

Seminarium

z okazji

Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią

oraz

II ZJAZD CNoL i VI ZJAZD RMKL

Karmienie piersią lekarstwem na kryzys

Materiały dla uczestników



Warszawa 2009

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Karmienie piersią lekarstwem na kryzys	8
Karmienie piersią w ustawodawstwie polskim	11
Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią – trudny wybór?	22
Zaburzenie funkcji ssania – jak rozpoznać i jak pomóc?	29
Anoreksja niemowlęca – czy to możliwe?	31
Dlaczego rana brodawki nie goi się?	34
Matka nie chce karmić – uszanować jej wybór?	35
Gdy nie ma jasnych odpowiedzi, czyli o problemach etycznych w poradnictwie laktacyjnym	37

WSTĘP

Tegoroczny temat Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią brzmi:

Breastfeeding A vital emergency response. Are you ready? W Polsce spojrzeliśmy na temat nieco szerzej na każdy kryzys, jaki może dotyczyć człowieka. Oto kilka myśli wokół tematu:

Emergency

Nagle zagrożenie życia czy zdrowia ludzi może być wywołane przez siły przyrody lub działania człowieka. Sytuacje takie znamy z relacji telewizyjnych z różnych stron świata, czasem z własnych wspomnień. Ostatnio mamy ich w pamięci sporo: Wrocław, Floryda, Filipiny, ŁAquila... Permanentne zagrożenie, fatalne warunki sanitarne, brak żywności, leków i środków do życia, choroby, śmierć bliskich – to problemy ludzi z terenów dotkniętych katastrofą. Noworodki i niemowlęta stanowią grupę najbardziej zagrożoną. W takich trudnych warunkach mają szansę przetrwać tylko dzięki karmieniu piersią. Mleko matki stanowi dla niemowląt przepustkę do życia, zapewnia odpowiednie odżywienie i nawodnienie z dodatkową funkcją ochronną przed patogenami. Badania opisywane w literaturze medycznej, stanowią niezbitą dowód potwierdzający wartość karmienia mlekiem matki w stanach wyjątkowych. Przykładowo powódź w Botswanie w 2005/2006 roku zwiększyła 22-krotnie śmiertelność dzieci niekarmionych piersią z powodu ostrej biegunki. Wymagały 50-krotnie częściej leczenia szpitalnego niż dzieci karmione piersią. Po wybuchu wulkanu Yogyakarta w Indonezji w 2006 roku, roznoszone darmowe próbki mleka modyfikowanego stały się przyczyną zwiększonej zachorowalności i śmiertelności z powodu biegunki. Podobne obserwacje dotyczą krajów rozwiniętych. Podczas huraganu Katrina na Florydzie niemowlęta cierpiały głód i umierały z tych samych powodów. (WABA, 2009)

Człowiek może przeżywać silny kryzys nie tylko w stanach wyjątkowego zagrożenia. Przyczyną może być trudna sytuacja rodzinna, socjalna, zawodowa, zdrowotna itp. Ogarniający nas globalny kryzys finansowy, łączy się nieuchronnie z utratą pracy, pogorszeniem warunków życia, niewydolnością państwowych struktur, choćby systemu ochrony zdrowia. Dla niemowląt i ich matek przychodzą trudne czasy. A najlepszą odpowiedzią na kryzys – jest karmienie piersią. Przecież zapewnia odpowiednie odżywianie nawet w skrajnej biedzie, nie generuje kosztów, obniża koszty zdrowotne. Co przy notorycznie obniżanych nakładach na ochronę zdrowia w Polsce nie jest bez znaczenia.

Are you ready? Czy jesteśmy przygotowani?

Po prawie dwudziestu latach upowszechniania karmienia piersią w Polsce przyszedł czas, aby dać odpowiedź na pytanie *Are you ready?*, które w tym roku zadaje World Alliance for Breastfeeding Action całemu światu. Przekładając je na język praktyki: *Do kogo ma zwrócić się matka dwutygodniowego dziecka z niewielkiego miasta z prośbą o rozwiązanie problemu laktacyjnego?*

Na jaką pomoc ze strony szpitala może liczyć kobieta rodząca przedwcześnie pragnąca karmić piersią?

Kto udzieli fachowej informacji matce karmiącej, która musi przyjąć lek?

Gdzie ma szukać wsparcia i fachowej porady matka, której dziecko ma poważne problemy ze ssaniem piersi?

Jaką pomoc uzyska matka z zapaleniem piersi w środku nocy?

Dlaczego poradnia laktacyjna nie jest wpisana w państwowy system opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem?

Dlaczego porady konsultanta/doradcy laktacyjnego nie są refundowane?

Wyłaniający się obraz jest smutny: matki karmiące w Polsce wciąż nie są objęte właściwą opieką laktacyjną, nadal nie istnieje spójny system wspierający karmienie piersią. A przecież zorganizowanie takiego systemu zaleca naszemu krajowi Globalna Strategia WHO (2002) i Standardy postępowania w UE (2006). Co zrobili w tym kierunku kolejni Ministrowie Zdrowia i konsultanci krajowi? Ponadto zgodnie z zapisami Konstytucji matka przed i po urodzeniu dziecka ma prawo do szczególnej pomocy władz publicznychⁱ. Gdzie szukać przepisów wykonawczych dotyczących organizacji tej pomocy? Zapisy w polskim ustawodawstwie pozwalające organizować opiekę zdrowotną nad kobietą karmiącą są niekonkretne, niespójne, rozproszone i często pozostają „na papierze”. Do wielu zagadnień nie odnoszą się wcale. Czyżby ustawodawca nie rozumiał potrzeb matek? Najbardziej szczegółowe zapisyⁱⁱ dotyczą pierwszych 4 dni po porodzie (lekarz ma udzielić porady pielęgnacyjno laktacyjnej, a położna zorganizować warunki zapewniające budowanie pozytywnych relacji pomiędzy matką i dzieckiem oraz rozpoczęcie karmienia piersią.) Za dalszą opiekę nad karmiącą matką ma odpowiadać jedynie położna lub pielęgniarka podczas wizyt patronażowych. Reszta pracowników ochrony zdrowia znika z laktacyjnej orbity. A przecież bez sprawnego systemu i współpracy zespołu lekarz – położna pielęgniarka konsultant/doradca laktacyjny rehabilitant – dyrektor placówki – nie zrealizujemy jednego z zadań celu operacyjnego 3 i 10 Narodowego Programu Zdrowiaⁱⁱⁱ.

Dlaczego kolejni ministrowie i ich doradcy konsekwentnie utrzymują, że obecny system zapewnia kobietom pełną opiekę laktacyjną? Z codziennej praktyki wiemy, że edukacja personelu medycznego w zakresie podstawowej wiedzy o laktacji jest niewystarczająca. Kształcenie podyplomowe w zakresie specjalistycznej wiedzy o laktacji jest kosztowne. Mamy, w porównaniu z krajami UE, wyjątkowo niską dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez doradców/konsultantów laktacyjnych w szpitalach, poradniach, na wizytach patronażowych. Nadal więc stykamy się z licznymi zaniedbaniami w tej dziedzinie wobec naszych pacjentów. Powyższa sytuacja skutkuje tym, że państwo zupełnie niepotrzebnie wydaje miliony złotych na leczenie chorób będących wynikiem niewłaściwego żywienia dzieci. Szpitale stale borykają się z kłopotami finansowymi, a jednocześnie wydają tysiące złotych na żywienie sztuczne niemowląt. Takie postępowanie wzmacnia firmy oferujące żywność sztuczną i jest jednocześnie przyczyną wyraźnego obniżenia jakości życia naszego społeczeństwa.

Wobec powyższego odpowiedź Polski na zadane pytanie: brzmi NIE. My – kraj leżący w środku Europy – nie jesteśmy gotowi w pełni wykorzystać fenomenu mleka matki.

Jak przetrwamy kryzys?

Polskie rodziny mają wyjątkowo wysoką zdolność do przetrwania. Matki polskie wiedzą, że karmienie piersią jest najlepszym sposobem żywienia dzieci. Jeśli kończą przedwcześnie karmienie piersią to nie dlatego, że chcą być nowoczesne, tylko dlatego, że nie uzyskały właściwej pomocy. To pozytywny efekt wieloletniej promocji w przyjaznych matkom czasopismach, książkach i stronach internetowych.

Mamy organizacje pozarządowe działające od lat na rzecz karmienia piersią. Mamy wspaniałych dyrektorów szpitali, którzy tworzą z niczego i pozwalają na wiele. Mamy powiększającą się grupę dobrze wyszkolonych położnych, pielęgniarek, lekarzy, konsultantów/doradców laktacyjnych. To – entuzjaści, którzy pomimo nieprzychylnych warunków ustawodawczych i finansowych kształcą się, pracują i pomagają matkom. Jak długo będą zastępować brak rozwiązań systemowych?

Edukacja zdrowotna przebiega jeszcze innymi drogami. W książce Małgorzaty Kalicińskiej, Dom nad rozlewiskiem, tom III „Miłość nad rozlewiskiem” można znaleźć kilka słów o fizjologii laktacji:

... „*Bronia ma małą i ładną główkę. Jest zdrowa i żarta. Naturalnie karmię piersią. Babcia Basia powiedziała mi, żebym nawet butelki nie kupowała, bo to właśnie psychika jest odpowiedzialna za mleko. Za laktację. Można podświadomie tęsknić do butelki i mleka w proszku i wtedy laktacja słabnie. Tak mówiła i ja mam mleka jak jakaś mleczarnia. Duuużo!.....*”

Oraz o odciąganiu pokarmu: ... „*pokażę jak to zrobić ręcznie. Stare sposoby są najlepsze, jak widać. Zobacz teraz ,weź sutek, o tak i naciśnij tu kciukiem. Wyczuź kanał mleczny. A tu masz miseczkę. I do miseczki. (...) Nie było to ani trudne ani bolesne ...*”

Dzięki takim matkom, babkom i prababkom ludzkość przetrwała najtrudniejsze chwile. Jednak dziś pytanie pozostaje nadal otwarte:

Czy naprawdę nie stać nas na więcej?

Magdalena Nehring-Gugulska

Tomasz Chodkowski

ⁱ Konstytucja RP Art. 71.pkt 2

ⁱⁱ Rozp. Ministra Zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. 2004, nr 276, poz. 2740)

ⁱⁱⁱ Cel operacyjny 3. W uzasadnieniu: promocja wyłącznego karmienia piersią w ciągu 6 miesięcy życia. Oczekiwane efekty. Pkt. 7: Zwiększenie odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią. Cel operacyjny 7. Zadanie 10. Propagowanie karmienia piersią (co najmniej do 6. miesiąca życia).

KARMNIENIE PIERSIĄ LEKARSTWEM NA KRYZYS

Dr n. med. Katarzyna Szamotołska

Korzyści dla dziecka i dla matki wynikające z karmienia piersią są powszechnie znane i nie do przecenienia.

