji/relaktacji skończą się zakładanymi rezultatami. Nie zawsze powrót do bezpośredniego karmienia z piersi się uda lub nie zawsze kobieta się na to zdecyduje. Kolejną historię warto poznać, gdyż obrazuje ona jak istotna jest wiedza o tym, jak prawidłowo stymulować laktację. I pomimo, że kobieta nie uzyskała tej wiedzy od razu po porodzie w szpitalu, to znajdując wsparcie w grupie internetowej na Facebooku udało jej się przejść z prawie wyłącznego karmienia mieszanką w 3 miesiącu życia dziecka, na karmienie mlekiem odciągającym z piersi, co jest określane przez kobiety jako karmienie piersią inaczej (KPI). Trudności z karmieniem piersią miały swój początek już w szpitalu, a kobieta nie otrzymała skutecznej pomocy. W momencie rozmowy dziecko, które miało prawie 1,5 roku, oprócz stałych pokarmów, nadal otrzymywało odciągnięte mleko matki.



„W szpitalu bardzo szybko zaczęłam mieć poranione brodawki. Leciła krew. Jedna położna mówiła karmić mimo to, bo to nie jest duże uszkodzenie, druga - zostawić tę gorszą pierś, karmić z jednej. Co zmianę, dostawałam od położnych sprzeczne informacje, zupełnie inne rady i byłam zupełnie ogłupiała. Przez pierwsze 3 miesiące, kiedy jeszcze walczyłam o karmienie piersią, przed każdym przystawieniem córki miałam łzy w oczach. Czułam wewnętrzny odrzut. Walczyłam sama ze sobą, żeby ją przystawić, bo to był ogromny ból. Miałam mało czasu dla córki, bo jak miałam ją przy piersi, to bolało i byłam sfrustrowana, a po karmieniu oddawałam ją mężowi, a sama siedziałam z laktatorem. Sądzę, że powinna być bardziej kompleksowa diagnostyka samego dziecka. Gdyby mi wcześniej zwrócono uwagę na to, że ona jest ospała, bo ma żółtaczkę, że ma problem z wędzidełkiem, że ma problem z napięciem mięśniowym, to byśmy wcześniej trafili na dobrą rehabilitację, na podcięcie wędzidełka. Pamiętam ogromną różnicę po podcięciu. Po kilku dniach ssła dużo mniej boleśnie. Nie miałam już tych łez w oczach, gdy ją przystawiałam do piersi. Gdybym wcześniej trafiła na kogoś, kto by mi powiedział, że problem może być nie tylko po mojej stronie. Wydawało mi się, że to kwestia moich piersi, że nie mam pokarmu. Czytałam, że nie ma czegoś takiego jak genetyczne uwarunkowanie produkcji mleka, ale gdzieś z kolei trafiłam na jakieś opracowanie i pomyślałam to na pewno ja – ja tego mleka nie mogę mieć. Skoro mama nie miała, skoro siostra nie miała. A potem zostałam dawczynią mleka kobiecego. Moja serdeczna przyjaciółka się ze mnie śmiała, że jestem mlekowitą. Zanim to się stało piłam słód jęczmienny, herbatki, które mi też bardzo pomogły, ale one mają na sobie rysunek mamy karmiącej piersią. Pamiętam moment, że patrzyłam



na te opakowania i płakałam. Czułam się niepełnowartościową matką, która nie potrafi dziecku dać czegoś najbardziej podstawowego. Wciąż słyszałam komunikaty, szczególnie od mojej siostry i mojej mamy, które obydwie karmiły krótko po 2-3 miesiące, mówiły »Przejdź na mleko modyfikowane. Ty nie masz żadnej radości z tego macierzyństwa«. Bardzo mi brakowało, żeby ktoś mi powiedział »Dasz radę zawalczyć jeszcze. To jest dobre«. Były takie chwile, kiedy myślałam, żeby przejść na mleko modyfikowane, szczególnie, że na początku ja po prostu przespałam swój nawał. Był moment, że tego mleka było dość. Odciągałam 100 ml na jedną pierś, na drugą 60 ml. Na tamte czasy, jak córka była malutka, to było nawet za dużo, niż ona zjadała. Nie mając żadnej wiedzy na temat KPI, którą nabyłam później z grupy internetowej, myśląc, że skoro jest tego tak dużo odciągałam, kiedy chciałam. Nie robiłam tego regularnie, bo nie wiedziałam, że trzeba, że to jest takie ważne, żeby to robić co 3 godziny, żeby tych sesji było minimum 8, a najlepiej więcej na rozkręcenie laktacji. Potem nagle przyszedł moment, że mojego mleka nie było. Córka praktycznie była na mleku modyfikowanym. To był moment kryzysowy, kiedy ja naprawdę byłam bardzo bliska tego, żeby rzucić to wszystko. Siedziałam z laktatorem po pół godziny i odciągałam 10-15 ml. Patrzyłam na te wielkie butelki z tą kapką mleka na dole ze łzami w oczach. Na tej grupie wyczytałam, że trzeba te butelki zasłaniać skarpetkami i nie myśleć o tym co się robi tylko odciągać, walczyć. Nie umiem powiedzieć, dlaczego ja wytrwałam. 8-9 sesji na rozkręcanie tej laktacji. W tym momencie jestem na 3 sesjach i wydaje mi się to tak ciężkie. Jak ja to robiłam nawet 9-10 razy dziennie? Bardzo zmotywowało mnie to, że w pewnym momencie zdecydowałam się zostać dawczynią do Banku Mleka Kobiecego.



Miałam tego mleka bardzo dużo już w pewnym momencie. Tak rozkręciłam laktację, że faktycznie lodówka pękała w szwach. Córka tego nie przejadała. Przez to, że wiedziałam, że ten Bank Mleka Kobiecego jest, bo korzystałam z niego i jakie to mleko jest ważne, zgłosiłam się. 33,5 l oddane do banku. To też motywowało, że wykarmiam nie tylko swoje, ale też inne dzieciaki. Mam fajny kontakt z położnymi z Banku Mleka w tym samym szpitalu, w którym rodziłam. Czułam, że robię coś dobrego, że to jest potrzebne. Dostawałam informację, że kilka małych dzieciaków, wcześniaków dostało to mleko. Moja córeczka do tej pory, mimo że je z butelki, to jak jest głodna, idzie do piersi. Ona wie, że to mleko jest stamtąd. Jak pompuję to mleko, to siedzi przy mnie, trzyma butelkę z tym mlekiem i mówi »Mniam« i przytula się i się cieszy. W trakcie picia potrafi wyjąć butelkę z buzi i też powiedzieć do mnie »Mniam« z taką rozkoszą i pije dalej. To mi nie pozwalało skończyć. Mam takie poczucie, że dałam coś temu dziecku, że to jest ode mnie, że córka choruje, ale te wszystkie choroby jakoś trochę łatwiej przechodzą. Nie jestem pewna, na ile to działa faktycznie na odporność, ale też patrzę na nią i ona tak chce to mleko, ma tę potrzebę. Wydaje mi się, że jednak jest sens odciągać, nie umiem tego wytłumaczyć”. (K45)





Problem!

Zdarza się, że szpitale nie zapewniają każdej potrzebującej matce skutecznego sprzętu do odciągania pokarmu oraz że w przypadku trudności z bezpośrednim karmieniem piersią czy oddzieleniu od dziecka kobiety NIE otrzymują informacji o możliwości stymulacji laktacji i karmienia dziecka mlekiem odciętym z piersi, a także instruktażu jak to robić.

3.2.12. WCZEŚNIACTWO I INNE TRUDNOŚCI ZDROWOTNE NOWORODKA

W dziale 3.1. prezentowałyśmy dane o tym, że spośród dzieci ankietowanych 1,6% urodziło się z trudnościami, 8,9% urodziło się przedwcześnie między 33 a 37 tygodniem ciąży, zaś 0,6% - skrajnie przedwcześnie, czyli do 32 tygodnia ciąży.

Część z wymienianych przez kobiety trudności związana była z powikłanym porodem - indukcja, niedotlenienie okołoporodowe, poród kleszczowy, próżnościąg (vacuum), zatrzymanie akcji porodowej lub poród wolno postępujący, spadek tętna płodu podczas porodu siłami natury, co najczęściej kończy się cięciem cesarskim, owinięcie pępowiną. Część miała miejsce już po porodzie - wzrost hematokrytu i spadki saturacji, zapalenie płuc, zator w żyłę pępkowej, bradykardia, rozszczep podniebienia miękkiego, choroba hemolityczna, zamartwica urodzeniowa, zapalenie układu moczowego. Część trudności wywołana była infekcją wewnątrzmaciczną, a niektóre były zdiagnozowane już w ciąży, np. wady serca, trisomia 21. Niektóre dzieci, szczególnie urodzone przedwcześnie, borykały się z problemami ze ssaniem.

Dzieci z trudnościami i urodzone przedwcześnie, jeżeli istnieją ku temu wskazania medyczne, są przenoszone na oddział, w którym znajdują się pod intensywną opieką medyczną (oddziały takie mają różne nazwy w zależności od przyjętej w danym szpitalu, np. Oddział Intensywnej Terapii Noworodka – OITN czy Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej itp.).



Karmienie piersią może być w tych przypadkach szczególnie trudne, ponieważ zakłóconych może zostać wiele procesów, o których pisaliśmy wcześniej oraz istnieje duże ryzyko oddzielenia matki od dziecka, co wymaga podjęcia odpowiednich kroków w celu pozyskania i przekazania mleka matki dziecku. Ze względu na szczególną wartość terapeutyczną mleka matki dla dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych ważne jest, aby zainicjować i utrzymać karmienie mlekiem matki. Postępowanie wskazywane w poprzednich podrozdziałach na podstawie zapisów S000 może mieć zastosowanie, a w szczególności:

- ręczne pozyskiwanie siary;
- zapewnienie sprzętu do skutecznego pozyskiwania pokarmu oraz instruktaż i pomoc w stymulacji laktacji;
- jeśli nie jest możliwy pełen kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie, to w miarę możliwości jak najszybszy i najczęstszy kontakt w późniejszym czasie (tzw. kangurowanie);
- jeśli nie jest możliwe przebywanie razem matki i dziecka w systemie rooming-in, to zapewnienie przebywania matki jak najbliżej dziecka, np. pozostawanie jak najdłużej w szpitalu.

Jednocześnie S000 w ust. 1 rozdziału XV. *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych* wskazuje na sytuacje szczególne, do których zaliczane jest urodzenie dziecka chorego lub z wadami wrodzonymi, niezdolnego do życia, dziecka martwego, czy poronienie. Kobieta wówczas powinna otrzymać opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji.

„XV. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych

[...]

12) kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.”.

(S000)



W 2014 r. został opracowany „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego”, którego celem jest „ujednoczenie zasad pracy personelu medycznego, umożliwiające właściwe przygotowanie matek i rodzin do rozpoczęcia i utrzymania laktacji, co pozwala zapewnić noworodkom przedwcześnie narodzonym, chorym żywienie naturalne. Warunkiem koniecznym osiągnięcia celu jest akceptacja i aktywne wsparcie ze strony kadry zarządzającej szpitalem, oraz spójna współpraca całego personelu na wszystkich etapach opieki nad dzieckiem i jego rodzicami”¹⁶⁹. Pomimo, że skierowany jest do ośrodków wyższego poziomu referencyjności, to jest on źródłem dobrych praktyk dla wszystkich placówek mających pod opieką noworodki.

„Jeśli dziecko nie jest w stanie prawidłowo ssać z piersi bezpośrednio po urodzeniu, matka powinna niezwłocznie rozpocząć odciąganie pokarmu. Matkom należy pomóc w rozpoczęciu tej procedury, aby pozyskiwanie mleka rozpocząć tak szybko, jak to możliwe, najlepiej już w sali porodowej, jednak nie później niż do szóstej godziny po urodzeniu dziecka. Szczególną uwagę należy zwrócić na pozyskanie siary (młodziwa), ze względu na jej wyjątkowy i unikalny skład i związane z tym korzyści zdrowotne dla dziecka. Wskazane jest pokrycie siarą śluzówek jamy ustnej wcześniaka w pierwszych minutach życia, jeszcze przed opuszczeniem sali porodowej. Każdej matce wcześniaka prezentuje się obie metody odciągania pokarmu: ręczne oraz z użyciem laktatora. Należy dobrać metodę w zależności od preferencji matki, intensywności odciągania i planowanego okresu pozyskiwania mleka”¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11, s. 10.

https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷⁰ Tamże, s. 12.



Dodatkowo zaleca się podawanie jako drugiego najlepszego rozwiązania po mleku matki, mleka kobiecego pochodzącego z Banku Mleka Kobiecego (BMK). Idealną sytuacją jest, gdy to mleko z BMK może być podawane do czasu, kiedy matka z pomocą personelu zainicjuje laktację i będzie mogła pozyskiwać dla dziecka własne mleko, co również zalecono w S000.

„Mleko kobiece jest nadrzędnym pokarmem, optymalnie spełniającym potrzeby odżywcze, immunologiczne, przeciwzapalne i troficzne rozwijającego się organizmu. Gdy mleko własnej matki jest niedostępne i nie ma przeciwwskazań do podaży pokarmu kobiecego, rekomendowaną alternatywną możliwością jest podawanie pasteryzowanego i przebadanego mleka od dawczyń. Pokarm naturalny z banku mleka jest szczególnie wskazany u noworodków wysokiego ryzyka, u których udokumentowano jego szczególne korzyści zdrowotne i profilaktyczne”¹⁷¹.

„3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

[...]

9) noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równolegle rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;

[...]” (S000 XIII. Opieka nad noworodkiem)

¹⁷¹ Tamże, s. 13.



Dlaczego podawanie mleka matki czy mleka innych kobiet – honorowych dawczyń, jest tak ważne? W publikacji „Banki Mleka w Polsce” powołano się na europejskie rekomendacje, które wskazują, że pierwszeństwo dostępu do mleka od dawczyń mają kolejno: noworodki przedwcześnie urodzone, w tym pozostające w stanie ciężkim, chore noworodki przedwcześnie urodzone, noworodki donoszone pozostające w stanie ciężkim, chore noworodki donoszone, noworodki i niemowlęta przed i po operacji, dzieci będące pod opieką hospicjum i jako ostatnie noworodki zdrowe¹⁷². Poniżej cytujemy informacje związane z terapeutyczną rolą mleka kobiecego, które pokazują, jak dużym ryzykiem dla zdrowia, na przykładzie grupy wcześniaków, jest karmienie sztuczne.

„Podaż mleka kobiecego ma znaczenie odżywcze, immunologiczne i troficzne dla wzrastającego i dojrzewającego organizmu. U noworodków przedwcześnie urodzonych karmionych mlekiem matki udokumentowano poprawę przeżywalności, zmniejszenie ryzyka występowania martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, zakażeń, zmniejszenie częstości hospitalizacji w pierwszym roku życia, poprawę parametrów neurorozwojowych. Podaż pokarmu naturalnego noworodkowi na oddziale intensywnej terapii powinna być więc traktowana jako element procesu leczenia”¹⁷³.

Zmniejszenia ryzyka zachorowania na martwicze zapalenie jelit, czyli chorobę dotykającą w szczególności dzieci przedwcześnie urodzone, w przypadku, gdy dziecko jest karmione piersią lub otrzymuje mleko kobiece (pochodzące od honorowych dawczyń mleka kobiecego) potwierdzają zagraniczne metaanalizy¹⁷⁴.

¹⁷² Wesołowska A., *Żywnienie pacjentów oddziałów neonatologicznych mlekiem z banku mleka kobiecego w świetle medycyny opartej na dowodach*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, s. 62-63, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷³ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji...*, s.9.

¹⁷⁴ Altobelli E., Angeletti P.M., Verrotti A., Petrocelli R., *The Impact of Human Milk on Necrotizing Enterocolitis: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Nutrients* 2020, 12(5):1322, <https://doi.org/10.3390/nu12051322>



„Martwicze zapalenie jelit (NEC) niesie ze sobą poważne ryzyko, w tym posocznicę, konieczność resekcji jelita, niewydolność jelit i śmierć. Nawet łagodniejsze przypadki utrudniają rozwój dziecka, zwiększają ekspozycję na antybiotyki, opóźniają przejście na pełne żywienie dojelitowe, zwiększają obciążenie kosztami i wydłużają czas pobytu na OIOM-ie. Karmienie mlekiem kobiecym, szczególnie mlekiem matki, pozostaje skuteczną strategią zapobiegawczą przeciwko rozwojowi NEC”¹⁷⁵.

„Karmienie wcześniaków mlekiem kobiecym w znaczący sposób zmniejsza odsetek występowania zarówno martwiczego zapalenia jelit, jak i sepsy. Podawanie pokarmu kobiecego wpływa korzystnie na zmniejszenie ogólnej zachorowalności w tej grupie dzieci, poprawia tolerancję żywienia, zapobiega niedoborom żywieniowym i zaburzeniom neurorozwojowym. U wcześniaków karmionych mlekiem kobiecym obserwuje się także mniejszy odsetek ponownych hospitalizacji. Dostarczanie więc tym dzieciom pokarmu własnej matki lub mleka od dawczyń z banku mleka kobiecego powinno być priorytetem na oddziałach intensywnej terapii noworodka. Jedynie pokarm kobiecy posiada udowodnione znaczenie w zmniejszaniu ryzyka wystąpienia martwiczego zapalenia jelit o 50%, a martwiczego zapalenia jelit wymagającego leczenia chirurgicznego o 90%”¹⁷⁶.

¹⁷⁵ York D.J., Smazal A.L., Robinson D.T., De Plaen I.G., *Human Milk Growth Factors and Their Role in NEC Prevention: A Narrative Review*, *Nutrients* 2021, 13(11):3751, <https://doi.org/10.3390/nu13113751> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁷⁶ Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka urodzonego przedwcześnie i jego matki*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, s. 22, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCIE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



WHO i UNICEF wskazują, że małe, chore i przedwcześnie urodzone dzieci są narażone na zwiększone ryzyko opóźnienia wzrastania, chorób zakaźnych, opóźnień rozwojowych, a nawet śmierci, w okresie niemowlęcym i dzieciństwie. Ludzkie mleko i karmienie piersią są niezwykle ważne dla tych dzieci w celu zmniejszenia zapadalności na choroby i śmiertelności tych dzieci oraz w celu zapewnienia najlepszego możliwego wzrostu i rozwoju¹⁷⁷:



„Mleko kobiece jest lekarstwem dla obojga – dziecka i matki: mleko dla dziecka i fakt dostarczenia go przez matkę dla niej samej”.

O tym, jak istotne jest karmienie piersią lub mlekiem kobiecym dla profilaktyki zdrowotnej mówiła neonatolożka, która udzieliła nam wywiadu, podając za przykład martwicze zapalenie jelit, na które częściej zapadają wcześniaki karmione mieszanką, ale też wskazując na inne choroby cywilizacyjne, których odsetek mógłby się zmniejszyć wraz ze wzrostem karmienia naturalnego.

„Zapobieganie martwiczemu zapaleniu jelit to jest najbardziej, najlepiej udokumentowana korzyść wynikająca z karmienia mlekiem matki. Tutaj przede wszystkim najskuteczniej działa mleko kobiece jeszcze najlepiej, jeśli nie jest pasteryzowane, bo przy pasteryzacji jednak też troszkę tych czynników immunologicznie aktywnych ginie. Zdecydowanie przynosi to bardzo dobre efekty i bardzo radykalnie zmniejsza ryzyko martwiczego zapalenia jelit, a jest to naprawdę dramatyczna choroba, bo obarczona dużą

¹⁷⁷ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648> [dostęp: 30.11.2023]



śmiertelnością u dzieci, wcześniaków, które zapadną na to martwicze zapalenie jelit, ale również te które przeżyją, a zachorowały no to w dużej mierze mierzą się z chorobą całe życie, bo mają wycinany całkiem niemały odcinek jelita, bo to przecież ta część chora plus otoczenie, więc przewód pokarmowy u tych dzieci już nie będzie funkcjonował zupełnie prawidłowo. Jest to kwestia po prostu uszkodzenia bardzo wrażliwych i bardzo niedojrzałych jelit przez te czynniki, które niesie ze sobą karmienie mieszanką modyfikowaną. Mogę już powiedzieć po wielu latach pracy zawodowej, że mimo wszystko w Polsce nadal nie doceniamy działań, które są najtańsze, czyli nie inwestujemy stosownie dużo i dobrze w profilaktykę. Nie doceniamy tego, jak wiele ta profilaktyka może nam przynieść przy stosunkowo niedużych nakładach, bo jeśli chodzi o wspieranie karmienia naturalnego, to naprawdę za małą świadomość mamy, albo nie chcemy tej jej mieć, że jeśli zainwestujemy w zwiększenie odsetka karmienia piersią naszych najmłodszych pacjentów, to w perspektywie 20, 30, 50 lat naprawdę możemy oszczędzić całkiem duże pieniądze, które można by było przeznaczyć na te dziedziny, na które nie jesteśmy w stanie profilaktyką, aż tak bardzo wpłynąć. To nie jest mój wymysł, tylko takie badania i przeliczniki ekonomiczne robią uczelnie ekonomiczne na świecie. Jest kapitalna publikacja Uniwersytetu z Yorku, w której naukowcy przeliczyli jakie oszczędności można by poczynić, gdyby wszystkie wcześniaki były w 100% karmione mlekiem kobiecym czy to mlekiem matki własnej, czy mlekiem z Banku Mleka Kobiecego, jakie zyski ekonomiczne by to danemu krajowi przyniosło. Te dzieci w pierwszych miesiącach czy latach życia będą mniej chorowały, a więc mniej będą obciążały system ochrony zdrowia swoimi problemami bieżącymi, ale te



dzieci również będą miały mniejsze ryzyko chorób cywilizacyjnych, czy to choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, chorób onkologicznych. Jest zależność również między karmieniem naturalnym a zmniejszeniem ryzyka zapadalności na choroby nowotworowe, które są plagą i z roku na rok odsetek osób z chorobami nowotworowymi będzie coraz większy. Niestety tak to wygląda. Można by w wielu sytuacjach temu zapobiegać, gdybyśmy zainwestowali pieniądze we wsparcie, takie porządne, dobrze rozumiane wsparcie karmienia naturalnego”. (P3)

Zanim przejdziemy do analizy procesu pozyskiwania mleka matki w przypadku dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, przyjrzyjmy się jak realizowano zalecenie S000 w stosunku do podawania mleka z BMK. Według danych z wypełnionych ankiet mleko kobiece od dawczyń podano 1,6% noworodków (urodzonych w szpitalu lub hospitalizowanych wkrótce po porodzie poza placówką - dane na podstawie odpowiedzi na pytanie „*Jak dziecko było żywione w szpitalu?*”, które będą szerzej zaprezentowane w podrozdziale 3.2.13.). W odniesieniu do dzieci urodzonych przedwcześnie i skrajnie przedwcześnie odnotowałyśmy, że tylko 8,5% z nich otrzymało mleko z BMK.

„Uważam za mocno niestosowne ze strony położnych, że w pierwszej kolejności padła propozycja podania mieszanki, a nie mleka z Banku Mleka Kobięcego, do czasu rozkręcenia laktacji. Całe szczęście byłam uświadomiona wcześniej i o to zawańczyłam - przy wcześniaku powinien być to standard, a nie kręcenie nosem”. (A11)

„W szpitalu na oddziale wisiała informacja, że mleko z Banku Mleka Kobięcego jest dostępne dla wcześniaków. Dowiedziałam się o tym, a właściwie zobaczyłam tę informację w dniu, kiedy już byłam



wypisywana. Nikt mi nie zaproponował tego. Mam trochę żal, bo jako wcześniakowi się należało". (K16)

„Mojemu dziecku od razu po porodzie odmówiono mleka z Banku Mleka Kobiecego (mimo, iż taki w szpitalu istnieje), ze względu na to, że było »dużym wcześniakiem« (3210g) – jak mi później powiedziano". (A1442)

Obecnie funkcjonuje w Polsce 16 banków mleka kobiecego¹⁷⁸. Wydaje się, że jest to wciąż zbyt mało przy ponad 300 oddziałach, w których rodzą się dzieci. Zdarzało się przy tym, że mleko z BMK oferowano dzieciom donoszonym i zdrowym.

„Leżała ze mną na sali dziewczyna, która miała porażenie nerwowe po znieczuleniu i miała problem ze wstawaniem. Wyraziła zgodę na podawanie mleka z butelki tylko, że pierwsze dawki mleka, to nie było mleko modyfikowane, tylko dziecko dostawało mleko z Banku Mleka Kobiecego. Podpisałam taką zgodę w związku z tym, że jak przyjmowano nas do szpitala, to szpital się szczyci tym, że mają bank i w razie ryzyka, czy jakichkolwiek problemów, to dla każdego dziecka przewidziane są 2 czy 3 dawki mleka z BMK. Podpisałam taką zgodę zrzeczenia się swojej porcji na rzecz jej dziecka, bo mi nie było to potrzebne. Dzięki temu ona mogła przez tę dobę przynajmniej dziecko mieć na mleku z banku, a później już w zasadzie już sobie radziła sama. Ale była taka presja, żeby jednak mimo wszystko jak najszybciej ruszyła z tym karmieniem, żeby jak najszybciej się z tego łóżka się podniosła, żeby to dziecko karmić,

¹⁷⁸ <https://bankmleka.pl/znajdz-bank-mleka/> [dostęp: 30.11.2023]



bo »Jak pani nie będzie karmić, to dziecko nie odbije z masy i do domu nie pójdzie«. (K48)

Sytuacja, w której standardem byłoby dokarmianie wszystkich wymagających tego dzieci (kiedy mleko matki nie jest dostępne) mlekiem z Banku Mleka Kobięcego, byłaby na pewno korzystna. Byłoby to jednak niezwykle trudne do realizacji, tym bardziej, że wciąż nie wszystkie dzieci przedwcześnie urodzone i chore są biorcami tego mleka. Z uwagi na małe zapasy, priorytetem powinny być te grupy dzieci. Jak wskazuje WHO i inicjatywa „Szpitala przyjaznego dziecku”:



Dostarczanie mleka ludzkiego od dawczyń dzieciom chorym i przedwcześnie urodzonym może ratować ich życie, jednocześnie zwiększając świadomość wartości karmienia piersią i mleka ludzkiego w społeczeństwie¹⁷⁹.



Problem!

Mleko z Banków Mleka Kobięcego stanowi niewielki udział w żywieniu dzieci urodzonych przedwcześnie – otrzymuje je jeden noworodek na 10 (8,5% dzieci ankietowanych kobiet spośród tych, które urodziły przedwcześnie i skrajnie przedwcześnie). Zdarza się natomiast, że takie mleko jest oferowane dzieciom donoszonym i zdrowym jako alternatywa dokarmiania mieszanką, choć priorytetem powinny być wcześniaki.

¹⁷⁹ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital...*, j.w.



Wróćmy jednak do mleka matki.

„Na wszystkich etapach realizacji karmienia wcześniaka, poza całkowitym żywieniem parenteralnym [pozajelitowym – drogą dożylną], naczelnym zadaniem personelu lekarsko-pielęgniarskiego powinno być wspieranie karmienia pokarmem naturalnym, współpraca i edukacja matek i rodziców dziecka w tym zakresie, wspólne ustalanie planu żywienia. W tym planie naczelne miejsce zajmuje mleko matki, które jest optymalnym pożywieniem dla każdego dziecka – zdrowego i chorego”¹⁸⁰.

Oto co usłyszała jedna z matek skrajnego wcześniaka w 3. dniu życia dziecka od neonatologa:

„Mleko mamy jest dla skrajnego wcześniaka najlepszym lekarstwem i zachęcał do odciążania mleka i dostarczania mleka do szpitala”. (A1837)

W poniższej historii kobieta urodziła skrajnego wcześniaka, którego karmiła wyłącznie swoim mlekiem. Personel oddziału położniczego nie udzielił jej pomocy. Na przykład według wspomnianego na początku rozdziału programu wczesnej stymulacji laktacji, za procedurę pozyskiwania siary odpowiada położna opiekująca się matką po porodzie¹⁸¹. Kobieta otrzymała natomiast pomoc od personelu dedykowanego opiece nad noworodkiem.

¹⁸⁰ Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka...*, j.w.

¹⁸¹ Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria 2014*, T. 11, s. 28.

https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



„Dziecko było na oddziale intensywnej terapii. Następnego dnia rano (poród był wieczorem), mogłam odwiedzić dziecko w inkubatorze. Dzielili nas 2 piętra, tak jest zorganizowany szpital. Ze względu na to, że moje dziecko było na innym oddziale, musiałam prosić o pomoc w rozpoczęciu laktacji i udzielenie podstawowych informacji (położne z oddziału, na którym leżałam nie zajmowały się moim dzieckiem, więc »nie widziały« mnie jako pacjentki). Dziecko było żywione początkowo żywieniem pozajelitowym. Dużo informacji zdobyłam już później od pań zarządzających oddawanym dla dziecka mlekiem na oddziale intensywnej terapii noworodka. Wytłumaczono mi, jak używać laktatora i jak zaność pokarm dla dziecka na oddział. Zostały mi dobrane odpowiednie lejki do laktatora przez położną. Usłyszałam, że na początku nie będzie pokarmu dużo, ale ważne jest, aby regularnie odciągać laktatorem i nawet najmniejsze ilości zaność dziecku na oddział intensywnej terapii. Powrót dziecka do domu nastąpił po 2 miesiącach”. (A2280)

Niestety zdarza się, że mleko matki nie jest uwzględniane w planie żywienia dziecka. Poznajmy historię kolejnej kobiety, która również urodziła skrajnie przedwcześnie dziecko. Kobieta wykazała się ogromną determinacją, również w zdobywaniu wiedzy na własną rękę i szukaniu pomocy prywatnie, dlatego warto poznać jej historię w całości.

„Bardzo mało położnych, o lekarzach to już nie wspomnę, nie ma bladego pojęcia albo raczej ma pojęcie takie bardzo staroświeckie. Tak naprawdę na wszystko jest wciskane mleko modyfikowane, a mleko matki jest najgorsze ze wszystkiego co istnieje. Milion uczuleń, wszystkie problemy brzuchowe to jest wszystko przez mleko i od razu przejdź na modyfikowane, bo po co męczyć siebie



i wszystkich na około. To było tak, że przy pierwszej córce moje karmienie piersią skończyło się po miesiącu. Wina tego, że no cóż teraz się okazuje, że miała mocno skrócone wędzidełko, do tej pory ma. Po drugie ja miałam potężną hiperlaktację, ona sobie z tym nie radziła i jeszcze moja kochana mama stwierdziła, że smoczek i butelka to jest idealna rzecz, żeby mnie odciążyć, a jeszcze nic nie wiedziałam i przeszłam na karmienie piersią inaczej, ale to była mordęga. No tyle razy odciągać. Ja i tak nie odciągałam tyle co trzeba, bo ja przy 6 seriach ściągałam 2,5 litra, to jest potężna ilość. I ja już przy tych 6 sesjach wiedziałam, że to jest tragedia, a po drugie staraliśmy się o drugie dziecko, więc szybko przestałam odciągać. Skończyłam dlatego, że chcieliśmy mieć jak najmniejszą różnicę wieku między dziećmi. Odciągałam 5 miesięcy. Mogłabym spokojnie pociągnąć więcej, ale po pierwsze miejsce w zamrażarce mi się skończyło. Po drugie, żeby jajniki ruszyły musiałam po prostu skończyć odciągać. Modyfikowane to też jest tragedia i mordęga, to tyle powiem, więc przy drugiej córce stwierdziłam, że się zawezmę i się uda. Przy pierwszej córce nie było osoby, która by mi pomagała. Weszłam na grupę na Facebooku tę KPI. No to jest po prostu ogrom wiedzy i stamtąd też się dowiedziałam, że jest grupa o karmieniu piersią i jak byłam w drugiej ciąży to wszystko czytałam, żeby nic nie zawalić następnym razem. No po prostu nie chciałam sobie tego zrobić szczególnie, że mam rok różnicy między dziewczynami i myślałam, że jakbym musiała latać z butelką, to po prostu nie dałabym rady. A i tak się okazało, że było, jak było i tak skończyłam na początku z laktatorem, ale przynajmniej wiedziałam co robić. Druga córka urodziła się w szpitalu, który nie był przygotowany do tak wczesnego porodu. Nie miał sprzętu dla tak małych dzieci. No jak leżałam na sali poporodowej i pomału po 3-4



godzinach przyjechała karetka, to na dzień dobry, tam był neonatolog i pani, która transportowała dziecko, oni od razu mi powiedzieli, że w tym szpitalu broń boże nie przyjmą mleka, ponieważ to jest obce mleko i nie będą podawali niesprawdzonego pokarmu dziecku. Także nawet siary nie chcieli wziąć. Córkę przetransportowano. Był brak odwiedzin. 31 dni się nie widziałyśmy. Po takim czasie ją poznałam. Na oddziale, gdzie zostałam, nie chcieli mnie zaczepiać, nie miałam dziecka. Gdy poprosiłam o strzykawkę do zbierania siary (żeby zamrozić) dziwnie patrzyli, ale dali. Laktatora nie było, więc przez dwa dni odciągałam ręcznie, żeby jakkolwiek pobudzić laktację. Usłyszałam, że żeby rozkręcić powinnam odciągać co ok. 5h do uczucia ulgi. Oczywiście zrobiłam po swojemu, bo to bzdury. Na OIOM-ie, gdzie było dziecko, powiedzieli, że nie ma żadnej szansy podawania mojego mleka dziecku. Jak trafiła po 20 dniach na oddział patologii noworodka powiedzieli, że mogłabym im dostarczać mleko, ale musiałabym to robić codziennie - najlepiej 2 razy dziennie, a ja miałam do niej prawie 80 km. Tak czy siak, bym dziecka nie widziała w ogóle na początku, więc musiałabym jeździć 2 razy dziennie, przywozić mleko, bo maksymalnie 12-24 godziny mleko może u nich stać i jeszcze kilka innych wymogów dali, których po prostu nie byłam w stanie spełnić w żaden sposób. Na początku myślałam o złożeniu skargi przez samo to, że w ogóle nie mogłam dziecka zobaczyć. Tam już dostarczanie mleka, że tak powiem olałam, ale no nie miałam siły po prostu psychicznej, bo samo dzwonienie codziennie i użeranie się z nimi, żeby się cokolwiek dowiedzieć o dziecku, to już mnie po prostu tak zmęczyło, że nie chciało mi się już na koniec po prostu. Odciągałam mleko, bo po pierwsze jak urodziła się wcześniakiem, to ja wiem, że moje mleko dla niej było na wagę



złota, więc chciałam jej dać to co najlepsze, a po drugie – wygoda. Nie oszukujmy się, bo jednak łatwiej jest nakarmić piersią i nie zabierać tony butelek, laktatora i czego tam jeszcze nie trzeba zabierać ze sobą. Zdrowotnie i czasowo na plus. O to mi chodziło. Druga córka też ma krótkie wędzidełko. Już pomału kończymy ogarniać po tych paru miesiącach masaży, ale było tak, że ona wróciła do domu i ja przez pierwsze 3 dni dawałam jej całą tę siarę z zamrażalki z butelki, a później stwierdziłam, że po prostu dam jej pierś. I tak się zaczęło i po prostu z dnia na dzień przesłam na pierś, ale się okazało, że w tydzień przybrała tylko 20 g, ale właśnie wtedy miałam już kontakt do doradczynią CDL. Przyjechała do nas. Ustaliliśmy, że mała ładnie je. Ja oczywiście hiperlaktacja na poziomie 2 litrów na dobę. Ona po prostu sobie nie radziła z taką ilością mleka. Stopniowo schodziłam z laktatora, bo ona nie dojadła, więc u mnie piersi pełne. I po tygodniu ruszyła z wagą, więc stwierdziliśmy, że kontynuujemy bez dokarmiania. Po prostu mieliśmy dać sobie ten tydzień, żeby zobaczyć, czy ruszy z wagą. Jeżeli nie ruszy, to mielibyśmy zacząć dokarmiać moim mlekiem z zamrażalki, ale nie trzeba było, bo sobie poradziła. No ale ona cały czas klikała, cmokała, więc też od razu się umówiłam do neurologopedy i zaczęłam pomału ogarniać jej buzię i teraz ma 8 miesięcy urodzeniowych i grubo ponad 9 kilo, więc dobrze jej idzie. Ta opieka to była prywatna z tego miasta jedyne duże w okolicy, czyli 80 km od nas. Dziewczyna od nas w mieście, która prowadzi zajęcia dla małych dzieci w tym chustonoszenie i właśnie ma kontakt do jedynej CDL, która przyjeżdża do nas do miejscowości, więc od niej mam kontakt. To takie teraz skomplikowane, żeby się do kogoś dostać w tym temacie. Jednorazowo był to wysoki koszt wizyty, bo to było ponad 400 zł.



Ona musiała dojechać, jeszcze wizyta i wrócić, więc jej to długo zeszło, ale no porównując do tego, że 400 zł na przykład na modyfikowane to jest nic, dosłownie, no to nie był duży koszt. Mogę ciekawostkę podać. Jak mała wyszła ze szpitala miałam 42 litry w zamrażarce. Także córki kąpały się jak Kleopatry, bo starsza nie chciała mleka w żadnej formie". (K2)

W tej historii odmówiono zabrania siary do podania dziecku nazywając mleko matki obcym! Zabroniono dostarczania mleka matki w czasie, gdy dziecko przebywało na oddziale intensywnej terapii. Po przeniesieniu dziecka na oddział patologii noworodka, nie ułatwiono kobiecie dostarczania jej własnego mleka, co mogłoby mieć miejsce na przykład, gdyby uwzględniono procedury rozmrażania. W tej sytuacji nie doceniono wartości mleka matki.

„Jestem oburzona sytuacją w szpitalu. Na oddziale, na który zabrano moje dziecko, powiedziano mi, że nie ma laktatora na moim oddziale. Mąż jechał godzinę, żeby przywieźć mi z domu laktator. Po czym okazało się, że jest laktator na moim oddziale. Pomimo moich starań, dostępności mojego mleka, bo je odciągnęłam i zaniostałam po trudnym porodzie na własnych nogach, podano mieszankę. Nawet pomimo tego, że chciałam sama dziecko nakarmić, bo przecież byłam w tym samym szpitalu. A jak mi oddano dziecko, to i tak upasione mieszanką. Na dodatek dziecko podobno było poważnie chore, a nikt nie zwrócił uwagi na to co mu się podaje, że moje mleko, a tym bardziej siara są mu potrzebne, a nie mleko modyfikowane". (A520)



Kolejna z kobiet urodziła o czasie, ale chore dziecko.

„Na początku córka była w inkubatorze z powodu złego stanu zdrowia. Urodziła się z infekcją wewnątrzmaciczną niewiadomego pochodzenia. Spędziła trzy pierwsze doby życia na OIOM-ie noworodkowym. Mleko modyfikowane miała podawane przez dwie doby. Na żadnym etapie nikt o nic nie pytał, a w wypisie też nie mam nic wspomniane o tym, że była mieszanka podawana. Jak tylko zaczęłam karmić ją piersią i miałam ją przy sobie, to już nikt nie wspominał o mleku modyfikowanym, ale wcześniej nikt nie zapytał. Teraz wiem, że powinni mnie zapytać. Nawet nie wiem co to było za mleko. To znaczy nikt tam nie robił z tego tajemnicy, ale nie mam zielonego pojęcia, bo nie zapytałam. Super było to, że pielęgniarka ściągnęła mi siarę z piersi, co dodało mi pewności, że mam pokarm i będę karmić, zaś położne donosiły laktator. Co prawda był jeden na oddział, ale nie musiałam ani razu czekać, był na miejscu właściwie. Nie wiem, czy byłam jedyną osobą z niego korzystającą, ale laktator prawie cały czas był u mnie. Odciągałam to mleko, położna mnie pochwaliła, że super. Tam było z 40 ml i teraz wiem, że to było wow, że tego pokarmu było mnóstwo, ale wtedy mi się wydawało, że to w ogóle jest nic. I tak później się okazało, że mi lepiej ręką wychodzi odciąganie tego mleka niż laktatorem. Natomiast z trudem to mleko wyciągnięte przekazałam położnej. Trafiło do lodówki, a później się okazało, że i tak moja córka była karmiona mlekiem modyfikowanym, a nie tym mlekiem. To wynikało z tego, że była zmiana położnych, jedna drugiej nie przekazała, że to mleko jest. Fajnie, że odciążasz, ale cóż z tego, wylejemy to później. Śmieszne się to wydało, że tutaj



tyle się o tym mówi i takie jest zamieszanie wokół tego, żeby to było moje mleko dla córki, a później i tak, i tak się okazuje, że dostaje w butelce mleko modyfikowane”. (K5)

Pomimo uzyskanej przez kobietę pomocy w odciągnięciu jej mleka, przez dwie doby od urodzenia dziecka podawano mieszankę bez poinformowania o tym kobiety, a co dopiero uzyskania zgody, natomiast pierwsze porcje mleka matki wylano. Procedury organizacyjne nie zostały przystosowane tak, aby pokarm kobiecy był traktowany priorytetowo. W kolejnym przypadku porodu przedwczesnego pozyskano bardzo cenną siarę dla dziecka, jednak pomoc oferowana przez położną dedykowaną laktacji nie była dostępna, kiedy było to potrzebne.

„Ściągnięto siarę i podano dziecku w inkubatorze. Pomoc przy jednym karmieniu. Potem już położna laktacyjna (jedna na cały szpital) zajmowała się innymi pacjentkami”. (A1086)

U jednego z dzieci wykryto niedrożność przewodu pokarmowego (Choroba Hirschsprunga). Po diagnozie, dopiero kiedy dziecko znalazło się w innym szpitalu, kobieta otrzymała wsparcie w stymulacji laktacji i czuła, że o nią zadbano.

„Jak mnie przywieźli z bloku położna powiedziała »Pani jest po cesarce, to nic z tego nie będzie, ale przystawimy«. Włożyła pierś do buzi i powiedziała, że przyjdzie za 15 minut zmienić stronę. Udało się, że coś wypił. Miałam dość konkretny wypływ mleka, że czasami dwa razy w nocy pieluchę zmieniałam, bo była mokra. Mi mówić, że ja nie miałam mleka, to mnie to śmieszyło. Ja im prychałam tam. Wiem, że jak chwyciłam pierś to mleko wypłynęło. Położna to widziała, ale powiedziała na to, że »Dziecko po cesarce, ono nie chce, bo ono jest takie inne, leniwe«. Powiedziały lekarce



neonatolożce, że matka jest po cesarce, nie ma mleka, nic z tego nie będzie i żeby zaleciła mieszankę. Jako, że jestem lekarzem, to mnie i tak traktowały lepiej, bo dziewczyna na sali obok urodziła następnego dnia, to pani jej przywozła dziecko i zawięta się. Wyszła z sali. Ja jej pomagałam to dziecko dostawić, bo już byłam na chodzie. Lenistwo było na oddziale. Powiedziały, że nie ma sensu nawet dawać laktatora. Jak poprosiłam, żeby mi położna dała laktator, bo ja mleko miałam, to mi powiedziała, że laktator będzie jak mi mąż przywiezie. Mąż owszem mi laktator przywiózł, ale w szpitalu roznosili rzeczy, które przynieśli mężowie o 17, a ja nie mogłam opuścić oddziału i sobie po niego zejść. Jak dzwoniłam przed porodem do szpitala, to pytałam, czy mam wziąć w razie czego swój, bo miałam, to mi położna powiedziała przez telefon, że »Nie. Po co się ma kolonizować szpitalnymi bakteriami«, co jest dla mnie słusznym argumentem, więc nie brałam. A potem się okazało, że jest dla wybranych. Mi nie przysługiwał, bo byłam po cięciu i »nie miałam« mleka. Potem na osobności sobie z panią doktor neonatolog porozmawiałam jak lekarz z lekarzem, że powinno im być wstyd, bo są od tego, żeby propagować karmienie piersią, a one robią wszystko, żeby tego karmienia piersią nie było. Nawet jeżeli ja bym wyszła ze zdrowym dzieckiem do domu, to ja bym była tak zrażona, że nie wiem, czy bym nie wysłała męża do apteki po mieszankę. Położne pomyliły dzieci w dokumentacji i napisały przy moim, że oddał smótkę, a przy jego chorobie to było niemożliwe. Dziecko zostało przewiezione do drugiego szpitala. Tam można było mleko swoje dowozić. Usłyszałam, że warto się postarać, że będzie mi trudniej bez dziecka przy sobie walczyć o tę laktację, ale żebym się starała i przywoziła. Dziecko było karmione sondą, więc moje mleko było



podawane do sondy. Mówiono mi, że jak tylko je dostarczę, to one będą podawać. Miałam 50 kilometrów. Dwa razy dziennie były godziny, w których się to mleko przywoziło, zostawiało na portierni. Potem pozwoli mi tam wchodzić, to po prostu je wносиłam. Tam mieli pokój do karmienia z laktatorami, więc później już nie woziłam swojego mleka, tylko dostawałam jednorazowy zestaw i laktator [nazwa marki] i odciągałam na miejscu. To miało ręce i nogi, było sensowne. Zawsze dostawałam szklankę wody do wypicia, wygodny fotel. Mleko miałam. Laktację wyindukowałam sobie laktatorem”. (K44)



Problem!

Wartość profilaktyczna, terapeutyczna i zdrowotna mleka matki wciąż nie jest należycie doceniana i zdarza się, że decydują o tym względy organizacyjne placówki, zasoby personelu, a czasem uprzedzenia osobiste czy brak wiedzy na temat roli mleka kobiecego w żywieniu noworodka oraz o ryzyku związanym z karmieniem sztucznym. Zdarza się, że matki dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, nie otrzymują należytego wsparcia w pozyskaniu siary i stymulacji laktacji, w szczególności w sytuacji oddzielenia.



Powyższe historie wskazują, że dzieci często nie tylko są oddzielane od matek, ale także kobietom uniemożliwia lub ogranicza dostęp do nich, a co za tym idzie karmienie lub podejmowanie prób karmienia bezpośrednio z piersi czy kangurowanie.

„Dla matek wcześniaków możliwość odciągania i podawania dziecku mleka z piersi stanowi ważną formę kontaktu z potomstwem i budowania z nim więzi. Kobiety, które mają taką możliwość, znacznie lepiej wchodzą w nową rolę rodzicielską, czują się pewniejsze, spokojniejsze i przede wszystkim bardzo potrzebne swojemu choremu dziecku. Słusznie postrzegają podawanie noworodkowi własnego mleka jako swój ważny udział w całym procesie terapeutycznym. Dotyczy to zarówno odciągania mleka dla dziecka, jak też tzw. »kangurowania«, czyli wielogodzinnego, codziennego kontaktu »skóra do skóry« z wcześniakiem, a następnie zapoczątkowanie przystawiania go do piersi. Świadomość, że ich przedwcześnie urodzone dziecko otrzymuje wysokiej jakości pokarm, zawierający ważne dla zdrowia i rozwoju substancje, sprawia, że matki te są pozytywnie zmotywowane do karmienia piersią, szybciej i lepiej nawiązują kontakt ze swoim nawet bardzo niedojrzałym dzieckiem, chętniej przebywają z nim w okresie hospitalizacji i lepiej radzą sobie z opieką nad wcześniakiem po wypisie do domu. Również korzystniej przebiega regeneracja fizyczna i psychiczna tych kobiet po patologicznym porodzie, rzadziej wykazują obniżenie nastroju i skłonności depresyjne”¹⁸².

¹⁸² Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka...*, s.27.



„Należy stworzyć optymalne warunki oraz zachęcać matki do stosowania odpowiednich technik opieki (handlingu), wczesnego i częstego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry”, kangurowania (KMC kangaroo mother care), od urodzenia przez cały okres hospitalizacji dziecka”¹⁸³.

WHO i inicjatywa „Szpitala Przyjaznego dziecku” wskazują, że aby dzieci chore i przedwcześnie urodzone mogły być karmione piersią z sukcesem, personel powinien skupić się na indywidualnej sytuacji matki i zapewnić opiekę skoncentrowaną na rodzinie w sprzyjającym środowisku, w tym zapewnić możliwość kangurowania wcześniaków i dzieci z niską masą urodzeniową¹⁸⁴.

Cytowana już wielokrotnie położna, będąca doradczynią laktacyjną, opowiedziała nam o swoich osobistych doświadczeniach związanych z pobytem córki – wcześniaka na oddziale intensywnej terapii. Historia ta obrazuje, jak wiele zależy od podejścia personelu medycznego.

„U nas jeszcze taki się pojawił problem po drodze, że mieliśmy konflikt w grupach głównych i ona z tego powodu miała niską aktywność. Bardzo słabo jadła. Trafiłam na takiego anioła na intensywnej terapii. Ta pani już nie pracuje, jest na emeryturze. Ona nie wiedziała, kim ja jestem, że ja się zajmuję karmieniem, że potrafię karmić, potrafię przewinąć. Przyszłam któregoś razu moja córka jeszcze była w inkubatorze, dała mi butelkę z moim mlekiem, powiedziała, że mam spróbować ją w tym inkubatorze dokarmić. Pozwoliła mi zmienić pieluchę, po czym wyciągnęła mi tą córkę z inkubatora i położyła na klatce piersiowej. I to w ogóle było tak cudowne i ona przecież nie musiała, ale no każdy powinien tak

¹⁸³ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji...*, s. 11.

¹⁸⁴ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital...*, j.w.



robić po prostu. A z kolei kolejnego dnia trafiłam na kogoś kto nawet nie dał szansy nam spróbować. Po prostu to dziecko zostało dokarmione sondą do żołądka. Dostałam informację, że mam generalnie nie denerwować dziecka, bo ono teraz musi strawić to, co ma w żołądku i mam jej nie dotykać. O ile wiedziałam, że ta osoba zajmuje się profesjonalnie moim dzieckiem w sensie technicznym, nie bałam się o życie dziecka, to pani, która siedziała obok na tej samej sali i miała dziecko tam, gdzie moja córka, po prostu siedziała zalana łzami, bo dzień wcześniej z tą cudowną osobą przystawiała to swoje dziecko do piersi. Gdzieś mi to siedzi w środku. Mam takie poczucie, że to było niefajne bardzo. Smutek po prostu czułam. Nawet nie z powodu swojego dziecka, tylko tego drugiego dziecka, tej drugiej mamy. Pamiętam, że tego dnia po tej pozytywnej położnej wróciłam do domu, to zaraz więcej mleka odciągnęłam dla tej mojej córki. Jak na skrzydłach wyszliśmy po prostu z tego szpitala. Natomiast tego kolejnego dnia gorzką pigułkę trzeba było przełknąć wychodząc z oddziału”. (P10)

Co sprawia, że kobiety w takich chwilach nie upominają się o swoje prawa? Nawet jak w przypadku tej położnej, której zawód nie był znany personelowi medycznemu, mimo świadomości, jak ważne jest kangurowanie, podejmowanie prób karmienia piersią wcześniaka i jak powinny wyglądać procedury w sytuacjach, gdy jest ono utrudnione. Barięą jest komunikacja i lęk przed tym, że konflikt z personelem może odbić się na dziecku.

„Boisz się zapytać, boisz się zwrócić uwagę, bo masz takie poczucie, że ty stąd wyjdiesz, nie jesteś zależna od tego miejsca, ale twoje dziecko tam zostaje, więc nikt się nie chce wychylać. Ja to absolutnie rozumiem, sama byłam taką mamą. Ważne jest zachęcanie tych pacjentek. Niektóre się boją. Też czasami



tatusiów. Wtedy, na przykład tata do kangurowania, mama się przygląda. Znam dziewczyny na intensywnej, które jak najbardziej tam aktywizują. Mam też taką fajną koleżankę, która zresztą jest też ratowniczką medyczną i bardzo jest taka pro kangurowaniu, więc ona tam te dzieciaki najczęściej wyciąga z tych inkubatorów. Wiele dziewczyn wyciąga dzieci z inkubatorów. Ja mówię pacjentkom: »Pytajcie, pytajcie, kiedy możecie kangurować jak najwięcej«. Są mamy, które będą pytać, są takie, które będą stały cichutko przy tym inkubatorze i się tam słowem nie odezwą, bo się po prostu boją, stresują, no nie wiem, jak to nazwać”. (P10)

Inicjatywa powinna należeć do personelu wraz z wyjaśnieniem matce celu kangurowania i jego wartości terapeutycznej. Wcześniej cytowałyśmy opowieść kobiety, której dziecko zostało oddzielone z powodu problemów z oddychaniem, a której położna od razu po porodzie odciągnęła pierwszą siarę, której udostępniono laktator szpitalny oraz poinstruowano, jak odciągać pokarm. Personel zapraszał również do podejmowania prób karmienia bezpośrednio z piersi.

„Położne mówiły, że ja mam przychodzić co 3 godziny, że mam ją karmić, ale miałam limit tych 15 minut. Chodziło też o to, że ona nie miała siły, ciągle szła spać, więc położna mówiła, że mam ją też tak bodźcować, żeby ją budzić i że ona ma jeść, żeby nie podsypiała przy piersi, szczególnie teraz jak stymulujemy tę laktację. Miałam tam zalecenie przychodzić właśnie co 3 godziny. Ledwo mi starczało czasu. Przychodziłam na 15 minut. Próbowalam nakarmić ją piersią, później dostawałam butelkę, z butelki słabo jej szło. Miała kiepski odruch. Tam te położne miały jakiś taki lepszy patent na smyrganie jej po podniebieniu tym smoczkiem. Mi to średnio szło. Później się nauczyłam dopiero. Wracałam do siebie



na oddział. Odpalałam laktator – jedna pierś, druga pierś. Szłam spać. To akurat 3 godziny mijały. Wstawałam i znowu. Panie mnie tam same zapraszały. Miałam fotel. Miałam takie miejsce koło inkubatorka, w którym leżała moja córka. Urodziłam w czwartek, zaś w niedzielę zostałam przeniesiona na oddział. To były dwie sale dwuosobowe, tuż przy oddziale noworodkowym. To było świetne, bo wtedy się już nie czułam taka oddalona od tego dziecka. Była na sali, ale to było dosłownie ścianę od całego oddziału, więc czułam się bezpiecznie”. (K41)

Poniżej dalsza część historii cytowanej już kobiety, której dziecko urodziło się z infekcją wewnątrzmaciczną. Na jej prośbę umożliwiono bezpośrednie karmienie piersią dziecka przebywającego w inkubatorze.

„Pierwsze przystawienie wyglądało tak, że zostałam poproszona do oddziału OIOM-u noworodkowego, dali mi córkę. Ze mną były dwie pielęgniarki, żadna z nich nie była doradczynią laktacyjną certyfikowaną, ale od razu patrzyły, czy jest wszystko okej. Było prawie całe gremium oglądać, czy córka ssie czy nie ssie. U mnie jeszcze to było o tyle istotne, czy ona w ogóle będzie miała tyle siły, żeby ssać, więc nie chodziło nawet o samo karmienie, czy ona się dobrze przystawia, tylko czy dla niej to już jest ten etap, żeby ją tak w cudzysłowie »męczyć«, bo na początku była karmiona strzykawką. Musieli wduszać jedzenie, bo była za słaba, żeby wyssać z butelki, więc to bardziej pod tym kątem było, ale od razu spojrzeli rzeczywiście, czy dobrze się przystawia. Z jednej strony było trochę zniechęcanie mnie na etapie, jak córeczka była jeszcze w inkubatorze. Ja powiedziałam, że mi bardzo zależy na tym, żeby



ją karmić piersią cały czas – wyłącznie, że najbardziej bym chciała, żeby właśnie tak to wyglądało, ale wiedziałam, z racji tego, że ona jest w inkubatorze, że mogą być jakieś przeciwwskazania. Później się okazało, że przeciwwskazań nie ma, tylko musi być monitorowana, czy jej saturacja nie spada. Położna powiedziała »No ale proszę pani, to będzie często i w nocy też będzie często«. »To proszę mnie budzić. Będę przychodzić« – odpowiedziałam. Moje pierwsze dziecko i nie wiedziałam, jak to wygląda, że często, to jest prawie cały czas. U nas tak było – cały czas przy piersi. Nie było tak, że ona mnie chciała tak stuprocentowo zniechęcić, ale wtedy tak poczułam, że z mlekiem modyfikowanym będzie im łatwiej. Ostatecznie córka była krótko w inkubatorze, więc później już nie było problemu, jak już ją miałam u siebie na sali”. (K5)

Wciąż jednak wiele osób z personelu medycznego podejmuje kroki, które mogłyby wskazywać, że brakuje im zaufania, iż karmienie piersią jest wystarczające, a zarazem bardzo potrzebne.

„Dziecko wymagało opieki na OIOM-ie. Poród był przedwczesny. Zagrożająca zamartwica, zapalenie płuc i inkubator przez pierwsze 5dni. Nawet po wyjściu z inkubatora kolejne dni było na oddziale neonatologii w tzw. mydelniczce, a ja w tym czasie dochodziłam do niego z innego piętra, ale już była możliwość karmienia piersią. Zarówno ja i dziecko wróciliśmy do domu po 16 dniach. Moje dziecko na początku nie mogło dostawać mojego mleka, ale nikt nie zaproponował mleka z Banku Mleka Kobięcego zamiast mieszanki, a ja nie wiedziałam o tej opcji. Na oddziale neonatologii dostałam butelki [nazwa marki] ze smoczkami do podawania mleka [nazwa



marki] na początku, a później do przelewania tam mojego odciągniętego mleka. Położne podały również bez mojej zgody i wiedzy dziecku smoczek. Na moje zdecydowane wyciągnięcie smoczka przykleiły kartkę przy mydelniczce, że »matka nie wyraża zgody na smoczek«. Usłyszałam od niektórych położnych, że ilość mleka jest ok, ale była też położna, która była zdziwiona, że nie dokarmiam już mlekiem modyfikowanym. Zapytała, ile dziecko zjadło (przez cały pobyt wszystkie karmienia były zapisywane). Odpowiedziałam, że jadło około 20 minut. Usłyszałam "Tylko piersią? Piersi nie można ufać". (A696)

„Wcześniak, zapalenie płuc, 5 dni w inkubatorze. Dopiero po tym czasie mogłam przystawić do piersi. Najbardziej przeszkadzały komentarze kilku pielęgniarek na neonatologii, np. że dziecko płacze, bo ja zjadłam jabłko. Cała wina na problemy i płacz dziecka była zrzucona na mnie i moje karmienie”. (A2176)

Najprawdopodobniej ten brak zaufania wynika z braku wiedzy o laktacji, strachu o prawidłowe przyrosty, braku umiejętności wsparcia kobiety. Wiele kobiet, które spotkają się z taką postawą personelu, może się szybko się zniechęcić.

Czasem jednak w ogóle nie daje się kobietom możliwości przystawiania dziecka do piersi. Kobieta, której historię cytowałyśmy, a której trzecie dziecko było zabrane po porodzie na oddział patologii noworodka i nie poinformowano jej, co się z nim dzieje przez półtorej doby, pisała o tym, że przez 14 dób, do momentu wyjścia dziecka ze szpitala, nie mogła go przystawiać do piersi.

„Moje mleko brano i podawano z buteleczek. Dwa razy pozwolono mi go nakarmić z butelki. Natomiast do piersi nie mogłam go przystawić nigdy. Nie było w ogóle takiego tematu ani takiej



dostępnej opcji. Choć nie było żadnych najmniejszych przeciwwskazań do tego. Dziecko nie miało takich problemów, żeby nie mogło być karmione. Zresztą wiedziałam też jak to robić, więc tym bardziej nie rozumiem, dlaczego nie mogłam go przystawić. Nie był pod respiratorem, był po prostu w łóżeczku. Miał taką tlenoterapię bierną, czyli taki dosłownie wiaterek do łóżeczka. Można go było brać na rękę. Natomiast karmienia bezpośrednio z piersi nikt mi nie zaproponował ani nie powiedział że bym mogła. Można to było robić tylko z buteleczką. Aczkolwiek można było przynosić swoje mleko, co było dobre". (K25)

W kolejnym przypadku dziecko było karmione odciągniętym mlekiem matki, a także było podane dziecku mleko z Banku Mleka Kobięcego. Jednocześnie nikt nie zaproponował przystawienia dziecka do piersi, a kobieta pozostała z domysłami, dlaczego tak się stało.

„Kontakt skóra do skóry – 24h po porodzie. Do piersi – 9 dni po porodzie. Wcześniej nikt mi nie powiedział, dlaczego nie mogę przystawić dziecka do piersi. Może dlatego, że brałam antybiotyki? Dziecko również. Było w inkubatorze”. (A1709)

Dziecko kolejnej kobiety przebywało w oddziale intensywnej terapii przez 51 dni.

„Syn przebywał na OIOM-ie – skrajny wcześniak. Na OIOM-ie była doradczyni CDL i pokój laktacyjny z dostępem do laktatora. W pierwszej dobie po cięciu cesarskim zaniostałam 10 ml ściągniętej siary dla syna, ilości rosły z dnia na dzień, usłyszałam, że mam dobrą produkcję i dobrze ściagam mleko. Od CDL uzyskałam minimalną wiedzę na temat tzw. karmienia piersią inaczej,



aczkolwiek moja laktacja była dość łaskawa, więc udawało mi się nawet oddawać mleko do Banku Mleka, bo miałam nadwyżki. Niby była to kobieta bardzo pomocna, ale dopiero na Facebooku, jak dostałam się na grupę mam KPI, poznałam wszystkie jego tajniki. Natomiast przez całe 7 tygodni pobytu dziecka w szpitalu nikt nie zainteresował się naszym karmieniem piersią. Nikt mi nie sprawdził piersi ani nie wytłumaczył jak z odciągania mleka i przejść na bezpośrednie karmienie piersią. Ostatniego dnia jedna z położnych »tej starszej daty« była oburzona, że nie przystawiam dziecka i raz mi pokazała, jak to zrobić. Było to bardzo stresowe i chaotyczne doznanie”. (A1918)



Problem!

Zdarza się, że podczas pobytu dziecka urodzonego przedwcześnie lub chorego na oddziale intensywnej terapii czy innym oddziale, na którym jest oddzielone od matki, personel nie zapoczątkowuje przystawiania dziecka do piersi czy wręcz zakazuje podejmowania prób czy karmienia bezpośrednio z piersi, jak również nie wspiera bliskiego kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” czy tzw. kangurowania.

Omawiany na początku rozdziału program wczesnej stymulacji laktacji zwraca szczególną uwagę na rolę rodziców w procesie leczenia dziecka. Rodziców wymienia na pierwszym miejscu jako realizatorów programu. Podkreśla, że należy im „stworzyć optymalne warunki do odpoczynku, spożywania posiłków, intymności, utrzymania higieny osobistej, aby mogli



pozostawać przy dziecku przez cały okres jego hospitalizacji, również wtedy, gdy matka zostanie już wypisana z oddziału położniczego”¹⁸⁵.

„Szpital jest zobowiązany umożliwić matce i dziecku wspólne przebywanie razem, bez nieuzasadnionych ograniczeń. Oddział powinien zapewniać praktyczne możliwości matkom/rodzicom przebywania z dzieckiem tak długo, jak tego sobie życzą. Oddział powinien zatem pozostać dla rodziców otwarty 24 godziny przez 7 dni w tygodniu. Rodziców należy zapewnić, że nawet krótsze przebywanie z dzieckiem jest także bardzo korzystne. Jeśli wspólne przebywanie z dzieckiem nie jest możliwe bezpośrednio po porodzie, należy je zapewnić najszybciej, jak to jest możliwe. Nie należy umieszczać w oddziale tablic informujących o restrykcjach w przebywaniu rodziców z ich dzieckiem. Jeśli ciągły pobyt matki z dzieckiem w szpitalu nie jest możliwy, należy dołożyć starań, aby matka przebywała przez cały czas z dzieckiem przez kilka dni poprzedzających wypis do domu. W tym okresie przygotowuje się matkę/rodziców do właściwej opieki nad dzieckiem w domu oraz kontynuacji starań o efektywne karmienie bezpośrednio z piersi”¹⁸⁶.

Przebywanie rodziców z pacjentem małym jest wpisane również w wielokrotnie wspomnianą w niniejszym raporcie ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

¹⁸⁵ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji...*, s. 10.

¹⁸⁶ Tamże, s. 13.



„Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

[..]

3. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 33 prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego ust. 1, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego”.

(art. 34. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Niestety, czytamy w ankietach, że często rola rodziców w opiece nad noworodkiem chorym czy przedwcześnie urodzonym jest pomijana, a ich prawa do kontaktu z dziećmi są łamane. Pokazuje to już wiele z wcześniej cytowanych historii, jak i kolejna opisana poniżej.

„Obniżone napięcie mięśniowe, wahania saturacji, obraz białych płuc w USG. Było 30 minut przytulania około 8 godzin po porodzie. Przez cały czas pobytu w szpitalu dziecko było w oddziale noworodków. Poza tym jednym przytulaniem »po znajomości« nie mogłam go odwiedzać”. (A1381)

Według cytowanych wyżej rekomendacji programu wczesnej stymulacji laktacji, jeśli matka nie może przebywać z dzieckiem, należy jej umożliwić pobyt z dzieckiem przynajmniej na kilka dni przed wypisem. Jak pokazuje poniższy przykład jest to możliwe. Choć podkreślamy, że najkorzystniejsza jest możliwość przebywania kobiety w szpitalu z dzieckiem przez cały okres jego pobytu, chyba że z jakichś powodów ona sama z tego zrezygnuje.



„Jak dzieci wychodziły z inkubatorów do zwykłych łóżeczek to mama mogła wrócić na oddział. Były 2 czy 3 sale takie wyznaczone na wczesnej patologii ciąży i tam sobie mamy z tymi dziećmi były. Fantastyczna sprawa, bo jak ja bym miała dostać to dziecko po prostu w nosidełku takie prosto z oddziału do domu, to nawet dla mnie byłoby to bardzo stresujące, a co dopiero dla mam, które odbierają wcześniaki skrajne, takie które się rodziły w 27 tygodniu ciąży i które nie mają zupełnie z tym styczności”. (P10)

Newralgicznym okresem dla rodziców dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych z pewnością był czas pandemii COVID-19, o czym warto wspomnieć, gdyż czas pandemii przypadał na okres, który bierzemy pod uwagę w niniejszym raporcie.

„Podczas pandemii, nie mogłam być dłużej w szpitalu. Byłam tylko 4 dni i mnie wpisali”. (A75)

„Zrobili wypis mnie. Mnie to w ogóle chciano wygonić 2 dni po porodzie, ponieważ dziecka nie ma »To pani tu niepotrzebna«. Byłam po porodzie naturalnym, więc bodajże do 3 dób się leży na oddziale. Natomiast ja i tak się nie dałam wypisać, ponieważ zależało mi, żeby chociaż przez chwilę dziecko widzieć. Już 2 dni go nie widziałam po porodzie, bo mi go zabrano i nie powiedziano, gdzie jest. Wiedziałam jak rzadkie tam są odwiedziny, bo się dowiedziałam, więc chciałam chociaż przez ten długi weekend majowy przeleżeć, żeby mieć w ogóle dostęp do tego dziecka. Choćby tę godzinę dziennie. Mnie to też było jako matce potrzebne po prostu. Uważam, że nie do końca prawnie zabroniono kontaktów z rodzicami. To były już początki szczepień. Byłam bodajże chyba



jedną dawką zaszczepiona, na drugą oczekiwałam. Było wielkie ciśnienie na to, żeby jednak nie wpuszczać rodziców, bo Covid. Natomiast nie wiem, czy to było takie prawne. Ponieważ my jesteśmy opiekunami prawnymi tych dzieci, a byliśmy właściwie totalnie od nich od nich odizolowani". (K25)

„Wypisano mnie wcześniej do domu niż moje dziecko, które znajdowało się na OIOM-ie uniemożliwiając mi swobodny dostęp do dziecka i karmienie piersią mogłam raz dziennie przyjść do dziecka nakarmić piersią i przywieźć mleko odciągnięte. Myślę, że miało to ogromny wpływ później na pobudzenie laktacji i karmienie piersią". (A2470)

„Małopłytkowość, Covid. Mogłam w 2 dobie dotknąć ręką dziecka, któremu w sumie nic nie było, zero leków czy zabiegów, tylko ogrzanie i obserwacja. Po tym jak mnie wypisali, nie mogłam już wejść na oddział. To jest skandal, a dyrekcję powinno się zwolnić i sądzić za traumę medyczną! Temat karmienia piersią leży tak jak cała służba zdrowia, może dane z tej ankiety coś zmienią :(Ignorowali mnie i mówili o mnie ta »bez dziecka«. Sama walczyłam z laktatorem, żeby w ogóle mieć pokarm. Na szczęście miałam swój, bo inaczej pewnie bym nie dostała szpitalnego (chciałam skorzystać, ale był używany przez inną osobę). Nawet nie mam pewności czy karmili odciągniętym mlekiem. Swoje dziecko przytuliłam 1 raz po 12 dobach. Traumę leczę od 2 lat bez powodzenia". (A1673)



Stoimy na stanowisku, że wiele z tych historii mogłoby się potoczyć inaczej, gdyby osoby zarządzające placówkami medycznymi i personel miały świadomość tego, jak ważne jest dla zdrowia dzieci mleko ich własnych matek.

„Jakiś czas temu rozmawiałam z ordynatorem oddziału chirurgicznego, który mówił, że jak pracował jak pracował jeszcze w [nazwa miasta] to był zdziwiony, że tak mało było pacjentów z martwiczym zapaleniem jelit przywożonych ze szpitala, w którym pracuję w stosunku do innych oddziałów 2 czy 3 poziomu referencyjnego w regionie. Ja mówię panie doktorze, ale u nas od wielu lat większość wcześniaków była karmiona przede wszystkim mlekiem swoich matek, bo nasz szpital przez wiele lat szczycił się tym, że u nas matki wcześniaków były wpisywane do domu dopiero wtedy, kiedy one chciały wyjść, a nie wtedy, kiedy szpital im zalecał. W większości szpitali w Polsce niestety sytuacja jest taka i coraz bardziej jest taka niestety, że mamy wcześniaków są wypisywane praktycznie jak tylko odzyskają formę po porodzie. Aktualnie te warunki się zmieniły też u nas. Sytuacja ekonomiczna spowodowała, że w tej chwili większość mam jest wypisywana najpóźniej około 14 doby po porodzie. Ordynator neonatologii obecna wywalczyła, żeby chociaż te 2 tygodnie mamy, które chcą, mogły przebywać z dziećmi. Kiedyś nawet jeśli któraś mama chciała wyjść wcześniej to chodziłyśmy do takiej mamy, pytałyśmy czy rzeczywiście ona musi wyjść. Czasem chciała wyjść, bo sama sytuacja, w której się znalazła, urodzenie chorego dziecka i to, że była w szpitalu bez rodziny, stanowiło duże obciążenie psychiczne. Ona po prostu marzyła o tym, żeby uciec w cudzysłowie. Wrócić do swojego domu, otoczenia rodzinnego, żeby uzyskać to wsparcie. Dla niej to było ważniejsze nawet niż to,



że pozostawia dziecko na oddziale i że będzie do niego tylko dojeżdżała, czy dochodziła. Tutaj wchodzimy na kolejną minę pod tytułem jak wygląda opieka psychologiczna dla tych mam. To jest kolejny ogromny temat, jak to można by było poprawić, bo to też poniekąd ma związek i z laktacją i z przebiegiem karmienia. Chodziłyśmy i zachęcałyśmy te mamy może pani jeszcze dzień zostanie może kilka dni jeszcze mogłaby pani zostać, bo pani dziecko pani potrzebuje. W tej chwili już takich rozmów się nie prowadzi. Nie zachęca się tych mam do pozostania. Raczej liczy się na to, że jak się rzuci hasło »Może pani wyjść do domu«, to matka jeszcze przytaknie i chętnie pójdzie. W czasie pandemii gro oddziałów zabiegowych nie funkcjonowało, bo przecież zabiegi były odwoływane ze względu na pandemię i wiele oddziałów wiele łóżek szpitalnych stało pustych, a mimo wszystko wypisywano lekką ręką matki wcześniaków po narodzinach dziecka. Nie jestem w stanie tego zrozumieć. Zamiast zaoferować te wolne miejsca matkom, ażeby pozostały z dziećmi w szpitalu, a jak już wychodziły do domu, to wiele szpitali z powrotem tych matek na oddział nie wpuszczało. Również nie przyjmowało mleka od tych matek, bo przecież jak już wyszły do domu to istnieje ryzyko, że przyniosą COVID, albo z tym mlekiem przyniosą COVID, a gdyby były w szpitalu i towarzyszyły swoim dzieciom, to przecież nie można by było zarzucić, że się zainfekowały na zewnątrz. Myślę, że problemem nie był koszt pobytu tej matki w szpitalu, bo przecież szpital mógłby wykazać to do Narodowego Funduszu Zdrowia. Te matki wypisywano z lęku o to, że one będą rozsiewały tę infekcję. Znacznie bardziej myśmy jako personel te infekcje rozsiewali, bo przecież wychodząc z pracy szliśmy do sklepu, odbieraliśmy dzieci ze żłobków, przedszkoli, szkoły, gdzie te choroby się rozsiewały. Póki dzieci chodziły



do szkoły to przecież było to główne źródło zakażeń. Dlaczego nie stworzyliśmy warunków tej matce do pozostania w szpitalu, jeśli tak żeśmy się bali tego zakażenia, żeby ta matka odciągała mleko dla wcześniaka czy dla chorego noworodka przebywając na terenie szpitala? Gdybyśmy wiedzieli, jakie to przyniesie korzyści może byśmy zainwestowali w więcej łóżek szpitalnych. Może warto więcej zainwestować, po to, żeby w kolejnych latach mieć mniejsze koszty przeznaczane na leczenie chorób wynikających z niekarmienia. Tylko nie ma takiej polityki długofalowej, myślenia perspektywicznego. Myślimy tylko tu i teraz. Inwestujemy w to, co przyniesie nam szybki zysk, zwrot. Nie myślimy o tym, że jak dzisiaj zainwestujemy, to za 20-40 lat koszty opieki zdrowotnej będą mniejsze. O tak odległym czasie, któż dzisiaj myśli?" (P3)



Problem!

Zdarza się, że łamane jest prawo kontaktu kobiet z ich przedwcześnie urodzonymi lub chorymi noworodkami zarówno, kiedy jeszcze kobiety przebywają w szpitalu, jak i po ich wypisie lub po przewiezieniu dziecka do innego szpitala. Bywa, że rola rodziców w opiece nad tymi dziećmi jest marginalizowana, a wręcz zachęca się kobiety do jak najszybszego wypisu wkrótce po porodzie i opuszczenia placówki, w której nadal przebywa dziecko.



3.2.13. PODSUMOWANIE DANYCH O ŻYWIENIU VS. WIEDZA PERSONELU SZPITALA I OCHRONA MATEK I NOWORODKÓW PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI

Wspominałyśmy już, że w rozdziale S000 *I. Postanowienia ogólne*, w pierwszym punkcie podano, że istotą jest dążenie do ograniczenia do niezbędnych interwencji medycznych, w tym jako interwencję medyczną wskazano podanie noworodkowi mieszanki. Przypomnijmy, że fragment S000 dotyczący zapewnienia warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka wskazuje, że podawanie mieszanki realizuje się wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu (S000 *XIII. Opieka nad noworodkiem*, ust.3, pkt 5).

W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jasno wskazano, iż każdorazowa interwencja medyczna wobec dziecka wymaga zgody od opiekuna dziecka.

“1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1.”

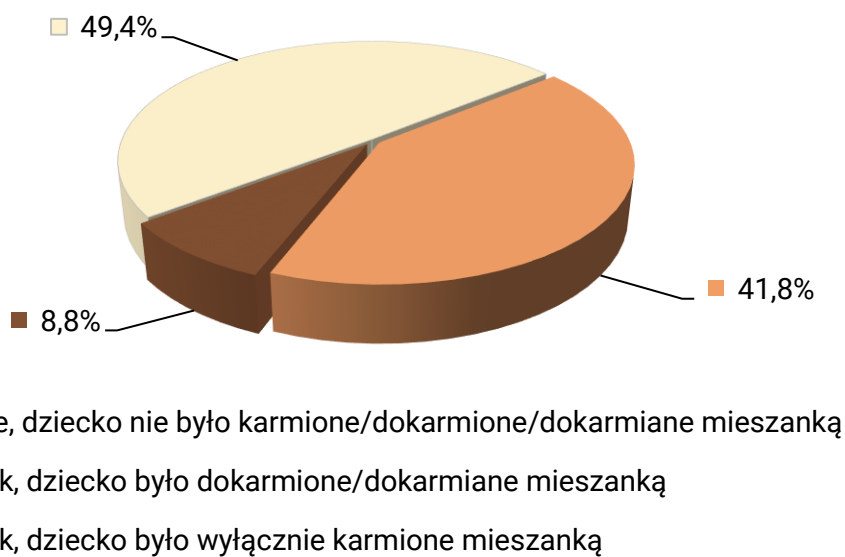
(art. 17. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Na podstawie odpowiedzi kobiet na pytanie: „*Jak dziecko było żywione w szpitalu?*”, wiemy, że ponad połowa dzieci 50,6% otrzymała lub otrzymywała mieszankę w szpitalu, zaś 49,4% dzieci nie otrzymało mieszanki ani razu (Ryc. 3.15.). Przyglądając się dokładniej dzieciom, które otrzymały przynajmniej raz mieszankę w szpitalu, możemy podzielić te 50,6% dzieci na te, które były karmione mieszanką – 41,8% oraz te karmione wyłącznie mieszanką – 8,8% (Ryc. 3.16.).





Ryc. 3.15. Struktura wg tego, czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



Ryc. 3.16. Struktura wg tego, czy dziecko było dokarmione, dokarmiane mieszanką lub karmione wyłącznie mieszanką na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)

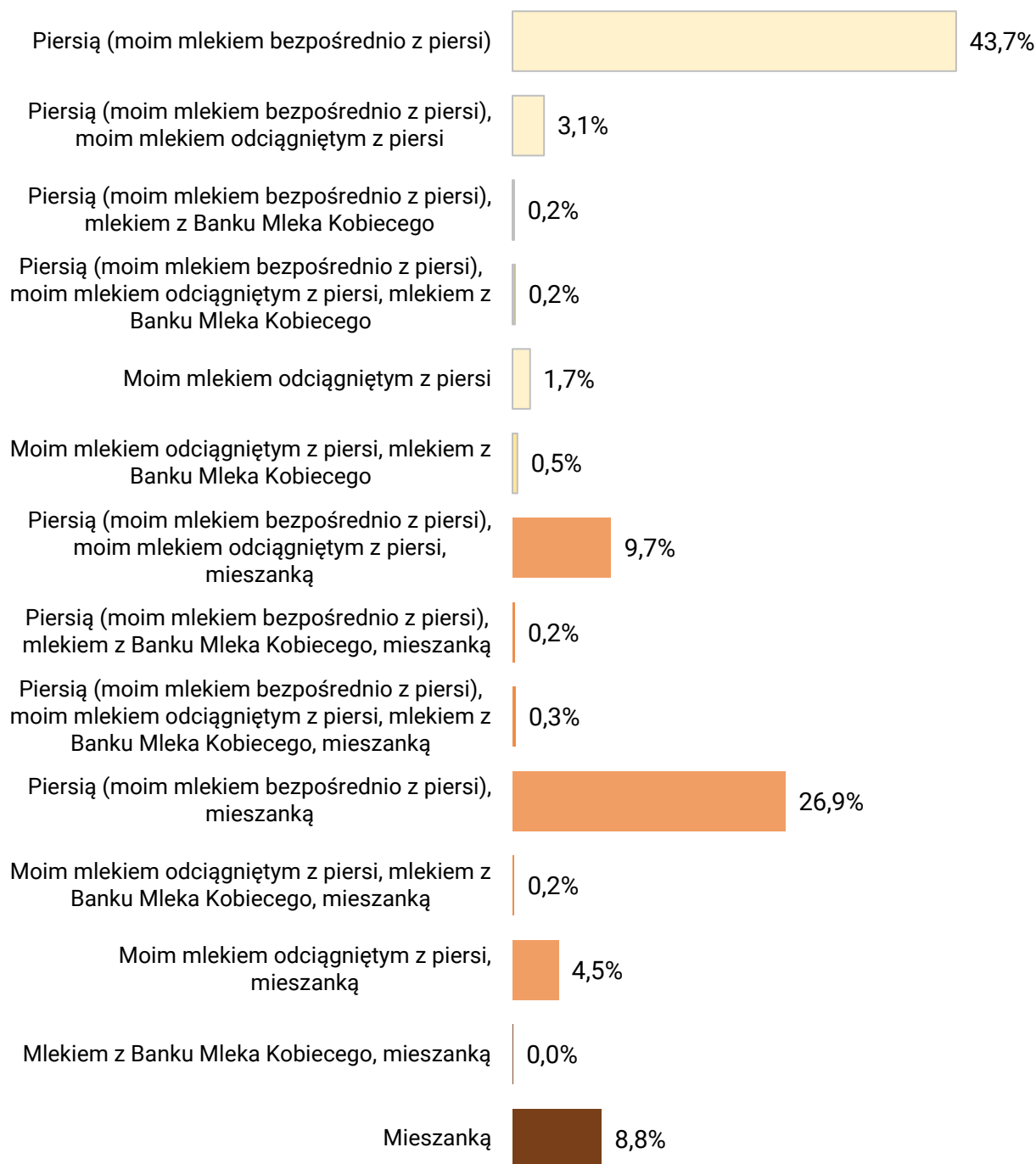


Na Ryc. 3.17. przedstawiamy dokładną strukturę odpowiedzi kobiet na pytanie: „*Jak dziecko było żywione w szpitalu?*”, przy czym kobiety miały do wyboru następujące opcje:

- piersią (moim mlekiem bezpośrednio z piersi),
- moim mlekiem odciętym z piersi,
- mlekiem z Banku Mleka Kobiecego,
- mieszanką.

I tak, 43,5% kobiet zaznaczyło wyłącznie karmienie piersią, jako formę żywienia dziecka. Łącznie 5,7% dzieci było karmionych bezpośrednio z piersi lub mlekiem odciętym z piersi i ewentualnie mlekiem z Banku Mleka Kobiecego. Dalej 9,7% dzieci było karmionych bezpośrednio piersią, mlekiem odciętym z piersi oraz mieszanką. Karmienie piersią i dokarmianie mieszanką dotyczyło 26,9% dzieci, zaś 0,5% kobiet oprócz bezpośredniego karmienia piersią i dokarmiania mieszanką, również karmiło mlekiem odciętym z piersi i/lub mlekiem kobiecym z Banku Mleka Kobiecego. Mleko odciągane z piersi i mieszanka służyły do karmienia 4,5% dzieci, ponadto 0,2% miało do tego włączone mleko z Banku Mleka Kobiecego. Wskazane również na ostatnim wykresie 8,8% dzieci było karmionych wyłącznie mieszanką (Ryc. 3.17.).

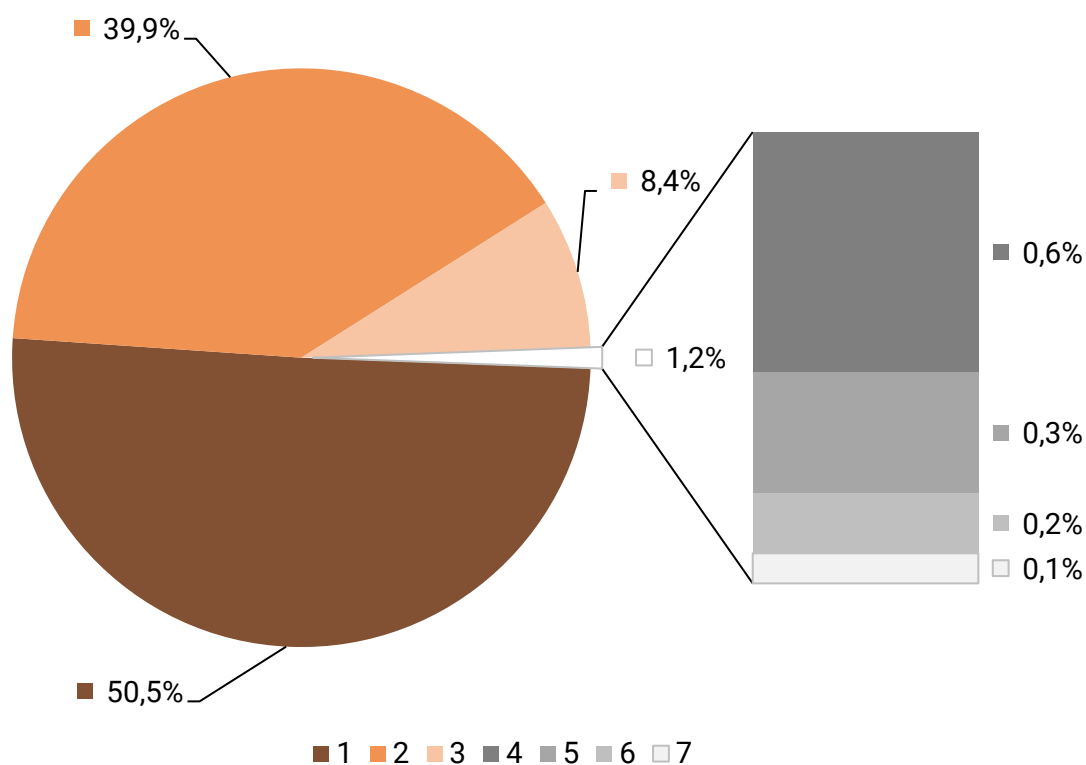




Ryc. 3.17. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?”
(%, N=2476)



Aż 50,5% dzieci, które otrzymały mieszankę w szpitalu, dokarmionych było już w pierwszej dobie życia. Dla 39,9% była to druga doba, dla kolejnych trzecia doba (8,4%), czwarta (0,6%), piąta (0,3%), szósta (0,2%) i siódma (0,1%) (Ryc. 3.18.).



Ryc. 3.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W którym dniu życia dziecka podano mieszankę lub rozpoczęto jej podawanie?” (% , N=1252)

Jak to możliwe, że u ponad 50% dzieci zastosowano interwencję medyczną polegającą na dokarmieniu mieszanką? Czy dzieci te nie podejmowały ssania, a mleko matki nie było możliwe do uzyskania? Jak się okazuje, niekoniecznie. Do wielu podanych już na łamach niniejszego raportu przykładów wprowadzenia mieszanki niezgodnie z zaleceniami S000 i niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną dodajemy kolejne. W poniższych przykładach kobiety zaznaczyły, że wprowadzenie nastąpiło w pierwszej dobie życia.

„Pielęgniarki dokarmiły na siłę dzieci, żeby nie płakały. Nikt nie zapytał mnie o zdanie”. (A142)



„Żółtaczką, dziecko oddzielone na czas naświetleń. Jednorazowo nakarmione wówczas mieszanką, w nocy, kilkanaście godzin po porodzie, bez mojej wiedzy i zgody. »Nie chcieliśmy pani budzić i straszyć po nocy«, brak odpowiedzi na pytanie: »A co z moją laktacją? Muszę przecież regularnie i często przystawiać, żeby ją rozkręcić?«”. (A1791)

„Najważniejsze dla mnie by było porządne zaopiekowanie się po porodzie, jak już to dziecko faktycznie ma się na rękach i żeby taka położna miała dla każdej kobiety więcej czasu, a nie takie po łebkach. 5 minut tutaj »A tutaj przykładamy, a wszystko jest dobrze, dobra lecę do następnej«. I tak naprawdę ja zostaję wypuszczona ze szpitala i w książeczce czytam, że dziecko jest karmione piersią, gdzie w ogóle to się totalnie mija z prawdą, bo była karmiona mieszanką głównie. Miałam pokazywane jak przystawić, ale moje próby przystawiania były nieudane. Cały czas mała nie potrafiła porządnie złapać. Jak łapała pierś, od razu zasypiała. Nie wiedziałam, jak ją aktywizować. Samo to, że pojawiła się ta mieszanka to weszło bez żadnego pytania. To było dla nich takie oczywiste, że trzeba ją podawać”. (K22)

„Mi zakazano dostawić do piersi i karmić po porodzie, bo nie miałam badania na żółtaczkę w papierach. To było okropne. Po dwóch godzinach zobaczyłam dziecko, które wykazywało duży odruch ssania. Chciałam go nakarmić i usłyszałam »Nie możesz«. I mi go zabrano. Wmawiano »Musimy podać mieszankę«. Wciskano zgody do podpisania”. (A543)



„Mówiłam, że nie chce dokarmiać mieszanką, że to wykańcza mnie psychicznie, nie rozumiałam jakie są wskazania do dokarmiania (»my tu wszystkie dzieci dokarmiamy, bo przecież od razu nie ma mleka w piersiach« i kolejny argument »spada z wagi«). Nie uzyskałam pomocy”. (A1346)

„Nie mam pojęcia, kto zdecydował o podaniu mieszanki. Dostałam dziecko z butelką i ulewające nie moim mlekiem”. (A280)

Druga doba to również newralgiczny moment, kiedy dziecko po porodzie zaczyna być bardziej aktywne. Prawie 40% dokarmień odbyło się w drugiej dobie. Jak te sytuacje opisywały kobiety?

„Przykro mi, że położne zasugerowały mi podanie mieszanki. Później się więcej dowiedziałam o karmieniu piersią i teraz mam świadomość, że nawet jednokrotne podanie mieszanki może zaburzyć laktację. Mieszanka została podana, żeby się nie męczyła z przystawianiem dziecka i mogła iść spać. Przy kolejnym dziecku nie zdecydowałabym się na mieszankę, tylko »męczyła« tak póki trzeba by było”. (A2106)

„Weekend, w zależności od zmiany. Akurat kryzys przyszedł w nocy, a pani pielęgniarka stwierdziła, że dziecko płacze, bo na pewno ma mokrą pieluszkę (miało, ale jej zmiana nie pomogła). Całą noc nosiłam dziecko na rękach, był problem z przystawieniem. Następnego dnia zgodziłam się dokarmiać mieszanką z tego zmęczenia i bezsilności. Teraz po czasie widzę, że brakowało



osoby, która powie, że to normalne, że nie od razu wychodzi i pokaże, jak przystawić prawidłowo dziecko do piersi”. (K23)

„Dziecko w szpitalu było dokarmiane tylko dlatego, że pielęgniarki od noworodków nie bardzo miały chęć wytłumaczyć młodej matce, dlaczego dziecko śpi cały czas. A ono po prostu było zmęczone porodem. Nie miała żółtaczki, najadała się, bo waga spadkowa była niewielka. Czuję swego rodzaju żal do tych kobiet, że w ogóle nie powiedziały, dlaczego to mleko, tylko kazały dokarmiać. I do siebie, że nie miałam na tyle wiedzy, żeby dojść do swoich wniosków”. (A2277)

„To było na zasadzie, że nie je efektywnie z piersi, to podajemy butelkę, bo musi się najeść, bo zacznie gubić wagę. Faktycznie na początku trochę zgubiła 100-200 g. Mówili, jak gubi, to dawać, to już trzeba dokarmiać na pewno. Położne mówiły, że warto, pytały zawsze mnie o tę decyzję finalną, ale przedstawiały to w taki sposób, że dokarmmy to dziecko, to nie będzie głodne. Miałam w głowie, że nie chcę, żeby moje dziecko głodowało”. (K45)

„Personel był obojętny. Wiedzieli, że karmię piersią, jednak, gdy w drugiej dobie córka zaczęła płakać, dali mi mieszanki mówiąc, że jest głodna. Nie zmuszali do podawania, ale zostawiali na stoliku. Mi się wydaje, że personel był obojętny na to, jak karmię, czy potrzebuję pomocy. Po prostu byłam jedną z wielu. Jedyne Pani, która opiekowała się mną na sali pooperacyjnej była bardzo pomocna. Pomagała przystawiać dziecko do piersi, zmieniała



pozycje, przyniosła poduszki, żeby było wygodniej. Na sali poporodowej nie było już nikogo tak życzliwego. To była moja decyzja, ale ze względu na to, że gdy płakała, to położna mówiła, że jest głodna, a mleko jeszcze się nie wyprodukowało, więc dałam". (A299)

Powyższy przykład pokazuje, jak istotna jest wiedza personelu na temat fizjologii laktacji. Przypomnijmy po raz kolejny, że proces laktogenezy rozpoczyna się bowiem już w okresie ciąży. Podawanie dziecku mieszanki jest przeciwnie skuteczne, ponieważ to właśnie dziecko napędza laktację, a szczególnie w pierwszych dobach ma czas na naukę skutecznego ssania z piersi, więc istotne jest częste przystawianie do piersi na żądanie matki i dziecka, a w razie problemów z dostawieniem korekta pozycji karmienia, a dalej podjęcie kroków opisywanych w podrozdziale 3.2.8. Oto kolejne przykłady dokarmiania w drugiej dobie.

„Nie wiem, kto podjął decyzję o podaniu dziecku mieszanki, gdyż nie zostałam poinformowana o jej wprowadzeniu. Dziecku podano mieszankę przy szczepieniu/codziennym toalecie. Dopiero przy wyjściu ze szpitala w książeczce zdrowia dziecka wyczytałam, że mu ją podano". (A269)

„Zależało mi na wyjściu ze szpitala, dziecko niby spadało dużo z wagi i w nocy dostałam do podania mleko modyfikowane – podałam niedużą ilość 2 razy. Cały czas podkreślałam, żeby synka nie dokarmiać, gdy go zabierano na chwilę i mam nadzieję, że nie był dokarmiany. Presja na podanie mleka modyfikowanego była duża. Dostałam dwie buteleczki jednorazowe mleka [nazwa firmy] wraz ze smoczkami »na drogę« (do domu miałam 3 godziny jazdy) – dziecko spadło 7% na wadze i w zaleceniach miałam dokarmianie. Nie użyłam ich". (A1277)



Kolejna historia pokazuje jak zachowanie położnej może obudzić w kobiecie wątpliwości i prowadzić do podjęcia decyzji wbrew wcześniejszym założeniom, pod wpływem presji.

„Jak urodziłam, to młoda w sumie bez problemu jeszcze na sali porodowej zaskoczyła i ssała. Rzeczywiście mała miała straszną taką potrzebę ssania, więc ssała, ssała i potrafiła ssać 40 minut jedną pierś. To później usłyszałam »A no pani ją do drugiej piersi przystawi«. Też nie potrafiłam wtedy odpowiedzieć na pytanie, czy ona ssie. Coś tam czułam, że trzyma tę brodawkę, ale nie wiem, czy ja byłam taka przebudźcowana, czy zmęczona, że nie byłam w stanie tego określić. Do teraz mam czasami problem wyczuć, czy ona tym języczkiem brodawkę trąca i ten pokarm pije. I wtedy sugerowano »A może ona nienajedzona«. W pewnym momencie położne mnie się pytały »A no to mama, może podamy to mleko? Może podamy?«. Jak powiedziano, żeby dać młodej tę gotową mieszankę w takiej małej buteleczce, to mnie to rozrywało na kawałki od środka, a z drugiej strony, która matka chce, żeby dziecko było głodne. Po którymś razie to ja po prostu ze łzami w oczach powiedziałam »Ok. To damy«. Trochę jej dały, córka nie chciała. Jedna z tych położnych powiedziała »Jak ona nie chce trzymać w ustach tej buteleczki, to ona na pewno nie umie ssać piersi«. Właściwie trochę to mnie dobiło, ale taki skrót myślowy tej położnej spowodował, że zapaliła mi się lampka i wtedy, trochę otrzeźwiałam. Mówię, w ogóle nie należy tego wiązać. Mamy butelkę, mówimy o silikonie czy jakiejś gumie, czyli nie o ciepłej piersi mamusi z konkretnym zapachem. Trudno się dziwić, że ona nie chce pić, bo to jest zupełnie inna faktura, inna jest jej potrzeba. Ta lampka mi się zapaliła i na szczęście, jak przyszła doradczyni laktacyjna, która tam pracuje w szpitalu, to powiedziała, że to nie



jest kwestia tego, że to dziecko było głodne. Ta doradczyni jest świetna, bo rzeczywiście i przyniosła szpitalny laktator i mi wytłumaczyła jak to działa, o tym jak pokarm zaczyna być wytwarzany. Jej wiedza była nieoceniona. Powiedziałam jej o tych błędach położnych. Wychodzę z założenia, że jeśli ktoś się na coś nie zna, to lepiej, żeby nic nie mówił, niż wprowadzał w błąd, czy wpędzał kobietę w poczucie winy, że ma karmić dziecko mlekiem modyfikowanym. W przypadku kobiety, której zależy na karmieniu piersią. Doradczyni się wkurzyła i pytała, która to położna. Jak była pani neonatolog wcześniej, to tylko powtarzała, żeby przystawiać do piersi i informowała o wadze dziecka, że w normie. Trochę więcej przystawiać. Mówiła, że, utraciła troszeczkę, ale to się mieści w fizjologii. Nie dawała żadnych zaleceń dokarmiania, bo na przykład dziecko je za mało, przybiera za wolno, czy coś w tym stylu. Decyzja dotycząca wprowadzenia pokarmu dodatkowego, spoczywała na mnie, na tej biednej kobiecie w połogu, która decyduje hormonami, a nie mózgiem w tamtym momencie. Wychodzę z założenia, że na takim oddziale pracują kompetentne osoby. Wiedzą czego potrzebują matka i dziecko, otoczą ich opieką. Jest się w takim stanie, że nie ma możliwości weryfikować jeszcze czyjejs wiedzy na dany temat, w którym wydaje mi się, że powinien być specjalistą. A tych zmian położnych udało mi się trochę tam przeżyć i to co mi się rzuciło na pewno w oczy to to, że ta wiedza się nie uzupełniała wzajemnie. Często one były niekonsekwentne. Jedna gadała co innego, druga co innego. Ta wiedza nie jest ujednolicona i nie mówią wspólnym głosem. Sugestia dotycząca tego smoczka i picia, że dziecko, skoro z butelki nie potrafi, to z piersi też, to padła akurat z ust młodej położnej, więc to było dla mnie takie szokujące. Z kolei jak mi



położna proponowała uspokajacz w postaci smoczka, to była to kobieta w średnim wieku, to było mi łatwiej uznać, że się może mylić. Myślę, że przy drugim dziecku, nie dałabym sobie tak w kaszę dmuchać.”. (K4)

Z naszych danych wynika, że często personel (szczególnie położne i pielęgniarki) sugerują podanie mieszanki lub wręcz same ją podają, bez zgody czy nawet informowania matki, argumentując to potrzebą uspokojenia dziecka czy troską o odpoczynek kobiety. Może to odebrać kobiecie jej podstawowe prawa, poczucie sprawczości oraz podmiotowość. Jedna z kobiet nie dokarmiła dziecka, ale już w drugiej dobie usłyszała propozycje dokarmiania. To pokazuje, jak bardzo świadome i pewne swojej wiedzy muszą być kobiety, jeśli chcą uniknąć nieuzasadnionego medycznie dokarmiania dziecka.

„Usłyszałam, że dziecko płacze i z tego powodu mam nakarmić. Czy jestem pewna, że mam wystarczającą ilość pokarmu oraz że położna zaleca dokarmić. Jak powiedziałam, że nie dokarmię, to położna do mnie »Mama wie lepiej?«. A ja »Tak«. Ogólnie bardzo we mnie zasiała niepewność (ale i tak nie dokarmiłam) – to była druga doba życia”. (A2424)

„Od początku wiedziałam, że chce karmić piersią i że muszę często przystawiać syna więc praktycznie cały czas był ze mną na łóżku i każdy jego sygnał oraz potrzebę ssania zaspokajałam właśnie piersią. Jedna pielęgniarka kilkakrotnie informowała mnie o możliwości dokarmiania mieszanką, mimo iż syn nie płakał, ładnie moczył pieluszki oddawał smótkę i duuuużo był przy piersi. Grzecznie dziękowałam za informację”. (A1124)



Wiele z powyższych przykładów dokarmiania dzieci odbyło się bez zgody matki. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z S000, w sytuacji, gdy nie występuje zagrożenie życia lub zdrowia, matka noworodka ma prawo do decydowania o interwencjach medycznych przeprowadzanych na jej dziecku, a personel ma obowiązek tę zgodę uzyskać przed przeprowadzeniem takowej. Zatem decyzję o podaniu mieszanki podejmuje matka, a potrzebę podania zleca lekarz. Położnej czy pielęgniарce, zgodnie z S000, nie przyznano kompetencji wydania takiego zalecenia.

Każda interwencja medyczna powinna być odnotowana w dokumentacji. Poza wewnętrzną dokumentacją szpitala, umożliwiającą następującym po sobie zmianom przepływ informacji, również w wypisie pacjenta powinny znaleźć się informacje o przeprowadzonych interwencjach, w tym o podaniu mieszanki.

Zdarza się, że kobiety podpisują pisemną zgodę na podanie mieszanki. Z naszych danych wynika, że niestety bywa również, że informacje o podaniu mieszanki nie są wpisywane do dokumentacji medycznej. W świetle obowiązku monitorowania przez szpitale wskaźników opieki, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych (S000 I. Postanowienia ogólne, ust.2.), z których jedną jest podanie mieszanki, brak odnotowania faktu dokarmiania dziecka w dokumentacji medycznej rodzi ryzyko podawania nieprawdziwych wskaźników, w szczególności dotyczących statystyk dokarmiania dzieci.

„To była pierwsza doba. Po pierwszej dobie w nocy. Po prostu on płakał cały dzień i całą noc, więc nad ranem poprosiłam, żeby go dokarmiali. To położna, która właśnie całą dobę miała wszystko gdzieś. Przychodziła, przystawiała, po czym mówiła, że ja źle przystawiam i generalnie, że ona na nie ma czasu ze mną tutaj siedzieć. A to była kwestia 3 minut, żeby zobaczyła, że on w ogóle od razu puszcza i nie jest zainteresowany. Nawet nie przełyka, tak? Więc, jak powiedziałam, że nic z tego nie będzie i właśnie po tej nocy jak poprosiłam, żeby ona go dokarmiła, to ona go zabrała i w sumie jak przywiozła mi go, to on spał. Na dobrą sprawę nie wiem, co on dostał - czy mleko modyfikowane, czy glukozę. Następnego dnia rano właśnie zmieniła się zmiana



i przyszła młoda dziewczyna, no to mówię jej, że generalnie potrzebuję mleka modyfikowanego, bo dokarmiony był w nocy. Ona pyta czym był dokarmiony, jaką dawką w ogóle, ile, ja mówię, że nie wiem, no i się okazało, że nie ma niczego w papierach o tym, także nawet nie wiadomo, co on dostał na dobrą sprawę. Nawet nie wiedziała rano przychodząc na zmianę, że ja potrzebuję mleka”.
(K17)

Zdarza się, że dziecko jest dokarmiane ze względu na leki przyjmowane przez matkę. Tymczasem jest wiele leków, które stanowią niskie ryzyko dla dziecka karmionego piersią. Opieka medyczna nad pacjentką karmiącą powinna być tak prowadzona, żeby w razie konieczności zastosowania farmaceutyków, dostosować dawkę i rodzaj substancji do potrzeb sytuacji, umożliwiając karmienie piersią. W kolejnej historii podano mieszankę bez zgody matki ignorując zapisy zawarte w planie porodu i nie informując kobiety o konsekwencjach podania leków. Personel z góry założył, że karmić nie powinna.

„Dokarmiono dziecko raz, bez mojej zgody, mimo planu porodu, w którym wyraźnie napisałam, że tego nie chce. Poprosiłam o leki przeciwbólowe, bo te które dostałam nie pomagały. Kiedy się obudziłam, zobaczyłam mieszankę. Spytałam, dlaczego dokarmili dziecko, usłyszałam, że przecież dostałam leki i nie mogę jej karmić. Nikt mnie nie poinformował, że po lekach przeciwbólowych nie będę mogła karmić. Byłam na nich bardzo zła. Więcej nie zdecydowałam się na ten lek przeciwbólowy”. (A2386)

Stan kolejnej kobiety po porodzie uniemożliwił samodzielne karmienie przez nią piersią, jednak pomimo woli karmienia wyrażonej w planie porodu, nie udzielono kobiecie pomocy w nakarmieniu piersią. Zamiast tego, bez uzyskania zgody matki podano mieszankę.



„Miałam kontakt skóra do skóry przez dwie minuty, bo nie miałam siły trzymać dziecka. Dziecku podano mieszankę, o czym prawdopodobnie zdecydował lekarz, gdyż miałam wstrząs krwotoczny 3 stopnia, pęknięcie krocza (od łechtaczki prawie do odbytu), trudności z obkurczaniem macicy itp. Nie otrzymałam pomocy. Brak czasu, brak wiedzy, brak chęci pomocy. Sama nie byłam w stanie utrzymać dziecka na rękach, ale gdyby ktoś mi pomógł nie musiałby być dokarmiany tak, jak było napisane w planie porodu. Każda pielęgniarka (i lekarz) zajmująca się noworodkami powinna znać aktualne zalecenia WHO i posiadać podstawową wiedzę związaną z karmieniem piersią. Bardzo istotne są w wielu przypadkach pierwsze chwile, dni przyjścia dziecka na świat, aby móc karmić - pomoc w szpitalu powinna być fachowa i dostępna bez konieczności upominania się o nią”. (A2306)



Problem!

Połowa noworodków (50,6% dzieci ankietowanych kobiet spośród tych, które były pod opieką szpitalną po porodzie) jest dokarmiana mieszanką w szpitalu z czego 9 na 10 dokarmianych dzieci (90,4% dzieci ankietowanych kobiet, które zostały dokarmione mieszanką) otrzymało mieszankę już w pierwszej lub w drugiej dobie życia. W wielu przypadkach dokarmianie jest bezpodstawne, wynikające z inicjatywy położnych lub pielęgniarek, bez zlecenia lekarskiego, a nawet odbywa się bez zgody czy świadomości matki. Uniknięcie bezpodstawnego dokarmiania wymaga od kobiet dużej wiedzy i asertywności. Zdarza się, że dokarmianie mieszanką nie jest odnotowywane w dokumentacji medycznej, co rodzi ryzyko zakłamania statystyk dokarmiania w danym szpitalu.



Na łamach raportu odnotowywałyśmy już wiele przykładów braku lub ograniczonego wsparcia w karmieniu piersią po porodzie drogą cięcia cesarskiego. Oto kolejne:

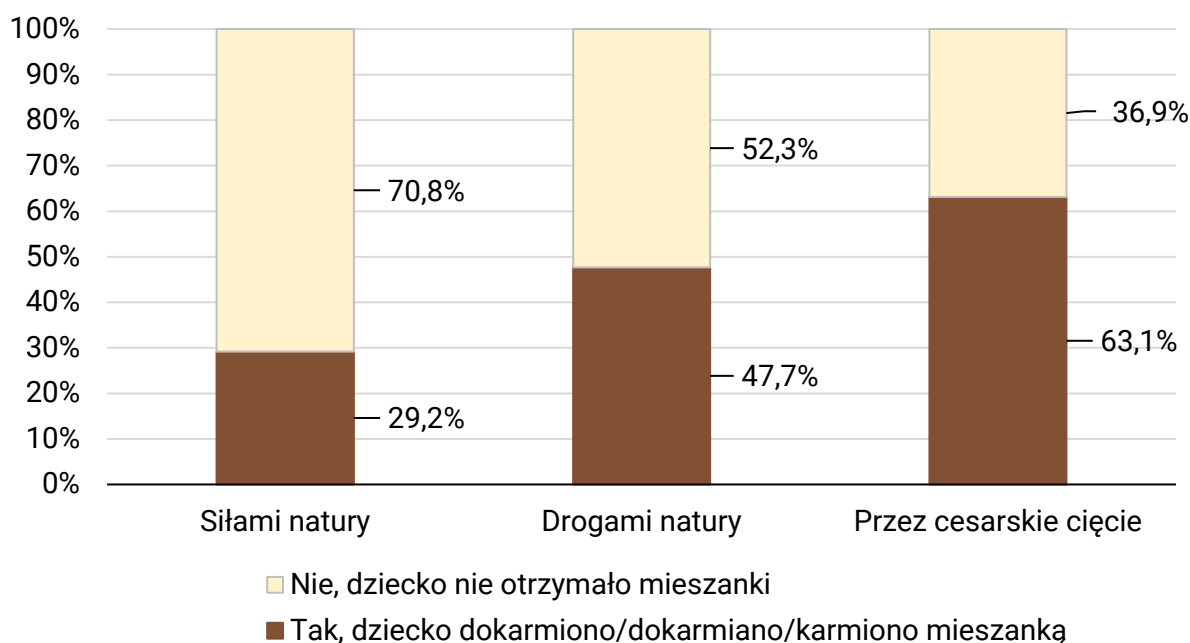
„Córka mi mocno płakała. Ja nie mogłam wtedy jeszcze wstawać, bo to była pierwsza noc. W szpitalu, w którym rodziłam nie można wstawać 24 godziny po cięciu cesarskim. Trzeba leżeć i nie można się wcześniej aktywizować, więc leżałam, więc w nocy mocno płakała. Była obok w tym łóżeczku. Nie bardzo mogłam sobie poradzić. Przyszła położna i zaproponowała, że ona ją zabierze i że może ją trochę ponosi, ewentualnie dokarmi. Ja wtedy powiedziałam, że nie chciałabym, żeby ją dokarmiali. Na co mi położna powiedziała, że jak będzie tak płakać to ona nie będzie zwlekała. To to był środek nocy. Położna nie zaproponowała mi, że da mi dziecko, że może by się przytuliło czy coś tylko, że ona ją zabierze. Później już sama sobie wzięłam dziecko i ją przytuliłam i tak spałyśmy do rana”. (K9)

„W szpitalu niby jest propagowane karmienie piersią, ale mleko modyfikowane leje się strumieniami. Dziewczyna na sali ze mną miała jeszcze za mało pokarmu, dziecko od razu po urodzeniu wisało jej praktycznie non stop na piersi, tak się przecież rozkręca laktację, ale położne zasugerowały, że nakarmię mlekiem modyfikowanym, aby miała spokój. Tak, aby się mogła wyspać. Takie było sformułowanie, bez wskazań. U mnie było tak samo. Mleko było po prostu podawane. Bez pytania o zgodę. Jak dali dziecko na chwilę po cięciu cesarskim do przystawienia, tak potem karmili butelką”. (A481)



“Nie wiedziałam, że dziecko otrzymuje mieszankę. Dowiedziałam się o tym na drugi dzień po porodzie. Wytłumaczeniem położnej było, że po cięciu cesarskim na pewno nie miałam jeszcze mleka”.
(A503)

Zaobserwowałyśmy zależność między tym, czy dziecko otrzymało/otrzymywało mieszankę w szpitalu a rodzajem porodu. W przypadku dzieci urodzonych w porodzie bez interwencji medycznych, czyli siłami natury 29,2% zostało dokarmionych mieszanką, zaś 70,8% z nich nie otrzymało mieszanki. W przypadku porodu drogami natury, czyli takiego, w którym miała/y miejsce interwencja/e medyczna/e, już 47,7% dzieci otrzymało lub otrzymywało mieszankę, zaś 52,3% nie zostało dokarmionych. W przypadku porodu poprzez cięcie cesarskie procent dzieci dokarmionych/dokarmianych/karmionych mieszanką wzrósł aż do 63,1%, zaś tylko 36,9% z nich mieszanki nie otrzymało ani razu (Ryc. 3.19.).



Ryc. 3.19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Jak urodziłaś?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



W naszych wywiadach powtarzają się historie, w których kobiety, które urodziły dziecko przedwcześnie, nie otrzymały odpowiedniego wsparcia w karmieniu własnym mlekiem.

„Urodziłam miesięcznego wcześniaka, więc 3 dni później, to już by nie był wcześniak, jednak ospałość u dziecka i problemy ze ssaniem wystąpiły. Zaczniemy od tego, że w tym ostatnim miesiącu ciąży chciałam się doszkolić na temat karmienia piersią, a wyszło jak wyszło, że nawet do końca torby do szpitala nie miałam spakowanej i trzeba było się szybko organizować. W szpitalu mały miał dosyć wysoką żółtaczkę i był ospały i jak próbowałam go przystawić do piersi, to nie miał siły ssać. Po paru samodzielnych próbach. Panie położne mi naciskały sutki i mówiły »Mleko jest«, to też widziałam, że jest. Przy nich mały się przystawiał, jak sama próbowałam to nie bardzo. Potem przyszła pani położna i z oczami jak ze Shreka mówi »Ale on już jest głodny. To co? Ja przyniosę mleczko i butelkę, bo on jest głodny«. W tych całych emocjach po porodzie nagłym, takim niespodziewanym, jak ktoś mi mówi, że dziecko jest głodne, a ja nie potrafię ocenić, czy jest głodne, to już w pierwszej dobie wleciała butelka. Teraz już wiem, że to zupełnie inaczej powinno wyglądać, ale widać było, że ta pani tak z dobroci serca. Ona naprawdę nie robiła mi nic na złe, tylko »Ale on już jest głodny może mu dam buteleczkę«. To znowu moje zaniedbanie, bo nie przygotowałam się. Teraz już wiem, że bym poprosiła o strzykawkę, żeby nie dawać jednak z tej butelki, żeby próbować odciągać moje mleko, które było. Naprawdę no sikało mi. Laktator dostałam chyba dopiero w 2 dobie od takiej starszej położnej, przyniosła mi, ale jak się pytałam, jak tego używać »No tutaj chyba gdzieś trzeba kliknąć«. Ja nawet nie pomyślałam o laktatorze. Dużo się działo, nieplanowany poród,



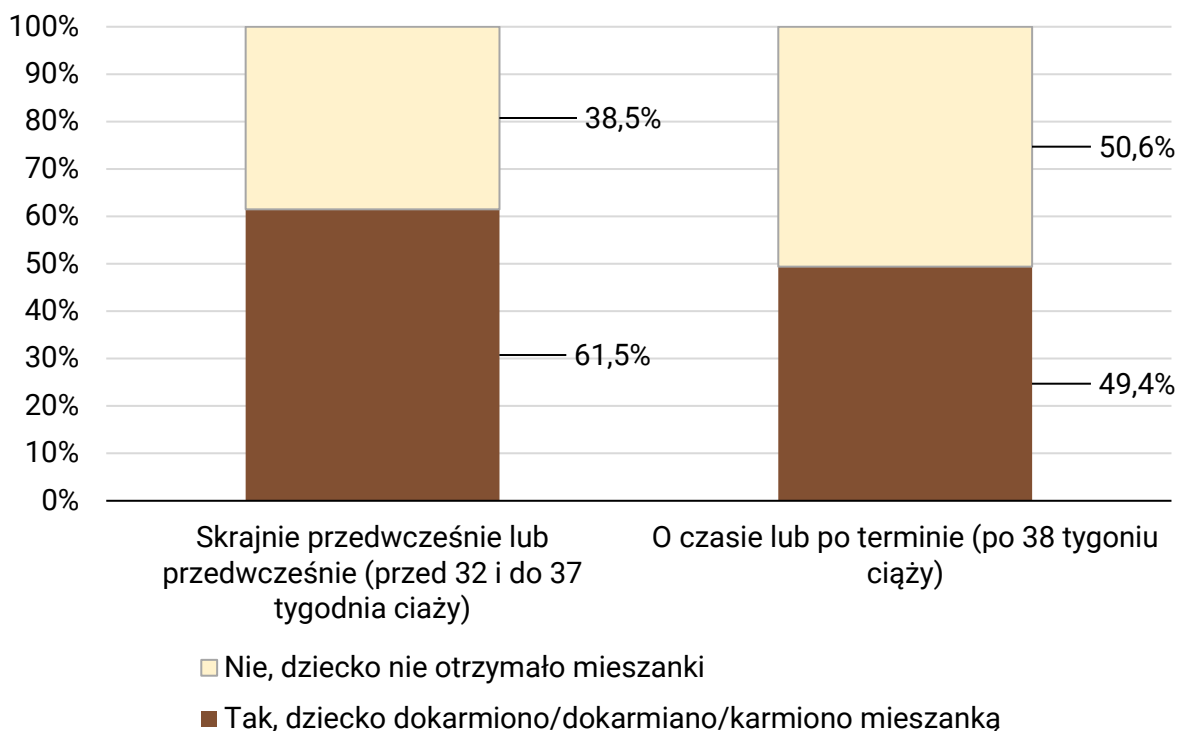
jeszcze miesiąc miał być. Nawet nie wiedziałam, że mam nawał. Nie czułam, że te piersi już mam tak spuchnięte, że zaraz wybuchną i to właśnie ta położna zauważyła i dostarczyła mi ten laktator, ale też bez żadnych informacji jak ściągać. W szpitalu byłam 5 dni, bo urodziłam w piątek, a wyszłam dopiero we wtorek. On był dokarmiany tak, że tyle ile mi się udało ściągnąć, to tyle dostawał mojego. Te dodatkowe ilości już były mieszanki zgodnie z sugestią pań położnych. Teraz wiem, że za dużo dostawał. Ten żołądek był za malutki na to, ale było pół na pół. Pamiętam, że jak wróciliśmy do domu, no to Internet od razu: jak zejść z dokarmiania. W domu dostawał 2 dni butelkę z mlekiem modyfikowanym, a potem udało mi się przejść całkowicie na swoje odciągane, bo dalej jeszcze był problem, żeby mały złapał pierś”. (K16)

„Wcześniak urodzony z wrodzoną wadą, o której mimo badań prenatalnych nie wiedziałam, operowany w 2 dobie. Był 5 tygodni na Intensywnej Terapii. Po wykryciu wady zagrażającej życiu i konieczności pilnej operacji dziecko zostało przewiezione do szpitala w innym mieście. Karmię piersią już 14 miesięcy. Byłam bez kontaktu z dzieckiem przez 40 dni, pracując jedynie na laktatorze, rozkręcając i podtrzymując laktację do przyjazdu dziecka. Wyłącznie dzięki przeczytaniu fachowej i aktualnej literatury oraz pomocy doradczyni CDL, za której wizyty płaciłam z własnej kieszeni. W szpitalu po porodzie nikt nawet słowem nie wspomniał, że mogę zbierać siarę i zanosić dziecku, zero zainteresowania. Mieszanka dla dziecka i spokój. Uważam, że każda kobieta w ciąży powinna mieć refundowaną wizytę CDL przed porodem i zaraz po porodzie w szpitalu. To moje



doświadczenia z karmienia piersią i opieką medyczną finansowaną z NFZ". (A1098)

Częściej były dokarmione dzieci urodzone przedwcześnie (przed 32 i do 37 tygodnia ciąży) – 61,5%, zaś 38,5% spośród tej grupy nie zostało dokarmionych mieszanką. Dzieci urodzone o czasie były dokarmiane w 49,4%, zaś 50,6% z nich nie otrzymało mieszanki (Ryc. 3.20.).



Ryc. 3.20. Tabela krzyżowa: na podstawie odpowiedzi na pytanie „Kiedy urodziłaś?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



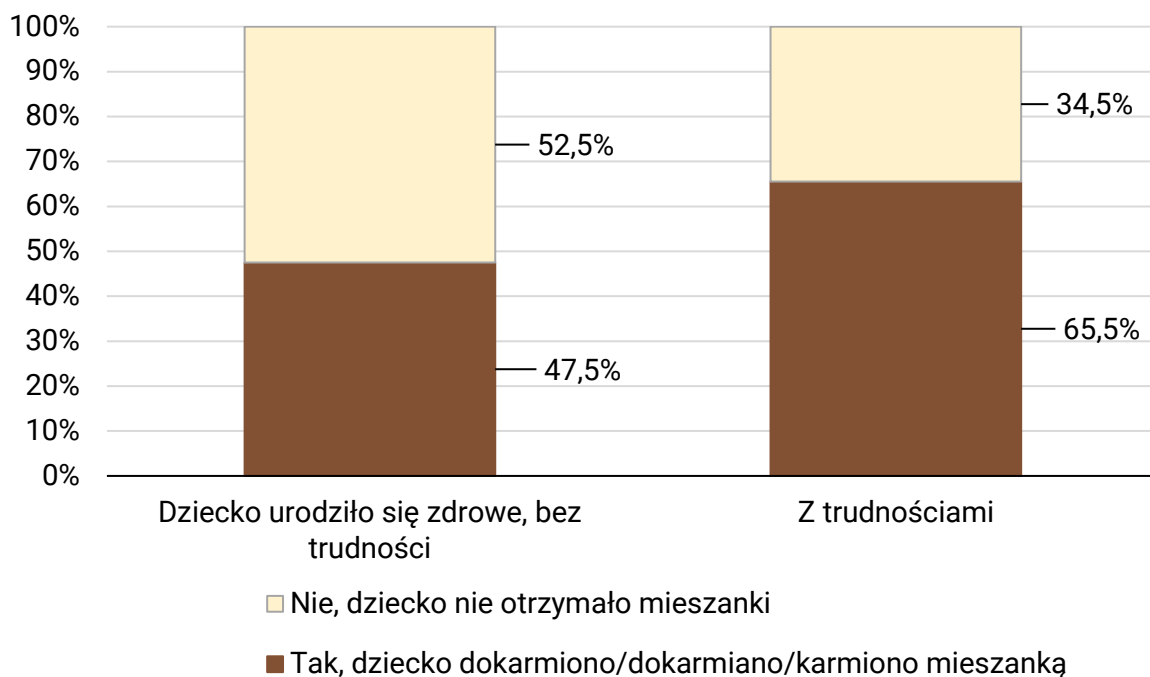
Z naszych danych wynika, że często mieszankę podaje się rutynowo w przypadku wystąpienia pierwszych trudności. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca, kiedy kobieta deklaruje chęć karmienia piersią, ponieważ według SOOO oraz rekomendacji WHO¹⁸⁷ dokarmianie mieszanką nie jest rozwiązaniem problemu, jest interwencją medyczną, którą powinno zastosować się po wyczerpaniu innych opcji, o których wielokrotnie już wspominałyśmy.

„Dziecko miało zaburzenia oddychania w wyniku zachłyśnięcia wodami płodowymi. Pielęgniarka z oddziału neonatologii powiedziała, że skoro nie karmiłam od momentu urodzenia, to nie mam pokarmu i nie będę mieć. Uważano, że skoro dziecko podczas pobytu w inkubatorze było karmione mieszanką, to tak powinno pozostać, bo cytuję: »Przecież to jest dobrze«. Nie wiem, bo nikt mnie o tym nie informował. Będąc w szpitalu przez ponad 24h od momentu urodzenia, nie otrzymałam ŻADNEJ informacji na temat stanu zdrowia dziecka, lekarz nie był dostępny. Dopiero po złożonej skardze u ordynatora oddziału uzyskałam jakiegokolwiek informacje”. (A247)

Z zależności dokarmiania dziecka mieszanką względem tego, czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z trudnościami zdrowotnymi widać, że dzieci z trudnościami były dokarmiane częściej – w 65,5% przypadków, zaś 34,5% dzieci z tej grupy nie dokarmiono, podczas gdy u dzieci zdrowych rozkłada się to następująco: 47,5% było dokarmionych mieszanką, zaś 52,5% nie (Ryc. 3.21.).

¹⁸⁷ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE 2018*, Genewa 2018, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> [dostęp: 30.11.2023]

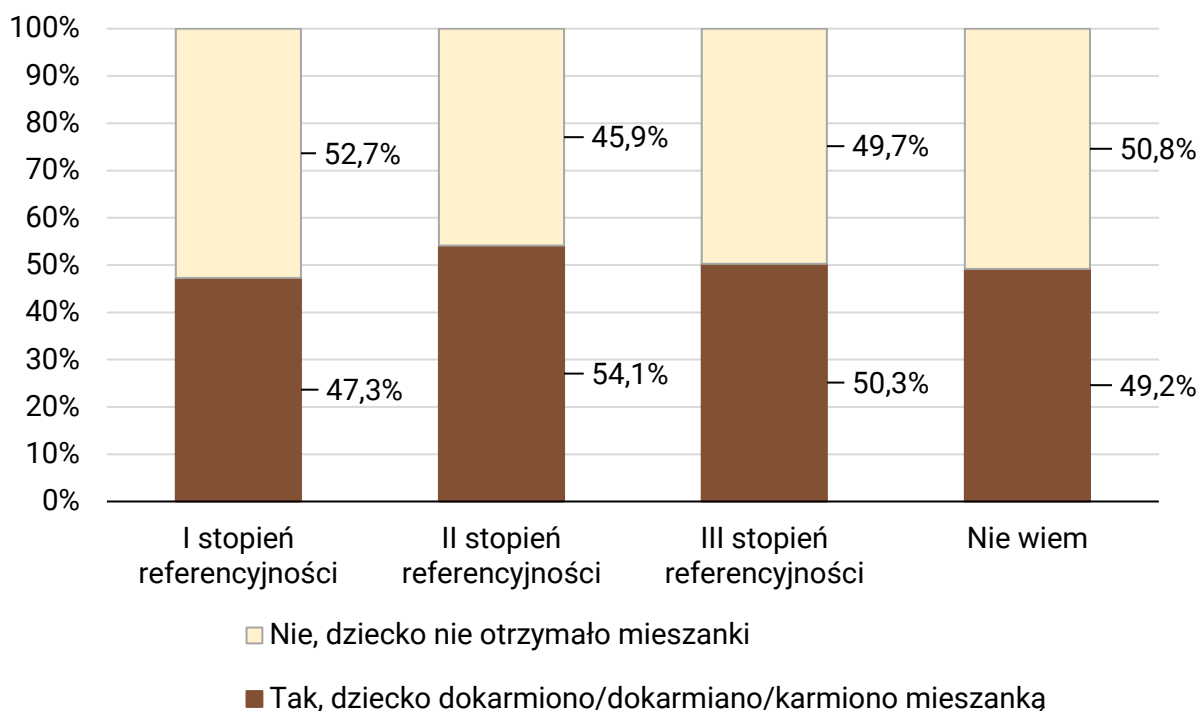




Ryc. 3.21. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z jakimiś trudnościami?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)

Poziom dokarmiania dzieci mieszanką rozkładał się podobnie, niezależnie od stopnia referencyjności szpitala. W szpitalach o I stopniu referencyjności dokarmionych było 47,3% dzieci, zaś mieszanki nie otrzymało 52,7%. W szpitalach o II stopniu referencyjności dokarmienie miało miejsce w 54,1% przypadków, zaś nie miało miejsca dla 45,9%. W szpitalach o III stopniu referencyjności dokarmienie zastosowano dla 50,3%, zaś nie stosowano dla 49,7%. Wśród kobiet, które nie znały referencyjności szpitala wyglądało to podobnie – 49,2% dokarmiono, zaś 50,8% nie (Ryc. 3.22.).





Ryc. 3.22. Tabela krzyżowa dla pytań: „Jaki stopień referencyjności miał szpital?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)



Problem!

Na podstawie zebranych ankiet okazuje się, że częściej dokarmiane mieszanką są dzieci urodzone przez cesarskie cięcie oraz te, które urodziły się z trudnościami lub przedwcześnie, pomimo, że żywienie sztuczne stanowi ryzyko pogłębienia problemów zdrowotnych u dzieci w tych grupach. Zdarza się wśród personelu przekonanie, że po cesarskim cięciu „nie ma” mleka, co jest usprawiedliwieniem braku udzielenia pomocy w inicjacji i kontynuacji karmienia piersią, a czasem wręcz przyczyną szkodliwej ingerencji w proces karmienia.



Dzieci chore i przedwcześnie urodzone mają mocno ograniczony dostęp do mleka kobiecego od dawczyń z Banku Mleka Kobiecego, pomimo, że jest to mleko dedykowane tym dzieciom.

Jakie są przyczyny tak niskich wskaźników karmienia piersią lub mlekiem matki w szpitalach? W niniejszym raporcie wielokrotnie już wspominałyśmy o niedostatecznej wiedzy personelu medycznego. Rzetelnej i prawidłowej edukacji brakuje przede wszystkim na etapie kształcenia, o czym świadczą wypowiedzi kobiet z wykształceniem medycznym.

„Jestem pielęgniarką z wykształcenia. Skończyłam Uniwersytet Jagielloński. Nikomu się oczywiście tym nie chwaliłam, że jestem osobą wykształconą medycznie. Natomiast co innego jest się wykształcić i praktykować. Praktycznie na ginekologii i położnictwie mamy tylko praktyki. Niezbyt dużo z tego nawet pamiętałam. Co innego jest być medykiem, a co innego jest być mamą i mieć dziecko pod swoją opieką cały czas, kiedy się nic nie wie ani nawet jak je przystawić do piersi, ani nawet jak przebrać, bo człowiek tak naprawdę głupieje, kiedy zostaje pierwszy raz mamą. Próbowałam sobie radzić tak, jak mogłam”. (K25)

„Jakieś tam rzeczy typu skład mleka, dlaczego mleko kobiece jest lepsze niż mleko modyfikowane, to tak, takie rzeczy się pojawiały, ale nie oszukujmy się, każdy kto jest lekarzem, znaczy większość, będzie miało dzieci, więc uważam, że taka wiedza podstawowa, no takie rzeczy, które powinniśmy wiedzieć jak pomóc żonie czy samej sobie jak się jest w ciąży czy się karmi, czy no małe dziecko, to powinny być takie podstawy, a nie wychodzi się z taką wiedzą. Wychodzi się z wiedzą, jak cząsteczka wirusa jest



zbudowana, a nie takie podstawowe rzeczy. Na pediatrii był jeden wykład, który pamiętam o mleku kobiecym. Jeden wykład na 3 roku studiów. Tam były ze 4 godziny, ale to podejrzewam, że było skrócone gdzieś do 2,5 obstawiam, jakieś tam 100 slajdów na temat mleka kobiecego mogło być. Ale nawet na ginekologii, na położnictwie, gdzie miałam bardzo dużo zajęć nigdy nic innego się nie pojawiło”. (K9)

”Może jak ktoś ma bardzo dobrą pamięć, a propos przedmiotów przedklinicznych to nie wykluczam, że na przykład na fizjologii czy na histologii kiedyś mówiliśmy o tkance gruczołowej, to byłby 2-3 rok studiów. Ja kompletnie tego nie pamiętam, żeby zanim jeszcze nie mieliśmy do czynienia z pacjentem, był sam temat laktacji omawiany. Nie pamiętam tego zupełnie, choć nie wykluczam, że jakieś wspominki były. Natomiast, jeśli chodzi już o zajęcia kliniczne, jak sobie przypominam neonatologię, położnictwo, ginekologię to też nie za bardzo o tym mieliśmy. Najwięcej o laktacji, jeśli już, to pamiętam z pediatrii, kiedy mówiono o żywieniu dzieci. To było raczej na zasadzie co mówi WHO, jak długo karmić piersią, kiedy rozszerzać dietę, to było coś takiego. Natomiast na przykład laktogeneza, tak? Sama się złapałam na tym, że kiedy korzystałam z aplikacji takiej ciążyowej, która mówi, co się dzieje w kolejnym tygodniu ciąży, to tam było takie zdanie »16 tydzień ciąży – rozpoczyna się proces laktogenezy«, a ja »Co??? To już?«. Mówię »Jakim cudem ja tego nie pamiętam? Czy ja się o tym uczyłam?« i byłam taka zaskoczona, że »O mój Boże, to jeszcze nie połowa ciąży, a to już się dzieje?«. To mnie tak uderzyło, że kurczę pamiętam cykl spermatogenezy, pamiętam cykle trawienia, coś tam z cyklu



Krebsa, a to, że laktogeneza zaczyna się w 16 tygodniu ciąży, to dla mnie było zaskoczenie". (K28)

Tak natomiast brak edukacji już na etapie studiów medycznych podsumowała jedna z lekarek, która udzieliła nam wywiadu:

„Ogromnym problemem jest to, że studenci kierunków medycznych kończą uczelnię medyczną i tak naprawdę mają bardzo pobieżną i bardzo płytką wiedzę na temat korzyści wynikających z karmienia naturalnego, podstaw i fizjologii laktacji. Trudno potem wymagać od tych młodych ludzi, żeby promowali karmienie naturalne, skoro ich wiedza jest na poziomie minimalnym, albo prawie żadnym, bo znowu zależy na jakich edukatorów na studiach trafią. Jeśli na zajęciach na przykład z neonatologii studenci wydziału lekarskiego będą nauczeni, że przede wszystkim trzeba zadbać o to, żeby dziecko było karmione mlekiem matki i co zrobić, i jak przystawić do piersi, to potem będą o tym pamiętali i próbowali to wdrażać. Jeśli na zajęciach na temat karmienia noworodka słyszą wyłącznie o karmieniu z butelki i jak to dziecko butelką nakarmić i to też nie zawsze prawidłowo? Znam trochę studentów medycyny i zawsze podpytuję czego was uczyli, jak wam pokazywano różne rzeczy, jak edukowano. Niestety tej wiedzy nie ma. To nie oczekujemy od studenta, stażysty czy lekarza na początku rezydentury, nawet z pediatrii czy neonatologii, żeby coś więcej wiedział, skoro nie zdążył się do tej pory tego nauczyć, bo nie miał okazji. Mogę już powiedzieć po iluś latach swojej pracy zawodowej, że mimo wszystko w Polsce nie doceniamy nadal tych działań, które są najtańsze, czyli nie inwestujemy stosownie dużo



i dobrze w profilaktykę. Nie doceniamy tego, jak wiele ta profilaktyka może nam przynieść przy stosunkowo niedużych nakładach, bo jeśli chodzi o wspieranie karmienia naturalnego, to mamy za małą świadomość albo nie chcemy tej świadomości mieć, że jeśli zainwestujemy w zwiększenie odsetka dzieci karmionych naturalnie, w karmienie piersią naszych najmłodszych pacjentów, to nie od razu, choć od razu też jakieś korzyści, zyski finansowe, ekonomiczne będą, natomiast w perspektywie kilkudziesięciu – 30, 40, 50 lat, naprawdę możemy oszczędzić całkiem duże pieniądze, które można by było przeznaczyć na te dziedziny, na które nie jesteśmy w stanie profilaktyką, aż tak bardzo wpłynąć”. (P3)

Brak edukacji o laktacji lub bardzo mały jej zakres w toku nauczania przekładają się na pracę oddziałów położniczych i neonatologicznych.

„Położne w szpitalu nie mają wiedzy na temat laktacji”. (A143)

„Personal próbował mi pomóc udzielając różnych rad, ale rady były nieskuteczne i czasem wykluczające się. Dziecko miało przedłużającą się żółtaczkę przez co nie budziło się na karmienie i problemy z ssaniem przez wędzidełko. Moim zdaniem problemem był brak wykształcenia położnych w temacie karmienia”. (A1344)

„Jedna młoda pani położna miała aktualną wiedzę w swojej dziedzinie. Była bardzo miła, nie oceniała, nie krytykowała, rozwiewała wątpliwości. Lecz gdybym była mamą niedoedukowaną



wcześniej z Internetu i książek, to nie wiedziałabym zupełnie kogo słuchać, ponieważ każda położna mówiła co innego. Uważam, że wszystkie położne powinny mieć taki sam zakres wiedzy. Tutaj każda mówiła co innego, a były też panie położne w wieku około 65-70 lat i wydaje się, że wiedzy nie uaktualniały bardzo dawno. Jedna pani wypowiedziała mi listę zakazanych produktów spożywczych przy karmieniu piersią, w tym były owoce, warzywa, a i czosnek to ponoć samo zło!!!!” (A591)

„Przede wszystkim jama ustna jest niezbadana, nie jest oglądana, tam tylko niektórzy zajrzą, ewentualnie na język po prostu popatrzeć, ale w kontekście czy coś na nim jest czy nie, więc nie ma takiej pełnej diagnozy. Nie ma spojrzenia takiego całościowego, czyli spojrzenie właśnie na to, że w tym karmieniu jest i mama, i dziecko, że trudności są tej pary, a nie tylko mamy czy tylko dziecka. One zawsze będą wspólne. Brak też moim zdaniem edukacji, aktualizacji swojej wiedzy, odnośnie do tego, jak powinno wyglądać karmienie, jak to dziecko powinno przy karmieniu się zachować albo jakie są też sygnały niepokojące. Moim zdaniem problemem są braki wiedzy na tematy tak fundamentalne, jak to, ile dziecko powinno w ogóle w pierwszych dobach zjeść, bo mam wrażenie, że przekarmianie dzieci jest na porządku dziennym”. (P9)

„W mojej opinii, oddziały położnicze mają całkiem fajne wsparcie laktacyjne. Być może jeszcze psychologiczne podejście warto poprawić. Ale wiedza położnych jest spora. Gorzej ma się wiedza na oddziałach patologii noworodka, gdzie pracują pielęgniarki, a nie położne. Spotkałam się z niezrozumieniem fizjologii laktacji:



»Dziecko wisi ciągle na piersi, to pewnie się nie najada. Trzeba mu dać mleko modyfikowane«, albo robienie uwag do mojego menu i obwinianie mnie o to, że dziecko jest niespokojne, bo pewnie wypitam sok etc.» (A2397)

Podział organizacyjny szpitali na oddziały neonatologiczne czy położnicze często pogłębia trudności w ustaleniu jednolitego podejścia do wsparcia kobiet i noworodków w karmieniu piersią. W ostatnim cytacie i w kolejnym – położnej, która na co dzień pracuje w szpitalu jako doradczynie laktacyjna – mamy przykłady, gdzie trudniej jest o to wsparcie na oddziale neonatologicznym. Chcemy tu jednak podkreślić, że w innych historiach cytowanych w raporcie bywało odwrotnie, więc nie sądzimy, aby było regułą, że takie czy inne oddziały nie wspierają. Wydaje się, że to zależy od pojedynczych osób, które są w stanie zmienić praktyki i procedury na danym oddziale, a mogą być to zarówno pielęgniarki, położne, lekarze czy nawet inne osoby, choć ostatecznie musi być to decyzja kierownictwa.

„W moim szpitalu jest taki podział na noworodki i na położnictwo. Za noworodka jest odpowiedzialny personel oddziału noworodkowego, za pacjentkę jest odpowiedzialny personel oddziału położniczego. Szef oddziału położniczego jak najbardziej dużo dyskutował z personelem z oddziału noworodkowego, z szefem i z oddziałowymi, ale jakby bezpośrednio nie był za to odpowiedzialny. Za to odpowiedzialny był szef oddziału neonatologii. Mój szef na przykład krótko przed odejściem do mnie mówi »Słuchaj, zrób taką listę, które uważasz, że powinny się zmienić, chciałbyś, aby się zmieniły«. On z tą listą szedł na zebranie, na którym rozmawiał o tym z osobą na stanowisku odpowiadającym jego stanowisku, ale z oddziału neonatologii. Bardzo chciał to zmienić, ale bezpośrednio nie był za to odpowiedzialny, więc mógł sugerować, mógł rozmawiać na ten temat, ale nie mógł bezpośrednio podejmować decyzji. Jak



przyszłam do pracy moja córka miała 2,5 roku niecałe. Spotkałam się z jedną lekarką neonatolożką. Dodam, że mi zajęło 6 tygodni przejście na piers po porodzie, zanim moja córka załapała i miała dobre przyrosty. Mogło się to odbyć szybciej. Teraz już z perspektywy czasu wiem, że parę rzeczy zrobiłam źle. Wiadomo człowiek się uczy na błędach i tyle czasu mi zajęło. I mówię, do tej lekarki, że moja córka cały czas jest na piersi, cały czas się karmi. Z absolutnie pełną dumą to powiedziałam i lekarka mówi: »Tak długo to już to jest chyba kwestia bardziej pani przyjemności«. To było pierwsze moje takie zderzenie. »Ok, dobra, czyli to jest osoba, z którą no może za dużo nie zdrałam, trzeba się zdystansować« pomyślałam. Uważam, że personel właściwie to każdy i oddziału położniczego i neonatologicznego i lekarze neonatolodzy i lekarze ginekolodzy, powinni być systematycznie po prostu przeszkalani. Oczywiście w różnym zakresie. Lekarz neonatolog będzie szkolony w zakresie np. farmakoterapii w laktacji i wskaźników skuteczności karmienia, bo mi się wydaje, że to jest bardzo duży problem wśród personelu oddziału neonatologicznego. Personel ginekologiczny no to o jakichś chorobach właśnie, ta farmakokinetyka leków, laktacja. Nie dalej jak wczoraj, miałam pacjentkę ze schizofrenią na podstawowym leku stosowanym w schizofrenii, gdzie lekarz psychiatra na konsultacji wpisał, że pacjentka nie może karmić piersią, a to jest psychiatra, z którym ja rozmawiałam 3 miesiące temu o dokładnie takiej samej sytuacji: »Ale pani doktor, ten lek jest dozwolony pani zobaczy, ja pani pokażę« i ona »No to się widzę dużo zmieniło«, no ale napisała, że lek sprawdzony i może być stosowany. Mimo tego po trzech miesiącach ponownie jest taka sama decyzja, że nie można karmić. Teraz miałam zajęcia ze studentkami z położnictwa



drugiego roku studiów magisterskich i przeszłam z nimi cały protokół oceny skuteczności karmienia, jakie dziecko ma odruchy, w którym momencie oceniamy efektywność, w którym momencie oceniamy pozycję tych pacjentek i to samo mi się wydaje, że powinno dotyczyć personelu neonatologicznego. Próbuję umówić szkolenie wewnątrzszpitalne personelu, ale brakuje mi po prostu na to czasu, ale chcę to zrobić. Tylko, że to będzie szkolenie dobrowolne, więc te dziewczyny, które będą chciały, to szkolenie odbędą, a te które nie będą czuły takiej potrzeby, to na to szkolenie nie pójną. Ale docierają do mnie głosy z neonatologii, czy będę to organizować i kiedy, bo one by jednak chciały. Jak są takie pojedyncze jednostki, które chcą zrobić dużo dobrego, ale trafiają do grupy, która pracuje bardzo długo już na oddziale i ma pewne swoje przyzwyczajenia i przekonania, to tej jednej jednostce będzie bardzo ciężko się przebić, bardzo ciężko”.
(P10)

„Pierwszy punkt, to byłyby jakieś kursy im zrobić cokolwiek, jakiś egzamin chociaż, żeby to jakoś wyegzekwować, bo robi się kurs, na który one przyjdą albo nie przyjdą, posłuchają albo nie posłuchają. One 30 lat robią to samo, to co im jakaś głupia młoda baba będzie mówić, jak mają postępować”. (K9)

„Jest takie polskie porzekadło »Ryba psuje się od głowy«, ale też i od tej głowy się rozwija, więc jeśli jest światły szef otwarty na zmiany szczególnie jeśli badania naukowe pokazują, że to sprzyja czemuś dobremu, rozwojowi czy poprawie zdrowotności czy poprawie stanu emocjonalnego, psychicznego, na przykład, jeśli



chodzi o te właśnie wszystkie procedury związane z inicjatywą »Szpital Przyjazny Dziecku«, to są one po prostu wdrażane. Natomiast jeśli ktoś jest zamknięty na te nowinki i mówi »Zawsze tak pracowaliśmy i dalej tak będziemy pracować, przecież było dobrze, to po co mamy cokolwiek zmieniać«, to niestety zespół też tak postępuje, chyba że jest mocno zbuntowany i potrafi postawić się szefowi. Kiedyś to nie było takie łatwe, bo generalnie, jeśli chodzi o strukturę środowiska medycznego to była ona zawsze i jest nadal bardzo zhierarchizowana w naszym kraju. W tej chwili może młode pokolenie jest odważniejsze i potrafi głośniejszypowiadać swoje zdanie”. (P3)

„To widać, że jest taki wielogłos laktacyjny i może nawet ważniejsze jest, żeby przeszkolić szpital. Ostatnio byłam na takim szkoleniu, gdzie mówiono, że chyba w Norwegii czy w Szwecji wybrano jeden powiat i postanowiono bardzo gruntownie przeszkolić personel na poziomie doradców laktacyjnych, czyli wszyscy którzy się mieli szansę spotkać się z mamą i dzieckiem dostali super szkolenie. Na przykład u nich było 12% wskazań do podcięcia wędzidełek u dzieci w tym powiecie. Po przeszkoleniu personelu, czyli po fachowej poradzie laktacyjnej, okazywało się, że wiele problemów nie wynikało z wędzidełka tylko z innych rzeczy. Po zastosowaniu się do tych wszystkich zaleceń konieczność podcięcia wędzidełka pozostała u 3% dzieci przy zachowanych super wskaźnikach długiego karmienia piersią. Może trzeba pomyśleć, czy zamiast szkolić kolejne tabuny nas jako doradców laktacyjnych, nie byłoby sensowniej skupić się na przeszkoleniu, ale podkreślam przeszkoleniu personelu, a nie odbywaniu szkoleń



»Dzień dobry. Mogę się podpisać? Do widzenia«, czyli rzetelnym szkoleniu z egzekwowaniem wiedzy w postaci testów, sprawdzianów, ustawicznego szkolenia. To co robią na przykład szpitale z inicjatywy »Szpital Przyjazny Dziecku«, które mają obowiązek cyklicznie szkolić personel. To jest bardzo dokładnie spisane w zasadach, procedurach szpitalnych, że na przykład wszyscy lekarze, nie tylko neonatolodzy, ale i anestezjolodzy, ginekolodzy, czyli lekarze, którzy pracują w ogóle w tym szpitalu, mają co pół roku szkolenie odbyć i zdać test. Jeżeli szpital ma być »Szpitalem Przyjaznym Dziecku«, to ponieważ wiedza się bardzo szybko zmienia i trzeba ją aktualizować, ujednolicać pewne procedury i komunikaty, które mówimy do mamy, musimy mówić jednym językiem. Musimy się często spotykać, weryfikować wiedzę, nie wpadać w rutynę, w swoje własne pomysły, które są cenne, żeby coś nowego stworzyć, ale nie mogą być oficjalną wersją, bo mama wychodzi z kwadratową głową z tego oddziału i każdy mówi jej co innego". (P1)

Pod koniec podrozdziału 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce* wspominałyśmy o poziomach edukacji, z których pierwszy powinien być kierowany do każdego pracownika ochrony zdrowia, niezależnie od tego, jak często może spotkać na swojej drodze matkę karmiącą czy dziecko karmione piersią. Podstawową wiedzę powinna mieć każda osoba z personelu, która może mieć jakąkolwiek styczność z matką karmiącą. Wyższe poziomy powinny być kierowane do osób, które z takimi pacjentkami mają styczność na co dzień.



Szczególnie zagadnienie edukacji traktuje cytowany w podrozdziale 3.2.12. „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego”. Jedną z kluczowych procedur do realizacji według tych rekomendacji, jest objęcie planowym i regularnym systemem szkoleń laktacyjnych wszystkich pracowników szpitala sprawujących opiekę nad matką i noworodkiem¹⁸⁸. Przypomnijmy, że poziom dokarmiania w szpitalach był zbliżony niezależnie od stopnia referencyjności placówki leczniczej. Już w 2014 r., kiedy ukazały się rekomendacje zdefiniowano barierę w realizacji praktyk sprzyjających laktacji:

„Jedną z barier w realizacji praktyk sprzyjających laktacji jest niezadowalający poziom wiedzy personelu medycznego opiekującego się matką i dzieckiem. Niedostatek wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych w zakresie nowoczesnej wiedzy o laktacji wynika z:

1. powszechnego przekonania, że w toku kształcenia przeddyplomowego każdy pracownik ochrony zdrowia uzyskał wystarczającą wiedzę na temat karmienia naturalnego;
2. niespójnej i często nieaktualnej wiedzy zawartej w podręcznikach medycznych;
3. niskiej motywacji do kształcenia podyplomowego wynikającej z przeświadczenia, że nie ma istotnej różnicy jakościowej między karmieniem naturalnym a sztucznym;
4. słabej dostępności do wysokiej jakości kształcenia podyplomowego w zakresie laktacji.

Brak wiedzy skutkuje tym, że matki i ich rodziny nie otrzymują jednolitych i wyczerpujących, opartych na dowodach naukowych,

¹⁸⁸ Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11., s.11., https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



informacji na temat prawidłowego rozpoczynania i przebiegu laktacji, a także ryzyka wczesnego żywienia sztucznymi mieszankami. Brak umiejętności praktycznych wśród personelu uniemożliwia skuteczne instruowanie matek w zakresie techniki karmienia i odciągania pokarmu. Obserwuje się przy tym niewłaściwe postawy personelu - podawanie w wątpliwość kompetencji matki w zakresie laktacji lub opieki nad dzieckiem. Wykazano w wielu badaniach, że odbywanie szkoleń poświęconych laktacji i zdobywanie umiejętności praktycznych w zakresie technik karmienia i odciągania pokarmu nie tylko podnosi wiedzę personelu, ale też poprawia wskaźniki karmienia piersią oraz wskaźniki zdrowotne¹⁸⁹.

W podrozdziale 3.2. cytowałyśmy „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”, które są podstawą omawianej tam inicjatywy „Szpitala Przyjaznego Dziecku”. Jako dwa pierwsze punkty wymieniają dwie procedury zarządzania krytycznego:

- należy bezwzględnie stosować się do wytycznych Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (Kodeks WHO),
- należy upewnić się, że personel posiada niezbędną wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią.

Podkreślamy, że są to dwa pierwsze kroki uznane jako KRYTYCZNE. Wiemy też z zawartej w ww. podrozdziale analizy, że odsetek szpitali posiadających certyfikat „Szpitala Przyjaznego Dziecku” w Polsce spada, a organizacja, która zajmuje się wdrożeniem tej inicjatywy w naszym kraju nie jest agendą rządową. Co za tym idzie, nie przeznaczają się

¹⁸⁹ Nehring-Gugulska M., *Szkolenie personelu Oddziałów Intensywnej Terapii Noworodka w zakresie opieki laktacyjnej*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria 2014*, T. 11, s. 17 https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]



środków publicznych na wdrożenie tej inicjatywy. Przypomnijmy, że Polska podpisała Deklarację Innocenti, obligującą ją do ochrony, propagowania i popularyzacji karmienia piersią właśnie m.in. poprzez wdrożenie tej inicjatywy.



Problem!

Brak systemowej rzetelnej edukacji o laktacji i karmieniu piersią na odpowiednich poziomach edukacyjnych oraz systematycznej aktualizacji wiedzy personelu medycznego. Szpitale nie przystępują do certyfikacji jako „Szpital Przyjazny Dziecku” lub nie recertyfikują się. Brak jest środków rządowych na wprowadzenie inicjatywy na skalę ogólnopolską.

Problem wiedzy i kompetencji już pokrótce omówiliśmy. Przyjrzyjmy się teraz, jak ma się pierwszy z wyżej wymienionych KRYTYCZNYCH podpunktów „10 kroków do Udanego Karmienia Piersią” do rzeczywistej sytuacji w polskich szpitalach?

