

# Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?

Opieka położnej na oddziale położniczym,  
wizyta u lekarza medycyny rodzinnej oraz  
wizyty u doradców/konsultantów laktacyjnych



**mleko mamy  
rządzi!**



**RAPORT 2018**



## WSTĘP

Poniższy raport jest już trzecią odsłoną kompleksowej pracy badawczej zainicjowanej przez dr Monikę Żukowską-Rubik i dr Magdalenę Nehring-Gugulską z Centrum Nauki o Laktacji przy udziale przedstawicieli organizatora kampanii Mleko Mamy Rządu – dr n. biol. Marzeny Kucia oraz dr n. med. Ewy Wietrak. Tegoroczne badanie zostało przeprowadzone przez zespół badawczy powiększony o dwóch lekarzy rezydentów pediatrii, doradców laktacyjnych: dr Dorotę Bębenek i dr Magdalenę Castello-Rokicką, oraz lekarza medycyny rodzinnej dr Aleksandrę Lewandowską.

Celem badania była ocena jakości opieki zdrowotnej sprawowanej nad matką w okresie karmienia piersią i jej dzieckiem przez kolejne trzy grupy zawodowe: położne na oddziale położniczym, lekarzy medycyny rodzinnej oraz doradców/konsultantów laktacyjnych. Wyniki poprzednich raportów oceniały opiekę sprawowaną przez lekarzy pediatrów, położne środowiskowe, lekarzy ginekologów – położników, opiekę w oddziałach niemowlęcych oraz jakość wsparcia matki w miejscu pracy.

Teoretycznie zapisy polskiego prawa i system opieki zdrowotnej zapewniają opiekę nad kobietą i dzieckiem w okresie karmienia piersią. Jednak w praktyce to wsparcie jest słabe, niewystarczające i nie jest oferowane rutynowo, co wykazały poprzednie badania. Jest to z pewnością jeden z ważniejszych czynników powodujących gwałtowne obniżanie się wskaźników karmienia piersią w pierwszych tygodniach po porodzie – z 98% matek zaczynających karmić, w 6 tygodniu karmi już tylko połowa. Mamy nadzieję, że tegoroczne wyniki przyczynią się do podjęcia wreszcie systemowych działań, aby poprawić opiekę nad kobietą karmiącą i jej dzieckiem.

Badanie było prowadzone w lutym-marcu 2018 roku. Objęto ogółem 7331 ankiet wypełnianych przez matki za pośrednictwem internetu. Anonimowe ankiety były umieszczone na portalach m.in. Centrum Nauki o Laktacji, Fundacji Rodzic po Ludzku, MlekoTeKi, na blogach parentigowych, a także na fanpage'ach marek Femaltiker® i Prenatal®. Ankiety składały się z 21 (lekarz rodzinny), 32 (położna) i 23 (doradca) pytań. Poniższe opracowanie przedstawia najważniejsze wyniki badania oraz komentarze merytoryczne.

**KONIEC  
ZABAWY W  
CHOWANEGO**



INICJATOR I FUNDATOR KAMPANII SPOŁECZNEJ:

**femaltiker<sup>®</sup>**  
by **NutroPharma<sup>®</sup>**

**Skuteczność  
udowodniona  
klinicznie\***

**NOWOŚĆ!**  
czekoladowy smak

**Naturalny  
sposób na  
udane  
karmienie  
piersią**

**Femaltiker<sup>®</sup>  
z formułą  
Lactanell polecany  
do postępowania  
dietetycznego w celu  
wspomagania  
laktacji**

**Do stosowania  
już od 2. doby  
po porodzie!**



\*Breastfeeding Medicine.  
Mar 2016, 11(2): A-3-A-75.

[www.femaltiker.pl](http://www.femaltiker.pl)

dołącz do nas: [facebook.com/mlekomamyrzadzi](https://facebook.com/mlekomamyrzadzi)

**WWW.KONIEC  
ZABAWY W  
CHOWANEGO.PL**

Monika Żukowska-Rubik  
Magdalena Nehring-Gugulska  
Magdalena Castello-Rokicka  
Ewa Wietrak  
Marzena Kucia

## Opieka położnej na oddziale – opieka laktacyjna w biegu i wiecznym niedoczasie

Przez 7 lat w naszym kraju, również w czasie prowadzenia tego badania, obowiązywał standard postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem (nowelizacja w 2012 r.) (poniżej wybrane fragmenty). Zgodnie z jego zapisami personel tych oddziałów, a zwłaszcza położne powinny udzielić matce podstawowej pomocy w inicjacji karmienia piersią. Nowy standard, który jest obecnie w konsultacjach społecznych, kładzie jeszcze większy nacisk na opiekę położnych nakierowaną na powodzenie laktacji. Podstawowe wsparcie laktacyjne, którego powinny udzielić położne na oddziale, to informowanie o korzyściach karmienia, rekomendacjach i zasadach postępowania, instruktaż i korekta techniki karmienia, ocena wskaźników skutecznego karmienia oraz pomoc w częstych i niepowikłanych problemach. Początki karmienia piersią są dla większości matek trudnym momentem. Matka musi nauczyć się jak karmić, jak rozumieć sygnały swojego dziecka, często doświadcza przykrych dolegliwości związanych z uszkodzeniami brodawek czy przepełnieniem piersi. Rzeczowa pomoc uzyskana w tym szczególnym okresie ma duże znaczenie i pozwala prawidłowo „zaprogramować” karmienie, tak by było ono satysfakcjonującym doświadczeniem dla matki i dziecka.

### **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, porożenia oraz opieki nad noworodkiem.**

#### „XII. OPIEKA NAD NOWORODKIEM

1. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej 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.”

## W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

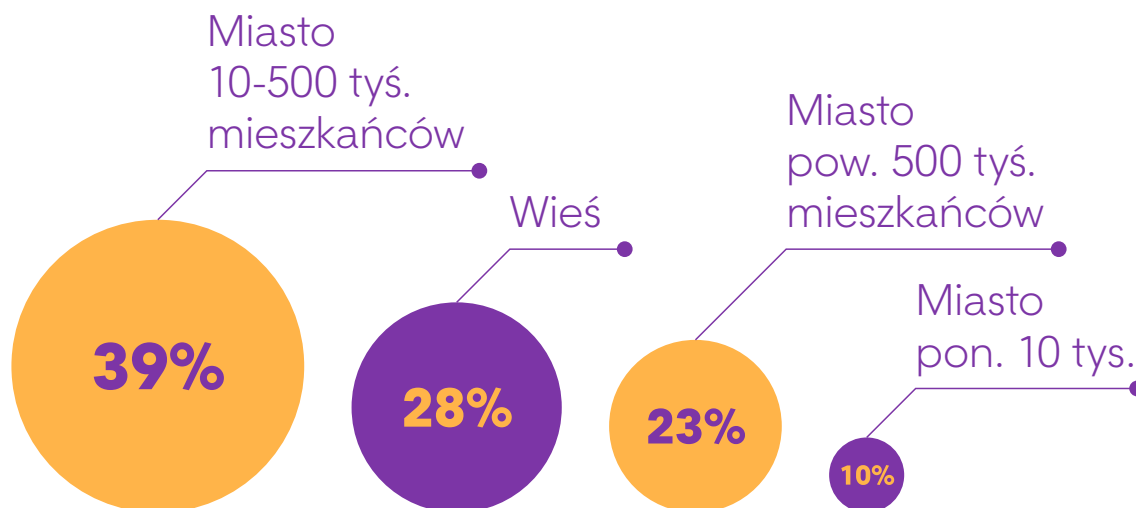
- 1) dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią;
- 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniającego informację, że z wyjątkiem pierwszych 12 godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie musi występować co 3 godziny, 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;
- 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
- 4) dokonywanie podczas karmienia, w okresie pierwszych dni 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 odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej. W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, należy zdiagnozować problem 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. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
- 5) niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy oraz niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych;
- 6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji (pierwsze 4 tygodnie), smoczków w celu uspokajania noworodka.

## Zachęta do karmienia – tak, ale pomoc merytoryczna i praktyczna niewystarczająca.

### WYNIKI BADANIA

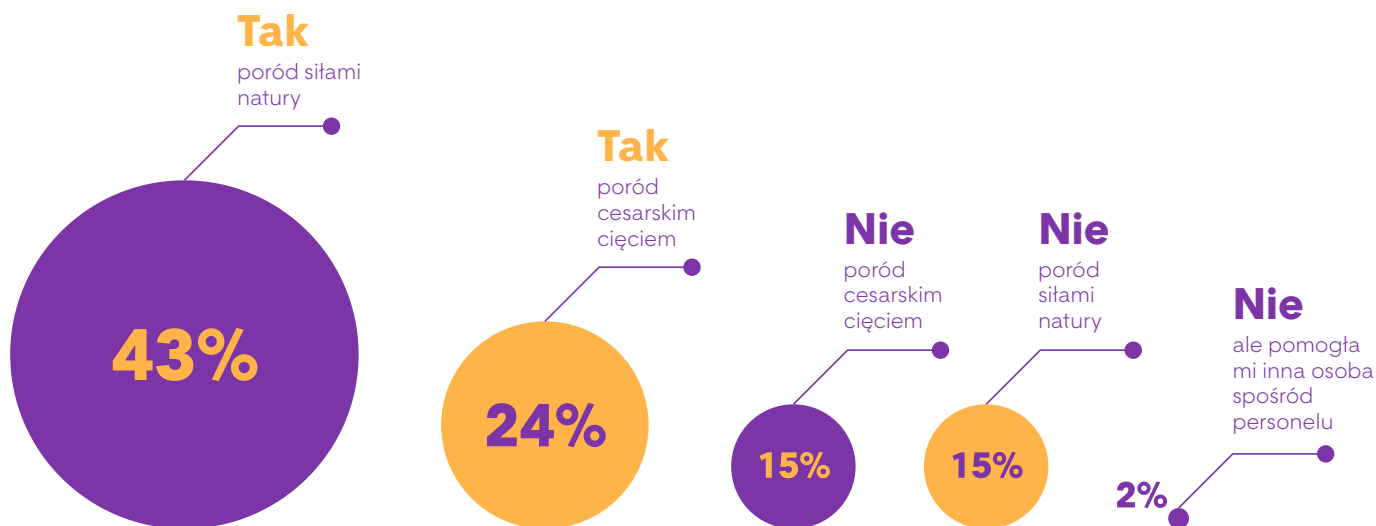
3297 kobiet wypełniło ankietę dotyczącą opieki, jaką otrzymały podczas pobytu na oddziale położniczym ze strony położnej. Kobiety były mamami dzieci w wieku od 2 miesięcy do 2 lat. Większość respondentek – **39%** – pochodziło z miast od 10 do 500 tys. mieszkańców, **28%** mieszkało na wsi, **22%** oznaczyło miasto powyżej 500 tys. mieszkańców jako miejsce swojego zamieszkania. Wyniki ankiety przedstawiają uśredniony obraz opieki położnej nad matką i jej noworodkiem na różnych oddziałach szpitalnych w Polsce.

## Wielkość miejscowości, w której Pani mieszka:



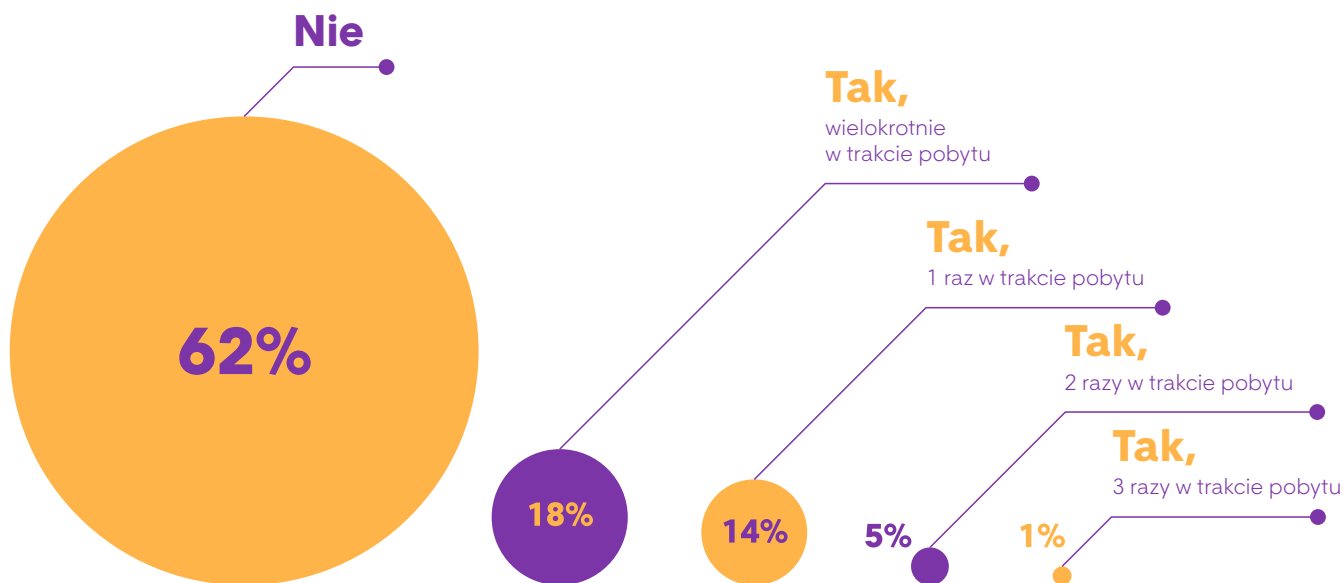
Wybrane zalecenia Standardu okołoporodowego wskazują, że w przypadku fizjologicznego porodu należy w ciągu godziny rozpocząć karmienie piersią, a matka powinna być poinstruowana przez położną jak prawidłowo przystawić dziecko<sup>1</sup>. W przypadku porodu cesarskim cięciem karmienie powinno odbyć się najszybciej jak to możliwe. Wyniki naszego badania pokazują, że pomoc w przystawieniu do piersi dziecka uzyskało prawie **43%** kobiet rodzących siłami natury. Jeśli chodzi o kobiety rodzące przez cięcie cesarskie zaledwie **24,5%** z nich.

## Czy położna pomogła Pani w przystawieniu dziecka do piersi od razu po porodzie?



Warto podkreślić, że prawie **43%** kobiet mogło wielokrotnie korzystać z pomocy położnej podczas pobytu w szpitalu, chociaż martwią **23%** odpowiedzi kobiet, które nie miały w ogóle możliwości uzyskania pomocy w zakresie laktacji. W związku z tym, że nadal ilość certyfikowanych doradców laktacyjnych jest niewielka, nie dziwi wysoki odsetek **62%** negatywnych odpowiedzi dotyczących możliwości skorzystania z porady konsultanta na terenie szpitala. Niemniej warto wskazać, że prawie **1/5** kobiet mogła wielokrotnie korzystać z porady doradcy laktacyjnego.

## Czy w trakcie pobytu w szpitalu miała Pani możliwość korzystania z porady doradcy/konsultanta laktacyjnego?



Większość mam – **63%** była zachęcana do karmienia piersią przez położne na oddziale, niemniej jeśli chodzi o szczegółowość i merytorykę samego instruktazu przystawiania do piersi, to niestety **38%** mam oceniało instruktaz jako pobieżny, **26%** mam w ogóle nie zostało poinstruowanych jak przystawiać dziecko, a ponad  $\frac{1}{4}$  nie otrzymała żadnej praktycznej informacji na temat pozycji do karmienia. Te wyniki mają także odzwierciedlenie w odczuciach kobiet co do poczucia kompetencji w karmieniu. Aż **53%** mam stwierdziło, że po instruktazu nie poczuły się pewniej.

*Urodziłam w piątek o 19, na drugi dzień położna w szpitalu przywiozła dziecko ok. 11 i na tym zakończyła spotkanie ze mną. Uważam, że położna powinna zadać kilka pytań i upewnić się, że świeżo upieczona mama poradzi sobie z maleństwem. Ja niestety zostałam pozostawiona sama sobie i musiałam chodzić za położnymi i zadawać pytania. Kompetentna w karmieniu poczułam się dopiero w domu po wizycie mojej położnej.*

*W szpitalu, w którym rodziłam opieka laktacyjna od położnych była całodobowa i czułam się dobrze zaopiekowana i pewna siebie w karmieniu.*

*O każdej porze dnia i nocy mogłam skorzystać z pomocy i rady położnej. Nawet niektóre położne w szpitalu w którym rodziłam przychodziły w nocy i sprawdzały, czy wszystko jest w porządku. Jeśli akurat karmiłam to podchodziły i sprawdzały jak dziecko ssie pierś i czy połyka.*

W okresie inicjacji laktacji bardzo ważne jest prawidłowe i częste przystawianie dziecka do piersi, tak, aby laktacja została właściwie zaprogramowa-

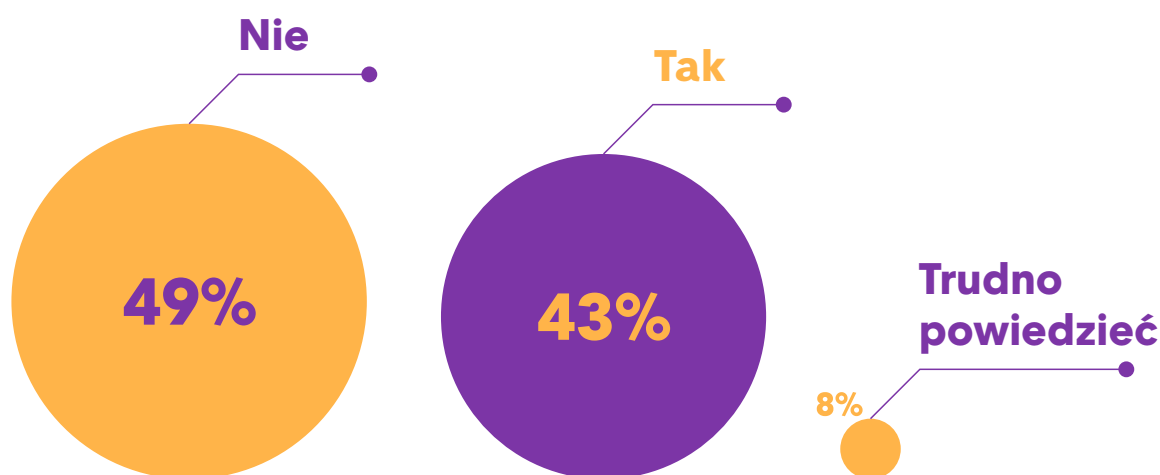


na, a także po to by zapobiegać odwodnieniu, hipoglikemii czy nasileniu żółtaczki u noworodka. Większość kobiet – **61%** zostało poinformowanych przez położną, aby karmić dziecko często, **1/3** kobiet nie została o tym poinformowana. Takie informacje często są kluczowe i mogą przesądzić o powodzeniu lub porażce laktacyjnej. Zresztą taką genezę niepowodzenia laktacyjnego wskazują same mamy:

*Po cesarskim cięciu dopiero po dłuższym czasie doprosiłam się o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi. Następnie, podczas pobytu w szpitalu, zabrakło informacji dotyczącej częstotliwości karmień w pierwszej dobie życia – usłyszałam „proszę karmić na żądanie”, a moje dziecko po cc w pierwszej dobie nie żądało, przez co straciło za dużo wagi i zalecono dokarmianie.*

Prawie połowa mam nie otrzymała informacji od położnej o długości pojedynczej sesji karmienia dziecka, a także możliwości karmienia z obu piersi, jeśli dziecko nie najada się z jednej. Co istotne, aż **63%** mam odpowiedziało, że ich dziecko nie było oceniane przez położną pod kątem parametrów efektywności karmienia. Tylko niespełna **15%** mam zaznaczyło informację o przeprowadzonej przez położną obserwacji sposobu, długości i intensywności ssania dziecka.