Dla przypomnienia, podajmy że:

- mleko matki jest biologicznie najlepsze dla niemowlęcia
 - ludzkie mleko jest łatwo trawione i zawiera wszystkie składniki odżywcze potrzebne dziecku w pierwszych miesiącach życia
 - dowody naukowe sugerują, że ilość mleka matki i czas trwania karmienia piersią są bezpośrednio związane ze stopniem korzyści dla dziecka; wyłączone karmienie piersią przez 6 miesięcy, a następnie kontynuacja karmienia piersią z towarzyszącą normalną dietą, daje największe korzyści
 - mleko matki zawiera hormony i inne składniki korzystne dla wzrostu i rozwoju dziecka
 - ciała odpornościowe zawarte w mleku matki chronią dziecko przed wieloma chorobami, w tym biegunkami, zapaleniami uszu, sepsą noworodków i zapaleniem płuc
 - skład mleka matki jest swoisty dla każdej matki i jej dziecka; gdy matka narażona jest na czynniki zakaźne, wytwarzane przez nią przeciwciała przekazywane są dziecku w mleku
 - wyniki wielu badań naukowych wskazują, że dzieci karmione mlekiem matki przynajmniej przez 6 miesięcy mają wyższe wskaźniki inteligencji niż inne dzieci
- dzieci, które nie są karmione piersią mają wyższe ryzyko wystąpienia wielu chorób
 - dzieci karmione mieszankami mają wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia biegunki w pierwszym roku życia
 - dzieci, które nie są karmione piersią przynajmniej przez 4 miesiące mają dwukrotnie wyższe ryzyko infekcji uszu w pierwszym roku życia niż dzieci karmione mlekiem matki 4 miesiące lub dłużej; dzieci nie karmione piersią przynajmniej 6 miesięcy mają wyższe ryzyko nawracających infekcji uszu
 - dzieci karmione mieszankami mają wyższe ryzyko tak poważnych infekcji, jak infekcje dolnych dróg oddechowych
 - dzieci nie karmione piersią mają wyższe ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1 i 2
 - dzieci nie karmione piersią mają wyższe ryzyko próchnicy we wczesnym dzieciństwie
 - dzieci nie karmione wyłącznie piersią przez kilka pierwszych miesięcy życia mają wyższe ryzyko nadwagi w dzieciństwie, a następnie otyłości
- karmienie piersią chroni dzieci przed niektórymi chorobami zagrażającymi życiu
 - dzieci przedwcześnie urodzone, o ile nie otrzymują mleka ludzkiego, mają wyższe ryzyko wystąpienia zagrażających życiu chorób układu pokarmowego

- niektóre badania wskazują, że brak karmienia piersią jest czynnikiem ryzyka dla nagłego zgonu niemowlęcia (SIDS) i zgonu w pierwszym roku życia z dowolnej przyczyny
 - karmienie piersią wykazuje właściwości ochronne przed niektórymi zagrażającymi życiu chorobami układu oddechowego
 - karmienie piersią wykazuje właściwości ochronne przed botulizmem u niemowląt rzadką, ale śmiertelną chorobą
 - dzieci karmione mieszankami mają wyższe ryzyko zachorowania na niektóre niebezpieczne infekcje, takie jak zapalenie opon i bakteriemia
 - dzieci, które nie są karmione piersią mogą mieć wyższe ryzyko zachorowania na nowotwory wieku dziecięcego, w tym białaczkę
- karmienie piersią pomaga matkom w powrocie do kondycji sprzed porodu
- karmienie piersią pomaga macicy skurczyć się do stanu sprzed ciąży i zmniejsza utratę krwi po porodzie
 - powrót cykli miesięczkowych u kobiet karmiących piersią zazwyczaj następuje 20-30 tygodni później niż u kobiet nie karmiących piersią, co może chronić przed niedoborami żelaza
- karmienie piersią pozwala zachować zdrowie karmiącym matkom przez całe życie
- kobiety, które karmią piersią mają zmniejszone ryzyko zachorowania na raka piersi, macicy i jajników
 - matki, które karmią piersią przez przynajmniej 3 miesiące mają większe szanse na powrót do masy ciała sprzed ciąży, niż te które nie karmią
 - matki, które karmią piersią i nie są obciążone cukrzycą ciężarnych mają zmniejszone ryzyko wystąpienia cukrzycy typu II
 - w okresie karmienia piersią, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL i trójglicerydów obniża się, a korzystnego HDL pozostaje wysokie
 - karmienie piersią może być istotnym czynnikiem wpływającym na odstępy między urodzeniami u kobiet, które nie stosują antykoncepcji; dłuższe odstępy między urodzeniami są związane z korzyściami zdrowotnymi dla matki i dziecka
 - karmienie piersią zmniejsza stres matki, wzmacnia poczucie własnej wartości, zachęca do ściślejszego kontaktu z dzieckiem i może zmniejszać ryzyko depresji poporodowej
 - matki, które karmią piersią mogą być chronione przez występowaniem chorób reumatycznych

Większość wymienionych wyżej korzyści ma obliczalny wymiar finansowy. Jednak ze względu na to, że analizy ekonomiczne porównujące bezpośrednio – nierzadko odległe następstwa karmienia piersią wobec nie karmienia piersią są trudne do przeprowadzenia i mogą być uznane za nieetyczne, nie wykonuje się ich.

Znane są natomiast szacunki możliwych korzyści materialnych wynikających z karmienia piersią lub straty związane z nie karmieniem.

W oszacowaniach takich bierze się pod uwagę koszty związane z leczeniem (wizyty ambulatoryjne, hospitalizacje, leki). W 1999 roku obliczono, że u dzieci nie karmionych piersią koszt leczenia z powodu zapaleń uszu, infekcji układu pokarmowego i chorób układu oddechowego był w pierwszym roku życia o 331-475 dolarów na dziecko wyższy niż u dzieci karmionych piersią.

Także bezpośrednie wydatki związane z karmieniem piersią są niższe. Według szacunków z 1993 roku, biorących z jednej strony pod uwagę ceny mieszanek, a z drugiej strony koszty związane ze zwiększonymi potrzebami żywieniowymi karmiących matek, karmienie niemowlęcia mieszanką łączy się ze wzrostem kosztów o około 45-70 dolarów na dziecko w ciągu pierwszych dwóch miesięcy życia.

Gdy te korzyści ekonomiczne przeliczy się w skali kraju, oszczędności związane z karmieniem piersią sięgają milionów dolarów, euro lub złotych rocznie. Dlatego promocja karmienia piersią powinna być przedmiotem zainteresowania nie tylko rodzin i środowiska medycznego, ale także makro-ekonomistów odpowiedzialnych za kształtowanie budżetu państwa.

KARMIENIE PIERSIĄ W USTAWODAWSTWIE POLSKIM

Mec. Krystyna Witkowska

I. Ochrona prawna kobiet karmiących piersią w prawie pracy

„Ochrona kobiet karmiących piersią” związana jest z szeroko pojętą sytuacją prawną kobiet w prawie międzynarodowym i w ustawodawstwie polskim.

Unormowania międzynarodowe dotyczące sytuacji prawnej kobiet można podzielić na trzy grupy.

- **Pierwszą** z nich stanowią konwencje o charakterze ochronnym, które powstałym przy założeniu, że najważniejszym zadaniem kobiet jest ich rola rodzinna jako matek i żon i dlatego, kiedy podejmują inne role, należy je chronić przed związanymi z tymi zagrożeniami dla tradycyjnych ról.
- **Drugą** stanowią regulacje o charakterze korygującym, do nich należą akty prawne dotyczące sfer życia, w których sytuacja kobiet ze względu na płeć jest niekorzystna. Do tej grupy można zaliczyć konwencje, których celem jest zwalczanie prostytucji.
- **Trzecia**, najliczniejsza kategoria aktów prawnych, zawiera postanowienia **antydiskryminacyjne**. Ich celem jest ukształtowanie takiego systemu prawnego, w których płeć nie będzie odgrywała czynnika decydującego o zakresie posiadanych przez jednostkę uprawnień oraz nałożonych na nią obowiązków.

Rozważania nad sytuacją prawną kobiet w ustawodawstwie należy rozpocząć od stwierdzenia „że fundamentem ustawodawstwa w tym zakresie jest zasada równego traktowania mężczyzn i kobiet w kwestii zatrudnienia i spraw socjalnych.

Zasada równości to:

– **równość stosowania prawa**

Odnosi się do treści prawa i wyraża się w niestosowaniu w normach prawnych postanowień dyskryminacyjnych pewnych grup lub faworyzujących inne.

– **równość w prawie**, czyli prawidłowe i jednakowe bezstronne stosowanie norm prawnych i de facto oznacza równe traktowanie jednostek.

Równouprawnienie: polityczne, równe prawa z mężczyzną w prawie cywilnym rodzinnym i opiekuńczym, jednakowe prawa w dziedzinie ekonomicznej i społecznej, równe prawa do oświaty, zwalczanie handlu kobietami i eksploataowania dla celów prostytucji, wyeliminowanie z kodeksu karnego postanowień dyskryminujących kobiety.

Wśród zagadnień związanych z równością w ustawodawstwie międzynarodowym znajdują się następujące zasady równości:

- równość płac
- równość w dostępie do zatrudnienia
- równość ubezpieczonych
- prawo do urlopu macierzyńskiego
- prawo do urlopu rodzicielskiego
- bezpieczne macierzyństwo
- opieka nad dzieckiem

Szczególna rola kobiet w życiu społecznym związana z macierzyństwem była już przedmiotem prac **Międzynarodowej Organizacji Pracy w 1919**.

Ochrona macierzyństwa znalazła swoje miejsce w **Konwencji MOP nr 3 z 1919 r** i dotyczyła ona zatrudnienia kobiet przed i po porodzie. Przewidywała ona między innymi prawo do 12 tygodni urlopu macierzyńskiego i zakaz zwolnień w trakcie urlopu macierzyńskiego.

Zakres ochrony kobiet został poszerzony **Konwencją MOP nr 103 dotyczącą ochrony macierzyństwa z 28 czerwca 1952 r**

Konwencja ta była uzupełniona **zaleceniem MOP 95/1952**, w której m.in. wydłużono prawo do urlopu macierzyńskiego do 14 tygodni przewidziano podwyższenie zasiłku macierzyńskiego do 100 procent wynagrodzenia.

Konwencja nr 103 została przyjęta w Genewie, Polska ratyfikowała konwencję w 1976 roku i jest opublikowana w D.U z 1976 nr 16. poz 99.

Konwencja przewiduje prawo do urlopu macierzyńskiego, prawo do świadczeń pieniężnych i świadczeń leczniczych podczas nieobecności w pracy z powodu urlopu macierzyńskiego.

Art. 4 Konwencji przewiduje, że kobieta podczas nieobecności w pracy ma prawo do świadczeń pieniężnych oraz świadczeń leczniczych. Stawki świadczeń pieniężnych powinny być tak ustalone przez ustawodawstwo krajowe w taki sposób, aby były wystarczające dla zapewnienia całkowitego utrzymania kobiety i jej dziecka w dobrych higienicznych warunkach i na odpowiedniej stopie życiowej.

Świadczenia lecznicze będą obejmowały pomoc przedporodową, pomoc podczas porodu, pomoc poporodową, udzielaną przez dyplomowaną położną i lekarza, oraz umieszczenie w szpitalu, gdy to będzie potrzebne; należy zapewnić wolny wybór lekarza oraz wolny wybór pomiędzy szpitalem publicznym i prywatnym.

Art. 5 Konwencji przewiduje, że jeżeli kobieta karmi swoje dziecko, będzie ona uprawniona do przerwania pracy w tym celu podczas jednego lub kilku okresów, których czas trwania określi ustawodawstwo krajowe. Przerwy w pracy powinny być wliczone do czasu pracy i wynagradzane jako takie w wypadkach, w których sprawa ta jest regulowana przez ustawodawstwo krajowe lub zgodnie z nim, w tych wypadkach, których sprawę tą regulują układy zbiorowe, warunki będą ustalone zgodnie z odpowiednim układem.

Unormowanie ma swoje miejsce w polskim kodeksie pracy od dawna.

Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 18 grudnia 1979 roku, ratyfikowania przez Polskę 18 lipca 1980 roku, wśród szeregu zaleceń likwidacji tej dyskryminacji, przewiduje w art. 12, że Państwa sygnatariusze konwencji podejmą wszelkie stosowne kroki zmierzające do likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia im, na zasadach równości z mężczyznami, dostępu do korzystania z usług służby zdrowia, w tym również z usług związanych z planowaniem rodziny.

Państwa Strony Konwencji zapewnią kobietom w czasie ciąży i porodu oraz po porodzie odpowiednie usługi w razie potrzeby, jak również odpowiednie odżywianie w czasie ciąży i karmienia.

Na terenie Unii Europejskiej aktem prawnym normującym kwestie ochrony macierzyństwa jest **Dyrektywa Nr 85 (92/85/EWG) z dnia 19 października 1992 roku w sprawie wprowadzenia środków służących wspieraniu poprawy w miejscu pracy bezpieczeństwa i zdrowia pracownic w ciąży, pracownic, które niedawno rodziły i pracownic karmiących piersią.**

Ochrona pracy kobiet w związku z macierzyństwem, w świetle dyrektywy odnosi się do zagadnień związanych z ochroną życia i zdrowia pracownicy przed zagrożeniami środowiska pracy, obejmuje stabilizację stosunku pracy i rozwiązania służące pogodzeniu pracy z opieką nad dopiero co urodzonym dzieckiem.

Art. 4 dyrektywy zobowiązuje pracodawców do zapewnienia bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy w okresie ciąży pracownicy oraz w okresie karmienia nowo narodzonego dziecka.

W załącznikach do dyrektywy wskazano kiedy środowisko pracy jest szkodliwe dla kobiety, wykaz czynników fizycznych, biologicznych, chemicznych, a także warunków pracy powodujących zagrożenie dla życia i zdrowia kobiety w ciąży.

W świetle zapisów dyrektywy, gdy ocena środowiska pracy wykaże zagrożenie zdrowia, bezpieczeństwa bądź też może mieć wpływ na ciążę i lub karmienie piersią, pracodawca zobowiązany jest do podjęcia niezbędnych kroków by zapewnić czasowe dostosowanie warunków pracy lub czasu pracy danej pracownicy, aby uniknąć narażenia jej na takie ryzyko.

Gdy nie jest to możliwe, pracodawca zobowiązany jest do przeniesienia pracownicy na inne stanowisko.