Jedna z lekarek, która udzieliła nam wywiadu, zauważyła, że lukę w edukacji wykorzystują producenci i dystrybutorzy produktów zastępujących mleko kobiece.

„W momencie, kiedy zaczęto w Polsce również mówić pozytywnie o karmieniu piersią, czy zaczęto wspierać karmienie piersią, uznawać je za ważny element, nie tylko opieki nad mamą i dzieckiem, ale również terapii i zaczęto doceniać wagę mleka kobiecego jako czynnika prozdrowotnego, to te firmy, które już wcześniej zainteresowały się produkcją mieszanek, również czyniły kroki, żeby jednak na rynku pozostać, aby nie zmniejszać swoich przychodów. No i co wtedy się robi? Stara się dotrzeć do decydentów. Tymi decydentami, autorytetami w medycynie,



którzy mówią co robić, jak postępować są profesorowie w danych dziedzinach, są szefowie oddziałów, właśnie ta kadra kierownicza. Kadra naukowa również dyktuje warunki, edukuje kolejne pokolenia. Doskonale pamiętam, że będąc młodą lekarką jeżdżącą na kursy specjalizacyjne czy na staże, słuchałam zupełnie bezkrytycznie moich ówczesnych mentorów i ich wiedzy, którą nam przekazywali, tym bardziej, że dostęp do tego co się działo w świecie zachodnim jeszcze był trudny. Nie było takich możliwości, żeby otworzyć Internet i odczytać najświeższe publikacje naukowe z Europy, Stanów, Kanady, Japonii czy z innych krajów, gdzie ta wiedza naprawdę jest na bardzo dobrym poziomie. Byliśmy zdani w większości na to, co przekażą nam nasi mentorzy naukowcy, którzy byli zapraszani na różnego rodzaju konferencje międzynarodowe i przyjeżdżali, dzielili się z nami tą wiedzą, więc jeśli profesor na wykładzie coś powiedział, to było to dla nas święte i nikomu z nas praktycznie nie przyszło do głowy, żeby mieć jakąkolwiek refleksję i zastanawiać się, czy to co mówi, to rzeczywiście jest w stu procentach prawda, czy też to jest tylko część tego co powinniśmy usłyszeć, a niekoniecznie do końca tak jest. Tutaj ta rola autorytetów była naprawdę ogromna. Zresztą myślę, że i w obecnych czasach, mimo że dużo się zmieniło, że właśnie młodzi lekarze czy studenci medycyny mają możliwość pozyskiwania tej wiedzy bezpośrednio ze źródeł, tam gdzie te badania naukowe powstają, to mimo wszystko pozostało w naszej mentalności, w naszych głowach coś takiego, że jeśli jestem na wykładzie, który wygłasza, ktoś kto jest autorytetem, posiada jakiś tytuł naukowy, jest szefem kliniki, no to na pewno mówi wszystko tak jak należy i słucha się tego, że tak powiem w dużej mierze bezkrytycznie. Jeśli dziś próbujemy się dzielić naszą



wiedzą pozyskaną właśnie z najlepszych źródeł, z innych krajów na przykład, to często słyszymy, że »A co ty możesz wiedzieć, ty jesteś tylko zwykłym lekarzem. Twoja wiedza nie jest tak cenna i tak wartościowa, jak wiedza kogoś, kto posiada jakieś tytuły naukowe«. Wtedy niestety było tak, i zresztą po dziś tak jest, że przedstawiciele koncernów produkujących mieszanki, docierali do tych autorytetów naukowych na różne sposoby. Nie wiem do końca w jaki sposób ich przekonywali, mogę się tylko domyślać, ale też pewności żadnej nie mam. W każdym razie udawało im się przekonywać, te nasze autorytety medyczne do tego, żeby przekazywały one nam taką, a nie inną wiedzę, że »Owszem może i mleko matki jest bardzo dobre, ale mamy też doskonałe produkty, które mogą w razie czego je zastąpić«. A to w razie czego, często było niekoniecznie spowodowane rzeczywistą sytuacją, tylko tym, że na przykład nie udzieliło się mamie pomocy, jak może nakarmić własne dziecko, więc »W razie czego zawsze mamy mieszankę«. I taka wiedza była propagowana. Przedstawiciele tych firm mieszankowych docierali na różne poziomy, nie tylko do autorytetów, ale bezpośrednio również do nas – do lekarzy i do pielęgniarek i do położnych. Na przykład współfinansowanie, zresztą to nie tylko problem Polski, ale również innych krajów. Nawet sprawy sądowe wytaczane w różnych krajach lekarzom czy innym profesjonalistom medycznym, że jakieś korzyści czerpali z tego, że propagowali wiedzę sprzyjającą zwiększeniu sprzedaży mieszanek i niekoniecznie była to wiedza rzetelna i prawdziwa, natomiast czerpali po prostu korzyści finansowe z takich działań. Także były konferencje współfinansowane przez dystrybutorów czy producentów mieszanek, czy jakieś prezenty rozdawane na szkoleniach dla personelu i to mówię nie tylko dla lekarzy,



ale również dla pielęgniarek, położnych pracujących na oddziałach położniczych, noworodkowych, dla położnych środowiskowych”.

(P3)

W podrozdziale 2.3. *Ochrona kobiet w ciąży przed wpływami komercyjnymi* zwróciliśmy uwagę na problemy związane z tym, że już na etapie ciąży do kobiet dociera marketing produktów zastępujących mleko kobiece, a także, że producenci i dystrybutorzy tych produktów angażują personel medyczny do tej promocji, który umyślnie bądź nieumyślnie się temu poddaje, co szkodzi karmieniu piersią. Omawiany w ww. podrozdziale Kodeks WHO i przepisy go wdrażające (przepisy prawa żywnościowego, a od dnia 1 stycznia 2019 r. także przepisy S000) dotyczą również opieki nad matką i dzieckiem po porodzie, czyli także opieki okołoporodowej świadczonej przez szpitale. Zauważony już w tamtym podrozdziale problem dot. niewystarczającej ochrony przed wpływami komercyjnymi w prawie polskim pozostaje aktualny również w kontekście opieki okołoporodowej. Dlatego ponownie na podstawie już przeprowadzonej analizy prawnej chcemy podkreślić:



Problem!

Brak pełnego wdrożenia do prawa polskiego zapisów Kodeksu WHO, które chroniłyby kobiety i noworodki, a także personel szpitala przed wpływem marketingu na podejmowane decyzje o karmieniu noworodków.

Jak zatem brak pełnego wdrożenia Kodeksu WHO przekłada się na sytuację w polskich szpitalach? W wywiadach zapytałyśmy personel medyczny o dostarczanie mieszanek do szpitali. Oto co usłyszałyśmy od personelu.

„W szpitalach jest tak, że te mieszanki wchodzą jako darowizny, bo w szpitalach oni zawsze uważają, że muszą mieć zapasy, »magazyn mieszanek«, więc producenci tam się pojawiają bez



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

przerwy i zostawiają te mieszanki do dokarmiania na oddziałach neonatologicznych, ale najczęściej decyduje o tym przyjęciu neonatolog. Bardziej z lekarzami oni się kontaktują, bo to on zleca, przynajmniej powinien, a nie powinna to być samowolka położnej”.
(P4)

„Mi się wydaje, że to jest jakiś przetarg organizowany, jak na wszystko. Jak na każdy sprzęt, którym operuje się w szpitalu jest przetarg organizowany z różnymi firmami, bo i tymi, co produkują sprzęt medyczny i takimi, co zajmują się dystrybucją mieszanek”.
(P10)

„Uważam, że oni po prostu jeden grosz za to dają, żeby nie było właśnie, że jest to darowizna, czyli płacą śmieszne pieniądze, a firma, która wpadnie z lepszym marketingiem wygrywa”. (P5)

„W tej chwili są coraz większe rygory nakładane na szpitale i muszą być ogłaszane przetargi na zakup, ale te ceny, różnica w cenie pomiędzy zakupem mieszanki przez szpital, a zakupem tej samej mieszanki przez rodzica w aptece czy w sklepie spożywczym jest spora. O to właśnie chodzi, żeby szpital miał tę mieszankę stosunkowo niedrogo, jeśli nie za darmo, to w każdym razie za stosunkowo niewysokie kwoty, po to, żeby ją poniekąd promować. »Jeśli lekarz zalecił mojemu dziecku taką, a nie inną mieszankę i tym było dziecko karmione w szpitalu, a ja wiem, że ten szpital jest dobrą placówką, ma dobrą opinię, to jeśli moje dziecko po wyjściu ze szpitala nadal wymaga dokarmiania, to będę używał



tej samej mieszanki, bo ten szpital przecież nie kupiłby czegoś byle jakiego, prawda?«. Siła autorytetu placówki medycznej czy personelu medycznego, zaufania do nas powoduje, że ten rodzic idzie do apteki czy do sklepu i kupuje właśnie ten, a nie inny produkt. To są proste działania marketingowe, żeby wejść tam, gdzie są autorytety i sprzedać czy dać coś za stosunkowo niewysoką kwotę, po to, żeby te pieniądze odzyskać od klienta, który później będzie kupował ten sam towar, bo w miejscu, które jest dla niego ważne ten towar był używany”. (P3)

To czy szpitale zawierają umowy na zakup mieszanek i jakie są procedury zakupu nie jest transparentne. Nie jest również jasne dla osób, które na co dzień zajmują się laktacją i pracują bądź pracowały w szpitalach. Zauważmy, że w raporcie Najwyższej Izby Kontroli z 2015 roku pt. „Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych” stwierdzono: „W ocenie NIK wpływ na częste podawanie mleka modyfikowanego noworodkom może mieć atrakcyjna cena preparatów dostarczanych do większości skontrolowanych szpitali w stosunku do ceny rynkowej (ok. 3 zł). W latach 2013–2015 producenci i dystrybutorzy dostarczali je bowiem za symboliczną opłatą od 0,01 zł za jednorazową buteleczkę o pojemności 90 ml (ze smoczkami) lub nawet bezpłatnie”¹⁹⁰.

Podkreślić należy, że powyższe praktyki (przyjmowanie darowizn preparatów mlekozastępczych oraz butelek do karmienia i smoczków do nich lub nabywanie ich przez szpitale po znacznie zaniżonej cenie) naruszają zapisy Kodeksu WHO, który zakazuje bezpłatnych lub po obniżonej cenie dostaw produktów objętych jego zakresem do jakichkolwiek obszarów systemu ochrony zdrowia z uwagi na niekorzystny wpływ takich praktyk na karmienie piersią¹⁹¹. Darmowe dostawy doprowadziły bowiem do rutynowego podawania mieszanek przez często niemający wystarczającej wiedzy w zakresie laktacji personel medyczny, który zamiast pomóc matce w karmieniu piersią, dawał dziecku łatwo

¹⁹⁰ NIK, Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych, LBI.410.008.2015 Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/065/> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹¹ WHO, The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005990> [dostęp: 30.11.2023]



dostępłą mieszankę^{192, 193}. Są one sprawdzoną techniką zachęcającą do karmienia mieszanką¹⁹⁴. Jest dokładnie tak, jak wskazuje lekarka, która udzieliła nam wywiadu (wypowiedź P3 powyżej) – darowizny do szpitali są dla producentów i dystrybutorów inwestycją, która się zwróci dzięki przyszłej sprzedaży. Matki mają bowiem tendencję do kontynuowania karmienia mieszanką określonej marki, którą otrzymały w szpitalu, ponieważ traktują to jako dorozumiane poparcie autorytetu medycznego¹⁹⁵. Znajduje to potwierdzenie w wynikach niniejszego raportu (zob. wypowiedzi kobiet cytowane dalej).

Natomiast w prawie polskim nie ma takiego wyraźnego zakazu, a przepisy prawa żywnościowego dotyczące dozwolonych darowizn preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt¹⁹⁶ wywołują wątpliwości interpretacyjne, w tym jest niejasne, czy dotyczą one podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, np. szpitali. Niejasne jest także, czy tego typu darowizny są dopuszczalne w świetle S000, który zakazuje wszelkich działań reklamowych i marketingowych związanych z ww. produktami w placówkach ochrony zdrowia objętych jego zakresem. W praktyce prowadzi to do wielu nadużyć, co znajduje potwierdzenie w wynikach raportu. Nadmiar sztucznych mieszanek rodzi pokusę ich wykorzystania, w konsekwencji są więc one często chętnie i bez potrzeby wręczane matkom, na co zwróciła także uwagę cyt. powyżej NIK. Tymczasem podkreślić należy, że nawet w przypadku uznania, że szpitale mogą otrzymać powyższe produkty w ramach darowizny lub po obniżonej cenie, wymaga to zachowania określonych wymogów. Takie produkty mogą być przeznaczone tylko dla „niemowląt, które MUSZĄ być żywione preparatami do początkowego żywienia niemowląt”, a niemowlęta te otrzymują je „jedynie w okresie, gdy żywienie takie jest wymagane” (tak art. 10 ust. 4 rozp. del. 2016/127; natomiast obowiązujący w odniesieniu do butelek do karmienia i smoczków do nich art. 25 ust. 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia wskazuje: „przez okres uzasadniony potrzebami żywieniowymi tych niemowląt”). W piśmiennictwie zaznacza się, że obowiązek zapewnienia zgodności działań z przepisami

¹⁹² IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers under the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201804-CE3-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹³ IBFAN i ICDC, *Code Essentials 1: Annotated International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201801-CE1-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

¹⁹⁴ IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Worker...*, j.w.

¹⁹⁵ Tamże.

¹⁹⁶ Zob. art. 10 ust. 4 rozp. del. Komisji (UE) 2016/127 i art. 25 ust. 3 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia.



spoczywa zarówno na podmiocie dostarczającym preparaty, jak i na instytucji lub organizacji będącej ich odbiorcą. Podmiot dostarczający preparaty nie może zachęcać do ich stosowania w stosunku do dzieci, które tego nie wymagają, w szczególności przez dostawy ilości preparatów znacznie przewyższające zapotrzebowanie w danej instytucji lub organizacji¹⁹⁷.

Za naruszające przepisy (zarówno prawa żywnościowego, jak i S000) należy uznać zatem rutynowe rozdawanie przez personel medyczny położnicom preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt. Obejmuje to także wręczanie matkom tych produktów „na wszelki wypadek”, w tym do domu, co również miało miejsce w sytuacjach opisanych w raporcie (o czym poniżej w wypowiedziach ankietowanych kobiet). Zachowania takie naruszają przepisy dotyczące marketingu preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt zawarte w prawie żywnościowym i w S000. Są one ponadto niezgodne z pozostałymi przepisami S000, których celem jest ograniczenie rutynowego podawania sztucznej mieszanki bez wskazań¹⁹⁸. Jak już wspomniano, S000 pozwala na podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki (i po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu), przy czym obowiązkiem osoby sprawującej opiekę nad położnicą w szpitalu jest zachęcanie jej do karmienia piersią i pomoc w tym karmieniu w razie potrzeby, a nie automatyczne proponowanie lub podawanie mieszanki, traktowanej przez personel medyczny jako pokarm pierwszego wyboru, co niestety zdarza się w praktyce.

Poniżej przedstawiamy wypowiedzi kobiet dokładnie pokazujące, jak w praktyce wygląda dystrybucja mieszanek na oddziale.

„Pamiętam, że jak byłam w tym szpitalu, to przysłałam po prześcieradło po prostu. Byłam w położu i było zabrudzone, chciałam, żeby je wymienić. Pierwsze co usłyszałam, to położna się uśmiechnęła i powiedziała »Czy pani przyszła po [nazwa

¹⁹⁷ Syska M., [w:] *Bezpieczeństwo żywności i żywienia. Komentarz*, Szymecka-Wesołowska A. (red.), Warszawa 2013, LEX/el., art. 25.

¹⁹⁸ Por. *Praktyczne uwarunkowania wprowadzenia nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Prometriq Akademia Zarządzania 2018, https://prometriq.pl/wp-content/uploads/2018/12/Broszura_NPZ-CO1-wersja-elektroniczna.pdf [dostęp: 30.11.2023]



mieszanki], czy po [nazwa mieszanki]«. Po prostu większą trudnością było karmienie piersią niż dokarmianie, bo tych buteleczek było tam pełno, były za darmo”. (K33)

„Najgorsze, co mama może usłyszeć »Bo pani zagłodzi swoje dziecko«, a to się słyszy nagminnie na takich oddziałach. I one potem lądują z depresjami, z myślami samobójczymi, odrzucają te dzieci, chcą być jak najszybciej wypisane z oddziału. Ja tam różne rzeczy widziałam, jak kobieta naprawdę błagała, żeby ją wypisać do domu, bo ona tego nie mogła już psychicznie zdzierżyć, tak była domęczona. Wpajano, że dziecko się nie najadło. I wszechobecne dokarmianie. Przecież tam na oddziale te butelki z [marka mieszanki] to po prostu były rozdawane jak cukierki tym dzieciom cały czas. Ta mama nie miała nawet okazji rozbudzić laktacji, bo dziecko było ćkane non stop tymi butelkami. »Pani sobie przyjdzie. Pani dostanie. A żeby się przespać, niech pani przyjdzie. Damy mieszankę«. To, że dzieci były kąpane i tam oczywiście dokarmiane, to normalne. Jak już mama chciała po kąpaniu dziecko nakarmić na noc, to nawet nie było opcji, bo wszystkie po prostu dostały po butelce z automatu. Te buteleczki, to przy całej trójce moich dzieci to było. [Marka mieszanki] był przy pierwszym i chyba przy drugim. [marka innej mieszanki] był teraz przy trzecim. Takie mini buteleczki te jednorazówki”. (K25)

„Położna przyniosła [nazwa] pudełko. Był tam smoczek, ulotki, próbki mieszanek, pieluszki, krem itp. Ogólnodostępne były butelki jednorazowe z gotową mieszanką m.in [nazwa firmy]. Niektóre matki z nich korzystały. Ja nie korzystałam”. (A123)



“Nie pamiętam marki, materiały były ogólnodostępne na oddziale. Matki mogły sobie wziąć mieszankę/smoczek, jeśli czuły taką potrzebę”. (A1462)

“Położne się pytały, czy zostawić butelkę z mlekiem. Na wszelki wypadek wzięłam, choć i tak nie skorzystałam”. (A1544)

“W szpitalu były mieszanki [nazwa marki] i nawet sama prosiłam o kilka buteleczek, ponieważ wychodziłam do domu w piątek i już podejrzewałam, że będą problemy z karmieniem piersią. W domu nie miałam kompletnie nic, jeśli chodzi o mleko modyfikowane czy buteleczki. A mieszankę [nazwa marki] synek dostawał już w szpitalu od położnych”. (A1643)

“Materiały przekazała położna, były ogólnodostępne w formie ulotek. Mieszanka była dostępna na życzenie razem z butelkami i smoczkami. Były to głównie [nazwy dwóch marek mieszanki]”. (A1913)

“Mleko, które bez mojej zgody namiętnie podawano mojemu dziecku podczas badań, na które je zabierano, a na których ja nie byłam obecna to było [nazwa marki]. Natomiast mleko w paczkach od szpitala i miasta – [nazwa marki] w saszetkach”. (A1975)

Kobiety znają marki mieszaneek rozdawanych w szpitalu, ponieważ na butelkach są etykiety.



„Ja dostawałam mieszankę w strzykaweczkach, bo doradczyni laktacyjna poinstruowała, że mam chodzić po dziesiątki w strzykawkach i dostawałam takie ciepłe strzykawki, ale widziałam, że koleżanka obok, która odciągała i dokarmiła buteleczką, to miała taką normalnie oklejona, obanderowaną”.
(K31)

„Rozmawiałam z kimś bliskim z mojej rodziny, kto karmił mieszanką i mówił, że to jest koszt około na tamte czasy, to było parę lat temu, 300 zł miesięcznie i że jedna puszka mleka przy wyłącznym karmieniu sztucznym w tym okresie, kiedy dziecko nie dostaje nic innego, wystarcza średnio na 3-4 dni. Nigdy to nie była moja zagwozdka. Gdyby nie ona, to nawet bym nie wiedziała, że tyle się zużywa, że to w sumie dużo. Te mieszanki też są bardzo różnorodne, jeżeli chodzi o ceny. Na przykład nawet wczoraj pacjentka się mnie spytała, czy jeżeli by się zdecydowała na mieszankę, to którą jej mieszankę polecam. Tak szczerze to nie ma to tak naprawdę znaczenia, więc tak jak z chlebem w piekarni teoretycznie każdy ma ten sam skład, ale każdemu smakuje z innej piekarni i podobnie jest z mieszanką - jednemu dziecku będzie służyć ta, drugiemu inna. To jest też w ogóle kwestia właśnie oddziału, że te pacjentki dostają te małe buteleczki z mlekiem z etykietą i one się tym już sugerują. Te butelki gotowe mamy na oddziale [nazwy marek]. Mamy cztery rodzaje i one dostają te buteleczki jednorazowe z etykietą kolorową z napisem, że to jest jedyńka, więc one się sugerują tym co dostają na oddziale po prostu. Często po wyjściu ze szpitala szukają dokładnie tego samego, czyli tych małych buteleczek do kupienia przez Internet.



Rynek działa na grupach mamowych, one sobie odsprzedają te małe buteleczki z mlekiem. Niektóre mamy dostają tę mieszankę w butelce do odciągania. Ja sama czasami dokarmiam i nawet tą butelką ze smoczkiem, ale właśnie wtedy butelką bez etykiety. To powinno być moim zdaniem takie rozwiązanie, że do butelki bez etykiety powinno się to przelewać. Te małe buteleczki to jest moja zhora zawsze po weekendzie, jak przychodzę do pracy w poniedziałek. Bo jak przychodzę we wtorek, w środę, w czwartek i w piątek, to jakby ta kontynuacja tygodnia zwykle już jest taka łagodniejsza, ale jak przychodzę po weekendzie, to te buteleczki są wetknięte w łóżeczkach. Kiedyś pamiętam, że i ordynator był taki wkurzony tym: »Czemu znowu to tutaj jest?«, a ja mówię: »Nie miej do mnie pretensji, bo to nie ja tym pacjentkom daję«. (P10)

„Mleko modyfikowane było oznakowane. Potem zostaliśmy na tym samym mleku z taką prostą myślą, że skoro się dobrze przyjęło w szpitalu, to pewnie jest dobre i nawet nie próbowałam podawać innego córce. Po prostu poszliśmy za tym w ciemno”. (K45)

Ekspozycja rodziców na logotyp, nazwę marki, firmy jest w interesie producentów i dystrybutorów, gdyż jest to osvajanie z wizerunkiem, co daje większą szansę na zakup produktów w przyszłości. Jak już wspominaliśmy jest wysokie prawdopodobieństwo, że rodzic widząc w szpitalu mieszankę danej marki zakupi taki sam produkt po wyjściu ze szpitala. Również rola autorytetu medycznego jest tu nie do przecenienia.





Problem!

Zdarza się, że w szpitalach rutynowo rozdaje się położnicom sztuczne mieszanki, w tym do domu „na zapas”, co w przypadku preparatów do początkowego żywienia niemowląt narusza przepisy prawa żywnościowego dotyczące marketingu tych produktów, a także przepisy S000.

Poza mieszankami, szpitale otrzymują od firm także inne materiały promocyjne, reklamowe, na przykład ulotki, karteczki do łóżeczek z logotypami firm i produktów. Narusza to zapisy Kodeksu WHO, który zakazuje wykorzystywania systemu opieki zdrowotnej do promocji produktów objętych jego zakresem. Obejmuje to ekspozycję produktów, afiszy i plakatów dotyczących tych produktów, dystrybucję materiałów promocyjnych, a także – co zostało wzmocnione zaleceniami Wytycznych WHO z 2016 r. (zob. podrozdział 2.3. raportu) – dostarczanie przez firmy upominków dla personelu medycznego, jak i dla kobiet w ciąży, rodziców, opiekunów niemowląt i małych dzieci oraz ich rodzin, czy darowywanie sprzętu (wyposażenia) do placówek^{199, 200, 201}.

„W szpitalu było na pewno bardzo dużo wszystkich gadżetów reklamowych z logami firm różnych marek mlek modyfikowanych. Nawet te takie karteczki, gdzie jest nazwisko matki i data urodzenia dziecka one też są z logiem [nazwa marki mieszanki]. Też dostałam małą buteleczkę z konkretnym mlekiem, była na nim etykieta z nazwą”. (K42)

¹⁹⁹ Zob. 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]

²⁰⁰ Zob. WHO, *The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked...*, j.w.

²⁰¹ Zob. IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Worker...*, j.w.



„Pamiętam kiedyś taką sytuację z oddziałową [nazwa szpitala], bo rodzice dostawali wypisy i dokumenty w takich kartonowych teczuszkach [nazwy dwóch marek mieszanek], a chciałam, żeby to zmieniono na przykład na [marka producenta pieluch]. Chciałam, żeby po prostu porozmawiali z innym konsultantem, co by teczuszki inne dał, czy kartki na łóżeczka. To tylko było przewracanie oczami »Nie przesadzaj, nie przesadzaj, już nie wymyślaj«. Wiadomo, że to musi odgórnie ktoś zdecydować, więc nasze zdanie tam w tej kwestii było krytykowane, że »Ale wymyśla. Boże, jaka nawiedzona«. To już jest tak silny marketing, że oni muszą tę kartkę włożyć do łóżeczka. Nikt inny im nie przyniesie, a tamci im zawsze dadzą, to oni wezmą, bo są ładne, różowe i niebieskie, więc będą brać”. (P4)

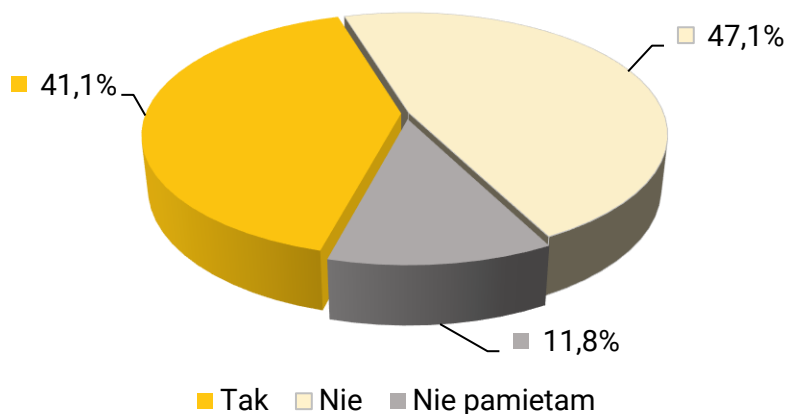
Powyższe przykłady naruszają zapisy Kodeksu WHO, natomiast ich ocena prawna zależy od rodzaju promowanego produktu, o czym wspomniano już w podrozdziale 2.3. *Ochrona kobiet w ciąży, matek i dzieci przed wpływami komercyjnymi*. Zaznaczyć jednak należy, że w praktyce nie ma większego znaczenia, czy reklamowany produkt jest preparatem do początkowego żywienia niemowląt (mlekiem początkowym) – osoba zapamiętuje bowiem dany produkt, jego logo, szatę graficzną i z dużą dozą prawdopodobieństwa sięgnie właśnie po produkt tej firmy. Wszystkie preparaty mlekozastępcze konkretnego producenta są do siebie celowo podobne, co ma efekt reklamowy (tak działa technika marketingowa zwana *cross-promotion*). Także nazwa, czy logo producenta są de facto elementem promocyjnym (nośnikami reklamy), budują świadomość marki i lojalność do marki. Brak zakazów marketingowych w stosunku do wszystkich (zamiast do jedynie niektórych) produktów objętych zakresem Kodeksu WHO w prawie polskim stanowi więc istotną lukę i w praktyce niweczy cel ochronny regulacji krajowej.

Przyjrzałyśmy się również temu, co kobiety otrzymują w szpitalach. Aż 41,1% kobiet otrzymało w szpitalu materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka. Natomiast 47,1% wskazało, że nie otrzymało ww. materiałów, zaś 11,8% nie pamiętało czy takowe otrzymało (Ryc. 3.23.).

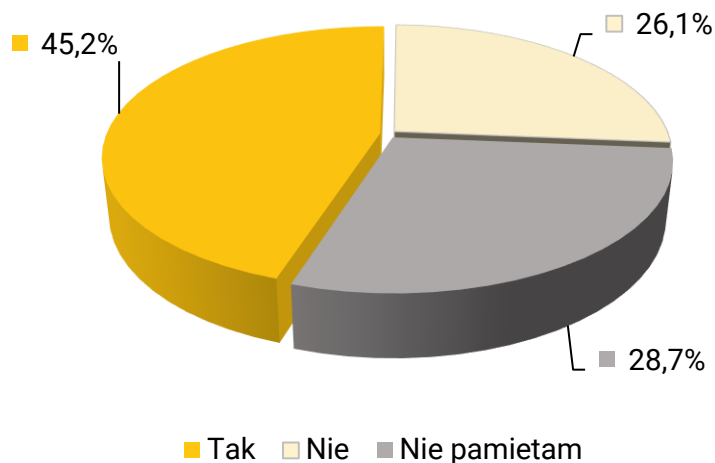


Kobiety, które otrzymały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka, odpowiadały na pytanie, czy te materiały dotyczyły mieszanek. Spośród nich 45,2% odpowiedziało, że tak, 26,1%, że nie, a 28,7% że nie pamiętało (Ryc. 3.24.).

Te same respondentki odpowiadały na pytanie, czy to, co otrzymały, zawierało akcesoria takie jak butelki/smoczek. Tu 28,1% kobiet otrzymało takie akcesoria, 61,3% odpowiedziało, że nie, a 10,6% nie pamięta, czy takie akcesoria składały się na to co otrzymały (Ryc. 3.25.).

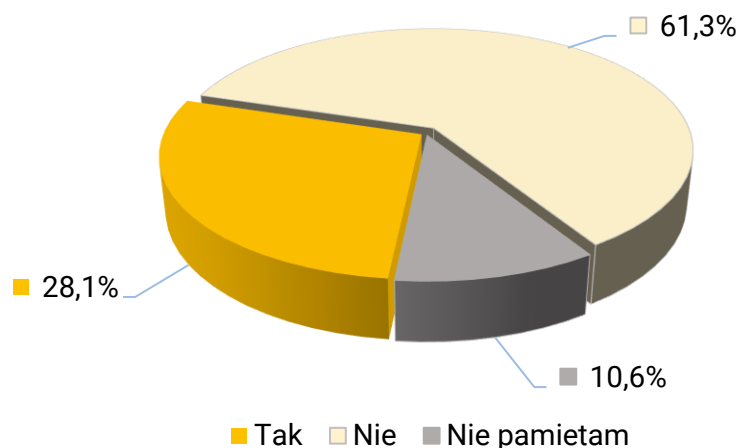


Ryc. 3.23. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w szpitalu otrzymałaś materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2476)



Ryc. 3.24. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy wśród otrzymanych w szpitalu materiałów edukacyjnych znalazły się materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=1018)





Ryc. 3.25. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy wśród otrzymanych w szpitalu materiałów edukacyjnych znalazły się akcesoria takie jak butelki/smoczek?” (% , N=1018)

Kobiety, które zaznaczały w ankiecie, że otrzymały materiały reklamowe, ulotki dotyczące mieszanek zostały poproszone o podanie przykładów tych produktów.

„[Nazwa] pudełko. Przydatność niewielka, smoczek wyrzuciłam, materiały dotyczące mieszanek również”. (A405)

“Była z pewnością rozpiska co do karmienia na żądanie, rozszerzania diety po 6 miesiącu i cała masa ulotek różnej treści, które szybko wyrzuciłam, bo były reklamą producentów mieszanek lub leków”. (A1386)

“Ulotki leżały dostępne przy pokoju położnych. Dodatkowo przy wypisie można było otrzymać [nazwa] pudełko i chyba pudełko [marka mieszanki], ale już nie pamiętam dokładnie jak się nazywało, ;) dla mnie średnio przydatne. Więcej reklamówek mleka



modyfikowanego niż informacji odnośnie do karmienia piersią. Choć wszędzie było napisane, że karmienie piersią jest najważniejsze”. (A1158)

„Wszystkie kobiety po porodzie otrzymywały paczki z ulotkami, były tam ulotki, jeśli dobrze pamiętam, od [marka mieszanki] na temat karmienia niemowląt, ale zalecały w pierwszych 6-ciu miesiącach życia karmienie wyłącznie piersią”. (A1755)

„[nazwa pudełka], każda mama je dostawała. Książeczki, napisy miesiący, smoczek. Sporo gadżetów. I nazwa mleka modyfikowanego [nazwa marki] wszędzie”. (A563)

„Otrzymałam przy wyjściu w pakiecie, jakieś pudełko. Nie pamiętam, co tam było, bo to też mnie nie interesowało. Próbek mieszanek nie było, ale jakieś broszury informacyjne, butelki i smoczki do karmienia. Szczególnie mieszanki mnie nie interesowały, a butelki i smoczki dobierałam pod kątem, żeby móc wrócić do karmienia, więc tutaj nawet nie spojrzałam co to jest. Wystawiłam na grupie »Oddam [nazwa miejscowości] mamom«. Nie zwracałam na to uwagi, bo to nie był temat, który mnie interesował. Dostałam to dostałam, trudno. Pytałam, czy mogę to zostawić komuś, kto będzie bardziej potrzebował. To odpowiedziano, że nie bardzo, bo każdy to dostaje, więc zabrałam”. (K30)



Otrzymane przez kobiety pakiety/pudełka zawierały często próbki mieszanek:

„Otrzymałam paczkę dla matki z ulotkami, butelką, smoczkiem i próbką mieszanki, próbką proszku, balsamu”. (A1122)

„Pudełko z akcesoriami do karmienia i pielęgnacji dziecka. Próbki kosmetyków, smoczek, gotowa mieszanka [nazwa firmy]”. (A535)

„Otrzymałam [nazwa pudełka] w sekretariacie. Były tam produkty i broszury marki [marka mieszanki], była próbka mleka. Myślę, że na pewno miło otrzymać jakiś tam upominek ze strony szpitala. Tej próbeczki [nazwa mieszanki] do dzisiaj nie wykorzystałam, bo nie ma takiej potrzeby, ale cała reszta jak najbardziej na plus. Były też [nazwa preparatu na bazie słodku jęczmiennego], woda dla mamy, oczywiście broszury odnośnie do powrotu do formy, żywienie podczas karmienia piersią po porodzie, i materiały takiego wsparcia powiedzmy psychologicznego, żeby nie przejmować się rzeczami typu, że dom nie jest ogarnięty, tylko właśnie poświęcić sobie ten czas połogu na dotarcie się z dzieckiem”. (K6)

„Ulotki na temat butelek smoczków i różnych akcesoriów dla dzieci, a także próbka mleka modyfikowanego”. (A1295)

Znajdowała się w nich także żywność uzupełniająca, w tym objęta Kodeksem WHO żywność dla niemowląt poniżej 6. m.ż. (natomiast komercyjna żywność uzupełniająca dla dzieci powyżej 6. m.ż. jest objęta zakresem Wytycznych WHO z 2016 r. i również ona nie powinna być rozdawana matkom w placówkach ochrony zdrowia).



„[Nazwa] pudełko przyniosła położna dyżurująca na oddziale. W nim były pieluchy, słoiczek [nazwa marki], butelka ze smoczkiem z [nazwa firmy], książeczka do czytania i ulotki różnych marek produkujących mieszanki”. (A1039)

„Był to tzw. pakiet powitalny, który po porodzie otrzymywała każda pacjentka. Były tam m.in. smoczek, kaszka dla dziecka po 4 miesiącu życia, broszury i ulotki, których treści już nie pamiętam”. (A413)

A także były w nich butelki i smoczki do karmienia.

“Butelka [nazwa firmy], pielęgniarka zaznaczyła, że jako personel są bardzo pro karmieniu piersią, ale rozdają i oby nie była potrzebna”. (A726)

“Polożna przekazała mi mleko modyfikowane, butelki i smoczki do dokarmiania dziecka oraz zestaw personalny do laktatora. I zasugerowała kupno nakładek na brodawki, by pomoc dziecku się przyłożyć”. (A1383)

“Mleko [nazwa marki], butelka i smoczek [nazwa marki]. Dała mi je pani przy wypisie ze szpitala”. (A1520)

Wymienione wyżej, otrzymane w szpitalu przez matki, materiały promujące sztuczne mieszanki i produkty/gadżety z nimi związane, w tym próbki mieszanek oraz butelki do karmienia i smoczki do nich, naruszają zapisy Kodeksu WHO wraz z Wytocznymi WHO



z 2016 r. Ściśle rzecz biorąc nie dotyczy to smoczków-uspokajaczy, ponieważ jak już wskazano w podrozdziale 2.3., nie wchodzą one w zakres Kodeksu WHO, jednak państwa są zachęcane do objęcia ich swoją regulacją krajową, ponieważ produkty te mogą szkodzić karmieniu piersią, zwłaszcza na początkowym etapie laktacji. Nawet S000 zaleca niestosowanie w okresie stabilizowania się laktacji smoczków w celu uspokajania noworodka (S000 XIII. *Opieka nad noworodkiem*, ust. 3., pkt 7.), tym bardziej produkty te nie powinny być rozdawane kobietom. Zakresem Kodeksu WHO nie są objęte także wymienione w ankietach produkty takie jak suplementy dla kobiet karmiących piersią (zob. wypowiedź K6, cytowana powyżej oraz uwagi w podrozdziale 2.3.).

Ocena prawna powyższych przykładów zależy od rodzaju materiału/produktu, a czasem również od treści materiału (ulotki, broszury, etc.), na co już wcześniej zwrócono uwagę. Niewątpliwie jednak jako naruszenie przepisów (zarówno prawa żywnościowego, jak i S000) należy zakwalifikować przekazywanie kobietom w paczkach/pudełkach upominkowych butelek do karmienia niemowląt i smoczków do nich. W przypadku mieszanek i ich próbek naruszeniem przepisów byłoby przekazywanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt, czego jednak nie można ustalić na podstawie ankiet (nie wiadomo, jakie mieszanki były w paczkach). Natomiast nie stanowi naruszenia przepisów rozdawanie żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci, w tym jej próbek (nie ma takiego zakazu). Przepisy dotyczące żywności uzupełniającej nie zawierają również wymogów wskazanych w Wytycznych WHO z 2016 r. dotyczących marketingu tej żywności, poza wymogiem w zakresie oznakowania/etykietowania dotyczącym wskazania wieku dziecka, od którego produkt może być stosowany. Jest on jednak niezgodny z Wytycznymi WHO z 2016 r., jak również z zaleceniami WHO dotyczącymi okresu wyłącznego karmienia piersią (według przepisów prawa żywnościowego podany wiek dziecka nie może być niższy niż ukończone 4. m.ż.)²⁰². Jest to kolejny, istotny deficyt regulacji polskiej (i unijnej), wpływający nie tylko na etykietowanie tej kategorii żywności, ale także na jej reklamę i informację o niej, co znajduje potwierdzenie w wynikach raportu (zob. szerzej podrozdział 4.4. raportu).

Część kobiet cieszyło się z otrzymanych paczek. Jak mówiły niektóre z nich, miło jest coś otrzymać. Producenci wielu produktów dla niemowląt wykorzystują tę potrzebę, dostarczając

²⁰² Szerzej zob.: Koronkiewicz-Wiórek A., *Deficyty obowiązującej w prawie polskim regulacji w zakresie reklamy i innych technik marketingowych dotyczących produktów relevantnych dla ochrony karmienia piersią, ze szczególnym uwzględnieniem preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Zarys problematyki*, w: *Przegląd Prawa i Administracji*, Frąckowiak J.(red.), tom CXII, Wrocław 2018, s. 79-101, <https://wuwr.pl/ppa/article/view/7690> [dostęp: 30.11.2023]



do szpitali produkty i materiały reklamowe, wiedząc dobrze, że jest to skuteczna taktyka marketingowa. Przekazujący paczki personel medyczny staje się narzędziem w ręku firm, uczestnicząc w promowaniu ich produktów. W przypadku materiałów, w tym produktów dostarczonych przez firmy objęte Kodeksem WHO szkodzi to karmieniu piersią. Z badań m.in. wynika, że przekazywanie kobietom w szpitalu paczek upominkowych zawierających mieszanki lub ich próbki wpływa negatywnie na wyłączność karmienia piersią^{203, 204}.

W kontekście powyższego warto zwrócić uwagę, że możliwe są paczki upominkowe (wyprawki), które nie mają na celu promowania produktów objętych zakresem Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. i które nie są wręczane za pośrednictwem szpitali. Na przykład w Finlandii kobiety otrzymują finansowaną ze środków publicznych paczkę, która zawiera takie przedmioty jak: szczotka, nożyczki, termometr do kąpiel, pieluszki wielorazowe, podkład, ubranka dla dziecka (body, spodenki, czapeczka, kombinezon), kocyk, kołderka, podpaski, krem na poranione sutki, wkładki laktacyjne wielorazowego użytku, pudełko. Nie trzeba niczego podpisywać ani zostawiać swoich danych osobowych. Choć rodzice mają do wyboru ekwiwalent pieniężny zamiast paczki, to nadal wielu z nich wybiera właśnie taką wyprawkę²⁰⁵. W Polsce podobne wyprawki wolne od działań marketingowych przekazują samorządy, np. Miasto Poznań. W wyprawce znajdują się: ubranko dziecięce, kocyk, czapka, skarpetki, karty sensoryczne, karton biodegradowalny. Nadruki na gadżetach symbolizują Poznań (rogalik, koziołki)²⁰⁶. Kolejnym przykładem jest Wyprawka Wrocławska: „Motywem przewodnim całej Wyprawki jest krasnal wrocławski, który pojawia się na materiałach tekstylnych i graficznych. W Wyprawce znajdują się: body, maskotka w kształcie krasnala, kocyk, książeczka »Wrocławski Abecadlik«²⁰⁷, Wrocławski Informator Rodzinny, Cyfrowy Elementarz”, a także gratulacje od prezydenta miasta i materiały promocyjne o Wrocławiu. To pozytywne przykłady, niestety przekazywanie tego typu paczek jest wyjątkiem. Nie ma przepisów regulujących wręczanie takich podarunków.

²⁰³ Zob. Rosenberg K.D., Eastham C.A., Kasehagen L.J., Sandoval A.P., *Marketing Infant Formula Through Hospitals: the Impact of Commercial Hospital Discharge Packs on Breastfeeding*, American Journal of Public Health 2008, 98(2): 290–295, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.103218> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁴ Zob. Piwoz E.G., Huffman S.L., *The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices*, Food and Nutrition Bulletin 2015, 36(4):373-86, <https://doi.org/10.1177/0379572115602174> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁵ <https://www.kela.fi/maternity-package-2023#baby-care-items> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁶ <https://www.poznan.pl/wyprawkadlagzubka/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁰⁷ <https://wcrs.wroclaw.pl/wyprawkawroclawska/> [dostęp: 30.11.2023]



Zdarza się, że szpitale pośredniczą w udostępnianiu danych osobowych pacjentek firmom komercyjnym:

„Jedna z położnych przyniosła pudełko, które nosiło nazwę [nazwa]. Trzeba było przed tym uzupełnić ankietę, aby dostać materiały edukacyjne. Jeśli chodzi o materiały dotyczące karmienia na pewno były ulotki mieszanek, butelka [nazwa marki], smoczek od 0 do 2 miesięcy, ale nie pamiętam jakiej firmy”. (A1034)

„Pamiętam, że w [nazwa szpitala] pacjentki krytkowały czemu u nas nie ma pudełek, a w [nazwa innego szpitala] są te pudełeczka. Ja wiedziałam, jak to wygląda, że to jest po prostu sprzedawanie, oddawanie swoich danych osobowych w celu dalszego rozpowszechniania, więc ja w ogóle tego nie wypełniłam i nie zaglądałam do tych pudełek”. (P10)





Problem!

Zdarza się, że kobiety w szpitalach otrzymują od personelu materiały reklamowe, marketingowe dot. mieszanek, co stanowi naruszenie Kodeksu WHO, a może także naruszać prawo polskie. Prawie połowa z przekazywanych materiałów/przedmiotów dotyczy mieszanek (w tym zdarzają się próbki mieszanek) oraz prawie jedna trzecia zawiera butelki/smocзки (odpowiednio 45,2% i 28,1% spośród wręczonych materiałów/przedmiotów dotyczących karmienia lub służących do karmienia).

Przekazywanie matkom w paczkach/pudełkach upominkowych butelek do karmienia niemowląt i smoczków do nich narusza przepisy prawa żywnościowego i SOOO. To samo dotyczy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i ich próbek, jeżeli produkty te były umieszczone w paczkach upominkowych. Zdarza się, że szpitale pośredniczą w udostępnianiu danych osobowych pacjentek firmom komercyjnym (wypełniane przez kobiety ankiety są zbierane przez personel i przekazywane dalej), które to dane są wykorzystywane do nawiązywania kontaktu przez przedstawicieli handlowych z kobietami w przyszłości, na przykład w celu przesyłania próbek mieszanek. Prowadzi to do naruszania Kodeksu WHO, który wyraźnie zakazuje firmom kontaktu z matkami. W przepisach polskich wdrażających zapisy Kodeksu nie ma takiego zakazu.



4. OPIEKA ŚRODOWISKOWA NAD MATKĄ I DZIECKIEM PO PORODZIE

Dziecko, jak również kobieta w połogu mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym do bycia objętymi podstawową opieką zdrowotną. Po wyjściu ze szpitala opiekę niezależnie od tego, czy są objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, przejmuje POZ²⁰⁸.

„1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu”.

(S000 XIV. Połóg)

W tej kwestii już szpital ma pewne obowiązki zapisane w S000. Powinien dokonać zgłoszenia o porodzie do wskazanej przez matkę położnej środowiskowo-rodzinnej lub przychodni POZ. Jednocześnie sposób przekazania zgłoszenia musi umożliwiać potwierdzenie jego odbioru, które powinno być dołączone do szpitalnej dokumentacji noworodka lub do rejestru zgłoszeń, jeśli szpital takowy prowadzi.

„9) podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; [...]

10) przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru;

²⁰⁸ MZ, *Dzieci, a także kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dzieci-a-takze-kobiety-w-okresie-ciazy-porodu-i-pologu-maja-prawo-do-swiadczen-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych> [dostęp: 30.11.2023]



potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dokonujący jego wypisu;

11) w przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej”.

(S000 XIII. Opieka nad noworodkiem, ust. 2.)

Komunikacja szpitala z położną środowiskowo-rodzinną czy przychodnią POZ w tym zakresie jest kluczowa, aby dalsze prawa matki i noworodka do opieki nad nimi mogły zostać należycie wypełnione. Zawiadomienie powinno zostać wysłane najpóźniej w dniu wypisu dziecka ze szpitala. Jest to szczególnie istotne ze względu na ustalenie jak najszybszego terminu odbycia się pierwszej wizyty patronażowej.

„7. Podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XIII ust. 2 pkt 9.

8. Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka)”. (S000 XIV. Połóg)





Droga kobieto!

W szpitalu po porodzie będziesz proszona o podanie danych położnej środowiskowo-rodzinnej oraz adres, pod którym będziesz przebywać z dzieckiem po Waszym wyjściu ze szpitala. Z reguły kobiety wybierają dla dziecka położną POZ tę samą, pod której opieką są one same, ale może być to również inna osoba niż Twoja położna środowiskowo-rodzinna. Natomiast ta położna środowiskowo-rodzinna, której dane podasz w szpitalu, powinna przyjść na pierwszą, domową wizytę patronażową. Warunkiem jest fakt otrzymania przez nią zgłoszenia o porodzie od szpitala (które powinno zostać wysłane najpóźniej w dniu wypisu dziecka). Po otrzymaniu takiego zgłoszenia położna środowiskowo-rodzinna powinna się z Tobą skontaktować. Aby mieć pewność, że wie ona o Twoim i dziecka wyjściu ze szpitala, sama możesz się z nią skontaktować i ustalić termin pierwszej wizyty patronażowej. Na tej wizycie lub wcześniej należy wypełnić deklarację wyboru położnej POZ. Podobnie należy wypełnić deklaracje wyboru lekarza POZ i pielęgniarki POZ. Jeżeli zaś rodziłaś w domu, to w Twojej gestii jest nawiązanie kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną czy wypełnienie odpowiednich deklaracji wyboru położnej POZ, lekarza POZ, pielęgniarki POZ dla dziecka, aby mogło zostać objęte podstawową opieką zdrowotną.

Ponadto, w części II. załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej opisującej warunki realizacji wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej wskazano, że jej pierwsza wizyta odbywa się w 0-4 dobie życia dziecka i podobnie jak w S000, z zastrzeżeniem, że nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko. Zgodnie z rozporządzeniem pierwsza wizyta ma na celu „Wprowadzenie postępowania



umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią²⁰⁹. Więcej o zakresie zadań położnej środowiskowo-rodzinnej, związanych w szczególności z karmieniem piersią i mlekiem matki, napiszemy w podrozdziale 4.1.2. Warto jednak już teraz podkreślić, że zgodnie z powyższym cytatem, uwzględniono konieczność szybkiego przejęcia opieki nad nowonarodzonym dzieckiem i jego matką w miejscu zamieszkania, mając na uwadze udzielenie wsparcia w początkach karmienia piersią.

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej dziecku przysługuje również wizyta patronażowa lekarza POZ, która powinna mieć miejsce między 1 a 4 tygodniem życia dziecka (domowa lub w placówce), a także wizyta patronażowa pielęgniarki POZ w 3-4 miesiącu życia dziecka (domowa). W przychodni POZ dziecko ma wykonywane badania bilansowe oraz badania i testy przesiewowe. Wykaz i warunki realizacji wymienionych świadczeń gwarantowanych odnajdziemy w załącznikach nr 1 i nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Wobec powyższego zasadnym jest postawienie następujących pytań:

- Jak wygląda realizacja wizyt patronażowych przez położną środowiskowo-rodzinną?
- Jaka jest rola położnej środowiskowo-rodzinnej w całokształcie opieki nad laktacją kobiety?
- Jakie obowiązki w odniesieniu do wsparcia w karmieniu piersią lub mlekiem kobiecym posiadają lekarz POZ i pielęgniarka POZ?
- Czy personel POZ posiada wiedzę o laktacji potrzebną do rozwiązywania problemów i trudności z laktacją?
- Czy kobiety mają możliwość otrzymać inne formy wsparcia w laktacji?

²⁰⁹ Część II, załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej



4.1. OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ

4.1.1. DOSTĘPNOŚĆ I ILOŚĆ WIZYT PATRONAŻOWYCH

W rozdziale 2. (podrozdziale 2.2.1.) szeroko pisałyśmy o roli położnej środowiskowo-rodzinnej. Wspominałyśmy, że jednym z najszerzej rozpoznawanych przez kobiety zadań położnej jest opieka w położu/wizyty patronażowe (wymienione przez 92,1% respondentek). To, przez jaki okres mogą odbywać się wizyty patronażowe zostało zawarte w kilku dokumentach. Jednym z nich jest zarządzenie prezesa NFZ, które cytujemy poniżej:

„4. W ramach sprawowania opieki okołoporodowej w przebiegu ciąży położna poz realizuje:

1) wizyty patronażowe w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie położu, z uwzględnieniem edukacji laktacyjnej – w liczbie od 4 do 6 w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych; pierwsza wizyta patronażowa odbywa się nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko”.

(zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Rozdział 9. Świadczenia położnej poz, § 28.)

Zarządzenie wskazuje okres do ukończenia 2 miesiąca życia dziecka. Zaś w części II. załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej widnieje zapis, że wizyty odbywają się w 1-6 tygodniu życia dziecka. Zapisy S000 również w pewnym stopniu różnią się, gdyż opieka położnej nad dzieckiem wg tego dokumentu sprawowana jest do 8. tygodnia życia dziecka (S000 XIV. *Połówg*, ust. 12). Uznajemy, że wizyty patronażowe przysługują w najdłuższym możliwym okresie, czyli do ukończenia przez dziecko 2 miesiąca życia.

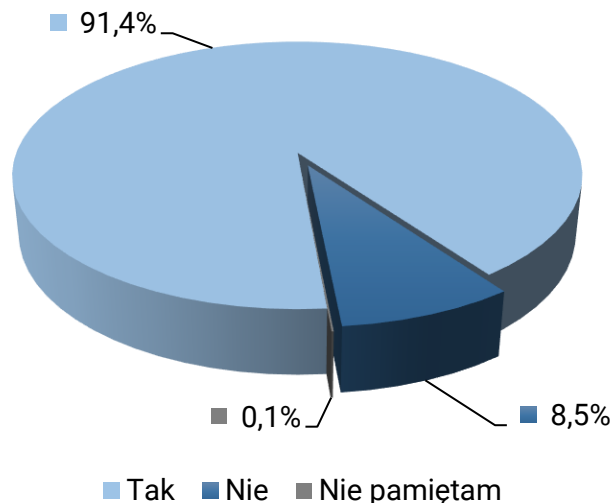




Problem!

Niejednolite zapisy dotyczące długości okresu odbywania się wizyt patronażowych, co rodzi ryzyko różnego ich interpretowania, a zatem skracania okresu odbywania się wizyt patronażowych.

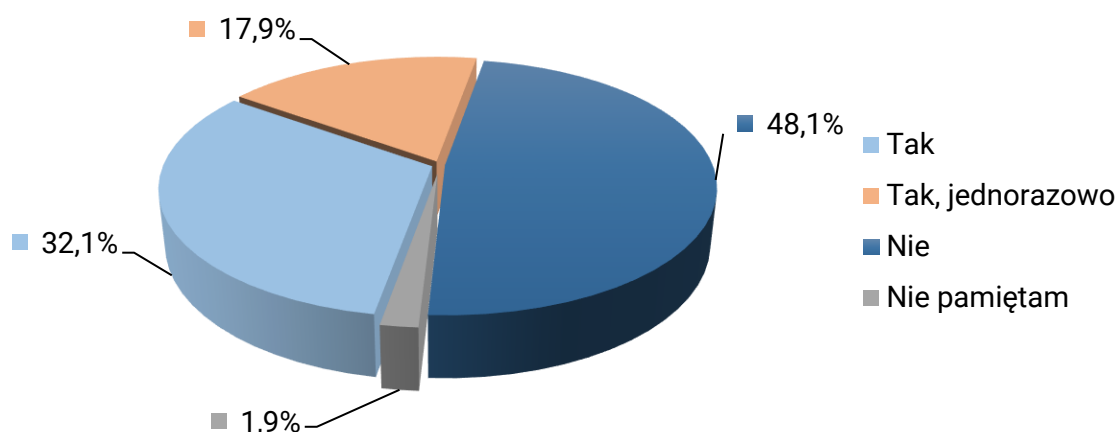
U większości kobiet położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej (91,4%), 8,5% ankietowanych wskazało, że nie odbyła się żadna wizyta w domu kobiety, zaś tylko 0,1% nie pamiętało, czy taka wizyta się odbyła (Ryc. 4.1.).



Ryc. 4.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy po porodzie położna środowiskowo-rodzinna była w Twoim domu na choć jednej wizycie patronażowej?” (% , N=2504)

Kobiety, u których położna środowiskowo-rodzinna nie przyszła na żadną wizytę patronażową do domu, udzielały odpowiedzi na pytanie, czy pomimo braku wizyt miały kontakt telefoniczny i/lub za pomocą środków elektronicznych. Tu 32,1% ankietowanych wskazało, że miało taki kontakt. 17,8% – również miało taki kontakt, ale był on tylko jednorazowy, 48,1% – nie miało żadnego kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną, zaś 1,9% nie pamiętało czy taki kontakt miało (Ryc. 4.2.).





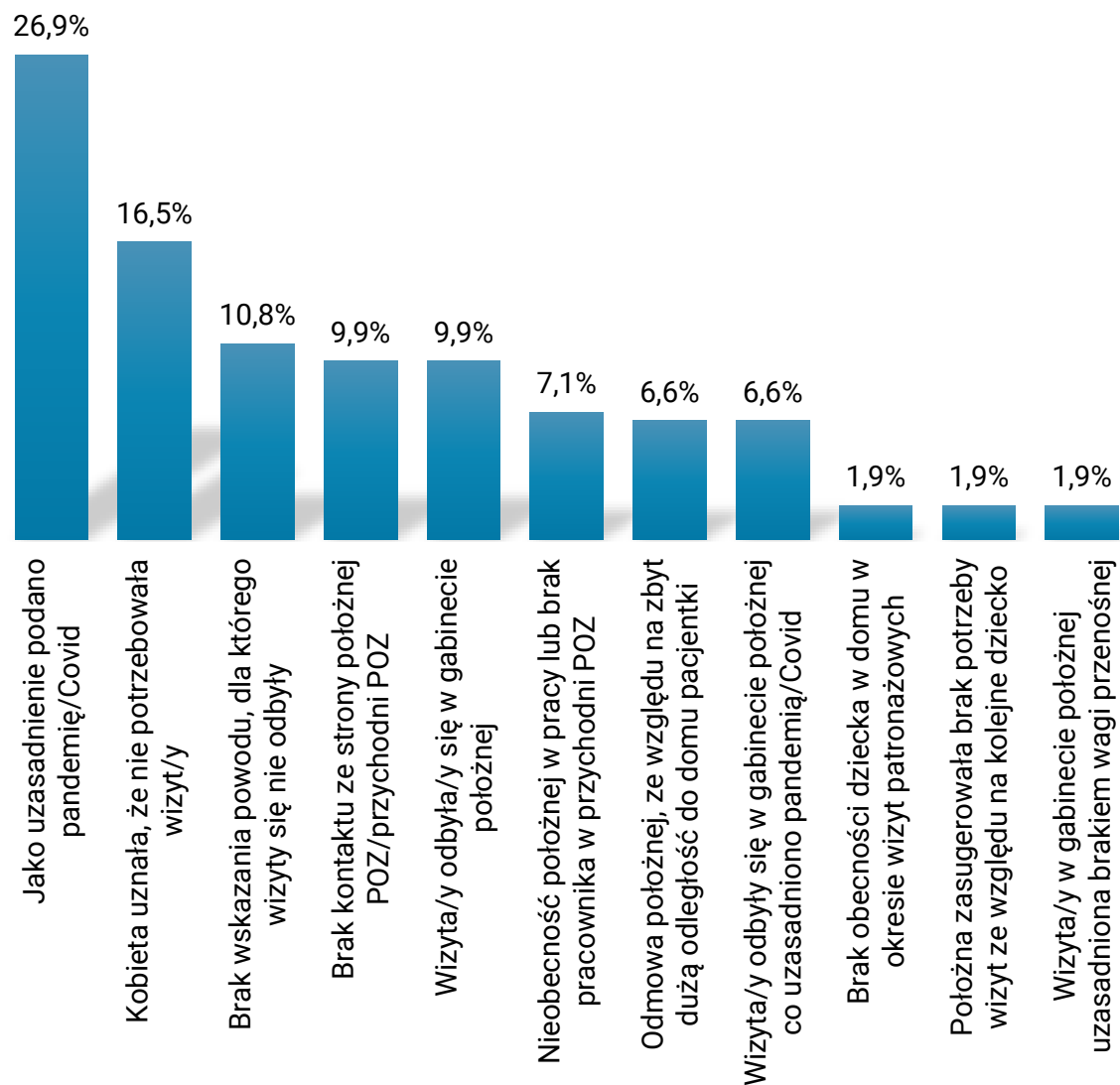
Ryc. 4.2. Struktura odpowiedzi na pytanie skierowanego do osób, u których położna nie była na ani jednej wizycie patronażowej: „Czy miałaś kontakt telefoniczny i/lub za pomocą środków elektronicznych z położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=212)

Czasem pomimo braku wizyt w domu, kobiety były w kontakcie z położną środowiskowo-rodzinną.

„Wizyty odbywały się u położnej w gabinecie - byłam spoza rejonu położnej, ale nie chciałam jej zmieniać (była moją położną w pierwszej ciąży) dlatego wspólnie umówiliśmy się na takie rozwiązanie i wizyty w jej gabinecie oraz przez Skype”. (A721)

Kobiety zapytane o to, jaki mógł być powód tego, że położna środowiskowo-rodzinną nie przyszła na żadną wizytę patronażową wskazywały: pandemię Covid (26,9%), brak potrzeby takiej wizyty ze strony kobiety (16,5%), brak kontaktu ze strony położnej POZ (9,9%), nieobecność położnej w pracy lub brak pracownika w przychodni POZ (7,1%), odmowę położnej ze względu na zbyt dużą odległość do domu pacjentki (6,6%), nieobecność dziecka w domu w okresie odbywania się wizyt patronażowych (1,9%), sugestię położnej o braku potrzeby wizyt ze względu na doświadczenie kobiety w związku z porodem kolejnego dziecka (1,9%). Część kobiet nie wskazała żadnej przyczyny (10,8%). A u części kobiet okazało się, że te wizyty odbyły się, ale nie w domu pacjentki tylko w gabinecie położnej, przy czym część ankietowanych nie wskazała dokładniej, jak uzasadniono konieczność przyścia do przychodni (9,9%), część uargumentowało to pandemią/Covid (6,6%), a pozostałe – brakiem wagi przenośnej (1,9%) (Ryc. 4.3.).





Ryc. 4.3. Struktura przeanalizowanych odpowiedzi na pytanie: „Jaki mógł być powód tego, że położna środowiskowo-rodzinna nie była na żadnej wizycie patronażowej?” (% , N=212)

Podsumowując, 81,6% kobiet, u których położna środowiskowo-rodzinna nie była na żadnej wizycie w domu, nie miało również wizyty w gabinecie położnej, co oznacza, że te kobiety pozostawały bez fizycznej opieki położnej POZ.

Niektóre z kobiet wskazywały na powody związane z pandemią Covid-19. Pomimo pandemii wizyty patronażowe realizowane w domu pozostawały świadczeniem gwarantowanym, więc kobiety w położu miały prawo do tych wizyt. Choć sytuacja pandemii była nieoczekiwana i trudna dla nas wszystkich, to jednak wizyty powinny być się odbywać:



„Były sugestie, że położna przyjdzie do mnie tylko raz, bo właśnie jest Covid i ja się nawet kontaktowałam z NFZ, żeby się upewnić, czy to prawda. Oczywiście powiedziano, że nie, że 6 wizyt mi się należy. Nie ważne czy Covid, czy nie Covid – powinno być 6”. (K20)

„Urodziłam córkę na początku pandemii, więc wszystko było pozamykane. Ogólnie nie było wizyt bezpośrednich, nie miałam wtedy nawet wizyty patronażowej lekarza, bo wiadomo, wtedy było ograniczone wszystko. Natomiast położna przyjechała do mnie wcześniej po wyjściu ze szpitala. Pomogła mi między innymi z ustaleniem, że chodzi o skrócone wędzidełko u dziecka. Pomagała, przyjeżdżała ważyć, także wszystkie wizyty się odbyły”. (K47)

„Nie miałam problemu mimo Covidu. Wprawdzie miałam 4 wizyty zamiast 6. Mogłam się bardzo uprzeć i domagać tych dwóch kolejnych, ale synek był łatwym dzieckiem, więc nie potrzebowałam. Moja położna też jest o tyle wspierająca, że nawet potem po tej ostatniej wizycie jeszcze mogłam do niej zadzwonić, więc tutaj jeszcze zdalna opieka funkcjonowała”. (K32)

Z kolei inne kobiety, pytane o powód braku wizyt, odpowiadały:

„Covid. Położna z mojego POZ była niedostępna i w czasie pandemii patronaż był telefoniczny, dlatego musiałam zdecydować się na prywatną opiekę”. (A1059)



„Był to okres pandemii. To ja z noworodkiem musiałam chodzić do przychodni. Uważam, że był to bezsens i narażanie dziecka na chorobę”. (A813)

„Pandemia. Położna dzwoniła kilkakrotnie. Ale nie widziała ani mnie ani dziecka”. (A790)

Czasem same kobiety odmawiały takich wizyt.

„Był to okres pandemii Covid-19, a ja nie chciałam wizyty”. (A1357)

„Podczas moich dwóch poprzednich porożeń miałam bardzo złe doświadczenia z położnymi i w tej trzeciej ciąży podziękowałam za tę »pomoc«”. (A749)

„Nie chciałam tej wizyty, miałam taką jedną wizytę po pierwszej ciąży i położna nie była miła, a będąc w tej samej przychodni POZ przyszłaby drugi raz ta sama. Przy pierwszej ciąży zdołowała mnie ta wizyta i nie chciałam tego po drugiej ciąży”. (A1485)

„Nie chciałam wizyty patronażowej. Wystarczyła mi wizyta pediatry”. (A360)



Do niektórych kobiet położna nie dojeżdżała ze względu na odległość.

„Zbyt duża odległość do domu pacjentki. Mieszkam na wsi ok. 15 km od przychodni. Położna dzwoniła lub ja pisałam, jeśli miałam jakieś wątpliwości. Byłam też z noworodkiem na wizycie u położnej w przychodni, która trwała zaledwie 15 min. Było to bardzo niekomfortowe, żeby jechać do położnej. Byłam po ciężkim porodzie, z bolącymi szwami, z dużymi problemami laktacyjnymi. Bardzo potrzebowałam wsparcia w większym wymiarze niż 15 min w gabinecie, gdzie położna skupiła się na pomiarach noworodka. Nie miała czasu ani miejsca, żeby obejrzeć ranę po nacięciu i pomóc mi w tym temacie”. (A904)

Powyższa historia obrazuje, jak istotne są wizyty w domu u pacjentki, a nie w gabinecie położnej POZ. Realizacja wizyt w gabinecie nie spełnia wymogów S000 co do zapewnienia opieki kobiecie w miejscu jej zamieszkania albo jej pobytu, a pewne obowiązki położnej środowiskowo-rodzinnej poza miejscem zamieszkania pacjentki nie mogą zostać zrealizowane (np. identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie). Szczegółowo o przebiegu wizyt patronażowych będziemy pisać w następnym podrozdziale.

Jednym z kolejnych wymienianych powodów nieodbycia się wizyt patronażowych, był brak kontaktu ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej.

„Nie wiem, zupełnie się nie odezwała, pomimo tego, że dzwoniłam do przychodni”. (A1919)

„Nie miałam kontaktu z położną środowiskową. Jak poszłam, żeby zapisać synka do przychodni, to tylko dostałam numer do położnej i informację »Gdyby się coś działo, to proszę dzwonić«, ale się nic



nie działa, więc nie dzwoniłam. Potem tylko dostałam telefon, kiedy się skończył połów, z takim opieprzem, że czemu ja nie zadzwoniłam i że mają braki w kartotekach". (K33)

Z kolei jedna z położnych wprost zapowiedziała, że nie przyjdzie do domu kobiety.

„Urodziłam we wtorek. Ze szpitala wyszłam w czwartek wieczorem. W piątek dzwoniłam do przychodni, żeby umówić się z położną, ale tam się okazało, że zgubili moją deklarację, więc musiałam jeszcze kombinować na szybko, żeby się w inne miejsce przepisać. W to miejsce docelowe jak się przepisałam, to w poniedziałek skontaktowałam się z tą placówką. Powiedziano mi w rejestracji, że pani położna do mnie oddzwoni. Rzeczywiście pani do mnie oddzwoniła, powiedziała, że ją wybrałam i zapytała »Czy coś się dzieje?«. Powiedziała »Tutaj pewnie państwo będą niedługo, bo jest taka wizyta u lekarza patronażowa po kilku dniach od urodzenia, to ja wtedy na dziecko zerknę, bo ja nie praktykuję chodzenia po domach«. Tak, pani powiedziała, że absolutnie czegoś takiego nie ma. Jak byłam na pierwszej wizycie u lekarza, to położna tylko zajrzała do gabinetu, spojrzała na dziecko i w zasadzie tyle. Później może jeszcze 2 razy zadzwoniła do mnie - po pierwszym miesiącu i po drugim. Zapytała, czy wszystko jest w porządku z dzieckiem i tyle miałam kontaktu z położną". (K21)



Zdarzało się również, że placówki POZ nie zapewniały dostępu do osoby na takim stanowisku.

„Dzwoniłam do przychodni, aby poprosić o przyście położnej, ale usłyszałam, że przebywa ona na zwolnieniu lekarskim, a oni nie mają zastępstwa. Miałam sobie sama zorganizować alternatywę (w zamyśle zapisać się do kogoś innego w innej przychodni), bo położnej miało nie być przez dłuższy czas”. (A397)



Problem!

Zdarza się, że wizyty patronażowe położnej środowiskowo-rodzinnej nie odbywają się (u 8,5% ankietowanych). Uniemożliwia to kobietom i ich dzieciom korzystanie z pełnego zakresu opieki poporodowej, w tym laktacyjnej. Jest to również niezgodne z wytycznymi S000 i zawieranymi przez świadczeniodawców umowami z NFZ zakładającymi 4-6 wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej w domu położnicy.

Na początku rozdziału 4. cytowałyśmy zapisy świadczące o obowiązku szpitala do zawiadomienia położnej środowiskowo-rodzinnej o wypisie ze szpitala matki i dziecka, a położnej do skontaktowania się z matką. Kto, wobec tego inicjował kontakt?

Pytałyśmy kobiety, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie, czy to one kontaktowały się z położną, aby poinformować o tym, że są już w domu z dzieckiem po porodzie i w 77,2% przypadków tak było, zaś w 17,3% przypadków położna skontaktowała się sama. Dalej 5,5% kobiet nie pamiętało czy kontaktowała się z położną po powrocie ze szpitala (Ryc. 4.4.).





Ryc. 4.4. Struktura odpowiedzi wśród kobiet, u których położna była na przynajmniej jednej wizycie patронаżowej na pytanie: „Czy Ty kontaktowałaś się z położną środowiskowo-rodzinną, aby przekazać jej informację o tym, że jesteś z dzieckiem w domu po porodzie?” (% , N=2289)

Dlatego to w większości kobiety inicjują kontakt z położną środowiskowo-rodzinną, pomimo obowiązku po stronie położnej? Czasem wymagają tego od kobiet same położne.

„Ja dawałam położnej znać, bo wymagała ode mnie tego, żeby dać informację, kiedy wychodzę”. (K52)

Jedną z przyczyn wskazaną przez położne środowiskowo-rodzinne, które udzieliły nam wywiadu, mogą być opóźnienia organizacyjne po stronie szpitala.

„Jak już pacjentka dzwoni to znaczy, że coś nie poszło w komunikacji między szpitalem, a położną”. (P5)

„Czasem zapomną, źle zgłoszą, nie tu zgłoszą. Tak się zdarza”. (P5)



„Według standardu szpital ma obowiązek powiadomienia w dniu wypisu. W [nazwa miasta] robi to tylko szpital [nazwa]. Drugi zawiadamia dzień po wypisie, nie bacząc w ogóle na dobro pacjentki. Trzeci zaś zawiadamia dzień po wypisie albo wcale. Potrafimy mieć pacjentki, które odezwą się na przykład po dwóch tygodniach, że urodziły z pytaniem czemu jeszcze nikogo nie było. Natomiast to my mamy obowiązek skontaktowania się z pacjentką, bo ten przepływ informacji taki musi być. To jest tak, że teraz są telefony, ale kiedyś ich nie było, albo jak nie odbierają, to naszym obowiązkiem jest pojechać pod ten adres podany ze szpitala i nie raz całowałam klamkę, bo nikogo nie było. Szpitale mają obowiązek zawiadamiania w dniu wypisu, my mamy obowiązek skontaktowania się z pacjentką. Jak już dostaniemy zawiadomienie to w ciągu 48 godzin od zawiadomienia powinniśmy być u pacjentki pod warunkiem, że nie jest to weekend albo jakieś święta, więc my dzwoniemy do pacjentki. Próbowaliśmy już niejednokrotnie interweniować w szpitalach. Na przykład są takie sytuacje, że pacjentka wychodzi w czwartek. My nie dostajemy powiadomienia i na piątek mamy już ustalony plan pracy. Jesteśmy poumawiane z pacjentkami. Po czym piątek, godzina 12 i dzwoni szpital, że pacjentka w czwartek wyszła. Często nie możemy już do niej dojechać. To nie działa jak należy. Zawsze mam pretensje do tych szpitali, bo to jest niedbałość zarówno o nas, jak i przede wszystkim o kobiety, o pacjentki. Ja sobie tak mocno cenię kontakt z ciężarnymi. Dzisiaj było 6 ciężarnych wszystkie je uprzedziłam, że bardzo proszę, żeby zawiadomiły mnie smsem albo koleżankę zaraz na drugi dzień po porodzie, jak się trochę ogarną, ale zanim wyjdą ze szpitala. Wszystkie kobiety, z którymi mamy kontakt uprzedzamy, że szpitale słabo zawiadamiają i żebyśmy mogły być



w takiej łączności, to żeby one po prostu do nas dzwoniły, czy smsowały”. (P2)

„Czasem szpitale zgłaszają trochę później. Jak jest piątek, to zgłaszają w poniedziałek. Czasami się trochę to opóźnia. Miałam kilka sytuacji, w których już byłam u matki 3 razy i dopiero przyszło zgłoszenie”. (P4)

Okazuje się, że położna środowiskowo-rodzinna może się dowiedzieć o tym, że matka i dziecko wyszli ze szpitala z dużym opóźnieniem, a nawet w ogóle nie otrzymać takiej informacji. Znajomość położnej środowiskowo-rodzinnej już w ciąży może być kluczowa. Dla jednej z kobiet pomoc, uzyskana na drugi dzień po wyjściu ze szpitala, miała ogromne znaczenie.

„Na tych spotkaniach przed porodem z położną temat laktacji był omówiony. Znałam się już z nią wcześniej i to też było super. To było też fajne, że ja jej napisałam w dniu wyjścia ze szpitala, że wychodzimy z małą i ona następnego dnia już była u nas. Myślę, że w temacie akurat naszej drogi laktacyjnej miało to mega znaczenie, że miałam tę wiedzę od niej, że piszę jej smsa, że wychodzę i ona jest. Gdybym czekała, aż to pójdzie jakby tą drogą wiadomo - biurokracją, że szpital daje znać, że ja wyszłam z dzieckiem i ona od przychodni dostaje informację, to mówiła, że czasami jak gdzieś jest zgrzyt informacyjny, to i 2 tygodnie nawet kobiety czekają, jak nie dłużej. Dla nas to już by był myślę ciężki temat. Aczkolwiek ja miałam numer do niej. Tak mi zależało, że ja miałam te numery pospisywane i z nią już miałam ten kontakt”. (K31)





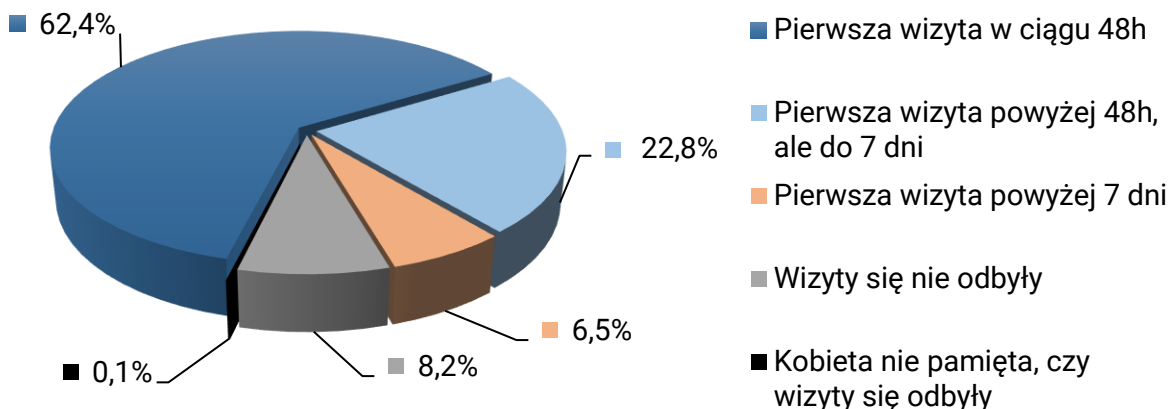
Problem!

Nie zawsze szpitale dopełniają obowiązku informowania położnej środowiskowo-rodzinnej o wyjściu matki i dziecka ze szpitala w dniu wypisu, a informację tę przekazują później, a nawet zdarza się, że nie przekazują jej wcale.

Na kolejnych wykresach zestawiliśmy dane dot. terminu pierwszej wizyty patronażowej (lub jej braku) po wyjściu ze szpitala. Przepisy nie są jasne w przypadku, gdy ze szpitala zostaje wypisana wyłącznie matka, a dziecko w nim nadal pozostaje. Dokumenty nie odnotowują, czy w tej sytuacji szpital ma wysłać zgłoszenie o wyjściu matki, czy nie. Z tego względu informacje o czasie odbycia się pierwszej wizyty, podzieliliśmy w zależności od tego, czy matka i dziecko opuścili szpital wspólnie (Ryc. 4.5.), czy nie (w dalszej części Ryc. 4.6.). Poniższe wykresy nie uwzględniają pierwszej wizyty patronażowej u osób, które rodziły poza szpitalem (i nie przebywały wkrótce po porodzie w szpitalu). Przy czym należy podkreślić, że poinformowanie położnej środowiskowo-rodzinnej o porodzie, gdy ten odbył się poza szpitalem, leży wyłącznie po stronie kobiety, gdyż położna POZ nie ma możliwości dowiedzieć się w inny sposób, jak od samej kobiety. Natomiast wśród tych kobiet, pierwsza wizyta patronażowa odbyła się w większości w ciągu 48h od porodu.

Spośród ankietowanych kobiet, które wyszły ze szpitala razem z dzieckiem, u 62,4% pierwsza wizyta odbyła się w ciągu 48h od wyjścia matki i dziecka ze szpitala lub porodu, w przypadku porodu poza szpitalem, u 22,8% w okresie od 48h do 7 dni, zaś u 6,5% było to powyżej 7. dnia (Ryc. 4.5.).





Ryc. 4.5. Czas odbycia się pierwszej wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej od dnia powrotu/wypisu matki i dziecka ze szpitala (% , N=2403)

Kolejne kobiety doświadczyły tego, jak bardzo istotna może być szybka wizyta położnej po porodzie.

„Zjawiała się od razu praktycznie na drugi dzień po tym, jak myśmy wrócili do domu. Powiedziałam jej, że w wypisie mam zalecenia od pani ordynator, że dziecko ma być zważone od razu po powrocie, żeby kontrolować tę wagę. Na pewno to, że była w tej pierwszej dobie po powrocie, to dla nas było ważne, bo martwiliśmy się o tę wagę. Wizyta trwała na pewno ponad bitą godzinę. Też patrzyła na przystawianie, więc ona to sprawdziła i nas uspokoiła. Rozmawiała ze mną i z mężem. Wtedy już miałam nawet mleka, więc karmienie przebiegało dobrze. Dziecko przybierało dobrze i nie miała żadnych zastrzeżeń. Ponadto to było w covidzie. Oddziały były zamknięte, więc opieka nad noworodkiem była po naszej stronie i jeżeli mieliśmy wątpliwości, to tak naprawdę mogła je rozwiązać dopiero położna w tym momencie, kiedy my byliśmy już dzieckiem w domu”. (K20)



„Jak wyszłam ze szpitala w piątek, to cieszyłam się z powodu wyjścia do domu, ale kolejnego dnia – w sobotę – zaczął się nawał i zrobił się stan zapalny w jednej piersi. Absolutnie dramatyczne uczucie. Niby wiedziałam co mam robić, jak się zachować, jednak teoria niewiele dała. Dziecko co chwilę płakało, bo nieefektywnie ssało. Piersi były wielkie. Córka nie miała siły zassać mleka i jeść z piersi jakkolwiek. Starłam się robić rzeczy, o których się nauczyłam w ciąży: okłady z kapusty, zimne okłady, ściąganie do uczucia ulgi. Tylko nie wiedziałam, czy robię to dobrze. Mąż też. Miałam szczęście, że położna jest moją ciocią, więc od razu kolejnego dnia w niedzielę, przyjechała i wszystko ogarnęła. Potem już było fajnie, ale w zasadzie ze szpitala wyszłam przed takim najgorszym stanem”. (K35)

W tym wypadku położna środowiskowo-rodzinna była z rodziny kobiety i wyjątkowo dotarła do niej w niedzielę. Jednak położne środowiskowo-rodzinne nie mają obowiązku pracować w weekendy i dni wolne od pracy, co również może mieć wpływ na opóźnienie czasu pierwszej wizyty.

„Pierwsze dni z dzieckiem byłam zdana sama na siebie przez opóźnienie pierwszej wizyty (weekend + choroba położnej)”. (A344)

Jest to zapisane w rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:

„2. Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:



1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy”.

(Załącznik nr 3. do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Część I.)

Również położna, z którą przeprowadzałyśmy wywiad, wskazała, jak newralgiczne są często pierwsze doby po powrocie matki i dziecka do domu ze szpitala. Jak bardzo potrzebna może się okazać pierwsza wizyta położnej i jej szybka pomoc.

*"Szpital mnie nie powiadomił, a też było święto, więc dotarłam 4 dni po wypisie. Już na oko widziałam, że dziecko ma poziom bilirubiny ok. 18 w skali Kramera. Na dzień dobry. Było takie żółte. Od razu zawiadomiłam pediatrę, umówiłam konsultację. Rodzice szli prosto po mojej wizycie na konsultację do pediatry, który od razu skierował do szpitala. Nawet już nie pobierał krwi i okazało się, że żółtaczka jest częściowo infekcyjna. Zdiagnozowano, że dziecko ma zakażenie układu moczowego bakterią *Escherichia coli*. Dwa tygodnie leżało w szpitalu. Z tego punktu widzenia tak ważny jest przepływ informacji, szybkie zgłoszenie wypisu i stosunkowo szybkie dotarcie nas do dziecka, im mniejsze dziecko, zebranie wywiadu jakie były kłopoty już na etapie szpitala z karmieniem, z żółtaczką, jaka jest grupa krwi matki, a jaka ojca. Ja i koleżanka bardzo długo pracowałyśmy na noworodkach, więc mamy w głowie schematy, co się może wydarzyć. Na przykład jak jest niezgodność*



serologiczna może być większa żółtaczką, do tego duży spadek masy. Czasami rozmawiamy z pacjentką i ona mówi »Nie musi pani przychodzić na drugi dzień, bo ja sobie poradzę«, a my zbieramy wywiad i nagle się okazuje, że już było 9% spadku masy, dziecko niekoniecznie się wybudza do karmienia i już ci brzęczy alarmowy dzwonek »To ja jednak będę jutro«. Taka intuicja, że trzeba zajrzeć wcześniej, nie słuchać, że pacjentka mówi, że nie potrzebuje, tylko po prostu idziesz. Dlatego tak ważny jest również przepływ informacji i nieczekanie, aż pacjentka zadzwoni, bo to nie chodzi o to, kto tu ma rację, tylko chodzi o dobro kobiety i dziecka". (P2)

Niestety nie zawsze położne środowiskowo-rodzinne podczas pierwszego kontaktu z matką zbierają wywiad tak szczegółowo. W kolejnej historii położna niezainteresowana stanem dziecka ignorowała próby kontaktu ze strony pacjentki, co wywołało u kobiety wysoki poziom stresu z uwagi na żółtaczkę dziecka i trudności w karmieniu.

„Wypisano nas w piątek. Miałam na karcie napisane, że jest duży poziom bilirubiny i że powinna położna sprawdzić dziecko maksymalnie w przeciągu 48 godzin od wypisu. Z położną umówiliśmy się wcześniej, że jej napiszę sms, kiedy wychodzę, ale jak napisałam, to nie było żadnej odpowiedzi. Potem do niej dzwoniłam, też jeszcze w sobotę. Spodziewałam się, że nie odbierze. Faktycznie nie odebrała. W poniedziałek też bardzo dużo było tych prób kontaktu z tą moją położną środowiskową. Nie odbierała, a jak w końcu odebrała, to powiedziała, że już w poniedziałek nie da rady dotrzeć i przyjdzie we wtorek. We wtorek umówiła się ze mną na godzinę poranną. Nie przychodziła godzinę, dwie. Dzwoniłam, nie odebrała, pisałam smsy. Głupia sytuacja, bo w pewnym momencie tak pomyślałam, że zadzwonię z innego



numeru. Zadzwoiłam z numeru męża i ona odebrała od razu i tak sobie pomyślałam, że po prostu ona już nie chce ode mnie odbierać, już miałam takie myśli, że co to jest za położna, ona już mnie ma za jakąś wariatkę, że tak wydzwaniam. Po prostu byłam spanikowana, bo dziecko było wręcz pomarańczowe, apatyczne. Spała cały czas. Nie chciała jeść. Nie radziłam sobie dalej z karmieniem piersią. Próbowałam przystawiać. Bardzo bolało. Ona trochę ssała. Po prostu wisiała na tej piersi non stop i cały czas miałam wrażenie, że ona jest głodna, że ciągle niespokojna, że ciągle płacze. Jak położna przyszła, to powiedziała, że ona ma owszem 48 godzin, ale godzin roboczych, czyli weekend się w to nie wlicza. Uznała, że nie powinni nas wypisać ze szpitala w piątek szczególnie z taką żółtaczką, a szpital powiedział »Wypisujemy, wszystko jest ok«. Jeszcze w ten piątek rano, oni robili córce badania i mówili »No jeszcze nie wiemy, czy wyjdziecie, bo ta żółtaczka jest wysoka«, w końcu powiedzieli: »A jest taka na granicy, to możecie wyjść do domu«. Poza tym wszyscy mi mówili, że im szybciej w domu tym lepiej, bo jakoś będzie łatwiej z karmieniem i ze wszystkim, bo szpital to nie jest takie przyjemne miejsce. Potem żałowałam". (K45)

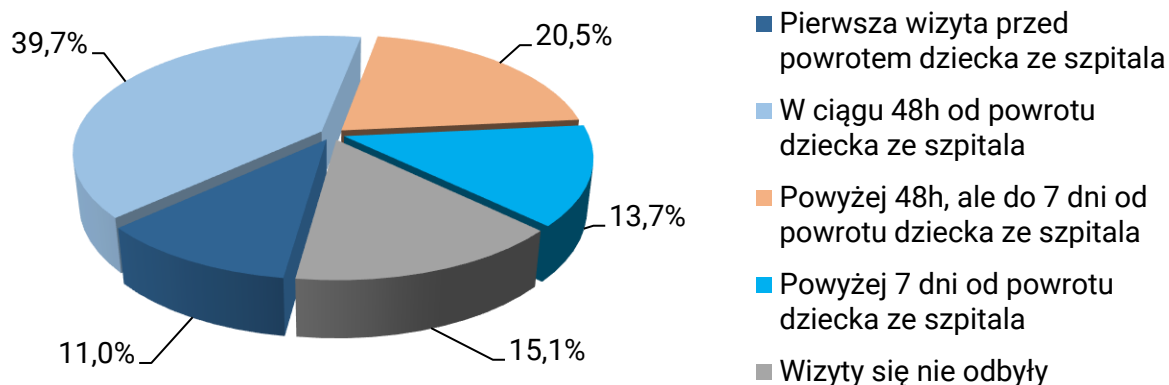


Problem!

U co trzeciej kobiety (29,2% ankietowanych, które wyszły razem z dzieckiem ze szpitala) pierwsza wizyta patronażowa odbywa się PÓŹNIEJ niż w ciągu wymaganych 48h, co może skutkować brakiem udzielenia pomocy w newralgicznym momencie kształtowania się laktacji.



Spośród kobiet, które zostały wypisane ze szpitala bez dziecka, 11,0% kobiet miało pierwszą wizytę położnej środowiskowo-rodzinnej przed powrotem dziecka ze szpitala. U 39,7% z kolei wizyta odbyła się w ciągu 48h od powrotu dziecka ze szpitala, 20,5% miało wizytę powyżej 48h do 7 dni, dla 13,7% przedmiotowa wizyta odbyła się po 7 dniach liczonych od wyjścia dziecka ze szpitala. W przypadku 15,1% wizyty nie odbyły się wcale (Ryc. 4.6.).



Ryc. 4.6. Czas odbycia się pierwszej wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej od dnia powrotu dziecka ze szpitala (gdy kobietę wypisano ze szpitala wcześniej bez dziecka) (%), N=73)

Niestety często, gdy dziecko pozostaje w szpitalu, nie odbywa się nawet jedna wizyta patronażowa. Brak obecności dziecka w domu był wymieniany jako jeden z powodów braku wizyt patronażowych na wcześniej prezentowanej Ryc. 4.3. Matki wcześniaków następująco odpowiadały na pytanie „Jaki mógł być powód tego, że położna środowiskowo-rodzinna nie była na żadnej wizycie patronażowej?”:

„Dziecko miało już 1,5 m-ca skończone, ja już byłam u lekarza ginekologa na wizycie po łożu. Chyba uznano, że nie potrzeba (słusznie)”. (A1829)

„Nie poinformowałam przychodni o porodzie”. (A382)

„Nie zgłaszałam i dziecko przebywało w szpitalu”. (A2085)



„Syn wrócił do domu, jak miał więcej niż 6 tygodni życia”. (A2339)

„Nie wiem, nie kontaktowałam się z nią”. (A2447)

Jedna z kobiet, która zaznaczyła w ankiecie, że z położną środowiskowo-rodzinną miała wyłącznie kontakt telefoniczny lub za pomocą środków elektronicznych, pisała tak:

„Rozmawialiśmy z nią o stanie zdrowia syna. Wcześniak 1230 gram. Miał skrajną hipotrofię, przedwczesne zamknięcie przegrody sercowej. 3 tygodnie był na OION. Miał wrodzone zapalenie płuc przez bakterię Ureaplasma. O tym, że urodzę wcześniaka wiedziałam już w ciąży, przez co zdawałam sobie sprawę, że opieka położnicza w domku mnie ominie. I tak też się stało, bo syn po porodzie w szpitalu spędził 79 dni”. (A2339)

U jednej z kobiet, której dziecko w szpitalu przebywało 43 dni, położna środowiskowo-rodzinną była na jednej wizycie, już po powrocie dziecka do domu.

„Przez długi pobyt dziecka w szpitalu nie było czasu na więcej wizyt. Pierwsza i tak odbyła się po 6. tygodniu życia dziecka”. (A1741)

Jednocześnie rola położnej środowiskowo-rodzinną, w przypadku tej kobiety, jak to oceniła, była „znikoma”. Pomimo że matka odciągała mleko dla dziecka, to od położnej usłyszała jedynie:

„Ok, ale jakby się nie udało to mieszanki też są dobre”. (A1741)



Z kolei położna środowiskowo-rodzinna innej kobiety doceniła pozyskiwanie przez matkę własnego mleka i wsparła ją specjalistyczną wiedzą jeszcze w czasie, kiedy jej dziecko było w szpitalu.

„Położna odwiedziła mnie dwukrotnie wiedząc, że moje dziecko wciąż przebywa w szpitalu na OIOM-ie. Była zadowolona, że udało mi się rozkręcić laktację. Udzieliła mi wskazówek jak często powinnam odciągać pokarm, jak powinnam właściwie przechowywać mleko. Dowiedziałam się o dobowej zbiórce mleka do jednego pojemnika oraz o właściwym transporcie mleka do szpitala”. (A1837)

Jednym z zadań położnej środowiskowo-rodzinnej jest zbadanie pacjentki po porodzie (o prawach kobiety do opieki w połogu więcej w podrozdziale 4.1.2.). Często zakłada się, że wizyta u samej matki, gdy nie ma dziecka w domu, się jej nie należy (o czym dokładniej w dalszej części). W poniższym przypadku wizyta taka miała miejsce na prośbę kobiety:

„Kontaktowałam się z położną środowiskową, ponieważ bolała mnie rana po nacięciu krocza. Dziecko było w szpitalu. Pytała jedynie o to jak żywione jest dziecko, udzieliłam odpowiedzi, że »karmię piersią inaczej« i raz zbadła moje piersi. Więcej wizyt nie odbyło się, ponieważ dziecko było w szpitalu i po powrocie do domu minął już czas, gdy położna formalnie mogła przyjść do domu. Urodziłam dziecko w 30. tygodniu ciąży. Nie zdążyłam uczestniczyć w szkole rodzenia i edukacji przedporodowej. Dziecko było w szpitalu przez 2 miesiące, wyszło w 72 dobie życia. Miało trudności z kamieniem, przejściowo retinopatię, wspomaganie wentylacji CPAP i High Flow, podejrzenie niedoboru odporności, anemię, osteopenię wcześniacza, przetrwały otwór owalny (PFO).



Po wypisie ze szpitala miałam problemy z karmieniem piersią. Na oddziale ze względu na pandemię nie mogłam być długo z dzieckiem i nie nauczyło się ono dobrze ssać piersi, co okazało się dopiero po wypisie, gdy chciałam przejść z »karmienia piersią inaczej« na karmienie piersią. Szukałam Certyfikowanej Doradczynie Laktacyjnej na własną rękę, dopiero druga lub trzecia zdołała mi pomóc”. (A2280)

Maluch w momencie wypełniania przez kobietę ankiety miał 9 miesięcy i był nadal karmiony piersią i posiłkami stałymi. Jej historia pokazuje, jak wysoce specjalistyczna wiedza bywa potrzebna, by pomóc matce wcześniaka wrócić do karmienia bezpośrednio z piersi. W podrozdziale 3.2.12. wspominałyśmy natomiast, że często matki nie mają możliwości uczyć się przystawiania dziecka do piersi, w czasie jego hospitalizacji. Jeśli nie otrzymają takiej opieki od położnej środowiskowo-rodzinnej już po wyjściu ze szpitala, są zmuszone szukać opieki prywatnie, o ile w ogóle mają świadomość, że mogą to zrobić oraz posiadają inne zasoby (wsparcie najbliższych, finanse). W kolejnej historii dziecko urodziło się donoszone, ale z wrodzoną wadą serca, dlatego pozostawało w szpitalu do 59 doby życia.

„Syn nie chciał ssać piersi, miał z tym problemy, bo był przyzwyczajony do butelki. Nie umiał złapać odpowiednio brodawki. Położna środowiskowa cieszyła się, że jest karmiony moim mlekiem, jednak to na moją prośbę próbowała przystawić mi go do piersi. Zachęcała mnie do karmienia bezpośrednio z piersi. Zarekomendowała nakładki i stopniową rezygnację z nich. Starła się pomóc mi nauczyć syna jeść bezpośrednio z piersi”. (A1574)

Położne środowiskowo-rodzinne, które udzieliły nam wywiadu, wskazały, że zdarza im się mieć wizyty u matek, których dzieci pozostają w szpitalu oraz pokierować je w kwestii laktacji już na tym etapie.



„Kolejna rzecz, którą warto się zająć dotycząca wcześniaków. Fundusz w ogóle nie przewidział, że skrajne wcześniaki jak wychodzą ze szpitala to im się opieka położnej patronażowa nie należy, bo mija 8 tygodni. Nikt tego nie wziął pod uwagę. My zwykle dostajemy informację o porodzie, bo matka wychodzi. Często jest tak, że jak to są małe wcześniaki to mama wychodzi i jak dostajemy informację, to czasami już na tym etapie szpital nam mówi, że dzieci zostały w szpitalu, bo wcześniaki, a czasami tego nie mówi. Dzwonię do kobiety, żeby się umówić na wizytę patronażową i słyszę na przykład, że to jest wcześniak i jeszcze jest w szpitalu. Czasami, jeśli matka chce, to zależy to od niej, robimy u niej normalną wizytę czasami jedną, dwie, bo ona jest często zaangażowana w opiekę nad dzieckiem i o różnych porach jest w szpitalu, ale często idziemy na przynajmniej pierwszą wizytę, ustalamy jakieś postępowanie laktacyjne, jak rozbudzić laktację, żeby ona mogła dowozić mleko i jesteśmy pod telefonem. Jeśli jest potrzeba, to idziemy do pacjentki na kolejną wizytę i czekamy na wypis dziecka ze szpitala. Robimy to w ramach stawki kapitałowej, bo za wizytę u pacjentki jako świadczenie NFZ nie płaci. NFZ płaci za patronaż u noworodka”. (P2)

„Ja najczęściej robię te wizyty. Jak znam mamę, która była u mnie w ciąży na edukacji i to jest zawsze przepustka do dalszej pracy, bo mamy do siebie kontakt i ta mama wie, że one mają się zgłaszać, jak urodzą, jak wyjdą, żeby przyspieszyć moment pierwszej wizyty w razie, gdyby szpital opóźniał zgłoszenie, czy właśnie w sytuacji, kiedy urodzą przedwcześnie i wyjdą tylko one, żeby ten stan położniczy ocenić i laktację, żeby zastymulować



odciąganie, o przechowywaniu mleka, o wszystkim im powiedzieć. Jak znam taką mamę, to ja te wizyty robię nawet 3-4 zanim dziecko wyjdzie, żeby jej wszystko powiedzieć, natomiast opłacana przez NFZ jest tylko wizyta patronażowa do noworodka, tylko za to są pieniądze, a wizyty do matki są nieopłacane i dlatego właśnie w naszych polskich realiach wizyty do położnicy, kiedy dziecka nie ma, są nierealizowane w ogóle. Bardziej jest sytuacja przykra, jak te mamy nie mają świadomości, że z tą położną skontaktować się mogą, poprosić o tę opiekę, żeby ktoś się nimi zajął. Podopieczną jest i matka, i dziecko, jeśli deklaracje wyboru położnej POZ były uzupełnione i do matki, i do dziecka, to dokumentacja musi być uzupełniona. Chodzi o to, że wtedy w dokumenty matki wpisuje się tzw. świadczenie położnej z kapitacji, a wizytę patronażową położnej przypisuje się noworodkowi i tylko to jest osobno rozliczane przez NFZ". (P4)

W tym miejscu warto wyjaśnić, że sposób refundowania świadczeń położnej środowiskowo-rodzinnej dzieli się na świadczenia finansowane z tzw. kapitacji (stawki miesięcznej przekazywanej przez NFZ do położnej środowiskowo-rodzinnej/przychodni POZ wyłącznie na podstawie złożonych do tej położnej deklaracji wyboru położnej POZ, czyli niezależnie od ilości świadczeń), oraz świadczenia, jak to jest w przypadku wizyt patronażowych, wyceniane jednostkowo (czyli wyceniane za realizację jednej wizyty każdorazowo). Wysokości stawek określa publikowane co jakiś czas zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (np. zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ). Zarządzenie to określa jednak, że wizyty patronażowe są refundowane wyłącznie w opiece nad dzieckiem, czyli w przypadku, gdy odbywają się u dziecka, a nie u matki. W praktyce uważa się często, że brak refundacji wizyty u matki sprawia, że takie świadczenie jej nie przysługuje, choć jeśli kobieta ma złożoną deklarację u położnej POZ, to jest ona objęta jej opieką, a położna ta może wykonywać świadczenia w ramach stawki kapitacyjnej (czy to w uzasadnionych przypadkach w jej domu, czy to w swoim gabinecie).



Chcemy podkreślić, że S000 nie zwalnia z realizacji opieki nad kobietą w wypadku, gdy świadczenia nie są refundowane jednostkowo przez NFZ. Wysokość stawek refundowania świadczeń nie jest przedmiotem tego raportu, jednak wydaje się, że problem finansowania może systemowo wpływać na to, że kobiety nie otrzymują należytej opieki.

„W przychodni od samego początku mówili, że deklaracja przed porodem jest, że tak powiem, niezobowiązująca, bo po porodzie mąż musiał jeszcze raz pojechać i złożyć deklarację jeszcze na syna i ta położna dopiero przyszła do syna, a nie do mnie, mimo że ja byłam do niej zapisana”. (K34)

Natomiast jeśli chodzi o dzieci, których hospitalizacja się przedłuża, to tak jak zauważyła jedna z położnych, należałoby wprowadzić rozwiązanie systemowe, a oto jej propozycja:

„Tak naprawdę te 6 wizyt powinno być liczone od wyjścia dziecka ze szpitala, a nie od momentu urodzenia. Naprawdę, te dzieci czasem 4 miesiące czy pół roku siedzą w szpitalu przecież. Jak mają jakieś leczenie kardiologiczne, operacje, zabiegi. Często rodzic w ogóle przecież w tym szpitalu nic nie robi przy dziecku. Jest zielony jak ogórek, bo czynności pielęgnacyjne w większości wykonuje personel. Rodzic co najwyżej kanguruje i raz zmienia pieluchę. Często nic nie wie o rytmie dobowym dziecka, o rytmie karmienia, jakie są oznaki głodu, nie umie odczytywać, co ono sygnalizuje. Kto w to ma go wprowadzić, jak nie położna środowiskowa?”. (P4)



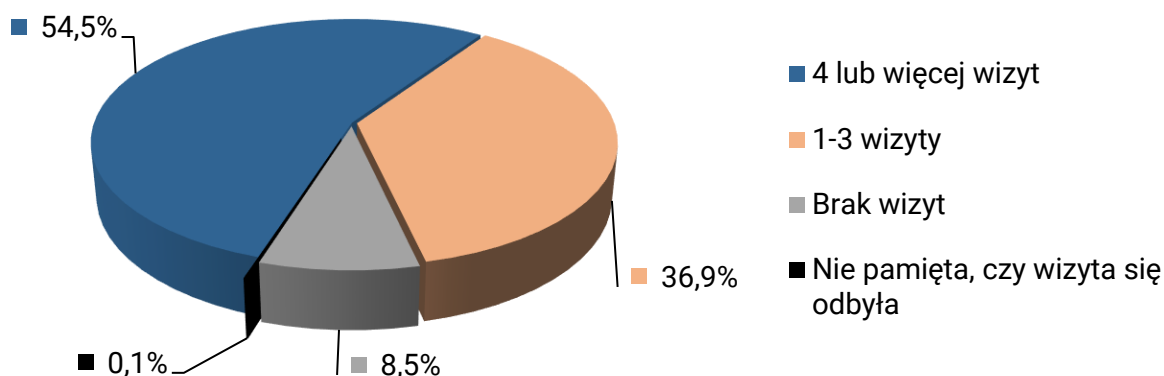


Problem!

Brak regulacji w zakresie wizyt patronażowych u kobiety, która została wypisana ze szpitala bez dziecka, a jej dziecko jest nadal hospitalizowane. Znaczna większość takich kobiet (89,0% ankietowanych, które wyszły bez dziecka ze szpitala), nie ma wizyty patronażowej położnej POZ przed powrotem dziecka do domu. Zdarza się, że położna środowiskowo-rodzinna nie jest informowana przez szpital o wyjściu samej kobiety ze szpitala. Zdarza się, że hospitalizowane dłużej dzieci chore, a w szczególności skrajne wcześniaki, są wypisywane do domu po czasie przysługujących im wizyt patronażowych, a co za tym idzie, nie są one realizowane. Brak lub ograniczona ilość wizyt w tych przypadkach, często skutkuje brakiem pomocy przy stymulacji laktacji, w razie problemów ze stanem brodawek/piersi czy przy powrocie do bezpośredniego karmienia piersią (kiedy dziecko już wróci do domu).

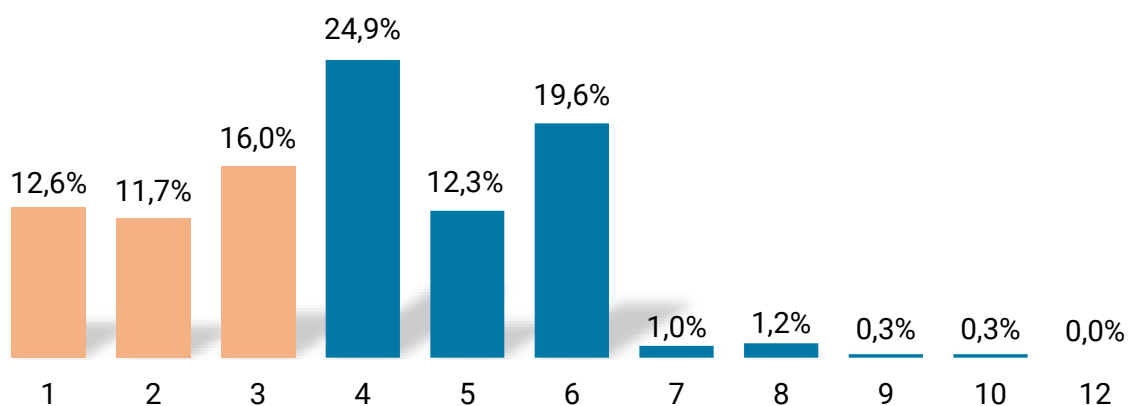
Teraz spójrzmy, jak rozkładała się ilość odbytych wizyt patronażowych. W przypadku 54,5% ankietowanych zrealizowano 4 lub więcej wizyt patronażowych. Kolejno dla 36,9% było to już od jednej do trzech wizyt lub brak wizyt (8,5%), a 0,1% – nie pamiętało, czy takie wizyty w domu kobiety się odbyły (Ryc. 4.7.).





Ryc. 4.7. Rozkład ilości odbytych wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej (%; N=2504)

Poniżej prezentujemy rozkład odpowiedzi wśród kobiet, u których wizyty się odbyły, a na pytanie na ilu wizytach patronażowych w domu kobiety była położna środowiskowo-rodzinna respondentki wskazały: jedną wizytę (12,6%), dwie wizyty (11,7%), trzy wizyty (16,0%), cztery wizyty (24,9%), pięć (12,3%), sześć (19,6%) i więcej – tj. od siedmiu do 12 wizyt (w sumie 2,8%) (Ryc. 4.8.).



Ryc. 4.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Na ilu w sumie wizytach patronażowych była u Ciebie położna środowiskowo-rodzinna?” (%; N=2289)

Co sprawia, że nie wszystkie kobiety mają wymaganą minimalną ilość wizyt patronażowych? Dlaczego, aż jedna trzecia kobiet ma niepełną ilość wizyt (od 1 do 3)?

Czasem wręcz to kobiety musiały prosić o chociaż jedną wizytę patronażową.



„O wizytę prosiłam sama. Usłyszałam, »że nie będzie mówić rodzicom, co mają robić«. Nie uzyskałam pomocy, położna nie wzięła nawet dziecka na ręce. Karmienie pozostawiła bez większego komentarza, nie posiadała na wizycie wagi, by sprawdzić skuteczność karmienia. Wizyta polegała na wypełnieniu książeczki. Zero mowy o kolejnych wizytach. Zero zainteresowania dzieckiem i problemami. Podczas wizyty poprosiłam też o sprawdzenie rany po cięciu cesarskim, bo wydawało mi się, że coś się z nią dzieje – ocena rany była stojąc nad pacjentką bez pochylenia. Przykry obowiązek dla pani położnej i strata czasu dla nas. Zadzwoniliśmy z mężem po położną prywatnie, której wizyta była nieporównywalna i trwała ponad 1,5h”. (A2322)

„Sama musiałam prosić o wizytę. Zgłosiłam się po pomoc do położnej i nic ona nie dała. Była u nas raz! Miałam płaskie brodawki, dziecko nie przybierało na wadze. Usłyszałam, że pediatra musi obejrzeć i zważyć dziecko i dopiero coś więcej powie. Nie poleciałabym jej żadnej młodej matce”. (A505)

Oto wypowiedzi kolejnych kobiet, u których odbyła się tylko jedna wizyta patronażowa:

„Wizyta trwała 15 minut. Nie przystawiłam do piersi w tym czasie. Zapytała tylko jak karmię”. (A1)

„Po jednej wizycie i podczas tej wizyty jednym zdaniem dotyczącym laktacji, nie było żadnego kontaktu”. (A87)



„Kontakt był tylko w placówce medycznej, podczas wizyt szczepliennych. Nie było opieki” (A271)

„Położna przyszła, po 5 minutach wyszła. Nawet się nie zainteresowała dzieckiem, bo się śpieszyła”. (A1335)

„Była to okropna wizyta, nerwowa, z ogromną ilością przestarzałych informacji”. (A82)

„Prosiłam o przyjazd na kolejną wizytę, ponieważ niepokoiła mnie pewna kwestia związana z kikutem (mijał miesiąc, a kikut nie odpadł). Wysyłałam zdjęcia MMS. Położna stwierdziła, że nic się nie dzieje i nie przyjechała. Po jakimś czasie znowu prosiłam o wizytę, jednak nie odpisała w porę i pojechałam do lekarza. Więcej nie prosiłam”. (A1767)

Czasem położne środowiskowo-rodzinne nie wykonywały większej ilości wizyt z powodu pandemii, mimo tego kobiety potrzebowały tych wizyt.

„Położna wolała wykonać wizytę patronażową przez telefon jako powód podając pandemię. Nie zgodziliśmy się na to i odbyła się jedna wizyta u nas w domu”. (A492)

„Położna środowiskowo-rodzinna spełniła swoją rolę w miarę dobrze, chociaż oczekiwałam wizyt osobistych. Przez Covid była tylko 1 raz (!!!) po porodzie. A wszystkie przedporodowe spotkania były online. Również ze względu na Covid”. (A572)



„Była pandemia więc ciężko było doprosić się o drugą wizytę, a położna uznała, że radzimy sobie dobrze. W końcu we wszystkim sama sobie poradziłam”. (A1952)

„Ilość wizyt patronażowych była ograniczona pandemią, urodziłam dziecko podczas pierwszego lockdownu. Doceniam, że położna zdecydowała się mimo tego odwiedzić nas w domu aż dwa razy”. (A1187)

Czasem to położna sugerowała mniejszą ilość wizyt patronażowych.

„Położna ostatecznie odbyła 3 wizyty patronażowe u mnie w domu, a na jedną byliśmy zmuszeni udać się do szkoły rodzenia. Te 3 wizyty domowe odbyły się na moje wyraźne żądanie. Początkowo proponowała tylko 1 wizytę w domu, a na resztę bylibyśmy zmuszeni jechać do szkoły rodzenia. To było bardzo niewygodne, ponieważ w połogu średnio fajnie chodzi się »po mieście«. Głównie przydało się ważenie dziecka, bo to utwierdziło mnie w przekonaniu, że jednak dziecko przybiera dobrze zatem, że wszystko jest w porządku”. (A1923)

„Wizyty były szybkie i miałam wrażenie, że były jakie. Nie specjalnie był wybór innej położnej - było ich mało w mojej okolicy - a też nie widziałam, żeby te wizyty wносиły coś ważnego dla nas. Większość rzeczy wiedzieliśmy ze szkoły rodzenia lub z artykułów wyczytanych w Internecie. Już po drugiej wizycie u nas dało się odczuć, że tyle wystarczy, ale w kontekście ewentualnych kolejnych



wizyt powiedziała »A to już jak chcecie«, więc nieśmiało poprosiłam o 3 wizytę, że będę się wtedy czuć pewniej. Położna odpowiedziała na moje pytania, ale problemu nie udało się rozwiązać. Laktacji nie udało mi się niestety utrzymać”. (A1687)

Naszym zdaniem często jedna, dwie wizyty to zbyt mało, aby móc ocenić laktację i karmienie piersią. Jeśli opieka jest profesjonalna, to wdrożone postępowanie wymaga reoceny karmienia podczas kolejnych wizyt. Proces karmienia piersią lub mlekiem matki jest bardzo dynamiczny. Niestety zdarza się, że kobiety nie chcą mieć więcej kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną, gdyż opieka nie jest dla nich satysfakcjonująca.

„Wizyta położnej przebiegała raczej w atmosferze »kontroli« warunków w jakich mieszka dziecko. Nie miałam problemów z karmieniem, gdyż było to drugie dziecko. A nie chciałam też kolejnych stresujących wizyt, stąd podpisałam wszystkie karty wizyt”. (A911)

„Po dwóch wizytach położnej, zadzwoniła do mnie czy ma się jeszcze pojawić czy może zostaniemy tylko w kontakcie telefonicznym. W związku z tym, że nic dla mnie konstruktywnego nie wносиły jej wizyty, nie chciałam, aby więcej się pojawiała i też do niej nie dzwoniłam. Ona zadzwoniła później chyba jeszcze jeden raz”. (A2265)

„Po poleceniu [nazwa probiotyku], plus doradzaniu dopajania wodą, odmówiłam kolejnych wizyt”. (A1653)

Czasem kobietom mniejsza ilość wizyt odpowiadała z innych względów.



„Wizyt patronażowych u nas było mniej z naszego wyboru. Jestem lekarką i po prostu nie była nam potrzebna kolejna wizyta. Byliśmy w kontakcie telefonicznym z położną. Widzieliśmy się dodatkowo prywatnie – jako porada laktacyjna – to był nasz wybór. Położna była gotowa przychodzić do nas częściej”. (A450)

„Po jednej wizycie kontakt polegał na rozmowie telefonicznej. Położna dzwoniła, pytała się czy wszystko w porządku, czy coś mnie niepokoi, czy potrzebowałabym jeszcze wizyty. Nie konsultowałam, bo laktacja była dobrze rozbujana, a dziecko przybierało”. (A90)

„Porozmawialiśmy sobie ot tak ogólnie, ale byłam już mocno zorientowana w temacie i odczytana więc tak naprawdę popatrzyła tylko na dziecko i oceniła, że bardzo ładnie pije z piersi. Położna była tylko raz po porodzie i uznała że wszystko jest super i skoro, że mnie taka ogarnięta mama, to ona więcej nie widzi potrzeby przychodzić i jak będę potrzebować to mam dzwonić, a ona woli jechać do tych bardziej potrzebujących młodych mam. Odpowiadał mi taki układ. Nie miałam potrzeby dzwonienia”. (A1606)

Pomimo tego, że kobietom czasem odpowiada mniejsza ilość wizyt, wydaje się, że sugestia o ograniczeniu wizyt, bądź odmowa dalszych wizyt nie powinna wyjść ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej. Problem wydaje się złożony, a kobiety uzasadniając mniejszą ilość wizyt, często wskazują na różne problemy systemowe.

„Nie potrzebowałam więcej wizyt po porodzie. Położne za mało zarabiają”. (A1654)



„Położna tłumaczyła się, że dużo dzieci się urodziło i że jest sama na terenie i nie ma czasu”. (A2435)

„Mam lekarza w innej gminie, a w innej mieszkam, a położna jest jeszcze z innej okolicy i ona ma bardzo dużą geograficzną rozpiętość tych pacjentek, ma nas dużo, to jest kilka gmin podejrzewam, więc logistycznie ciężko jej to ogarnąć. Ona nie jest w ośrodku na stałe, tylko w określonych godzinach przyjeżdża do ośrodka. Spotyka się wtedy z pacjentkami albo jeździ po domach. Jak ma kilka pacjentek w promieniu 40-50 km, a do każdej dojechać osobiście to dużo. Jakby się coś działo ze mną czy z dzieckiem, to bym dzwoniła, prosiła o więcej wizyt, ale jako mama kolejnego dziecka takiej potrzeby nie miałam po prostu. Najpierw były 2 wizyty, a potem kontaktowała się telefonicznie. Uznałam, że są może mamy bardziej potrzebujące. Nie uważałam, że to jest potrzebne, radziłyśmy sobie. Nie znam specyfiki jak jest w miastach, ale nasza wiejska specyfika, a mieszkam na wschodzie Polski, jest taka, że jest jedna położna na duży rejon”. (K55)

Na problemy położnych środowiskowo-rodzinnych jako grupy zawodowej wskazywała również jedna z położnych, która udzieliła nam wywiadu.

„Problemem tych małych przychodni jest to, że część położnych pracuje równocześnie w szpitalu, więc one w tym czasie 12 godzinnego dziennego dyżuru w szpitalu, nie są dostępne dla pacjentek. Miewam takie, brzydko to nazwę, tak zwane spady, czyli dziewczyny w ogóle niezaopiekowane. Kobiety dzwonią



*i przenoszą się do nas, bo była jedna wizyta i więcej nie ma.
Na przykład u wcześniaka". (P2)*

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych od lat wskazuje na braki kadrowe wśród położnych. Aby utrzymać obecny wskaźnik 5,2 pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców konieczne jest zwiększenie liczby absolwentów z ok 5,6 tys. do 10 tys. rocznie²¹⁰. Niewątpliwie należy podjąć systemowe kroki w celu poprawy warunków i jakości zatrudnienia całej grupy położnych, tak aby opieka nad grupą matek i dzieci na tym nie cierpiała. Motywacje do podjęcia pracy położnej środowiskowo-rodzinnej mogą być różne, tak jak w przypadku jednej z położnych, z którą rozmawialiśmy, była to chęć zmian i podnoszenia jakości opieki świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne.

"Moje pierwsze dziecko się urodziło i to dało mi duży wgląd do tego, jak to środowisko wygląda. Do mnie też przychodziła położna środowiskowa. Totalnie przypadkowa i taka, że wszystkie złe strony pracy w POZ mogłam uświadczyc na jednej i jedynej wizycie, na której kazała mi podpisać 6 wizyt i powiedzieć, że w razie czego mam dzwonić. Jak próbowałam do niej dzwonić, nie odebrała, więc już wtedy pomyślałam sobie »Wow tu jest tyle do zrobienia«. Dopiero potem sobie zdałam sprawę, że »Ojej ja sama podpisałam te 6 wizyt«. Dopiero wtedy uświadomiłam sobie, że ona się po prostu w ten sposób ze mną przywitała i pożegnała na jednej wizycie. Nie pamiętam jej nazwiska. Nie pamiętam jej imienia. Nie pamiętam nic, tylko tę kartkę – 6 wizyt podpisanych z datami. To było takie rozczarowanie i myśl, że »Kurczę to ja jestem położną. To ja tutaj w tym środowisku też mogę pracować«, więc jak

²¹⁰ NIPiP, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia, 2022, S.4, <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/2022-04-30-Raport-NIPiP-KRAJ-Wojewodztwa-w-2.2.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



koleżanka potem dała znać, że jest taka praca to od razu wiedziałam, że to będzie dla mnie miejsce". (P5)

W ostatnim z cytatów położna wspomniała o 6 złożonych podpisach na kartce, które zebrała położna środowiskowo-rodzinna. Jakie znaczenie mają podpisy złożone przez kobietę?

Według wspomnianego już wielokrotnie zarządzenia Prezesa NFZ (w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna), każda z wizyt patronażowych powinna być potwierdzona podpisem świadczeniobiorcy albo jego opiekuna prawnego lub faktycznego, czyli zwykle matki dziecka (zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Rozdział 9. Świadczenia położnej poz, § 28., ust. 6.).

W praktyce oznacza to tyle, że podpis jest potrzebny, aby NFZ uznał dane świadczenie jako zrealizowane i je rozliczył. Składanie większej ilości podpisów, czyli poświadczenie wizyt, które się jeszcze nie odbyły, rodzi pole do nadużyć, gdyż wizyty te mogą zostać zgłoszone do rozliczenia do NFZ oraz zostać zrefundowane przez NFZ bez faktycznej ich realizacji. Działa to również w drugą stronę, jeżeli wizyta się odbyła, a położna środowiskowo-rodzinna nie posiada podpisu kobiety w dokumentacji, to taka wizyta nie zostanie zrefundowana lub refundacja może zostać podważona w przypadku kontroli.

„Moja położna akurat chodzi na wizyty patronażowe, ponieważ była ogromna kontrola z NFZ. Wcześniej ona tak robiła właśnie, że nie przychodziła i ktoś to w końcu podał do NFZ. Była skarga i wyszło, że po prostu ona wymuszała pieniądze z NFZ nie robiąc kompletnie tych wizyt, tylko wpisując je fałszywie, więc sprawdzano to z osobami, które urodziły dzieci i były widziane przez tą panią. Do mnie też dzwoniono, wszystko o mnie wiadomo, nawet jakie miałam szwy założone, nie szwy, kiedy była, gdzie patrzyła, co robiła, czy mnie badała. Wszystko pan policjant mnie wypytał. Ona po prostu miała wielkie dochodzenie policyjne za wyłudzenia z NFZ, więc to była ogromna sprawa, dlatego teraz też tak było fajnie przy synku, bo ona na tych wszystkich wizytach była". (K25)



W ankiecie pytałyśmy kobiety o realną ilość wizyt, ale również o to, ile wizyt kobiety poświadczyły swoim podpisem. Zaobserwowałyśmy, że niekiedy te wartości różniły się od siebie. Poniżej komentarze kobiet, które zaznaczyły w ankiecie, iż poświadczyły podpisem więcej wizyt patronażowych niż te, które odbyły się w rzeczywistości.

„Rola położnej – żadna, nie pomogła mi. A wizyty patronażowe kazała podpisać na pierwszym spotkaniu – od razu wszystkie 6”.
(A2237)

„Miała być 6 razy a była tylko 2”. (A71)

„Położna zarejestrowała więcej wizyt niż rzeczywiście się odbyło”.
(A1375)

„Z 4 podpisanych wizyt odbyły się 2 pierwsze”. (A538)

„Podpisałam więcej wizyt patronażowych położnej niż zrealizowała, na jej prośbę. Powiedziała, że pozostałe będą na zasadzie teleporady”. (A547)

„Położna zrealizowała jedną wizytę w domu, resztę odbywała telefonicznie z racji pandemii. Były to telefony trwające dosłownie 3 minuty”. (A952)

„Położną była na jednej wizycie u mnie w domu, głównie po to, żeby wypełnić swoje dokumenty. Reszta odbyła się przez telefon z powodu pandemii”. (A1450)



„Położna kazała podpisać 6 wizyt, za które uważała także rozmowę telefoniczną”. (K51)

Zdarzało się, jak w powyższych przypadkach, że kobiety poświadczają podpisem teleporady, choć wizyta patronażowa jest świadczeniem udzielanym w domu kobiety i w czasie pandemii nie zmieniono formy realizacji wizyt. Nawet kobieta, która świadomie wybiera wizyty w gabinecie u położnej, nie ma obowiązku poświadczać takich wizyt swoim podpisem. Jednocześnie położna nie ma prawa prosić o podpisy na poczet późniejszych wizyt, które się jeszcze nie odbyły.

„U mnie w domu była tylko jedna wizyta, przy czym do podpisu od razu in blanco, że była 6 razy. Z tym, że akurat ja mam bardzo blisko do niej i ja później do niej chodziłam te 6 razy. Choć pamiętam jeden dzień, kiedy miałam to zapalenie piersi. Już mi trochę spadła gorączka i szłam z tą gorączką właśnie do niej, bo miałyśmy wtedy wizytę u niej wyznaczoną. Co prawda ja mam 5 minut drogi do niej, więc to daleko nie było, ale sam fakt, że byłam chora i że musiałam iść do nich wtedy”. (K52)



Droga kobieto!

Podpisy, o które prosi Cię położna środowiskowo-rodzinna podczas wizyt patronażowych poświadczają, że dana wizyta się odbyła. 1 wizyta – 1 podpis. Na Internetowym Koncie Pacjenta masz dostęp do wykazu rozliczonych świadczeń w ramach NFZ. Takie konto ma każda osoba, która ma numer PESEL. Zachęcamy do przeglądania na bieżąco tego katalogu (nie tylko w kontekście opieki okołoporodowej i wizyt patronażowych).



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

Jeśli chciałabyś sprawdzić, jak zostały rozliczone wizyty patronażowe musisz wiedzieć, że są one przypisane do Twojego dziecka, więc to na koncie dziecka możesz sprawdzić w jakiej ilości i za jaką kwotę zostały zrefundowane.

Konto dziecka jest pierwotnie przypisane do osoby, u której jest ubezpieczone powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jednak niezależnie od ubezpieczenia, rodzic może sparować konto dziecka ze swoim. Szczegółów technicznych szukaj na swoim koncie lub na infolinii IKP. Strona www:

<https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>

W Tab. 5. poniżej przedstawiamy podsumowanie pozyskanych danych ogólnopolskich dot. wizyt patronażowych położnych środowiskowo-rodzinnych. Najwięcej wizyt odbyło się w 2018 roku. Z kolejnym rokiem ilość wykonanych wizyt maleje, co może mieć poniekąd związek z malejącą liczbą urodzeń. Poziom refundacji na przestrzeni 5 lat wygląda następująco (Tab. 5.):

- 2018 r. – 1 590 150 świadczenia o wartości 45 862 936,50 zł,
- 2019 r. – 1 560 752 świadczeń o wartości 44 931 847,16 zł,
- 2020 r. – 1 325 879 świadczenia o wartości 37 947 411,47 zł,
- 2021 r. – 1 304 204 świadczenia o wartości 37 488 851,00 zł,
- 2022 r. – 1 249 066 świadczeń o wartości 38 312 429,61 zł.

Sumując ilość wizyt patronażowych na przestrzeni 5 lat, w ich realizacji przoduje woj. wielkopolskie. Dalej plasują się: woj. mazowieckie, woj. śląskie, woj. małopolskie, woj. pomorskie, woj. łódzkie, woj. dolnośląskie, woj. podkarpackie, woj. kujawsko-pomorskie, woj. lubelskie, woj. zachodniopomorskie, woj. warmińsko-mazurskie, woj. podlaskie, woj. lubuskie, woj. opolskie oraz woj. świętokrzyskie (Tab. 5.).





Wizyta patronażowa położnej POZ

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń	Liczba świadczeń	Wartość świadczeń
Woj. dolnośląskie	105 103	2 921 054,00 zł	102 176	2 827 790,00 zł	88 006	2 370 054,00 zł	86 650	2 411 031,00 zł	82 372	2 504 793,84 zł
Woj. kujawsko-pomorskie	78 578	2 278 762,00 zł	78 632	2 280 299,00 zł	64 057	1 857 653,00 zł	63 164	1 831 756,00 zł	58 731	1 816 838,99 zł
Woj. lubelskie	78 029	2 262 841,00 zł	76 045	2 205 305,00 zł	61 674	1 788 430,00 zł	59 959	1 738 782,00 zł	56 313	1 741 630,72 zł
Woj. lubuskie	46 783	1 393 189,00 zł	45 432	1 345 368,00 zł	38 765	1 141 846,00 zł	37 373	1 085 702,00 zł	34 290	1 062 183,43 zł
Woj. łódzkie	111 428	3 179 821,00 zł	106 039	2 989 929,00 zł	85 728	2 320 319,00 zł	85 650	2 395 168,00 zł	81 835	2 545 673,75 zł
Woj. małopolskie	167 196	4 850 946,00 zł	164 886	4 783 580,16 zł	141 253	4 094 713,00 zł	138 148	4 007 916,00 zł	131 013	4 053 418,01 zł
Woj. mazowieckie	172 496	5 001 891,00 zł	174 240	5 052 641,00 zł	145 519	4 219 906,00 zł	151 995	4 407 710,00 zł	150 161	4 568 208,78 zł
Woj. opolskie	38 432	1 114 528,00 zł	39 451	1 144 079,00 zł	34 876	1 011 404,00 zł	34 127	989 683,00 zł	34 877	1 083 203,95 zł
Woj. podkarpackie	91 251	2 646 279,00 zł	89 258	2 588 482,00 zł	71 381	2 070 049,00 zł	72 744	2 109 576,00 zł	72 106	2 216 212,30 zł
Woj. podlaskie	48 223	1 393 334,00 zł	47 042	1 354 213,00 zł	42 373	1 219 711,00 zł	41 738	1 202 746,00 zł	39 408	1 196 234,55 zł
Woj. pomorskie	112 755	3 268 171,50 zł	113 816	3 300 664,00 zł	101 005	2 929 145,00 zł	98 477	2 855 833,00 zł	99 570	3 077 567,46 zł
Woj. śląskie	177 845	5 157 505,00 zł	171 285	4 967 178,00 zł	147 376	4 273 916,47 zł	141 798	4 112 142,00 zł	132 557	4 100 520,43 zł
Woj. świętokrzyskie	29 029	827 718,00 zł	31 409	898 014,00 zł	26 930	719 171,00 zł	26 676	750 839,00 zł	26 936	824 403,20 zł
Woj. warmińsko-mazurskie	58 820	1 705 780,00 zł	56 743	1 645 547,00 zł	44 922	1 302 738,00 zł	41 959	1 216 811,00 zł	42 768	1 322 217,69 zł
Woj. wielkopolskie	206 011	5 884 158,00 zł	198 360	5 636 556,00 zł	175 875	5 000 325,00 zł	168 062	4 758 320,00 zł	155 706	4 639 626,03 zł
Woj. zachodniopomorskie	68 171	1 976 959,00 zł	65 938	1 912 202,00 zł	56 139	1 628 031,00 zł	55 684	1 614 836,00 zł	50 423	1 559 696,48 zł
Suma:	1 590 150	45 862 936,50 zł	1 560 752	44 931 847,16 zł	1 325 879	37 947 411,47 zł	1 304 204	37 488 851,00 zł	1 249 066	38 312 429,61 zł

Tab. 5. Liczba i wartość świadczeń „Wizyta patronażowa położnej POZ” dla poszczególnych województw refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2018-2022
(źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej)



Wydawałoby się, że wpływ na ilość wizyt patronażowych w danym województwie powinna mieć ilość urodzin, jednak nie zawsze ta ilość wizyt była powiązana z zarejestrowanymi narodzinami. Dla porównania przypomnijmy (na podstawie omawianej już w rozdziale 1. Tab.1.), że na przestrzeni 5 lat najwięcej dzieci narodziło się w woj. mazowieckim. Dalej ilość urodzin kolejno maleje dla poszczególnych województw: woj. śląskie, woj. wielkopolskie, woj. małopolskie, woj. dolnośląskie, woj. pomorskie, woj. łódzkie, woj. podkarpackie, woj. lubelskie, woj. kujawsko-pomorskie, woj. zachodniopomorskie, woj. warmińsko-mazurskie, woj. podlaski, woj. świętokrzyskie, woj. lubuskie oraz woj. opolskie. Okazuje się więc, że woj. wielkopolskie, które pod względem narodzin na przestrzeni 5 lat znajduje się na 3 miejscu, jednocześnie przoduje w ilości wizyt patronażowych.

Natomiast, jak rozkłada się wartość świadczeń? Poniżej podane zostały województwa w kolejności kwot refundacji świadczeń wizyt patronażowych (podane w przybliżeniu na podstawie Tab. 5.):

- woj. wielkopolskie – 5,9 mln zł w roku 2018; 4,6 mln zł w roku 2022;
- woj. mazowieckie – 5,0 mln zł w roku 2018; 4,6 mln zł w roku 2022;
- woj. śląskie – 5,2 mln zł w roku 2018; 4,1 mln zł w roku 2022;
- woj. małopolskie – 4,9 mln zł w roku 2018; 4,1 mln zł w roku 2022;
- woj. pomorskie – 3,3 mln zł w roku 2018; 3,1 mln zł w roku 2022;
- woj. łódzkie – 3,2 mln zł w roku 2018; 2,6 mln zł w roku 2022;
- woj. dolnośląskie – 2,9 mln zł w roku 2018; 2,5 mln zł w roku 2022;
- woj. podkarpackie – 2,7 mln zł w roku 2018; 2,2 mln zł w roku 2022;
- woj. kujawsko-pomorskie – 2,3 mln zł w roku 2018; 1,8 mln zł w roku 2022;
- woj. lubelskie – 2,3 mln zł w roku 2018; 1,7 mln zł w roku 2022;
- woj. zachodniopomorskie – 2,0 mln zł w roku 2018; 1,6 mln zł w roku 2022;
- woj. warmińsko-mazurskie – 1,7 mln zł w roku 2018; 1,3 mln zł w roku 2022;
- woj. podlaskie – 1,4 mln zł w roku 2018; 1,2 mln zł w roku 2022;



- woj. lubuskie – 1,4 mln zł w roku 2018; 1,1 mln zł w roku 2022;
- woj. opolskie – 1,1 mln zł w roku 2018; 1,1 mln zł w roku 2022;
- woj. świętokrzyskie – 0,8 mln zł w roku 2018; 0,8 mln zł w roku 2022;

Przypomnijmy, że świadczenia POZ przysługują niezależnie od tego, czy matka i dziecko są objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Aby sprawdzić średnią ilość wizyt patronażowych, które zarejestrowano w danym województwie w danym roku, podzieliłyśmy ilość świadczeń wizyt patronażowych odpowiednio przez ilość urodzeń. Tak otrzymane wyniki są pewnym uproszczeniem, gdyż u jednej pary - matka i dziecko - położna środowiskowo-rodzinna mogła być na wizycie maksymalną ilość razy, a u innej poniżej przysługującej ilości lub wcale. Wyniki zapisałyśmy w Tab. 6. poniżej.

Oszacowana średnia ilość wizyt patronażowych na urodzenie rozkłada się następująco w kolejności od największej średniej na przestrzeni 5 lat (podane w przybliżeniu Tab. 6.):

- Woj. wielkopolskie – 5,31 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,90 wizyty na urodzenie w roku 2020; 5,11 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. lubuskie – 4,94 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,49 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,84 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. opolskie – 4,47 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,39 wizyty na urodzenie w roku 2020; 5,14 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. łódzkie – 4,84 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,10 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,51 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. pomorskie – 4,26 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,12 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,74 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. zachodniopomorskie – 4,43 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,09 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,33 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. małopolskie – 4,42 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,99 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,22 wizyty na urodzenie w roku 2022;





Oszacowana średnia ilość wizyt patronażowych na urodzenie

	2018	2019	2020	2021	2022
Woj. dolnośląskie	3,78	3,80	3,42	3,55	3,62
Woj. kujawsko-pomorskie	3,96	4,07	3,56	3,78	3,90
Woj. lubelskie	3,88	3,94	3,42	3,60	3,70
Woj. lubuskie	4,94	5,03	4,49	4,72	4,84
Woj. łódzkie	4,84	4,90	4,10	4,38	4,51
Woj. małopolskie	4,42	4,46	3,99	4,15	4,22
Woj. mazowieckie	2,85	2,92	2,57	2,82	2,99
Woj. opolskie	4,47	4,65	4,39	4,68	5,14
Woj. podkarpackie	4,24	4,33	3,65	4,06	4,29
Woj. podlaskie	4,09	4,15	4,01	4,13	4,31
Woj. pomorskie	4,26	4,37	4,12	4,22	4,74
Woj. śląskie	4,18	4,23	3,86	4,08	4,20
Woj. świętokrzyskie	2,71	3,07	2,84	3,06	3,30
Woj. warmińsko-mazurskie	4,30	4,39	3,71	3,98	4,31
Woj. wielkopolskie	5,31	5,30	4,90	5,01	5,11
Woj. zachodniopomorskie	4,43	4,51	4,09	4,33	4,33
Cała Polska	4,10	4,16	3,73	3,93	4,09

Tab. 6. Średnia ilość wizyt patronażowych na urodzenie otrzymana po podzieleniu liczby wizyt w danym okresie, przez ilość urodzeń w tym samym okresie
(źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Tab. 1. oraz Tab. 5.)



- Woj. warmińsko-mazurskie – 4,30 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,71 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,31 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. podlaskie – 4,09 wizyty na urodzenie w roku 2018; 4,01 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,31 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. podkarpackie – 4,24 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,65 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,29 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. śląskie – 4,18 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,86 wizyty na urodzenie w roku 2020; 4,20 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. kujawsko-pomorskie – 3,96 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,56 wizyty na urodzenie w roku 2020; 3,90 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. lubelskie – 3,88 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,42 wizyty na urodzenie w roku 2020; 3,70 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. dolnośląskie – 3,78 wizyty na urodzenie w roku 2018; 3,42 wizyty na urodzenie w roku 2020; 3,62 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. świętokrzyskie – 2,71 wizyty na urodzenie w roku 2018; 2,84 wizyty na urodzenie w roku 2020; 3,30 wizyty na urodzenie w roku 2022;
- Woj. mazowieckie – 2,85 wizyty na urodzenie w roku 2018; 2,57 wizyty na urodzenie w roku 2020; 2,99 wizyty na urodzenie w roku 2022;

Na podstawie oszacowanej średniej liczby wizyt z Tab. 6. widać, że w latach 2020 i 2021 średnia ilość wizyt na całą Polskę była poniżej wymaganych przepisami minimum 4 wizyt patronażowych. Dla czterech województw na przestrzeni 5 lat oszacowana średnia była każdego roku poniżej 4 wymaganych wizyt. Okazuje się również, że pomimo największej liczby urodzeń w województwie mazowieckim średnia ilość wizyt jest tam najniższa dla każdego analizowanego roku. Natomiast pomimo tego, że w województwie wielkopolskim średnia ilość wizyt patronażowych na urodzenie jest najwyższa, to nadal nieznacznie przewyższa ilość 5 wizyt nie osiągając możliwych 6. Z naszych danych wynika, że zdarza się, iż kobiety poświadczają podpisem większą ilość wizyt patronażowych niż te, które w rzeczywistości miały miejsce, pozostaje zadać wobec tego pytanie, ile faktycznie wizyt patronażowych się odbywa?



Zdarza się, że kobiety odmawiają takiej opieki, jednak czy jej odpowiednio wysoki poziom sprawiłby, że nie chciałyby z niej zrezygnować? Tym, jak przebiegają wizyty patronażowe i jakie mają one odniesienie do karmienia piersią, zajmiemy się już w kolejnym podrozdziale.



Problem!

U niemal połowy kobiet (45,4% ankietowanych) wizyty patronażowe NIE odbywają się w wymaganej minimalnej ilości 4 wizyt. Zdarza się, że położna środowiskowo-rodzinna jest tylko na jednej wizycie (w odniesieniu do ankietowanych, u których była na co najmniej jednej wizycie, to te, u których była tylko na jednej, stanowią 12,6%). Zdarza się, że kobiety poświadczają podpisem więcej wizyt patronażowych niż rzeczywiście się odbyło, co może stanowić pole do nadużyć w kwestii refundacji świadczeń położnej środowiskowo-rodzinnej.

4.1.2. PRZEBIEG WIZYT PATRONAŻOWYCH, A WSPARCIE W KARMIENIU PIERSIĄ ORAZ KONTAKT PO ZAKOŃCZENIU WIZYT

Wizyty patronażowe są elementem opieki nad kobietą w okresie połogu i jej dzieckiem. Odbywają się w miejscu jej zamieszkania albo pobytu. Spójrzmy całościowo na elementy tej opieki, które podsumowałyśmy poniżej zgodnie z zapisami S000:

- realizacja: indywidualnego planu opieki kierując się dobrem kobiety w połogu i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej (S000 XIV. *Połów*, ust. 9); świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarskie; działań pielęgnacyjno-opiekuńczych wynikających z planu opieki (S000 XIV. *Połów*, ust. 10.);



- opieka nad kobietą: ocena stanu ogólnego, stanu położniczego (wysokości dna miednicy, odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, rany po cięciu cesarskim, stanu piersi i brodawek), laktacji, czynności pęcherza moczowego i jelit, higieny ciała, stanu psychicznego (w tym ryzyka depresji poporodowej) (S000 XIV. Połóg, ust. 2.); ocena stosowania się przez kobietę do zaleceń dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka; ocena możliwości udzielania pomocy kobiecie ze strony osoby bliskiej; zdjęcie szwów z krocza i brzucha w zakresie kompetencji położnej POZ; motywowanie do prowadzenia gimnastyki i instruktaż kinezyterapii w połogu (S000 XIV. Połóg, ust. 10.);
- ocena stanu noworodka: stanu ogólnego (temperatury i masy ciała, czynności serca i oddechowej, oddawanie moczu i stolca), obecności odruchów noworodkowych, stanu skóry, odżywiania (sposobu i przebiegu karmienia, obecności zaburzeń jelitowych), stanu oczu, nosa i jamy ustnej (pleśniawki), zachowania dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu), sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, przewijanie, ubieranie), stanu kikuta pępowiny, dna pępka; higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia przebywania noworodka (S000 XIV. Połóg, ust. 4.); obserwuje i ocenia rozwój fizyczny oraz przyrost masy ciała (S000 XIV. Połóg, ust. 10.);
- porady, instruktaż i pomoc w zakresie: opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji; zdrowego stylu życia; minimalizowania i radzenia sobie ze stresem; instruktaż w zakresie czynności higienicznych u noworodka (techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, kikuta pępowiny i dna pępka); zachęcanie do karmienia naturalnego, porada laktacyjna (z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji), pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją; (S000 XIV. Połóg, ust. 10.);
- informowanie i edukacja kobiety: o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne; o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu od urodzenia dziecka; na temat problemów okresu noworodkowego i okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia; wpływie palenia tytoniu na zdrowie, przenikania alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w połogu, odżywiania matki karmiącej, korzyści



z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, samoopieki położnicy i pielęgnacji dziecka (S000 XIV. Połóg, ust. 10.);

- udzielenie osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w położeniu i przygotowanie do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazanie instytucji, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc (S000 XIV. Połóg, ust. 10.);
- zwracanie uwagi na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, interwencja w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości (S000 XIV. Połóg, ust. 10.);
- w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazanie informacji o potrzebie interwencji lekarskiej (S000 XIV. Połóg, ust. 11.).

Wobec powyższego pomoc w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych i porada laktacyjna są integralną częścią wizyt patronażowych. Również w cytowanym już rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje się na jedno z zadań położnej środowiskowo-rodzinnej, którym jest poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią. Wymienionymi w S000 elementami porady są: ocena anatomii i fizjologii piersi matki, ocena jamy ustnej dziecka, ocena sposobu, techniki i przebiegu samego karmienia, w tym umiejętności ssania i skuteczności karmienia. Jednocześnie w ww. dokumentach wymienia się edukację zdrowotną w zakresie korzyści z karmienia piersią i zachęcanie matki do karmienia naturalnego czy promocję karmienia piersią. Jednak na tle pozostałych zadań, jest to jedynie część opieki położnej środowiskowo-rodzinnej. Tak pokrótce o zakresie swoich zadań opowiadały z pasją położne środowiskowo-rodzinne, które udzieliły nam wywiadu:

„Wachlarz jest bardzo szeroki. To jest od ginekologii-położnictwa, endokrynologii, bo i hormonalne rzeczy, po noworodka i rozwój niemowlęcia, wiele wszystkich tych aspektów i gdzieś w tym wszystkim jest też laktacja, czyli dużo rzeczy. Uważam, że w POZ-cie zakres obowiązków jest największy, ale rzeczywiście



położna jest też najbardziej samodzielna. Ona zostawia pacjentce zalecenia, które musi przemyśleć zgodnie ze swoją wiedzą, obowiązującymi zaleceniami, doświadczeniem i przekazać tej pacjentce. Sama weryfikuje zasadność ich wdrożenia i potem realizację. Ja nie mam nikogo kontrolującego moją pracę, ale w ogóle jest to miejsce bardzo kreatywne, bo trzeba rzeczywiście bardzo dużo się starać. Wymyślać różne opcje, do każdej pacjentki dopasowywać, bo nie ma złotego szablonu. Najbardziej lubię ten aspekt pracy w POZ-cie, że to jest najbardziej samodzielne stanowisko, samodzielna położna jaka może być. Jesteśmy same sobie paniami czasu, czyli jednej pacjentce poświęcasz tyle czasu, drugiej tyle, ale poświęcasz dokładnie tyle, ile potrzebujesz. Nikt ci nie mówi, że kolejne rzeczy trzeba zrobić »Weź się sprężaj«, tylko poświęcasz tyle czasu, ile ty uważasz za słuszne. Podczas wizyty przede wszystkim samo badanie dziecka zajmuje mi kupę czasu, żeby dokładnie je prześwietlić od stóp do głów. I mamę też. Badam jedną pierś, drugą. Krocza nie badam tylko na pierwszej wizycie, ale i na kolejnych. Oglądam długo. Kobiety są zawsze zdziwione, co ja ciągle w te krocze zaglądam, te piersi tak dotykam i ciągle tak te dzieci oglądam, że to badanie jest takie dokładne, ale nie wyobrażam sobie, żeby tego nie powielać i tego nie robić. Jeżeli dziecko nie śpi, to zaczynamy od niego, co by można było je szybko rozebrać, zważyć i jak już wykazuje silne oznaki głodu, żeby zaczęło jeść, żeby potem już jak będzie jadło, nie przerywać mu i nie rozbierać. Natomiast jeżeli dziecko śpi, to zaczynam z reguły od mamy. Robię wywiad. Pytam co się zmieniło, co u nich? Jak wyglądał czas, przez który się nie widzieliśmy? Czy matka zgłasza jakieś dolegliwości, czy coś u dziecka ją martwi? Z reguły gdzieś idziemy do sypialni albo na



kanapę, żeby mogło się odbyć badanie i potem po badaniu mamy zabieramy się za małego człowieka. Z reguły rozbudzone dziecko, zawsze myśli o jedzeniu, więc rzadko się zdarza brak okoliczności oceny laktacji. Tak, to jest rzadka rzecz. 3/4 wizyty to jest laktacja, przebieg karmienia, ocena karmienia, ocena efektywności karmienia, efektywności poboru pokarmu. Obserwuję cały akt karmienia, albo przynajmniej staram się ocenić opróżnienie choćby jednej piersi, jak dziecko je drugą, to żeby tę jedną już ocenić: jaka była efektywność, przyjmując, ile to czasu trwa, jakie są serie zassań, przełknięć, czy to jest efektywne, czy matka odczuwa w tym czasie ból, spróbować różnych pozycji. Moja wizyta średnio trwa godzinę. Te trudniejsze przypadki, gdzie są trudności w karmieniu, albo są jakieś problemy po stronie dziecka, czy mamy, to trwają do 2 godzin. Czyli na karmienie piersią schodzi lekko 45 minut”.

(P4)

„Na pierwszej wizycie jest zbieranie wywiadu. Cały wywiad dotyczący ciąży, porodu, tego co się wydarzyło i u matki, i u dziecka i potem badanie fizykalne, czyli badanie przedmiotowe. Robię to w ten sposób, że idę od części tak zwanych czystych w dół. Zawsze najpierw badam mamę, chyba że sytuacja jest wyjątkowa i zaczynam od dziecka, ale zwykle zaczynam od matki. Czyli zaczynam najpierw od pytań o laktację, o piersi, od badania piersi. Potem badam brzuch, obkurczanie macicy, krocze. Cała ta fizyczność. Poza tym dbam o pacjentki od strony fizjoterapii uroginekologicznej. Nie w sensie, że ja to robię, tylko mówię na co warto by było zwrócić uwagę, czyli szeroko pojęte zdrowie kobiety. Dla kobiet jest ważne, żeby zobaczyć krocze, nawet



pod kątem estetycznym, jak wygląda, bo im się wydaje, że zostały krzywo zszyte. Sprawdzam, czy jest obniżenie narządu rodnego po porodzie. Następnie badam dziecko, a potem następuje zwykle akt karmienia, jako naturalna konsekwencja tego, że dziecko jest wybudzone po badaniu. Zwykle wymaga przystawienia do piersi. Rzadko kiedy nie, więc wtedy oceniam akt karmienia. Plan opieki zakłada określenie problemu pacjentki, bo wychodzimy od problemu. Jest diagnoza, plan w jaki sposób chcemy ten problem rozwiązać i oczywiście realizacja, a na następnej wizycie ewaluacja całego procesu. Potem jest wszystko opisane w dokumentacji: co zrobiłam w związku z problemem, co zaleciłam pacjentce, czy skorygowałam technikę przystawiania do piersi. Jest obowiązek prowadzenia dokumentacji. Czasami ważne jest zwrócenie uwagi na relacje rodzinne. Namówienie kobiety, żeby spróbowała ściągnąć męża z powrotem do domu na jakies zwolnienie, urlop, żeby on ją wsparł. Czasami kwestia pokazania sposobów na wyciszenie dziecka, pokotysanie. Kwestia tego, że wezmę, już po babcinemu, dziecko na ręce i ono się uspokoi. Czasami się śmieją, że dobrze by było, żebym zamieszkała u nich. Poza tym mamy obowiązek bacznej obserwacji w kierunku depresji poporodowej, czyli praktycznie u każdej kobiety dobrze by było zrobić test Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej. Szczególnie jeśli coś nas niepokoi, to absolutnie powinnyśmy coś takiego robić. Natomiast skala zadań jest moim zdaniem całkiem spora. Nie jest to tylko laktacja, choć dla mnie z punktu widzenia profesjonalizmu i etyki jest to w ogóle nierealne, żeby położna rodzinna robiła wizytę patronażową i nie zwracała uwagi na laktację. To jest integralna część całej wizyty patronażowej. Na przykład nie wyobrażam sobie, żeby przeciętna położna, która chce się kształcić i ma dostęp



do literatury i do stron internetowych i do różnego rodzaju nawet takich samoszkoleń, żeby mogła nie potrafić udzielić pomocy w podstawowych problemach, jak postępowanie w zastoju, w zapaleniu piersi, przystawienie dziecka”. (P2)

„Nie wyobrażam sobie wejść i nie sprawdzić, zbadać kobiety. Tyle jest możliwych powikłań po porodzie. Może się dziać coś z raną, z macicą. Trzeba zbadać ranę czy po cięciu cesarskim, czy po nacięciu krocza. Zbadać macicę na jakim jest poziomie, jak się obkurcza, ale też jak się rozwija laktacja oraz zbadać dziecko. Samo badanie dziecka chyba najwięcej zajmuje czasu. Trzeba je ocenić, jak ono się rozwija co do kolejnej doby, jak ta fizjologia przebiega, jak stolce, jak mocz, jak karmienie. Zwykła wizyta trwa godzinę, zaś półtorej do dwóch, jeśli kobiety są bardziej potrzebujące i mają więcej problemów laktacyjnych, ale mówię, my się na tej laktacji naprawdę skupiamy. Nie wiem, czy inne położne też tak robią i czy tak pracują, bo my jesteśmy trochę takie zakręcone na punkcie tej laktacji”. (P5)

Powyższe wypowiedzi są słowami położnych środowiskowo-rodzinnych posiadających poszerzoną wiedzę na temat laktacji, potwierdzoną udziałem w kursach i certyfikatami – położnych, które dużo swojej uwagi poświęcają zagadnieniom laktacyjnym i karmieniu piersią. Jak wobec tego wyglądała realizacja wsparcia w karmieniu piersią podczas wizyt patronażowych z perspektywy kobiet, które wzięły udział w monitoringu i czy spotkały się one z równie uważną opieką laktacyjną?

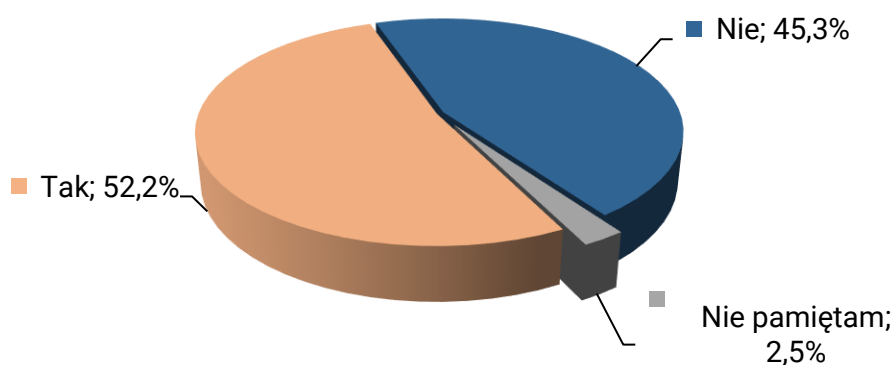
Na kolejnych wykresach tego podrozdziału będziemy rozpatrywać odpowiedzi kobiet, u których położna POZ była na przynajmniej jednej wizycie patronażowej (2289). W tym miejscu należy przypomnieć i podkreślić, że ankieta była skierowana do kobiet, które karmiły bądź chciały karmić piersią lub swoim mlekiem. Jest to o tyle istotne, że pytamy o ocenę



wsparcia w laktacji, więc najpewniej respondentki oczekiwały takiej pomocy.