**Czy położne informowały Panią, że noworodek może ssać co najmniej 15 minut z jednej piersi, a również może potrzebować podania drugiej piersi podczas tego samego karmienia, aby w pełni się najeść?**

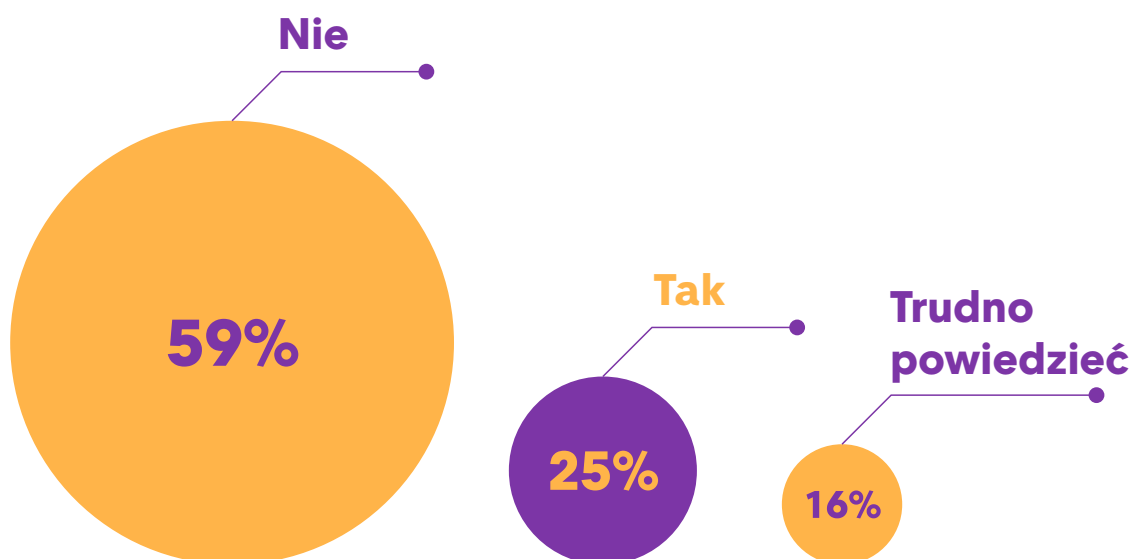


Zalecenia dotyczące stosowania smoczków uspokajaczy są jednoznaczne: należy unikać ich stosowania w okresie stabilizowania się laktacji czyli w pierwszych 4 tygodniach życia dziecka<sup>2</sup>.

Niestety otrzymane wyniki wskazują na potrzebę zdecydowanej poprawy i dalszej edukacji położnych w tym aspekcie. Prawie **60%** mam zaznaczyło odpowiedź wskazującą, że położne nie odradzały im stosowania smoczka

uspokajacza w pierwszych dniach po porodzie. Dane zebrane z poprzednich raportów są podobne; **74%** mam wykazało, że położna środowiskowa nie odradzała użycia smoczka uspokajacza w pierwszych tygodniach po porodzie<sup>3</sup>, podobnie **78%** lekarzy pediatrów nie odradza użycia smoczka podczas wizyt<sup>4</sup>. A zatem środowisko medyczne albo nie zna tej rekomendacji, albo nie rozumie i nie docenia jej znaczenia.

### Czy położne odradzały używanie smoczka uspokajacza w pierwszych dniach po porodzie?



*Doradca laktacyjny na prośbę lekarza prowadzącego odwiedził mnie dwa razy i pomógł. Położna przyniosła mi smoczek do uspokojenia...*

Kobieta na oddziale położniczym według uzyskanych odpowiedzi nie ma niestety zbyt wielkiej szansy na uzyskanie wyczerpujących informacji dotyczących m.in. wskaźników skutecznego karmienia. Aż **65%** kobiet nie otrzymało informacji o tym jaka powinna być ilość zmoczonych pieluch, oddanych stolców czy przyrosty masy ciała. Taka wiedza, na pewno pomogłaby kobietom poczuć się pewniej, a co najważniejsze reagować odpowiednio szybko w momencie wystąpienia nieprawidłowości.

Dla przypomnienia<sup>5</sup>:

#### Normy przyrostu masy dziecka karmionego wyłącznie piersią wg dr Ruth Lawrance

0-3 miesiące	26-31 g/dobę	182-217 g/tydzień
3-6 miesięcy	17-18 g/dobę	119-126 g/tydzień
6-9 miesięcy	12-13 g/dobę	84-91 g/tydzień
9-12 miesięcy	9 g/dobę	61 g/tydzień

## Liczba stolców i mikcji u dziecka karmionego wyłącznie mlekiem matki

stolce	mikcje
<u>1-2 doba</u> – smółka	<u>1-2 doba</u> – 1-2 mokre pieluchy (lub nic)
<u>3-4 doba</u> – 3-4 stolce przejściowe	<u>3-4 doba</u> – 3-5 zmoczonych pieluch
<u>Od 5 doby</u> – co najmniej 5-6 papkowatych, żółtych stolców o objętości 2,5 cm <sup>3</sup>	<u>5-7 doba</u> – 4-6 zmoczonych pieluch Od 8 doby – 6-8 zmoczonych pieluch
<u>Po 6 tygodniu</u> rytm wypróżnień zmienia się i nie jest miarodajny (1 stolec na 10 dni, 10 stolców na dobę)	<u>Od 6 tygodnia</u> – 5-6 zmoczonych pieluch

Podobnie jak w przypadku wyników związanych z wizytą położnej środowiskowej<sup>3</sup>, **co druga** kobieta na oddziale położniczym uzyskała zalecenie od położnej dotyczące unikania na wszelki wypadek pewnych produktów np. nabiału, owoców cytrusowych czy czekolady. Tak więc widać, że w codziennej praktyce **prawie połowa** położnych przekazuje nieaktualne, ale najwyraźniej mocno utrwalone, zalecenia odnośnie żywienia matki.

*Położne krytykowały za normalne jedzenie, które przynosił mi mąż, kazały jeść szpitalne, dla kobiet karmiących. Przy wyjściu dostałam listę produktów zakazanych dla kobiet karmiących i uwagę „oj, truskawek pani nie poje w tym roku, jak chce pani karmić”.*

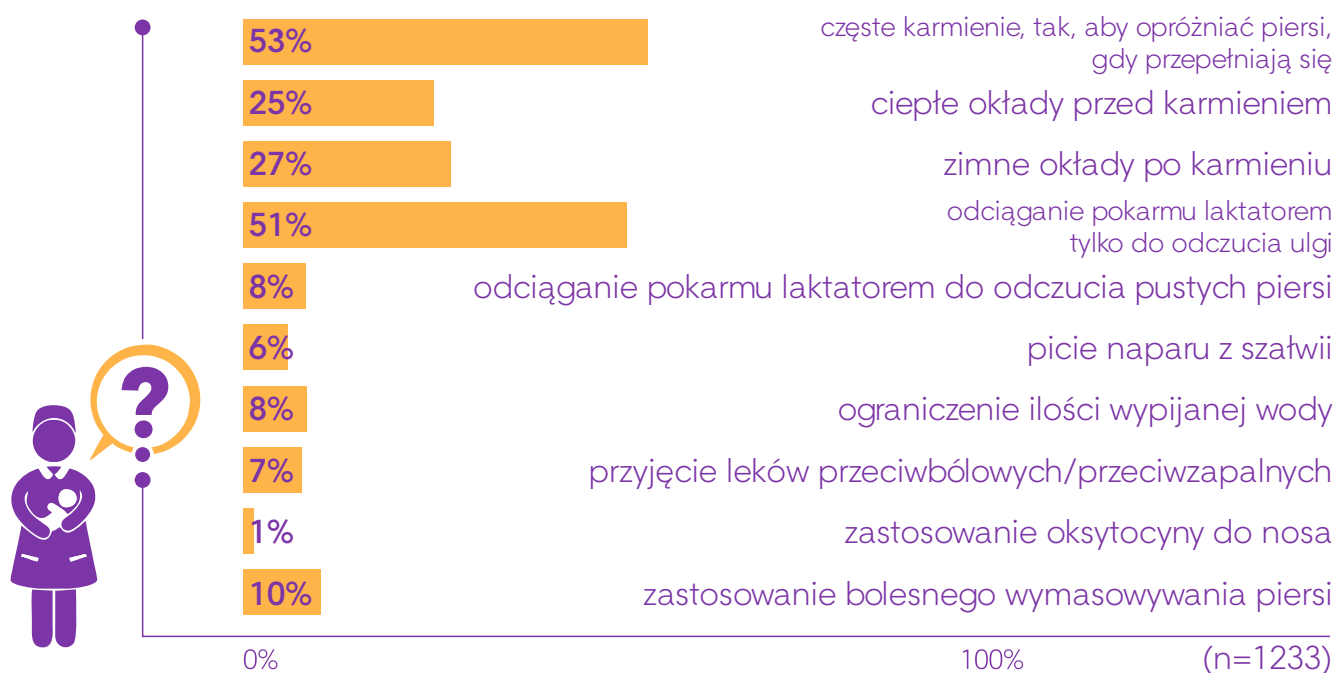
Jeśli chodzi o poradnictwo dotyczące częstych problemów podczas początkowego okresu laktacji takich jak np. ból brodawek czy nawał, to niestety aż **57%** kobiet nie otrzymało od położnej żadnej porady na temat pomocy w takich przypadkach; a tylko **1/3** kobiet otrzymała taką poradę.

*W czasie nawału prosiłam o pomoc trzy albo nawet cztery panie położne i dopiero ta ostatnia wiedziała jak mi pomóc (posiadała najświeższą wiedzę). Wcześniejsze rady były całkowicie nietrafione i dawały odwrotny skutek, a jedna z pań razem z lekarzem na obchodzie stwierdziła nawet, że nawału nie ma... A piersi miałam twarde jak kamienie.*

Nawał to stan fizjologiczny najczęściej występujący w 2-4 dobie po porodzie i jak wskazuje literatura jest pozytywnym wskaźnikiem prognostycznym udanej laktacji<sup>6</sup>. Część kobiet doświadcza nawału jeszcze w szpitalu, gdzie teoretycznie mogą liczyć na profesjonalną opiekę. Uzyskane w ankiecie wyniki

wskazują na to, że najczęściej kobiety otrzymywały poradę zwiększenia ilości karmień – **53%**, odciągania niewielkich ilości pokarmu **51%**, czy stosowania zimnych i ciepłych okładów. A zatem w **ponad połowie** przypadków porada była prawidłowa. Niepokojące jest zalecenie u prawie **10%** matek odciągania pokarmu do pustych piersi i bolesne wymasowywanie, które jest obciążone ryzykiem poważnych powikłań<sup>7</sup>.

### Jeśli miała Pani nawet (przepelnione piersi) jeszcze podczas pobytu w szpitalu, jakie postępowanie zaleciły wtedy położne?



W przypadku wystąpienia bolesności i/lub uszkodzenia brodawek prawie **1/3** kobiet nie uzyskała żadnej pomocy od położnych! Zaledwie **1/5** kobiet miała skorygowany sposób przystawiania dziecka do piersi, aż w **24%** sytuacji zalecono stosowanie kapturków na piersi. Najwięcej, bo ponad **1/3** zaleceń dotyczyło smarowania brodawek pokarmem oraz stosowania różnych specyfików na brodawki po karmieniu, które niestety bez korekty ssania nie będą pomocne. Taki sposób wspierania matek z bolesnymi brodawkami nie jest niestety prawidłowy i zgodny z bieżącą wiedzą, a trzeba pamiętać, że bolesność brodawek to jedna z najczęstszych przyczyn przedwczesnej rezygnacji z karmienia.

W przypadku problemów z ilością mleka, pojawiających się podczas pobytu w szpitalu aż **42%** kobiet zostało zachęconych przez położną do podania mieszanki, **1/5** kobiet nie uzyskała żadnej porady od położnych. **18%** kobiet zalecono odciąganie pokarmu, **16%** kobiet miało polecane preparaty pobudzające laktację. W mniejszym stopniu położne oceniały sposób karmienia – **18%**, badały jamę ustną dziecka – **5%**, czy korygowały sposób przystawiania do piersi – **17%**.

Wydawało się, że ocenianie ilości produkowanego mleka poprzez ściskanie piersi jest praktyką zamierającą, tymczasem aż **42%** mam doświadczyło tego na sobie...

*Problemem było bezpardonowe, obcesowe wręcz i niedelikatne dotykание naszych piersi. Ściskanie, szczypanie, nie pojawiały się żadne pytania „czy mogę dotknąć?”; ani nawet uprzedzenia „teraz dotknę pani brodawki sutkowej”.*

Kolejnym aspektem związanym z prawidłową inicjacją laktacji u części matek jest dostęp do laktatora i wiedza na temat skutecznej metody odciągania pokarmu. Aż **60%** pytanym mam nie otrzymało od położnej takich informacji w przypadku wskazania do odciągania pokarmu. Podobnie **62%** kobiet nie otrzymało informacji o przechowaniu i podawaniu odciągniętego pokarmu. Trudno określić, czy ze względów higienicznych czy rzeczywistego braku dostępu do laktatora, aż **44%** kobiet miało w szpitalu własny laktator, **26%** korzystało z laktatora szpitalnego, prawie **1/3** nie miała takiej możliwości.

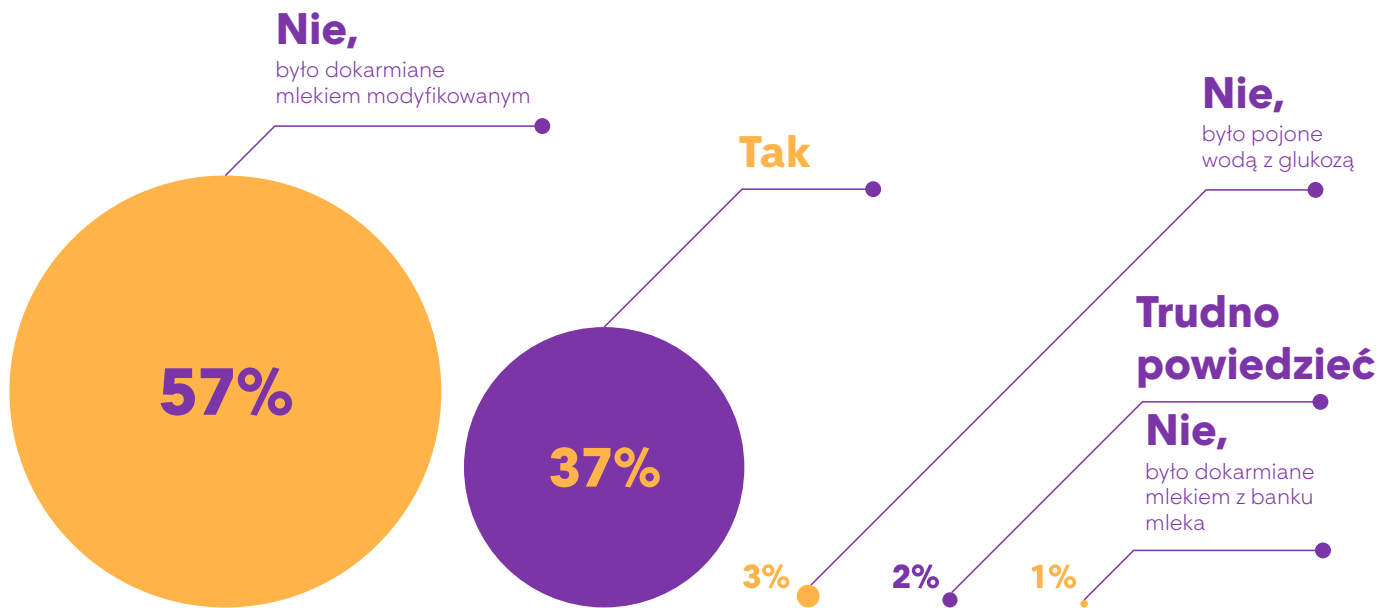
Według odpowiedzi udzielonych przez **66%** kobiet butelki mleka modyfikowanego były powszechnie dostępne na oddziałach położniczych. Niemniej większość mam – **64%** nie odczuwała presji związanej z podawaniem mieszanki. Nie odczuwały także presji związanej z karmieniem piersią ani też z podawaniem odciąganego mleka dziecku. Również w niemal identycznym odsetku (około **25%**) matki potwierdziły odczucie wywierania presji na karmienie piersią, jak i dokarmianie mieszanką.

*Butelki z mlekiem modyfikowanym były dostępne i podawane bez wskazań. Mojego synka karmiono na oddziale noworodkowym mm, mimo że miałam pokarm, mogłam i chciałam karmić piersią. Sąsiadce z pokoju, która karmiła piersią, przyniesiono butelkę, żeby nakarmiła córkę, która nie wybudziła się na karmienie i kazano cały dzień co 3 godziny najpierw podawać mm, a później dokarmiać piersią. Syna koleżanki po porodzie nakarmiono butlą, „bo pani zmęczona i dziecko też, damy butelkę, nie będziemy was męczyć” – koleżanka nie karmiła piersią, bo myślała, że nie ma mleka.*

W 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki raportu dotyczącego realizacji założeń opieki okołoporodowej na oddziałach położniczych. Kontroli poddano 24 szpitale (25 oddziałów położniczych) w 8 województwach. Kontrola wykazała, że co 3 noworodek był dokarmiany mlekiem modyfikowanym. Tylko w 3 skontrolowanych szpitalach nie podawano mieszanki noworodkom, w kolejnych 4 odsetek dokarmianych noworodków wynosił od **4** do **9%**. W pozostałych szpitalach objętych kontrolą dokarmianych było od **12%** do **100%** niemowląt!<sup>8</sup>

Uzyskane w ankiecie odpowiedzi potwierdzają smutną rzeczywistość, aż **57%** dzieci było dokarmianych mlekiem modyfikowanym w szpitalu, a zaledwie **37%** niemowląt było karmionych wyłącznie piersią lub mlekiem odciągającym.

## Czy w szpitalu dziecko było karmione wyłącznie piersią (lub mlekiem odciągniętym)?



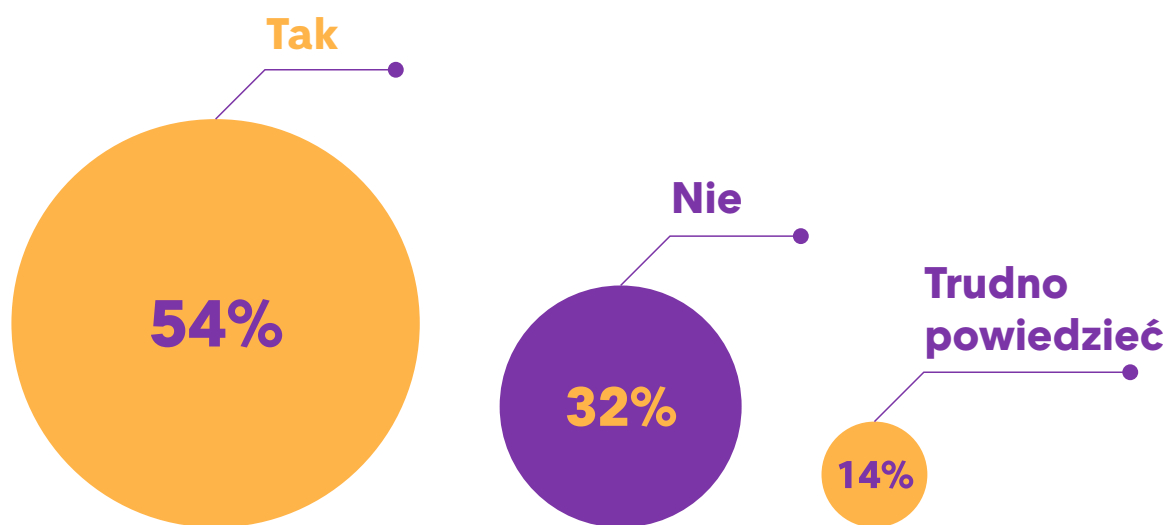
Jeśli zaistniała konieczność dokarmiania dziecka to aż **59%** mam odpowiedziało, że nikt nie udzielił im instrukcji w jaki sposób to robić, zostały z problemem same. Zaledwie **1/3** pytanych kobiet otrzymało instrukcję od położnej. Choć w komentarzach mam często pojawia się informacja, że dziecko zostało zabrane i nakarmione mieszanką bez ich zgody, to udzielone odpowiedzi nie potwierdzają tego – **60%** mam zostało poinformowanych lub same udzieliły zgody na dokarmianie dziecka mlekiem modyfikowanym w szpitalu.