Jeżeli nie jest to możliwe, pracownicy przysługuje zwolnienie od pracy, na cały okres niezbędny do ochrony zdrowia lub bezpieczeństwa.

Dyrektywa zobowiązuje Państwa członkowskie do podjęcia kroków ograniczających pracę w nocy kobiet w ciąży, w okresie po urodzeniu dziecka oraz kobiet karmiących piersią.

Ustawodawstwa państw członkowskich powinny wprowadzić dla kobiet alternatywnie:

- możliwość przeniesienia do pracy dziennej,
- ew. przedłużenie urlopu macierzyńskiego jeżeli przeniesienie takie z różnych powodów nie jest możliwe, badania lekarskie powinny wskazać taką konieczność.

Dyrektywa przewiduje prawo kobiet do nieprzerwanego urlopu macierzyńskiego trwającego co najmniej 14 tygodni, prawo kobiet w ciąży do zwolnień od pracy, bez utraty wynagrodzenia, w celu dokonania badań.

Dyrektywa nakazuje, by Państwa członkowskie wprowadziły niezbędne środki zakazujące zwolnień pracownic w okresie ciąży do końca urlopu macierzyńskiego i zawiera unormowania odnoszące się do umowy o pracę, obejmujące utrzymanie płatności na jej podstawie i prawa do odpowiednich zasiłków.

Nakazy dyrektywy znalazły odzwierciedlenie w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r, kodeks pracy (Dz.U.z 1998r, nr 21, poz 94 z późn, zm.)

- art. 177 § 1 zakaz wypowiedzenia lub rozwiązania umowy o pracę w okresie ciąży,
- art. Art. 178 § 1 pracownicy w ciąży nie wolno zatrudniać w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej
- art. Art. 178 prim, nakazuje pracodawcy, zatrudniającego pracownicę w nocy zmianę rozkładu jej czasu pracy na okres ciąży, a jeśli jest to niemożliwe lub niecelowe, przenieść ją do innej pracy, której wykonywanie nie wymaga pracy w nocy, a w razie braku takich możliwości obowiązany jest zwolnić pracownicę na czas niezbędny od obowiązku świadczenia pracy.
- art. 179 § 1 nakłada na pracodawcę obowiązek przeniesienia do innej pracy, a jeśli jest to niemożliwe zwolnić z obowiązku świadczenia pracy, gdy zatrudnia pracownicę w ciąży lub **karmiącą piersią przy pracach wymienionych w art. 176, wzbronionej takiej pracownicy bez względu na stopień narażenia na czynniki szkodliwe dla**

zdrowia lub niebezpieczne, (nie wolno zatrudniać kobiet przy pracach, szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia, Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz tych prac.) **Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 roku w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia. /Dz.U. 1996, nr114 poz. z póź zm./**

ZAKAZ ZATRUDNIANIA KOBIET KARMIAĄCYCH PIERSIĄ PRZY PRACACH

- w mikroklimacie zimnym gorącym, zmiennym,
- w podwyższonym lub obniżonym ciśnieniu
- w kontakcie ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi
- w narażeniu na szkodliwe działania substancji chemicznych
- grożących urazami fizycznymi i psychicznymi
- art 179 § 2 nakazuje pracodawcy zatrudniającego **kobietę w ciąży lub karmiącą piersią, przy innych pracach, dostosowanie warunków pracy do wymagań określonych w tych przepisach lub tak ograniczyć czas pracy, aby wyeliminować zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa pracownicy**, (gdy nie jest to możliwe- przenieść do innej pracy, a gdy nie jest to możliwe, zwolnić pracownicę z obowiązku świadczenia pracy).
- art. 179 § 3 nakazuje stosowanie zapisów w § 2 w przypadku, **gdy przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą piersią, wynikają z orzeczenia lekarskiego**
- art. 179 § 4: gdy nastąpiła zmiana warunków pracy, przewiduje dodatek wyrównawczy dla pracownicy, gdy skrócenie czasu pracy lub przeniesie do innej powoduje obniżenie wynagrodzenia

Na podstawie art. 179 § 7 Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w dniu 3 marca 2006 roku **w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącej piersią. /Dz.U 2006 r, nr 42, poz 292/**

Do wydania zaświadczenia lekarskiego dla kobiety w ciąży lub karmiącej piersią uprawniony jest **lekarz sprawujący opiekę profilaktyczną, wskazany na podstawie przepisów wydanych w oparciu o treść art. 229 kodeksu pracy.**

Kolejne przepisy kodeksu pracy przewidują regulacje związane z urlopem macierzyńskim. /art 180-184/

Art. 187 § 1 przewiduje, że pracownica karmiąca piersią ma prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy wliczanych do czasu pracy. Pracownica karmiąca więcej niż jedno dziecko ma prawo do dwóch przerw pracy, po 45 minut każda. Przerwy na wniosek pracownicy mogą być udzielone łącznie.

Pracownicy zatrudnionej przez czas krótszy niż 4 godziny dziennie przerwy w karmieniu **nie przysługują**. Jeżeli czas pracy pracownicy nie przekracza **6 godzin dziennie**, przysługuje jej **jedna przerwa w pracy**.

II. Ochrona Karmienia Piersią w „prawie żywnościowym” /Międzynarodowy Kodeks Marketingu produktów zastępujących mleko kobiece, dyrektywa unijna, przepisy polskie

Międzynarodowa Organizacja Zdrowia w ochronie niezastąpionego idealnego pożywienia niemowląt w 1981 roku opracowała Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece, którego zapisy mają przyczynić się do bezpiecznego i właściwego żywienia niemowląt przez ochronę i promowanie karmienia piersią,

zapewnić w oparciu o prawidłową informację, marketing i dystrybucję – właściwe stosowanie produktów zastępujących mleko kobiece, tam, gdzie jest to niezbędne. (art. 1)
Kodeks dotyczy: marketingu i praktyk pokrewnych w odniesieniu do produktów zastępujących mleko kobiece, z mieszankami dla niemowląt włącznie, jakości tych produktów, dostępności, a także informacji o ich stosowaniu. (art. 2)

Kodeks wskazuje, że rządy powinny być odpowiedzialne za dostarczanie rodzinom i innym osobom mającym wpływ na żywienie dzieci, rzeczowych oraz spójnych informacji o żywieniu niemowląt i dzieci. Materiały informacyjne i szkoleniowe powinny jasno informować o korzyściach i wyższości karmienia piersią. Rządy powinny podjąć właściwe kroki do promowania i ochrony karmienia piersią. (art. 4,6). Przepisy wskazują, jakie działania nie mogą być przeprowadzane, które mogą wpływać niekorzystnie na stosunek do karmienia piersią poprzez promowanie, propagowanie mieszanek dla niemowląt. Nakładają na pracowników służby zdrowia powinności w zakresie ułatwiania i ochrony karmienia piersią.

Art. 9 Kodeksu wskazuje jakim warunkom, w zakresie marketingu, powinny odpowiadać produkty zastępujące mleko kobiece.

Unia Europejska inkorporowała szereg postanowień Kodeksu do swoich przepisów. **Dyrektywa Unijna z 14 maja 1991 roku o mleku początkowym i następnym**, obok wskazuje jakie parametry żywieniowe powinny zawierać produkty zastępujące mleko kobiece, zawiera normy określające sposób dystrybucji i marketingu takich produktów. Zasady te również znalazły odzwierciedlenie w kolejnych aktach prawnych UE – rozporządzeniu (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 28 stycznia 2002 r ustanawiającego ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego. Przepisy te zostały wprowadzone do ustawodawstwa polskiego, zgodnie z zasadą konieczności dostosowania prawa krajowego do przepisów UE.

Regulacja w tym zakresie zawarta jest w **Ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 roku o bezpieczeństwie żywności i żywienia / Dz. U. 2006, nr 171, poz 1225/**

Ustawa obok szeregu wymogów związanych ze środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wprowadza zapisy zabraniające przekazywania w reklamie informacji sugerujących, że karmienie sztuczne jest równoważne lub korzystniejsze od karmienia piersią. Zakaz reklamy preparatów do początkowego żywienia niemowląt w miejscach sprzedaży, zakaz promocji takich produktów i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, oferowania lub dostarczania przez producentów lub dystrybutorów takich preparatów oraz innych przedmiotów służących do karmienia niemowląt – konsumentom, bezpośrednio lub za **pomocą podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (art. 25 ust 1 i 2 pkt 1-3)**

Na podstawie art. 26 ust 1 pkt 1 i 2 w **rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2007 roku w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego** określono między innymi wymagania w zakresie treści materiałów informacyjnych i edukacyjnych dotyczących karmienia niemowląt oraz warunki przekazywania takich materiałów przez producentów środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

§ 15 rozporządzenia przewiduje, że **oznakowanie preparatów do żywienia początkowego niemowląt obejmuje informacje dotyczące preparatów, nie zniechęcające jednocześnie do karmienia piersią, zakazuje nazewnictwa dla tych preparatów Jak: „humanizowane”, „umacznione”, „adaptowane” lub podobnych określeń.** Oznakowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt musi być oznakowane

informacją, poprzedzoną wyrazami „**WAŻNA INFORMACJA**” lub równoznacznymi – informacją:

– o **wyższości karmienia piersią przed karmieniem sztucznym.**

Oznakowanie to **nie może zawierać wizerunków lub tekstów idealizujących stosowanie karmienia sztucznego oraz przedmiotów do tego służących. Wymagania te dotyczą także prezentacji reklamy takich produktów i tych przedmiotów.**

§ 20 rozporządzenia przewiduje, że w **materiały informacyjne i edukacyjne** dotyczących żywienia niemowląt **muszą zawierać informacje związane z korzyściami karmienia naturalnego i wyższości tego karmienia nad karmieniem sztucznym, właściwego żywienia kobiet karmiących oraz przygotowania do tego karmienia i utrzymania tego procesu, możliwości negatywnych skutków dla karmienia piersią w przypadku częściowego karmienia za pomocą butelki, trudnościach w powrocie do karmienia piersią, jeśli zostanie podjęta decyzja o karmieniu sztucznym. Materiały te nie mogą zawierać żadnego wizerunku idealizującego stosowanie preparatów do żywienia niemowląt.**

III. Świadczenia zdrowotne a karmienie piersią

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku **o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. /Dz.U. 2008r. nr 164. poz 1027/** Ustawa ta określa między innymi warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Ustawa ta zawiera definicję **podstawowej opieki zdrowotnej**, którą jest świadczenie zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach **ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.**

Świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące.

Świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonym w ustawie

Świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich; udzielania.

Procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.

Art. 15 ust. 2 określa zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Wśród szeregu świadczeń zapewnionych i finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcy zapewnia się /pkt 16/ **opiekę nad kobietą karmiącą piersią.**

Art. 48 Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności: wdrożenia nowych procedur medycznych i **przedsięwzięć profilaktycznych.**

Narodowy Fundusz Zdrowia

Art. 97 ust. 3 stwierdza że do zakresu działania Funduszu należy między innymi **promocja zdrowia**.

Na podstawie art. 27 ust 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /dotyczy świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób/

Minister Zdrowia w dniu 21 grudnia 2004 roku wydał rozporządzenie w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane /Dz.U. 2004, nr 276, poz 2740/

Rozporządzenie to określa zakres świadczeń opieki zdrowotnej polegającej między innymi na promocji zdrowia obejmującej w szczególności kobiety w ciąży oraz dzieci do ukończenia 6 roku życia.

Z załącznika do rozporządzenia świadczenia te odnośnie karmienia piersią sformułowane są następujący sposób:

- świadczenia profilaktyczne wykonywane przez **lekarza**: porada pielęgnacyjno – laktacyjna udzielana matce /0-4 doba życia/
- świadczenia profilaktyczne wykonywane przez **położną, pielęgniarkę**: wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią /0-4 doba/.

Wizyty patronażowe położnej nie mniej niż 4, mające m.in. na celu obserwację i ocenę techniki karmienia, edukowanie i udzielanie porad w zakresie karmienia piersią, laktacji, /1-6 tydzień życia/, w 3-4 miesiącu życia dziecka wizyta patronażowa pielęgniarki w celu przeprowadzenia instruktażu w zakresie pielęgnacji dziecka i karmienia piersią.

Załącznik do ustawy zawierający wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych nie wymienia, żadnych działań związanych z opieką nad kobietą karmiącą piersią.

IV. Zakłady Opieki Zdrowotnej

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej określa **zasady funkcjonowania zespołu osób i środków majątków utworzonych i utrzymywanym w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia**. /Dz.U z 2007r, Nr 14 poz 89 z późn. Zm./

Art. 3 ustawy definiuje pojęcie świadczenia zdrowotnego- działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, **wśród katalogu świadczeń nie wymienia zagadnień związanych z profilaktyką i z opieką nad kobietą karmiącą piersią**.