Aby dowiedzieć się, ile kobiet borykało się z problemami z karmieniem piersią na tym etapie, jednym z pierwszych pytań w ankiecie dotyczących przebiegu wizyt było: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?”.

Na trudności z karmieniem piersią wskazała ponad połowa kobiet, u których wizyty patronażowe miały miejsce - 52,2%, zaś na brak trudności wskazało 45,3%. Natomiast 2,5% respondentek nie pamiętało czy miało trudności z karmieniem piersią (Ryc. 4.9.).



Ryc. 4.9. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?” (% , N=2289)

Trudności, jakie kobiety wymieniały, to były w szczególności: problemy z przyrostami dziecka na wadze, trudności z przystawieniem, nieefektywne ssanie, bolesność brodawek, piersi, poranione brodawki, karmienie przez nakładki, zasypianie dziecka przy piersi, ulewianie, prężenie się lub odrywanie się dziecka od piersi, stany zapalne, zastoje, zbyt szybki wypływ mleka, nadprodukcja pokarmu, dokarmianie mieszanką i in.

„Dziecko płakało całymi dniami, miało wzmożone napięcie i kolki, więc rodzina wmawiała mi, że po prostu córka jest głodna, nie mam pokarmu”. (A121)

„Zniekształcone i zranione brodawki, problemy z przystawianiem, problemy z pozycją, zastój w piersi”. (A390)



„Dziecko nie umiało jeść inaczej niż w nakładkach, potem okazało się, że spadało przez to na wadze”. (A394)

„Dziecko znało ze szpitala mieszkankę, którą dostawał w butelce. Ciężko było mi go dostawić, odpychał się, ranił brodawki, karmienie sprawiało ból. Miałam wyrzuty sumienia, że nie potrafię go karmić”. (A1186)

„Była to kontynuacja problemów ze szpitala, syn mało przybierał, więc zmuszona byłam kontrolować, ile je. Po doświadczeniach szpitalnych nie wierzyłam, że potrafię nakarmić moje dziecko. Karmiłam więc go odciągającym mlekiem, co powodowało problemy z przystawianiem”. (A2275)



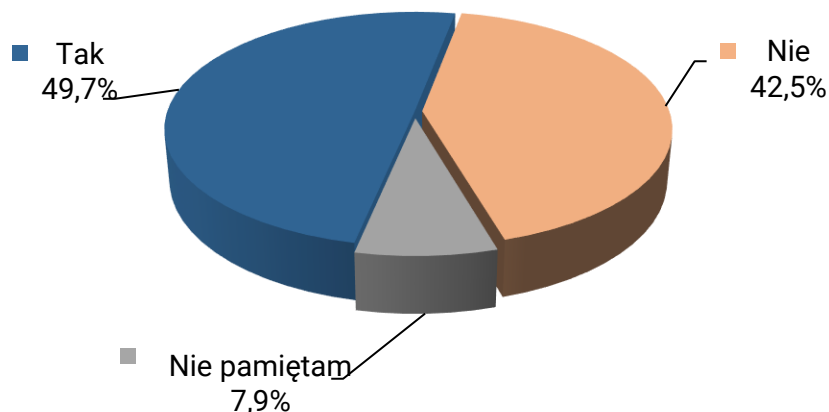
Problem!

Połowa kobiet (52,2% ankietowanych spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie) zgłasza trudności z karmieniem piersią w okresie odbywania się wizyt patронаżowych położnej środowiskowo-rodzinnej, a trudności te najczęściej rozpoczynają się jeszcze w szpitalu.

Jak wobec tych trudności wyglądała ocena stanu piersi i brodawek matki, jak i samego aktu karmienia przez położną środowiskowo-rodzinną? Jaką pomoc otrzymały kobiety biorące udział w monitoringu?



Stan piersi, stan brodawek został zbadany podczas wizyt patronażowych u 49,7% kobiet. 42,5% kobiet nie miało obejrzanych/zbadanych piersi, stanu brodawek, zaś 7,9% takiego badania nie pamiętało (Ryc. 4.10.).



Ryc. 4.10. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy położna środowiskowo-rodzinną obejrzała/zbadła Twoje piersi, stan brodawek?” (% , N=2289)

Badanie piersi i brodawek oraz udzielenie odpowiednich wskazówek przez położną środowiskowo-rodzinną może uchronić kobietę przed wieloma potencjalnymi trudnościami. O tym, że zbadanie stanu piersi jest ważne świadczą również niektóre wypowiedzi kobiet, u których położna środowiskowa to zrobiła. Poniżej odpowiedzi tych kobiet na pytanie: „Co usłyszałaś o wyglądzie/stanie piersi, brodawek?”:

„Że jest OK. Prosiłam o badanie, bo przy pierwszym dziecku miałam spore problemy i pomagała mi zawsze ta sama położna. Tylko dzięki niej i mojej wytrwałości udało się pierwszą córeczkę karmić 2,5 roku. Wtedy miałam uszkodzoną brodawkę, nawały, zatkałe kanaliki, zapalenie piersi. Teraz jednak jest bezproblemowo, a położna pamiętając moją historię dobrze wszystko sprawdzała”.
(A111)



„Że są w dobrym stanie, ale kształt tuż po karmieniu wskazuje na nieprawidłowości w obrębie jamy ustnej dziecka”. (K47)

„Zaleciła nam kontrolę wędzidełka ze względu na poranione brodawki”. (A2345)

„Że należy podleczyć brodawki, ponieważ były uszkodzone i poprawiliśmy przystawianie do piersi i przestały boleć”. (A2177)

„Pomogła mi dobrać odpowiednią wielkość lejka w laktatorze”. (A937)

„Że mam duży zastój, poradziła jak sobie z tym radzić, jak ulżyć brodawkom”. (A778)

„Oceniała wypływ pokarmu, badała czy nie dochodzi do nawału i przy okazji dała instrukcje jak sobie z nim radzić, gdyby się pojawił. Sprawdzała także węzły chłonne”. (K4)

Stoimy na stanowisku iż obejrzenie piersi to podstawa udzielenia skutecznej porady.

„Położna - ciocia przyszła, obejrzała piersi i powiedziała, że jest nawał. Zobaczyła, jak dziecko je i od razu powiedziała, że je źle i że w zasadzie prawie nie je. zaproponowała pozycję do karmienia taką, żeby było nam wygodnie. Powiedziała, że dziecko nie ma siły z tych brodawek ssać. Jest za szybki wypływ i dała mi wtedy



nakładki na piersi i z tymi nakładkami dziecko od razu zaskoczyło i od razu zaczęła ssać. Wtedy zobaczyłam, jak dziecko powinno ssać. Te nakładki miałam 3-4 dni i po tych 3-4 dniach, to właśnie ciocia zobaczyła i powiedziała, że mam z nich schodzić. Już wtedy karmiłam normalnie i karmię do teraz cały czas bez żadnych problemów. To było jakieś takie bardzo ekstremalne przybranie, jak już zaczęła jeść. Szybko się udało. Mnie też wkurzały te nakładki, bałam się, że już tak zostanie, więc starałam się bardzo, żeby zrezygnować z tego. Trzeba było je wyparzać. Co jeszcze ważne to to, że ciocia powiedziała, że dopóki dziecku spada waga po urodzeniu, to trzeba co 2 godziny budzić na karmienie nawet, jak śpi. Z kolei w szpitalu miałam taką sytuację, że strasznie przestraszyłam się, bo dziecko mi się nie chciało w ogóle obudzić na karmienie. Była taka śnięta i już się bałam, że coś się stało z nią. Starałam się robić takie rzeczy, jak czytałam przed porodem, że na przykład jak dziecko nie chce się budzić, to żeby je rozebrać, żeby pobudzić. Rozebrałam. W szpitalu ta położna wpadła w panikę co ja w ogóle robię, czemu dziecko rozbieram, że przecież skoro śpi to mam zostawić. A tutaj ciocia kazała mi ją co 2 godziny budzić i przystawiać, jeżeli ma te spadki na wadze. Dzięki jej pomocy, w zasadzie po jednym dniu stosowania tych nakładek, córka przybrała z 300 g w ciągu dwóch dób. Nadal jest na piersi i jeszcze długo zostanie. Teraz już ma rozszerzoną dietę, ale cały czas jest na piersi i jest dobrze. Położna środowiskowa bardzo mi pomogła w tych początkach karmienia. Nie wiem, czy dałabym sobie radę bez tej pomocy. Takiej wizyty z kimś, kto się zna, nie zastąpi absolutnie nic, bo to co się czyta to jedno, a co potem jest realnie, to jest zupełnie inaczej". (K35)



„Pamiętam, jak położna pani A. zobaczyła mnie i stwierdziła, że mam duży zastój, poradziła jak sobie z tym radzić, jak ulżyć brodawkom. Spojrzała na mój biust i powiedziała: »Czy ciebie to nie boli?«, a ja mówię, że boli. Ona: »Masz duży biust, musisz go trzymać, bo inaczej on ci będzie ciągnął w dół. Nic dziwnego, że cię to boli. Wyżej ramiączka, zainwestuj w dobry stanik. Ciepły prysznic na początek. Odciągnij sobie do uczucia ulgi«. Wspominała o lecytynie, albo że mogę wziąć Ibuprofen: »Jakbyś miała gorączkę zadzwoń. Pomyślimy, czy to czas na antybiotykoterapię, czy zapalenie piersi się nie rozwija. Na razie nie«". (K28)

Czasem zastoje mogą się pojawić całkiem niespodziewanie, kiedy to położna środowiskowo-rodzinna nie jest dostępna.

"Miałam tak, że akurat mi się jeden zastój zrobił na weekend. Wtedy to nie było komu przyjechać. Moja mama przyjeżdżała do mnie, żeby mi pomóc z doświadczenia swojego jako matka, która miała dwójkę dzieci, no to ona potrafiła sobie z tym lepiej poradzić niż ja. Pomogła mi. Drugi zastój to miałam akurat w tygodniu, to lepiej, ale najgorzej właśnie z tym weekendem, bo o ile położna odebrała, to jej nie było w ogóle w mieście i nie mogła do mnie przyjść". (K40)

Niestety, nie zawsze obejrzenie piersi było równoznaczne z udzieleniem wskazówek i pomocy. Jedna z kobiet o swoich trudnościach w tym okresie pisała tak:

„Mało mleka, nieumiejętne chwytnie brodawki przez dziecko, poranione brodawki". (A2394)



Natomiast od położnej środowiskowo-rodzinnej usłyszała:

„Piersi duże, ale ilością mleka, to nie ma się czym chwalić”. (A2394)

Inne ankietowane kobiety, pomimo sprawdzenia piersi przez położną środowiskowo-rodzinną, również nie uzyskały pomocy:

„Miałam ogromny ból brodawek, naderwanie jednej brodawki, po dwóch tygodniach zapalenie piersi. Położna starej daty nie pomogła za wiele. Współczuła, ale nie potrafiła pomóc. Uznała, że jest problem i może się skończyć zapaleniem. Poradziła, żeby wyżej kłaść dziecko do karmienia, a jak piersi się nie zagoją, żeby przejść na mleko modyfikowane”. (A891)

„Mówiła tylko, że mam puste piersi. Cały czas mówiła mi, że mam kupić mieszankę na wszelki wypadek i że nie mam mleka. Wciąż byłam naciskana, na kupno mieszanki, bo z pustego Salomon nie należy”. (A2389)

„Dotknęła jednej piersi i drugiej przez sekundę i stwierdziła, że jedna do niczego się nie nadaje, druga lepiej, ale też średnio. Dodam, że dziecko było dokarmione butelką w szpitalu i odrzuciło zupełnie pierś – pierwszy tydzień karmiłam butelką z mieszanką i odciągniętym mlekiem, pierś praktycznie wcale. Od położnej środowiskowej usłyszałam, że albo karmię pierś albo mieszanką, bo odciągając długo nie pokarmię. Nie dostałam żadnych



wskazówek i wiedzy, jedynie powieliała mity typu trzeba pić herbatki na karmienie". (A1591)

„Usłyszałam, że mam puste piersi (po dotykaniu ich), że dziecko słabo przybiera i lepiej od razu kupić w razie czego mieszankę. I żebym sprawdziła laktatorem, ile ściągnę mleka, czy mam na tyle, żeby wykarmić synka...” (A1925)

O micie związanym ze sprawdzaniem ilości mleka laktatorem pisaliśmy już w podrozdziale 3.2.8. Niewątpliwie ocena stanu piersi i brodawek jest elementem badania przedmiotowego stanu kobiety po porodzie i powinna być wykonywana u każdej położnicy, niezależnie od tego czy karmi ona piersią, czy nie. Czasem kobiet po prostu nie badano:

„Moja pierwsza wizyta patronażowa trwała może 20 min. Moją osobę w ogóle ominęła - nie licząc rad odnośnie do odżywiania. Nie oceniała i nie komentowała samego sposobu karmienia, natomiast od razu wymieniła mi produkty, których mam nie jeść i przedstawiła »dziwaczny« sposób odciągania mleka. Myślę, że swoimi »dobrymi radami« mogła laktacji w pewien sposób zaszkodzić. Szkoda. Inne wizyty się nie odbyły, bo wybuchła pandemia. Położna dzwoniła wtedy 2 razy”. (A706)

Jednocześnie, aby stwierdzić nieprawidłowości i udzielić rzetelnych wskazówek położna środowiskowo-rodzinna musi posiadać wiedzę z zakresu poradnictwa laktacyjnego. Według naszych ankietowanych niestety nie jest to regułą, na co wskazują powyższe przykłady.



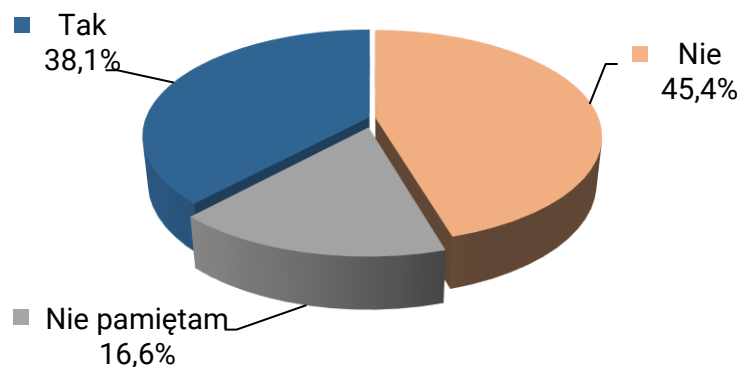


Problem!

U prawie połowy kobiet (42,5% ankietowanych spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) podczas wizyt patronażowych położna środowiskowo-rodzinna nie ogląda/nie bada piersi i stanu brodawek, co jest podstawą w diagnozowaniu ewentualnych problemów z laktacją. Zdarza się, że oglądanie i badanie piersi nie jest równoznaczne z udzieleniem fachowej pomocy w przypadku odnotowania problemów, a zalecenia są niezgodne z najnowszą wiedzą o laktacji i bywają szkodliwe.

W podrozdziale 3.2.7. pisałyśmy o tym, że ocena jamy ustnej dziecka jest istotna, bo zdarza się, że trudności w karmieniu piersią wynikają z nieprawidłowości w jej obrębie. W S000 wskazano tę ocenę jako element porady laktacyjnej położnej środowiskowo-rodzinnej.

Zbadanie jamy ustnej dziecka pod kątem ssania miało miejsce w przypadku 38,1% wizyt patronażowych, zaś podczas 45,4% badanie to nie zostało wykonane. Następnie 16,6% respondentek nie pamiętało, czy zbadanie jamy ustnej dziecka pod kątem ssania miało miejsce (Ryc. 4.11.).



Ryc. 4.11. Struktura odpowiedzi na pytania: „Czy położna środowiskowo-rodzinna zbadła jamę ustną dziecka pod kątem ssania?” (% , N=2289)



Poznajmy przykłady, kiedy to zbadanie jamy ustnej dziecka przez położną środowiskowo-rodzinną i jej wskazówki okazały się bardzo istotne.

„W szpitalu przy pierwszym przystawieniu czułam ból, ale był do zniesienia. Natomiast w domu pamiętam, że były takie momenty, że płakałam z bólu. Jak zaczynał się akt ssania, to się go bałam. W nocy, gdy córka budziła się po 2 godzinach, mówiłam »O jejku to już?«. Wiedziałam z czym się to będzie wiązać. Położna środowiskowa oceniła odruch ssania jako nieprawidłowy i dała instruktaż co do ćwiczeń i masażu na poprawę odruchu ssania. Ona mi pierwsza dała taki sygnał, że to, że boli, to nie jest dobrze, to nie ma tak wyglądać, że dążymy do czego innego. Mówię: »Aha, no to, skoro dążymy do czego innego, to ja chcę dojść do tego innego«. Bardzo szybko odczułam poprawę w zakresie właśnie tego bólu, jak sumiennie się stosowałam do masażu, ćwiczeń zaleconych przez panią A. To dla mnie było takim wymiernym efektem, że jak w nocy mi się nie chciało tych 15 okrążeń dociskania języka zrobić, a bo dziecko krzyczy, bo jest głodne, bo człowiek chce spać i myślałam »Dobra zrobimy 5, tu zrobimy 5, tu pouciskamy. Wystarczy«, to potem dostawiałam i »Eeeeehh«, że boli. A potem: »15, 15 powoli, mocno, pamiętaj nie zrobisz dziecku krzywdy, siła musi być, konkretnie, dno języka«, to potem ją przystawiałam i nie było tego bólu. Wiedziałam, że to jest dobra droga, że to o to chodzi, więc u mnie było łatwo szybko dojść do wniosku, że nie tak powinno być, bo kiedy robię to co mi poradzono, to nie boli”. (K28)

„Po zbadaniu dziecka zaleciła podcięcie wędzidełka, a do tego czasu KPI”. (A443)



„Sprawdziła jamę ustną dziecka. Obejrzała moje piersi. Nasłuchiwała, czy córka połyka, ważyła ją”. (A842)

„Pomogła zmodyfikować pozycję. Zauważyła problem w jamie ustnej dziecka i zaproponowała kontakt z neurologopedą”. (A1958)

„Syn mnie gryzł w brodawki zamiast ssać, miał wysokie podniebienie, opadała jedna strona języka przy ssaniu i wędzidełka były do podcięcia, ale dzięki poradzcie doradczynie laktacyjnej udało się nam wyjść z tego bez konieczności podcinania wędzidełka. Natomiast położna środowiskowo-rodzinna starała mi się pomóc, abym mogła karmić piersią. Zbadała dziecko pod kątem ssania i wędzidełka. Poleciała specjalistów”. (A272)

„Moja położna jest doradczynią laktacyjną. Sprawdziła jak dziecko się przystawia, jego buźkę, jak pije i dopytywała o problemy. Dziecko »klikało« czasami podczas karmienia piersią. Skierowała mnie do neurologopedy w związku z tym »klikaniem«, ale generalnie upewniała, że jest dobrze, ale warto jechać do neurologopedy. Neurologopeda generalnie potwierdziła to co mówiła położna, ale zaleciła parę ćwiczeń, które pomogły. Córeczka nadal jest karmiona piersią, a klikanie ustąpiło”. (A111)

Zdarzało się jednak, że ocena jamy ustnej wprowadzała w błąd:

„Co do pytania o ocenę jamy ustnej przez położną - owszem zrobiła to na moją prośbę, ponieważ obawiałam się skróconego



wędzidełka. Położna stanowczo stwierdziła, że wszystko jest ok, podczas gdy syn miał dość trudny przypadek skrócenia wędzidełka tylnego, które zdiagnozowała miesiąc później neurologopeda. Zatem uważam, że położna tu zachowała się nieco powyżej kompetencji, powinna odesłać do specjalisty, zamiast usypiać moją czujność". (A46)

„Położna rozumiała trudności. Pomogła z przystawianiem. Kibicowała karmieniu piersią. Pomagała w zastojach i leczeniu brodawek. Natomiast źle i niepotrzebnie oceniała wędzidełko, wprowadzając mnie w błąd". (A483)

Czasem brakowało takiej oceny i wstępnej diagnozy:

„Mimo wizyt problemy z karmieniem oraz zastoje w piersiach występowały. Położna nie oceniła wędzidełka podjęzykowego, które po prywatnej konsultacji z CDL oraz lekarzem otolaryngologiem zostało podcięte". (A456)

„Nikt nie widział problemu przyrośniętego języka dziecka, pomimo zbyt małego przybierania na wadze. Pediatra mówiła, że źle dostawiamy dziecko. Mówiła, że język jest ok. Położna mówiła, że dziecko jest dobrze dostawione. Dziecko za mało przybierało na wadze, miało problemy z wypróżnianiem, krztusiło się podczas karmienia, a mleko leciało bokiem. Finalnie po prywatnej wizycie u neurologopedy wykonany był zabieg podcięcia w 3 miesiącu życia



*dziecka, po którym karmienie zaczęło wyglądać normalnie,
a ja przestałam mieć wieczne zapalenia piersi i zastoje”. (A1317)*

Podsumowując, jedna z wyżej cytowanych kobiet otrzymała skuteczne wskazówki co do masowania jamy ustnej dziecka. Inne kobiety zostały odesłane do neurologopedów czy doradczyń laktacyjnych. U wielu innych jama ustna w ogóle nie została zbadana pod kątem oceny ssania. Wydaje się, że aby można było udzielić porady w związku z niektórymi nieprawidłowościami w obrębie jamy ustnej u dzieci, potrzebna jest specjalistyczna wiedza.



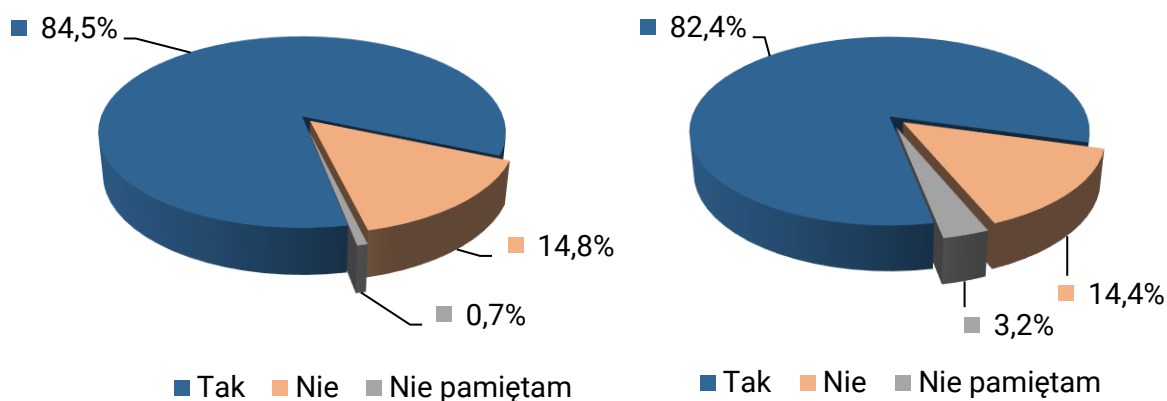
Problem!

U prawie połowy kobiet (45,4% ankietowanych spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) podczas wizyt patronażowych położna środowiskowo-rodzinna nie bada jamy ustnej dziecka pod kątem ssania, co jest jednym z podstawowych elementów porady laktacyjnej i stanowi podstawę diagnozowania problemów z karmieniem piersią po stronie dziecka.

Kolejnym elementem badania dziecka jest jego regularne ważenie. Jest ono podstawą określenia czy dziecko przyrasta na wadze, a jeśli tak, to czy przyrosty są prawidłowe.

Kobiety w 84,5% wskazały, że podczas wizyt ważenie dziecka się odbyło. W 14,8% przypadków dzieci nie zostały zważone, zaś 0,7% kobiet nie pamiętało tego faktu (Ryc. 4.12. po lewej). Określenia przyrostu masy ciała dziecka położne dokonały w 82,4%. Bez określenia przyrostu masy ciała dziecka pozostało 14,4% ankietowanych, zaś 3,2% kobiet nie pamiętało tego faktu (Ryc. 4.12. po prawej)





Ryc. 4.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy położna środowiskowo-rodzinna zważyła dziecko?” (% , N=2289), po prawej „Czy położna środowiskowo-rodzinna określiła przyrost masy ciała dziecka?” (% , N=2289)

Z reguły według ankietowanych położne środowiskowo-rodzinne ważyły dzieci i określały przyrost masy ciała. Czasem ważenie było stałym elementem wizyty patronażowej.

„Ważenie dziecka na każdej wizycie - sprawdzanie czy prawidłowo przybiera na wadze”. (A89)

„Głównie przydało się ważenie dziecka, bo to utwierdziło mnie w przekonaniu, że jednak dziecko przybiera dobrze, zatem wszystko jest w porządku”. (A1923)

„Powiem szczerze, że szukałam położnej takiej, żeby mi ważyła dziecko i kontrolowała żółtaczkę, bo takie doświadczenia miałam po pierwszym dziecku, że był problem z przybieraniem na wadze. Też dziecko miało problem z dużą żółtaczką, więc zależało mi na kimś, kto stale będzie przychodził, żeby to dziecko oglądać, w jakim jest stanie. Wiedziałam, że położna nie jest doradczynią laktacyjną, ale też mi na tym nie zależało, dlatego, że jeszcze



po pierwszej ciąży miałam kontakt taki prywatny z doradcą laktacyjnym, więc wiedziałam, że w razie problemów będę miała gdzie się udać. Przede wszystkim zależało mi na takiej osobie, żeby kontrolowała stan dziecka i tak było. To bardzo serdeczna osoba. Przyszła, powiedziała »Wszystko robi pani dobrze«, podpowiadała bardzo taktownie, bez wpędzania w poczucie winy, bardzo uprzejma, bardzo serdeczna osoba. Taka nienarzucająca się też ze swoimi radami, ale taka wychodząca naprzeciw potrzebom. Miałam ją z polecenia od sąsiadki, która mówiła, że to jest bardzo fajna położna. Fakt, że nie miałam dużego wyboru, bo mieszkam na wsi, więc miałam wybór jednej z dwóch, ale ona była z polecenia. Bardzo fajna osoba i każdemu życzę takiej wspierającej położnej, która jest taka wyrozumiała, otwarta i serdeczna". (K26)

Co natomiast mówiły kobiety, u których ważenie przez położną środowiskowo-rodzinną nie było standardem?

„Przyrosty oceniała jako prawidłowe, ale wagę dziecka podawaliśmy jej my, bo mieliśmy wagę w domu. Położna nie posiadała wagi, na pierwszej wizycie powiedziała, że na ważenie należy umówić się w przychodni". (A232)

„Chodziliśmy do przychodni z powodu minimalnego spadku wagi dziecka. Brak ważenia na wizytach domowych". (A134)

„Wizyty nic nie wniosły. Dziecko pomimo dużego spadku masy ciała, nie zostało zważone na żadnej z wizyt, a ocena wyglądu



dziecka odbyła się »na oko«. Położna stwierdziła, że dziecko wygląda dobrze i niczego jej nie brakuje”. (A2438)

„Kiedy byłam z córką na wizycie patronażowej u pediatry, zwróciłam uwagę na to, że położna nie zważyła dziecka. Zostałam od razu zjechała za to, że waga jest ciężka i że co ja sobie myślę, że kobieta nie będzie dźwigać”. (A1001)

„Pytała tylko jak i czym karmione. Nie komentowała. Wizyty odbębniane z konieczności. Brak wagi, ważenie »na oko«, zero pomocy czy wsparcia przy karmieniu piersią, nieaktualne zalecenia”. (A2394)

„Uważam, że dzisiaj standardem powinno być, że położna środowiskowa przychodząc do matki w połogu powinna mieć ze sobą wagę. Ta nie miała, ja musiałam chodzić na ważenia do przychodni. To powinno być monitorowane, bo ważne też na jakiej wadze się waży to dziecko, żeby na tej samej wadze, bo wtedy wyniki są punktem odniesienia. Jak jest dziecko, które świetnie rośnie, to nie ma znaczenia czy przyrasta na wadze 150 gram tygodniowo, czy 180, czy 200, ale jak jest dziecko, które słabo je to ma znaczenie”. (K27)

„Położna przyszła na wizytę bez wagi, więc ja nawet nie wiedziałam, czy dziecko ma dobry przyrost. Stwierdziła, że widzi, że ma podwójny podbródek, a to znaczy, że tyje, a ona – położna ma wagę w oku. Nie no jaja. I że ona nie musi nosić wagi. Jakies takie



głupoty. Pytałam się jej, czy jeszcze przyjdzie, ale powiedziała, że już nie ma takiej potrzeby, gdzie potem jak mi się udało gdzieś córkę zważyć, to się okazało, że właśnie miała bardzo słaby przyrost i trzeba coś z tym zrobić. To co otrzymałam od położnej środowiskowej to jest po prostu śmiech na sali. Potem jak już się zdecydowałam na płatną poradę laktacyjną, no to wyglądało to zupełnie inaczej. Po tej wizycie była jeszcze wtedy mieszanka, więc tych wizyt trochę było. Chodziłam do gabinetu 4 razy i jeszcze miałam jedną osobną domową wizytę innej doradczynie. Córka zamiast otwierać buzię nieprawidłowo łąpała, źle zasysała. To było dla mnie megabolesne i potrzebowałam lepszej techniki. Miała słabe te przyrosty, potem jednak miała za duże i trzeba było kombinować, ile tej mieszanki dawać. Koniec końców wyszło tak, że w ogóle udało się zrezygnować z tej mieszanki. Jest tylko na piersi". (K22)

Ostatnia z kobiet spotkała się pięciokrotnie z doradczynią laktacyjną prywatnie w celu rozwiązywania problemów z karmieniem piersią. To tyle spotkań, ile wizyt mogłaby odbyć położna środowiskowo-rodzinna w ramach przysługujących kobiecie świadczeń gwarantowanych, w czasie, których mogłaby wesprzeć matkę w karmieniu piersią, zgodnie z S000 udzielając porady laktacyjnej. Niestety tak się nie stało, a kobieta musiała szukać odpłatnej pomocy, gdyż położna POZ była tylko na jednej wizycie, w dodatku nie zważyła dziecka. O tym, dlaczego określanie przyrostu masy ciała bez wagi jest błędem i niesie ryzyko dla dziecka, mówiła jedna z położnych środowiskowo-rodzinnych, która udzieliła nam wywiadu:

„Wizyta bez wagi to jak wróżenie z fusów. Ile razy już taka ocena na oko zmyliła rodziców? Milion razy po prostu. Ten niespokojny człowiek to »on się chyba nie najada«, a tam przyrosty 400 g tygodniowo. Rodzice mówią »Ale on jest bardzo głodny, bo cały



czas płacze«, a dziecko zupełnie inny problem ma, ale »no chyba głodny«. 400 g na tydzień przybiera, to raczej nie głoduje. Albo druga strona, że rodzic mówi: »No tak śpi, jest taki spokojny. Wszystko super!«, a tam przyrost 70 g na tydzień, czyli zbyt mało. Tak bez wagi, tylko zachowaniem dziecka się kierować? Nie. Bez wagi nie ocenisz tego”. (P4)



Problem!

Jedno dziecko na siedem (14,8% dzieci kobiet ankietowanych spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) NIE jest wążone podczas wizyt patronażowych przez położną środowiskowo-rodzinną, a co za tym idzie nie ma określonego przyrostu lub potencjalnego spadku masy ciała. Zdarza się określanie przyrostów „na oko”, co może uśpić czujność rodziców i stwarza ryzyko zdrowotne dla dziecka.

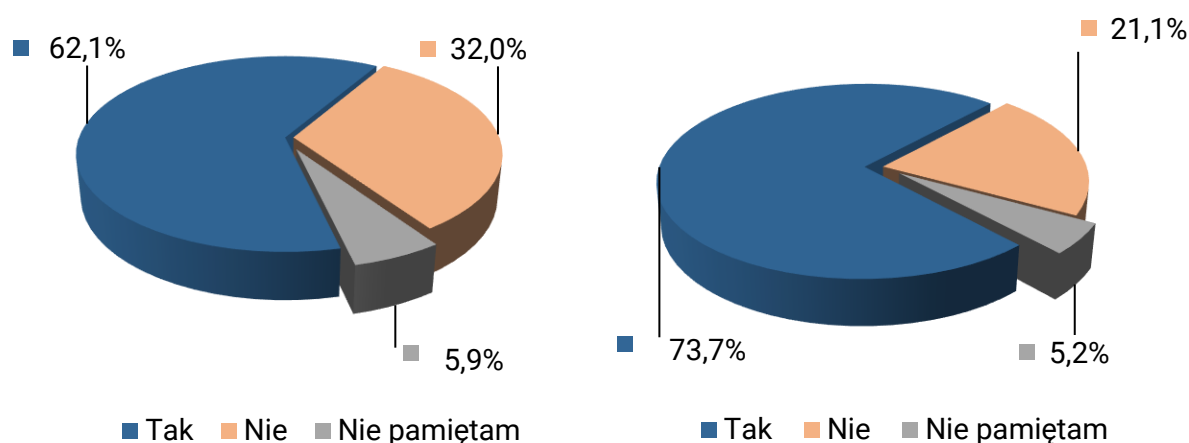
Zgodnie z cytowanymi na początku tego podrozdziału wypowiedziami położnych środowiskowo-rodzinnych rzadko zdarza się brak możliwości oceny laktacji. Natomiast niemożliwe jest, by nie widząc aktu karmienia skutecznie udzielić porady laktacyjnej, dać kobiecie jakąś wskazówkę, podsunąć rozwiązanie, które w przypadku trudności pomogłoby uczynić karmienie piersią bardziej efektywnym czy komfortowym. Nawet gdy dziecko nie jest na danym etapie karmione bezpośrednio z piersi, elementem porady laktacyjnej są również z reguły próby przystawiania dziecka bezpośrednio do piersi. Czas 4-6 możliwych wizyt patronażowych nawet w takich przypadkach powinien być na tyle rozległy, aby podjąć taką próbę lub próby. Biorąc pod uwagę powyższe oraz fakt, że ankieta skierowana była do kobiet, które karmiły bądź chciały karmić piersią, a więc najpewniej oczekiwały takiej pomocy,



zakładamy, że karmienie piersią w obecności położnej powinno być się odbyć w każdym przypadku, a przynajmniej położna powinna była poprosić o przystawienie dziecka do piersi. W związku z tym zadaliśmy ankietowanym pytanie dotyczące przebiegu wizyt patronażowych: „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?”, a także: „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?”.

Część kobiet została poproszona przez położną podczas wizyt patronażowych o nakarmienie dziecka piersią (62,1%), wobec kolejnej grupy taka prośba nie została wyrażona (32,0%), a pozostałe kobiety tego nie pamiętały (5,9%) (Ryc. 4.13. po lewej).

Samo karmienie piersią w obecności położnej odbyło się u 73,7% ankietowanych, zaś u 21,1% się nie odbyło, natomiast 5,2% kobiet nie pamiętało czy karmiło swoje dziecko piersią przy położnej środowiskowo-rodzinnej (Ryc. 4.13. po prawej).



Ryc. 4.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?” (%), N=2289), po prawej „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?” (%), N=2289)

Wiele kobiet spośród naszych ankietowanych, spotkało się z brakiem zainteresowania aktem karmienia w czasie wizyt patronażowych. Położne nie poprosiły, by kobieta nakarmiła przy nich dziecko. W takiej sytuacji położna środowiskowo-rodzinna nie ma możliwości sprawdzić, czy karmienie przebiega prawidłowo, czy dziecko właściwie chwytła brodawkę, czy ssi efektywnie, a jeśli dziecko się regularnie nie przystawia to zaobserwować jaki jest problem. Co na temat sposobu żywienia dziecka zdarzyło się usłyszeć kobietom od położnej, pomimo że NIE widziała i NIE oceniała ona aktu karmienia?



„Zapytała, jak karmię. Nic więcej”. (A7)

„Powiedziała, że karmię za często i dziecko przez to na pewno boli brzuch. Kazała robić 3-godzinne odstępy między karmieniami i podawać mieszankę, żeby na dłużej dziecko było najedzone. Kazała też podawać [nazwa kropel dla niemowląt]”. (A316)

„Przy problemach z karmieniem piersią położna nie udzieliła mi żadnej pomocy. Karmienie butelką z moim mlekiem skomentowała »Dałaś butelkę, to masz«”. (A357)

„Kazała mi dokarmiać sztucznym mlekiem, bo z piersi leci sam »kompocik«, a nie »schabowy«”. (A657)

„Kazała mi karmić co 3h, bo uważała, że nie powinnam karmić na żądanie. Nie uwzględniłam jej zaleceń”. (A1603)

„»Daj dziecku mleko modyfikowane, bo ciągle ci na piersi wisi. Nie przyzwyczajaj, bo nic w domu nie zrobisz«. Gdyby nie to, że to, że to był mój 2 poród, to opieka tej pseudopłożnej doprowadziłaby do rychłego końca karmienia piersią. Kobieta już dawno powinna być na emeryturze. Rady sprzed 30 lat. Bardziej szkodzi niż pomaga”. (A2156)

„Dziecko nie chciało chwytać piersi, mało pokarmu przy odciąganiu. Mówiła, że będzie dobrze, ale nic nie pomogła”. (A2353)

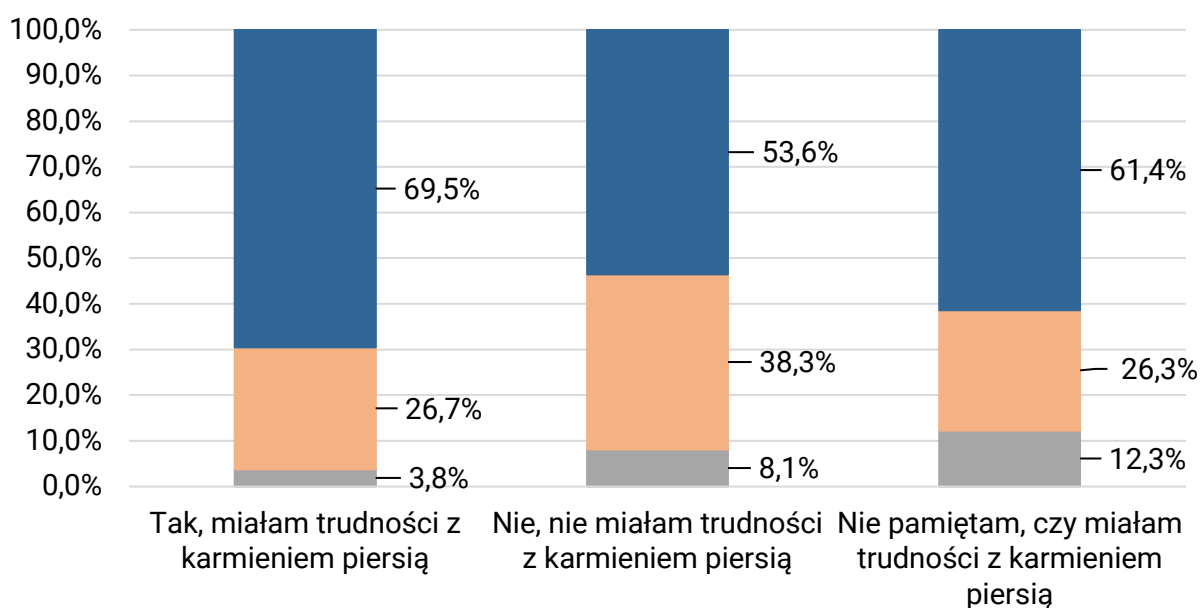


„Mimo że nie zgłaszałam kłopotów z karmieniem od razu zaznaczyła, że jeśli dziecko będzie wieczorami płakać, to mam podać mieszankę”. (A2301)

Oprócz powyższych wypowiedzi wiele położnych wypowiadało się pozytywnie i wspierająco o karmieniu piersią lub mlekiem matki, natomiast brak obejrzenia aktu karmienia również w takich przypadkach sprawia, że trudno uznać takie uwagi za poradę laktacyjną, w tym ocenę przebiegu, techniki karmienia, co jest niedopełnieniem obowiązków wynikających z S000.

Związek pomiędzy tym, czy położna poprosiła kobietę o nakarmienie dziecka w swojej obecności, a tym, czy u kobiety występowały trudności z karmieniem, został przedstawiony w tabeli krzyżowej (Ryc. 4.14.). Wśród kobiet, które miały trudności z karmieniem piersią 69,5% zostało poproszonych przez położną środowiskowo-rodzinną o nakarmienie dziecka piersią podczas wizyt patronażowych, 26,7% nie zostało o to poproszonych, zaś 3,8% tego nie pamięta. Kobiety, które zaznaczyły, że nie miały trudności z karmieniem piersią były poproszone o nakarmienie dziecka w 53,6%, zaś nie poproszono 38,3% z nich, a nie pamięta tego 8,1%. Wśród kobiet, które nie pamiętały czy miały trudności z karmieniem piersią: położna poprosiła o nakarmienie dziecka piersią - 61,4%, w 26,3% przypadków nie poprosiła, zaś 12,3% kobiet nie pamiętało, czy zostało o to poproszonych (Ryc. 4.14.).



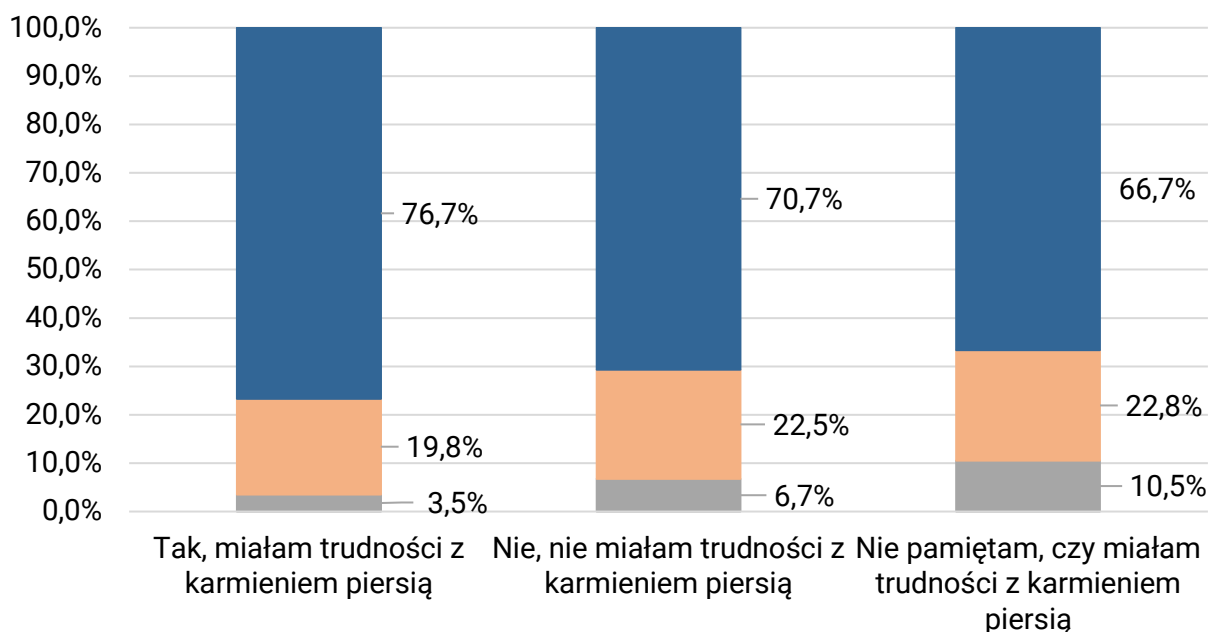


- Tak, położna środowiskowo-rodzinna poprosiła o nakarmienie dziecka piersią
- Nie, położna środowiskowo-rodzinna nie poprosiła o nakarmienie dziecka piersią
- Nie pamiętam, czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła o nakarmienie dziecka piersią

Ryc. 4.14. Tabela krzyżowa dla zmiennych: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?” oraz „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?” (% , N =2289)

Związek pomiędzy tym, czy karmienie dziecka piersią odbyło się w obecności położnej, a czy u kobiety występowały trudności z karmieniem, został przedstawiony w tabeli krzyżowej (Ryc. 4.15.). Wśród kobiet, które miały trudności z karmieniem piersią u 76,7% odbyło się ono w obecności położnej, u 19,8% nie odbyło się, zaś 3,5% tego nie pamięta. U kobiet, które zaznaczyły, że nie miały trudności z karmieniem piersią, takie karmienie odbyło się w 70,7% przypadków, zaś nie odbyło się u 22,5% z nich, a nie pamięta tego 6,7%. Wśród respondentek, które nie pamiętały czy miały trudności z karmieniem piersią: karmienie piersią się odbyło – 66,7%, nie odbyło się - 22,8%, zaś 10,5% nie pamiętało, czy zostało o to poproszonych (Ryc. 4.15.).





- Tak, karmienie piersią odbyło się w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej
- Nie, karmienie piersią nie odbyło się w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej
- Nie pamiętam, czy karmienie piersią się odbyło w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej

Ryc. 4.15. Tabela krzyżowa dla zmiennych: dla zmiennych: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią” oraz „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?” (% , N =2289)

Wskazówki od położnej środowiskowej po ocenie aktu karmienia otrzymało 36,3% kobiet. Sama ocena aktu karmienia piersią, ale bez podania wskazówek, miała miejsce u 14,7% kobiet lub kobieta nie pamięta, czy te wskazówki były podane (8,7%). Były również karmienia, w których położna nie oceniła i nie dała wskazówek (6,4%), lub kobieta nie pamięta, czy oceniła (7,7%). Ponadto, jak już wyżej było wspomniane, u 21,1% karmienie piersią w obecności położnej się nie odbyło, zaś 5,2% nie pamięta, czy takowe się odbyło, czy nie (Ryc. 4.16.).





Ryc. 4.16. Struktura odpowiedzi na pytania: „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?“, „Czy położna środowiskowo-rodzinna oceniła akt karmienia?“ oraz „Czy po ocenie aktu karmienia położna środowiskowo-rodzinna dała jakieś wskazówki?“ (% , N=2289)





Problem!

U co piątej kobiety (21,1% ankietowanych spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) położna nie ocenia aktu karmienia, gdyż karmienie piersią się nie odbywa podczas wizyty patronażowej. Wskaźnik ten jest zbliżony niezależnie od tego, czy w danym przypadku występują trudności w karmieniu, czy nie.

Przyjrzyjmy się temu, jak położne środowiskowo-rodzinne oceniały akt karmienia i jakich wskazówek, porad w tym zakresie udzielały. Na początek historia kobiety, której fragmenty cytowałyśmy do tej pory już kilka razy, a która borykała się z dużymi trudnościami po stronie dziecka. Ta opowieść jak i następne pokazują, jak istotne jest wsparcie kompetentnej położnej środowiskowo-rodzinnej.

„Marzyłam o tym, żeby wyjść z tego szpitala. Oprócz tej całej mojej historii, to jeszcze tylko dodam, że pościel nie była zmieniana przez cały okres naszego pobytu, bo to był długi weekend i nie działała pralnia, więc ja w zakrwawionej pościeli leżałam. Marzyłam więc o swoim łóżku, o prysznicu, o wsparciu najbliższych. I jak tylko z położną siadłyśmy sobie właśnie w sypialni i w łóżku małą przystawiłam, jeszcze przez tę nakładkę, to w ogóle to, że ona gdzieś tam zaczęła ssać, to zupełnie było co innego, to było niebo a ziemia. Ja byłam już i tak zadowolona, bo przyjechała pani A. i zaczęła nas brać w obroty. Poświęciła bardzo dużo czasu. Była u nas ponad 2 godziny. I jeżeli chodzi stricte o karmienie, to pani A. mówi »Proszę mi pokazać, jak pani przystawiała małą«. Poszłyśmy



właśnie do sypialni, bo tam akurat ją wtedy karmiłam, to był pierwszy dzień, to w łóżku całe życie się kręciło. Pani A. skakała wręcz po tym łóżku, co dla mnie było niesamowite. Byłam zachwycona, bo ona i z tej strony patrzyła, i z tej strony »A jak pani tu przystawia, to ja zobaczę tu, czy ona dobrze łapie, czy ona nie klika, nie puszcza«. Pomogła mi dobrać nakładkę, bo stwierdziła, że te nakładki wcale nie są dobre do moich brodawek. Podpowiedziała, że to muszą być troszeczkę większe, żeby to w ogóle dobrze pracowało. Ważyłyśmy małą. Ona miała też żółtaczkę poporodową i tak między Bogiem, a prawdą, to uważam, że ze szpitala w sumie nie powinni nas wypuścić, bo waga spadała, ale całe szczęście nas wypuścili, bo pani A. właśnie nas tak wzięła w obroty i pokazała wtedy jak mam efektywnie przystawiać, ile to ma trwać. Wszystko mi wytłumaczyła już tak dokładnie. Ustaliłyśmy konkretne mililitry na odciążenie i na dokarmienie, plus przystawianie, więc ja miałam z mężem cały harmonogram. Życie wyglądało tak: przystawianie, odciążanie dokarmianie i znowu. Mała była takim wisielcem też na piersi, non stop wisiła i to też było przez panią A. szybko wyłapanie, że ona też dużo energii na tym traci, więc musimy poprawić efektywność tego ssania. Mega byliśmy zachwyceni tym, jak wyłapywała te wszystkie niuansy i korygowała wszystko. Pokazywała, w którą stronę iść. Była często na początku ze względu na to, że mała nam z tej wagi spadała mocno i nie mogła ruszyć i ta żółtaczka też przeszkadzała. I był później taki moment, że pani A. po tych pierwszych kilku wizytach poszła na urlop i przyjechała pani K., która też super nas wsparła. Trochę nas wychillowała, uspokoiła, bo ja byłam w apogeum stresu wtedy, więc ona trochę nas zluźowała i jak już pani A. wróciła, to my już zaczęłyśmy pięknie wychodzić na prostą. Został nam ostatni



punkt dla mnie ważny na tamten moment - zejście z tych nakładek nieszczęsnych. Strasznie mnie wkurzały, w ogóle nie wyobrażałam sobie wyjścia z domu. Nigdzie nie wychodziliśmy, bo te nakładki ciągle trzeba myć, wyparzać. Musiałam przystawiać małą w odpowiednim odstępie czasu. To wszystko się kręciło wokół ścisłego harmonogramu. Pani A. powiedziała, żebym próbowała przed takim karmieniem głównym nazwijmy to, przystawiać ją bez nakładki, czy ona zaskoczy, czy nie. Jeżeli ona nie będzie cały czas chwytła, jeśli będzie się denerwować, no to założyć nakładkę, żeby zjadła, ale próbować przed każdym karmieniem. Też mi pokazała, jak chwytać tę brodawkę. Próbowałam. Pojawił się taki dzień koło miesiąca mogła mieć, że udało się. Pamiętam jak dziś, jak mąż spał na kanapie, ja na fotelu siedziałam i mała raz zatrybiła. Ten pierwszy raz i to była taka radość. Mówię »O! może jednak się uda«. I tak próbowałam, próbowałam i w końcu była taka niedziela, kiedy i z jednej, i z drugiej piersi również udało jej się zaskoczyć. Po tym weekendzie ostatni raz do nas pani A. przyjechała. Ja taka zachwycona mówię »Pani A., udało się!«. Powiedziała, że jest ze mnie dumna, że się udało z tych nakładek zejść, bo nie każda mama ma tyle samozaparcia, żeby zrezygnować, że często mamy karmią do końca. A tutaj się cieszy, że ja się jednak zapałam i że nam się udało, i że się o nas już nie martwi na drodze laktacyjnej. To było takie piękne ukoronowanie". (K31)

„Położna bardzo ucieszyła się, że dziecko jest karmione wyłącznie piersią. Oceniała pozycję karmienia i zobaczyła w jaki sposób dziecko chwyta brodawkę piersi. W jaki sposób wygodniej przystawić dziecko do piersi oraz ułożyć jego usta, aby



zminimalizować ból brodawek, dała wskazówki jak kontrolować ułożenie jamy ustnej dziecka, aby zbyt płytko nie chwyciło brodawki i aby karmienie było skuteczne. Zauważyła, że brodawki są poranione. Dostałam wskazówki, jak je pielęgnować oraz jak przystawiać dziecko do piersi, by nie łąpało zbyt płytko brodawek. Jej rola była znacząca, wiele cennych wskazówek zarówno w okresie edukacji przedporodowej jak i po urodzeniu na żywo”.
(A2486)

„Karmiłam przy położnej wielokrotnie w różnych pozycjach. Korygowała ustawienie, poprawiała”. (A2375)

„Dziecko zbyt płytko chwyciło pierś, prężyło się przy piersi, puszczało ją, znowu jej szukało i płakało. Położna chwaliła i wspierała nas podczas prób karmienia piersią. Musieliśmy wprowadzić niewielkie modyfikacje, wynikające głównie z faktu posiadania przeze mnie obfitych piersi, które w trakcie karmienia jeszcze zwiększyły swój rozmiar, co utrudniało przyjęcie wygodnej dla mnie pozycji”. (A901)

„Skontrolowała sposób przystawienia, wskaźniki skutecznego karmienia. Rozmawialiśmy o objawach związanych z prawdopodobnym krótkim wędzidełkiem języka, co potem się potwierdziło. Wspierała mnie w decyzji o karmieniu piersią, a także w szukaniu odpowiedzi na temat pracy języka córki (ankyloglossia)”. (A140)



„Miałam poranione brodawki. Położna doradziła maść i kazała przystawiać w inny sposób dziecko do karmienia. Nie potrafiłam dobrze ułożyć dziecka do karmienia, położna mi pokazała. Doradziła, żeby dać poduszki pod swoje plecy i ręce, dziecko ułożyć na poduszce. Trudności już nie było. Byłam zadowolona z położnej. Doradzała, pomagała, jak prosiłam”. (A774)

Kobiety wymieniały również wiele praktycznych wskazówek przekazanych przez położną środowiskowo-rodzinną dotyczących pozycji i techniki karmienia piersią, m.in. dobranie wygodniejszej pozycji do karmienia, ułożenie dziecka i matki, dobranie poduszek, poprawienie chwytu brodawki przez dziecko.

„Skorygowała przystawienie. Uczuliła żebym zawsze miała wygodną pozycję. Powiedziała, jak sprawdzać czy dziecko aktywnie ssie i jak zachęcać do aktywnego ssania. Sprawdziła buzię dziecka. Pytała o odczucia w piersiach i związane z karmieniem. Poinformowała o wskaźnikach efektywnego karmienia, o metodzie kompresji piersi”. (A1045)

Kolejna z położnych środowiskowo-rodzinnych dała rodzicom poczucie kompetencji i sprawczości, ale także konkretne wskazówki.

„Była osobą, która uważam psychologicznie świetnie się nadaje do tematu położnej środowiskowej właśnie, bo ona dawała nam, w sensie mi i partnerowi poczucie, że my jako rodzice mamy naprawdę bardzo dużą wiedzę, kompetencje i sprawczość już od początku swojej drogi. To też dawało mi takie poczucie, że skoro osoba wykwalifikowana, specjalistka w temacie w nas wierzy, nie



wątpi i mówi, że robimy dobrze i damy radę, to tak będzie. Bardzo mi utknęło w pamięci, jak ona mówi »Ułóż się do karmienia. Pokaż mi jak karmisz«. A ja »No nie wiem, jak ma być dobrze«. »Ułóż się tak, jak to robisz« i ja się ułożyłam i poprosiłam partnera, żeby podał mi córkę, a ona tak się na mnie patrzy »A wygodnie ci?«. Ja mówię, że tutaj czuję, że mam stabilnie, a ona »Ale wygodnie ci?«. Mówię »No nie do końca« i ona na to »To usiądź tak, żeby ci było wygodnie, bo może będziesz siedzieć tak godzinę, więc ma być Tobie wygodnie«. Aha dobra, więc ja najpierw się ułożyłam totalnie jak królowa i mówię »Tylko nie wiem, czy ja ją będę umiała dostawić, jak jestem taka rozwalona“, a ona no to, że mi pomoże. Też była pierwszą osobą, która mi tak na głos i bezpośrednio powiedziała, że podczas karmienia piersią ma mi być wygodnie. Dla mnie było takie odkrycie i też innym koleżankom powtarzam: »Najpierw się rozłóż jak królowa, a potem sobie dziecko dopasujesz«. Ona dawała mi za każdym razem takie poczucie, że w tym wszystkim ważne jest nie tylko dziecko, ważna też jestem ja. Miałam problem z zastojami. Ona zaznaczała, że odciągamy do uczucia ulgi przed karmieniem. Na przykład, jeżeli się zdarzy, że chciałabym wziąć prysznic i będzie pora dnia, czy taka będzie moja wola, czy możliwości, że ciepły prysznic na początek, albo mogę ręcznie jakby upuścić trochę mleka, mogę odciągnąć laktatorem takim, albo takim, czasami kolektorem wystarczy. Co u mnie faktycznie na samym początku bardzo się dobrze sprawdzało, bo ten kolektor wyciągał odpowiednią ilość mleka i jak było to uczucie ulgi, to wtedy też dostawiałam córkę. Zauważyłam, że ona po prostu była niespokojna i się jednak tym mlekiem krtusiła, bo faktycznie z tej jednej piersi wypływ był szalony. Też mi pokazała, że mogę ją karmić w tych pozycjach biologicznych takich.



Jakby nakładać ją na pierś, a nie jak klasycznie pod piersią, żeby też grawitacja na naszą korzyść zadziałała. Koleżance poleciłam wybranie pani A. i też pomogła, że czuli się tacy zaopiekowani, tacy pewni na początku tej drogi, bo to tak fajnie usłyszeć, że robisz dobrze, będzie ok, tak fajnie radzisz sobie”. (K28)

Elementem porady laktacyjnej może być również pokazanie matce sposobów na ukojenie, wyciszenie dziecka, co jest bardzo istotne w dobie wielu mitów wiążących płacz i dolegliwości brzuszku dziecka z mlekiem matki.

„Położna środowiskowe oceniła karmienie jako prawidłowe. Mówiła, że dziecko pięknie chwyta pierś i bardzo ładnie ssie. Ja też prawidłowo je przystawiałam. Pokazywała masaż noworodka, bo córka miała jakieś takie bóle i płakała, że niby kolka, ale to nie były kolki. Położna pokazywała, jak ją masować, jak ją nosić też, żeby nie płakała. Potem miałam taki zastój i zadzwoniłam, to po prostu przyszła i mi pomogła, uratowała mi pierś z zastojem, bo nie byłam sobie w stanie poradzić. Gdyby nie ta pomoc pewnie skończyłoby się na antybiotykach i wizycie na SOR”. (K40)

Czasem udzielano pomocy w stymulacji laktacji.

„Zaleciła więcej przystawiania dziecka, żeby rozkręcić laktację, działać laktatorem (mało mleka). Zmiana pozycji. Zachęcenie dziecka do ssania piersi przy użyciu systemu ze strzykawką i rurką przy moim sutku (nie pamiętam nazwy). Motywowała mnie do karmienia piersią”. (A2446)



„Dokarmiłam dziecko swoim mlekiem, bo spadało z siatki. Położna kontrolowała wagę, pomogła z laktatorem, dobrała lejki, pokazała konkretne sposoby przystawiania, pomogła ustalić, ile razy i kiedy odciągać, i kiedy przestać, bo już nie ma potrzeby. Pomogła mi bardzo”. (A1376)

Kolejnym z kobiet udzielono rzetelnej pomocy w karmieniu piersią, choć nadal była potrzeba dodatkowej specjalistycznej diagnozy.

„Dziecko nie przybierało wystarczająco na wadze (ok. 9g/dobę), zasypiało natychmiast po 2-3 łykach mleka. Miałam zastój pokarmu, bolesne obrzmiałe piersi, gorączkę i silne dreszcze, odciąganie pokarmu sprawiało ból na tyle, że nie byłam w stanie wytrzymać nawet ręcznie. Dowiedziawszy się, że karmię piersią położna po prostu rozpoczęła ocenę karmienia. Dokonała wstępnej oceny karmienia, zwróciła uwagę na słabe przyrosty. Przyjrzała się naszej pozycji i oceniła ssanie, liczyła zassania i połknięcia, sprawdziła szczelność i kąt rozwarcia ust. Uznała, że ogólnie dziecko ssie poprawnie, czasem zbyt mało rozwiera usta i wciąga górną wargę razem z sutkiem. Po kilku bardzo efektywnych zassaniach zbyt szybko zasypia na piersi i nie umie potem wrócić do prawidłowego ssania. Poleciała wywijać górną wargę dziecka, gdy zasysa ją razem z piersią. Poza tym kazała wybudzać dziecko podczas karmienia i podała propozycje jak to robić. Zdalnie wspierała mnie przy zastojach pokarmu. Po zastosowaniu jej porad wybrałam się jeszcze do CDL, bo dziecko nadal nie przybierało odpowiednio. Jej pomoc miała dla mnie kluczową rolę w nabraniu



pewności w karmieniu piersią i gdyby nie specyficzny problem, z pewnością rady położnej byłyby dla mnie wystarczające”. (A965)

„Położna karmienie oceniła ogólnie poprawnie, choć zauważyła, że dziecko łyka też powietrze i mocno chwyta, a ja boję się przystawić syna od razu, bo mnie bolą brodawki. Dała wskazówki jak przystawiać (dziecko do piersi a nie pierś do dziecka), karmić z obu piersi, nawet odlewać do kubeczka i dokarmiać z kubeczka, udać się do fizjoterapeuty i doradczynie laktacyjnej”. (A511)

Czasem położnym brakowało kompetencji w zakresie oceny aktu karmienia czy wiedzy o wskaźnikach skutecznego karmienia. Kolejne kobiety opowiedziały o ocenie aktu karmienia przez położną środowiskowo-rodzinną następująco:

„Skomentowała to zdawkowo. Uważam, że ona nie miała o tym większego pojęcia niż standardowe, czyli tak jak trafiło jej się dziecko co świetnie je z piersi, to mówiła, że jest fajnie, a jak dziecko, które słabo ssie, to ona nie była w stanie tego ocenić”. (K27)

„Nie można nazwać tego oceną, bo tylko z daleka spojrziała”. (A109)

„Ze szpitala wypisali nas w drugiej dobie, pomimo spadku wagi. Dziecko miało trudność z efektywnym ssaniem. W szpitalu dziecko oddało stolec, a później w domu już nic. I dla nas to było naprawdę niepokojące, tym bardziej, że się edukowałam w ciąży i sięgałam po literaturę i jakieś dobre źródła. Położna środowiskowa - zero



wsparcia w laktacji. Stymulowanie laktacji przy laktatorze – o takich rzeczach w ogóle się nie zająknęła nawet. Nie pomogła w żaden sposób z przystawianiem dziecka czy oceną efektywności ssania. Twierdziła, że to normalne, że dziecko karmione piersią nie robi kupy. Ta położna i te w szpitalu one traktowały mnie na zasadzie »To pani pierwsze dziecko, to pani się nie zna. Pani nie może tego wiedzieć«. Ja mówię, że dziecko nie przełyka, ssie brodawkę, ale tego nie przełyka. Miałam też takie poczucie, że te moje obserwacje są ignorowane. Przy spadku wagi położna proponowała tylko dokarmianie mlekiem modyfikowanym. Natomiast dziecko, jak się odwodniło, to się przestało budzić po prostu. My w nocy nie mogliśmy jej dobudzić, to też było przerażające. Jak mąż zadzwonił po pogotowie, to usłyszał, że jeżeli dziecko śpi i oddycha, to nie jest zagrożenie, że tutaj mamy sami jechać. A w szpitalu powiedzieli, że przywieźliśmy dziecko w stanie ciężkim. To też kolejna porażka tego systemu”. (K51)

Kilka stron wcześniej cytowałyśmy kobietę, której dziecko również wypisano ze szpitala, pomimo spadku wagi, jednak kobieta trafiła na kompetentną położną środowiskowo-rodzinną. Powyższa historia natomiast pokazuje brak rzetelnej pomocy, a w konsekwencji ryzyko zdrowotne dla dziecka.

W kolejnej historii położna środowiskowo-rodzinną również nie wykazała się kompetencjami, aby wesprzeć matkę i dziecko, kiedy trudności z karmieniem piersią były spore. O odciąganiu mleka matki wspomniała dopiero zapytana o to przez kobietę po kolejnym spotkaniu.

„Pierwsze dni były bardzo trudne, bo bardzo się o nią martwiliśmy. Była coraz bardziej pomarańczowa, bardzo słaba. Mówili, żeby budzić to dziecko na karmienia, a ją było bardzo trudno budzić. Faktycznie dawała znaki, szukała, kręciła głową, ale ciężko ją było



wybudzić w ogóle ze snu, była taka mocno ospała. Położna mówiła, żeby córce zacząć pobierać krew do badania i oznaczać bilirubinę. Też pamiętam radę odnośnie do karmienia. Mówiłam jej, że mam problem z tą piersią, nie wiem co z tym robić, to ona mówi, że przy takiej żółtaczce, to w ogóle dobrze jest podać mleko modyfikowane. Kolejny raz usłyszałam, że moje mleko nie wystarcza trzeba tego modyfikowanego, ono jest traktowane jako lekarstwo. Oczywiście posłuchałam tej rady, bo myślałam, że to ktoś kto się zna i praktycznie już byłam tak zmęczona tymi wszystkimi próbami nieudanymi karmienia. Jej rada była taka, żeby przystawiać do piersi i zaraz po piersi podawać jeszcze modyfikowane. Wtedy jeszcze nie odciągałam swojego mleka, wtedy jeszcze tylko przystawiałam do piersi. Na drugim, może trzecim spotkaniu pytałam położną, czy to ma sens, czy mam stymulować te piersi laktatorem potem. Powiedziała, że tego pokarmu nie ma, to mam próbować jeszcze tym laktatorem odciągać po karmieniu". (K45)

Wydawałoby się, że każda położna środowiskowo-rodzinna, która posiada certyfikat poświadczający umiejętności z poradnictwa laktacyjnego, powinna mieć kompetencje oceny aktu karmienia. Bywa jednak, że nawet pomimo dodatkowych kompetencji, położne nie oceniają przystawienia dziecka do piersi i nie dokonują oceny ssania. Wygląda na to, że poza szkoleniami, liczy się jeszcze pasja związana z karmieniem piersią. W poniższej historii, jedna z nich wprowadziła matkę w błąd co do przyrostów masy ciała dziecka.

„Szczерze mówiąc jestem bardzo zawiedziona tym, jak to wyglądało. Pierwsza wizyta odbyła się w ciągu 48, czyli w tym czasie, w którym powinna się odbyć ta wizyta. Jeśli chodzi o samo karmienie piersią przypominam, że ta moja położna środowiskowa



była certyfikowaną doradczynią. Jak wychodziłyśmy ze szpitala waga była tam 3500 g z groszami, jak przyszła położna środowiskowa była 3100 g z groszami, czyli w ciągu 2 dni córeczka straciła NIBY ponad 400 g. Pani położna sugerowała dokarmianie mieszanką. Mówię »Bez sensu, skoro ja budzę się w nocy mokra od pokarmu i widzę, że dziecko brudzi pieluszki, to po co ja ją mam dokarmiać?«. Tutaj już był moment, że chciałam ją przystawić do piersi, bo był już czas do karmienia, to położna środowiskowa po prostu się ubrała i wyszła. Nawet nie poczekała, żeby zobaczyć akt karmienia. Mówię: »No to, jeśli to jest certyfikowany doradca, to coś jest nie tak«. Później druga wizyta wyglądała podobnie. Też się skończyło na zważeniu dziecka i określeniu, że znowu straciła. Następnego dnia miałam umówioną wizytę już z inną Certyfikowaną Doradczynią Laktacyjną, oczywiście płatną. Wizyta trwała około 3 godzin. Wszystko zostało skontrolowane. Moje wątpliwości zostały rozwiane. Z dnia na dzień się okazało, że dziecko od jednego do drugiego ważenia na tej prywatnej wizycie przybrało. Także na 3 wizytę patronażową, jak przyszła położna środowiskowa, to poprosiłam ją, żeby po prostu sprawdziła swoją wagę, bo mówię »To nie może być tak, że chodzi pani po domach, po wizytach patronażowych i wmawia matkom, bo ja mam powiedzmy te 30 lat, więc trochę inną świadomość, może się doedukowałam, ale jeśli bym miała powiedzmy te 21-22 lata i by pani przyszła i by mi wciskała, że moje dziecko co chwilę traci, to pewnie bym się w końcu poddała i bym podała tę mieszankę. Trochę inne jest doświadczenie i myślenie jest w młodszym wieku«. Jeśli to są wizyty patronażowe, takie rutynowe, gdzie tych podopiecznych jest dosyć sporo, to jeśli każdej jednej dziewczynie będzie tak wmawiała, to daleko nie zajdziemy. Także na tej trzeciej



wizycie nasze patronaże się skończyły, bo ja podziękowałam już za takie usługi. Nie było sensu kontynuować, bo to się opierało tylko na ważeniu i »Proszę podać mieszankę«. Jak podziękowałam za patronaże, to ona mówi tak: »Bo wy wszystkie później mówicie, że ja najgorsza jestem, a was jest tyle i ja czasami też nie mam czasu« i coś takiego. »Dobra, to ja już nic nie mówię«. (K6)

„Położna, którą wybrałam, jest CDL. Nie była w ogóle zainteresowana moimi problemami, nie obejrzała piersi (zgłaszałam rany i problemy), nie spojrzała na moją ranę po szyciu krocza (powiedziała tylko, żebym sama ją obejrzała w lustrze i pojechała do szpitala, gdyby coś było nie tak), w ogóle nie zapytała o moje samopoczucie. Odbyła mniej wizyt niż powinna, pierwszą w 10 dniu życia dziecka (tydzień po powrocie ze szpitala), dziecko jedynie obejrzała i zważyła. Położną w trakcie wizyt najbardziej zainteresował mój kot. Byłam ogromnie rozczarowana i rozgoryczona, bo zależało mi na karmieniu i liczyłam, że położna jako CDL mi w nim pomoże. Na szczęście w problemach z karmieniem pomogła mi inna doradczyni CDL, która była u mnie na prywatnych wizytach”. (A469)

Niektóre kobiety zwracały uwagę na pośpiech u położnej środowiskowo-rodzinnej, i na to, że nie starczało czasu na poruszenie tematów związanych z laktacją.

„Położna była w miarę pomocna, aczkolwiek miałam wrażenie, że udziela porad tylko minimum. Wiem, że ta położna prowadzi też prywatną praktykę jako CDL i trochę miałam wrażenie, że większość swojej wiedzy zachowuje na ewentualną wizytę prywatną pod



kątem laktacji. Poza tym wizyty były bardzo szybkie, była w wiecznym pośpiechu i zwykle po jej wyjściu problemy wracały”.
(A573)

„Przy pierwszym dziecku ktoś nam polecił szkołę rodzenia, która jednak była gdzieś dalej, no i położne z tej szkoły obsługiwały wszystkich uczestników szkoły rodzenia, którzy tak naprawdę byli z całego miasta. Po porodzie to była położna, która prowadziła szkołę rodzenia, więc technikę karmienia mi pokazała, ale powiem szczerze, że przy pierwszym dziecku jest tyle wątków. Po pierwszej nocy z dzieckiem w domu miałam kartkę A4 pytań. Ilość obserwacji, które mieliśmy przez 24 godziny pobytu z nim, więc tak pomyślałam, że to nie jest dobry czas, żeby ze spokojem pomóc w laktacji, w takim pędzie, który ma ta położna środowiskowa. Przecież ona ma dla mnie tak naprawdę godzinę, za którą dostaje 30 zł z NFZ i już jedzie na kolejny koniec miasta, bo czeka na nią ktoś inny, to nie jest taki dobry moment. Bo jeśli ma za to 30 zł no to umówmy się, też chce godnie żyć i zarobić te pieniądze i po prostu odbyć tych wizyt jak najwięcej w ciągu dnia. Tam był w ogóle taki straszny model, bo na każdą wizytę przychodziła inna położna i miałam takie poczucie, że w ogóle nie ma żadnej kontynuacji, że nikt tak naprawdę nas nie poznał, nie widzi takiej ciągłości. Przy drugim dziecku, to już mnie to mniej stresowało, bo też wiedziałam, które parametry są ważne i też wskazywałam to położnym, żeby jeszcze zobaczyły, czy na przykład ten pępek, to jest lepiej niż wcześniej, czy nie? Gdybym miała dawać rekomendacje, to powiedziałabym, że nawet, jeśli ktoś korzysta ze szkoły rodzenia, w której obsługuje kilka położnych, to tak naprawdę jedna położna



powinna za każdym razem przychodzić na wizytę do jednej rodziny, żeby ta rodzina się czuła bezpiecznie, żeby złapała taką nić porozumienia i żeby ta położna też widziała ten progres i te zmiany u tej rodziny, a nie tak, że po prostu to jest takie przekazywanie sobie z rąk do rąk i tylko poleganie na notatkach innej osoby". (K12)

Warto wiedzieć, że złożenie deklaracji wyboru do położnej środowiskowo-rodzinnej dla siebie i dziecka, oznacza, że to właśnie ona jest przypisaną do nas położną i w zakresie jej obowiązków leży opieka. Wydaje się, że sytuacje, w których przychodzi do nas na wizytę inna położna, niż ta u której deklarację mamy złożoną, powinny być wyjątkowe, na przykład wynikające ze zdarzeń losowych, wykonywane w zastępstwie, a nie, tak jak wspomniała kobieta, być modelem. Właśnie po to, aby uniknąć tego, o czym opowiedziała, czyli braku ciągłości opieki.

Warto w tym miejscu również wyjaśnić, że położne mogą być zatrudnione w danej przychodni POZ, ale również prowadzić własną praktykę położnej środowiskowo-rodzinnej i w tym wypadku osobiście podpisywać umowę z NFZ na świadczenie usług położnej środowiskowo-rodzinnej. Te dwa typy zatrudnienia położnej POZ z reguły (choć nie zawsze) różnią się tym, że do położnej w przychodni POZ zapisują się kobiety i dzieci z pobliskiej okolicy, przy okazji wyboru lekarza POZ, zaś do położnych prowadzących swoje własne praktyki (najczęściej również edukację przedporodową określaną często jako szkoły rodzenia na NFZ) zapisują się kobiety, które się o nich dowiedziały najczęściej z polecenia, które zwykle mieszkają w różnych częściach miasta/okolicy. Te dwa przypadki różnią się odległościami, które położne środowiskowo-rodzinne muszą pokonać, aby dotrzeć do pacjentek. Sytuacje, w których położna musi dojeżdżać do pacjentki na dalsze odległości mogą się zdarzyć również, kiedy przychodnie POZ znajdują się w mniejszych miejscowościach, gdzie zagęszczenie przychodni POZ jest mniejsze lub wtedy, gdy w danej przychodni pracuje położna o dobrej opinii i chcą się zapisywać do niej kobiety z odleglejszych miejsc, co właściwie pokazuje również, że kobiety, gdy się dowiedzą o rzetelnej opiece, to po prostu takiej opieki chcą. Nie zmienia to jednak faktu, że czasem położne muszą poświęcać dużo więcej czasu na dojazdy. Położne, które udzieliły nam wywiadu, a które cytujemy poniżej, mówiły o wykonywanych w tym zakresie nadgodzinach, a przypomnijmy, że dostępność świadczeń położnej środowiskowo-rodzinnej powinna być



zapewniona w godzinach 8-18 w dni powszednie z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy²¹¹:

„Jeśli chodzi o świadomość społeczeństwa, pacjentek, to rozpieściła mnie trochę praca w [pierwsze miejsce pracy] gdzie to pacjentka sama szukała położnej i sama szukała edukacji. To były pierwiastki, ewentualnie kobiety spodziewające się drugiego dziecka. Ten rodzaj pacjentek mnie trochę rozpieścił. Natomiast tutaj w przychodni [drugie miejsce pracy] są pacjentki, które nie szukają położnej, idą do tej, co jest w tej przychodni POZ. Nikt im nie podpowiada, że mogłoby być inaczej. Zupełnie inny pokrój pacjentek. Dużo jest wielodzietnych rodzin, dużo pacjentów ubogich. Te kobiety rzadko wychodzą z inicjatywą pytań. To jest dopiero położnictwo i poradnictwo z krwi i kości. Jest wyzwanie. Nie jest tak, że jakoś strasznie mi się źle z nimi pracuje, ale ja muszę się nagimnastykować dużo więcej, żeby co do laktacji je przekonać, ale duży mamy z koleżanką stosunek matek wykarmiających dzieci piersią, więc myślę, że nie najgorzej idzie. Teraz widzę niejako zalety »rejonizacji« placówki, bo tak jak pracowałyśmy w [pierwsze miejsce pracy], to się jeździło do kobiet na wschód, na zachód, na północ, na południe, tyle kilometrów, że to się nie śni. Wtedy naprawdę kończyłyśmy bardzo późno. Myślę, że nie ma takich innych wariatek, co by się zgodziły do godziny 21-22 jeździć na wizyty, tylko chcą skończyć, tak jak czas pracy im wyznacza, więc po prostu uwijają się, żeby się w tym czasie zmieścić, nie patrząc na to, czy ta pacjentka potrzebuje

²¹¹ Część I. załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej



więcej, czy nie potrzebuje więcej wizyt. Jak się tak wszędzie jeździ, to ile to czasu na drogę w ogóle zajmuje. Uważam, że te deklaracje od sasa do lasa powodują, że rzeczywiście dostępność czasowa się w ogóle ukraca i to już jest wtedy taka produkcja taśmowa. Za dużo czasu wtedy schodzi na dojazd, zamiast czas poświęcić pacjentce. W obecnej pracy widzę korzyść, że pacjentki mieszkają blisko przychodni i ja tak sobie »w koło Macieju« jeżdżę, bardzo bliziotko. Widzę, że na te wizyty mam dużo więcej czasu. Gdy mama potrzebuje, to dzwoni »Oj. Pani A. zastój mi się zrobił« i jestem szybko, np. za godzinę. To jest prawdziwa pomoc jaka jest potrzebna, a jak nie mam możliwości dojechać do pacjentki, to mówię »Wrócę tu o 13.00, bo właśnie dokumentację muszę uzupełnić, to możemy się zobaczyć powiedzmy chwilę po pierwszej w gabinecie w poradni dziecięcej« i ona też ma blisko i nawet pieszo przyjdzie i nie jest to problemem. Widzę ogromne zalety. Dostępność takiej położnej jest wtedy dużo większa. To taka typowa wizyta na żądanie, czyli wtedy, kiedy pacjentka tego potrzebuje. Nie tylko ten terminarz, który umawiamy, bo przecież ja też będąc na wizycie mówię, że widzimy się na przykład za 3, 5 czy 7 dni, w zależności od tego jaka jest potrzeba, ale ona cały czas ma tę możliwość się umówić szybciej. W [pierwsze miejsce pracy] nie pamiętam, żebyśmy tak mogły rzucić wszystko i powiedzieć »Luz. Dzisiaj nikogo już nie oglądam. Jadę do was!«. Nie było tak. Dlatego potem trzeba było jechać w tę sobotę albo w tę niedzielę, bo kogoś się przełożyło, a do kogoś innego się pojechało, ale no nie było takiej dostępności na już – wtedy”. (P4)



„Biorąc pod uwagę czasochłonność, to jak jesteś na własnej działalności, to masz umowę zawartą z NFZ od 8 do 18, a ta praca to nie są tylko spotkania z pacjentkami, bo to są też dojazdy, to jest przygotowanie dokumentacji, drukowanie papierów, kserowanie. To wszystko jest czasochłonne. Plus zmęczenie, bo jesteśmy też często takimi kontenerami na emocje. To nie jest tylko czysto fizyczny kontakt, że ją zbadam, potem »Adieu« i mnie nie ma. To jest cała gama relacji, emocji, telefonów, bo te telefony od pacjentek odbieramy przynajmniej do godziny 20. To się składa na cały zespół takiego zmęczenia, że naprawdę, jak mam 5 wizyt, a bywały dni, że miałam 8 (teraz jest mało urodzeń w porównaniu z tym, co było), no to jesteśmy wypompowane”. (P2)

Jedna z kobiet również wskazywała na problemy grupy zawodowej położnych środowiskowo-rodzinych:

„Jedno to wiedza i kompetencje takie miękkie, co wiemy, jak wygląda u pracowników opieki zdrowotnej, a drugie, to wypalenie zawodowe przepracowanie, plus to, że położne i pielęgniarki mają swoje lata. Mam świadomość, że jest trudno. Życzę jak najlepiej. Mam wysokie aspiracje, ale też mam świadomość, że mierzymy się z tym co jest. Zwłaszcza z tym finansowaniem. I tak podziwiam, że im się chce za te pieniądze jechać do kobiety, która mieszka gdzieś na wsi, bo jeszcze ja mieszkam w centrum miasta, ale jak czytam, że położne na południu jadą do górskiej wioski własnym autem 40 km, to mam takie »wow«, to są po prostu bohaterki. One w tej wiosce 40 km dalej, robią co mogą, ale że w ogóle tam jadą. Nie zwraca im się za paliwo, nie ma szans”. (K32)



Jak wynika z raportu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych osoby pracujące w zawodzie położnych mogą mieć ograniczenia związane z wiekiem:

Średnia wieku dla pielęgniarek to 53,2 lata a dla położnych 51 lat. Osoby pracujące pomimo uzyskania uprawnień emerytalnych stanowią 25,8% wszystkich położnych, zaś do 2030 roku 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych.²¹²

Tak w kontekście wypalenia zawodowego mówiła o sobie i o swojej koleżance z zespołu położna środowiskowo-rodzinna, która udzieliła nam wywiadu, a którą już wielokrotnie cytowałyśmy:

„Laktacja to jest bardzo trudna część naszej pracy. Ona wymaga też z mojego punktu widzenia i mojego wieku już takiej ekwilibrystyki fizycznej czasami. Musisz usiąść przy tej pacjentce, ale czasami musisz uklęknąć, usiąść na piętach, żeby dobrze zobaczyć. Czasami musisz gdzieś na podłodze, czasami musisz się nachylić i nie możesz się wyprostować. Jak jest zima jest gorąco. Zimno na dworze, masz rajstopy, spodnie, a w mieszkaniach jest 25-26°C. Jak mam maskę, fartuch flizelinowy na sobie, to ja po prostu praktycznie czuję, że za chwilę zemdleję. Pot mi leci po tyłku, nie mam się, gdzie rozebrać, więc trochę na usprawiedliwienie tego, że jesteśmy też stare, bo jesteśmy. No jesteśmy w wieku prawie większości emerytalnym, to dla nas zaczyna być to, a mówię to

²¹² NIPiP, Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarka, położna zawody deficytowe W polskim systemie ochrony zdrowia, 2022, S.4, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/2022-04-30_Raport_NIPiP_KRAJ_Wojewodztwa-w-2.2.pdf [dostęp: 30.11.2023]



po sobie, bardzo wymagające fizycznie. Najlepszy przykład ze mną, jak powiedziałam pacjentce, że nie dolecę po prostu na wysokie piętro, bo naprawdę mam coraz większe trudności, obie z koleżanką mamy, żeby dość gdzieś tam i sprostać fizycznie. Właściwie czuję może od roku, dwóch, chyba pandemia to załatwiła, że zaczynamy czuć takie większe wypalenie zawodowe, że już czujemy, że nie bardzo mamy siły fizyczne. Ja w mojej mentalności już robię miejsce młodym. Już nie bardzo mam miejsce i ochotę na szkolenia, naukę, rozwój. Ale tak. Uwielbiam swoją pracę. Myślałam nawet niedawno, że późno nas dopada to wypalenie, bo po 38-40 latach”. (P2)

W powyższej wypowiedzi pojawił się wątek nauki i rozwoju w pracy położnej. Bywa, że jeśli położne środowiskowo-rodzinne nie aktualizują swojej wiedzy, to często powielają laktacyjne mity.

„Pani raz mi powiedziała, żebym nie jadła surówki z surowej kapusty, że dziecko może boleć po tym brzusek. A mój syn miał po prostu dyschezję niemowlęcą. To pediatra tak później stwierdziła i on do tej pory zмага się z zaparciami nawykowymi i tak po prostu ta dyschezja przeszła w zaparcia”. (K54)

„Opieka laktacyjna w ramach NFZ jest bardzo słaba. Brakuje personelu z aktualną wiedzą. W moim przypadku większość wiedzy zdobyłam sama z Internetu. Kiedy doświadczyłam problemów z laktacją, moja położna środowiskowa poradziła mi pić herbatki dla kobiet karmiących, a jeśli to nie pomoże – dokarmiać mieszanką”. (A2352)



„Zobaczyła, jak karmię i powiedziała, że jest ok. Miałam uwagi, że dziecko »cmoka« i źle ustawia górną wargę. Położna powiedziała, że nie ma książkowych dzieci i żebym przestała czytać. Na odrywanie się dziecka od piersi zaleciła przegotowaną wodę. Nalegała bardzo na dawanie wody. Nie pomogła, a mogła bardzo zaszkodzić, gdyby nie moja wiedza, którą sama zdobyłem podczas ciąży”. (A2395)

„Dziecko nie przybierało na wadze. Położna spojrzała na nas przez może pół minuty. Mówiła ze ssie dobrze, jeśli uważam, że się nie najada, to podać mieszankę. Nie miała aktualnej wiedzy medycznej. Nie czułam się przy niej komfortowo”. (A1043)

Bywa, że opieka nie tylko nie przynosi pożądanych efektów, ale jest wręcz szkodliwa.

„Nic mi nie pomogła w karmieniu piersią ☹️. Dawła szkodliwe rady dla mnie i dziecka. Na moje poranione brodawki usłyszałam, że to przez to, że za długo karmię dziecko. Sutki za długo są w mokrym środowisku – buzi dziecka i dlatego tak wyglądają. Kazała karmić co 3h przez 10-15 min i wkładać palec do buzi dziecka, żeby puściło pierś. Miałam bardzo duży nawał mleka, podnosiła mi się temperatura ciała, czułam się jakbym miała grypę. Usłyszałam tylko, że przy nawale mam nie pić dużo wody i przejdzie, bo nawał jest dlatego, że za dużo piję wody. Zabroniła mi jeść surowych warzyw i owoców. Kazała gotować jabłka i je jeść, żeby dziecko nie miało kolki. Na ból brzuszka dziecka kazała dać dziecku herbatę z rumianku. Całe szczęście dzięki hafija.pl uratowałam karmienie piersią. I karmie nadal :)”. (A2192)



„W szpitalu była podana mieszanka. To dla mnie jest przerażające, że położna, która przysłała na patronaż, to stwierdziła: »To jak już zaczęłaś podawać mieszankę, to już powinnaś ją podawać i tylko karmić tą mieszanką, a nie, że chcesz karmić tylko piersią«, »Matką Polką, to Ty nie będziesz«, »Mały za wolno tyje, dawaj mu więcej mleka modyfikowanego«, »Z tych cycków, to nic nie leci, a laktatorem próbowałaś ściągać? 20ml? No widzisz, w tych cyckach to nic nie masz«. Tak, mam laktatorooporne piersi, ani elektryczny, który wtedy używałam nie pomógł, lepiej działał ręczny przy kolejnym dziecku, ale ręczne odciąganie w moim przypadku jest najskuteczniejsze. Położna przychodziła co tydzień. Na szczęście przy każdej wizycie patronażowej był mąż w domu, gdyby nie to, to myślałabym, że zwariowałam. Ona za każdym razem mówiła co innego na tę samą rzecz, na przykład, że 15 minut z każdej piersi albo karm co 3 godziny. Najgorzej, że jej »rady« na pierwszej wizycie spowodowały spowolnienie produkcji mleka, ale wtedy słuchałam położnej, bo jeszcze myślałam, że ma wiedzę. Po trzeciej wizycie już psychicznie nie wytrzymałam, jak usłyszałam, że głodzę dziecko, że poda mnie do MOPS-u. Tak bardzo zasiała niepokój i tak bardzo znęcała się psychicznie nade mną, jakby chciała mieć pewność, że ja mu nie szkodzę, ale to było błędnym kołem. Wysłała mnie do lekarza, »bo ona nie może mi przemówić do rozumu, bo głodzę dziecko i może lekarz coś poradzi«. Pieszczotliwe została nazwana przez nas »Prosta droga do butelki«". (K23)

„Dziecko wisało cały czas na piersi. Mnie osobiście to nie przeszkadzało, ale już wszystkim w otoczeniu tak. Położna kazała



mi dokarmiać dziecko mieszanką i podać smoczek. Kazała dokarmiać pomimo dobrych przyrostów. Przez nią całkiem niepotrzebnie wprowadziłam karmienia mieszanką do diety dziecka”. (A1082)

„Synek mi ulewał, co prawda później się okazało, że jest dobrze, on się dostosował. Ja po prostu mam dużo mleka, on dużo wypija, dużo ulewa i dopija sobie, ale przybiera. Natomiast na wizycie położna powiedziała »Podaj mieszankę, bo się męczy. Podaj, żeby ci nie ulewał, bo się mu ułoży w brzuszku«. To była osoba jakiejś starszej daty. Mówiła »Jeździsz do doradcy laktacyjnego? No po co?«. Gdybym nie była świadoma, to by mnie skrzywdziła, to by mi beznadziejnie doradziła. Natomiast fakt, że z pępkim na pewno nam pomogła. Jak pielęgnować pokazała dokładnie. A tak, nic więcej”. (K29)

Wiele z tych mitów, które krążą w społeczeństwie, w rodzinach i wśród samych kobiet, prostuje położna, która udzieliła nam wywiadu. Jej wypowiedź pokazuje, jak bardzo potrzebna jest rzetelna edukacja ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej:

„Podczas wizyt patronażowych bardzo dużo mitów na temat karmienia muszą prostować, na przykład: że noworodek musi jeść na godziny, że karmienie musi trwać odpowiednio długo, że smoczek, że jak dziecko ulewa to znaczy, że już się najadło i nie można już przystawić. To są mity. A to nie jest oznaką, że nie można. Jak dziecko pokazuje, że chce, to trzeba mu dać pierś, ale często się spotykam z tym, że »Nie no, już ułał, to nie. Ja go nie przystawię«. Dużo jest takich starych mitów, zasad na starą modłę,



a no i kapusta, kapusta, kapusta - głowa pusta. Albo że »Ojej, tych leków nie mogę«. Wiele matkom mówię o e-lactancia.org, o klasyfikacji leków. Naprawdę nikt nic nie wie o tym. Dalej wierzą w tę dietę matki karmiącej. »On tak wczoraj płakał... Zjadłam mandarynkę«. Mama się martwi, że zjadła cytrusa i że dziecko się rozplakało przez cytrusa. Wszyscy bardzo silnie w to wierzą. Tłumaczę wtedy, że mleko się nie tworzy z treści pokarmowej, że może sobie jeść te mandarynki i że mogła być to zbieżność sytuacji, że no nie ma czegoś takiego jak dieta matki karmiącej, że jedną mandarynką nie spowodowała bólu i płaczu u tego małego człowieka i że sam niepokój, to trochę za mało, żeby stwierdzić nietolerancję u dziecka na dany pokarm". (P4)

Więcej informacji o stosowaniu farmakoterapii u matki w trakcie laktacji podajemy w podrozdziale 6.2.



Problem!

Zdarza się, że pomimo zgłaszanych przez kobiety trudności, nie dostają one wsparcia w karmieniu piersią, a patronaż nie zaspokaja potrzeby znalezienia rozwiązania problemów laktacyjnych. Zdarza się, że położne środowiskowo-rodzinne wykazują się brakiem wiedzy i kompetencji w udzielaniu porady laktacyjnej, a nawet czasem same powielają mity laktacyjne, czyli przekonania generujące potencjalne lub realne problemy. Bywa, że ich opieka szkodzi karmieniu piersią lub mlekiem matki. Zdarza się, że wizyty patronażowe odbywają się w pośpiechu i/lub nie wystarcza czasu na udzielenie pomocy w karmieniu piersią.



Jakie możliwości otrzymania porady laktacyjnej ma kobieta po zakończeniu wizyt patronażowych? S000 wskazuje, że położna kontynuuje poradnictwo laktacyjne po zakończeniu wizyt patronażowych. Również w podrozdziale 2.2.1. cytowałyśmy fragment rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w którym poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią wymienione jest jako zadanie położnej POZ. Nie ma zatem przeszkód by matka po okresie zgłaszała się do położnej ambulatoryjnie, czyli do gabinetu.

„12. Po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna”.
(S000 XIV. Połóg)



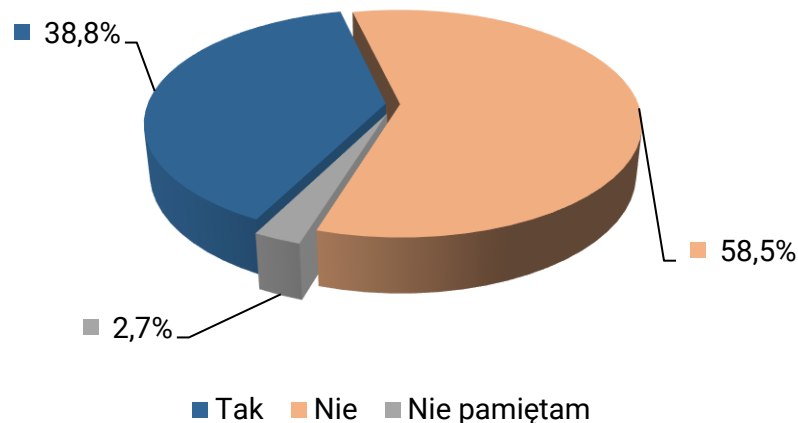
Droga kobieto!

Po zakończeniu wizyt patronażowych możesz zgłaszać się do położnej środowiskowo-rodzinnej, u której masz złożoną deklarację z problemami laktacyjnymi.

Jak natomiast przedstawiają się w tym kontekście dane zebrane w naszym monitoringu?

Po zakończeniu się wizyt patronażowych 38,8% kobiet miało kontakt ze swoją położną środowiskowo-rodzinną. Żadnego kontaktu nie miało 58,5%, zaś 2,7% respondentek nie pamiętało, czy taki kontakt miało (Ryc. 4.17.).

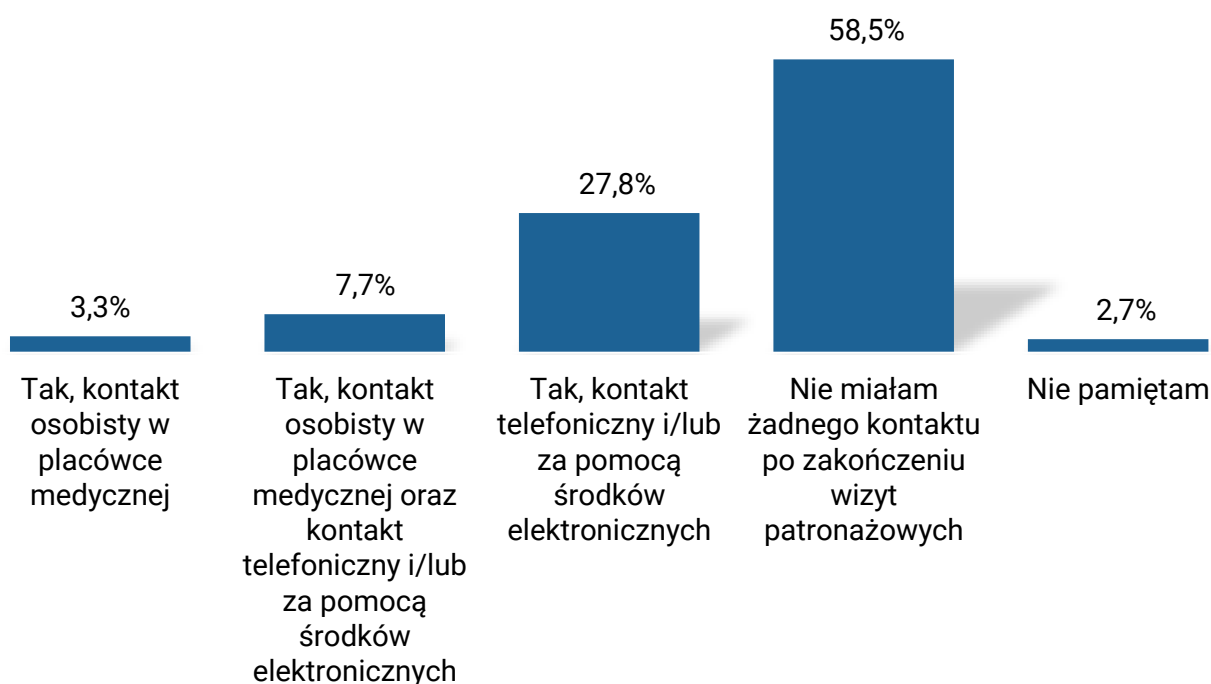




Ryc. 4.17. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś kontakt z położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=2289)

Na Ryc. 4.18. widzimy, że jeśli ten kontakt był to tylko u 3,3% był osobisty w placówce medycznej i tylko u 7,7% kobiet był to zarówno osobisty kontakt w placówce lub telefoniczny, czy za pomocą środków elektronicznych. Wyłącznie kontakt telefoniczny i/lub za pomocą środków elektronicznych miało 27,8% kobiet, zaś 58,5% nie pozostawało z położną środowiskowo-rodzinną w żadnym kontakcie. Natomiast 2,7% kobiet nie pamiętało, czy taki kontakt utrzymywało z położną po zakończeniu wizyt patronażowych (Ryc. 4.18.).





Ryc. 4.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś kontakt z położną środowiskowo-rodzinną?” z uwzględnieniem rodzaju kontaktu (%), N=2289

Okazuje się, że kobiety często nie są świadome, że w razie problemów laktacyjnych (i nie tylko) mogą zwrócić się do położnej, u której mają złożoną deklarację wyboru. Jedna z kobiet, cytowana poniżej powiedziała, że pomoc położnej po porożu nie jest wymagana prawnie. A jednak nie jest to prawdą, zgodnie z zapisami cytowanymi wcześniej. Wydaje się, że świadomość prawa wynikającego z SOOO jest niska.

„Muszę podkreślić, że jak się pojawiały jakieś nefajne historie już długo po porożu, czyli tak naprawdę po tych 6 tygodniach, kiedy już teoretycznie ona nie powinna mnie otaczać opieką, w sensie chyba nie jest to wymagane prawnie, to do niej zadzwoniłam. Miałam konieczny zabieg łyżeczkowania i pytałam ją o poradę, jak mam utrzymać laktację i ona mi powiedziała, że mam podkreślać, że karmię, żebym powiedziała anestezjologowi, że potrzebuje takiej



narkozy, przy której jest możliwe potem karmić i żeby dali mi takie antybiotyki, przy których też żebym mogła dalej kontynuować karmienie, więc ona była jak najbardziej spoko. Potem na sali poprosiłam, żeby mi podali takie leki usypiające, żebym potem mogła karmić piersią i to faktycznie anestezjolog był jak najbardziej przychylny. Pomogli mi kontynuować karmienie". (K20)

„To moja koleżanka, więc prosiłam ją o kontakt poza wizytami na NFZ. Pomaga mi z rozszerzaniem diety dziecka". (A361)

Warto tu podkreślić, że kobiety mogą kontaktować się po okresie odbywania wizyt patronażowych ze swoją położną środowiskowo-rodzinną nie tylko wtedy, gdy jest ona ich koleżanką. Jest to stały element opieki nad kobietą. Wiemy zatem, że taki kontakt jest jak najbardziej możliwy.

„My nie zrywamy kontaktu z pacjentkami. Wizyty domowej już nie zrobimy, ale jeśli one chcą czy mają problemy laktacyjne, to jesteśmy zawsze pod telefonem albo umawiamy się i przyjeżdżają do nas do gabinetu". (P2)

Kobietom, które miały jakikolwiek kontakt z położną środowiskowo-rodzinną po okresie odbywania się wizyt patronażowych, zadałyśmy następujące pytanie: *„Na czym polegał kontakt po okresie odbywania się wizyt patronażowych, jaka była jego częstotliwość i czy był dla Ciebie pomocny? Czy konsultowałaś z położną kwestie dotyczące karmienia dziecka lub zalecenia innego personelu medycznego?".* Do tego, czy ten kontakt był pomocny przejdziemy za chwilę, natomiast poznamy powody do kontaktu, które wymieniały kobiety i to jakie zagadnienia najczęściej je interesowały:



- związane z dzieckiem: stan zdrowia i pielęgnacja, dalszy przyrost masy ciała, stan skóry/problemy skórne, wysypka, wypróżnianie, problemy ze stolcem, z zaparciami, alergie, katar, napięcie mięśniowe, ulewianie, chustonoszenie, dobór nosidła, alergie pokarmowe, sen dziecka, podawanie witamin, szczepienia, bóle brzuskowe, rozszerzanie diety, odparzenia, płaczliwość dziecka, kolki, konsultacja wyników badań krwi, ciemieniucha, ciemiaczko, ząbkowanie;
- związane z karmieniem piersią: przebieg karmienia, zapalenie piersi, zastoje, zatkany kanalik, grzybica piersi, spadek laktacji, odmowa ssania, leki dopuszczalne przy karmieniu piersią, utrzymanie laktacji w czasie hospitalizacji matki, kryzysy laktacyjne, częstotliwość dokarmiania;
- związane z kobietą: stan zdrowia, stan ran/szwy, obawy o depresję poporodową;
- prośby o namiary do specjalistów (doradczyni laktacyjna, fizjoterapeuta, neurologopeda i in.).

Kontakt ze strony kobiety zdarzał się również w celu podziękowania za opiekę, natomiast kontakt ze strony położnej najczęściej w celu zapytania, czy wszystko jest w porządku u matki i u dziecka, czy jest potrzebna pomoc. Zakres poruszanych zagadnień pokazuje, że kobiety po zakończeniu wizyt mogą mieć wciąż wiele pytań związanych w szczególności z dzieckiem, ale również z karmieniem piersią. Czy kobiety otrzymały pomoc, po którą się zwracały?

Zdarzało się, że kobiety oceniały kontakt jako bardzo wspierający. Poznajmy odpowiedzi kobiet, które kontaktowały się osobiście z położną środowiskowo-rodzinną po zakończeniu wizyt patronażowych (są to odpowiedzi na wcześniej wymienione pytanie).

„Była cudowna. Bez niej byłoby mi dużo trudniej. Wykazała się zaangażowaniem i empatią. Położna była na 4 wizytach i zapytała, czy potrzebuje większej ilości wizyt patronażowych. Była zawsze pod telefonem. Po wizytach konsultowałam z nią karmienie, zatkanie kanalika w 7 miesiącu życia dziecka, byłam u niej po pomoc. Konsultowałam też odstawienie dziecka od piersi”.

(A1262)



„Na pewno mieliśmy sześć wizyt, które jest jakby ustawowe, a wydaje mi się, że nawet mieliśmy więcej, bo ten mały był już taki duży, miał z dwa miesiące, jak ona przestała do nas jeździć i też nie mogę nic zarzucić, jeśli chodzi o kontakt pomiędzy wizytami. Nawet jak on był już taki nie wiem chyba z pół roczku miał i ja miałam jakieś pytanie o coś, z infekcją oka chyba wystarczyło, że napisałam jej smsa i spoko. Kiedyś się spotkaliśmy na spacerze, bo ona akurat przyjeżdża do innego dzieciaka tam na ulicy i też oj jaki duży już i tam pytała. Super osoba, świetny kontakt. Przyjeżdżała zawsze wtedy, kiedy była potrzeba, nawet częściej. Zawsze wszystko na tych wizytach sprawdzała i u mnie, i u niego, i się ważyliśmy, i to, i tamto. Zawsze kazała się przystawić do piersi, żeby zobaczyć, jak on ssie, więc nie mam w ogóle żadnych zastrzeżeń do tych wizyt. I też myślę, że robiła dodatkowo, bo właśnie i było tych wizyt więcej i ten kontakt pomiędzy wizytami był zawsze. Jakikolwiek miałam pytanie to pisałam smsa i od razu dostawałam odpowiedź, więc pod względem opiekuńczości, to jestem bardzo zadowolona”. (K49)

„Prosiłam o pomoc w związku z problemami z wypróżnianiem się córki i wieczornymi kolkami. Położna udzieliła nam kilku rad oraz poleciła motanie w chuście. Odwiedziła nas, pokazała dwa wiązania i pożyczyła na tydzień lub dwa chustę, żebyśmy sprawdziły, czy to coś dla nas, tak żebyśmy nie umawiali się niepotrzebnie z doradcą chustonoszenia (to był czas pandemii, wszelkie kontakty osobiste były mocno ograniczone i utrudnione)”. (A901)

„Konsultowałam się, ponieważ prawdopodobnie złapałam grzybicę piersi, a dziecko miało aftę. Ponownie oceniła karmienie”. (A235)



„Konsultowałam zmiany skórne dziecka - przed wizytą u pediatry. Wstępnie powiedziała jaki mamy problem, ale zaznaczyła, że dziecko oczywiście obowiązkowo musi widzieć lekarz. Raz miałam różowe mleko i nie wiedziałam, dlaczego (odciągałam pokarm), okazało się, że to przez dżem porzeczkowy :)”. (A1722)

„Kilkakrotnie - ból piersi po karmieniu (objaw Raynauda), doradztwo w zakresie złagodzenia bóli, ewentualnych suplementów/leków dopuszczalnych przy karmieniu piersią. Duże wsparcie psychologiczne i potwierdzenie wiedzy zdobytej w Internecie”. (A344)

„Przyszłam kilka razy do szkoły rodzenia zważyć moje dziecko, spotkałam się też z promotorką karmienia piersią w sprawie przystawiania i moich wątpliwości. Była dla mnie dużym wsparciem i kierowała mnie do odpowiednich osób (neurologopedy, promotorki karmienia)”. (A410)

„Podziękowanie z mojej strony, wymiana informacji odnośnie do rozwoju dziecka”. (A705)

„Byłam na cytologii u Pani Położnej”. (A1232)



Częściej jednak kontakt odbywał się telefonicznie czy za pomocą środków elektronicznych:

„Dzwoniłam w razie potrzeby, w ciągu 5 miesięcy ok. 6 razy. Pytałam o pielęgnację i stan zdrowia dziecka, kontakt był pomocny”. (A158)

„Kontakt sporadyczny. Konsultowałam zalecenia pediatry, która oceniając przyrost wagi jako niedostateczny naciskała na podanie mieszanki w pierwszym miesiącu życia dziecka. Położna bardzo mnie wspierała w walce o karmienie piersią. Miała dużo aktualnej wiedzy i była bardzo pomocna”. (A197)

„Po okresie odbywania opieki patronażowej miałam kontakt z położną dwa razy. Dotyczył kupki dziecka - przesłane zdjęcie i moje pytanie oraz porada dot. wysypki (również przesłane zdjęcie). Kontakt był bardzo pomocny. Nie konsultowałam karmienia, ponieważ nie miałam takiej potrzeby”. (A407)

„Kontakt bardzo pomocny, konsultowaliśmy dalszy przyrost masy dziecka oraz kwestię problemów z trądzikiem niemowlęcym”. (A419)

„Mniej więcej co tydzień/dwa; był pomocny; położna chciała wiedzieć, jak doradca laktacyjny i fizjoterapeuta oceniają ssanie i karmienie, jak ja się czuję i czy potrzebuję wizyty osobiście. Ja dopytywałam się o pielęgnację jak pojawiły się jakieś krostki i konsultowałam kupki”. (A511)



„Zadzwoniłam/kontaktowałam się jeszcze 3/4 razy. Konsultowałam z nią m.in. zalecenia lekarza odnośnie do diety eliminacyjnej zalecanej przez wysyp krostek u dziecka. Zupełnie niepotrzebnej, bo krostki były bakteryjne”. (A1364)

„Kontakt był bardzo pomocny, konsultowałam się 2-3 razy w sytuacjach: osłabienie laktacji (ok. 3. i 5. mies.) – przeanalizowała m.in. przesłany wykres przyrostów i wskaźniki skutecznego karmienia piersią; stan zapalny piersi i zastoje (ok. 4 mies.). Położna pozytywnie odnosiła się też do karmienia piersią po roku i po powrocie do pracy”. (A291)

„Dzwoniłam do położnej przy kolejnym zapaleniu, miesiąc po zakończeniu porodu, było to pomocne. Konsultowałam wtedy z nią zalecenia lekarza rodzinnego”. (A78)

„Konsultacja a propos żółtaczk i przyrostów. Uspokoiła mnie, utwierdziła w przekonaniu, że otrzymałam błędne instrukcje od pediatry (ja internista)”. (K28)

„Był czas, że dzwoniłam codziennie. Głównie przy okazji kryzysów laktacyjnych. Ostatni kontakt był, jak chciałam odstawić dziecko od piersi. Wspierała mnie głównie w trudach karmienia piersią. Odbierała każdy telefon”. (A518)

„Pisałam smsy, jak miałam jakiś problem. Byliśmy też zmuszeni podciąć dziecku wędzidełko. Położna doradziła mi, gdzie i u kogo.



Tak samo konsultacje neurologopedyczną umówiliśmy z jej polecenia. Wspaniała kobieta, dała mi i mężowi bardzo dużo wsparcia. Myślę, że gdyby nie ona poddałabym się z karmieniem piersią na samym starcie”. (A1075)

„Szukałam porady w różnych awaryjnych sytuacjach. Jest to cudowną osobą, a jej rola znaczna. Pomaga mi nadal, gdy zatka mi się kanalik, mam problem, nie wiem co się dzieje, popełnię błąd w podaniu witamin dziecku itp.”. (A152)

„Bałam się, że mam depresję poporodową, ale dzięki niej wszystko zrozumiałam lepiej i mi się poprawiło”. (A1712)

„Był dla mnie bardzo pomocny i dotyczył karmienia piersią. Położna utwierdziła mnie w przekonaniu, że jest to słuszna metoda, odradziła zastosowanie mleka modyfikowanego”. (A994)

Powyższe historie pokazują, jak aktualna wiedza położnej środowiskowo-rodzinnej może uchronić kobiety przed wprowadzeniem błędnych zaleceń innego personelu medycznego, które to zalecenia mogłyby negatywnie wpłynąć na karmienie piersią lub mlekiem matki (co jak się przekonamy w kolejnych podrozdziałach wcale nie zdarza się rzadko). Nie należy również zapominać o matkach długokarmiących. Czasami bowiem pomimo tego, iż karmienie początkowo przebiega prawidłowo, na późniejszym etapie mogą pojawić się trudności. Pomimo rzetelnej pomocy czasem nie udaje się rozwiązać problemów i potrzebna jest specjalistyczna porada, na co więcej uwagi zwrócimy w kolejnym podrozdziale.

Nie zawsze jednak późniejszy kontakt z położną środowiskowo-rodzinną miał charakter wspierający czy był pomocny:



„Nic nie konsultowałam. Kontakt był tylko w przychodni, ponieważ pani tam pracuje”. (A156)

„Kurtuazyjne rozmowy”. (A506)

„Zadzwoniłam, by prosić o pomoc dot. karmienia piersią. Kiedy opisałam przez telefon jaki mam problem z karmieniem, położna powiedziała, że się zastanowi, co to może być i oddzwoni za 10 minut. Nie oddzwoniła do dziś ;)”. (A652)

„Po prostu spotkałam ją jak byłam u lekarza”. (A2408)

„Kontakt przy okazji wizyt w przychodni oraz szczepień. Nie chciałam konsultować żadnych zaleceń z położną”. (A2489)

Niestety, wiele położnych nie zyskuje lub zawodzi zaufanie kobiet. Z powodu braku kompetencji, postawy odbierającej kobiecie poczucie sprawczości dotyczącej jej dziecka, niestawiania się na wizyty patronażowe, nierealizowania edukacji przedporodowej itd.

Natomiast wiemy również, że położna może być tą osobą, która odgrywa w życiu kobiety niezwykle istotną rolę. Jak już wspominałyśmy wielokrotnie, jej zadania nie opierają się bowiem wyłącznie na przeprowadzaniu wizyt patronażowych. Po zakończeniu patronażu, niemowlę płci żeńskiej jest dalej zapisane do położnej, która przychodziła na wizyty. Ma zatem szansę już od życia prenatalnego być pod opieką jednej kobiety (zakładając, że ta sama położna, prowadziła edukację przedporodową matki). Położna może przygotować dziewczynkę do okresu dojrzewania, współżycia, prokreacji, porodów. Opiekuje się także kobietą po zabiegach i operacjach ginekologicznych. Może prowadzić ciążę, jeśli dysponuje swoim gabinetem i odpowiednimi kwalifikacjami. Wsparcie kobiety w okresie połogu i okresie trwania laktacji jest niezwykle ważne, może być wręcz kluczowe dla samopoczucia kobiety i jej laktacyjnych sukcesów. Wiele kobiet opisuje silną relację ze swoimi położnymi.



Mówią często o nich „mój anioł”. Fundacja Rodzić po Ludzku co roku organizuje plebiscyt Anioły Rodzić po Ludzku. W 2022 roku promowano go hasłem: „Położna powinna być znana”. To hasło, które wg nas mieści w sobie podwójne znaczenie – każda kobieta powinna znać swoją położną i mieć możliwość kontaktu z nią, ale także zawód położnej powinien być bardziej szanowany i doceniany. Żeby tak się stało, konieczna jest edukacja społeczeństwa o zadaniach położnej środowiskowo-rodzinnej (np. młodzieży już w czasie szkolnym), ale także zdecydowana zmiana postawy i podnoszenie kompetencji położnych środowiskowo-rodzinnych. Należy dążyć do tego, by każda matka córki miała taką położną, w której ręce bez wahania przekaże swoją córkę. O relacjach z pacjentkami i wspieraniu ich w karmieniu piersią, mówiła jedna z położnych środowiskowo-rodzinnych, która udzieliła nam wywiadu.

„Opieka położnej środowiskowej daje możliwość opieki długofalowej. Naprawdę jest to bardzo długi kawał czasu opieki nad taką mamą. Co oni się zdążą związać podczas porodu ze sobą w tym szpitalu przez 2 doby, co oni się tam zaprzyjaźnią? Jak ktoś nazwisko matki zapamięta, to będzie cud. A ja, to potem po adresie wszystko wiem. Historia mi się cała przypomina, wszystko, co się działo. Tak naprawdę, to wchodzisz w życie tej rodziny. Cudownie się obserwuje, jak więź rośnie pomiędzy mamą i dzieckiem, fajnie się patrzy na te ich małe sukcesy. Mamy, które nie zakładały długiego karmienia, a potem spotykasz i karmią 2 lata i mówią »No jakoś nie mogę skończyć, nie mogę odstawić«, to jednak chciała karmić, bo gdyby rzeczywiście była taka pewna rezygnacji, to już by dawno to zakończyła wcześniej. To są takie fajne rzeczy, jak możesz w tym uczestniczyć, to jest takie zadanie dla nich bardzo ważne. Matki są zaangażowane w to karmienie piersią. Miło jest przy tym towarzyszyć. Uważam, że to jest najfajniejsza robota na świecie. Jak są problemy, to zawsze trochę mnie to przybija, gdy mają troszkę trudności, ale myślę, że więcej jest takich



pozytywnych aspektów tej pracy. Są one dominujące. Mam nadzieję, że to nigdy nie zgaśnie. (P4)

Poniżej podajemy przykłady nawiązania bliskiej relacji z położną środowiskowo-rodzinną.

„Trafiliśmy na położną anioła. Zawsze była dostępna po telefonem, służyła radą i była osobą, która ze wszystkich osób otoczyła nas największą opieką i wsparciem!”. (A2415)

„To moja mentorka :)”. (A264)

„Moja położna środowiskowa to prawdziwy anioł!!! Cudowna kobieta, którą baaaardzo polubiłam”. (A615)

„Położna pomaga mi do dziś – dziecko ma 16 miesięcy”. (A152)

„Smsy, kilkakrotnie – kontakt był bardzo pomocny. Miałam go z nią nawet w tym roku w kolejnej ciąży, mimo że nie rodziłam w Polsce. Gdyby nie ona, słuchałabym rodziny i koleżanek i pewnie uznałabym, że nie mam mleka itp. i karmiłabym miesiąc, góra dwa w przypadku pierwszego dziecka (2016 r.) i nie miałabym takiej wiedzy przy drugiej i trzeciej ciąży. Jej zawdzięczam długie i efektywne karmienie mojej trójki dzieci, a także pozytywne zdanie na temat laktacji”. (A832)



„Moja położna była wspaniała i do dzisiaj mamy kontakt. Radziłam się jej w wielu sprawach dot. zdrowia dzieci. Dużo mi pomogła, chociaż wydaje mi się, że nie ma najaktualniejszej wiedzy z zakresu karmienia piersią. Mimo to, bardzo mnie wspierała i była dużym oparciem w momentach trudności z karmieniem piersią. Miałam do niej duże zaufanie”. (A418)

„W laktacji miałam tylko ją. Moja położna może nie była doradczynią CDL, ale naprawdę przy pierwszej ciąży mnie wspierała i pomogła karmić, więc przy drugiej już sama nie potrzebowałam jej aż tak bardzo. Była jedna wizyta, bo była pandemia i więcej osobistych wizyt nie potrzebowałam. Kontaktowaliśmy się na whatsappie. Wysyłałam jej zapytania na przykład co do pępuszka. Naprawdę czułam się zaopiekowana. Do niej zawsze można zadzwonić, poprosić o radę w każdej sprawie związanej z dzieckiem i karmieniem”. (A2349)

„Bardzo mnie wspierała, dawka rady i za każdym razem sprawdzała karmienie piersią. Udzieliła rady co do pozycji karmienia. Położna środowiskowa miała ogromne znaczenie w moim przypadku i była wielkim wsparciem, ufam jej do dziś bardziej niż lekarzowi”. (A514)

„Mogłam i nadal mogę zwrócić się do położnej w każdej kwestii, czy dotyczącej mojego stanu zdrowia, czy dziecka”. (A24)



„Wprowadziła nas idealnie w bycie rodzicem, w karmienie piersią. Karmię do dzisiaj (18miesiący), chętnie przy drugim dziecku pójdę na szkołę rodzenie jeszcze raz, ale tylko do tej położnej”. (K43)

Zbudowanie pozytywnej relacji jest elementem ułatwiającym ciągłość opieki, która jest czymś, co wydaje się potrzebne i logiczne. Specjalista zna pacjenta, historię jego choroby czy, jak w wypadku położnych, ciąży czy poprzednich dzieci, a może nawet samego starania się o dziecko. To nie tylko buduje więź, która z kolei kształtuje zaufanie i poczucie bezpieczeństwa, ale także ułatwia zadanie każdej ze stron. Nie trzeba bowiem opowiadać o problemach ponownie, nie trzeba się poznawać na nowo. Położnej łatwiej też wychwycić pewne sygnały, chociażby rozwijającej się depresji poporodowej, jeśli znała kobietę przed porodem.



Droga kobieto!

Na rzecz wspierania i promocji położnych środowiskowo-rodzinnych i ich zawodu, dla dobra kobiet, działa Fundacja Matecznik, która w 2023 roku przeprowadziła kampanię społeczną pt. „Mamy Położne”.

Jeśli chcesz dowiedzieć się, jak położna rodzinna może opiekować się Twoim zdrowiem przez całe Twoje życie, obejrzyj film stworzony przez fundację oraz zapoznaj się z artykułami i ulotkami informacyjnymi wydanymi z tej okazji.

Materiały są dostępne na stronie:

<https://fundacjamatecznik.pl/nasze-dzialania/kampania-spoeczna-o-polozonych/>



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA



Problem!

Większość kobiet (86,3% ankietowanych spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) nie ma osobistego kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną po zakończeniu wizyt patronażowych. Choć kobieta pozostaje pod opieką położnej POZ także po zakończeniu okresu wizyt patronażowych, w praktyce kontakt z położną często się urywa. Często kobiety nie wiedzą, że mogłyby zgłosić się ze swoimi problemami, w tym w karmieniu piersią do swojej położnej. W kolejnych newralgicznych momentach karmienia piersią, np. około 3 miesiąca życia dziecka, po pół roku, czy po roku wsparcie położnych środowiskowo-rodzinnych w karmieniu piersią jest rzadko spotykane. Zdarza się, że ze względu na niekompetentną opiekę kobiety są zniechęcone do jakiegokolwiek kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną.

4.1.3. OCENA ROLI POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ W CAŁOKSZTAŁCIE OPIEKI NAD LAKTACJĄ

Wiemy, że część wizyt patronażowych po porodzie się nie odbywa, że ponad połowa kobiet nie ma kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną po porożu oraz że poziom wspierania w karmieniu piersią jest ogromnie zróżnicowany. Jak wobec tego kobiety, u których położna środowiskowo-rodzinna była na przynajmniej jednej wizycie patronażowej, oceniają rolę położnej POZ w kontekście opieki laktacyjnej? W dalszej części tego podrozdziału zamieszczamy cytaty, które są odpowiedziami ankietowanych (lub kobiet, które udzieliły nam wywiadu), na pytanie: „Jaka była rola położnej środowiskowo-rodzinnnej w całokształcie opieki nad Twoją laktacją?”. Oto jakich odpowiedzi udzielały:



„Była to bardzo ważna rola, pomoc nieoceniona”. (A939)

„Wsparcie, spokój”. (A1232)

„Obserwacyjna”. (A419)

„Bardzo wielka pomoc, dziękuję, że trafiłam właśnie na taką położną”. (A81)

„Ogromną, dzięki niej karmię dalej 14 miesięcy”. (A447)

„Bardzo ważna. Dzięki położnej karmię już ponad 2 lara”. (A1614)

„Przed porodem edukacja, po porodzie opieka, wskazówki, badanie piersi. Położne to anioły :)”. (K5)

„Bardzo ważna, to było moje pierwsze dziecko i potrzebowałam na pewno wsparcia zarówno w zakresie karmienia piersią, jak i zajmowania się dzieckiem”. (A243)

„Bardzo ważna i pomocna. To była pierwsza życzliwa i zainteresowana mną i moim dzieckiem jaką spotkałam po narodzinach córki”. (A2297)



„Bardzo duża, bez jej wsparcia pewnie bym się bezsensownie poddała”. (A981)

„Pomogła mi wyjść z mieszanki na całkowite karmienie piersią. Wskazała co robię prawidłowo, a nad czym trzeba popracować. Jak przystawiać, jak często karmić, jak stopniowo wyłączyć mieszankę z karmienia, jak odciągać efektywnie pokarm i wiele, wiele innych. Wiem, że miałam szczęście trafić na taką położną. Większość moich znajomych ma bardzo negatywne zdanie o pomocy położnych POZ”. (A158)

„W szpitalu zachowanie personelu było skandaliczne. Byłam straszona szpitalem psychiatrycznym. Usłyszałam tekst: »Po co głodzić dziecko?«. Brak edukacji personelu. Jako odczytana matka pierwszego dziecka lepiej znałam zalecenia niż personel szpitala. Brak chęci pomocy ze strony personelu. Straszanie sepsą, żółtaczką, moim pobytem na oddziale psychiatrycznym itd. To nie była jednorazowa sytuacja. Laktację uratowała moja położna środowiskowa – swoim spokojem. To dzięki niej karmię tylko piersią. Uspokoila mnie, że wszystko robię dobrze i wspierała (czego zabrakło w szpitalu). Jej spokój mi się udzielił. Szkoda, że nie jest specjalistką w tej dziedzinie, ale potrafiła pomoc w moim przypadku. Zastój. Powiedziała co zrobić, uspokoila i za kilka dni kontaktowała się, czy jest poprawa. Podobnie z grzybicą”. (A1876)



„Kluczowa, dzięki jej wsparciu udało mi się w końcu karmienie piersią. To była moja trzecia ciąża i dziecko, a dopiero pierwszy raz karmienie było skuteczne”. (A1679)

„Uważam, że uratowała moja laktację. Dziecko miało problemy z uchwyceniem brodawki, była konieczność korzystania z nakładek. Położna stwierdziła, że dziecko źle chwyta brodawkę. Doradziła, jak spróbować przestawić dziecko na samą pierś i pomogła mi poprawnie przystawić dziecko do piersi”. (A159)

„Kluczowa, bez niej chyba bym oszalała z bólu. Ona też mocno mnie wspierała mówiąc, że robię wszystko najlepiej jak się da. Do szpitala i położnych szpitalnych mam żal, że mnie wypuścili w takim stanie (nawał, guzy, rany) i nie nauczyli jak sobie z nim poradzić. Do położnej wdzięczność – to ona pomogła”. (K48)

„Ogólnie byłam zadowolona. To jest taka starsza osoba. Ma niekiedy przestarzałe metody, ale niekiedy te metody działają. Była też pro karmieniu piersią. Może przy pierwszym dziecku tak nie przyłożyła zbytnio wagi do tego karmienia, bo byłam mamą KPI. Córka była wcześniakiem, także tutaj było dużo więcej problemów laktacyjnych. Powiedziała »Przystawiaj, przystawiaj« i tyle, ale przy drugim dziecku już się przyłożyła i już mówi, bo jak wróciliśmy do domu to gdzieś tę mieszankę próbowałam podawać, bo nie byłam pewna czy to dziecko się najada. W szpitalu dostawało mieszankę, a teraz nagle mamy odstawić? Powiedziała »Odstaw



tę mieszankę. Jeżeli chcesz karmić piersią od dzisiaj nie karmisz butelką». Dzięki niej karmimy się do dzisiaj». (K18)

Niektóre z kobiet doceniły rolę swoich położnych środowiskowo-rodziny w edukacji związanej z karmieniem piersią:

„Spora, ale głównie dotyczy to położnej, która prowadziła szkołę rodzenia. Bardzo duży wpływ wywarła na nas w kwestii wiedzy dotyczącej potrzeb dziecka w pierwszych dobach życia oraz uczuliła na tzw. »czwarty trymestr«. Po porodzie byliśmy dobrze przygotowani na różne sytuacje.” (A1777)

„Wielka. Myślę, że gdyby nie jej pomoc mogłabym nie karmić, ze względu na ten ból zwłaszcza jednej piersi. Dostałam w tej bardziej bolącej piersi zapalenia i ona też jako pierwsza udzieliła mi pomocy. Plus edukacja w trakcie ciąży, która bardzo była nastawiona na karmienie piersią”. (A1311)

Czasem położne środowiskowo-rodzinne wspierały kobiety, ale też widząc potrzebę dalszej diagnostyki trudności z karmieniem piersią, same odsyłały je do innych specjalistów:

„Była ogromnym wsparciem, a w kwestiach, co do których miała wątpliwości odsyłała nas do specjalistów”. (A901)

„Takiej położnej potrzebowałam. Pomogła fizycznie i psychicznie. Człowiek anioł. Gdyby nie ona, być może nie karmiłabym do dzisiaj piersią. Dodała mi skrzydeł, wsparła w najgorszym okresie, zatarła



nieprzyjemne wrażenia z sali poporodowej. Pochwaliła wybór karmienia piersią i bardzo mocno wspierała. Miałam problem z przystawieniem. Brodawki były lekko poranione. Zaproponowała pomoc w wygojeniu. Pomogła zmodyfikować pozycję, zauważyła problem w jamie ustnej dziecka i zaproponowała kontakt z neurologopedą. Zaproponowała strony internetowe i książki dotyczące karmienia z bardzo dobrą dawką wiedzy, np. hafija.pl. Położna poprosiła o informację, czy potrzebuję więcej wizyt. Zgłosiła gotowość do pomocy, zapytała o mój stan psychiczny, poradziła kontakt z psychologiem, życzyła powodzenia w karmieniu piersią i zostawiła możliwość kontaktu w razie potrzeby :)". (A1958)

„Znacząca, wspierająca, dobrze mnie pokierowała dalej. Propagowała karmienie piersią, ale ze względu na małe przyrosty radziła spotkać się z fizjoterapeutą i doradczynią laktacyjną". (A511)

Czasem kobiety doceniały inne aspekty opieki świadczonej przez położną środowiskowo-rodzinną, pomimo że wsparcie w laktacji nie było takie jakiego by oczekiwały.

„Mimo że nie wskazała konieczności wizyty u neurologopedy, to położna była bardzo pomocna. Zawsze mogłam do niej napisać, gdy miałam jakąś obawę, nawet w niedzielę. Odpisywała, pomagała, doradzała. Wykąpała ze mną pierwszy raz malucha, sprawdzała dokładnie stan jego zdrowia - skórę, wagę, pępek, paznokcie, jamę ustną oraz mój stan po nacięciu, piersi. Pytała o stan psychiczny. Jej pomoc była nieoceniona na początku macierzyństwa". (A1853)



„Jedna z koleżanek bardzo zachwalała tą panią, to ją wybrałam i nie żałuję swojej decyzji, bo pani naprawdę potrafi rozładować napięcie w domu i uspokoić. Natomiast to jest taka starsza położna już chyba powinna być na emeryturze. Nie miała aktualnej wiedzy na temat laktacji. Niestety. Ale ja urodziłam wcześniaka, co prawda miesięcznego, więc tak 3 dni później i już by nie był wcześniak, ale problemy wyszły - ospałość u dziecka i problemy ze ssaniem. Nie miałam wsparcia w niej w tej kwestii. Choć jeszcze jak byłam w szpitalu to położna zadzwoniła i mówiła żebym zapisywała wszystko - ile ściągnę pokarmu, ile dokarmiam małego, żeby wszystko było zapisane. Jak mnie odwiedziła, to spojrzała na to i mówi, że ładnie, że dużo ściągam, że fajnie. Oczywiście przy niej przystawiałam małego. To tak chyba zawsze jest, że przy położnych te dzieci się idealnie przystawiają, a potem jak położna znika to dzieci zapominają. Przy niej się przystawił ładnie. Ona stwierdziła, że ssie to mleko. Potem to już mi nie wychodziło przystawianie, więc znowu jeszcze wleciała butelka, ale już mały faktycznie nie spadał na wadze, tak manewrowałam tymi butelkami, że pomimo tych ciągłych prób przystawiania nie spadał z wagi. Pamiętam, że ja dzwoniłam do położnej i już pod koniec zależało mi tylko na tym, żeby sprawdzić czy on prawidłowo przybiera. Jak zaczęłam wyłączać mleko modyfikowane i podawać coraz więcej swojego. Położna przyjeżdżała wtedy, kiedy zadzwoniłam, żeby to skontrolować. Nie tak jak może miała w planie wizytę, tylko na telefon się zjawiała”. (K16)



„Nad laktacją niewielka. Natomiast doceniam inną pomoc w pielęgnacji dziecka i rany krocza, wsparcie psychiczne, nieocenianie”. (K37)

„Nie było potrzeby większej opieki, brak problemów, ale wiem, że z większymi trudnościami byłabym sama. Moja położna jest wspaniała, ale nie jest mistrzynią od laktacji, zdecydowałam się na jej opiekę świadomie w tej ciąży. W poprzedniej laktacja była trudna na starcie i nie miałam w niej za bardzo wsparcia - nie doradziła nawet zaproszenia CDL, co uważam za nieprofesjonalne”. (A1135)

„Trochę zbyt mała wiedza, jeśli chodzi o laktację, dużo szukałam na własną rękę, położna czasami sugerowała dokarmianie mieszanką. Wspierała, ale mogłoby być lepiej. Za szybko położna się chciała poddawać z karmieniem piersią, proponowała mieszanki, mało dowiedziałam się o kryzysach laktacyjnych”. (A865)

„Potwierdziła wcześniejsze ustalenia doradczyni CDL, ustaliłyśmy częste kontrole przyrostu wagi. Mocno wspierająca, »dopingująca«, bardzo wspierała psychicznie, jednak brakowało bardzo fachowej wiedzy w moim specyficznym problemie (długotrwały ból piersi podczas karmienia”. (A759)



„Nad laktacją żadna, nad opieką nad dzieckiem, przyrosty etc. i wsparcie psychiczne to nawet bym ją poleciła. Laktację uratowała CDL”. (A132)

Zdarzało się, że położne środowiskowo-rodzinne nie potrafiły pomóc w karmieniu piersią lub nie zwracały uwagi na laktację:

„Zerowa. Położną była fajną babką ze starą wiedzą. Nie zasugerowała kontaktu z neurologopedą, pomimo informowania jej o problemach z karmieniem. Kazała przystawiać, przystawiać i »na pewno to pomoże«”. (A1727)

„Tylko czuwała, bardziej interesowała się dzieckiem niż moją laktacją, poleciła smoczek”. (A504)

„Poza ważeniem dziecka i ocenieniem jego stanu ogólnego, położna środowiskowa nie pomogła w procesie karmienia”. A894

„Bardziej była to opieka na dzieckiem i kontrola przyrostu masy ciała”. (A1390)

„Mało istotna, ważyła tylko dziecko”. (A1768)

„Nie odegrała żadnej istotnej roli. Była, poszła i na tym wizyty zakończyły się”. (A1472)



„Pani przyszła jeden raz ze względu na Covid, reszta wizyt odbywała się telefonicznie. W moim odczuciu było to bardziej potrzebne systemowi opieki niż mi”. (A423)

„W sumie to żadna. Moja położna środowiskowa, jak przychodziła to sprawdzała ogólnie czy kikut jest ok, nie ważyła, nie mierzyła. Jedynie ją interesował kikut pępkowy. Nie uzyskałam wsparcia w temacie karmienia piersią od niej żadnego”. (K36)

„Nijaka. Więcej porad znalazłam w Internecie. Położna, która mi się trafiła powinna iść na emeryturę i nie marnować innym czasu. Była raz i stwierdziła, że absolutnie nie ma potrzeby, żeby przychodziła więcej”. (K22)

Część kobiet oceniało, że położna środowiskowo-rodzinna w całości opieki nad laktacją nie odegrała żadnej roli:

„Zerowa. Położna uzupełniając dokumenty tylko zapytała, jak karmię i czy wszystko ok z karmieniem”. (A1650)

„Żadna. Musiałam szukać pomocy na własną rękę u doradcy laktacyjnego”. (A40)

„Nad laktacją żadna, poradziłam sobie sama wcześniej mając kontakty do potrzebnych specjalistów, nawet zbytnio nie interesowało jej moje karmienie piersią”. (A102)



„Żadna. Miała bardzo przestarzałą wiedzę”. (A473)

*„W sumie żadna, miałam wrażenie, że wiem więcej niż położna”.
(A2489)*

*„Żadna. Oczekiwałam zrozumienia i pomocy i ludzkiego podejścia,
miałam wrażenie, że przyszła do nas jak za karę”. (K6)*

„Żadna. Temat laktacji właściwie nie był poruszany”. (A571)

*„Praktycznie zerowa, położna w żaden sposób nie zweryfikowała
poprawności karmienia, nie zauważyła problemów z wędzidełkiem
i mimo moich usilnych prośb i telefonów w żaden sposób nie
rozwiązała naszych problemów”. (A596)*

*„Żadna. Tylko na papierze. Powiedziała mi, że jak dziecko przybiera
to znaczy, że mam dobre mleko. Porażka. A i że mam nie jeść
pomidorów, truskawek i innych rzeczy uczulających i że mam mieć
dietę”. (A764)*

„Żadna, usłyszałam czego mam nie jeść”. (A32)

*„Żadna. Skupiła się na pojeniu dziecka wodą, na co nie wyraziłam
zgody”. (A805)*



„Żadna. Jak powiedziałam jej, że wybieram się do Certyfikowanej Doradczynie Laktacyjnej to zbyła to komentarzem, że to wymyśli”.
(A2265)

„Żadna, będąc kiedyś na szczepieniu z dzieckiem słyszałam jak ta sama położna poleca kobiecie z noworodkiem na korytarzu mieszkanke [nazwa], bo »kobieta ponoć miała słaby pokarm«. Cieszę się, że ja nie miałam problemów z karmieniem i nie musiałam słuchać takich bzdur”. (A1512)

„Żadna. Karmiłam starsze dziecko 4 lata, więc jestem obeznana z tematem karmienia piersią”. (A1046)

Czasem porady położnych środowiskowo-rodzinnych wprowadzały stres lub mętlik w głowie kobiet lub był wręcz szkodliwe:

„Przeszkadzała”. (A359)

„Żadna, wręcz niepotrzebnie podawałam mieszkanke”. (A554)

„Szczерze – żadna. Gdy pożałowałam się, że mam za mało mleka. To wcisnęła mi ulotkę producenta mieszanki i na tym się skończyło”. (A2251)

„Żadna. Po każdej wizycie byłam bardziej sfrustrowana jej brakiem wiedzy. Dziecko miało wędzidełko typu 4, podcięliśmy je,



rehabilitacja wyrównywała napięcie mięśniowe również w jamie ustnej. Obecnie karmię tylko piersią, bez kapturków, dziecko dobrze się przystawia. Położna nie pomagała, a wręcz bardziej mnie stresowała”. (A317)

„Przyniosła mi tylko stres, musiałam na własną rękę szukać pomocy jak rozkręcić laktację, bo dziecko się nie nakładało”. (A324)

„Beznadziejna. Utrudniła życie zamiast pomóc. Chustowanie skomentowała w ten sposób, że wtedy już dziecko będzie uwiązane przy mnie i nic bez niego nie zrobię. A owo chustowanie chciałam potraktować jako narzędzie do stymulowania laktacji (co w moim przypadku się sprawdziło, bo ogromne znaczenie miało nastawienie i humor :)). (A1312)

„Dla mnie ta osoba może ma wiedzę, ale nie charakter i osobowość do bycia położną. Przez nią miałam więcej stresu niż pożytku. Oceniała, że źle karmię, ale nie powiedziała, jak jest prawidłowo, że mam się streszczać i nie dać mu tyle wisieć na cycku. Położne środowiskowe powinny być bardziej kontrolowane”. (A849)

„Ogólnie pomogła, ale patrząc na to dzisiaj mogę powiedzieć, że gdyby miała odpowiednią wiedzę nie zrobiłaby mętliku w mojej głowie. Czułam się dalej zagubiona, z początkami depresji, może to był baby blues, w głównej mierze przez to, że syn był wysoko wymagający, a ja nie potrafiłam mu dać tego co najlepsze, czyli mojego mleka. Położna mówiła, że zdrowiej piersią, ale że jest duży



i ma okropnie duży odruch ssania, że mieszanka powinna być w zapasie. Poprawiła pozycję, pokazała pozycję spod pachy, podała wygodne pozycje. Niestety również twierdziła, żeby dziecka za długo i za często nie karmić. Magiczne 20 minut na pierś i 3h przerwy. Strasznie źle wspominam ten czas, jeśli chodzi o karmienie piersią". (A1186)

„Mam mieszane uczucia, sygnały były sprzeczne - potrafiła być wspierająca, np. tłumacząc, że trzeba być zrelaksowanym. Mówiła, że wszystko się »uda«, jak się będzie zdecydowanym, zachęcała do próbowania karmienia piersią, podawała pomysły jak rozwiązać trudności. Jednocześnie czułam dużą presję, że jeśli nie rozwiąże się wszystko »teraz«, to potem będzie za późno. Czułam się przestraszona tym, że »zagłodzę« dziecko, a jeśli nie będę karmić co 3h, to będą problemy. Również położna oceniła problem z przybieraniem na wadze i zaleciła dokarmianie, gdzie z perspektywy czasu w mojej opinii nie było wskazań - dziecko rosło powoli i było w dolnych centylach normy (do teraz), plus ważenie odbywało się dzień-dwa po sobie, a kolejne ważenia pokazywały skokowy wzrost wagi". (A2282)

„Pod koniec wizyt moje dziecko zaczęło robić zielone kupy, miało kolki oraz słabo przybierało na wadze. Zawsze mogłam zadzwonić do mojej położnej, która mi próbowała pomóc i doradzić. Mniej więcej 2 razy w tygodniu dzwoniłam do położnej z prośbą o poradę. Nie ze wszystkim się z nią zgadzałam, ale wtedy byłam bardzo podatna na wpływy innych osób, zwłaszcza tych, które powinny się znać na tym co robią. Konsultowałam się z doradcą laktacyjnym,



gdy zdałam sobie sprawę, że moja położna mi nie pomoże tak, jak ja bym chciała. Rola położnej była pokierowana chęcią pomocy, lecz w związku z brakiem aktualnej wiedzy jej rady były nieprzydatne i wprowadziły mnie w niepotrzebne ograniczanie dietetyczne oraz próby podawania mleka modyfikowanego mojemu dziecku. Piszę próby, ponieważ mój syn wymiotował po każdym mleku modyfikowanym i nic innego nie chciał jeść oprócz piersi”.
(A1305)

„Wszystko zepsuła - dziecko jadło coraz mniej, żółtaczka nie schodziła, w ciągu miesiąca dziecko nie przybrało prawie nic. U mnie zapalenie piersi i coraz mniej pokarmu. Brodawki mocno pogryzione. Mówiła, że ładnie je i pilnować techniki przystawiania, ale należy zabierać piersi od razu po karmieniu, bo to nie smoczek. Jak zasypia to zabrać pierś, bo muszę zacząć dziecko wychowywać. Karmić max 15 min, tylko jedną pierś i nie częściej niż co 2-3godz, bo dziecko musi zgłodnieć. Porady jak z PRL, a pani jest edukatorką ds. laktacji. 2 wizyty patronażowe odbyły się w domu - po czym na kolejne 3 kazała przychodzić mi z noworodkiem do gabinetu, bo do nas jest trudny dojazd. Po rozmowie z koleżankami okazało się, że podobne porady od niej otrzymywały również inne osoby. Pech chciał, że moje dziecko ucierpiało najmocniej, bo przez żółtaczkę było ospałe. Tragiczna opieka. Dobrze, że potem trafiłam na CDL”. (A2330)

„Wiedzę położnej w zakresie laktacyjnej oceniam jako nieaktualną i nieprofesjonalną. Gdybym polegała na jej radach, na pewno nie utrzymałabym laktacji i nie karmiłabym dziecka piersią. Dziecko nie



potrafiło ssać, położna nie pomogła mi w tym zakresie. Udzieliła jedynie porady jak odłączyć dziecko od piersi i zaproponowała stosowanie smoczka, aby dziecko nie »wisało« na mnie godzinami, powiedziała jakiego jedzenia wg niej powinna unikać matka karmiąca. To jak karmię było jej raczej obojętne. Nie posiadała nawet wagi, żeby ocenić przyrosty dziecka. Pomocy udzieliła mi prywatnie wezwana na wizytę certyfikowana doradczyni laktacyjna, która udzieliła mi wiele profesjonalnych i merytorycznych porad oraz pozwoliła uwierzyć, że potrafię wykarmić dziecko piersią”.
(A232)

Pomoc położnej środowiskowo-rodzinnej często nie jest wystarczająca i kobiety, którym zależy na karmieniu piersią lub swoim mlekiem, są zmuszone szukać pomocy gdzie indziej, najczęściej prywatnie przede wszystkim, u doradczyń laktacyjnych.

„Bardziej pomogła mi położna prywatna, która przyjechała na wizytę domową. Dostrzegła problem w przystawianiu dziecka, podczas gdy położna z przychodni na NFZ nie widziała tego problemu”.
(A467)

„Wizyta prywatna CDL po powrocie do domu sprawiła, że karmię z sukcesem dziecko do chwili obecnej. Pomoc w ramach NFZ była niewystarczająca”. (A175)

„Żadna. Nie wiedziałam czy dobrze przystawiam dziecko, które było niespokojne przy karmieniu. Zgłaszałam to położnej a ona mówiła, że dzieci tak mają albo mówiła bzdury w stylu, żebym nie jadła



nabiału i orzechów. Dopiero PRYWATNA wizyta u CDL rozwiązała moje problemy". (A109)

„Nic nie pomogła, gdyby nie moja wiedza, aby udać się prywatnie po pomoc do CDL, nie karmiłabym dziś dziecka swoim mlekiem". (K51)

„Gdyby nie prywatną wizyta CDL, mój upór i pragnienie karmienia piersią, dziecko byłoby na butelce już od urodzenia. Zero wsparcia i opieki laktacyjnej na NFZ". (A2359)

„Położna oceniła wędzidełko młodej jako »wyrobi się«, następnego dnia doradczyni CDL załamała ręce i wysłała nas na jak najszybsze podcięcie". (A506)

“W sumie położna ta która przychodziła, niewiele nam pomogła. Ja tydzień po porodzie umówiłam się z doradczynią laktacyjną w większym mieście i ta pani położna nam pomogła faktycznie, bo zaczął się ból brodawek taki, że zaciskałam zęby i płakałam jednocześnie karmiąc dziecko, więc tutaj no stwierdziłam, że tak nie może być, więc mieliśmy taką konsultacje online z tą panią, bo to był tydzień życia dziecka, więc nie chcieliśmy jechać te 100 km. No to mówię trochę nam trochę nam pomogła, przestało boleć, zmieniliśmy pozycję". (K9)

„Rola marna, nie potrafiła mi pomóc z problemem zapalenia piersi, czy rozerwaną brodawką. Usłyszałam, że powinnam karmić przez



nakładkę, albo w ogóle nie karmić z tej piersi, żeby się zaleczyła najpierw. Musiałam umówić się na prywatną konsultację z doradczynią laktacyjną i ona mi pomogła we wszystkim od razu”.
(A373)

„Raczej chciała, abym karmiła piersią, jednak przy problemach nie potrafiła pomóc. Często miewałam zastoje, jej podpowiedzi jednak nie były pomocne. Skontaktowałam się z innymi specjalistami. Pediatra w kwestii zastoju też nie potrafiła pomóc. W końcu skontaktowałam się z doradcą laktacyjnym z poprzedniej ciąży, byliśmy stale pod telefonem. Wysłałam jej filmy, opisywałam co jakiś czas co się dzieje. Za jej namową trafiliśmy do neurologopedy, który stwierdził, że dziecko ma wadę wędzidełka górnego między zębami (wiem, że jest fachowa nazwa, jednak nie mogłam znaleźć w tej chwili dokumentacji z zabiegu). Przez pandemię wszystkie wizyty bardzo się przeciągały, ale gdy dziecko miało rok zostało podcięte wędzidełko i problem z zastojami znikł. Przykro mi jest jednak, że tak długo to trwało i tyle specjalistów nas zbywało, a ja naprawdę się czasami bardzo nacierpiałam. Kilka zastoju w miesiącu, z gorączką i strasznie obolałymi piersiami”.
(A1034)

„Nie byłam zadowolona z tej położnej środowiskowej. Była na dwóch wizytach i szczerze mówiąc nawet nie nalegałam na więcej po informacjach, jakie od niej dostawałam. Podawanie mieszanki już w szpitalu sprawiło, że ta laktacja nie rozkręcała się tak szybko i sprawnie jak powinna, więc mimo odciągania troszkę jeszcze brakowało, a tak naprawdę, ile brakuje, to dopiero okazało



się przy pierwszej wizycie położnej środowiskowej właśnie jak przyszła po 3 dniach od wyjścia ze szpitala. Zbadła syna. Mówiła, że są ślady żółtaczk, bo był lekko zażółcony. Przy ważeniu okazało się, że jest spadek wagi od wagi wyjściowej ze szpitala. Mimo że przez te dni udawało mi się całkiem nieźle, jak mi się wydawało, karmić piersią, to okazało się, że muszę jednak dokarmiać, chociaż zdarzało mi się w te dni pojedyncze razy podać mleko, albo swoje, albo modyfikowane z butelki i zdałam sobie sprawę, że muszę dokarmiać więcej. Natomiast położna nie była w stanie mi udzielić informacji: ile mam dokarmiać, kiedy mam dokarmiać, jak to robić. Wręcz na moje stwierdzenie, że w takim razie »Jak to mam robić, skoro nie ma tego mleka wystarczająco w piersiach?«, udzieliła mi takiej wspaniałej rady, że powinnam co drugi raz karmić z piersi, a co drugi raz podawać mleko modyfikowane, więc jak poczuję, że mam piersi pełne, to wtedy mogę karmić dziecko. Natomiast w międzyczasie podawać mleko modyfikowane. Nie powiem że bym była jakoś superdoświadczona i świadoma, jednak na tyle, że wiedziałam, że tę uwagę zdecydowanie trzeba zignorować, bo to był najlepszy krok, żeby całkowicie przestać karmić piersią po takim doradztwie. Tę uwagę od niej zignorowałam. Karmiłam tak jak do tej pory. Próbowałam odciągać, ile się dało. Natomiast syn był przy piersi prawie cały czas, więc nawet nie było za bardzo, kiedy z tym laktatorem działać. To były może 2 sesje w ciągu dnia i dokarmiłam tak naprawdę w ciemno, bo nie miałam zielonego pojęcia, ile. Dopiero po kolejnych 2 dniach, kiedy przyszła prywatna doradczyni laktacyjna, to ona zweryfikowała też całą sytuację z tą żółtaczką w szpitalu i z tym dokarmianiem. Zresztą to było tak, że przed samym wyjściem ze szpitala syn dość sporo zjadał z butelki mleka modyfikowanego i waga dość mocno jeszcze



w dniu wyjścia skoczyła w górę. Z tego co się dowiedziałam od doradczynie laktacyjnej, waga była trochę zaburzona, bo to nie była jego prawidłowa waga. Tylko po prostu nadmiar, który tego mleka zjadł, w związku z czym był kolejny spadek jego wagi przy tym jak przyszła wtedy położna środowiskowa. Dopiero doradczynie laktacyjna była w stanie sensownie udzielić mi informacji, ile, przez jaki czas mam dokarmiać, jak działać z laktatorem. Pierwsza rzecz, to też sprawdziła wędzidełko i mówiła, że jest tak jawne skrócone wędzidełko, że tu po prostu nikt nie powinien mieć najmniejszych wątpliwości, że to wymaga jakiejś ingerencji. Zresztą my z mężem, jak patrzyliśmy na to, to będąc kompletnie nieświadomi jak wyglądają inne sytuacje z wędzidełkami, to widzieliśmy, że coś jest nie tak z tym języczkiem. Doradczynie laktacyjna ona podała mi kilka kontaktów do neurologopedów, do lekarza, który zajmuje się podcinaniem wędzidełek. Zaleciła masaże. Dzięki niej to wszystko się udało w miarę szybko ogarnąć - w niecały chyba tydzień. W międzyczasie odciągałam, dokarmałam minimalnie już, bo całe szczęście coraz więcej tego mleko już było. Też byłam w stanie odciągać na tyle, że większość dokarmień była moim mlekiem. A po podcięciu wędzidełka, to po prostu w zasadzie w 3 dni przyszedł nawał w końcu, którego wcześniej nie było". (K34)

„Położna no była, bo była, ale nie pomogła mi dużo przy karmieniu. Trudności z karmieniem miałam wszelakie. Od niechwytania brodawki, po napięcie mięśniowe dziecka. Mała brodawka, mało pokarmu, ciągła praca z laktatorem, co teraz już wiem wcale nie musiało oznaczać, że ile laktator wyciągnie, tyle mam mleka, bo maluszek więcej wyciągnie, a niektóre piersi w ogóle nie tolerują



laktatora. Natomiast położna sama nie wiedziała chyba co robić, jak mam karmić i czy karmić piersią. Powiedziała, żeby karmić piersią i w razie czego dokarmiać mieszanką, bo nic się nie stanie, a najważniejsze, żeby dziecko było najedzone. Niestety po porodzie ta opieka nie jest taka, jak człowiek by chciał. Jeśli chodzi o karmienie to szukałam pomocy u wielu specjalistów, u Certyfikowanej Doradczynie Laktacyjnej, u neurologopedy, potem podcięcie wędzidełka, potem masaże. Wszędzie prywatnie!! Na NFZ nie ma żadnej pomocy. Moja droga karmienia nie była usłana różami i było bardzo, ale to bardzo ciężko! Do 7/8 miesiąca ciągle chciałam odstawić, ale sobie za każdym razem myślałam »Skoro już tak długo się przemęczyłam, to i teraz też mogę«. Dzisiaj syn ma 1.5 roku i karmię, kiedy chce. Teraz jest już cudownie. Ale nie dziwię się, że kobiety nie karmią piersią, bo nie ma żadnej pomocy”.