Jeśli chodzi o aspekt wizualny związany z promocją karmienia piersią w szpitalu to jest on widoczny – aż **61%** kobiet widziało na oddziale zdjęcia, plakaty, ulotki zachęcające do karmienia piersią. Jeśli chodzi o materiały edukacyjne z nazwami firm produkujących mieszanki to widziało je na oddziale prawie **22%** kobiet, broszurki zachęcające do karmienia piersią, ale firmowane przez producentów żywności widziało na oddziale **20%** kobiet. **16%** kobiet potwierdziło, że nie było żadnych reklam, nawet zawierających jedynie logo producenta żywności dla niemowląt.

Według **co drugiej** kobiety pomoc uzyskana w szpitalu nie była satysfakcjonująca i nie pozwoliła rozwiązać problemu z laktacją.

Praktycznie **co druga** kobieta opuszczająca oddział położniczy miała poczucie, że będzie potrzebować dodatkowej pomocy w karmieniu piersią.

## Czy wychodząc ze szpitala miała Pani poczucie, że będzie Pani jeszcze potrzebowała dodatkowej pomocy w karmieniu piersią?



### Podsumowanie

Pomimo raczej pozytywnej postawy położnych na oddziałach wobec karmienia i zachęcania matek, nie idzie za tym praktyczna i merytorycznie prawidłowa pomoc. Niestety kwestia ta dotyczy większości aspektów wsparcia jakie powinna uzyskać matka noworodka – czyli instruktażu techniki karmienia, ogólnych zasad postępowania, oceny skuteczności karmienia, porady w częstych problemach (ból brodawek, odciąganie pokarmu, problemy z ilością mleka). Kobiety po pomocy udzielonej przez położne nie czuły się kompetentne w karmieniu. Wybierane były łatwiejsze, ale nie prawidłowe rozwiązania zgłaszanych przez matki problemów z karmieniem – mieszanka czy kapturek, zamiast oceny karmienia i instruktażu.

Standard opieki okołoporodowej jest realizowany w stopniu co najmniej niedostatecznym. Może to wynikać w części ze sposobu szkolenia tej grupy zawodowej, który nie uwzględnia z odpowiednim naciskiem aspektów fizjologii laktacji i praktycznego wsparcia matek karmiących zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Po szkoleniu przed dyplomowym wiedza personelu nie jest adekwatna do zadań przed nim postawionych?

Oczywiście nie można za taki stan rzeczy winić wyłącznie położnych. W 2016 r. na 1000 kobiet przypadało 1,3 zatrudnionej przez NFZ położnej<sup>10</sup>... Na oddziałach jest za mało położnych, zatem mają ograniczony czas na wykonywanie działań instruktażowych oraz edukacyjnych wobec kobiet, a to z kolei skutkuje poczuciem niedoinformowania i pozostawienia kobiet z problemami bez dostatecznego wsparcia. Niedobór personelu, przepracowanie położnych, brak nakładów finansowych na doszkalanie w zakresie laktacji lub niski poziom tego szkolenia, brak dostępu do laktatorów – podstawowego sprzętu wspomagającego laktację – są problemami systemowymi.





Monika Żukowska-Rubik  
Magdalena Nehring-Gugulska  
Aleksandra Lewandowska  
Ewa Wietrak  
Marzenia Kucia

## Laktacja – kukułcze jajo w praktyce lekarza rodzinnego?

Według definicji specjalności zamieszczonej na stronie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, lekarze rodzinni są to lekarze specjaliści, przeszkoleni zgodnie z *pryncypiami medycyny rodzinnej*. Są lekarzami osobistymi, w pierwszym rzędzie odpowiedzialnymi za zapewnienie każdej jednostce potrzebującej opieki medycznej, opieki całościowej i ciągłej, niezależnie od wieku, płci i rodzaju choroby tej jednostki<sup>11</sup>. Lekarz medycyny rodzinnej powinien być m.in. liderem budzącym zaufanie pacjenta, a także promotorem zdrowych postaw poprzez efektywne tłumaczenie i doradztwo<sup>12</sup>.

Pacjentki w okresie laktacji zgłaszają się do lekarzy rodzinnych ze stanami zapalnymi piersi, ponieważ czas oczekiwania na wizytę u ginekologa to nieraz kilka tygodni. Także do lekarzy rodzinnych mogą trafiać matki, które obawiają się o dostateczną ilość pokarmu, chcą zakończyć karmienie, potrzebują porady odnośnie praw przysługujących kobiecie karmiącej w pracy. Nie zawsze dostępna jest poradnia laktacyjna, także ze względów finansowych. Wreszcie kobieta w okresie laktacji może być pacjentką lekarza rodzinnego, gdy przechodzi zwykłą infekcję dróg oddechowych, zapalenie pęcherza moczowego czy ma bóle głowy i konieczne jest zaordynowanie leków, czasem zlecenie badań. Okres laktacji jest, tak jak i okres ciąży, tym szczególnym kontekstem sytuacji zdrowotnej pacjenta, o którym mówi program specjalizacji. Nie mówiąc już o promocji zdrowia, a lekarz rodzinny jako specjalista zajmujący się i kobietą, i dzieckiem, ma tu szczególną rolę.

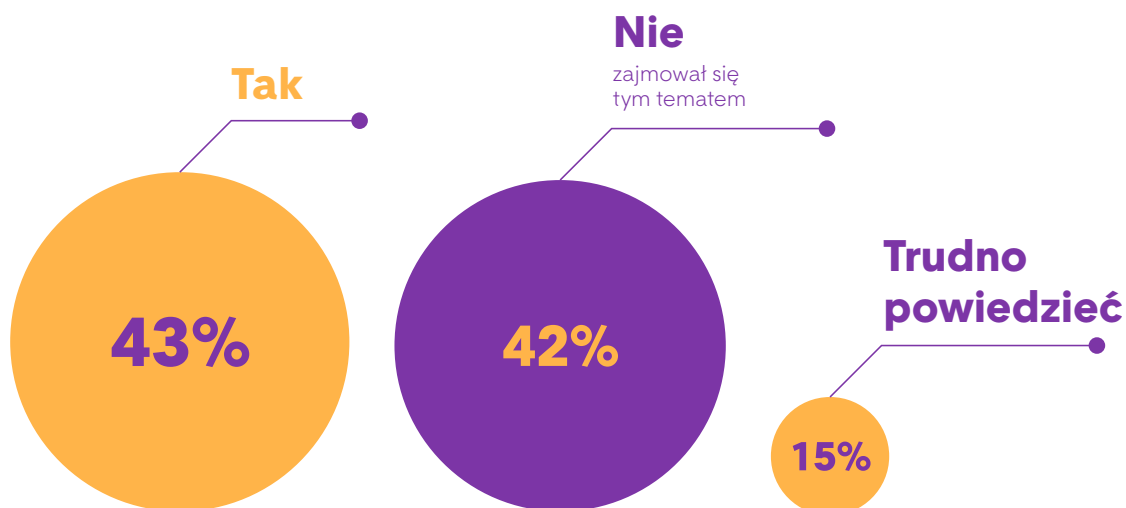
Lekarze nie są w dostatecznym stopniu szkoleni na temat postępowania w laktacji ani w czasie studiów, ani w czasie specjalizacji, ani nie doszkała się ich na bieżąco za pośrednictwem publikacji w prasie medycznej i doniesień zjazdowych. To, czy lekarz w swojej praktyce zajmuje się prawidłowo kwestią karmienia piersią, zależy wyłącznie od jego odpowiedzialności, zaangażowania i wiedzy, którą musi zdobywać we własnym zakresie. Wyniki naszego badania potwierdzają tę hipotezę.

## WYNIKI BADANIA

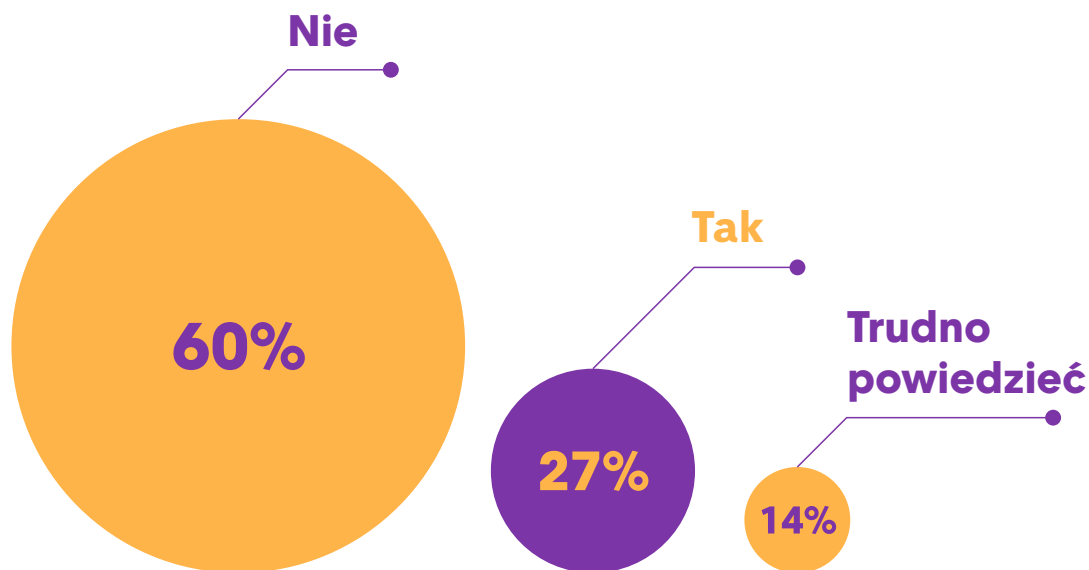
Anonimową ankietę internetową wypełniło 2570 kobiet karmiących naturalnie, które szukały pomocy u lekarza medycyny rodzinnej.

W ocenie **52%** kobiet lekarz rodzinny sprawuje opiekę wyłącznie nad dzieckiem, a niemal **40%** respondentek wskazało, że opieka lekarza obejmuje zarówno matkę jak i dziecko. Z definicji lekarz medycyny rodzinnej powinien posiadać wiedzę holistyczną, w tym dotyczącą laktacji, ale tylko częściowo ma to odzwierciedlenie w odpowiedziach kobiet. **43%** z nich wskazywało, że podczas wizyty były zachęcane do karmienia piersią, jednak **42%** kobiet udzielało odpowiedzi wskazującej na brak zainteresowania lekarza tematem karmienia piersią. Co istotne samo zachęcanie nie było wsparte przekazaniem merytorycznej wiedzy na temat korzyści zdrowotnych dla dziecka związanych z mlekiem matki. Prawie **60%** kobiet nie otrzymało żadnej informacji na ten temat od lekarza medycyny rodzinnej. Podobnie było w przypadku podania podstawowej informacji związanej z zalecanym przez WHO czasem wyłącznego karmienia piersią/mlekiem matki<sup>13</sup>. Tylko **1/3** kobiet została o tym zaleceniu poinformowana przez lekarza w porównaniu do **58%** kobiet, które takiej informacji nie otrzymały.

### Czy lekarz rodzinny zachęcał Panią do karmienia dziecka piersią/mlekiem kobiecym?

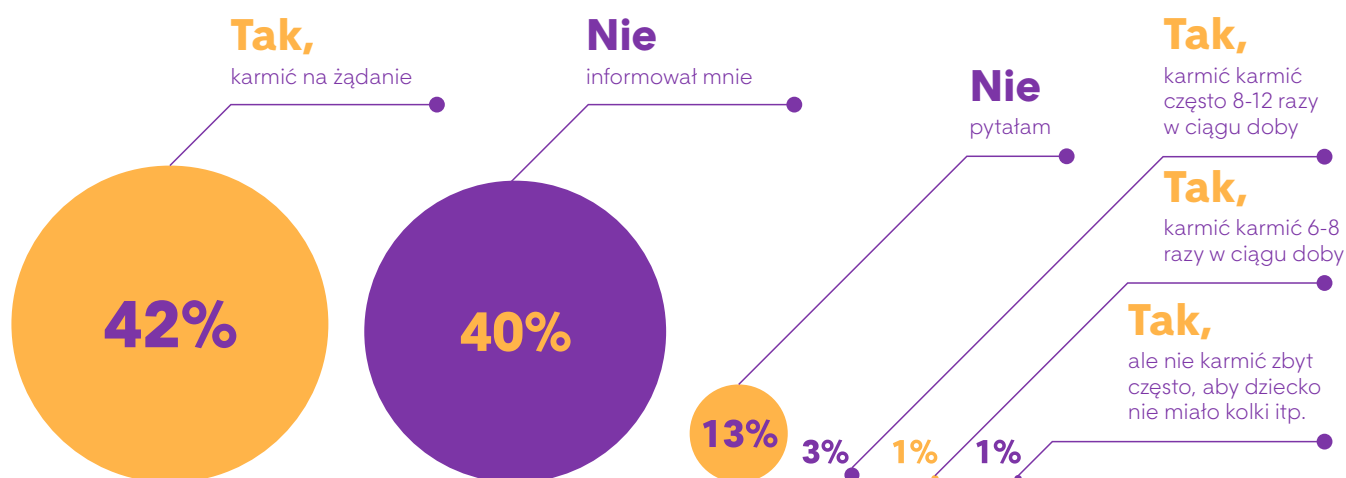


## Czy lekarz rodzinny przekazywał Pani wiedzę na temat korzyści żywienia mlekiem matki dla zdrowia dziecka?



Obowiązujące zalecenia dotyczące karmienia noworodka i małego niemowlęcia to częste karmienie 8-12 razy na dobę w celu utrzymania laktacji na odpowiednim poziomie. **42%** kobiet otrzymało informację o potrzebie karmienia na żądanie, ale tylko **2%** kobiet otrzymało informację zgodną z obowiązującymi standardami<sup>5</sup>. Prawie **40%** kobiet nie otrzymało żadnej informacji dotyczącej częstości karmień.

## Czy lekarz informował Panią, jak często należy karmić noworodka/małe niemowlę w celu utrzymania laktacji na odpowiednim poziomie? Jeśli tak, to co powiedział?

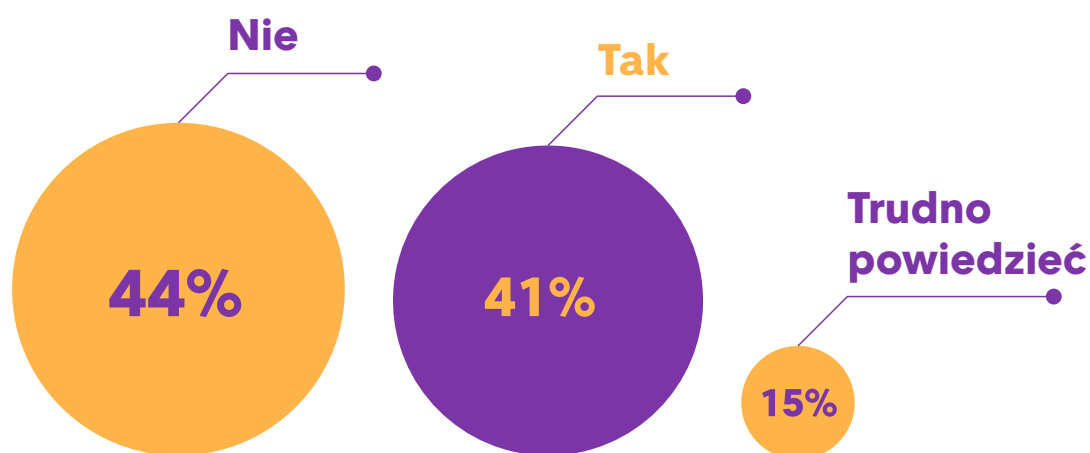


Uzyskane wyniki dotyczące zaangażowania lekarza medycyny rodzinnej w pomoc kobiecie karmiącej są zbieżne z wynikami opisanymi w raporcie z 2016 roku dotyczącego wizyty u lekarza pediatry. Tylko **49%** kobiet było aktywnie zachęcanych przez pediatrę do karmienia piersią, a **34%** ankietowanych było informowanych o wyłącznym karmieniu piersią przez 6 miesięcy. Aż **64%** kobiet podczas wizyty nie otrzymało informacji na temat korzyści z karmienia piersią<sup>4</sup>.

Kobieta karmiąca piersią może jeść praktycznie wszystko. Brak jest naukowych dowodów uzasadniających eliminację produktów w diecie matki celem zapobiegania kolce czy alergii u dziecka. Dostępne badania wskazują na to, że to właśnie różnorodna dieta mamy podczas karmienia piersią może być czynnikiem ochronnym dla jej dziecka. Dzieje się tak, ponieważ organizm matki wytwarza swoiste połączenia białek alergenów z przeciwciałami, które przechodzą do mleka. W ten sposób następuje przejście i „zapoznanie” alergenów z niedojrzałym układem opornościowym dziecka, który „uczy” się ich, a przez to w przyszłości nie będzie reagował na nie alergią<sup>14</sup>. **21%** kobiet z badanej grupy wskazało, że lekarz zalecił eliminację potencjalnie alergizujących produktów. Dla porównania **43%** matek dostało takie zalecenie od pediatrów<sup>4</sup>.

Jeśli chodzi o zainteresowanie lekarza rodzinnego dalszym przebiegiem karmienia, to trudno wyciągnąć jednoznaczne wnioski; **41%** respondentek wskazało na zainteresowanie, a **44%** na jego brak podczas kolejnych wizyt. Prawie identyczny rozkład odpowiedzi wystąpił w opisanym powyżej pytaniu o zachętę do karmienia.

### Czy w czasie kolejnych wizyt lekarz rodzinny był zainteresowany przebiegiem karmienia: czy Pani karmi, jak sobie Pani radzi?



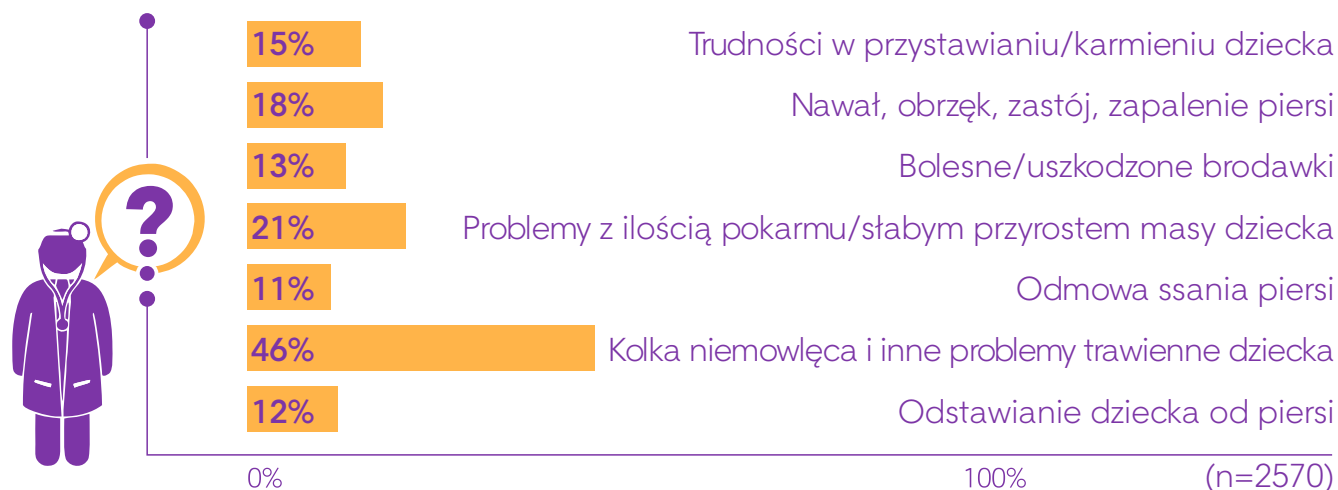
Na pytanie czy w czasie wizyt matka mogła swobodnie dopytać o sprawy związane z laktacją lub odpowiedzieć o trudnościach w karmieniu, zaledwie **1/3** respondentek udzieliła odpowiedzi twierdzącej.