V. Lekarz, położna – a obowiązki wobec matki karmiącej piersią

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r o zawodzie lekarza i lekarza dentysty /Dz.U 2008r, nr 136 poz 857z późn. zm/

Ustawa określa zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Definiuje na czym polega wykonywanie zawodu lekarza udzielanie przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności badanie stanu zdrowia, **rozpoznawanie chorób, zapobieganie im**, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie

opinii i orzeczeń lekarskich. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza lub zatrudnienia w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej. /Dz.U 2001, nr 57, poz 602 z późn. zm/

Wykonywanie zawodu **pielęgniarki** polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Udzielanie świadczeń pielęgniarka wykonuje przede wszystkim poprzez ... m.in. edukację zdrowotną.

Wykonywanie zawodu **położnej** polega na udzielaniu świadczeń przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami świadczeń zdrowotnych, a w szczególności pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. W katalogu świadczeń wymienionych w przepisie **nie ma zapisu mówiącego o poradach laktacyjnych i opiece na kobietą karmiącą piersią. Takie działania można wywieść z zapisu o świadczeniach odnoszących się do terminu „promocja zdrowia”.**

Szczegółowe zadania pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej określa **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej Dz.U. 2005 nr.214, poz 1816/**

W załączniku do rozporządzenia pielęgniarka i położna planuje, realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną, opiekę położniczą, neonaologiczno-ginekologiczną nad świadczeniobiorcą w miejscu zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia:

- **promocji zdrowia i profilaktyki**
- świadczeń pielęgnacyjnych
- świadczeń diagnostycznych świadczeń
- świadczeń leczniczych
- świadczeń rehabilitacyjnych

W zakresie zadań pielęgniarki wymienia się **wśród promocji zdrowia i profilaktyki chorób** wymienia się prowadzenie **edukacji zdrowotnej.**

Zadania położnej określone są jako opieka sprawowana w okresie ciąży, porodu, połogu, opieka nad kobietą, noworodkiem niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca. W zakresie **promocji zdrowia i profilaktyki chorób wymienia się poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią.**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego /Dz.U. 2007 nr. 210, poz 1540/ wśród takich świadczeń udzielanych przez położną wymienia m.in.:

- przeprowadzanie wizyt patronażowych u położnicy i noworodka (niemowlęcia)

– prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków i niemowląt zdrowych.

VI. Doradcy laktacyjni, próba określenia sytuacji prawnej. Czy może być działalnością gospodarczą, indywidualna praktyka położnej, pielęgniarki, lekarza?

Przedstawione wyżej unormowania odnoszące się do świadczeń zdrowotnych są nie spójne w opisie zakresu tych świadczeń do których uprawniony jest świadczeniobiorca. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definiuje podstawową opiekę zdrowotną, określając między innymi, że w pojęciu tym mieści się **świadczenie zdrowotne profilaktyczne**. Zdefiniowane świadczenia zdrowotne w tej ustawie obejmuje m.in. działanie służące profilaktyce. Określa, że świadczeniobiorca ma zapewnione finansowanie świadczeń związanych z opieką nad kobietą karmiącą piersią.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wskazując, czym jest świadczenie zdrowotne **nie obejmuje działań profilaktycznych i nie wymienia opieki nad kobietą karmiącą piersią**.

Położna, która jest doradcą laktacyjnym może w ramach swoich obowiązków zawodowych wykonywać te zadania. Podobnie należy odnieść się do zadań lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarka i położna w myśl ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej. Położna może prowadzić indywidualną prywatną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę i tym samym udzielać porad laktacyjnych i promować karmienie piersią jej ramach.

Indywidualna praktyka położnej jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów **ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej /Dz.U. 2007 r. nr 155. poz 1095 z późn. Zm/**

Działalność regulowana to działalność gospodarcza, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków określonych przepisami prawa.

W przypadku pielęgniarki lub położnej warunki te określone są w art. 25 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Indywidualna praktyka może być wykonywana po uzyskaniu wpisu do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych ze względu na miejsce udzielania praktyki.

Rodzi się pytanie czy na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej mogą one wykonywać taką działalność. Zgodnie z zapisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej osoby prowadzące indywidualną praktykę nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które udzielane są przez zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. **Brak odniesienia w tym zakresie do promocji zdrowia.**

W **mojej ocenie** w świetle regulacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, porady laktacyjne i opieka nad kobietą karmiącą mają charakter profilaktyczny i mogą być zakwalifikowane do świadczeń zdrowotnych. Natomiast w myśl zapisów **ustawy o zakładach opieki zdrowotnej** mieszczą się one w promocji zdrowia. W tej sytuacji wykonywanie zawodu w formie indywidualnej praktyki lekarskiej lub położnej na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej /szpitala: udziela świadczeń zdrowotnych – art. 20 ust 2/ może obejmować tego rodzaju działania bowiem nie należą do kategorii świadczeń zdrowotnych i tym samym nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej – szpitala. Tym bardziej, że udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest

dopuszczalne w szpitalach w ramach w prywatnej praktyki i wówczas z definicji takie porady mieszczą się w działaniach profilaktycznych.

Sformułowanie zadań położonej polegające na poradnictwie laktacyjnym i propagowaniu karmienia piersią zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia regulującym te zadania w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. /W myśl definicji zawartej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej/. W innych zakładach opieki zdrowotnej– przychodniach, ośrodkach zdrowia, poradniach i ambulatoriach mogą być udzielane świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej – art. 27 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 27. ust. 2 definiuje świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej, które swoim zakresem obejmuje świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.

Stąd też poradnictwo laktacyjne i propagowanie karmienia piersią mieści się nie tylko w zadaniach położnej, ale i pojęciu świadczenia zdrowotnego podstawowej opieki zdrowotnej w myśl tych przepisów.

W tym miejscu należy również wskazać, że z podstawową opieką zdrowotną związane jest pojęcie pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, zdefiniowane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które określa szczególne wymagania do wykonywania tego zawodu, przewidujące między innymi ukończenie szkolenia specjalizacyjnego także w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Spójność przepisów odnoszących się do zakresu świadczeń zdrowotnych pozwoliłaby na ujęcie porad laktacyjnych i promowania karmienia piersią w świadczeniu zdrowotnym, czego konsekwencją byłoby zapewne właściwie podejście pracowników służby zdrowia do istoty i znaczenia tego zagadnienia.

Brak regulacji odnoszącej się do kwestii propagowania karmienia piersią i jego wspierania przez osoby nie posiadające wykształcenia medycznego.

VII. Ochrona zdrowia, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie „wzorzec działania”

Komisja Europejska Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka w dniu 18 czerwca 2004 roku na konferencji państw Unii Europejskiej w Dublinie na temat upowszechniania karmienia piersią zaprezentował dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią” opracowany i napisany przez uczestników projektu (Projekt UE nr SPC 2002359)

Ideą tego dokumentu jest wskazanie, że ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią jest nadrzędnym celem działań publicznej służby zdrowia w Europie.

Wzorzec działania jest modelowym planem, który wskazuje jakie działania należy uwzględnić i wcielać w życie tworząc krajowy i regionalny plan, by ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią było skuteczne.

Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci przyjęta przez wszystkie państwa – członków WHO na 55 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 2002 stanowi podstawę dla inicjatyw publicznej służby zdrowia.

1. W zakresie informacji i edukacji, dokument ten wskazuje, że nowi jak oczekujący rodzice mają prawo do pełnej rzetelnej informacji odnośnie karmienia niemowląt. Powinno to być realizowane poprzez osobiste doradztwo przez odpowiednio wy-

szkolonych pracowników służby zdrowia, doradców bez medycznego przygotowania oraz grup wzajemnego wsparcia matek karmiących.

2. Rozpowszechnianie materiałów marketingowych przez producentów i dystrybutorów zastrzeżonych przez Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce ma być uniemożliwione.
3. Szkolenie wszystkich pracowników służby zdrowia, przed i po podjęciu praktyki zawodowej (rozwiniecie programów szkoleniowych, wzmocnienie kompetencji kursów w dziedzinie wspierania karmienia piersią i utrzymaniu laktacji).
4. Ochrona macierzyństwa w prawodawstwie (przerwy w pracy – nawet w krajach, gdzie prawo chroni matki karmiące zgodnie ze standardami wielu grup pracujących matek pozostaje poza zasięgiem takiej ochrony np. kobiety zatrudnione krócej niż 6-12 miesięcy przed dniem złożenia podania o urlop macierzyński, pracownice kontraktowe, osoby o nieustabilizowanym czasie pracy lub zatrudnione w niepełnym wymiarze godzin, osoby przyuczające się do zawodu, stażystki, studentki/
5. Opieka nad matką i dzieckiem na poziomie indywidualnym, dostęp wszystkich kobiet do właściwych usług i poradni, zapewniających pomoc ze strony odpowiednio przeszkolonego personelu służby zdrowia.

Uzupełnieniem tego dokumentu jest kolejny projekt Komisji Europejskiej Żywnienie niemowląt i małych dzieci: Standardy postępowania, który powstał w okresie marzec-czerwiec 2006 r.

METODY DOKARMIANIA DZIECI KARMIONYCH PIERSIĄ – TRUDNY WYBÓR?

Dr n. med. Anna Oslislo, IBCLC

Lek. med. Magdalena Nehring-Gugulska, IBCLC

Główną grupę dzieci karmionych piersią wymagających suplementacji stanowią noworodki i małe niemowlęta, które nie mogą pobrać odpowiedniej ilości pokarmu z piersi matki z powodu zaburzeń funkcji ssania. Drugą grupę stanowią dzieci w różnym wieku oddzielone od matek. (*Kassing 2002*)

Zalecając dokarmianie tym grupom dzieci mamy trzy cele:

1. Odpowiednie odżywienie dziecka.
2. Utrzymanie laktacji u matki.
3. Powrót do pełnego lub prawie pełnego karmienia piersią.

Cele te osiągamy poprzez:

1. Właściwe rozpoznanie wskazań do dokarmiania, ocenę ilościową zapotrzebowania i dobór suplementu.
2. Zalecenie matce odciągania pokarmu w sposób adekwatny do sytuacji.
3. Prawidłowy dobór metody dokarmiania.

Do alternatywnych metod dokarmiania dzieci karmionych piersią należą: zakraplacz, łyżeczka, kubeczek, dren przy piersi, dren po palcu oraz butelka ze smoczką. (*Lauwers, 2009, Vergie, 2002*) Nie ma dowodów wykazujących arbitralnie wyższość jednej metody dokarmiania nad drugą. (*Cloherty, 2005*) Warto znać wskazania do stosowania poszczególnych metod. Wszystkie metody używane we właściwy sposób pozwalają bezpiecznie dostarczyć dziecku dodatkowy pokarm i wspomóc funkcję ssania. W połączeniu z odpowiednim wsparciem i edukacją rodziców pozwalają rozwiązać problem i korzystnie wpłynąć na przebieg karmienia piersią. Każda metoda ma wady i zalety, jest mniej lub bardziej skomplikowana, wymaga nabycia umiejętności. Źle użyta może spowodować: dławienie, krztuszenie, zmęczenie, wtórne zaburzenia funkcji ssania, a w efekcie awersję do piersi. (*Wilson Clay, 2005*) Największe kontrowersje dotyczą wyboru metody dokarmiania w pierwszych tygodniach po porodzie, w okresie stabilizowania się laktacji i utrwalania mechanizmu ssania.

Dotychczasowe przekonanie o istnieniu zjawiska mylenia wzorca oraz wywoływania go przez ssanie butelkowego smoczka wydaje się coraz bardziej nieaktualne. Nowe spojrzenie na proces ssania piersi pokazuje, że różnice w mechanizmie ssania smoczka i piersi nie są aż tak duże jak dotychczas sądzono. Brodawka nie sięga tak głęboko, a na przedniej części języka nie wytwarza się fala perystaltyczna, brodawka nie jest spłaszczana, a pokarm nie jest z niej wymasowywany przez pracujący język, jak dawniej uważano. Film „The Science of Infant Sucking”, który powstał dzięki możliwości ultrasonograficznego zobrazowania tych procesów, pokazuje technikę ssania piersi oraz

mechanizm przepływu pokarmu z piersi do jamy ustnej dziecka podczas karmienia. Kluczową rolę w procesie pobierania pokarmu odgrywa podciśnienie, które wytwarza się w przestrzeni pomiędzy nasadą języka, podniebieniem a szczytem brodawki w momencie maksymalnego opuszczenia języka. (Geddes, 2008) Doniesienia, w których badacze próbują rozstrzygnąć, czy stosowanie butelki ze smoczkiem jako metody dokarmiania powoduje zaburzenia funkcji ssania i skrócenie ogólnego czasu karmienia piersią są nieliczne, a wnioski z nich wypływające – niejednoznaczne lub rozbieżne. Większość badań dotyczy wpływu stosowania smoczka uspokajacza na różne aspekty związane z karmieniem piersią. (Barclay, 2009) W oczekiwaniu na dalsze prawidłowo zaprogramowane badania należy dobierać metodę dokarmiania w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy.