(A2348)

„Nie chciałam wizyty położnej. Miałam je do trzeciego dziecka włącznie i już przy trzecim odczułam to jako zbędną wizytę. Przy pierwszych dzieciach to wiadomo, bo to położna wyciągała szwy. Natomiast obejrzała dziecko, obejrzała czy nie ma żółtaczk, co było ważne wtedy. Ważyła dziecko. Dopytała się czy dziecko pije, jak sobie radzimy. Przy pierwszym dziecku wytłumaczyła takie rzeczy bardziej pielęgnacyjne, natomiast właśnie nie laktacyjne, zdecydowanie nie laktacyjne. Przy tamtych wizytach naprawdę nie miałam poczucia, że przy jakichś faktycznych problemach położna jest w stanie pomóc. Przy 3 dziecku, czyli przy tym, które faktycznie miało problemy z karmieniem, ta położna będąc u mnie, kiedy on już był taki ospały, ona tego w ogóle nie zauważyła. Nie była



w stanie nawet ocenić, że on nie pije tego mleka. Nie rozpoznała faktu, że coś jest nie tak. W 6. dobie długo spał bez jedzenia, pił coraz mniej, nie miał siły stymulować brodawek. Mam dosyć duże piersi duże sutki a on był 2400 g urodzony i okazało się, że nie rozkręcił laktacji. Było mu ciężko i przestał pić i zaczął spać po 6-7 godzin. Pojechałam z nim do szpitala. W szpitalu jeszcze possał, a potem przestał. Wtedy kupiłam mu mleko modyfikowane, wziął butelkę i po jednym dniu przysłała doradczyni laktacyjna. Mleko zanikło w tym dosłownie pierwszym tygodniu jego życia, a odzyskałam je z pomocą Certyfikowanej Doradczyni Laktacyjnej. Poprowadziła mnie do tego, żebym rozkręciła laktację na powrót laktatorem elektrycznym, a jego przysposabiała do tego, żeby był w stanie chwycić pierś jak urośnię. Musiał pić, więc w nocy dostawał butelkę już z moim mlekiem, bo udało mi się rozkręcić laktację. Natomiast w dzień trenowaliśmy picie z piersi. Ona mi pokazała, jak go przystawiać prawidłowo, żeby on zasysał, żeby ćwiczył. Dopiero po 3-4 tygodniach był gotowy do odstawienia butelki. To były tygodnie walki o to, żeby mleko się utrzymało i żeby przestał używać butelki. Natomiast dla mnie problem był złożony: dziecko moje nie pije i jest tyle opcji. Dawać jedną pierś i potem drugą, czy dać jedną, nakarmić z butelki, a potem drugą? Czy następne karmienie za 3 godziny, czy za 2 godziny? Kiedy ja mam to ściągać? Czy mam ściągać przed karmieniem? Czy jak go nakarmię? Mnóstwo pytań, a ona miała tak jasną wiedzę co do tego w jakiej kolejności, w jaki sposób to wszystko robić, że mi to wszystko rozjaśniła. Ja się z nią tylko raz widziałam wtedy. Po prostu to, co ona mi powiedziała zaczęło działać. Wiedziałam, że to działa. Ona mnie uspokoiła, że to może potrwać miesiąc. Przedstawiła mi, jak to będzie wyglądało. Powiedziała, że najpierw



tego mleka nie będzie, bo ono zanikło, więc jak ono zanikło, to ono się rozkręci, ale to może potrwać, on może być niespokojny, to wtedy mu dać butelkę. Ona mi udzieliła tak konkretnych informacji, że ja mam takie poczucie, że za tym stała ogromna wiedza i doświadczenie. Ona przyszła i ja poczułam, że ja nie jestem jakimś odrębnym przypadkiem dla niej, tylko ona spokojnie już pomogła jednej, drugiej, czwartej, setnej kobiecie z takim przypadkiem, że to w ogóle nie jest żaden problem. Tylko trzeba się stosować do jej zaleceń i spokojnie wyjdziemy z tego. Dla mnie to było ważne, że wytłumaczyła mi właśnie, dlaczego tak się stało. Doświadczyłam w kontakcie z doradczynią laktacyjną, jak wysoce specjalistyczna jest wiedza dotycząca laktacji i problemów z nią, jak wielkie doświadczenie jest potrzebne, żeby pomagać w przypadku rzeczywistych trudności”. (K54)

„Rola w zasadzie to żadna. Sama zgłosiłam się do dwóch położnych CDL, sama poszłam skrócić córce wędzidełko i przez 2,5 miesiąca karmiłam w nakładkach. Dzień po szpitalu kupiłam sobie nowy laktator i przez pierwsze 2 tygodnie pracowałam na laktatorze. W międzyczasie się umówiłam do położnej laktacyjnej i na tej wizycie żeśmy dobrały nakładki. Już od razu na wizycie córka została na piersi z nakładką, więc już byłam zadowolona, że chociaż tyle się udało. Ta położna zaleciła podcięcie wędzidełka. Oczywiście dodam, że za położną trzeba było zapłacić, bo to było prywatnie. Później podcięcie wędzidełka też się udało załatwić prywatnie. Myślałam, że może po tym podcięciu wędzidełka ona jakoś zassie tę pierś, ale się nie udawało. Cały czas na tych nakładkach byliśmy i jeszcze szukając



w Internecie, co może być przyczyną, że ona nie chce ssać tej piersi, no to, że może słabe ma mięśnie gdzieś w obrębie buzi. Poszłyśmy do osteopaty i w zasadzie tak po dwóch tygodniach od tej wizyty, z dnia na dzień nabrała siły, bo też robiłam takie ćwiczenia, dawałam jej gołą pierś bez nakładki, żeby próbowała. Po tych dwóch tygodniach od wizyty u tego osteopaty córka zapomniała, co to są nakładki i zaczęła ssać gołą pierś. Łącznie cały ten proces od narodzin do tego, aż zassała pierś bez nakładki, trwał 2,5 miesiąca i w tym czasie przeszłam 3 zapalenia piersi i nikt nie był w stanie mi pomóc. Namawiano mnie, abym zakończyła karmienie piersią. 3 razy skończyło się to antybiotykiem i były dociekania od czego te zapalenia piersi tak się robią. Natomiast za pierwszym razem ja wiedziałam co to w ogóle jest, co się ze mną dzieje. W życiu nie byłam tak chora. Gorączka była najgorsza po prostu. Już myślałam, że ja umieram. Nigdy takiej gorączki nie miałam, naprawdę, ponad 41°. W międzyczasie moja położna środowiskowa doradzała już odstawienie »żeby się nie męczyć«. Za drugim razem doradziła mi, żebym sobie dała spokój, bo to nie ma sensu, że ja co chwilę antybiotyk biorę. Teraz z perspektywy czasu widzę, że to od tych nakładek, bo córka źle ściągała pokarm. Córka nauczyła się ssać gołą pierś. Obecnie miesiąc mija od ostatniego zapalenia piersi i mam nadzieję, że nigdy już nie wróci. Gdybym była osoba niezamożną to podejrzewam, że karmienie piersią nie byłoby możliwe, gdyż na specjalistów wydałam bardzo dużo pieniędzy, aby pomogli mi karmić. Tym bardziej, że też chciałam działać w miarę szybko, bo zależało mi na tym, żeby ona szybko zaczęła ssać tę pierś, bo wiedziałam, że im później, im dalej w las, tym będzie coraz gorzej, a co chwilę te zapalenia, to już mnie tak męczyło. Koniec końców udało się tylko dzięki mojej determinacji.



Przede wszystkim, gdybym sama nie walczyła o to karmienie piersią, to od nikogo wokół bym nie dostała wsparcia, zaczynając od szpitala, później przez moją położną środowiskową i ogólnie środowisko wokół. Gdyby nie moje zaparcie takie samo w sobie, to podejrzewam, że nie karmiłabym piersią”. (K52)

Cytowane wyżej kobiety mówią o zainwestowanych w ratowanie karmienia piersią pieniądzech, wydanych u prywatnych specjalistów. Biorąc pod uwagę wiele przykładów historii naszych ankietowanych i odpowiedzi udzielanych w wywiadach, czy można uznać, że opieka laktacyjna świadczona przez położne środowiskowo-rodzinne jest wystarczająca?

Wiele z cytowanych w naszym raporcie historii pokazuje, że pomimo obowiązku położnych środowiskowo-rodzinnych do udzielania porad laktacyjnych, duża część z nich nie potrafi udzielić takiej porady, a często wydaje się, że nawet nie zna podstaw fizjologii laktacji (a co dopiero zagadnień z wyższych poziomów wiedzy o laktacji opisywanych w podrozdziale 3.2.6.). Czasem przeszkodą w udzielaniu porad laktacyjnych są z inne powody wynikające z problemów systemowych (niektóre z nich zostały zakreślone dotychczas, jednak nie ma miejsca w tym raporcie na dogłębną ich analizę). Część położnych środowiskowo-rodzinnych zdobywając wiedzę samodzielnie czy kończąc kursy specjalistyczne porad laktacyjnych jednak udziela.

„Po pierwsze uważam, że megaważne jest to, żeby personel miał ujednoczoną wiedzę, bo nie ma nic gorszego niż dostać sprzeczne rady od personelu, od profesjonalistów. Podstawą powinno być przede wszystkim przeszkolenie położnych środowiskowych. One mogłyby tę lukę elegancko wypełnić. Gdyby przychodziły do wszystkich, miały aktualną wiedzę i chęć promowania tego karmienia i wspieranie karmienia, to już byłoby super. Uważam, że samo to, że w Polsce mamy położne środowiskowe, że istnieje taka instytucja, istnieje taka możliwość i nawet obowiązek ze strony położnej, żeby skontrolować sytuację matki i dziecka, to jest



osiągnięcie cywilizacyjne i powinniśmy to wspierać i rozwijać. A nie na zasadzie »Boże, połóżna do mnie przychodzi i muszę zmyć gary. Przyjdzie i znowu będzie jęczeć, że jadłam kurczaka, truskawki albo banana«". (K32)

Tak o edukacji położnych środowiskowo-rodzinych mówiła jedna z nich, która swego czasu była wykładowczynią na wydziale położnictwa.

„Moim zdaniem rola położnej POZ w laktacji jest niebagatelna. Tak naprawdę położne powinny wychodzić z tymi kompetencjami po studiach, powinien być tak rozbudowany blok edukacyjny. Tymczasem jak miałyśmy jeszcze studentki, to przychodziły i po prostu było widać, że tej laktacji prawie nie ma na studiach. Wszystko idzie głównie teraz, zresztą tak chyba jest w wielu zawodach, ale tutaj obserwuję szczególnie, wszystko jest nałożone na kształcenie podyplomowe. A położna moim zdaniem POZ dobrze by było, żeby miała takie kompetencje, żeby mogła udzielić porady laktacyjnej. Zresztą z drugiej strony jest taki obowiązek wykonywania czynności wszystkich zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, więc jesteśmy do tego zobligowane, żeby też się kształcić. Podstawowe problemy jak zapalenie piersi, postępowanie w zastoju, przystawienie dziecka, to ja sobie nie wyobrażam, żeby przeciętna położna, która chce się kształcić i ma dostęp do literatury i do stron internetowych i do różnego rodzaju takich nawet samoszkoleń, żeby mogła tego nie potrafić. Samokształcenie. Nie twierdzę, że tak musi być i nawet nie powinno. Natomiast literatura, czytanie książek, śledzenie tego wszystkiego – można tę wiedzę zdobyć. Natomiast problemem jest



kształcenie dyplomowe, że jest bardzo słabe, jeśli chodzi o laktację”. (P2)

Pomimo tego, że trudno jest rozdzielić poradę laktacyjną od wizyty patronażowej, ponieważ dla kompetentnej położnej środowiskowo-rodzinnej zwrócenie uwagi na laktację i podstawowa pomoc w karmieniu piersią będą zawsze częścią tej wizyty, to jednak znajdują się kobiety, które tej uwagi będą potrzebowały więcej. Ze względu na szeroki zakres zadań położnej środowiskowo-rodzinnej i ilość czynności do przeprowadzenia podczas wizyty patronażowej wydaje się, że wizyta skupiona na laktacji mogłaby być dodatkowym (osobno wycenianym) obok wizyt patronażowych świadczeniem.

„Położna środowiskowa, mimo, że ona była dla mnie kompetentną osobą, to wciąż nie miała tyle czasu na tym spotkaniu i ja wciąż nie miałam takiej pewności jaką miałam już po takim dedykowanym prywatnym spotkaniu z inną położną laktacyjną. Myślę, że to trzeba sobie powiedzieć, że jest chirurg, ale jest też neurochirurg. Chirurg nie wie tego, co wie neurochirurg. To jest dla mnie taka specjalizacja jednak, ta położna laktacyjna i nie zrzucamy tego na karb wizyt patronażowych, bo naprawdę na to nie ma czasu wtedy. Myśląc już takimi rozwiązaniami, to fajnym rozwiązaniem byłaby taka dedykowana wizyta położnej laktacyjnej w domu. Czyli to co ja sobie sama zapłaciłam płacąc te 150 zł, gdzie ktoś do mnie przyszedł na te 2 godziny i ze mną pobył. To jest osoba, która zajmuje się tylko tym tematem, ona głównie zajmuje się laktacją, rozumie jakie mogą być problemy, jak tę kobietę uspokoić i jak jej pokazać różne techniki. I żeby nie zrzucić tego jeszcze jako dodatkowego zadania dla tej położnej środowiskowej, bo potem to właśnie może się objawiać tym, co było w szpitalu, że każda położna ma inne podejście do tego tematu i znowu zostaję



z mętlikiem, a nie z konkretną wskazówką czy narzędziem. Gdyby w takim standardzie okołoporodowym udało się doprowadzić do tego, że właśnie do domu też przychodzi osoba, która się zajmuje tylko laktacją, czyli taka położna laktacyjna, to na pewno poczułabym się pewniej i to by mnie uratowało, nie musiałabym szukać prywatnie pomocy. Zdecydowałam się prywatnie na to i to było dla mnie naturalne, ale było mnie stać, a nie każdego stać, żeby zapłacić, w dodatku jak dostaje się taki mętlik wokół, plus mętlik w Internecie i wszystkie złote rady mamy i babci, jak to one robiły, jak my byliśmy mali. To ja się nie dziwię, że kobiety się decydują na mieszankę, bo jeszcze dostają taki przekaz, że to dziecko cały czas płacze, bo się nie najada, a »Ty nie wiesz, ile masz mleka«, »Ty masz takie słabe to mleko«. No i tego typu teksty. Dobrze się spotkać z kimś kompetentnym, kto przynajmniej też uzbroi taką kobietę w takie dodatkowe argumenty - co ona takiej mamie babci i sąsiadce ma powiedzieć, żeby po prostu z niej zeszły". (K12)

„Sensowna porada laktacyjna musi być bezpłatna i musi być lokalna. Musi być dostępna w ciągu 24-48 godzin, a nie 2 tygodni, 3 tygodni, miesiąca. W momencie, kiedy takie porady byłyby refundowane, to musi być od razu program, który obejmuje karmiącą matkę na dłuższy okres, że to nie jest na zasadzie refundujemy jedną wizytę, a jak masz problem, to zapisz się na następną wizytę. Może za miesiąc się dostaniesz, tylko na zasadzie takiej, że po tej pierwszej wizycie od razu jest planowany jakiś kolejny pilotaż, kontrola, żeby to była ciągłość tej opieki". (K32)



„Uważam, że opieka laktacyjna dla kobiet w ciąży przede wszystkim po porodzie jest źle zorganizowana, niewystarczająca, niedofinansowana - za wszystkie kolejne porady CDL, neurologopedy, a także fizjoterapeuty uroginekologicznego i psychiatry dla mnie (cała sytuacja skończyła się depresją poporodową) zapłaciłam z prywatnych pieniędzy, bo oczywiście dzieci masz rodzić, ale jak są problemy to radź sobie sama, bo albo nie da się uzyskać pomocy na NFZ, albo jest ona niedostępna. Akurat jestem w uprzywilejowanej pozycji w porównaniu do wielu pacjentek, bo mnie na to stać. Wielu kobiet nie stać. Podobno NFZ twierdzi, że nie potrzeba finansować i otwierać poradni laktacyjnych, bo opieka jest wystarczająca? No to nie, nie jest”.

(K37)

Natomiast wciąż bywa, że potrzebna jest jeszcze bardziej specjalistyczna pomoc. Wracając do wytycznych dla personelu medycznego dotyczących poziomu kształcenia w zakresie laktacji, warto przypomnieć, że w przypadku sytuacji trudnych, odbiegających od fizjologii, niezbędna jest wiedza z III poziomu kształcenia. Wspominane wielokrotnie w tym raporcie doradczynie laktacyjne udzielające porad laktacyjnych prywatnie, nie zawsze są położnymi środowiskowo-rodzinnymi. Często dodatkowe szkolenia i kursy kończą położne pracujące w szpitalach, lekarze, pielęgniarki lub osoby z innych zawodów medycznych (w przypadku konsultantów IBCLC również niemedyce). Warto przypomnieć tu słowa jednej z kobiet: „Doświadczyłam w kontakcie z doradczynią laktacyjną, jak wysoce specjalistyczna jest wiedza dotycząca laktacji i problemów z nią, jak wielkie doświadczenie jest potrzebne, żeby pomagać w przypadku rzeczywistych trudności” (K54). Aby osoby ze specjalistyczną wiedzą w zakresie laktacji, które nie są położnymi POZ, mogły również być częścią opieki laktacyjnej finansowanej ze środków publicznych, potrzebne jest uwzględnienie takich osób w systemie ochrony zdrowia.

„Musiałby zmienić brzmienie standard, gdyż zgodnie z S000 jest to przekazane do położnej środowiskowej. Musiałoby też to być coś



na wzór wskazań do wyboru ośrodka wyższej referencyjności w ciąży, że w problemach w laktacji zostanie zawarte wskazanie do udawania się »szczebel wyżej«, do jakiegoś ośrodka pomocy w problemach w tej laktacji. To jest tak jak z ciążą zagrożoną – musi być prowadzona w ośrodku III referencyjności, wcześniak poniżej któregoś tygodnia – III referencyjności, zaś ciąża fizjologiczna – I referencyjności. Tak jak dla ciąży dobiera się odpowiedni ośrodek referencyjności, tak poradę laktacyjną też trzeba by było dopasować do takiej klasyfikacji problemów w laktacji”. (P2)

W odpowiedziach na naszą ankietę jedynie w kilku przypadkach kobiety wspomniały o skorzystaniu z bezpłatnej porady laktacyjnej poza podstawową opieką zdrowotną:

„Największą pomocą w karmieniu piersią była CDL na NFZ z kliniki przyszpitalnej w moim mieście polecona przez koleżankę. Prowadziła konsultacje online, pokierowała nas do specjalistów, wspierała we wszystkim, tylko dzięki niej karmię już 2 lata”. (A27)

Pomimo, że kobieta określiła tę poradę jako finansowaną z NFZ, to jednak świadczenie takie nie jest refundowane bezpośrednio z NFZ (nie znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych). Szpitale muszą w ramach swojej działalności we własnym zakresie przeznaczać środki na tego typu poradnie laktacyjne. Aby zrozumieć jak trudno jest o to, żeby zarządzający placówkami medycznymi przeznaczali środki na takie cele warto podać przykład Bydgoszczy (miasta bliskiemu autorkom projektu), w którym jeszcze parę lat temu w każdym z 3 szpitali (z czego 2 szpitale posiadają III stopień referencyjności, zaś jeden – II stopień) działały poradnie laktacyjne (w bardziej lub mniej ograniczonym zakresie). Obecnie nie funkcjonuje żadna. Autorki w rozmowie z dyrektorką jednego ze szpitali, dowiedziały się, że zamknięcie poradni było podyktowane względami finansowymi i brakiem refundacji porady laktacyjnej, czyli brakiem możliwości przeznaczenia na taką poradnię



dedykowanej puli finansowanej z NFZ. Większości kobiet, potrzebujących specjalistycznej opieki laktacyjnej, pozostają tylko porady udzielane prywatnie, które są dla nich często wysokim kosztem. Mówiła o tym jedna z lekarek, która udzieliła nam wywiadu:

„Zawodowo zajmuję się problemami laktacyjnymi, fizjologią też przez pracę w podstawowej opiece zdrowotnej, więc mam kontakt i z jednej, i z drugiej strony z laktacją, czyli z mamami, którym po prostu to idzie i nie potrzebują żadnego wsparcia, które poszły w to i sobie fajnie płyną, i z tymi, które jednak tego wsparcia bardzo dużo potrzebują. Jest to często trudne, dlaczego jest to trudne? Dlatego, że niestety wiemy, że to co się dzieje później, czyli wtedy, kiedy te mamy z trudnościami trafiają do nas do specjalistów, to jest konsekwencja tego co wydarzyło się wcześniej. Kamienia filozoficznego nie mamy, więc w czasie się cofnąć nie możemy. Potrzebujemy rozwikłać te różne sytuacje, których często nie da się tak łatwo rozwikłać i nie zawsze da się wyprowadzić na prostą. Pojawia się problem tego, że to co się działo wtedy i można by było zareagować szybko i reakcja byłaby szybka, tak później ten czas zarówno terapii jak i wsparcia znacząco się wydłuża, a skoro się wydłuża, to rosną też koszty. Rośnie też ryzyko, że jednak nie uda się osiągnąć tych celów, które byśmy chcieli osiągnąć. Rozwój dziecka jest niesamowicie dynamiczny w pierwszym roku życia. Nigdy później człowiek w tak krótkim czasie nie osiąga tylu nowych umiejętności i to tempo trochę nam nadaje pewną istotę działania”.

(P8)

Błędy popełniane zarówno na etapie opieki okołoporodowej w szpitalu, jak i opieki środowiskowej sprawiają, że kobiety muszą się borykać z ich konsekwencjami, często rezygnując z karmienia piersią lub mlekiem matki. Jakkolwiek świadczenie porad



laktacyjnych przez położne środowiskowo-rodzinne jest ogromnie ważnym elementem w systemie opieki laktacyjnej, to w obecnym czasie nie jest na tyle skuteczne, aby kobiety były systemowo, rzetelnie wspierane w trudnościach laktacyjnych. Należy podjąć kroki, aby to zmienić, zarówno poszerzając kwalifikacje położnych POZ, jak i dodając nowe możliwości wsparcia laktacyjnego finansowanego ze środków publicznych.



Problem!

Niejednolita (w tym również skrajnie negatywna) ocena wykonywanych zadań przez położną poparta realnym doświadczeniem. Zróżnicowany poziom poradnictwa laktacyjnego świadczonego przez położne środowiskowo-rodzinne. Część kobiet doświadcza niekompetentnej opieki laktacyjnej, zaś część otrzymuje opiekę na bardzo wysokim poziomie. Zdarza się, że położne środowiskowo-rodzinne nie posiadają wiedzy na temat fizjologii laktacji, a ich porady bywają szkodliwe w kontekście karmienia piersią. Bywa, że pomoc położnej środowiskowo-rodzinnej jest niewystarczająca. Brakuje świadczenia porady laktacyjnej, która byłaby osobno refundowana, zarówno na podstawowym, jak i specjalistycznym poziomie. Odnotowujemy zamykanie przyszpitalnych poradni laktacyjnych lub niebranie pod uwagę ich otwarcia. Porada laktacyjna wskazana w S000 została przypisana wyłącznie do zakresu obowiązku położnych POZ, a osoby kończące specjalistyczne kursy i posiadające certyfikaty z poradnictwa laktacyjnego nie są uwzględnione w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Ich porady głównie pozostają domeną opieki prywatnej.



Warto wiedzieć, że jeśli opieka położnej środowiskowo-rodzinnej z dowolnego powodu kobiecie nie odpowiada, to może ona złożyć deklarację wyboru położnej POZ u innego świadczeniodawcy, czyli w innej przychodni POZ lub u innej położnej środowiskowo-rodzinnej prowadzącej własną praktykę, która podpisała umowę z NFZ. Takiego wyboru można dokonać bezpłatnie dwa razy do roku. Każda kolejna zmiana jest obciążona opłatą w wysokości 80 złotych. Można taką deklarację złożyć nawet zdalnie poprzez Internetowe Konto Pacjenta.

„3. Świadczeniobiorca, w ramach wyboru, o którym mowa w ust. 1, może wybrać:

- 1) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u tego samego świadczeniodawcy albo
- 2) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ u różnych świadczeniodawców, albo
- 3) lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ będących świadczeniodawcami – tworzących zespół POZ, o którym mowa w art. 11.”.

(art. 9. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej)

OBECNIE gwarantowany jest wybór położnej środowiskowo-rodzinnej niezależnie od złożonych deklaracji do lekarza POZ czy pielęgniarki POZ, co zostało określone przez cytowaną wyżej ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. Dlaczego obecnie? W tej samej ustawie zapisano rozdział 6. z przepisami przejściowymi, dostosowującymi i końcowymi (art. 33-38 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej), z których wynika, że z dniem 31 grudnia 2024 r. deklaracje wyboru położnej POZ, która nie tworzy wymienionego w art.9. ust.3., a dalej art. 11. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zespołu POZ – tracą ważność. Przykładowo oznacza to, że jeśli kobieta złożyła deklarację u położnej środowiskowo-rodzinnej, która prowadzi swoją własną praktykę świadcząc usługi w ramach NFZ, a ponadto kobieta ma złożone deklaracje do lekarza POZ i pielęgniarki POZ w zupełnie innym miejscu, to deklaracja wyboru położnej POZ straci ważność z wyżej wskazaną datą.



„1. Do dnia 31 grudnia 2024 r. świadczeniobiorca, dokonując wyboru, może wybrać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nietworzących zespołu POZ, o którym mowa w art. 11 ust. 1.
2. Oświadczenia woli świadczeniobiorców o wyborze świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, tracą ważność z dniem 31 grudnia 2024 r.”.
(art. 33. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej)

Jeśli ta położna nie stanie się częścią jakiegoś zespołu POZ, to kobiety nie będą mogły się do niej więcej zapisywać. Natomiast jeśli się stanie częścią zespołu POZ, to jeśli kobiecie będzie zależało na tym, aby dalej była jej położną środowiskowo-rodzinną, kobieta będzie musiała złożyć deklarację do całego zespołu POZ, którego częścią jest położna, czyli w rezultacie zmienić lekarza POZ i pielęgniarkę POZ.

„Uważam, że jest to ograniczające, bardzo krzywdzące dla tych położnych. Myślę, że dużo tracą albo będą musiały na już szukać jakiegokolwiek lekarza, który wejdzie we współpracę z nimi, nawet też mającego prywatną praktykę, ale będą musiały. Dla pacjentki oznacza to, że nie może złożyć deklaracji dokładnie do tej położnej, do której chce, bo będzie decydował wybór, gdzie będzie miała lekarza, więc jeżeli chodzi o prawo wyboru pacjenta, to deklaracja wyboru imienna, czyli do każdego z osobna – do lekarza, pielęgniarki, położnej, to dla pacjenta jest bardzo komfortowa sytuacja. Pacjentka wybiera kogo chce”. (P4)

„Jeśli pacjent wybiera, to wybiera świadomie, tam, gdzie najbardziej mu pasuje. Może mieć to lekarza z jednej dzielnicy, tu pielęgniarkę z drugiej, tu położną z jeszcze innego miejsca. Po zmianie możemy



wpaść w pułapkę, że będą miała super lekarza, ale beznadziejną położną, bo akurat pracuje przy tym lekarzu". (P5)

Według cytowanej wyżej ustawy na zespół składa się lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ, a „pracę racę zespołu POZ koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą” (art. 11. ust.3. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej).

„Uważam, że wspólna deklaracja i ograniczenie pacjentki prawa wyboru jest bez sensu. Nie powinno tak być. To jest znowu jakaś duża kontrola nad nami. To moim zdaniem od razu zakłada nierówność tych wszystkich podmiotów, bo w pewnym obszarze każdy z nas ma inne kompetencje, ale jesteśmy partnerami, a tutaj z doświadczenia myślę, że będzie tak: mądry lekarz będzie wiedział, że się na czymś nie zna, na przykład na laktacji, na karmieniu i tak dalej, bo z takimi również mam styczność, którzy się nas radzą, ale wielu lekarzy na przykład będzie udawało, że się zna. Nie będziemy partnerkami dla nich w takim zakresie. Może tak być. Nie podoba mi się to”. (P2)

O komentarz do obaw położnych co do ograniczenia spowodowanego jedną wspólną deklaracją do zespołu POZ, zapytałyśmy również lekarkę:

„Też były takie sytuacje, że w poradniach POZ, które w ramach swoich struktur miały położną środowiskową, to ta położna była od różnych działań. Nie tylko od patronaży, nie tylko od edukacji, ale również od prowadzenia rejestracji. Pamiętam, że niektóre położne się żaliły na spotkaniach, że muszą sprzątać. I nikt ich nie



pytał, czy im się to podoba czy nie, tylko w ramach zakresu obowiązków dostały również sprzątanie przychodni na koniec dnia. Ja rozumiem sytuację finansową i oszczędności, ale wszystko ma swoje granice. Rozumiem, że jak jest niewielki POZ i pani sprzątająca, która nagle się rozchorowała, bo jest epidemia i leży i przychodnia po prostu jest nie posprzątana, to można wyjątkowo, grzecznościowo poprosić panią położną, która w tej poradni pracuje, czy nie zechciałaby zamieść czy zmyć podłogę na koniec dnia, bo to są sytuacje wyjątkowe. Natomiast przypisywanie w zakresie obowiązków takich rzeczy, to jest niepoważne. Rozumiem położne, ich niepokój i lęk. Szczególnie te, które naprawdę fajnie rozwinęły tę swoją działalność. Znam takie praktyki położnych środowiskowych, które świetnie działały w naszym mieście. Uważam, że te praktyki, które są tu – ich jest bardzo niewiele, bo z tego co wiem, to mamy tylko dwie takie praktyki położnych środowiskowych, to są wiodące praktyki, jeśli chodzi o dobrą opiekę okołoporodową i o prowadzenie edukacji przedporodowej i wizyty patronażowe po porodzie również. Na pewno w wielu sytuacjach byłoby to ze szkodą, gdyby rzeczywiście doszło do takiej sytuacji, że te indywidualne praktyki położnych środowiskowych, byłyby zlikwidowane i uniemożliwiłoby się im prowadzenie ich działalności. To na pewno nie byłoby nic dobrego, bo widzę, że tam, gdzie są te praktyki indywidualne, to te położne się bardzo starały, przynajmniej w większości, o to, żeby ich praca rzeczywiście jakościowo była dużo lepsza niż w tych miejscach, gdzie ta położna jest wyłącznie zatrudniona czy podlegała pod szefostwo danego POZ-u. Wiadomo, że jak się własną firmę prowadzi, to się dba o to, żeby mieć na chleb, ale też jest to motywacja do tego, żeby tą pracę wykonywać jak najlepiej.



Wiadomo, że jeśli będę dobra w swojej pracy, jeśli będę miała dobre efekty, to będę miała w cudzysłowie klientów, czyli pacjentów. Najcenniejszą reklamą jest tak zwana poczta pantoflowa, czyli jedna pani mówi drugiej pani »Słuchaj, taka położna do mnie przychodziła, świetna wyedukowała mnie. Bardzo mi pomogła. Miałam kłopoty, rozwiązała mi wszelkie problemy. Słuchaj jesteś w ciąży, to leć do niej, zapisuj się, bo naprawdę jest świetna". I takie z polecenia przekazywanie informacji jest szalenie cenne i ważne, a tu chodzi o to, żeby ta opieka była jednak jak najlepsza. A nie psychologia. Jak się jest czymś pracownikiem, choć są ludzie, którzy świetnie się realizują będąc pracownikami, ale są tacy, którzy przychodzą do pracy tylko po to, żeby odpracować swoje godziny i żeby jak najmniej od nich chcieli. Niestety jakość tej pracy nie idzie zawsze w parze". (P3)

Jak już napisałyśmy poziom opisywanej do tej pory w wielu aspektach pracy położnych środowiskowo-rodzinnych w szerokim zakresie, a w szczególności w aspekcie wsparcia w karmieniu piersią jest ogromnie zróżnicowany, dlatego imienne prawo wyboru przez kobiety położnej środowiskowo-rodzinnej w kontekście opieki laktacyjnej jest ogromnie istotne. Jako kobiety chcemy wybierać te położne, które posiadają wiedzę i doświadczenie we wspieraniu karmienia piersią, nie będąc ograniczonymi do tego, jaka położna POZ jest zatrudniona w podmiocie, w którym przyjmuje wybrany przez nas lekarz POZ. Jednocześnie istnieje ryzyko, że wiele z położnych prowadzących aktualnie indywidualne praktyki, a realizujących świadczenia na NFZ po prostu zniknie z rynku, ponieważ nie znajdą one lub nie będą chciały znaleźć zespołu POZ, który miałyby współtworzyć. Być może ich działalność pozostanie wyłącznie w sferze usług prywatnych, co w kontekście poradnictwa laktacyjnego i tak jest już zjawiskiem dominującym. Za takie wsparcie najczęściej trzeba po prostu zapłacić. Natomiast wspomniane rozstrzygnięcie o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad pacjentką przez lekarza POZ (które będzie obowiązywać od dnia wejścia zapisów w życie) sprawi, że również o postępowaniu związanym z laktacją będzie ostatecznie mógł decydować lekarz POZ. W podrozdziale 4.3. skupimy się również na tym, jaką rolę odgrywają pediatrzy w karmieniu piersią. Choć porada



laktacyjna zgodnie z obowiązującym stanem prawnym leży w gestii położnej środowiskowo-rodzinnej, o czym już w tym podrozdziale wielokrotnie wspominałyśmy, zastanowimy się nad tym jaki wpływ na kobietę karmiącą może mieć autorytet lekarza.



Problem!

Wchodzące w 2025 roku w życie przepisy ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej unieważnią deklarację wyboru położnej POZ złożone przez kobiety u tych z nich, które nie współtworzą zespołu POZ (a np. prowadzą indywidualne praktyki położnych na umowach z NFZ). Wchodzące w życie prawo zlikwiduje możliwość składania imiennej deklaracji do położnej POZ, a co za tym idzie ograniczy swobodny wybór położnej środowiskowo-rodzinnej, który jest bardzo istotny ze względu na zróżnicowany poziom opieki laktacyjnej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne. Możliwość kobiet do wyboru położnej, którą uznają za kompetentną w tym zakresie, ograniczy się.

4.2. OPIEKA PIELĘGNIARKI POZ

Podczas wizyt patronażowych położna środowiskowo-rodzinna powinna poinformować o obowiązku zgłaszania się na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne (S000 XIV. *Połów*, ust. 10., pkt. 9.), które będą się odbywać w przychodni POZ. Jednocześnie od 8 tygodnia życia dziecka opiekę nad nim przejmuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (S000 XIV. *Połów*, ust. 12.). Zapisane jest to także w niżej cytowanym rozporządzeniu:



„2. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej”.

(Część II. załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej)

„W rozporządzeniu jest zapisane, że po położnej opiekę nad dzieckiem przejmuje pielęgniarka środowiskowa. Nawet ja, jak mam ostatnią wizytę patronażową tą szóstą, to jest taka magiczna regułka: »Przekazuję dziecko pod opiekę pielęgniarki środowiskowej i lekarza pediatry poradni dziecięcej«”. (P4)

W przychodni POZ wykonywane są również u dziecka badania bilansowe w tym przesiewowe w ramach opieki pediatrycznej lekarza POZ (o której więcej w podrozdziale 4.3.). Podczas wizyt w przychodni POZ w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym (w okresie pierwszego pół roku życia dziecka) pielęgniarka POZ jest odpowiedzialna za wykonywanie testów przesiewowych polegających na: wykrywaniu zaburzeń rozwoju fizycznego – pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej; podstawowej ocenie rozwoju psychomotorycznego; orientacyjnym badaniu wzroku. Takie i kolejne, w zależności od wieku dziecka, testy są wykonywane w 12 miesiącu życia dziecka i w kolejnych latach.

Natomiast w 3-4 miesiącu życia dziecka pielęgniarka POZ odbywa wizytę patronażową, podczas której ma pewne obowiązki względem karmienia piersią, o czym dokładniej napiszemy za chwilę²¹³. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej to właściwie jedyny dokument, w którym wspomina się bezpośredniego o karmieniu piersią w kontekście świadczeń

²¹³ część II. załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej



realizowanych przez pielęgniarkę POZ. Ponadto w zakresie zadań pielęgniarki POZ wymienione są takie zadania jak:

- „2) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych świadczeniobiorców;
 - 3) prowadzenie edukacji zdrowotnej;
 - 4) prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia;
 - 5) monitorowanie rozwoju dziecka”.
- (załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

Nie ma więc w zakresie zadań promocji karmienia piersią wymienionej bezpośrednio, jak to jest wymienione w zakresie zadań położnej środowiskowo-rodzinnej. Natomiast edukacja zdrowotna i poradnictwo w zakresie zdrowego stylu życia ten temat obejmują z uwagi na wspomniane wielokrotnie w tym raporcie korzyści zdrowotne karmienia piersią lub mlekiem matki. Jak wobec tego kobiety wspominały kontakt z pielęgniarką POZ podczas wizyt w przychodni w kontekście karmienia piersią?

„Pielęgniarka środowiskowa zaczęła coś mówić o diecie matki karmiącej, a nie ma czegoś takiego, jak dieta matki karmiącej. Miałam wrażenie, że nieodświeżoną wiedzę miała. A tak to w ogóle nie podejmowała tematu karmienia piersią”. (K52)

„Lekarka powiedziała, a to była taka młoda kobieta, chyba jeszcze na specjalizacji, że to super, że się karmimy, cud miód i naprawdę jest pięknie. Idziemy się szczepić i ta pielęgniarka »I co dziecko nie



ma smoczka?«. Ja mówię »Nie ma, bo jest według mnie za małe”, a ona »No ale my dajemy smoczek zaraz po szczepieniu«, »No ja nie« i mówię, że »Dam pierś. To nie jest problem, że dziecko mi popłacze. Nie przeszkadza mi to«. Ale coś tam tłumaczyła, że »bo jak te rotawirusy się daje, to lepiej od razu przyktać smoczkiem, a tak pani i nakarmi piersią i ono nie będzie chciało tych rotawirusów«. »Trudno, nie zmienię tego, że jej nie daję smoczka w tym momencie, no przepraszam«. To była kobieta, która pracowała maszynowo i jak coś nie szło po jej myśli, to już było problemem". (K43)

„Jestem dosyć świadomą osobą i też byłam świadoma możliwych komplikacji przy karmieniu piersią, chociaż też jestem raczej optymistką, więc nawet w ciąży nie kupowałam laktatora, bo byłam przekonana, że jest dziecko, są piersi, są chęci, co może pójść nie tak? To miało być proste i naturalne. Natomiast wiedziałam, że jeżeli coś pójdzie nie tak, to plan był przygotowany. Miałam wybrany laktator, wiedziałam, gdzie go można kupić, żeby wysłać po prostu męża w każdej chwili i żeby zacząć działać, jeśli będzie potrzeba. Natomiast potem widziałam, że karmienie piersią jest różne od tego na co się przygotowałam, że dziecko ze trzy razy zasysa – połyka, zasysa – połyka, potem tylko ssie, ssie, ssie i zasypia zmęczone. Pielęgniarka zaczęła się mądrzyć »No to musi pani przystawiać, przystawiać, bo to pierwsze dziecko, to wszystkie tak panikują mamy. Pani musi przystawiać, bo noworodki tak mają. To nic, że pani się wydaje, że ona nie je. Ona na pewno je«, więc to było denerwujące, bo miałam wrażenie, że wszyscy są mądrzejsi i lepiej wiedzą, co to dziecko robi, jak je, niż ja, która z tym dzieckiem



byłam na co dzień. Brakuje zaufania w kompetencje mamy, że można być świadomym, przygotowanym i zauważać jakiś problem, jeżeli się nie jest specjalistą. Miałam wrażenie, że łatwiej im było, to ignorować”. (K51)

Choć pielęgniarka z powyższej historii nie zniechęcała do karmienia piersią, to jednak bagatelizowała obawy matki. Kobieta czuła się ignorowana.

Podczas wizyt w przychodni kobietom zdarzało się usłyszeć od pielęgniarek POZ sugestie podania dziecku mieszanki. Pielęgniarki uzasadniały to następująco:

„Rzekomą alergią, której nie było”. (wiek dziecka: noworodek, A1427)

„Bo mieszanka jest lepsza, bardziej nasyci dziecko i jest bogatsza w składniki. Zdarzało się to wielokrotnie”. (A1219)

„Że gazy u dziecka są na pewno spowodowane dietą matki. I że jak ona odstawiła pierś i przeszła na mleko modyfikowane, to dziecku od razu było lepiej. Dziwi się, ale podziwia, jak kobiety mogą długo karmić piersią. (Długo to dla niej więcej niż 2 miesiące)”. (wiek dziecka: 6 tygodni, A2355)

„Bo dziecko jest jakieś takie małe (a po zważeniu jednak zaleciła przepajanie wodą, bo za dużo przybrało ;)”. (wiek dziecka: 2 miesiące, A851)



*„Zapytała czy po piersi jeszcze by zjadło modyfikowane”.
(wiek dziecka: 2 miesiące, A586)*

*„Dziecko prężyło się przy piersi, płakało”. (wiek dziecka: 3 miesiące,
A179)*

„Podtuczyć”. (wiek dziecka: ok 4 miesiące, A668)

*„Kazała na następne szczepienie po 6 miesiącu życia zacząć
karmić mieszanką i w celu złagodzenia stresu na szczepieniu
podać dziecku lekką herbatkę z cukrem”. (wiek dziecka: 4 miesiące,
A740)*

*„Jak mleko z piersi jest niewartościowe, to nie ma co dziecku
na siłę pchać. Lepiej podać mleko modyfikowane”. (wiek dziecka:
4 miesiące, A39)*

*„Żeby lepiej spało i mama mogła w końcu odpocząć od karmienia
piersią”. (wiek dziecka: 5 miesięcy, A102)*

*„Żeby jak najszybciej odstawić od piersi i nie dać się uzależnić”.
(wiek dziecka: 5 miesięcy, A884)*

*„Uzasadniła to tym, że po pierwsze dziecko się już nie najada moim
mlekiem. Po drugie, że w ten sposób jestem ciągle »uwiązana« przy*



dziecku. A po trzecie, że mogę dostać od tego raka piersi...”.

(wiek dziecka: 5 miesięcy, A1589)

„Podawać mieszankę, żeby dziecko dłużej spało w nocy”.

(wiek dziecka: 5-6 miesięcy, A720)

„Dziecko już nie potrzebuje, robi sobie z piersi smoczek”.

(wiek dziecka: 6 miesięcy, A1015)

„No ile można dawać cyca”. (wiek dziecka: ok. 9 miesięcy, A717)

„Że to duże dziecko”. (wiek dziecka: 10 miesięcy, A1654)

„Że będzie ciężko odstawić dziecko, jak będzie starsze oraz że mleko po 1 roku życia dziecka nie jest wartościowe”. (wiek dziecka: przed 1 rokiem, A1307)

„Bo dziecko jest już duże, a mleko bez wartości, to już sama woda”.

(wiek dziecka: 12 miesięcy, A600)

„Teraz to już sama woda, co miało dostać to dostało”.

(wiek dziecka: 1 rok, A2035)

„Powiedziała, że powinnam już zdecydowanie odstawić dziecko od piersi, bo mleko nie ma już żadnych wartości”. (wiek dziecka: około 2 lata, A2104)



Pomimo że tego typu i podobne sugestie dało 4,0% spośród pielęgniarek POZ, które, jak zaznaczyły kobiety, były zainteresowane sposobem żywienia dziecka (N=892), oraz 1,0% spośród tych, które nie były zainteresowane (N=1410), to takie słowa powielające mity, przekazujące osobiste opinie na temat mleka matki oraz zniechęcające kobiety do karmienia piersią, które przecież personel medyczny powinien promować, nigdy nie powinny paść z ust żadnej z pielęgniarek. Nieświadomość na temat profilaktyki raka piersi i tego, że karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre z nowotworów sprawia, że wypowiedzi pielęgniarek na ten temat czy zniechęcanie kobiet do karmienia piersią, w tym dłuższego niż rok, jest działaniem na szkodę zdrowia publicznego, a w szczególności samej matki i dziecka.



Problem!

Zdarza się, że pielęgniarki POZ zniechęcają kobiety do karmienia piersią, powielają mity, a nawet nie posiadają podstawowej wiedzy na temat profilaktyki raka piersi związanej z karmieniem piersią.

Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ powinna odbyć się w 3-4 miesiącu życia dziecka zgodnie z niżej cytowanym rozporządzeniem. Posiada ona dwa wskazane cele, z czego jeden skupia się wokół instruktaży udzielanych matce przez pielęgniarkę, w tym instruktaż w zakresie karmienia piersią.



„Wizyta patronażowa pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mająca na celu:

- 1) przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej;
- 2) w razie stwierdzenia nieprawidłowości – rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny”.

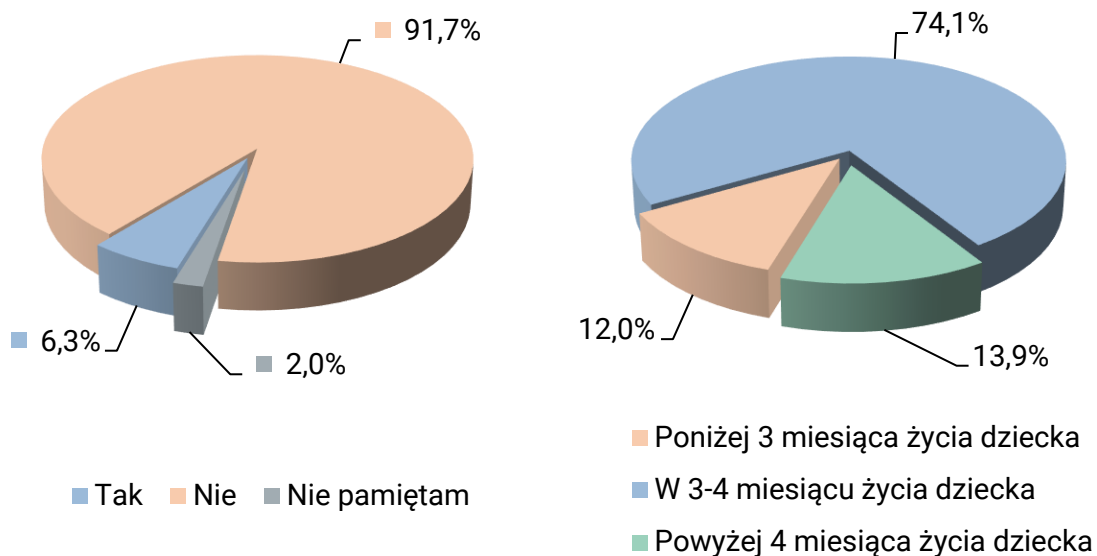
(Część II. załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej)

Powyższy dokument jako jedyny wymienia obowiązek pielęgniarki POZ wobec karmienia piersią. W innych dokumentach jak wspomnieliśmy wcześniej takich zapisów nie ma. Również w S000 nie wymienia się żadnych zadań pielęgniarki POZ.

Zanim przejdziemy do przebiegu wizyt patronażowych, spójrzmy na statystki zebrane na podstawie ankiet, a dotyczące zarówno faktu odbywania się wizyt, jak i wieku dziecka, w którym się odbyły.

Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ w domu kobiety odbyła się u 6,3% ankietowanych, 91,7% kobiet oznaczyło, że takiej wizyty nie miało, a 2,0% tego faktu nie pamiętało (Ryc. 4.19. po lewej). U kobiet, u których ta wizyta się odbyła, miała ona miejsce w większości w okresie, w którym powinna była się odbyć, czyli w 3.-4. miesiącu życia dziecka (74,1%), ale zdarzało się również, że odbyła się wcześniej (12,0%), lub później (13,9%) (Ryc. 4.19. po prawej).





Ryc. 4.19. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy pielęgniarka z przychodni POZ przyszła do Twojego domu na wizytę patronażową?” (% N=2504), po prawej „W jakim wieku było wówczas dziecko?” (% N=158)

O tym, że pielęgniarka środowiskowa nigdy nie była na wizycie w domu kobiety, mówiła jedna z nich – matka trójki dzieci:

„Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, która powinna odbywać patronaże, do której złożyłam faktycznie deklarację, do tej pory jeszcze się do mnie nie odezwała. Dziecko kończy już 1,5 roku. Natomiast wcześniej nawet do mnie dzwoniła i pytała »Pani J., a karmi pani?«. To było tyle i coś sobie wpisywała w ten patronaż i pytała »Muszę przychodzić?«. Ja na to »Nie musi pani«. I tak by mi to nic nie dało, bo po prostu podejście już było odpowiednie. Natomiast teraz, to nawet już nie dzwoni. Jeżeli chodzi przynajmniej o moje doświadczenia, to zawsze to była ta sama jedna pani, więc może ona po prostu tak ma. Ja już potem wiadomo, też nie potrzebowałam tego, bo już wiedziałam co robić



i tak dalej. Myślę, że na takim początku, kiedy się jest z tym dzidziusiem takim maleńkim, to faktycznie te patronaże od położnej środowiskowej są bardzo ważne. Ja tej wizyty od pielęgniarki środowiskowej rodzinnej nie potrzebowałam, ale przez to, że taki jest mój zawód. Natomiast ktoś inny mógłby tego potrzebować. Pielęgniarka powinna to robić, nawet żeby zobaczyć dziecko czy nie jest maltretowane, czy nie ma krzywicy, jak się zarasta ciemię. Przecież ona tego nie wie, bo tego dziecka nie widzi, czy to dziecko je, jak ono wygląda, czy ono w ogóle jest w domu z tymi rodzicami. To się nie odbywa po prostu. Nie wiem, czy ona wpisuje coś w papiery, pewnie tak, bo musi też to wykazać, że to robi. One mają kontrakt z NFZ na świadczenie usług. A wiem, że musi, ponieważ ona mnie pytała »Mogę sobie wpisać?«, jak wcześniej jeszcze dzwoniła. Dlatego teraz jestem zdziwiona, że nie dzwoni więc może już zupełnie, bez mojej wiedzy to wpisuje”. (K25)

Podobnie jak w przypadku wizyt w edukacji przedporodowej czy patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej, zapytałyśmy wojewódzkie oddziały NFZ o dane dotyczące wizyt patronażowych pielęgniarki POZ. Warto tu wyjaśnić, że wizyty te nie są rozliczane jako osobne świadczenie, tak jak to ma miejsce w przypadku wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej. W tym wypadku kwot refundacji nie podano, gdyż wizyty te są rozliczane w ramach stawki ryczałtowej – miesięcznej, określanej mianem kapitacji (przypomnijmy: przekazywanej przez NFZ pielęgniarki/przychodni POZ na podstawie złożonych do tej położnej deklaracji wyboru położnej POZ, czyli niezależnie od ilości świadczeń).

W Tab. 7 przedstawiamy podsumowanie pozyskanych danych ogólnopolskich dot. wizyty patronażowej pielęgniarki POZ. Najwięcej w sumie w całej Polsce odbyło się w 2018 roku, zaś najmniej w roku 2021, co przedstawia się następująco: 2018 r. – 121 537 wizyt; 2019 r. – 111 699 wizyt; 2020 r. – 72 994 wizyt, 2021 r. – 65 038 wizyt, 2022 r. – 73 130 wizyt.





Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ

	2018	2019	2020	2021	2022
Woj. dolnośląskie	13 392	10 019	7 918	8 233	7 604
Woj. kujawsko-pomorskie	3 785	3 799	2 656	2 125	2 204
Woj. lubelskie	8 141	7 211	4 394	3 687	4 063
Woj. lubuskie	7 134	6 063	4 645	4 410	3 817
Woj. łódzkie	14 555	12 556	7 523	6 849	11 842
Woj. małopolskie	9 444	8 565	5 396	4 551	6 256
Woj. mazowieckie	13 803	13 060	8 882	7 992	8 617
Woj. opolskie	589	687	421	383	505
Woj. podkarpackie	7 291	7 056	3 958	2 666	3 057
Woj. podlaskie	4 562	4 541	3 616	3 169	3 365
Woj. pomorskie	10 494	10 094	6 725	5 735	5 961
Woj. śląskie	4 661	4 124	2 100	1 996	2 508
Woj. świętokrzyskie	2 539	2 544	1 512	1 202	1 105
Woj. warmińsko-mazurskie	6 325	6 412	3 860	3 347	3 427
Woj. wielkopolskie	9 886	8 621	5 748	5 591	5 442
Woj. zachodniopomorskie	4 936	6 347	3 640	3 102	3 357
Suma:	121 537	111 699	72 994	65 038	73 130

Tab. 7. Liczba świadczeń „Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ” dla poszczególnych województw w latach 2018-2022 (źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej)

Oszacowałyśmy u ilu procent dzieci odbyła się wizyta patronażowa pielęgniarki POZ, gdyby miały z niej skorzystać wszystkie dzieci, czyli względem danych o liczbie urodzeń z Tab. 1. (przy założeniu jednej wizyty u jednego dziecka). Wyniki prezentujemy w Tab.8. poniżej.





Oszacowana ilość procentowa niemowląt (względem urodzeń),
u których odbyła się wizyta patronażowa pielęgniarki POZ

	2018	2019	2020	2021	2022
Woj. dolnośląskie	48,2%	37,2%	30,8%	33,7%	33,5%
Woj. kujawsko-pomorskie	19,1%	19,6%	14,7%	12,7%	14,6%
Woj. lubelskie	40,5%	37,4%	24,4%	22,2%	26,7%
Woj. lubuskie	75,4%	67,1%	53,8%	55,6%	53,8%
Woj. łódzkie	63,2%	58,0%	36,0%	35,6%	65,2%
Woj. małopolskie	24,9%	23,2%	15,3%	13,7%	20,1%
Woj. mazowieckie	22,8%	21,9%	15,7%	14,8%	17,1%
Woj. opolskie	6,9%	8,1%	5,3%	5,3%	7,4%
Woj. podkarpackie	33,9%	34,2%	20,2%	14,9%	18,2%
Woj. podlaskie	38,7%	40,0%	34,3%	31,3%	36,8%
Woj. pomorskie	39,6%	38,8%	27,5%	24,6%	28,4%
Woj. śląskie	10,9%	10,2%	5,5%	5,7%	7,9%
Woj. świętokrzyskie	23,7%	24,9%	15,9%	13,8%	13,5%
Woj. warmińsko-mazurskie	46,2%	49,7%	31,9%	31,8%	34,6%
Woj. wielkopolskie	25,5%	23,0%	16,0%	16,7%	17,9%
Woj. zachodniopomorskie	32,1%	43,4%	26,5%	24,1%	28,8%
Cała Polska	31,3%	29,8%	20,5%	19,6%	24,0%

Tab. 8. Liczba świadczeń „Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ” dla poszczególnych województw w latach 2018-2022 (źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej)

Oszacowana ilość procentowa niemowląt (względem urodzeń), u których odbyła się wizyta patronażowa pielęgniarki POZ rozkłada się następująco w kolejności od największej średniej liczonej na przestrzeni 5 lat (Tab. 8.):



- Woj. lubuskie: 2018 r. – 75,4%, 2020 r. – 53,8%, 2022 r. – 53,8%;
- Woj. łódzkie: 2018 r. – 63,2%, 2020 r. – 36,0%, 2022 r. – 65,2%;
- Woj. warmińsko-mazurskie: 2018 r. – 46,2%, 2020 r. – 31,9%, 2022 r. – 34,6%;
- Woj. dolnośląskie: 2018 r. – 48,2%, 2020 r. – 30,8%, 2022 r. – 33,5%;
- Woj. podlaskie: 2018 r. – 38,7%, 2020 r. – 34,3%, 2022 r. – 36,8%;
- Woj. pomorskie: 2018 r. – 39,6%, 2020 r. – 27,5%, 2022 r. – 28,4%;
- Woj. zachodniopomorskie: 2018 r. – 32,1%, 2020 r. – 26,5%, 2022 r. – 28,8%;
- Woj. lubelskie: 2018 r. – 40,5%, 2020 r. – 24,4%, 2022 r. – 26,7%;
- Woj. podkarpackie: 2018 r. – 33,9%, 2020 r. – 20,2%, 2022 r. – 18,2%;
- Woj. wielkopolskie: 2018 r. – 25,5%, 2020 r. – 16,0%, 2022 r. – 17,9%;
- Woj. małopolskie: 2018 r. – 24,9%, 2020 r. – 15,3%, 2022 r. – 20,1%;
- Woj. mazowieckie: 2018 r. – 22,8%, 2020 r. – 15,7%, 2022 r. – 17,1%;
- Woj. świętokrzyskie: 2018 r. – 23,7%, 2020 r. – 15,9%, 2022 r. – 13,5%;
- Woj. kujawsko-pomorskie: 2018 r. – 19,1%, 2020 r. – 14,7%, 2022 r. – 14,6%;
- Woj. śląskie: 2018 r. – 10,9%, 2020 r. – 5,5%, 2022 r. – 7,9%;
- Woj. opolskie: 2018 r. – 6,9%, 2020 r. – 5,3%, 2022 r. – 7,4%.

Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz dane z ankiety okazuje się, że w większości przypadków wizyty patronażowe pielęgniarek środowiskowych po prostu się nie odbywają. Na pewno problemy, o których wspominałyśmy w odniesieniu do położnych środowiskowo-rodzinnych, dotyczą również pielęgniarek – braki kadrowe, wysoka średnia wieku, duży odsetek osób z uprawnieniami emerytalnymi wciąż pracujących w zawodzie. Być może wpływ ma również w tym wypadku brak finansowania za jednostkowe świadczenie? Wątpliwości również budzi to, czy tak jak w przypadku jednej z kobiet, pielęgniarki POZ nie oznaczają odbycia wizyty jedynie po kontakcie telefonicznym.

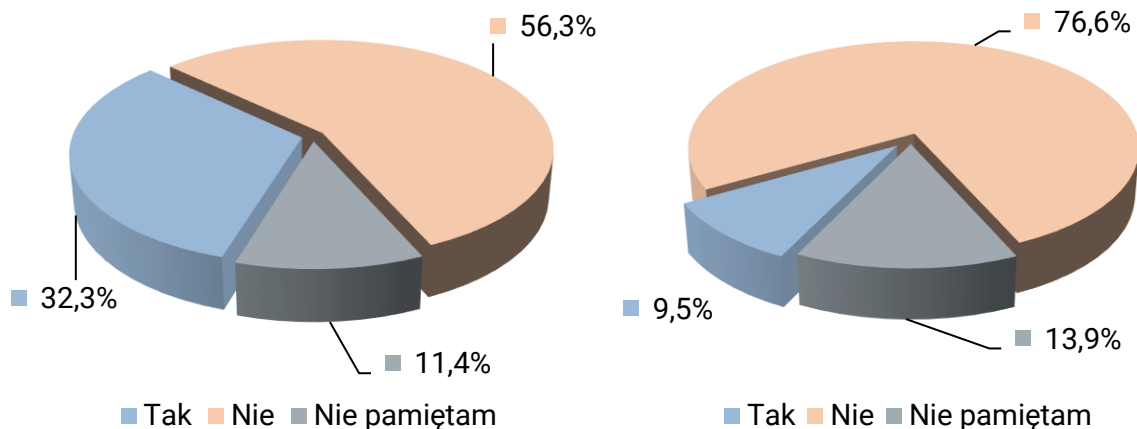




Problem!

U większości dzieci i kobiet (91,7% ankietowanych) nie odbywa się wizyta patronażowa pielęgniarki POZ, która powinna zostać zrealizowana się w 3-4 miesiącu życia dziecka.

Kolejnym zagadnieniem, o które pytałyśmy było to, czy pielęgniarki POZ przeprowadzały instruktaże wymienione w cytowanym wcześniej rozporządzeniu. Spośród osób, u których pielęgniarka środowiskowa była w domu na wizycie, instruktaż w zakresie pielęgnacji dziecka został przeprowadzony w 32,3%, w 56,3% taki instruktaż się nie odbył, zaś 11,4% kobiet nie pamiętało, czy taki instruktaż miał miejsce (Ryc. 4.20. po lewej). Co do instruktażu pielęgnacji jamy ustnej dziecka 9,5% respondentek stwierdziło, że taki instruktaż się odbył, 76,6% – że nie, zaś 13,9% nie pamiętało, czy się odbył (Ryc. 4.20. po prawej).



Ryc. 4.20. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy podczas wizyty pielęgniarka przeprowadziła instruktaż w zakresie pielęgnacji dziecka?” (% , N=158), po prawej „Czy podczas wizyty pielęgniarka przeprowadziła instruktaż pielęgnacji jamy ustnej dziecka?” (% , N=158)

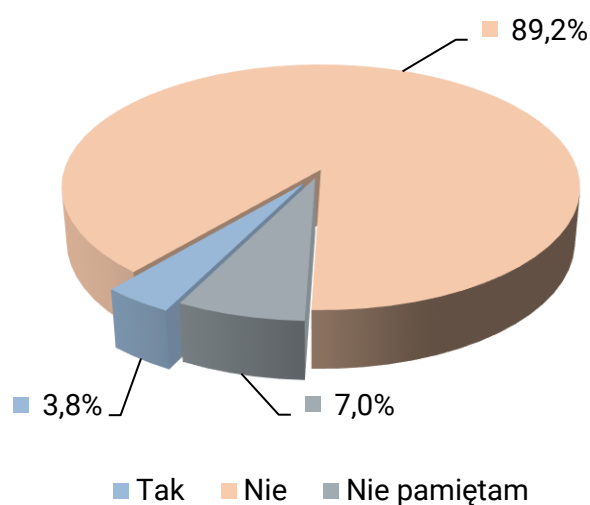
Jeśli już instruktaż pielęgnacji jamy ustnej dziecka był przeprowadzony, to kobiety opisując go wymieniały na przykład: zainteresowanie ze strony pielęgniarki POZ tym, czy dziecko ma afty, omówienie jak postępować, kiedy się pojawiają, omówienie higieny jamy ustnej dziecka oraz pokazanie jak przebiega jej czyszczenie.



„Pokazała, jak wyczyścić buzię w środku. Było to przydatne”.

(A2417)

Co do instruktażu w zakresie karmienia piersią tylko 3,8% kobiet wskazało, że taki instruktaż się odbył podczas wizyty pielęgniarki POZ, 89,2% zaznaczyło, że nie, zaś 7,0% kobiet spośród tych, u których wizyta pielęgniarki POZ się odbyła, nie pamiętało czy miało taki instruktaż (Ryc. 4.21.). Dane te obrazują fakt, iż pielęgniarki POZ realizując świadczenie wizyty patronażowej nie skupiają się na zagadnieniach związanych z laktacją, choć wynika to z zakresu ich obowiązków.



Ryc. 4.21. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy podczas wizyty pielęgniarka przeprowadziła instruktaż w zakresie karmienia piersią?” (% , N=158)

Część kobiet wskazywała no to, że pielęgniarka pochwaliła fakt karmienia piersią czy też zachęcała do jego kontynuowania. Nieliczne z nich otrzymały porady co do karmienia piersią.

„Upewniła się, że nie mamy żadnych trudności”. (A450)

„Powiedziała: »Karm, jak najdłużej. To najlepsze co może być dla dziecka«”. (A1295)



„Dziecko powinno złapać cały sutek i jak największą część otoczki przy prawidłowym karmieniu. Wiedziałam to już po szkole rodzenia i przy pierwszym dziecku”. (A876)

„Przystawiała ze mną małego”. (A926)

„Dobór pozycji”. (A375)

W wielu jednak przypadkach kobiety niestety nie otrzymały rzetelnych wskazówek:

„Zapytała tylko o sposób karmienia”. (A407)

*„Poleciała przejście na mieszankę, żebym mogła się wyspać”.
(A152)*

*„Była akurat w czasie, kiedy mieliśmy problemy z karmieniem.
Kazała dopijać woda i próbować dokarmiać butelka”. (A1246)*

*„Dlaczego tylko piersią pani karmi? To już czas na zupki
i przecierki”. (A1045)*

*„Jeśli karmienie piersią sprawia mi trudności, ból to mogę przejść
na mleko modyfikowane i nic się nie stanie. Dziecko będzie
na modyfikowanym lepiej spać i nie będzie na mnie »wisieć«”. (A39)*



„Tak komentowała, udzielając błędnych i przestarzałych informacji, wciskając reklamy i próbki mleka modyfikowanego, mimo mojego sprzeciwu”. (A545)

„Pielęgniarka zaproponowała rozszerzenie diety dziecka w 3 miesiącu życia żebyś się bardziej wyspała!”. (A2222)

„Kazała nie karmić już w nocy i przeprowadzić dziecko do osobnej sypialni”. (A467)

Warto w tym miejscu zauważyć, że Amerykańska Akademia Pediatrii zaleca karmienie piersią jako jedną ze strategii zmniejszających ryzyko SIDS lub nagłej niewyjaśnionej śmierci niemowlęcia²¹⁴.

Również podczas wywiadów kobiety opowiedziały o tym, jaki przebieg miały wizyty:

„Jak się zapisywałam do przychodni i zapisywałam dziecko, to od razu mówili, że za tyle i tyle przyjdzie pielęgniarka. Mówię »Jaka pielęgniarka? Położna już przychodzi«. »Nie, nasza pielęgniarka środowiskowa«. »Jak ma przyjść, to niech przyjdzie co za problem, proszę«. No i była. Bardzo sympatyczna pani. Pochwaliła karmienie piersią. Instruować mnie nie próbowała raczej, tylko zapytała, jak dziecko jest karmione”. (K32)

²¹⁴ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]



„Pielęgniarka, która przyszła z przychodni, to w ogóle był żart. Pytała, kiedy podam mieszankę i najlepiej, żeby koło 4 miesiąca rozszerzać dietę, że to już trzeba podawać słoiczki. Ja tylko tak się spojrzałam, pomyślałam »Nie będę się z nią kłócić się«, mówię »Dobrze, [marka słoiczków]?«. »Tak, najlepsze«. Potem gadała głupoty o tym, jaki ma remont w łazience i bardzo podobała jej się u mnie szafka i robiła sobie zdjęcia mojej łazienki”. (K29)

„Pielęgniarka środowiskowa wpadła na chwilę, rzuciła okiem na dziecko, zapytała o szczepienia i poszła. W sumie tak wyszło, że akurat maleńka spała, to nawet nic nie robiła, tylko się zapytała, czy szczepimy – szczepimy tak, no i to na tyle”. (K46)

„Pielęgniarka chciała przyjść tego samego dnia, co się dowiedzieliśmy. W zasadzie nie wiedziałam, jak taka wizyta ma wyglądać. Wpisałam w Internet, a tam wyczytałam historię, że te pielęgniarki po prostu przychodzą sprawdzać, czy się z dzieckiem nic nie dzieje, że jak dziecko jest zaniedbane, to mogą je odebrać matce. Ja byłam bardzo przerażona tą wizytą. Naczytałam się strasznych historii. Ale ta nasza pielęgniarka była bardzo miła. Wizyta była bardzo krótka. Przyszła, po prostu zapytała, czy jest wszystko w porządku, nawet nie badała córki. Tak po prostu na nią ogólnie patrzyła, bardziej jakby się chyba też na mnie skupiła, też pytała, czy wszystko w porządku, czy mi się dobrze goi rana. Wtedy pamiętam, że mieliśmy problem z zaparciami i to zgłosiłam. Ona poradziła mi, żebym ja jadła więcej śliwek suszonych, że wtedy to przeniknie przez moje mleko. I jadłam te śliwki na kilogramy do wymiotów, to nic nie dawało, a ja prostu jadłam całymi



paczkami, żeby jej pomogły. A potem na grupie w Internecie zapytałam, to mi napisano, że suszone śliwki nie działają przez mleko mamy. W zasadzie nie umiem powiedzieć teraz, jaki był cel tej wizyty. Wydaje mi się, że ten cel, to było tylko odhaczenie, bo nie sprawdziła w ogóle córki, po prostu tak przyszła chwilę pogadała, coś tam sobie odhaczyła w papierach i poszła. Pytała bardziej czy my do niej jakieś pytania mamy i przyniosła nam takie broszurki właśnie o rozszerzaniu diety, gdzie też były właśnie reklamy mleka modyfikowanego". (K45)

Kobieta z ostatniej historii dopytana o instruktaż karmienia piersią powiedziała, że nic takiego nie miało miejsca. Jedna z położnych, która udzieliła nam wywiadu wspomniała o kompetencjach pielęgniarek środowiskowych, które według niej są dalekie od wspierania w laktacji:

„Pielęgniarka środowiskowa nie ma kompetencji w prowadzeniu laktacji i żadnych zaleceń takiej matce nie udzieli, bo jej grupą największą, docelową opieki są osoby w podeszłym wieku. One bardziej się zajmują opatrunkami, odleżynami, iniekcje, rany, szwy. Takie rzeczy, w tym to są oblatane". (P4)

Zaprezentowane wcześniej dane dotyczące przeprowadzenia instruktażu z zakresu karmienia piersią (3,8%) były obliczane względem osób, u których wizyta patronażowa pielęgniarki się odbyła. Natomiast jeśli wyliczyć, ile procent wszystkich kobiet, u których potencjalnie taka wizyta odbyć się mogła (czyli 2504 ankietowane) miało taki instruktaż, to otrzymujemy 0,2%. Zadanie to realizowane jest w stopniu znikomym, a system w tym obszarze w zupełności nie spełnia swojej roli. Natomiast warto sobie zadać pytanie, czy rzeczywiście takie zadanie leży w kompetencjach pielęgniarki POZ i czy taki instruktaż w ogóle powinien być częścią tej wizyty? Jako że 3-4 miesiąc życia dziecka jest okresem, w którym kobiety mogą napotkać wiele trudności, to wydaje się, że podoba wizyta nie tyle



z instruktażem, ale z poradą laktacyjną byłaby wskazana. Natomiast musiałaby być wykonywana przez kompetentne osoby, o czym pisałyśmy przy okazji opisu wsparcia udzielanego podczas wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej. Dlatego porada czy instruktaż w zakresie karmienia piersią realizowane przez pielęgniarki POZ budzą wiele wątpliwości. Warto odnotować, że konieczny jest monitoring albo zmiany prawne, skoro zapisy są praktycznie nierealizowane. Na przykładzie wizyt patronażowych pielęgniarek POZ wydaje się, że system finansowania ryczałtowego (kapitacja) nie sprawdza się w sytuacji, kiedy świadczenie odbywa się w domu u pacjentki. W porównaniu z wizytami patronażowymi położnej środowiskowo-rodzinnej, których wycena jednostkowa świadczenia i tak jest niska (o czym mówiły osoby, z którymi rozmawiałyśmy podczas wywiadów), to wizyt pielęgniarek POZ jest realizowanych o wiele mniej.



Problem!

Zdarza się, że pielęgniarki POZ podczas wizyty patronażowej udzielają porad, które mogą zaszkodzić procesowi karmienia piersią u danej maki i dziecka. Instruktaż w zakresie karmienia piersią udzielany przez pielęgniarkę POZ odbywa się u znikomej ilości kobiet (0,2% ankietowanych).

4.3. OPIEKA PEDIATRYCZNA

Między 1-4 tygodniem życia dziecka powinna odbyć się w domu u dziecka lub w przychodni POZ pierwsza wizyta patronażowa lekarza POZ, który zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej posiada odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie pediatrii.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej został zawarty zakres zadań do wykonania podczas takiej wizyty (badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczk, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów



biodrowych). Podczas wizyt w przychodni POZ w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym (w okresie 2-6 miesiąca życia dziecka, jak również w 9 i 12 miesiącu życia dziecka i w kolejnych latach) lekarz POZ ocenia rozwój dziecka dokonuje kolejnych badań lekarskich bilansowych i przesiewowych²¹⁵. Nie zawarto przy tych zapisach żadnych odniesień do karmienia piersią czy badania jamy ustnej dziecka pod kątem ssania, poradnictwa laktacyjnego czy promocji karmienia piersią. Natomiast w rozporządzeniu w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie działań lekarza POZ mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy ujęto, że prowadzi on edukację zdrowotną. Wydaje się, że przynajmniej w tym zakresie edukacja o karmieniu piersią zawiera się w obowiązkach lekarza POZ.

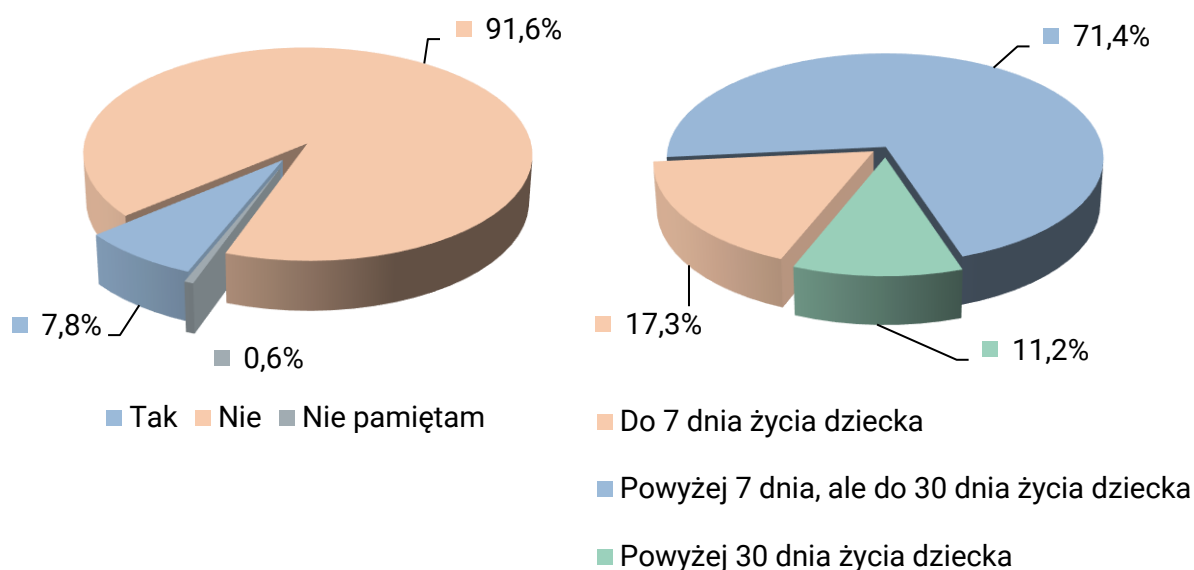
Z kolei według Amerykańskiej Akademii Pediatrii, bezpośrednia komunikacja pediatrów z rodzinami, która wskazuje, iż karmienie piersią jest priorytetem medycznym i zdrowotnym, może wydłużyć czas trwania i wyłączność karmienia piersią. Zauważana jest również rola pediatrów w dostarczaniu jak najbardziej aktualnych informacji oraz we wsparciu matek karmiących. Zaznacza się, że pediatra musi być w stanie ocenić skuteczność karmienia piersią, poradzić sobie z typowymi problemami, udzielić wskazówek dotyczących zachowania laktacji, jeśli konieczne jest dokarmianie, a także wystawić odpowiednie skierowania czy współpracować ze specjalistami od laktacji, a nawet szkolić pozostały personel w tym zakresie²¹⁶. Tymczasem, przyjrzyjmy się, jakie wskazówki w zakresie karmienia piersią otrzymywały kobiety od pediatrów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce?

Domowa wizyta patronażowa lekarza pediatry z przychodni POZ, do której zapisane było dziecko odbyła się u 7,8% ankietowanych, zaś 91,6% zaznaczyło, że taka wizyta w domu się nie odbyła, z kolei 0,6% ankietowanych tego faktu nie pamiętało (Ryc. 4.22. po lewej). Większość wizyt, które się odbyły w domu miała miejsce w 1 miesiącu życia dziecka – a dokładniej 17,3% do 7. dnia życia dziecka i 71,4% między 7. a 30. dniem życia dziecka. Kolejne 11,2% wizyt odbyło się po 30. dniu życia dziecka (Ryc. 4.22. po prawej).

²¹⁵ Część III. załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

²¹⁶ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]





Ryc. 4.22. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy lekarz pediatra z Twojej przychodni, był w Twoim domu na wizycie patronażowej?” (% , N=2504), po prawej „W którym dniu życia dziecka lekarz przyszedł na wizytę patronażową?” (% , N=196)

Wizyty patronażowe lekarza POZ, w przeciwieństwie do wizyt patronażowych położnej POZ i pielęgniarki POZ, nie muszą się odbywać w miejscu zamieszkania dziecka, ale mogą się odbyć również w przychodni POZ, co oznacza, że część wizyt, które nie odbyły się w domu kobiety, mogło odbyć się w placówce. Kobiety, u których lekarz POZ był na wizycie w domu, były pytane o to, czy lekarz był zainteresowany sposobem karmienia dziecka oraz jak się do karmienia piersią odnosił. Podobne pytanie zadałyśmy w kontekście wizyt w placówce. W dalszej części zaprezentujemy odpowiedzi kobiet, między innymi na te pytania odnosząc się zarówno do wizyty patronażowej jak i wizyt w placówce medycznej.

Często zdarzało się, że zainteresowanie lekarzy pediatrów sposobem karmienia, sprowadzało się jedynie do odnotowania tej informacji. Lekarze podmiotów POZ są zobowiązani do sprawozdawania liczby niemowląt oraz sposobu ich karmienia (wyłącznie piersią, mieszane, sztuczne w okresach: 1-4 tydzień życia dziecka, 2-6, 9 oraz 12 miesiąc życia dziecka)²¹⁷.

²¹⁷ Formularz MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, <https://rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2023/01/MZ-11-2022.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



„Zapytał tylko czy karmione jest piersią”. A407

„Nie skomentował w żaden sposób, po prostu odnotował w książeczce”. (A622)

„Szczepienie było odroczone i dopiero w drugim miesiącu życia dziecka pojawiłyśmy się pierwszy raz w POZ. Wtedy było tylko pytanie »Jak pani karmi?« i to wszystko. Tylko uzyskanie informacji, że tak i nic więcej. (K36)

„Nie było tam wsparcia, było takie rutynowe pochwalenie na zasadzie: »O pani karmi, to dobrze, mało kobiet teraz karmi«. Ani jakiś entuzjazm, ani jakaś propozycja wsparcia, żadnej inicjatywy z ich strony nie było. Ani ziębi, ani grzeje”. (K32)

Zdarzało się, że oprócz uzyskania informacji o sposobie karmienia kobiety usłyszały pochwałę karmienia piersią lub zachętę do kontynuowania.

„Był pod wrażeniem karmienia i ściągania laktatorem”. (A75)

„Był zadowolony, że karmię piersią i że pod opieką doradczyni odstawię pomału mieszankę”. (A666)

„Było pytanie o to, w jaki sposób dziecko jest karmione, to powiedziałam, że moim mlekiem. »No to dobrze, bo to zdrowie, a jest COVID« i w ogóle, że dobrze, że super, na zasadzie pochwały.



Nie było edukacji w tym temacie, ale też lekarz wiedział, że to jest moje 2 dziecko karmione piersią”. (K30)

„Jak byliśmy z bostonką, to nawet się cieszyła, bo trzeba dużo pić”.
(K3)

„Było pytanie właśnie jak jest dziecko karmione. Powiedziałam, że wyłącznie piersią, to powiedzieli, że bardzo dobrze i żeby tak trzymać, więc to było takie zachęcenie”. (K26)

„Jak byliśmy na drugim szczepieniu pytano się, jak jest karmieniem i mówiłam, że udało się wyjść z mieszanki, to mówiły, że super, że naprawdę gratulują”. (K22)

„Bardzo na plus, wytłumaczył co to jest karmienie na żądanie, mówił o diecie i suplementach kwasów omega, bez sugerowana marki. Przypomniat o picciu wody. Więcej mówił o karmieniu niż położna środowiskowa”. (A32)

Wyjątkowe były sytuacje, kiedy pytano się o problemy w karmieniu piersią lub doradzano w tej kwestii:

„Do karmienia piersią odnosił się jak najbardziej przychylnie, zapytał, jak sobie radzę, czy są jakieś problemy”. (A2175)



„Doktor jest pro karmieniu piersią. Przy pierwszym dziecku nawet, gdy pojawiły się problemy z przybieraniem dziecka nie proponował mieszanki, tylko odciąganie mojego mleka i dalszą obserwację”.

(A2412)

Neurologopedka, która udzieliła nam wywiadu opowiedziała o swoim osobistym doświadczeniu:

„Pediatria, który przyjmuje przy okazji, np. szczepień powinien też o takie rzeczy dopytać: dlaczego dziecko nie jest karmione wyłącznie naturalnie? Oczywiście jest to klasyczne pytanie jak wygląda karmienie, czy jest pierś czy butelka, ale na tym się zamyka. Ja mam też takie fajne doświadczenie, bo moja pierwsza córka przybierała jak szalona na masie, a druga w drugą stronę miała. W pewnym momencie taki bardzo liche przyrost i ja już taka nagrzana do tego pediatriy szłam, już wiedziałam, o czym będzie dyskusja. I faktycznie, mówi: takie a takie przyrosty, trzeba będzie pomyśleć o dokarmianiu. I ja już tutaj właśnie cała gotująca się, przygotowana na to, a on w którymś momencie zaskoczył i powiedział: »To może, a ile jest pani w stanie mleka odciągnąć?« i ja mówię, że jestem w stanie dużo, bo odciążam, bo mam tyle, że jeszcze się dzieliłam na tym etapie mlekiem. Tego mleka było dosyć dużo i on mówi »To spróbujmy jedną butelkę na razie dorzucić mleka odciąganego« i to jest fajne rozwiązanie. Jak rozmawiam z położnymi o tej sytuacji, to mówią, że to się nie zdarza praktycznie, bo to było jakby okazanie troski, zainteresowania się mną, też tym, jakie są moje możliwości, co ja mogę jeszcze zrobić, a mógł prosto wyliczyć, jaką powinna dostać



porcję mleka modyfikowanego i powiedzieć: musicie się dokarmić, bo tu brakuje. U nas było o tyle fajnie, że ta sytuacja się unormowała w ciągu kilku dni, więc jak chciał nas zobaczyć za dwa tygodnie, żeby zważyć małą, sprawdzić czy to po prostu działa, to już było dobrze”. (P9)

Jednej z kobiet lekarz pediatra okazała zainteresowanie jej trudnościami z karmieniem bezpośrednio z piersi.

„Najwięcej w temacie karmienia zawdzięczam mojej pediatrze. Otóż, kiedy zapytała, jak karmię, powiedziałam, że odciągam pokarm i podaję w butelce. Kazała się rozebrać i przystawić dziecko i mała zaczęła pięknie ssać. Wiem, że to przypadek, ale ja wtedy byłam już zrezygnowana, a od tego właśnie momentu córka jest już tylko na mojej piersi. Więc tak symbolicznie wiązę, to z prośbą pediatry o przystawienie dziecka 😊”. (A2190)

Kobiety, które miały trudności z karmieniem piersią opowiadały o tym, że oczekiwałyby wsparcia również od lekarzy pediatrów z przychodni POZ, a go nie dostały. Pierwsza zmagająca się z trudnościami ze ssaniem po stronie dziecka, ponadto położna, do której była zapisana (poza przychodnią POZ), odmówiła wcześniej przyścia na wizytę patronażową ze względu na Covid.

„Zaczęłam szukać jakichś innych sposobów, żeby nam wszystkim pomóc i jedno pamiętam, że chciałam, żeby nas lekarz zobaczył w POZ-cie, bo ja byłam zła, że nikt nie przychodzi i ja nie wiem, czy to dziecko jest zdrowe, czy nie, już pomijając kwestię właśnie przybierania itp. Lekarz w POZ-cie w końcu nas przyjął. To była



tylko jedna wizyta, na którą się umówiliśmy, natomiast pomoc w kierunku laktacji była żadna. Obejrzał dziecko. Stwierdził, że wszystko jest ok. »Czy karmi pani piersią?«. »No próbuję« i tyle. Pomoc ze strony POZ-u była absolutnie żadna. Nie było nawet sugestii, że może by wziąć położną od nich, bo to można zmienić. Jak teraz tak o tym myślę, to było dużo rzeczy, które oni mogliby zaproponować. Potem byliśmy na wizycie szczepiennej na pewno, bo to nie było zamknięte i nas nie omijało. Na pytanie, czy żona karmi piersią, mąż powiedział, że podaję odciągnięte mleko i to było wszystko. Nikt się nie interesował, dlaczego i jak pomóc. W ogóle ich to nie interesowało". (K19)

„Zawsze, gdy padało pytanie »Jak jest karmione dziecko?«, to ja mówiłam, że moim mlekiem, ale odciągam. Brakowało mi tego, żeby ktoś się zainteresował »A czemu, a czy chce pani karmić piersią? Może jakoś pomóc?«, bo praca z laktatorem nie jest przyjemna. Na dłuższą metę jest to uciążliwe. A w sumie odpowiadano »Tak pani karmi, to ok«". (K16)

Często jednak porady pediatry wskazywały na braki podstawowej wiedzy, niezrozumienie fizjologii laktacji, okazywały się wręcz szkodliwe:

„Kazał mi podawać córce wodę (miała 12 dni), bo była na 85 centylu. Wiedział, że karmię piersią dopiero od 5 dni". (A842)

„Po roku zakończyć karmienie piersią". (A300)



„Żeby dziecku z rozwolnieniem i wymiotami dać zupkę zamiast mleka z piersi”. (A420)

„Lekarka należała do przychodni, którą wybraliśmy najbliżej naszego domu, ale po pierwszej wizycie jak usłyszałam, że muszę przejść na dietę: kurczak, ryż i marchewka, bo dziecko ma kolki i pani doktor nie zauważyła, że dziecko źle je i przybiera – zmieniliśmy przychodnię i lekarza”. (A2023)

„Na pierwszej wizycie patronażowej u pediatry, jak córka miała miesiąc, nasłuchiłam się, żeby dziecko rzadziej karmić, a ostatni raz karmić o godzinie 22, żebym miała też coś z życia dla siebie, bo wtedy mi prześpi całą noc, kolejne karmienie mi wypadnie koło godziny 3-4 nad ranem, nie wiem skąd miała takie wyliczenia. Wyszło tak, bo pytała jak często się karmimy, a ja powiedziałam, że prawie non stop. Ona właśnie wtedy powiedziała, że absolutnie, że rzadziej, że dziecko sobie przez większość czasu tylko ciumka, a nie je. Owszem jedzenia to nie było przez cały czas, ale to ciumkanie też jest istotne przecież”. (K5)

„Gdy dziecko skończyło rok lekarz pediatra notorycznie przypomina mi abym zakończyła karmienie piersią, bo dziecko już tego nie potrzebuje i że pije, bo to tylko nawyk. Gdy prosiłam o poradę odnośnie do zastojów pokarmu doradziła, aby ciasno związać piersi i pić mało wody”. (A925)



„Oprócz tego, że po prostu pytają, jak karmię, no to »typowe« pytania zadają. Czemu nie podaję smoczka, czemu nie podaję wody, bo dziecko jest takie duże? A jeszcze mała ma plamy na łokciach, dokładnie takie same jak siostra, więc no wiem, że wyskakują jej tylko o jednej porze roku i nie ma to związku z niczym, ale oczywiście to jest alergia. Jak ona to pięknie ujęła na mleko i ja nie mogę pić mleka. Pytam się o inne produkty, a ona „Nie, tylko mleko”. Także taką mamy przychodnię, ale w drugiej i jedynej w mieście jest dokładnie ten sam temat, czyli po 6 miesiącu trzeba przejść na modyfikowane, bo u kobiety już nie starcza, więc jest mi to już obojętne, w której przychodni jestem”.

(K2)

Kolejne doświadczenie było udziałem kobiety, która jest lekarzem internistą.

„Widzę, że wiedza innych lekarzy jest w tym temacie dosyć okrojona i też wiele mitów wśród lekarzy nadal panuje. Na przykład taką pierwszą myślą pediatry mojej córki, może też dlatego, że ten pediatra jest mężczyzną, to może też tak łatwo mu było rzucać pewnymi komentarzami, ale pamiętam, że kiedy przyrosty córki były niezadowolające, to pierwszą jego myślą było, a nie zadał mi jakichkolwiek pytań, tylko mówi tak: »O słabe przyrosty, bo ma pani mało pokarmu«, a ja sobie myślę »Kurczę, no czemu od razu takie zdanie, jak ja mam 3 litry zamrożone«. Po prostu nie mogłam dostać woreczków, które mi odpowiadały i dlatego nie mroziłam dalej i po prostu wylewałam lub dolewałam do kąpieli, więc to nie jest prawda, to nie jest ten problem. A potem jak już, że tak powiem stwierdziłam, że się przebiję z opinią, że »Tu panie doktorze



zaręczam nie ma problemu z ilością pokarmu«, to od razu właśnie też była taka pierwsza lekka myśl, że »A to może alergia, to trzeba ograniczyć nabiał« i to też było tak rzucone tak lekko i o ile ja wiem, jak powinna wyglądać dieta eliminacyjna, że to nie jest ograniczanie tylko faktycznie pełna eliminacja danych produktów, jeśli coś podejrzewamy, to uderzyło mnie to. Bo to, że ja sobie eliminację przeprowadzę, jak trzeba, jeśli będzie trzeba, to ja to ogarnę, ale taka lekkość w rzucaniu takich restrykcji żywieniowych? Tak myślę, że inne kobiety, które na przykład mają problemy z karmieniem piersią, jeszcze na przykład dziecko choruje, coś się dzieje, coś jest nie tak, to jest taki bardzo intensywny i wymagający okres w życiu kobiety – połóg, a i tak ona w sobie wątpi, w swoje karmienie piersią, w swoją kompetencję w opiece nad dziećmi, a jeszcze ma tu takie zalecenia »a to ograniczyć to, o a jak nie podziałało to jeszcze wyłączyć z diety to, a tu pewnie zaszkodziło, bo się pani czegoś najadła« i to takie zrzucanie dodatkowych obowiązków i poczucia winy, które się wiąże z karmieniem piersią, to sądzę, że nie pomaga”. (K28)

Jak zauważyła kobieta, często lekarze bez jakiegokolwiek diagnostyki: oceniają ilość mleka matki, deprecjonują jego jakość, zalecają restrykcje żywieniowe, sugerują alergię, a co za tym idzie wprowadzenie mieszanki.

„Brednie z czasów, gdy pediatrzy kończyli swoje specjalizacje. Usłyszałam, że alergia dzieci spowodowana jest moim mlekiem, bo nie stosuje diety matki karmiącej”. (wiek dziecka: 5 miesięcy, A1472)



„Z powodu wysypki na skórze - że to alergia i trzeba przejść na mleko dla alergików. Nie posłuchałam. Sama wydedukowałam, że alergia jest na proszek do prania. Zmieniłam go na płatki mydlane, wysypka minęła”. (wiek dziecka: 2-3 miesiące, A1488)

„Pomyliła trądzik z alergią na białka mleka krowiego, kazała odstawić od piersi i karmić preparatem sojowym”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1239)

„Były problemy z kupkami, były z krwią lub ciemno zielone oraz wzdęcia, podejrzenie alergii i porada, by wspomagać się mieszanką”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A2288)

„Bez żadnych badań stwierdził, że dziecko odmawia piersi, bo nie toleruje laktozy i zalecił ograniczenie piersi na rzecz mieszanki bez laktozy. I to był lekarz pediatra... Tak, mi też było ciężko uwierzyć”. (wiek dziecka: 5 tygodni, A1962)

„Proponował odstawienie od piersi z powodu domniemanej alergii na białko mleka krowiego, gdyż dziecko miało bóle brzuszka (oczywiście bez żadnych podstaw w formie badań itp.)”. (wiek dziecka: 2 miesiące, A1065)

„Usłyszałam, że po podaniu mieszanki wszystkie alergeny będą wyeliminowane na 100%, nie to co na piersi. Dla ścisłości dziecko nie miało i nadal nie ma żadnych alergii. Miało drobne zmiany fototokowe wynikające z przegrzania w foteliku, które zniknęły



po tygodniu smarowania pudrem w płynie”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A972)

„Powiedziała, iż karmienie mieszane jest szkodliwe dla jelit i jeśli nie mogę i inaczej to lepiej karmić tylko mlekiem modyfikowanym. W tym czasie moje mleko stanowiło ponad 80-85 % wyżywienia dziecka. Około 4 miesiąca, gdy karmiłam już tylko piersią, a dziecko miało słaby apetyt, zasugerowała, że może czas przejść na mieszankę, bo dziecku może nie smakować mój pokarm. Pediatra dramat”. (wiek dziecka: 3 miesiące A967)

„Jedna pediatra odradziła jedzenie ogórków kiszonych, druga kategorycznie zaleciła karmienie maksymalnie 10 miesięcy, argumentując, że potem trudno odstawić”. (A205)

„Wsparcie laktacyjne w moim doświadczeniu nie istnieje lub jest bardzo szczątkowe. Miałam ogromne problemy z laktacją, byłam jednak bardzo zafiksowana na karmieniu piersią. Miałam 7!!! prywatnych konsultacji CDL. Kilka z nich wprost powiedziało mi, że to się nie uda. Karmię już 15 miesięcy, moje dziecko nigdy nie dostało mleka modyfikowanego. Każda z nich miała też inny pomysł na to, jakie są nasze problemy i z czego wynikają. Żadna z nich nie pokierowała mnie do innych specjalistów. Wszystkiego dowiedziałam się z grup wsparcia na FB. Dziecko miało podcięte wędzidełko, rehabilitację, co pomogło nam w problemach z karmieniem. Oczywiście wszystko prywatnie. W ramach NFZ nikt problemu nie widział. Około 5 miesiąca życia mojego dziecka,



pediatra, wbrew mojej woli wypisała receptę na specjalistyczne mleko i »kazała« (podniesionym tonem) mi zakończyć karmienie piersią. Zmieniłam pediatrę, dziecko karmię nadal”. (A904)

Poniżej kolejne cytaty osób, którym lekarz pediatra zalecił podanie mieszanki – odpowiedzi na pytanie „Co powiedział lekarz pediatra, czym tłumaczył to zalecenie?”. Takie zalecenia świadczą o niewiedzy i bywają szkodliwe:

„Że mam za mało mleka, że dziecko się nie najada, że dziecko ma uczulenie (!!!) na moje mleko”. (wiek dziecka: 2 tygodnie, A1066)

„Powiedziała, że jeśli dziecko pije z piersi co 2 godziny to znaczy, że się nie najada i należy podać mieszankę”. (wiek dziecka: 14 dni, A1997)

„Że dziecko ma problem ze skórą i to przez to co jem, ale moja położna szybko wyprowadziła mnie z tego błędu”. (wiek dziecka: 6 tygodni, A2074)

„Skoro mieszane karmienie było w szpitalu to kontynuujemy”. (wiek dziecka: 14 dni, A620)

„Żeby dziecko zaczęło przybierać na wadze, należy je podkarmić 2xmieszanką. Byłam zdecydowana na karmienie piersią i poszukałam doradczynie laktacyjnej, ale ani położna ani lekarka nie powiedziały mi, że istnieje taka osoba”. (wiek dziecka: pierwszy tydzień, A333)



„Że dziecko za mało przybiera na wadze. Konsultowałam przyrosty wagi dziecka z prywatną doradczynią laktacyjną i ona potwierdziła, że nie ma potrzeby dokarmiać mieszanką, że przyrosty są prawidłowe, a nawet ponad normę”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A2316)

„Że bardziej treściwy posiłek jest z mieszanki, niż z piersi”.
(wiek dziecka: 1-2 miesiące, A2251)

„Mleko matki jest przereklamowane”. (wiek dziecka: ok. 1 miesiąca, A1558)

„Że dziecko mało przybiera i że mam małe piersi i jej nie wykarmię”.
(wiek dziecka: 1 miesiąc, A1760)

„Żeby dziecko nauczyło się jeść coś innego niż pierś, bo wtedy prościej będzie podać szczepienie doustne”. (wiek dziecka: 1-2 miesiące, A2049)

„Dziecko się nie najada, cytuję: »Drze się, bo jest głodne« lub boli je brzuch, bo ja zjadłam ser żółty”. (wiek dziecka: 3 miesiące, A1799)

„Gdy córeczka miała 2 miesiące usłyszałam, że jest za duża na karmienie co 1,5-2h. Oczywiście miałam dokarmiać, choć wg. aplikacji Child Growth Tracker trzymała się w obrębie 1 kanału centylowego. Na 2,5 miesiąca usłyszałam, że pediatry nie interesuje



rodzic, tylko dziecko i dobrostan dziecka nie jest zachowany, a osłabione napięcie mięśniowe centralne wynika ze słabego żywienia. Skonsultowałam się z doradczynią CDL i konsultantką IBCLC, 3 innymi pediatrami oraz fizjoterapeutą. Ocenili stan mojego dziecka jako dobry (nie widzieli problemu z przyrostami) i powiedzieli, że osłabione napięcie mięśniowe nie wynika z żywienia niemowlęcia”. (A1312)

„Dziecko nie przybrało tyle, ile pani doktor twierdziła, że powinno, po czym stwierdziła, że ja nie mam mleka. Kazała podawać mieszanki i kaszki. (Miałam mleko, dziecko było zawsze najedzone i za małe na kaszki) nigdy więcej u tej pani doktor nie zawitaliśmy (nie było wtedy naszego pediatry)”. (wiek dziecka: 5 miesięcy, A123)

„Synek miał problemy z dystrybucją napięcia mięśniowego, co wpływało na karmienie. Pediatra stwierdziła, że mojego mleka jest za mało i dlatego synek się denerwuje. Zaleciła dokarmianie mieszanką. Nie zrobiłam tego, bo skonsultowałam się również z doradczynią CDL i neurologopedką. Problemy minęły, gdy skończyliśmy fizjoterapię”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A193)

„To była walka o każdy gram i pediatra za każdym razem mi mówiła »To może proszę zacząć dokarmiać dziecko«. Na każdej wizycie to słyszałam. Mimo, że byłam bardzo zadowolona z tej pediatry, to powiem, że takie pytania dosyć mocno wytręcały mnie z równowagi i podkopywały psychicznie. Ja tutaj się staram,



walczę, że już ją karmię tak, jak zostałam nauczona, że ona już przybiera, a potem takie pytanie, że może warto by było jeszcze zacząć dokarmiać. Odbierałam to bardzo personalnie. Nie wiem w jaki sposób to pytanie powinno być zadane i nie wiem, czy akurat powinno to być zadane w naszym przypadku, czy to już były naprawdę tak małe przybierania na masie. Mimo wszystko było widać, że to dziecko jest żywotne i nie doprowadzałam go do skrajnego wyczerpania tylko po to, żeby budować swoją ambicję, że ją wykarmię. Natomiast myślę, że takie sugestie, jeszcze jak mamy jako kobiety tę burzę hormonów, to może to podkopywać. To jest bardzo delikatny temat i tu można się łatwo zniechęcić. Lekarka też nie dawała wskazówek dotyczących karmienia piersią, tylko dla niej było to jedno rozwiązanie, żeby właśnie wprowadzić dodatkową mieszankę”. (K12)

„Przepisanie antybiotyku na zapalenie piersi (jak się okazało mogłam karmić przy tym antybiotyku i karmiłam, ale dowiedziałam się tego na własną rękę)”. (wiek dziecka: 5,5, tygodnia, A524)

„Żeby mogła wyjść i żeby dziecko nie znało tylko piersi, lecz też butelkę i nie było przywiązane tak do mnie”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A2413)

„Żeby sobie odpoczęła. Po mojej odmowie usłyszałam, że jestem uparta. Ja bym powiedziała, że wytrwała;-)”. (wiek dziecka: 4-5 miesięcy, A1508)



„Że nie mam już mleka, tylko wodę”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A1080)

„Że już czas. Że dzieci na piersi mają problemy ze spaniem całą noc”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A1272)

*„Będzie lepiej spać, będzie się najadać, a pani odpocznie w nocy”.
(wiek dziecka: 9 miesięcy, A1131)*

*„Że po 1 roku życia nie powinno się karmić piersią”. (wiek dziecka:
ok. roku, A1670)*

Powyższymi wypowiedziami lekarze pediatrzy zachęcali kobiety do przedwczesnego zakończenia karmienia piersią. Co natomiast na temat opieki pediatrycznej powiedziała nam w wywiadzie jedna z położnych środowiskowo-rodzinnych?

„Na tym etapie, w tym ogniwie często najbardziej jest niszczone moim zdaniem karmienie piersią. W kontakcie z poradniami D – dziecięcymi, bo tam już pracują pielęgniarki, rzadko kiedy położne, pediatrzy nie do końca się znają na karmieniu piersią i tam bardzo szybko, w razie jakichś niepowodzeń nawet nie laktacyjnych, tylko słabych przyrostów na przykład, szybko wkracza dokarmianie. Nawet u nas, mimo, że dziewczyny wiedzą, że my jesteśmy, bardzo rzadko pacjentki dostają komunikat: »To proszę się skontaktować z panią A. czy z panią M.«, tylko od razu wskazuje się dokarmianie i pacjentki takie mimo, że im zostawiamy numery zawsze, jak się z nimi rozstajemy, że w każdej chwili jesteśmy dla nich, że mówimy



im o pół roku wyłącznego karmienia piersią, że jak będą problemy mają dzwonić i tak dalej, to niektóre do nas dzwonią no i wtedy zaczynamy cały ten powiedzmy swój cykl, ale czasami już nie ma czego ratować. Na tych etapach, jak coś się dzieje – 3-4 miesiąc. Też szybkie rozszerzanie diety na przykład. Szybkie wchodzenie z dokarmianiem mieszanką, zamiast mlekiem mamy i tam są właśnie te problemy. Problemem jest tutaj też prestiż. Pacjentka częściej zaufa pediatrze, który powie, niż położnej i to jest ten kłopot. A oni nie wiedzą o siatkach centylowych dla dzieci karmionych piersią. Myślą, że te siatki w książeczkach to są dla tych dzieci. Nie znają przyrostów prawidłowych i to są te kłopoty. Ja myślę, że wiedza jest niska, bo nie ma motywacji. Jak nie masz przekonania w głowie, że to jest coś najważniejszego, no to za tym nie pójdzie otwieranie się na wiedzę. Jest coś takiego, jak wiedza obiektywna, ale jest coś takiego jak indywidualne historie i takie przekonania, które nie wychodzą na świadomy poziom. U nas jest jeden lekarz i jedna lekarka. Lekarz zwykle będzie się z nami konsultował, a lekarka ma takie lęki i jakieś takie doświadczenia, że w ogóle tego nie skonsultuje tylko dokarmianie, dokarmianie, dokarmianie. My widzimy te lęki. Ona jest w takich projekcjach, jakby to było jej dziecko, na przykład, które nie przybiera i to tak po prostu idzie. Ja trochę się już nauczyłam wrzucania większego na luz, bo byłam też tak stricte medycznie zaprogramowana, że jak już był taki spadek masy, to: o matko, to już lekarz albo dokarmianie i tak dalej, ale teraz już trochę luzujemy, dajemy czas, bierzemy to na spokoj, zobaczymy, jak będzie. Oczywiście nie w skrajnych przypadkach i wtedy częstsza kontrola częstszy monitoring czasami zachęcamy pacjentki do wypożyczenia albo kupna wagi, to nie jest taki jakiś duży wydatek, ale jak kobieta ma wagę i może



nam zważyć to dziecko co 2 co 3 dni, bo my nie jesteśmy w stanie tak często dojechać, to wtedy jesteśmy w takim częstym kontakcie, że jest ok i sobie to monitorujemy. Wszystko ma znaczenie.

Potrzebna jest zmiana mentalności personelu, bo u nas na przykład w poradni D, tam, gdzie są szczepienia, pediatria, najwięcej jest ulotek – tych wszystkich z logiem [wymienione marki mieszanek]”.

(P2)



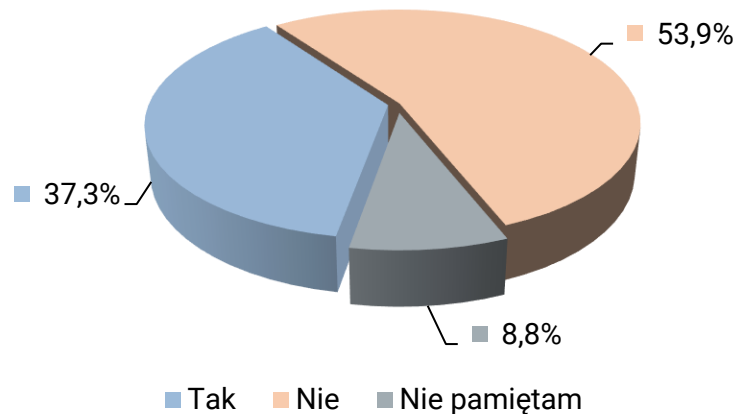
Problem!

Kobiety wskazują (w ankiecie i wywiadach), że opieka pediatryczna podczas wizyty patronażowej lekarza POZ oraz wizyt w przychodni POZ przy okazji bilansów, szczepień itp. często pomija kwestię wsparcia w karmieniu piersią, a pytanie o sposób karmienia pada wyłącznie w celu odnotowania tej informacji, a nie udzielenia rzeczywistej pomocy. Zdarza się, że lekarze pediatri POZ dają zalecenia niezgodne z aktualną wiedzą o laktacji i działają na szkodę matki i dziecka w tym zakresie. Bardzo rzadko w razie problemów z karmieniem odsyłają pacjentki do położnych środowiskowo-rodzinnych.

Kolejnym tematem, o który zapytałyśmy kobiety, było to, czy usłyszały zalecenia dotyczące rozszerzania diety, a jeśli tak to jakie to były zalecenia.

Wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka otrzymało 37,3% kobiet, 53,9% ich nie otrzymało, a 8,8% nie pamiętało, czy takie wskazówki/zalecenia były udzielone (Ryc. 4.23.).





Ryc. 4.23. Struktura odpowiedzi na pytanie "Czy podczas wizyt w przychodni POZ lekarz pediatra dawał Ci jakieś wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka?" (% , N=2504)

Przypomnijmy jednak najpierw, że WHO zaleca wyłączone karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka oraz kontynuowanie go przy jednoczesnym rozszerzaniu diety do dwóch lat i dłużej, jeśli matka i dziecko tego chcą²¹⁸. WHO i UNICEF wydały również dokument pt. „Globalna strategia karmienia niemowląt i małych dzieci”, który rekomenduje wspomniane wyłączone karmienie piersią przez 6 miesięcy życia dziecka, a następnie podawanie dziecku zbilansowanego, odpowiedniego pod względem potrzeb jego organizmu pożywienie, przy kontynuowaniu karmienia piersią dwa lata lub dłużej. Rekomendacje nie są adresowane do mieszkańców konkretnego kontynentu, tylko obejmują swym zasięgiem cały glob²¹⁹.

Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (PTGHiŻD) w swoich wytycznych w sprawie zasad żywienia zdrowych niemowląt wskazuje, że: „Celem, do którego należy dążyć, jest wyłączone karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia”²²⁰.

²¹⁸ WHO, *Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*, Genewa 2023, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864> [dostęp: 30.11.2023]

²¹⁹ WHO i UNICEF, *Global strategy for infant and young child feeding*, 2003, <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218> [dostęp: 30.11.2023]

²²⁰ Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp., *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, Standardy Medyczne Pediatria 2021, T. 18., s. 806., https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WL_jednostki/klinika_pediatrii_i_zaburzen_rozwoju_dzieci_i_mlo_dziezy/zasady_zywienia_zdrowych_niemowlat.pdf [dostęp: 30.11.2023]



PTGHiŻD wskazuje również maksymalną dolną granicę wprowadzania produktów uzupełniających pod pewnym warunkiem: „Wprowadzanie produktów uzupełniających należy rozpocząć, kiedy niemowlę wykazuje umiejętności rozwojowe potrzebne do ich spożywania, zwykle nie wcześniej niż od 17. tygodnia życia (początek 5. m.ż.) i nie później niż w 26. t.ż. (początek 7. m.ż.)”²²¹. Wskazania do rozszerzania diety przed ukończeniem 6 miesiąca życia dziecka, powinny być rozpatrywane indywidualnie i nie mogą być uznawane za rutynowe i dotyczące całej populacji, gdyż jak wskazano, wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka jest celem, do którego należy dążyć.

Zalecenia te oparte są na badaniach naukowych, które wskazują na zalety wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia. Ma ono korzystny wpływ na mikroflorę jelitową dziecka, co może wyjaśniać niektóre mechanizmy krótko- i długoterminowych korzyści wynikających z wyłącznego karmienia piersią²²². Na przykład niemowlęta karmione wyłącznie piersią przez sześć miesięcy wykazują mniejszą zachorowalność na infekcje żołądkowo-jelitowe niż te karmione częściowo piersią od trzeciego lub czwartego miesiąca życia. Dostępne dowody nie wskazują na żadne widoczne ryzyko związane z zalecaniem jako ogólnej polityki, wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia u dzieci zarówno z krajów rozwijających się, jak i krajów rozwiniętych²²³.

Odpowiedzi na pytanie „*Jakie to były wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka?*” zostały przez nas przeanalizowane pod kątem wieku dziecka, w jakim zalecono rozszerzanie diety. Z części odpowiedzi nie wynika bezpośrednio jakie zalecenie dał lekarz odnośnie do wieku dziecka, w którym powinno się rozpocząć rozszerzanie diety, dlatego te odpowiedzi skategoryzowałyśmy w opcji „Inna odpowiedź”. Pozostałe odpowiedzi bezpośrednio wskazywały na moment rozszerzania diety i pogrupowałyśmy je wg zalecanego ukończonego miesiąca, po którym ma nastąpić rozszerzanie.

Zaznaczamy, że odnośnie do wieku dziecka podawanego w miesiącach życia dane podajemy zgodnie z wypowiedziami kobiet.

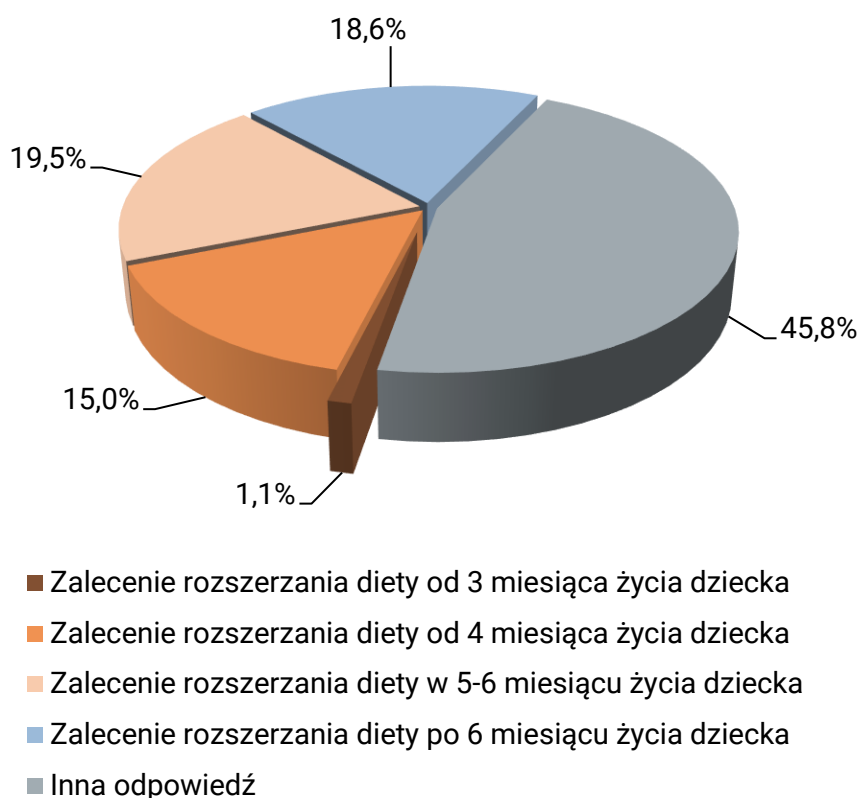
²²¹ Tamże, s. 809

²²² Ho N.T, Li F., Lee-Sarwar K.A. i wsp., *Meta-analysis of effects of exclusive breastfeeding on infant gut microbiota across populations*, Nature Communications 2018, 9:4169, <https://doi.org/10.1038/s41467-018-06473-x> [dostęp: 30.11.2023]

²²³ Kramer M. S., Kakuma R., *Optimal duration of exclusive breastfeeding*, Cochrane Database of Systematic Review 2012, 2012(8):CD003517, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2> [dostęp: 30.11.2023]



I tak 45,8% odpowiedzi zostało oznaczonych jako inne, ponieważ nie zawierały one bezpośrednio wskazania czasu rozszerzania, a raczej skupiały się na ogólnych wskazówkach co do produktów itp. Natomiast 1,1% ankietowanych otrzymało zalecenie rozszerzania diety już od 3 miesiąca życia dziecka, 15,0% – od 4. miesiąca, 19,5% – w 5.-6. miesiącu życia dziecka, zaś 18,6% – po 6. miesiącu życia dziecka (Ryc. 4.24.).



Ryc. 4.24. Struktura przeanalizowanych odpowiedzi na otwarte pytanie: "Jakie to były wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka?" (%; N=933)

Poniżej cytujemy odpowiedzi na pytanie o wskazówki/zalecenia co do rozszerzania diety przekazane przez lekarza pediatrę w przychodni POZ, które wskazują na promowanie wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka.

„Przez pierwszych sześć miesięcy wyłącznie mleko matki; pediatra ostrzegła, żeby nie podawać żadnych herbatek i nie dopajać wodą (były wtedy upały i poczuła się w obowiązku uczulić)”. (A2149)



„Pediatria wyraźnie zalecał karmienie wyłącznie piersią przez 6 pierwszych miesięcy życia dziecka”. (A331)

„Żeby do ukończenia 6 miesiąca życia karmić tylko mlekiem, piersią jak długo będę chciała”. (A559)

„Zachęcanie do jak najdłuższego karmienia piersią, rozszerzenie diety po ukończonym 6 miesiącu. Podczas rozszerzania diety najpierw dawać pierś, potem dodatkowo warzywo/owoc itp.” (A269)

„Żeby się nie stresować i nie spieszyć, bo mleko matki jest najlepszym posiłkiem dla dziecka”. (A1430)

„Zgodne z obecnymi wytycznymi. Czyli wprowadzanie różnych pokarmów po 6 miesiącu życia”. (A229)

„Cudowny lekarz wspierający karmienie piersią, gdyby nie on to poddałabym się, z wiedzą o rozszerzaniu diety po 6 miesiącu”. (A2222)

„Trafiliśmy do pani w tej samej przychodni, która była bardziej przyjazna, no i też wtedy na przykład miała taką nowoczesną wiedzę na temat rozszerzania diety, czyli nie, że po tym po 4. miesiącu, tylko po 6., żeby się nie spieszyć. Mówiła, że jakby syn miał jakieś biegunki, to karmienie piersią jest najlepsze. Od tej



kobiety dostałam wsparcie, tak czułam, że to bardzo dobrze. Nawet mówię, że »Jest karmiony piersią«, »No to bardzo dobrze, to jak najdłużej«". (K33)

Poniżej cytujemy przykłady zaleceń, kiedy sugerowano, a czasem nawet nakazywano rozszerzanie diety przedwcześnie i niezgodnie z aktualną wiedzą.

„W drugim miesiącu życia dziecka kazał dopajać wodą”. (A222)

„W dzień, gdy dziecko kończyło 5 tygodni zalecił sok jabłkowy”. (A487)

„Od 3 miesiąca dokarmianie jabłkiem i marchewką :(" (A1406)

„Archaiczne naciskanie już na rozszerzanie diety od początku 4 miesiąca, mimo braku gotowości fizycznej. Córka nie wchodzi nawet jeszcze w wysoki podpór”. (A372)

„Co najmniej niekompetentne. W wieku 3,5 miesiąca kazał dawać buraka gotowanego”. (A157)

„Odstawienie od piersi i rozszerzanie diety od 4. miesiąca życia (bo zbyt dużo przybiera na piersi)”. (A609)

„Rozszerzać dietę od 4 miesiąca życia. Jak będzie miał skończone 6 miesięcy ma już zjadać 2 pełne posiłki zamiast mleka po 120 ml.



Oszukiwać wodą, bo za dużo przybiera. Odstawić produkty wzdymające mnie". (A120)

„Niezgodne z WHO. Dostałam propozycję by rozszerzać dietę od 4 miesiąca zupkami i kaszkami, ponieważ dziecko miało nisko poziom żelaza. Jednak nie skorzystałam z tej porady i czekałam do 6 miesiąca". (A391)

„Niezgodne z tym co powinien polecać. Rozszerzanie diety od 4 miesiąca, soczki herbatki itd. Wrrr". (A192)

„By dopajać wodą w nocy 4 miesięczne dziecko, bo często chciała piersi w nocy. Straciłam do niej po tym zaufanie". (A264)

„Rozszerzać dietę papkami w 4 miesiącu. Zmieniłam pediatrę, obecna mówi, żeby karmić minimum do 2 roku życia, rozszerzać metodą BLW i jest spoko". (A651)

„Ograniczyć karmienie piersią, bo za dobrze przyrosty!!! Zacząć rozszerzać dietę od 4msc!!! Szok". (A482)

„Jeden lekarz – nieaktualne zalecenia, rozszerzanie diety po 4 miesiącu, zacząć od zupek itp. Lekarz pediatra wybrany przeze mnie – wskazówki zgodne z aktualnymi zaleceniami (rozszerzanie diety po 6 miesiącu)". (A793)



„Sugerował, że jak dokarmię dziecko na noc to się wyśpię (mimo, że nie skarżyłam się na deficyt snu) i że od jednej butelki mieszanki dziennie nie zniknie mi pokarm. Z kolei w 4 miesiącu sugerował, że już mogę zacząć wprowadzać papki warzywne...” (A1843)

„Lekarka sugerowała rozszerzanie diety od 4,5 miesiąca życia - nie robiłam tego, ponieważ do 6 miesiąca chciałam karmić wyłącznie piersią. Pediatra zarzucała mi, że chcę głodzić dziecko i że nie będzie ono prawidłowo przybierało na wadze, jeśli nie zacznę szybko rozszerzać diety”. (A2037)

„Pierwsza pediatra popierała wyłączne karmienie piersią do 6 miesiąca życia dziecka i przedstawiła nam wszystkie korzyści wynikające z tego, zaś druga oceniła moją 4 miesięczną córkę jako »tłuściutkie dziecko« zaznaczając, że to od karmienia piersią i zaleciła wprowadzenie gęstych napojów typu »Kubuś«, do czego się nie zastosowałam”. (A901)

„Na szczęście przestałam wierzyć lekarzom, chociaż może nie aż tak bardzo, że nie wierzę lekarzom, ale to co mówią biorę jakby z odrobiną soli. My – wszystkie sąsiadki – mamy ubaw po prostu z tych pań tutaj w przychodni. Chodzimy na zasadzie takiej, że ta przychodnia jest pod nosem, jest prościej podejść na szczepienie, albo osłuchać, jak jest potrzeba. Natomiast nikt tam nie spodziewa się żadnych mądrych rad. Na pewno nie w kwestii żywienia. Na przykład mimo tego, że młody przybierał mocno ponad normę, to nie chciały zlecić w ogóle badań tarczycy, żeby sprawdzić,



czy przypadkiem nie jest to jakieś podłoże hormonalne, tylko kazały od 4 miesiąca rozszerzać dietę, pić wodę i takie hocki klocki”.

(K38)

„Synka oglądało w sumie trzech-czterech pediatrów albo pięciu przez jego dotychczasowe życie. To była jedyna pani, od której właśnie usłyszeliśmy jakąś taką rażąco idiotyczną poradę, bo właśnie stwierdziła, że dietę dobrze jest rozszerzać od 4 miesiąca. Na co jej powiedziałam, że nie planujemy tak wcześnie. »Tak, ma pani rację oczywiście, WHO tak właśnie zaleca, to bardzo dobrze, że pani czyta najnowsze zalecenia, ale proszę pamiętać, że istnieje ryzyko niedoboru żelaza około 6 miesiąca, więc dobrze jest podawać marchewkę« i w tym momencie miałam takie »Wow! Marchewka słynie z giga podaży żelaza« i w tym momencie już po prostu przestałam jej słuchać, podziękowałam i wyszliśmy”. (K32)

„Powiedziała, że powinniśmy zacząć rozszerzać dietę w piątym miesiącu, bo właśnie, jak się wcześniej zacznie, to niby dziecko potem chętniej je wszystko i ma jakąś tam lepszą tolerancję tych smaków. I że to się tak zaleca do 6 miesiąca. Że w Afryce jest ryzyko, że tam jakieś dzieci się zatrują, czy coś takiego i dlatego jak najdłużej trzeba karmić wyłącznie piersią, a tutaj to nie ma takiego problemu. Jakieś takie dziwne to było strasznie. Powiedziałem, że dobra, ale ja nie byłam przekonana do tego, zwłaszcza, że ona na pewno nie była gotowa, bo nie potrafiła też nawet stabilnie siedzieć. Ona jeszcze nawet w 6 miesiącu tak niestabilnie dosyć siedziała. Dopiero w 7, jak już można było ją normalnie posadzić



do fotelika, a tak to jak? Na kolanach? To też nie jest najlepszy moment, żeby rozszerzać. Jak dziecko tak może się zadławić albo coś”. (K40)

Jak wspominałyśmy wcześniej, zalecenia wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dotyczą zarówno krajów rozwijających się, jak i rozwiniętych.

„Pediatria sugerował rozszerzanie diety po tym 4 miesiącu, bo powiedział, że tu cytat: między 4 a 6 miesiącem jest okno serologiczne i mogę podawać pożywienie, które jest alergogenne i jeśli jest to okno serologiczne, to dziecko uchronię przed jakimiś tam wstrząsami anafilaktycznymi i tak dalej. Jeśli chodzi o zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, to myślę, że w tym momencie mamy takie możliwości badania, analizy, statystyki, że no skąd się wzięło, że właśnie po tym 6. miesiącu rozszerzać dietę, a nie po 4.? Myślę, że jest to też kwestia rozwoju psychomotorycznego dziecka, że bardziej się dąży do tego, żeby dziecko trzymało główkę, raczej już siedziało stabilnie samo, więc raczej też jestem za wyłącznym karmieniem przez 6 miesięcy. Sama podjęłam tę decyzję, żeby jednak nie wdrażać tych zaleceń. Swoje myślałam, puściłam mimo uszu”. (K6)

Wspominałyśmy, że zalecenia PTGHiŻD dopuszczają podawanie dodatkowych produktów po 17 tygodniu życia dziecka w indywidualnych sytuacjach. Pomimo tego zdarzało się kobietom słyszeć takie zalecenie jako rutynowe, bez oparcia w aktualnej wiedzy.

„Że po 4 miesiącu mam dawać papki, sugerowała, że to chore, że chcę karmić dłużej niż rok »ze względów emocjonalnych«”. (A53)



„Wielkie zdziwienie, że karmię piersią i już po 4 miesiącu kazała rozszerzać dietę a najlepiej jakbym podawała mieszankę”. (A1742)

„Zdecydowanie niezgodne ze stanem aktualnej wiedzy i wytycznymi, np. podawanie po 4 miesiącu papki z marchewczki, żeby się uczyło nowych smaków, karmienie piersią nie dłużej niż rok, bo na co komu to itd.” (A102)

„Kiedy syn miał 5 miesięcy lekarz zapytał, czy rozszerzamy już dietę, po mojej odpowiedzi, że nie, powiedział, że KONIECZNIE powinien już mieć rozszerzaną dietę”. (A306)

„Mówił, że jeśli dziecko nie siedzi to mam karmić w bujaczku. Nie zastosowałam tej porady”. (A2221)

„Zalecenie żeby zacząć karmić dziecko po skończeniu 5 miesiąca życia. Na wizycie szczepiennej, gdy dziecko miało prawie 6 miesięcy dostałam reprimendę od pediatry, że jeszcze tylko karmię piersią i dziecko to powinno już jeść zupki”. (A43)

„W 5 miesiącu życia zalecił dokarmianie papką z marchewki. Nie zastosowałam się do tego. Rozpoczęłam rozszerzanie diety po 6 miesiącu życia dziecka. Również przed ukończeniem roku zalecił rezygnację z karmienia piersią i przejście na mieszankę w związku z tym, że dziecko miało iść do żłobka. Tego również nie zrobiłam. Karmię nadal”. (A1875)



„Zalecała rozszerzanie diety po 4 miesiącu i zamianę jednego karmienia na wodę, bo dziecko dużo przybierało w 5 miesiącu”.

(A1254)

Skąd tak wiele mitów i nieaktualnych zaleceń wśród lekarzy pediatrów pracujących często na co dzień z najmłodszymi pacjentami? Zapytałyśmy jedną z lekarek, która przyjmuje w przychodni POZ o edukację lekarzy w zakresie karmienia piersią:

„Pamiętam do dziś jedną tabelkę z pediatrii na trzecim bodajże roku, gdzie było porównanie mieszanki i mleka matki i były wyszczególnione różnice. Tabelka z jakiejś skryptu, mam to przed oczami, jestem wzrokowcem, wiem, że się tego uczyłam, ale to było takie bardzo pobieżne porównanie po 6 punktów może. Na pewno nie było to tak przedstawiane, żeby aż tak, że mleko matki jest wartościowe. Suche informacje, że tutaj więcej takiego białka, a tamtego. I to by było tyle”. (P7)

Lekarka zapytana o to, na jakim etapie toku studiów wiedza o karmieniu piersią mogłaby się pojawić, odpowiedziała:

„Więcej informacji mogłoby być na pediatrii, neonatologii (5-6 rok studiów), ginekologii i położnictwie, na medycynie rodzinnej, choć tam jest tyle rzeczy do omówienia na tym przedmiocie, albo na fizjologii, przecież jest taki przedmiot już na drugim roku. Karmienie jest fizjologią, jest normalną sytuacją w organizmie, czyli wiedza na wykładach takich teoretycznych”. (P7)



Luki związane z brakiem lub zbyt niską jakością wiedzy lekarzy w kwestii karmienia piersią i rozwiązywania trudności z nim związanych bywają wypełniane przez producentów produktów zastępujących mleko kobiece czy żywności dla niemowląt, którzy podsuwają kobietą swoje treści.

„Dostałam ulotkę z »[marka słoiczków]«, na której był schemat rozszerzania diety od 3-4 miesiąca życia”. (A2327)

„Powiedział, że mogę dać jakiś słoiczek i nie podawać po tym piersi”. (A1905)

„W 5 miesiącu życia dziecka usłyszałam »Podawać już, przecież słoiczki są od 4 miesiąca, więc już dawno można«”. (A632)

„Nakaz podawania słoiczków, złośliwe komentowanie chęci rozszerzania diety po 6 miesiącu życia dziecka”. (A1696)



Problem!

Zdarza się, że kobiety (15,0% ankietowanych spośród tych, które otrzymały wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka) otrzymują zalecenia rozszerzania diety dziecka już od 4 miesiąca życia, co jest niezgodne z zaleceniami WHO.



4.4. OCHRONA RODZIN PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI W OPIECE ŚRODOWISKOWEJ

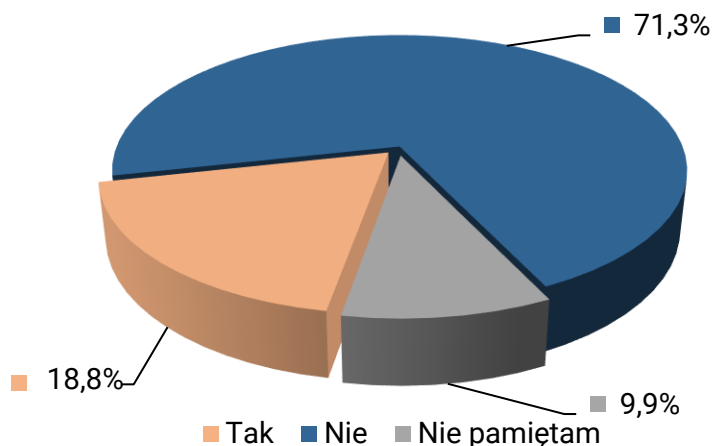
W podrozdziałach 2.3. oraz 3.2.13. zwróciłyśmy uwagę na ochronę kobiet w ciąży, matek i noworodków przed wpływami komercyjnymi w kontekście edukacji przedporodowej oraz opieki okołoporodowej w szpitalu po porodzie. Powoływałyśmy się na zapisy Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r, jak również na obowiązujące w tym zakresie prawo polskie, wdrażające niektóre zapisy Kodeksu WHO. Dokumenty te i przepisy je wdrażające oraz uwagi ich dotyczące są relewantne także w odniesieniu do ochrony matek niemowląt oraz ich rodzin przed wpływami komercyjnymi w opiece środowiskowej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Także w tym obszarze chcieliśmy się dowiedzieć, jakie materiały/ulotki/gadżety czy akcesoria były przekazywane matkom w czasie wizyty patronażowej położnej, pielęgniarki lub lekarza POZ, dostępne w placówkach POZ lub wręczane przez ich personel. Poniżej przedstawiamy wyniki ankiet wraz z wypowiedziami kobiet. Komentarz wraz z oceną pod kątem naruszeń Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. oraz oceną prawną został zawarty w końcowej części tego podrozdziału.

18,8% kobiet otrzymało od położnej środowiskowo-rodzinnej w trakcie wizyt patronażowych materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka. 71,3% wskazało, że nie otrzymało ww. materiałów, zaś 9,9% nie pamiętało, czy takowe otrzymało (Ryc. 4.25.).

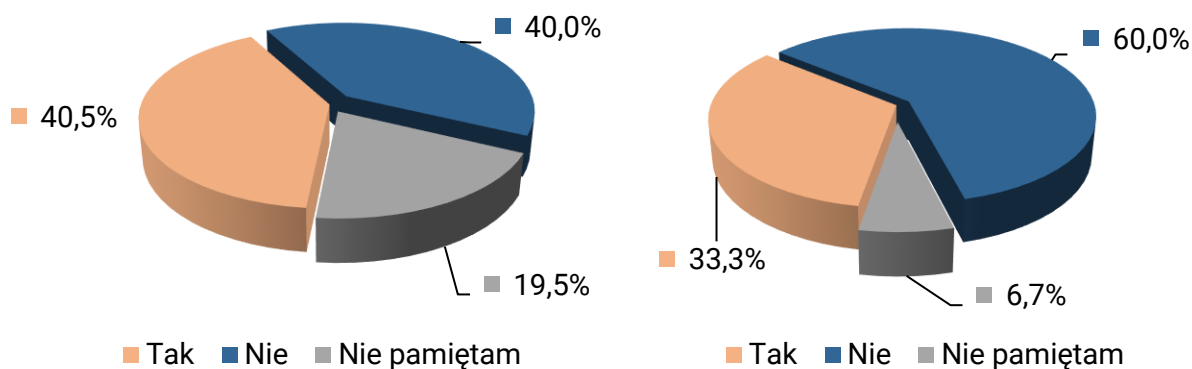
Kobiety, które otrzymały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka, odpowiadały na pytanie, czy te materiały dotyczyły mieszanek. W 40,5% przypadków respondentki odpowiedziały, że tak, w 40,0%, że nie, zaś w 19,5% kobiety nie pamiętały czego dotyczyły materiały (Ryc. 4.26. po lewej).

Te same kobiety odpowiadały na pytanie, czy to co otrzymały zawierało akcesoria takie jak butelki/smoczki. Tu 33,3% z nich otrzymało akcesoria jak butelki/smoczki, 60,0% odpowiedziało, że nie, zaś 6,7% nie pamiętało, czy takie akcesoria były zawarte w tym, co otrzymały od położnej środowiskowo-rodzinnej (Ryc. 4.26. po prawej).





Ryc. 4.25. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy podczas wizyt patronażowych otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2289)



Ryc. 4.26. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=430), po prawej „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?” (% , N=430)

Jedna z kobiet wspomniała o materiałach reklamowych dotyczących mieszanek przy okazji odpowiadania na pytanie o rolę położnej środowiskowo-rodzinnej w całokształcie opieki nad laktacją, a więc rolę położnej oceniła tak:

„Szczerze – żadna... Gdy pożałowałam się, że mam za mało mleka, to wcisnęła mi ulotkę producenta mieszanki i na tym się skończyło”. (A2251)



Zdarzało się, że kobiety otrzymały materiały dotyczące mieszanek, które miały charakter reklamowy, próbki mieszanek i butelki do karmienia:

„Standardowo, głównie ulotki mieszanek dostępnych na rynku”.

(A1239)

„Cała masa ulotek – bardzo dużo ulotek [marka mieszanki]”. (A476)

„Nie przeglądałam ich, bo większość to były reklamy...” (A969)

„Książeczka do odnotowywania czasu karmienia, godziny i obserwacji – firma [marka mieszanki]”. (A1540)

„Teczki z logiem producenta mieszanek”. (A345)

„Nie pamiętam dokładnie, jakieś wskazówki dotyczące karmienia, ale na ulotkach producentów mleka modyfikowanego i sporo butelek, smoczków, mało przydatne”. (A1380)

„Jakaś książeczka o karmieniu piersią i kartka wydrukowana o mojej diecie, że powinnam wprowadzać stopniowo pokarmy, np. pierwszego dnia jeść tylko ziemniaki, nie jeść owoców pestkowych, odstawić mleko krowie. Dla mnie jako młodej mamy były stresujące i bardzo rygorystyczne”. A2396



„Butelka [marka] – Nie testowałam, materiały o karmieniu piersią z kryptoreklamą mleka modyfikowanych popularnych marek”. (A987)

„Próbka mieszanki nr 2”. (A30)

„Na pewno była tam próbka mleka modyfikowanego”. (A459)

„Były różne mleka modyfikowane, jakieś pampersy, kremy”. (A2348)

„Próbki mleka [marka mieszanki], płyty z filmami, ulotki. Nie miałam czasu ich przeczytać, mleko przekazałam innej mamie”. (A168)

„Nieprzydatne, próbki mleka [marka mieszanki], smoczek – nie używany”. (A352)

„Butelka [marka butelki do karmienia], mleko następne [marka mieszanki]”. (A2325)

„Butelka do nakarmienia [marka], smoczki [marka], próbki [marka mieszanki]”. (A393)

„Materiały ulotki i butelka ze smoczkiem [marka]”. A201



„2 rodzaje smoczków, butelki [marka], przy czym pani kazała dokarmiać i podawać smoczek więc dorzucała kolejne sztuki butelek, a ja coraz więcej dokarmałam”. (A2330)

„Położna dała mi takie akcesoria czy materiały dotyczące mieszanek, ponieważ mówiła, że każą jej takie rzeczy rozdawać. Wie, że ja ich nie potrzebuję, ale są tam różne próbki kremów czy emolientów i może coś nam się przyda lub będziemy potrzebować. Był tam smoczek jakiejś firmy i na pewno butelka [nazwa firmy].” (A1930)

„Położna powiedziała wprost: ona nie zachęca do tego, żeby karmić butelką, bo ona też jest dużą fanką karmienia piersią. Ja widzę, że ma jeszcze w niektórych tematach takie starsze podejście i mówi »To jak wam się tam by przydała no to szkoda, żeby kupować«. Dała do zrozumienia, że ona nie powinna nam tego dawać jako położna środowiskowa, że zdaje sobie sprawę z tego, że to nie jest dobre i może zaburzyć karmienie piersią, natomiast też patrzy tak całościowo na rodzinę i ona uważa na przykład, że jak dziecko dużo wymaga ssania, takiego nawet nieodżywczego, to czasami warto dać mu jednak smoczek, żeby mama mogła chociaż pójść do toalety. Ja wiem, że bez smoczka da się przetrwać, bo przy pierwszej córce nam się udało i teraz już powiedziałam: »Nie będziemy dawać jej smoczka«. Już teraz wiem, że to jest możliwe, że da się bez tego przetrwać. To nie jest jakieś wielkie wyzwanie. Ale tutaj było to tak w miarę podkreślone, że to nie jest coś co ona powinna nam dawać, ale skoro ma, ona z tym nie ma co zrobić: »Nawet nie wiem... do przechowywania



*pokarmu jakby panie miały, to może się butelka Wam przyda»,
ale ona nie zachęca do tego, żeby dawać butelkę”. (K24)*

W poprzednim podrozdziale pisaliśmy o zaleceniach dotyczących rozszerzania diety. Materiały odnoszące się również do tego tematu, były także przekazywane przez położne środowiskowo-rodzinne:

*„Kaszka z [marka żywności uzupełniającej] po 4 m.ż. zupełnie
nieprzydatne”. (A371)*

„Książeczki o żywieniu po 4 miesiącu”. (A871)

Wśród otrzymanych od położnej środowiskowo-rodzinnej materiałów były także materiały niefirmowe, wolne od przekazu reklamowego. Ich opisy przedstawiamy poniżej.

*„Otrzymałam poradnik karmienia Ministerstwa Zdrowia, listę stron
i profilów edukujących nt. laktacji. Dzięki położnej udało mi się
karmić wyłącznie piersią i nie poddać presji otoczenia i personelu
medycznemu”. (A1045)*

*„To były raczej materiały zachwalające karmienie piersią. Taki
wydruk z komputera, nic jakiegoś firmowego”. (A2425)*

„Książeczka Ministerstwa Zdrowia o karmieniu piersią”. (A2338)

„Nie pamiętam, najwięcej informacji przekazała położna”. (A782)



*„Otrzymałam tylko ksero wskaźników skutecznego karmienia”.
(A1201)*

*„Zaproponowała strony internetowe i książki dotyczące karmienia
z bardzo dobra dawka wiedzy, jak np. hafija.pl”. (A1958)*

*„Z banku mleka kobiecego z tabelą jak długo i w jakich warunkach
można przechowywać pokarm kobiecy”. (A2254)*

Również podczas wizyty patronażowej pielęgniarka POZ przekazywała materiały firmowe,
w tym próbki:

*„Dostałam próbki i ulotki mieszanek, mimo mojego sprzeciwu,
że nie są potrzebne (»niech pani bierze, w końcu się przydadzą«),
byłam zniesmaczona, były nieprzydatne”. (A545)*

*„Dostałam ulotki, oczywiście nie brałam ich nawet pod uwagę więc
zirytowało mnie to”. (A635)*

*„To były głównie broszury skupione na rozszerzeniu diety.
Natomiast były markowane przez firmy. Jedna była [marka
żywności uzupełniającej], a druga już nie pamiętam dokładnie, ale
mleka modyfikowanego, takie niebieskie były [marka mieszanki tej
samej firmy] i tam była informacja, że karmienie piersią jest
najlepsze dla dziecka, ale gdzieś potem na dalszych stronach było,
że jest takie mleko modyfikowane, które najlepiej odpowiada
potrzebom dziecka, jest najbardziej zbliżone do pokarmu mamy*



i gdzieś cały czas wszystkie te broszury były markowane przez takie firmy. One po prostu zostały mi wręczone, ja o nie prosiłam. Myślałam, że ona jakoś dokładniej zbada córkę, zobaczy faktycznie, czy tam nic jej nie dolega, czy ma jakiś śladów przemocy, jak to się nazywałam w Internecie, cokolwiek”. (K45)

„Otrzymałam ulotki z markami mieszanek oraz ulotki na temat rozszerzania diety”. (A2222)

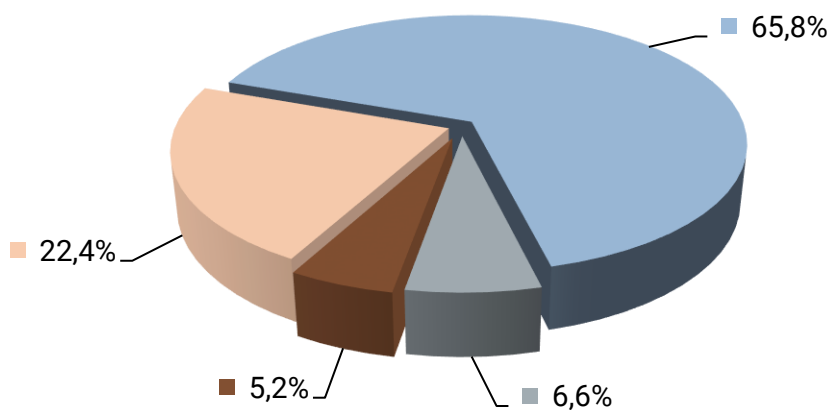
Zdarzały się przypadki przekazywania materiałów reklamowych przez lekarza POZ, będącego na wizycie patronażowej w domu kobiety:

„Książeczki dot. karmienia i żywienia dzieci z [marka mieszanki], [marka żywności uzupełniającej tej samej firmy]. Jakieś poradniki”. (A2394)

Kolejnym zagadnieniem było, co kobiety otrzymywały w placówkach POZ.

W ankiecie 5,2% kobiet wskazało, że otrzymało bezpośrednio od personelu przychodni POZ materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka, 65,8% wskazało, że takich materiałów nie otrzymało od personelu, zaś 6,6% nie pamiętało czy otrzymało. Jednak 22,4% wskazało, że takie materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria były dostępne do wzięcia w przychodni POZ (Ryc. 4.27.).





- Tak, otrzymałam od personelu w przychodni POZ
- Nie otrzymałam od personelu, ale leżały w przychodni POZ do wzięcia
- Nie
- Nie pamiętam

Ryc. 4.27. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego w Twojej przychodni materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2504)

Poniżej przykłady tego, co otrzymywały lub do czego miały dostęp kobiety w przychodni POZ:

„W przychodni jest dużo ulotek reklamujących mieszanki. Pamiętam [nazwa] i [nazwa]”. (A2487)

„Nie brałam ich, ale widziałam, że są. Nie zwracam większej uwagi na takie reklamy, nie pamiętam jakie marki”. (A2482)

„Były próbki mieszanek”. (A2287)



„Dotyczyły prawidłowego odżywiania, mlek [nazwa], [nazwa] i [nazwa]. Różnych marek pieluszek. Nie pamiętam szczegółów”.
(A2363)

„Przecież gabinety pediatryczne są pełne tych ulotek [nazwa producenta mieszanek i żywności uzupełniającej] i tych wszystkich z mlekiem modyfikowanym rzeczy i o rozszerzaniu diety od 4 miesiąca”. (K50)

„Nie pamiętam tytułów, głównie ulotki firm produkujących mieszanki m.in. [marka mieszanki], które dotyczyły przede wszystkim rozszerzania diety, tabelki, ile mleka powinno wypić dziecko w danym wieku”. (A84)

„[3 marki mieszanek]. Wiele z nich zawierało fałszywe informacje nt. rozszerzenia diety niemowląt oraz diety mamy karmiącej piersią. Ponadto w gabinetach lekarskich są dostępne próbki mleka modyfikowanego”. (A1402)

„Nie zwracałam na nie uwagi, bo jeszcze bardziej wątpiłabym w karmienie piersią”. (A2074)

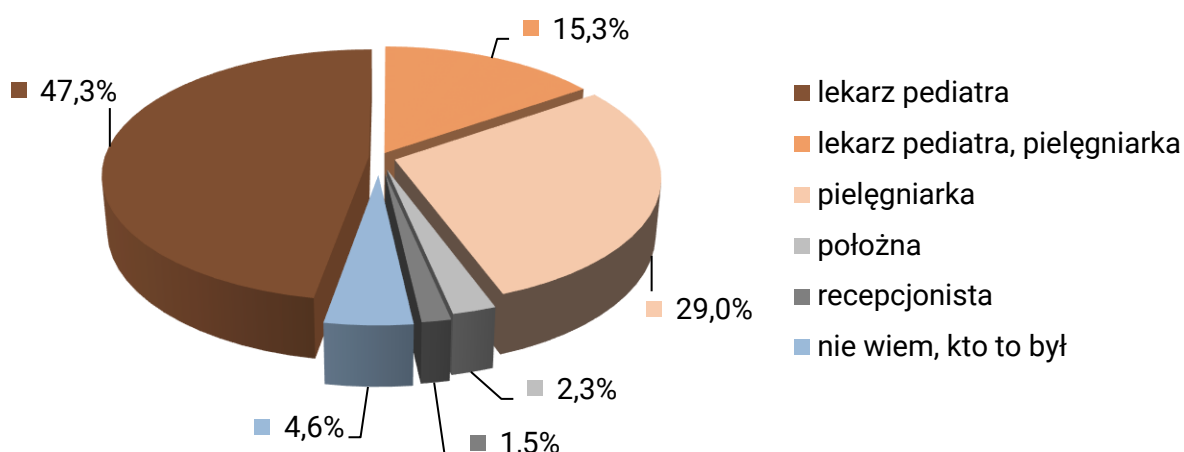
„Nie brałam ich, to były głównie reklamy mieszanek”. (A2157)



Jedna z autorek podzieliła się swoim przemyśleniem:

„Dla mnie to było uderzające, że w pandemii usunięto z poczekalni w POZ absolutnie wszystko, poza krzesłami i ulotkami właśnie. Wcześniej były, na przykład jakieś książeczki, zabawki, były inne ulotki dotyczące jakichś innych spraw, ale w pandemii ulotki mieszanek i nic innego”.

Zdarzało się, że materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka były kobietom wręczane bezpośrednio przez personel medyczny. Otrzymywały je od lekarza pediatry (47,3%), pielęgniarki (29,0%), zarówno lekarza pediatry, jak i pielęgniarki (15,3%), położnej (2,3%), recepcjonistki (1,5%). W 4,6% przypadków kobiety nie wiedziały kim była osoba, która przekazała ww. rzeczy (Ryc. 4.28.).



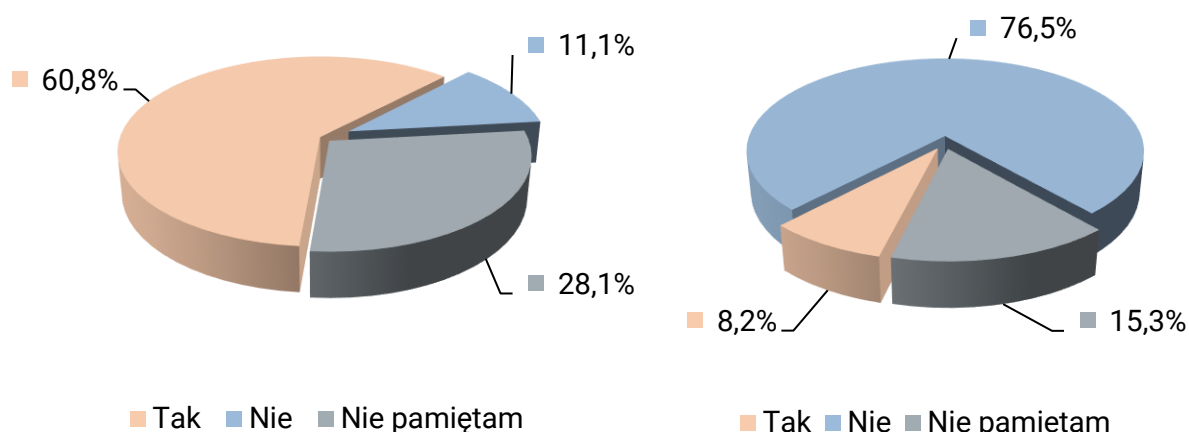
Ryc. 4.28. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Od kogo z personelu otrzymałaś te materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=131)

Kobiety, które otrzymały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka bezpośrednio od personelu przychodni, lub mogły je wziąć, gdyż były dostępne na terenie przychodni, odpowiadały na pytanie, czy te materiały dotyczyły mieszanek. I tak



w 60,8% przypadków odpowiedziano, że tak, w 11,1% – że nie, a w 28,1% – kobiety nie pamiętały (Ryc. 4.29. po lewej).

Te same kobiety odpowiadały na pytanie, czy materiały jakie otrzymały zawierały akcesoria takie jak butelki/smoczek. W tym przypadku 8,2% respondentek wskazało, że otrzymało akcesoria takie jak butelki/smoczek, 76,5% odpowiedziało, że nie otrzymało takich akcesoriów, a 15,3% nie pamiętało, czy takie akcesoria były zawarte w otrzymanych materiałach (Ryc. 4.29. po prawej).