Tylko **20%** matek oceniło informacje uzyskane od lekarza rodzinnego jako satysfakcjonujące i poczuły się pewniej w karmieniu. W przypadku lekarzy pediatrów było nieznacznie lepiej – **33%** respondentek odpowiedziało twierdząco na to pytanie<sup>4</sup>.

Bardzo ciekawe obserwacje wynikają ze szczegółowej analizy statystycznej powiązań pomiędzy odpowiedziami na pewne pytania. Obraz wsparcia matki karmiącej ze strony lekarzy rodzinnych uzyskuje dwa zupełnie różne oblicza. Jeśli matki potwierdzały zainteresowanie lekarza karmieniem, to istotnie częściej potwierdzały także uzyskanie informacji o korzyściach karmienia, częstotliwości karmień, czasie wyłącznego karmienia. Podobnie jeśli matki potwierdziły, że mogły podzielić się z lekarzem swoimi obawami i wątpliwościami, to istotnie częściej oceniały porady jako satysfakcjonujące i skuteczne. Jeśli natomiast ze strony lekarza zabrakło zachęty do karmienia i zainteresowania dla jego przebiegu, to negatywne odpowiedzi na inne pytania pojawiały się z istotnie większą częstością ( $p < 0,0001$ ). Widać zatem, że pomoc lekarzy rodzinnych dla matek karmiących działa trochę zgodnie z prawem „wszystko albo nic”.

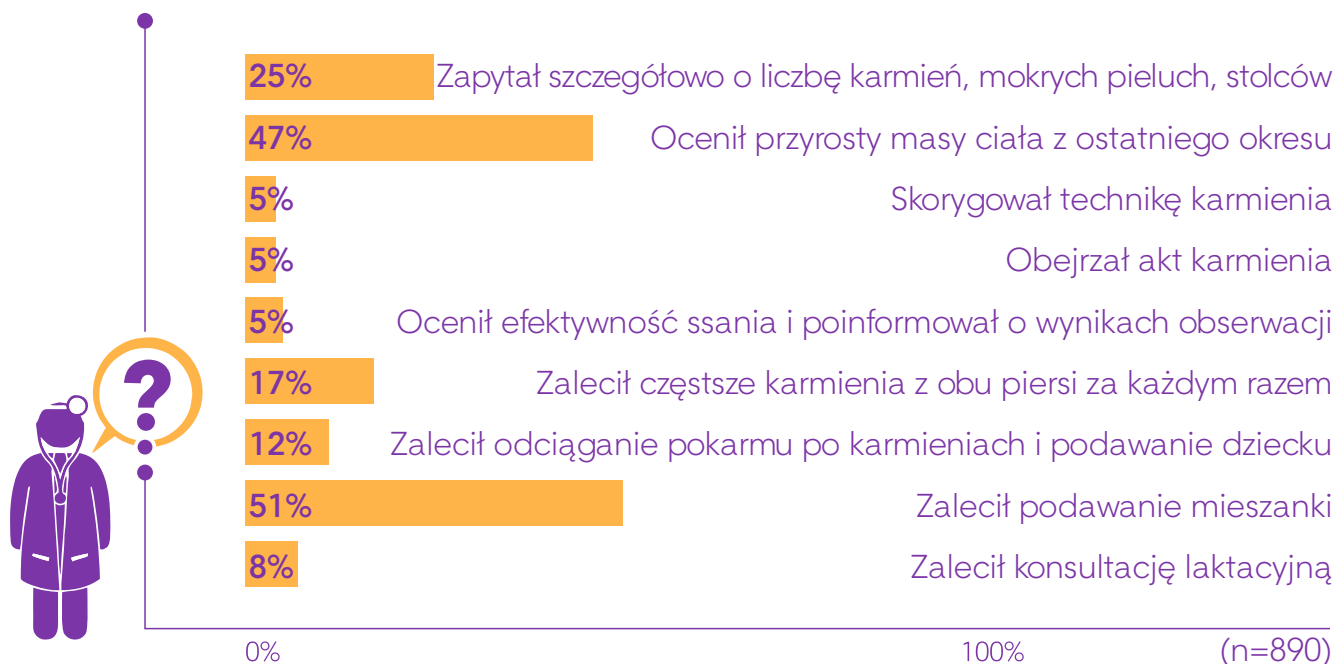
Z odpowiedzi dotyczących najczęstszych problemów związanych z przebiegiem laktacji wynika, że lekarz medycyny rodzinnej jest najczęściej odwiedzany przez kobiety w przypadku wystąpienia kolki niemowlęcej – **46%**, słabego przyrostu masy dziecka/ problemami z ilością pokarmu – **20%**, a także w przypadku wystąpienia nawątu, obrzęku piersi. Prawdopodobnie jako lekarz, który jest najłatwiej i najszybciej osiągalny.

### Z jakimi problemami zwracała się Pani do lekarza rodzinnego?



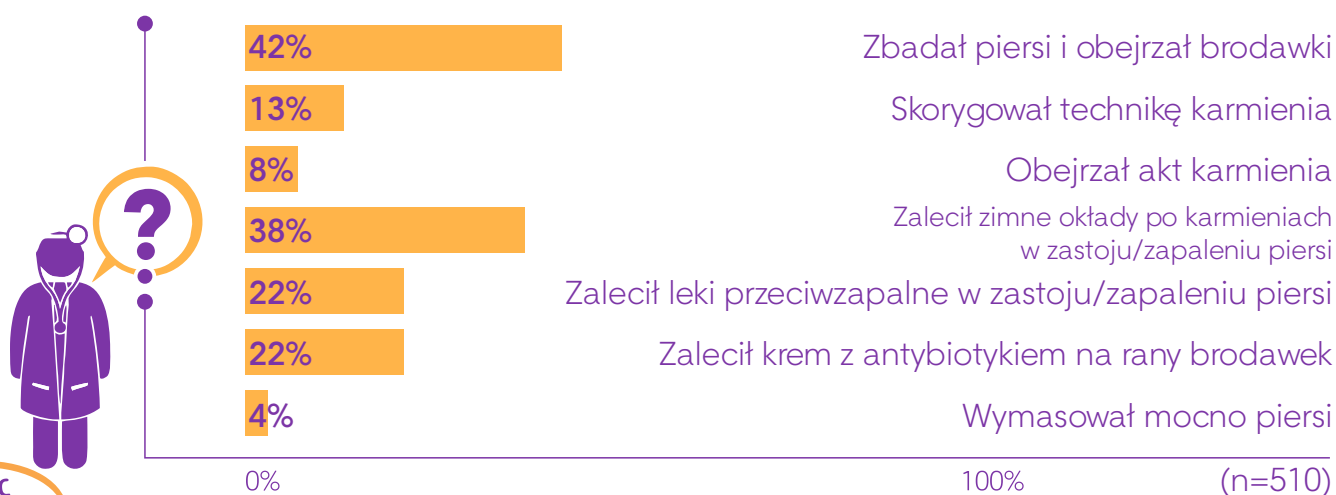
Jeśli chodzi o diagnostykę i postępowanie w przypadku słabych przyrostów dziecka karmionego piersią lub obaw o zbyt małą ilość pokarmu to **46%** lekarzy oceniło przyrosty masy ciała z ostatniego okresu,  $\frac{1}{4}$  zapytało o inne wskaźniki skutecznego karmienia. Niestety w zakresie postępowania aż **51%** kobiet usłyszało poradę, aby podać dziecku mieszankę. Podobnie było w przypadku pediatrów – **45%** matek zalecono mleko modyfikowane w tej sytuacji<sup>4</sup>.

## Co zrobił lekarz, gdy okazało się, że dziecko słabo rośnie lub zgłosiła Pani obawy o zbyt małą ilość pokarmu?



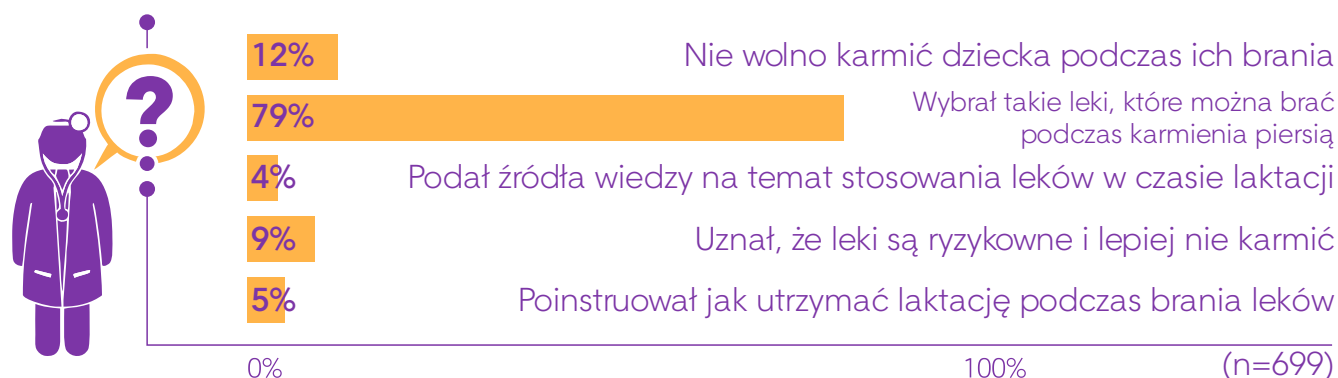
Gdy kobiety zgłosiły się na wizytę z powodu problemów z piersiami lub brodawkami to u **42%** z nich lekarz zbadał piersi i obejrzał brodawki. U **38%** zalecił zimne okłady po karmieniach, a u **22%** stosowanie leków przeciwzapalnych w zastoju/zapaleniu piersi. Takie postępowanie jest zgodne z zasadami postępowania w tych stanach chorobowych. Jednak kluczową sprawą jest obserwacja aktu karmienia i skorygowanie techniki, które praktycznie nie miało miejsca. A bez korekty techniki karmienia te zalecenia mogą nie wystarczyć, by zaradzić problemowi<sup>15</sup>. Pozytywne jest, że praktyka „mocnego wymasowywania piersi” prawie nie jest stosowana przez lekarzy rodzinnych.

## Co zrobił lekarz, gdy zgłosiła Pani problem z piersiami/brodawkami?

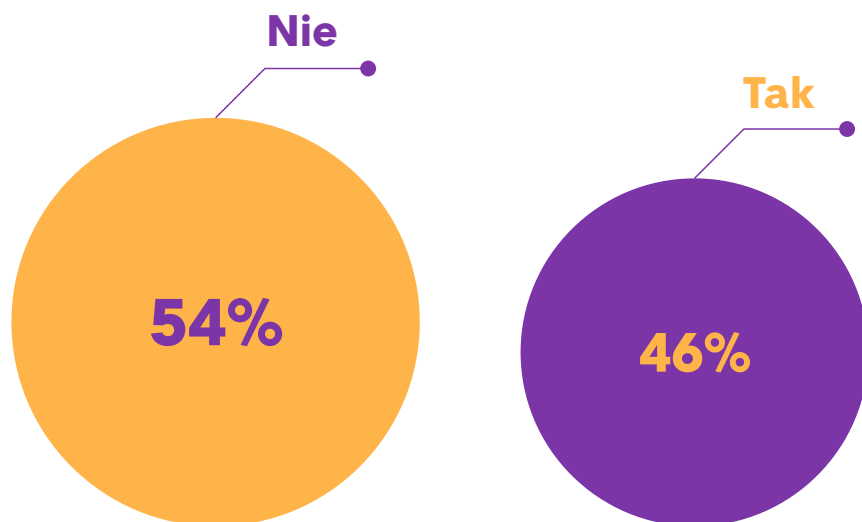


Jeśli zaistniała potrzeba wypisania leku to aż **79%** lekarzy medycyny rodzinnej wybrało takie, które mogą być przyjmowane podczas karmienia piersią. Niemniej prawie **12%** kobiet usłyszało, że nie może karmić piersią dziecka podczas terapii. W porównaniu do danych uzyskanych w przypadku wizyt kobiet karmiących u ginekologa, gdzie aż **97%** z nich miało zaproponowane leki bezpieczne dla kobiety karmiącej piersią, wynik ten nadal nie wydaje się zadowalający<sup>3</sup>.

## Co powiedział lekarz zapisując Pani leki?



## Czy porada lekarza rodzinnego była skuteczna i rozwiązała Pani problem?



**14%** lekarzy rodzinnych poleciło wizytę u doradcy laktacyjnego, gdy kobiety zgłaszały problemy z karmieniem. Dla porównania – w **75%** przypadków kierował do doradcy ginekolog-położnik, w **7%** pediatra, a w **9%** położna POZ.

Zgodnie z rekomendacjami WHO oraz stanowiskiem polskich ekspertów rozszerzanie diety dziecka karmionego wyłącznie piersią powinno być rozpoczęte około 6 miesiąca życia<sup>16,17</sup>. W **1/3** przypadków lekarz rodzinny nie zajmował się w ogóle tematem rozszerzania diety dziecka. W sytuacjach, gdy lekarze podjęli się poradnictwa w tym temacie – **66%**, aż u **57%** matek zalecano wprowadzanie dodatkowych pokarmów takich jak warzywa, owoce, kaszki między 4. a 6. miesiącem życia dziecka. U **38%** matek lekarze zalecili rozszerzanie diety po 6. miesiącu. Niemniej warto zaznaczyć, że nie ma obec-

nie konsensusu co do konkretnego okresu rozpoczęcia podaży żywności uzupełniającej, a cytowany ESPGHAN dopuszcza smakowanie po 17. tygodniu lub wcześniejsze wprowadzenie produktów, gdy są wskazania.

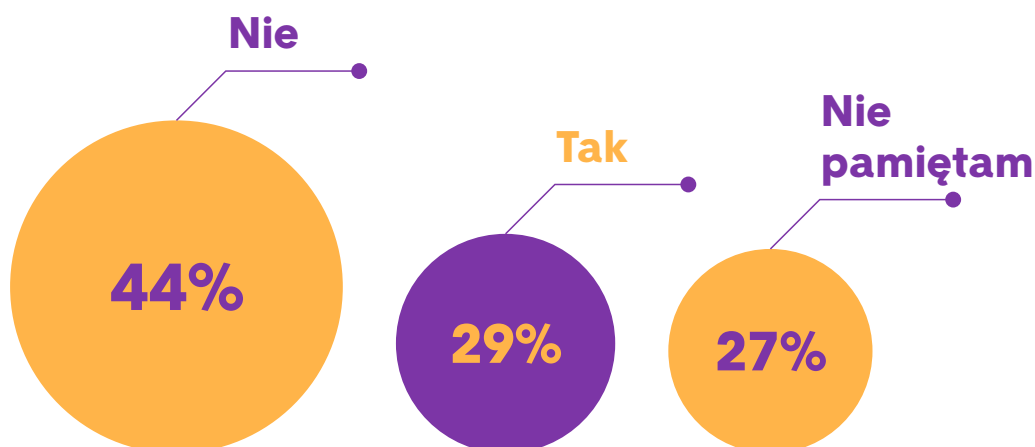
Według WHO nie ma ograniczenia co do długości karmienia piersią, może ono trwać nawet do 2. roku życia przy jednoczesnym podawaniu pokarmów uzupełniających<sup>13,18</sup>.

U **86%** matek lekarze rodzinni w ogóle nie sugerowali kiedy mają całkowicie zakończyć karmienie piersią, możliwe, że pozostawiając tę ważną decyzję samej zainteresowanej. U **14%** matek lekarze wypowiedzieli się na temat długości trwania karmienia piersią i aż w **45%** zalecili zakończenie karmienia między 7. a 12. miesiącem życia dziecka, a w **20%** między 13. a 18. miesiącem życia dziecka.

Wśród **58%** mam, które potwierdziły, że lekarz w jakikolwiek sposób poświęcił czas na sprawy związane z laktacją przeważająca większość, bo aż **78%** zaznaczyło 5 minut, **12%** z nich – 10 minut. Według NFZ średni czas wizyty u lekarza pierwszego kontaktu powinien wynosić od 10 do 15 minut. Artykuł dotyczący średniej długości wizyt na świecie wskazał, że najwięcej czasu poświęcają pacjentowi lekarze w Szwecji bo aż 22 minuty, Polska z niespełna 10 minutami plasuje się w trzeciej dziesiątce<sup>19</sup>. Stanowi to poważne ograniczenie możliwości lekarzy rodzinnych w aspekcie wspierania laktacji.

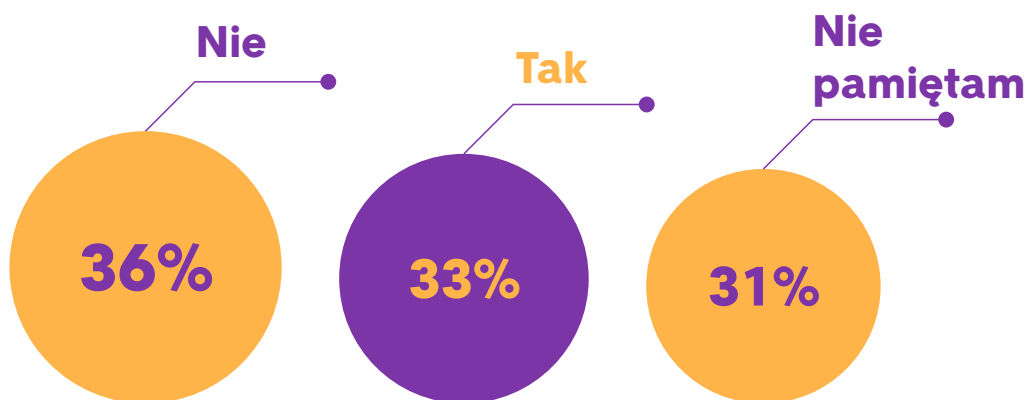
Promocja naturalnego karmienia piersią i wspieranie kobiet karmiących została wpisana w nowy projekt ustawy dotyczącej opieki okołoporodowej jest też realizowana w ramach Narodowego Programu Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło na ten cel w 2017 roku ok. 1,1 mln złotych<sup>20</sup>. Niemniej w niespełna **29%** przychodni kobiety mogły spotkać się z materiałami zachęcającymi do karmienia piersią. Liczba ta jest porównywalna do odpowiedzi mam odwiedzających pediatrę. Tylko **22%** z nich widziało materiały promujące naturalne karmienie w gabinetach i poczekalniach<sup>4</sup>. Niestety respondentki widziały w placówkach także reklamy sztucznej żywności dla niemowląt.

### Czy w gabinecie lekarza rodzinnego lub w poczekalni były zdjęcia, plakaty, ulotki, broszury zachęcające do karmienia piersią?