Właściwą metodę powinno się dobrać indywidualnie, biorąc pod uwagę poniższe okoliczności:

STAN OGÓLNY DZIECKA

Wobec dzieci w ciężkim stanie ogólnym stosujemy żywienie pozajelitowe lub z użyciem zgłębnika nosowo-żołądkowego. Nie zastosujemy wtedy metody wymagającej aktywności dziecka i koordynacji ssania, połykania i oddychania (kubeczek, butelka, dren przy piersi). Wobec dziecka w stanie ogólnym dobrym, aktywnego, które ma odruch ssania i prawidłową koordynację powyższych procesów zastosujemy metodę, która wykorzysta jego aktywność i rozwinięte umiejętności np. dren przy piersi czy kubeczek.

WIEK DZIECKA

Dzieci urodzone przedwcześnie z małą lub bardzo małą masą ciała często wymagają okresowego żywienia pozajelitowego, które uzupełniane jest odciągniętym pokarmem matki/mieszanką, podawanymi przez zgłębnik nosowo-żołądkowy w zwiększającej się stopniowo ilości, następnie przy nadal założonym zgłębniku, prowadzi się naukę ssania nieodżywczego ze stopniowym przechodzeniem na karmienie piersią. Zważając na fakt, że w trakcie karmienia piersią, takie problemy jak: hipotermia, hipoksja, bezdech, bradykardia, desaturacja występują istotnie rzadziej (Dowling, 1999, Meier 2001), optymalne byłoby użycie metody bez butelki. Z najnowszych badań wynika jednak, że w tej grupie dzieci wskazane jest czasowe zastosowanie smoczków do nauki ssania nieodżywczego, specjalistycznych butelek ze smoczkami dla wcześniaków – jako wspomaganie rehabilitacyjne funkcji ssania oraz odpowiednich nakładek (kapturków) na brodawki sutkowe – co umożliwi wcześniakowi uchwycenie piersi. (Meier 2003, Wight 2008) W metaanalizie (Flint, 2007) oraz w randomizowanym badaniu Collinsa (Collins, 2004) nie wykazano niekorzystnego wpływu stosowania butelki ze smoczkiem u niemowląt przedwcześnie urodzonych w odniesieniu do utrzymania karmienia piersią. Wykazano natomiast, że wcześniaki dokarmiane kubeczkami były dłużej hospitalizowane. Odsetek dzieci wyłącznie karmionych piersią w grupie dokarmianej kubeczkami był wyższy niż w grupie dokarmianej butelką, ale tylko w dniu wypisu ze szpitala. Natomiast w badanej grupie wcześniaków (średni wiek płodowy 35,13 tygodni), dokarmianych kubeczkami wykazano większą dojrzałość funkcji ssania po 6. tygodniach i korzystny wpływ na wyłączność karmienia piersią po tygodniu od wypisu ze szpitala w stosunku do grupy dokarmianej butelką. (Abouelfettoh, Dowling, 2008)

W randomizowanej próbie, w grupie niemowląt zdrowych, donoszonych, nie udowodniono niekorzystnego wpływu dokarmiania smoczkiem na długość karmienia piersią, jeśli dokarmień było 1 lub 2 na dobę i nie dotyczyło ono dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego. (Howard, 2003) Krótkotrwałe dokarmianie kubeczkami powinno być więc metodą z wyboru dla zdrowych noworodków urodzonych cięciem cesarskim (w pierw-

szych dobach po porodzie, w przypadkach np. opóźnionej laktogenezy matki). U dziecka kilkumiesięcznego, które ssie piersi w sposób prawidłowy, ale będzie rozdzielone z matką (wyjazd, praca) lub u dziecka, które radykalnie odmawia ssania piersi jako metodę pierwszego wyboru zastosujemy butelkę ze smoczkiem.

TYP ZABURZEŃ FUNKCJI SSANIA

U dziecka przedwcześnie urodzonego, które ma prawidłowy odruch ssania, ale pobiera zbyt mało pokarmu pierwszym wyborem będzie dren przy piersi (system wspomaganie karmienia). W przypadku dzieci słabo ssących, mających poważne problemy z koordynacją ssania – wspomaganie rehabilitacyjnym może być m.in. użycie specjalistycznych butelek i smoczków (np. Habermanna, Remond Prema). W przypadku zaburzeń pracy języka, elementem wspomaganie rehabilitacyjnego może być natomiast karmienie drenem po palcu. U dziecka z zaburzeniem szerokiego otwierania buzi i prawidłowego chwytania piersi wydaje się najkorzystniejsze zastosowanie wspomaganie rehabilitacyjnego (odpowiednich ćwiczeń), uzupełnionego krótkotrwałym karmieniem drenem „po palcu” lub butelką (obserwacje własne).

DŁUGOŚĆ TRWANIA I ILOŚĆ PLANOWANEJ SUPLEMENTACJI

Gdy dokarmianie ma trwać krótko (1-2 dni) i trzeba podać kilka kilkanaście mililitrów pokarmu na porcję sennemu lub odmawiającemu ssania noworodkowi, aby zapobiec hipoglikemii zastosujemy łyżeczkę lub kubeczek. (*Wilson-Clay, 2005*) Gdy dokarmianie ma trwać dłuższy czas i należy podawać większą ilość pokarmu na porcję w pierwszych tygodniach wybierzemy albo butelkę (jeśli 1–2 dokarmienia dziennie) albo kubeczek (jeśli powyżej 2 dokarmień). (*Howard, 2003*) Gdy dokarmianie ma trwać długo i istnieje konieczność podawania kilkudziesięciu kilkuset mililitrów pokarmu na porcję mamy do wyboru: dren przy piersi (system wspomagający karmienie), różne rodzaje butelek ze smoczkiem. (*Lauwers, 2009*)

MOŻLIWOŚĆ UTRZYMANIA HIGIENY

Najłatwiej higienę utrzymać stosując łyżeczkę (dlatego chętnie stosowana w pierwszych dobach po porodzie) oraz kubeczek (stąd jego popularność w krajach Trzeciego Świata). łyżeczką lub kubeczkiem można podać pokarm bezpośrednio odciągnięty z piersi matki. Najtrudniej higienę utrzymać w przypadku drenów, zakraplaczy i butelek ze smoczkiem. (*WHO, 2006*)

UMIEJĘTNOŚĆ I ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Nie zawsze jest możliwe zastosowanie takiej metody dokarmiania jaka wydaje się najkorzystniejsza w danej sytuacji, ponieważ musimy liczyć się ze zdaniem rodziców (opiekunów). Rodzice muszą ocenić swoje możliwości i nauczyć się prawidłowo stosować wybraną metodę. W przypadku personelu medycznego lub opiekunów istotne są doświadczenie i wprawa w stosowaniu danej metody. Rodzicom należy zawsze przedstawić rzetelne informacje na temat sugerowanej metody, podać zarówno jej zalety jak i wady. (patrz Tabela) Stwierdzenia, że po zastosowaniu określonej metody funkcja ssania ulegnie zaburzeniu lub dziecko nie wróci do ssania piersi mogą powodować niepotrzebny stres u rodziców. (*Wilson-Clay, 2005*)

Podsumowanie

Doniesienia porównujące różne metody dokarmiania nie dają jednoznacznych wyników, różnią się metodyką i liczebnością grup, co utrudnia ich interpretację. Trzeba wnikliwie analizować specyfikę metod, dobierać je bardzo precyzyjnie, stosować możliwie krótko

i z rozważą. Żadna metoda nie może zastąpić nauki prawidłowego karmienia piersią i wsparcia jakim powinna być otoczona matka przez personel medyczny. Suplementację należy stosować tylko wtedy, gdy są wskazania oraz dobrze wyliczyć zapotrzebowanie dziecka. Najlepiej jeśli podawany jest odciągany pokarm własnej matki. (AAP, 2005) Stosowanie zarówno mleka modyfikowanego jak i butelki ze smoczką daje rodzicom łatwość w podawaniu suplementacji i może dochodzić do przekraczania wskazań ilościowych. A podawanie suplementacji bez wskazań skraca czas trwania karmienia piersią. (Ekstrom, 2003)

Piśmiennictwo:

1. Abouelfetoh AM, Dowling DA, Dabash SA, Elguindy SR, Seoud IA. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J* 2008; 21:3:27.
2. American Academy of Pediatrics Section of Breastfeeding, Breastfeeding and the Use of Human Milk. Lawrence M, Gartner JM, Lawrence RA, Naylor AJ, OHare D, Schandler RJ, Eidelman AI. *Pediatrics* 2005; 115 (2): 496506, (opracowanie polskie: *Medycyna Praktyczna Pediaatria* 6/2005: 31-39, *Medycyna Praktyczna Położnictwo iGinekologia* 1/2006: 2128, Komentarz: Nehring-Gugulska M, Oslislo A.
3. Barclay L, Murata P. Pacifier Use May Not Adversely Affect Breast-Feeding Duration or Exclusivity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378-382.
4. Cloherty M, Alexander J, Holloway I, Galvin K, Inch S. The cup-versus-bottle debate: a theme from an ethnographic study of the supplementation of breastfed infants in hospital in the United Kingdom. *J Hum Lact* 2005; 21(2):151-162.
5. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effects of bottles, cups and dummies on breastfeeding in preterm infants: a randomized control trial. *BMJ* 2004; 329: 193-198.
6. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of BF in Swedish primiparous and multiparous woman. *J Hum Lact* 2003; 19(2):172-178
7. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005092. DOI:10.1002/14651858.CD005092.pub2.
8. Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Human Development* 2008; 84:471 477.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511-518.
10. Kassing D. Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding. *J Hum Lact* 2002;18(1):56-60.
11. Lauwers J. *Quick Reference for Lactation Professional*. Jones and Bartlett Publishers, LLC 2009: 171-184.
12. Meier PP. Breastfeeding in the Special Care Nursery. *Premature and Infants with Medical Problems. Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(2):425-442.
13. Meir PP. Supporting Lactation in Mothers with Very Low Birth Weight Infants *Pediatric Annals* 2003;32: 317-325.
14. Wilson-Clay B, Hoover K. *The Breastfeeding Atlas*. Third Edition. Lact News Press, Austin, Texas 2005.
15. UNICEF/WHO Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. *Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital. A 20-hour course for maternity staff*. January 2006. Retrieved from <http://who.int/nutrition/topics/BFHI-Revised-Section 3.2.pdf>.
16. Vergie I. Hughes, RN, MS. Breastfeeding equipment and technology. In: *Core Curriculum for Lactation Consultant Practice*. ILCA, Jones and Bartlett Publishers, 2002.
17. Wight NE, Morton JA, Kim JH. *Human Milk in the NICU*, Hale Publishing, L.P Amarillo, Texas 2008.

TABELA. Metody dokarmiania odciągniętym pokarmem/mieszanką.

Metoda	Kiedy stosujemy?	Zalety	Wady
Zakraplacze Plastikowe Szkłane	Do rozpoczęcia karmienia doustnego wcześniaków. Dla zachęty do ssania piersi lub uspokojenia głodnego (niespokojnego) dziecka przed przystawieniem do piersi lub tuż po przystawieniu.	Tani, łatwy, szybki sposób. Pokarm można podać bezpośrednio do buzi lub przy piersi.	Podawanie niewielkich ilości mleka, karmienie długo trwa. Trudno utrzymać higienę. Nie uczymy ssania, a nawet mogą wystąpić nieprawidłowe zachowania dziecka.
Łyżeczka Do herbaty Do karmienia niemowląt Zestaw łyżeczki z podziałką	W pierwszych dobach po porodzie, gdy dziecko nie umie lub nie chce ssać, celem zapobiegania hipoglikemii.	Dostępny, prosty sposób, nie wymagający specjalistycznego sprzętu, pozwala na szybkie „doładowanie” energii, łatwa higiena. Można odciągnąć niewielką ilość siary bezpośrednio na łyżeczkę.	Można podać małe ilości. Tylko na krótki okres czasu. Pokarm łatwo wylewa się z łyżeczki. Nie uczy ssania Nie koryguje ssania.
Kubeczek Do leków Do karmienia niemowląt Dowolny	Stosowany przez wieki. Warunkiem koniecznym do jego użycia jest aktywność dziecka.	Można podać większe ilości pokarmu. Sposób mniej inwazyjny, aniżeli butelka i drenem po palcu. Pobudza czucie warg, języka, wdech i ruchy języka. Łatwy do utrzymania w czystości (popularny w krajach Trzeciego Świata). Nie wymaga dużego wysiłku od dziecka (niskie ryzyko bezdechu i bradykardii). Uczy koordynacji połykania i oddychania. Nie przyzwyczajają. Można odciągnąć pokarm z piersi i bezpośrednio (bez przelewania), od razu podać dziecku.	Technika nie jest prosta- wymaga wprawy i szkolenia personelu oraz rodziców. Jeśli dziecko jest niespokojne, mleko może się rozlewać. Nie uczy ssania ani chwytania piersi (nie wymaga szerokiego otwierania buzi). Trwa długo. Dziecko musi być aktywne do karmienia. Ryzyko aspiracji.