Ryc. 4.29. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=693), po prawej „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczek?” (% , N=693)

Tak kobiety opisywały materiały, które dostały bezpośrednio od pielęgniarki POZ z przychodni:

„Dostałam puszkę mleka modyfikowanego, ale go nawet nie otworzyłam, ponieważ w tym okresie karmiłam syna wyłącznie piersią”. (A2082)

„Dostałam jakieś kaszki i informacje o mleku modyfikowanym następnym, po 6 m.ż.”. (A2439)



„Wszystkie ulotki mówiły o rozszerzaniu diety od 4. miesiąca i reklamowały konkretne produkty - słoiczki, mieszanki, kaszki na bazie mieszanek”. (A410)

„Będąc kiedyś na szczepieniu z dzieckiem, słyszałam jak ta sama położna poleca kobiecie z noworodkiem na korytarzu mieszankę [marka mieszanki], bo »kobieta ponoć miała słaby pokarm« – cieszę się, że ja nie miałam problemów z karmieniem i nie musiałam słuchać takich bzdur”. (A1512)

„Teczka na książeczkę [nazwa producenta mieszanek i żywności uzupełniającej] z łyżeczką i przeterminowana próbka mieszanki”. (A684)

„To była próbka mieszanki i łyżeczka do karmienia niemowląt w teczce na książeczkę zdrowia. Ale zostało mi to wręczone z komentarzem ze to mleko to sobie pani wyrzuci, łyżeczka jest niezła do rozszerzania diety a teczka może się przydać na dokumenty dziecka :)”. (A2017)

Jedna z kobiet podczas szczepienia odmówiła wzięcia tego typu materiałów:

„Odmówiłam przyjęcia, co bardzo panią zdziwiło, ale przyjęła moje argumenty z zainteresowaniem, ale również ze zrozumieniem”. (A2083)



Również podczas wizyt w gabinecie lekarza pediatry kobiety otrzymywały materiały firmowe, w tym próbki:

„Ulotki i broszury z produktów do rozszerzania diety z nieaktualnymi tabelami i zaleceniami żywienia niemowląt”. (A1696)

„Dostałam przy okazji rozmowy o rozszerzeniu diety. Ulotkę [nazwa producenta mieszanek i żywności uzupełniającej] z harmonogramem rozszerzenia diety i próbką ich produktu. Przydała się załączona łyżeczka. Poza tym to była mieszanka albo jakaś kaszka, której nie podałam dziecku. Już nie pamiętam”. (A1500)

„Usłyszałam, że mam rozszerzać dietę po 4. miesiącu zgodnie z harmonogramem na ulotce producenta mieszanki”. (A345)

„Rozszerzanie diety od 4. miesiąca życia dziecka, otrzymałam duży plik ulotek producentów mieszanek”. (A410)

„Dała książeczkę bodajże z [marka mieszanki], co, kiedy podać jakie stałe pokarmy”. (A636)

Położna, z którą przeprowadziłyśmy wywiad, a która mówiła wcześniej o lękach jednej z lekarek POZ (i wywołanym tymi lękami zbyt pochopnym zalecaniem dokarmiania dzieci mieszanką - wypowiedź P2 pod koniec podrozdziału 4.3.) powiedziała również, że:



„Potrzebna jest zmiana mentalności personelu, bo u nas na przykład w poradni D, tam, gdzie są szczepienia pediatrii najwięcej jest tych wszystkich ulotek z logiem [wymienione marki mieszanek], różne takie”. (P2)

Wspomniała też o tym, jak sama bez przemyślenia podała swoje dane na jednym z portali internetowych, tworzących materiały edukacyjne skierowane do personelu medycznego. Jej wypowiedź pokazuje sposób działania firm, które zrobią wszystko, żeby promować swoje produkty i doskonale wiedzą, że promocja, w tym w postaci przekazywania matkom darmowych produktów i ich próbek za pośrednictwem systemu ochrony zdrowia i jego pracowników, jest skuteczną strategią marketingową. Inaczej nie „zasypywałyby” ich darmowymi produktami, przeznaczonymi oczywiście dla niemowląt.

„Jest też taki portal nazywa się [nazwa]. To jest taki portal, na którym kiedyś, nie wiem, robiłam jakieś szkolenie czy, oni dla nas coś robili. Wypełniłam jakąś ankietę i oni zupełnie bez mojej zgody i wiedzy zaczęli przysyłać na adres mojej poradni paczki. Ja otwierałam paczki, a tam puszki mieszanek. Ile ja poświęciłam czasu, żeby to odkręcić. Chyba wykonałam 3 czy 4 telefony, ciągle rozmawiałam z tym samym człowiekiem on twierdził, że już mnie odznaczał, kolejne mieszanek przychodziły, co parę miesięcy przychodziły do biura przepustek. Zagroziłam im, w którymś momencie prawnikiem, do tego stopnia. Pan mnie przeproszał i tak dalej. Po czym paręnaście tygodni temu dzwoni dziewczyna z biura, że jest do mnie paczka. Ja pytam »Skąd?«. »Z [nazwa]«. Mówię: »Nie odbiorę, proszę to wyrzucić, w ogóle nie otwierać« i następnym razem jak przyjdzie, to po prostu już na tym etapie to zahamowałam, żeby nie odbierali żadnych paczek dla mnie, bo ja niczego nie zamawiam. Oni działają w ten sposób nawet”. (P2)



„Gdy pacjentkom na oddziale mówię, że dzieci powyżej roku nie wymagają karmienia mieszanką, czyli na przykład się pytają do kiedy powinny karmić piersią to mówię »Do momentu, którego chcecie, ale jeżeli będzie to rok, to powyżej roku nie ma żadnych wskazań, żeby dziecku podawać mieszanki«, to są bardzo zwykle zaskoczone. Pytają »A dlaczego w takim razie w sklepach te mieszanki są dostępne?«. »Dokładnie z tego samego powodu z jakiego słoiczki możecie dostać z etykietą od 4. miesiąca życia, czyli po to, żebyście po prostu to kupiły« – odpowiadam”. (P10)

Podsumowując tę część raportu wskazać należy, że również w obszarze opieki środowiskowej kobiety miały styczność z marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych. Wręczane im przez pracowników ochrony zdrowia oraz dostępne do wzięcia w przychodniach materiały reklamowe i promocyjne dotyczące tej żywności, w tym próbki mieszanek, komercyjnej żywności uzupełniającej oraz butelki do karmienia i smoczki do nich, naruszają zapisy Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. (aktualne są w tym zakresie nasze uwagi zawarte w podrozdziale 2.3. raportu). Dotyczy to także firmowych materiałów z założenia informacyjno-edukacyjnych, np. opisywanych przez kobiety różnych broszur i poradników dotyczących rozszerzania diety czy karmienia piersią, które były również nacechowane komercyjnie – m.in. zawierały reklamy sztucznych mieszanek, prezent w postaci łyżeczki, czy promowały żywność uzupełniającą przeznaczoną dla niemowląt poniżej 6. miesiąca życia. Poza tym, jak już wskazywałyśmy (zob. podrozdział 2.3. raportu), producenci i dystrybutorzy nie powinni edukować rodziców w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci, w tym w temacie karmienia piersią, ponieważ mają oni konflikt interesów i przekazywane przez nich informacje nie mogą być uznane za bezstronne i wolne od wpływów komercyjnych, co znajduje potwierdzenie w opisywanych przez kobiety materiałach.

W przypadku firm mieszankowych konflikt interesów jest oczywisty, ich produkty konkurują bowiem wprost z karmieniem piersią (mlekiem kobiecym). W praktyce przekłada się to na działania marketingowe tych firm, które w efekcie szkodzą karmieniu piersią i dlatego Kodeks WHO zakazuje jakiegokolwiek formy promocji tych produktów. Całkowity zakaz promocji dotyczy również innych produktów przedstawianych jako odpowiednie



dla niemowląt poniżej 6. miesiąca życia, ponieważ wszystko, co podaje się dziecku przed ukończeniem 6. miesiąca życia zastępuje mleko matki²²⁴, a także butelek do karmienia i smoczków do nich. Natomiast w przypadku komercyjnej żywności uzupełniającej przeznaczonej dla dzieci w wieku 6-36. miesięcy Wytyczne WHO z 2016 r. wskazują, że promocja tej żywności jest dopuszczalna tylko po spełnieniu określonych w nich warunków (zalecenie nr 3) oraz zakazują „niewłaściwej” promocji (*inappropriate promotion*) tych produktów (zalecenie nr 4)²²⁵. Między innymi zakazują one promowania tej żywności w sposób, który by polecał lub promował karmienie butelką albo mógł zniechęcać do karmienia piersią, a także wymagają, aby informacje związane z tymi produktami zawierały oświadczenie o znaczeniu kontynuacji karmienia piersią przez okres do 2. lat lub dłużej i o znaczeniu niewprowadzania żywienia uzupełniającego przed ukończeniem 6. m.ż. oraz aby wskazywały odpowiedni wiek wprowadzania żywności (nie może być on niższy niż 6. miesiący). Wytyczne WHO z 2016 r. zakazują także promocji krzyżowej w celu promowania produktów zastępujących mleko kobiecie pośrednio poprzez promocję żywności uzupełniającej, wyjaśniając na czym polega ta promocja (zob. zalecenie nr 5 i definicje zawarte w Wytycznych WHO z 2016 r.). Wymieniają również czynności, w które pracownicy ochrony zdrowia nie powinni się angażować, aby uniknąć konfliktu interesów (zob. zalecenie nr 6). Obejmują one m.in. przyjmowanie od producentów lub dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci (w tym firm mieszankowych²²⁶) produktów bezpłatnych lub po obniżonej cenie i ich próbek oraz przekazywanie ich rodzinom, a także przekazywanie przez pracowników ochrony zdrowia rodzicom, opiekunom i rodzinom prezentów lub kuponów od tych firm oraz pozwalanie tym firmom na bezpośrednie lub pośrednie zapewnianie edukacji rodzicom/opiekunom w placówkach opieki zdrowotnej (zob. szerzej podrozdział 2.3. raportu). Działania te zostały odnotowane przez kobiety w ankietach (próbki żywności dla niemowląt, w tym mieszanek, prezenty w postaci łyżeczek, edukowanie przez firmy przy wykorzystaniu różnego rodzaju materiałów informacyjno-edukacyjnych).

Brak możliwości weryfikacji materiałów opisywanych przez kobiety w ankietach zasadniczo uniemożliwia dokonanie ich oceny prawnej (odsyłamy do uwag zawartych w podrozdziałach 2.3. i 3.2.13.). Jednak również w tej części monitoringu można stwierdzić naruszenia

²²⁴ 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]

²²⁵ Zob. szerzej tamże.

²²⁶ 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]



przepisów w przypadku rozdawania matkom butelek do karmienia niemowląt. Można również zakładać, że poza próbkami preparatów do dalszego żywienia niemowląt/mleka następnego, których rozdawanie nie jest prawnie zabronione, przekazany był (przynajmniej raz) także preparat do początkowego żywienia niemowląt/mleko początkowe (zob. wypowiedź A2082), co jest już prawnie zabronione.

Jak już wskazywałyśmy, Wytyczne WHO z 2016 r. nie zostały wdrożone do prawa polskiego, a wymagany przez przepisy do podania na etykiecie wiek dziecka, od którego żywność uzupełniająca może być stosowana, nie może być niższy niż ukończone 4. miesiące życia (zatem podanie wieku poniżej 6. miesiąca życia nie narusza przepisów prawa polskiego, o ile minimalny podany wiek wynosi 4 miesiące), co jest skwapliwie wykorzystywane przez firmy również w materiałach promocyjnych, czy informacyjno-edukacyjnych. Znajduje to potwierdzenie w wynikach raportu.

Marketing komercyjnej żywności uzupełniającej jedynie na pozór może wydawać się nieszkodliwy. W praktyce jednak często podważa on optymalne żywienie niemowląt i małych dzieci i dlatego wymaga odpowiedniej regulacji prawnej. Temat ten został poruszony szerzej w dokumencie WHO pt. „Wytyczne dotyczące zakończenia niewłaściwej promocji żywności dla niemowląt i małych dzieci: podręcznik wdrożenia”²²⁷, w którym m.in. zauważono, że:

- Żywność uzupełniająca wypiera spożycie mleka matki, jeśli jej podaż stanowi znaczącą część zapotrzebowania energetycznego. Niektóre produkty mają skład nieodpowiedni dla niemowląt i małych dzieci (za dużo soli, cukru, tłuszczu lub inne niepotrzebne składniki i dodatki).
- Komercyjna żywność uzupełniająca wypiera również odpowiednią, bogatą w składniki odżywcze, przygotowywaną w domu i dostępną lokalnie żywność, która jest rekomendowana przez WHO na etapie rozszerzania diety (zob. szerzej komentarz do zalecenia nr 1 Wytycznych WHO z 2016 r.).
- Niewłaściwa promocja komercyjnej żywności uzupełniającej (w tym napojów) może wprowadzać opiekunów w błąd co do jej wartości odżywczej i zdrowotnej oraz co do odpowiedniego wieku dziecka, od którego może być stosowana i bezpiecznego jej

²²⁷ Zob. WHO, *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf?sequence=1> [dostęp: 30.11.2023]



stosowania. Może także skutkować przekonaniem opiekunów, że żywność z rodzinnego stołu jest nieodpowiednia dla dziecka i co się z tym wiąże, uzależniać ich od drogiej komercyjnej żywności uzupełniającej.

- Promowanie żywności uzupełniającej (w tym napojów) przed szóstym miesiącem życia wiąże się z wcześniejszym zaprzestaniem wyłącznego karmienia piersią.
- Stosowana przez firmy promocja krzyżowa prowadzi do promowania produkowanych przez firmę produktów zastępujących mleko kobiece.

Mając powyższe na uwadze pracownicy ochrony zdrowia nie powinni dopuszczać do promowania produktów zastępujących mleko kobiece, butelek do karmienia i smoczków do nich oraz żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci na terenie placówek ochrony zdrowia i za pośrednictwem pracowników ochrony zdrowia. Wskazówki w tym zakresie zawiera Kodeks WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.



Problem!

Zdarza się, że położne środowiskowo-rodzinne podczas wizyt patronażowych przekazują kobietom materiały reklamowe, marketingowe dotyczące mieszanek, w tym ich próbki, a także butelki do karmienia/smoczek, co może naruszać prawo polskie, natomiast z pewnością łamie Kodeks WHO (w przypadku smoczków dotyczy to smoczków do butelek). Ponad jedna trzecia z przekazywanych materiałów/przedmiotów dotyczy mieszanek oraz jedna trzecia zawiera butelki/smoczek (odpowiednio 40,5% i 33,3% spośród wręczonych materiałów/przedmiotów dotyczących karmienia lub służących do karmienia). Prawie jedna trzecia kobiet (27,6% ankietowanych) otrzymuje lub ma dostęp w przychodniach POZ do materiałów/przedmiotów dotyczących karmienia dziecka lub służących do karmienia dziecka. Znajdują się wśród nich materiały reklamowe,



marketingowe dotyczące mieszanek, w tym ich próbki, a także zdarza się, że przekazywane są im również butelki do karmienia/smoczek, co może naruszać prawo polskie, natomiast z pewnością łamie Kodeks WHO (w przypadku smoczków dotyczy to smoczków do butelek). Przestrzeń, która powinna być neutralna, przeznaczona na treści edukacyjno-informacyjne staje się przestrzenią marketingową. Zdarza się również, że materiały reklamowe/próbki przekazują osobiście zarówno pielęgniarki POZ, jak i lekarze POZ.

Warto przypomnieć, że przestrzeganie Kodeksu WHO jest jednym z elementów opisywanej w podrozdziale 3.2. inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”. Okazuje się, że na świecie inicjatywa ta rozszerza się również na inne placówki czy uczelnie (poniżej przytaczamy wypowiedź lekarki, która z entuzjazmem nam o tym opowiadała). Wdrożenie jej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej również w Polsce pomogłoby chronić rodziny przed wpływami komercyjnymi producentów i dystrybutorów produktów objętych Kodeksem WHO.

„Inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku« na świecie generalnie dosyć mocno się w ciągu ostatnich 20 lat rozrosła i to tak naprawdę nie jest już wyłącznie inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku«, to nie tylko szpital. Na świecie mamy tak zwane komuny, źle się to może w Polsce kojarzyć, komuny przyjazne dziecku, czyli o co chodzi? Głównie to jest przeszkolenie w zakresie 10 kroków do udanego karmienia piersią poradni odpowiadających u nas poradniom lekarza rodzinnego czy poradniom medycyny rodzinnej i że dana poradnia poddaje się właśnie takiej certyfikacji odnośnie do przestrzegania »10 kroków do udanego karmienia piersią«, czyli te 10 kroków zaadoptowane na potrzeby poradni rejonowej, czyli,



że: nie promuje się mieszanek, nie zachęca się tam do sztucznego karmienia, udziela się pomocy, porady w karmieniu piersią, zachęca się do bliskiego kontaktu, w tym kontaktu skóra do skóry, prowadzi się edukację personelu, prowadzi się edukację rodziców, rodzin i tak dalej. Inicjatywa »Szpital Przyjazny Dziecku« weszła do aptek na przykład są na świecie w różnych krajach certyfikowane apteki, że jak przychodzą rodzice do apteki to personel jest wyszkolony tak, ażeby zachęcać do karmienia naturalnego, czyli nie mówi się, że proszę pani jak pani ma tam zastój czy zapalenie piersi to nie wolno pani stosować takiego czy innego środka, bo przy tym musi pani zrezygnować z karmienia, tylko mówi się jakie środki można stosować, co jest bezpieczne. Edukuje się rodziców przy okienku również na tyle, na ile można to zrobić w ciągu kilku minut komunikacji. To są tego typu działania prowadzone i również jest coś takiego jak »Uniwersytet Medyczny Przyjazny Dziecku«. Są uczelnie medyczne, które wprowadzają do swoich programów edukacji lekarzy, pielęgniarek, położnych, w zależności od tego kogo edukują, ażeby absolwent danego kierunku przeszedł już pełne przeszkolenie zgodnie z zasadami inicjatywy "Szpital Przyjazny Dziecku", czyli student kończy studia, czy to pielęgniarka, położna czy lekarz i już, idąc do jakiejś placówki do pracy, nie musi przechodzić tego pełnego przeszkolenia, bo już taki dokument o odbytym przeszkoleniu uzyskał, czyli idzie do nowego miejsca pracy i już jest gotowy na to ażeby realizować zasady tej inicjatywy". (P3)





Problem!

Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku” nie została w Polsce rozszerzona na inne placówki niż szpitale, a szpitale posiadających taki tytuł jest mało. Objęcie tą inicjatywą co najmniej wszystkich szpitali z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi oraz rozszerzenie jej na przychodnie POZ (jako tzw. Przychodnie Przyjazne Dziecku, oparte na wzorcach opieki inicjatywy „Szpitala Przyjaznego Dziecku”) przyczyniłoby się do wzmocnienia ochrony, promocji i wsparcia karmienia piersią, w tym ochrony przed wpływami marketingowymi w systemie ochrony zdrowia.

4.5. WSPARCIE NIEMEDYCZNE

Wsparcie w karmieniu piersią nie musi, a wręcz nie może pochodzić wyłącznie od personelu medycznego. Tak zwane wsparcie niemedyczne ma często kluczowe znaczenie dla kobiet, które chcą karmić piersią.

„Jest kwestia też całej złożoności przy problemach laktacyjnych. Tam jest wszystko. Tam są emocje, tam są relacje, tam jest zmęczenie, tam nie jest tylko technika, bym powiedziała, że tam techniki jest w ogóle najmniej. Cała reszta to jest to, na co my jako położne, często w ogóle nie mamy wpływu. Nie mamy do tego przygotowania, bo chodzi o zestaw: emocji, relacji, pomocy. Kwestia zrobienia sobie przez kobietę takich kręgów samopomocowych, zadbania o siebie. Wszystkie wiemy, jak jest z kobietami w Polsce i nie tylko w Polsce, ale głównie w Polsce.



O wszystkich zadbają, Ty jesteś na ostatnim miejscu »Matka Polka«, bo ja mam ego na pęczki, że tata wraca do pracy po 1,5 tygodnia i ja się pytam »A co się dzieje w nocy?« i słyszę »No mąż musi się wyspać, bo idzie rano do pracy« i pada pytanie »A pani nie idzie?«. Powiedzmy, że mąż musi dojechać, nie wiem jaka jest ta praca, ale nie musi być 12 godzin przytomny, trzeźwy, bo ma malutkie dziecko pod opieką. To są trudne rzeczy i często jest tak, że ja się też wycofuję czasami. Wycofuję się, bo widzę, że to już nie należy do mnie rozwiązanie tych problemów”. (P2)

Zadbanie o siebie poprzez tworzenie sieci wsparcia dookoła siebie jest na pewno istotnym elementem macierzyństwa, a także karmienia piersią, gdyż to zrozumienie okazane przez osoby z otoczenia, czasem pomoc w codziennych sprawach, pomogą kobiecie nie czuć się przeciążoną tym, że dziecko potrzebuje jej uwagi, a często długiego czasu bycia przy piersi. Czasem zrozumienie zachowania, potrzeb dziecka, fizjologii laktacji jest kluczowe. Poniższy przykład pokazuje zmianę perspektywy do karmienia, która nastąpiła dzięki treściom z Internetu.

„Nie wiedziałam o plusach karmienia piersią. Jak miałam pierwsze dziecko, to zaszłam w ciążę szybko, jak miała 5,5 miesiąca i ja nie dawałam rady wtedy jej karmić, bo mi się kończyło mleko. Myślę, że jeszcze bym była w stanie do tego 5 miesiąca ciąży pokarmić, czyli spokojnie do jej 9-10 miesiąca, ale wtedy, na przykład ona miała smoczek i ja z kolei wtedy w ogóle nie znałam takiej koncepcji, którą potem stosowałam, że po prostu można z dzieckiem usiąść i pozwolić dziecku tak bardzo długo się ssać. Zasnąć sobie z dzieckiem przy piersi, posiedzieć sobie z tym dzieckiem przy piersi, że to nakręca laktację. Pierwsze dziecko karmiłam tak na zasadzie: jedna pierś, druga pierś i odkładamy,



i usypiamy na przykład inaczej, ze smoczkiem, na rękach i tak dalej. Nie wiem, czy komuś to działa. Mi to nie działało. To znaczy umiałam usnąć i właśnie usypiałam ją na rękach, ona sobie spała, ale to mleko się kończyło przez to przez to, że w ogóle nie było takiej długiej ekspozycji. Nie było takiego długiego przesiadywania przy piersi. Potem miałam dłuższą przerwę, jak pierwsze 2 córki urodziłam rok po roku, tak potem dopiero jak ta młodsza miała prawie 5 lat, to urodził się syn. Internet w ogóle się rozwinął w tej kwestii, to znaczy ja przy małych dzieciach coś tam czytałam, ale to jeszcze było wszystko po staremu. Później dopiero zrobił się bum, na przykład na BLW, na rodzicielstwo bliskości. W tym okresie, kiedy ja miałam te małe dzieci, to się wszystko w Internecie porobiło i dopiero jak się urodził mój syn odkryłam zupełnie inne treści. To był blog głównie Magdaleny Komsty wymagajace.pl. Syn mój nie był wymagający, ale po prostu trafiłam na ten blog i zaczęłam czytać i mówię »Ojacie, no dobrze, teraz to rozumiem«. Pozwoliłam siedzieć sobie z nim po prostu, pozwolić mu pospać przy piersi, on nie miał też smoczka". (K54)

Kolejne kobiety poproszone o podsumowanie, co takiego było najważniejszego co je wspierało, pomagało im w karmieniu piersią, odpowiedziały:

„Może to tak ogólnie zabrzmie, ale najważniejsze jednak przykłady innych osób, które podobnie robiły, które jednak znałam osobiście. Dziewczyny, które karmiły wyłącznie, które długo karmiły. I wsparcie rodziny, że wiedziałam, że też się z tego cieszą, że mnie wspierają, że ktoś nie robi problemu, że przy kimś karmię dziecko. Też było bardzo wspierające, pomagające, że nawet mąż mówił, że ciesz się,



że tak sobie poleżysz. Wiadomo cieszyłam się z tych chwil, bo mogłam poleżeć przy karmieniu, poczytać książkę, ale czasami mnie to denerwowało, że to trwało tak długo, że nic nie mogę zrobić. Natomiast na pewno wielu rzeczy nie musiałam robić, tylko rzeczywiście mogłam się zająć wyłącznie dzieckiem. To na pewno muszę bardziej docenić, że miałam takie wsparcie rodzinne, nawet takie logistyczne, że ktoś zrobił obiad, że mogłam pojechać do mojej mamy i tam też nie musiałam nie wiadomo czego robić, tylko korzystałam z gościnności. To jest ważne tak wytłumaczyć młodej mamie, że właśnie to jest jej zadanie, że ona teraz jest przy dziecku, a nie musi robić innych rzeczy, a może chciałaby zrobić, bo jej się wydaje, że musi. Myślę, że w przyszłości ciężko to będzie powtórzyć, bo jak się ma pierwsze dziecko, to jest większy z tym luksus”. (K14)

„W ciąży chodziłam na jogę. Instruktorka miała bardzo pozytywne podejście do karmienia piersią i mówiła też o tym. W związku z tym wiedziałam, że bym chciała karmić, że chcę karmić, że mniej więcej wiem z czym to się je. Zaskoczyło mnie to bardzo negatywnie na początku, ale na samym początku ciąży nawet powiedziałam do mojego męża, że »Jak będę chciała się poddać, to powiedz mi, że ja chciałam karmić«. Gdy miałam taki moment, że chciałam się poddać, to on mi wtedy powiedział: »Pamiętaj, że mówiłaś, że nie chcesz się poddawać, że chcesz karmić«. Też przez to, że byłam w takim środowisku to nie miałam z tym problemu, udało się. Koleżanka wcześniej karmiła już wtedy ponad rok. Moja szwagierka karmiła 2 lata. Jak potem karmiłam długo, to mi już nikt nic nie mówił, bo ona już przetarła te szlaki”. (K8)



Nie zawsze kobieta znajdzie wsparcie w mężu czy ojcu dziecka. Jeśli trudno o wsparcie w rodzinie, to może to wsparcie znaleźć wśród innych matek. Przypomnijmy, jak brzmi 10. punkt z „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”, o których wspominałyśmy przy okazji opisywania inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”²²⁸:

„10. Należy zadbać o to, aby rodzice i niemowlęta po wypisie do domu mieli dostęp do grup wspierających karmienie piersią”.

Jedna z lekarek, z którą rozmawiałyśmy mówiła o tym, jak bardzo takie grupy wsparcia są potrzebne:

„Wsparcie niemedyczne - jak uczyłam się na kursie na konsultantkę IBCLC, to strasznie podobał mi się standard za granicą, że mama wychodząc ze szpitala dostaje informację, gdzie są grupy wsparcia, do których mogłaby się udać. To jest rewelacyjne. Grupy wsparcia, które są w każdym ośrodku, dość niedaleko, nie mówię, że w szpitalu, ale po prostu w danej miejscowości, w powiecie, które są w stanie te mamy przyjąć do siebie i zaopiekować się nimi. To jest bardzo fajne, bo wiemy, że wcale nie wszystkie mamy potrzebują nie wiadomo jakiego wsparcia farmakologicznego, medycznego i tak dalej. U części wystarczy powiedzieć »Ja też tak miałam. To, że dziecko chce być przy Tobie jest ok. Ono tego potrzebuje«. My mamy troszeczkę nierealne oczekiwania – piękny pokój, łóżeczko, baldachim i jak to moje dziecko nie chce spać w tym łóżeczku. To jest takie zderzenie z rzeczywistością – no ono

²²⁸ KUKP, *Dziesięć Kroków Skutecznego Karmienia piersią (wersja uaktualniona z 2018 roku)*, https://laktacja.pl/images/stories/pdf/10_krokov_na_strone_kukp.pdf [dostęp: 30.11.2023]



nie chce, żaden ssak nie chce. Dostajemy taki kubeł zimnej wody, jak wracamy do tego domu i jak mamy jeszcze środowisko, gdzie są jakieś osoby, które urodziły i jakoś możemy się wspierać, pożalić, to jest fajnie, ale część z nas nie ma. Też wiem, że to wsparcie jest różne, dlatego te grupy wsparcia powinny być kontrolowane przez osoby z odpowiednimi kompetencjami. Powinien być jeden mentor grupy, który to w jakiś sposób kontroluje, żeby nie było niebezpiecznych sytuacji, bo nie zawsze można poczekać, a jak kilka mam powie »Poczekaj, nic nie rób«, a potem okazuje się, że problem jest duży? Do takich sytuacji nie możemy dopuszczać, czyli w tym wszystkim jest potrzebny konsensus i zdrowy rozsądek, żeby nie pójść w żadną ze skrajności”. (P8)

Niniejszy raport skupia się na opiece medycznej finansowanej ze środków publicznych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie brak jest finansowania przeznaczonego na organizację jakichkolwiek grup wsparcia wokół karmienia piersią. Zdarza się, że takie grupy są organizowane przez organizacje pozarządowe, czego przykładem jest Stowarzyszenie Małyssak. Nie zawsze jednak pozyskanie funduszy na tego typu działania jest możliwe. Przykładowo, kiedy chcieliśmy ubiegać się o środki w naszym mieście (w ramach projektów społecznych budżetu obywatelskiego) uzyskaliśmy odpowiedź negatywną, a Biuro ds. Zdrowia i Polityki Społecznej uznało, że nie jest to zadanie własne miasta, gdyż matka i dziecko po wyjściu ze szpitala objęci są opieką położnej z konkretnej poradni POZ. Taka odpowiedź pokazuje, jak bardzo brak jest zrozumienia dla działań i wsparcia niemedyceznego, które mogłoby być wspólnym uzupełnieniem pracy medyków. Tym bardziej, że nie spotkałyśmy się z praktyką, aby położna środowiskowo-rodzinna prowadziła w ramach opieki POZ grupę wsparcia, co oczywiście nie znaczy, że takie nie istnieją. Ciekawostką jest natomiast, że pielęgniarki POZ mają wymienione w swoich zadaniach: organizowanie grup wsparcia²²⁹. Wydaje się, że i położne środowiskowo-rodzinne mogłyby zająć się organizacją takich grup na podobnej zasadzie jak organizacja, często

²²⁹ załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej



grupowej, edukacji przedporodowej. Jednak niezależnie od tego czy spotkania wspierające dla mam karmiących byłyby organizowane przez przychodnie czy praktyki położnych POZ, czy przez organizacje pozarządowe, to konieczne jest przeznaczenie na ten cel odpowiedniego finansowania w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Jednak czy byłoby to możliwe?

Warto przytoczyć tu przykład zmian, które weszły w życie z początkiem 2023 roku, dotyczących wsparcia osób w kryzysie zdrowia psychicznego. Minister Zdrowia wydał zarządzenie²³⁰ obligujące dyrektorów Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) do zatrudniania asystentów zdrowienia, czyli osób z doświadczeniem kryzysu zdrowia psychicznego, które ukończyły odpowiednie kursy i odbyły staż w placówce zajmującej się opieką zdrowia psychicznego²³¹. Osoby te nie muszą mieć wykształcenia medycznego ani psychologicznego. Natomiast mają własne doświadczenie wyjścia z kryzysu zdrowia psychicznego. Ich rolą jest dzielenie się doświadczeniem i towarzyszenie osobom, które zmagają się z objawami choroby psychicznej. Wsparcie to opiera się na wspólnocie doświadczeń, zrozumieniu i dawaniu nadziei na to, że nawet z najgłębszego kryzysu można wyjść, z pomocą rozumiejących osób. Asystenci zdrowienia nie skupiają się na diagnozie czy objawach, ale na tym, by dać cierpiącej osobie poczucie bezpieczeństwa i wzmacniać ją poprzez cierpliwą obecność. Zatrudnienie asystenta jest konieczne, by dane CZP otrzymało finansowanie z NFZ. Wsparcie tzw. Ex-inów występuje w systemie opieki psychiatrycznej wielu krajów Europy – Finlandii, Norwegii, Niemiec, Anglii itd. Czy jest możliwe, aby podobne rozwiązania zastosować w kontekście wsparcia karmienia piersią?

WHO i UNICEF rekomendują, że system wsparcia laktacyjnego powinien składać się zarówno z pracowników ochrony zdrowia, w tym lekarzy pielęgniarek i położnych, następnie doradców/konsultantów laktacyjnych, ale również osób niemedyceńskich wspierających w karmieniu piersią tzw. peer supporters²³². O koniecznej zmianie do podejścia do wsparcia niemedyceńskiego możemy przeczytać w artykule powołującym się na liczne dowody naukowe na blogu Hafija.pl:

²³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001953> [dostęp: 30.11.2023]

²³¹ MZ, *Kim jest asystent zdrowienia*, <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/kim-jest-asystent-zdrowienia> [dostęp: 30.11.2023]

²³² WHO i UNICEF, *Implementation Guidance on Counselling Women to Improve Breastfeeding Practices*, New York 2021, <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1501/file/UNICEF-WHO-BF-Counseling-Guidance-2021.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



„Niemedyczne wsparcie laktacyjne tzw. Peer-support działa w wielu krajach jednak jeżeli wsparcie to nie odpowiada na potrzeby populacji docelowej, jeśli nie ma poparcia ze strony pracowników ochrony zdrowia, jeśli osoba udzielająca wsparcia nie jest dostępna lub przystępna, to naprawdę nie ma znaczenia, jak dobrze jest wyszkolona, czyli jak dobrze radzi sobie w pracy indywidualnej.

Wsparcie nie działa jeżeli otoczenie mamy nie uważa go za istotne, jeśli pracownicy ochrony zdrowia czują się niekomfortowo pracując z osobami niemedycznymi, a matki otrzymują nieprzychylnie opinie na ten temat – interwencja straci wiarygodność”²³³.

W Polsce jest wiele kobiet, które z pasji i zrozumienia wagi karmienia piersią dla jednostki, ale i dla zdrowia publicznego, ukończyły kursy na Promotorki Karmienia Piersią lub konsultantki laktacyjne IBCLC. Nie ma jednak ścieżki, która pozwoliłaby zatrudniać je w charakterze, nazwijmy to, asystentek laktacyjnych na oddziałach poporodowych czy w przychodniach POZ. Uważamy, że takie kobiety, które karmiły piersią, pokonały trudności z tym związane, które mają głębokie zrozumienie dla procesu początku laktacji, stanowiłyby niezwykle cenne wsparcie dla kobiet, które dopiero zaczynają swoją macierzyńską drogę.

Takie osoby, które mają doświadczenia z karmieniem piersią mogą być bardzo cenne we wspieraniu innych kobiet.

*„Mam kontakt do tej pory z dziewczynami, którym pomagałam.
Pomagałam dziewczynie, bo byłyśmy razem po porodzie na sali.
Też, żeby zająć głowę, bo nie miałam swojego synka przy sobie.*

²³³ Aleksandrowicz A., *Po co nam niemedyczne wsparcie laktacyjne?*, 2023, <https://www.hafija.pl/2023/03/po-co-nam-niemedyczne-wsparcie-laktacyjne.html> [dostęp: 30.11.2023]



Teraz jesteśmy bardzo dobrymi koleżankami. Inny przykład – koleżanka lekarka, niby z automatu było powiedziane, że przecież »Pani lekarka, to pani musi to umieć«, a wcale nie umiała. Ja ją wszystkiego nauczyłam. Teraz karmi 3 dziecko, a karmiła po 2-3 lata. Po prostu została nauczona i tylko to jej było potrzebne, żeby ktoś ją tego nauczył. Do tej pory one mi za to dziękują, że wykarmiły swoje dzieci. Kobieta, która przez to przeszła, dokładnie rozumie tę kobietę. To jest świetna sprawa. To jest tak, jak doula przy porodzie. Dokładnie takie są mamy, które karmiły. Karmiły z taką chęcią i pasją. To są cudowne osoby”. (K25)

„Jestem wielką zwolenniczką »It takes a village to bring up a child«, czyli "Żeby wychować dziecko, potrzebna jest wioska". To jest taka piękna idea. Akurat mieszkam na takim osiedlu, gdzie jest tutaj dużo młodych mam i my rzeczywiście taką małą wioskę zaczynamy tworzyć. Te porady i dopytanie się, to też coś co bardzo pomogło. Coś co pomaga, to na pewno tego typu właśnie inicjatywy czy środowiska, czy grupy, jak zrzeszenie kobiet, które tkwią w tym i które wiedzą z autopsji”. (K38)



Problem!

Brak systemowego wspierania i organizowania grup wsparcia karmienia piersią. Brak miejsca w systemie opieki ochrony zdrowia dla osób niemedycznych, które mogłyby wspierać w aspektach niemedycznych związanych z karmieniem piersią, uzupełniając w ten sposób pracę personelu medycznego i go odciążając.



Na wsparcie niemedyczne składa się również budowanie świadomości społecznej czy to poprzez organizację grup wsparcia, czy poprzez kampanie społeczne. To z jak dużą nieznajomością fizjologii laktacji się spotykamy wyraża się i w brakach wiedzy personelu medycznego, ale też innych osób, z którymi na co dzień spotykają się kobiety karmiące. Zwiększanie świadomości na szeroką skalę jest bardzo potrzebne.

„Nie mam telewizora, więc nie jestem atakowana obrazkami z telewizora, ale wiem, że lecą. Szczególnie na przykład rano jak matki siedzą w domu i poranne programy oglądają. Natomiast prowadzę swoje media społecznościowe doulowe i też często na przykład na Instagramie mi się pojawia z jednej strony obrazek, że mama karmi piersią, a tutaj [marka mieszanki], że to jest prawie tak samo. To jest moim zdaniem taka agresywna reklama, która pokazuje – a tu taki szczęśliwy bobasek, że to jest prawie to samo, albo mleko następne. Czasami to zgłaszam i myślę, że mogłyby zamiast tego lecieć krótkie filmiki edukacyjne, minutowe na przykład. A to, że najważniejsze w karmieniu piersią są pierwsze dwie godziny kontaktu skóra do skóry, albo że nie ma czegoś takiego jak nagły zanik pokarmu z dnia na dzień. Po to, żeby była większa świadomość społeczna, a świadomość społeczna jest bardzo niska. Kiedyś podopieczna zgłosiła się do mnie, że karmi piersią ponadtygodniowego noworodka, a mąż każe jej odciągać mleko laktatorem, żeby zobaczyć, ile ona ma mleka. Po prostu, że nie może tak karmić sobie przy piersi, bo nie widać, ile dziecko je. Nie mogłam wyjść z podziwu, że facet, który nie przeszedł żadnej edukacji przedporodowej, ma czelność tak ingerować w to, jak karmi jego żona. Nie mając ogóle wiedzy o tym. Wiadomo w jakim stanie psychicznym jest kobieta po porodzie. Dlatego takie krótkie urywki, gdyby były, właśnie, że mleko się produkuje na bieżąco,



zaspokaja potrzeby dziecka, też się idealnie dopasowuje, to byłoby super, bo by też ucięły usta wszystkim tym osobom, które dają takie złote rady typu »Masz chude mleko« albo »Nie takie piersi«”. (K33)

„Natomiast powinno być budowanie poczucia kompetencji, zaufania samej sobie u matki karmiącej, to byłoby cudowne, ale ja tego nawet nie jestem w stanie wymienić, bo to musiałyby być na każdym etapie: jeszcze przed porodem podczas edukacji przedporodowej, później w trakcie porodu i w czasie pobytu w szpitalu, w czasie opieki okołoporodowej w domu, patronaży i później w czasie tych wszystkich wizyt u pediatry, to jest taka rzesza i ludzi. A to są tylko przecież pracownicy medyczni, a wpływ na to jak będzie się czuła karmiąca matka ma jeszcze przecież partner, dalsza rodzina, a czasami nawet sąsiadka, która... O! Moja sąsiadka - mam piękną anegdotę: synek miał 6 tygodni, kiedy przechodziliśmy covid. Synek w tym czasie miał biegunkę, jakies takie niepokoje. Po chorobie po odbytej kwarantannie, bo to jeszcze były czasy, kiedy kwarantanna była obowiązkowa, wyszłam z synkiem na spacer. Spotkała nas sąsiadka i pyta co tam u nas, czy mały zdrowy. Odpowiedziałam, że wszystko fajnie, że właśnie skończyliśmy kwarantannę. »Jezus kwarantanny, a co to Covid w domu przy takim maluszku?«. Powiedziałam, że było ciężko, ale już jest w porządku. »A czym ty go karmiłaś, jak ty miałaś taką wysoką gorączkę?«. »Normalnie piersią« – odpowiedziałam. »Boże dziecko, przy gorączce, to trzeba było powiedzieć, ja bym ci skoczyła do apteki po mleko«. No tak, cud, że mi się mleko »nie ścięło«, naprawdę 😊. Przy tym Covidzie, po prostu leżeliśmy z synkiem i tak on przy cycku, a ja majaczyłam »nieprzytomna«



i wszyscy byli szczęśliwi. Nic więcej nam nie było trzeba, takie 2 dni ciężkiej gorączki miałam. Tak jak myślę o tym wspieraniu kompetencji czy zaufania do siebie, to nawet ciężko mi mówić, bo tak jakbym chciała, żeby to się działo, to nie wiem w jaki sposób, to się powinno odbywać. Kto się powinien tym zajmować? Na pewno na pewno potrzebujemy lepszego klimatu dla karmienia w Polsce". (K32)

„Podczas pobytu w szpitalu, do którego trafiłam wskutek zakażenia szpitalnego cały czas odciągałam pokarm. Była to heroiczna praca, niezwykle obciążająca psychicznie, wymagała spokoju, który bardzo trudno było zachować w warunkach szpitalnych, w połogu, 5 dobie po porodzie i bez dziecka. Niestety w tym czasie, wracając po porodzie do zdrowia wysoko gorączkowałam, co skutkowało tym, że teściowa wylała tę zdobyczną porcję pokarmu, którą przekazałam rodzinie, bo bała się, że pokarm odciągnięty, gdy byłam w takim stanie wpłynie negatywnie na dziecko, które też zagorączkuje. Na samą myśl o tym wspomnieniu rozrywa mi serce, bo każdy odciągnięty mililitr był na tamten czas dla mnie na wagę złota. Wiem, że nie miała złych intencji, ale i tak trudno jest mi to przeżyć. Nawet teraz, po takim czasie. Zwłaszcza, że opowiedziała o tym co zrobiła tak lekko i z taką oczywistością. Nie wiem co było dla mnie bardziej szokujące - ta nie znana mi dotąd teoria, czy ta jej pewność siebie w tym, że trzeba było tak zrobić". (K4)

„Do pierwszego żłobka moja córka się nie zaadoptowała, ponieważ dyrektorka w 2 tygodniu adaptacji dowiedziała się, że ja ją karmię piersią i nagle zaczęła obwiniać za wszystkie trudności w adaptacji,



karmienie piersią. Córka nie chciała jeść w tym żłobku. Tłumaczyłam, że ona w ciągu dnia nie je z piersi tak dużo i że one muszą znaleźć jakiś sposób na to, żeby ją nakarmić. Pani mi wtedy powiedziała, ale »Wie pani co, dzieci żłobkowych się nie karmi piersią«. Ja tak się na nią patrzę »Przecież ja to pani mówiłam na spotkaniu w marcu, że dziecko musi być odstawione od piersi jak idzie do żłobka«. Mówię »Nie, nie mówiła mi pani tego, bo jakby mi pani to powiedziała, to ja bym szukała innego żłobka«. To pierwszy moment, w którym ja odczułam faktycznie presję, że powinnam ją odstawić od piersi. Oczywiście nie wzięłam sobie tego absolutnie do serca, bo wiedziałam, że sobie ją odstawię, kiedy będę chciała, ale powiedziałam tej pani »Ale co pani sobie wyobraża, że ja ją odstawię z dnia na dzień od piersi i że ona nagle następnego dnia będzie jadła w żłobku bez problemu śniadanie i obiad?«. A ona mi powiedziała »A jak sobie pani to inaczej wyobraża?«, więc w ogóle nie wiedziała na czym polega proces odstawienia od piersi. Doszliśmy do wniosku, że jeżeli to ma tak wyglądać, to zmieniamy żłobek na inny, w którym początku wiedzieli, że karmię piersią, od początku wiedzieli, że był problem z jedzeniem i generalnie wzięli to na klatę i zrobili tak, że ona się zaadaptowała. Tak samo myślę, że mają lekarze, którzy na przykład mówią, że trzeba odstawić od piersi, bo musisz wziąć jakiś lek, przy którym nie można karmić piersią. Specjaliści, którzy mają zajmować się opieką czy to nad matką karmiącą, czy to nad małym dzieckiem, nie wiedzą w ogóle na czym polega proces odstawienia od piersi. Ludziom się wydaje, że to jest kwestia jednego dnia, że po prostu mówi się »Dziecko dzisiaj nie będziesz jadła z piersi« i nie będzie jadła z piersi. Na pewno by się przydało jakieś wsparcie dla całego personelu, żeby choćby oni się nauczyli rozmawiać z matką



karmiącą, nawet nie wiem, czy rozmawiać, po prostu, żeby mieli jakąkolwiek wiedzę, bo to jest wiedza z lat osiemdziesiątych?”.

(K50)

Więcej o zdrowiu matki będącej w trakcie laktacji napiszemy w rozdziale 6. Z pewnością jednak, wiedza o karmieniu piersią, przyda się zarówno personelowi medycznemu, jak i całemu społeczeństwu. Jak napisała jedna z kobiet: potrzebujemy lepszego klimatu dla karmienia w Polsce.

„Edukacja jest od początku, możemy mówić o wielu stronach edukacji, o szkolnictwie wyższym, ale edukacja tak naprawdę już się zaczyna od życia w rodzinie. Bo jeżeli pewną normą byłoby to, że już wtedy się oswaja, tak jak my – kobiety, które karmią. Już nasze dzieci są pokoleniem karmionym piersią i nasze dzieci, jak my mamy kolejno młodszego dzieci, to te starsze też się bawią, że karmią. Mam brata o 16 lat młodszego i jego wszystkie siostry karmią swoje dzieci piersią. Dla niego to jest w ogóle norma. Nic innego nie przychodzi do głowy »No jak się karmi dziecko? No piersią«, ale jak zapytasz ludzi w naszym wieku to pierwsza będzie butelka, będzie smoczek. Atrybut dziecka to jest smoczek i butelka i to cały czas jest w przestrzeni. To jest po prostu zmiana społeczna i to jest bardzo trudne do przeprowadzenia”. (P8)



Problem!

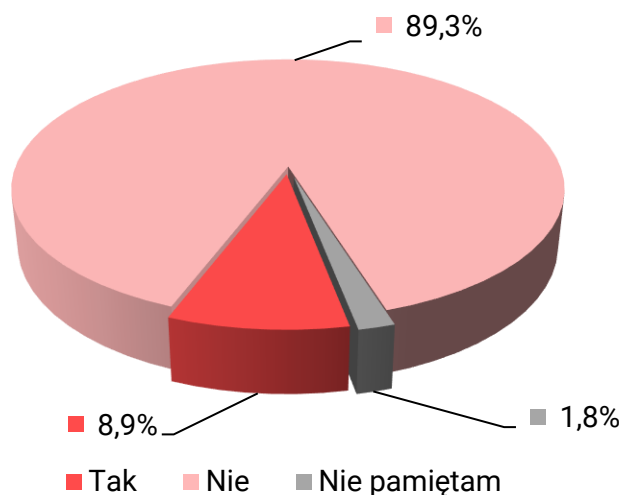
Brak prowadzonych na szeroką skalę kampanii społecznych i informacyjnych pokazujących korzyści z karmienia piersią i przekazujących podstawową wiedzę o fizjologii laktacji.



5. OPIEKA SPECJALISTYCZNA NAD DZIECKIEM KARMIONYM PIERSIĄ LUB MLEKIEM MATKI

Zdarza się, że oprócz podstawowej opieki zdrowotnej, którą objęte jest dziecko, musi ono być również pod opieką specjalistyczną, ze względu na diagnozę lub podejrzenie schorzeń wymagających takiej opieki. Podejście do wspierania w karmieniu piersią lub mlekiem matki w takich sytuacjach było kolejnym zagadnieniem objętym monitoringiem. Zapytałyśmy kobiety o to, czy dziecko było pod opieką jakiegokolwiek lekarza specjalisty lub pod opieką szpitalną w okresie, gdy karmiły dziecko piersią lub swoim mlekiem. Tu 46,2% wszystkich ankietowanych potwierdziło, że ich dzieci było leczonych specjalistycznie lub szpitalnie w tym okresie, zatem w dalszej części rozdziału będziemy brać pod uwagę odpowiedzi z tych ankiet, w których taka deklaracja padła (N=1158).

Wśród kobiet, których dzieci leczyły się specjalistycznie, 8,9% kobiet usłyszało, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi i/lub zakończenia karmienia piersią od lekarza specjalisty zajmującego się zdrowiem dziecka. Natomiast 89,3% takiego zalecenia nie otrzymało, zaś kolejnych 1,8% kobiet tego nie pamiętało (Ryc. 5.1.).



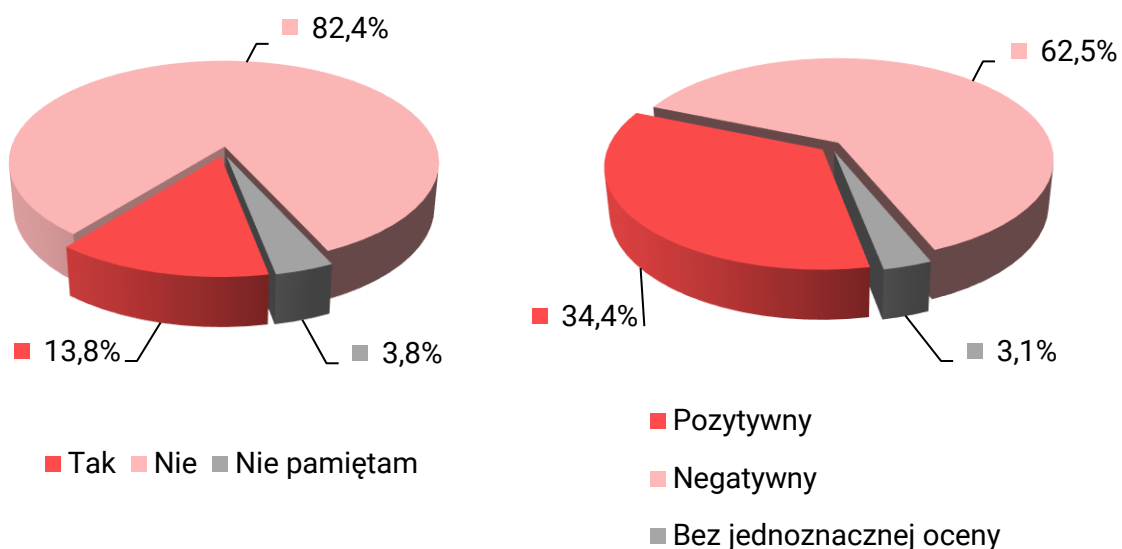
Ryc. 5.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy lekarz specjalista zajmujący się zdrowiem Twojego dziecka kiedykolwiek powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem” (% , N=1158)



13,8% kobiet, których dzieci były pod opieką lekarza specjalisty lub opieką szpitalną usłyszało komentarz dotyczący faktu karmienia piersią dziecka i/lub mlekiem matki. 82,4% takiego komentarza nie usłyszało, zaś 3,8% nie pamięta, czy usłyszało jakikolwiek komentarz (Ryc. 5.2. po lewej). Po przeanalizowaniu odpowiedzi kobiet na pytanie „Co mówił lekarz specjalista?” podzieliłyśmy komentarze pod względem charakteru wypowiedzi:

- pozytywny - promujący karmienie piersią, edukujący i wspierający,
- negatywny - deprecjonujący zasadność karmienia piersią, powielający mity, opierający się na osobistych przekonaniach, a nie na wiedzy naukowej,
- bez jednoznacznej oceny – trudny w interpretacji komentarz (wymagane byłoby doprecyzowanie, przez osobę wypełniającą ankietę) lub więcej komentarzy wzajemnie wykluczających się.

Pozytywne komentarze usłyszało 34,4% kobiet (spośród tych, których dzieci były leczone specjalistycznie lub szpitalnie), podczas gdy 62,5% usłyszało komentarze o charakterze negatywnym, zaś w 3,1% przypadków trudno ocenić charakter komentarza jednoznacznie (Ryc. 5.2. po prawej).



Ryc. 5.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy lekarz specjalista zajmujący się zdrowiem Twojego dziecka kiedykolwiek komentował fakt, że Twoje dziecko jest karmione piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił?” (%), N=1158), po prawej charakter komentarza lekarza specjalisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz specjalista?” (N=160)

Wielokrotnie wspominałyśmy o tym, że światowe autorytety (WHO, UNICEF, AAP) zalecają po 6 miesiącach wyłącznego karmienia piersią kontynuowanie go przy jednoczesnym rozszerzaniu diety do dwóch lat i dłużej. Karmienie piersią jest pożądane tak długo, jak będzie to potrzebne dziecku i matce. Natomiast w niektórych przypadkach, komentarze lekarzy są ich opinią, nie są poparte aktualnymi zaleceniami. Mogą być krzywdzące i wprowadzające w błąd.

„6 miesięcy karmienia piersią to już wystarczająco długo, dałam wszystko co dobre, możemy przejść na mieszankę”. (alergolog, wiek dziecka: 6 miesięcy, A1312)

„Że w tym wieku nie ma już to dla dziecka korzyści, że zalecenia WHO są dla Afryki, gdzie brakuje jedzenia”. (alergolog, wiek dziecka: 10 miesięcy, A1585)

Należy podkreślić, iż to, co powiedział naszej ankietowanej alergolog jest nieprawdą, a o tym, że zalecenia WHO są globalne wspominałyśmy w podrozdziale 4.3. przy okazji opisywania opieki pediatrycznej.

„Poszłam z córką na wizytę do endokrynologa. Powiedziałam jej, że karmię piersią, ale wtedy też byłam mniej pewna, a 2 lata córka miała wtedy, i lekarka mówi »Co?«. Jakoś tak powiedziała, że mam córkę odstawić »bo dzieci mają po to zęby, żeby jeść« i jakiś taki tekst. Więcej do niej nie poszłam. Na szczęście też wyniki były dobre, ale ja nie prosiłam o tę uwagę. Nie była to wizyta związana z karmieniem piersią, nie była to moja wizyta związana z piersiami, tylko była to wizyta związana z hormonami tarczycy dziecka, które wyszły ok”. (endokrynolog, K8)



*„Karmić tylko do 1. roku życia, bo zrobię później dziecku krzywdę psychologiczną, poza tym po 1. roku życia nie ma już medycznych wskazań i ona też swoje dzieci karmiła tylko do roku. Masakra!”
(neurolog, wiek dziecka: 8 miesięcy, A482)*

Neurolożka, która wypowiedziała te słowa nie miała zatem racji mówiąc o braku medycznych wskazań. Powołując się na prywatne doświadczenie przekroczyła również granice profesjonalizmu zawodowego. Lekarz nie powinien w swojej praktyce kierować się kryterium osobistych doświadczeń. Szerzej ten problem omówimy w rozdziale 6.

Wciąż również pokutują mity o diecie matki karmiącej:

„Że pewnie się źle odżywiam i dlatego córka nie chce ssać, bo ma gazy po moim mleku” (laryngolog, wiek dziecka: 3 miesiące, A362)

„Że powinnam stosować »dietę matki karmiącej«, gdyż moja dieta szkodzi na wzdęcia dziecka co powoduje przepuklinę”. (chirurg, wiek dziecka: 3 miesiące, A391)

Z kolei poniższe przypadki pokazują problem związany z fizjologicznym spadkiem żelaza w szóstym miesiącu życia dziecka. Zdrowe dzieci, urodzone o czasie, których pępowina została zaciśnięta po ustaniu tętnienia, czyli zgodnie z zaleceniami S000, mają we krwi zapas żelaza, który wystarcza im do około 6 miesięcy. Dodatkowo, po 6 miesiącu zapotrzebowanie na żelazo wzrasta. Czy jednak zasadnym jest podanie mieszanki? WHO, AAP, ESPGHAN i PTGHIŻD nie zalecają suplementacji żelaza dzieciom karmionym wyłącznie piersią przez pierwsze pół roku życia, natomiast po 6 miesiącu zalecają dietę bogatą w żelazo, a jeśli dieta dziecka nie jest bogata w żelazo, suplementację żelaza w dawce 2 mg/kg/dobę do 23 miesiąca²³⁴. Mieszanka nie jest traktowana jako podstawa do suplementacji, jeśli dziecko jest karmione piersią. Warto również zacytować publikację

²³⁴ Browarska A., *Żelazo w diecie dzieci karmionych piersią*, 2022, <https://lekarskimokiem.pl/zelazo-w-diecie-dzieci-karmionych-piersia/> [dostęp: 30.11.2023]



WHO dotyczącą żelaza w mleku mamy. „Biodostępność żelaza w mleku matki jest bardzo wysoka, choć niektóre niemowlęta są narażone na ryzyko niedoboru żelaza, zwłaszcza jeśli były wcześniakami lub miały niską wagę urodzeniową. Wczesne wprowadzenie żywności uzupełniającej, nawet wzbogaconej żelazem, nie jest odpowiednie, by zapobiegać anemii z niedoboru żelaza u populacji wysokiego ryzyka”²³⁵. Warto również podkreślić, iż każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie, po przeprowadzeniu odpowiednich badań.

*„Gdy usłyszała, że karmię tylko piersią, powiedziała, że po 6 miesiącu mleko znacznie traci żelazo i należy podać mieszankę i podała nazwę sztucznego mleka, że to jest najlepsze. Po tych słowach zastanawiałam się czy kontynuować dalej wizytę”.
(neurolog, wiek dziecka: 2 miesiące A543)*

*„Że karmiąc dziecko piersią doprowadziłam dziecko do anemii”.
(pediatra, wiek dziecka: 2 miesiące, A1590)*

„Jeżeli chodzi o moją córkę ostatecznie karmiłam 3,5 roku. 3,5 roku fantastycznej drogi. Z perspektywy czasu czasami było ciężko, ale nie żałuję absolutnie ani dnia, ale ja przez ten czas też się musiałam, tak jak taka statystyczna pacjentka, bić po prostu czasami o to swoje karmienie. Jak trafiłam do poradni patologii noworodka i pierwsza walka to było: za mało przybiera na wadze. Mówię: dobrze przybiera na wadze, nanoszę na siatkę centylową: dobrze przybiera na wadze. Rozszerzać już dietę – nie, jeszcze nie

²³⁵ WHO, Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age, Genewa 2023, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864> [dostęp: 30.11.2023]



rozszerzamy. Nikt nie patrzy, na przykład na wcześniaki pod kątem wieku urodzeniowego. Im później powinno się rozszerzać dietę. Ja to nawet poruszyłam na jakimś tam szkoleniu. Czemu pod każdym kątem wiek korygowany, a rozszerzanie diety jak ma pół roku to powinien jeść, gdzie te dzieci są totalnie niezainteresowane na tym etapie. Trzeci raz z rzędu poszłam na wizytę do poradni patologii noworodka i usłyszałam od tego samego lekarza 3 raz to samo pytanie czy moje dziecko dostaje zupkę jarzynową. Naprawdę w kółko to samo. Moja córka cały ten pierwszy rok życia miała bardzo słabe wyniki, jeżeli chodzi o hemoglobinę, niedokrwistość po prostu. I jak byłam na ostatniej wizycie na rok, to usłyszałam: »Wie pani co, no ma cały czas tą niedokrwistość, ale jak zacznie się podawać mieszankę to tam jest żelazo, więc pewnie to żelazo wzrośnie«. Tak patrzę na tę lekarkę i mówię: »Nie planujemy podawać nigdy mieszanki«. »A, no to okej«. Wtedy ta lekarka powiedziała w porządku, nie skrytykowała, ale też mówi: »To trzeba będzie po prostu co jakiś czas kontrolować morfologię «. (P10)

Zdarzało się, że błędnie zalecano dopajanie dzieci wodą, sokami w okresie, kiedy dziecko powinno być jeszcze karmione wyłącznie piersią.

„Że dziecko za szybko przybiera na wadze, za często je i należy je oszukać wodą z cukrem i karmić piersią co 3 godziny”. (neonatolog, wiek dziecka: 6 tygodni, A925)

„Nakazał mi karmić wodą dziecko, bo mleko jest mu niepotrzebne”. (neurolog, wiek dziecka: 3 miesiące, A75)



„Że mam dopajać wodą, sokiem z wodą”. (nefrolog, 3 miesiące, A2485)

Zdarzało się, że zalecano odstawienie dziecka od piersi w okresie, kiedy mleko matki wciąż jest podstawą żywienia.

„Że powinnam natychmiast przestać karmić dziecko piersią (stwierdziła próchnicę, która po konsultacji z dwoma innymi niezależnymi dentystami okazała się być niewykształconym szkliwem na brzegach siecznych jedynek i dwójek). Na moje pytanie czy mam podać dziecku w takim razie kotleta jak się budzi głodne w nocy odpowiedziała, że skoro się budzi głodne to znaczy, że się nie najada moim mlekiem i że mam podać modyfikowane. Na moją odpowiedź o objętości żołądka dziecka, potrzebie bliskości, bezpieczeństwa oraz działania przeciwbólowego ssania podczas rośnięcia zębów stwierdziła, że funduje dziecku PROTEZY zębowe na własne życzenie. Wówczas wyszłam”. (dentysta, 8 miesięcy, A2083)

Obok tych negatywnych, niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną komentarzy, kobiety usłyszały także takie, które je wsparły w karmieniu piersią i utwierdziły w przekonaniu, że ich pokarm jest najlepszy dla ich dziecka.

„Udowodnił, że mały najada się mlekiem z piersi, kazał odstawić mleko modyfikowane”. (neonatolog, wiek dziecka: 1 tydzień, A165)

„Był to laryngolog – chirurg, który podcinał dziecku wędzidełko. Polecił przystawienie dziecka do piersi od razu po zabiegu



*i kontynuację karmienia, był bardzo pozytywnie nastawiony”.
(chirurg laryngolog, wiek dziecka: 6 tygodni, A469)*

*„Bardzo pochwalał, że karmię odciągany mlekiem, podziwiał.
To było bardzo miłe i wspierające”. (neonatolog, wiek dziecka:
od urodzenia do 8 miesiąca, A1500)*

*„Wyrażał się pozytywnie, polecił nawet karmić dziecko podczas
badania, żeby było spokojniejsze. Zawsze cierpliwie czekał,
aż nakarmię”. (kardiolog, wiek dziecka: 2 miesiące, A2271)*

Są alergolodzy, którzy doceniają wartość mleka matki. Oto, co jedna z kobiet usłyszała od alergologa, gdy jej dziecko chorujące na alergię miało 12 miesięcy:

*„Alergolog popierał karmienie i zachęcał do jak najdłuższej
kontynuacji. Tak naprawdę wspierał dziecko poprzez mówienie
o tym bym się nie zniechęcała. Dlatego, że alergolog stwierdził,
że jak karmię na diecie eliminacyjnej i chodzę zadowolona z życia,
to powiedział żebym karmiła jak najdłużej będę mogła. Z pierwszym
dzieckiem było podobnie, bo ja przy pierwszym dziecku ze skazą
białkową, to już wiedziałam co i jak, jak sobie poradzić. Byłam
zaprawiona w boju, było łatwiej”. (K27)*

*„By utrzymać karmienie piersią jak najdłużej mimo potencjalnych
alergii dziecka (zalecana dieta eliminacyjna u matki)”. (alergolog,
wiek dziecka: 3,5 miesiąca, A344)*



„Żeby karmić jak najdłużej, bo dla alergików mleko mamy to lekarstwo”. (alergolog, wiek dziecka: 9 miesięcy, A394)

„Chwalił karmienie, mówił, że to dobrze, zwłaszcza jak dziecko ma różne problemy”. (alergolog, 8-18 miesięcy, A739)

*„Chwalił karmienie, mówił, żeby karmić jak najdłużej”.
(gastroenterolog, wiek dziecka: 4 miesiące, A1430)*

Niepokojące jest zalecanie przez alergologów mieszanki w związku z domniemaną alergią bez odpowiedniej diagnostyki, jak w poniższym przypadku.

„Wymieniał po kolei wszystkie produkty, którymi dziecku szkodzę, zanim obejrzał dziecko ocenił, że problemy wynikają z karmienia. Diagnoza została postawiona zła, miałam wrażenie, że lekarz całe zło próbuje zrzucić na karmienie. W gabinecie mnóstwo reklamówek mleka modyfikowanego”. (alergolog, wiek dziecka: 6 miesięcy, A545)

Niektórzy lekarze zalecają mieszankę, pomimo braku wskazań traktując ją niemal jak panaceum, tak jak alergolog z poniższego cytatu.

„Że trzeba podawać mleko modyfikowane dla alergików na wypadek, gdy odstawię nagle (?) od piersi”. (alergolog, wiek dziecka: 1-1,5 roku, A104)



Lekarz nie powinien zalecać mieszanki bez wyraźnych wskazań medycznych i diagnozy, a już na pewno jego obowiązkiem nie jest reklamowanie konkretnego produktu.

„My byliśmy u alergologa i oczywiście pani doktor bardzo doceniła mój wkład w żywienie mojego dziecka, ale powiedziała, że ona jest zobligowana, żeby dać mi książeczkę – ulotkę. Ja nawet nie spojrzałam jaki to producent mleka, ale ona jest zobligowana niejako, żeby mi tutaj dać, gdybym ja jednak rozważyła przejście na mleko modyfikowane. Alergolog w przychodni w szpitalu. Tak to zabrzmiało, że ona jest jak najbardziej pro karmieniu piersią i w ogóle, była też właśnie pod wrażeniem tego, jak nam ta laktacja wyszła, jak ja z tą alergią walczę i w ogóle, ale, że mimo tego, to ona tak tutaj no musi mi podetknąć. Dziecko miało 5-6 miesięcy”. (K38)

Wydaje się, że wśród lekarzy specjalistów częsty jest przekaz w rodzaju „Nieważne, jak karmisz”, choć ogromna ilość badań naukowych (w tym te, które cytowałyśmy do tej pory) przeczy temu hasłu, bowiem sposób karmienia jest niezwykle istotny.



Problem!

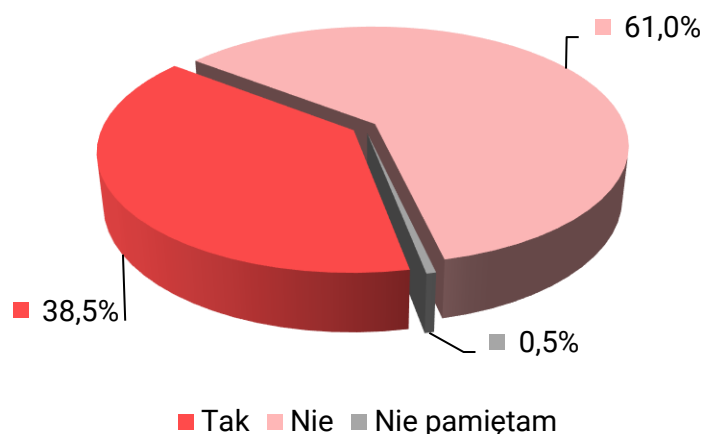
Lekarze zajmujący się dziećmi często nie mają wiedzy o karmieniu piersią i jego korzyściach dla dzieci. Dwie na trzy kobiety (62,5% ankietowanych, które usłyszały komentarz dotyczące karmienia piersią), otrzymują przekaz negatywny o karmieniu piersią, wbrew temu, że lekarze powinni opierać swoje zalecenia na aktualnej wiedzy medycznej, zatem powinni wspierać kobiety w karmieniu piersią, bo, jak pokazują aktualne badania naukowe, właśnie pokarm matki chroni dziecko przed wieloma chorobami, obniża ryzyko wystąpienia innych, wspomaga rozwój intelektualny i emocjonalny.



5.1. HOSPITALIZACJA DZIECKA KARMIONEGO PIERSIĄ LUB MLEKIEM MATKI

Mleko mamy ma niebagatelne znaczenie dla zdrowia dziecka. Jest ono bowiem pełne składników, które łagodzą ból, przyspieszają regenerację, zasilają naturalną mikrobiotę dziecka. Dodatkowo, sam proces karmienia przynosi zazwyczaj ukojenie, reguluje emocje, daje poczucie bezpieczeństwa. Są to ważne elementy i personel podczas hospitalizacji dziecka powinien brać je pod uwagę. Jak zatem wspierano w karmieniu piersią kobiety, które znalazły się w takiej sytuacji?

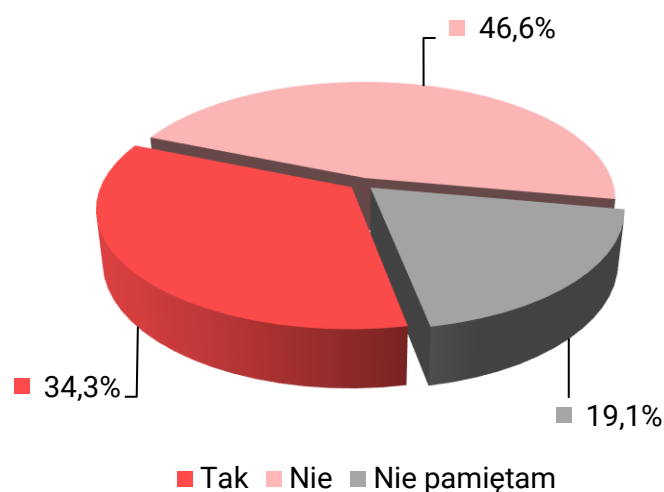
Leczenie szpitalne dziecka miało miejsce u 38,5% ankietowanych, spośród tych, które wskazały wcześniej, że dziecko było pod opieką jakiegokolwiek lekarza specjalisty lub pod opieką szpitalną w okresie, gdy kobieta karmiła je piersią i/lub swoim mlekiem. 61,0% leczonych specjalistycznie dzieci nie pozostawało pod taką opieką, zaś w 0,5% przypadków kobiety tego nie pamiętały (Ryc. 5.3.).



Ryc. 5.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoje dziecko leczyło się szpitalnie w okresie trwania Twojej laktacji?” (% , N=1158)



Spośród kobiet, których dzieci były leczone szpitalnie 34,3% otrzymało od personelu medycznego szpitala wsparcie w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji podczas pobytu dziecka w szpitalu, 46,6% kobiet takiej pomocy nie otrzymało, zaś 19,1% tego faktu nie pamiętało (Ryc. 5.4.).



Ryc. 5.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny podczas pobytu Twojego dziecka w szpitalu wspierał Was w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji?” (% , N=446)

O tym, jak ważne jest karmienie mlekiem matki i o jego wartości leczniczej, był przekonany ordynator oddziału, na który trafiło dziecko wymagające operacji z powodu wykrycia guza mózgu.

„Na oddziale sam ordynator - profesor neurochirurg - był pro karmieniu, więc reszta nie miała nic do gadania. Jak ordynator powiedział, że tak ma być, to tak ma być. To też był środek pandemii. Po operacji kraniotomii ona miała chwilę być na OIOM-ie, ale ja ją dostałam, więc ona nie miała żadnej sondy połączonej takiej do karmienia, wcześniej odłączono kroplówkę. Nie musiałam jej trzymać w łóżeczku szpitalnym, tylko dali mi taką mydelniczkę z porodówki, co się noworodki w tym dostaje. Cały czas do nas



przychodzili i ten profesor powiedział, że jak ona się tylko obudzi, to mam zawołać pielęgniarkę, która mi pomoże przystawić dziecko do piersi. Odłączyli te wszystkie nawadniania, nienawadniania, bo właśnie sam profesor powiedział, że oni nic lepszego niż ja dać jej nie mogą. Jak ona się już obudziła, to była taka w miarę w dobrym stanie, ale była też strasznie zachrypnięta. Zawołałam pielęgniarkę i przyszedł profesor i próbowaliśmy ją przystawić do piersi, ale ona ją odrzucała, a była taka głodna. Teoretycznie mogłabym ją od razu karmić, ale ona po tej intubacji miała bardzo podrażnione gardelko. To było słychać, że ma taki zachrypnięty ten płacz. Przez cały czas operacji ściągałam mleko, więc doszliśmy do wniosku, że damy jej przez butelkę. Ona ją chwyciła, jak jeszcze nigdy i tak żeśmy się karmiły przez prawie cały pobyt w szpitalu, czyli prawie 2 tygodnie. Jak ona się zaczęła już lepiej czuć, to zaczęłam pomiędzy tymi butelkami, oczywiście z moim mlekiem, podawać pierś. Bardzo krótko to trwało i już znów byliśmy na samej piersi". (K43)

Kolejne przykłady także pokazują wsparcie kobiet w karmieniu piersią podczas hospitalizacji dziecka. Poniższe cytaty są odpowiedzią na pytanie: „*Jak personel medyczny wspierał Was w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji?*”.

„Lekarka przyglądała się w jaki sposób przystawiam dziecko do piersi. Podpowiadała pozycje, które ułatwią karmienie. Poprosiła panią od laktacji, aby przyszła również pomóc”. (wiek dziecka: 6 dni, A2200)



„Doktor cieszyła się, że karmię piersią, zachęcała, gdyż wiedziałyśmy, że dzidzia szybciej dojdzie do siebie podczas infekcji i antybiotykoterapii”. (wiek dziecka: 6-16 dni, A2184)

„Pomógł zatroszczyć się o obolałe piersi”. (wiek dziecka: 2 tygodnie, A1027)

„Ordynator wspierała psychicznie i dopingowała, abym dla zdrowia dziecka karmiła piersią”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1279)

„Gdy była »dobra« zmiana pielęgniarek, to mogłam karmić piersią dziecko jeszcze na OIOM-ie lub przyjechać w środku nocy je nakarmić. Zależało to tylko od pielęgniarek i niektóre nie były tak przychylne”. (wiek dziecka: 5 miesięcy, A1417)

„Mówiono, że na pewno dzięki karmieniu piersią dziecko lepiej przechodzi przez chorobę” (lekarz chorób zakaźnych, wiek dziecka: 8 miesięcy, A1605)

„Urolog, chirurg super. Dziecko ledwo wybudzone z narkozy, od razu zalecił przystawienie do piersi, żeby był spokojny i mniej obolały i że karmienie piersią, to najlepsze co może być dla malucha w okresie okołoperacyjnym”. (wiek dziecka: 2,5 roku, A1382)

Czasem akceptuje się to, że matka odciąga swoje mleko, jednak porady w tym zakresie bywają dość niespójne. W poniższej historii dopiero zaufanie do doradczynie laktacyjnej spoza szpitala, z którą rodzice kontaktowali się telefonicznie i jej jasny plan działania



w tej sytuacji, pozwoliły rodzicom poczuć się pewnie i zadbać o karmienie dziecka piersią i mlekiem matki.

„Natomiast też nie wszystkie, bo na przykład mimo tego, że raczej pewnie się zapoznają z jakąś historią choroby pacjenta zanim do niego przyjdą, to zdarzyło mi się, że weszła na salę pielęgniarka i powiedziała »Wy ciągle to dziecko budzicie. No dajcie mu się wyspać«. Mieliśmy zalecenie z zegarkiem w ręku wręcz budzić co dwie godziny dziecko, żeby jednak zaczęło jeść. Z kolei każdy z lekarzy, miał jakieś swoje wizje. Nasza prowadząca lekarka powiedziała, że skoro ściągam, to jak najbardziej mam ściągać tyle, ile mi się uda, ale na karmienie powinno być około 80 ml i że mamy tego pilnować. Natomiast zdarzyło się, że przyszła jakaś inna lekarka na dyżur i powiedziała, że po każdym karmieniu, nieważne, ile ściągnę, mam dawać 60 mililitrów mleka modyfikowanego, a w sumie to nie muszę ściągać, tylko najlepiej bezpośrednio z piersi karmić i dokarmiać, dokarmiać. Więc te zalecenia się bardzo różniły. Od pielęgniarki też usłyszałam. Bo najpierw mieliśmy jakieś tam swoje to mleko modyfikowane, później przyszła lekarka i powiedziała »Ale przecież my mamy na oddziale, to zaraz pielęgniarki przyniosą to gotowe« no i dostaliśmy od pielęgniarki. Po czym jak się skończyło i zadzwoniłam, czy nam jeszcze przyniosą, to pielęgniarka powiedziała »Teraz pani dokarmia, a pani pójdzie do domu i będzie pani tylko tym karmić, powinna pani swoim karmić«. W momencie problemów, bo laktacja przez początkowe dni była nierozkręcona przez to, że dziecko ssało nieefektywnie (wszystko to system naczyń połączonych), to miałam wrażenie, że każdy miał swoje teorie i nie waha się ich głosić. Przychodzili i każdy gadał coś innego, no to mój mąż też wychodził



z siebie „co my tu w ogóle robimy, każdy gada co innego”. Mieliśmy cały czas też telefoniczny kontakt z tą doradczynią laktacyjną i po prostu jej słuchaliśmy, ale też braliśmy pod uwagę, to co każą na oddziale. Wskazali ważyć przed i po każdym jedzeniu. Lataliśmy z tym bobaskiem i z wagą, więc do tego się cały czas stosowaliśmy, ale system pracy z laktatorem, czy chociażby to, że właśnie: najpierw pierś, później moje odciągnięte, później modyfikowane do tej ilości zalecanej, to wszystko były zalecenia naszej doradczynie laktacyjnej, bo myślę, że tak słuchając każdego w tym szpitalu, to byśmy zgłupieli. Zresztą wyszliśmy stamtąd strasznie skołowani tacy rozbici, a ona pierwsza powiedziała »To teraz zawołajcie babcię, wyspijcie się. Zrób sobie czterogodzinną przerwę w odciąganiu. Jak zrobisz jedną przerwę na dobę, to się nic nie stanie«. Mimo tego, że ktoś sugerował metody alternatywne, to usłyszałam od niej, że jestem w takim momencie, że mam rozkręcić laktację, uspokoić się, dziecko ma odzyskać wagę, a o metodach alternatywnych możemy pomyśleć za chwilę. To było naprawdę coś, co bardzo mi w głowie ustawiało i tak mnie jakoś uziemiało, bo jednak świadomość, że chce się wszystkiego co najlepsze dla swojego wyczekanego dziecka, a patrzą na mnie w tym szpitalu, jak ja bym mu krzywdę zrobiła to było dla mnie megatrudne. Właściwie przeryczałam cały ten pobyt tam w tej huśtawce hormonalnej”. (wiek dziecka: 5-11 dni, K51)

W kolejnej historii dziecko urodziło się przedwcześnie i chore na nowotwór nadnercza lewego. Wartość lecznicza mleka matki nie była w tym przypadku doceniona.



„Po dwóch dobach od porodu przewieziono nas na oddział onkologiczny do innego szpitala. Tam spałam obok syna na fotelu. Obolała na pólsiedząco. Pielęgniarki przynosiły mi mleko dla wcześniaków w takich małych buteleczkach i smoczki. Kazały mi dokarmiać syna i jak go zabierały to same dokarmiwały. Ja im kategorycznie tego zabroniłam i zrobiłam o to awanturę. Powiedziałam, że mój syn będzie jadł tylko moje mleko i że nie życzę sobie tego. Nawet im to na piśmie wcisnęłam i zagroziłam, że wyciągnę konsekwencje, jeśli będą dalej tak robić. Syn obecnie ma 13 miesięcy. Jest po operacji i ma się dobrze. Moje samozaparcie i moja walka o to, aby karmić go piersią udała się, je mleko z piersi. To moje drugie dziecko i po raz kolejny się przekonałam, że gdyby nie moje samozaparcie to przekonaliby mnie do butelki. W szpitalach wcale nie liczy się to dla położnych czy dziecko je z piersi czy z butelki. Ma przybierać na wadze i tylko to je interesuje. Są czasem bezczelne i aroganckie. Ja jestem pewną siebie osobą i robię to co uważam za słuszne. I chcę dać swojemu dziecku to co najlepsze. A mleko z piersi jest najlepszym co mogę mu dać”. (A2082)

W innym przypadku lekceważono starania matki o rozwiązanie problemów z karmieniem.

„Wylądowaliśmy z dzieckiem w szpitalu, jak miał ponad dwa tygodnie i prosiłam, żeby nas wypuścili trochę szybciej, bo do doradcy laktacyjnego jesteśmy umówieni, to przyszła do mnie ordynator oddziału pediatrycznego i mówi »A po co ty tam jedziesz? Już przecież to i tak ci nic nie da«. (K53)



Poniższe historie opowiadają o hospitalizacjach kilkutygodniowych niemowląt.

„Trafiłam z dzieckiem w wieku 6 tygodni na oddział niemowlęcy szpitala pediatrycznego z ZUM (rodziłam w domu, bezpośrednio po porodzie nie byłam w szpitalu). Personel na tym oddziale nie miał wiedzy nt. laktacji, słyszałam wiele mitów, na przykład, że jest gorąco (było lato) i dziecko płacze, bo chce mu się pić, że pierś nie jest wystarczająca, a dziecko trzeba dopajać, bo bez tego sama pierś jest jak jedzenie jabłka bez możliwości zaspokojenia pragnienia, albo że nie powinnam płakać, bo stracę mleko etc.”
(A140)

„Podczas jednego pobytu, może ze stresu też miałam wrażenie, że dziecko się nie najada, że tego mleka jest za mało. Personel przyniósł mi takie mini buteleczki z mlekiem modyfikowanym. Jak powiedziałam, że no córka nie chce tego jeść, to personel sam spróbował ją nakarmić mlekiem modyfikowanym i faktycznie córka też nie chciała jeść od pań pielęgniarek, ale nikt mi też nie powiedział, że »powinna pani pić więcej wody, więcej odpoczywać, może sól jęczmienny«, cokolwiek innego. Także to było tylko »Według pani dziecko jest głodne. Ok. Dajmy mu mleka modyfikowanego. Nie chce pić mleka? No to jest pani problem«. Wtedy było dużo płaczu, po prostu płaczu i niewiedza, że po prostu dziecko płacze. Wtedy myślałam: »Dziecko płacze. Pewnie jest głodne. Nakarmione, płacze dalej, pewnie dalej jest głodne, kurczę, nie mam czym karmić«”. (K36)



Kobiety, które zaznaczyły w ankiecie, że personel medyczny podczas pobytu dziecka w szpitalu nie wspierał w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji, odpowiadały na pytanie: „*Jakie było zachowanie personelu medycznego i co mogło być przyczyną braku wsparcia w tym zakresie?*”:

„Pani nie była specjalnie zainteresowana. Pierwszego dnia bez mojej wiedzy podano dziecku mieszankę i od tego czasu już nie chciało ssać piersi”. (wiek dziecka: pierwsze doby, A1332)

„Personel podawał dziecku mieszankę i raczej wyśmiewał ilość odciąganego mleka”. (wiek dziecka: 6 dni, A566)

„Kazali dokarmiać mieszanką, jak dziecko płakało, bo to znaczy, że głodne i że widocznie mam za mało pokarmu. Na moje stanowcze zdanie, że karmię tylko piersią, usłyszałam od lekarza pediatry, że się podniecam cyckami, i nie wie kto bardziej czy ja, czy doradczyni CDL, która do mnie przychodziła wspierać mnie”. (wiek dziecka: 7 dni, A731)

„Wydaje mi się, że chcieli wspierać, ale informacje były przestarzałe, nieprawdziwe i szkodliwe: za często karmię, dziecko nie zdąży zgłodnieć, mam zrobić przerwę, mam odkładać dziecko, bo nie może cały czas być przytulone. Pytania, czy leci mi mleko i czy mam go wystarczająco”. (wiek dziecka: 2-10 dni, A1374)

„Personel twierdził, że matki upierają się na karmienie piersią i głodzą dzieci”. (wiek dziecka: 14 dni, A1558)



„Nikt się nie interesował, nie pytał czy potrzebna pomoc, raz poprosiłam o doradcę laktacyjną, ale nie przyszła”. (wiek dziecka: 2 tygodnie, A393)

„Pracownicy forsowały podawanie mieszanki co równe 3 godziny niezależnie od głodu dziecka, patrzyły z politowaniem na bardzo małe ilości mojego odciągnięte mleka, gdy zanosłam je do lodówki”. (wiek dziecka: 5 tygodni, A129)

„Próba przekonania, że mleko modyfikowane w naszym przypadku będzie lepsze. Rezygnacja z karmienia piersią. Kontrola wagi przed każdym karmieniem i po. Bardzo stresujące. Dziecko wisało na piersi. Kazano mi odciągać mleko. Ilości były znikome co miało potwierdzić małą ilość pokarmu i wyjaśnić przyczynę słabych przyrostów”. (wiek dziecka: kilka tygodni: A2262)

„Uważali, że jestem nieodpowiedzialna, że karmię piersią i krzywdzę tym dziecko, więc nie chcieli, żebym karmiła”. (wiek dziecka: 3 miesiące, A231)

Często zdarza się, że lekarze zlecają mieszankę bez pogłębiania diagnostyki. Ten problem komentuje lekarka, która udzieliła nam wywiadu.

„Już nie mówię pomagać, ale żeby chociaż nie szkodzić. To jest ten problem. Ja na przykład specjalizuję się w dzieciach ze słabymi przyrostami i ogólnie uważam, że część dzieci potrzebuje dobrej diagnostyki, ale rodzice przeważnie ją muszą wykonać prywatnie.



Dlaczego? Bo idąc na oddział to pierwsza diagnostyka, jaką się wprowadza polega na tym, że zalewamy dziecko mlekiem modyfikowanym i jak wzrastają przyrosty, to jest »Wszystko ok. Do widzenia. Przechodźcie na mleko modyfikowane«. Jaka jest pierwsza myśl większości osób, jak coś jest nie tak z przyrostami? Podać mieszanekę. Nie ma zastanowienia się, że może gdzieś, coś się wydarzyło, a może to tak ma być". (P8)

Kobiety spotykały się również z nieprzychylnymi, a wręcz agresywnymi postawami:

„Personel nie zwracał na to uwagi, miał swoje sprawy, przerywał niejednokrotnie karmienie na rzecz wykonywania własnych obowiązków. Raz zostałam potraktowana bardzo oschle wręcz chamsko, kiedy próbując nakarmić dziecko zostałam poproszona przez lekarzkę o przyjście z dzieckiem do gabinetu. Zapytałam lekarzkę czy mogę dokończyć karmienie dziecka. Lekarka na to z impetem trzasnęła drzwiami i weszła do gabinetu. Kiedy poszłam do niej z dzieckiem powiedziała, że nie ma teraz dla mnie czasu". (wiek dziecka: 5 miesięcy, A536)

„Ignorancja. Zasugerowano, że powinnam dawać więcej pokarmów stałych, bo dziecko jest duże (dieta rozszerzana od 6 miesiąca, ale akurat wtedy dziecko było ciągle przy piersi). Sugerowano, że moje mleko jest słabe. Nie pozwolono mi nakarmić dziecka przez 9 godzin (oczekiwanie na narkozę). Wszystko się przedłużało. Zamiast wziąć nas w pierwszej kolejności na rezonans, to były brane osoby dorosłe. Dziecko już nawet nie płakało, tylko rzęziło". (wiek dziecka: 9 miesięcy, A2386)



„Jedna z pań wprost powiedziała, że jak tak można karmić piersią po roku, przecież to woda. Jak jej powiedziałam, że badania mówią co innego to stwierdziła, że szkodzi to mojej chorobie (mam łuszczycę), na co też ją wyśmiałam”. (wiek dziecka: 14 miesięcy, A1364)

*„Komentarze: zobacz jak śmiesznie pije, taki duży z cycem, powinna go pani już odstawić, tam to już chyba tylko woda leci”.
(wiek dziecka: 15 miesięcy, A2275)*

Zdarzało się, że personel medyczny powielał mity o diecie matki karmiącej:

*„Dziecko miało bóle brzucha od antybiotyku i po prostu było noworodkiem, a pielęgniarki wmawiały mi, że to przez sok pomarańczowy, który piję oraz to, że na pewno to od tego, co jem”.
(wiek dziecka: 8-18 dni, A174)*

„Przestarzała wiedza, komentowanie tego co jem, brak możliwości picia i jedzenia na sali, ważenie dziecka przed karmieniem i po karmieniu”. (wiek dziecka: 2 tygodnie, A181)

„Nie interesowało ich karmienie piersią, dziecko miało jeść jak najwięcej i obojętnie czy mojego ściągniętego mleka, czy mieszanki. Nie mieli tam kompletnie pojęcia o karmieniu piersią i nie pomagali, np. kazali mi trzymać ścisłą dietę (bez kawy, truskawek, wędlin ze sklepu itp.)”. (wiek dziecka: 2 tygodnie, A307)



„Brak jakiejkolwiek wiedzy z zakresu żywienia dziecka, zachęcanie do podawania herbatki dziecku w wieku 5 tygodni, soku marchewkowego dziecku z tej samej sali w wieku 4 tygodni, obwinianie matek karmiących piersią o problemy zdrowotne dzieci, bo nie stosowały diety matki karmiącej”. (wiek dziecka: 5 tygodni, A2226)

„Powielanie mitów na temat diety matki karmiącej, że przez to, co zjadłam dziecko płacze i jest niespokojne. Podanie smoczka”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A156)



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny szpitala, w którym hospitalizowane jest dziecko nie dostrzega wartości mleka matki i nie wspiera dostatecznie kobiet w karmieniu piersią lub swoim mlekiem, co często wynika z nieaktualnej wiedzy. Zdarza się, że kobiety karmiące są traktowane przez personel szpitala obcesowo.

Wiele kobiet, których dzieci są w szpitalu, boryka się z problemem braku odpowiednich warunków do spania. Przypomnijmy, iż mały pacjent ma prawo do tego, by całą dobę przebywała z nim osoba towarzysząca, o ile nie ma okoliczności, które to uniemożliwiają. Obecność mamy może przyspieszyć proces zdrowienia oraz znacząco ułatwić personelowi obsługę dziecka. Pobyt w szpitalu jest bardzo stresujący, a towarzystwo mamy może przynieść ukojenie i obniżyć poziom stresu. Sytuacja, gdy matka ma do dyspozycji jedynie niewygodne krzesło, nie ma możliwości położyć się obok dziecka (na przykład, kiedy pozycja na leżąco jest jedyną, w której dziecko się spokojnie dostawia) znacząco utrudnia karmienie,



czasami je wręcz uniemożliwia. Stres matki może przyczynić się do trudności laktacyjnych, dlatego tak ważna jest przychylna postawa personelu. Problem z laktacją w kontekście opieki nad pacjentem karmionym piersią nie powinien być problemem wyłącznie mamy. Godne warunki przebywania matki czy innego opiekuna razem z dzieckiem powinny być zapewnione w każdym przypadku, natomiast warto podkreślić, że gdy dziecko karmione jest piersią, złe warunki, brak możliwości swobodnego dostawienia dziecka do piersi, mogą się przyczynić do fizycznych dolegliwości zarówno po stronie matki, jak i dziecka. Mogą być, np. przyczyną odmowy przez dziecko ssania z piersi, niewygodna pozycja może doprowadzić do zastoju w piersiach, co z kolei może prowadzić do tego, że kobieta również będzie wymagać leczenia farmakologicznego, np. w wyniku zapalenia piersi). Można zatem powiedzieć, że:



Zadbanie o odpowiednie warunki do karmienia piersią dziecka hospitalizowanego jest zadaniem o zdrowienie dziecka.

Poniższe historie opowiadają o pozytywnych doświadczeniach kobiet, które przebywały z dziećmi w szpitalu. Osobne łóżko, uwzględnianie karmienia w planowaniu badań, wsparcie personelu to niewiele, ale znaczy bardzo dużo.

„Personel nie przeszkadzał. Miałam osobną salę, wygodne łóżko. Każdy się zachwycił”. (wiek dziecka: 2,5-3,5 miesiąca, A2480)

„To było miłe. Przyjęto synka na oddział. Ja pytałam, czy on musi zostać na noc i cały czas słyszałam wymijające odpowiedzi, że zobaczymy jak wyniki, ale autentycznie – synek dostał takie łóżeczko z kratami, a kiedy usłyszano, że karmię to po prostu dostałam od razu łóżko koło niego z informacją, że ja tutaj mogę spokojnie spać”. (K32)



„Pierwszy dzień byliśmy pod obserwacją na sali obserwacyjnej i córka była podłączona do tych wszystkich monitorów przerażających, natomiast pielęgniarki były na tyle empatyczne, że wiedząc, że jestem te pięć dni po porodzie powiedziały, że mogą skorzystać z łóżka. Też plusem było to, że faktycznie potem nas przeniesiono jakby na osobny korytarz, bo powiedzieli, że w sumie mają duży oddział i nie używają całego. Mieli tam takie pokoje dla matki z dzieckiem. Nikogo tam nie było, mieliśmy dla siebie cały korytarz i oni pozwolili, żeby też mąż został, więc mogliśmy być razem. To było dla mnie naprawdę zbawienie w tych pierwszych dniach po porodzie i w tej szpitalnej rzeczywistości. Mąż sam pilnował tych karmień, budzenia mnie na laktator, budzenia dziecka i tak dalej, więc wydaje mi się, że to był też duży ukłon z ich strony w naszą. Też pielęgniarki powiedziały wprost, że mam nie kupować szpitalnego wyżywienia, bo to nie jest jedzenie dla kobiety w połogu. Pielęgniarki na duży plus”. (wiek dziecka: 5-11 dni, K51)

„Personel nie przeszkadzał – przesuwał na późniejszy moment badanie, gdy dziecko było przy piersi, nie zabraniał, np. leżeć na kozetce dla rodzica z niemowlakiem podczas karmienia piersią. Personel podkreślał, jak dobre dla zdrowia dziecka jest karmienie piersią”. (wiek dziecka: 6 tygodni, A2370)

„Nie zabraniano współspania, miałam duże łóżko dla siebie oprócz łóżeczka dla dziecka, panie pielęgniarki zachęcały do częstego karmienia, bo dziecko nie chciało nic jeść i mało piło”. (wiek dziecka: 17 miesięcy, A1164)



„Zaraziłam się adenowirusem od dziecka i otrzymałam łóżko na oddziale pediatrycznym w tej samej sali, bym mogła karmić dziecko. Mój pobyt w szpitalu był wydłużony o dwie doby, bym mogła wysypiać się na normalnym łóżku dopóty, dopóki dziecko nie zostało wypisane. Wzruszam się, gdy to sobie przypominam. Traktowano mnie cudownie i dbano o to bym się nie odwodniła, podkreślając jak ważne jest to dla produkcji mleka”. (wiek dziecka: 8 miesięcy, A714)

Bywa jednak, że personel nie wychodzi kobietom karmiącym naprzeciw:

„Musiałam zostawiać dziecko na noc samo, takie wymogi szpitala, mogłam z dzieckiem przebywać od 7:30 do 21:00”. (wiek dziecka: 3-7 dni, A342)

"Po 15 dniach od porodu dostałam skierowanie do szpitala ze względu na wysoki wzrost bilirubiny. W szpitalu stwierdzono równocześnie, że dziecko jest niedożywione (podczas wizyt patronażowych stwierdzono prawidłowy przyrost masy ciała). Szpital nie umożliwił mi przebywania z dzieckiem twierdząc, że mają zajęte wszystkie pokoje dla matki z dzieckiem. Dziecko było karmione mieszanką oraz moim mlekiem odciągniętym laktatorem oraz piersią (podczas mojego pobytu). Po wyjściu ze szpitala korzystałam z prywatnej doradczynie laktacyjnej. Powróciłam w 90% do karmienia piersią". (A786)



„Obojętne. Nie mogłam liczyć na wsparcie w logistyce (wyparzanie, składanie, mycie laktatora). Nikt z personelu nie mógł w tym czasie zaopiekować się dzieckiem. Łazienka (toaleta z prysznicem) w szpitalu na oddziale niemowlęcym mieściła się poza oddziałem, więc za każdą potrzebą trzeba było wychodzić poza oddział. Personel był obojętny na ten fakt”. (wiek dziecka: 4 tygodnie, A2293)

„Miałam wrażenie, że matka karmiąca, która potrzebuje spać z dzieckiem jest dla nich tylko problemem. Pod każdym względem. Według nich dziecko powinno spać osobno”. (wiek dziecka: 5 miesięcy, A1797)

„Nie wolno było się na przykład z dzieckiem położyć, żeby je nakarmić, a tak było przyzwyczajone, szczególnie do spania. I generalnie dużo uwag, że »O! Rok ma i jeszcze karmione«. (wiek dziecka: 12 miesięcy, A607)

„Wchodzenie podczas karmienia, przerywanie karmienia (pomimo długiej przerwy w karmieniu dziecka spowodowanego badaniem, w chwili, gdy córka w końcu nie była badana, przystawiłam ją do piersi, to po chwili przyleciała pielęgniarka, że nie ma teraz na to czasu, bo ona odprowadzi nas na oddział, a nie było żadnych przeszkód, żeby poczekać kilka minut, abym dokończyła karmienie córki), umieszczenie na sali ze mną i córką dziecka pod opieką ojca, co było bardzo krępujące”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A2094)





Problem!

Zdarza się, że kobiety nie mają zapewnionych minimalnych warunków dostosowanych do karmienia piersią lub swoim mlekiem podczas hospitalizacji dziecka. Stwarza to ryzyko pojawienia się lub pogłębienia trudności z karmieniem piersią.



6. OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ W OKRESIE LAKTACJI

Kobieta karmiąca piersią, jak każda inna kobieta może borykać się z dolegliwościami natury fizycznej i psychicznej, a co za tym idzie, może potrzebować pomocy medycznej. Niniejszy dział jest poświęcony zagadnieniom związanym z opieką medyczną nad kobietami będącymi w okresie laktacji. W tym przypadku nie rozróżnialiśmy opieki medycznej świadczonej w ramach NFZ i prywatnej opieki medycznej. Natomiast zgodnie ze stanowiskiem NFZ:

“Wyraźnie należy podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie uzależnia prawa do świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia od stanu fizjologicznego pacjentki, m.in. laktacji”²³⁶.

W części ankiety poświęconej opiece medycznej nad kobietą karmiącą zapytałyśmy kobiety o to, czy leczyły się w okresie, gdy karmiły dziecko piersią lub swoim mlekiem i 36,1% z nich potwierdziło, że tak. W dalszej części rozdziału będziemy analizować odpowiedzi, dla których padła taka deklaracja (N=904).

Pacjentka w trakcie laktacji powinna być traktowana jak każda inna pacjentka, czyli indywidualnie i zgodnie aktualną wiedzą medyczną, która w tym przypadku będzie dotyczyć chociażby takich zagadnień jak:

- fizjologia laktacji i korzyści zdrowotne dla matki i dziecka związane z karmieniem piersią lub mlekiem matki,
- bezpieczeństwo i wpływ stosowania terapii przez matkę na dziecko karmione piersią.

²³⁶ Korespondencja własna z NFZ – Centrala w Warszawie w ramach dostępu do informacji publicznej



“Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej”.

(rozdz. 2. art. 6. 1. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

“Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. (art. 4. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – Dz. U. 2017 poz.125. z późn. zm.)

Szczególnie, że wg Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien kierować się przede wszystkim dobrem osoby, która zgłosi się do niego po pomoc.

„1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady”.

(art. 2. Kodeksu Etyki Lekarskiej)



Biorąc pod uwagę długofalowe korzyści zdrowotne z karmienia piersią zarówno dla matki jak i dziecka, o których wielokrotnie pisaliśmy:



Zachowanie możliwości karmienia piersią lub mlekiem matki podczas terapii pacjentki powinno być priorytetem, gdyż jest to element dbałości o zdrowie jej i dziecka. Podczas formułowania zaleceń nie można pominąć ryzyka dla matki i dziecka związanego z zakończeniem karmienia piersią.

Wobec powyższego zasadnym jest postawienie następujących pytań:

- Jaka była postawa lekarzy zajmujących się zdrowiem matki wobec karmienia piersią?
- Czy kobiety w razie trudności zdrowotnych otrzymywały zalecenia zgodne z najnowszą wiedzą?
- Czy kiedykolwiek zalecono odstawienie dziecka od piersi bez wskazań medycznych?
- Czy kiedykolwiek odmówiono kobiecie świadczenia lub wypisania recepty ze względu na fakt karmienia piersią?
- Jak dbano o zdrowie psychiczne kobiet, które ma pośredni wpływ na karmienie piersią?

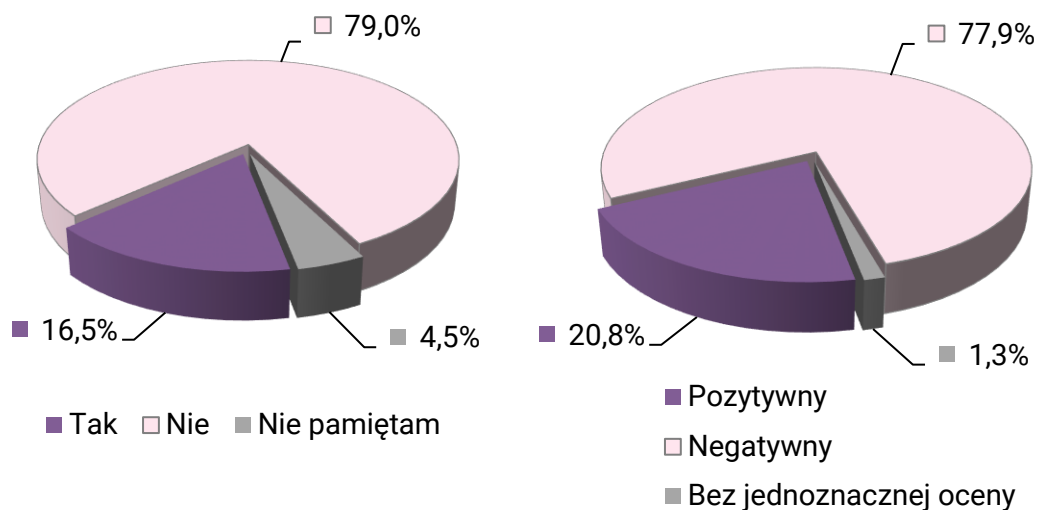
6.1. POSTAWA WOBEC KARMIENIA PIERSIĄ

Zapytałyśmy kobiety o to, czy lekarze komentowali fakt, że kobieta karmi dziecko piersią i/lub swoim mlekiem lub odnosili się do długości, sposobu karmienia, zarówno w odniesieniu do lekarzy specjalistów, jak lekarzy rodzinnych/internistów. Następnie kobiety, które wskazały, że usłyszały takie komentarze odpowiadały na pytanie otwarte o to, co mówił dany lekarz. Przeanalizowałyśmy te opisowe odpowiedzi pod kątem charakteru danego komentarza. Otrzymałyśmy odpowiedzi o charakterze:



- pozytywnym - promującym karmienie piersią, edukującym i wspierającym,
- negatywnym - deprymującym zasadność karmienia piersią, powielającym mity, opierającym się na osobistych przekonaniach, a nie na wiedzy naukowej, wprowadzającym w błąd,
- bez jednoznacznej oceny – gdy komentarz był zbyt krótki, ogólny, na podstawie, którego nie można było jednoznacznie ocenić charakteru odpowiedzi.

Komentarz od lekarza rodzinnego/internisty na temat karmienia dziecka piersią i/lub mlekiem matki lub który odnosił się do długości, sposobu karmienia usłyszało 16,5% kobiet leczących się w okresie laktacji. Następnie 79,0% takiego komentarza nie usłyszało, zaś 4,5% tego faktu nie pamięta (Ryc. 6.1. po lewej). Spośród kobiet, które usłyszały komentarz w 20,8% przypadków był to komentarz o charakterze pozytywnym, zaś w 77,9% o charakterze negatywnym. W 1,3% przypadków nie sposób ocenić charakteru komentarza (Ryc. 6.1. po prawej).



Ryc. 6.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy kiedykolwiek lekarz rodzinny/internista z Twojej przychodni POZ komentował fakt, że karmisz dziecko piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił się do długości, sposobu karmienia?” (% , N=904), po prawej charakter komentarza lekarza rodzinnego/internisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz rodzinny/internista z Twojej przychodni POZ?” (N=149)



Szczególna relacja powinna łączyć pacjentkę z lekarzem rodzinnym/internistą pracującym w przychodni POZ. To lekarz, który z założenia powinien znać pacjenta i otoczyć go opieką całościowo, w szczególności uwzględniając edukację zdrowotną i działania profilaktyczne²³⁷ i informując o ryzyku wynikającym z postaw antyzdrowotnych. To właśnie lekarz pierwszego kontaktu powinien mówić kobiecie, jakie korzyści zdrowotne z karmienia piersią płyną dla matki i jej dziecka. Niestety, na podstawie cytatów z ankiety można wywnioskować, że często nie dość, że interniści nie zachęcają do karmienia, to jeszcze zachęcają do odstawienia.

„Usłyszałam, że »O już ma rok, to może już wystarczy, przecież się nie najada«. Powiedziałam, że przecież je inne rzeczy już, że to nie jest główne jedzenie, ale nie wchodziłam w dyskusję, bo po co? To nie ja jestem tu lekarzem i generalnie mam tak, że nie lubię się kopać z koniem. Po prostu wiem, że opinia wśród lekarzy jest taka, że rok to już naprawdę dość, więc przytaknęłam. Natomiast to wynika z braku edukacji po prostu, z braku wiedzy w tym zakresie”. (K30)

„Karmię synka od 4.5 roku, w tym 3 lata w tandemie. Niestety, od ukończenia przez dzieci 12 miesięcy lekarze (zarówno interniści, pediatrzy jak i innych specjalizacji) stukają się w głowę, że ile można karmić dziecko, że chyba już czas najwyższy skończyć. Planuję karmić do samoodstawienia, więc wszelkie komentarze ignoruję, ale wiem, że mniej zdeterminowane kobiety mogą ulec sugestii”. (A1512)

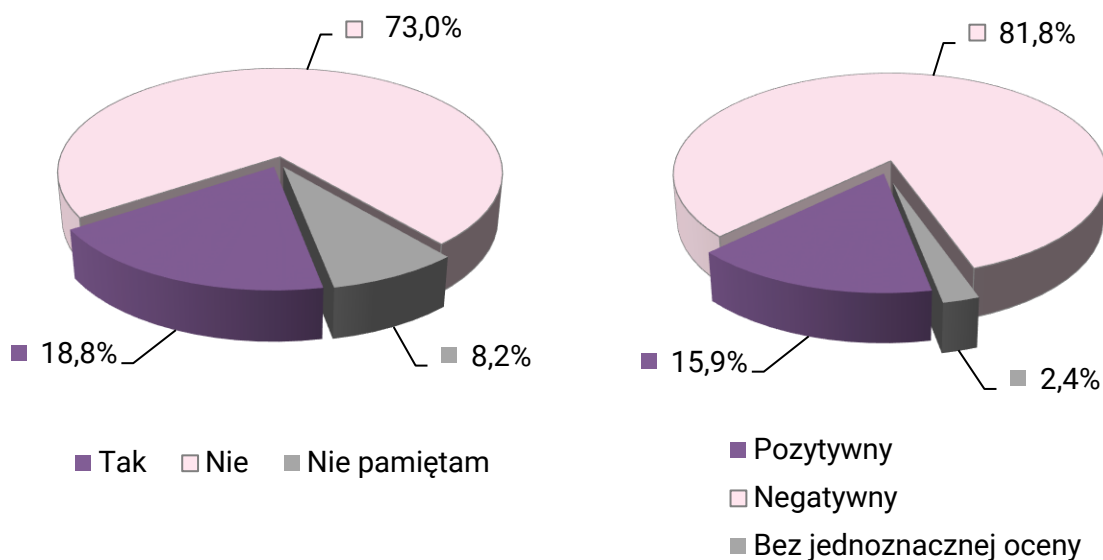
²³⁷ załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej



“Jedna lekarka poz przy każdej wizycie jęczała, że to niezdrowe i dla mnie i dla dziecka. Zawsze kończyłam tę rozmowę tym, że szczęśliwie dla nas, to ja karmię nie ona 😊”.

(wiek dziecka: od 1 roku (włącznie) do 1,5 roku, A2142)

Z kolei lekarze specjaliści skomentowali karmienie piersią lub mlekiem matki w 18,8% przypadków, 73,0% kobiet takiego komentarza nie usłyszało, zaś 8,2% kobiet nie pamięta, czy taki komentarz usłyszało (Ryc. 6.2. po lewej). Spośród wypowiedzianych komentarzy 15,9% były to komentarze o charakterze pozytywnym, aż 81,8% z tych komentarzy miało charakter negatywny, a kolejnych 2,4% komentarzy trudno jednoznacznie ocenić (Ryc. 6.2. po prawej).



Ryc. 6.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy kiedykolwiek lekarz specjalista komentował fakt, że karmisz dziecko piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił się do długości, sposobu karmienia?” (% , N=904), po prawej charakter komentarza lekarza specjalisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz specjalista?” (N=170)



Poniżej podajemy przykłady komentarzy negatywnie odnoszących się do karmienia piersią lekarzy specjalistów:

„Do 18 będzie wisiał?”. (chirurg, wiek dziecka: 1,5 roku, A1757)

“Najwyższy czas na butelkę z mieszanką. Ile można karmić piersią?” (dentysta, wiek dziecka: 11 miesięcy, A804)

*„Że mleko jest mało wartościowe po roku”.
(ginekolog, wiek dziecka: 1 rok, A792)*

*„Kto tak długo kazał Pani karmić piersią?!”
(ginekolog, wiek dziecka: 13 miesięcy, A1623)*

„Że w tym wieku dziecka, to nie laktacja, tylko płyn międzykomórkowy”. (ginekolog, wiek dziecka: 2 lata, A1061)

*„Że to już nie przynosi żadnych korzyści dziecku :D. A jak się dowiedział, że odciągam, to dopiero zrobił oczy :)”.
(ortopeda, wiek dziecka: 15 miesięcy, A473)*

*„Że mleko jest bez wartości, a mnie karmienie wyniszcza”.
(ginekolog, wiek dziecka: 1-4 lata, A933)*



„Był wyraźnie zdziwiony, w niemiły sposób pytał po co mi to jest potrzebne i stwierdził, że w tym wieku nie przynosi to już przecież żadnych korzyści”. (ginekolog, wiek dziecka: 2 lata, A1142)

“Ze względu na konieczność wrywania zęba należałoby uznać odstawić dziecko od piersi, również ze względu na powrót do pracy” (dentysta, wiek dziecka: 11 miesięcy, A536)

„Komentował, że to zbyt długo a także, domniemywał (błędnie!), że skoro karmię 1,5 roczne dziecko, to na pewno siedzę z nim w domu i nie pracuję”. (laryngolog, wiek dziecka: 1,5 roku, A1585)

„Że karmię z przyzwyczajenia, i to kwestia psychiki, dziecko ma zęby, może jeść normalne posiłki, i nic już z mleka nie dostanie wartościowego”. (ginekolog, wiek dziecka: 2 lata i 1 miesiąc, A14)

„»Jeszcze Pani karmi?«. Na odpowiedź, że chcę karmić do 2 roku życia, usłyszałam: »Oho, Matka Polka«. Strasznie mnie to po prostu przeraziło. Zatkło mnie. Gdyby mi to koleżanka powiedziała, to może bym się zaśmiała i tylko tyle, ale przeraziło mnie to, że od lekarza można takie słowa usłyszeć. Nie odpowiedziałam. Nie czuję się na tyle kompetentna, żeby pouczać lekarza. Zrobiłam po swojemu, bo wiedziałam, że robię dobrze. Dalej się karmimy, mimo że synuś rok ukończył”. (neurolog, K18)



"Z mężem stwierdziliśmy, że chcemy mieć w miarę szybko drugie dziecko. Nie chciałam dziecka odstawić. Chciałam pójść do lekarza ginekologa, żeby sprawdzić czy w ogóle cokolwiek się dzieje, bo miesiączka mi nie wróciła. I poszłam do lekarza, który miał świetne opinie. On nawet mnie na fotel nie położył. Jak usłyszał, że karmię to mi powiedział »To proszę odstawić, bo jak pani będzie karmić, to pani nie zajdzie w ciążę«. Nawet tej różdżki do USG nie wziął, żeby zobaczyć czy cokolwiek się dzieje. O, i jeszcze to będzie hit. To znaczy to jest traumatyczne, ja się teraz z tego śmieję, ale on w ogóle zaczął mi ścisnąć brodawki, żeby zobaczyć, czy leci mi mleko, bo »Po 1,5 roku to już nic nie leci, to woda. Niech pani spojrz jakie to w ogóle jest«. To mówię hicior. Już więcej do niego nie poszłam i po prostu ta liczba lekarzy, do których ja mogę iść już się bardzo drastycznie skurczyła, bo każdy ma jakieś swoje przewinienia". (K19)

Powyższe komentarze przekraczają granice osobiste kobiet i są obcesowe, a niektóre działania abuzywne (ściskanie brodawki). Wypowiedzi odwołujące się do decyzji związanych z łączeniem przez pacjentkę macierzyństwa, w tym przypadku karmienia piersią, z pracą, wartością jej mleka, są nie na miejscu i uderzają w godność osobistą kobiety. Niektórzy lekarze i dentyści pozwalali sobie również na komentarz dotyczący długości karmienia. Nie leży w gestii lekarza decyzja o odstawieniu dziecka od piersi. Takie wypowiedzi wykraczają poza zakres obowiązków i są niezgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej:

"Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy"

(art. 14. Kodeksu Etyki Lekarskiej)



Zastosowanie mają tu również zapisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

“Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta” (art. 36. ust.1. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

Niepokojące jest również to, że osoby medyczne komentują kwestię długości karmienia w kontekście właściwości pokarmu kobiecego, do tego w sposób jasno wskazujący, że wiedza, na której się opierają nie jest aktualna. Należy tu podkreślić z całą stanowczością, że wyjątkowość mleka mamy polega przede wszystkim na tym, iż jest to pokarm dostosowany do potrzeb konkretnego dziecka i ma wartość na każdym etapie laktacji. Badania składu mleka kobiet karmiących dłużej niż 12 miesięcy pokazują, iż mleko nie tylko nie traci na wartości, ale jeszcze zyskuje, bowiem jest w nim więcej m.in. tłuszczu i przeciwciał²³⁸, a wartość energetyczna jest wyższa w porównaniu z mlekiem kobiet karmiących krócej^{239, 240}.

Wspominaliśmy już wielokrotnie o aspekcie związanym z profilaktyką zdrowotną wynikającą z karmienia piersią. Warto przypomnieć również o aspekcie społecznym, ekologicznym i gospodarczym karmienia piersią. Według nas obowiązek informowania pacjentek o tych aspektach leży po stronie lekarzy, o czym mówi o tym art. 71 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

²³⁸ Czosnykowska-Łukacja M., Lis-Kuberka J., Królak-Olejnik B., Orczyk-Pawiłowicz M., *Changes in Human Milk Immunoglobulin Profile During Prolonged Lactation*, *Frontiers in Pediatrics* 2020, 8:428, <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00428> [dostęp: 30.11.2023]

²³⁹ Mandel D., Lubetzky R., Dollberg S. i wsp., *Fat and Energy Contents of Expressed Human Breast Milk in Prolonged Lactation*, *Pediatrics* 2005, 116(3):432–435, <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0313> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁰ Sinkiewicz-Darol E., Martysiak-Żurowska D., Puta M., Adamczyk I., Barbarska O., Wesołowska A., Bernatowicz-Łojko U., *Nutrients and Bioactive Components of Human Milk After One Year of Lactation: Implication for Human Milk Banks*, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2022, 74(2):284-291, <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000003298> [dostęp: 30.11.2023]



“Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych”. (art. 71. Kodeksu Etyki Lekarskiej)

U niektórych spośród osób medycznych kontrowersje zdaje się rodzić także aspekt psychoemocjonalny długiego karmienia piersią. Nie ma żadnych naukowych podstaw, by sądzić, że dziecku, które je mleko mamy dłużej niż pół roku, rok, półtora roku itd. dzieje się emocjonalna krzywda, wręcz odwrotnie – to dziecko wraz z pokarmem, dostaje uspokojenie emocji, wyciszenie, więź, ciepło i poczucie bezpieczeństwa.

Badania pokazały nawet, że dzieci karmione piersią w dorosłości osiągały wyższe wyniki testach na inteligencję i osiągały wyższe zarobki²⁴¹. Pomimo tego kobiety usłyszały, że:

“Skomentował, że tak dużych dzieci nie należy karmić piersią, gdyż wyrządza się im krzywdę. Mają problemy z samoakceptacją”.
(lekarz rehabilitant, wiek dziecka: 2,5 roku, A713)

„Że dziecko już ssie tylko dla rozrywki, że nie ma nic wartościowego, że jest to moja i dziecka fanaberia i że może to zaszkodzić mi oraz kolejnej ciąży”. (ginekolog, wiek dziecka: 18 miesięcy, A1567)

²⁴¹ Victoria C.G., Horta B.L., de Mola Ch.L. i wsp., *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*, The Lancet Global Health 2015, 3:e199-e205, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1) [dostęp: 30.11.2023]



„Usłyszałam, że karmimy się tylko rekreacyjnie, moje mleko już nie jest wartościowe, karmienie powyżej 1,5 r może być niebezpieczne dla zdrowia kobiety...” (ginekolog, wiek dziecka: 1 rok, A1900)

„Że »najwyższy czas odzepić bachora od cycka«”.
(chirurg, wiek dziecka: 1,5 roku, A1110)

„11 miesięcy po porodzie na wizycie u ginekologa – nie tego, u którego prowadziłam ciążę – usłyszałam, że to już zdecydowanie za duże dziecko, żeby karmić piersią i żeby nie karmić dłużej niż rok, bo wychowam sobie małego cycka... Brakło mi słów, jak usłyszałam taki komentarz”. (2390)

„Byłam na wizycie z jakąś infekcją. Ginekolog zapytał »Czy karmię?«. Mówię, że tak, że karmię, dziecko miało wówczas 16 miesięcy, no i rzucił: »Czy to nie za duże to dziecko jest? Czy pani nie myślała, żeby go odstawić, bo teraz będzie już trudno, bo to tak tam do roku«. Ale w sumie nie wiem po co był ten jego wywód. Trochę mnie zatkało, jak to mówił. Potem skomentował: »W sumie to jest pani wybór«, więc nie wiem po co on to gadał”. (K1)

„Że patologią jest karmienie tak dużego dziecka i to zaburza relacje, a karmienie jest już dla mnie, bo w mleku nic nie ma.”
(ginekolog, wiek dziecka: 2 lata, A2405)



“Że karmienie piersią dziecka, które ma prawie 2 lata robi mu wielką krzywdę psychiczną i społeczną, że będzie się nieprawidłowo rozwijać, że przez to nie pójdzie do przedszkola ani żłobka i że również nie będzie normalnie jadło.... Ogólnie młoda pani doktor opowiadała takie bzdury, że specjalnie zapisałam sobie jej nazwisko i zamierzam napisać na nią oficjalną skargę do dyrektora szpitala”. (alergolog, wiek dziecka, 2 lata, A1192)

Uwagi krytycznie odnoszące się do długości karmienia kierowane do pacjentek, są osobistymi opiniami i przekonaniem lekarzy i nie powinny mieć miejsca. Nie do pojęcia jest fakt, że wielu specjalistów traktuje mleko matki, jak produkt spożywczy do zastąpienia. Produkty mlekozastępcze mogą ratować życie, ale są żywnością wysokoprzetworzoną i ich skład znacząco różni się od pokarmu kobiecego (na korzyść mleka matki). Decyzja o karmieniu należy do kobiety i nikt nie powinien odbierać jej kompetencji w kwestii decydowania o długości trwania karmienia piersią czy czasie odstawienia dziecka od piersi ani wywierać presji w tych kwestiach. Praca lekarza powinna być oparta o fakty medyczne, a te wskazują na liczne korzyści karmienia piersią, także dla kobiety. Jedna z kobiet tak podsumowała konieczność poszerzania wiedzy przez medyków:

“Brak wiedzy o znaczeniu karmienia naturalnego w życiu społeczeństwa i wśród personelu medycznego jest wprost porażający, do tego niechęć do poszerzania swojej wiedzy, totalna nieznajomość mechanizmu laktacji, jedyny lek na problemy z karmieniem naturalnym to butelka ze sztuczną mieszanką, wciąż żywe mity o braku mleka, wodnistym/niewartościowym mleku, wprost zachęcanie do szybkiego kończenia karmienia piersią, długie karmienie (powyżej roku!) postrzegane jako patologia. Trzeba zacząć to naprawiać u podstaw, na studiach medycznych przekazując rzetelną, obszerną wiedzę o laktacji i znaczeniu karmienia piersią”. (A102)





Droga kobieto!

Zapraszamy Cię do przeczytania dwóch części artykułu Agnieszki Stein pt. „Ile to jest długo?”, o długim karmieniu piersią okiem psycholożki propagującej rodzicielstwo bliskości:

<https://agnieszkastein.pl/ile-to-dlugo/>

<https://agnieszkastein.pl/ile-to-jest-dlugo-cz-ii/>

A oto fragment: „Wydaje mi się to bardzo ważne. Jeśli dorośli są w stanie poczekać, dziecko samo rezygnuje z piersi. Świadomość, że takie sytuacje się zdarzają (i nie są to odosobnione przypadki) zupełnie inaczej porządkuje myślenie o wielu tematach związanych z karmieniem piersią (a także szerzej, w ogóle z relacjami dorosły – dziecko)”.

Są oczywiście przychylni karmieniu piersią lekarze. Ci wspierają kobiety karmiące, zachęcają je i informują o korzyściach płynących z karmienia piersią. Takie wsparcie ze strony lekarza może być niezwykle istotne dla kobiety.

“Lekarka bardzo chwaliła sobie bliskość z tytułu karmienia piersią, zachęcała do jak najdłuższego karmienia”. (endokrynolog, wiek dziecka: 1 miesiąc, A573)

“Że to bardzo dobrze i fajnie, że mała jeszcze chce” A506, (ginekolog, wiek dziecka: 1,5 roku, A506)

“Że to najlepsze, co mogę zrobić zarówno dla dziecka jak i dla mnie”. (onkolog, wiek dziecka: 1 rok, A832)



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA



Problem!

W niemal 4 na 5 przypadków komentarze na temat karmienia piersią wypowiedziane przez lekarzy zajmujących się zdrowiem kobiety w trakcie laktacji (81,8% ankietowanych spośród tych, które usłyszały komentarz od lekarza specjalisty), są negatywne, deprymujące wartość karmienia piersią. Zdarza się, że lekarze wyrażają opinie oraz przekonania niezgodne z najnowszą wiedzą medyczną (często w sposób obcesowy). Komentarze te w szczególności krytykują długie karmienie piersią i wartość mleka matki. Takie działanie stanowi świadomą lub nieświadomą próbę manipulowania kobietą w kierunku odstawienia dziecka od piersi.

6.2. WDRAŻANIE LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO, TERAPII I ZLECANIE BADAŃ

Wiemy już, że zdarzało się zalecanie kobietom odstawienia dziecka od piersi bez jakiegokolwiek związku z procesem diagnostycznym i leczniczym. Czy jednak lekarz, nawet jeśli widzi wskazania do zastosowania danej terapii może zalecić odstawienie dziecka od piersi lub odmówić świadczenia medycznego/badania czy wypisania recepty ze względu na fakt, że kobieta karmi piersią?

Bardzo istotnym aspektem opieki medycznej jest informowanie osoby leczonej o możliwościach, sposobie działania leków/terapii i ewentualnych skutkach ubocznych oraz ryzyku ich zażywania/stosowania. W kontekście karmienia piersią jest to bardzo istotne, gdyż dotyczy pary matka i dziecko (a nawet dzieci). Z jednej strony istotne jest zachowanie karmienia piersią, ze względu na długotrwałe korzyści dla matki i dziecka, a z drugiej strony



zapobieganie wystąpieniu działań niepożądanych u niemowlęcia w wyniku przenikania leków do mleka matki. Podstawowa zasada przepisywania leków matkom karmiącym piersią opiera się na ocenie stosunku korzyści do ryzyka. Jeśli to możliwe, należy rozważyć zastosowanie leku, który został już przebadany, w niewielkim stopniu przenika do mleka matki i nie stwarza widocznego ryzyka dla zdrowia dziecka, nie zaburza procesu laktacji i nie wpłynie na zdolność do karmienia piersią²⁴². Ważna jest umiejętność pozyskiwania najnowszej wiedzy o farmakoterapii w okresie laktacji i znajomość źródeł, z których można korzystać. Okazuje się, że jeśli pracownicy ochrony zdrowia przy formułowaniu zaleceń dotyczących bezpieczeństwa leczenia pacjentek korzystają z przestarzałych źródeł, może to skutkować tym, że wielu kobietom zostanie wydane niewłaściwe, nieadekwatne zalecenie zaprzestania karmienia piersią, zwiększając w ten sposób potencjalne ryzyko dla nich samych i ich dzieci²⁴³. Korzystanie z ulotki leku jest częste wśród medyków, mimo, że nie jest to dokument przeznaczony dla personelu medycznego i nie powinien być głównym źródłem informacji o leku. Charakterystyka Produktu Leczniczego (ChPL), która powinna zapewnić pełną informację o leku, ma wprowadzić zastosowanie w kwestii oceny wskazań czy toksyczności leku, ale w większości przypadków nie zapewnia aktualnej informacji na temat bezpieczeństwa stosowania leku w okresie laktacji, ponieważ producent jest zwolniony z prowadzenia badań w tej grupie pacjentek (takie badania są kosztowne i trudne do przeprowadzenia). W związku z brakiem prowadzenia badań przez podmiot odpowiedzialny, wielu producentów asekuracyjnie nie zaleca karmienia piersią podczas stosowania danego leku. To jednak nie zmienia faktu, że takie badania mogą istnieć i jest ich coraz więcej, gdyż dostrzegana jest korzyść z kontynuowania karmienia piersią przy jednoczesnym wdrożeniu leczenia. „Według Amerykańskiej Akademii Pediatrii, w zdecydowanej większości przypadków, ryzyko podania dziecku mleka modyfikowanego przewyższa ryzyko związane z kontynuacją karmienia mlekiem, w którym znajduje się niewielka ilość leku”²⁴⁴. Można uznać, iż w sytuacjach tego wymagających, lekarz może zalecić lek poza wskazaniami ChPL, czyli „off label”. Żeby to zrobić, musi zdobyć wiedzę na temat bezpieczeństwa stosowania leku w okresie laktacji (czyli jakie jest ryzyko dla karmienia piersią, dla procesu laktacji i dla dziecka), a w szczególności na temat ostatecznej dawki leku, jaka będzie dla malucha dostępna w mleku oraz czy ta dawka będzie miała znaczenie kliniczne.

²⁴² Chaves R.G., Lamounier J.A., *Uso de medicamentos durante a lactação*, *Jornal de Pediatria* 2004, 80 (5 suppl), <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700011> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴³ Akus M., Bartick M., *Lactation safety recommendations and reliability compared in 10 medication resources*. *Ann Pharmacother* 2007, 41(9):1352-60, <https://doi.org/10.1345/aph.1k052> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁴ Chrustek A., *Karmienie piersią a przyjmowanie leków – czy to jest bezpieczne?*, 2021, <https://malysak.pl/karmienie-piersia-a-przyjmowanie-lekow-czy-to-jest-bezpieczne/> [dostęp: 30.11.2023]



Tak opowiedziała o tym farmaceutka, która jest ekspertką w temacie bezpieczeństwa stosowania leków w okresie laktacji – Karolina Morze, a która udzieliła nam wywiadu:

„Żeby móc zgodnie z najnowszym stanem wiedzy rzetelnie podejść do tematu doboru leku dla kobiety karmiącej piersią, trzeba mieć wiedzę na temat fizjologii laktacji, rozumieć jakie są losy leku w organizmie mamy, jak wygląda przenikanie do mleka i jaka dawka jest dostępna dla dziecka, a także pamiętać o tym, że lek z mlekiem mamy traktujemy jako substancję podaną dziecku drogą doustną. Trzeba umieć ocenić, jak ta ilość leku dostępna dla dziecka z mlekiem będzie wpływała na jego organizm – czy będzie miała znaczenie kliniczne. To jest coś czego w swoim toku kształcenia musiałam nauczyć sama. Z oceną bezpieczeństwa terapii w okresie karmienia piersią nie jest tak, że to jest wiedza, której nigdzie nie ma, bo jest kilku specjalistów na świecie, którzy piszą i mówią o tym, jak to robić, wskazują jakie rzeczy są ważne. To też jest wiedza, którą można znaleźć w podręcznikach, które są na studiach, tylko trzeba się tym głębiej zainteresować. Z dotychczasowego mojego doświadczenia w pracy z osobami karmiącymi piersią i z pracy dydaktycznej ze studentami studiów podyplomowych, z pracy szkoleniowej z moimi kursantami – lekarzami, położnymi i farmaceutami wynika, że na studiach nadal jest bardzo mało informacji na temat leków w laktacji i w ogóle o karmieniu piersią. Chyba, że ktoś robi specjalizację na przykład w neonatologii, wtedy jest trochę więcej, ale nadal – zbyt mało, żeby medycy czuli się pewnie w tym temacie. Miałam na studiach czterogodzinny blok poświęcony ciąży i laktacji, były połączone te oba stany fizjologiczne. To było zdecydowanie za mało, żeby czegokolwiek się nauczyć w tej kwestii w wymiarze praktycznym,



poza tym, że kobieta karmiąca piersią nie powinna chorować, bo to jest problem, bo nic nie można dać, bo wszystko przenika do mleka. Nikt nie wytłumaczył, że tak naprawdę zależy to wszystko od dawki i wielu innych czynników, które można samodzielnie sprawdzić i na tej podstawie udzielić informacji pacjentce. Wiem też, że u innych medyków jest bardzo podobnie, też ten czas jest ograniczony i bardzo często jest łączony razem ze stanem ciąży. Chyba, że znów myślimy o ginekologii i położnictwie, to wtedy może tam być to bardziej zróżnicowane, natomiast na ogólnych studiach nie ma rozgraniczenia. Myślę, że nie ma więcej niż kilka godzin poświęconych na ciążę i laktację". (P6/KM)

Oczywiście temat jest bardzo szeroki i nie wyczerpiemy go w pełni w tym raporcie. Chcemy jednak podkreślić, że, pomimo że zagadnienia związane z farmakokinetyką i farmakodynamiką w powiązaniu z laktacją są omawiane w bardzo ograniczonym zakresie lub nie są omawiane wcale w programach studiów położnych, lekarzy i farmaceutów, to wiedza w tym zakresie jest po prostu konieczna, niezbędna, by kobieta karmiąca mogła być otoczona rzetelną opieką." W niniejszym raporcie wielokrotnie wspominałyśmy o brakach w edukacji w zakresie laktacji i karmienia piersią już na etapie kształcenia studentów. W podrozdziale 4.4. jedna z lekarek (wypowiedź P3) wspomniała o tym, że WHO swoją inicjatywą „Szpital Przyjazny Dziecku” objęło nawet uniwersytety medyczne^{245, 246} i w niektórych krajach funkcjonują takie tzw. „Uniwersytety Przyjazne Dziecku”, co oznacza, że studenci po ukończeniu studiów są przeszkoleni w zakresie tej inicjatywy, a zatem gotowi do wdrażania w placówkach czy to szpitalach, czy przychodniach rejonowych, a nawet aptekach. Ważne jest żeby wykształcenie medyków zapewniało im podstawowe narzędzia

²⁴⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Going Baby Friendly Universities*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/universities/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁶ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *University Guidance Implementing the Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/university-guide-to-the-standards/> [dostęp: 30.11.2023], *Guide to the UNICEF UK Baby Friendly Initiative University Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-University-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



do fachowej pracy ze wszystkimi grupami pacjentów. Matka karmiąc piersią zaspokaja nie tylko potrzeby żywnościowe swojego dziecka, ale również dba o profilaktykę zdrowotną dla dziecka i siebie, o czym w szczególności wspominałyśmy w części raportu *Zdrowie w mleku matki*. W razie braku odpowiedniej wiedzy, na temat bezpieczeństwa danego leku terapii, lekarz może się zwrócić do innej osoby posiadającej kompetencje w tym zakresie:

“1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.

2. Jeżeli zakres tych czynności przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien się zwrócić do bardziej kompetentnego kolegi”.

(art. 10. Kodeksu Etyki Lekarskiej)

lub skorzystać z dostępnych powszechnie, aktualnych opracowań i literatury opisującej bezpieczeństwo stosowania leków w okresie laktacji. Ważnym jest, aby źródła, z których będą korzystały, zawierały zawsze datę oraz odniesienie do badania/badań naukowego/ych, na którym się opierają. W dalszej części podamy pewne przykłady. Natomiast należy podkreślić, iż zalecenia lekarskie powinny być zawsze oparte na aktualnej wiedzy medycznej. Lekarz, w którego kompetencjach nie leży laktacja może nie mieć wiedzy, która pozwoliłaby mu na rzetelną ocenę sytuacji. W takich sytuacjach, lekarz winien skonsultować się z osobą o wiedzy kierunkowej, o czym mówi art. 37. Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry.

„W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”.

(art. 37. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry)



Dużą rolę w zakresie edukacji i informowaniu o bezpieczeństwie stosowania leków w laktacji mogą mieć do odegrania farmaceuci, choć również tej grupie konieczne są zmiany w edukacji w omawianym zakresie²⁴⁷.



Droga kobieto!

Wiele rzetelnych i bezpłatnych treści dotyczących farmakoterapii czy leczenia w okresie laktacji znajdziesz na blogu ekspertki w temacie bezpieczeństwa stosowania leków w okresie laktacji:

<https://laktaceuta.pl/blog/>

Autorką bloga jest farmaceutka Karolina Morze, która pisze o swojej działalności tak:

„Biorę udział w interdyscyplinarnych projektach, prowadzę badania, kursy, szkolenia, edukuję, piszę i publikuję, ale to, co jest i zawsze było najważniejsze – pomagam rodzicom podjąć świadome decyzje dotyczące stosowania leków podczas karmienia piersią, w poszanowaniu ich celów laktacyjnych i unikając nieplanowanego i niechcianego odstawienia dziecka od piersi”.

Jednocześnie ważnym aspektem w podejściu do formułowania zaleceń dotyczących zdrowia kobiety karmiącej piersią, jest to, że pacjentka powinna mieć możliwość podjęcia decyzji dotyczącej sposobu leczenia, a rolą lekarza jest poinformowanie o ryzyku czy możliwościach dobrania innego postępowania, a nie wydawanie dyrektywnych nakazów czy zakazów.

²⁴⁷ Byerley E.M., Perryman D.C., Dykhuizen S.N. i wsp., *Breastfeeding and the Pharmacist's Role in Maternal Medication Management: Identifying Barriers and the Need for Continuing Education*, *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics* 2022, 27(2):102–108, <https://doi.org/10.5863/1551-6776-27.2.108> [dostęp: 30.11.2023]



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

- “1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały.
3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”. (art. 13. Kodeksu Etyki Lekarskiej)

Oto co powiedziała w tym temacie cytowana wcześniej farmaceutka:

„Jest sprawa, która jest bardzo trudna i nie dotyczy tylko kobiet karmiących piersią, ale generalnie wszystkich pacjentów. Mam wrażenie, że bardzo często we współpracy z pacjentką karmiącą piersią odbiera się jej kompetencje. Jednym z takich mitów, świadomych czy nieświadomych, jest praca tak, jakbyśmy to my byli decyzyjni – my medycy. Przychodzi pacjentka i potrzebuje czegoś i medyk mówi »Można«, albo »Nie można. Nie może pani tego zastosować, bo karmi pani piersią, bo to zaszkodzi dziecku«. W rzeczywistości rolę medyka nie jest podejmowanie decyzji czy pacjentka będzie stosować lek i karmić, czy nie będzie tego robić, tylko rolę jest udzielenie rzetelnej informacji i to pacjentka decyduje. Gdy uświadomimy sobie jakie mamy ustawowe obowiązki i kompetencje, zauważymy, że ściągą to z nas olbrzymią odpowiedzialność, którą z jakiegoś powodu nałożono na nas na studiach. Bo to pacjent decyduje jakiej on się podda terapii, jakie



leki będzie stosował, czy będzie je w ogóle stosował. Naszą rolą jest udzielać świadczeń, świadczyć usługi na takim poziomie, aby był zgodny z aktualnymi przepisami dotyczącymi naszych zawodów i wspierać proces decyzyjny pacjentki. A bardzo często jest tak, że ktoś inny podejmuje decyzję za pacjentkę. »Przy tym leku nie może pani karmić piersią« kropka». (P6/KM)

Amerykańska Akademia Pediatrii wskazuje, że większość leków jest kompatybilna z karmieniem piersią. Istnieje ograniczona liczba medykamentów, które są przeciwwskazane i zwykle można znaleźć odpowiedni substytut dla nich (również w swoim oświadczeniu AAP podaje źródła informacji, z których można korzystać, np. baza LactMed)^{248, 249, 250}.

Na przykład leki, o których wiadomo, że mają bardzo dużą masę cząsteczkową, wiążą się w znacznym stopniu z białkami lub są szybko metabolizowane, trudniej i w mniejszych ilościach przechodzą do pokarmu (w przeciwieństwie do leków o małej masie cząsteczkowej, słabo wiążących się z białkami oraz rozpuszczalnych w tłuszczach). Często leki stosowane w pediatrii stanowią też niskie ryzyko w okresie laktacji (ponieważ nie osiągają w mleku dawek pediatrycznych, jeśli matka nie przekracza dawek zalecanych dla dorosłych). Ponadto wiek dziecka i jego masa ciała też mają znaczenie - im starsze dziecko i im większa masa ciała, tym ryzyko z ekspozycji na niewielkie ilości leku w mleku spada²⁵¹.

Wobec powyższego, pacjentka nigdy nie powinna zostać postawiona przed wyborem – leczenie albo karmienie piersią. Powinna otrzymać informację i pomoc dostosowaną do jej potrzeb i sytuacji. Warto pamiętać, że nawet jeśli konieczne jest przyjęcie przez kobietę leku lub zastosowanie terapii mającej znane i wysokie ryzyko dla dziecka, to można też zaproponować kroki, które to ryzyko zminimalizują, np. zmiana częstotliwości karmień czy momentu przyjmowania leku (dostosowana do charakterystyki leku, np. czasu

²⁴⁸ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]

²⁴⁹ Baza LactMed tworzona jest przez amerykańską instytucję rządową National Institutes of Health (NIH) i dostępna jest pod adresem: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁰ Sachs H. Ch. i wsp., *The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics*, American Academy of Pediatrics – Committee on Drugs, Pediatrics 2013, 132(3):e796–e809, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985> [dostęp: 30.11.2023]

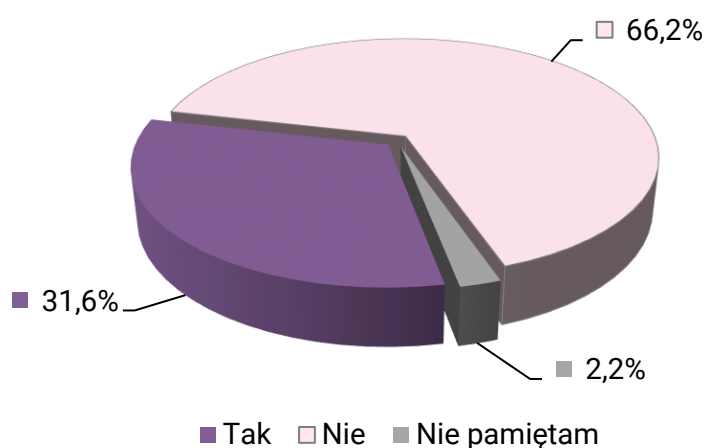
²⁵¹ Hale T.W., *Hale's Medications & Mothers' Milk™*, Springer Publishing Company, New York 2022, NY2020: 928 p, <https://doi.org/10.1891/9780826150356> [dostęp: 30.11.2023]



półtrwania), zmiana formy leku (z postaci o przedłużonym uwalnianiu na postać o szybkim uwalnianiu)²⁵², czy czasowe odciążenie pokarmu (bez podawania dziecku) w celu utrzymania laktacji i powrotu do karmienia piersią po leczeniu, co jest możliwe nawet w przypadku leczenia nowotworów, choć oczywiście zależy to od decyzji matki (ale aby o tym móc zdecydować musi wiedzieć, że jest i taka możliwość, a rolą personelu medycznego jest ją o tym poinformować).

Jak w takim razie kobiety opisywały kontakt z lekarzami zajmującymi się z ich zdrowiem, w kontekście zlecanej im terapii, farmakoterapii czy diagnostyki? Najpierw spójrzmy na statystyki.

Według ankiet 31,6% kobiet usłyszało, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi i/lub zakończenia karmienia piersią od lekarza specjalisty zajmującego się zdrowiem kobiety. Zaś 66,2% takiego zalecenia nie otrzymało, a 2,2% kobiet tego nie pamiętało (Ryc. 6.3.).

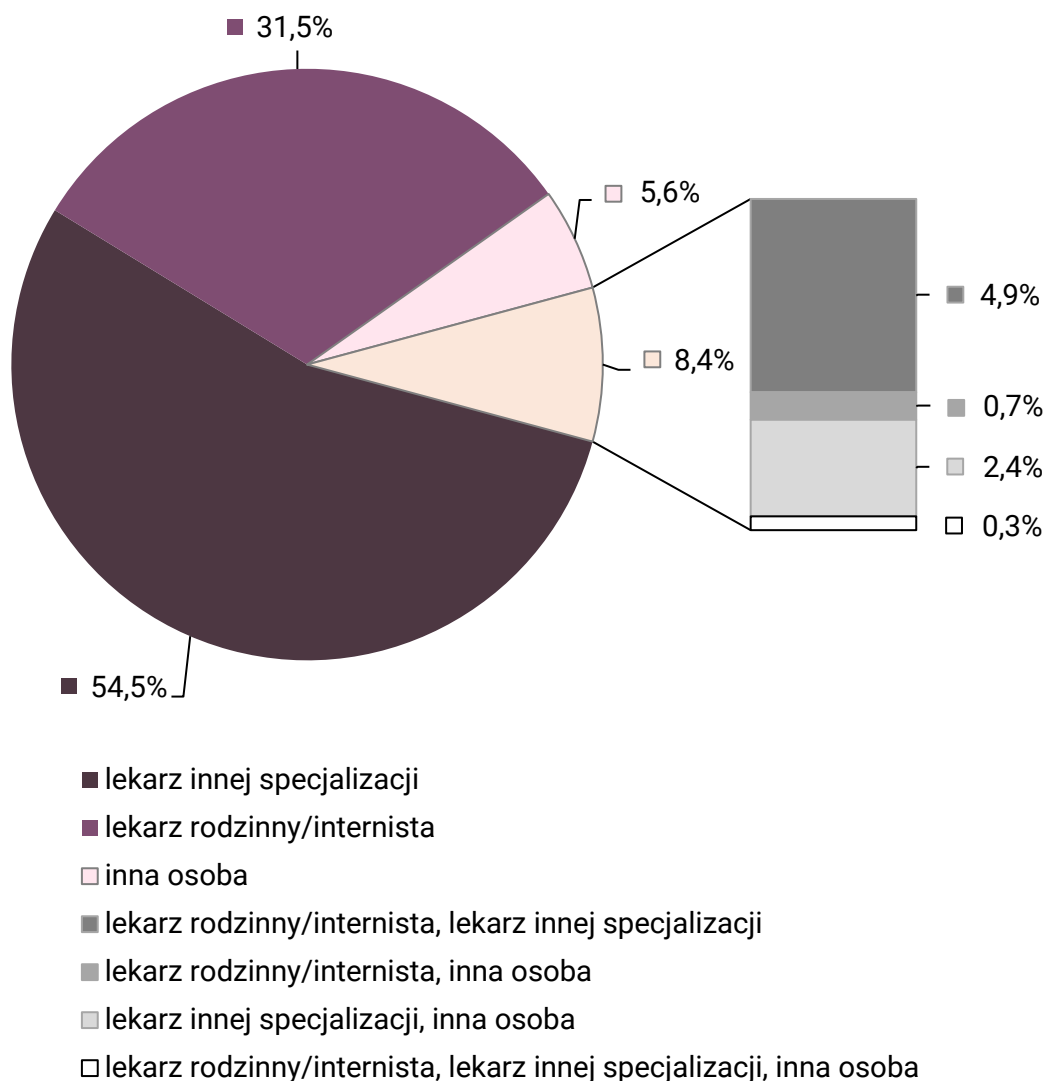


Ryc. 6.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego zajmującego się Twoim zdrowiem kiedykolwiek powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem?” (% , N=904)

²⁵² Tamże



Spośród kobiet, które usłyszały, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi i/lub zakończenia karmienia mlekiem matki w 54,5% usłyszały to od lekarza specjalisty, w 31,5% od lekarza rodzinnego/internisty, w 5,6% – od innej osoby, zaś łącznie 8,4% kobiet od więcej niż jednego lekarza i/lub innej osoby (Ryc. 6.4.).

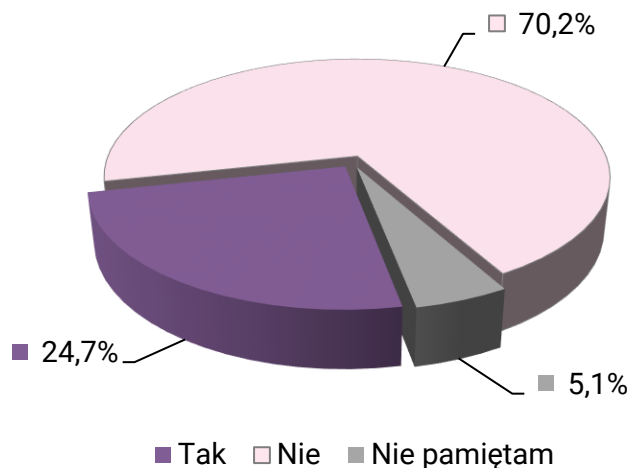


Ryc. 6.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kto z personelu medycznego zajmującego się Twoim zdrowiem powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem?” (% , N=904)

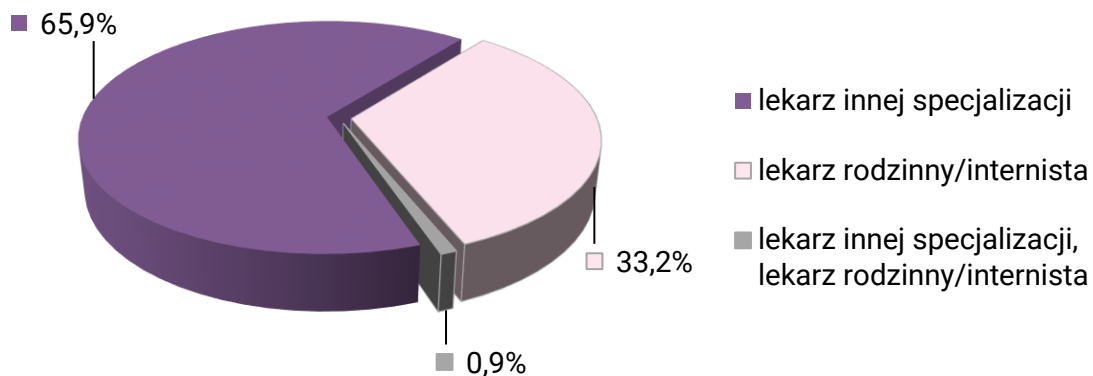
Wśród rozpatrywanej grupy kobiet, które leczyły się w trakcie laktacji, 24,7% usłyszało odmowę jakiegoś świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty, ze względu na laktację. Z kolei 70,2% kobiet nie usłyszało takiego zalecenia, zaś 5,1% tego nie pamiętało



(Ryc. 6.5.). Odmowę świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty kobiety usłyszały w 33,2% od lekarza rodzinnego/internisty, w 65,9% przypadków od lekarza innej specjalizacji. 0,9% zaś odmowę usłyszało zarówno od lekarza rodzinnego/internisty, jak i lekarza specjalisty (Ryc. 6.6.).



Ryc. 6.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek odmówiono Ci jakiegos świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty (np. leczenie zębów, badanie USG piersi, rentgen, tomografia komputerowa, terapia antybiotykowa itp.) ze względu na to, że karmisz piersią?” (%), N=904)



Ryc. 6.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: "Kto Ci odmówił Ci świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty?" (%), N=223)



Czy rzeczywiście prawie jedna trzecia kobiet, aby móc podjąć leczenie powinna była odstawić dziecko od piersi? Czy lekarze mieli podstawy, aby odmówić świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty?

Jeśli chodzi o zlecenie i wykonywanie badań i zabiegów, to kobietom odmówiono badań/zabiegów uznawanych za bezpieczne podczas karmienia piersią, jak: cytologia, badanie krwi, w tym oznaczenie poziomu ferrytyny we krwi, badanie krzywej cukrowej, laserowe usuwanie znamion skórnych (tzw. pieprzyków) i ziarniaka naczyńniowego, rehabilitacja przesunięcia dysku. Odmawiano również bezpiecznych podczas karmienia piersią badań obrazowych i radiologicznych jak: RTG, USG (piersi, transwaginalne), tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny (o czym więcej w podrozdziałach 6.2.1. *USG Piersi* oraz 6.2.2 *RTG i inne badania obrazowe*). W podrozdziale 6.2.3. przyjrzymy się bliżej odmowie przez lekarza dentyście takich świadczeń jak: znieczulenie stomatologiczne, ekstrakcja zęba/ósemki. Kobiety karmiące piersią powinny mieć pełną możliwość ww. diagnostyki, zabiegów i leczenia. W podrozdziale 6.2.2. zwrócimy uwagę również na mogące wzbudzić więcej wątpliwości badanie z użyciem radiofarmaceutyków, czyli scyntygrafii, której odmówiono w 3 przypadkach.

Przyjrzymy się również zaleceniom związanym z farmakoterapią. Antybiotykoterapia była jedną z częstszych odpowiedzi na pytanie, o to, jakiego świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty kobiecie odmówiono. Spośród kobiet, które taką odmowę dostały, aż 22,4% z nich (N=223) wskazało na antybiotyk. Kobietom, które wypełniły ankietę odmówiono przepisania antybiotyków m.in. na anginę, zapalenie ucha, gronkowca. Obecnie jest wiele antybiotyków przebadanych pod kątem przenikania do mleka i wiele z nich niesie bardzo małe ryzyko dla dziecka karmionego piersią²⁵³. Poza tym kobietom odmówiono: leków na depresję poporodową, leków na alergię, leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych (np. Ibuprofenu, który jest podstawową substancją czynną stosowaną w protokole leczenia zapalenia piersi u matek karmiących²⁵⁴), leków na tarczycę, leków na grzybicę brodawek, leków na zapalenie pęcherza moczowego. To wszystko z powodu faktu, iż były w okresie laktacji. Zważając na aktualną wiedzę medyczną na temat leków, w tym stosowanych w wymienionych wyżej schorzeniach i innych powszechnie występujących chorobach

²⁵³ Bar-Oz B., Bulkowstein M., Benyamini L. i wsp., *Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation*, Drug Safety 2003, 26(13):925-35, <https://doi.org/10.2165/00002018-200326130-00002> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁴ Mitchell K.B., Johnson H.M., Rodriguez J.M. i wsp., *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum*, Academy of Breastfeeding Medicine 2022, 17(5):360-376, <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm> [dostęp: 30.11.2023]



u kobiet karmiących piersią, można dobrać leki, niosące niskie, bądź znikome ryzyko dla karmionych piersią dzieci i powinno być to poddane pod decyzję pacjentki,^{255, 256, 257, 258}. Stosowanie odpowiednio dobranych leków w wyżej wymienionych przykładach przez kobietę karmiącą piersią, może być bezpieczne dla jej dziecka i nie wymagać żadnych dodatkowych wskazań lub interwencji, dlatego odmowa ich przepisania z powodu laktacji, nie była uzasadnionym działaniem (choć zawsze ważna jest obserwacja mogących potencjalnie wystąpić działań niepożądanych).