## Czy w gabinecie lekarza rodzinnego lub w poczekalni były zdjęcia, plakaty, ulotki, broszury pokazujące karmienie butelką lub reklamujące mieszanki dla niemowląt?



### Podsumowanie

Z wyników badania wyłania się niestety nie napawający optymizmem obraz lekarza medycyny rodzinnej, który niezbyt interesuje się przebiegiem karmienia, w większości przypadków nie informuje matki o podstawowych aspektach karmienia i nie udziela satysfakcjonującej porady kobiecie zmagającej się z trudnościami.

Przyczyn może być co najmniej kilka m.in. brak szkoleń aktualizujących przynajmniej podstawową wiedzę z zakresu opieki nad matką karmiącą i jej dzieckiem, a także brak czasu na efektywne zdiagnozowanie podłoża problemu. Dostępność matek do pomocy doradców laktacyjnych jest niska, bo jest ich mało, a wizyty są odpłatne, i kobieta na dobrą sprawę jest pozostawiona sama sobie z problemami. Należy docenić, że lekarze rodzinni dość dobrze radzili sobie w aspekcie doraźnej pomocy kobiecie karmiącej piersią w cierpieniu z powodu bólu brodawek czy zastoju pokarmu. Wydaje się, że taka pomoc może być cenna wobec słabej dostępności do laktacyjnej pomocy specjalistycznej.

Dla równowagi warto zauważyć, że jest jednak pewna grupa lekarzy, którzy posiadają wiedzę merytoryczną i wykazują zainteresowanie promocją karmienia piersią. Tacy profesjonaliści stwarzają matkom przestrzeń do podzielenia się obawami i trudnościami związanymi z karmieniem piersią a zatem są wsparciem, często jedynym, w walce o utrzymanie laktacji. Warte podkreślenia jest, jak pozytywnie odbierane jest to przez matki, pomimo bardzo ograniczonego czasu wizyty i nie zawsze prawidłowych zaleceń.



## Opieka sprawowana przez doradców/konsultantów laktacyjnych

Doradcy i konsultanci laktacyjni to licząca 600 osób grupa zawodowa położnych, pielęgniarek i lekarzy praktykująca specjalistyczne poradnictwo laktacyjne. Grupa ta powstała w odpowiedzi na potrzeby polskich matek, które z powodu problemów laktacyjnych nie realizują swoich planów dotyczących żywienia dzieci mlekiem kobiecym oraz w trosce o zdrowie publiczne w naszym kraju. Osoby, które udzielają takich świadczeń zdrowotnych poszerzają wiedzę i umiejętności w ramach kształcenia podyplomowego i uzyskują certyfikaty umiejętności. Mają za zadanie uzupełniać pracę położnych, pielęgniarek i lekarzy POZ zajmując się najtrudniejszymi, złożonymi i powikłanymi przypadkami, wymagającymi dodatkowego czasu i podwyższonych kompetencji (porada specjalistyczna). Ten sposób opieki wyrównuje szanse matek, które mają poważne problemy z laktacją pozwalając im karmić tak samo długo, jak kobiety, które takich problemów nie doświadczyły<sup>21</sup>.

Polska jest wyjątkowym krajem na świecie, gdzie poradnictwo laktacyjne od przeszło 20 lat praktykowane jest głównie przez pracowników ochrony zdrowia według ustalonego standardu<sup>22</sup>. Praktyka ta ma narzędzia diagnostyczne, protokoły postępowania, dokumentację medyczną, obejmuje konkretne jednostki chorobowe i procedury lecznicze. Doradcy i konsultanci pracują w szpitalach, przychodniach, prowadzą własne praktyki, badania, publikują, uczą innych i tworzą prężne środowisko<sup>23,24</sup>. Początkowo korzystano ze wzorców zachodnich, dziś polski dorobek w tej dziedzinie jest ceniony za granicami.

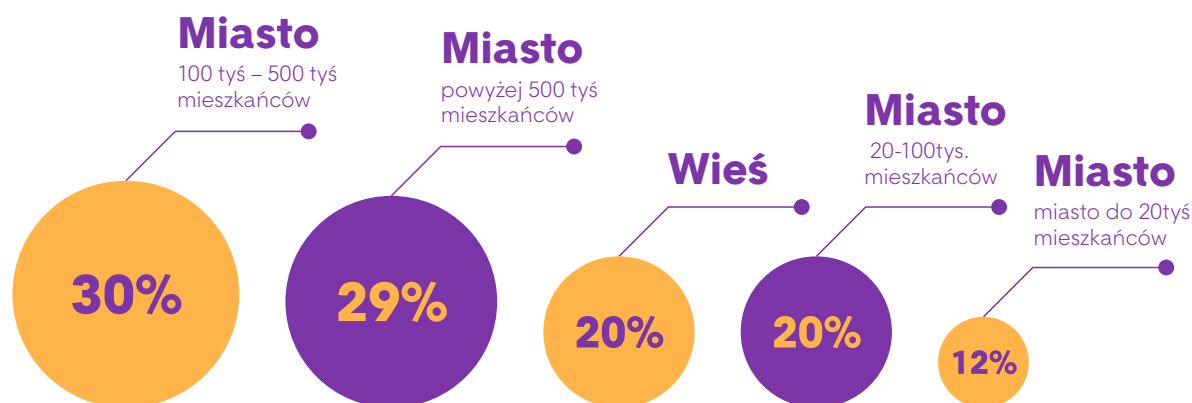
W Polsce poradnictwo laktacyjne, jako oddzielne świadczenie zdrowotne, nie jest finansowane ze środków publicznych. Ministerstwo Zdrowia nie widzi potrzeby organizacji dwustopniowej opieki laktacyjnej uwzględniającej udział specjalistów ds. laktacji<sup>25</sup>.

Badanie miało na celu ocenić pracę tej grupy zawodowej, która z racji swoich zainteresowań i „specjalizacji” jest szczególnie nastawiona na wsparcie karmiących kobiet i ich dzieci. To swoisty „rachunek sumienia”, który z jednej strony pokazuje silne zaangażowanie i autentyczną praktykę według wiedzy

opartej na dowodach, a z drugiej strony daje wskazówki jak można jeszcze podwyższyć jakość tej opieki.

Badanie objęło kobiety karmiące piersią dzieci w wieku od 0 do 36 miesięcy, zamieszkujące małe i duże miasta, jak i wsie w zbliżonym odsetku.

### Wielkość miejscowości, z których pochodziły matki



Większość kobiet urodziła dziecko w wieku 26-30 lat (**43%**), co jest zgodne z danymi statystycznymi z Eurostat z 2015 roku. W większości (**71%**) były to pierworódki, więc udzielały one odpowiedzi dotyczących ich pierwszego dziecka.

Ankieta składająca się z 23 pytań, zamkniętych i otwartych, jedno i wielokrotnego wyboru była zamieszczona na stronach internetowych i grupach facebookowych poświęconych karmieniu piersią.

### WYNIKI BADAŃ

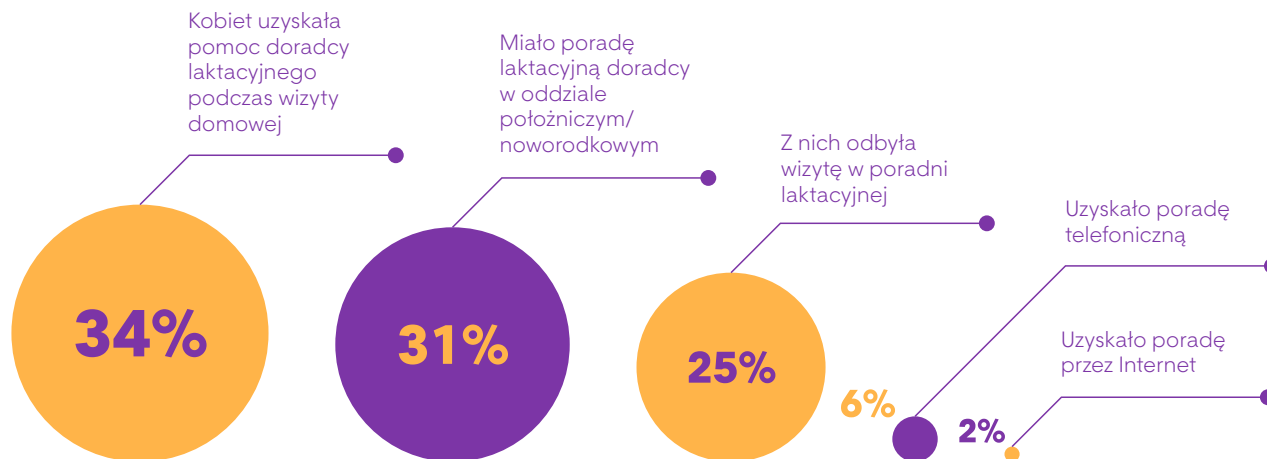
Uzyskano 1464 wypełnionych ankiet. **75%** ankietowanych matek zgłaszało problem laktacyjny, a **70%** z nich udało się po pomoc do doradcy laktacyjnego.

Kobiety, które miały problem laktacyjny i NIE udały się po pomoc do doradcy laktacyjnego – **30%** deklarowały, że głównymi przeszkodami w odbyciu takiej wizyty były:

- brak wiedzy na temat istnienia doradców laktacyjnych i możliwości odbycia takiej wizyty – **35%**
- koszt wizyty – **28%**
- brak możliwości konsultacji doradcy laktacyjnego w okolicy – **21%**
- samoistne rozwiązanie problemu, który napotkały – **5%**

Podobne wnioski pojawiły się w badaniu Angeliki Niczyporuk, „Dostępność i zasięg poradnictwa laktacyjnego w Polsce”<sup>23</sup>. Z jej badań wynika, że dostępność do poradnictwa laktacyjnego jest zróżnicowana, największa w dużych aglomeracjach miejskich, a jedną z barier dla matek jest koszt wizyty.

## Miejsce, gdzie odbywały się wizyty laktacyjne



Najbardziej skuteczną formą pomocy matce w problemach laktacyjnych jest bezpośrednia porada podczas wizyty w domu lub na oddziale<sup>26</sup>. Tak są uczeni i tak w przeważającej większości sytuacji (**91%**) praktykują doradcy. Porada on-line lub telefoniczna nie jest zgodna ze standardem porady laktacyjnej<sup>22</sup>. Taka forma pomocy bywa uzasadniona w przypadku: rozmowy wstępnej przed wizytą, monitorowania sytuacji między wizytami, raportowania np. przyrostu masy, ilości dokarmiania po wizycie. Nigdy nie może odbywać się zamiast wizyty, ponieważ stawianie diagnozy i przekazywanie zaleceń przez telefon jest obciążone zbyt dużym ryzykiem błędu i może narażać pacjentkę i doradcę na straty.

## Skąd kobiety dowiedziały się o możliwości specjalistycznej porady laktacyjnej?



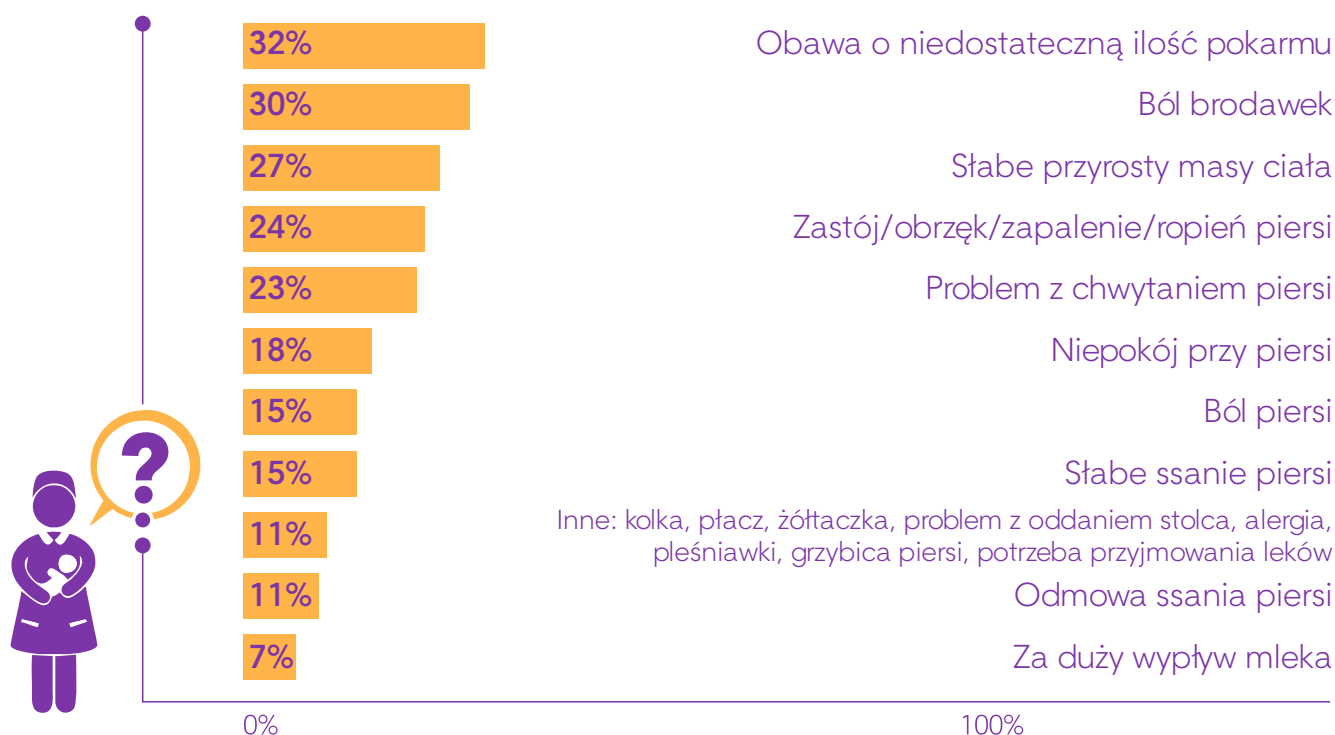
Szkoda, że matki muszą same szukać informacji na temat istnienia doradców/konsultantów laktacyjnych. Stanowi to pewne zagrożenie opóźnieniem dotarcia do profesjonalnej pomocy i zmniejsza szansę na jej skuteczność. Pomoc powinna dotrzeć szybko, ponieważ laktacja rozwija się w 2-4 pierwszych tygodniach, a wszelkie nieprawidłowości zaburzają jej naturalny przebieg. Większość – **71%** mam doświadczało problemów laktacyjnych i potrzebowało wizyty doradcy laktacyjnego w pierwszych 6 tygodniach po porodzie. **27%** wymagało takiej pomocy między 6. tygodniem a 6. miesiącem życia

dziecka. W niewielkim odsetku **4%** była ona niezbędna w drugim półroczu życia dziecka i powyżej 12. miesiąca życia **2%**.

Mamy karmiące piersią swoje pierwsze dziecko zgłaszały więcej problemów laktacyjnych – **79%** w porównaniu z kobietami, które karmią już kolejne dziecko – **66%**.

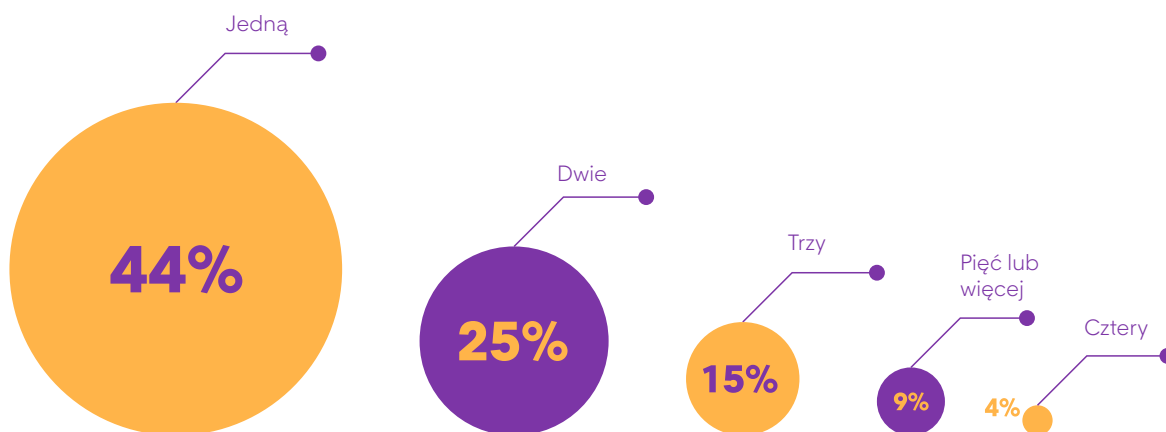
Problemy laktacyjne najczęściej doświadczane przez matki to obawy o niedostateczną ilość pokarmu, ból brodawek, słabe przyrosty masy ciała dziecka, zaburzenia przepływu pokarmu (obrzęk piersi, zastój pokarmu i in.), problem z chwytaniem piersi.

### Z jakimi dolegliwościami borykały się mamy z problemami laktacyjnymi?



Nieco inaczej widzą to doradcy laktacyjni. Dane statystyczne Poradni laktacyjnej w Centrum Medycznym „Żelazna” wskazują, że najczęstszy diagnozowany problem laktacyjny to trudności z karmieniem – **44,5%** (nieprawidłowa technika karmienia, nieprawidłowe chwytanie, ssanie, krótkie wędzidełko, mała aktywność dziecka), słabe przyrosty masy ciała dziecka – **16%**, problemy dotyczące brodawek – **14%** (bolesność, uszkodzenia, choroby). Rzeczywiste problemy z ilością pokarmu są dopiero na czwartym miejscu – **12%**, potem problemy dotyczące gruczołu piersiowego – **8%** (obrzęk, zatkanie przewodu mlecznego, zapalenie, ropień, ból piersi), później jeszcze wątpliwości dotyczące przebiegu karmienia – **5%** (wskaźniki skutecznego karmienia, nawał)<sup>27</sup>. Z obu badań można wnioskować, że matki widzą pewne objawy, ale to doradca potrafi zdiagnozować problem i widzi przyczyny leżące u jego podstawy. W ten sposób dopiero można udzielić zindywidualizowanej pomocy, dostosowanej do sytuacji klinicznej matki, dziecka oraz całej rodziny.

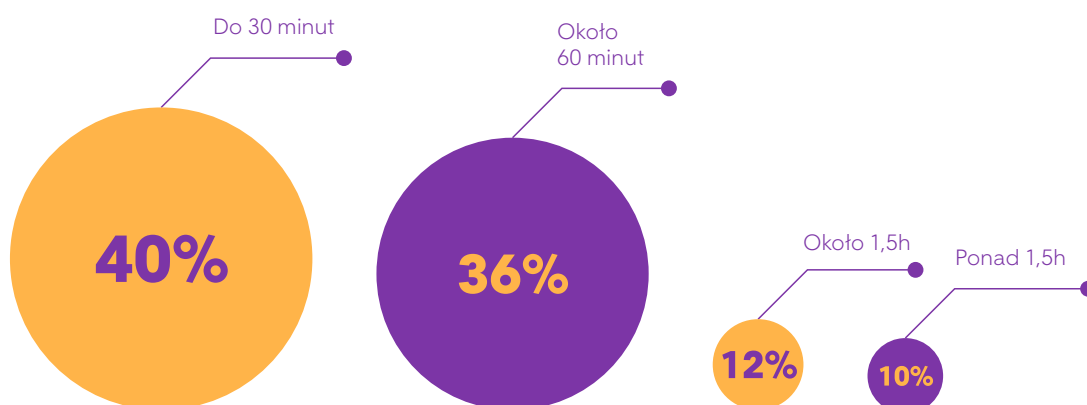
## Ile wizyt laktacyjnych odbywały ankietowane matki, które zgłosiły się po poradę laktacyjną?