Metoda	Kiedy stosujemy?	Zalety	Wady
<p>Dren przy piersi</p> <p>Niekomercyjny</p> <p>Komercyjny (np. SNS, Lact-Aid)</p>	<p>U dzieci, które potrafią chwycić pierś (!)</p> <p>W przypadkach: relaksacji, adopcji, u wcześniaków, w rzeczywistym, nieodwracalnym niedoborze pokarmu.</p>	<p>Najmniej inwazyjna metoda dokarmiania.</p> <p>Zachęca dziecko do ssania piersi.</p> <p>Pozwala na jednoczesną stymulację laktacji.</p> <p>Można go stosować długo, nawet do końca laktacji.</p> <p>Oszczędza czas matki, zwiększa jej kontakt z dzieckiem.</p>	<p>Więcej elementów, bardziej skomplikowany, kosztowny, nie każda matka chce go używać.</p> <p>Nie nadaje się do zastosowania, jeśli współistnieją zaburzenia funkcji ssania lub dziecko nieaktywne.</p> <p>Przy nieprawidłowym użyciu możliwość podrażnienia podniebienia.</p>
<p>Palec + dren + strzykawka</p>	<p>Jako uzupełnienie wspomagania rehabilitacyjnego, gdy stwierdza się zaburzenia funkcji ssania (brak lub dezorganizacja odruchu ssania, zaburzenia pracy języka, słabe napięcie warg), oraz u dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym. Podawanie pokarmu łączymy z ćwiczeniem ssania. Można karmić dziecko nieaktywne, posypiające, z rozszczepem.</p> <p>Jednak nie ma dowodu na to, że palec idealnie naśladuje pierś.</p>	<p>Średnio trudny.</p> <p>Można dozować pokarm.</p> <p>Kontrolujemy synchronizację zassania i podania porcji mleka.</p> <p>Możemy uczyć właściwego chwytania piersi.</p>	<p>Bardziej inwazyjny niż dren przy piersi i kubeczek.</p> <p>Dreny nie są powszechnie dostępne.</p> <p>Wymaga szkolenia personelu i rodziców. Źle podawany palec może powodować wtórne zaburzenia funkcji ssania: nieprawidłowe otwieranie buzi, nieumiejętność chwytania, płytkie ssanie. Powinien być stosowany pod nadzorem konsultanta/doradcy laktacyjnego i/lub rehabilitanta w wybranych sytuacjach medycznych.</p> <p>Można podać za dużo pokarmu lub za szybko.</p> <p>Ryzyko przyzwyczajenia.</p> <p>Można wytworzyć awersję do piersi.</p> <p>Trudniej utrzymać higienę.</p> <p>Może deformować podniebienie.</p>

Metoda	Kiedy stosujemy?	Zalety	Wady
Butelki i smoczki specjalistyczne Habermana, Remonda Prema	Skonstruowane w celach rehabilitacji funkcji ssania, przy zaburzeniach koordynacji ssania, połykania i oddychania oraz innych zakłóceniach rozwoju umiejętności jedzenia (wcześnieiki, dzieci chore), dzieci z uszkodzeniami twarzoczaszki).	Łatwa. Pozwala na karmienie dziecka, którego nie można karmić żadną inną metodą (dziecko może nie być aktywne). Pomaga korygować funkcję ssania. Pozwala zachować fizjologiczny kąt ust.	Kosztowny. Nie tak łatwo dostępny.
Butelka + smoczek (najlepiej o szerokiej podstawie, miękki, elastyczny, najlepiej silikonowy)	U donoszonych po okresie stabilizacji laktacji. Gdy matka jest oddzielona czasowo od dziecka (np. wraca do pracy). Terapeutycznie do nauki ssania dla dzieci słabo ssących i wcześniaków.	Dostępna, łatwa, prosta, dla każdego (babcia, opiekunka). Można podać duże ilości pokarmu. Łatwo zmierzyć ile. Nauka ssania!	Zbyt łatwa (?) Można podać zbyt dużo pokarmu (bez wskazań). Gdy brak koordynacji ssania, połykania i oddychania – ryzyko aspiracji. Problemy wynikające ze złego doboru smoczka: zbyt długi smoczek – gryzienie, zbyt krótki – wypychanie językiem, zbyt wąska podstawa – wąski kąt ust, zbyt duży otwór – za szybki strumień mleka. Problemy wynikające ze złego podawania smoczka: nieprawidłowe otwieranie ust, nadmierna stymulacja oralna, aspiracja, stres. Może być przyczyną nieprawidłowego zgryzu.

Opracowanie własne (Nehring-Gugulska M, Oslislo A) na podstawie:

Lauwers J.: *Quick Reference for Lactation Professional*. Jones and Bartlett Publishers, LLC 2009: 171-184, Vergie I. Hughes, RN, MS. *Breastfeeding equipment and technology*. In: *Core Curriculum for Lactation Consultant Practice*. ILCA, Jones and Bartlett Publishers, 2002, Wight NE, Morton JA, Kim JH. *Human Milk in the NICU*, Hale Publishing, L.P Amarillo, Texas 2008.

ZABURZENIA FUNKCJI SSANIA – JAK ROZPOZNAĆ I JAK POMÓC?

Mgr Aneta Skworc, fizjoterapeuta NDT Bobath

Jakie zaburzenia funkcji ssania możemy najczęściej obserwować podczas nauki karmienia piersią?

1) Fizjologiczna niedojrzałość odruchowych reakcji oralnych /mechanizm ssania, połykania i oddychania jest nieefektywny/

Pierwszym etapem interwencji jest budowa i stabilizacja, odpowiedniej dla danego dziecka i jego sytuacji klinicznej, pozycja: w spoczynku, w trakcie badania, stymulacji oraz karmienia. Najważniejszą zasadą dotyczącą zarówno przemieszczania dziecka na podłożu, w przestrzeni, jak i doboru pozycji ułożeniowych podczas karmienia jest zapewnienie wystarczającej stabilizacji głowy szyi i tułowia (stabilizacja proksymalna), oraz umożliwienie spontanicznej, prawidłowej aktywności części dystalnych ciała.

Kolejnym etapem, po przygotowaniu odpowiedniej pozycji, są próby karmienia i jeżeli to konieczne, ułatwienie prawidłowego ułożenia żuchwy i języka wspomagające rozwój ich kontroli (kontrola żuchwy i języka przez ich dynamiczną stabilizację zewnętrzną). Często działania te są poprzedzone próbami wygaszania wygórowanych odruchów oraz nadwrażliwości jamy ustnej. Techniki jakie możemy stosować ograniczają do minimum manipulację i masaż wewnątrz jamy ustnej. Regułą jest ograniczanie dodatkowych, nie związanych bezpośrednio z daną funkcją bodźców i stymulacji. Przez umożliwienie dziecku doznawania najbardziej zbliżonych do fizjologicznych, prawidłowych pozycji, bodźców i doświadczeń sensomotorycznych wygasza się i hamuje nieprawidłowe wzorce jedzenia.

Wszystkie omówione wyżej działania mają na celu stworzenie jak najlepszych warunków dla:

- normalizacji napięcia mięśni uczestniczących w procesie jedzenia,
- polepszenia mechanizmu i rytmu ssania i połykania,
- polepszenia mechanizmu i rytmu oddychania w trakcie jedzenia,
- wygaszania wygórowanych lub przetrwałych odruchów (kąsanie, odruch wymiotny)

2) Nieprawidłowa ewolucja reakcji odruchowych /wygórowana reakcja kąsania/.

Mechanizm odruchowej reakcji kąsania opiera się na rytmicznym otwieraniu i domykaniu żuchwy. Jest to odpowiedź fizjologiczna na stymulację dziąseł (trwa tak długo jak długo przebiega stymulacja) Faza szczytowej aktywności tego odruchu przypada na 2-4 miesiąc życia, a ostateczne wygaszenie (w zależności od sposobu karmienia) nastąpić do 6-7 miesiąca życia. W jaki sposób możemy pomóc, ograniczyć wpływ wygórowanej reakcji kąsania? Palec wskazujący układamy między żuchwą górną, a dolną w szparze między zębowej, delikatnie przesuwamy palec w kierunku kącika ust.

Wszystkie czynności jakie wykonuje się przy dziecku powinny być: przemyślane i logicznie uzasadnione.

- 3) Słaba lub nieskoordynowana aktywność języka. Zaburzenia związane z językiem:
- zbyt mały język, – cofnięty język nie może łatwo układać się w „rynienkę”,
 - nieprawidłowe wzmożone, obniżone lub zmienne napięcie mięśni,
 - asymetria języka /asymetria ułożeniowa dziecka/

w jaki sposób możemy stymulować język? Najmniejszy palec wkładamy do ust dziecka opuszką skierowaną do języka, jeżeli nie uzyskamy efektu pracy języka, możemy ponowić próbę wkładając palec zwrócony opuszką skierowaną na podniebienie.

Należy kontrolować w jaki sposób dziecko i matka reagują na nasze propozycje!!!

Rehabilitacja dzieci, u których występuje problem z karmieniem powinna być podjęta jak najwcześniej, ponieważ zaburzenia wczesnych funkcji oralnych mają bezpośredni wpływ na dalszy rozwój funkcji jedzenia, na prawidłowe wykształcenie aparatu oddechowego i aparatu artykulacyjnego, a przede wszystkim na rozwój mowy.

Wszystkie aspekty tego postępowania są umocowane naukowo w znanej koncepcji NDT-Bobath /NeuroDevelopment Treatment/. Terapeuci NDT-Bobath na kursach podstawowych i doskonalających przechodzą długotrwałe szkolenie z zakresu kontroli i stymulacji rozwoju sfery oralnej. Istotą postępowania terapeutycznego jest takie wspomaganie rozwoju dziecka, by osiągnęło w miarę swojego potencjału oraz przy indywidualnej dynamice-wzorce funkcji i aktywności własnych, maksymalnie zbliżone do neurorozwojowych (fizjologicznych).

Piśmiennictwo:

1. Bly L.: Baby Treatment Based on NDT-Principles. 1996
2. Bobath B., Bobath K.: Control of motor funktion in the treatment of cerebral palsy. 1957
3. Brazelton B.: Emocjonalny i fizyczny rozwój twojego dziecka przez pierwsze lata życia: punkty zwrotne. 2002
5. Łada A.: Warszawskie Warsztaty Neonatologiczne, uwarunkowania Wczesnego Rozwoju i Postępy jego Zaburzeń. 2004
6. Zawitkowski P., Bartochowski A.: Medycyna Wieku Rozwojowego. 7. Bołtrusko I.: Zaburzenia Funkcji ssania, przyczyny, diagnozowanie i postępowanie. 2005

ANOREKSJA NIEMOWLĘCA – CZY TO MOŻLIWE?

mgr Wanda Urmańska, IBCLC

Pod koniec lat 80. XX wieku amerykański badacz rozwoju, Alan Sroufe, postawił tezę, że większość zaburzeń klinicznych, obserwowanych u dzieci do 3 roku ich życia, opisuje się w kategoriach zaburzeń zachowania, podczas gdy w swojej istocie są to zaburzenia relacji (za: Zeanah i inni, 2005). Najbardziej powszechne z nich to zaburzenia snu i karmienia. Musimy myśleć o nich rozwojowo, a jednocześnie zauważać emocje przepływające między rodzicami i dziećmi. To jak dzieci śpią i jak jedzą, to z jednej strony wynika z ich temperamentu i osobowości, z drugiej ich rozwój jest efektem więzi z rodzicami. Ustalenie rytmu snu i czuwania, czy rytmu karmienia jest również wynikiem interakcji rodzic-dziecko (matka-dziecko), interakcji będących podstawą tworzącego się przywiązania. Rytm karmienia w dużej mierze ustala się w pierwszych tygodniach życia dziecka. Matka i dziecko nawzajem się poznają, a dziecko stopniowo osiąga autonomię. Jej osiągnięcie jak również wzajemne ustępstwa w drodze do jej osiągnięcia wpływają na przyszłe relacje (Emanuel, 2008).