Niejednokrotnie kobietom zalecano lub sugerowano zakończenie karmienia piersią:

„Miałam ostre zapalenie ucha i głuchotę, miałam wybrać, czy leczę siebie antybiotykiem albo karmię piersią i nie słyszę”.
(laryngolog, wiek dziecka: 2,5 roku, A1161)

„Otrzymałam rekomendację zakończenia karmienia piersią, dziecko miało wtedy niecałe 2 miesiące. Dostałam bardzo poważnego zapalenia pęcherza, zakażenia układu moczowego. Musiałam iść na nocną pomoc. Pani doktor najpierw zapytała, czy jestem pewna, że to nie jest krwawienie połogowe tylko krwimocz, a potem powiedziała, że jeżeli to jest krwimocz, to muszę dziecko odstawić i ona wtedy przepisze antybiotyk. Nie zgodziłam się. To już był taki czas, że nie chciałam i nie wyobrażałam sobie odstawienia dziecka od piersi, zwłaszcza takiego małego. Tak jakbym mogła, prawda? Za godzinę powiedziec »Sorki mały, ale to było ostatnie«.

²⁵⁵ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30000798/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁶ <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/ibuprofen/product/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁷ So M., Bozzo P., Inoue M., Einarson A, *Safety of antihistamines during pregnancy and Lactation*, Canadian Family Physician 2010, 56(5):427-429, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868610/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁵⁸ Spencer J.P., Thomas S., Trondsen Pawlowski R. H., *Medication Safety in Breastfeeding*, American Family Physician 2022, 106(6):638-644, PMID: 36521462, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36521462/> [dostęp: 30.11.2023]



Oczywiście wcześniej, zanim wybrałam się na tę nocną pomoc, to naczytałam się w Internecie, jak mogę leczyć zapalenie pęcherza i okazało się, że są jakieś leki bezpieczne, więc wtedy już wiedziałam, że od tej pani ich nie uzyskam i postanowiłam spróbować, czy gdzie indziej się uda. Wyszłam po prostu i pojechałam na SOR. Tam okazało się, że nie ma problemu. Dostałam antybiotyk i [nazwa leku]. Potem jeszcze te zapalenia były nawracające. Konsultowałam się z kilkoma lekarzami na czacie, to był początek pandemii, i kilka razy się tak zdarzyło, że usłyszałam »Antybiotyku pani nie przepiszę, bo dziecko może mieć biegunkę«. (K42)

„Byłam na USG ginekologicznym, transwaginalnym, tylko na takim badaniu kontrolnym, a pamiętam, że lekarz bardzo mnie przestraszył. Usłyszałam, że z szyjką macicy jest coś nie tak, sugerował mi endometriozę, nie wiem czemu, bo nie miałam żadnych objawów. Po prostu po USG tak stwierdził i że mam odstawić karmienie i jak odstawię karmienie, to przyjdź, i wtedy on zobaczy czy ta szyjka się zmieniła, czy nie. Stwierdziłam, że co, jeśli już odstawię, a ta szyjka będzie dalej taka sama? Uznałam, że ta argumentacja jest bez sensu. Mogłabym stracić szansę karmienia, a to by mogło nic nie zmienić, bo on wtedy zobaczy. Poszłam do innego lekarza, który powiedział, że do niczego się nie może przyczepić, że może było coś źle przeliczone odnośnie do dnia cyklu, w którym byłam i wyglądało to inaczej. Uznał, że wszystko jest dobrze i powiedział, że absolutnie nie muszę odstawiać karmienia piersią, bo według niego nie ma żadnych przeciwwskazań”. (K8)



„Odmowa recepty z lekiem na gronkowca złocistego. Usłyszałam, że przy zażywaniu leków na gronkowca i nadciśnienie nie można karmić piersią. Lekarz kazał wrócić, jak skończę karmić. Kardiolog w związku z utrzymującym się wyższym ciśnieniem również kazał wrócić, jak skończę karmić”. (laryngolog, Kardiolog 3-6 miesięcy A1955)

„Lekarz stwierdził, że wyleczę swoje dolegliwości jak skończę karmić”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 9 miesięcy, A350)

„Leczenie kolana. Lekarz powiedział, że mam wrócić, jak skończę karmić piersią”. (ortopeda, wiek dziecka: 6 miesięcy, A327)

Czasem, pomimo świadomości braku wiedzy udziela się kobietom przypadkowych czy pochopnych zaleceń.

“Mówili, że muszą mi podać leki. Nie wiedzieli, czy mogę po nich karmić piersią i uznali, że powinnam dać dziecku szybciej marchewkę i nie powinnam karmić 24 godziny dla pewności”. (ratownik medyczny, wiek dziecka: 5 miesięcy, A2363)

Zalecenie wcześniejszego podania marchewki 5 miesięcznemu dziecku świadczy o braku znajomości fizjologii laktacji i tego, że rozszerzanie diety dziecka nie polega na nagłym zastąpieniu pokarmu matki inną żywnością, tylko jest to proces stopniowy, a mleko matki pozostaje podstawą żywienia przez cały pierwszy rok życia.



Kolejna z kobiet leczyła się psychiatrycznie:

„Rozpoczęłam swoją terapię w nurcie psychoterapeutycznym i w pewnym momencie potrzebowałam wsparcia farmakologicznego. Poszłam do psychiatry, ale już z wiedzą na temat tego, że nie muszę odstawić dziecka, jeśli potrzebuję wziąć jakieś leki przeciwdepresyjne. Podałam substancje czynne, które są bezpieczne dla dziecka podczas karmienia i na tej podstawie zostały dobrane leki. Powiedziałam to wprost lekarce, bo byłam zdeterminowana do tego, że muszę brać jakieś leki. Wiedziałam, że mogę sobie też pozwolić na to, bo to jest lekarz otwarty na dialog. Powiedziała »No to dobrze. Dziękuję. Ja sobie zapiszę te substancje czynne, bo często mam problem co wybrać dla kobiet, które karmią i zalecam zazwyczaj, że dobrze by było, żeby odstawiły«. Ucieszyłam się, że może ktoś nie będzie musiał odstawić. Nie wiem jak bym sobie z tym poradziła, że muszę odstawić, przez to, że muszę uporać się ze sobą. Myślenie, a co ze mnie za matka na pewno by się włączyło, ale na szczęście tak się nie stało. Karmienie, to rodzaj czasu, który poświęcam dziecku. Nie widziałam opcji, że miałabym odstawić. Może trochę z lenistwa, bo w nocy podaję pierś i śpimy. Wszyscy się wysypiają. Nikt nie musi nosić, a w przeciwnym razie, to całe znowu jakieś niespanie po nocach dziwaczne. Po co?». (wiek dziecka: 1 rok, K30)

W tym przypadku odstawienie dziecka od piersi mogłoby, w odczuciu kobiety, pogłębić problemy ze zdrowiem psychicznym. Dla kolejnych kobiet, pomimo zaburzeń zdrowia psychicznego, karmienie było również bardzo ważne:



„Poprosiłam o leki na depresję (leczyłam się wcześniej, ale w ciąży odstawiłam, a po porodzie problemy wróciły). Lekarz powiedział mi, że karmienie piersią powoduje depresję i sugeruje najpierw odstawić, a tak w ogóle to nie może mi i tak nic przepisać. Znalazłam sama informacje, jakie leki może mi przepisać i w końcu dostałam leki”. (psychiatra, wiek dziecka: 1 rok, A2386)

„Leki na depresję poporodową - nie dostałam żadnych, mimo iż została postawiona diagnoza”. (psychiatra, wiek dziecka: 4,5 miesiąca, A282)

„Tydzień po porodzie miałam epizod psychozy poporodowej. Tydzień spędziłam na oddziale szpitala psychiatrycznego, gdzie odciągałam i wylewałam mleko, ponieważ nikt mi nie powiedział, że przy branych lekach mogę karmić (mogłam). Prosiłam o dobranie leków, przy których będę mogła karmić. Po miesiącu KPI i podcięciu wędzidełka karmiłam piersią dziecko do 2 roku życia”. (A1000)

„Bardzo długo już lecę się u psychiatry. Chyba od 2011 roku i miałam swojego lekarza prowadzącego, który mi wprost powiedział, że jeżeli planuję zajść w ciążę, to on nie podejmuje się dalej leczenia, dlatego musiałam szukać innego lekarza, żeby po prostu móc się leczyć. Wiedziałam, że sobie przez ten czas ciąży nie poradzę bez leków. Na szczęście udało mi się znaleźć takiego lekarza, który wykazał się wiedzą i udało mi się przez ten czas ciąży przejść na lekach, to oczywiście były inne leki niż te, które biorę



teraz przy karmieniu piersią, ale w końcu znalazł się po prostu ktoś, kto się tego podjął. Bezpośrednio przed zajściem w ciążę straciłam pracę w i byłam na zwolnieniu lekarskim które wypłacał mi ZUS. Później zakwestionował to, że ja byłam niezdolna do pracy i obecnie mam sprawę sądową właśnie o zasiłek chorobowy za ten okres ciąży, co wiązało się z tym, że musiałam stawić się w sądzie na badanie przez lekarza orzecznika psychiatrii. Niestety, jak powiedziałam, że karmię piersią i przyjmuję leki, to też ta pani, myślałam, że no po prostu wręcz z butów tam wyskoczy, że jak w ogóle mogę karmić piersią i brać leki, że to jest nieodpowiedzialne, że jak lekarz mógł mi przepisać leki przy karmieniu piersią, że narażam swoje dziecko, że przez to się też nie mogę leczyć właściwie. No i tu porada, którą dostałam, to była taka, że bym nie miała w ogóle wyrzutów sumienia, że nie będę karmiła dziecka swoim mlekiem, że teraz mleka modyfikowane to są tak świetne i wspaniałe. No i pani przywołała swoje, kiedy urodziła, że wtedy dzieci były karmione mlekiem w proszku takim z woreczka i to był przecież też świetny sposób i ludzie wyrosli na zdrowych po tym mleku, więc co mi szkodzi, po prostu odstawić dziecko od piersi i zacząć się normalnie leczyć. Tak jak to pani podkreślała - normalnie leczyć. Teraz to jest to jakieś takie leczenie niepełnowartościowe, a dodatkowo narażające dziecko na niebezpieczeństwo. Chciałabym odczarować takie dziwne pokutujące jeszcze w społeczeństwie przekonanie, że te leki to są jakieś narkotyki, żeby nie patrzeć na kobiety jak na jakiejś, które się narkotyzują, że naprawdę da się z tym żyć, da się leczyć to skutecznie i że po prostu ta jakość życia naprawdę może się poprawić, że można bezpiecznie leczyć się też będąc w ciąży i że to wcale nie oznacza, że mając jakieś zaburzenia psychiczne trzeba



rezygnować na przykład z macierzyństwa. Mam wrażenie, że to jest często tak właśnie postrzegane, że jeśli są takie problemy, to co najwyżej psychoterapia na okres ciąży i oczywiście tego karmienia i tyle". (wiek dziecka: 2 miesiące, K21)

Ważnym jest to, aby lekarze psychiatrzy wiedzieli, że można włączać odpowiednie leczenie farmakologiczne u kobiet karmiących piersią, będących w kryzysie zdrowia psychicznego oraz by znali wachlarz leków bezpiecznych (niosących znikome ryzyko dla dziecka) oraz aby taką informację przedstawiali pacjentce, aby mogła podjąć świadomą decyzję, co do swojego dalszego leczenia. Jak wspominałyśmy w części *Zdrowie w mleku matki* są badania naukowe, które potwierdzają dobroczynny wpływ karmienia piersią na zdrowie psychiczne (więcej o samym zdrowiu psychicznym matki w rozdziale 7.).

Jednej z kobiet bardzo zależało na tym, aby nasz raport dotarł w szczególności do psychiatrów:

„Przy pierwszym dziecku podejrzewam, że miałam coś zagrażającego depresją poporodową, chociaż nie wiem, bo sama bym z tego nie wyszła, ale ostry to był baby blues, naprawdę. Gdyby ta opieka, choć też to się już rodzi w Polsce, że nie ma wstydu, przynajmniej w moim otoczeniu, że się korzysta z pomocy psychoterapeutycznej, psychiatrycznej, ale gdyby była też ta wiedza, że nawet we wczesnym procesie karmienia można stosować leki, które ten nastrój kobiecie poprawią i znormalizują... Więc tutaj myślę, oby to do psychiatrów też mogło trafić, że jest laktacyjny leksykon leków, narzędzia ogólnodostępne, z których same pacjentki korzystają, więc lekarze tym bardziej powinni, prawda?”
(K30)



Warto wspomnieć, że istnieje wiele leksykonów, które opisują bezpieczeństwo stosowania leków w laktacji, a najbardziej rozpowszechnionym jest podręcznik – lekospis pt. „Medications and Mothers Milk” tworzony przez profesora Thomas’a W. Hale’a i zespół naukowców z nim współpracujących, wydawany z uaktualnionymi informacjami o lekach co dwa lata²⁵⁹. Hasłem promującym jest „Keep Mothers Breastfeeding. Keep Babies Healthy”. Widać więc, że wiedza na temat bezpieczeństwa stosowania leków w laktacji poszerza się każdego roku.

O tym, jak ważny jest świadomy udział pacjenta w podejmowaniu decyzji o leczeniu i komunikacja między lekarzem a pacjentką, mówiła farmaceutka, która udzieliła nam wywiadu:

„Problemem jest to, że na studiach nie ma nacisku na to, żeby ktoś miał wiedzę na temat fizjologii laktacji i tego co to oznacza dla jednostki, dla konkretnego pacjenta, a także w kontekście społecznym i farmakoekonomicznym. Medycy, a zwłaszcza farmaceuci, powinni wiedzieć, że jednym z czynników wpływającym znacząco na sukces farmakoterapii jest dobry »adherence« i »compliance«, czyli to, w jaki sposób pacjent podchodzi do farmakoterapii, jaką ma o niej wiedzę, jak będzie stosował się do zaleceń i tak dalej. A jednym z czynników, które wpływają na »adherence« i »compliance« jest styl i organizacja życia pacjenta, jego nawyki. Pracując z kobietami karmiącymi piersią trzeba o tym wiedzieć, że jeżeli mama będzie musiała na przykład robić 3 razy dziennie przerwę 4 godziny od zażycia leku do następnego karmienia, to najprawdopodobniej albo nie będzie

²⁵⁹ Na polskich stronach internetowych możemy znaleźć pod tą nazwą spis leków wraz z kategoriami, jednak nie jest on na bieżąco aktualizowany, gdyż został stworzony na podstawie prac prof. T. Hale’a jednorazowo. Najbardziej aktualne informacje można znaleźć w odpłatnych wydawanych co dwa lata aktualizacjach spisu leków w formie książkowej (również wydawanej elektronicznie) lub aplikacji internetowej i aktualizowanej na bieżąco z bazą informacji o lekach <https://www.halesmeds.com/> [dostęp: 30.11.2023]



brała leku, albo zakończy karmienie piersią (oczywiście zależy to też innych czynników). W takiej sytuacji można rozważyć różne interwencje po konsultacji z lekarzem prowadzącym - na przykład stosowanie leku tylko 2 razy dziennie, ale w innej postaci lub dawce czy zmianę leku na taki, który nie będzie wymagał odstępu. W tych wszystkich działaniach, w moim idealnym świecie, celem jest to, żeby każdy, kto pracuje z kobietami karmiącym piersią zastanawiał się nad tym co robi. Aby nie było to takie bezrefleksyjne podejście, tylko, żeby była współpraca, czyli słuchanie, rozumienie, wiedza, doświadczenie i komunikacja, a nie że »Nie może pani, bo nie«".

(P6/KM)

Zdarza się, że kobiety na własną rękę szukają informacji o bezpieczeństwie stosowania leków w laktacji, co oznacza, że personel medyczny nie jest dla nich w tej kwestii autorytetem (co potwierdzają liczne historie w tym raporcie). Dobrze jest, gdy kobieta trafi na rzetelne źródło informacji, jednak stanowczo źródłem powinien być dobrze wykształcony i potrafiący pracować z pacjentką karmiącą piersią personel. Jak wspomniała w przytoczonej wypowiedzi farmaceutka, brak otwartej i empatycznej komunikacji może z jednej strony zakończyć się niepodjęciem leczenia przez pacjentkę (np. ze względu na niemożność odstawienia dziecka od piersi, jeśli jej to zalecono) albo niepotrzebnym przerwaniem karmienia piersią. Jest jeszcze trzeci aspekt, który wiąże się ze wspomnianą coraz większą wiedzą pacjentek, że kobiety mogą ukrywać fakt przyjmowania leku i jednoczesnego karmienia piersią przed lekarzem. Warto podkreślić, że nawet jeśli dany lek jest uznawany powszechnie za bezpieczny (i są na to liczne dowody i badania naukowe), to jednak istnieje zawsze pewne ryzyko wystąpienia działań niepożądanych (np. w wyniku specyficznych reakcji organizmu matki czy dziecka na dany lek lub jego składnik, inny typ metabolizowania danego leku, połączenie z przyjmowaniem innych leków, przyjęcie niestandardowej, zbyt dużej dawki i in.). Obserwacja dziecka pod kątem wystąpienia działań niepożądanych zawsze jest istotna. Jednak w sytuacji braku zaufania do lekarza, pacjentka najprawdopodobniej nie zwróci się do niego po pomoc, kiedy takie działanie niepożądane wystąpi i pozostanie bez opieki medycznej.



"To był hit. To była kobieta, matka dwójki dzieci, i ona mi powiedziała, że karmienie piersią jest fanaberią, bo ona wykarmiła dwoje dzieci na mieszance i to znaczy, że mieszanka jest super, a kluczowym argumentem, moim chyba ulubionym, było to, że powiedziała, że przecież te dzieci żyją, więc o co mi chodzi. Moja córka miała wtedy 6 miesięcy. My jeszcze nie rozpoczęliśmy nawet rozszerzania diety. Znalazłam Laktaceutę i tam się dowiedziałam o e-lactancia.org i stamtąd dopiero dowiedziałam się, że wcale nie muszę przestawać karmić, ale nie mogłam się do tego przyznać lekarzowi, bo tamta pani po pierwsze uważała karmienie piersią za fanaberię, a po drugie pewnie oskarżyłaby mnie o trucie dziecka. Bardzo bym chciała, żeby lekarze mieli świadomość, że pacjentka karmiąca to nie jest jakieś kukułcze jajo. Cały świat mówi o tym, żeby kobiety karmiły piersią, a później idzie się do lekarza – matki, kobiety, która ma swoje dzieci i ona mówi, że karmienie piersią to jest fanaberia. No to karmić czy fanaberia?"
(laryngolog, wiek dziecka: 7 miesięcy, K11)

Źródłem wiedzy coraz szerzej rozpowszechnionym wśród kobiet, jest portal *e-lactancia.org*²⁶⁰. Jak widać w niektórych przykładach, z tego portalu korzystają również lekarze. Warto zwrócić uwagę na to, że na tym portalu zawsze podawana jest data ostatniej aktualizacji artykułu i źródła na jakiej podstawie zakwalifikowano lek do danej grupy, oznaczonej odpowiednim kolorem, podczas gdy na wielu innych stronach nie podaje się dat powstania czy ostatniej zmiany artykułu, więc trudno zakładać, że informacje bez takich danych są aktualne. Ponadto polecany wyżej portal nie jest stroną komercyjną.

²⁶⁰ <https://e-lactancia.org/> (nie mylić ze stornami, które posiadają podobną nazwę lub inne rozszerzenie)
[dostęp: 30.11.2023]



"Przy poprzedniej córce zdarzało się, że chodziłam do lekarza. Często słyszałam, że za bardzo nie mogą za dużo przepisać, na przykład na przeziębienie. Wszyscy za bardzo nic tak nie mogą przepisać, ale już mam coraz większą wiedzę i wiem, że na e-lactancia.org można sobie sprawdzić substancje czynne. Nawet kiedyś jednemu lekarza pokazywałam tę e-lactancję, jak miałam problemy z kręgosłupem. Lekarz nie chciał za bardzo nic przepisać, ale pamiętam, że to był spoko lekarz i fajnie się z nim rozmawiało. Sprawdzaliśmy razem te substancje czynne". (K24)

„Teraz leczę kurczawkę i też trafiłam na świetnego dermatologa, bo od razu pierwsze co zrobiła to weszła na e-lactancia.org i powiedziała mi, że niestety, ale nie może mi pomóc farmakologicznie, bo są za silne leki, ale tylko wymrażamy, więc tak, jestem z niej zadowolona. A u nas chirurg powiedział, że zero zabiegów, bo nie można dać żadnego miejscowego znieczulenia, więc po prostu pojechałam do dermatologa". (K2)

„Jak córka miała 4 miesiące, to usłyszałam zalecenie odstawienia od piersi, ale potem zobaczyłam tego lekarza i zrozumiałam, dlaczego tak powiedział. Z tego co pamiętam, to mój mąż chyba coś przyniósł z pracy, jakieś przeziębienie i zadzwoniłam, żeby się dowiedzieć, co ja mogę w ogóle brać, no i ten pan powiedział jakieś tam rzeczy, które mogę. No i powiedział, że jeżeli to nie pomoże, to trzeba będzie zrobić test na COVID i jeżeli ten test wyjdzie negatywny no to, że prawdopodobnie trzeba będzie wziąć antybiotyk, a jak już antybiotyk, to też odstawić od piersi, więc się zapytałam, jak mam to zrobić z czteromiesięcznym dzieckiem.



Powiedział, że ma nadzieję, że do tego nie dojdzie. Całe szczęście skończyło się na objawowym leczeniu. Ten pan miał tak z 60-70 lat. Niestety, wiedza jest taka kiepska. Myślę, że lekarze się doksztalają w jakiejś swojej dziedzinie, która im najbardziej pasuje, albo w której się specjalizują, natomiast często ci lekarze, którzy są w przychodniach, to oni mają za duży wachlarz i im jest ciężko się doksztalić we wszystkim. Nie dziwię się, że tak jest. Po prostu nie mają siły też przerobowych na to. Ale teraz my mamy też możliwość bardzo dużo sprawdzić, np. a e-lactancia.org, to zawsze można nawet w gabinecie u lekarza i mu pokazać, że mogę, jeżeli on tego nie jest w stanie sprawdzić". (K3)

"Sama sprawdzałam leki, którymi leczyłam nagłe pogorszenie niedosłuchu. Korzystałam z e-lactancia, z wiedzy pani Karoliny Morze i innych farmaceutów przyjaznych laktacji. Spotkałam starszą lekarkę pozytywnie nastawioną do karmienia piersią, która zainteresowała się e-lactancją i razem sprawdzałyśmy leki, które chciała mi dać, szacunek za otwartość :)". (A1488)

Zgodnie z powyższymi przykładami często to kobiety muszą przejmować inicjatywę w dobieraniu bezpiecznego leczenia. Zdając sobie sprawę z ogromnych braków w edukacji lekarzy w zakresie bezpieczeństwa farmakoterapii w laktacji, do takiej postawy zachęca pacjentki farmaceutka, z którą rozmawialiśmy. Wskazuje ona również na inne problemy systemowe, które skutkują trudnością w zaopiekowaniu się pacjentką karmiącą piersią wystarczająco rzetelnie:

„Jeżeli lekarz mówi, że nie może nic tak naprawdę zapisać, to pacjentka może zapytać: »A gdybym nie karmiła piersią, to co by pan mi mógł polecić, zaproponować i w czym tutaj karmienie



piersią jest przeszkodą?«. Niestety bardzo często obserwuję, że jest problem w komunikacji między lekarzem, a pacjentem i pacjentki często są za mało asertywne i nie komunikują jasno swojej potrzeby, że one chcą karmić piersią, że nie chcą przerywać karmienia piersią, albo »Nie zgadzam się na takie leczenie, w którym ja muszę odstawić dziecko od piersi, czy możemy znaleźć inne rozwiązanie?«. Tego pacjentki nie mówią, a lekarze, którzy nie dostają tego bodźca, że »Ok. Ta pacjentka chce karmić piersią. To jest dla niej ważne«, to będą traktowali ją, jak każdą pacjentkę, którą znają ze swoich studiów – czyli, że laktacja to jest w sumie taki stan fizjologiczny, gdzie się karmi piersią, ale bardzo łatwo można zamienić je butelką i będzie ten sam efekt (to niestety tak nie jest). Wszystko to jest kwestia edukacji i relacji pacjent – lekarz. Oczywiście jeżeli lekarz narusza granice, nie jest otwarty na komunikację, nie można się z nim dogadać, nie można mu przedstawić swoich racji, to wtedy jak najbardziej można poprosić o zapisanie odmowy leczenia na piśmie, wtedy myślę, że jest ona uzasadniona. Natomiast co sprawi, że faktycznie poprawi się jakość komunikacji czy jakość relacji? Oprócz edukacji personelu, to pacjent ma faktycznie czasami większą szansę na kontrolę sytuacji, niż lekarz, który obsługuje już 60 osobę tego dnia i nie był w toalecie, jest głodny, a do tego ma różne osobiste trudności i totalne zmęczenie. Wszyscy mamy czasem takie dni. Oczywiście nie wszyscy medycy zawsze tak mają, ale ci pracujący w POZ mają dużo pacjentów, zwłaszcza w okresie infekcyjnym, wtedy pacjent przychodząc może mieć szansę na większą kontrolę tej sytuacji niż lekarz. Pacjentka może powiedzieć: »To ja rozważę, czy będę chciała dalej karmić piersią, czy odstawić dziecko od piersi na czas



leczenia«. Może powiedzieć lekarzowi, że to jest jej decyzja”.

(P6/KM)

Wiele z kobiet, które cytujemy w powyższych historiach było świadomych tego, że wiedza w zakresie bezpiecznych leków podczas karmienia piersią się poszerza. Były to najczęściej kobiety poszukujące informacji i wiedzy o tym. Położna środowiskowo-rodzinna, która udzieliła nam wywiadu, zwróciła uwagę na to, że są kobiety, które do błędnych zaleceń lekarskich po prostu się stosują. Wydaje się, że wiele kobiet może wdrażać w życie zbyt rygorystyczne względem karmienia piersią, a nawet błędne zalecenia ze względu na autorytet lekarza i mogą nawet nie być tego świadome.

„Miałam pacjentkę ze stanem zapalnym stawu skokowego. Lekarz jej powiedział, że nie może karmić, bo jakiś lek dostała do smarowania, a najlepsze jest to, że nawet jakby go tyknęła w tabletkę, to by mogła karmić, bo ten lek jest lekiem bezpiecznym. A tak, mama podaje mieszankę, a mleko odciąga i wylewa. Pomimo, że do karmienia zamierza wrócić, to wylewa zupełnie niepotrzebnie”. (P4)

“Lekarz ortopeda powiedział, że nie mogę brać leków na ból i stan zapalny stawów kolanowych poza paracetamolem oraz stosować środków na odbudowę stawów. Nie chciał nawet podać nazw środków, które normalnie by zaordynował i powiedział, by się po nie zgłosić, gdy zakończę karmienie. Uzasadnił to karmieniem piersią, że leki przedostają się do mleka, nie ważne, że są uznawane za bezpieczne i tak nie powinnam brać żadnych”.
(ortopeda, wiek dziecka: 11 tygodni, A965)



Niedopuszczalna jest sytuacja, w której lekarz odmawia nawet podania nazwy leku, który przepisałby na daną dolegliwość w wypadku, gdyby pacjentka nie karmiła piersią. Pacjentka powinna mieć możliwość podjęcia decyzji dotyczącej sposobu leczenia, o czym pisałyśmy na początku tego podrozdziału. Brak działania można nazwać błędem w sztuce lekarskiej:

„Błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym”. (pierwszy w kwestii błędu w sztuce lekarskiej Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygnatura akt IV CR 39/54, OSN 1957/1, poz. 7.)

Każdego dnia kobietom karmiącym udziela się błędnych zaleceń lub odmawia się farmakoterapii, która często jest jedynym sposobem na wyleczenie lub złagodzenie objawów choroby oraz na poprawę jakości życia czy na powrót do pełnej aktywności w życiu osobistym, czy zawodowym. Kolejne historie pokazują, że kobiety wciąż spotykają się z postawą, że podczas karmienia piersią „Nic nie można”, co jednak najczęściej nie jest prawdą i może skutkować ryzykownym dla matki (a w konsekwencji i dla dziecka) zaniechaniem jakiegokolwiek leczenia.

„Lekarz rodzinny przy covidzie »Przy karmieniu piersią można na gorączkę tylko paracetamol« (był zdziwiony, że można Ibuprofen)”.

(lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 4 miesiące, A2355)

„Ortopeda. W związku z karmieniem piersią zalecił maść bez recepty, bo do leków (aby polepszyć komfort życia) karmienie piersią wyraźnie przeszkadzało. W zasadzie zbył mnie, komentarz typu »Nic nie mogę zrobić, jak pani karmi«, że nie można wypisać żadnych leków, które pomogą, dopóki karmię piersią. Zasugerował



nawet, żebym zakończyła karmienie!!”

(wiek dziecka: 4-5 miesięcy, A2028)

“Podczas infekcji przepisano mi jedynie sól fizjologiczną. Lekarz nie był w stanie polecić mi żadnego preparatu bezpiecznego przy karmieniu piersią”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 6 miesięcy, A1187)

“Recepta dotyczyła czegoś z hydrokortyzonem na pogryzienie przez owady, kiedy noga spuchła mi do niebotycznych rozmiarów powodując problemy z poruszaniem się. Kiedy w aptece poprosiłam o coś bez recepty i poinformowałam, że karmię farmaceutka spytała mnie, ile chcę jeszcze karmić, skoro nic nie mogę wziąć”. (była ze mną 16-miesięczna córka)”. (A2167)

„Nie można było mi pomóc z grypą żołądkowa. Nie można podać leków podczas karmienia piersią, najlepiej odstawić dziecko na 5 dni. Sama sobie poradziłam lekami bez recepty”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 12 miesięcy, A2169)

„O tak! Ten pan to był hit. To był lekarz w POZ i ten pan przy mnie google’ował, co może mi dać i powiedział, że »Jak pani karmi, to nic pani nie mogę dać. A jak pani dostanie zapalenia«, jakoś to nazwał, takiego większego »i pani pojedzie do szpitala, to już wtedy nikt nie będzie pani pytał, czy pani karmi, czy nie, bo dostanie pani takie leki i tak pani dziecka nie będzie miała przy sobie, więc umówmy się,



że pani będzie pani brała żurawinę i jak będzie gorzej to niech pani jedzie na pogotowie». (internista, wiek dziecka: 6 miesięcy, K43)

„Zapalenia pęcherza miałam co dwa miesiące i między wizytą, na której usłyszałam, że mam odstawić, a tą na której mi lekarz nie chciał przepisać antybiotyku, była jeszcze jedna, na której normalnie dostałam antybiotyk i brałam go. A na tej trzeciej był już inny lekarz i powiedział, że nie może mi go przepisać, bo dziecko będzie miało biegunkę albo nie wiadomo co. Powiedziałam, że dostałam poprzednio przecież, to chyba można i usłyszałam, że pan doktor nie będzie brał na siebie takiej odpowiedzialności, ale mogę wziąć preparat ziołowy, dużo pić i takie naturalne sposoby włączyć. Próbowałam tak i pomogło, co prawda wróciło za kolejne 2 miesiące, ale wtedy już dostałam antybiotyk kolejny raz”.

(internista, wiek dziecka: 6 miesięcy, K42)

Jedna z matek, która udzieliła nam wywiadu, a która jest internistką, opowiedziała o tym, jak zmieniła się jej perspektywa po urodzeniu dziecka i z lekarki, która nie przepisywała leków mamom karmiącym, stała się osobą, która rozumie, że nieprzepisywanie wyłącznie z powodu laktacji i brak chęci do dokończenia się w tym zakresie jest formą dyskryminacji.

„Przyznam, że ja też, na początku swojej drogi zawodowej, jak na przykład dorabiałam w POZ i wchodziła do mnie kobieta ciężarna lub karmiąca to ja »Hyyyyyy«, bo nic nie wolno, tak? Dopiero z czasem się przekonałam, że wolno i trzeba, i to w sumie nawet dużo nam wolno, tylko po prostu pewne zasady nas obowiązują, ale naprawdę możliwości mamy bardzo szerokie i że to jest po prostu wygodnictwo, olewactwo i niekompetencja, kiedy



kobiecie ciężarnej lub kobiecie karmiącej piersią mówimy, że »Nie będę cię leczyć, bo karmisz dziecko albo zdecydowałaś się na prokreację«. Jest to jakaś forma szeroko zakrojonej dyskryminacji, prawda?» (K28)

A oto, co powiedziała już cytowana wielokrotnie farmaceutka:

„Zastanawiałam się jakiś czas temu, co można zrobić, żeby przekonać medyków, żeby zaczęli się kształcić w tym temacie? Jest problem z całym systemem ochrony zdrowia – zasoby, wykorzystywanie w pracy, ciężko jest, bo system jest słabo zorganizowany, to w ogóle trudny temat. Ale coś co w Polsce jeszcze nie funkcjonuje, ale prawdopodobnie prędzej czy później pewnie zacznie funkcjonować – to jest odpowiedzialność cywilna za popełnione błędy. Jeżeli medyk chce świadczyć usługi i mieć największą szansę na sukces terapeutyczny i minimalną na popełnienie błędu, to faktycznie powinien zadbać o swoją edukację i dowiedzieć się jak być bezpiecznym w swojej pracy. W przypadku leczenia osób w okresie laktacji wiąże się to ze znajomością konsekwencji stosowania leków w laktacji i konsekwencji podawania sztucznej mieszanki, a także konsekwencji nieuzasadnionego zakończenia laktacji czy wprowadzania jakichkolwiek interwencji w karmienie piersią. Jeśli chodzi o kobiety karmiące piersią, to rekomendując jakiś lek, który nie jest opisany w Charakterystyce Produktu Leczniczego, że jest wskazany dla kobiet karmiących piersią lub że może być stosowany w okresie laktacji, to robi się tak zwaną rekomendację »off label«, czyli poza wskazaniami. Jeżeli takiej rekomendacji się



dokonuje, to warto mieć dobre źródła, taką »podkładkę« na to, dlaczego się uważa, że uzasadnione jest zastosowanie u tej kobiety karmiącej piersią tego leku, a nie innego. Wielu lekarzy czy wielu medyków nie będzie chciało szukać albo nie będzie chciało podejmować ryzyka związanego z rekomendacją »off label«.

Pacjent powinien też mieć świadomość, że lek jest stosowany poza wskazaniami z ChPL. Podobnie, jeśli rekomenduje się odstawienie dziecka od piersi czy jakiegokolwiek odstępny, czy interwencje z powodu leczenia, również powinny być na to solidne podstawy. Jeżeli ktoś odmawia leczenia z powodu samego faktu karmienia piersią, to robi coś, co jest niezgodne z prawem, to jest dyskryminacja. Nie można odmówić świadczenia z uwagi na karmienie piersią. Pisałam kiedyś na ten temat do Rzecznika Praw Pacjenta i wiem, że tak nie powinno się zdarzyć, że karmienie piersią jest przeszkodą w udzielaniu świadczenia. Ryzyko, które medyk wtedy podejmuje jest takie, że brak leczenia może spowodować dalsze komplikacje u pacjentki i może doprowadzić do tragicznych konsekwencji. Kto wtedy będzie odpowiedzialny? Medyk może być odpowiedzialny za zaniechanie leczenia lub za udzielenie niewłaściwej informacji, błąd w sztuce... Jeżeli pacjentka, czy jej rodzina będzie zdeterminowana, to tutaj może nie tylko pojawić się skarga, ale też pozew. W Stanach Zjednoczonych są to powszechne działania. Dlatego tam, jakkolwiek tamten system by nie był, to jednak bardzo ważne dla medyków jest to, żeby mieć »podkładkę«, czyli solidne podstawy udzielania danej rekomendacji. Dlatego, jeżeli czytamy rekomendacje dotyczące leczenia przygotowane przez jednostki w Stanach Zjednoczonych, to zawsze znajdujemy tam listę źródeł, w przeciwieństwie do tego co znajdziemy w Polsce, gdzie tych źródeł często brakuje. A nie



musi, bo w kontekście stosowania leków w laktacji dysponujemy ogromem wiedzy i wystarczającymi danymi, żeby móc pracować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ustawami o zawodzie i przede wszystkim – z poszanowaniem praw pacjenta oraz żebyśmy w tym całym procesie byli bezpieczni”. (P6/KM)

Farmaceutka dopytana o to, co miała na myśli określając odmowę leczenia z powodu karmienia piersią, wyjaśniła:

„Uważam, że dyskryminacją jest fakt odmowy świadczenia wyłącznie z powodu karmienia piersią. Od razu wyjaśnijmy, że to nie jest tak, że lekarz, z resztą każdy medyk, zawsze powinien udzielać wszystkich świadczeń – są sytuacje uzasadnione, kiedy można odmówić świadczenia lub wykonania badania (na przykład jeśli nie ma wskazań do takiego świadczenia czy badania, kiedy ono nic nie wniesie do procesu diagnostycznego czy do leczenia itd.). W sytuacji opieki nad osobą karmiącą piersią nie byłoby dyskryminacją, gdyby lekarz powiedział »Z mojego doświadczenia wynika i z mojej wiedzy wynika, że ten lek nie powinien być stosowany w okresie laktacji. Ryzyko związane ze stosowaniem tego leku w laktacji jest takie i takie« albo »Nie wiem, jakie jest ryzyko związane ze stosowaniem tego leku w laktacji. Może pani podjąć decyzję, czy zastosuje pani ten lek i nie będzie pani karmiła piersią w czasie stosowania tego leku, czy nie będzie pani w ogóle stosować tego leku, ale ja pani ten lek przepisuję, ponieważ uważam, że to jest lek, który jest najbardziej odpowiedni dla pani zdrowia«, bo jak pacjentka przychodzi do lekarza, to przychodzi ona, a nie jej laktacja i nie jej dziecko. Gdyby przychodziło dziecko,



to byłaby inna historia, bo to byłby inny pacjent, ale to ona potrzebuje pomocy i rozwiązania jakiegoś konkretnego problemu. W każdym razie jak jest »Nie, bo nie, bo po karmi pani piersią«, to uważam, że to jest dyskryminacja. Jeżeli jest »W mojej opinii jest tak i tak, to ma pani wybór. Czy pani się go podejmuje? Czy pani się tego nie podejmuje?«, bo wtedy pacjent jest osobą decyzyjną i jest traktowany zgodnie z tym, kim pacjent jest w procesie terapeutycznym, a nie jest tak, że cała decyzyjność leży na lekarzu. I na pewno nie cała odpowiedzialność”. (P6/KM)

Kobietom odmawia się farmakoterapii i muszą się one mierzyć z konsekwencjami takiego działania. W kolejnych podrozdziałach zwrócimy również uwagę na zaniechanie zlecenia podstawowych badań diagnostycznych. Brak diagnostyki u kobiet karmiących piersią wtedy, kiedy jest potrzebna, chociażby odmowa wykonania badania USG piersi czy RTG płuc, może skończyć się poważnymi konsekwencjami. Na szczęście są lekarze, którzy idą z duchem czasu i śledzą aktualną wiedzę medyczną, zarówno w zakresie bezpieczeństwa stosowania leków w laktacji, jak i diagnostyki. Ci lekarze dobierają kompatybilne z karmieniem piersią leki oraz zlecają potrzebne badania.

*„Odmówiono mi recepty na niby jakieś zakażenie dróg rodnych. W rzeczywistości była to bakteria w cewce moczowej, co odkrył inny lekarz i przepisał leki odpowiednie przy karmieniu piersią”.
(ginekolog, wiek dziecka: 3 miesiące, A1957)*

“Miałam mieć wrywaną ósemkę. Usłyszałam od dentysty, że nie może mi podać antybiotyku, jeżeli nie przestanę karmić piersią. To poszłam do innego dentysty i dał mi inny antybiotyk, który mogłam wziąć karmiąc piersią”. (K8)



„Bardzo szybko wyszłam ze szpitala i miałam stany zapalne po wenflonie i musiałam dostawać antybiotyki. Córka nie skończyła jeszcze tygodnia, kiedy ja już antybiotyki brałam, ale internista zwracał na to uwagę. Dobierał takie leki, które są możliwe do brania podczas karmienia tak małych dzieci, także tutaj było zrozumienie. Jak już miałam też starsze dzieci, bo one miały po 1,5 roku, kiedy ja jeszcze karmiłam, to za każdym razem jak miałam sytuacja chorobowe, to zawsze zgłaszałam. Tak samo jak mówiłam, że jestem w ciąży, to tak samo mówiłam, że karmię dziecko i lekarze dobierali takie leki. Wiem, że jest to po prostu możliwe”. (K12)

„Mam niedoczynność tarczycy, więc przyjmuję [nazwa leku] i przed ciążą, i w ciąży, i przy karmieniu. Była też taka sytuacja, że od ginekologa dostałam antybiotyk, ale nie było problemu z dobraniem leku pod karmienie. Pani nie robiła żadnego problemu. Powiedziała, że bez problemu można karmić. Tylko probiotyk dla siebie i dla dziecka”. (K16)

„Biorę [nazwa leku], bo mam niedoczynność tarczycy Hashimoto, więc tu lekarka wiedziała, że karmię piersią i nie miała żadnych zaleceń, żebym miała z tego zrezygnować w ciąży też brałam zresztą, wręcz było zalecane brać”. (K7)





Problem!

Co trzeciej kobiecie karmiącej piersią (31,6% ankietowanych spośród tych, które leczyły się w okresie laktacji) zaleca się odstawienie dziecka od piersi, a niemal co czwartej (24,7% j.w.) odmawia się świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty, co w większości przypadków nie jest uzasadnione najnowszą wiedzą medyczną, najczęściej wynika z braku wiedzy personelu. Zdarza się, że personel medyczny nie posiada wiedzy na temat bezpieczeństwa stosowania leków w okresie laktacji. Bywa, że kobiety z powodu błędnych zaleceń lekarskich przerywają karmienie piersią lub wręcz odwrotnie – rezygnują z leczenia, co w obu przypadkach stwarza ryzyko dla zdrowia ich i ich dzieci.

Zdarza się, że kobiety nie ufają zaleceniom lekarzy i ukrywają fakt kontynuowania karmienia piersią wraz z jednoczesnym przyjmowaniem leków, co może stwarzać ryzyko braku opieki medycznej, jeśli wystąpiłyby działania niepożądane u dziecka. Często jest nierespektowanie praw pacjentek do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia, co zdarza się w szczególności, gdy lekarz warunkuje przepisanie jakiegoś leku lub zlecenie badania koniecznością zakończenia karmienia piersią. Zdarzają się odmowy leczenia oparte wyłącznie na fakcie karmienia piersią przez pacjentki, co jest dyskryminacją wobec kobiet karmiących i może nieść za sobą szkodliwe konsekwencje.



6.2.1. USG PIERSI

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet, a wskaźniki zachorowalności w Europie rosną w krajach Unii Europejskiej w ciągu ostatnich dziesięcioleci, częściowo z powodu gwałtownego spadku praktyk karmienia piersią, a im dłużej kobieta karmi piersią, tym bardziej jest chroniona przed rakiem piersi²⁶¹. Karmienie piersią zostało wpisane do Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem:

„10. Kobiety powinny pamiętać o tym, że:

- karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka piersi. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią”²⁶².

Szacuje się, że w przypadku kobiet karmienie piersią może każdego roku zapobiec 98 243 zgonów z powodu raka piersi i jajnika, a także cukrzycy typu II²⁶³. Warto zauważyć, że o karmieniu piersią jako profilaktyce raka piersi również możemy przeczytać na stronie Ministerstwa Zdrowia²⁶⁴. Wczesne wykrywanie raka poprzez badanie ultrasonograficzne (USG) piersi jest również profilaktyką i może być skuteczne w jego wykrywaniu²⁶⁵.

Pomimo działania ochronnego karmienia piersią na kobietę karmiącą, może się zdarzyć, że również ona zachoruje na nowotwór piersi. Dlatego regularne wykonywanie badania USG piersi jest bardzo istotne i jeśli termin takiego badania wypada w okresie trwania laktacji, to również w tym terminie powinno być ono wykonane. Wiemy, że karmienie piersią może

²⁶¹ Scoccianti Ch., Key T.J., Anderson A.S. i wsp., *European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer*, *Cancer Epidemiology* 2015, 39(1):S101-106, <https://doi.org/10.1016/j.canep.2014.12.007> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶² MZ, *Światowy Dzień Walki z Rakiem*, <https://www.gov.pl/web/psse-wabrzezno/swiatowy-dzien-walki-z-rakiem> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶³ Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R., *The cost of not breastfeeding: global results from a new tool*, *Health Policy and Planning* 2019, 34(6):407-417, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁴ MZ, *Mniejsze ryzyko nowotworu dzięki karmieniu piersią*, <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/mniejsze-ryzyko-nowotworu-dzieki-karmieniu-piersia> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁵ Sood R., Rositch A.F., Shakoor D. i wsp., *Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Journal of Global Oncology* 2019, 5:1-17, <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00127> [dostęp: 30.11.2023]



trwać dwa lata i dłużej, a w przypadku urodzenia kolejnych dzieci ten czas może się kumulować nawet do kilkunastu lat. Jest to bezwzględnie zbyt długo, aby móc czekać na wykonanie USG do czasu zakończenia karmienia piersią. Zwykle zaleca się badanie profilaktyczne raz do roku²⁶⁶. Według rozmowy przeprowadzonej z konsultantką NFZ:

„USG piersi refundowane jest tak często, jak często jest potrzeba. Jeśli nic się nie dzieje, zaleca się [przeprowadzić badanie] raz w roku”.

Fakt fizjologicznych zmian w piersiach związanych z produkcją mleka sprawia, że to badanie USG jest wskazane w okresie laktacji w celu diagnostyki, a nie badanie mammograficzne²⁶⁷, a nawet do głównych wskazań zalicza się wyczuwalną masę, gęstą tkankę włóknisto-gruczołową piersi oraz kobiety w ciąży/karmiące piersią²⁶⁸.

Wykrycie raka piersi u kobiety karmiącej za pomocą USG jest możliwe²⁶⁹. Badanie USG może być również wykorzystywane do diagnostyki innych patologicznych zmian, które mogą się zdarzyć w trakcie laktacji i w związku z nią. Najbardziej odpowiednim badaniem wstępnym patologicznej piersi w okresie laktacji jest badanie ultrasonograficzne. Ponadto wiedza na temat patologii związanych z laktacją umożliwia dokładniejsze diagnozowanie i leczenie kobiet karmiących piersią. Z kolei rak piersi w obrazie USG u kobiety w okresie laktacji wykazuje te same typowe cechy, których można by się spodziewać u kobiet niekarmiących. Istotne jest również zbadanie okolicznych węzłów chłonnych, aby wykluczyć przerzuty²⁷⁰.

Pomimo tego wszystkiego, co do tej pory napisałyśmy, badanie USG piersi było jedną z częstszych odpowiedzi na pytanie w naszej ankiecie o to, jakiego świadczenia

²⁶⁶ Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ, *Poradnik profilaktyczny o wczesnym wykrywaniu raka piersi*, Szczecin 2018, s.18, https://www.nfz-szczecin.pl/files/6049_rozowa_wstazka_katalog_15.05_nr_2.pdf [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁷ Geddes D.T., *Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application*, International Breastfeeding Journal 2009, artykuł nr 4, <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-4> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁸ Malherbe K., Tafti D., *Breast Ultrasound*, StatPearls Publishing 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557837/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁶⁹ Haliloglu N., Ustuner E., Ozkavukcu E., *Breast Ultrasound during Lactation: Benign and Malignant Lesions*, Breast Care (Basel) 2019, 14(1):30-34, <https://doi.org/10.1159/000491781> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁰ Geddes D.T., *Ultrasound imaging of the lactating...*, j.w.



medycznego/badania odmówiono kobiecie. Spośród kobiet, którym odmówiono jakiegokolwiek świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty (patrz Ryc. 6.5. i Ryc. 6.6. w poprzednim podrozdziale), aż 22,0% z nich usłyszało odmowę skierowania na badanie USG piersi. Ginekolodzy nie tylko nie informują (zob. podrozdział 2.1.1.), o tym, iż karmienie piersią jest profilaktyką raka piersi, trzonu macicy i jajnika (zob. *Zdrowie w mleku matki* oraz podrozdział 2.1.1.), ale jeszcze odmawiają pacjentkom karmiącym badań profilaktycznych.

Najpierw spójrzmy na przykłady potwierdzające, że jest to możliwe i że wielu lekarzy kieruje na badanie USG, w tym profilaktyczne, kobiety będące w trakcie laktacji. Radiolożka pochwaliła wykonanie badania USG w trakcie laktacji.

„Pani doktor bardzo pochwałała to, że karmię i że robię USG w tym czasie, więc trafiłam dobrze”. (K9)

„USG piersi miałam. Mój mąż jest radiologiem także wiedzieliśmy, że to nie jest problem”. (K35)

„Lekarz powiedziała, że nie ma znaczenia to, czy karmię piersią, w sensie dla niej w obrazie. Ona to przeprowadzi i będzie wiedziała tak samo”. (K56)

„Mam skierowanie na USG piersi kontrolnie rok po porodzie i idę w przyszłym tygodniu nawet. Też zapytałam się pani ginekolog »Czy tak bez problemu lekarz zrobi w trakcie karmienia?«. Ona mówi, że »Tak, tak«. Ja też już jestem doksztalcona, że można robić tylko nie każdy lekarz się podejmuje”. (K16)



„Byłam bardzo pozytywnie zaskoczona. Ten lekarz, który mi robił to pierwsze USG, wypisał mi, że piers laktacyjna, obraz nieostry czy nieczytelny, ale że guz jest widoczny i że on zleca dalszą diagnostykę także, to było bardzo pozytywne”. (K32)

Jak widać, istnieje grono specjalistów, którzy nie widzą żadnych przeszkód w wykonaniu tego badania w czasie laktacji. Tacy specjaliści są polecani wśród kobiet karmiących, które przekazują sobie kontakty do nich.

„To było u tego samego ginekologa, który prowadził moją ciążę. Powiedziałam, że nie miałam robionego nigdy USG piersi, że chciałabym, skoro już jestem, poprosić o skierowanie na to badanie. »Ale pani karmi przecież«, powiedział, że będą powiększone chyba gruczoły, nie pamiętam dokładnie, ale mówił o powiększeniu czegoś i że to będzie znowu do kontroli. Widziałam, że był niechętny, aby to skierowanie dać, więc sobie odpuściłam, ale poszłam na USG już w ramach pakietu ubezpieczeniowego prywatnego i tam poinformowałam, że karmię piersią. Skoro są kanaliki powiększone, to logiczne dla radiologa z czym to się wiąże, widzi obraz i wie o co chodzi. Z polecenia oczywiście poszłam, że jeśli karmiąca no to jak najbardziej do tej pani”. (K30)

Osobiście spotkałyśmy się plakatami promującymi wykonywanie USG w czasie laktacji i ciąży w poradniach “K”. Co zatem sprawia, że ginekolog nie chce wypisać skierowania na to badanie? Biorąc pod uwagę aktualną wiedzę medyczną oraz stanowisko NFZ, odmowa skierowania pacjentki karmiącej na to badanie jest dyskryminacją (zob. wypowiedzi P6/KM pod koniec podrozdziału 6.2.).



„Odmowa skierowania na USG piersi od lekarza ginekologa, bo »w czasie laktacji nie wykonuje się USG piersi«. Lekarz radiolog wykonujący badanie nie miał zastrzeżeń co do karmienia i wykonywania badań”. (wiek dziecka:12 miesięcy, A1146)

Jedna z kobiet przyznała, że zalecenie wykonania badania po okresie karmienia piersią uśpiło jej czujność i nie badała się przez kilka lat.

„Tutaj mam na pewno spore tyły. Miałam taką wizytę ginekologiczną przy pierwszym dziecku, gdzie mi się stworzył jakiś zastój i wtedy miałam robione USG. Lekarka mi powiedziała, że warto by było to USG powtórzyć, żeby zobaczyć prawidłowy obraz tych piersi, ale »Dopiero, jak skończy pani karmić«. Taki dostałam przekaz i prawdę powiedziawszy od tego czasu nigdy nie zrobiłam USG. Ono nigdy nie zostało zaproponowane, także podczas prowadzenia ciąży. Natomiast ostatnio rozmawiałam z koleżanką, która ma jakieś zmiany i powiedziała »Wiesz, że powinnaś sobie robić USG nawet jak karmisz piersią?«. Ja powiedziałam »Tak?« i to jest taka rzecz, którą na pewno zrobię na jesień, bo ostatnie takie USG miałam wtedy przy tym zastoju, czyli to mogło być jakieś 6 lat temu. To trochę słabo”. (K12)

Kolejna kobieta pomimo zalecenia badania USG dopiero po zakończeniu karmienia, trafiła wcześniej na badanie USG piersi, gdyż miała świadomość, że powinno się takie badanie wykonać w ciąży.

„Zawsze u tego samego pana robię USG. Stwierdził w pierwszej ciąży, że zaprasza jak już przestanę karmić, ale wyszło, jak wyszło.



Powiedziałam »No jestem trochę wcześniej, jestem w kolejnej ciąży i karmię dalej«, powiedział »No dobra, no to zbadamy, a co«, więc zastanawiałam się, czy mnie nie odeśle z kwitkiem, ale nie odesłał”.
(wiek dzieci: rok i 3 miesiące różnicy między dziećmi, K3)

Niestety często personel po prostu nie potrafi różnicować piersi laktacyjnych, więc niechęć do badania w większości wypadków wynika po prostu z braku wiedzy i umiejętności.

"Muszę się badać regularnie, bo moja mama miała raka i miałam tego guza. I to jest często jest tak, że »To co pani mi tu przychodzi. Przecież tu nic nie widać. Ja tu nic nie mogę badać. To nie ma sensu«. USG zrobiłam, ale to było nie na NFZ tylko prywatnie, więc zrobić tak czy siak musieli zrobić. Zwłaszcza, że mam co kontrolować w tym momencie. Mam jakieś guzki, więc robią, ale zawsze jest ten sam temat, że ale to nie ma sensu, to trzeba po karmieniu, skończyć karmić i wtedy przyjść, a nie teraz. Przy USG piersi powtarzano mi, że w czasie laktacji na USG prawie nic nie widać i to nie ma sensu". (K39)

„To jest bardzo duży problem. Jestem w grupie ryzyka nowotworu piersi. Moja mama miała raka piersi, prababcia umarła na raka piersi, więc to ryzyko jest. Już 3. rok karmiłam syna i rok wcześniej już prosiłam lekarza o skierowanie na USG. Powiedział, że bez sensu. Zrobiłam sobie to badanie prywatnie u radiolożki, która jest znana w moim mieście z robienia USG w czasie laktacji. Specjalnie zapytałam: jak to jest, że lekarze nie chcą robić. Odpowiedziała, że wydaje się jej, że to chyba wynika z braku wiedzy, umiejętności, bo może faktycznie jest trochę trudniej, ale to nie znaczy, że tego



się nie da zrobić. Jak są jakieś duże zmiany, to one są często nawet przez te gruczoły mleczne jakoś tam wyciągane i niektórzy specjaliści, którzy robią USG, a są pro karmieniu, po prostu zapisują, że piersi są w trakcie laktacji, przez to gdzieś tam ten obraz może być trudniejszy do diagnozy, ale robią i nie robią żadnych problemów. Po tym swoim USG jak do niego poszłam, to zaczęłam wypytawać, dlaczego nie zaleca USG piersi w trakcie laktacji. Opowiedział »Jak ktoś lubi sobie oglądać gruczoły mleczne, to proszę bardzo«. A coś, co mnie już w ogóle wkurzyło to to, że powiedział, że oni dają skierowanie na USG piersi kobiecie w trakcie laktacji tylko wtedy, kiedy jest widoczny guzek gołym okiem. Widoczny guzek gołym okiem? To już można sobie przecież trumnę kupić. Jestem osobą świadomą, ale ktoś może nie być i po prostu słuchając takiego lekarza może dojść do tego, że się nie zauważy w porę rozwijającego się nowotworu. Także zdecydowałam się napisać skargę, żeby po prostu pan doktor się doszkolił. Taki jest mój postulat w skardze, żeby przeszedł aktualne szkolenie”. (wiek dziecka: 2,5 roku, A622)

„Odmówiono mi USG piersi w ciąży w [nazwa placówki zajmującej się wykrywaniem i leczeniem nowotworów]. Badanie USG w ciąży i w trakcie laktacji było wg. onkolog niediagnostyczne. Sugerowała badanie kontrolne po zakończeniu laktacji. Ostatecznie w trakcie laktacji zostało wykonane, ale radiolog bardzo narzekała i odczułam, że jest BARDZO niezadowolona. Miała pretensje, że takie USG i tak jest niediagnostyczne. Po badaniu inna onkolog także w [nazwa ww. placówki] wyczuła guzek na węzłach



chłonnych, skierowała mnie ponownie na USG. Jak najbardziej widziała sens jego robienia”. (K20)

„USG piersi dopiero po zakończeniu karmienia, nie da się dobrze przeprowadzić USG podczas laktacji, można zmianę nowotworową pomylić z torbielą mleczną”. (ginekolog, wiek dziecka: 12 miesięcy, A102)

„Mam guza w piersi i lekarz powiedział, że przez karmienie będzie go słabiej widać. USG piersi mam zrobić, jak przestanę karmić piersią”. (ginekolog, endokrynolog, wiek dziecka: 3 i 6 miesięcy, A1856)

„USG piersi. W końcu wyprosiłam, ale powiedziano mi, że to bez sensu, a jestem w grupie podwyższonego ryzyka rakiem piersi. Tłumaczył tym, że USG piersi wykonuje się dopiero po zakończeniu karmienia. W trakcie karmienia to nie ma sensu”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 10 miesięcy, A1525)

„Lekarz ginekolog kazał wrócić po skierowanie na badanie USG piersi, jak przestanę karmić, mimo że przekonywałam, że ponoć w ustabilizowanej laktacji można robić to badanie. Powiedział, że to bez sensu, bo nic tam nie będzie widać”. (ginekolog, wiek dziecka: 9 miesięcy, A232)



„Panie techniczki z pracowni mammografii były zdziwione, że podczas laktacji mogłam mieć zrobione USG piersi, mammografię i biopsję”. (A1598)

„Odmówiono USG piersi i nadal nie mam zbadanych, a bolą mnie. Tłumaczą, że skoro karmię piersią, to badanie będzie nie dokładne”. (ginekolog, wiek dziecka: 8 miesięcy, A517)

Jak wspominałyśmy, badanie USG piersi może być również pomocne w diagnozowaniu problemów laktacyjnych, niestety nie zawsze personel posiada wiedzę, że można wdrożyć taką diagnozę, jak to wynika z ostatniego powyższego cytatu. W przypadku kolejnej kobiety lekarz wykazał się pełnym zrozumieniem i zalecał diagnostykę z wykorzystaniem badania ultrasonograficznego.

"Trafiłam do jakiegoś takiego pana, który powiedział, że to w ogóle bez sensu badać piersi, że on mi zrobi to USG, ale to nic nie widać, bo są te gruczoły przerośnięte, a drugie USG piersi miałam też w tej samej placówce. Tam już bez problemu mi je zrobili po prostu. Bez komentarza, że jak jest laktacja to bez sensu. Ja miałam dużo problemów. Bardzo często mi się robiły zastoje. Miałam zapalenia piersi też, zgłaszałam lekarzowi, więc też właśnie mówił, że warto badać te piersi czy to faktycznie te guzki są, czy tylko zastoje, czy tam się coś nie dzieje". (K45)





Problem!

Zdarza się, że ginekolodzy odmawiają skierowania na badanie USG piersi wyłącznie z tego powodu, że pacjentka karmi piersią. Bywa, że personel wykonujący USG piersi nie posiada wiedzy z zakresu badania piersi laktacyjnych przez co zniechęca matki do wykonywania badania. Może to uśpić czujność kobiety i sprawić, że zmiany nowotworowe nie zostaną wykryte na wczesnym etapie.

6.2.2. RTG I INNE BADANIA OBRAZOWE

Istnieje wiele badań obrazowych, których wykonania mogą potencjalnie potrzebować również kobiety karmiące piersią. Jednym z częstszych badań jakie może być zlecone matce będącej w okresie laktacji jest badanie rentgenowskie (RTG). Wiele badań czy rekomendacji wskazuje, że po przeprowadzonym badaniu RTG nie wymaga się kończenia czy przerywania karmienia piersią i badanie to uznawane jest za bezpieczne w okresie laktacji^{271, 272, 273, 274}. Promienie rentgenowskie są obecne tylko w czasie wykonywania zdjęcia i nie pozostawiają promieniowania ani radioaktywności w organizmie ani w mleku²⁷⁵.

²⁷¹ Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology and Nuclear Medicine Studies in Lactating Women*, Academy of Breastfeeding Medicine 2019, 14(5):290-294, <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29128.kbm> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷² E-lactancia, X-ray, <https://www.e-lactancia.org/breastfeeding/x-ray/product/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷³ Szugye H., Murra A., Lam S.K., *A new policy update on breastfeeding: What all clinicians need to know*, Cleveland Clinic Journal of Medicine 2023, 90(8):469-473, <https://doi.org/10.3949/ccjm.90a.22099> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁴ Nhering-Gugulska M., *Karmienie piersią a badania radiologiczne*, Medycyna Praktyczna 2013, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/lista/93015,karmienie-piersia-a-badania-radiologiczne> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁵ LactMed, X-rays, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501445/> [dostęp: 30.11.2023]



Przerywanie karmienia piersią NIE jest również potrzebne w przypadku tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (MRI) i można je rutynowo wykonywać u kobiet karmiących piersią²⁷⁶. Z kolei podanie kontrastu podczas tych badań często budzi wątpliwości wśród personelu medycznego nieposiadającego aktualnej wiedzy. Amerykańska Akademia Pediatrii wskazuje, że według American College of Radiology podawanie gadolinu lub jodowego środka kontrastowego²⁷⁷ (nie mylić z jodem znakowanym radioaktywnie) nie stanowi przeciwwskazania do karmienia piersią. Matki otrzymujące te środki kontrastowe NIE muszą przerywać karmienia piersią lub odciągać i wylewać pokarmu²⁷⁸. Bardzo małe potencjalne ryzyko związane z wchłanianiem ww. środków kontrastowych jest niewystarczające, aby uzasadnić wstrzymanie karmienia piersią²⁷⁹. Co więcej, producenci niektórych takich środków informują wprost w ChPL: "Produkty lecznicze zawierające gadolin przenikają w bardzo małych ilościach do mleka matki. W dawkach klinicznych nie należy spodziewać się wpływu na niemowlę ze względu na małą ilość wydalaną z mlekiem i słabe wchłanianie z jelita"²⁸⁰ oraz "Środek kontrastujący w niewielkich ilościach przenika do mleka kobiecego oraz w niewielkich ilościach jest wchłaniany przez jelita. Karmienie piersią może być kontynuowane w momencie, gdy środek kontrastujący podawany jest matce"²⁸¹.

Istnieją również badania obrazowe z wykorzystaniem radiofarmaceutyków, np. scyntygrafia. W zależności od rodzaju użytego środka radioaktywnego może być zalecane tymczasowe (nawet do 3 tygodni) lub zalecane odstawienie dziecka od piersi w celu ochrony dziecka przed spożyciem związku radioaktywnego zawartego w mleku matki na czas konieczny do ustania emisji promieniowania (czasem nawet na długi czas, choć zalecenie wielotygodniowych odstępów zdarza się niezwykle rzadko), choć są i takie związki, które nie przenikają do mleka matki w klinicznie istotnych ilościach, np. fludeoksyglukoza (FDG) – wykorzystywana w badaniu PET, po którym można podać odciągnięte mleko matki, ale ze względu na radioaktywność skoncentrowaną w samej tkance piersi konieczne jest

²⁷⁶ Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology...*, j.w.

²⁷⁷ The Society of Radiographers, *SoR joint statement on safety of breastfeeding after contrast agent: Evidence indicates cessation of breastfeeding not required*, 2022, <https://www.sor.org/news/sor/sor-issues-joint-statement> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁸ Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> [dostęp: 30.11.2023]

²⁷⁹ Tamże.

²⁸⁰ *CHpL Gadovist*, <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/10409/characteristic> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸¹ *CHpL Omnipaque*, <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/10278/characteristic> [dostęp: 30.11.2023]



ograniczenie kontaktu z matką na np. 12 h (w zależności od podanej dawki promieniowania)^{282, 283}. Ten przykład pokazuje, że zalecenia związane z wykonaniem badań obrazowych z zakresu medycyny nuklearnej mogą znacząco się od siebie różnić w zależności od stosowanego środka radioaktywnego czy stosowanej jego dawki i należy korzystać z aktualnych źródeł, aby udzielić właściwych rekomendacji matce karmiącej. Zalecenia dla poszczególnych badań/radiofarmaceutyków zostały szczegółowo opisane w protokole Academy of Breastfeeding Medicine²⁸⁴. Badacze sugerują, że można przeprowadzić indywidualne badanie odciągniętego mleka, aby upewnić się, że radioaktywność nie jest już zagrażająca przed ewentualnym wznowieniem karmienia piersią²⁸⁵.

Odnotowałyśmy, że w trzech przypadkach odmówiono kobietom scyntygrafii, która jest badaniem opartym na wprowadzeniu do organizmu matki radiofarmaceutyków, jednak trudno tutaj ocenić zasadność tej odmowy ze względu na zbyt małą ilość danych. Zawsze też ostateczna decyzja dotycząca wyboru pomiędzy wykonaniem badania, a zakończeniem karmienia piersią powinna należeć do matki i powinna być podjęta po udzieleniu jej opartych na aktualnej wiedzy informacji, co do ryzyka dla niej samej (związanego z niewykonaniem badania) i dziecka (w związku z wykonaniem badania).

Powyższy przykład nie jest jednoznaczny, jednak kobiety spotkały się wielokrotnie z odmową świadczeń, których bezpieczeństwo w laktacji jest bardziej oczywiste. Wielokrotnie pacjentkom odmówiono badania RTG takich części ciała jak: kręgosłup, kolana, biodro, płuca/klatka piersiowa, staw żuchwowy, zatoki, zęby. Zdarzyło się, że odmówiono kobietom tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, ale częściej rezonansu magnetycznego z kontrastem.

Jedna z kobiet usłyszała zalecenie odstawienia dziecka od piersi i wskazała, czym uzasadniono takie zalecenie:

²⁸² Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology...*, j.w.

²⁸³ LactMed, *Fludeoxyglucose F18*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501716/> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸⁴ Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology...*, j.w.

²⁸⁵ Sachs H. Ch. i wsp., *The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics*, American Academy of Pediatrics – Committee on Drugs, *Pediatrics* 2013, 132(3):e796–e809, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985> [dostęp: 30.11.2023]



„Podaniem kontrastu i zrobieniem RTG płuc. Nie słuchałam radiologa. Zażądałam informacji o nawie leku, który mi podano. W ulotce leku było napisane, że można karmić. Takie same zdanie miała pediatra mojego dziecka”. (wiek dziecka: 12 miesięcy, A2386)

„Lekarz POZ powiedziała, że jak będę potrzebować skierowanie na RTG płuc, to mi wystawi, ale będę musiała przestać karmić na kilka dni po badaniu. (lekarz POZ, wiek dziecka: 14 miesięcy, A1859)

„Pielęgniarka robiąc mi zdjęcie rentgenowskie powiedziała, że nie wie jak ono wpływa na pokarm, więc dla bezpieczeństwa powinnam odciągnąć mleko i wylać. Oczywiście wiedziałam, że to bzdura”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1538)

„Przy MRI z kontrastem była informacja, żeby 24 godziny nie karmić. Olałam”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A226)

Poniżej tylko niektóre z wielu odpowiedzi na pytanie, jakiego świadczenia medycznego/badania kobiecie odmówiono i jakie było uzasadnienie odmowy:

*„RTG. Że RTG zniekształci mi kanaliki”.
(lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 5 miesięcy, A1855)*

„RTG kolan. Karmienie piersią – zły wpływ RTG”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 1 miesiąc, A1904)



„RTG zatok, RTG biodra, wyrwania ósemek. Przenika do mleka”.
(dentysta, ortopeda, laryngolog, wiek dziecka: 2 miesiące, A2269)

„RTG zębów. Jeśli karmię, to nie. Tak po prostu – lepiej nie”.
(dentysta, wiek dziecka: 4 miesiące, A855)

„RTG płuc na medycynie pracy. Usłyszałam, że lepiej unikać RTG
podczas karmienia piersią”. (lekarz rodzinny/internista,
wiek dziecka: 15 miesięcy, A242)

„Rentgen zęba, który finalnie doszedł do skutku. Brak zrozumiałego
dla mnie powodu”. (dentysta, wiek dziecka: 15 miesięcy, A1091)

„3 lata temu operowałam haluksy i niestety w jednej ze stóp zostało
mi trochę obrzęku i nikt nie wiedział, co z tym zrobić. Przeszkadzało
mi to przy wyborze obuwia itd. Już będąc po porodzie stwierdziłam,
że zajmę się tym i pierwsza informacja jaką otrzymałam od mojego
lekarza to, że powinnam wykonać rentgen stóp, żeby zobaczyć,
co się tam dzieje. Poprosiłam o skierowanie. Padło, czy nie jestem
w ciąży, czy nie karmię piersią. Powiedziałam, że w ciąży nie
jestem, ale karmię piersią. Wtedy mi powiedziano, że jeżeli karmię
piersią, to absolutnie nie mogę mieć wykonanego rentgena,
ponieważ »Mleko zostanie naświetlone i po co to pani?« i żeby się
wstrzymać, aż przestanę karmić piersią. Od razu miałam takie
odczucie, że lekarz założył, że to karmienie piersią, to jest taki krótki
epizod w życiu kobiety, więc w zasadzie, co mi tam za różnica czy
miesiąc później, czy wcześniej zrobię ten rentgen. Byłam bardzo



zaskoczona, ale ten lekarz był, tak miałam wrażenie, przekonany do swojej wizji, że nawet nie chciało mi się już z nim dyskutować i przekonywać go, że to co mówi, to są jakieś głupoty. Szczerze mówiąc odpuściłam temat, każde wybranie się do lekarza, to jednak była trochę wyprawa logistyczna i stwierdziłam, że przeszkadza mi to aż tak bardzo i zajmę się tym po prostu później". (K21)

Kobieta z ostatniej historii odłożyła diagnostykę na później, gdyż wiązało się to dla niej z dużym wysiłkiem. Jak już wspominałyśmy wielokrotnie, nieprawidłowe zalecenia mogą zniechęcić kobietę do dalszej diagnostyki czy do leczenia, co stwarza ryzyko dla jej zdrowia. Z tego powodu wiele z kobiet mając realną obawę, że zostanie im odmówione badanie, nie przyznają się do swojej wiedzy lub podpisują oświadczenia, w których zobowiązują się do przestrzegania zaleceń, pomimo tego, że wiedzą, iż są one bezzasadne. Często kobiety nie mają przestrzeni, aby uświadamiać personel, co do błędnych zaleceń. Boją się reagować, bo mogłoby to być zagrażające, w kontekście potencjalnej utraty świadczenia.

„Zaczęłam mieć problemy z bólami brzucha, więc lekarz skierował mnie na USG, na którym wyszło coś na wątrobie i dostałam zalecenie zrobienia rezonansu jamy brzusznej. Byłam bardzo przygotowana na to, że jednak w tym kraju odstawienie od piersi jest na wszystko i leków praktycznie już żadnych »nie można« przy nie posiadającego karmieniu piersią, więc pielęgniarka zadała mi pytanie o karmienie piersią. Przy samym przygotowaniu do badania zawsze pada jednak to pytanie, więc powiedziałam, że karmię piersią i dostałam informację, że nie mogę karmić przez 48 godzin. Byłam na to przygotowana, że dostanę taką informację, więc powiedziałam, że tak, że jestem przygotowana, że jestem świadoma. Natomiast później ta sama pielęgniarka jeszcze 2 razy się upewniała, czy wiem, że nie mogę karmić przez 48 godzin.



Nie chciałam się wdawać w dyskusje, bo weryfikowałam dużo wcześniej, czy podanie tego kontrastu do rezonansu może zaszkodzić i czytałam nawet zagraniczne badania naukowe, z których wprost wynikało, że nie, że to jest bezpieczne i że spokojnie można karmić, więc po prostu zignorowałam tę uwagę. Tym bardziej, że często ludzie na uwagi reagują raczej tak bardzo defensywnie, a mimo wszystko jednak rezonans jest dość istotny, więc lepiej byłoby nie stracić terminu nawet”.

(wiek dziecka: 8 miesięcy, K34)

„Musiałam podpisać, że odstawię dziecko na 24 godziny po RTG kręgosłupa”. (lekarz rodzinny/internista, wiek dziecka: 12 miesięcy, A359)

Ponownie podkreślamy, iż pacjentka powinna mieć możliwość podjęcia decyzji. Nie ma podstaw prawnych, które uzasadniają przymus podpisywania podobnych oświadczeń. Ewentualnie, pacjentka może podpisać formularz świadomej zgody na badanie.

Jednej z kobiet prawie odmówiono badania.

„Miałam rezonans magnetyczny z kontrastem. Wtedy karmiłam już prawie 3 lata i powiedzieli, że nie mogą mi podać kontrastu. Powiedziałam, że wiem, że mogą i poproszę. »To musi pani w takim razie tutaj napisać«. Napisałam, że to jest moja odpowiedzialność. »Ale wie pani, ja jednak na pani miejscu bym to mleko wylała i odczekała 24 godziny«. Potem znalazłam artykuł naukowy po angielsku i pokazałam tej radiolożce, a ona nawet nie chciała patrzeć, natomiast pielęgniarka poprosiła mnie o to, żebym jej przesała ten artykuł. Pielęgniarka była bardziej zainteresowana.



Tamta lekarka prawdopodobnie poczuła się po prostu urażona”.

(A622)

Zdarza się, że szpitale wydają na piśmie informacje o przygotowaniu do badania. Jest to miejsce, w którym można zawrzeć informację o bezpieczeństwie danego badania względem karmienia piersią. Z własnego doświadczenia wiemy, że czasem nawet wtedy, gdy taka informacja jest zawarta w oficjalnych dokumentach szpitala, to i tak zdarza się, że personel zaleca przerwę w karmieniu, odciąganie i wylewanie pokarmu.



Problem!

Zdarza się, że personel medyczny odmawia kobietom skierowania na badanie RTG, rezonans magnetyczny, tomografię komputerową (w tym z podaniem kontrastu), co nie znajduje uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej i naraża kobietę na brak diagnostyki i możliwe ryzyko zdrowotne dla niej. Zdarza się, że kobiety słyszą nieuzasadnione zalecenia odciągania i wylewania pokarmu w ww. przypadkach.



6.2.3. OPIEKA STOMATOLOGICZNA

Kobieta karmiąc piersią może i powinna, jeśli jest taka potrzeba, leczyć się stomatologicznie. Wskazuje się na brak przeciwwskazań do znieczulenia stomatologicznego^{286, 287} oraz wypełnienia czy leczenia kanałowego w okresie trwania laktacji²⁸⁸. Ekstrakcja zęba wiąże się również z podaniem znieczulenia i dodatkowych leków, a o tym, że dobranie bezpiecznych podczas karmienia piersią leków jest możliwe pisałyśmy wcześniej, dlatego również nie ma przeciwwskazań do tego, aby kobieta karmiąca rezygnowała z takiego zabiegu. Dentyści powinni znać zakres leków niosących znikome ryzyko dla dziecka karmionego piersią. Leczenie kanałowe w szczególności może się wiązać z koniecznością wykonania badania RTG zęba/ów, natomiast jak pisałyśmy w poprzednim podrozdziale, badanie takie nie ma wpływu na pokarm matki. Pomimo tego karmienie piersią bywa uznawane za przeszkodę w leczeniu matki przez lekarzy stomatologów i niektórzy z nich odmawiają pacjentkom karmiącym świadczeń lub zalecają zakończenie karmienia piersią.

*„Odmówiono mi leków przeciwbólowych po usunięciu zęba.
Dziecko miało 14 dni”. (A487)*

*„Odmówiono mi znieczulenia u stomatologa i próbowano zrobić
leczenie kanałowe w taki właśnie sposób, bo to zaszkodzi dziecku,
nie wolno stosować znieczuleń miejscowych przy karmieniu piersią.
Mimo moich argumentów, pani stomatolog trzymała się swojego
zdania”. (wiek dziecka: 8 miesięcy, A140)*

²⁸⁶ Ortega D., Viviand X., Lorec A.M. i wsp., *Excretion of lidocaine and bupivacaine in breast milk following epidural anesthesia for cesarean delivery*, Acta Anaesthesiol Scand 1999, 43(4):394-7, <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.1999.430405.x> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸⁷ Mitchell J., Jones W., Winkley E. and Kinsella S.M., *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, Association of Anaesthetists 2020, 75: 1482-1493, <https://doi.org/10.1111/anae.15179> [dostęp: 30.11.2023]

²⁸⁸ Jones W., *Dental Treatment and Breastfeeding Mothers*, The Breastfeeding Network 2022, <https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/factsheet/dental-treatment/> [dostęp: 30.11.2023]



„Odmówiono antybiotyku, podania znieczulenia u dentysty, bo znieczulenie przenika do mleka”. (wiek dziecka: 1 rok, A1692)

Część spośród ankietowanych usłyszała od swojego dentysty, że muszą odłożyć zabieg stomatologiczny na czas po zakończeniu karmienia lub zrobić sobie przerwę w karmieniu. Biorąc pod uwagę znikome ryzyko dla dziecka taka przerwa jest nie tylko niepotrzebna, ale wręcz szkodliwa. Takie zalecenie wynika z niewiedzy, niezrozumienia fizjologii laktacji, ale także a może przede wszystkim tego, jak istotne jest dla samego dziecka mleko mamy. Przerwa w karmieniu czasem równoznaczna jest z dużymi trudnościami z dalszym karmieniem lub może wiązać się nawet z końcem karmienia.

„Dentysta powiedział, że muszę odstawić dziecko na czas antybiotyku - 2 tygodnie”. (wiek dziecka: 24 miesiące, A1308)

„Że znieczulenie przechodzi do mleka matki. Musiałam przyjść innym razem, żeby zachować odpowiedni według dentysty czas do kolejnego karmienia”. (wiek dziecka: 9 miesięcy, A2304)

“Po tym co przeżyłam, przypadkowo wczoraj, u dentysty, stwierdzam, że każdy lekarz powinien dostać przymusowe szkolenie z wiedzy o wpływie leków na karmienie. [nazwa leku], [nazwa leku] i znieczulenie miejscowe przy usuwaniu zęba nie mają wpływu na karmienie (wg e-lactancii), a lekarze o tym nie wiedzą i każą wylewać mleko lub odstawiać dziecko. Zabieg usuwania zęba mam 30.8. i będę musiała skłamać, że odstawiłam dziecko”. (A1134)



„Pierwszy dentysta, u którego byłam, nie chciał użyć znieczulenia przy leczeniu, gdy okazało się, że potrzebuję leczenia kanałowego powiedział, że mam przyjść jak nie będę już karmiła dziecka”.

(wiek dziecka: 10 tygodni, A2432)

„Brak jakiegokolwiek rozmowy o sposobach leczenia bez konieczności przerywania karmienia przez dentystę + uznanie zakończenia karmienia jak szybka decyzja z dnia na dzień (bez przygotowań mamy i dziecka – nie karmione wcześniej mlekiem zmodyfikowanym)”. (A804)

„Żebym odstawiła, bo takiego dużego chłopaka, to dziwnie karmić. Lekarka odmówiła zatruć okropnie bolącej ósemki z zapaleniem miazgi (na ekstrakcję musiałam poczekać tydzień), mówiła, że będę musiała wylewać mleko po znieczuleniu do ekstrakcji. Sugerowała, żeby go odstawiła teraz to wtedy będzie mogła mi pomóc. Zmieniłam lekarza ;)”. (wiek dziecka: 1,5 roku, A797)

W niektórych przypadkach zalecano odciągnięcie i wylanie mleka po zastosowaniu znieczulenia dentystycznego, co jest błędem. Po pierwsze, ze względu na wspomniany brak przeciwwskazań do karmienia piersią po otrzymaniu znieczulenia. Po drugie, wynika to z mechanizmu ewentualnego przenikania leków do mleka matki. Bowiem zdecydowana większość leków, która przenika do mleka, nie kumuluje się w mleku w piersiach (tak, aby można było pierś opróżnić z tego leku wraz z odciągniętym mlekiem), tylko tak długo jak lek się utrzymuje w krwi matki, tak długo znajduje się w mleku, czyli zgodnie z gradientem stężeń (innym zagadnieniem jest to, czy ilość leku dostarczana z mlekiem stanowi bezpieczną – nieistotną klinicznie, czy nie, dawkę dla dziecka)²⁸⁹.

²⁸⁹ na podstawie wykładu: Morze K., *Co zdarzyło się dwieście tysięcy lat temu? Czyli jak i dlaczego leki przenikają do mleka*, Laktacyjne wykłady i webinary dla studentów 2023, Stowarzyszenie Małyssak



„Znieczulenie podobno miało się przedostać do mleka, dentystka poradziła odciągnąć je i wylać. Nie zrobiłam tego oczywiście, z innych źródeł wiem, że to nie jest wskazanie do odstawienia dziecka lub podania mieszanki”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A1822)

„Może nie do końca odmówiono świadczenia, ale stomatolog stwierdziła, że przy żadnym znieczuleniu nie wolno karmić piersią i zaleciła mleko po wizycie odciągnąć i wylać, bo przy żadnym znieczuleniu nie wolno karmić piersią”.

(wiek dziecka: 7 miesięcy, A537)

„Syn miał 4 tygodnie i już musiałam iść do dentysty. Doktor powiedział, że pierwszy pokarm trzeba będzie odciągnąć i wylać. Później zdarzyło mi się ze 2 razy mieć znieczulenie w trakcie karmienia i karmiłam normalnie, bo zasięgnęłam wiedzy, że można, więc to była nie tyle, że niechęć tylko taka dziwna porada”. (K14)

„Dentysta zalecał niekarmienie 3 godziny po znieczuleniu i ściąganie mleka. Wiedziałam, że nie trzeba tak robić, więc tego nie zrobiłam. Wtedy u dentysty nie byłam do końca pewna i nie chciałam się wymądrzać, więc sprawdziłam to dopiero w domu”.

(K35)



Zdarzały się również pozytywne przykłady:

„Miałam jakąś operację stomatologiczną, ale lekarz był zorientowany i wiedział jaki antybiotyk mogę dostać po zabiegu, więc ogólnie nie było z tym problemu”. (K26)

„Byłam na leczeniu kanałowym zęba trzy miesiące temu i akurat lekarz bez problemu mówił, że nie ma problemu mogę karmić normalnie”. (K24)



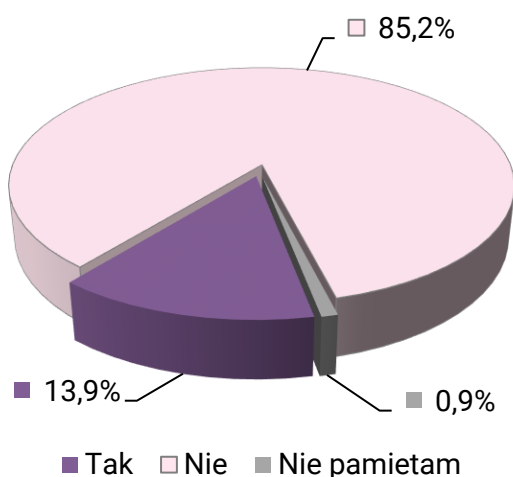
Problem!

Zdarza się odmowa świadczeń stomatologicznych wyłącznie ze względu na trwającą u pacjentki laktację lub zachęcanie kobiet do zakończenia karmienia piersią, aby mogły podjąć leczenie stomatologiczne.

6.3. POBYT MATKI W SZPITALU

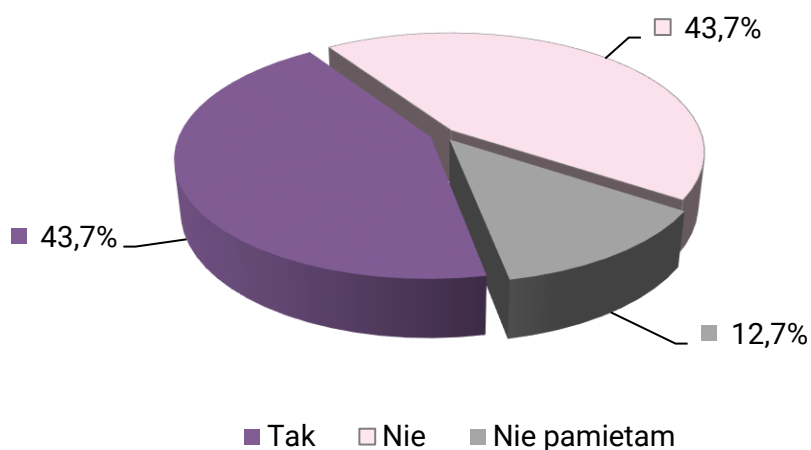
Zdarza się, że kobieta karmiąca jest hospitalizowana. Spośród kobiet, które w pytaniu o to, czy leczyły się w trakcie swojej laktacji 13,9% kobiet odpowiedziało, że przebywało w szpitalu, a 85,2% nie leczyło się szpitalnie, zaś kolejne 0,9% tego nie pamięta (Ryc. 6.7.).





Ryc. 6.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy przebywałaś w szpitalu w okresie trwania Twojej laktacji?” (% , N=904)

Kobiety, które leczyły się szpitalnie w trakcie trwania laktacji oceniły, że personel medyczny podczas ich pobytu w szpitalu wspierał je w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji (43,7%), ale również były takie respondenci, które wskazały, że takiego wsparcia nie otrzymały (43,7%), zaś 12,7% kobiet nie pamiętało, czy je wspierano (Ryc. 6.8.).



Ryc. 6.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny podczas Twojego pobytu w szpitalu wspierał Cię w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji?” (% , N=126)



Rozłąka z dzieckiem karmionym piersią może stanowić utrudnienie i wyzwanie dla matki i dziecka w kontekście utrzymania laktacji i karmienia piersią, tym większe im młodsze jest dziecko. Mogą pojawić się laktacyjne problemy (np. obrzęk, zastój, zapalenie piersi), laktacja może zostać zaburzona czy nawet ulec zahamowaniu, jeśli kobieta nie jest odpowiednio przygotowana i nie otrzymuje odpowiedniego wsparcia od personelu medycznego. Dlatego niezbędne jest wyrozumiałe podejście personelu, zrozumienie i udzielanie wsparcia, jak również komfortowe warunki do odciągnięcia mleka czy to ręcznego, czy laktatorem i możliwość przechowywania mleka oraz regularnego przekazywania go rodzinie. Jednak najbardziej komfortową sytuacją jest, gdy szpital umożliwia pobyt na oddziale szpitalnym także dziecku. Taka sytuacja jest możliwa, a za podstawę prawną służy ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

„1. Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami”
(art. 33. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)





Droga kobieto!

Polecamy artykuł pt. *Mamy Prawa! Karmienie piersią w sytuacjach szczególnych*, który powstał w ramach akcji „Mamy Prawa!” Fundacji Matecznik, autorstwa mgr farmacji Karoliny Morze²⁹⁰, w którym znajdziesz wskazówki co możesz zrobić, aby dziecko mogło być razem z Tobą podczas Twojej hospitalizacji czy być obecne na oddziale/w szpitalu na czas karmień, a także czym różni się sytuacja, gdy Twój pobyt w szpitalu jest zaplanowany, a czym, kiedy potrzebujesz pomocy nagłej. W artykule została wskazana opinia Rzecznika Praw Pacjenta: „ochrona więzi rodzinnych wymaga, aby w szczególnych sytuacjach kontakt osobisty z osobami z zewnątrz był umożliwiony nawet poza ustalonymi godzinami odwiedzin, bez konieczności opuszczania przez pacjenta terenu podmiotu”, a pobyt dziecka karmionego piersią, jest uznawany za sytuację szczególną. Również jak wskazuje autorka „Podczas planowania pobytu w szpitalu z dzieckiem trzeba zawsze rozważyć stosunek korzyści z karmienia piersią do ryzyka z przebywania z dzieckiem na oddziale szpitalnym (są takie oddziały, gdzie ryzyko zarażenia szpitalnym patogenem jest wyższe, jak również narażenie na kontakt drogą wziewną z lekami stosowanymi na oddziale jest wysokie)”. Link do artykułu: <https://fundacjamatecznik.pl/mamy-prawa-karmienie-piersia-w-sytuacjach-szczegolnych/>

²⁹⁰ Morze K., *Mamy Prawa! Karmienie piersią w sytuacjach szczególnych*, Fundacja Matecznik 2019, <https://fundacjamatecznik.pl/mamy-prawa-karmienie-piersia-w-sytuacjach-szczegolnych/> [dostęp: 30.11.2023]



Niekiedy umożliwia się kobietom pobyt w szpitalu razem z dzieckiem:

„Byłam sama na sali z dzieckiem”. (wiek dziecka: 3 miesiące, A856)

“Mogłam mieć dziecko przy sobie przez cały okres leczenia w szpitalu, żeby tylko karmić”. (wiek dziecka: 25 dni, A1497)

„Dostałam jednoosobową salę, żebym mogła być z dzieckiem przez cały czas”. (wiek dziecka: 10 dni, A1670)

“Nie chciano w ogóle zostawić ze mną dziecka, mimo że trafiłam do szpitala z krwotokiem wskutek błędu przy porodzie. Po długich dyskusjach dziecko zostawiono przy mnie z uwagą, że robią to w drodze wyjątku i powinnam być za to wdzięczna. Chciano odesłać dziecko z tatą do domu i kazać podawać mieszankę przez te dwie doby, które byłam w szpitalu”. (wiek dziecka: 7 dni, A392)

Jak widać w powyższym przypadku, bywa, że kobieta musi wykazać się dużą determinacją, aby pobyt dziecka razem z nią był możliwy. Kiedy jednak nie zostanie to umożliwione lub kobieta i personel podejmą decyzję, że taki pobyt dziecka z matką na oddziale stwarzałby większe ryzyko zdrowotne dla dziecka, to personel może wesprzeć matkę w inny sposób. Niektóre z kobiet otrzymywały wsparcie w utrzymaniu laktacji czy dodatkową pomoc od personelu medycznego. Oto jak pisały o tym wsparciu udzielanym przez personel:

„Dawał rady, przynosił pomoce do odciągania oraz przechowywania mleka” (wiek dziecka: 5-15 dni, A65)



„Tak, sugerował możliwość oddania odciągniętego mleka ojcu, by ten nakarmił nim dziecko”. (wiek dziecka: 17 miesięcy, A166)

„Byłam powtórnie łyżeczkowana, prosiłam o użycie takich procedur i leków, które pozwolą mi na dalsze karmienie – uszanowano moją prośbę”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, K20)

„Lekarze i pielęgniarki zachęcali, by jak najczęściej przystawiać dziecko do piersi (tygodniowa hospitalizacja z powodu norowirusa u dziecka a potem u mnie)”. (wiek dziecka: 1 rok, A1305)

„Zapewnił mi spokój i prywatność na sali abym mogła odciągnąć mleko”. (wiek dziecka: 7 miesięcy, A173)

„Mąż mógł przychodzić po mleko o każdej porze pomimo pandemii, aczkolwiek »pielgrzymki« studentów nie były fajne, jak odciągałam mleko laktatorem – później już się przyzwyczaiłam, że na salę wchodzi 10 osób, a ja odciągam mleko”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1369)

Zachowanie intymności kobiety podczas odciągania pokarmu może być dla niej bardzo istotne i ważne, aby taka potrzeba była uszanowana, tym niemniej chcemy podkreślić, że otwartość matki w tym zakresie być może sprawiła, że studenci (być może po raz pierwszy) mieli okazję osobiście zobaczyć matkę odciągającą mleko i nauczyć się również tego, że odciąganie mleka w celu utrzymania laktacji i karmienia dziecka mlekiem matki jest po prostu możliwe.

Czasem kobietom udostępniano laktator. Ważne, aby udostępniany kobiecie laktator był laktatorem klasy szpitalnej dostosowanym do bezpiecznego użytku przez wiele kobiet



(możliwość sterylizacji sprzętu, zapewnienie indywidualnych końcówek itp. o czym wspominałyśmy w podrozdziale 3.2.11.), ale też warto dodać, że w sytuacji pobytu kobiety w szpitalu może przydać się kobiecie umiejętność odciągania ręcznego pokarmu (w rozdziale 3.2.9. wskazywałyśmy, że to higieniczny sposób odciągania w wielu sytuacjach, gdyż wymaga jedynie czystych rąk i czystego pojemnika).

“Otrzymałam laktator elektryczny i możliwość przekazywania odciągniętego mleka” (wiek dziecka: 2 tygodnie, A351)

*„Był to zabieg tyżeczowania macicy, w szpitalu, w którym rodziłam. Został mi udostępniony laktator szpitalny oraz pojemniki na mleko”.
(wiek dziecka: 7 dni, A573)*

*„Była u mnie doradczyni laktacyjna, mogłam korzystać z laktatora (a mój się zepsuł w trakcie pobytu w szpitalu)”.
(wiek dziecka: 3 tygodnie, A2138)*

Innym kobietom zapewniono możliwie jak najszybszy wypis ze szpitala:

“Dostałam wypis w dniu zabiegu, żeby nie ciągnąć dziecka do szpitala razem ze mną”. (wiek dziecka: 6 tygodni, A189)

„Regularne odciąganie laktatorem pokarmu, jak najszybszy powrót do dziecka”. (wiek dziecka: 2 miesiące, A175)

„Pobyt w szpitalu był skrócony do minimum, personel interesował się, czy będę ściągać pokarm”. (wiek dziecka: 6 miesięcy, A626)



„Zaplanowanie zabiegu jako pierwszego, żebym mogła jak najszybciej wrócić do dziecka”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1374)

„Moja pani doktor, załatwiła to tak żebym jednego dnia przyszła do szpitala, miała zabieg i tego samego dnia wieczorem z niego wyszła. Żeby laktacja nie została zaburzona, wzięłam ze sobą laktator i odciągałam mleko przed i po zabiegu. A wieczorem normalnie nie ma wypisów, ale moja pani doktor sama mi ten wypis zrobiła i wyszłam do domu”. (wiek dziecka: 1 miesiąc, A1374)

W podrozdziale 6.2.3. *Opieka stomatologiczna* wspominałyśmy o bezpiecznych znieczuleniach w kontekście opieki dentystrycznej. Dokument – przewodnik Stowarzyszenia Anestezjologów Wielkiej Brytanii i Irlandii (Association of Anaesthetists), na który się powoływałyśmy, wskazuje na jeszcze szerszą gamę środków anestezjologicznych, nie tylko miejscowych, niosących znikome ryzyko dla karmionego piersią lub mlekiem maki dziecka, gdyż jak wskazano leki znieczulające i nieopiodowe leki przeciwbólowe przenikają do mleka kobiecego jedynie w bardzo małych ilościach i dla prawie wszystkich leków stosowanych w okresie okołoperacyjnym nie udowodniono wpływu na niemowlę karmione piersią²⁹¹. Podanie leków jak opioidy i benzodiazepiny również nie są zakazane, natomiast należy stosować je ostrożnie, zwłaszcza po wielokrotnym podaniu dawek i gdy dziecko karmione piersią ma do 6. tygodnia życia (również wieku korygowanego ze względu na wiek ciążowy). W tej sytuacji należy obserwować niemowlę pod kątem objawów nadmiernej senności i spowolnienia oddechu, szczególnie jeśli u kobiety występują również objawy sedacji²⁹². Wskazane wytyczne zawierają również dane farmakokinetyczne dotyczące leków stosowanych podczas znieczulenia, aby zapewnić anestezjologom wiedzę niezbędną do wspierania kobiet w okresie laktacji oraz aby zminimalizować przerwy w karmieniu piersią po zabiegu. Wskazano również, że²⁹³:

²⁹¹ Mitchell J., Jones W., Winkley E., Kinsella S.M., *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, Association of Anaesthetists 2020, 75(11):1482-1493, <https://doi.org/10.1111/anae.15179> [dostęp: 30.11.2023]

²⁹² Tamże.

²⁹³ Tamże.



„Powinny być dostępne ulotki informacyjne dla pacjentów i dodatkowe źródła zawierające informacje na temat zgodności środków znieczulających i przeciwbólowych podczas karmienia piersią oraz wskazówki dotyczące wspierania karmienia piersią w okresie okołoperacyjnym”.

Ponadto w dokumencie wymieniono²⁹⁴:

„Kobietom karmiącym piersią poddawanych zabiegom chirurgicznym i medycznym powinno być zapewnione wsparcie w karmieniu piersią”.

Jak pokazuje poniższy przykład, kompleksowe wsparcie jest możliwe:

„W pierwszym przypadku otrzymałam wsparcie psychologa i wskazówki dwóch doradczyń laktacyjnych (w tym 1 CDL), w drugim – po operacji kręgosłupa pielęgniarki pomagały mi w użyciu laktatora, kiedy nie mogłam jeszcze wstawać po operacji”.
(wiek dziecka: 7-12 dni, 1 rok, A1299)

Do tej pory w tym podrozdziale wskazywałyśmy wiele pozytywnych przykładów wsparcia kobiet będących w okresie laktacji, aby pokazać, że to wsparcie, godne traktowanie matki karmiącej, mające na uwadze zdrowie zarówno jej, jak i jej dziecka, jest możliwe. Niestety, nie zawsze kobiety otrzymywały odpowiednią pomoc.

²⁹⁴ Tamże.



„Po narkozie nie można karmić, poza tym dziecko jest już wystarczająco duże na odstawienie...”

(wiek dziecka: 20 miesięcy, A2083)

„Powiedziano, że muszę zrobić przerwę w karmieniu, choć to nie było zgodne z aktualną wiedzą”.

(wiek dziecka: 2 lata i 8 miesięcy, A732)

„Na sali zabiegowej wbrew zapewnieniom anestezjologa poinformowano mnie o konieczności przerywania karmienia na co najmniej 12 godzin (podany propofol i fentanyl²⁹⁵) i zagrożono nieprzeprowadzeniem zabiegu (konizacja)”.

(wiek dziecka: 2 miesiące, A806)

Zdarzało się, że personel komentował negatywnie sam fakt karmienia piersią:

“Uważano karmienie 1,5 rocznego dziecka za niepotrzebny kaprys”.

(A1585)

„Uważali, że skoro dziecko ma 14 miesięcy, to nie muszę już karmić, bo jest duży”. (A157)

²⁹⁵ Środki wymienione w omawianym przewodniku Stowarzyszenia Anestezjologów Wielkiej Brytanii i Irlandii *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, jako leki stosowane podczas znieczulenia i po zabiegu, które przenikają w małych ilościach do mleka i kobiety po ich otrzymaniu mogą normalnie karmić piersią.



„Za długo pani karmiiiiii”. (wiek dziecka 2-3 lata, A210)

„Gdy córka miała 1 rok i 3 miesiące – »Już lepiej smoczka dać«”.
(A2424)

Podkopywano poczucie sensu i sprawczości, a czasem nawet uniemożliwiano utrzymanie laktacji:

„Dziwiły się, że tak ciągle biegam z tym laktatorem”.
(wiek dziecka: 7 tygodni, A703)

“Brak wiary, że uda mi się laktację utrzymać. Brak wiary, że dziecko będzie chciało jeszcze ssać pierś. Ale nie przeszkadzali mi w odciąganiu mleka laktatorem, a robiłam to przez 3 tygodnie regularnie co 3 godziny”. (wiek dziecka: 2,5-3 miesiące, A2393)

„Wszyscy powtarzali, że muszę przestać karmić ja dzwoniłam do swojej położnej wysyłam zdjęcia leków które mi podano i pytałam, czy po wyjściu mogę karmić dalej. Położna oczywiście była za więc w szpitalu odciągała i wylewałam byle by utrzymać laktację”. (wiek dziecka: 4 miesiące, A1268)

“Nie pozwolili mi odciągać mleka dla dziecka i przechowywać w lodówce, straszili tym, że stracę pokarm po operacji i tym, że dziecko po moim powrocie do domu nie będzie już chciało ssać, że muszę na stałe przejść na mleko modyfikowane”.
(wiek dziecka: 3 miesiące, A27)



„Brak lodówek, w których można by przechowywać pokarm, brak dostępu do sterylizatora, lub nawet wrzątku, żeby można było umyć części laktatora, komentarze, że po co się męczę tak, że to bez sensu itd.” (wiek dziecka: 5 tygodni, A102)

„Zachowanie personelu nie było wspierające, odciągałam mleko laktatorem, aby utrzymać laktację, ponieważ karmić w tym czasie nie mogłam, nie utrudniano mi tego po prostu”. (wiek dziecka: 4,5 miesiąca, A2438)

Czasem ważne jest, aby chociaż nie przeszkadzać:

“Byłam w izolatce. Umożliwiono mi przekazywanie butelki z pokarmem rodzinie. Sama zadbałam o to by rodzina mi wszystko dostarczyła: laktator, czajnik turystyczny i garnek, żebym mogła sama sterylizować butelkę i lejki, też dostarczyli mi lodówkę turystyczną, żebym mogła ten pokarm przechowywać w międzyczasie zanim ktoś go odbierze. Nie licząc tych wszystkich gratów, które rodzina musiała zwieźć, to rzeczywiście też nikt nie robił problemów z odbieraniem pokarmu. Jak ktoś z rodziny co 6 godzin pokarm odbierał, gdzie ostatnia porcja była o 23, a pierwsza około 6 rano, to nikt nie robił na szczęście problemów i tata mógł ten pokarm zabierać”. (wiek dziecka: 4-8 dni, K4)

*„Ani nie wspierali ani nie przeszkadzali”.
(wiek dziecka: 4 miesiące, A1964)*





Problem!

Zdarza się, że personel szpitala, w którym jest hospitalizowana matka negatywnie komentuje fakt karmienia piersią i nie posiada wiedzy z zakresu bezpieczeństwa i wpływu terapii u matki na karmione piersią dziecko. Podając niezgodne z aktualną wiedzą zalecenia personel stwarza ryzyko problemów z karmieniem piersią lub jego całkowitego zaprzestania, co wiąże się z ryzykiem negatywnych konsekwencji zdrowotnych dla matki i dziecka. Zdarza się, że personel nie chce uwzględnić sytuacji szczególnej jaką jest karmienie piersią i nie chce umożliwić pobytu dziecka z matką w trakcie jej hospitalizacji lub zdarza się, że kobiecie uniemożliwia się utrzymanie laktacji w trakcie pobytu w szpitalu.



7. ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI

Nierozerwalnie związana z karmieniem piersią dziecka jest kwestia stanu psychicznego matki. Nawet co piąta kobieta zmaga się z depresją poporodową czy innymi zaburzeniami związanymi ze zdrowiem psychicznym²⁹⁶. Macierzyństwo to niełatwa rola, dlatego tak istotne jest wsparcie i wzmacnianie w mamie poczucia sprawczości. Trudności w karmieniu piersią mogą wywoływać lub pogłębiać kryzys zdrowia psychicznego, np. w jednym z badań wskazano, że w sytuacji niezgodności oczekiwań matki, co do jakości karmienia piersią z aktualnymi doświadczeniami, karmienie piersią wiązało się z negatywnymi następstwami dla zdrowia psychicznego matki²⁹⁷. Dlatego trzeba zrobić wszystko, ażeby kobiety otrzymywały potrzebne i rzetelne wsparcie w karmieniu piersią i w rozwiązywaniu trudności, a także, aby procedury w placówkach zdrowia nie szkodziły karmieniu piersią (o czym pisałyśmy w niniejszym raporcie wielokrotnie), gdyż to jest również element dbałości o zdrowie psychiczne. Bowiern jak wskazują liczne badania, udane karmienie piersią lub rozwiązanie trudności z karmieniem jest związane z poprawą stanu zdrowia psychicznego, stanowi profilaktykę zachorowania na depresję lub jeden z elementów terapii²⁹⁸. Potwierdza to polskie badanie²⁹⁹ przeprowadzone w 2023 r. Jak zauważają autorki badania: „Karmienie naturalne niweluje negatywne konsekwencje stresu doświadczonego po porodzie, obniża również poziom cytokin prozapalnych, co ma istotne znaczenie dla zdrowia psychicznego matki³⁰⁰”. Pilotażowy program „Macierzyństwo krok po kroku”, sfinansowany w całości przez Miasto Gdańsk, objął opieką gdańszczanki borykające się z trudnościami psychicznymi i ze zwiększonym poziomem stresu. Celem programu było obniżenie napięcia, wyciszenie objawów, ale także wzrost odsetka kobiet karmiących wyłącznie piersią przez pierwsze pół roku życia dziecka. Kobiety biorące udział w badaniu mogły skorzystać zarówno z opieki psychologicznej, jak i laktacyjnej. Badaczki odnotowały wśród kobiet korzystających z porad laktacyjnych istotną poprawę wskaźników zdrowia psychicznego, w tym zmniejszenie nasilenia objawów somatycznych i trudności w funkcjonowaniu oraz zmniejszenie objawów

²⁹⁶ Wang Z., Liu J., Shuai H. i wsp., *Correction: Mapping global prevalence of depression among postpartum women*, *Translational Psychiatry* 2021, 11(1):640, <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1> [dostęp: 30.11.2023]

²⁹⁷ Yuen M., Hall O.J., Masters G. A. i wsp., *The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review*, *Journal of Women's Health* 2022, 31(6):787-807, <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0504> [dostęp: 30.11.2023]

²⁹⁸ na badania w tym zakresie w powoływałyśmy się w przypisach od nr 63. do 67.

²⁹⁹ Chrzan-Dętko M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa*, Warszawa 2023, s. 111-128

³⁰⁰ Tamże, s. 128



świadczących o niepokoju i bezsenności³⁰¹. Źródeł powodzenia programu badaczki upatrują w interdyscyplinarnym podejściu. Współpraca różnych specjalistów oraz obejmująca ich wszystkich superwizja ułatwiały nawiązywanie relacji z kobietami, identyfikowanie kobiet z objawami depresji, planowanie strategii w celu zapewnienia im optymalnej opieki³⁰². Doświadczenia z Gdańska pokazują, że trudności w karmieniu piersią mogą być związane z trudnościami natury psychicznej a rozwiązanie tych pierwszych poprawia stan psychiczny kobiety. Niezwykle istotna jest też relacja ze wspierającą, rozumiejącą osobą i być może właśnie ona jest tu kluczowa.

Kobieta po porodzie ma prawo odczuwać całą paletę emocji. Baby blues to stan fizjologiczny. „Wahania nastroju w tym czasie nie są chorobą, występują nawet u 50-80% kobiet”³⁰³. Istotne jest jednak to, by wychwycić moment, w którym stan fizjologiczny przeradza się w patologiczny – baby blues przechodzi w depresję poporodową lub psychozę poporodową. Pierwsze sygnały, że kobieta może mieć kłopoty natury psychicznej można dostrzec już w ciąży. Czynnikiem ryzyka depresji poporodowej są m. in. epizody depresyjne przed ciążą, stres, lęk depresja w czasie ciąży³⁰⁴.

Kontakt z położną POZ na etapie ciąży (podczas spotkań w ramach edukacji przedporodowej o czym pisałyśmy w podrozdziale 2.2.) może być kluczowy, bo to właśnie położna może przeprowadzić badanie przesiewowe pod kątem ryzyka zachorowania na depresję. Takie badanie może również w ciąży przeprowadzić ginekolog. W S000 w rozdziale *II. Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzenia* wskazuje się, że pierwsze takie badanie powinno odbyć się już w 11-14 tygodniu ciąży a między 33-37 tygodniem ciąży powinno być ponowione.

Temat zdrowia psychicznego matki powinien być również poruszany podczas edukacji przedporodowej. W S000 w rozdziale *IV. Edukacja przedporodowa* poruszane są kwestie dotyczące wsparcia emocjonalnego:

³⁰¹ Tamże, s. 126

³⁰² Tamże, s. 127

³⁰³ Chrzan-Dętkoś M., Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2023, s. 21.

³⁰⁴ Alves C., Soares L., Faria A. L., *Pregnancy and postpartum depression (PPD): A non-systematic review assessing the current state of knowledge on PPD*, Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social 2023, 9(1):1-19, <https://dx.doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.293>



„3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje w szczególności:

[...]

6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu;

[...]

5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:

1) opiekę w okresie połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty połogu;

[...]

6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego)”.
(S000, IV. Edukacja przedporodowa)

Następnie, opieka w miejscu zamieszkania albo pobytu nad kobietą po porodzie (wykonywana w szczególności przez położną środowiskowo-rodzinną) obejmuje:

- dokonanie oceny „stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej” (S000 rozdział XIV. *Połów* ust. 2. pkt. 6.).
- udzielenie „porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem” (S000 rozdział XIV. *Połów* ust. 10. pkt. 12.).
- objęcie opieką najbliższych położnicy poprzez udzielenie: ”osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w połogu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc” (S000 rozdział XIV. *Połów* ust. 10. pkt. 19.).



„3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XV, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających”.

(S000, XIV Połóg)

Powyższy zapis wskazuje, że pomoc psychologiczna powinna być udzielona każdej położnicy, której stan tego wymaga. Jednocześnie takiej pomocy i podejścia pełnego szacunku bardzo potrzebują kobiety w sytuacjach szczególnych – po urodzeniu dziecka chorego lub z wadami wrodzonymi, niezdolnego do życia, dziecka martwego, czy które poroniły. W rozdziale XV. *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych* szczegółowo opisano postawę personelu medycznego wobec tych kobiet, ale również zapewniono, że:

„8) kobiecie udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach;”

(S000, XV. *Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych*, ust. 2)

W naszej ankiecie kobiety zostały zapytane o to, czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub porodu zadawał im pytania dotyczące samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka wystąpienia depresji lub czy ktoś wykonywał badanie/a EPDS lub test Becka. Test Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (EPDS) polega na udzieleniu przez kobietę odpowiedzi na kilkanaście pytań dotyczących jej samopoczucia i jest polecany do wykorzystywania i wykonywania przez personel medyczny. Fundacja Rodzić po Ludzku w jednym ze swoich artykułów daje wskazówki pielęgniarkom i położnym jak interpretować



wyniki i jak postępować, gdy wynik wskazuje na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej³⁰⁵.



Droga kobieto!

Możesz test Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej wykonać sama. Jasny i zrozumiały formularz do wydruku znajdziesz również blogu farmaceutki Karoliny Morze:

<https://laktaceuta.pl/skala-edps-depresja-i-karmienie-piersia/>

Możesz skorzystać również z formularza internetowego przygotowanego w ramach programu profilaktyki depresji poporodowej „Przystanek Mama”:

<https://przystanekmama.copernicus.gda.pl/test-dla-mam/>

Jeśli wynik testu Cię niepokoi to na stronie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę odnajdziesz spis propozycji, dokąd możesz się zgłosić:

<https://rodzice.fdds.pl/wiedza/gdy-rodzic-ma-depresje-gdzie-zglosic-sie-po-pomoc/>

Możesz również udać się lub zadzwonić do Centrum Zdrowia Psychicznego w Twojej okolicy. CZP to miejsca, w których można dostać bezpłatne wsparcie. Z założenia, terminy w CZP powinny być krótkie, a rozmowę wspierającą powinna przeprowadzić każda osoba przyjmująca zgłoszenie. Ta osoba również powinna skierować Cię na ścieżkę dostosowaną do Twoich potrzeb – wizyta u psychologa, psychiatryczna izba przyjęć, spotkanie w klubie pacjenta prowadzonym przez asystentów zdrowienia czy wizyta u psychiatry. Niezależnie od wybranej ścieżki, nie potrzebujesz skierowania.

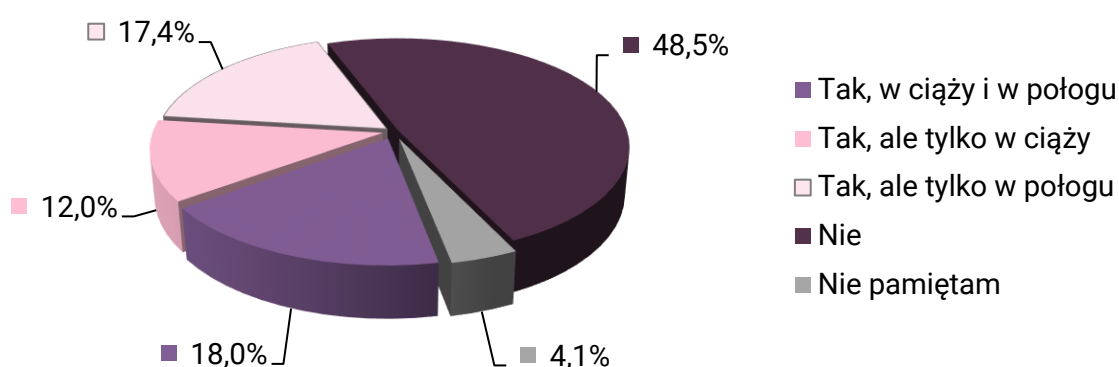
Znajdź CZP najbliżej siebie: <https://czp.org.pl/mapa/>

³⁰⁵ zob. Chrzan-Dętka M., *Depresja w ciąży i depresja poporodowa*, 2022, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/> [dostęp: 30.11.2023]



Ważne jest to, aby wiedzieć, że psychiatryczne leczenie farmakologiczne jest możliwe w przypadku kobiet karmiących piersią, o czym szczegółowo pisałyśmy w podrozdziale 6.2., ale by mogło to nastąpić, kobieta powinna dowiedzieć się o zasadności odbycia wizyty u psychiatry.

Aż 48,5% wskazało, że według ich wiedzy takiej oceny/badania nie wykonano ani w okresie ciąży, ani w porożu. Spośród tych kobiet, które na ten temat rozmawiały z personelem medycznym 18,0% było pytanych zarówno, w okresie ciąży jak i porożu, 12,0% - tylko w ciąży, a kolejnych 17,4% - tylko w porożu. Z kolei 4,1% zapytanych kobiet nie pamiętało, czy temat ten był poruszany (Ryc. 7.1.).



Ryc. 7.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub porożu zadawał Ci pytania dotyczące Twojego samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka obecności depresji lub wykonywał wymienione badanie/a (EPDS lub test Becka)?” (% , N=2504)

Kobietom, które odpowiedziały na pytanie z Ryc. 7.1. twierdząco (N=1187) zadałyśmy kolejne pytanie wielokrotnego wyboru „Kto to był z personelu medycznego?”, zaś możliwymi do zaznaczenia opcjami było: położna środowiskowo-rodzinna; lekarz ginekolog/ginekolog położnik; osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta; inna osoba: kto? Położna środowiskowo-rodzinna została wskazana w 60,2% odpowiedzi, lekarz ginekolog/ginekolog położnik był wskazany w 43,7% odpowiedzi, zaś osoba z personelu medycznego szpitala w 22,2% odpowiedzi. Inną odpowiedź zaznaczono w 4,7% przypadków, wśród których wskazano, np. prywatną doradczynię laktacyjną CDL, psychologa szpitalnego, lekarza rodzinnego POZ, położną przy gabinecie ginekologa prowadzącego ciążę, położną



w prywatnej szkole rodzenia, położną w ramach komercyjnych wizyt, a nawet endokrynologa czy męża pracującego jako ratownik/pielęgniarsz w szpitalu psychiatrycznym.

W dalszej części tego rozdziału przedstawiamy w szczególności odpowiedzi na pytanie: *„Jak oceniasz przydatność wykonania przez wskazane przez Ciebie osoby oceny ryzyka obecności depresji w formie rozmowy lub badania (EPDS lub test Becka)?”*.

Przy cytatach poszczególnych kobiet podajemy informację, kto z personelu medycznego dokonywał oceny stanu psychicznego kobiety oraz kiedy, czyli czy taka ocena miała miejsce zgodnie z SOOO zarówno w ciąży, jak i w porożu, czy tylko w ciąży lub tylko w porożu.

Kobiety na pytanie, o to, jak oceniały przydatność wykonania oceny ryzyka obecności depresji w formie rozmowy lub badania, odpowiadały skrajnie odmiennie. Część kobiet widzi potrzebę zaopiekowania psychiki kobiety w okresie okołoporodowym i uważa przeprowadzaną ocenę, najczęściej w formie testu/ankiety za wystarczający początek.

„Jest to bardzo ważny aspekt, który dla kobiet bez wsparcia rodziny może okazać się niezbędnym elementem do wykrycia problemów”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w porożu, A820)

„Myślę, że każda forma sprawdzenia stanu psychicznego kobiety po porodzie się przydaje, u mnie była to prosta ankieta, która została na miejscu przeanalizowana przez położną”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A243)

„Myślę, że warto pytać młodej mamy, jak się czuje w trakcie ciąży i po porodzie”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A601)



„Przydatne bardzo, bo można od razu porozmawiać jak nas coś niepokoi”.

(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A603)

„Osobiście dla mnie było to mało przydatne, ale dla kobiet z objawami depresji na pewno mogłoby pomóc we wszczęciu diagnostyki”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A608)

„Skala punktowa jednoznacznie pokazuje konieczność poszukiwania pomocy psychicznej. Przydatne”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A975)

„Nie miałam objawów, ale uważam, że jest to dobra metoda naprowadzająca i uświadamiająca, że coś niepokojącego może się dziać”. (położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A761)

„Wydaje mi się, że są to potrzebne badania by znaleźć kobiety, które ciężiej przechodzą zmiany związane z porodem i przede wszystkim im pomóc”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w połogu, A2339)

„Uważam, że jest to bardzo istotne. Myślę, że ze względu na trudności poporodowe, taki temat powinien być poruszony na wizycie patronażowej (na tej z NFZ u nas nie był)”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A2322)



„Oceniam to jako bardzo istotny wskaźnik przy wykrywaniu symptomów depresji poporodowej”. (położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, doradczyni laktacyjna CDL, A2458)

„Dało mi to do myślenia, że gdyby się coś pogorszyło, żebym miała na uwadze czy nie mam depresji i też dzięki temu zwróciłam na to uwagę mężowi, żebyśmy razem w razie potrzeby interweniowali, ja lub on, który mógłby to wykryć lepiej jako osoba z zewnątrz”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, K15)

„Uważam, że ze względu na to, jak niebezpieczna jest depresja poporodowa zarówno dla mamy jak i dziecka, personel medyczny powinien rozmawiać na ten temat z każdą ciężarną/świeżo upieczoną mamą”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A822)

„Były przydatne ze względu na wcześniej przebyte poronienie”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A2170)

„Pozytywnie wpłynęła na moje poczucie bezpieczeństwa”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A2233)

Niektóre z ankietowanych miały pozytywne doświadczenia w związku z zainteresowaniem personelu medycznego ich zdrowiem psychicznym, czuły się zaopiekowane. Postawy personelu medycznego, jak te z poniższych cytatów, są bardzo wspierające, ułatwiają



wychwycenie depresji na wczesnym etapie, budowane jest zaufanie między pacjentką a osobą z personelu, a tym samym przyspiesza się proces zdrowienia. Niektóre z kobiet dzięki ocenie/badaniu ryzyka wystąpienia depresji rozpoczęły leczenie. Tak kobiety oceniały rozmowy na temat ich zdrowia psychicznego lub badania/testy w tym zakresie:

„Bardzo dużo rozmawiałam o trudach i emocjach z położną środowiskową, była ona bardzo pomocna”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A228)

„Położna miała ze mną stały kontakt i na tej podstawie na pewno była w stanie ocenić moje samopoczucie psychiczne”. (położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w porożu, A626)

„Oceniam super. Miałam depresję poporodową, moja ginekolog mi pomogła i skierowała do psychologa”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A210)

„Przydatne. Wyniki były alarmujące i położna pomogła uniknąć depresji poporodowej”. (położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w porożu, A420)

„Zachowanie mojego ginekologa było bardzo wspierające - leczyłam farmakologicznie depresję w ciąży i byłam pod opieką psychiatry”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A55)



*„Zostałam pokierowana do dalszej konsultacji ze względu na niepokojący wynik testu. Leczę się na depresję poporodową”.
(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A1799)*

*„Dostałam skierowanie do psychiatry, rozpoczęłam psychoterapię”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w ciąży, A215)*

*„Położna K. szkoli się cały czas. Sama jest mamą i wspiera mamy. Po porodzie może nie miałam baby bluesa typowego, natomiast nie przeżyłam też traumy, bo okazało się to po badaniach, natomiast mocno przeżywałam cały poród i pobyt w klinice, więc K. mnie nakierowała, żebym jednak skorzystała z pomocy psychologicznej i jestem jej za to bardzo wdzięczna, bo naprawdę bardzo mocno mi to pomogło uporządkować ten cały poród i to wszystko, co było po porodzie. Te testy można zafałszować, natomiast położna na podstawie rozmowy zasugerowała kontakt z terapeutą i skorzystałam z niego”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, K47)*

Kobiety doceniały także konsultacje z psychologiem w okresie okołoporodowym.

„Psycholog ze szpitala, w którym rodziłam kontaktowała się nawet później, ponieważ w ciąży byłam na granicy depresji, natomiast po porodzie oprócz Baby Blues trwającego około 2 tygodnie nie było żadnych wskazań”. (osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, tylko w połogu, A317)



Niezwykle ważne jest też wsparcie psychologiczne dla rodziców, którzy stracili dziecko (poronienie, urodzenie martwego płodu, śmierć noworodka), jak i ci, których dziecko jest wcześniakiem lub urodziło się chore. Jedna z kobiet będąca w sytuacji szczególnej otrzymała pomoc od personelu szpitala:

„Pani psycholog bardzo mi pomogła przetrwać ten trudny dla mnie czas. Było to dla mnie bardzo ważne, ponieważ mam starszą córkę, która ma mózgową porażenie dziecięce oraz epilepsję i jest dzieckiem leżącym. Nie siedzi nie chodzi i nie mówi. Przy porodzie doznała ciężkiego niedotlenienia i urodziła się w zamartwicy. Obecnie ma 8 lat. Bałam się drugiej ciąży, ponieważ mam nowotwór. Lekarze zapewniali mnie, że to nie jest dziedziczne. Gdy urodził się syn i powiedzieli mi, że to neuroblastoma po prostu się załamalam. Nie mogłam przestać płakać. Dzięki pomocy pani psycholog jakoś pozbierałam się i wykrzesalam z siebie siłę do dalszej walki”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, psycholog szpitalny, w ciąży i w połogu, A2082)

Kobiety zwracają też uwagę na potrzebę wykonywania testów w późniejszym okresie po porodzie wskazując, że okres tuż po czy jeszcze w ciąży może być zupełnie inny, trudności mogą jeszcze nie wystąpić. Do kilku tygodni po porodzie ocenę ryzyka wystąpienia depresji poporodowej może wykonać położna środowiskowo-rodzinna. Poniższe przykłady pokazują sytuacje, w których, taka ocena nie została wykonana wcale lub jeśli została wykonana to według kobiet zbyt wcześnie.

„Myślę, że ok, ale powinno się też sprawdzić to później; miałam ten test w szpitalu i chyba z dwa tygodnie po porodzie, a mam wrażenie, że miałam pewne kłopoty psychiczne bardziej około pół roku po, kiedy już nikt się nad tym nie zastanawia i nie pyta”.



(położna środowiskowo-rodzinna, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, tylko w położu, A504)

„Przydatne chociaż uważam, że dopiero po 13 dniu położu powinno się odbyć”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A395)

„Uważam, że badanie czy rozmowa wykonywane są zbyt wcześnie. Kobieta po porodzie jest w szoku, w emocjach. Większość kobiet doskonale się trzyma zaraz po porodzie. Problemy zaczynają się w domu, kiedy zostają same z dzieckiem i zaczyna się codzienne życie. Wszystkie moje koleżanki, które miły depresję poporodową, zaraz po porodzie czuły się wspaniale. Dopiero po czasie przytłaczała je codzienność. Niestety, żadna z nich nie była świadoma, że jest to depresja poporodowa. Dopiero po czasie, przy drugim dziecku, z perspektywy czasu dostrzegają, że cierpiały na depresję poporodową”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A959)

„Słabo, w momencie rozmów z psychologiem akurat były dobre chwile, wtedy, kiedy było źle nie było pomocy”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A444)

„Test jest dobry, ale raczej dają go za szybko do wypełnienia. Powinni też dawać go bardziej kilka tygodni po porodzie”. (lekarz



ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A1460)

„Miałam zrobioną ankietę kilka dni po urodzeniu dziecka, gorsze samopoczucie przyszło później”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A1807)

„Bardzo przydatna. Na depresję poporodową zachorowałam, gdy córka miała 4miesiące. Dobrą opcją by było kolejne badanie ESDP przez pielęgniarkę środowiskową”.

(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A2424)

Część kobiet uważa jednak ocenę stanu zdrowia psychicznego za nieprzydatną, co może wynikać z formy czy atmosfery jej przeprowadzenia:

„Mało przydatne, zrobione przez położną przed wizytą u ginekologa tylko po to, żeby mieć to zaliczone”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w ciąży, A1001)

„Dostałam kartkę z badaniem EPDS, co moim zdaniem jest tylko formalnością i nie ma nic wspólnego z faktyczną troską o zdrowie psychiczne i samopoczucie”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A1270)



„Przydatność żadna. Była to ankieta z bardzo ogólnymi pytaniami. Nikt prawdziwej rozmowy nie przeprowadzał”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A716)

„Dostałam do wypełnienia kartkę z kilkoma pytaniami, ale nikt ze mną nie rozmawiał”. (osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, tylko w połogu, A26)

„Bez sensu. Obok były odpowiedzi”.

(położna środowiskowo-rodzinna, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, położna w gabinecie ginekologa, w ciąży i w połogu, A750)

„Trudno powiedzieć. Dostałam tylko ankietę do wypełnienia, bez skomentowania jej wyniku”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A808)

„Była to tylko ankieta, więc raczej mało przydatna. Brak rozmowy, tylko spojrzenie na wynik ankiety, bez komentarza”.

(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A847)

„Lekarka kazała tylko wypełnić. Nie patrzyła na wynik”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A812)



„Słaba wartość diagnostyczna. Miałam wypełnić test, ale zabrakło szczerzej rozmowy, omówienia wyniku”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A163)

„Wypełniłam test, żeby po prostu wypełnić. Położna nawet na niego nie patrzyła. Ot zwykła formalność”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A69)

„Było to tylko pytanie czy mam depresję. Nie wiedziałam, czy ją mam czy nie. Nie zostało to zbadane”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A492)

„Na zasadzie »odhaczenia«. Nie czułam prawdziwego zainteresowania”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A76)

„Dostałam test Becka w formie elektronicznej, znam go i jestem psychologiem, więc wiem, że był wysoki wynik ryzyka depresji. Lekarż nijak nie odniósł się do wyniku, mimo że w momencie zajścia w ciąży zażywałam SSRI³⁰⁶”.

(lekarż ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A973)

³⁰⁶ selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, czyli grupa leków przepisywanych pacjentom w kryzysie depresji



*„Za mało wycucia, zbyt duża wiara pokładana w ankiecie”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A929)*

*„Mało szczegółowo, bardziej jako pytanie do »odfajkowania« niż
z troską”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu,
A1698)*

*„Nieprzydatne. Wypełniłam ankietę w szpitalu, a telefon
z »follow-up« otrzymałam po 6 miesiącach. Myślę, że jeśli kobieta
zмага się z depresją, przez tak długi okres, może się wydarzyć
wiele złego. Ankieta miałaby sens, jeśli niepokojące odpowiedzi
byłyby konsultowane od razu”. (położna środowiskowo-rodzinna,
osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta,
w ciąży i w porożu, A57)*

Niektóre z kobiet wskazywały, że rozmowa/badanie powinno być przeprowadzone w bardziej sprzyjającej atmosferze.

*„Przydatne, ale powinno się odbywać w bardziej intymnej sytuacji”
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu szpitala,
w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A944)*

*„Oceniam słabo, dostałam ankietę do wykonania na temat depresji,
i musiałam ją zrobić od razu, obok siedziała położna i zadawała
jakieś pytania, była to bardzo niekomfortowa sytuacja”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A463)*



„Test jest bez sensu, nikt szczerze tego nie wypełni w obecności rodziny. Moim zdaniem powinna odbyć się rozmowa sam na sam z pacjentką”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A479)

Przeprowadzenie oceny stanu zdrowia psychicznego kobiety jest elementem S000, ale nie ma jasnych wytycznych Ministerstwa Zdrowia dotyczących sposobu jej przeprowadzania. Jest oczywiste, że taka ocena nie powinna się ograniczyć jedynie do przekazania kobiecie ankiety do wypełnienia. Przypomnijmy, że w S000 w rozdziale XIV. *Połów* wskazano, że należy zapewnić pomoc psychologiczną, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających. Zatem obok podania konkretnych narzędzi i interpretacji ich wyników, należy zarekomendować ścieżki postępowania w przypadku wyniku testu mogącego świadczyć o zaburzeniach depresyjnych. Kobieta powinna otrzymać informację, do kogo może się zgłosić po pomoc, czy będzie to psycholog, psychiatra, czy najbliższe Centrum Zdrowia Psychicznego lub inna placówka zajmująca się opieką zdrowia psychicznego. Każda kobieta zmagająca się z depresją poporodową powinna mieć zapewnioną szybką, systemową pomoc. Wydaje się jednak, że nie ma jasno ustalonej ścieżki, na którą osoby z personelu medycznego mogłyby pokierować kobietę, gdy wynik wskazuje na depresję poporodową lub wysokie ryzyko jej wystąpienia w przyszłości. Co może zrobić wówczas personel, na przykładzie zawodu położnej przedstawiono w artykule Fundacji Rodzić po Ludzku:

„Bardzo ważne jest, by zostawić dokładny adres i numer telefonu do specjalisty i/lub poradni, które rekomenduje położna.

W niektórych sytuacjach może być ważne, za zgodą matki, umówienie jej na wizytę i pomoc w zorganizowaniu spotkania.

Dodatkowo warto poinformować pacjentkę o powszechności występowania zaburzeń nastroju po porodzie, zachęcić ją do odwiedzenia np. pomocnych stron internetowych, porozmawiać o tym, jak ona czuje się w związku z tymi informacjami i czy któreś z możliwości: farmakoterapia, kontakt



z psychologiem lub grupy wsparcia mogą być dla niej bardziej pomocne. Ważne, by chwilę porozmawiać o podwyższonym wyniku i znormalizować możliwy niepokój kobiety związany z ewentualną diagnozą – narodziny dziecka to bardzo duże wydarzenie powiązane z szeregiem zmian i utrat w życiu każdej matki. Opieka nad małym dzieckiem jest wyzwaniem i warto o siebie zadbać – przekazanie tych informacji w nieoceniający, wspierający sposób może ułatwić decyzję o szukaniu pomocy³⁰⁷.

Jednak personelowi medycznemu często brakuje wiedzy, dokąd kobietę kierować.

„Mój wynik wyszedł słabo, po porodzie było mi ciężko, ale nie dostałam informacji do kogo z tym pójść, dopiero przyjaciółka powzięła interwencję w obawie o moje zdrowie”.

(położna środowiskowo-rodzinna, położna z przychodni kobiety, w ciąży i w połogu, A2048)

„U mnie wynik był ok, ale wydaje mi się, że gdyby tak nie było personel medyczny zupełnie nie wiedziałby co z tym zrobić. Jak zgłaszałam lekarzowi gorsze samopoczucie czy lęki mówił, że każda kobieta w ciąży tak ma i już”.

(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A2320)

³⁰⁷ Chrzan-Dętkoś M., *Depresja w ciąży i depresja poporodowa...*, j.w.



„Czy przydatne trudno powiedzieć, zarówno ginekolog jak i położna sugerowali, że w zależności od wyniku pomocy muszę poszukać sama”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A2494)

Niestety część z medyków wykazuje się niewiedzą, a nawet ignorancją w odniesieniu do diagnozowania trudności osób, które mogą być potencjalnie w kryzysie zdrowia psychicznego, co skutkuje brakiem zaufania do personelu, a w konsekwencji niechęcią do otwierania się i opowiadania o swoich problemach natury psychicznej. Tak o tym opowiadały kobiety:

„Zdawkowe pytanie »Jak się pani czuje?« nie zachęca do dzielenia się swoimi odczuciami, trudnymi emocjami”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A13)

„Gdyby badanie było wykonane na serio, a nie z wywracaniem przez lekarza oczami, pewnie ocena byłaby wyższa”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A777)

„Wstydziłam się mówić położnej o swoich negatywnych emocjach. Zwłaszcza, że zasugerowała, że to raczej mnie nie dotyczy, bo super sobie radzę”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A53)

„Przydatność zerowa. Zdobyłam trochę punktów w ankiecie, a ginekolog stwierdziła cytując: »Przecież nie będę Pani do psychologa wysyłać“. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik,



osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A1985)

„Wiedza na temat stanu psychicznego wśród personelu medycznego jest nadal na poziomie zerowym według mnie. Miałam depresję już w ciąży, informowałam o tym ginekologa i powiedział, że nie wyglądam na osobę z depresją”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A591)

„Zero przydatności. Ginekolog po zliczeniu punktów z tego testu skomentował, że nie można się tak nad sobą rozczulać, bo wyjdzie depresja”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A2425)

„Gdyby nie to, że już wcześniej miałam doświadczenie z zaburzeniami depresyjnymi, nie otworzyłabym się przed tymi osobami z żadnymi szczerymi odpowiedziami. Osoba, która wychowywała się w Polsce, doświadczająca po raz pierwszy takich trudności raczej nie zostanie »wyłapaną«, bo się nie poskarży na nic”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A705)

Niepokojące jest to, jak często kobiety pisały o fałszowaniu wyników, czyli dyssymulacji, która miałaby ukryć objawy wskazujące na podwyższone ryzyko depresji. Kobiety bowiem z różnych względów często nie chcą przyznawać się do swojego stanu psychicznego.



„Można kłamać, bez sensu. Kłamałam po to, żeby nie trafić do psychologa, bo nie chciałam zostawiać dziecka samego”.
(położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A1019)

„Jest to fajna opcja, jednak myślę, że jak ktoś ma depresję to bardzo łatwo może oszukać podczas wypełnienia ankiety. Samo zainteresowanie personelu medycznego w kwestii zdrowia psychicznego jest raczej znikome.” (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A1034)

„Łatwo było ukryć swój stan np. depresję”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, A135)

„Jak ktoś nie chce się przyznać, to wie, jak odpowiedzieć, żeby wyszło, że nie ma depresji”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A116)

„Wypełniłam test, ale nie perfekcyjnie szczerze. O trudnościach rozmawiałam jedynie z partnerem”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w porożu, A162)



„Tego typu tekst moim zdaniem nie wychwyci osoby z problemami, bo był to test A B C i osoba wypełniająca wie, co powinna zaznaczyć, więc zachodzi ryzyko, że ktoś może zataić pewne informacje”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A175)

„Wątpię, czy ktoś podaje w tym teście prawidłowe informacje. Nawet jeśli kobieta czuje się fatalnie, to się nie przyzna w obawie przed odebraniem jej dziecka”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A868)

„Bez sensu, bo przecież można napisać i uzupełnić, jak się chce. Osoby z depresją, często ją ukrywają”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w ciąży, A319)

„Pamiętam, że moje odczucie podczas wypełniania testu było takie, że można łatwo »zafałszować« wynik”.

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w położu, K16)

„Beznadziejne, każdy wypełniał cokolwiek, nie zawsze zgodnie z prawdą, aby tylko wyjść ze szpitala”.

(osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w położu, A235)

„Oceniam nisko, wiedziałam co odpowiadać, żeby nie wyszło, że mam depresję, a tak naprawdę miałam epizod depresyjny i przez pierwsze dwa miesiące nie mogłam patrzeć na dziecko, bo było



„jakieś takie nie moje, dopiero później je pokochałam”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A286)

„Próbie wykonania takiej oceny odbieram pozytywnie, ale forma była nieskuteczna. Ginekolog po prostu zadawał mi pytanie, czy odczuwam obniżenie nastroju, a ja zawsze odpowiadałam, że nie, choć bywały gorsze dni i w połogu zaczęły się poważniejsze problemy”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w połogu, A1566)

Niektóre z kobiet, oprócz rozmów z nimi i baczniejszego przyglądania się ich stanowi, również sugerują rozmowę z osobą bliską na temat zachowania, nastroju kobiety.

“Niezbędne przydatne. Uważam, że powinna być przeprowadzona też rozmowa z domownikiem, bo w połogu emocje zmieniają się co chwila i ciężko jest rzetelnie wypełnić test”.
(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w połogu, A281)

„Myślę, że w ankiecie jak ktoś chce ukryć depresję, to jest w stanie to zrobić, trzeba obserwować na wizytach, spytać innego współmieszkańca”.
(położna środowiskowo-rodzinna, w ciąży i w połogu, A1870)

„Mało przydatny. Nie bardzo wiem co miałoby to dać, jeśli to tylko ja subiektywnie odpowiadałam na pytania. Taką ankietę powinien wypełniać też ktoś bliski dla skalibrowania wyniku matki np.



ojciec/partner”. (położna środowiskowo-rodzinna, lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w położu, A1986)

Z czego wynika to, że kobiety nie informują o trudnościach psychicznych? Z pewnością jest to problem złożony z wielu czynników, m.in brak zaufania do personelu, przekonanie o tym, że pomocy trzeba szukać na własną rękę, bo personel nie wie, jak reagować, nie potrafi udzielić pomocy osobie w kryzysie zdrowia psychicznego. Problemem jest komunikacja z osobą w kryzysie – bagatelizowanie problemów, odrzucanie trudnych emocji, komunikaty o tym, aby się nad sobą nie rozczulać, typu „nie przesadzaj”, „weź się w garść”, „przecież masz piękne maleństwo” są wciąż używane, mimo niejednej kampanii społecznej informującej o tym, jak NIE rozmawiać z osobą w kryzysie depresji. Dodatkowo, w kobietach może być lęk, że dolegliwości natury psychicznej doprowadzą do ograniczenia praw rodzicielskich, co wiąże się ze wspomnianym już zaufaniem. Nie bez znaczenia jest też stygmatyzacja osób z diagnozami psychiatrycznymi³⁰⁸ i pokutujące wciąż w społeczeństwie przekonanie, że osoba zmagająca się z kryzysem zdrowia psychicznego po prostu sobie nie radzi. Depresja jest chorobą, która w skrajnych przypadkach stanowi zagrożenie życia zdrowia matki i dziecka. „Samobójstwo jest wciąż główną przyczyną śmierci w pierwszym roku po porodzie”³⁰⁹. Nie do pomyślenia jest sytuacja, w której kobieta zostaje z takim balastem sama. Niestety, w Polsce takie sytuacje zdarzają się każdego dnia. Wskazują na to wypowiedzi kobiet, u których ocena ryzyka wystąpienia depresji wskazywała na duże jej prawdopodobieństwo, ale również w dalszej części, tych z nich, którym pytań o samopoczucie psychiczne po prostu nie zadano ani w ciąży, ani w położu

“Mimo, że odpowiedzi wskazywały na możliwą depresję zostały pozostawione bez echa”.

(położna środowiskowo-rodzinna, tylko w położu, A953)

³⁰⁸ APA, *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*, 2020, <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination> [dostęp: 30.11.2023]

³⁰⁹ Chrzan-Dętkoś M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania...*, s. 8.



*„Ankiety dostałam do domu, lekarz jej nie skontrolował. W ankiecie wynik oznaczał wysokie ryzyko depresji poporodowej. Aktualnie moje dziecko ma 9 miesięcy i nadal miewam stany depresyjne”.
(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, w ciąży i w porożu, A1532)*

„Dostałam ankietę do wypełniania, tylko dla mnie była ona bezzasadna, ponieważ w ciąży zachorowałam na depresję, a w szpitalu, w którym rodziłam, nikt się tym nie przejmował. Miałam wpisane to w kartę ciąży oraz jakie leki przyjmuję. Nikt po porodzie nie przyszedł do mnie, aby ze mną o tym porozmawiać”. (lekarz ginekolog/ginekolog położnik, osoba z personelu medycznego szpitala, w którym rodziła kobieta, w ciąży i w porożu, A1856)

"Przydatność zerowa. Jak byłam w ciąży, był to 3 trymestr, dostałam ankietę ze skalą ryzyka wystąpienia depresji poporodowej i dużo pytań na temat tego, jak ja się obecnie czuję, czy kiedyś miałam epizody depresyjne. Wypełniłam tę ankietę i nawet pamiętam, że pod koniec można było sobie punkty sumować, jak duże jest ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Wyszło mi dosyć wysoko i dałam to lekarzowi. Myślałam, że coś później będzie się działo w związku z tą ankietą, będą podjęte jakieś działania, natomiast to po prostu zostało włożone do mojej dokumentacji medycznej i tyle. Lekarz nawet mi słowa nie powiedział na temat tej ankiety, więc nikt się tym specjalnie nie interesował. Trochę odniosłam wrażenie, że może placówki medyczne mają taki obowiązek, żeby taką ankietę przeprowadzić, więc ta ciężarna dostaje to do ręki i wypełnia, ale chyba ten



obowiązek kończy się na tym, żeby przeprowadzić ankietę no i koniec, już później nic nie trzeba z nią robić".

(lekarz ginekolog/ginekolog położnik, tylko w ciąży, K21)

Kobiety, których nie pytano o samopoczucie psychiczne/nie oceniano ryzyka obecności depresji poporodowej (czyli te, które odpowiedziały „Nie” na pytanie z Ryc. 7.1.) komentowały ten fakt następująco:

„Jestem zaskoczona, że istnieje obowiązek sprawdzenia zdrowia psychicznego mamy!”. (A480)

„Miałam depresję poporodową. Kompletny brak zainteresowania”. (A2460)

„W szpitalu podawałam, że mam depresję. Nie zaproponowano mi pomocy w tym zakresie”. (2147)

„W szpitalu, kiedy raz popłakałam się przy obchodzie personelu medycznego z bezsilności. Nikt mnie o nic nie zapytał. Położna środowiskowa kazała mi podpisać że nie mam depresji, nie pytając mnie o stan psychiczny”. (A2304)

„W trakcie ciąży i połogu nikt nie ocenił u mnie ryzyka depresji mimo dużego ryzyka (pierwsza ciąża donoszona zakończona martwym urodzeniem)”. (A344)



„Test by się przydał, bo depresję poporodową miałam, przed najprawdopodobniej już też ;(“ . (A1069)

„Temat zdrowia psychicznego kobiety w ciąży/po porodzie wśród większości personelu medycznego nie istnieje. Bagatelizowanie, żartowanie, porównywanie, że inni mają gorzej“ . (A1169)

„Sama zorientowałam się, że potrzebuje pomocy psychiatry, ale to było po trzecim dziecku. Po pierwszym porodzie miałam depresję, z którą nic nie zrobiłam, bo brakowało mi wiedzy. Nikt się mną nie zainteresował“ . (A745)

„Miałam niezdiagnozowaną depresję poporodową, odkryliśmy to sami z mężem po długim czasie“ . (A916)

„Personel medyczny nie zapytał o stan psychiczny. Sama zgłosiłam się do psychiatry i zdiagnozowano depresję okołoporodową“ . (A930)

„Uważam, że to powinien być obowiązek, bo miałam epizod depresyjny w ciąży. Na szczęście dzięki przywilejowi bycia w ciąży szybko dostałam się do przychodni NFZ na konsultację z psychologiem“ . (A715)



„Nikt mnie nie pytał, a powinien. Teraz wiem, że miałam depresję. Zajął się nią dopiero po ok. roku życia dziecka. Moje życie to był koszmar!!!”. (A813)

„Niestety potrzebowałam psychologa i sama o pomoc zwróciłam się za późno”. (A1673)

„Sama wykonałam test na obecność depresji i za oboma razem wyszedł pozytywny kierujący mnie do specjalisty”. (A1310)

„Dopiero około 8 miesięcy życia dziecka zgłosiłam się po pomoc z uwagi na depresję poporodową, wcześniej nikt nie widział problemu, a on był i narastał”. (A1449)

„W połogu czułam się psychicznie bardzo źle. Myślę, że graniczyło to z depresją poporodową. Ani położna środowiskowa ani pediatra, ani nikt po porodzie w szpitalu nie zainteresował się moim stanem psychicznym”. (A92)

„Miałam depresję poporodową - ale mąż oraz ja sama wiedziałam, że jest coś nie tak i zgłosiłam się po pomoc do specjalisty – leczenie trwało rok”. (2124)

„Nie przeprowadzono na mnie badania ryzyka depresji ani w ciąży, ani w połogu. W moim przypadku było to o tyle ważne, że wcześniej chorowałam na depresję. Musiałam więc poradzić sobie na własną



rękę umawiając się jeszcze przed porodem na wizytę kontrolną z psychiatrą, który mnie wcześniej leczył”. (A2168)

„Martwi mnie to, że nikt nie interesował się moim stanem psychicznym po porodzie, po tym jak poprzednia ciąża była martwa, a obecna zagrożona, mój stan psychiczny po porodzie był fatalny. Zamiast uczucia szczęścia, euforii czułam tylko strach, zmęczenie, smutek”. (2054)

„Samodzielnie zdiagnozowana depresja poporodowa ok. 5 miesięcy po porodzie i samodzielne szukanie pomocy. Wizyta u psychologa na NFZ wymaga skierowania od internisty! Skierowanie wystawione na teleporadzie, padło jedynie pytanie czy chce zrobić krzywdę sobie lub dziecku”. (A2144)

„Rodziłam trzykrotnie. Nikt nigdy nie pytał i nie oceniał mojego samopoczucia, choć było różne. Nikogo depresja poporodowa nie obchodzi, to wymysł »głupiej baby« i rzekomo »cudowanie i zwykłe zmęczenie przy dziecku«”. (A2456)

„Za mało mówi się o depresji poporodowej i połogu. Dla mnie pierwsze 6 miesięcy bycia mamą było niesamowicie trudne. Dopiero pomoc zaufanej kardiolog, która nie zbagatelizowała problemu, przyczyniła się do wizyty u psychiatry i rozpoczęciu terapii”. (A335)



„Początek ciąży był dla mnie ciężki. Myślę, że mogła to być depresja ciążowa. Lekarka mówiła żebym się cieszyła z »dzieciątka«. Zdecydowanie nie było to wspierające, byłam pozostawiana sama sobie. Każda ciężarna powinna mieć pytania o to, czy potrzebuje jakiejś opieki, bo występuje ta depresja ciążowa, czy nie potrzebuje jakiejś wizyty u psychologa. U mnie nie pojawiło się takie pytanie ani razu, a myślę, że potrzebowałam tego na takim początkowym etapie. Przydałoby mi się to”. (K22)

Kobiety wskazywały na to, że po urodzeniu dziecka czuły się pomijane, a większość uwagi skupiała się na dziecku.

„Nikt nie pytał, a szkoda, bo miałam Baby Blues, na szczęście mąż był dla mnie ogromnym wsparciem, ale uważam, że każdej kobiecie po porodzie powinno zostać zadane pytanie o jej samopoczucie. Dużo rola powinna być w tym zakresie położonej. Położna na wizytach patronażowych skupia się głównie na dziecku, o matce wszyscy zapominają (najczęściej łącznie z samą matką)”. (A905)

„Mam troje dzieci i często czuje tzw. »doła«. Nigdy nikt z personelu medycznego nie zapytał mnie o moje samopoczucie psychiczne. Nigdy, choć zdarzyły mi się myśli samobójcze. Jednak, dopóki się uśmiechasz i nie skarżysz, masz zacisnąć zęby, bo pediatra jest od dzieci, a nie od mam. Urodzisz, to już nie jesteś ważna. Liczą się tylko dzieci, a matki stają się niewidzialnymi bohaterkami”. (A2479)

Historia jednej z kobiet, której dziecko zachorowało na nowotwór mózgu pokazuje, jak trudno czasem jest kobietom uzyskać zwykłą wyrozumiałość i troskę od personelu medycznego



(w tym przypadku personelu szpitala, w którym diagnozowano dziecko) i są one okazywane dopiero wtedy, kiedy jest powód, który wg personelu może stan matki uzasadniać.

"Poszłam poprosić pielęgniarkę, czy mogłaby się zająć przez chwilę małą. Akurat wtedy ona spała mi na rękach i ja już miałam łzy w oczach i płakałam, a ta pani mówi do mnie "Czego Ty płaczesz? Ja mam dziecko w twoim wieku i ty płaczesz". Nie wiem w ogóle co to miało jedno do drugiego, ale tak mi powiedziała. Ja nie miałam siły wtedy chyba nawet żyć i po prostu = chciałam się odwrócić, a ta nasza lekarka podeszła, z którą również mam kontakt do teraz. Wspaniała kobieta. Ta lekarka powiedziała po prostu chyba diagnozę tej pielęgniarce i nagle był o 180 stopni zwrot, bo wtedy, to już to było uzasadnione, prawda? Że ja jestem załamana, bo coś. Bo przecież Matka Polka, wycieńczona, ona nie może przecież płakać, zawsze musi być twarda i zawsze musi dać sobie radę, a jak płacze to przecież trzeba ją jeszcze bardziej zgnoić i dać jeszcze więcej powodów do płaczu. Ale generalnie wtedy powiedziała, że tak, że ona się zajmie i że mój chłopak może przyjść pod same drzwi, a to też była pandemia i że ochroniarz wpuści, i on nas odbierze, bo ona mnie w takim stanie nie wypuści ze szpitala, że to jest niebezpieczne i jak ona go zobaczy, to wtedy da dziecko i nas ochroniarz jeszcze odprowadzi do drzwi. Jakbym była w lepszym stanie psychicznym, to bym się chyba zaczęła śmiać wtedy". (K43)

W podrozdziale 5.1. wspominałyśmy, że pomimo tak trudnej diagnozy w trakcie wymagającego leczenia, udało się kobiecie karmić wyłącznie swoim mlekiem i po operacji wrócić do bezpośredniego karmienia z piersi. Jak pisałyśmy na początku tego rozdziału, karmienie piersią stanowi czynnik prewencyjny w odniesieniu do depresji i zaburzeń zdrowia



psychicznego. Również wypowiedzi kobiet w podrozdziale 6.2., w którym opisywałyśmy przypadki, kiedy to kobiety podejmowały leczenie farmakologiczne z jednoczesnym karmieniem piersią, pokazują jak ważne jest dla wielu z nich karmienie piersią i często one same pogłębiają swoją wiedzę na temat leków niosących znikome ryzyko dla dziecka, edukując w tym zakresie personel medyczny, aby właśnie karmienia piersią nie przerywać. Wielu kobietom karmienie dziecka piersią pomogło uporać się z trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego lub stało czymś, co napawa je do tej pory dumą i radością, co dało poczucie sprawczości i kompetencji, dzięki czemu uporały się z depresją.