**44%** matek potrzebowało jednej specjalistycznej porady laktacyjnej, aby rozwiązać napotkany problem, **56%** mam potrzebowało kilku wizyt. Odbycie 1-4 wizyt laktacyjnych wiązało się ze zbliżoną statystycznie skutecznością. Kolejne wizyty nie zwiększały szansy na rozwiązanie problemu laktacyjnego.

Z cytowanego wcześniej badania<sup>23</sup> wynika, że zdecydowana większość specjalistów w dziedzinie laktacji **66%** uważa, że 3 wizyty laktacyjne byłyby wystarczające, aby rozwiązać problem. Tylko **8%** uważa że, dwie wizyty, a **6%** uważa, że 5 lub więcej. Z analizy wyników obu badań widać, że optymalnym byłoby rozwiązanie problemu podczas 1-2 wizyt, aby zadowolić matki i uzyskać wysoką skuteczność.

## Czas trwania wizyty doradcy laktacyjnego w poradni, w domu lub na oddziale szpitala wynosił:



Nie zaobserwowano korelacji pomiędzy czasem trwania wizyty a zgłaszanym problemem laktacyjnym.

Zgodnie ze Standardem porady laktacyjnej pierwsza wizyta powinna trwać przynajmniej 60 minut, kolejne 30-45 minut<sup>22</sup>.

Wizyty krótkie (pon. 30 minut) tylko w **10%** przypadków odbyły się w szpitalu. Z tego wniosek, że wizyty doradcy w szpitalu trwają dłużej, co jest bardzo pozytywną informacją. Dodając, że to od dobrej woli dyrektora szpitala zależy zatrudnienie doradcy/konsultanta laktacyjnego, a od osobistego zaangażowania doradcy zależy długość pobytu przy łóżku pacjentki – to daje jeszcze bardziej pozytywny obraz.

Krótką wizytą laktacyjną (do 30 min), w porównaniu z wizytami trwającymi dłużej, wiązała się z większym ryzykiem nierozwiązania problemu i definitywnego zakończenia karmienia piersią. Matki te nie podejmowały dalszych działań w celu ratowania laktacji. Z kolei wydłużanie czasu wizyty ponad 90 minut nie wiązało się ze zwiększeniem jej skuteczności.

Największą skutecznością w rozwiązywaniu problemów pośród kobiet, które zgłosiły się po poradę laktacyjną obserwowano w przypadku wizyt trwających około 60 minut, a na drugim miejscu 90 minut.

Wniosek: optymalny czas trwania wizyty laktacyjnej wynosi 60-90 min.

## Przebieg wizyty laktacyjnej

Standard specjalistycznej porady laktacyjnej obejmuje wywiad, obserwację i badanie matki (w tym badanie piersi), obserwację i badanie dziecka (w tym jamy ustnej, funkcji języka, funkcji ssania, ważenie dziecka), obserwację aktu karmienia (odpowiednio długo), skorygowanie techniki karmienia, zlecenie badań lub konsultacji, postawienie diagnozy, przekazanie zaleceń, udzielenie wsparcia<sup>22</sup>.

Wśród matek, które odbyły wizytę laktacyjną **89%** miało możliwość opowiedzenia o problemach z karmieniem piersią (wywiad), u **63%** zbadano piersi, u **59%** zbadano dziecko, u **59%** zważono dziecko bez ubrania i pieluchy, u **53%** zbadano jamę ustną dziecka, u **64%** obserwowano akt karmienia w opinii mam wystarczająco długo (przynajmniej 10 min). W większości sytuacji – **62%** wyjaśniono możliwe rozwiązania i pokazano jak uniknąć podobnych problemów w przyszłości. U **59%** matek udzielono psychicznego wsparcia. W większości przypadków wizyty laktacyjne odbywały się zgodnie ze standardem porady. Nie zawierały na ogół powszechnych błędów typu: diagnoza bez wywiadu i badania, ważenie w ubraniu lub pieluszce, obserwowanie karmienia „na szybko”, ocenę piersi i poziomu laktacji „na oko” i in.

Najważniejszym działaniem, które należy podjąć podczas wizyty laktacyjnej jest skorygowanie sposobu przystawiania dziecka do piersi, ponieważ jego nieprawidłowość leży u podstawy większości problemów laktacyjnych. Korektę zastosowano u większości matek – **67%**. Część kobiet zgłaszających się po pomoc przystawia dzieci prawidłowo i korekta nie jest konieczna. W innym badaniu dotyczącym kobiet z rzeczywistym niedoborem pokarmu korekty techniki wymagało **74%** matek podczas pierwszej wizyty i **47%** podczas drugiej wizyty<sup>3</sup>.



## ODSTĘPSTWA OD STANDARDU

W uzasadnionych przypadkach doradca może odstąpić od wykonania wszystkich czynności zawartych w Standardzie porady<sup>22</sup>: np. matka zna masę dziecka, sama monitoruje przyrosty, jamę ustną badał pediatra lub logopeda, dziecko jest duże i wizyta dotyczy innych zagadnień i in. Czasem nie ma możliwości przeprowadzenia **100%** elementów np. matka zgłasza się bez dziecka, matka karmi wyłącznie odciąganiem pokarmem, matka nie zgadza się na próbę przystawienia do piersi i in. Natomiast ważenie dziecka jest bardzo istotnym czynnikiem diagnostycznym, a u **18%** go zabrakło, choć matka nie знаła aktualnej masy dziecka. Test wagowy może być pomocnym narzędziem uzupełniającym ocenę skuteczności ssania piersi przez dziecko, a był wykonany tylko w **16%** przypadków. Podczas wizyt domowych barierą mógł stanowić brak sprzętu (wagi niemowlęcej) ale taka praktyka jest nieprawidłowa.

Doradca odstępując od jakiejś czynności musi brać pod uwagę, że może to wpłynąć na diagnozę i obniżyć skuteczność porady. Przykładowo u **48%** zbyt krótko obserwowano akt karmienia (poniżej 5 minut) i w opinii mam nie było to miarodajne. A u **3,9%** zabrakło obserwacji aktu karmienia, choć takie było oczekiwanie matki.

Z Raportu 2017<sup>3</sup> wynika, że u **56%** kobiet położna POZ nie obserwowała w ogóle aktu karmienia, a u **20%** próbowała ocenić poziom laktacji poprzez ściskanie piersi. Z tegorocznego badania wynika, że tylko u **15%** matek w szpitalu położna oceniła akt karmienia, aż u **42%** kobiet ścisniano piersi w celu oceny poziomu laktacji.

## Zalecenia podczas wizyty:

W zależności od postawionej diagnozy ordynowano postępowanie złożone z wielu elementów. Poniżej przedstawiono analizę postępowania zaleconego w najczęstszych problemach, z którymi borykały się matki.

W przypadku zgłaszania przez matkę **ból brodawek** obserwowano akt karmienia piersią u **79%**, przeprowadzono korektę sposobu przystawienia dziecka do piersi u **67%**, zalecono stosowanie kapturków tylko u **15%**. Zastosowane interwencje są jak najbardziej uzasadnione i zgodne z aktualną wiedzą. Zastanawia fakt, dlaczego aktu karmienia nie obserwowano u **21%**, skoro nieprawidłowa technika karmienia jest główną przyczyną bolesności. Czy matki nie zgodziły się na przystawienie dziecka do bolesnej piersi czy była inna przyczyna? Kapturki zastosowano tylko w **15%** przypadków, gdyż podstawową interwencją powinna być korekta techniki karmienia. Z badań Castello-Rokickiej M. wynika, że większość matek używa kapturków z powodu bolesnych brodawek **40%**, a najczęściej zaleca je położna **52%**<sup>28</sup>.

U matek, które zgłosiły się z **obawą o niedostateczną ilość pokarmu** obserwowano akt karmienia piersią u **63%**, zważono dziecko bez ubrania i pieluchy u **73%**, skorygowano przystawienie do piersi u **59%**, zalecono dokarmianie odciągniętym mlekiem matki tylko **17%**. Zastosowane interwencje są jak najbardziej uzasadnione i zgodne z aktualną wiedzą. W toku diagnozy rozwiano

obawy matek, ponieważ dokarmianie zlecono tylko niewielkiej grupie, z czego tylko u **15%** mlekiem sztucznym określając jego ilość. Dla porównania dokarmianie mlekiem modyfikowanym w przypadku obaw o ilość pokarmu zlecali pediatrzy u **45%** matek (Raport 2016) i położne POZ **44%** (Raport 2017), lekarze rodzinni u **51%** (Raport 2018)<sup>4,3</sup>. Trafność diagnozy i skuteczność interwencji byłaby jeszcze wyższa, gdyby wykonano wszystkie elementy standardu (ważenie!).

W przypadku **słabych przyrostów masy ciała u dziecka** obserwowano akt karmienia u **59%**, zważono dziecko u **61%**, przeprowadzono korektę przystawienia do piersi u **61%**, zalecono odciąganie pokarmu i wyjaśniono jak to robić u **44%**, dobierano rodzaj laktatora/sposób odciągania i tłumaczono jak to robić u **32%**, zalecono dokarmienie odciągniętym mlekiem mamy u **54%**, zalecono dokarmianie mieszanką mlekozastępczą i określono jej ilość w **20%**. Wyraźnie widać, że postawienie prawidłowej diagnozy spowodowało prawidłową interwencję. Odciąganie mleka kobiecego, dokarmianie nim dziecka zalecono w znacznie większej ilości przypadków – w **54%** niż w przypadku tylko obaw matek – w **17%**. Właśnie stawiania diagnozy na podstawie wywiadu, badania i obserwacji karmienia są uczeni doradcy podczas szkoleń i stanowią to podstawę egzaminu praktycznego na CDL.

W całej grupie badanej doradcy w zasadzie nie zalecali dokarmiania mlekiem modyfikowanym w ilości „tyle ile dziecko zje” (tak zalecono tylko u **7%** matek), co zdarza się dość powszechnie w praktyce pediatrów (Raport 2016)<sup>4</sup>.

W przypadku **problemu z chwytaniem piersi** u **87%** z 258 matek odbyła się obserwacja aktu karmienia, przeprowadzono korektę przystawienia do piersi u **78%**, zalecono stosowanie kapturków u **8%**. Zastosowane interwencje są jak najbardziej uzasadnione i zgodne z aktualną wiedzą. Widać wyraźnie, jak rodzaj problemu wpływał na wykorzystanie elementów standardu porady. W przypadku problemu z chwytaniem – obserwowano bardzo wysokie odsetki obserwacji i korekty karmienia. Położne POZ u **50%** matek z potwierdzoną nieprawidłowością sposobu karmienia nie przeprowadziły instruktażu i korekty. (Raport 2017)<sup>3</sup>.

## DIETA ELIMINACYJNA

Szczególnego wyróżnienia wymaga fakt, że zaledwie u **5%** matek zalecono stosowanie diety eliminacyjnej dla kobiet karmiących piersią. Jest to 10-krotnie rzadziej niż zalecają położne POZ **50%** (Raport 2017)<sup>3</sup> i **8-krotnie** rzadziej niż zalecają pediatrzy (Raport 2016)<sup>4</sup>. Zgodnie z aktualną wiedzą nie ma uzasadnienia dla stosowania diet matek karmiących<sup>29</sup> i tę wiedzę uzyskują doradcy na szkoleniach i zjazdach. Kobiety powinny odżywiać się normalnie, różnorodnie, zdrowo i kierować się własnymi upodobaniami żywieniowymi, a nie zmuszać do jedzenia lub unikania określonych produktów. Skład diety matki nie wpływa zbyt mocno na skład mleka kobiecego, a unikanie określonych produktów nie zmniejsza ryzyka choroby atopowej u dziecka<sup>30</sup>. Dietę elimina-

cyjną powinien zalecać wyłącznie lekarz prowadzący diagnostykę dziecka w kierunku alergii pokarmowej, w przypadku uporczywych objawów, zgodnie z protokołem diagnostycznym, co dotyczy **0,5%** niemowląt<sup>31</sup>.

## SKUTECZNOŚĆ DORADCY/KONSULTANTA LAKTACYJNEGO W ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW LAKTACYJNYCH

Problem laktacyjny został rozwiązany u **68%** matek, które go zgłaszały. U **15%** nie udało się rozwiązać problemu z karmieniem piersią i matka dalej poszukiwała pomocy. W **12%** nie udało się rozwiązać problemu, co skutkowało decyzją o zakończeniu karmienia piersią.

W grupie pacjentek, które zadeklarowały rozwiązanie problemu laktacyjnego zdecydowanie częściej stosowano kluczowe elementy standardu porady laktacyjnej (zebranie wywiadu, ważenie dziecka, obserwację aktu karmienia i korektę techniki karmienia, badanie jamy ustnej dziecka). Dla porównania Monika Żukowska-Rubik badała w 2016 roku wpływ porady laktacyjnej zgodnej i niezgodnej ze standardem na czas karmienia piersią. W grupie matek, które nie uzyskały prawidłowej porady od profesjonalisty medycznego i u których czas karmienia piersią był istotnie krótszy – wywiad został zebrany w niespełna **70%**, akt karmienia obserwowano u niespełna **50%** matek, a piersi zbadano u **27%** matek. U matek, które uzyskały prawidłową poradę, te elementy były wykonane w **100%** – te matki karmiły piersią tak długo, jak matki bez problemów z karmieniem, dodatkowo na czas ich karmienia nie miało wpływu to, jak bardzo złożone i liczne były ich trudności w karmieniu<sup>21</sup>. Podobnie wysoką skuteczność – **93%** osiągnęli doradcy w prospektywnym badaniu obserwacyjnym u pacjentek z rzeczywistym niedoborem pokarmu, jednym z trudniejszych problemów laktacyjnych. Doradcy wykonywali w **100%** wszystkie elementy protokołu diagnostyki i leczenia niedoboru<sup>5</sup>. Z kolei z zeszłorocznego Raportu wynika, że w przypadku bardzo podstawowych problemów z laktacją **30%** matek nie uzyskało żadnej porady położnej POZ, natomiast **46%** było usatysfakcjonowanych i poczuło się pewniej w karmieniu (Raport 2017)<sup>3</sup>.

## Wpływ zastosowania standardu porady laktacyjnej na jej skuteczność

Wykonane elementy standardu porady	Pacjentki, u których problem został rozwiązany (533 pacjentek)	Pacjentki, u których nie udało się rozwiązać problemu laktacyjnego (211 pacjentek)	Ryzyko względne (RR)
Wywiad/ możliwość opowiedzenia o problemach laktacyjnych	90%	72%	1,25
Ważenie dziecka	78%	38%	2,05
Obserwacja aktu karmienia przez min 10 minut	83%	32%	2,59
Badanie jamy ustnej dziecka	45%	32%	1,4
Skorygowanie techniki karmienia	79%	47%	1,68

Skuteczność porad laktacyjnych jest wprost zależna od stosowania wszystkich elementów standardu porady. Największy wpływ ma odpowiednio długa obserwacja karmienia dziecka oraz jego zważenie. Wynik tego badania oraz cytowanych powyżej prac pokazuje, że opracowany, nauczany i praktykowany Standard specjalistycznej porady laktacyjnej<sup>22</sup> jest niezwykle skutecznym świadczeniem zdrowotnym. A najważniejsze, że pozwala matkom mającym problemy z laktacją pokonać je i karmić tak długo jak planują. Trzeba pamiętać, że w laktacji, jak w każdej dziedzinie, bywają problemy skrajnie trudne, gdzie pomimo prawidłowych interwencji nie osiąga się efektu lub działania są zbyt trudne do realizacji dla matki.

### Czy rozwiązanie problemu było zależne od zawodu doradcy laktacyjnego?

Kim była doradczyni laktacyjna?	Udało się rozwiązać problem laktacyjny	Nie udało się rozwiązać problemu laktacyjnego
Lekarz	74%	26%
Położna	72%	28%

Nie zaobserwowano zależności pomiędzy zawodem wykonywanym przez doradcę laktacyjnego a skutecznością porady laktacyjnej. Większość wizyt laktacyjnych przeprowadzają położne, jednakże, z roku na rok rośnie liczba lekarzy uzyskujących Certyfikat Doradcy Laktacyjnego lub konsultanta IBCLC.

Badane matki wskazały, że w **8,6%** porad laktacyjnych udzielały doule i promotorzy karmienia piersią. Z wyżej podanych analiz osoby te zostały wyłączone. Nie mają bowiem uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakresie i nie są przygotowane zawodowo do tego typu zadań. Pośród 74 pacjentek, które deklarowały, że odbyły wizytę u promotorki karmienia piersią lub douli:

- **58%** odpowiedziało, że podczas tej wizyty zbadano jej piersi
- **42%** odpowiedziało, że zbadano wówczas jej dziecko
- **39%** odpowiedziało, że zbadano jamę ustną dziecka

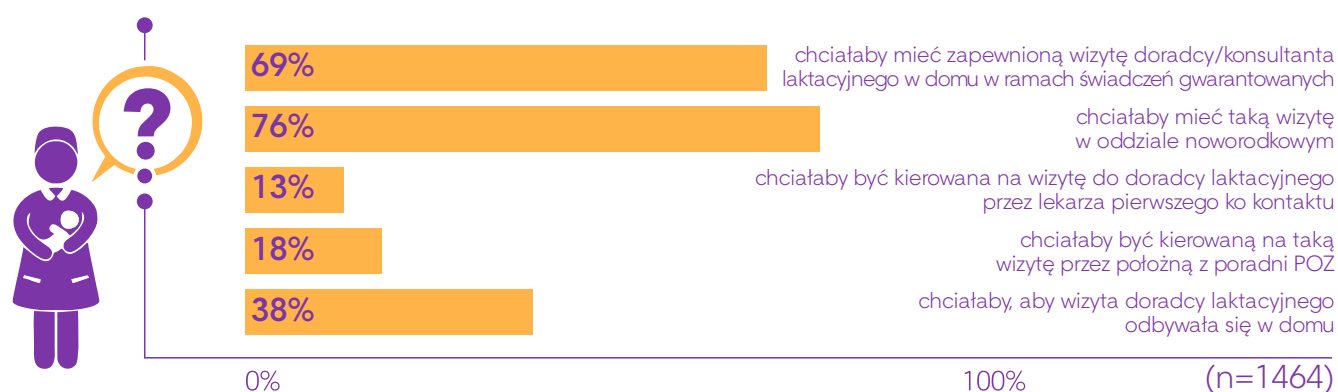
W każdym z tych przypadków osoba prowadząca poradę przekroczyła swoje kompetencje. Nie mniej jednak taka forma pomocy jest faktem. Czy powodem jest niewystarczająca dostępność doradców laktacyjnych? Położnych POZ? W **76%** matki nie sprawdzały certyfikatu CDL oraz jego daty ważności. Należy zachęcać matki, by sprawdzały ważność certyfikatów i pytały o wykonywany zawód.

## MATERIAŁY MARKETINGOWE W GABINECIE

Jedynie w **5%** w gabinetach widoczne były materiały dotyczące mleka modyfikowanego

W **3%** doradzono jakim mlekiem modyfikowanym dokarmiać polecając konkretną firmę. Taka postawa doradców laktacyjnych wymaga pochwały i świadczy o przestrzeganiu Kodeksu doradców laktacyjnych. **17%** matek widziało materiały reklamujące mieszanki u położnych (Raport 2017)<sup>3</sup>, a aż **41%** widziało je u pediatrów (Raport 2016)<sup>4</sup>.

## Życzenia mam karmiących dotyczące świadczeń gwarantowanych



Matki wyraźnie komunikują ogromną potrzebę wprowadzenia specjalistycznej porady laktacyjnej do puli świadczeń gwarantowanych i konieczność zwiększenia zaufania i poprawę jakości wsparcia laktacyjnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Bez tak zorganizowanej opieki nie widzą szans na udaną laktację. Szkoda, że decydenci nie słyszą głosu (a może krzyku) kobiet walczących o laktację.