A zatem rozważając zaburzenia karmienia nie można ignorować podstawowych założeń, że:

- Istnienie psychiczne i rozwój człowieka opierają się na relacji z innymi (Stern, 1985)
- Relacja i więź z opiekunami stanowią bazę dla osiągnięć rozwojowych dziecka, a wśród nich zdolności samoregulacyjnych
- Na specyfikę interakcji dziecka i opiekuna składają się zachowania obojga partnerów: (Zeanah, 2005). Dziecko nie jest biernym odbiorcą naszych działań, ale aktywnie w nich uczestniczy i ma na nie wpływ.

Relacja dziecka i rodzica jest zatem mediatorem pomiędzy rozwojem, a czynnikami ryzyka rozwojowego; może modyfikować działanie tych czynników i stanowić mechanizm chroniący dziecko przed ich niekorzystnym wpływem lub wzmacniać mechanizm zaburzający rozwój dziecka (Zeanah i inni, 2005).

We wczesnym niemowlęctwie znaczną część czasu, w którym dziecko znajduje się w stanie spokojnego czuwania wypełniają interakcje między matką a dzieckiem charakteryzujące się wzajemnym zaangażowaniem w akcie karmienia. Sukces czy porażka we wczesnych relacjach podczas karmienia mogą być prognostyczne zarówno co do sukcesu czy porażki w innych interakcjach matka-dziecko, a nawet jakości ich wzajemnej więzi (j.w.)

Podstawowe lęki i zmartwienia matki w okresie poporodowym koncentrują się wokół czterech obszarów (motherhood constellation – Stern, 1995):

- Życie i wzrost
- Podstawowe więzi/relacje
- Społeczny system wsparcia
- Reorganizacja tożsamości

W procesie karmienia zaangażowane są praktycznie wszystkie cztery obszary: Czy będę zdolna nakarmić dziecko i utrzymać je przy życiu? Zbudować z nim więź, nawet gdy odmówi pokarmu? Kto mi pomoże jeśli nie będę mogła z nim wytrzymać?...

Poważnym zaburzeniem karmienia (feeding disorder FD) jest anoreksja niemowlęca. Wprawdzie nie znajdziemy jej w klasyfikacji klinicznej ICD-10, ale w amerykańskiej DSM IV oraz w klasyfikacji DC 0-3R, uwzględniającą specyfikę rozwojową i wczesnodziecięcą.

DSM IV: FD – zaburzony proces separacji (niemowlęca anoreksja)

- Początek – zwykle 6 miesiąc - 2 rok życia
- czynna odmowa jedzenia – ostre lub przewlekłe niedożywienie
- zachowanie dzieci – wywołuje lub nasila lękowe postawy u rodziców – wzmacnia ich kontrolującą postawę wobec dziecka – konflikt w relacjach
- koncentracja (matek) czy i ile dziecko zjadło – jedzenie kontrolowane zewnętrznie przez interakcje, zamiast wewnętrznie – poprzez odczucie głodu
- różnicować z innymi typami zaburzeń odżywiania oraz problemami pochodzenia organicznego (zaburzenia metaboliczne, reflux) DC 0-3 R: musi spełniać **wszystkie** poniższe kryteria:
- Niemowlę lub małe dziecko odmawia zjadania adekwatnej ilości pokarmu CO NAJMNIEJ PRZEZ MIESIĄC
- Odmowa jedzenia pojawia się przed trzecim rokiem życia dziecka
- Niemowlę lub małe dziecko nie sygnalizuje głodu i przejawia brak zainteresowania jedzeniem, ale jest silnie zainteresowane eksplorowaniem, interakcjami z opiekunem lub jednym i drugim
- U dziecka wyraźny jest niedobór wzrostu
- Odmowa jedzenia nie jest następstwem zdarzenia traumatycznego
- Odmowa jedzenia nie jest związana z leżącą u jego podstaw chorobą fizyczną.

Opis przypadku:

Kubuś, urodzony w maju 2008

Pierwsza wizyta wrzesień 2008 – 4,5 miesiąca.

Problem: odmawia jedzenia, karmiony podczas snu (na trzeźwo pozwala sobie wcisnąć 2 łyżeczki); waga urodzeniowa 3680 25 centyl; obecnie poniżej 3-go centyla. Rodzice nie zgłaszają innego problemu: dziecko ciekawe świata, w dobrym kontakcie.

Ważne szczegóły z wywiadu:

- Pierwsze dziecko, długo oczekiwane, po podjęciu starań o adopcję poczęło się.
- Pod koniec ciąży tracą ukochanego psa.
- Poród bez komplikacji.
- Wielkie trudności z karmieniem piersią, wizyta w poradni laktacyjnej, do 3-go miesiąca karmione piersią i odciągniętym mlekiem matki
- Pod dobrą opieką pediatryczną wykluczono refluks i alergię.
- Nadwrażliwy dźwiękowo oboje rodzice śpiewają w chórze (hobby)
- Dziecko „w ogóle nie płacze”, aktywne. Rozwój motoryczny w normie rozwojowej.
- Matka spięta i przeciążona macierzyństwem, ale jak twierdzi najtrudniejsze ma za sobą.

Praca z Kubusiem i rodzicami: 2 wizyty diagnostyczne i 4 terapeutyczne skoncentrowane głównie na relacjach w triadzie, emocjach matki i obserwacji zachowania Kubusia. Matka ma przestrzeń do wyrażenia uczuć związanych z oczekiwanym macierzyństwem i opieką nad dzieckiem; wzmacniana jest w swoich kompetencjach i łapaniem równowagi w „kawałku dla siebie” (gdy Kubuś ma 6 miesięcy wraca do pracy 3x3 godz./tydzień i 1 x tygodniowo próba chóru). Zachęcana do redukcji

karmienia w trakcie snu i dawania różnych smaków kubeczkiem lub łyżeczką. 3 miesiące przerwy w oczekiwaniu na efekty z możliwością konsultacji w razie potrzeby.

Wizyta kontrolna w wieku 9 miesięcy: Kubuś je 5 posiłków wyłącznie w stanie czuwania, dopominając się o jedzenie. Matka szczęśliwa i nie martwi się, że posiłki nie są bardzo obfite. Kubuś radosny i ciekawy świata i kontaktu.

Pytania:

- Czy wcześniejsza interwencja psychologiczna uratowałaby karmienie piersią?
- Jakie duchy znad kołyski trzeba było przegonić: duch psa; zbyt oczekiwane macierzyństwo, za małe wsparcie matki?...
- Jakie anioły pomogły? Wsparcie męża?... Szerszy kontekst powrót do pracy, uzdrowienie relacji z teściową?...
- Zbyt wczesne odstawienie od piersi może zaburzyć karmienie w ogóle?...
Nie na wszystko łatwo odpowiedzieć

Literatura:

Emanuel L., Bradley E.: What can the matter be? Karnac. London 2008.

Klasyfikacja diagnostyczna DC: 0-3 R (praca zbiorowa). Of. Wyd. Fundament. Warszawa 2008.

Stern D.: The Interpersonal World of the Infant. Basic Books. New York 1985.

Stern D.: The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. Basic Books. New York. 1995.

Zeanah Ch. I in.: Handbook of Infant Mental Health. Guilford Press. New York. 2005.

DLACZEGO RANA BRODAWKI NIE GOI SIĘ?

lek. med. Monika Żukowska-Rubik, IBCLC

Do poradni zgłosiła się pacjentka w 8 tygodniu po porodzie z powodu nie gojących się ran brodawek. Ranki powstały w pierwszym tygodniu po porodzie. Pacjentka stosowała ponad pięć różnych maści pielęgnacyjnych bez poprawy. Po przerwaniu karmienia prawą piersią na kilka dni stan brodawek poprawił się nieco, ale nie nastąpiło całkowite wygojenie.

Na lewej brodawce w dniu wizyty obecny był niewielki strupek, natomiast na prawej głęboka nadżerka, brzegi rany były obrzęknięte. Rozpoznano nadkażenie bakteryjne i grzybicze ran, zalecono zastosowanie clotrimazolu i bactrobanu miejscowo oraz flukonazolu ze względu na rwący ból piersi. W czasie leczenia rana prawej brodawki zmniejszała się, ale dopiero po odstawieniu dziecka od tej piersi na 4 doby zamknęła się całkowicie. Rwący ból piersi ustąpił. Dziecko od początku prawidłowo przybierało na wadze, technika karmienia oraz sposób ssania piersi były prawidłowe. W różnicowaniu przyczyn przewlekłych ran brodawek zawsze należy wziąć pod uwagę, poza nieprawidłowym ssaniem czy wadami anatomicznymi jamy ustnej dziecka, zakażenie bakteryjne lub grzybicze. Z rzadszych przyczyn należy uwzględnić reakcje alergiczne, cukrzycę, niedokrwistość u matki. Należy pamiętać, że maści i kremy pielęgnacyjne nie leczą zakażenia.

Literatura:

Morland-Schultz K, Hill PD.: Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005 Jul-Aug; 34(4):428-37.

Dennis CL, Allen K, McCormick FM, Renfrew MJ.: Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007366. DOI: 10.1002/14651858.CD007366.

Wilson-Clay B, Hoover K.: *The Breastfeeding Atlas*. Third Edition. Lact News Press, Austin, Texas 2005.

Spencer JP.: Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician.* 2008 Sep 15;78(6):727-31

MATKA NIE CHCE KARMIĆ – USZANOWAĆ JEJ WYBÓR?

lek. med. Magdalena Nehring-Gugulska, IBCLC

Udzielając porady laktacyjnej mamy na celu ochronić karmienie piersią. Jednak w przebiegu postępowania terapeutycznego zdarza się, że matka, napotykając na trudności, chce przerwać karmienie piersią. Czy należy uszanować taki wybór matki? Jak dalece możemy nakłaniać matkę do zmiany decyzji? Jakich użyć argumentów? Jak szybko wycofać się i pozostawić decyzję matce?

Matka lat 37, wykształcenie wyższe, drugie dziecko. Rodzi dziecko z nastawieniem, że nie chce karmić. Karmiła pierwsze z powodzeniem. Ale teraz chce być wolna. Jednak rozpoczyna karmienie po porodzie. Ponieważ nie uzyskuje informacji na temat postępowania w laktacji ani właściwego instruktażu techniki karmienia, po kilku dniach pojawiają się liczne problemy laktacyjne: zastój, zapalenie piersi, słaby przyrost masy, nieogojące się uszkodzenie brodawki, zbyt szybki wypływ. Postępowanie terapeutyczne wymaga utrzymania karmienia piersią. Jednak gdy trudności mijają, narasta niechęć do dalszego karmienia. Matka postanawia zaprzestać karmienia.

Jaką postawę powinien przyjąć konsultant/doradca?

Za opiekę i żywienie dziecka odpowiadają jego rodzice. To oni podejmują decyzję jak dziecko będzie żywione. Trzeba tę decyzję uszanować. Naszą rolą jest:

1. Przekazywać prawdziwe, rzetelne informacje na temat każdego sposobu żywienia niemowląt.
2. Pomagać matkom rozpoznawać uczucia i oddzielać je od faktów.
3. Pokazywać możliwe sposoby postępowania.
4. Udzielać wsparcia matce w każdej sytuacji .

Właściwa postawa konsultanta/doradcy wobec informacji od matki, że zamierza przestać karmić dziecko piersią to OTWARTOŚĆ i RZETELNOŚĆ. Osiągamy ją poprzez:

1. Potwierdzenie wartości karmienia naturalnego:
 - a. pochwała za dotychczasowe karmienie
 - b. informacja, że utrzymanie karmienia piersią jest elementem podejmowanej terapii matki (np. w zapaleniu piersi)
 - c. informacja, że podawanie każdej ilości pokarmu kobiecego ma wartość odżywczą i zdrowotną dla dziecka (np. przeciwciała)
 - d. informacja, że mleko modyfikowane nie jest tym samym, co pokarm (unikalna, czynna biologicznie substancja)
2. Nazwanie uczuć matki w obecnej sytuacji.

3. Stwierdzenie faktów (waga, stan ogólny, etap terapii, rokowanie).
4. Pokazanie najlepszych możliwości postępowania w tej sytuacji: utrzymanie karmienia na czas terapii, odstawianie stopniowe (jak to zrobić, jakie mogą być problemy przy zbyt szybkim odstawianiu, kiedy laktacja wygasa), karmienie mieszane (jak je prowadzić, jak monitorować przyrost masy, jak stosować mieszankę lub jak odciągać pokarm).
5. Wyrażenie chęci pomocy, jeśli pojawią się nowe okoliczności.