„Uważam, że wszystkiego było po trochu z dbania o dziecko i o karmienie. Natomiast ciągle położne i lekarze zapominają, że po porodzie ważne jest, aby to matka wstała i się cieszyła z tego wszystkiego. Niestety wypuszczono mnie po 5 dniach ze szpitala z takimi wynikami, że dobrze, że w ogóle umiałam ustać. Z powodu niedokrwistości rana po nacięciu krocza się nie zasklepiła, a od maści na hemoroidy szwy poszły. Gdy wyszłam ze szpitala zostałam zdana na siebie, prawie 2 miesiące w domu leżałam. To karmienie piersią mnie uratowało od depresji, bo w innych rzeczach potrzebowałam pomocy”. (A906)

„Kwestionariusze są rozdawane, natomiast nikt nie zwraca uwagi na wynik, ja miałam objawy depresji i nikt się tym nie zainteresował. Nasz poród i pierwsze 6 tygodni po to była tragedia. Pamiętam, że wściekałam się na męża, że pozwolił mi spać 4 godziny, a nie 3, bo ja po 3 musiałam odciągać. Pamiętam też, że się zastanawiałam, mówię to jest straszne i to są takie rzeczy właśnie, o których matki nie mówią, a się zdarzają... Ja się autentycznie zastanawiałam, czy 4 piętro wystarczy i że jakbym wyszła przez ten balkon, to czy to by wystarczyło żebym mogła się z tego



wszystkiego wymiksować. To pokazuje to jak sama może być kobieta. Mówię, a ja miałam wsparcie męża i miałam wsparcie teściów, ale to jak bardzo ten cały system zawiódł. To było tragiczne i tak naprawdę, gdybym była osobą, która jest mniej uparta, a ja jestem po prostu uparta jak osioł, albo gdybym nie mieszkała w dużym mieście, albo gdybym nie miała pieniędzy, które mogłam, no nie mówię, że rzucać na prawo i lewo, ale które mogłam akurat wydać na prywatnych specjalistów, to ja bym na pewno nie karmiła piersią. A karmiłam praktycznie 22 miesiące, Pół roku po porodzie sama poszłam do psychiatry, który stwierdził nerwicę i przypisał leki oraz skierował na terapię. W tym kontekście, na pewno karmienie piersią i to, że się udało pomogło bardzo. Ja bardzo lubię umniejszać swoim zasługom, natomiast mam wrażenie, że w kontekście tej całej historii, to po prostu nie mogę. Wiem, ile wysiłku mnie to kosztowało i wiem, że tego mi nikt nie zabierze. To, że dowiedziałam się bardzo dużo o karmieniu piersią, to też tego mi już nikt nie zabierze. To, że mogę też pomagać innym osobom to też”. (K19)

„Nie otrzymaliśmy żadnego wsparcia dot. samopoczucia psychicznego po informacji o podejrzeniu zespołu Downa, ta diagnoza także w ustach lekarzy i personelu stanowiła odpowiedź na to, że dziecko i tak nie będzie piło z piersi, nie ma co próbować. Bardzo się mylili, dałam radę karmić piersią syna, mimo wszystko, ale niestety bez pomocy jakiej potrzebowałam”. (A1417)

“Miałam depresję poporodową z próbą samobójczą, czego nikt (nawet ja) nie spodziewałby się. To badanie EPDS to mit. Nie



pomoże. Mnie wykończyła totalna obojętność ludzi w szpitalu i samotność potem. Wszystko było zamknięte. Nikt nie chciał przyjść do mnie i dziecka z personelu. Nawet polecana bardzo doradczynie CDL za podwójną stawkę. Skończyło się na KPI przez 8 bardzo trudnych miesięcy. Z czego jednak jestem dumna. Z siebie, męża, który mnie wspierał i dzieci”. (A1106)

“W ciąży czułam się fizycznie i psychicznie bardzo źle. Ze względu na lockdown nie otrzymałam odpowiedniej pomocy. Po trudnym porodzie, do którego nie dopuszczono mojego męża i wyrzucono go ze szpitala, fatalnej opiece, a raczej braku opieki w szpitalu i okropnym traktowaniu przez personel, po 6 miesiącach i próbie samobójczej zdiagnozowano u mnie PTSD - zespół stresu pourazowego. Nie mam siły walczyć ze szpitalem, pisać skarg itd. Leczę się psychiatrycznie i chodzę do psychologa i mam wrażenie, że to jak wyglądał mój pobyt w szpitalu, w którym czułam się jak w getcie rozwalilo moje życie i zniszczyło moje macierzyństwo. Ze względu na stan zdrowia jestem na diecie, w szpitalu wypełniałam ankietę dotyczącą diety a potem dostawałam jedzenie takie którego nie mogłam jeść. Ze względu na dobro swoje i malucha nie jadłam prawie nic. Po powrocie do domu okazało się, że z dodatkowych 18 kilogramów w ciąży zostały mi 3. Cieszę się, że pomimo wszystko moje dziecko jest karmione piersią. Walczcie o dobro kobiet w szpitalach, bo to jak jesteśmy tam traktowane to jest horror, dramat i patologia. Dodam tylko że byłam bardzo dobrze przygotowana do porodu i miałam rodzić w domu, ale się nie udało. Wiedziałam, że w szpitalu będzie ciężko, ale to jak



zostałam potraktowana przez pielęgniarki, położne i lekarzy nawet w najgorszych snach mi się nie śniło”. (A520)

Bywa, że kobieta może doświadczyć traumy porodowej³¹⁰. Trudny poród może skutkować bólem, dyskomfortem, rozdrażnieniem, niepokojem, wyczerpaniem. Jeśli ten stan się przedłuży, a dodatkowo występują nawracające wspomnienia tzw. *flashbacki* wzbudzające silne emocje, wrażliwość na bodźce, obniżenie funkcji poznawczych, trudności ze snem itp. może być to podstawa do postawienia diagnozy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Nawet u kobiet, u których ryzyko wystąpienia depresji poporodowej jest niskie, przemocowy komunikat personelu medycznego, przeciągający się, bolesny poród czy inne niesprzyjające okoliczności mogą wywołać trudne emocje i w konsekwencji kryzys zdrowia psychicznego. O tym, jak ważna jest komunikacja personelu medycznego szpitala pisałyśmy w podrozdziale 3.2.1 *Dobrostan psychofizyczny matki* cytując historie kobiet.

Opisywałyśmy wówczas historię jednej z kobiet (K37), dla której czas po porodzie był traumatyczny, a potem pojawiały się kolejne, nawarstwiający się problemy ze ssaniem po stronie dziecka. Jak się okazuje (wypowiedź jej cytujemy poniżej) trudności te skutkowały pogłębieniem stanów depresyjnych. Rzeczywistość, jakiej kobieta doświadczyła okazała się diametralnie różna od tego czego pragnęła. Niestety zdarza się, że trudności z karmieniem piersią mogą spowodować lub nasilać problemy ze zdrowiem psychicznym, w szczególności, jeśli oczekiwania matek, co do karmienia piersią okazały się niezgodne z tym czego doświadczyły, o czym wspominałyśmy na początku tego rozdziału.

„Zrobiłam co mogłam, teraz to wiem. Wtedy tak bardzo chciałam, że potem wylądowałam u psychiatry z depresją poporodową i niepowodzenie w karmieniu to była jedna z przyczyn. Nie miałam siły. Dziecko miało prawie pół roku. Ja odstawiłam laktator, którego serdecznie nienawidziłam. Do tej pory, jak słyszę dźwięk laktatora, to mam po prostu ciarki, mam dreszcze. Odstawiłam go i szukałam dla siebie pomocy psychiatrycznej, bo tę

³¹⁰ Chrzan-Dętko M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania...*, s.38-41.



depresję miałam cały czas, tylko że nie była zdiagnozowana wcześniej". (K37)

„Tak, przeszłam traumę laktacyjną mieszanki były straszne, gastroenterolog i alergie, i refluks, uaktywnione na maksa, »mieszanki na receptę«, depresja poporodowa, czas straszny. Przez to boje się drugiej ciąży – przez problemy laktacyjne, które wpłynęły na nasze dalsze problemy zdrowotne dziecka, jak i problemy z uzależnieniem od mieszanki, pilnowaniem wagi, bo po mieszance szybko przybierała, niechęcią do innych płynów niż mieszanka etc.” (A1214)

„W czasie ciąży to były pytania o samopoczucie i było ono świetne więc nie było podejrzenie depresji. W czasie połogu położna martwiła się moim stanem psychicznym i zadręczaniem się, że nie karmię tylko piersią. Mimo szczyrych chęci i zapału nie udało mi się karmić piersią. Bombardowanie w mediach społecznościowych, na szkole rodzenia, w przychodniach stwierdzeniami, że »każda, jak chce, to może« jest bardzo słabą polityką promocji karmienia piersią. Spotkałam wiele kobiet, które bardzo chciały, a nie wyszło i były one tak samo zrozpaczone jak ja (mimo prób i stosowania się do zaleceń personelu medycznego)”. (2180)

Dla wyżej cytowanych kobiet karmienie piersią miało duże znaczenie, niestety z różnych powodów, to karmienie nie potoczyło się tak, jakby tego oczekiwały i chciały. Rolą personelu medycznego jest takie wspieranie kobiet, aby otrzymywały pomoc, która większości problemów laktacyjnych będzie zapobiegać, a nie ich przysparzać (o czym niestety świadczy wiele do tej pory cytowanych w niniejszym raporcie historii), ale kiedy zapobieżenie nie będzie możliwe lub matka zrezygnuje z karmienia piersią, to ważne jest uznanie, że może być



to dla niej strata, którą może być jej łatwiej lub trudniej zaakceptować. W każdym przypadku, jeśli tylko tego potrzebuje, powinna otrzymać wsparcie psychiczne.

Lekarka, która udzieliła nam wywiadu, a na co dzień pracuje z matkami, tak o tym mówiła:

"Uważam, że my się zapędziliśmy w trochę w tak zwaną poprawność polityczną. Wiele mam nie dostało odpowiedniego wsparcia. Nie udało im się osiągnąć swoich celów laktacyjnych i my uważamy, czego ja kompletnie nie rozumiem, że mówienie, że »Nieważne, jak karmisz, ważne, że kochasz« albo, że to nie ma znaczenia, że tak mówiąc umniejszamy rolę cierpienia tych matek. Jak pracuję z tymi mamami, to one chciały walczyć. One chciały karmić. One w moim odczuciu, choć nie jestem psychologiem i nie wiem, czy można to tak nazywać, ale one przeżywają żalobę. Autentycznie dla mnie to jest żaloba, że im się nie udało i my zamiast im dać przeżyć tę żalobę, zamiast je wesprzeć w tej ich żalobie, to poklepiemy »A nic się nie stało, masz depresję? A co tam uśmiechnij się. Idź się przewietrzyć«. Są już duże kampanie, że w depresji tak się nie postępuje, ale w karmieniu piersią dalej wszyscy, nawet ci psychiatrzy, którzy mówią, że w depresji tak nie możesz robić, to przy karmieniu piersią, kiedy przeżywasz emocje, to mówią »Przecież nic się nie stało. Przecież dalej jesteś super mamą«. My zabieramy ludziom taką możliwość popłakania, przeżycia tego smutku. Dlaczego? Dlaczego one nie mogą tego zrobić w opinii publicznej, czemu one nie mogą się pożalić. Potem narasta w nich frustracja, narasta ich złość. Jak dużo tych rzeczy nie przepracowanych w tym pierwszym okresie co się wydarzyło, ciągnie się za tymi matkami. Przez resztę życia. Jak potem potrafią sobie wytykać palcami różne rzeczy, ale to zawsze jest o nich, a nie



o tej matce. Ta zmiana komunikacji, że to co ja mówię to co przedstawiam jest o mnie, a nie o tej mamie, do której mówię. Dla mnie powinno po prostu całkowicie zmienić się podejście do laktacji, podejście do wspierania tych mam". (P8)



Problem!

Występują trudności w przeprowadzaniu badań przesiewowych oraz postępowaniu w przypadku wyniku wskazującego na wysokie ryzyko zachorowania na depresję/wystąpienia depresji. Zdarza się niewłaściwa komunikacja personelu medycznego z pacjentką, brak empatii, negowanie emocji, bagatelizowanie problemów, sprzeciw wobec wyrażania emocji. Brak obowiązku oceny ryzyka depresji poporodowej po okresie połogu. W temacie przeprowadzania badań przesiewowych w okresie poporodowym potrzebne jest więcej danych i szkoleń dla personelu medycznego, które uściśliłyby procedurę przeprowadzania oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.





KARMIENIE
MLEKIEM MAMY
PRAWEM MAMY I DZIECKA



PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Do wypełnienia ankiety na temat opieki laktacyjnej w Polsce zaprosiliśmy kobiety, które rodziły w latach 2018-2022 oraz korzystały ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (refundowanej z NFZ), a które karmiły bądź chciały karmić piersią lub swoim mlekiem. Otrzymałyśmy 2504 wypełnione ankiety – w większości przez kobiety z wykształceniem wyższym - 84,9% (Ryc. 1.2.), których średnia wieku wyniosła 32,2 lata, zaś ponad połowa – 66,1% ankiet została wypełniona dla porodu pierwszego dziecka i w znacznej większości dla porodu jednego dziecka (Ryc. 1.6.). Kobiety rodziły i były pod opieką medyczną w placówkach w całej Polsce (Ryc. 1.3., Ryc. 3.5.). Przeprowadziłyśmy 57 wywiadów z kobietami spośród tych, które wypełniły ankiety i wyraziły chęć wzięcia udziału w wywiadzie pogłębionym. 10 wywiadów z osobami z personelu medycznego (położne środowiskowo-rodzinne, położna oddziału poporodowego, lekarki, farmaceutka, neurologopedka), które specjalizują się w tematyce laktacji i karmienia piersią, a także na co dzień pracują z kobietami przygotowującymi się do karmienia piersią i karmiącymi, poszerzyło nasze spojrzenie na opiekę laktacyjną w Polsce. Pytania zadawane kobietom oraz personelowi medycznemu dotyczyły obszarów takich jak: opieka przedporodowa, opieka okołoporodowa w szczególności w szpitalu, opieka środowiskowa w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyczna opieka nad dzieckiem karmionym piersią, opieka medyczna nad matką w okresie laktacji i jej zdrowie psychiczne. Danych dostarczyły nam również odpowiedzi na zapytania publiczne Narodowego Funduszu Zdrowia i jego oddziałów wojewódzkich dotyczące w szczególności świadczeń gwarantowanych w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej.

Na tej podstawie wyłania się obraz stanu wsparcia laktacyjnego kobiet i dzieci w Polsce. Jest to obraz miejscami napawający nadzieją, że wśród personelu medycznego pracują osoby z powołaniem i odpowiedzialnie realizujące swoje zadania zawodowe. Niemniej jednak naszym oczom ukazuje się także ogrom historii przepelnionych bólem, żalem i poczuciem osamotnienia w obliczu napotykanym trudności. Niniejszy raport pokazuje, że na każdym etapie poczynawszy od zajścia w ciążę, po urodzenie i dalszą opiekę nad dzieckiem, kobiety stykają się z przeszkodami wynikającymi z wad systemu opieki zdrowotnej. Naszym zdaniem nierzadko nie jest to nawet brak pomocy, ale działanie na szkodę matki i dziecka, poprzez nieświadomą lub świadomą ingerencję w proces karmienia piersią lub mlekiem matki. Każda spośród 57 kobiet, które udzieliły nam wywiadu,



wskazała, że potrzebne są zmiany w opiece laktacyjnej w Polsce, poprawienie jakości tej opieki. Kobiety wymieniały też potrzebę monitorowania wdrażania i realizacji Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej (S000), potrzebę powszechnej edukacji w zakresie laktacji i karmienia piersią, zarówno personelu medycznego, jak i samych kobiet i całego społeczeństwa. Potrzebę wprowadzenia zmian w opiece laktacyjnej również potwierdziła każda z 10 osób z personelu medycznego, które udzieliły nam wywiadu. Aby móc wdrażać zmiany w opiece laktacyjnej w Polsce ważne jest, abyśmy jako społeczeństwo posiadali wiedzę o stanie karmienia naturalnego w Polsce, a więc potrzebne jest centralne sporządzanie statystyk karmienia naturalnego. Dlatego apelujemy o opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci (w celu pozyskiwania realnych informacji m.in. o ilości kobiet karmiących piersią, statystyk co do długości karmienia piersią, w tym wyłącznego karmienia piersią itp.). Ważne, aby takie dane były publicznie dostępne, a publikacja tych danych mogłaby się regularnie odbywać przez Główny Urząd Statystyczny.

Poniżej zamieszczamy podsumowanie najważniejszych według nas wyników monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce podzielonych na kilka obszarów tematycznych.

EDUKACJA PRZEDPORODOWA

Decyzja o podjęciu karmienia piersią jest decyzją matki. Jednak należy dążyć do tego, aby decyzja ta została podjęta w sposób świadomy, na podstawie rzetelnej wiedzy dotyczącej ryzyka niekarmienia dziecka mlekiem kobiecym. Niektóre z kobiet w naszym monitoringu podjęły decyzję o chęci karmienia piersią już w ciąży, co jak się wydaje pozytywnie wpłynęło na ich determinację w rozwiązywaniu trudności, kiedy takowe się pojawiły. Duże znaczenie ma tutaj edukacja przedporodowa, która oprócz wiadomości dotyczących ciąży oraz opieki nad noworodkiem, duży nacisk powinna kłaść na poszerzanie wiedzy kobiet spodziewających się dziecka, dotyczącej laktacji, właściwości mleka kobiecego, rozwiązywaniu podstawowych trudności. Zgodnie z S000 za edukację przedporodową odpowiada położna środowiskowo-rodzinna, a także jest ona (w formie indywidualnej) obowiązkiem lekarza ginekologa/ginekologa położnika.

Zaobserwowałyśmy bardzo niski poziom informowania kobiet w ciąży przez lekarzy ginekologów, o korzyściach płynących z karmienia piersią, w tym korzyściach dla matki. U 98,7% ankietowanych kobiet ciążę prowadził ginekolog/ginekolog położnik (Ryc. 2.1.)



i w związku z tak dużą stycznością tej grupy lekarzy z kobietami w ciąży, rekomendujemy położenie nacisku na przekazywanie przez nich zgodnych z najnowszą wiedzą informacji o karmieniu piersią. Niestety u 86,7% ciężarnych temat karmienia piersią nie został w ogóle poruszony w trakcie wizyt u lekarza ginekologa, zaś 6,0% kobiet tego nie pamięta (Ryc. 2.4.). Tylko 4,8% ankietowanych, które miały wizyty u ginekologa, usłyszało informacje o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym o charakterze pozytywnym (Ryc. 2.5.). Lekarze ginekolodzy mogliby **przekazywać kobietom informacje w szczególności związane z korzystnym związkiem pomiędzy karmieniem piersią a profilaktyką nowotworów ginekologicznych u matek, tzn. nowotworów piersi, jajnika i trzonu macicy, jednak z monitoringu wynika, że w znacznej większości kobiety takich informacji nie dostają** (zob. podrozdział 2.1.1.). Rekomendujemy dodanie takiego punktu do S000.

Lekarz ginekolog prowadzący ciążę powinien między 21. a 26. tygodniem ciąży poinformować kobietę o możliwości skorzystania przez nią od 21. tygodnia ciąży z edukacji przedporodowej w ramach NFZ u wybranej przez siebie położnej środowiskowo-rodzinnej oraz powinien odnotować fakt skierowania kobiety do objęcia opieką przez położną POZ w dokumentacji medycznej ciężarnej. Elementem takiej opieki jest edukacja o laktacji i karmieniu piersią. Poziom informowania kobiet o możliwości kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną w ciąży i odbycia edukacji przedporodowej jest zbyt niski, gdyż z monitoringu wynika, że w 62,9% przypadków kobiety NIE były o tym poinformowane przez lekarzy ginekologów (Ryc. 2.6.). Stoimy na stanowisku, że rzetelne przekazywanie takiej informacji kobietom w ciąży mogłoby poprawić wskaźniki uczestnictwa przez kobiety ciężarne w edukacji przedporodowej u położnej POZ i w ogóle poszerzyć świadomość o jej roli w opiece nad kobietą. Położna środowiskowo-rodzinna nie ma możliwości dowiedzieć się o ciąży pacjentki, jeśli ta się sama do niej nie zgłosi. Okazuje się, że aż jedna czwarta kobiet (23,7%) nie wiedziała na etapie ciąży, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna (Ryc. 2.7. po prawej), nie mogła więc zgłosić się na edukację przedporodową i nawiązać relacji z położną już w ciąży. Taką wiedzę powinna mieć każda kobieta. Cztery na dziesięć kobiet (41,4% ankietowanych) miało w ciąży kontakt osobisty z położną środowiskowo-rodzinną, ale już prawie połowa kobiet (47,2% ankietowanych) nie miała z nią żadnej styczności w tym okresie (Ryc. 2.12.). Kobiety poproszone o opisanie zadań położnej środowiskowo-rodzinnej tylko w 43,4% odpowiedzi wskazały na możliwość prowadzenia przez położną środowiskowo-rodzinną edukacji przedporodowej czy sprawowania przez nią opieki nad kobietą w ciąży (Ryc. 2.9.) i tylko w 20,3% wskazały bezpośrednio na wspieranie w karmieniu piersią (Ryc. 2.10.). Naszym zdaniem **świadomość roli położnej środowiskowo-rodzinnej u kobiet, w szczególności o realizacji edukacji przedporodowej w ciąży i opieki**



laktacyjnej w całym okresie laktacji jest niewystarczająca, a postrzeganie roli zawężone jest do realizacji wizyt patronażowych czy udzielania wsparcia w połogu. Więcej o doświadczeniach kobiet związanych z opieką położnych POZ w połogu oraz opieką laktacyjną zawrzemy w części podsumowującej opiekę środowiskową.

Z jednej strony, informacja o możliwości poszerzania wiedzy w zakresie przygotowania się do porodu, opieki nad noworodkiem oraz karmienia piersią u położnej POZ, która powinna być zagwarantowana, nie dociera do wszystkich zainteresowanych. Z drugiej strony, zdarza się całkowity brak dostępności edukacji przedporodowej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne. Zdarzało się, że kobietom, które poszukiwały kontaktu z położną POZ w ciąży odmawiano takich spotkań argumentując, że w danej przychodni POZ takich świadczeń się po prostu nie oferuje. Uważamy, że **fakt dostępności edukacji przedporodowej powinien być przedmiotem monitoringu NFZ**, czyli płatnika tych świadczeń. Porównując ilość zrealizowanych świadczeń w edukacji przedporodowej z ilością urodzeń w danym roku poziom ich realizacji wciąż mocno odbiega od teoretycznie możliwych (oszacowano, że w 2018 było to w przybliżeniu 12,0% przy założeniu, że jedna ciężarna może odbyć 26 spotkań w ramach świadczeń gwarantowanych, zob. podrozdział 2.2.2.). Pociesza natomiast fakt, że większość ankietowanych, które miały kontakt z położną POZ w ciąży, spotykała się z nią na edukacji przedporodowej, choć nadal było to tylko 38,8% wszystkich ankietowanych (60,5% kobiet nie spotykało się na edukacji przedporodowej a 0,5% nie pamięta tego faktu, zob. Ryc. 2.14.). **Konieczne jest podjęcie działań mających na celu promowanie powszechnej edukacji przedporodowej prowadzonej przez położne środowiskowo-rodzinne, której niezbędnym elementem jest edukacja o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym.** Kampanie informujące o takim prawie kobiet są pożądane. Można przypuszczać, że zwiększenie czasu poświęconego na edukację przyszłych rodziców (zgodnie z S000 edukacją przedporodową jest objęta również osoba bliska) przez przygotowany do tego personel medyczny, mogłoby znacząco wpłynąć na zwiększenie motywacji do podjęcia karmienia naturalnego oraz pozwoliłoby na uniknięcie problemów laktacyjnych wynikających z niewiedzy.

Warunkiem koniecznym do tego, aby edukacja przedporodowa miała pozytywny wpływ na podejmowanie przez kobiety świadomych i opartych na rzetelnej wiedzy decyzji o karmieniu swojego dziecka w przyszłości, a tym samym zwiększenie odsetka kobiet karmiących piersią, jest aktualna wiedza położnych o laktacji. Ostatecznie **tylko trzy na dziesięć kobiet (31,4% ankietowanych) uzyskało jakąkolwiek wiedzę o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym od swoich położnych środowiskowo-rodzinnych, a zdarzało się, że temat karmienia piersią nie był poruszany podczas edukacji przedporodowej w ogóle**



(Ryc. 2.16.). Aż trzy kobiety na dziesięć (34,8% spośród tych, które odbyły edukację przedporodową), oceniło przygotowanie do karmienia piersią w ramach tej edukacji jako bardzo słabe lub słabe (ocena 1 lub 2 w skali od 1 do 5, zob. Ryc. 2.17.). **W zakresie przygotowania kobiet w ciąży do karmienia piersią gorzej oceniane są położne, które NIE szkoliły się na dodatkowych kursach z poradnictwa laktacyjnego** (zob. podrozdział 2.2.3.). Analiza odpowiedzi kobiet wskazujących, że ich położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczyni laktacyjnej CDL, konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji), pokazuje, że aż 68,1% z nich oceniło przygotowanie do karmienia piersią na dobre i bardzo dobre (ocena 4 lub 5 w skali od 1 do 5, zob. Ryc. 2.19.). Zaś 51,9% spośród kobiet, które zaznaczyły, że ich położna nie szkoliła się/nie posiadała ww. certyfikatów z poradnictwa laktacyjnego, oceniło to przygotowanie jako bardzo słabe lub słabe (ocena 1 lub 2 w skali od 1 do 5, zob. Ryc. 2.19.). Wypowiedzi i historie kobiet potwierdzają, że zdarza się, iż wiedza przekazywana podczas edukacji przedporodowej przez położne POZ jest nierzetelna i nieaktualna. Edukacja przedporodowa, w tym o karmieniu piersią, powinna opierać się na aktualnej wiedzy. Jest to niezmiernie istotne, gdyż w zakresie wiedzy i rekomendacji odnośnie do karmienia piersią dużo się zmienia, w związku z tym istotne jest kształcenie ustawiczne.

Należy dodać, że na każdym etapie kontaktu przed porodem z pracownikami ochrony zdrowia przynajmniej część kobiet styka się z marketingiem produktów zastępujących mleko kobiece objętych Kodeksem WHO (czyli żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich, zob. podrozdział 2.3. *Ochrona kobiet w ciąży, matek i dzieci przed wpływami komercyjnymi*), o czym więcej w części podsumowującej ochronę przed wpływami marketingowymi.

OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU

Aż 98,7% ankietowanych rodziło w szpitalu lub znajdowało się pod opieką szpitalną wkrótce po porodzie (Ryc. 3.1.). Spośród dzieci tych kobiet – 83,4% urodziło się bez trudności zdrowotnych, zaś 16,6%, jak wskazały matki, z trudnościami (Ryc. 3.2.). Kobiety, które znajdowały się pod opieką szpitalną po porodzie, rodziły siłami natury (21,6%), drogami natury (33,8%) oraz przez cięcie cesarskie (44,6%, zob. Ryc. 3.3.). Większość z tych dzieci urodziła się o czasie (80,6%), ale były również dzieci urodzone po terminie, czyli w 42 tygodniu ciąży i później (10,0%) oraz przed terminem – w 37 tygodniu ciąży i wcześniej (9,5%, zob. Ryc. 3.4.).



W niniejszym monitoringu skupiliśmy się na prawach kobiet i dzieci do opieki okołoporodowej świadczonej w szpitalach i na tych jej elementach, które mają wpływ w szczególności na inicjację karmienia piersią i jego kontynuowanie, czyli są elementem opieki laktacyjnej w szpitalach. Niestety wciąż, jak wskazują zebrane przez nas dane i historie kobiet z ankiet i wywiadów, w niektórych szpitalach te prawa są łamane, pomimo obowiązywania S000, który w szerokim zakresie wskazuje na obowiązki personelu medycznego związane ze wspieraniem kobiet i dzieci w karmieniu piersią. W niniejszym raporcie zwróciliśmy uwagę na szereg zapisów S000 i w każdym z opisywanych obszarów odnotowaliśmy przypadki ich nieprzestrzegania. W odniesieniu do niektórych zagadnień nieprawidłowości zdarzały się często. Sytuacji nie zmienia fakt, że Polska w latach 90-ych dołączyła do globalnego programu WHO i UNICEF, mającego na celu przywrócenie prawidłowego sposobu żywienia dzieci na świecie, poprzez wdrożenie w jak największej ilości szpitali (w krajach, które do programu dołączyły) inicjatywy "Szpital Przyjazny Dziecku"³¹¹. Szpitale, które chcą uzyskać tytuł "Szpitala Przyjaznego Dziecku" zobligowane są do podjęcia wielu działań poprawiających opiekę laktacyjną, w tym do wdrożenia i przestrzegania „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”. Niestety, wciąż po ponad 30 latach zadeklarowania przez Polskę wdrażania tej światowej (i ocenianej przez nas bardzo pozytywnie) inicjatywy, tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku” w naszym kraju posiadają i utrzymują tylko nieliczne szpitale – obecnie 6,8% ze wszystkich szpitali w Polsce (zob. podrozdział 3.2.). Jak wobec tego wygląda opieka laktacyjna w polskich placówkach leczniczych?

Warto zacząć od tego, że zjawiskiem, które wzbudza najwięcej emocji jest pojawiający się brak empatii oraz szacunku ze strony personelu medycznego wobec pacjentek. Komunikaty kierowane w stronę kobiet bywają lekceważące, a czasem także poniżające, co kwalifikujemy jako przemoc słowną. Takie zachowania mogą przyczynić się do trudności natury psychicznej, a te z kolei zwiększają ryzyko wystąpienia trudności w karmieniu piersią i zachorowania na depresję poporodową (zob. podrozdział 3.2.1. *Dobrostan psychofizyczny matki*, ale również dział 7. *Zdrowie psychiczne matki*). Na problem przemocy położniczej zwracała wielokrotnie uwagę Fundacja Rodzic po Ludzku m.in. w swoich monitoringach opieki okołoporodowej w Polsce³¹². Poszanowanie godności i intymności pacjentek jest

³¹¹ WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 implementation guidance. Frequently asked questions*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO,

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459> [dostęp: 30.11.2023]

³¹² <https://rodzicpoludzku.pl/co-robimy/raporty/> [dostęp: 30.11.2023]



bardzo ważnym aspektem opieki okołoporodowej i laktacyjnej, a w aspekcie wsparcia laktacyjnego ma ono swoje szczególne znaczenie. Z punktu widzenia opieki laktacyjnej przyjrzałyśmy się podejściu personelu medycznego do tego, jak traktowana jest fizyczność kobiet, w szczególności kobiece piersi.

Okazuje się, że 56,1% ankietowanych, które przebywały pod opieką szpitalną miało dotykane piersi/brodawki przez personel (Ryc. 3.10. po lewej), co mogłoby wskazywać na zainteresowanie personelu tym aspektem i w wielu przypadkach rzeczywiście było tak, że dotykanie piersi było powiązane z umiejętnym udzielaniem pomocy w przystawieniu do piersi. Jednak aż 36,0% spośród kobiet, którym dotykano piersi/brodawek, wskazało, że nie zapytano ich o zgodę, zanim ktoś dotknął ich piersi, a 16,2% nie pamiętało, czy pytano je o zgodę (czyli łącznie ponad połowa kobiet, zob. Ryc. 3.10. po prawej). Niepokojące są historie kobiet opisujące dotykanie piersi/brodawek jako bolesne i niekomfortowe, nagłe. Zdarzały się przy tym suche, zdawkowe i bezcelowe komentarze dotyczące rozmiaru, budowy piersi czy brodawek, które podważały w kobietach zdolność do wykarmienia dziecka, odbierały wiarę w powodzenie w karmieniu, wzbudzały lub wzmacniały w nich lęk o to, że nie będą w stanie wykarmić własnego dziecka, na co wskazywały same kobiety w ankietach i wywiadach. Zdarzało się, że uwagi personelu dotyczące wyglądu w szczególności brodawek były także formą przemocy słownej. Niektóre z kobiet zapamiętały te słowa na długo i jeszcze wypełniając ankietę czy udzielając wywiadu budziły one w nich silne i trudne emocje. Zdarzało się, że kobiety słyszały krzywdzące komentarze o brodawkach jeszcze przed pierwszym przystawieniem dziecka do piersi (które powinno odbyć się w kontakcie „skóra do skóry”, na co zwrócimy uwagę w dalszej części). Zdarzało się, że kobietom naciskano brodawki obserwując czy popłynie mleko i komentowano ilość mleka, pomimo że **takie działanie nie stanowi podstawy do oceny ilości mleka czy efektywności karmienia piersią**. Ewentualne sprawdzenie wpływu pokarmu powinno być odpowiednio zakomunikowane i poprzedzone każdorazową zgodą pacjentki na dotknięcie brodawek. Wartość w takim sprawdzaniu wpływu pokarmu widzimy **wyłącznie wtedy, gdy jest to okazja do nauczenia kobiety samodzielnego powodowania takiego wpływu, a co za tym idzie do udzielenia jej instruktażu, jak odciągać pokarm ręcznie**, czyli bez używania przyrządów do odciągania.



Ręczne odciąganie pokarmu jest ważną i podstawową umiejętnością, która jest wskazywana jako **podstawowa** metoda odciągania mleka przez światowe autorytety^{313, 314}, a która wg SOOO powinna być opanowana przez kobiety dzięki instruktażowi udzielonemu przez personel medyczny szpitala. Umiejętność ta może być pomocna kobiecie w sytuacjach codziennej opieki nad dzieckiem, w razie trudności z karmieniem piersią, ale też w sytuacjach klęsk żywiołowych, gdyż nie wymaga sprzętu, wody ani prądu. Pomimo że, jak wskazałyśmy wyżej, wielu kobietom dotykano piersi/brodawek, to **87,6% kobiet będących pod opieką szpitalną nie zostało poinstruowanych jak pozyskiwać pokarm ręcznie** (Ryc. 3.13.). Nadzieję jednak budzą te historie, w których odnoszono się do kobiet z empatią i wyczuciem, w których informowano kobiety o fizjologii laktacji w pierwszych dniach po porodzie, pokazywano, że kobieta ma siarę (tzw. pierwsze mleko) po porodzie i instruowano, jak odciągać mleko ręcznie. To w tych przykładach należy upatrywać wzorców pracy z kobietami po porodzie.

W pierwszych dobach po porodzie w piersiach znajduje się siara, która ma wyjątkowe właściwości immunomodulacyjne, przeciwzapalne, odżywcze³¹⁵. Jest to pokarm szczególnie istotny z punktu widzenia zdrowia dziecka. Siary jest fizjologicznie „mało”, dzięki czemu dziecko może nauczyć się koordynacji oddychania, ssania i połykania na relatywnie miękkiej (nieprzepełnionej mlekiem) piersi. Pierwsze karmienie piersią powinno odbyć się w nieprzerwanym, najlepiej dwugodzinnym kontakcie „skóra do skóry”, który jest istotny z punktu widzenia inicjacji laktacji³¹⁶, ma wpływ na prawidłowe kształtowanie mikrobiomu dziecka i daje matce i dziecku wiele innych korzyści. W powodzeniu karmienia piersią bardzo ważny jest czas bezpośrednio po urodzeniu dziecka, a wczesna inicjacja laktacji przyczynia się do zmniejszenia występowania problemów laktacyjnych w późniejszym czasie. Pomimo całej wiedzy o korzyściach z kontaktu SDS, jaką współcześnie posiadamy, zaobserwowałyśmy w wyniku monitoringu pojawiające się lekceważenie tego tak ważnego

³¹³ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative standards*, 2017, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-Standards.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³¹⁴ CDC, *Hand Expression*, 2023, <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html> [dostęp: 30.11.2023]

³¹⁵ Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria 2014*, T. 11., s. 26., https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³¹⁶ WHO, *Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed*, 2020 <https://who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed> [dostęp: 30.11.2023]



czasu. Wciąż przez nieuzasadnione wykonywanie różnych procedur bywa, że kobietom odbierana jest możliwość optymalnej inicjacji karmienia piersią w kontakcie SDS. Czasem brak takiego kontaktu lub jego przerwanie wynikały właśnie z priorytetowego podejścia personelu medycznego do takich czynności, jak pomiary ciała dziecka. Zdarzało się, że po tych czynnościach dziecko wracało do matki już ubrane.

Niestety u **jednej na trzy kobiety (31,9% ankietowanych, które rodziły w szpitalu) nie zapewniono pełnego (czyli nieprzerwanego i dwugodzinnego) kontaktu SDS z powodu wykonywania procedur niewynikających z zagrożenia życia matki lub dziecka ani ich złego stanu ogólnego, czyli: ważenia, mierzenia czy ubrania noworodka, w tym z przyczyn organizacyjnych placówki** (Ryc. 3.8.). Kolejne 12,1% kobiet uznało, że rozdzielenie z dzieckiem nastąpiło bez podawania wskazań medycznych lub ze wskazań dla nich niezrozumiałych, a były to: rodzenie łożyska, szycie krocza, zabranie na dogrzanie, umycie, czynności pielęgnacyjne, neonatologiczne badanie noworodka, sam fakt porodu drogą cięcia cesarskiego i in. Z naszych danych wynika, że **przez nieuzasadnione wykonywanie różnych procedur prawie połowie kobiet (łącznie 44,0%) odebrana została możliwość optymalnej inicjacji laktacji. Takie postępowanie zwiększa ryzyko problemów laktacyjnych.** Kobiety wskazywały również, że nie zawsze podczas kontaktu SDS personel był obecny, przez co zdarzało się, że pierwsze karmienie piersią nie zostało zainicjowane w tym czasie. Personel powinien udzielić uważnego i należytego wsparcia w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi. Ponadto już na etapie obserwacji kontaktu SDS personel może określić gotowość dziecka do ssania i zauważyć ew. trudności po stronie dziecka. Z uzyskanych przez nas danych wynika, że zdarzało się, iż przez nieobecność personelu takie trudności nie były wychwycone na tak wczesnym etapie. W 20,4% przypadków kobiety zostały rozdzielone z dziećmi ze zrozumiałych dla nich powodów medycznych, zaś **35,5% kobiet wskazało, że miało pełen kontakt SDS** (Ryc. 3.8.). **Sądzimy jednak, że to wciąż zbyt mało, porównując chociażby liczbę dzieci, które urodziły się bez trudności zdrowotnych (wspomniane 83,4% dzieci).**

Przy wysokich wskaźnikach porodów drogą cięcia cesarskiego (prawie połowa kobiet – 44,6%) należy zwrócić również baczną uwagę na umożliwienie kobietom po tej operacji jak najszybszego i jak najpełniejszego kontaktu SDS. Niestety część kobiet po porodzie drogą cięcia cesarskiego wskazywało, że doświadczały nieadekwatnych do stanu ich i ich dziecka ograniczeń związanych z kontaktem „skóra do skóry”. Wydaje się, że w Polsce kontakt SDS od razu po urodzeniu jeszcze na sali operacyjnej jest niezmiernie rzadki, ale jak wiemy nie niemożliwy, jak wskazują pojedyncze przykłady w niniejszym raporcie. Stoimy na stanowisku, że do takiego kontaktu SDS, jeszcze podczas zszywania powłok brzusznych, gdy dziecko



leży na klatce piersiowej/piersiach matki, powinniśmy dążyć. Czasami zdarza się, że dziecko przekazywane jest do kangurowania osobie bliskiej na czas dokończenia operacji, choć wciąż nie jest to standardowa procedura. Jednak wciąż zdarza się, że kontakt SDS nie jest zapewniony nawet na sali pooperacyjnej, a **bywa, że rutynowo (czyli nawet wówczas, gdy nie było zagrożenia życia matki ani dziecka) dzieci po porodzie drogą cięcia cesarskiego są przekazywane matce dopiero po jej pionizacji lub następnego dnia rano**. Takie rutynowe podejście jest naszym zdaniem niedopuszczalne, gdyż łamie prawo kobiet i dzieci do przebywania przez całą dobę razem w tzw. systemie „matka z dzieckiem”, a przypomnijmy, że zapisy S000 nie rozgraniczają tego prawa w zależności od rodzaju porodu (zob. podrozdział 3.2.3. *Przebywanie matki i noworodka razem po porodzie*). Każda sytuacja kobiety po cięciu cesarskim powinna być rozpatrywana indywidualnie, uwzględniając potrzeby i stan zdrowia pacjentki, z jednoczesną z uwagą i priorytetem na zapewnienie ciągłego przebywania matki i dziecka razem i umożliwienia matce karmienia piersią. Ponadto zdarzało się wśród personelu przekonanie, że po cesarskim cięciu »nie ma« mleka, co bywało usprawiedliwieniem, jak wskazały ankietowane braku udzielenia pomocy w inicjacji karmienia piersią i jego kontynuowaniu i powodowało szkodliwą ingerencję w proces karmienia poprzez nieuzasadnioną interwencję medyczną w postaci dokarmiania mieszanką dzieci w czasie, w którym były oddzielone od matki (w szczególności w nocy). Tymczasem, personel powinien udzielić kobiecie po cięciu cesarskim wsparcia i pomocy w przystawianiu dziecka do piersi (odnotowałyśmy w raporcie pozytywne przykłady również takiego postępowania).

Podkreślamy, że: 1) zagwarantowanie matkom i noworodkom pełnego, nieprzerwanego, dwugodzinnego kontaktu „skóra do skóry” po porodzie (a w przypadkach zagrożenia życia matki lub dziecka jak najszybciej, kiedy to możliwe) oraz wsparcie matek w rozpoczęciu karmienia piersią; a także 2) umożliwienie matkom i noworodkom przebywania razem przez całą dobę – to praktyki (wymieniane odpowiednio jako 4. i 7. w „10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią” wdrażanych w inicjatywie „Szpital Przyjazny Dziecku”, a także zawarte w S000), które wyeliminowałyby część pojawiających się problemów laktacyjnych w początkowym okresie po porodzie. Duży wpływ ma tutaj świadomość personelu medycznego dotycząca znaczenia kontaktu SDS matki z dzieckiem bezpośrednio po porodzie, którą, jak pokazuje nasz raport, należy systematycznie zwiększać (zobacz również podrozdział 3.2.2. *Kontakt skóra do skóry*).

Wielu kobietom, które wzięły udział w monitoringu, a które miały trudności z karmieniem lub były oddzielone od dziecka, **nie zaoferowano wbrew S000 pomocy mającej na celu skuteczne nakarmienie dziecka piersią lub odciągniętym mlekiem matki**, tylko od razu



zaproponowano mieszankę. Zgodnie z S000, a także z opisywaną inicjatywą „Szpital Przyjazny Dziecku” w przypadku zdiagnozowania nieskutecznego karmienia piersią należy:

- 1) wdrożyć postępowanie w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki bezpośrednio z piersi;
- 2) w następnej kolejności odciągniętym mlekiem matki;
- 3) dobór metody dokarmiania mlekiem matki powinien uwzględniać najnowszą wiedzę o zmniejszeniu ryzyka trudności ze ssaniem;
- 4) postępowanie winno być odnotowane w dokumentacji medycznej. Należy podkreślić, że nie chodzi tu o całkowitą eliminację stosowania mieszanek, w sytuacjach które tego faktycznie wymagają, a jedynie o unikanie wprowadzania żywienia sztucznego w przypadkach, w których rzetelna pomoc laktacyjna wystarczyłaby do podjęcia skutecznego karmienia piersią lub mlekiem matki. Pomimo tego zdarzało się, że z pominięciem ww. kroków personel oceniał, że kobiety miały za mało mleka. Wywierano presję na kobietach, aby dokarmiły noworodka mieszanką, podając jako argument płacz dziecka, „głód” dziecka, czy wręcz straszono kobiety, że „zagłodzą” dziecko lub że nie wyjdą ze szpitala, jeśli nie przybierze ono na wadze, co miało być równoznaczne z koniecznością podania mieszanki. Bywało, że personelowi medycznemu łatwiej było zalecić podanie mieszanki dziecku z żółtaczką, niż pomóc skutecznie karmić je piersią lub mlekiem matki, mimo że aktualne zalecenia wskazują, iż ważne jest jak najczęstsze karmienie dziecka piersią, a skuteczne pobieranie pokarmu matki jest kluczowe dla szybkiego wydalania bilirubiny przez noworodka (zob. podrozdział 3.2.8 *Postępowanie w przypadku nieskutecznego karmienia*). Zdarzało się, że personel medyczny proponował podanie noworodkom smoczków lub sam je podawał, co jest niewskazane w okresie stabilizacji laktacji i łamie S000 (zob. podrozdział 3.2.10.).

Brakowało tego, aby ocena jamy ustnej i diagnoza umiejętności ssania odbywała się u każdego dziecka. Niektóre kobiety biorące udział w ankiecie, mierzące się z trudnościami w karmieniu piersią, deklarowały, że wskazanie przyczyn problemów laktacyjnych po stronie dziecka następowało zbyt późno (nawet kilka miesięcy po porodzie), a wiele osób mających kontakt z dzieckiem i matką na wcześniejszych etapach opieki medycznej, nie zwróciło uwagi na budowę jamy ustnej (w szczególności zbyt krótkich wędzidełek). 33,2% kobiet wskazało, że w szpitalu nie dokonano oceny umiejętności ssania, zaś 12,7% nie pamiętało, czy taka ocena była dokonana (Ryc. 3.12.). Wypowiedzi i historie kobiet wskazują, że nie wszystkim noworodkom bada się jamę ustną pod kątem jej budowy czy trudności ze ssaniem, podczas gdy taka wiedza pozwoliłaby zarówno kobietom, jak i personelowi medycznemu zawczasu ustalić podejście do rozwiązywania ewentualnych trudności z karmieniem piersią, jak również skierować dziecko do dalszej diagnozy specjalistycznej (konieczne jest określenie takiej ścieżki). Również zrozumienie tego, że ewentualne problemy



mogą w dużej mierze wynikać z problemów po stronie dziecka (a nie z tego, że kobieta „nie ma” mleka lub „nie potrafi” karmić piersią), mogłoby zwiększyć zaufanie kobiet do samych siebie w kwestii możliwości wykarmienia swojego dziecka. **Rekomendujemy opracowanie protokołu mającego na celu ocenę m.in. budowy jamy ustnej noworodka i odruchów reakcji oralnych** (lub przyjęcie istniejącego „Protokołu oceny umiejętności ssania piersi”, na który powoływałyśmy się w podrozdziale 3.2.7. *Ocena umiejętności ssania i efektywności pobierania pokarmu*) i **zawarcie w SOO obowiązku jego stosowania**. Taki protokół obowiązywałby w szpitalach w całej Polsce, tak aby każda matka wychodząc ze szpitala знаła taką ocenę (na zasadzie popularności oceny w skali Apgar, którą, jak sądzimy, każdy rodzic łatwo zapamiętuje). Na tej podstawie dziecko byłoby, w razie takiej potrzeby, kierowane do dalszej diagnostyki. W związku z tym pożądanym będzie również przeszkolenie w tym zakresie osób z personelu diagnozujących dziecko w tym obszarze.

Bywa również, że brakuje podstawowej oceny wskaźników skutecznego karmienia (które opierają się na ocenie liczby karmień, stolców i mikcji na dobę, czasu trwania i rytmu odgłosu połykania podczas karmienia, przyrostu masy ciała, z uwzględnieniem fizjologicznego spadku wagi u noworodka po porodzie). Stoimy na stanowisku, że cały personel szpitala powinien mieć wiedzę o laktacji, aby przede wszystkim nie szkodzić i nie popełniać podstawowych błędów, aby mógł udzielić kobietom przynajmniej podstawowej pomocy w karmieniu piersią, czyli ocenić wskaźniki skutecznego karmienia, dać wskazówki odnośnie do przystawiania dziecka do piersi, przekazać podstawowe fakty o laktacji oraz rozwiązać podstawowe problemy laktacyjne. Osoby, które szkolą się dodatkowo z poradnictwa laktacyjnego (nazywane najczęściej doradczyniami laktacyjnymi lub położnymi laktacyjnymi, które w praktyce, najczęściej we własnym zakresie, zdobyły certyfikaty: doradczyni laktacyjnej CDL lub międzynarodowy certyfikat konsultantki laktacyjnej IBCLC albo ukończyły kurs edukatorki ds. laktacji) powinny być delegowane do rozwiązywania problemów wymagających pogłębionej wiedzy (czyli na tzw. III poziomie wiedzy o laktacji, opisywanym w podrozdziale 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce*). Zaobserwowałyśmy jednak, że jeśli pomoc w karmieniu piersią była udzielana przez personel medyczny szpitali, wsparcie to było bardzo niejednolite. Kobiety odpowiadały na pytanie o to, czy otrzymały pomoc personelu medycznego lub wskazówki w karmieniu piersią lub mlekiem odciągniętym z piersi. **Tylko 16,0% z nich wskazało, że w tym zakresie pomoc oferował cały sprawujący opiekę personel**. W 34,5% przypadków pomoc była dostępna, ale w zależności od zmiany personelu (czyli nie wszyscy tej pomocy udzielili). Zaś w przypadku 19,2% kobiet personel kierował je do osoby „od laktacji”, która tej pomocy udzieliła (Ryc. 3.11.). Kobiety wskazywały z jednej strony na to, że pomoc osoby „od laktacji” była fachowa, a z drugiej strony



doskwierał im brak dostępności doradczyń laktacyjnych/położnych laktacyjnych wieczorami i w weekendy, czyli poza ich standardowymi godzinami pracy (najczęściej bez trybu zmianowego) lub na ograniczoną ilość czasu, jaką mogły poświęcić pacjentce. Bywało także, iż kompetencje osób „od laktacji” były podważane przez pozostały personel. Zdarzało się, że fakt zatrudnienia takiej osoby wpływał na postawę pozostałego personelu, który nie czuł się odpowiedzialny za pomoc przy karmieniu piersią i jej nie udzielał. Problemy laktacyjne nie są problemami, z którymi można poczekać kilka dni. Szybka interwencja jest kluczowa zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Ostatecznie **aż 30,3% kobiet odpowiedziało, że nie otrzymało żadnej pomocy ani wskazówek w karmieniu piersią** (Ryc. 3.11.).

Jedną z najważniejszych kwestii związanych z poprawą opieki laktacyjnej jest zapewnienie personelowi medycznemu szpitala kształcenia dającego stosowne kwalifikacje i wiedzę pozwalającą na wsparcie laktacyjne kobiet po porodzie w szpitalu. Regularne kształcenie się całego personelu oddziałów położniczych i neonatologicznych jest wymogiem zdobycia i utrzymywania przez szpital certyfikatu „Szpital Przyjazny Dziecku”. Jednocześnie istotne jest zwiększenie na oddziałach dostępu do osób, które szkolą się dodatkowo z poradnictwa laktacyjnego i mogłyby swój czas poświęcać bardziej złożonym problemom laktacyjnym, czy współtworzyć wewnętrzne procedury szpitalne mające na celu zadbanie o jak najwyższy odsetek matek karmiących wyłącznie piersią w szpitalach. Jednak wydaje się, że nie jest to możliwe bez rozwiązań systemowych pozwalających na usankcjonowanie zatrudnienia o takim charakterze (również refundacji takich świadczeń), przy jednoczesnym jasnym określeniu kwalifikacji osób, które potocznie nazywane są doradczyniami laktacyjnymi lub położnymi laktacyjnymi. W ramach szpitalnego systemu utworzono stanowisko edukatorki ds. laktacji, na którym mogą pracować położne, które ukończyły odpowiedni kurs, jednak wciąż nie uwzględnia się w strukturze zatrudnienia osób szkolących się na specjalistycznych kursach, np. wspomnianych osób z międzynarodowym certyfikatem konsultanta laktacyjnego IBCLC (w wielu krajach uznawanego jako zawód), czy polskim certyfikatem doradczynie laktacyjnej CDL. Również w tym obszarze **rekomendujemy zmiany, aby wymagające szczególnej uwagi i specjalistycznej wiedzy problemy laktacyjne mogły być rozwiązywane i aby specjalistyczne doradztwo laktacyjne mogło zaistnieć w systemie**. Zmiany są również potrzebne na samym etapie kształcenia personelu medycznego (na studiach), gdzie można by było stworzyć ścieżkę kształcenia specjalistycznego. Co jeszcze wskazuje na to, że jest to tak istotne?

Nasz monitoring pokazuje, że **połowa noworodków (50,6%) była dokarmiana mieszanką w szpitalach** (Ryc. 3.15.), **z czego 9 na 10 dzieci (90,4% spośród tych, które zostały dokarmione lub były dokarmiane) otrzymało mieszankę już w pierwszej lub w drugiej dobie**



życia (Ryc. 3.18.), czyli w newralgicznym czasie – z punktu widzenia nauki ssania piersi przez dziecko i stymulacji laktacji wtedy, gdy w piersiach jest wciąż cenna siara. 8,8% dzieci było karmionych w szpitalu wyłącznie mieszanką (Ryc. 3.17.), a przypomnijmy, że do wypełnienia ankiety zaprosiliśmy kobiety, które chciały karmić piersią. Czy rzeczywiście aż w tylu przypadkach podanie mieszanki było uzasadnione? Historie kobiet pokazują, że nie. Przekazane przez kobiety informacje świadczą, o tym że **zdarzało się dokarmianie bezpodstawne, bez wskazań medycznych, bez zlecenia lekarskiego. Zdarzało się, że odbywało się z inicjatywy położnych lub pielęgniarek po to, aby kobieta „odpoczęła”, a czasem nawet bez zgody czy świadomości matki.** Niejednokrotnie bywało, że uniknięcie bezpodstawnego dokarmiania wymagało od kobiet dużej wiedzy (jeśli udało im się pozyskać ją przed porodem, np. same monitorowały wskaźniki skutecznego karmienia), a czasem po prostu asertywności (kiedy musiały stanowczo wrazić sprzeciw przeciw rutynowemu dokarmianiu podczas badań czy czynności pielęgnacyjnych nad dzieckiem). Nawet jeśli kobiety same zabiegały o dokarmienie dziecka mieszanką, to często były to decyzje podyktowane brakiem wsparcia ze strony personelu. Zdarzało się, że dokarmianie mieszanką nie było odnotowywane w dokumentacji medycznej, co rodzi ryzyko zaburzenia statystyk dokarmiania w danym szpitalu, a **zgodnie z S000 szpitale powinny monitorować wskaźniki opieki okołoporodowej, kierując się ograniczaniem interwencji medycznych, a jedną z nich jest właśnie podanie mieszanki.** Stoimy na stanowisku, że taki monitoring pod kątem ilości i zasadności dokarmiania noworodków mieszanką powinien być zewnętrzny i centralny, a kontrole powinny być przeprowadzane regularnie. Apelujemy także o podjęcie dyskusji na temat sposobów realnego egzekwowania S000 i ewentualne zmiany legislacyjne w tym zakresie.

Nasz monitoring pokazuje, że często to niewłaściwa opieka w szpitalu staje się kolejnym ogniwem pogłębiania, a czasem nawet przyczyną powstawania problemów laktacyjnych. Okazało się, że poziom dokarmiania dzieci mieszanką był na zbliżonym poziomie niezależnie od stopnia referencyjności szpitala (47,3% – dla szpitali o I stopniu referencyjności, 54,1% – dla szpitali o II stopniu referencyjności oraz 50,3% – dla szpitali o III stopniu referencyjności, zob. Ryc. 3.22.). Z naszych danych wynika również, że częściej dokarmiane mieszanką w szpitalach były dzieci urodzone przez cięcie cesarskie (63,1% dzieci urodzonych przez cesarskie cięcie zostało dokarmionych, podczas gdy pośród dzieci urodzonych drogami natury – 47,7%, zaś siłami natury 29,2% dzieci, zob. Ryc. 3.19.) oraz te, które urodziły się z trudnościami zdrowotnymi (65,5% dzieci z trudnościami zostało dokarmionych, podczas gdy pośród dzieci, które urodziły się bez trudności dokarmiono 47,5%, zob. Ryc. 3.21.) lub przedwcześnie (61,5% wcześniaków zostało dokarmionych,



podczas gdy pośród dzieci urodzonych o czasie dokarmiono 49,4%, zob. Ryc. 3.20.). Działo się tak, pomimo że żywienie sztuczne stanowi szczególne ryzyko pogłębienia problemów zdrowotnych u dzieci w powyższych grupach. Pokarm kobiecy posiada udowodniony wpływ na zmniejszanie ryzyka wystąpienia martwiczego zapalenia jelit o 50%, a martwiczego zapalenia jelit wymagającego leczenia chirurgicznego o 90%, czyli choroby dotykającej szczególnie wcześniaki³¹⁷. Wartość profilaktyczna, terapeutyczna i zdrowotna mleka matki wciąż nie jest należycie doceniana i zdarza się, że decydują o tym niestety: względy organizacyjne placówki, zasoby personelu, uprzedzenia osobiste, brak wiedzy na temat roli mleka kobiecego w żywieniu noworodka oraz o ryzyku związanym z karmieniem sztucznym. Nie bez znaczenia są również działania marketingowe podejmowane przez producentów lub dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich (o czym w dalszej części podsumowania i wniosków). Opieka laktacyjna w szpitalach z pewnością wymaga zmian.

W przypadku dzieci urodzonych z trudnościami, przedwcześnie i chorych zaobserwowałyśmy również niepokojące zjawiska. Zdarza się, że matki tych dzieci w sytuacji oddzielenia nie zawsze otrzymują należyte wsparcie w pozyskaniu siary i stymulacji laktacji. Niestety nawet wtedy, gdy kobiety odciążały siarę/mleko zdarzało się, że pozyskiwane ilości były wyśmiewane albo i tak ostatecznie podawano dziecku mieszankę. Zdarzał się brak dostępności do laktatora na oddziale, pomimo że w SOOO zawarto obowiązek zapewnienia sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego każdej potrzebującej matce. Dzieci chore i przedwcześnie urodzone mają ograniczony dostęp do mleka kobiecego od dawczyń z Banku Mleka Kobiecego, pomimo że jest to mleko dedykowane dla tych dzieci.

W odniesieniu do dzieci urodzonych przedwcześnie i skrajnie przedwcześnie odnotowałyśmy, że tylko 8,5% z nich otrzymało mleko z BMK (1,6% spośród wszystkich dzieci będących pod opieką szpitalną po porodzie, zob. Ryc. 3.17.), a jest ono drugim rekomendowanym sposobem karmienia po karmieniu mlekiem własnej matki. Zdarza się, że podczas pobytu dziecka urodzonego przedwcześnie lub chorego na innym oddziale (najczęściej intensywnej terapii noworodka) personel nie zapoczątkowuje przystawiania dziecka do piersi, czy wręcz zakazuje podejmowania prób czy karmienia bezpośrednio z piersi, jak również nie wspiera bliskiego kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry”, czy tzw. kangurowania. Zdarza się, że łamane jest prawo dostępu kobiet do przedwcześnie

³¹⁷ Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka urodzonego przedwcześnie i jego matki*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, s. 22, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCIE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



urodzonych lub chorych noworodków, zarówno kiedy jeszcze kobiety przebywają w szpitalu, jak i po ich wypisie lub po przewiezieniu dziecka do innego szpitala. Bywa, że rola rodziców w opiece nad tymi dziećmi jest marginalizowana, a wręcz zachęca się kobiety do jak najszybszego wypisu wkrótce po porodzie i opuszczenia placówki, w której nadal przebywa dziecko. Noworodek, jak każdy inny pacjent, ma prawo do tzw. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli nieprzerwanej opieki, którą może sprawować osoba bliska, w tym przede wszystkim matka. To prawo bywało łamane.

Jak wskazują wyniki naszego monitoringu, problemy, które mogą prowadzić ostatecznie do przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią, pojawiają się niejednokrotnie jeszcze w czasie pobytu kobiety i dziecka na oddziale położniczym czy neonatologicznym. Wczesne wsparcie i rozwiązywanie problemów na bieżąco byłoby niewątpliwie czynnikiem zwiększającym odsetek dzieci karmionych piersią. Dyrektorzy placówek muszą mieć jednak wiedzę, możliwości i środki, aby wprowadzać zmiany, a to wymaga na pewno, przynajmniej na początkowym etapie wdrażania wszystkich koniecznych procedur, więcej pracy i uwagi personelu medycznego. Procesy te szczegółowo zostały opisane w światowych dokumentach, takich jak wielokrotnie wspomnianą inicjatywą „Szpital Przyjazny Dziecku”. Uzyskanie przez szpital takiego certyfikatu jest dobrowolne, a wymaga dodatkowych środków, zasobów osobowych i nakładów finansowych od szpitala, który do tej inicjatywy przystępuje. Zachętą do uzyskania certyfikatu mogłoby być zwiększenie wartości świadczeń dla szpitali posiadających ten certyfikat, jednak należałoby wówczas przeprowadzać regularne monitoringi w placówkach. **Postulujemy o wzmocnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”, przeznaczenie na jej wdrażanie adekwatnych środków finansowych i organizacyjnych i pełne jej zintegrowanie z systemem opieki zdrowotnej (objęcie nią co najmniej wszystkich szpitali z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi).** Zachętą do zachowywania jak najlepszych praktyk wspierania karmienia naturalnego mogłyby być również wyższe stawki refundacji świadczeń dla szpitali, które zachowują niskie wskaźniki interwencji medycznych w postaci podania mieszanki, jednak znów warunkiem koniecznym jest centralny i regularny monitoring placówek pod kątem dokarmiania noworodków mieszanką oraz regularnie przeprowadzane kontrole. Apelujemy o przyjrzenie się ww. tematom i podjęcie realnych działań w tym zakresie.



OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ

Opieka w szpitalu po porodzie ma wpływ na karmienie piersią i może zdecydować o jego powodzeniu, jednak nie należy zapominać o wspieraniu kobiet i dzieci opuszczających oddziały położnicze i neonatologiczne. Jak wskazuje nasz monitoring, zdarza się, że kobiety wychodząc ze szpitala pilnie potrzebują pomocy w karmieniu piersią. Problemy laktacyjne mogą pojawić się lub nasilić także w późniejszym czasie. Opieka położnej środowiskowo-rodzinnej to jeden z ważniejszych elementów w kontekście opieki laktacyjnej, gdyż porada laktacyjna zdefiniowana jest w zakresie obowiązków właśnie położnych POZ (w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej). Takiej porady położna środowiskowo-rodzinna może udzielić podczas wizyt patronażowych w miejscu zamieszkania matki i dziecka, ale również ambulatoryjnie przez cały okres laktacji kobiety, na co również wskazuje S000. Oznacza to, że położne środowiskowo-rodzinne są osobami „pierwszego kontaktu” w kontekście problemów laktacyjnych, a ich pomoc może mieć kolosalne znaczenie dla kontynuowania karmienia piersią i rozwiązania ewentualnych problemów na każdym etapie karmienia. Jednocześnie opieka laktacyjna nie jest jedynym zadaniem położnej środowiskowo-rodzinnej, a jedynie częścią jej obowiązków. Z jednej strony, w naszym monitoringu przyjrzałyśmy się ogólnie dostępności opieki położnej środowiskowo-rodzinnej. Z drugiej strony, monitoring dostarczył nam wiele danych co do jakości opieki laktacyjnej świadczonej przez położne POZ.

W części dot. edukacji przedporodowej wspomnieliśmy, że kobieta w ciąży może uczęszczać na taką edukację do położnej środowiskowo-rodzinnej. Poznanie swojej położnej na tym etapie ma duże znaczenie, co pokazują historie kobiet, które odbyły rzetelną edukację o kamieniu piersią i nawiązały relację z położnymi POZ przez porodem. Kobiety te czuły pewność, że położna będzie w stanie pomóc w trudnościach z karmieniem piersią już po porodzie, gdy wrócą do domu ze szpitala. W naszym raporcie pokazujemy historie kobiet, dla których szybka interwencja położnej była kluczowa w rozwiązaniu problemów laktacyjnych. W tych historiach duże znaczenie miał fakt szybkiego poinformowania położnej o wyjściu ze szpitala, często przez samą kobietę, co było możliwe właśnie dzięki poznaniu jej już na etapie ciąży i na przykład umówieniu się z położną na taką formę kontaktu. Warto jednak odnotować, że szpital ma obowiązek w dniu wypisu poinformować położną POZ o wyjściu matki i dziecka ze szpitala i to po stronie położnej leży skontaktowanie się z matką i umówienie się na pierwszą wizytę patronażową w ciągu 48h. Odnotowałyśmy jednak pewne mankamenty systemowe wokół realizacji pierwszej wizyty patronażowej, z którymi stykają



się położne środowiskowo-rodzinne, a konsekwencje tego odczuwają same kobiety i ich dzieci. Jednym z nich jest fakt, że nie zawsze szpitale dopełniają obowiązku informowania położnej środowiskowo-rodzinnej o wyjściu matki i dziecka w dniu wypisu i informację tę przekazują później, a nawet zdarza się, że nie przekazują jej wcale. **Konieczny jest monitoring szpitali pod kątem sprawności przekazywania informacji o wypisie matki i dziecka ze szpitala i być może wdrożenie rozwiązań, które usprawniłyby taką komunikację.** W szczególnie trudnej sytuacji są kobiety, które rodzą przed weekendem czy świętami, gdyż godziny pracy położnej środowiskowo-rodzinnej obejmują wyłącznie dni powszednie, a kiedy nałoży się jeszcze na to opóźnienie powiadomienia ze strony szpitala, to pierwsze wizyta może odbyć się zbyt późno z punktu widzenia pomocy w laktacji. Pomocne byłoby zatem dokonanie takich zmian, które umożliwiłyby pracę położnym w niestandardowym czasie pracy.

Kolejnym mankamentem jest to, że dokumenty nie precyzują, co w sytuacji, gdy szpital opuszcza sama matka, a dziecko jest nadal hospitalizowane. Kobiety w takiej sytuacji mogą szczególnie potrzebować skorzystać z porady laktacyjnej (choćby w kwestii stymulacji laktacji, przechowywania pokarmu, w razie problemów ze stanem brodawek/piersi itd.). Problemem jest fakt, że wizyty patronażowe zostały w dokumentach płatnika świadczeń, czyli NFZ, zdefiniowane jako wizyty tylko u dziecka i tylko wówczas są rozliczane jako osobne świadczenie. Pomimo że w S000 nakłada się na położne obowiązek przeprowadzenia również badania kobiety w położu to w praktyce większość takich wizyt u samej kobiety się nie odbywa (choć podajemy również przykłady, gdy takie wizyty miały miejsce i były kobietom potrzebne). W związku z tym **postulujemy wyodrębnienie oddzielnie finansowanej wizyty położniczej u kobiety w położu od wizyty u noworodka, aby kobiety, które wyjdą ze szpitala bez dziecka mogły otrzymywać realną pomoc ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej.** W związku z hospitalizacją dziecka odnotowałyśmy jeszcze jeden problem. Zdarza się, że hospitalizowane dłużej dzieci chore i przedwcześnie urodzone (w szczególności skrajnie przedwcześnie), są wypisywane do domu po czasie przysługiwania im wizyt patronażowych, co w praktyce sprawia, że wizyty te nie są realizowane, a kobiety i dzieci pozostają bez opieki położnej środowiskowo-rodzinnej. W tym obszarze również widzimy **konieczność wypracowania rozwiązań, które pozwolą na realne odbywanie się wizyt patronażowych u dłużej hospitalizowanych dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych.** Propozycją rozwiązania może być zmiana przysługiwania wizyt patronażowych zamiast do konkretnego wieku dziecka, to od momentu wyjścia dziecka ze szpitala. Taka zmiana zapewne musiałaby wiązać się również z wydłużeniem czasu opieki położnej środowiskowej nad dzieckiem. Obecnie zgodnie z S000 od 8 tygodnia



życia dziecka opiekę nad nim przejmuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak przepisy w tej kwestii nie są jednolite, gdyż w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wskazano, że wizyty patronażowe położnej środowiskowo-rodzinnej odbywają się w 1-6 tygodniu życia dziecka.

Z pewnością należałoby ujednoczyć przepisy dot. sprawowania opieki położnej środowiskowo-rodzinnej nad dzieckiem, jednocześnie wydłużając okres opieki położnej POZ nad dzieckiem.

Podsumowując pozyskane przez nas statystyki dotyczące odbywania się pierwszej wizyty patronażowej na pewno warto podkreślić fakt, że u znacznej większości kobiet (91,4% ankietowanych) odbyła się przynajmniej jedna wizyta patronażowa. Jednak były również kobiety, u których nie odbyła się żadna wizyta (8,5% ankietowanych, zob. Ryc. 4.1.). Z kolei analizując dane dotyczące kobiet, które wyszły ze szpitala razem z dzieckiem, odnotowujemy, że dla 62,4% z nich pierwsza wizyta odbyła się w ciągu 48h od wypisu ze szpitala, ale już prawie jedna trzecia z nich (29,2%) miała tę wizytę później, a kolejne 8,4% nie miało wizyty wcale lub tego nie pamięta (Ryc. 4.5.). Z kolei u kobiet, które opuściły szpital, a ich dziecko w nim pozostało tylko w 11,0% przypadków wizyta odbyła się u kobiety przed powrotem dziecka ze szpitala. U 20,5% spośród tych kobiet pierwsza wizyta miała miejsce w ciągu 48h od powrotu dziecka ze szpitala, a u 13,7% w późniejszym terminie. Natomiast u 15,1% wizyty nie odbyły się wcale (Ryc. 4.6.). Widać więc, że w porównaniu z kobietami, które opuściły szpital razem z dziećmi, wartość ta jest wyższa.

Wspomniany całkowity brak wizyt u części kobiet uniemożliwia im i ich dzieciom korzystanie z pełnego zakresu opieki poporodowej, w tym laktacyjnej. Jest to również niezgodne z S000 i zawieranyimi przez świadczeniodawców umowami z NFZ zakładającymi 4-6 wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej w domu położnicy. W podrozdziale 4.1.1. *Dostępność wizyt patronażowych* szczegółowo podajemy, co według kobiet było przyczyną braku wizyt (Ryc. 4.3.). Czasem kobiety nie podawały żadnego powodu (10,8%), jednak jedna czwarta z nich wskazała na pandemię Covid (26,9%). Warto dodać, że w czasie pandemii nie wydano żadnych zaleceń, które zwalniałyby położne środowiskowo-rodzinne z odbywania wizyt patronażowych u pacjentki. Zdarzało się, że kobiety były proszone o przychodzenie z noworodkiem do przychodni (18,4%), a jako uzasadnienie podawano m.in. pandemię, brak wagi przenośnej, w konsekwencji konieczność ważenia dziecka w przychodni. Zdarzało się, że położna środowiskowo-rodzinna odmawiała wizyt z powodu zbyt dużej odległości do domu pacjentki (6,6%), a nawet faktu, że to kolejne dziecko kobiety i zdaniem położnej nie ma potrzeby, aby przyjeżdżała (1,9%). W tym miejscu chcemy podkreślić, że dokumenty (S000 oraz zarządzenie Prezesa NFZ określające szczegółowe warunki zawarcia i realizacji



umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej) jasno wskazują, że wizyty patronażowe położnej POZ powinny się odbywać w domu kobiety, co również z punktu widzenia opieki laktacyjnej ma ogromny sens (choćby możliwość wskazania pozycji do karmienia w środowisku w którym matka przebywa na co dzień). Poza tym pewne obowiązki położnej środowiskowo-rodzinnej poza miejscem zamieszkania pacjentki po prostu nie mogą zostać zrealizowane. Kobiety wskazywały także na to, że nikt się z nimi nie skontaktował po porodzie (9,9%) lub dziecko w okresie odbywania się wizyt przebywało jeszcze w szpitalu (1,9%) (na co też zwracaliśmy uwagę wcześniej), a czasem nie było położnej w pracy/przychodni POZ (7,1%). Niepokoi nas również fakt odmów wizyt z inicjatywy kobiet (16,5%). Niektóre z nich wskazywały, że takich wizyt nie chcą, z uwagi na negatywne doświadczenia z wizyt patronażowych u starszych dzieci. W dalszej części dokładniej omówimy zagadnienie oceniania przez kobiety samego przebiegu wizyt patronażowych, natomiast wydaje się, że gdyby opieka była świadczona na wysokim poziomie, to kobiety rzadziej rezygnowałyby z wizyt patronażowych. Według nas podawane wyżej powody sygnalizują pewne problemy systemowe.

Fakt odbycia się pierwszej wizyty nie zawsze oznaczał kontynuację wizyt. Podsumowując pozyskane dane, w tym również przypadki braku wizyt patronażowych, **niemal u połowy kobiet (45,4% ankietowanych) wizyty patronażowe NIE odbyły się w wymaganej minimalnej ilości 4 wizyt** (Ryc. 4.7.). Analizując dane podane przez kobiety, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej widzimy, że w 12,6% przypadków skończyło się na 1. wizycie, zaś 2. lub 3. wizyty odbyły się u kolejnych 27,7% kobiet (Ryc. 4.8.). Niestety bywało, że nawet ta jedna wizyta nie była poprowadzona rzetelnie. Kobiety wskazywały na pośpiech położnej środowiskowo-rodzinnej, czy ograniczenie czynności jedynie do uzupełnienia dokumentacji. Zdarzały się sugestie położnych środowiskowo-rodzinnych dotyczące tego, że kolejne wizyty są niepotrzebne. Niektórym kobietom to nie odpowiadało, ale były też kobiety takie, które godziły się na mniejszą ilość wizyt zwracając uwagę na problemy systemowe, jak zbyt mała ilość położnych w danym rejonie czy przeciążenie ilością pacjentek, do których położna musi dojechać. Odnotowaliśmy przypadki, kiedy kobiety poświadczają swoim podpisem większą ilość wizyt niż ta, która rzeczywiście się odbyła. Składanie większej ilości podpisów, czyli poświadczenie wizyt, które się jeszcze nie odbyły, rodzi pole do nadużyć, gdyż wizyty te mogą zostać zgłoszone do rozliczenia do NFZ oraz zostać zrefundowane przez NFZ, mimo że de facto się nie odbyły. Z uzyskanych w monitoringu danych wynika więc, że położne środowiskowe nie zawsze przestrzegają wyznaczonej liczby wizyt patronażowych. Podsumowując również dane pozyskane od wojewódzkich oddziałów NFZ



w sprawie ilości i wartości refundacji świadczenia wizyty patronażowej w latach 2018-2022 odnotowałyśmy, że są województwa, dla których oszacowana ilość wizyt patronażowych na urodzone dziecko, w każdym roku jest niższa niż wymagane 4 wizyty (np. woj. dolnośląskie, woj. lubelskie, woj. świętokrzyskie), a nawet niższa niż 3 wizyty (woj. mazowieckie). Natomiast najwyższą oszacowaną średnią ilość wizyt patronażowych odnotowujemy w woj. wielkopolskim (zob. podrozdział 4.1.1. Tab. 6.). W dalszej części będziemy opisywać to, jaki obraz przebiegu wizyt patronażowych wylania się z naszego monitoringu, jednak już teraz warto podkreślić, że regularne wizyty patronażowe, odbywające się w możliwej przewidywanej ilości są ważnym elementem opieki laktacyjnej. Chociażby regularne ważenie dziecka podczas tych wizyt stanowi istotną część oceny wskaźników skutecznego karmienia.

Już po samej ilości odbywających się wizyt można ocenić, że opieka położnych środowiskowo-rodzinnych jest bardzo zróżnicowana, gdyż w wyjątkowych przypadkach było tych wizyt patronażowych nawet 9 czy 10 (choć w ramach świadczeń gwarantowanych powinno się odbyć od 4 do 6). U 2,8% kobiet (spośród tych, u której położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) odbyło się powyżej 6 wizyt patronażowych, u prawie co piątej (19,6%) odbyło się ich 6, kolejne 12,3% wskazało na 5 odbytych wizyt, zaś u prawie co czwartej kobiety (24,9%) odbyły się 4 wizyty patronażowe (Ryc. 4.8.). Aby opieka położnych POZ, a co za tym idzie opieka laktacyjna przez nie realizowana, mogła być świadczona na wysokim poziomie, to wizyty patronażowe muszą się odbywać w rekomendowanej ilości. **Postulujemy monitorowanie ilości odbywających się wizyt patronażowych i apelujemy o podjęcie działań na rzecz zniwelowania odnotowanych przez nas nieprawidłowości ograniczających możliwości korzystania z wizyt patronażowych.**

Kolejnymi aspektami, na które zwracałyśmy uwagę w monitoringu były: przebieg wizyt patronażowych, w szczególności w kontekście udzielania wsparcia w karmieniu piersią oraz to, czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych kobiety mogły liczyć na dalszą opiekę laktacyjną. Jak wynika z naszego monitoringu, kobiety po porodzie wracające ze szpitala często mierzą się z różnego rodzaju problemami dotyczącymi laktacji. Co druga kobieta (52,2% spośród tych, u których położna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej) zmagająca się z trudnościami z karmieniem piersią w okresie odbywania się wizyt patronażowych (Ryc. 4.9.). Podczas tych bezpośrednich wizyt w domu matki można odnotować pojawiające się trudności i w odpowiednim czasie je wyeliminować. W SOOO zostały wymienione pewne elementy porady laktacyjnej, a mianowicie: ocena anatomii i fizjologii piersi matki, ocena jamy ustnej dziecka, ocena sposobu, techniki i przebiegu



samego karmienia, w tym umiejętności ssania i skuteczności karmienia, a także udzielanie pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją. To jak były realizowane wymienione elementy opieki laktacyjnej dokładnie zostało opisane w podrozdziale 4.1.2. *Przebieg wizyt patronażowych a wsparcie w karmieniu piersią oraz kontakt po zakończeniu wizyt*, a poniżej krótkie podsumowanie.

Tylko u niespełna połowy kobiet (49,7%) położna środowiskowo-rodzinna obejrzała/zbadła piersi, stan brodawek, u 42,5% to się nie odbyło, zaś 7,9% kobiet tego nie pamięta (Ryc. 4.10.). Niewątpliwie ocena stanu piersi i brodawek jest elementem badania przedmiotowego stanu kobiety po porodzie i powinna być wykonywana u każdej położnicy, niezależnie od tego czy karmi ona piersią, czy nie (zgodnie z S000). Badanie piersi jest również podstawą porady laktacyjnej i diagnozowania ewentualnych problemów z laktacją, gdyż ich stan (czy nie są zaczerwienione, obrzęknięte), stan i kształt brodawek (czy nie są poranione, spłaszczone po karmieniu) i in., mogą wskazywać na ewentualne nieprawidłowości w karmieniu piersią. Niestety w wielu przypadkach badanie takie nie było wykonane. Bywało, że nawet jeśli położna środowiskowo-rodzinna obejrzała piersi, to podobnie do wspomnianych sytuacji, które miały miejsce w szpitalu, zdarzało się kobietom usłyszeć niemerytoryczne, deprymujące komentarze na temat ilości mleka, czy po prostu podważające zdolność do wykarmienia dziecka, bez udzielenia żadnych wskazówek. Zdarza się więc, że oglądanie i badanie piersi nie jest równoznaczne z udzieleniem fachowej pomocy w przypadku odnotowanych problemów, a zalecenia są niezgodne z najnowszą wiedzą o laktacji i bywają szkodliwe. Choć oczywiście odnotowujemy również przypadki odmienne, kiedy kobiety otrzymywały konieczną pomoc.

Zbadanie jamy ustnej dziecka pod kątem ssania było elementem wizyt patronażowych u 38,1% kobiet. Prawie połowa (45,4%) wskazała, że takiego badania nie było, zaś 16,6% tego nie pamiętało (Ryc. 4.11.). Zdarzało się, że kobiety uzyskały skuteczne wskazówki po takiej ocenie, co poprawiło komfort karmienia piersią, dzieci innych kobiet według położnych środowiskowo-rodziny potrzebowały dalszej diagnostyki. Aby można było udzielić porady w związku z niektórymi nieprawidłowościami w obrębie jamy ustnej u dzieci, potrzebna jest specjalistyczna wiedza, której (na co wskazują wypowiedzi położnych środowiskowo-rodziny w naszym raporcie) położne nie uzyskują w trakcie kształcenia dyplomowego, tylko muszą zdobywać ją we własnym zakresie na specjalistycznych kursach z poradnictwa laktacyjnego. **Apelujemy o podjęcie działań na rzecz systematycznego pogłębiania przez położne środowiskowo-rodzinne wiedzy w omawianym zakresie, jak i stworzenie ścieżki, na którą kobiety i dzieci z problemami w obrębie jamy ustnej mogłyby być kierowane w celu dalszej specjalistycznej diagnostyki.**



Wspominaliśmy już, jak bardzo istotnym elementem porady laktacyjnej jest ważenie dziecka. Jest podstawą określania, czy dziecko przybiera na wadze, czy są prawidłowe przyrosty oraz podstawą do formułowania dalszych zaleceń. Obserwacja i określenie przyrostu masy ciała dziecka jest również zapisanym w S000 elementem wizyty patronażowej. Większość dzieci podczas wizyt patronażowych była zważona (84,5%), jednak wciąż jedno dziecko na siedem (14,8%) nie zostało zważone przez położną środowiskowo-rodzinną, a co za tym idzie nie miało określonego przyrostu lub potencjalnego spadku masy ciała (Ryc. 4.12.). Jak pisałyśmy wyżej, brak wagi przenośnej był jednym z motywów odmawiania przez położne środowiskowo-rodzinne wizyt w domu, na rzecz wizyt w gabinecie. Zdarzało się również podczas wizyt domowych określanie przyrostów „na oko”, a takie postępowanie może uspić czujność rodziców lub wprowadzić w błąd i stwarza ryzyko zdrowotne dla dziecka. Nie zawsze położne POZ podczas wizyt patronażowych mają ze sobą wagi. Uważamy, że ważenie dziecka na każdej wizycie jest bardzo ważne dla oceny wskaźników skutecznego karmienia oraz dla oceny przyrostów masy ciała dziecka.

Obejrzenie aktu karmienia to kolejny bardzo istotny element w kontekście opieki laktacyjnej. Podczas wizyt patronażowych u co piątej kobiety (21,1%) położna nie oceniła aktu karmienia (Ryc. 4.13. po prawej). Wartość ta była zbliżona niezależnie od tego, czy w danym przypadku występowały trudności w karmieniu, czy nie, co rodzi wniosek, że część położnych środowiskowo-rodziny niezależnie od okoliczności nie oglądała aktu karmienia, nie prosiła o nakarmienie dziecka w swojej obecności (Ryc. 4.14. oraz Ryc. 4.15.). Kobiety wskazywały, że zdarzało się, iż położne POZ poprzestawały na pytaniu o sposób karmienia dziecka i odnotowaniu odpowiedzi w dokumentacji. Tymczasem ocena aktu karmienia jest podstawą skutecznej porady laktacyjnej, udzielenia wskazówek, które w przypadku trudności pomogłoby uczynić karmienie piersią efektywnym. Także gdy dziecko nie jest na danym etapie karmione bezpośrednio z piersi, elementem porady laktacyjnej są z reguły próby przystawiania dziecka bezpośrednio do piersi. Czas 4-6 możliwych wizyt patronażowych nawet w takich przypadkach powinien być na tyle rozległy, aby podjąć taką próbę lub próby. Biorąc pod uwagę powyższe oraz fakt, że ankieta skierowana była do kobiet, które karmiły bądź chciały karmić piersią, a więc najpewniej oczekiwały takiej pomocy, zakładamy, że karmienie piersią w obecności położnej powinno być się odbyć w każdym przypadku, a przynajmniej położna powinna była zaproponować przystawienie dziecka do piersi. Położne środowiskowo-rodzinne, które udzieliły nam wywiadu, wskazywały, że przy rzetelnym badaniu matki i dziecka, udzieleniu porady laktacyjnej oraz wykonaniu pozostałych obowiązków czas jednej wizyty patronażowej to 1,5-2 godziny. Odnotowałyśmy, że zdarzało się, że wizyty patronażowe odbywały się w pośpiechu lub nie wystarczało czasu na



udzielenie pomocy w karmieniu piersią, np. położne skupiały się tylko na zbadaniu dziecka. Ocenę aktu karmienia wraz z jednoczesnym przekazaniem wskazówek co do karmienia piersią uzyskało 36,3% kobiet, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej (Ryc. 4.16.). Historie kobiet pokazują, że czasami pomimo zgłaszania przez nie trudności, nie otrzymały one wsparcia w karmieniu piersią od położnych środowiskowo-rodziny.

Znaczna większość kobiet (86,3% spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na przynajmniej jednej wizycie patronażowej) nie miała kontaktu osobistego z położną środowiskowo-rodzinną po zakończeniu wizyt patronażowych, choć część z nich miała kontakt telefoniczny, czy za pomocą środków elektronicznych (Ryc. 4.17.). Choć według SOOO, kobieta pozostaje pod opieką położnej środowiskowo-rodzinnej także po zakończeniu okresu wizyt patronażowych, z naszego monitoringu wynika, że w praktyce kontakt z położną często się urywa, a kobiety nie wiedzą, że mogłyby po zakończeniu wizyt patronażowych zgłosić się ze swoimi problemami, w tym w karmieniu piersią, do swojej położnej. Niektóre kobiety wskazały, że niekompetentna opieka zniechęciła je do dalszego kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną. W naszym raporcie pokazujemy również przykłady nawiązania trwałych relacji z położną, korzystania z jej pomocy w okresie całego macierzyństwa (nawet w kolejnych ciążach). Te kobiety, które miały kontakt z położną POZ po zakończeniu wizyt patronażowych zwracały się do nich w wielu problemach związanych z karmieniem piersią, np. zastoje, zapalenia piersi, grzybica brodawek, kryzysy laktacyjne, spadki masy ciała dziecka, bezpieczeństwo farmakoterapii w okresie laktacji, stymulacja laktacji (np. na czas hospitalizacji matki). Widać więc, że tych problemów, z którymi kobiety mogą się zwrócić do położnych jest wiele, a czas, w którym się to dzieje z pewnością obejmuje cały okres laktacji, która jak wiemy może trwać nawet dwa lata i dłużej (co zaleca również WHO, przy wyłącznym karmieniu piersią przez pierwsze 6 miesięcy).

Zebrane dane wskazują na to, że opieka laktacyjna położnych środowiskowo-rodziny jest mocno zróżnicowana. Poprosiliśmy kobiety o ocenę roli swojej położnej w ich laktacji i te oceny są skrajnie odmiennie (zob. podrozdział 4.2.3. *Ocena roli położnej środowiskowo-rodzinnej w całoksztalacie opieki nad laktacją*). Jak wskazują niektóre z kobiet, była to rola kluczowa w karmieniu piersią. Niektóre położne zostały nazwane „aniołami”. Dla innych kobiet położna środowiskowo-rodzinna nie odegrała żadnej roli w aspekcie karmienia piersią, na przykład wtedy, gdy nie była kompletnie nim zainteresowana i nie udzieliła wsparcia, ale też gdy to kobieta nie miała trudności w karmieniu piersią, więc takiej pomocy nie oczekiwała. W kolejnych przypadkach była to rola szkodliwa. Zdarzało się, że położne środowiskowo-rodzinne wykazywały się brakiem wiedzy i kompetencji w udzielaniu porady



laktacyjnej, czasem powielają mity laktacyjne, czyli przekonania generujące potencjalne lub realne problemy, a w konsekwencji stawały się jednym z ogniw pogłębiania problemów laktacyjnych. Położne środowiskowo-rodzinne, jak i niektóre z kobiet, odnotowują szereg problemów systemowych, które mają odzwierciedlenie w jakości poradnictwa laktacyjnego położnych, a którą to jakość niestety oceniamy jako niewystarczającą. Jakkolwiek świadczenie porad laktacyjnych przez położne środowiskowo-rodzinne jest ogromnie ważnym elementem w systemie opieki laktacyjnej, to w obecnym czasie nie jest na tyle skuteczne, aby kobiety były systemowo, rzetelnie wspierane w trudnościach laktacyjnych. **Apelujemy o wzmocnienie poradnictwa laktacyjnego położnych środowiskowo-rodzinnych, aby porady laktacyjne przez nie świadczone były na jak najwyższym poziomie.**

Jednocześnie nie należy zapominać o bardzo specyficznych trudnościach w karmieniu piersią, które mogą się pojawić i stworzeniu możliwości kierowania przez położne środowiskowo-rodzinne dzieci do dalszej diagnostyki – porady laktacyjnej na poziomie specjalistycznym, kiedy uznają, że problemy matki i dziecka w karmieniu piersią wykraczają poza ich kompetencje, ale więcej o tym napiszemy w kolejnej części podsumowania i wniosków, dotyczącej specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego oraz wsparcia niemedycegnego jako uzupełnienia opieki laktacyjnej w Polsce.

Każda kobieta ma prawo wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej i złożenia do niej imiennej deklaracji. Warto wiedzieć, że jeśli opieka położnej środowiskowo-rodzinnej z dowolnego powodu kobiecie nie odpowiada, to może ona złożyć deklarację wyboru położnej POZ u innego świadczeniodawcy, czyli w innej przychodni POZ lub u innej położnej środowiskowo-rodzinnej prowadzącej własną praktykę, która podpisała umowę z NFZ. Takiego wyboru można dokonać bezpłatnie dwa razy do roku. Odnotowałyśmy jednak, że wchodzące w 2025 r. w życie przepisy o braku możliwości złożenia osobnej deklaracji do wybranej położnej środowiskowo-rodzinnej, a co za tym idzie utracie mocy deklaracji złożonej do położnej, która nie będzie współtworzyć zespołu POZ, ograniczą prawo kobiet do swobodnego wyboru swojej położnej lub będą wiązały się z realną utratą już wybranej położnej. Jako kobiety chcemy wybierać te położne, które posiadają wiedzę i doświadczenie we wspieraniu karmienia piersią, nie będąc ograniczonymi do tego, jaka położna POZ jest zatrudniona w podmiocie, w którym przyjmuje wybrany przez nas lekarz POZ. Jednocześnie istnieje ryzyko, że wiele z położnych prowadzących aktualnie indywidualne praktyki i realizujących świadczenia na NFZ po prostu zniknie z rynku, ponieważ nie znajdą one lub nie będą chciały znaleźć zespołu POZ, który miałyby współtworzyć. Być może ich działalność pozostanie wyłącznie w sferze usług prywatnych. **Apelujemy, aby nie odbierać kobietom możliwości wyboru położnej, którą uznają za kompetentną w opiece laktacyjnej.**



Potrzebne jest umożliwienie położnym realnego sprawowania opieki laktacyjnej poprzez wyodrębnienie świadczenia porady laktacyjnej. **Apelujemy o refundację porady laktacyjnej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne (dodanie tej porady laktacyjnej do koszyka świadczeń gwarantowanych), przy jednoczesnym określeniu zakresu i zasad jej realizacji.** Proponujemy możliwość odbycia porad laktacyjnych (jako osobnego świadczenia) w całym okresie laktacji kobiety – ambulatoryjnie, a przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka u kobiety w jej domu (czyli w okresie rekomendowanego wyłącznego karmienia piersią, aby kobietom pomóc utrzymać wyłączone karmienie piersią). Jednocześnie konieczny jest monitoring jakości takich porad laktacyjnych. **Zgodnie z ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej Minister Zdrowia może określić w drodze rozporządzenia kryteria monitorowanie jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i apelujemy, aby takie kryteria powstały w obszarze poradnictwa laktacyjnego.**

Jak wspominałyśmy w raporcie, zgadzamy się z hasłem Fundacji Rodzić po Ludzku, które powstało przy okazji plebiscytu Anioły Rodzić po Ludzku z 2022 roku, że: „Położna powinna być znana”. Każda kobieta powinna znać swoją położną i mieć możliwość kontaktu z nią, ale także zawód położnej powinien być bardziej szanowany i doceniany. **Konieczna wśród kobiet, pozostałego personelu medycznego, a także społeczeństwa jest promocja wiedzy na temat roli położnej środowiskowo-rodzinnej, a w szczególności tego, że kobiety pozostają pod opieką laktacyjną swojej położnej środowiskowo-rodzinnej przez cały okres laktacji.** Naszym zdaniem taką wiedzę mogłyby otrzymać już dziewczynki w okresie dojrzewania. Promowanie wiedzy o karmieniu piersią wśród młodzieży mogłoby się odbywać dzięki wdrożeniu i refundacji świadczenia położnych środowiskowo-rodzinnych w postaci tzw. „godziny lekcyjnej z położną środowiskowo-rodzinną” w szkołach podstawowych (od siódmej klasy) i ponadpodstawowych, z uwzględnieniem m.in. informacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym oraz roli położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece laktacyjnej. Przeprowadzona przez Fundację Matecznik analiza podręczników do przedmiotu Wychowanie do życia w rodzinie oraz podstawy programowej tego przedmiotu ujawniła, że słowo „położna” nie pojawia się w nich ani razu w żadnym kontekście – ani porodu, ani edukacji przedporodowej³¹⁸. Konieczne trzeba to zmienić. Nie odnotowałyśmy również przypadków odsyłania pacjentek przez pediatrów w przychodniach POZ z problemami laktacyjnymi do położnych środowiskowo-rodzinnych, co nie znaczy, że takie sytuacje nie

³¹⁸ Fundacja Matecznik, *Dlaczego Polki potrzebują kampanii społecznej o położnych rodzinnych? Kampania społeczna o położnych*, <https://fundacjamatecznik.pl/nasze-dzialania/kampania-spoeczna-o-polozonych/> [dostęp: 30.11.2023]



mają miejsca w ogóle. Natomiast informacja o opiece laktacyjnej świadczonej przez położną POZ powinna być rozpowszechniana również wśród samego personelu medycznego (zob. podrozdział 4.3. *Opieka pediatryczna*).

Przypominamy, że Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych od lat wskazuje na braki kadrowe wśród położnych. Aby utrzymać obecny wskaźnik 5,2 pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców konieczne jest zwiększenie liczby absolwentów z ok 5,6 tys. do 10 tys. rocznie³¹⁹. Średnia wieku dla pielęgniarek to 53,2 lata, a dla położnych 51 lat. Osoby pracujące pomimo uzyskania uprawnień emerytalnych stanowią 25,8% wszystkich położnych, zaś do 2030 roku 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych³²⁰. Niewątpliwie należy podjąć systemowe kroki w celu poprawy warunków i jakości zatrudnienia całej grupy położnych, tak aby opieka nad grupą matek i dzieci na tym nie cierpiała, a kolejne kobiety chciały pracować w tym jakże potrzebnym zawodzie.

SPECJALISTYCZNE PORADNICTWO LAKTACYJNE ORAZ WSPARCIE NIEMEDYCZNE

Dostrzegamy konieczność wyodrębnienia specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego oraz jego refundacji, co potwierdzają wyniki monitoringu opisywane w poprzednich częściach podsumowania i wniosków.

Celem takiego działania miałyby być z jednej strony zwiększenie dostępności osób ze specjalistyczną wiedzą na oddziałach położniczych i neonatologicznych (lub innych oddziałach, na które te osoby mogłyby się udać w razie przebywania na nich kobiet będących w okresie laktacji), a z drugiej strony, spopularyzowanie powstawania poradni laktacyjnych/zaburzeń laktacyjnych, które jak sądzimy chętniej będą zakładane przez podmioty lecznicze dzięki możliwości refundacji świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Do takich poradni kobiety mogłyby być kierowane po porodzie, zarówno przy wypisie ze szpitala, jak i w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (przez położną środowiskowo-rodzinną i lekarza POZ), w przypadku stwierdzenia trudności wymagających

³¹⁹ NIPiP, *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarka, położna zawody deficytowe W polskim systemie ochrony zdrowia*, 2022, S.4, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/2022-04-30_Raport_NIPiP_KRAJ_Wojewodztwa-w-2.2.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³²⁰ Tamże.



specjalistycznej porady. Konieczne byłoby wypracowanie ścieżki kierowania do specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego.

W częściach podsumowania i wniosków dotyczących opieki okołoporodowej w szpitalu oraz opieki położnej środowiskowo-rodzinnej zauważyliśmy, że pomimo iż pomoc laktacyjna i opieka nad matką i dzieckiem w tym zakresie leży w gestii całego personelu medycznego oddziałów położniczych i neonatologicznych, a po opuszczeniu szpitala poradnictwo laktacyjne należy do położnych środowiskowo-rodzinnych, to ta opieka laktacyjna nie zaspokaja w pełni potrzeb kobiet karmiących piersią, a w szczególności tych zmagających się z bardziej skomplikowanymi trudnościami w karmieniu piersią lub odciągniętym mlekiem, odbiegającymi od fizjologii, wymagającymi specjalistycznej wiedzy (na III poziomie wiedzy o laktacji; poziomy te omawialiśmy przy okazji opieki nad matką i dzieckiem w szpitalu w podrozdziale 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce* oraz wspominaliśmy o nich omawiając rolę położnej środowiskowo-rodzinnej w podrozdziale 4.1.3. *Ocena roli położnej środowiskowo-rodzinnej*). Jak pokazują historie kobiet w niniejszym raporcie, takie trudności w karmieniu piersią zdarzają się nierzadko. Obecnie kobiety, którym zależy na karmieniu piersią lub odciągniętym mlekiem, są zmuszone szukać pomocy poza systemem, najczęściej prywatnie, na co wskazują liczne przykłady w raporcie.

Obecnie poradnictwo laktacyjne w systemie ochrony zdrowia jest przypisane wyłącznie do zakresu obowiązków położnych POZ, a osoby kończące specjalistyczne kursy i posiadające certyfikaty z poradnictwa laktacyjnego nie są uwzględnione w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Porady wielokrotnie wspomnianych konsultantek laktacyjnych IBCLC i doradczyń laktacyjnych CDL, pozostają głównie domeną opieki prywatnej. Choć takie osoby bywają zatrudnione, np. w szpitalach, to jednak placówki lecznicze nie otrzymują odrębnego finansowania za ich porady laktacyjne. Zwracaliśmy już uwagę w raporcie na problem zdarzającego się podważania kompetencji takich osób przez pozostały personel, więc uwzględnienie ich w hierarchii zatrudnienia i ustalenie ich zadań jest naszym zdaniem konieczne. Osoby takie mogłyby: 1) być kierowane do pracy z kobietami na oddziale, uzupełniając podstawową pomoc personelu oddziałów położniczych i neonatologicznych o specjalistyczną poradę laktacyjną; 2) być kierowane do hospitalizowanych kobiet będących w okresie laktacji, a znajdujących się na innych oddziałach, np. w celu pomocy w przygotowaniu do zabiegów medycznych (pod kątem zabezpieczenia laktacji, przeciwdziałania ewentualnym powikłaniom w postaci zastojów, zapaleń piersi związanych z przerwami w karmieniu, np. podczas operacji), pomocy w stymulacji laktacji (więcej o wsparciu w laktacji matek będących pod opieką szpitalną pisaliśmy w podrozdziale 6.3. *Pobyty matki w szpitalu*); 3) konsultować bezpieczeństwo



farmakoterapii i badań diagnostycznych u kobiet karmiących piersią; 4) być odpowiedzialne za ustalanie procedur szpitalnych zgodnie z najnowszą wiedzą o laktacji i pomagać wprowadzać zasady postępowania zgodnie z aktualną wiedzą; 5) pomóc w przygotowaniu placówki do uzyskania certyfikatu „Szpital Przyjazny Dziecku”. Na takie kompetencje konsultantek laktacyjnych IBCLC wskazuje Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych³²¹. Jak sądzimy jasny podział obowiązków wyeliminowałby niejasności między personelem, gdyż jak do tej pory osoby ze specjalistyczną wiedzą potwierdzoną certyfikatami piastują stanowiska związane po prostu ze swoją profesją jako położne, pielęgniarki, lekarze, psycholożki i in. i nie zawsze mogą w pełni wykorzystywać swoje kompetencje. Finansowanie specjalistycznej porady laktacyjnej zachęciłoby dyrektorów placówek do zatrudniania większej ilości tego typu specjalistów, a kobiety otrzymałyby potrzebne wsparcie w trudniejszych sytuacjach z karmieniem piersią i odciągniętym mlekiem. Jak wspomnieliśmy, w niektórych placówkach są takie osoby, ale umocowanie w systemie osób dedykowanych wyłącznie specjalistycznemu wsparciu laktacyjnemu realnie zmieniłoby opiekę laktacyjną w Polsce. Obecnie zakres edukacji przeddyplomowej i podyplomowej w toku specjalizacji dla położnych czy lekarzy nie wystarcza do osiągnięcia wiedzy na poziomie ww. certyfikatów³²². Pod dyskusję warto poddać również możliwość stworzenia zawodu doradcy czy konsultanta laktacyjnego, tak jak to funkcjonuje w Stanach Zjednoczonych³²³, co było również przedmiotem starań środowisk konsultantów i doradców laktacyjnych w Polsce, jak do tej pory bezskutecznie³²⁴.

Nie można także zapominać o możliwości zakładania specjalistycznych poradni zaburzeń laktacji, do których mogłyby być kierowane kobiety znajdujące się już poza opieką szpitalną, czyli będące w opiece środowiskowej. Kobieta po porodzie pod opieką swojej położnej środowiskowo-rodzinnej powinna otrzymać poradę laktacyjną. Jak wskazywałyśmy w niniejszym raporcie, nie zawsze pomoc jest wystarczająca, a czasem same położne odsyłają kobiety do dalszej diagnostyki. Jednak obecnie nie mają żadnej formalnej ścieżki.

Apelujemy o refundację specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego i danie możliwości położnym środowiskowo-rodzinnym, czy lekarzom POZ kierowania pacjentek na takie poradnictwo.

³²¹ PTKiDL, *Konsultanci IBCLC*, <https://laktacja.org.pl/konsultant-ibclc/> [dostęp: 30.11.2023]

³²² Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., Dmoch-Gajzlerska E., *Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej*, *Położna nauka i praktyka* 2017, 2(38), s. 16., <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/Konsultanci-laktacyjni-w-systemie.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³²³ Tamże, s. 18.

³²⁴ Tamże, s. 16.



W polskiej opiece laktacyjnej zbyt mało miejsca poświęca się niemedycznemu wsparciu laktacyjnemu i nie istnieje ono w systemie, a niejednokrotnie jest ono bardzo potrzebne kobietom mierzącym się z trudnościami. Wsparcie osób, które znają temat niejako „od podszewki”, gdyż same spotkały się z podobnymi trudnościami, potrafi zdziałać cuda, a przede wszystkim dać nadzieję i siłę do stawiania czoła problemom laktacyjnym. Potwierdzają to historie kobiet, które udzieliły nam wywiadu. Zdarzało się, że jedyną pomocną w zakresie laktacji osobą była inna, bardziej doświadczona kobieta leżąca na sali lub ktoś z rodziny, czy grona znajomych. Wspomniane problemy kadrowe wśród położnych są jednym z czynników, z powodu których zapewnienie ciągłej opieki laktacyjnej podczas pobytu matek z dziećmi w szpitalach jest wyzwaniem. Uzupełnienie tej opieki o wsparcie osób niemedycznych sprawiłoby, że „niebiały” personel mógłby skupić się na rozmowie, edukacji i wspieraniu kobiet, co w warunkach trudności z jakimi boryka się system ochrony zdrowia jest trudno dostępne. **Rekomendujemy zatem uwzględnienie możliwości skorzystania ze wsparcia osób niemedycznych na oddziałach poporodowych.** Kobiety doświadczone w karmieniu piersią, po odpowiednim przeszkoleniu, mogłyby wspierać położnice. Natomiast przykładem takiego przeszkolenia jest kurs Promotora Karmienia Piersią organizowany przez Centrum Nauki o Laktacji³²⁵. Natomiast przykładem funkcjonowania osób niemedycznych w strukturach instytucji zajmujących się opieką medyczną jest zawód asystenta zdrowienia³²⁶. **Uważamy, że zasadnym byłoby stworzenie zawodu asystentek laktacyjnych.** Takie osoby mogłyby pozostawać w kontakcie z kobietą po jej wypisie i wspierać organizowanie grup wsparcia dla kobiet karmiących piersią.

Krok 10. Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” wskazuje, że: „Należy zadbać o to, aby rodzice i niemowlęta po wypisie do domu mieli dostęp do grup wspierających karmienie piersią”. Stowarzyszenie Małyssak jest przykładem organizacji pozarządowej, która organizuje spotkania grup wsparcia skierowane do matek karmiących i chcących karmić piersią³²⁷. Brak jest jednak systemowych rozwiązań zapewniających dostępność grup wsparcia na terenie całej Polski i dla wszystkich potrzebujących. Tymczasem na skuteczność wsparcia niemedycznego, w tym wsparcia grupowego, zwracają uwagę m.in. WHO i UNICEF³²⁸.

³²⁵ CNoL, *Jak zostać Promotorem?*, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/promocja/jak-zostac-promotorem-kp/> [dostęp: 30.11.2023]

³²⁶ MZ, *Kim jest asystent zdrowienia*, <https://pacient.gov.pl/aktualnosc/kim-jest-asystent-zdrowienia> [dostęp: 30.11.2023]

³²⁷ <https://malysak.pl/wsparcie-mam-karmiacych/> [dostęp: 30.11.2023]

³²⁸ WHO i UNICEF, *Implementation Guidance on Counselling Women to Improve Breastfeeding Practices*, New York 2021, <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1501/file/UNICEF-WHO-BF-Counseling-Guidance-2021.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



Rekomendujemy więc podjęcie działań na rzecz popularyzacji grup wsparcia skierowanych do kobiet karmiących i chcących karmić piersią oraz przeznaczenie na ten cel środków, o które mogłyby ubiegać się organizacje pozarządowe działające w tym obszarze.

OCHRONA PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI W OBSZARZE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

W podrozdziałach 2.3., 3.2.13. oraz 4.4 zwróciliśmy uwagę na ochronę kobiet w ciąży oraz matek niemowląt i małych dzieci przed wpływami komercyjnymi na różnych etapach opieki okołoporodowej. Odwoływałyśmy się do Kodeksu WHO i Wytocznych WHO z 2016 r., jak również do obowiązującego w tym zakresie prawa polskiego, wdrażającego niektóre zapisy Kodeksu WHO. W ankietach pytałyśmy kobiety, czy otrzymywały materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka, a następnie prosiłyśmy o doprecyzowanie „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” oraz „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?”. Pytania te zadawałyśmy na wszystkich etapach opieki nad matką i dzieckiem, począwszy od opieki przedporodowej, poprzez opiekę okołoporodową w szpitalu po porodzie, na opiece środowiskowej kończąc, a także pod kątem tego, od kogo kobiety otrzymywały ww. materiały. Prosiłyśmy również o podanie szczegółów na temat otrzymywanych materiałów, opisanie ich. Przedmiotem naszego zainteresowania były zwłaszcza materiały dotyczące produktów objętych Kodeksem WHO.

Jak pokazuje nasz monitoring, kobiety mają styczność z marketingiem produktów zastępujących mleko kobiece i produktów pokrewnych już w ciąży. Zdarzało się, że ginekolodzy prowadząc ciążę przekazywali materiały marketingowe dotyczące mieszanek, w tym ich próbki, a także butelki do karmienia. Również położne środowiskowo-rodzinne podczas edukacji przedporodowej przekazywały kobietom w ciąży materiały dotyczące karmienia lub służące do karmienia (otrzymało je 26,5% ankietowanych, zob. Ryc. 2.20.), spośród których prawie połowa dotyczyła mieszanek (46,2%, zob. Ryc. 2.21. po lewej) oraz prawie połowa zawierała butelki/smoczki (46,9% oraz Ryc. 2.21. po prawej). Także podczas opieki w szpitalu w okresie poporodowym kobiety miały styczność ze wspomnianym marketingiem, w tym otrzymywały próbki mieszanek lub gotowe mieszanki do domu „na zapas”. 41,1% kobiet wskazało, że otrzymało po porodzie w szpitalu materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia



dziecka, z czego prawie połowa (45,2%) dotyczyła mieszanek, zaś prawie jedna trzecia (28,1%) zawierała butelki/smoczki (zob. Ryc. 3.23., Ryc. 3.24., Ryc. 3.25.). Odnotowaliśmy przekazywanie położnicom całych pakietów upominkowych zawierających ww. produkty, w szczególności przy wypisie ze szpitala. Znajdowała się w nich także żywność uzupełniająca, w tym objęta Kodeksem WHO żywność dla niemowląt poniżej 6. m.ż. Również w obszarze opieki środowiskowej kobiety miały styczność z marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych. Położne środowiskowo-rodzinne rzadziej przekazywały materiały dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka – otrzymało je 18,8% kobiet spośród tych, u których położna środowiskowo-rodzinna była na co najmniej jednej wizycie patronażowej, przy czym 40,5% z tych materiałów dotyczyło mieszanek (Ryc. 4.25. po lewej), w tym były to ich próbki, a jedną trzecią stanowiły butelki/smoczki (33,3%, zob. Ryc. 4.25. po prawej). Przekazywanie takich materiałów zdarzało się również podczas wizyt patronażowych pielęgniarki POZ i pediatry w domu kobiety. Prawie jedna trzecia kobiet (27,6% ankietowanych, zob. Ryc. 4.27) otrzymał lub miała dostęp w przychodniach POZ do materiałów dotyczących karmienia dziecka lub służących do karmienia dziecka, wśród których były także materiały reklamowe dotyczące mieszanek oraz próbki mieszanek, a także zdarza się, że przekazywano im również butelki do karmienia/smoczki.

Wskazywane przez kobiety materiały reklamowe i promocyjne dotyczące mieszanek (w tym ich próbki), próbki komercyjnej żywności uzupełniającej oraz butelki do karmienia i smoczki do nich, wręczane im przez pracowników ochrony zdrowia, obecne w placówkach ochrony zdrowia lub dostępne tam do wzięcia, naruszają zapisy Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. Dotyczy to także firmowych materiałów z założenia informacyjno-edukacyjnych, np. opisywanych przez kobiety różnych broszur i poradników dotyczących rozszerzania diety czy karmienia piersią, które były również nacechowane komercyjnie – m.in. zawierały reklamy sztucznych mieszanek, prezent w postaci łyżeczki, czy promowały żywność uzupełniającą przeznaczoną dla niemowląt poniżej 6. miesiąca życia.

Przeprowadzony monitoring potwierdza potrzebę pełnego wdrożenia do prawa polskiego (i unijnego) Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r. (dokumenty te omawiamy w podrozdziale 2.3.). Podkreślić należy, że **wśród najczęściej identyfikowanych barier w rozpoczęciu i kontynuowaniu karmienia piersią wskazuje się m.in. brak wdrożenia lub**



niedostateczne wdrożenie Kodeksu WHO³²⁹. Do pełnej implementacji Kodeksu WHO i Wytycznych WHO z 2016 r. wzywa WHO oraz specjaliści sprawozdawcy ONZ, którzy uznają, że państwa są do tego zobowiązane na podstawie Konwencji o prawach dziecka i innych instrumentów ONZ dotyczących praw człowieka³³⁰. Na potrzebę pełnego wdrożenia Kodeksu WHO zwraca się także uwagę w licznych dokumentach międzynarodowych związanych z ochroną zdrowia i optymalnych praktyk żywienia niemowląt i małych dzieci, a także w piśmiennictwie zagranicznym i polskim³³¹, w tym w raporcie dotyczącym badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Kodeksem WHO³³².

Obowiązujące w Polsce **przepisy w niewielkim zakresie wdrażają zapisy Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r., nie chroniąc w sposób należyty niemowląt i małych dzieci, ich matek i innych opiekunów, kobiet w ciąży, a także przedstawicieli ochrony zdrowia przed marketingiem żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz produktów pokrewnych**. Regulacja krajowa jest ponadto w dużym stopniu niejasna, w konsekwencji trudno o jednoznaczną ocenę prawną niektórych przypadków **naruszeń Kodeksu WHO**, a podkreślić należy, że **miały one miejsce w każdym z badanych w ramach monitoringu obszarów opieki okołoporodowej** (zob. podrozdziały: 2.3., 3.2.13. i 4.4.). Niezależnie od tego, ocena prawna wyników raportu co do zasady nie była możliwa z przyczyn metodologicznych i z uwagi na specyfikę regulacji krajowej. W większości przypadków nie można np. ustalić, czy otrzymane przez kobiety mieszanki lub ich próbki były preparatami do początkowego żywienia niemowląt/mlekiem początkowym, a co za tym idzie, czy miało miejsce naruszenie

³²⁹ European Commission, Karolinska Institutet, IRCCS Burlo Garofolo, WHO, *Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union*, https://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/EUNUTNET_Infant_and_young_child_feeding.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³³⁰ United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, *Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breastfeeding*, 2016, <https://www.ohchr.org/en/statements/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health-working-group> [dostęp: 30.11.2023]

³³¹ Zob. Koronkiewicz-Wiórek A., *O potrzebie skorzystania przez Rzeczpospolitą Polską z prawa opcji w odniesieniu do reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt*, Przegląd Prawa i Administracji [w druku] i przywołana tam literatura.

³³² Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Koronkiewicz-Wiórek A., *Zalecenia programowe i zalecenia dotyczące rozwiązań ustawodawczych, [w:] Raport z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA*, Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Baranowska B. (red.), Warszawa 2019



prawa. Podobnie jest w przypadku otrzymywanych przez kobiety butelek i smoczków, choć tutaj w wielu przypadkach oczywistym było, że chodzi o butelki do karmienia niemowląt, a zatem że **przepisy (prawa żywnościowego, a od dnia 1 stycznia 2019 r. także S000) zostały naruszone**. Nie stanowi naruszenia prawa rozdawanie smoczków-uspokajaczy (za naruszające prawo uznać należy natomiast rozdawanie smoczków do butelek/do karmienia niemowląt). Smoczki-uspokajacze nie są również objęte zakresem Kodeksu WHO, jednak państwa są zachęcane do objęcia ich swoją regulacją krajową m.in. dlatego, że produkty te mogą szkodzić karmieniu piersią, zwłaszcza na początkowym etapie laktacji. Nawet S000 zaleca niestosowanie w okresie stabilizowania się laktacji smoczków w celu uspokajania noworodka, tym bardziej nie powinny być one rozdawane kobietom. Naruszenia przepisów nie stanowi także rozdawanie żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci, w tym jej próbek (nie ma takiego zakazu). Przepisy dotyczące żywności uzupełniającej nie zawierają również wymogów wskazanych w Wytycznych WHO z 2016 r. dotyczących marketingu tej żywności, poza wymogiem w zakresie oznakowania/etykietowania dotyczącym wskazania wieku dziecka, od którego produkt może być stosowany. Jest on jednak niezgodny z tymi Wytycznymi, jak również z zaleceniami WHO dotyczącymi okresu wyłącznego karmienia piersią (według przepisów prawa żywnościowego podany wiek dziecka nie może być niższy niż ukończone 4. m.ż.). Jest to istotny deficyt regulacji polskiej (i unijnej), wpływający nie tylko na etykietowanie tej kategorii żywności, ale także na jej reklamę i informację o niej, co znajduje potwierdzenie w wynikach raportu.

Niemożliwa jest ocena prawna materiałów reklamowych oraz firmowych materiałów informacyjnych i edukacyjnych dostępnych w placówkach lub otrzymywanych przez kobiety, ponieważ w większości przypadków wymagałoby to analizy treści konkretnego materiału. Podkreślić jednak należy, że w praktyce nie ma to większego znaczenia, ponieważ **obecność w placówkach ochrony zdrowia jakichkolwiek materiałów tworzonych lub sponsorowanych przez producentów lub dystrybutorów żywności dla niemowląt i małych dzieci, butelek do karmienia i smoczków do nich jest niepożądana** i nie powinna mieć miejsca. Dotyczy to także wykorzystywania pracowników ochrony zdrowia do przekazywania kobietom w ciąży, matkom/opiekunom niemowląt i małych dzieci i ich rodzinom takich materiałów, w tym gadżetów, produktów lub ich próbek. Jest to bowiem postrzegane przez opiekunów jako dorozumiana aproba/rekomendacja placówki ochrony zdrowia i jej pracowników dla tych



produktów³³³, w konsekwencji pełniąc funkcję marketingową. Należy także pamiętać, że producenci i dystrybutorzy mają konflikt interesów i tworzone przez nich informacje nie mogą być uważane za bezstronne i wolne od wpływów komercyjnych. Nie powinni więc edukować rodziców w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci, w tym w temacie karmienia piersią³³⁴, a tym bardziej promować swoich produktów na terenie placówek ochrony zdrowia lub za pośrednictwem pracowników ochrony zdrowia. Podkreślić należy, że **kobiety mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o sposobie karmienia dziecka, a to wymaga otrzymania obiektywnych, bezstronnych, rzetelnych informacji**. Pracownicy ochrony zdrowia powinni zdawać sobie sprawę z tego, że także oni są obiektem działań marketingowych firm, które próbują wpłynąć na nich oraz za ich pośrednictwem na kobiety i innych opiekunów niemowląt i małych dzieci. Powinni oni mieć świadomość, że przekazując kobietom materiały firmowe, produkty i ich próbki, uczestniczą w marketingu tych produktów, który szkodzi karmieniu piersią, a w konsekwencji zdrowiu publicznemu. Jest to sprzeczne z misją i powołaniem pracowników ochrony zdrowia, których rolą jest przecież ochrona i promocja zdrowia. Powinni więc oni chronić, promować i wspierać karmienie piersią, a co się z tym wiąże powstrzymywać się od zachowań, które szkodzą karmieniu naturalnemu. Wskazówki w tym zakresie zostały zawarte w **Kodeksie WHO i Wytocznych WHO z 2016 r. Każdy pracownik ochrony zdrowia mający kontakt z niemowlętami i małymi dziećmi oraz ich matkami/opiekunami powinien znać te dokumenty i stosować się do nich** na zasadzie dobrych praktyk, pamiętając, że nawet jeżeli konkretne zachowania nie są zabronione przez prawo, nie znaczy to, że są one etyczne i pożądane.

Monitoring potwierdza dostrzeżony również przez NIK **problem częstego dokarmiania noworodków** w szpitalach i prowadzi do wniosku, że wynika on zarówno z łatwego dostępu do mieszanki, jak i z braku wystarczającej wiedzy personelu medycznego w zakresie laktacji i braku pomocy matkom w karmieniu piersią. Lektura wypowiedzi kobiet zawartych w ankietach pokazuje smutną rzeczywistość na polskich oddziałach położniczych i neonatologicznych: prościej jest podać dziecku mieszankę, niż pomóc mamie w karmieniu piersią. W konsekwencji w tym zakresie naruszane są zarówno zapisy Kodeksu WHO, jak i przepisy prawne, na co bardziej szczegółowo zwrócono uwagę w podrozdziale 3.2.13.

³³³ Por. IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers under the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201804-CE3-2nd-Edition-Final.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³³⁴ 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]



raportu, w którym poruszamy także problem darmowych lub po obniżonej cenie dostaw mieszanek do szpitali.

Powyższe ustalenia potwierdzają **potrzebę pełnego wdrożenia do prawa polskiego Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.** Ponieważ wymaga to zmian prawodawczych na szczeblu unijnym, postulujemy zainicjowanie stosownych zmian oraz jak najszybsze wykorzystanie przez ustawodawcę polskiego możliwości, jakie daje już teraz prawo unijne w celu zapewnienia pełniejszej zgodności prawa krajowego z zaleceniami Kodeksu. Oznacza to w szczególności: 1) skorzystanie przez ustawodawcę z prawa opcji w celu uchwalenia całkowitego zakazu reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt³³⁵; 2) dostosowanie nieobjętej prawem unijnym regulacji dotyczącej marketingu przedmiotów służących do karmienia niemowląt do zaleceń Kodeksu WHO; 3) wzmocnienie systemu kontroli przepisów prawa wraz z efektywnym i całościowym uregulowaniem sankcji za ich naruszenie oraz 4) monitorowanie przestrzegania zapisów Kodeksu WHO i przepisów go wdrażających³³⁶. Ponieważ zmiany ustawodawcze wymagają czasu i – zwłaszcza w przypadku zmian na szczeblu unijnym – nie jest pewne, czy i w jakim zakresie ostatecznie wdrożą one zapisy Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r., jednocześnie postulujemy, aby MZ zarekomendował szpitalom z oddziałem położniczo-noworodkowym i POZ-om wdrożenie w ramach dobrych praktyk zapisów Kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r. na wzór Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”. Powinno to przyczynić się do zwiększenia ochrony niemowląt i małych dzieci, ich matek oraz kobiet w ciąży przed szkodliwymi praktykami marketingowymi w najbardziej newralgicznym dla karmienia piersią czasie (okres okołoporodowy), przynajmniej w obszarze systemu ochrony zdrowia. Niezależnie od powyższego (jak również w celu zapewnienia skuteczności ww. postulatów w praktyce) naszym zdaniem **konieczne jest także wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia dotyczących Kodeksu WHO (wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.) i przepisów krajowych, a także edukacji w tym zakresie w czasie studiów medycznych**, na co zwraca się również uwagę w rekomendacjach

³³⁵ Na ten temat zob. Koronkiewicz-Wiórek A, *O potrzebie skorzystania przez Rzeczpospolitą Polską z prawa opcji w odniesieniu do reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt*, Przegląd Prawa i Administracji [w druku].

³³⁶ Por. Koronkiewicz-Wiórek A, *Prawa związane z karmieniem piersią, I. Szczyt Koalicji Na Rzecz Karmienia Piersią*, Warszawa 2022, <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html> [dostęp: 30.11.2023]



międzynarodowych związanych z ochroną, promocją i wspieraniem karmienia piersią na poziomie krajowym^{337, 338}.

OPIEKA MEDYCZNA NAD MATKĄ W OKRESIE LAKTACJI

W raporcie przeanalizowaliśmy także zagadnienie związane z korzystaniem z opieki medycznej przez kobiety w trakcie laktacji. Czy fakt, że karmiły piersią wpływał na postawę lekarzy oraz ich podejście do diagnozowania i zlecenia stosownych terapii? Podsumowując wyniki naszego monitoringu można dojść do wniosku, że kobiety często borykają się z konsekwencjami nieaktualnej wiedzy personelu medycznego na temat laktacji. Wbrew stanowisku NFZ, zgodnie z którym stan fizjologiczny, jakim jest laktacja, nie wpływa na refundację świadczeń kobietom karmiącym, kobiety wciąż spotykają się z odmową farmakoterapii, badań diagnostycznych, niektórych zabiegów.

36,1% spośród ankietowanych korzystało z opieki medycznej w trakcie karmienia piersią. Część z nich (16,5% w przypadku lekarza pierwszego kontaktu i 18,8% w przypadku lekarza innej specjalizacji, zob. Ryc. 6.1.) usłyszało komentarz od lekarza odnoszący się do długości i sposobu karmienia dzieckiem, choć nie było to przedmiotem problemu, z którym pacjentka zgłosiła się do specjalisty. Komentarze takie są nie na miejscu, mogą być odebrane jako przemocowe i przyczynić się do wcześniejszego odstawienia dziecka od piersi, zaniechania terapii, czy pogłębić trudności kobiety. Aż 81,8% ankietowanych, które doświadczyły komentowania karmienia piersią na wizycie lekarskiej usłyszało komentarze o negatywnym stosunku do karmienia. Wiele spośród tych komentarzy odnosiło się do kobiet, które karmiły dziecko „zbyt długo” w opinii lekarza. Te niemające poparcia w aktualnej wiedzy medycznej subiektywne oceny mogą nieść ze sobą szkodliwe konsekwencje. Nie uwzględniają one bowiem licznych korzyści dla matki i dziecka płynących z karmienia piersią, szczególnie tych,

³³⁷ Zob. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*, Luxembourg, 2008, <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf> [dostęp: 30.11.2023]

³³⁸ Zob. IBFAN I BPNI, *WBTi Assessment Tool*, 2019, <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/wbti-tool-2019.pdf> [dostęp: 30.11.2023]



które zależne są od długości karmienia. Warto zwrócić w tym kontekście uwagę na obowiązek lekarzy związany z promowaniem wśród pacjentów postaw prozdrowotnych (art. 71. Kodeksu Etyki Lekarskiej), obniżających ryzyko zachorowania na niektóre choroby. Lekarze, którzy negatywnie komentują długie karmienie piersią nie tylko nie stosują się do tego obowiązku, ale i podważają kompetencje kobiety, sprawiając, że może ona zrezygnować z karmienia wbrew wcześniejszym założeniom. Należy podkreślić, że komentarze lekarzy często nie mają podstaw merytorycznych i są oparte na prywatnych przekonaniach. Karmienie piersią nie jest także przedmiotem konsultacji lekarskiej, więc powinno być brane pod uwagę wyłącznie w kontekście wpływu ewentualnej terapii, czy ścieżki diagnostycznej na laktację.

Kobiety, które potrzebowały konsultacji lekarskiej w okresie laktacji spotkały się także z odmową wdrożenia farmakoterapii. Aż 36,1% spośród kobiet, które leczyły się karmiąc piersią usłyszały zalecenie odstawienia od piersi. Kobietom odmawiano antybiotyków, leków psychiatrycznych, leków przeciwbólowych, ale także leków na przeziębienie, infekcje dróg moczowych itp. Nie jesteśmy w stanie stwierdzić, że we wszystkich przypadkach nie było to konieczne, ale biorąc pod uwagę opisy poszczególnych sytuacji, często było to zalecenie niepotrzebne, wynikające z braku aktualnej wiedzy lekarza. Wynikać może to z faktu, że lekarze w swojej praktyce korzystają z Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL), a biorąc pod uwagę brak obowiązku nakazującego firmom farmaceutycznym przeprowadzania badań na grupie kobiet karmiących, można stwierdzić, że informacja dotycząca zażywania danego leku podczas laktacji może być informacją wynikającą z braku badań producenta, a nie z braku badań w ogóle. Lekarz, który powinien kierować się najnowszą wiedzą medyczną, może przepisać lek off-label, posiłkując się badaniami przeprowadzonymi przez niezależne podmioty lub wiedzą wynikającą z analizy farmakodynamiki i farmakokinetyki danej substancji czynnej. Wśród naszych ankietowanych było wiele kobiet, które mają świadomość tej sytuacji, dlatego korzystają ze stron tj. e-lactancia.org, która to strona jest swego rodzaju kompendium wiedzy o lekach i ich oddziaływaniu na mleko kobiece lub z porady farmaceutki Karoliny Morze, znanej ze strony Laktacea.pl, która od lat zajmuje się konsultowaniem kobiet, które wymagają podania leków w okresie laktacji. Zakładamy jednak, że jest bardzo duża grupa kobiet, które nie mają takiej świadomości, co może prowadzić do tego, że zastosują się do zalecenia odstawienia dziecka, choć nie będzie takiej potrzeby.

Kobietom odmawia się również świadczenia medycznego/badania. Co czwarta spośród naszych ankietowanych (24,7%) spotkała się z taką odmową lekarza specjalisty, a niemal co trzecia (33,2%) spotkała się z odmową lekarza internisty. Najczęściej odmawianym



świadczeniem było skierowanie na USG piersi (22,0% spośród ankietowanych), co nie ma żadnych podstaw medycznych. Podobnie z RTG, USG innych części ciała, rezonansem magnetycznym czy tomografią komputerową. Nawet stomatolodzy odmawiają kobietom karmiącym podstawowych usług dentystycznych, np. znieczulenia stomatologicznego. W niektórych przypadkach zalecono odłożenie zabiegu na czas po zakończeniu laktacji, w innych odciążenie i wylanie mleka po znieczuleniu, do czego nie ma wskazań medycznych. Takie sytuacje mogą prowadzić do przedwczesnego odstawienia dziecka od piersi lub odłożenia badania, zabiegu czy innej usługi medycznej, co z kolei może skutkować nierozpoznanie na wczesnym etapie choroby lub zaniechaniem leczenia i w konsekwencji pogłębieniem dolegliwości. Lekarz i lekarz dentysta powinni nie tylko leczyć choroby, ale także promować postawy im zapobiegające. Badania wskazują, że karmienie piersią jest profilaktyką wielu chorób zarówno u matki, jak i u dziecka. Zalecenie odstawienia dziecka od piersi bez wskazań medycznych jest więc poważnym zaniedbaniem w kontekście profilaktyki zdrowotnej.

13,9% kobiet, które wypełniło ankietę wskazało na fakt hospitalizacji w okresie laktacji. Niemal połowa kobiet spotkała się ze wspierającą postawą personelu. Choć laktacja nie była przyczyną hospitalizacji w żadnym przypadku, kobiety przecież potrzebowały odciągnąć mleko, przechowywać je w odpowiednich warunkach, przekazać rodzinie. Wsparcie personelu wiele ułatwia. Poszanowanie intymności kobiety odciągającej pokarm, umożliwienie przechowania pokarmu w lodówce, dostosowanie się do pór odciągania, czasem udostępnienie laktatora klasy szpitalnej na szczęście zdarzają się coraz częściej. Istnieje także możliwość, aby dziecko było osobą towarzyszącą matce w hospitalizacji. Takie sytuacje nie są częste, ale jak wskazują niektóre z ankietowanych, zdarzają się. Niestety, zdarzało się także, że kobiety spotykały się z brakiem wsparcia, a nawet postawą negatywną wobec karmienia piersią. Zdarzały się komentarze dotyczące długości karmienia oraz takie, które świadczyły o braku wiary w podtrzymanie laktacji.

Karmienie piersią bywa niezwykle istotną częścią życia kobiety i jej dziecka. Stanowi ono także profilaktykę wielu chorób, zarówno u matki, jak i u dziecka. Za niedopuszczalny uważamy fakt, że wciąż kobietom karmiącym odmawia się farmakoterapii, badań profilaktycznych oraz innych usług medycznych. Uważamy, że pracownicy ochrony zdrowia mający kontakt z matkami niemowląt i małych dzieci powinni mieć zapewnioną obowiązkową edukację w zakresie karmienia piersią i laktacji, w tym w temacie farmakoterapii w laktacji. Zwracamy uwagę, że odmowa pacjentce karmiącej świadczenia medycznego wyłącznie z uwagi na laktację, bez podstaw medycznych, jest dyskryminacją, a więc łamaniem praw pacjenta. Apelujemy do Rzecznika Praw Pacjenta, aby przyjrzał się



temu problemowi. Niezwykle istotną w kontekście opieki medycznej nad pacjentką w okresie laktacji jest kwestia kompetencji miękkich personelu. Krzywdzące komentarze, niewspierająca postawa czy brak uwzględniania zdania pacjentki w kwestii jej terapii to wciąż codzienność kobiet, które korzystają z opieki medycznej w okresie laktacji. Rekomendujemy, aby personel medyczny poza szkoleniami pogłębiającymi i aktualizującymi wiedzę z dziedziny, którą się zajmuje, miał także obowiązek kształcenia swoich kompetencji związanych z komunikacją z pacjentami. Jest to bowiem niezwykle ważne w procesie zdrowienia.

EDUKACJA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I SPOŁECZEŃSTWA W ZAKRESIE LAKTACJI I KARMIENTA PIERSIĄ

Niniejszy raport dostarcza wielu cennych informacji na temat karmienia piersią w Polsce. Wskazuje wiele dobrych przykładów opieki laktacyjnej, o których możemy przeczytać w historiach kobiet. Są osoby spośród personelu medycznego, które swoją pełną zaangażowania pracą wspierają i pomagają kobietom w okresie laktacji oraz szerzą wiedzę na temat znaczenia karmienia naturalnego. Natomiast zdecydowana większość osób biorących udział w naszym monitoringu zgodnie dostrzegła braki w wiedzy personelu medycznego i na jakimś etapie te osoby z takimi brakami wiedzy się spotkały. Zdarzały się sytuacje, które nie powinny mieć miejsca.

Istnieje potrzeba dodatkowych szkoleń, dodatkowej edukacji personelu medycznego o karmieniu piersią i laktacji, którą zgodnie zauważają eksperci. Upewnienie się, że personel posiada niezbędną wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią, jest drugim, wymienianym jako procedura zarządzania krytycznego, krokiem z „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”, wdrażanych w wielokrotnie omawianej już światowej inicjatywie „Szpital Przyjazny Dziecku”. Również na niezadowalający poziom wiedzy personelu jako na jedną z barier w realizacji praktyk sprzyjających laktacji, wskazuje się w „Programie wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego” (przyczyny tej bariery cytujemy w podrozdziale 3.2.13.

Podsumowanie danych o żywieniu vs. wiedza personelu szpitala i ochrona matek i noworodków przed wpływami komercyjnymi), w którym zaproponowano program szkoleń



wewnętrznych w szpitalach³³⁹. Jedną z wymienianych przyczyn jest powszechne przekonanie, że w toku kształcenia przeddyplomowego każdy pracownik ochrony zdrowia uzyskał wystarczającą wiedzę na temat karmienia naturalnego³⁴⁰.

Nasz monitoring wskazuje, że potrzebna jest edukacja o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym zarówno wśród personelu, który z reguły jako pierwszy ma kontakt z kobietą karmiącą i dzieckiem karmionym piersią (czyli personelu oddziałów położniczych i neonatologicznych oraz po części personelu podstawowej opieki zdrowotnej – położne środowiskowo-rodzinne, pielęgniarki POZ, pediatrzy, lekarze rodzinni), jak i osób medycznych, które nie stykają się z nimi na co dzień (o czym więcej pisałyśmy w części podsumowania dotyczącej opieki medycznej nad matką w okresie laktacji).

W początkowym okresie życia dziecka kobiety stykają się z personelem przychodni POZ podczas bilansów, szczepień czy wizyt w przypadku choroby dziecka. Opisując w podrozdziałach 4.2. i 4.3. postawę pielęgniarek POZ i lekarzy pediatrów POZ wobec karmienia piersią, wskazałyśmy, że poziom ich opieki jest mocno zróżnicowany i również wśród tych osób potrzebne jest pogłębianie wiedzy o laktacji. W 3-4 miesiącu życia dziecka powinna odbyć się wizyta patronażowa pielęgniarki POZ. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej elementem tej wizyty jest instruktaż m.in. w zakresie karmienia piersią³⁴¹. Odnotowałyśmy, że w znacznej większości przypadków wizyta ta się nie odbyła (91,7% ankietowanych nie miało takiej wizyty, zob. Ryc. 4.19.) oraz że wspomniany instruktaż prowadzony jest u znikomej części kobiet (3,8% kobiet, u których pielęgniarka POZ była na wizycie patronażowej, zob. Ryc. 4.21.). Szczególne znaczenie ma też podejście do karmienia piersią lekarzy pediatrów. Są oni w częstym kontakcie z matkami niemowląt i małych dzieci, a ich wiedza, może znacząco wpłynąć na sposób karmienia dzieci.

Amerykańska Akademia Pediatrii zaznacza, że pediatra musi być w stanie ocenić skuteczność karmienia piersią, poradzić sobie z typowymi problemami, udzielić wskazówek dotyczących zachowania laktacji, jeśli konieczne jest dokarmianie, a także wystawić

³³⁹ Nehring-Gugulska M., *Szkolenie personelu Oddziałów Intensywnej Terapii Noworodka w zakresie opieki laktacyjnej*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11., s. 17., https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf [dostęp: 30.11.2023]

³⁴⁰ Tamże.

³⁴¹ Część II. załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej



odpowiednie skierowania czy współpracować ze specjalistami ds. laktacji, a nawet szkolić pozostały personel w tym zakresie. Podkreśla również rolę pediatrów w dostarczaniu jak najbardziej aktualnych informacji oraz we wspieraniu matek karmiących i zwraca uwagę, że bezpośrednia komunikacja pediatrów z rodzinami wskazująca, że karmienie piersią jest priorytetem medycznym i zdrowotnym, może wydłużyć czas trwania i wyłączość karmienia piersią³⁴². Kobiety wskazywały na zainteresowanie pediatrów sposobem karmienia dziecka, jednak zaznaczając często, że ich odpowiedź tylko odnotowywano w dokumentacji, bez udzielania dodatkowych wskazówek, rekomendacji, uwag, również wtedy, gdy zgłaszały trudności z karmieniem piersią. Rzeczywiście istnieje wymóg sprawozdawania sposobu karmienia niemowląt w formularzu MZ-11 – sprawozdaniu o działalności i osób pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej³⁴³. Jak już wspomnieliśmy, wydaje się również, że lekarze POZ nie wiedzą, że kobietę karmiącą, która ma trudności w tym zakresie, można skierować na poradę laktacyjną do położnej środowiskowo-rodzinnej. Sądzymy, że aby pediatrzy byli bardziej zainteresowani promocją karmienia piersią i wspieraniem kobiet w karmieniu piersią, potrzebne są zmiany już w toku kształcenia przeddyplomowego.

Jak pisałyśmy wyróżnia się trzy poziomy wiedzy o laktacji (zob. podrozdział 3.2.6. *Pomoc i wskazówki udzielane matce*) i każda z ww. grup spośród personelu medycznego powinna zdobyć wiedzę na innym poziomie (w zależności od rodzaju styczności z matką i dzieckiem w swojej praktyce zawodowej). Ideałem byłoby, aby tę wiedzę zdobywano już w drodze kształcenia przeddyplomowego. Jednak wypowiedzi zarówno osób z personelu medycznego, jak i kobiet, które udzieliły nam wywiadu a posiadały wykształcenie medyczne i pracowały w zawodzie medycznym, cytowane w naszym raporcie zgodnie potwierdzają, że jest za mało wiedzy o laktacji i karmieniu piersią podczas studiów medycznych (u każdej z tych ww. grup). **Potrzebne jest wprowadzenie zmian w kształceniu pracowników ochrony zdrowia w zakresie wiedzy o karmieniu piersią i laktacji (odpowiednia edukacja w czasie studiów i szkolenia zawodowe)**. Ciekawym rozwiązaniem jest wdrażanie na uniwersytetach inicjatywy na wzór „Szpitala Przyjaznego Dziecku”, czyli tworzenie tzw. „Uniwersytetów Przyjaznych Dziecku”, których absolwenci są przeszkoleni do wdrażania tej inicjatywy

³⁴² Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>

³⁴³ Formularz MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, <https://rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2023/01/MZ-11-2022.pdf> [dostęp. 30.11.2023]



w placówkach ochrony zdrowia (szpitalach, przychodniach rejonowych)^{344, 345}. Potrzebna jest również edukacja uzupełniająca już pracującego personelu medycznego. Być może warto by było zagwarantować prawo do „laktacyjnego” urlopu szkoleniowego, żeby personel nie musiał szkolić się w prywatnym czasie. Ważne, aby szkolenia zawodowe były wolne od konfliktów interesów. Jak mówiła jedna z lekarek w naszym raporcie, trzeba aktualizować wiedzę, ujednolicać pewne procedury i komunikaty, nie wpadać w rutynę i koniecznie mówić do matki „jednym językiem”. Kobiety często wskazywały, że źródłem aktualnej wiedzy o karmieniu piersią nie był dla nich personel medyczny, a Internet, w tym dużą rolę odgrywały dedykowane internetowe grupy wsparcia tworzone przez kobiety, które karmią lub karmiły piersią i chcą wspierać w tym inne kobiety. Ich historie wskazują, że posiadanie aktualnej wiedzy zwiększa motywację w dążeniu do sukcesu laktacyjnego oraz daje siłę do pokonywania potencjalnych trudności. Pamiętać jednak należy, że Internet może też być źródłem wiedzy nieaktualnej, niesprzyjającej karmieniu piersią lub po prostu reklam, które zachęcają kobiety do kupna produktów zastępujących mleko kobiece.

Kobiety w ankiecie i podczas udzielanych nam wywiadów wskazywały, że nie tylko personel medyczny miał wpływ na ich decyzje, wybory czy postępowanie dot. karmienia swojego dziecka (zob. podrozdział 4.5. *Wsparcie niemedyczne*). Każda osoba, z którą styka się matka może mieć wpływ na jej decyzje, może pomóc jej w karmieniu piersią lub zaszkodzić. Czy jest to osoba bliska, czy też nie. Dlatego tak ważne jest, abyśmy jako całe społeczeństwo podnosili swoją wiedzę o fizjologii laktacji i byli uważni na to, jakie słowa wypowiadamy pod adresem matek karmiących.

Wartą odnotowania jest historia jednej z kobiet, która nie będąc jeszcze w ciąży odbyła zupełnie przypadkową rozmowę o zaletach karmienia piersią, która wpłynęła na jej przyszłą decyzję o sposobie karmienia swojego dziecka. Była to decyzja o chęci karmienia piersią. Osobą, z którą rozmawiała był fotograf, którego partnerka spodziewała się dziecka i który z zachwytem opowiadał o składzie mleka matki. Z kolei inne historie opowiadają o nietrafionych radach (dawanych jednak w dobrej wierze), o przypisywaniu przyczyn różnorodnych problemów karmieniu piersią, np. kiedy dyrektorka żłobka zasugerowała konieczność odstawienia dziecka od piersi z uwagi na jego problemy z adaptacją w żłobku.

³⁴⁴ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Going Baby Friendly Universities*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/universities/> [dostęp. 30.11.2023]

³⁴⁵ UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *University Guidance Implementing the Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/university-guide-to-the-standards/> [dostęp. 30.11.2023]



Matka zamiast tego zmieniała placówkę na taką, w której podejście w tej kwestii było inne i udało się skutecznie zaadaptować dziecko. Takich przykładów jest więcej, a niektóre z nich, jak te powyższe odnotowałyśmy na łamach raportu. Historie te pokazują, **że istnieje potrzeba realizowania zakrojonych na szeroką skalę i skierowanych do całego społeczeństwa kampanii społeczno-edukacyjnych, pokazujących korzyści z karmienia piersią i przekazujących podstawową wiedzę o fizjologii laktacji.**

Sądzimy, że można to zrobić w przystępny sposób, aby świadomość ludzi na temat karmienia piersią i potrzeb noworodka w początkowym okresie życia, jak również starszego dziecka wciąż karmionego piersią, wzrosła. Kampania Centrum Nauki o Laktacji „Karmię długo” pokazała, że jedną z bardziej krytykowanych grup społecznych w Polsce są mamy długokarmiące. We wnioskach z kampanii zawarto przykład obowiązującego w Wielkiej Brytanii prawa, które zabrania dyskryminowania kobiet z powodu karmienia piersią bez ograniczeń czasowych i sugestię, że być może warto by i u nas takie prawo wprowadzić³⁴⁶. Choć nasz raport nie skupiał się na postawach społeczeństwa wobec długiego karmienia piersią, to odnotowałyśmy wiele przypadków krytykowania takiego karmienia wśród personelu medycznego. Kobiety też miały poczucie, że zakładano, iż karmienie piersią, to krótki epizod w ich życiu, tymczasem wcale tak nie musi być. Długie karmienie piersią oraz karmienie kolejnych dzieci może trwać nawet kilkanaście lat i jest to ogromna inwestycja w zdrowie całego społeczeństwa. Społeczeństwo świadome wagi karmienia piersią staje się również przyjaznym otoczeniem dla kobiet w okresie laktacji. Dotyczy to między innymi wsparcia emocjonalnego, poszanowania prawa do karmienia piersią, a także akceptacji długiego karmienia piersią oraz karmienia piersią w przestrzeni publicznej. Otoczenie rodziców może mieć ogromny wpływ na ich decyzje, w tym decyzje dotyczące sposobu żywienia dzieci.

ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI

Kiedy kobieta jest w dobrostanie psychofizycznym łatwiej jest jej pokonywać potencjalne trudności z karmieniem. I odwrotnie – kiedy karmienie piersią jest bezproblemowe lub trudności zostaną szybko zauważone i rozwiązane, łatwiej jest utrzymać dobrostan psychofizyczny. Depresja poporodowa oraz inne zaburzenia natury psychicznej zdarzają się

³⁴⁶ Nehring-Gugulska M., Bębenek D., *Długie karmienie piersią zanim coś powiesz, spójrz spokojnie na wyniki badań*, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/karmie-dlugo/> [dostęp: 30.11.2023]



także matkom karmiącym, dlatego pochyliłyśmy się w monitoringu i nad tym zagadnieniem. Należy odnotować, że karmienie piersią stanowi czynnik ochronny przed zachorowaniem na depresję poporodową (na badania powoływałyśmy się w części *Zdrowie w mleku matki* oraz w rozdziale 7.). Poza aspektami związanymi z komunikacją personelu medycznego z pacjentką w okresie okołoporodowym i zdarzającym się jego przemocowym charakterem, a także odmową przepisania leków psychiatrycznych matce będącej w okresie laktacji, uwagę należy zwrócić na kwestię badań przesiewowych w kierunku depresji poporodowej. SOOO stanowi, że ocena ryzyka wystąpienia depresji poporodowej powinna być wykonywana przynajmniej trzykrotnie w okresie okołoporodowym – dwukrotnie w ciąży i po porodzie. Niemal połowa respondentek (48,5%) nie miała wykonanego badania przesiewowego zarówno w ciąży, jak i w połogu (Ryc. 7.1.). Te, które przebadano pod kątem ryzyka wystąpienia depresji poporodowej zaznaczyły, że badanie przeprowadzała głównie położna środowiskowo-rodzinna (w 60,2% przypadków), rzadziej lekarz ginekolog (43,7%), zaś w 22,2% badanie to wykonała inna osoba z personelu medycznego szpitala. Kobiety zapytane o zasadność tego badania odpowiadały różnie, w większości jednak uznają je za ważne, choć nie brakuje głosów krytycznych odnoszących się głównie do formy przeprowadzonego badania, w szczególności jeśli badanie miało formę wypełnienia ankiety, traktowanej przez personel jako zwykłej formalności, bez analizy wyniku, bez rozmowy i przekazania informacji zwrotnej, braku dalszych wytycznych w przypadku wysokiego wyniku. Jest to problem systemowy, bowiem personel medyczny obowiązany do wykonania tego badania nie ma jednoznacznych dyrektyw wskazujących metodologię badania oraz określających tryb postępowania w przypadku wyniku wskazującego na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. **Warto również podkreślić, że depresja poporodowa może wystąpić już po okresie połogu, więc, jak podkreślają kobiety, istotnym byłoby przeprowadzanie stosownego badania już po zakończeniu połogu.**

Rekomendujemy zatem, aby Ministerstwo Zdrowia stworzyło stosowne procedury, które będą jasno określały zasady przeprowadzania badania przesiewowego oraz wyznaczyło ścieżkę, na którą należy pokierować pacjentkę z wysokim wynikiem testu. Należy zwrócić uwagę, że samo wypełnienie ankiety jest niewystarczające, szczególnie z uwagi na zdarzającą się (i odnotowaną w raporcie, zob. rozdział 7.) dyssymulację kobiet wypełniających testy. Stąd konieczność podnoszenia kompetencji miękkich personelu medycznego, który zajmuje się kobietami w okresie laktacji. Tak jak we wcześniejszych rozdziałach, tak i w kontekście zdrowia psychicznego kobiet karmiących, rekomendujemy obowiązkowe szkolenia z komunikacji z pacjentem dla personelu medycznego. Empatyczne podejście mogłoby uczulić personel stykający się z kobietami w okresie okołoporodowym



na subtelności, które mogą wskazywać na rozwijającą się depresję. Nieadekwatność reakcji, drażliwość, obniżony nastrój lub nadmierne pobudzenie to jedne z wielu symptomów, które mogą się pojawić, a które można łatwo ukryć w ankiecie, dlatego poza wypełnieniem kwestionariusza istotna jest uważna rozmowa i obserwacja. Warto oprzeć się na standardach NICE (National Institute for Health and Care Excellence) stosowanych w Wielkiej Brytanii^{347, 348, 349}. Zalecają one zadanie dwóch pytań (o poczucie bezradności i obniżonego nastroju i o zdolność odczuwania pozytywnych emocji i zaangażowanie w codzienne czynności), a gdy przynajmniej jedna odpowiedź wskazuje na obniżony nastrój, należy przejść do testu EDPS.

Zdrowie psychiczne jest nieodłączną częścią zdrowia w ogóle, dlatego biorąc pod uwagę dobrostan kobiety karmiącej piersią i co za tym idzie, dobrostan jej dziecka, musimy wziąć pod uwagę także jej dobrostan psychiczny. Zaspokojone potrzeby fizjologiczne, energia do działania i umiejętność samoregulacji po stresującej sytuacji są ważne dla skutecznego karmienia piersią, które daje dziecku pokarm i korzyści zdrowotne, mamie profilaktykę, ale także poczucie sprawczości i satysfakcji. Według nas większy odsetek kobiet karmiących pół roku i dłużej, to nie tylko więcej zdrowych dzieci, ale i mniej przypadków wypalenia macierzyńskiego. W naszym raporcie cytujemy również słowa kobiet, dla których karmienie piersią miało duże znaczenie, niestety z różnych powodów, to karmienie nie potoczyło się tak, jakby tego oczekiwały i chciały. Uznały, że karmienie piersią im się nie udało, co było dla nich trudne i było jednym z czynników, które spowodowały stany depresyjne lub depresję. Dlatego właśnie jest tak ważne, aby zapobiegać ewentualnym trudnościom w karmieniu piersią, jakie mogą się pojawić. Wdrożenie rekomendacji, które prezentujemy w ostatniej części niniejszego raportu, jest również dbaniem o zdrowie psychiczne kobiet.