## Co mówią mamy karmiące na temat doradców laktacyjnych i wsparcia laktacyjnego?

### Pozytywne odczucia:

- Ta seria wizyt, mimo że wydałam na nie majątek, pomogła mi odzyskać radość z macierzyństwa.
- Powinna być podstawą po porodzie w szpitalu wraz z informacją o możliwej pomocy po powrocie do domu. W szpitalu po porodzie zalecono mi dokarmianie dziecka mm butelką już w drugiej dobie po porodzie mimo spadku wagi tylko ok 5 procent, co spowodowało, że dziecko było ospałe i nie chciało ssać piersi, miałam z tego powodu duże problemy z karmieniem. W szpitalu nie mogłam się doprosić o wizytę CDL, w końcu udało się ostatniego dnia, tylko dzięki temu, że przyjaciele podpowiedzieli mi, że ktoś taki jak CDL istnieje i można szukać pomocy.
- Uważam że, ta wizyta ewidentnie wpłynęła na to, że moje dziecko było karmione piersią a nie mieszanką.
- Moje problemy trwały ok 2 miesiące i w tym czasie byłam mamą KPI (odciągającą mleko). Przez cały ten czas mogłam liczyć na pomoc cdl.
- Porada laktacyjna uratowała moje karmienie piersią. Gdyby nie ona, prawdopodobnie przestałabym karmić z powodu ogromnego bólu piersi. Potem w związku z kolejnymi problemami (zapalenie aż do ropnia włącznie i jego operacyjnego usunięcia) ponownie korzystałam z pomocy tej samej pani, która znowu ocaliła laktację. Cały czas karmiłam piersią i udało mi się przetrwać wszystkie trudności. Teraz karmienie to przyjemność i niezastąpiona bliskość z dzieckiem.
- Wsparcie doradcy i skierowanie do neurologopedy rozwiązało nasz problem i karmimy się do dziś! Dziękuję że są CDL :)
- W domu miałam prywatną wizytę doradcy laktacyjnego, który zalecił nam wizytę kontrolną w szpitalu ze względu na spadek masy ciała. Bardzo dobrze oceniam kontakt z doradcą, z którym po wyjściu ze szpitala z obserwacji miałam jeszcze dwa spotkania. Była zaangażowana nie tylko w trakcie spotkań, ale był z nią ciągły kontakt telefoniczny. Uważam że w szpitalu powinien w pierwszej dobie pojawić się doradca laktacyjny, który poświęci pacjentce więcej niż 5 minut i sprawdzi czy dziecko na pewno efektywnie ssie.
- Moja doradczyni absolutnie nas uratowała i bardzo się cieszę, że miałam możliwość skorzystania z jej wiedzy i porady. Przy kolejnym dziecku na pewno znów się do niej zgłoszę.
- Byłam bardzo zadowolona z wizyty, pomimo tego, że położna na wizycie patronażowej nie potrafiła mi sama pomóc i wręcz nastraszyła poradnią laktacyjną. Sama zdecydowałam się pojechać z dzieckiem do poradni na prywatną wizytę i bardzo żałuję, że dopiero po 5 tygodniach. Gdybym miała możliwość kontaktu z doradcą w pierwszym dniu po porodzie nasz początek mógłby całkiem inaczej wyglądać.
- Wszelkie porady otrzymałam będąc jeszcze w ciąży od położnej będącej doradcą laktacyjnym, u której uczestniczyłam w zajęciach szkoły rodzenia.

Po porodzie w każdej chwili mogłam i nadal mogę liczyć na jej pomoc i porady.

- To były najlepiej wydane pieniądze w moim życiu. Po dramatycznej opiece w szpitalu i braku wsparcia ze strony położnych, po koszmarnych wizytach patronażowych udało mi się trafić na kobietę, która odczarowała mi macierzyństwo, pokazała, że nie muszę się bać mojego dziecka i dała mi ogromne wsparcie. Mój syn ma 2 lata i 2 miesiące, karmię go nadal choć myślałam na początku, że nie uda mi się go karmić w ogóle :)

### Obojętne:

- Moim zdaniem doradcy laktacyjni mają dużą wiedzę dotyczącą noworodków i małych niemowląt, natomiast nie interesują się tak bardzo starszymi niemowlętami, które już mają rozszerzoną dietę.
- Dowiedziałam się jak sobie radzić z przystawieniem dziecka do piersi, które nie chciało ssać (bujanie, skoki na piłce, karmienie przy zasypianiu itp.), ale nie uzyskałam odpowiedzi czemu dziecko odmawia piersi i jak powrócić do „normalnego” karmienia.

### Negatywne opinie:

- Mam żal, że nie pokazano mi jak dobrze przystawić dziecko, nie powiedziano jak wyeliminować kapturki, zalecono dokarmianie butelką, nie sprawdzono wędzidełka, czekałam kilka dni na wizytę doradcy. W domu poradziłam sobie sama z problem dzięki blogom o karmieniu piersią, ale bardzo dużo mnie to kosztowało energii.
- Była płatna, mimo że udzielona w szpitalu, w którym rodziłam (wizyta w 4-5 miesiącu życia). Uważam, że dostęp do doradcy powinien być bezpłatny. Dodatkowo czekałam na wizytę miesiąc, wcześniej z problemem radziłam sobie na swoje sposoby, czasem zanikał (zastoje w piersiach)
- Doradczynie nie pomogła mi, nie zauważyła zbyt krótkiego wędzidełka przez co przez całą prawie laktację miałam problem z karmieniem i ilością pokarmu. Dziecko było głodne a ona stwierdziła że dokarmianie nie jest konieczne ani laktator. Późniejsze porady telefoniczne były zbywaniem (stanowczo wykluczyła przez telefon możliwość krótkiego wędzidełka) i niezależnie od tego co mówiłam jedyne co radziła to „odciągać”. Dopiero po pół roku trafiłam na empatyczną prywatną cdl i ona odkryła na pierwszej wizycie nasz problem.
- W trakcie problemów laktacyjnych nie korzystałam z pomocy CDL ze względu na odpłatność – radziłam się doświadczonych w karmieniu piersią koleżanek.
- Rozmowa telefoniczna była wyczerpująca, jednak wolałam osobiście spotkać się z cdl. Niestety nie było chęci ze strony doradcy. Miałam zastosować się do jego wskazówek. Zastosowałam, ale to nic nie pomogło. Ewidentnie potrzebna była dalsza pomoc. Odpuściłam, z wielkim bólem i płaczem przestałam karmić.



## dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, konsultant IBCLC

Proces laktacji i karmienia potomstwa jest w cyklu reprodukcyjnym człowieka naturalną konsekwencją poczęcia, ciąży i porodu. Analogicznie jak pozostałe procesy może przebiegać fizjologicznie, ale może też przebiegać nieprawidłowo. W pierwszym przypadku należy pozostawić go w spokoju, a rolą otoczenia jest obserwacja. Jednak, gdy fizjologia przeradza się w patologię – potrzebna jest interwencja – w tym przypadku dość szybka. Aby do niej doszło, ktoś musi zauważyć problem i skierować matkę po pomoc. Dobrze zorganizowany system wychwyci zawczasu grupy ryzyka, a zaistniałe patologie szybko otoczy specjalistyczną opieką. Na taki system czekają matki, które jak pokazują badania, są pozostawione same sobie. Oczekuje się od nich wiele, wszyscy zachęcają je do karmienia naturalnego, przekazują jakie to ważne, zdrowe i prawidłowe, ale gdy przychodzą trudności, oferta jest mizerna. Przyglądając się poszczególnym grupom zawodowym, które sprawują opiekę nad matką karmiącą, widać jak nasz obecny system oparto na „pobożnych życzeniach”, a nie naukowych dowodach czy praktyce. Wyniki badań prowadzonych na kilkutysięcznych grupach kobiet wskazują, że system złożony z: 30 wizyt położnej w okresie ciąży, opieki położnych po porodzie w szpitalu, 4–6 wizyt położnej POZ w okresie połogu, opieki lekarzy POZ – pediatry, lekarza rodzinnego, ginekologa-położnika nie jest wystarczający dla zapewnienia matkom opieki laktacyjnej, jakiej oczekują i kompletnie nie podnosi wskaźników karmienia naturalnego w Polsce.

Badani lekarze rzadko i niewiele czasu poświęcają laktacji. Lekarz rodzinny też nie spełnia pokładanej w nim nadziei decydentów służby zdrowia. Tylko 1/3 matek mogła dopytać o te zagadnienia, podobnie jak pediatrów (41%), a tylko 17% mogła skorzystać z porad ginekologa. Tylko 1/3 matek została poinstruowana przez położną na oddziale jak prawidłowo przystawiać dziecko do piersi, choć 75% było zachęcanych do karmienia. Oczywiście rzecz nie w ilości, a jakości. Jeśli tylko 15% matek poczuło wsparcie w karmieniu, bo położna w szpitalu położniczym oceniła jego sposób i efektywność, to co ma powiedzieć grupa 85% kobiet? Jeśli z badań poprzednich wynika, że u ponad połowy matek położne środowiskowe nie obserwowały aktu karmienia, nawet wtedy, gdy był problem z jego przebiegiem, to jak mają ziścić się marzenia decydentów o podnoszeniu wskaźników? Gdzie ma pójść matka? Skoro na problem z laktacją 45% pediatrów zaleca mieszankę? Obraz rzeczywistości mocno odbiega od ideału stworzonego na papierze w gabinetach ministerów...

A przecież wysoki wskaźnik karmienia mieszanego i sztucznego generuje koszty dla systemu: 136 milionów wydanych na refundację sztucznych mieszanek produkowanych przez zagraniczne koncerny tylko w 2016 roku. Należy brać też pod uwagę koszty zwiększonej zachorowalności dzieci i matek (m.in. infekcje przewodu pokarmowego, zapalenia ucha, otyłość, cukrzyca II).

Proponowany przez nas dwustopniowy system opieki nad matką i dzieckiem w okresie laktacji wydaje się najlepszym modelem opieki. Zapewnia wydzielenie grupy ryzyka niepowodzeń laktacyjnych, kieruje kobiety na wyższy poziom opieki w szybkim czasie. Wydzielenie procedury podstawowej i specjali-



stycznej porady laktacyjnej jako oddzielnego świadczenia zdrowotnego wydaje się najlepszym z możliwych rozwiązań systemowych, bazującym na zasobach kadrowych jakie nasz kraj już posiada: położne w szpitalu, położne POZ, lekarze POZ (porada podstawowa), istniejąca grupa specjalistów laktacyjnych (położnych, lekarzy, pielęgniarek – doradców, konsultantów laktacyjnych) (porada specjalistyczna). 70% matek z tegorocznego badania wskazuje na potrzebę wizyt specjalistów ds. laktacji w domach. Z badania wyraźnie wynika, że grupa zawodowa konsultantów/doradców laktacyjnych to osoby, które są szczególnie zaangażowane we wspieranie i ratowanie laktacji. Większość czasu wizyty poświęcają tej sprawie. Stosując procedurę specjalistycznej porady laktacyjnej uzyskują bardzo wysoką skuteczność i wyrównują szanse matek na udaną laktację. Też, jak wszyscy, nie zawsze są idealni. Ale badanie pokazało, że mają ogromne możliwości, gdy korzystają z wystandaryzowanych narzędzi.

Polska jest wyjątkowym krajem, ponieważ poradnictwem laktacyjnym zajmują się profesjonaliści – medycy. Dlatego dziedzina ta zyskała rangę nauki i praktyki. Standaryzacja procedur medycznych i kształcenia podyplomowego medyków w dziedzinie poradnictwa laktacyjnego pozwala na udzielanie kobiecie i dziecku pomocy w formie wysokospecjalistycznego świadczenia zdrowotnego. Umożliwienie matkom dotarcia do takiej formy pomocy w szybki i prosty sposób podniesie jakość opieki okołoporodowej i odpowie na potrzeby polskich matek jednocześnie podnosząc wskaźniki zdrowotne i obniżając wydatki budżetu ochrony zdrowia.



**dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, konsultant IBCLC, CDL**

To już trzeci raport „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku”, zbadaliśmy jak kolejne grupy zawodowe – położne z oddziałów poporodowych, lekarze rodzinni i doradcy laktacyjni – wspierają matki karmiące.

Wyniki tego raportu i dwóch poprzednich są dość podobne. Pokazują, że pomoc kobiecie karmiącej i jej dziecku ze strony profesjonalistów medycznych, którym tę opiekę powierzono w ramach systemu opieki zdrowotnej – położne środowiskowe i oddziałowe, lekarzy pediatrów, ginekologów i rodzinnych, jest niewystarczająca. Porady są często nietrafne i niezgodne z bieżącą wiedzą, brakuje przekazywania podstawowych informacji o tym, jak powinno przebiegać karmienie i jak ocenić jego skuteczność. Często brakuje pomocy praktycznej i instruktażu, jak przystawić dziecko, jak odciągać mleko, które pozwoliłyby matkom poczuć się pewnie w karmieniu. Pomoc kobietom karmiącym nie jest oferowana rutynowo i kwestią szczęśliwego trafu pozostaje to, czy matka trafi na osobę, która pomoże jej w razie trudności. Nierzadko brakuje tzw. życzliwego słowa, prostej zachęty do karmienia, zainteresowania tym czy matka karmi i jak sobie radzi. Tymczasem wyniki badania w części dotyczącej lekarzy rodzinnych wykazały, jak bardzo taka zachęta i zainteresowanie zwiększa poczucie zadowolenia matki z porady.

Tegoroczny raport objął także specjalistów ds. laktacji, czyli doradców i konsultantów laktacyjnych. Jest to grupa zawodowa konsekwentnie pomijana i lekceważona przez władze zdrowotne. Jednak funkcjonuje nieoficjalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej i poza nim od ponad 2 dekad, będąc często jedynym wsparciem dla matek. Matki oceniły wysoko pomoc oferowaną przez tych specjalistów. Jest to już kolejne w Polsce badanie, które wykazało, że porady laktacyjne zgodne z wypracowanym przez środowisko standardem są wysoce skuteczne w rozwiązywaniu problemów, które są powszechne i powodują częste przedwczesne przerwanie karmienia piersią. Badanie wykazało także, że pomijanie ważnych elementów porady skutkuje wyraźnym obniżeniem jej skuteczności. Tę informację wszyscy doradcy i konsultanci muszą wziąć sobie głęboko do serca.. Matki wskazywały zdecydowanie, że specjalistyczne porady laktacyjne powinny być dostępne w ramach świadczeń refundowanych.

Środowiska zawodowe i władze zdrowotne znają wyniki poprzednich raportów, zostaną zaznajomione z tegorocznymi. Czy nadal będziemy dostawać odpowiedź, że obecny system opieki zdrowotnej zapewnia opiekę nad matką i dzieckiem w okresie karmienia, a specjalistyczna refundowana porada laktacyjna nie jest potrzebna?



W gabinecie lekarza POZ pacjentki w połogu, z zaburzeniami dotyczącymi laktacji zdarzają się stosunkowo rzadko. Częściej mamy styczność z objawami z okresu ciąży – np. infekcjami czy stanami fizjologicznymi jak np. zgaga, nudności. Usłyszałam, że „ginekolodzy się tym nie zajmują”. Czasami słyszę błagalne prośby o zatrzymanie laktacji, gdyż jest np. ona zbyt obciążająca matkę (notoryczne karmienie powoduje permanentne niewyspanie, nerwowość, zmęczenie). Panie mimo wszystko trafiają nieraz do nas, ponieważ – i tu kłania się wszechobecny problem związany ze wszystkimi chyba specjalistami – „do mojego ginekologa musiałabym czekać 3 tygodnie”, „nie mogę przecież czekać do poradni laktacyjnej kilka dni z głodnym dzieckiem (więc dałam mleko modyfikowane)”. Tak więc faktycznie staliśmy się lekarzami „od wszystkiego”, co niemniej – na pocieszenie – może być źródłem satysfakcji. Szybka pomoc to ulga i wdzięczność pacjentki, która już i tak zazwyczaj z trudem odnajduje się w gąszczu nowej rzeczywistości związanej z narodzinami dziecka, a co dopiero, gdy dojdzie jej konkretny, przykry problem zdrowotny (np. objawy zastoju, zapalenie piersi).

Czy jesteśmy przygotowani do podjęcia wyzwania, jakim jest wsparcie i konkretna pomoc dla matek karmiących swoje dzieci piersią? Czy dana jest nam możliwość kształcenia się w temacie laktacji? Niestety rzeczywistość jest przykra. W trakcie specjalizacji obowiązuje nas jeden wykład o laktacji w ramach kursu z ginekologii i położnictwa. Prelekcja trwała w moim przypadku może 45 minut. Podano krótkie informacje o postępowaniu w zastoju, zapaleniu, grzybicy i ropniu piersi, przeciwwskazaniach do karmienia naturalnego. Sporadycznie ginekolodzy informowali nas o lekach, które mogą przyjmować ciężarne czy matki karmiące. Zdarzały się wspomnienia nt. laktacji na kursach z pediatrii – dotyczące składu mleka kobiecego, roli w niedokrwistości, alergii na białko mleka, suplementacji witamin, włączanie glutenu, szczerpień matek karmiących. Szczerze mówiąc, znacznie więcej się dowiedziałam (włączając w to edukację podczas studiów medycznych) o mleku modyfikowanym niż kobiecym.

Lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej obowiązuje przygotowanie jednej prezentacji na dowolny, kliniczny temat. Nie trafiłam na jakikolwiek problem związany z laktacją. Przyczyna? Mało pacjentek? Problem nieciekawym? Niedoceniany? Nie wiem... Dodatkowe konferencje dla lekarzy rodzinnych też nie obfitują w osobne prelekcje na ten temat. Przypominam sobie tylko JEDEN, w którym lekarz neonatolog podkreślał niesamowitą wagę karmienia naturalnego wcześniaków i rolę lekarza rodzinnego.

Na podstawie własnych doświadczeń mogłabym podsumować całość w ten sposób: lekarze rodinni mają mało okazji do zdobycia wiedzy o karmieniu piersią, w związku z tym – mają małą wiedzę i może właśnie dlatego – niewiele pacjentek i doświadczeń zawodowych. Mamy być może bardziej ufają ginekologom lub położnym w poradniach laktacyjnych. Z drugiej strony słaba dostępność do tych specjalistów skłania je do wizyty u nas w POZ.

Raport, podobnie jak wiele innych źródeł, wskazuje na duże potrzeby wprowadzenia zmian w zakresie poradnictwa laktacyjnego. Tego samego zdania jest Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych i dlatego wielokrotnie rekomendowała zbudowanie skutecznego systemu wsparcia poradnictwa laktacyjnego w całym kraju, który poprawi sytuację karmienia naturalnego i mlekiem matki małych dzieci. Kluczowa jest wczesna pomoc położnej i innych specjalistów, a także wczesna diagnostyka problemów laktacyjnych, prowadzona w szerokim zespole ekspertów i ułatwienie dostępu do produktów wspierających laktację. Informacja, że aż 23% respondentek określa, że nie miało możliwości skorzystać z porady laktacyjnej w ogóle, wskazuje jak wiele mamy do zrobienia.

Ankieta miała na celu ocenę jakości opieki sprawowanej przez położne z oddziałów porodowych, lekarzy rodzinnych i doradców laktacyjnych. Należy zwrócić uwagę na to, że wśród zawodów medycznych to właśnie w efektach kształcenia położnych promocja karmienia piersią i poradnictwo laktacyjne jest już na poziomie kształcenia dyplomowego. W związku z tym, to one prowadzą poradnictwo laktacyjne na różnych stanowiskach pracy, zarówno w lecznictwie szpitalnym, poradniach i w podstawowej opiece zdrowotnej.