³⁴⁷ NIHR, *Two simple questions help GPs rule out depression*, <https://doi.org/10.3310/signal-000217> [dostęp: 30.11.2023]

³⁴⁸ NICE, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*, 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations#treatment-decisions-advice-and-monitoring-for-women-who-are-planning-a-pregnancy-are-pregnant-or> [dostęp: 30.11.2023]

³⁴⁹ Bosanquet K., Bailey D., Gilbody S. i wsp., *Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis*, *BMJ Open* 2015, 5:e008913, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008913> [dostęp: 30.11.2023]



REKOMENDACJE

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów, analizy ankiet oraz danych publicznych uzyskanych w ramach projektu, można wskazać elementy opieki laktacyjnej w Polsce, które wymagają bliższego przyjrzenia się i wsparcia. Karmienie piersią jest inwestycją w zdrowie zarówno pojedynczego dziecka i konkretnej kobiety, jak i całego społeczeństwa (zob. część raportu *Zdrowie w mleku matki*). Warto więc zaangażować siły i wspólnie pochylić się nad tym problemem. Aby zmiany w opiece laktacyjnej były realne i trwałe, potrzeba działań na wielu płaszczyznach. Celem jest dążenie do wzrostu odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka i odsetka karmionych piersią dwa lata i dłużej.

Poniżej przedstawiamy postulaty i rekomendacje:

- Utworzenie krajowego programu ochrony, promocji i wsparcia karmienia piersią wraz z zapewnieniem adekwatnego budżetu, powołaniem organu koordynującego i jego koordynatora.
- Powołanie konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich ds. laktacji.
- Opracowanie i wdrożenie systemu monitorowania sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci (w celu pozyskiwania realnych informacji o stanie karmienia naturalnego w Polsce, w tym m.in. liczby kobiet karmiących piersią, statystyk co do długości karmienia piersią itp.) i publikacja tych danych regularnie przez Główny Urząd Statystyczny.
- Wzmocnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” i pełne jej zintegrowanie z systemem opieki zdrowotnej. Objęcie nią wszystkich szpitali z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi i w miarę możliwości rozszerzenie jej na inne podmioty odpowiedzialne za opiekę nad niemowlętami, małymi dziećmi i ich matkami, tj. zwłaszcza na przychodnie i szpitale dziecięce, a nawet – w celu zapewnienia przyszłym pracownikom ochrony zdrowia stosownej wiedzy – na uniwersytety medyczne.



- Wprowadzenie zmian w kształceniu pracowników ochrony zdrowia i specjalistów ds. żywienia w zakresie wiedzy o żywieniu niemowląt i małych dzieci, w tym karmieniu piersią i laktacji (odpowiednia edukacja w czasie studiów i szkolenia zawodowe) oraz włączenie do programu kształcenia i szkoleń wiedzy z zakresu kodeksu WHO (wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r.) i przepisów go wdrażających.
- Pełne wdrożenie do prawa polskiego kodeksu WHO wraz z Wytycznymi WHO z 2016 r. (zainicjowanie stosownych zmian na szczeblu unijnym oraz jak najszybsze wykorzystanie przez ustawodawcę polskiego możliwości, jakie daje prawo unijne w celu zapewnienia pełniejszej zgodności prawa krajowego z zaleceniami Kodeksu), a w międzyczasie zarekomendowanie przez MZ szpitalom z oddziałami położniczymi i neonatologicznymi oraz POZ-om wdrożenia tych dokumentów w ramach dobrych praktyk, na wzór inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku”.
- Wypracowanie sposobów realnego monitorowania i egzekwowania S000.
- Przeprowadzenie kontroli NIK opieki laktacyjnej w placówkach zdrowia publicznego w związku z wykazanymi w niniejszym raporcie nieprawidłowościami oraz ich regularne przeprowadzanie w przyszłości.
- Wyższa stawka refundacji świadczeń dla szpitali, które zachowują niskie wskaźniki interwencji medycznych w postaci podania mieszanki, jednak warunkiem koniecznym musi być centralny i regularny monitoring placówek pod kątem dokarmiania noworodków mieszanką, regularnie przeprowadzane kontrole NFZ.
- Regularne prowadzenie kampanii społeczno-edukacyjnych o roli położnych środowiskowo-rodzinnych, z naciskiem na wskazywanie możliwości odbycia u położnej POZ edukacji przedporodowej oraz uzyskania porady laktacyjnej przez cały okres laktacji.
- Monitoring dostępności edukacji przedporodowej w podstawowej opiece zdrowotnej (apelujemy o przeprowadzenie takich kontroli przez NFZ).
- Refundacja porady laktacyjnej świadczonej przez położne środowiskowo-rodzinne wraz z określeniem zakresu i zasad jej realizacji. Rekomendujemy możliwość odbycia porad w całym okresie laktacji kobiety ambulatoryjnie, a do 6 miesiąca życia dziecka (czyli w zalecanym okresie wyłącznego karmienia piersią) u kobiety w jej domu, dodatkowo poza wizytami patronażowymi u dziecka.



- Wypracowanie skutecznych metod i zasad monitoringu oraz kontroli wizyt patronażowych i porad laktacyjnych w opiece środowiskowej. W tym celu rekomendujemy określenie przez Ministra Zdrowia kryteriów monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze wizyt patronażowych i poradnictwa laktacyjnego, w drodze rozporządzenia zgodnie z art. 23. ust. 3. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.
- Dokonanie zmian w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej w celu zachowania przez kobiety możliwości składania indywidualnej deklaracji do położnej środowiskowo-rodzinnej, a co za tym idzie zachowania prawa kobiet do wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej, niezależnie od wybranych lekarza POZ i pielęgniarki POZ.
- Wyodrębnienie specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego, określenie zasad jego funkcjonowania i refundacji. Podjęte działania miałyby na celu: 1) zwiększenie dostępności osób ze specjalistyczną wiedzą na oddziałach położniczych i neonatologicznych, czy innych w razie przebywania na nich kobiet będących w okresie laktacji; 2) spopularyzowanie powstawania poradni laktacyjnych, które chętniej będą zakładane przez podmioty lecznicze dzięki możliwości refundacji takich świadczeń w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia i kierowane do nich kobiet po porodzie (kiedy istnieją wskazania) już przy wypisie ze szpitala lub przez położną środowiskowo-rodzinną czy lekarza POZ.
- Uwzględnienie w systemie ochrony zdrowia wsparcia laktacyjnego osób niemedycznych, np. poprzez stworzenie zawodu asystentek laktacyjnych, na wzór asystentów zdrowienia funkcjonujących w opiece psychiatrycznej.
- Promocja karmienia piersią oraz wspieranie działań organizacji pozarządowych działających na rzecz karmienia piersią. Realizacja kampanii społeczno-edukacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa pokazujących korzyści z karmienia piersią i przekazujących podstawową wiedzę o fizjologii laktacji.
- Podjęcie działań mających na celu poprawę skuteczności diagnozowania problemów w obrębie jamy ustnej dziecka i problemów ze ssaniem po porodzie jeszcze w trakcie pobytu dziecka i matki w szpitalu. Rekomendujemy opracowanie (lub wdrożenie istniejącego) protokołu mającego na celu ocenę m.in. budowy jamy ustnej noworodka i odruchowych reakcji oralnych i wpisanie w SOOO obowiązku jego



stosowania, aby każda matka wychodząc ze szpitala знаła taką ocenę i aby na tej podstawie w razie potrzeby kierowano noworodka do dalszej diagnostyki lub specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego.

- Monitoring szpitali pod kątem sprawności przekazywania informacji o wypisie matki i dziecka ze szpitala położnej środowiskowo-rodzinnej oraz wypracowanie i wdrożenie rozwiązań mających na celu usprawnienie przekazywania tej informacji. Umożliwienie odbywania się wizyt poza standardowym czasem pracy położnej środowiskowo-rodzinnej (np. dodatkowa gratyfikacja za pracę w weekendy i święta).
- Wprowadzenie oddzielnie finansowanej wizyty położniczej u kobiety w położu (odrębnej od wizyty patronażowej u noworodka), aby kobiety, które wyjdą ze szpitala bez dziecka mogły otrzymać realną pomoc ze strony położnej środowiskowo-rodzinnej.
- Wypracowanie rozwiązań, które pozwolą na odbywanie się wizyt patronażowych u dłużej hospitalizowanych dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, np. poprzez przysługiwanie wizyt patronażowych w danym okresie od momentu wyjścia dziecka ze szpitala. Ujednolicenie przepisów dot. sprawowania opieki położnej środowiskowo-rodzinnej nad dzieckiem i wydłużenie okresu jej opieki nad dzieckiem.
- Wyraźne zawarcie w S000 obowiązku przekazywania przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w ciąży informacji dotyczących roli karmienia piersią w profilaktyce nowotworów.
- Promowanie wśród ginekologów informacji o obowiązku kierowania kobiety już od 21. tygodnia ciąży do położnej środowiskowo-rodzinnej w celu objęcia jej edukacją przedporodową, a także informacji związanych z rolą karmienia piersią w profilaktyce nowotworów ginekologicznych oraz możliwości wykonywania badań USG piersi w trakcie laktacji.
- Promocja zdrowia i wiedzy o karmieniu piersią wśród młodzieży poprzez wdrożenie i refundację świadczenia położnych środowiskowo-rodzinnych w postaci tzw. „godziny lekcyjnej z położną środowiskowo-rodzinną” w szkołach podstawowych (od siódmej klasy) i ponadpodstawowych, z uwzględnieniem przekazania podstawowych informacji o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym oraz roli położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece laktacyjnej.



- Promowanie zawodu położnej w społeczeństwie w celu zachęcenia do kształcenia się w tym kierunku.
- Edukacja z zakresu laktacji personelu medycznego, szczególnie zajmującego się opieką nad kobietami w okresie laktacji, ale także pracowników medycznych, do których kobieta karmiąca może przyjść na wizytę lekarską (czyli lekarzy wszelkich specjalizacji).
- Wprowadzenie oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u matki już po zakończeniu porodu.
- Uściślenie procedury przeprowadzania oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej oraz szkolenia personelu medycznego w tym zakresie, w celu zniwelowania trudności w przeprowadzaniu tej oceny (w tym badań przesiewowych) i wątpliwości jak postępować w przypadku wyniku wskazującego na wysokie ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Wdrażanie zmian w opiece laktacyjnej niewątpliwie wiąże się ze zwiększeniem nakładów finansowych na ochronę zdrowia w tym aspekcie. Biorąc pod uwagę ryzyko związane z niekarmieniem dzieci piersią, koszty te w dużym stopniu niwelowane będą przez ograniczenie nakładów finansowych przeznaczonych na walkę z konsekwencjami zdrowotnymi żywienia dzieci w sposób sztuczny. Większość problemów występujących w trakcie laktacji można rozwiązać. I właśnie na rozwiązywaniu problemów powinna być skoncentrowana świadczona w polskiej ochronie zdrowia opieka laktacyjna.



SPIS RYCIN

Ryc. 1.1. Struktura ankietowanych wg wieku (% , N=2504).....	50
Ryc. 1.2. Struktura ankietowanych wg wykształcenia (% , N=2504).....	50
Ryc. 1.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim województwie mieściła się przychodnia POZ, do której wówczas należałaś?” (% , N=2504).....	51
Ryc. 1.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakiej miejscowości mieściła się przychodnia POZ, do której wówczas należałaś?” (% , N=2504).....	51
Ryc. 1.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504).....	52
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).....	52
Ryc. 2.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kto prowadził Twoją ciążę?” (% , N=2498).....	57
Ryc. 2.2. Struktura odpowiedzi wg odbycia przez kobietę wizyt/y u lekarza ginekologa/ginekologa położnika w trakcie ciąży (% , N= 2504)	57
Ryc. 2.3. Sposób finansowania wizyt u lekarza ginekologa/ginekologa położnika w ciąży (% , N=2503)	58
Ryc. 2.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie wizyt u lekarza ginekologa/ginekologa położnika poruszany był temat karmienia piersią i mlekiem kobiecym?” (% , N=2503)	61
Ryc. 2.5. Charakter informacji uzyskanych od lekarza ginekologa/ginekologa położnika o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte „Czego się dowiedziiałaś o karmieniu piersią i mlekiem kobiecym od lekarza ginekologa/ginekologa położnika?” (% , N=2503)	62
Ryc. 2.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy lekarz poinformował Cię o przysługującej Ci od 21 tygodnia ciąży edukacji przedporodowej w ramach NFZ prowadzonej przez położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=2503)	67
Ryc. 2.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy na moment wypełniania ankiety wiesz, czym się zajmuje położna środowiskowo-rodzinną?” (% , N=2504), po prawej „Czy wiedziiałaś, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinną, już na etapie ciąży lub przed ciążą?” (% , N=2504)	73



Ryc. 2.8. Struktura odpowiedzi ankietowanych wg uwzględnienia w zadaniach położnej POZ pomocy w połogu i realizacji wizyt patronażowych na podstawie odpowiedzi na polecenie otwarte: „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna” (% , N=2504)	75
Ryc. 2.9. Struktura odpowiedzi ankietowanych wg uwzględnienia w zadaniach położnej POZ edukacji/opieki w trakcie ciąży na podstawie odpowiedzi na polecenie otwarte: „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna” (% , N=2504)	75
Ryc. 2.10. Struktura odpowiedzi ankietowanych wg uwzględnienia w zadaniach położnej POZ wsparcia w karmieniu piersią na podstawie odpowiedzi na polecenie otwarte: „Opisz krótko, czym zajmuje się położna środowiskowo-rodzinna” (% , N=2504)	76
Ryc. 2.11. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy miałaś kontakt na etapie ciąży z położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=2504)	83
Ryc. 2.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy miałaś kontakt na etapie ciąży z położną środowiskowo-rodzinną?” z uwzględnieniem rodzaju kontaktu (% , N=2504)	84
Ryc. 2.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy położna środowiskowo-rodzinna podjęła inicjatywę zaproszenia Cię do wzięcia udziału w tzw. edukacji przedporodowej (spotkania edukacyjne możliwe od 21 tygodnia ciąży na NFZ w formie indywidualnej lub grupowej)?” (% , N=2504)	85
Ryc. 2.14. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy spotykałaś się z położną środowiskowo-rodzinną na edukacji przedporodowej?” (% , N=2504)	88
Ryc. 2.15. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W ilu spotkaniach w ramach edukacji przedporodowej uczestniczyłaś?” (% , N=970)	88
Ryc. 2.16. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w czasie edukacji przedporodowej położna środowiskowo-rodzinna omawiała tematy związane z karmieniem piersią i mlekiem kobiecym?” (% , N=2504)	92
Ryc. 2.17. Struktura odpowiedzi na polecenie: „Oceń w skali 1-5, jak udział w edukacji przedporodowej przygotował Cię do karmienia piersią i mlekiem kobiecym, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze” (% , N=971)	95
Ryc. 2.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoja położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczynie laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji)?” (% , N=2504)	96
Ryc. 2.19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Oceń w skali 1-5, jak udział w edukacji przedporodowej przygotował Cię do karmienia piersią i mlekiem kobiecym, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze” vs. „Czy Twoja położna środowiskowo-rodzinna szkoliła się lub otrzymała certyfikat	



z poradnictwa laktacyjnego (np. doradczynie laktacyjnej CDL, międzynarodowej konsultantki laktacyjnej IBCLC, edukatorki ds. laktacji)?” (% , N=971)	98
Ryc. 2.20. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy będąc w ciąży otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2504)	120
Ryc. 2.21. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=663), po prawej „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?” (% , N=663)	120
Ryc. 3.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy poród odbył się w szpitalu?” (% , N=2504)	132
Ryc. 3.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z jakimiś trudnościami?” (% , N=2504)	132
Ryc. 3.3. Forma porodu u kobiet będących pod opieką szpitalną po porodzie, gdzie poród siłami natury oznacza poród drogą pochwową, przy jednoczesnym braku zastosowania jakiegokolwiek interwencji medycznej lub farmakologicznej, zaś poród drogami natury oznacza, że w trakcie porodu drogą pochwową zastosowano przynajmniej jedną interwencję medyczną lub farmakologiczną np. oksytocyna, znieczulenie, nacięcie krocza, kleszcze, próżnościąg położniczy i in. (% , N=2476).....	134
Ryc. 3.4. Termin porodu względem osób, które były pod opieką szpitalną po porodzie (% , N=2476)	135
Ryc. 3.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakim województwie mieścił się szpital?” (% , N=2476)	136
Ryc. 3.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W jakiej miejscowości mieścił się szpital?” (% , N=2476)	136
Ryc. 3.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Jaki stopień referencyjności miał szpital?” (% , N=2476)	137
Ryc. 3.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kontakt »skóra do skóry« to położenie nagiętego dziecka tuż po urodzeniu, na brzuchu mamy. Mierzenie, ważenie, mycie, ubieranie i inne czynności pielęgnacyjne powinny odbywać się dopiero po ok. 2 godzinach od porodu, czyli po odbytym nieprzerwanym kontakcie »skóra do skóry«. Czy miałaś taki kontakt »skóra do skóry?«” (% , N=2471)	161
Ryc. 3.9. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy przebywałaś w pokoju z dzieckiem w systemie »matka z dzieckiem« (również nazywanym »rooming-in«, oznaczającym przebywanie matki z dzieckiem w jednym pokoju 24h na dobę)?” (% , N=2476).....	191



Ryc. 3.10. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy ktoś z personelu dotykał Twoich piersi/brodawek?” (% , N=2476), po prawej „Czy zapytano Cię o zgodę, żeby to zrobić?” (% , N=1390)	215
Ryc. 3.11. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciągniętym z piersi?” (% , N=2476).....	244
Ryc. 3.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka?” (% , N=2476).....	273
Ryc. 3.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego poinstruował/nauczył Cię jak odciążać pokarm ręcznie (ręką bez użycia przyrządów do odciążania)?” (% , N=2476)	336
Ryc. 3.14. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy korzystałaś z laktatora udostępnionego przez szpital?” (% , N=2476)	351
Ryc. 3.15. Struktura wg tego, czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)	410
Ryc. 3.16. Struktura wg tego, czy dziecko było dokarmione, dokarmiane mieszanką lub karmione wyłącznie mieszanką na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)	410
Ryc. 3.17. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476) ..	412
Ryc. 3.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „W którym dniu życia dziecka podano mieszankę lub rozpoczęto jej podawanie?” (% , N=1252)	413
Ryc. 3.19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Jak urodziłaś?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)	425
Ryc. 3.20. Tabela krzyżowa: na podstawie odpowiedzi na pytanie „Kiedy urodziłaś?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)	428
Ryc. 3.21. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy dziecko urodziło się zdrowe, czy z jakimiś trudnościami?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)	430
Ryc. 3.22. Tabela krzyżowa dla pytań: „Jaki stopień referencyjności miał szpital?” vs. czy dziecko otrzymało lub otrzymywało mieszankę, na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” (% , N=2476)	431



Ryc. 3.23. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w szpitalu otrzymałaś materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2476)	458
Ryc. 3.24. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy wśród otrzymanych w szpitalu materiałów edukacyjnych znalazły się materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=1018)	458
Ryc. 3.25. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy wśród otrzymanych w szpitalu materiałów edukacyjnych znalazły się akcesoria takie jak butelki/smoczek?” (% , N=1018).....	459
Ryc. 4.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy po porodzie położna środowiskowo-rodzinna była w Twoim domu na choć jednej wizycie patronażowej?” (% , N=2504)	472
Ryc. 4.2. Struktura odpowiedzi na pytanie skierowanego do osób, u których położna nie była na ani jednej wizycie patronażowej: „Czy miałaś kontakt telefoniczny i/lub za pomocą środków elektronicznych z położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=212)	473
Ryc. 4.3. Struktura przeanalizowanych odpowiedzi na pytanie: „Jaki mógł być powód tego, że położna środowiskowo-rodzinna nie była na żadnej wizycie patronażowej?” (% , N=212)	474
Ryc. 4.4. Struktura odpowiedzi wśród kobiet, u których położna była na przynajmniej jednej wizycie patronażowej na pytanie: „Czy Ty kontaktowałaś się z położną środowiskowo-rodzinną, aby przekazać jej informację o tym, że jesteś z dzieckiem w domu po porodzie?” (% , N=2289).....	480
Ryc. 4.5. Czas odbycia się pierwszej wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej od dnia powrotu/wypisu matki i dziecka ze szpitala (% , N=2403).....	484
Ryc. 4.6. Czas odbycia się pierwszej wizyty położnej środowiskowo-rodzinnej od dnia powrotu dziecka ze szpitala (gdy kobietę wypisano ze szpitala wcześniej bez dziecka) (% , N=73).....	489
Ryc. 4.7. Rozkład ilości odbytych wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej (% , N=2504)	497
Ryc. 4.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Na ilu w sumie wizytach patronażowych była u Ciebie położna środowiskowo-rodzinna?” (% , N=2289)	497
Ryc. 4.9. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?” (% , N=2289)	521
Ryc. 4.10. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy położna środowiskowo-rodzinna obejrzała/zbadała Twoje piersi, stan brodawek?” (% , N=2289)	523
Ryc. 4.11. Struktura odpowiedzi na pytania: „Czy położna środowiskowo-rodzinna zbadała jamę ustną dziecka pod kątem ssania?” (% , N=2289).....	529



Ryc. 4.12. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy położna środowiskowo-rodzinna zważyła dziecko?” (% , N=2289), po prawej „Czy położna środowiskowo-rodzinna określiła przyrost masy ciała dziecka?” (% , N=2289).....	534
Ryc. 4.13. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?” (% , N=2289), po prawej „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?” (% , N=2289)	539
Ryc. 4.14. Tabela krzyżowa dla zmiennych: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?” oraz „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?” (% , N =2289).....	542
Ryc. 4.15. Tabela krzyżowa dla zmiennych: dla zmiennych: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią” oraz „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?” (% , N =2289).....	543
Ryc. 4.16. Struktura odpowiedzi na pytania: „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?”, „Czy położna środowiskowo-rodzinna oceniła akt karmienia?” oraz „Czy po ocenie aktu karmienia położna środowiskowo-rodzinna dała jakieś wskazówki?” (% , N=2289)	544
Ryc. 4.17. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś kontakt z położną środowiskowo-rodzinną?” (% , N=2289)	570
Ryc. 4.18. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś kontakt z położną środowiskowo-rodzinną?” z uwzględnieniem rodzaju kontaktu (% , N=2289)	571
Ryc. 4.19. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy pielęgniarka z przychodni POZ przyszła do Twojego domu na wizytę patronażową?” (% , N=2504), po prawej „W jakim wieku było wówczas dziecko?” (% , N=158)	630
Ryc. 4.20. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy podczas wizyty pielęgniarka przeprowadziła instruktaż w zakresie pielęgnacji dziecka?” (% , N=158), po prawej „Czy podczas wizyty pielęgniarka przeprowadziła instruktaż pielęgnacji jamy ustnej dziecka?” (% , N=158)	635
Ryc. 4.21. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy podczas wizyty pielęgniarka przeprowadziła instruktaż w zakresie karmienia piersią?” (% , N=158)	636
Ryc. 4.22. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy lekarz pediatra z Twojej przychodni, był w Twoim domu na wizycie patronażowej?” (% , N=2504), po prawej „W którym dniu życia dziecka lekarz przyszedł na wizytę patronażową?” (% , N=196).....	643



Ryc. 4.23. Struktura odpowiedzi na pytanie "Czy podczas wizyt w przychodni POZ lekarz pediatra dawał Ci jakieś wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka?" (% , N=2504)	661
Ryc. 4.24. Struktura przeanalizowanych odpowiedzi na otwarte pytanie: "Jakie to były wskazówki/zalecenia odnośnie do rozszerzania diety dziecka?" (% , N=933)	663
Ryc. 4.25. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy podczas wizyt patronażowych otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2289)	674
Ryc. 4.26. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=430), po prawej „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczek?” (% , N=430)	674
Ryc. 4.27. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego w Twojej przychodni materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=2504).....	681
Ryc. 4.28. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Od kogo z personelu otrzymałaś te materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” (% , N=131)	683
Ryc. 4.29. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” (% , N=693), po prawej „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczek?” (% , N=693)	684
Ryc. 5.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy lekarz specjalista zajmujący się zdrowiem Twojego dziecka kiedykolwiek powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem” (% , N=1158).....	708
Ryc. 5.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy lekarz specjalista zajmujący się zdrowiem Twojego dziecka kiedykolwiek komentował fakt, że Twoje dziecko jest karmione piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił?” (% , N=1158), po prawej charakter komentarza lekarza specjalisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz specjalista?” (N=160).....	709
Ryc. 5.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy Twoje dziecko leczyło się szpitalnie w okresie trwania Twojej laktacji?” (% , N=1158).....	718
Ryc. 5.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny podczas pobytu Twojego dziecka w szpitalu wspierał Was w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji?” (% , N=446) .	719
Ryc. 6.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy kiedykolwiek lekarz rodzinny/internista z Twojej przychodni POZ komentował fakt, że karmisz dziecko piersią i/lub Twoim mlekiem lub	



odnosił się do długości, sposobu karmienia?" (% , N=904), po prawej charakter komentarza lekarza rodzinnego/internisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz rodzinny/internista z Twojej przychodni POZ?” (N=149)..... 739

Ryc. 6.2. Struktura odpowiedzi na pytanie: po lewej „Czy kiedykolwiek lekarz specjalista komentował fakt, że karmisz dziecko piersią i/lub Twoim mlekiem lub odnosił się do długości, sposobu karmienia?” (% , N=904), po prawej charakter komentarza lekarza specjalisty o karmieniu piersią i/lub mlekiem matki na podstawie odpowiedzi na pytanie otwarte: „Co mówił lekarz specjalista?” (N=170) 741

Ryc. 6.3. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego zajmującego się Twoim zdrowiem kiedykolwiek powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem?” (% , N=904)..... 758

Ryc. 6.4. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Kto z personelu medycznego zajmującego się Twoim zdrowiem powiedział Ci, że istnieje konieczność odstawienia dziecka od piersi/zakończenia karmienia Twoim mlekiem?” (% , N=904)..... 759

Ryc. 6.5. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek odmówiono Ci jakiegoś świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty (np. leczenie zębów, badanie USG piersi, rentgen, tomografia komputerowa, terapia antybiotykowa itp.) ze względu na to, że karmisz piersią?” (% , N=904) 760

Ryc. 6.6. Struktura odpowiedzi na pytanie: "Kto Ci odmówił Ci świadczenia medycznego/badania lub wypisania recepty?" (% , N=223) 760

Ryc. 6.7. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy przebywałaś w szpitalu w okresie trwania Twojej laktacji?” (% , N=904) 807

Ryc. 6.8. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy personel medyczny podczas Twojego pobytu w szpitalu wspierał Cię w karmieniu piersią/odciąganiu mleka/utrzymaniu laktacji?” (% , N=126) ... 807

Ryc. 7.1. Struktura odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub porodu zadawał Ci pytania dotyczące Twojego samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka obecności depresji lub wykonywał wymienione badanie/a (EPDS lub test Becka)?” (% , N=2504) 824



SPIS TABEL

Tab. 1. Liczba urodzeń żywych dla poszczególnych województw w latach 2018-2022 (źródło: na podstawie roczników demograficznych za lata 2018-2021 oraz Bazy Demografia Głównego Urzędu Statystycznego)	54
Tab. 2. Liczba i wartość świadczeń „Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej” dla poszczególnych województw refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2018-2022 (źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej)	59
Tab. 3. Liczba i wartość świadczeń „Wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania” dla poszczególnych województw refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2018-2022	90
Tab. 4. Liczba oddziałów położnictwa i ginekologii z podziałem na poziomy referencyjności w poszczególnych województwach wg stanu na dzień 5.06.2023 r. (źródło: korespondencja własna z NFZ – Centrala w Warszawie w ramach dostępu do informacji publicznej)	138
Tab. 5. Liczba i wartość świadczeń „Wizyta patronażowa położnej POZ” dla poszczególnych województw	509
Tab. 6. Średnia ilość wizyt patronażowych na urodzenie otrzymana po podzieleniu liczby wizyt w danym okresie, przez ilość urodzeń w tym samym okresie (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Tab. 1. oraz Tab. 5.)	512
Tab. 7. Liczba świadczeń „Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ” dla poszczególnych województw w latach 2018-2022 (źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej).....	632
Tab. 8. Liczba świadczeń „Wizyta patronażowa pielęgniarki POZ” dla poszczególnych województw w latach 2018-2022 (źródło: korespondencja własna z wojewódzkimi oddziałami NFZ w ramach dostępu do informacji publicznej).....	633



BIBLIOGRAFIA

Data dostępu do linków internetowych 30.11.2023:

- Akus M., Bartick M., *Lactation safety recommendations and reliability compared in 10 medication resources*. *Ann Pharmacother* 2007, 41(9):1352-60, <https://doi.org/10.1345/aph.1k052>
- 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>
- Altobelli E., Angeletti P.M., Verrotti A., Petrocelli R., *The Impact of Human Milk on Necrotizing Enterocolitis: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *Nutrients* 2020, 12(5):1322, <https://doi.org/10.3390/nu12051322>
- Alves C., Soares L., Faria A. L., *Pregnancy and postpartum depression (PPD): A non-systematic review assessing the current state of knowledge on PPD*, *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social* 2023, 9(1):1-19, <https://dx.doi.org/10.31211/rpics.2023.9.1.293>
- 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>
- Anderson P. O., *Drug Treatment of Raynaud's Phenomenon of the Nipple*, *Breastfeeding Medicine* 2020, 15(11):686-688, <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0198>
- 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>
- 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>
- 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>
- Baker P., Smith J.P., Garde A. i wsp., *The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress*, *The Lancet* 2023, 401(10375):503-524, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X)
- 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>
- Bar-Oz B., Bulkowstein M., Benyamini L. i wsp., *Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation*, *Drug Safety* 2003, 26(13):925-35, <https://doi.org/10.2165/00002018-200326130-00002>
- Baranowska B., Doroszewska A., Szykiewicz P., *Naukowe podstawy standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo AEH, 2020
- Baranowska B., *Kontakt „skóra do skóry” (STS) a termoregulacja noworodka*, 2013 <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/pierwszy-kontakt-baza-wiedzy/kontakt-skora-do-skoryq-sts-a-termoregulacja-noworodka/>
- 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>



- Borszewska-Kornacka M.K, Bernatowicz-Łojko U., *Znaczenie karmienia naturalnego dla dziecka urodzonego przedwcześnie i jego matki*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCIE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf.pdf>
- Bosanquet K., Bailey D., Gilbody S. i wsp., *Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis*, *BMJ Open* 2015, 5:e008913, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008913>
- Browarska A., *Żelazo w diecie dzieci karmionych piersią*, 2022, <https://lekarskimokiem.pl/zelazo-w-diecie-dzieci-karmionych-piersia/>
- Byerley E.M., Perryman D.C., Dykhuizen S.N. i wsp., *Breastfeeding and the Pharmacist's Role in Maternal Medication Management: Identifying Barriers and the Need for Continuing Education*, *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics* 2022, 27(2):102–108, <https://doi.org/10.5863%2F1551-6776-27.2.108>
- Chaves R.G., Lamounier J.A., *Uso de medicamentos durante a lactação*, *Jornal de Pediatria* 2004, 80 (5 suppl), <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700011>
- 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>
- Chrustek A., *Karmienie piersią a przyjmowanie leków – czy to jest bezpieczne?*, 2021, <https://malysak.pl/karmienie-piersia-a-przyjmowanie-lekow-czy-to-jest-bezpieczne/>
- Chrzan-Dętkoś M., *Depresja w ciąży i depresja poporodowa*, 2022, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/depresja-w-ciazy-i-depresja-poporodowa/>
- Chrzan-Dętkoś M., *Pod powierzchnią. Emocjonalne wyzwania macierzyństwa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2023
- Crowe S. D., Miller H., Faulkner B., Lee H. C., *Use of Hand Expression of Breastmilk Within First Hour of Delivery to Increase Exclusive Hospital Breastfeeding Rate [400]*, *Obstetrics & Gynecology*, 135(1):167S, <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000663984.24193.f5>
- Czosnykowska-Łukacja M., Lis-Kuberka J., Królak-Olejnik B., Orczyk-Pawitowicz M., *Changes in Human Milk Immunoglobulin Profile During Prolonged Lactation*, *Frontiers in Pediatrics* 2020, 8:428, <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00428>
- 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>
- 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>
- 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>
- Ferber S.G., Makhoul I.R., *The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial*, *Pediatrics* 2004, 113(4):858-65, <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.858>
- 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>



- Flaherman V. J., Maisels J. M., *ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant 35 Weeks or More of Gestation—Revised 2017*, Academy of Breastfeeding Medicine 2017, <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29042.vjf>, polskie tłumaczenie: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/22-jaundice-protocol-polish.pdf>
- 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>
- Geddes D.T., *Ultrasound imaging of the lactating breast: methodology and application*, International Breastfeeding Journal 2009, artykuł nr 4, <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-4>
- 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>
- 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>
- Hafija.pl, *Po co nam niemiedyczne wsparcie laktacyjne?*, 2023, <https://www.hafija.pl/2023/03/po-co-nam-niemiedyczne-wsparcie-laktacyjne.html>
- Hale T.W., *Hale's Medications & Mothers' Milk™*, Springer Publishing Company, New York 2022, <https://doi.org/10.1891/9780826150356>
- Haliloglu N., Ustuner E., Ozkavukcu E., *Breast Ultrasound during Lactation: Benign and Malignant Lesions*, Breast Care (Basel) 2019, 14(1):30-34, <https://doi.org/10.1159/000491781>
- Hansen R., Gibson S., De Paiva Alves E. i wsp., *Adaptive response of neonatal sepsis-derived group B Streptococcus to bilirubin*, Scientific reports 2018, 8(1):6470, <https://doi.org/10.1038/s41598-018-24811-3>
- 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>
- Hassan B., Zakerihamidi M., *The correlation between frequency and duration of breastfeeding and the severity of neonatal hyperbilirubinemia*, Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2018, 31(4):457–463, <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1287897>
- Helwich E. (red.), *Program wczesnej stymulacji laktacji ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjności*, Standardy Medyczne Pediatria 2014, T. 11. https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf
- Ho N.T, Li F., Lee-Sarwar K.A. i wsp., *Meta-analysis of effects of exclusive breastfeeding on infant gut microbiota across populations*, Nature Communications 2018, 9:4169, <https://doi.org/10.1038/s41467-018-06473-x>
- 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>
- 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>
- 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>



- Kemper A.R., Newman T.B., Slaughter J.L. i wsp., *Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation*, Pediatrics from the American Academy of Pediatrics 2022, 150 (3): e2022058859, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859>
- 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>
- Koronkiewicz-Wiórek A., *Deficyty obowiązującej w prawie polskim regulacji w zakresie reklamy i innych technik marketingowych dotyczących produktów relevantnych dla ochrony karmienia piersią, ze szczególnym uwzględnieniem preparatów do początkowego żywienia niemowląt. Zarys problematyki*, w: Przegład Prawa i Administracji, Frąckowiak J. (red.), tom CXII, Wrocław 2018, <https://wuwr.pl/ppa/article/view/7690>
- Koronkiewicz-Wiórek A., *Jak dokonać zgłoszenia naruszenia prawa w zakresie marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt i co powinno zawierać zgłoszenie?*, <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html> (publikacja do pobrania pod nazwą „MARKETING MM – ZGŁOSZENIE PODEJRZENIA NARUSZENIA PRAWA (pobierz)”)
- Koronkiewicz-Wiórek A., *Kodeks WHO a prawo polskie. Wybrane kwestie w związku z prawną analizą wyników „Raportu z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA”*, Kwartalnik Laktacyjny 2020, nr 1, <https://lekarskimokiem.pl/wp-content/uploads/2022/09/1-2020.pdf>
- Koronkiewicz-Wiórek A., *O potrzebie skorzystania przez Rzeczpospolitą Polską z prawa opcji w odniesieniu do reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego opracowanej w celu zaspokojenia potrzeb żywieniowych niemowląt*, Przegład Prawa i Administracji [w druku]
- Koronkiewicz-Wiórek A., *Prawa związane z karmieniem piersią, I. Szczyt Koalicji Na Rzecz Karmienia Piersią*, Warszawa 2022, <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html>
- Koronkiewicz-Wiórek A., *Źródła prawa dotyczące marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt*, <https://www.prawoilaktacja.pl/p/do-pobrania.html>
- Kramer M. S., Kakuma R., *Optimal duration of exclusive breastfeeding*, Cochrane Database of Systematic Review 2012, 2012(8):CD003517, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
- Królak-Olejnik B., Nehring-Gugulska M., Oslislo A., *Standard postępowania poporodowego sprzyjający karmieniu naturalnemu noworodków z małą urodzeniową masą ciała*, Standardy Medyczne 2012, T. 9, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Standard-postepowania-poporodowego.pdf>
- 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>
- 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>
- Kwiatek-Kucharska A., *Ciągłość opieki położnej w innych krajach*, 2022 <https://rodzicpoludzk.pl/baza-wiedzy/ciaglosc-opieki-poloznej-w-innych-krajach/>
- Lawrence R. A., Lawrence R.M., *“Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession”*, Elsevier 2021
- 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>



- Li Z., Mannava P., Murray J.C.S. i wsp., *Association between early essential newborn care and breastfeeding outcomes in eight countries in Asia and the Pacific: a cross-sectional observational -study*, *BMJ Glob Health* 2020, 5(8):e002581, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002581>
- 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>
- 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>
- Mandel D., Lubetzky R., Dollberg S. i wsp., *Fat and Energy Contents of Expressed Human Breast Milk in Prolonged Lactation*, *Pediatrics* 2005, 116(3):432–435, <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0313>
- 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>
- 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%2Fs12885-023-11049-0>
- Meek J.Y., Noble L., *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, *American Academy of Pediatrics - Section on Breastfeeding* 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Malherbe K., Taft D., *Breast Ultrasound*, StatPearls Publishing 2023, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557837/>
- Mitchell J., Jones W., Winkley E., Kinsella S.M., *Guideline on anaesthesia and sedation in breastfeeding women 2020*, *Association of Anaesthetists* 2020, 75(11):1482-1493, <https://doi.org/10.1111/anae.15179>
- Mitchell K.B., Fleming M.M., Anderson P.O., Giesbrandt J.G., *ABM Clinical Protocol #30: Radiology and Nuclear Medicine Studies in Lactating Women*, *Academy of Breastfeeding Medicine* 2019, 14(5):290-294, <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.29128.kbm>
- Mitchell K.B., Johnson H.M., Rodriguez J.M. i wsp., *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum*, *Academy of Breastfeeding Medicine* 2022, 17(5):360-376, <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29207.kbm>
- Morze K., *Mamy Prawa! Karmienie piersią w sytuacjach szczególnych*, Fundacja Matecznik 2019, <https://fundacjamatecznik.pl/mamy-prawa-karmienie-piersia-w-sytuacjach-szczegolnych/>
- Morze K., *Znieczulenie ogólne a karmienie piersią – wytyczne*, 2019, <https://laktaceuta.pl/znieczulenie-ogolne-a-karmienie-piersia/>
- Nehring-Gugulska M., Bębenek D., *Długie karmienie piersią zanim coś powiesz, spójrz spokojnie na wyniki badań*, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/karmie-dlugo/>
- Nhering-Gugulska M., *Karmienie piersią a badania radiologiczne*, *Medycyna Praktyczna* 2013, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/lista/93015,karmienie-piersia-a-badania-radiologiczne>
- Nehring-Gugulska M., *Poziomy kształcenia w zakresie laktacji*, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/pozksztal.pdf>
- Nehring-Gugulska M., *Szkolenie personelu Oddziałów Intensywnej Terapii Noworodka w zakresie opieki laktacyjnej*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria* 2014, T. 11, https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf



- Nehring-Gugulska M., *Wskazania do odciągania mleka – kiedy, jak i czym?*, Postępy Neonatologii 2022, nr 2, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2022/11/Wskazania-do-odciagania-mleka-kiedy-jak-i-czym.pdf>
- Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B., *Protokół oceny umiejętności ssania piersi*, 2014, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/10/PROTOKOL-OCENY-UMIEJETNOSCI-SSANIA-PIERSI.pdf>
- 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>
- Ortega D., Viviand X., Lorec A.M. i wsp., *Excretion of lidocaine and bupivacaine in breast milk following epidural anesthesia for cesarean delivery*, Acta Anaesthesiol Scand 1999, 43(4):394-7, <https://doi.org/10.1034/j.1399-6576.1999.430405.x>
- Pacewicz P., *Wypalenie rodzicielskie w Polsce jest największe na świecie. Cierpimy jak nikt inny*, 2021, <https://oko.press/wypalenie-rodzicielskie-w-polsce-jest-najwieksze-na-swiecie-cierpimy-jak-nikt-inny>
- Palmer G., *Polityka Karmienia Piersią*, Mamania, Warszawa 2011
- Piwoz E.G., Huffman S.L., *The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices*, Food and Nutrition Bulletin 2015, 36(4):373-86, <https://doi.org/10.1177/0379572115602174>
- Poorolajal J., Heidarimoghis 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>
- 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>
- Rollins N.C., Bhandari N., Hajeerbhoy 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)
- 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>
- Rosenberg K.D., Eastham C.A., Kasehagen L.J., Sandoval A.P., *Marketing Infant Formula Through Hospitals: the Impact of Commercial Hospital Discharge Packs on Breastfeeding*, American Journal of Public Health 2008, 98(2): 290–295, <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2006.103218>
- Sachs H. Ch. i wsp., *The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics*, American Academy of Pediatrics – Committee on Drugs, Pediatrics 2013, 132(3):e796–e809, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1985>
- Scoccianti Ch., Key T.J., Anderson A.S. i wsp., *European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer*, Cancer Epidemiology 2015, 39(1):S101-106, <https://doi.org/10.1016/j.canep.2014.12.007>
- Sinkiewicz-Darol E., Martysiak-Żurowska D., Puta M., Adamczyk I., Barbarska O., Wesołowska A., Bernatowicz-Łojko U., *Nutrients and Bioactive Components of Human Milk After One Year of Lactation: Implication for Human Milk Banks*, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2022, 74(2):284-291, <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000003298>
- So M., Bozzo P., Inoue M., Einarson A., *Safety of antihistamines during pregnancy and Lactation*, Canadian Family Physician 2010, 56(5):427-429, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2868610/>



- Sood R., Rositch A.F., Shakoor D. i wsp., *Ultrasound for Breast Cancer Detection Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Journal of Global Oncology 2019, 5:1-17, <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00127>
- 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>
- Spencer J.P., Thomas S., Trondsen Pawlowski R. H., *Medication Safety in Breastfeeding*, American Family Physician 2022, 106(6):638-644, PMID: 36521462, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36521462/>
- 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>
- Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp., *Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci*, Standardy Medyczne Pediatria 2021, T. 18., https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/WL_jednostki/klinika_pediiatrii_i_zaburzen_rozwoju_dzieci_i_mlodziuzy/zasady_zywienia_zdrowych_niemowlat.pdf
- Syska M., [w:] *Bezpieczeństwo żywności i żywienia. Komentarz*, Szymecka-Wesołowska A. (red.), Warszawa 2013, LEX/el., art. 25.
- Szugye H., Murra A., Lam S.K., *A new policy update on breastfeeding: What all clinicians need to know*, Cleveland Clinic Journal of Medicine 2023, 90(8):469-473, <https://doi.org/10.3949/ccjm.90a.22099>
- Świderek-Tybelska A., *Wskaźniki skuteczności karmienia piersią*, 2021, <https://malysak.pl/wskazniki-skutecznego-karmienia-piersia/>
- 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>
- Tołłoczko J., *Rekomendacje PTN dotyczące leczenia żółtaczek u noworodków w praktyce*, <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2021/06/Rekomendacje-PTN-dotyczace-lecznia-zoltaczek-u-noworodkow-w-praktyce.pdf>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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)
- Victoria C.G., Horta B.L., de Mola Ch.L. i wsp., *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*, The Lancet Global Health 2015, 3:e199-e205, [https://doi.org/10.1016%2FS2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016%2FS2214-109X(15)70002-1)



- Walter M.H., Abele H., Plappert C.F., *The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child*, *Frontiers in endocrinology* 2021, 12:742236, <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>
- Walters D.D., Phan L.T.H., Mathisen R., *The cost of not breastfeeding: global results from a new tool*, *Health Policy and Planning* 2019, 34(6):407-417, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050>
- Wang Z., Liu J., Shuai H. i wsp., *Correction: Mapping global prevalence of depression among postpartum women*, *Translational Psychiatry* 2021, 11(1):640, <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>
- Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Koronkiewicz-Wiórek A., *Zalecenia programowe i zalecenia dotyczące rozwiązań ustawodawczych, [w:] Raport z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA*, Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Baranowska B. (red.), Warszawa 2019
- Wesołowska A., *Żywnienie pacjentów oddziałów neonatologicznych mlekiem z banku mleka kobiecego w świetle medycyny opartej na dowodach*, w: *Banki Mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych – idea i praktyka*, Wesołowska A. (red.), 2017, <https://bankmleka.pl/wp-content/uploads/2023/01/BANKI-MLEKA-W-POLSCIE.-Funkcjonowanie-w-podmiotach-leczniczych-idea-i-praktyka.pdf>
- Wilińska M., Warakomska M., Nowicka K. i wsp., *Siara - znaczenie wczesnej podaży dla noworodka urodzonego przedwcześnie oraz praktyczne aspekty zastosowania w oddziale intensywnej terapii noworodka. Część 1.*, w: *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, Helwich E. (red.), *Standardy Medyczne Pediatria* 2014, T. 11, https://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf
- Wright C. M., Waterston A. J. R., *Relationships between paediatricians and infant formula milk companies*, *Archives of Disease in Childhood* 2006, 91(5):383-385, <https://doi.org/10.1136/adc.2005.072892>
- 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>
- 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>
- 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>
- York D.J., Smazal A.L., Robinson D.T., De Plaen I.G., *Human Milk Growth Factors and Their Role in NEC Prevention: A Narrative Review*, *Nutrients* 2021, 13(11):3751, <https://doi.org/10.3390/nu13113751>
- Yuen M., Hall O.J., Masters G. A. i wsp., *The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review*, *Journal of Women's Health* 2022, 31(6):787-807, <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0504>
- Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., Dmoch-Gajzlerska E., *Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej*, *Położna nauka i praktyka* 2017, 2(38), <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/Konsultanci-laktacyjni-w-systemie.pdf>
- Żukowska-Rubik M., *Płaskie i wklęsłe brodawki (sutki) – Jak karmić piersią?*, *Medycyna Praktyczna* 2013, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatria/karmienie-piersia/93049,plaskie-i-wklesle-brodawki-sutki-jak-karmic-piersia>



Dokumenty, publikacje i zasoby organizacji oraz instytucji dostępne w Internecie
(dostęp: 30.11.2023):

- APA, *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*, 2020, <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- CDC, *Cronobacter Infection and Infants*, 2023, <https://cdc.gov/cronobacter/infection-and-infants.html>
- CDC, *Cup Feeding Infants During Emergencies*, 2023, <https://cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/cup-feeding.html>
- CDC, *Hand Expression*, 2023, <https://cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/hand-expression.html>
- CDC, *Information for Families During the Infant Formula Shortage*, 2020, <https://cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/formula-feeding/infant-formula-shortage.html>
- CNoL, *Jak zostać Promotorem?*, <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/promocja/jak-zostac-promotorem-kp/>
- European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, *EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*, Luxembourg, 2008, <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>
- European Commission, Karolinska Institutet, IRCCS Burlo Garofolo, WHO, *Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union*, https://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/EUNUTNET_Infant_and_young_child_feeding.pdf
- FDA, *Cronobacter sakazakii*, 2023, <https://fda.gov/food/foodborne-pathogens/cronobacter-sakazakii>
- FRpL, *Prawo do opieki i wsparcia ze strony bliskiej osoby*, 2021, <https://rodzicpoludzku.pl/poznaj-swoje-prawa/prawa-pacjenta/prawo-do-opieki-i-wsparcia-ze-strony-bliskiej-osoby/>
- FRpL, *Stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące cesarskich cięć*, 2015, <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiatea/stanowisko-swiatowej-organizacji-zdrowia-dotyczace-cesarskich-ciec/>
- Fundacja Matecznik, *Dlaczego Polki potrzebują kampanii społecznej o położnych rodzinnych? Kampania społeczna o położnych*, <https://fundacjamatecznik.pl/nasze-dzialania/kampania-spoeczna-o-poloznych/>
- IBFAN i BPNI, *WBTi Assessment Tool*, 2019, <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/wbti-tool-2019.pdf>
- IBFAN i ICDC, *Code Essentials 1: Annotated International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201801-CE1-2nd-Edition-Final.pdf>
- IBFAN i ICDC, *Code Essentials 3: Responsibilities of Health Workers under the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions. Second Edition*, Penang 2018, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2023/05/201804-CE3-2nd-Edition-Final.pdf>
- IBFAN i ICDC, *Code Monitoring Kit*, Penang 2019, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2021/04/2019-CMK-Final.pdf>
- KUKP, *Działania KUKP - Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku*, <https://laktacja.pl/article/190,dzialania-kukp-inicjatywa-szpital-przyjazny-dziecku>
- KUKP, *Dziesięć Kroków Skutecznego Karmienia piersią (wersja uaktualniona z 2018 roku)*, https://laktacja.pl/images/stories/pdf/10_krokow_na_strone_kukp.pdf



- Zob. KUKP, *Jak zdobyć i utrzymać tytuł Szpital Przyjazny Dziecku*, <https://laktacja.pl/article/95,jak-zdobyc-i-utrzymac-tytul-szpital-przyjazny-dziecku>
- KUKP, *Lista szpitali w Polsce odznaczonych tytułem WHO Szpital Przyjazny Dziecku* <https://laktacja.pl/article/94,lista-szpitali-w-polsce-odznaczonych-tytułem-who-szpital-przyjazny-dziecku>
- La Leche League International i IBFAN, *Karmienie kubeczkami*, <https://illi.org/wp-content/uploads/colour-Polish-final-1.pdf>
- MZ, *Dzieci, a także kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dzieci-a-takze-kobiety-w-okresie-ciazy-porodu-i-pologu-maja-prawo-do-swiadczen-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych>
- MZ, *Kim jest asystent zdrowienia*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/kim-jest-asystent-zdrowienia>
- MZ, *Mniejsze ryzyko nowotworu dzięki karmieniu piersią*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/mniejsze-ryzyko-nowotworu-dzieki-karmieniu-piersia>
- MZ, *Światowy Dzień Walki z Rakiem*, <https://www.gov.pl/web/psse-wabrzezno/swiatowy-dzien-walki-z-rakiem>
- NICE, *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*, 2014 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations#treatment-decisions-advice-and-monitoring-for-women-who-are-planning-a-pregnancy-are-pregnant-or>
- NIH, Baza Lactmed, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
- NIHR, *Two simple questions help GPs rule out depression*, <https://doi.org/10.3310/signal-000217>
- NIK, *Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych*, LBI.410.008.2015 Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/065/>
- NIPiP, *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia*, 2022, <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/2022-04-30-Raport-NIPiP-KRAJ-Wojewodztwa-w-2.2.pdf>
- *Praktyczne uwarunkowania wprowadzenia nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Prometriq Akademia Zarządzania 2018, <https://prometriq.pl/wp-content/uploads/2018/12/Broszura-NPZ-CO1-wersja-elektroniczna.pdf>
- PTKiDL, *Kosultanci IBCLC*, <https://laktacja.org.pl/konsultant-ibclc/>
- The Society of Radiographers, *SoR joint statement on safety of breastfeeding after contrast agent: Evidence indicates cessation of breastfeeding not required*, 2022, <https://www.sor.org/news/sor/sor-issues-joint-statement>
- UNICEF, *Breastfeeding: A mother's gift, for every child*, 2018, <https://data.unicef.org/resources/breastfeeding-a-mothers-gift-for-every-child/>
- 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>
- UNICEF, *What I Should Know About 'the Code': A Guide to Implementation, compliance and Identifying Violations*, 2023, <https://globalbreastfeedingcollective.org/media/2121/file>
- UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Going Baby Friendly Universities*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/universities/>



- UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Guide to the Unicef UK Baby Friendly Initiative standards*, 2017, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-Standards.pdf>
- UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *Skin-to-skin contact*, <https://unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact>
- UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *University Guidance Implementing the Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/university-guide-to-the-standards/>
- UNICEF United Kingdom – The Baby Friendly Initiative, *University Guide to the UNICEF UK Baby Friendly Initiative University Standards*, <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/Guide-to-the-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative-University-Standards.pdf>
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, *Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breastfeeding*, 2016, <https://www.ohchr.org/en/statements/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health-working-group>
- 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
- WHO, *Breastfeeding and COVID-19*, 2020, <https://who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19>, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332639/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Breastfeeding-2020.1-eng.pdf?sequence=1
- WHO, *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: implementation manual*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260137/9789241513470-eng.pdf?sequence=1>
- WHO, *Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*, Genewa 2023, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>
- WHO, *Guideline: protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>
- WHO, *Infant and young child feeding*, 2021, <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- 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
- WHO, *National implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative*, Genewa 2017, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://who.int/publications/i/item/9789241512381>, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255197/9789241512381-eng.pdf?sequence=1>
- WHO, *Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed*, 2020 <https://who.int/westernpacific/news-room/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>
- 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>



- WHO, *The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005990>
- WHO, *What is the World Health Organization? Frequently asked questions*, <https://who.int/about/frequently-asked-questions>
- WHO preambuła Konstytucji, <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- 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>
- WHO i UNICEF, *Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn*, New York 2018, <https://reliefweb.int/report/world/capture-moment-early-initiation-breastfeeding-best-start-every-newborn>
- WHO i UNICEF, *Global strategy for infant and young child feeding*, 2003, <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>
- WHO i UNICEF, *How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding*, Genewa 2022, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://who.int/publications/i/item/9789240044609>, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352098/9789240044609-eng.pdf?sequence=1>
- WHO i UNICEF, *Implementation Guidance on Counselling Women to Improve Breastfeeding Practices*, New York 2021, <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1501/file/UNICEF-WHO-BF-Counseling-Guidance-2021.pdf>
- WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE 2018*, Genewa 2018, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?sequence=19>
- WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 implementation guidance. Frequently asked questions*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459>, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330824/9789240001459-eng.pdf?sequence=1>
- WHO i UNICEF, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*, Genewa 2020, Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005648>, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333686/9789240005648-eng.pdf?sequence=1>
- Zachodniopomorski OW NFZ, *Poradnik profilaktyczny o wczesnym wykrywaniu raka piersi*, Szczecin 2018, https://www.nfz-szczecin.pl/files/6049_rozowa_wstazka_katalog_15.05_nr_2.pdf

Strony internetowe (dostęp: 30.11.2023):

- <https://bankmleka.pl/znajdz-bank-mleka/>
- <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>
- <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/cywilizacyjne-choroby;3888921.html>



KARMIENIE MLEKIEM MAMY PRAWEM MAMY I DZIECKA

- <https://gov.pl/web/zdrowie/karmienie-piersia>
- <https://gov.pl/web/zdrowie/opieka-okoloporodowa>
- <https://e-lactancia.org/>
- <https://laktacja.pl/>
- <https://laktacja.pl/article/1,o-nas>
- <https://maluchynabrzuchy.pl>
- <https://nfz.gov.pl/dla-pacienta/informacje-o-swadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>
- <https://pacient.gov.pl/podstawowa-opieka-zdrowotna>
- <https://rodzicpoludzku.pl/co-robimy/raporty/>
- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/>
- <https://tulimymamy.pl/dzialalnosc-rzecznicza/>
- <https://wcrs.wroclaw.pl/wyprawkawroclawska/>
- <https://who.int/health-topics/breastfeeding>
- <https://www.facebook.com/Hafijapl/posts/pfbid028Pp4NN27WBBuGU8d7NzPxdWtwovjD1pKgdDKebRWepjfwn52KEc3JL4navWbUn41l>
- <https://www.halesmeds.com/>
- <https://www.kela.fi/maternity-package-2023#baby-care-items>
- <https://www.poznan.pl/wyprawkadlagzubka/>



POLECANE STRONY INTERNETOWE

- [Strona amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób \(CDC\) z instrukcją, jak karmić niemowlę kubeczkiem](#)
- [Strona amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób \(CDC\) z instrukcją, jak odciążać pokarm ręcznie](#)
- [Strona z mapą Centrów Zdrowia Psychicznego](#)
- [Strona Fundacji Matecznik](#)
- [Strona Fundacji Matecznik z artykułami](#)
- [Strona "Gdzie rodzić?" z bazą szpitali i oddziałów położniczych w Polsce oraz opiniami o nich kobiet prowadzona przez Fundację Rodzić po Ludzku](#)
- [Strona z generatorem planu porodu Fundacji Rodzić po Ludzku](#)
- [Strona bloga z kompendium wiedzy o karmieniu piersią Hafija.pl](#)
- [Strona z materiałami do pobrania na blogu Hafija.pl](#)
- [Instrukcja La Leche League i IBFAN jak karmić niemowlę kubeczkiem](#)
- [Strona Laktaceuta.pl o lekach w laktacji](#)
- [Strona artykułami na blogu Laktaceuta.pl](#)
- [Strona z plikiem do pobrania Skali Edynburskiej Depresji Poporodowej \(EDPS\) na Laktacuta.pl](#)
- [Strona bloga Lekarskim Okiem o rozwoju dziecka w teorii i praktyce](#)
- [Strona o Fundacji Specjaliści Dzieciom](#)
- [Strona z numerami Kwartalnika Laktacyjnego wydawanego w latach 2019-2021](#)
- [Strona inicjatywy Maluchy Na Brzuchy o kontakcie skóra do skóry](#)

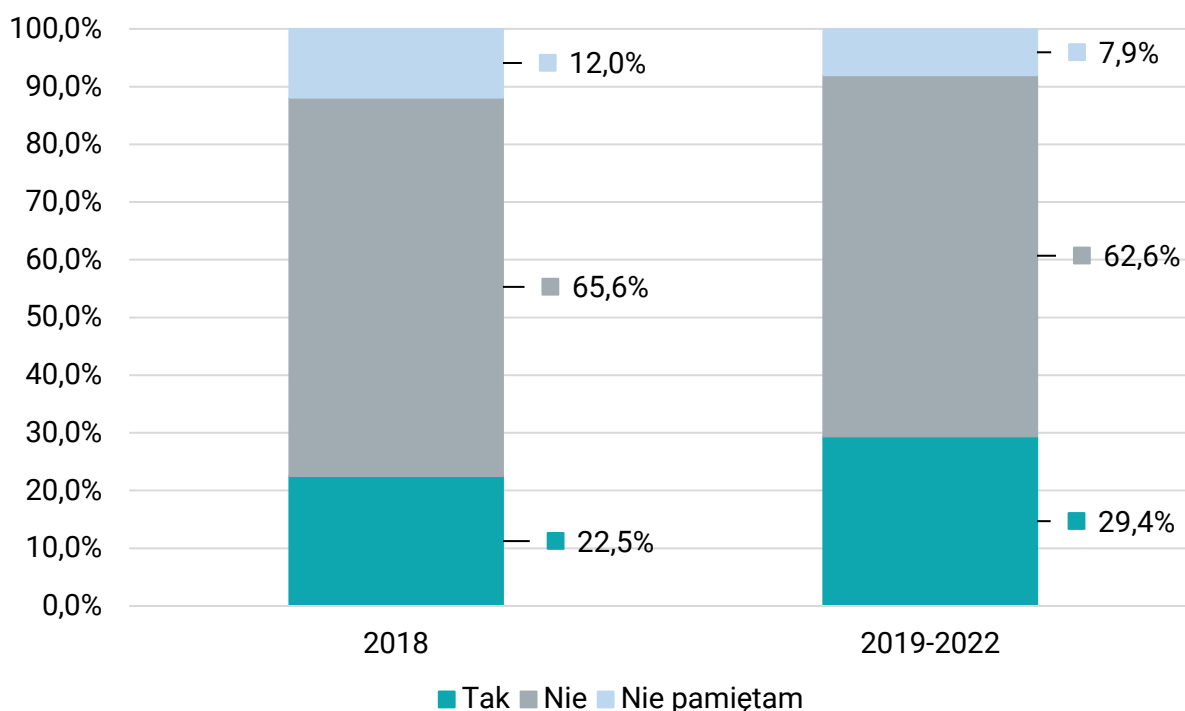


- [Strona Strefa przyjazna karmieniu piersią - małyssak.pl](http://małyssak.pl)
- [Strona z artykułem o wskaźnikach skutecznego karmienia na małyssak.pl](http://małyssak.pl)
- [Strona z informacjami o wsparciu w karmieniu piersią na małyssak.pl](http://małyssak.pl)
- [Strona Fundacji Mama na Huśtawce](http://mama.na.hustawce.pl)
- [Strona Mlekiem Mamy z wiedzą o karmieniu piersią](http://mlekiemmamy.pl)
- [Strona Fundacji Mlekiem Mamy](http://mlekiemmamy.pl)
- [Strona informacyjno-edukacyjna poświęcona ochronie prawnej karmienia piersią
Prawo i Laktacja](http://prawoilaktacja.pl)
- [Strona z testem EDPS Przystanku Mama](http://przystankumama.pl)
- [Strona Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę z informacjami dla rodziców w kryzysie
zdrowia psychicznego](http://dajemydzieciomsite.pl)
- [Strona Stowarzyszenia Ochrony, Promocji i Wsparcia Karmienia Piersią](http://ochronapiercia.pl)
- [Strona Stowarzyszenia Małyssak](http://stowarzyszenie-malyssak.pl)
- [Strona za spotkaniami online Stowarzyszenia Małyssak](http://stowarzyszenie-malyssak.pl)
- [Strona Stowarzyszenia Tulimy Mamy](http://tulimy mamy.pl)

ZAŁĄCZNIK 1 – DODATKOWE RYCINY Z PODZIAŁEM NA LATA

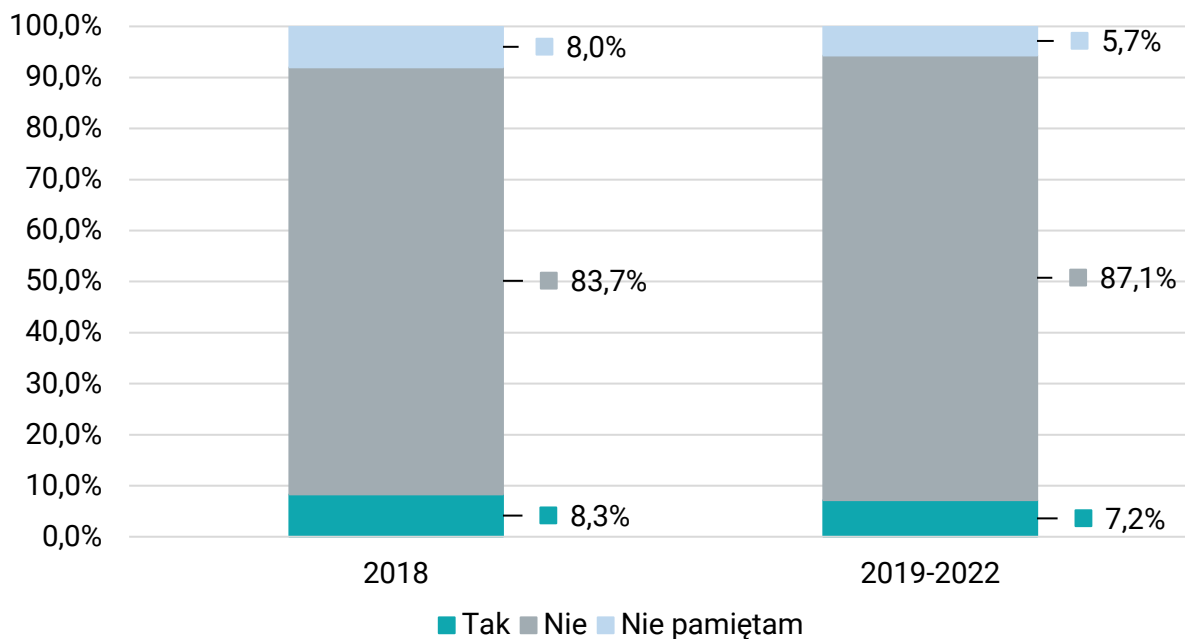
Poniżej zamieszczamy ryciny z wykresami zawierające porównanie odpowiedzi kobiet względem roku, w którym nastąpił poród, w szczególności z podziałem na 2018 rok i lata 2019-2022 dla najważniejszych zagadnień. Poniższe wykresy odpowiadają danym uzyskanym w raporcie i dla każdego z nich istnieje odpowiednik w raporcie zawierający dane z całego okresu 2018-2022, który można odszukać tematycznie.

A. OPIEKA PRZEDPORODOWA

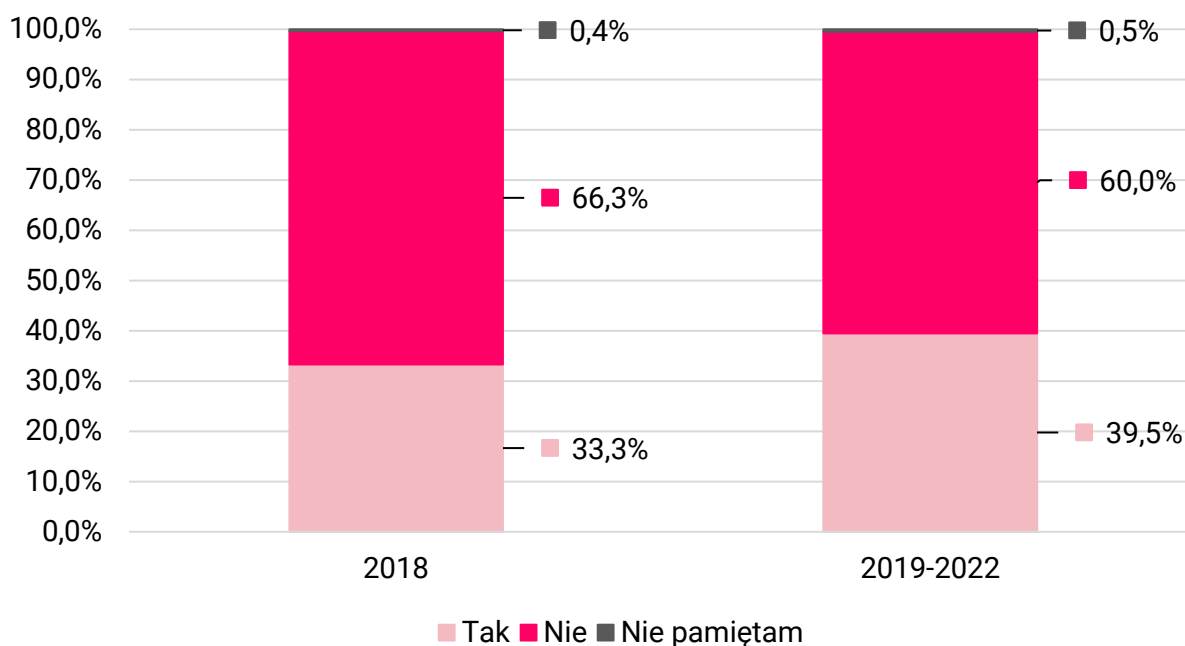


Ryc. Z. 1. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy lekarz poinformował Cię o przysługującej Ci od 21 tygodnia ciąży edukacji przedporodowej w ramach NFZ prowadzonej przez położną środowiskowo-rodzinną? vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2503)

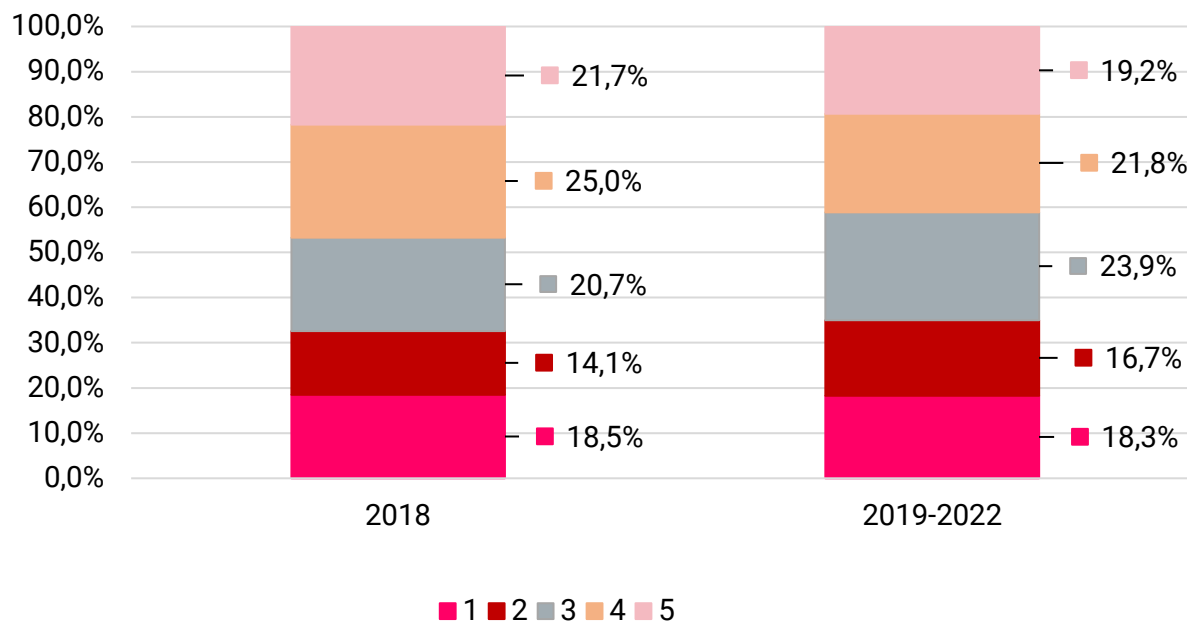




Ryc. Z. 2. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy w czasie wizyt u lekarza ginekologa/ginekologa położnika poruszany był temat karmienia piersią i mlekiem kobiecym?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2503)



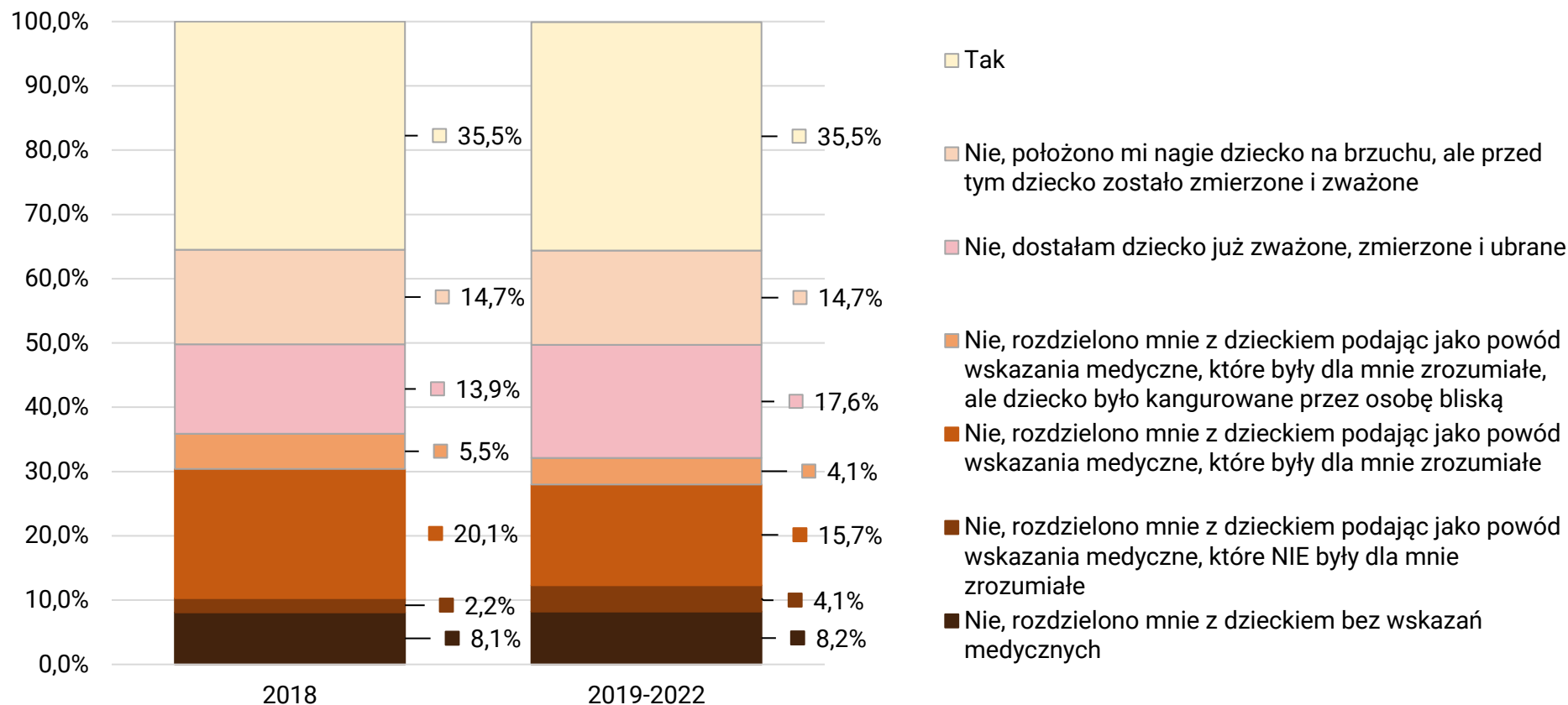
Ryc. Z. 3. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy spotykałaś się z położną środowiskowo-rodzinną na edukacji przedporodowej?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)



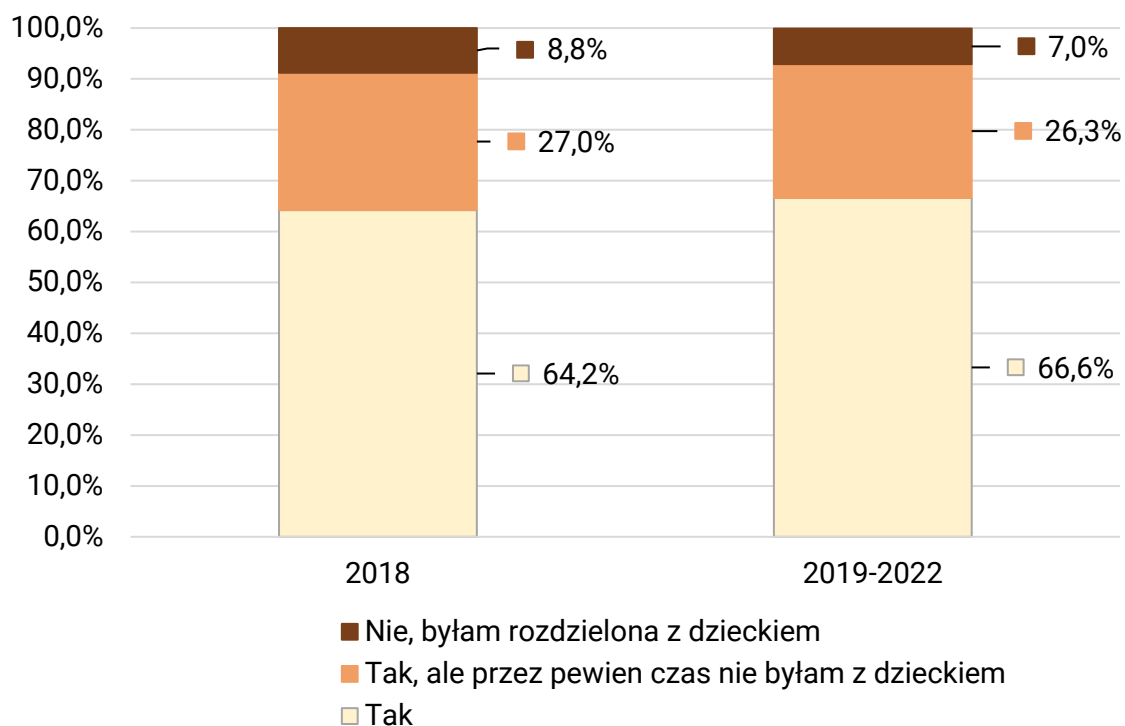
Ryc. Z. 4. Tabela krzyżowa dla pytań: „Oceń w skali 1-5, jak udział w edukacji przedporodowej przygotował Cię do karmienia piersią i mlekiem kobiecym, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=971)



B. OPIEKA OKOŁOPORODOWA W SZPITALU

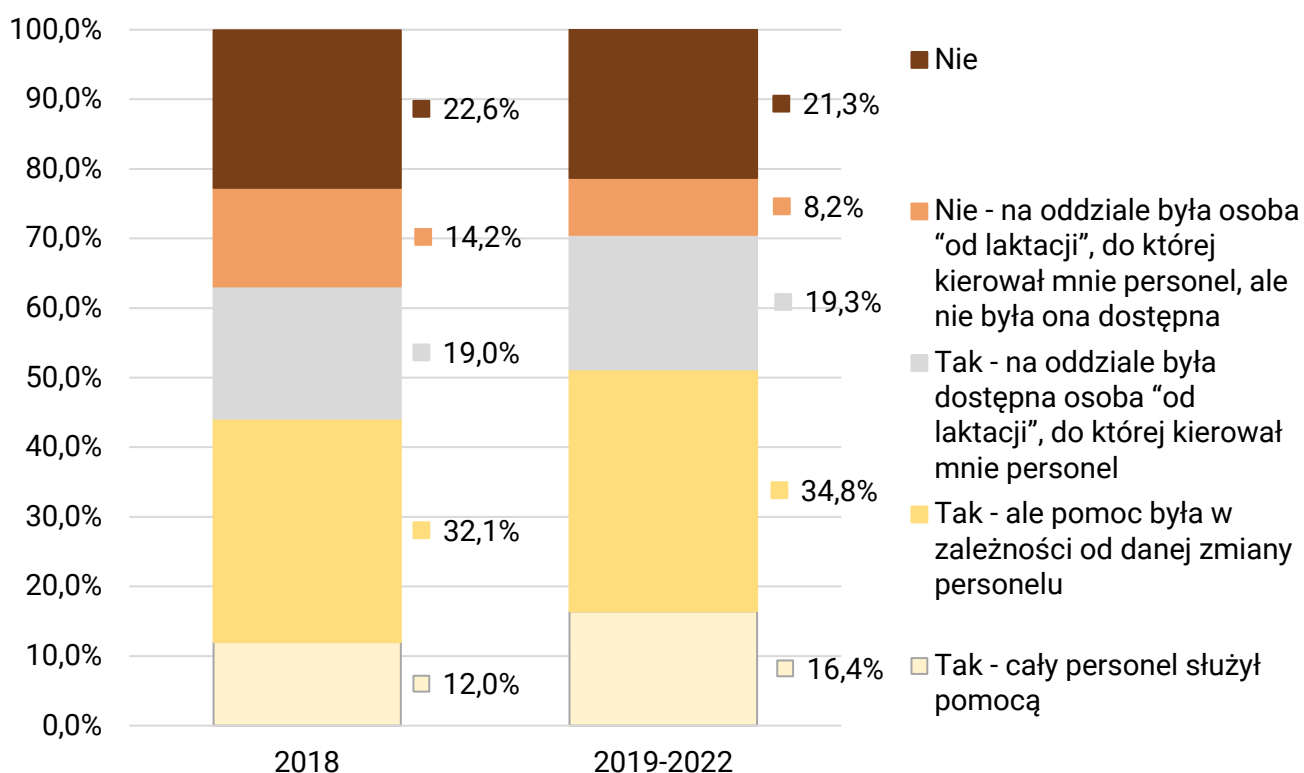


Ryc. Z. 5. Tabela krzyżowa dla pytań: „Kontakt »skóra do skóry« to położenie nagiego dziecka tuż po urodzeniu, na brzuchu mamy. Mierzenie, ważenie, mycie, ubieranie i inne czynności pielęgnacyjne powinny odbywać się dopiero po ok. 2 godzinach od porodu, czyli po odbytym nieprzerwanym kontakcie »skóra do skóry«.” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2471)



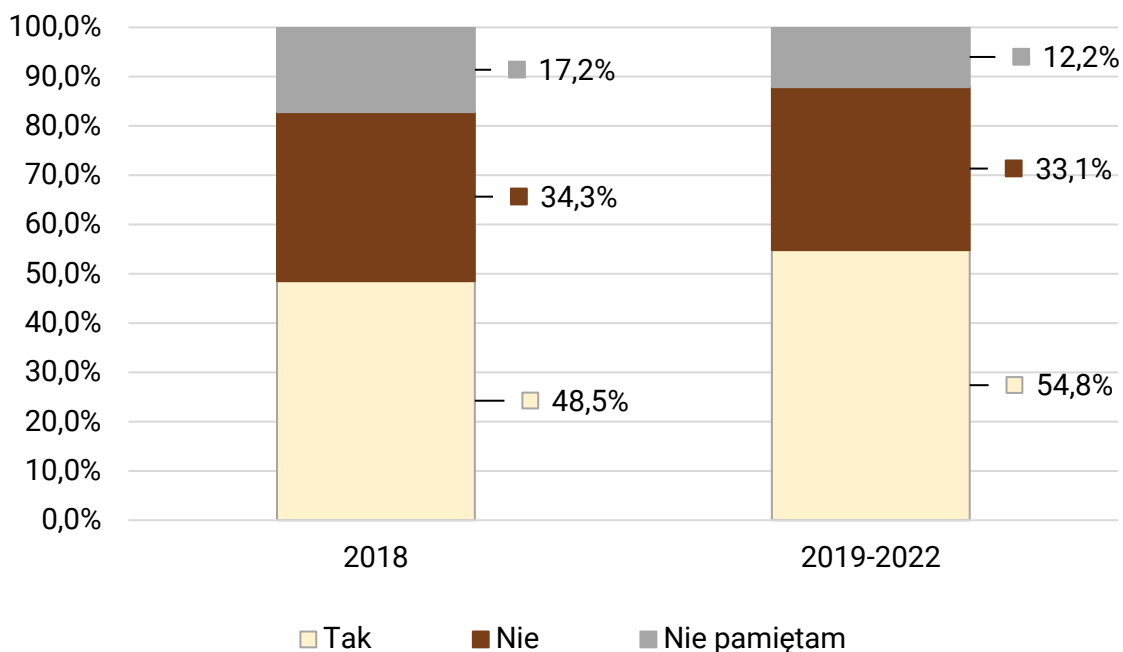
Ryc. Z. 6. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy przebywałaś w pokoju z dzieckiem w systemie »matka z dzieckiem« (również nazywanym »rooming-in«, oznaczającym przebywanie matki z dzieckiem w jednym pokoju 24h na dobę)?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)



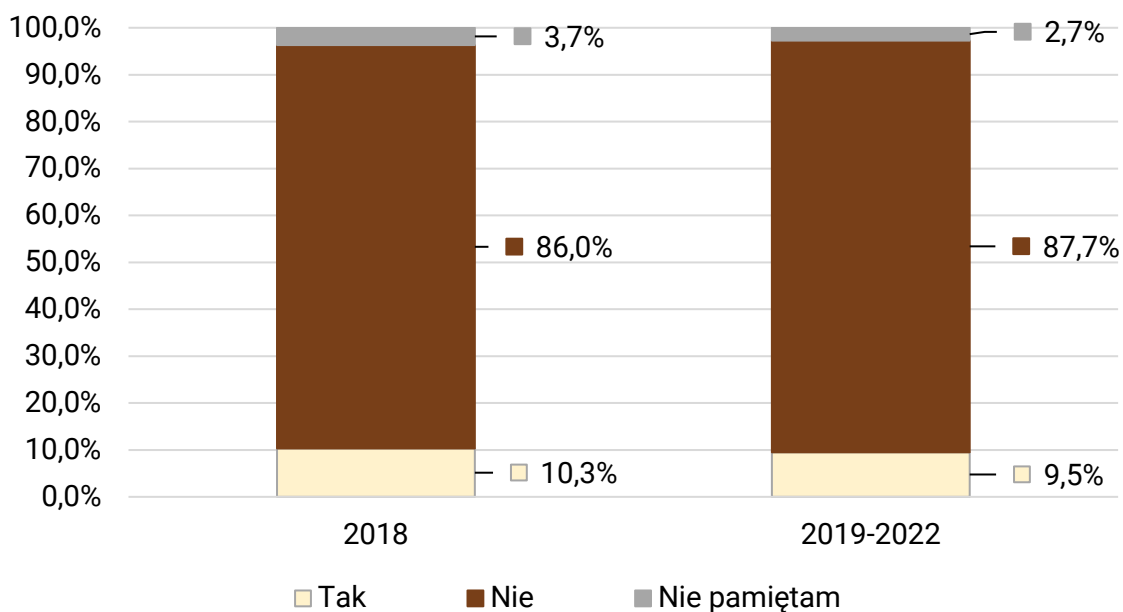


Ryc. Z. 7. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciągniętym z piersi?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)



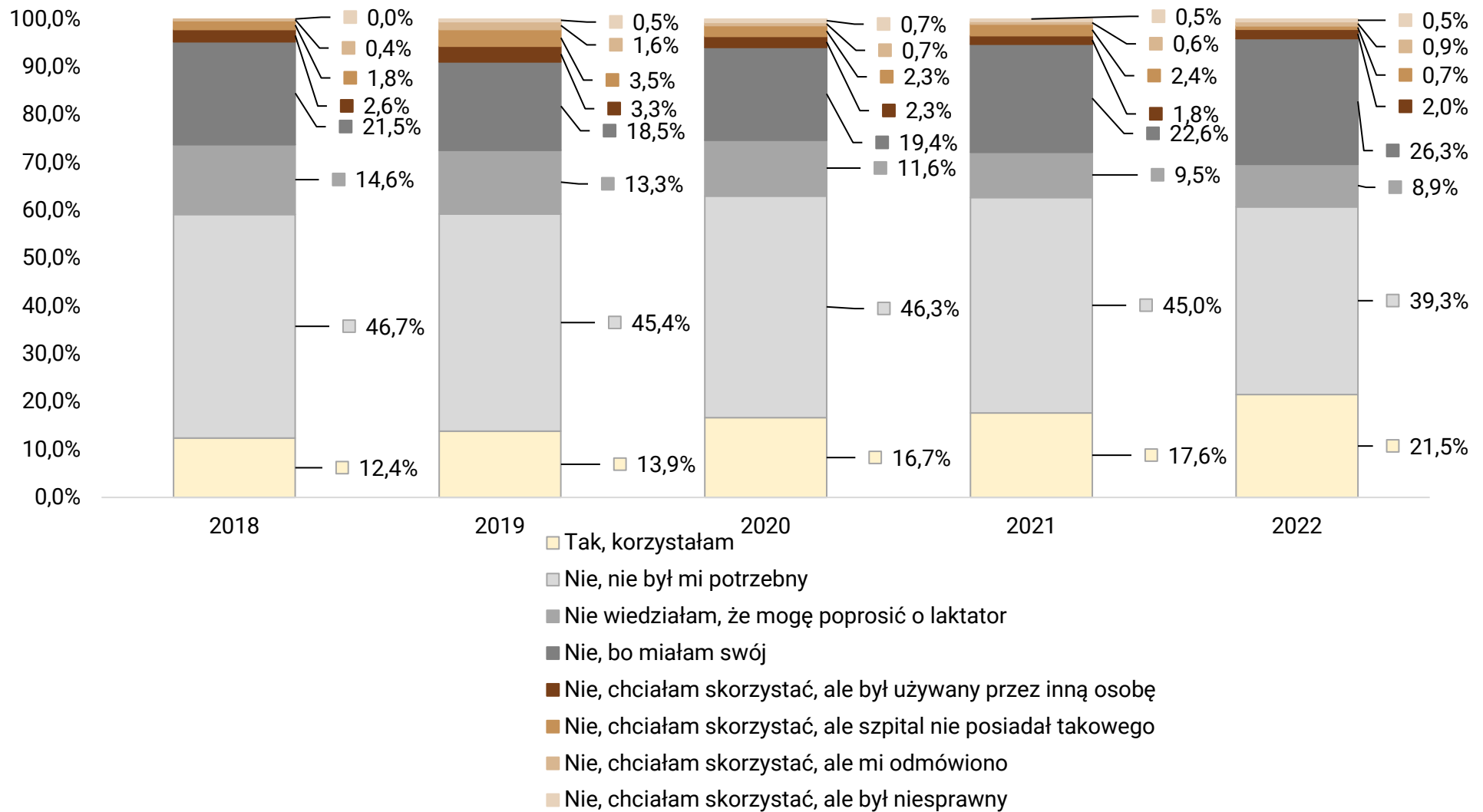


Ryc. Z. 8. Tabela krzyżowa dla pytań: "Czy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka?" vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)

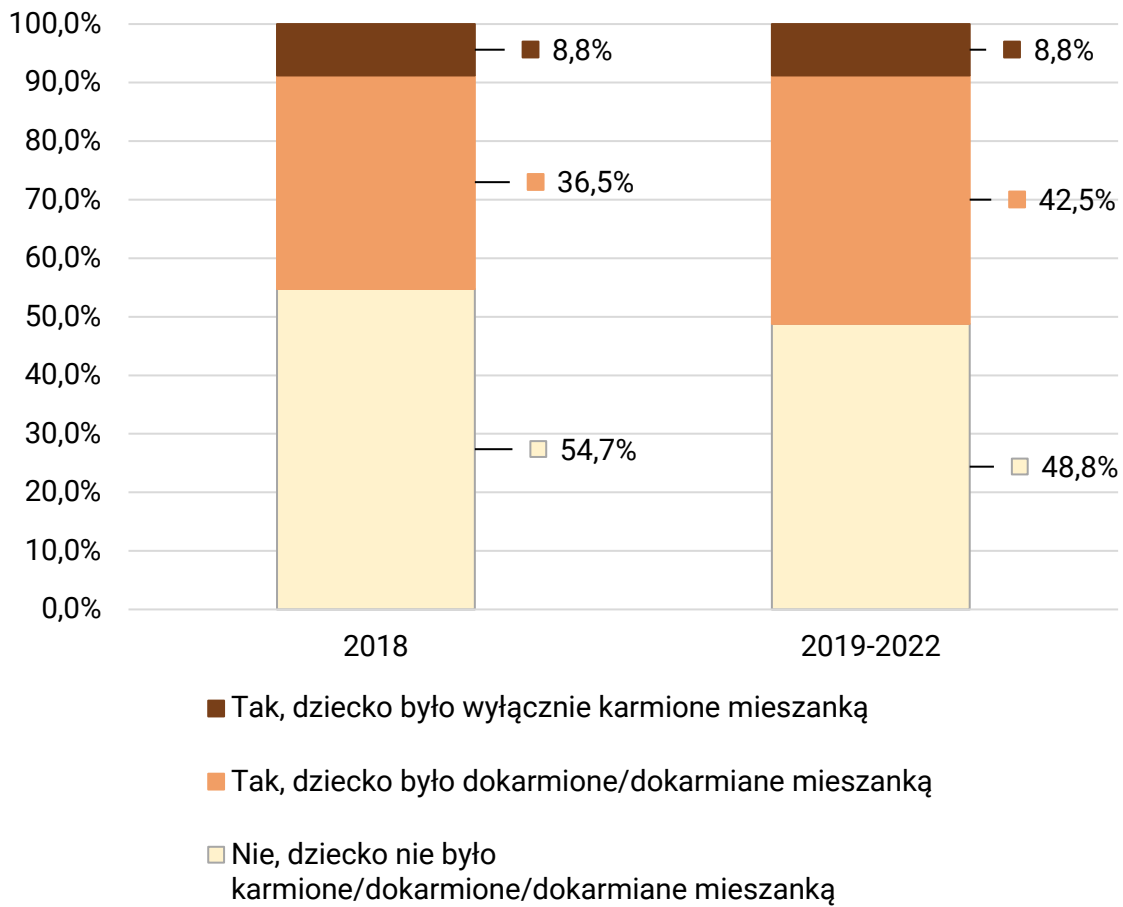


Ryc. Z. 9. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy ktoś z personelu medycznego poinstruował/nauczył Cię jak odciągać pokarm ręcznie (ręką bez użycia przyrządów do odciągania)?" vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)





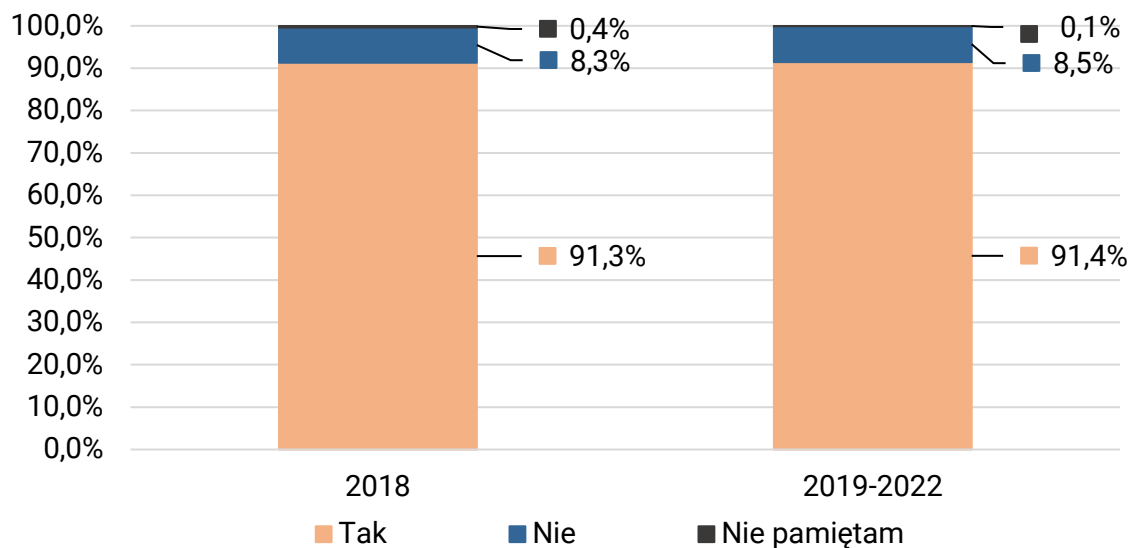
Ryc. Z. 10. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy korzystałaś z laktatora udostępnionego przez szpital?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)



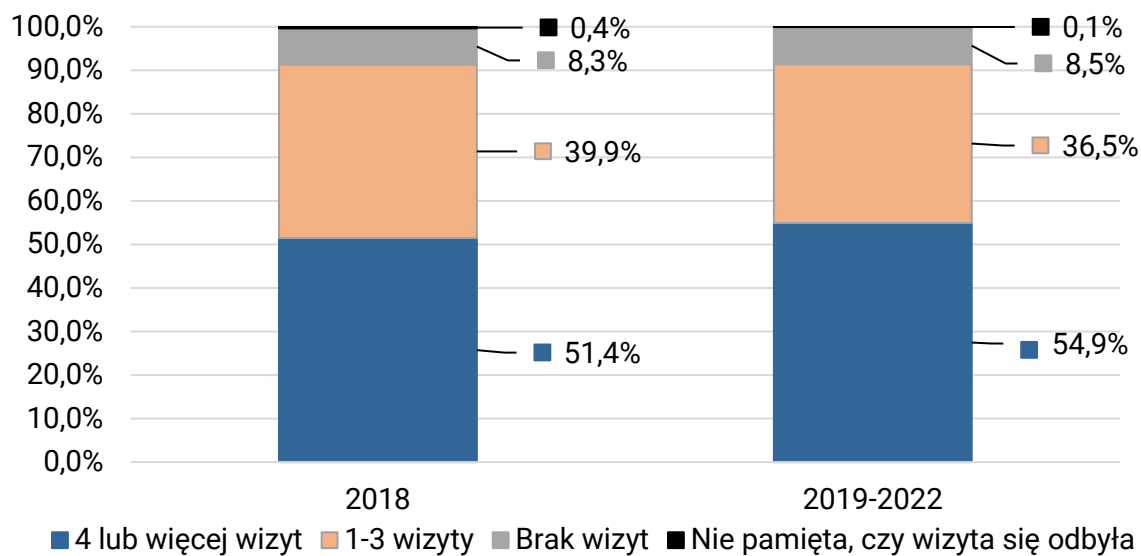
Ryc. Z. 11. Tabela krzyżowa dla struktury wg tego, czy dziecko było dokarmione, dokarmiane mieszanką lub karmione wyłącznie mieszanką na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)



C. OPIEKA POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ

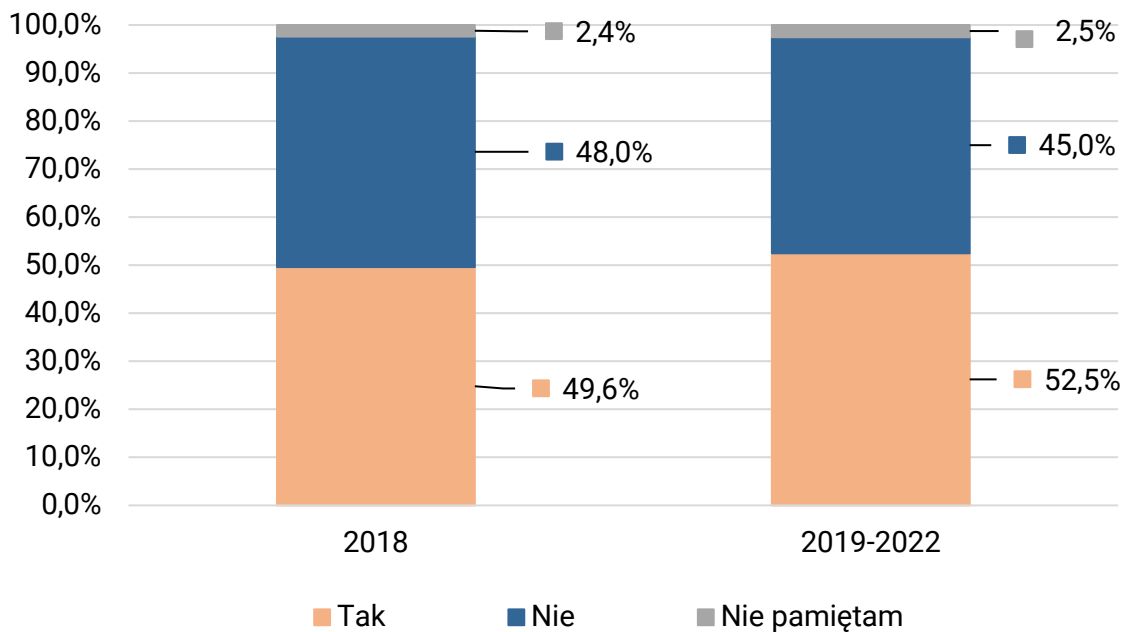


Ryc. Z. 12. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy po porodzie położna środowiskowo-rodzinna była w Twoim domu na choć jednej wizycie patronażowej?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)

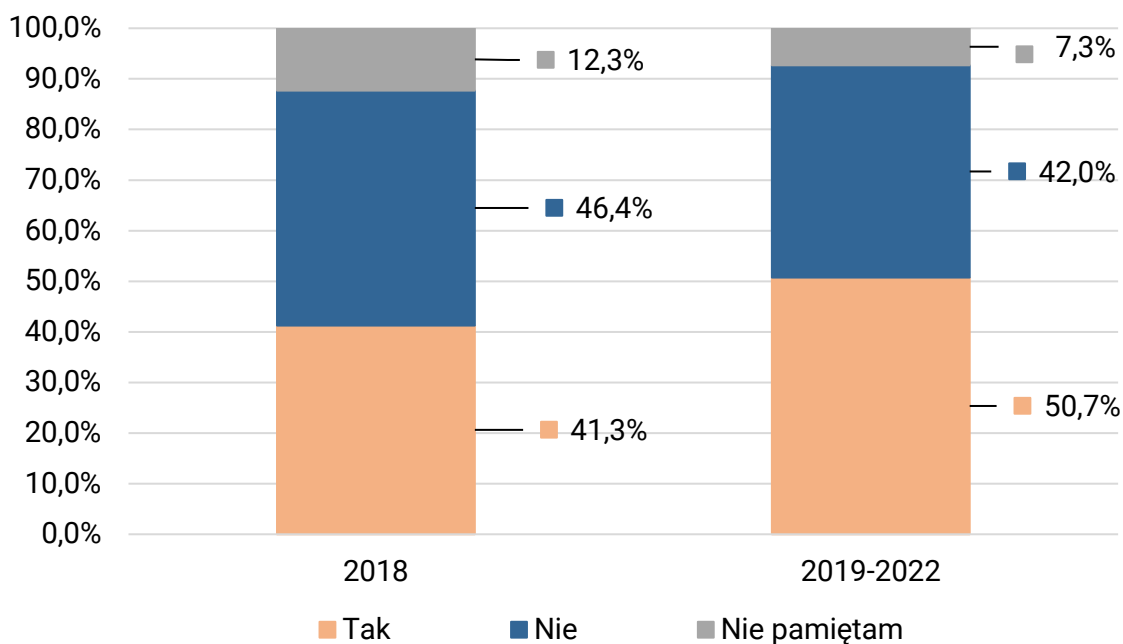


Ryc. Z. 13. Tabela krzyżowa dla rozkładu ilości odbytych wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)



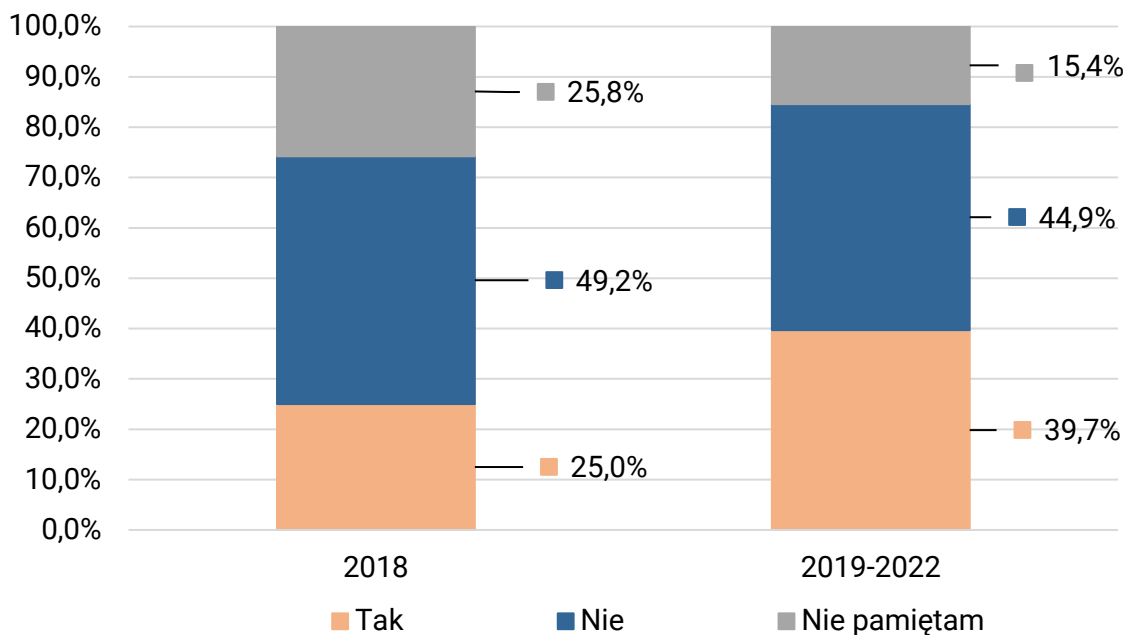


Ryc. Z. 14. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

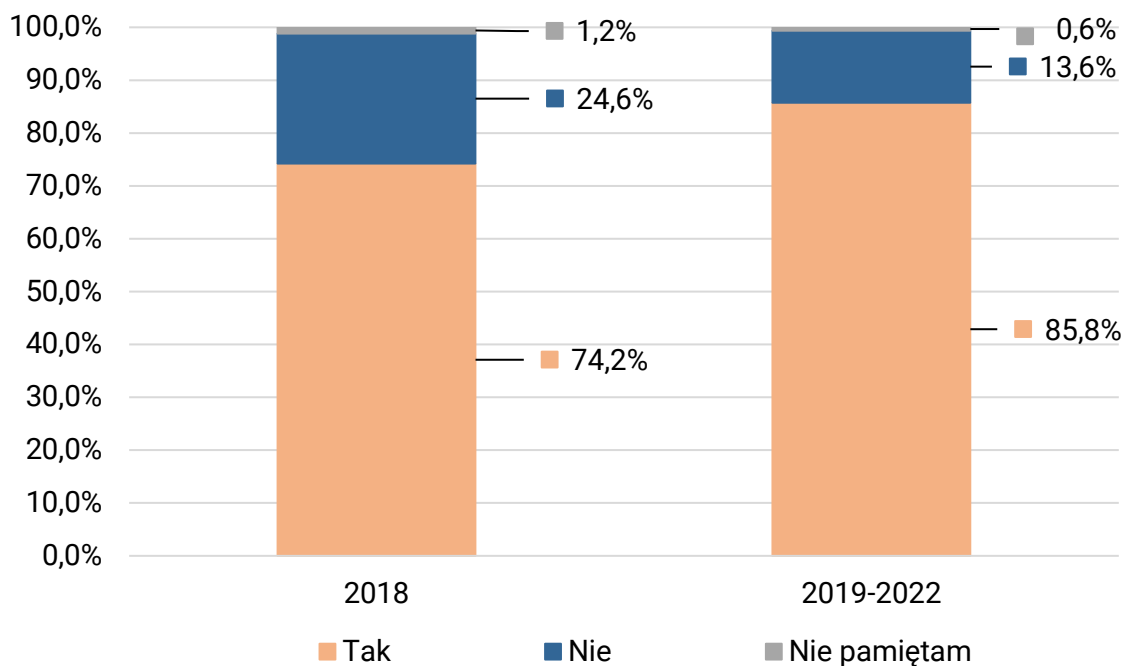


Ryc. Z. 15. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna obejrzała/zbadła Twoje piersi, stan brodawek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)



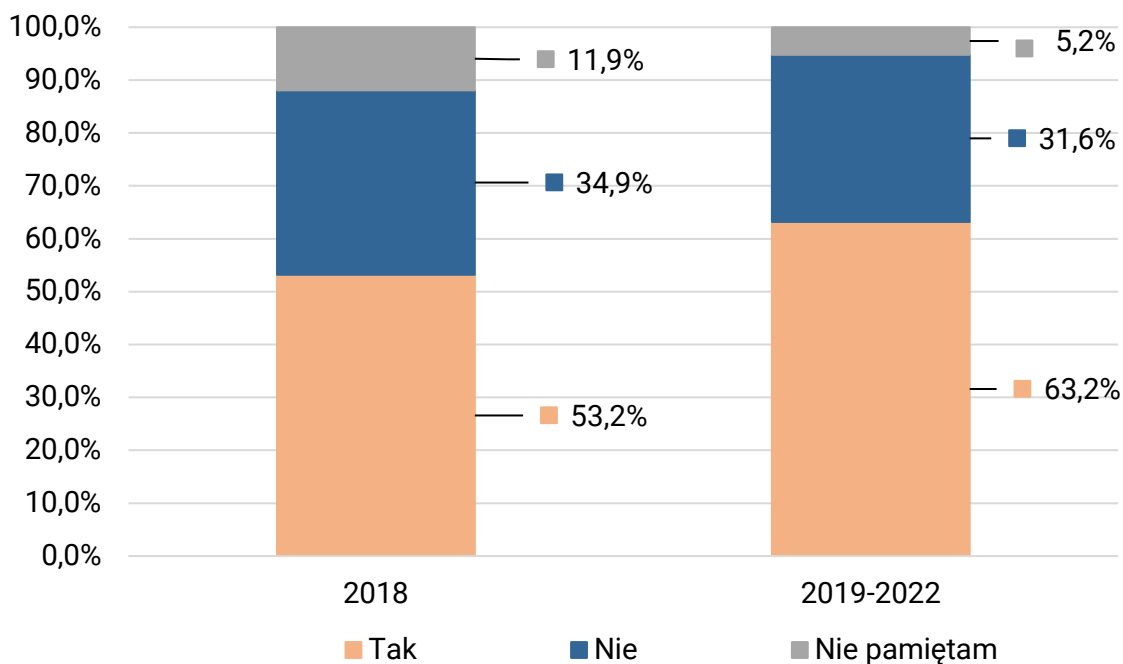


Ryc. Z. 16. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna zbadała jamę ustną dziecka pod kątem ssania?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

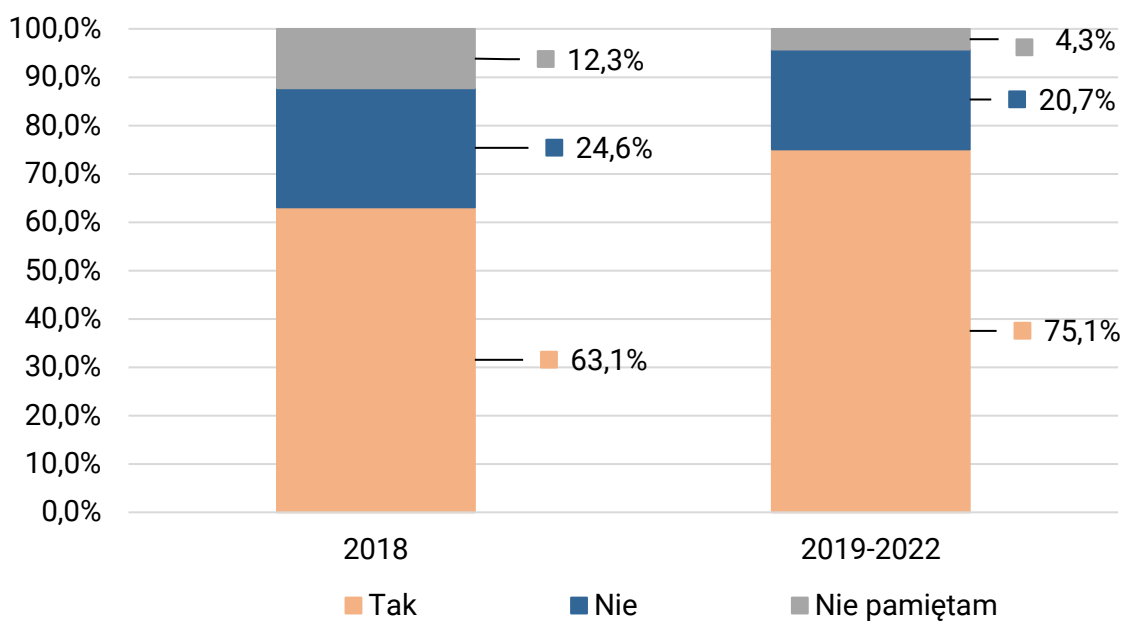


Ryc. Z. 17. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna zważyła dziecko?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

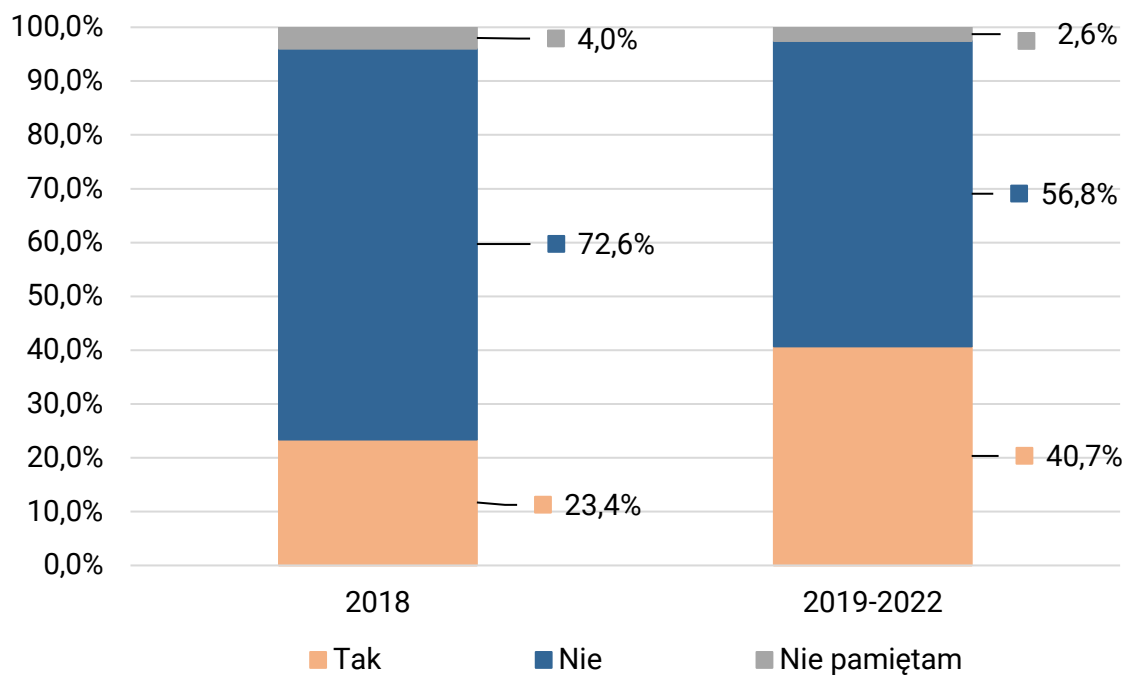




Ryc. Z. 18. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

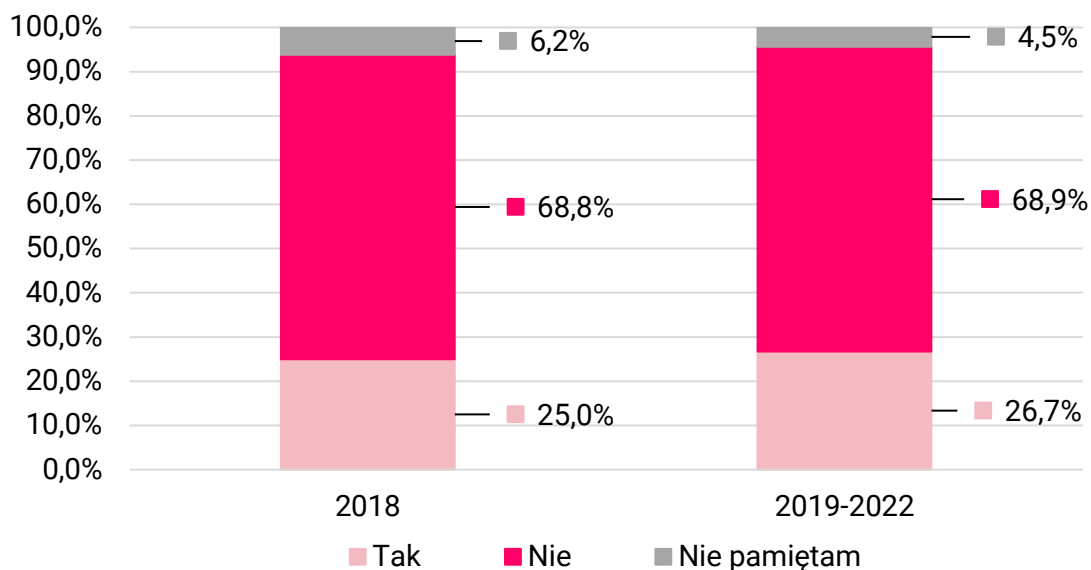


Ryc. Z. 19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

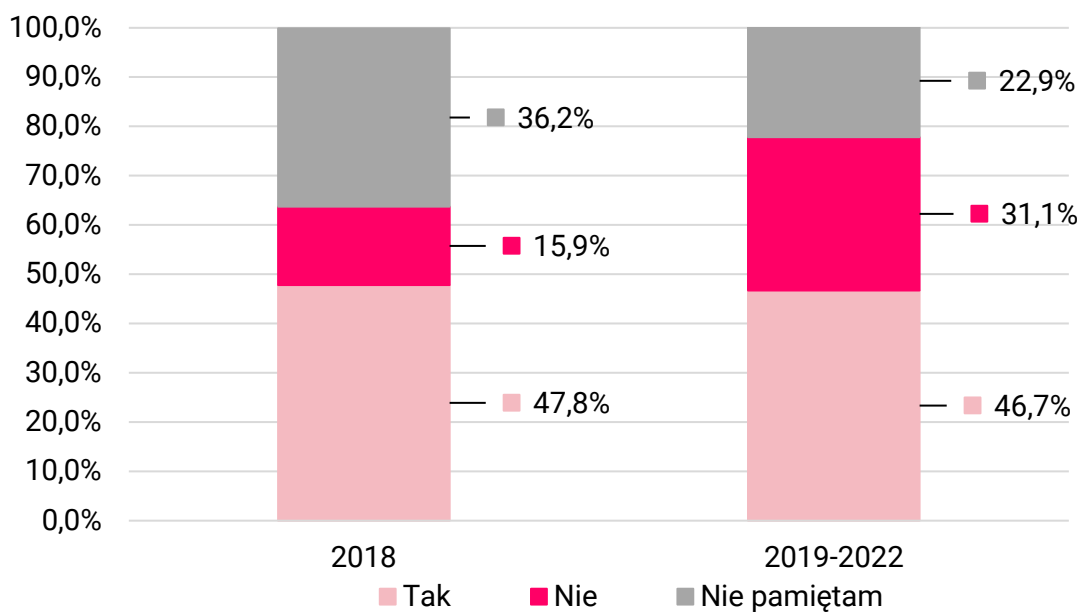


Ryc. Z. 20. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś kontakt z położną środowiskowo-rodzinną?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

D. OCHRONA PRZED WPŁYWAMI KOMERCYJNYMI

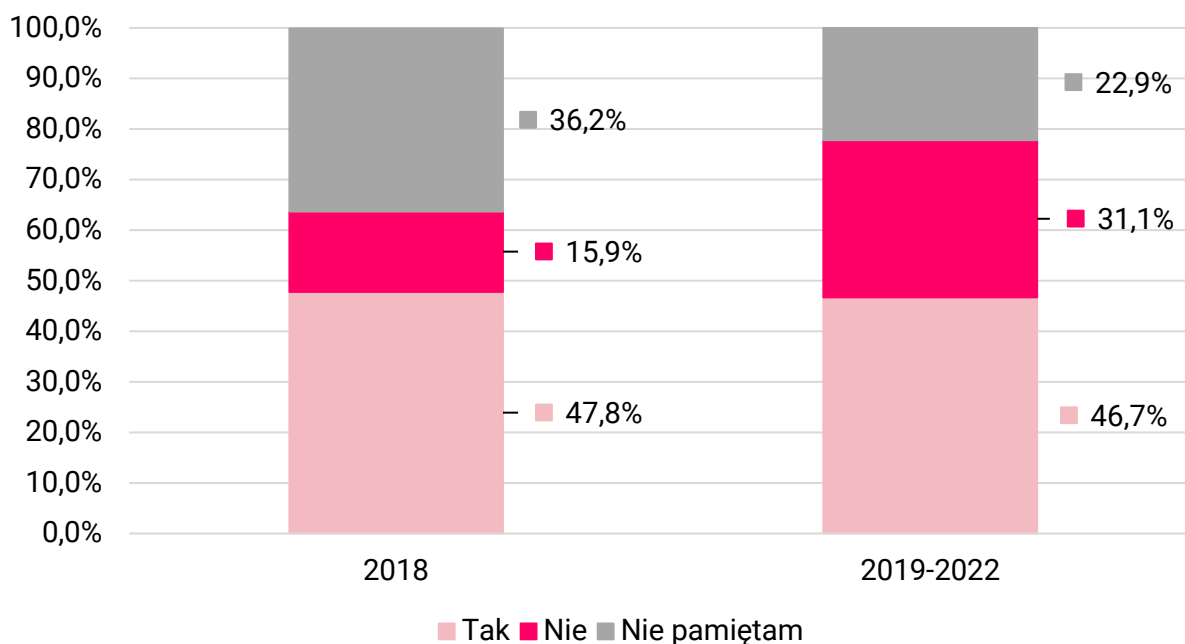


Ryc. Z. 21. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy będąc w ciąży otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (%, N=2504)

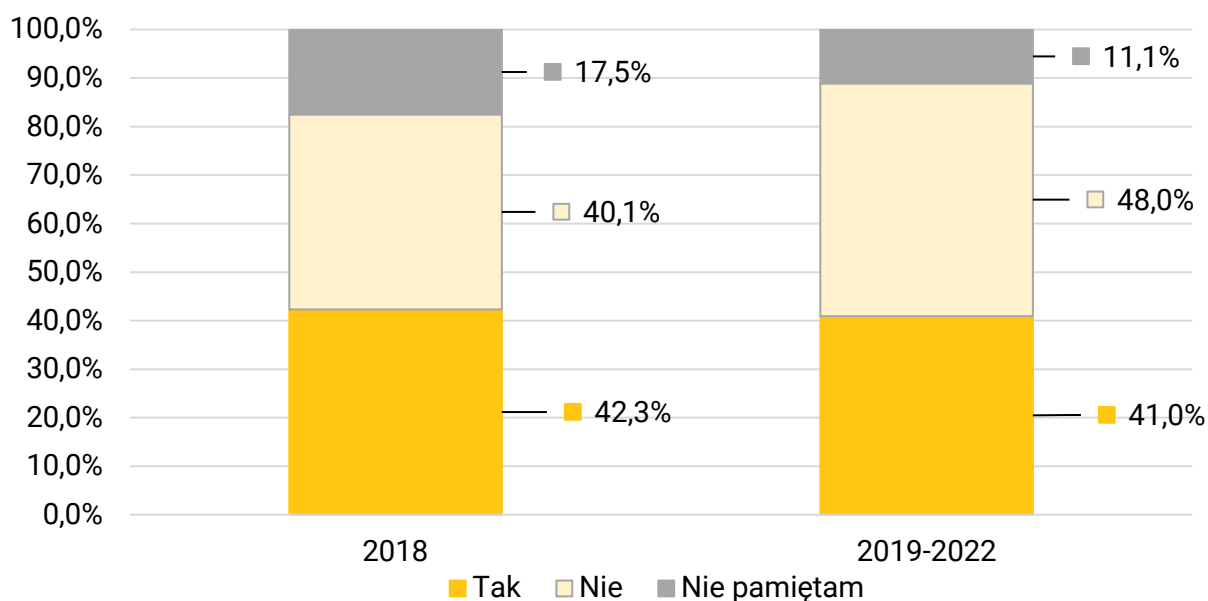


Ryc. Z. 22. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszaneek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (%, N=663)



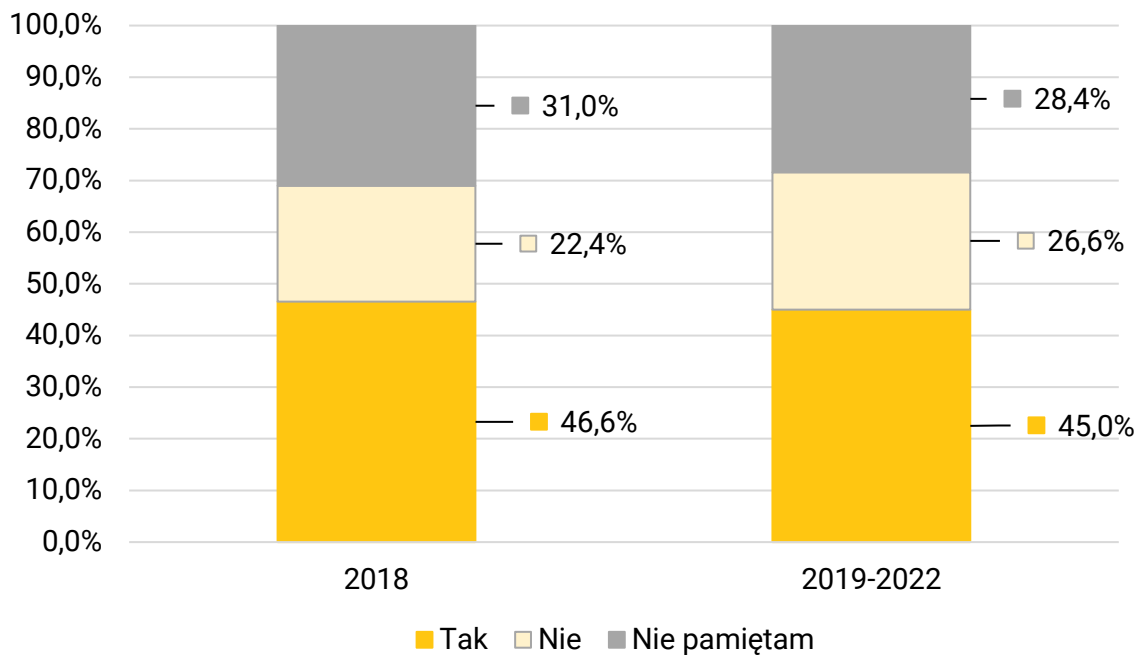


Ryc. Z. 23. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=663)

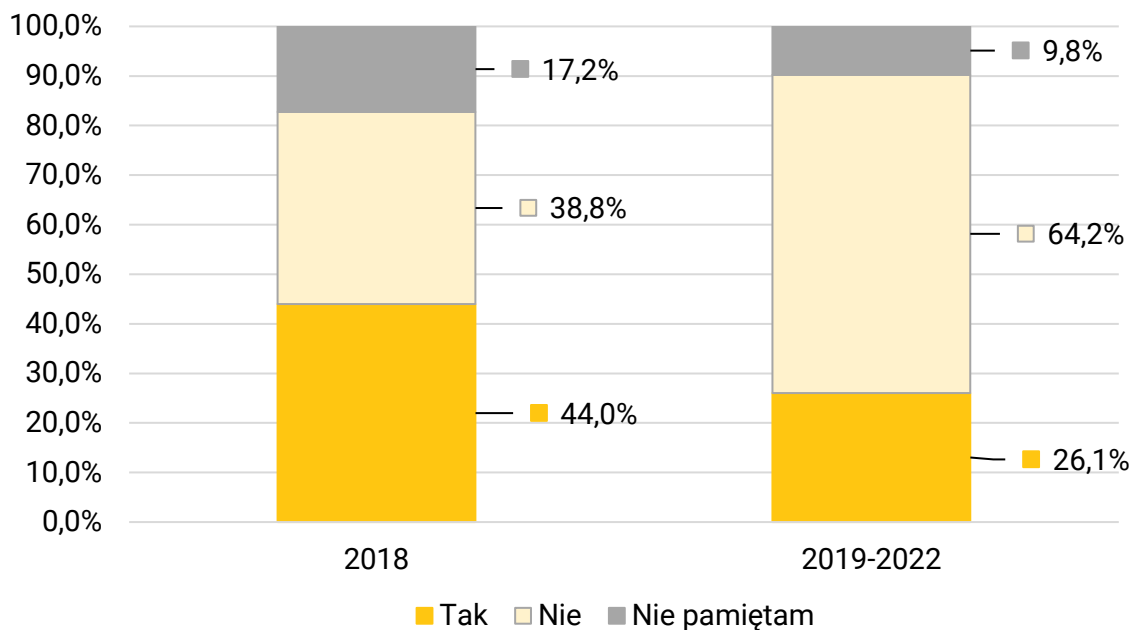


Ryc. Z. 24. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy w szpitalu otrzymałaś materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)

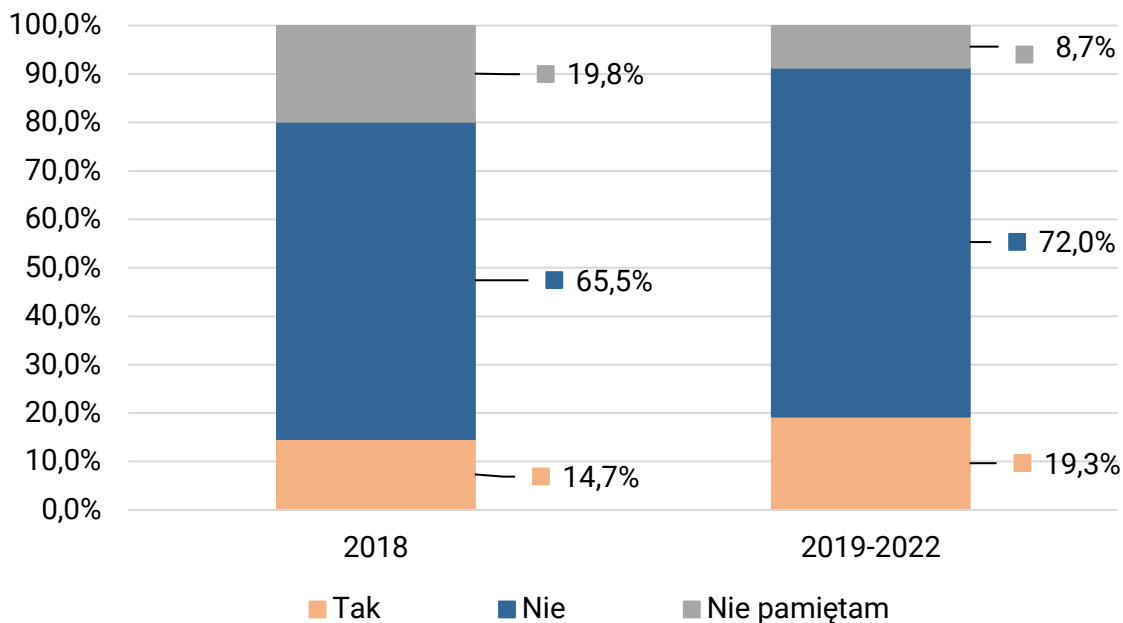




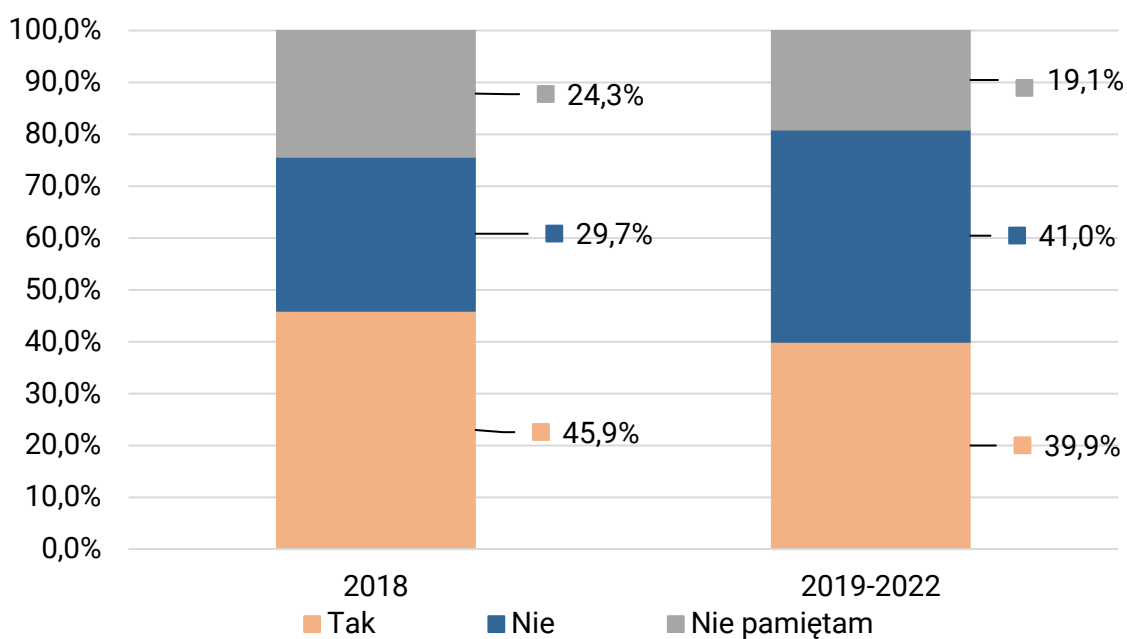
Ryc. Z. 25. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=1018)



Ryc. Z. 26. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczki?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=1018)

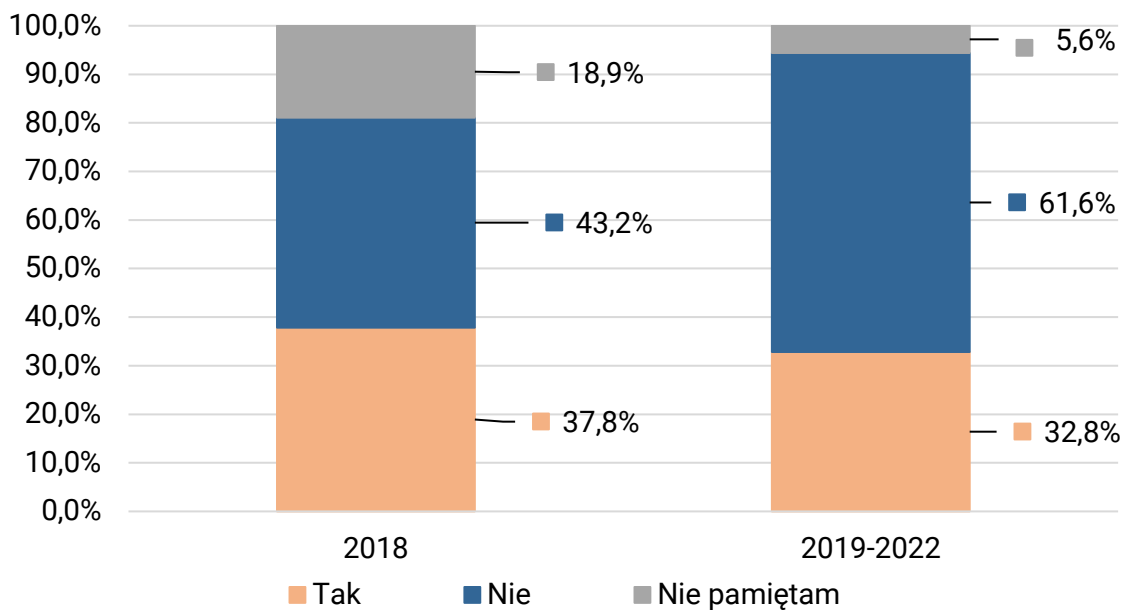


Ryc. Z. 27. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy podczas wizyt patronażowych otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)

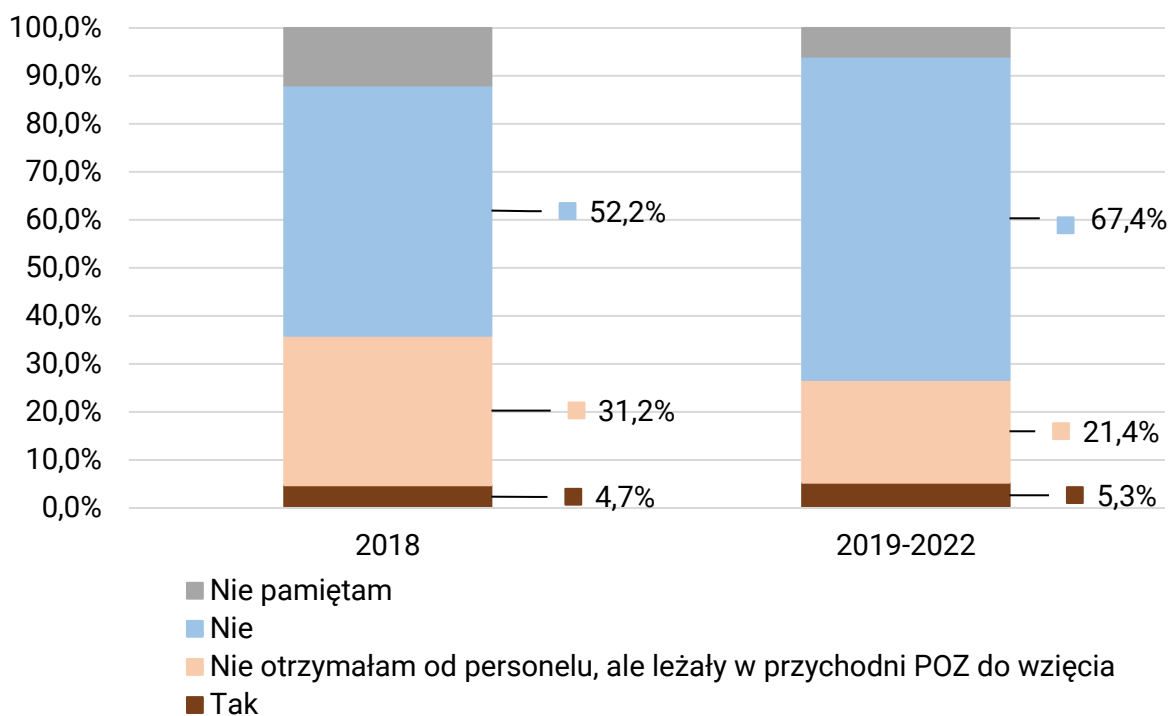


Ryc. Z. 28. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=430)



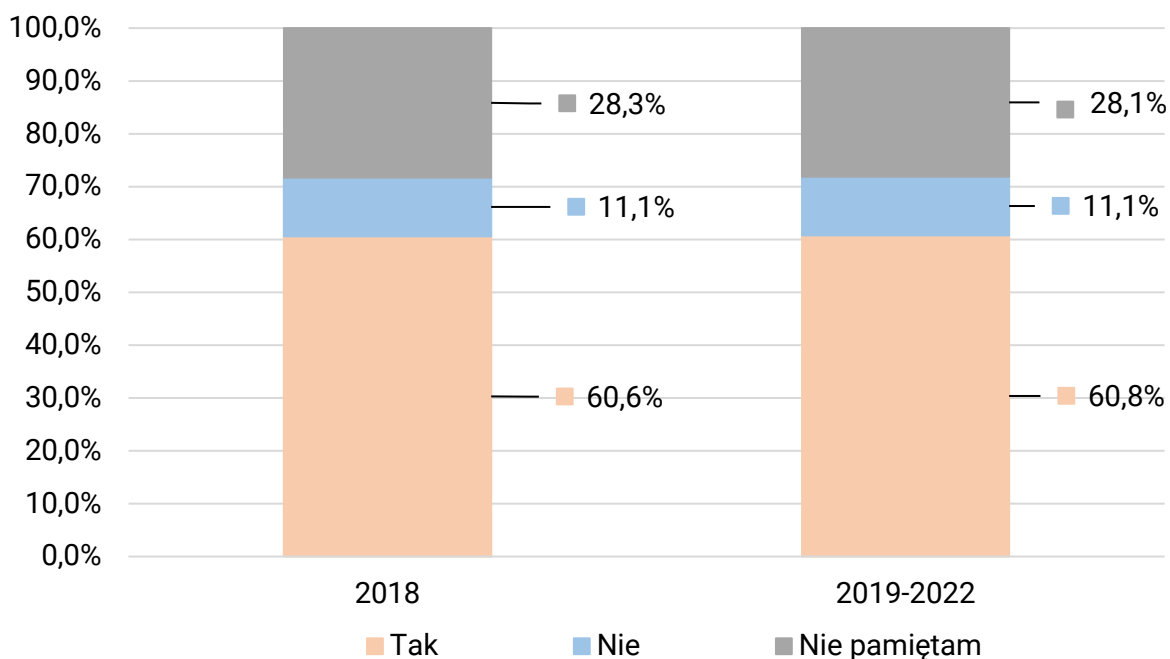


Ryc. Z. 29. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria jak butelki/smoczki?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=430)

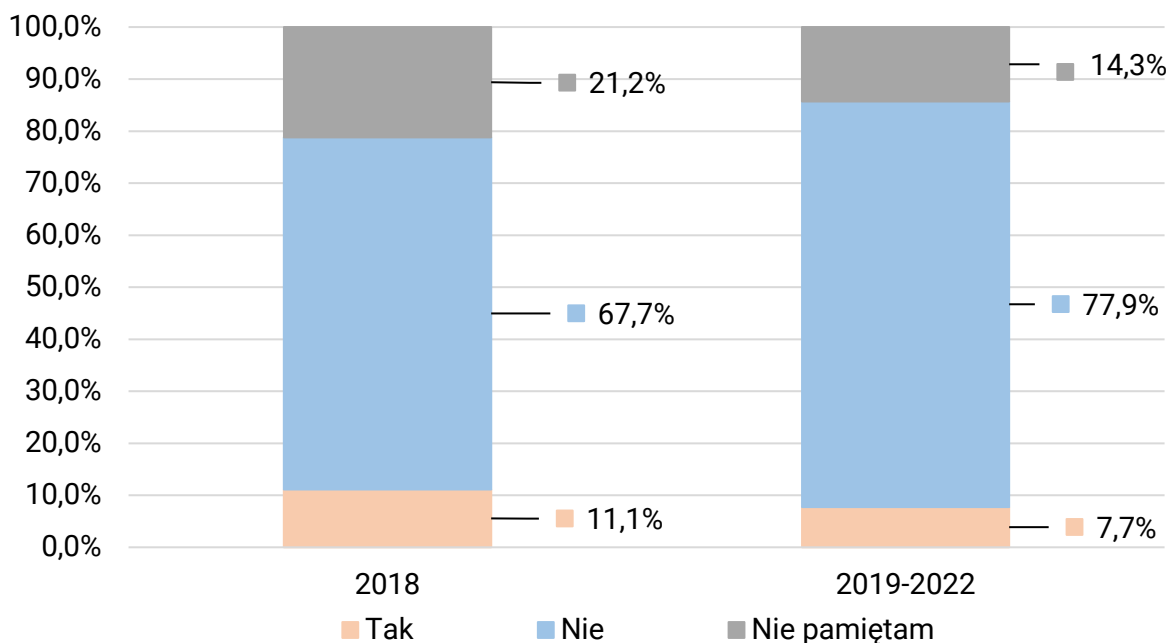


Ryc. Z. 30. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego w Twojej przychodni materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)





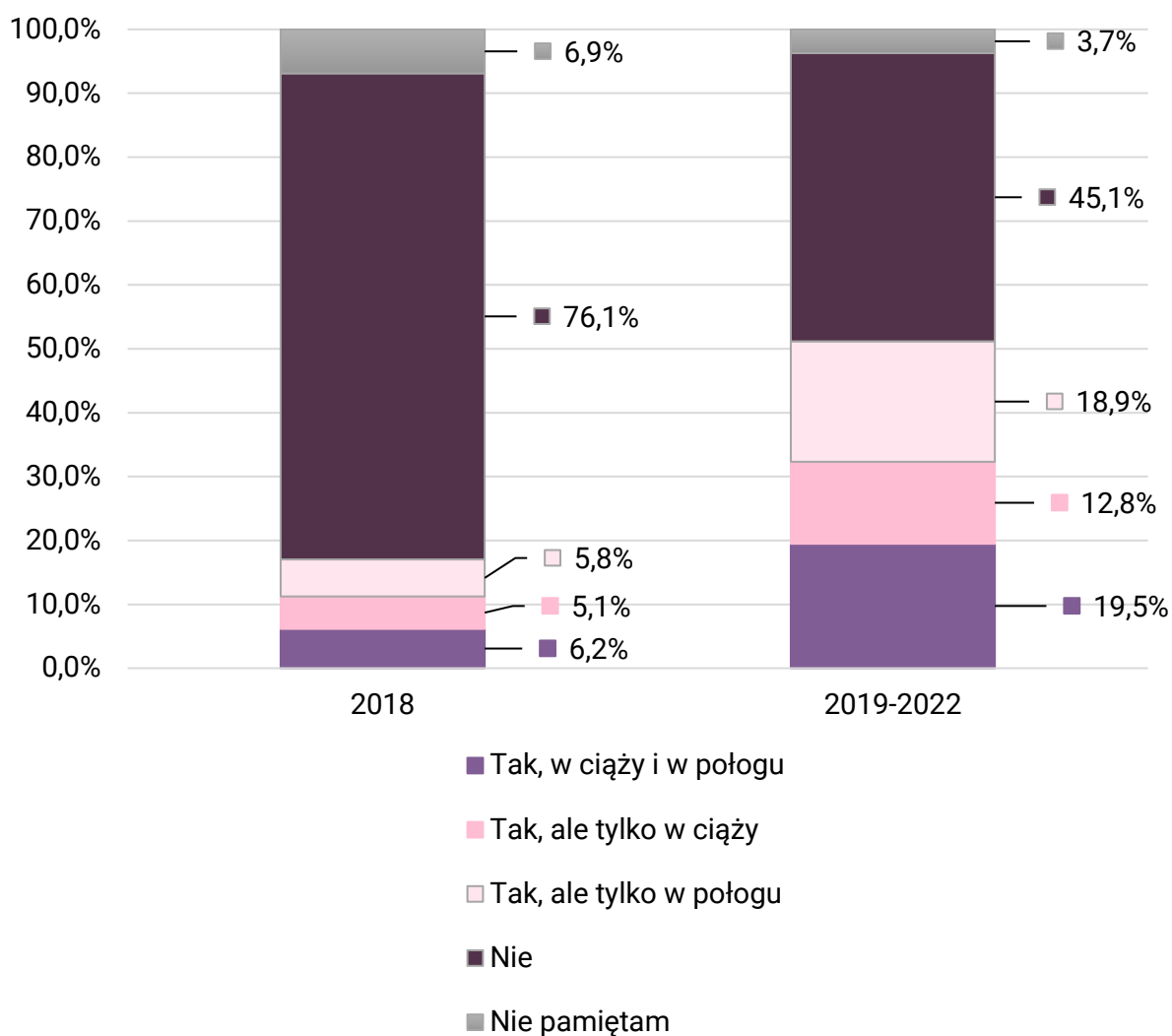
Ryc. Z. 31. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały edukacyjne/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=693)



Ryc. Z. 32. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria jak butelki/smoczki?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=693)



E. ZDROWIE PSYCHICZNE MATKI



Ryc. Z. 33. Tabela krzyżowa dla pytań: "Czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub połogu zadawał Ci pytania dotyczące Twojego samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka obecności depresji lub wykonywał wymienione badanie/a (EPDS lub test Becka)?" vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)



SPIS RYCIN DO ZAŁ. 1.

Ryc. Z. 1. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy lekarz poinformował Cię o przysługującej Ci od 21 tygodnia ciąży edukacji przedporodowej w ramach NFZ prowadzonej przez położną środowiskowo-rodzinną? vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2503).....	934
Ryc. Z. 2. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy w czasie wizyt u lekarza ginekologa/ginekologa położnika poruszany był temat karmienia piersią i mlekiem kobiecym?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2503)	935
Ryc. Z. 3. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy spotykałaś się z położną środowiskowo-rodzinną na edukacji przedporodowej?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)	935
Ryc. Z. 4. Tabela krzyżowa dla pytań: „Oceń w skali 1-5, jak udział w edukacji przedporodowej przygotował Cię do karmienia piersią i mlekiem kobiecym, gdzie 1 oznacza bardzo słabo, a 5 oznacza bardzo dobrze” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=971)	936
Ryc. Z. 5. Tabela krzyżowa dla pytań: „Kontakt »skóra do skóry« to położenie nagiego dziecka tuż po urodzeniu, na brzuchu mamy. Mierzenie, ważenie, mycie, ubieranie i inne czynności pielęgnacyjne powinny odbywać się dopiero po ok. 2 godzinach od porodu, czyli po odbytym nieprzerwanym kontakcie »skóra do skóry«. Czy miałaś taki kontakt »skóra do skóry?«” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2471)	937
Ryc. Z. 6. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy przebywałaś w pokoju z dzieckiem w systemie »matka z dzieckiem« (również nazywanym »rooming-in«, oznaczającym przebywanie matki z dzieckiem w jednym pokoju 24h na dobę)?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)	938
Ryc. Z. 7. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego pomoc/wskazówki w karmieniu piersią i/lub mlekiem odciągniętym z piersi? ” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)	939
Ryc. Z. 8. Tabela krzyżowa dla pytań: "Czy personel medyczny ocenił umiejętności ssania dziecka?" vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476).....	940
Ryc. Z. 9. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy ktoś z personelu medycznego poinstruował/nauczył Cię jak odciągać pokarm ręcznie (ręką bez użycia przyrządów do odciągania)?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)	940
Ryc. Z. 10. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy korzystałaś z laktatora udostępnionego przez szpital?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476).....	941



Ryc. Z. 11. Tabela krzyżowa dla struktury wg tego, czy dziecko było dokarmione, dokarmiane mieszanką lub karmione wyłącznie mieszanką na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak dziecko było żywione w szpitalu?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)	942
Ryc. Z. 12. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy po porodzie położna środowiskowo-rodzinna była w Twoim domu na choć jednej wizycie patronażowej?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)	943
Ryc. Z. 13. Tabela krzyżowa dla rozkładu ilości odbytych wizyt patronażowych położnej środowiskowo-rodzinnej vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)	943
Ryc. Z. 14. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy w okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś trudności z karmieniem piersią?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	944
Ryc. Z. 15. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna obejrzała/zbadała Twoje piersi, stan brodawek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	944
Ryc. Z. 16. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna zbadała jamę ustną dziecka pod kątem ssania?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	945
Ryc. Z. 17. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna zważyła dziecko?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	945
Ryc. Z. 18. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy położna środowiskowo-rodzinna poprosiła Cię o nakarmienie dziecka piersią w swojej obecności?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	946
Ryc. Z. 19. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy karmienie piersią w obecności położnej środowiskowo-rodzinnej się odbyło?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	946
Ryc. Z. 20. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy po okresie odbywania się wizyt patronażowych miałaś kontakt z położną środowiskowo-rodzinną?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289)	947
Ryc. Z. 21. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy będąc w ciąży otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)	948
Ryc. Z. 22. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=663)	948
Ryc. Z. 23. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smocзки?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=663)	949
Ryc. Z. 24. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy w szpitalu otrzymałaś materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2476)	949



Ryc. Z. 25. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=1018)	950
Ryc. Z. 26. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria takie jak butelki/smoczek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=1018).....	950
Ryc. Z. 27. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy podczas wizyt patronażowych otrzymałaś od położnej środowiskowo-rodzinnej materiały edukacyjne/ulotki/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2289).....	951
Ryc. Z. 28. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=430)	951
Ryc. Z. 29. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria jak butelki/smoczek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=430).....	952
Ryc. Z. 30. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy otrzymałaś od personelu medycznego w Twojej przychodni materiały edukacyjne/ulotki/gadżety/akcesoria dotyczące karmienia dziecka lub służące do karmienia dziecka?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)	952
Ryc. Z. 31. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były materiały edukacyjne/ulotki/gadżety dotyczące mieszanek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=693)	953
Ryc. Z. 32. Tabela krzyżowa dla pytań: „Czy wśród nich były akcesoria jak butelki/smoczek?” vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=693).....	953
Ryc. Z. 33. Tabela krzyżowa dla pytań: "Czy ktoś z personelu medycznego w okresie ciąży i/lub porodu zadawał Ci pytania dotyczące Twojego samopoczucia psychicznego, służące ocenie ryzyka obecności depresji lub wykonywał wymienione badanie/a (EPDS lub test Becka)?" vs. „W którym roku urodziłaś?” (% , N=2504)	954