W raporcie czytamy, że „specjaliści ds. laktacji, czyli doradcy i konsultanci laktacyjni, są grupą zawodową sukcesywnie pomijaną w systemie opieki zdrowotnej”. Pośród kadry medycznej nie ma w przepisach polskiego prawa zawodu „doradca laktacyjny”. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami (Dz. U. 2011 nr 151, poz. 896) stanowi, że jedynym specjalistą powiązany z laktacją jest „edukator do spraw laktacji”.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi w art. 78 ust. 1, że kształcenie podyplomowe, z wyjątkiem kursów dokształcających, jest prowadzone na podstawie programów kształcenia sporządzanych dla danego rodzaju i danej dziedziny lub zakresu przez zespoły programowe powołane przez dyrektora centrum w celu ich opracowania. Programy kształcenia, z wyjątkiem programów kursów dokształcających, są opracowywane w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Programy te zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia. Programem obejmującym zagadnienia dotyczącym karmienia piersią i laktacji jest kurs specjalistyczny „Edukacja i wsparcie kobiety w laktacji”, który zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez położną wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń. Program kształcenia tego kursu powstał w 2013 roku przy współudziale m.in. przedstawiciela Centrum Nauki o Laktacji i recenzowany był między innymi przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego. Program opracowany został w porozumieniu z Naczelną

Radą Pielęgniarek i Położnych. Aktualnie kurs ten ukończyło 1918 położnych. Wiedzę i umiejętności w zakresie karmienia naturalnego położne zdobywają także na kursach kwalifikacyjnych, kursach specjalizacyjnych i studiach magisterskich. To właśnie przede wszystkim te położne udzielają porad laktacyjnych.

Położne także w innej formie podnoszą swoje kwalifikacje – przykładowo na kursach organizowanych przez Centrum Nauk o Laktacji. Jak wskazują dane wspomnianego raportu 600 osób ukończyło wskazane kursy. Na podstawie danych ze strony [www.CentrumNauk.oLaktacji](http://www.CentrumNauk.oLaktacji) wynika, że spośród wszystkich osób, którym nadano przez organizatora tytuł „doradcy laktacyjnego”, około 8% stanowią lekarze. Połowę mniejszą grupę reprezentują przedstawiciele innych zawodów medycznych nie posiadających w efektach kształcenia, ani w zakresie zadań zawodowych, prowadzenia poradnictwa laktacyjnego. Organizator nadał także wspomniany tytuł kilku przedstawicielom zawodów niemedyceńskich, choć porada laktacyjna jest świadczeniem medycznym. Pozostałą grupę stanowią położne, przedstawicielki zawodu, który z założenia powołany jest do prowadzenia poradnictwa laktacyjnego. Rozdzielenie więc osoby udzielającej tego świadczenia na położne, położne „oddziałowe”, czy położne środowiskowe, położne posiadające tytuł edukatora w laktacji czy doradcy laktacyjnego jest niemożliwe. Dla przeciętnej pacjentki każda osoba, która doradza w problemach laktacyjnych, jest „doradcą laktacyjnym”, co potwierdzają dane raportu wskazujące, że spośród respondentek aż 76% nie sprawdzało, czy osoba będąca „doradcą laktacyjnym” posiada certyfikat nadany przez Centrum Nauk o Laktacji. Niezależnie od tego, jaki podział miałby zostać wprowadzony, z jakich form kształcenia podyplomowego skorzystały osoby udzielające poradnictwa laktacyjnego, nie zmienia to faktu, że fundamentalną grupą są tu położne.

Poradnictwo laktacyjne nie jest aktualnie finansowane jako oddzielne świadczenie medyczne. Jest zawarte w wielu innych procedurach medycznych jako ich część składowa. Przykładem jest zobowiązanie położnych do składania dodatkowych sprawozdań dotyczących świadczeń realizowanych podczas wizyt patronażowych w opiece nad dzieckiem, wizyty patronażowe w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, z uwzględnieniem edukacji laktacyjnej – w liczbie od 4. do 6. w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych. Obowiązuje od 17 sierpnia 2017 roku zgodnie z Zarządzeniem Nr 72/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Stąd niejednokrotnie obniżana jest jej wartość. W materiałach reklamowych znajdują się zalecenia, aby w przypadku problemów laktacyjnych szukać doradcy laktacyjnego, a nie położnej. Często rozbudzana jest potrzeba komercyjnych porad laktacyjnych, dostępnych głównie w dużych miastach, jak wskazuje raport.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych opowiada się za utworzeniem skutecznego systemu poradnictwa laktacyjnego począwszy od czasu ciąży, w opiece okołoporodowej i opiece nad małym dzieckiem. W sytuacjach wykraczających poza granice fizjologii wskazane jest umożliwienie pogłębionej diagnostyki specjalistycznej z możliwością wczesnej interwencji (w tym fizjoterapeuty lub logopedy w przypadku zaburzeń napięcia mięśniowego, chirurga lub laryngologa dziecięcego w przypadku zbyt krótkiego wędzidełka itd.). System powinien uwzględniać możliwość wykorzystania sprzętu pomocnego w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych, takiego jak np. laktator, specjalistyczny sprzęt do karmienia niemowlęcia, nakładki ochronne na piersi itd. Skuteczność wszelkich działań jest możliwa jedynie przy zapewnieniu co najmniej minimalnych norm zatrudnienia oraz kwalifikacji zawodowych personelu medycznego na poszczególnych stanowiskach pracy zapewniających bezpieczeństwo pacjentów – o co NRPiP ciągle zabiega.



## Agnieszka Muszyńska, położna, CDL

Jeszcze kilka lat temu byłam pewna, że karmienie piersią to żadna filozofia. Jest przecież naturalne i powinno być proste. Trzeba przystawić dziecko do piersi i już. Sądziłam, że jednym po prostu się udaje, innym nie, lub część kobiet chce karmić piersią, a inne wybierają mieszanki, a skoro zostały one zatwierdzone do sprzedaży to nie mogą znacząco różnić się składem od mleka kobiecego. Jako położna pracowałam w szpitalu na różnych oddziałach. Dla mnie zawsze każda pacjentka wymaga opieki, wsparcia i edukacji, bardzo lubię swoją pracę, ale matki musiały karmić swoje dzieci same, wtedy sądziłam, że to nic trudnego. Tak więc zachęcałam do karmienia piersią i na tym moja rola się kończyła. Matki powinny wiedzieć jak to zrobić, przecież ludzkość przetrwała, więc karmienie piersią nie jest skomplikowaną czynnością. Kiedy ja sama karmiłam swoje dzieci wiedziałam, że jeśli nie mam pokarmu to trzeba podać mieszankę i już. Mieszanki były super, równorzędne z mlekiem mamy, nie było znaczenia czym karmię dziecko – ważne, żeby rośło i było zdrowe – no właśnie...

Pewnego razu, a pracowałam wtedy na Izbie Przyjęć, zostałam wysłana na trzydniowy kurs dla Liderów Karmienia Piersią, żeby poszerzyć swoją wiedzę i móc lepiej pomagać kobietom zgłaszającym się do szpitala z różnymi problemami laktacyjnymi.

No i tak to się zaczęło...

Na kursie zobaczyłam, że tak naprawdę niewiele wiem o karmieniu piersią, że pracownicy ochrony zdrowia (no i ja też), nie znając różnic jakościowych między mieszanką a pokarmem kobiecym, wprowadzali praktyki zaburzające przebieg laktacji. Uświadomiłam sobie, że karmienie piersią jest owszem fizjologią ale jest też sztuką, której uczy się mama i dziecko od chwili narodzin. Dowiedziałam się, że istnieją Wskaźniki Skutecznego Karmienia (o co właściwie chodzi? Nikt nas tego nie uczył). Zaczęłam baczniej przyglądać się matkom karmiącym piersią i zobaczyłam, że choć powinny poradzić sobie z karmieniem, jednak dla wielu z nich przystawienie dziecka do piersi nie jest wcale takie proste. Dla kobiety, która rodzi pierwszy raz swoje dziecko, nigdy nie była świadkiem karmienia niemowlęcia piersią i nie miała możliwości obserwowania techniki i rytmu karmień, może to być trudne doświadczenie. Niektóre kobiety nie wiedziały jak obchodzić się z własnymi piersiami, wiele z nich miało trudności z przystawieniem dziecka do piersi, a **ja nie wiedziałam co robić**, żeby np. nie bolały brodawki, jak pomóc w nawale pokarmowym, co robić kiedy dziecko ma cofniętą żuchwę a matka płaskie brodawki. Ojej, czułam się bardzo niezręcznie, chciałam im pomóc, jednak w wielu sytuacjach nie umiałam. Zaczęłam szukać wiedzy. W tym czasie pojawił się Standard Opieki Okołoporodowe – SUPER!! – **Nie przewidziano jednak szkoleń dla położnych, a wiedza personelu nie była adekwatna do zadań przed nim postawionych**. Trzeba było radzić sobie samemu. Znalazłam kurs „Problemy w laktacji” organizowany przez Centrum Nauki o Laktacji. Jedną z funkcji zawodowych pielęgniarki i położnej jest funkcja kształcenia polegająca na systematycznym rozwoju i samokształceniu realizowanym w różnych formach. **Jednak szkolenia i konferencje promujące karmienie piersią**

**prowadzone są przez organizacje i instytucje pozarządowe odpłatnie.** Nie wszystkie są refundowane przez dyrektorów placówek czy przez Izby Pielęgniarskie. W większości zainteresowani sami płacą za swoje dokształcanie się. Zdobyć Certyfikatu Doradcy Laktacyjnego pomogło mi w wielu trudnych sytuacjach laktacyjnych matek i ich dzieci. Dziś wiem, że na skuteczność karmienia piersią ma wpływ jakość udzielanej przez personel medyczny pomocy w pierwszych dobach po porodzie. Wiele kobiet decyduje się na karmienie piersią choć mają bardzo poważne trudności. Kiedyś nie było doradców laktacyjnych i nasza wiedza o fizjologii laktacji oraz o postępowaniu w różnych stanach patologii była ograniczona z powodu niewielkiej ilości badań w tej dziedzinie. Dzisiaj nauka o laktacji to dziedzina rozwijająca się bardzo intensywnie. Podążając za najnowszymi badaniami i rekomendacjami możemy coraz lepiej wspierać matki i ich dzieci. Siara uznawana jest w świecie jako lek dla wcześniaka i porównywana z krwią ratującą życie. Prawidłowe żywienie noworodków powinno być jednym z najważniejszych celów naszych działań. Dążąc do tego, aby wszystkie noworodki były karmione mlekiem matki dbamy nie tylko o ich zdrowie, ale również o zdrowie ich matek oraz wpływamy na obniżenie kosztów leczenia. Dając odpowiednie wsparcie matkom w karmieniu piersią wpływamy również na zdrowie całego społeczeństwa. Kluczem do sukcesu jest oczywiście **wykwalfikowany i zaangażowany personel**, profesjonalny sprzęt laktacyjny oraz program wsparcia laktacyjnego dla matek/rodziców.

Wyniki raportu nie dziwią mnie. Problemem jest **brak szkoleń aktualizujących wiedzę i brak świadomości, że nie mam wiedzy.** Dzisiaj, po ośmiu latach zajmowania się doradztwem laktacyjnym na oddziałach szpitalnych i w Poradni laktacyjnej, będąc wykładownicą i trenerem praktyk w CNoLu, wiem, że jest jeszcze mnóstwo rzeczy, które musimy zgłębić i poznać, żeby jeszcze lepiej pomagać matkom, które chcą swoje dzieci karmić piersią. Musimy też walczyć o system szkoleń dla personelu medycznego – dla matek, dla dzieci, dla społeczeństwa.

Artykuł 11 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. mówi o tym, że „Pielęgniarka i położna wykonują zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, **wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej**”.



## Katarzyna Płaza-Piekarzewska, położna, CDL

Mama karmiąca piersią 24-miesięczną córeczkę,  
blogerka (zapytajpolozna.pl, blog.zapytajpolozna.pl).

Poniższy raport analizuje pracę specjalistów, którzy powinni wspierać kobietę w karmieniu piersią. Wynika z niego, że 1/5 kobiet miała możliwość skorzystania z pomocy konsultanta/doradcy laktacyjnego. Zaś 43% wielokrotnie z pomocy położnej. To nie są może oszałamiające liczby. Pokazują nam, że jest jeszcze wiele do zrobienia. Natomiast jeszcze kilka-kilkanaście lat temu było o wiele mniej doradców laktacyjnych na terenie szpitala. Dlatego ośmielę się powiedzieć, że jesteśmy świadkami zmian na lepsze, jeśli chodzi o karmienie piersią w Polsce.

Wracając do raportu większość kobiet przyznała, że była zachęcana do karmienia piersią. Część z nich podkreśliła, że zabrakło instruktażu dotyczącego prawidłowego przystawienia do piersi oraz pokazania pozycji do karmienia. Myślę, że tutaj przyczyn może być kilka. Czasami położnych jest zbyt mało do ilości pacjentek. Są pewne zadania, które są priorytetowe i nie mogą czekać. W końcu dyżur trwa tylko 12 godzin i składa się z licznych zadań do wykonania jak: realizacja zleceń, wykonania zabiegów, wypełnienie dokumentacji medycznej itd. Drugie to komunikacja. Pacjentki często same z siebie nie dopytują, nie proszą o pomoc... Zaś położne mają mało czasu. Uznają, że jeśli nie ma pytania, to kobieta wszystko wie.

Czytając raport pomyślałam, że położne powinny przejść szkolenie z komunikacji. Czasami bardzo szybko coś mówimy. Brakuje nam czasu na zweryfikowanie, czy aby kobieta nas dobrze rozumiała. Takie warsztaty mogą bardzo pomóc w byciu bardziej uważnym w pracy i przekazywaniu wiedzy.

To właśnie położne powinny być sojusznikami w karmieniu piersią. Dlatego powinno być ich więcej na oddziałach by mogły realizować swoje zadanie rzetelnie od a do z. Dodatkowo, z przykrością czytałam wyniki mówiące o tym, że część położnych posiada nieaktualną wiedzę i powiela mity dotyczące laktacji. To pokazuje jak wiele jest jeszcze do zrobienia. Mam nadzieję, że raport trafi do pracowników medycznych, bo jeśli chcemy zmian w karmieniu piersią w Polsce, to warto zacząć od siebie. Zacząć się szkolić, a jeśli nie mamy czasu ani funduszy na szkolenie to zacząć od przeczytania książek z zakresu laktacji. Podsumowanie zakończę cytatem „Jeśli chcesz zmienić świat zacznij od siebie” podobno wypowiedział je Gandi.





## Piśmiennictwo:

1. Małańczuk D., Woźniak P.: Ocena wdrażania standardu opieki okołoporodowej w aspekcie „10 kroków do udanego karmienia piersią” *GinPolMedProject* 2. 2014; 2 (32):44-53
2. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Red. Magdalena Nehring-Gugulska, Monika Żukowska-Rubik, Agnieszka Pietkiewicz *Medycyna praktyczna*, Kraków 2017
3. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecka? Wizyty położnej środowiskowej i u lekarza ginekologa położnika. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 2. 2017. [http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/raport\\_2017.pdf](http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/raport_2017.pdf)
4. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecka? Wizyta u lekarza pediatry, pobyt w szpitalu oraz prawa pracownika. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. 2016 [http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Polska\\_krajem\\_przyjaznym\\_matce.pdf](http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Polska_krajem_przyjaznym_matce.pdf)
5. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M.: Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji. *Postępy Neonatologii*. 2014; 1(20):53-67
6. Nehring-Gugulska M. Zaburzenia przepływu pokarmu. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A; Kraków: Wydawnictwo Medycyna praktyczna; 2017:237-245.
7. Żukowska-Rubik M, Raczek –Pakuła K. Jak prowadzić pacjentkę z ropniem piersi w czasie laktacji. Z doświadczeń poradni laktacyjnej Szpitala św. Zofii w Warszawie. (W) „Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią”. (red) Szyber B, Dmoch-Gajzlerska E. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2015; 117-125
8. Raport NIK 2016: Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/15/065/>
9. Szyber B. Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez Polskie położne w zakresie laktacji w Szpitalach Przyjaznych Dziecku. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Kwiecień 2012
10. Raport NIPiP ZABEZPIECZENIE SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO W ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH. Marzec 2017. [http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport\\_druk\\_2017.pdf](http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf)
11. <https://www.klrwp.pl/strona/61/definicje/pl>
12. Nowy racjonalny system opieki zdrowotnej. Stanowisko Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce; <https://www.klrwp.pl/strona/386/nowy-racjonalny-system-opieki-zdrowotnej/pl>
13. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review (WHO/NHD/01.08). Geneva, Switzerland, Department of Nutrition for Health and Development and Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2007
14. Asa Ohsaki, Nicholas Venturelli et al.: Maternal IgG immune complexes induce food allergen-specific tolerance in offspring. *Journal of Experimental Medicine* 2017, jem.20171163; DOI: 10.1084/jem.20171163
15. Żukowska-Rubik M.. Część III. Problemy laktacyjnej matki. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A; Kraków: Wydawnictwo Medycyna praktyczna; 2017:203-209.
16. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:112-125
17. Szajewska H, Socha P. : Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2014; 11:321-338
18. Johnston M. Landers S. et al.: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
19. <http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,22677652,w-polsce-wizyta-u-lekarza-pierwszego-kontakt-u-trwa-dwa-razy.html?disableRedirects=true>
20. <https://www.gov.pl/zdrowie/tydzien-promocji-karmienia-piersia>
21. Żukowska-Rubik M. Porada laktacyjna jako skuteczny środek w realizacji światowych standardów karmienia piersią. Rozprawa doktorska pod kierunkiem prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej, WNoZ, WUM. Wrzesień 2016.
22. Żukowska-Rubik M. Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012. Wydanie II poprawione. 2017:155-168
23. Niczyporuk A. Dostępność i zasięg poradnictwa laktacyjnego w Polsce. Praca magisterska pod kierunkiem Szyber B. WUM, WNoZ, Zakład Dydaktyki Gin-Poł, 2014
24. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M, Dmoch-Gajzlerska E. Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej. *Położna nauka i praktyka* 2017; 2 (38):15-21.
25. Projekt organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem uwzględniający udział specjalistów ds. laktacji opracowany przez zespół w składzie: M Nehring-Gugulska, U Bernatowicz – Łojko, M Żukowska-Rubik, B Szyber, J Żołądowska, A Pietkiewicz, K Osuch, A Muszyńska, K Jeleń, K Asztabska, B Królak-Olejnik w: *Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią* (red) Szyber B., Dmoch-Gajzlerska E. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2015; 81-115.
26. Britton C, McCormic FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 1. Art. No: CD001141. DOI:10.1002/14651858.CD001141. pub3. Published by Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons Ltd; 2009
27. Dane statystyczne Poradni laktacyjnej Centrum Medycznego Żelazna 2016.
28. Castello-Rokicka M. Stosowanie kapturków – wyniki badania ankietowego CNoL. *Materiały zjazdowe* 2017. <http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Os%5c%82onki%20na%20brodawki%20zwane%20kapturkami.%20Castello-Rokicka%20M..pdf>
29. Borszewska-Kornacka MK. i wsp. Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. *Standardy Med Pediatr* 2013 T.10 nr 3, s. 265 – 279.
30. Jeleń K, Wiens F, Paluszyńska D, Królak-Olejnik B.: Odżywianie w okresie ciąży i laktacji a ryzyko wystąpienia choroby atopowej u dziecka. *Stand. Med. Pediatr.* 2015 T.12 nr 4; s.587-590.
31. Fiocchi A, Brozek J, Schunemann HJ, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *World Allergy Organ J.* 2010;3:57–61.







**Notatki:**

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning most of the page width.





**mleko mamy  
rządzi!**