Nie należy:

- wyrażać braku akceptacji dla decyzji matki, czyli oceniać, krytykować, lamentować itp.
- wywierać presji, czyli stosować silnych lub nieprawdziwych argumentów, nie dawać wyboru, straszyć i in.
- wchodzić w kompetencje matki, czyli przejmować kontrolę nad jej dzieckiem i laktacją, sterować jej decyzjami, nadmiernie chcieć karmić piersią za matkę.

Matka poszukiwała pomocy w prywatnej klinice oraz na izbie przyjęć szpitala, gdzie urodziła dziecko. Uzyskała wiele sprzecznych informacji oraz niewłaściwą poradę laktacyjną. Problemy narastały, stan ogólny matki pogarszał się, a wraz z nim niechęć do karmienia. Na tym etapie miałam pierwszy kontakt z matką. Podejmując się prowadzenia terapii zapalenia piersi wytłumaczyłam matce wartość utrzymania karmienia piersią. Moja postawa była bardzo zdecydowana. Nie dałam wyboru. Na dalszym etapie, gdy nawet czasowe odstawienie od piersi było konieczne w trakcie leczenia niegojącej się brodawki, zrozumiałam i zaakceptowałam wybór matki. Pochwaliłam, że tak długo, pomimo trudności, dała radę karmić. Od lekarza POZ uzyskała pełną informację o leku hamującym laktację i jego działaniach ubocznych. Ode mnie uzyskała informacje: o sposobie odstawiania stopniowego, o możliwości karmienia mieszanego, że jest wartościowsze niż sztuczne. O sposobach mieszania pokarmu z mlekiem modyfikowanym, aby dostarczyć przeciwciała. Pozostałam do dyspozycji.

Po 3 miesiącach uzyskałam informację zwrotną: Co było dla niej ważne?

Nie została oceniona ani przez lekarza POZ, ani konsultanta. Nie odczuła presji (terroru laktacyjnego), dostała rzetelną informację, zarówno dotyczącą karmienia piersią jak i karmienia mieszanego oraz leku, który zamierza przyjąć. Podanie informacji i sugestii dalszego postępowania nie odebrało jej kompetencji matki. Czuliła się ważna, że podejmuje decyzję o swoim dziecku. Budowała w sobie poczucie odpowiedzialności. Zaczynała rozumieć, że konsekwencje jej decyzji poniesie ona i jej dziecko. Dlatego wciąż szukała najlepszego rozwiązania pozostając otwarta na uzyskiwaną wiedzę.

Życie napisało dalszy ciąg tej historii. Matka z poczuciem kompetencji i odpowiedzialności odegrała główną rolę w scenariuszu. Podjęła samodzielnie decyzję o powrocie do karmienia piersią. Karmi do dziś (5 mc wyłącznie piersią). A ja pozostałam dla niej niezapomnianym drogowskazem na rozstaju dróg.

Wykorzystałam:

1. Historię mojej pacjentki za jej zgodą.
2. Mohrbacher N, Stock J. The Breastfeeding Answer Book. La Leche League International. Third edition, 2005.

GDY NIE MA JASNYCH ODPOWIEDZI CZYLI O PROBLEMACH ETYCZNYCH W PORADNICTWIE LAKTACYJNYM

mgr Joanna Żołnowska, IBCLC

Agnieszka Pietkiewicz, IBCLC

Joanna Winiarska, IBCLC

Gdy udzielamy porady laktacyjnej, poznajemy naszych klientów, ich problemy nierzadko dochodzimy do punktu, w którym czujemy, że same nie damy rady. Dlaczego? Ponieważ problem jest wyjątkowo trudny, nie mamy doświadczenia w jego prowadzeniu (np. indukowanie laktacji), przekracza on granice naszych kompetencji zawodowych jestem położną, a trzeba włączyć leczenie antybiotykiem lub przekracza granice problematyki laktacyjnej dotyczy np. trudnej sytuacji ekonomicznej danej rodziny.

Jak dzielić się informacjami o pacjentce, by zapewnić jej odpowiednią pomoc, a jednocześnie nie naruszyć jej praw, nie złamać tajemnicy zawodowej? Sposób postępowania konsultanta laktacyjnego, położnej czy lekarza w takich przypadkach regulują odpowiednie akty prawne karta praw pacjenta, kodeksy etyczne, ustawy o zawodach: lekarza oraz pielęgniarki i położnej.

Kodeks Etyczny IBCLC nakazuje przestrzegać powierzonych tajemnic (pkt 6) oraz wymagać i otrzymywać zgodę na dzielenie się problemami klinicznymi i informacjami z lekarzem pierwszego kontaktu lub innym lekarzem prowadzącym klienta (pkt 23). Zgoda powinna być wyrażona na piśmie w rutynowym formularzu i to przed rozpoczęciem konsultacji.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej podchodzi do tych kwestii nieco bardziej liberalnie. Jest w nim zapis, że pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym i społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej. Temu stwierdzeniu towarzyszy jednakże klauzula, że „przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej”.

Analogiczne zapisy znajdujemy w Ustawie o Zawodzie Lekarza oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Na podstawie wymienionych wyżej uregulowań i aktów prawnych pracownik ochrony zdrowia jest zwolniony z zachowania tajemnicy zawodowej wtedy, gdy pacjent wyrazi na to zgodę lub jeżeli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób. Sytuacja dzielenia się informacjami o pacjencie wydaje się być dobrze opisana, gdzie więc miejsce na wątpliwości? A jednak.

Trudna sytuacja ekonomiczna (JŻ, AP.)

Opis przypadku

Położna/ IBCLC udziela pomocy laktacyjnej matce dziecka, które nie przystawia się do piersi. Trudności wynikają m.in. z nieprawidłowości w budowie jamy ustnej dziecka

(asymetria ułożeniowa twarzy, słabe napięcie mięśni ust, pionizowanie języka). Do dnia wypisu nie udaje się uzyskać efektywnego ssania piersi przez dziecko. Udaje się natomiast rozbudzić laktację u matki dziecko jest karmione wyłącznie odciągającym pokarmem.

Podczas omawiania z położnicą sposobu karmienia dziecka w domu, położna dowiaduje się od matki, że jej sytuacja rodzinna jest bardzo trudna, że nie stać ją na wypożyczenie czy zakup profesjonalnego laktatora. Położnica sprawia wrażenie osoby życiowo niezadowolonej.

Co robi położna na podstawie adresu pacjentki ustala, pod opieką jakie przychodni będzie po wypisie, dzwoni do położnej środowiskowej podaje jej adres, nazwisko i prosi o dalszą opiekę oraz o kontakt z pracownikiem socjalnym w kwestii sfinansowania zakupu laktatora.

Konsultant Wojewódzki ds. Pielęgniarstwa dr n. med. Aleksandra Gaworska-Krzemińska widzi tę kwestię następująco: „W sytuacji pełnej świadomości Pacjentki zawsze musimy uzyskać od niej zgodę na przekazywanie jakichkolwiek danych personalnych, które umożliwiają jej identyfikację, najlepiej na piśmie. Jest to pomoc, ale również ochrona dla nas. Sprawy dotyczące wsparcia społecznego położna może realizować samodzielnie (odnotowując w dokumentacji), jednak jeśli zahaczają one o stan zdrowia zawsze powinna nastąpić konsultacja z lekarzem prowadzącym.”

Tak więc położna postąpiła w sposób nieetyczny? Jej działania – podjęte w dobrej wierze – były wbrew prawom pacjenta? Czy na pewno?

Czy położna środowiskowa nie jest członkiem zespołu terapeutycznego w świetle Kodeksu Etyki Położnej, którego należy poinformować, o potrzebie szczególnego zwrócenia uwagi na nową podopieczną?

A może jednak położna powinna uzyskać od pacjentki zgodę na interwencję w takiej sytuacji, z tego względu, że nie jest to przypadek zagrożenia życia ani zdrowia? Chociaż, czy zdrowie dziecka nie będzie zagrożone, jeśli pozbawi się je pokarmu matki? A co by było, gdyby pacjentka nie życzyła sobie dalszej pomocy – czy położna może mieć spokojne sumienie, jeżeli to – być może – tylko ona zna trudną sytuację tej rodziny?

Przemoc domowa (JŻ, AP.)

Opis przypadku – stosowanie przemocy emocjonalnej.

Konsultant laktacyjny udziela porady podczas wizyty domowej. Dziecko ma 7 dni i dużo płacze. Przestraszona matka nie jest w stanie uspokoić noworodka i tuż przed przyściem konsultanta zamawia wizytę pediatry. Dzwoni do męża, żeby przyszedł do domu wcześniej niż zwykle, bo coś niepokojącego dzieje się z dzieckiem. Podczas porady udaje się dziecku uspokoić i przystawić do piersi. Pacjentka telefonicznie odwołuje wizytę pediatry.

Po kilkunastu minutach przyjeżdża ojciec dziecka. Awanturuje się. Jest oburzony, że musiał przerwać mecz tenisa z powodu „fanaberii” żony. Zabrania jej korzystać z pomocy pediatry bez jego zgody. Konsultant laktacyjny nie podejmuje żadnych działań w związku z przemocą emocjonalną, której był świadkiem.

Opis przypadku przemoc fizyczna.

Konsultant IBCLC na oddziale położniczym udziela matce bliźniąt porady laktacyjnej. Pacjentka dwie doby po porodzie karmi raz jedno, raz drugie dziecko i jest bardzo zmęczona. Konsultant zachęca matkę do podjęcia próby karmienia jednoczesnego.

Pacjentka z niezrozumiałych powodów długo nie może się zdecydować, by karmić w pozycji spod pachy dwójkę dzieci jednocześnie. W końcu zgadza się i odsłania obie piersi, by przystawić obu synków. Pomiędzy piersiami ma nietypowe świeże blizny: ślady po oparzeniach papierosem. Konsultant koncentruje się na przystawieniu dzieci do piersi. W sprawie oparzeń, które stanowiły symptom stosowania przemocy, nie podejmuje żadnych działań.

W obu przypadkach konsultant IBCLC był świadkiem przemocy czyli osobą, która uczestniczy w procesie przemocy w sposób:

- bezpośredni, gdy widzi lub słyszy akt przemocy
- pośredni, gdy wie o stosowaniu przemocy lub się domyśla, że przemoc jest stosowana.

To nieprawda, że ofiara nie chce pomocy albo że akceptuje swoją sytuację. Osoby doznające przemocy nie zawiadamiają policji, ani służb socjalnych z różnych powodów:

- Nie mają nadziei na to, że coś można zmienić, że ktoś może im pomóc.
- Boją się, że ich sytuacja się pogorszy, gdy tylko podejmą jakiegokolwiek działania.
- Przeżywają upokorzenie i wstyd, gdy ktoś dowiaduje się o ich sytuacji.
- Czują się winne za to, że sprawca stosuje wobec nich przemoc.
- Nie wierzą, że ktoś będzie chciał zeznawać, że był świadkiem stosowania wobec nich przemocy.

Przemoc jest przestępstwem ściganym z urzędu:

art. 207 Kodeksu karnego (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553):

- § 1. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
- § 2. Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.
- § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Wg policyjnych statystyk w 2008 roku było 139 747 ofiar przemocy, wobec których została uruchomiona procedura Niebieskiej Karty (Komenda Główna Policji, 2008). Wg badań Centrum Badania Opinii Społecznej (2005) 15% Polek przyznaje, że doznało przemocy fizycznej ze strony swojego partnera. Wyzwisk, krzyków, agresji słownej ze strony partnera doświadcza 27% dorosłych pozostających w stałym związku. Co dziesiąty badany narażony jest na poniżenia, kpiny. Badania TBOS wskazują na to, że aż 80% osób doznających przemocy psychicznej, ekonomicznej, fizycznej lub seksualnej nie korzysta z żadnych form pomocy.

Co możesz zrobić?

1. Jeżeli osoba doznająca przemocy opowiada o swojej sytuacji, wysłuchaj jej i uwierz w to co mówi
2. Nazwij rzecz po imieniu: to co robi sprawca, to jest przemoc i nie wolno mu robić takich rzeczy.
3. Poinformuj ją, gdzie może uzyskać pomoc najlepiej dać jej kartkę z adresami do ręki.
4. Powiadom osoby, które zajmują się interwencją kryzysową: ośrodek interwencji kryzysowej, ośrodek pomocy społecznej, policję.

Ważne: osoba doznająca przemocy może potrzebować tygodni, miesięcy, a nawet lat, by zdecydować się na dokonanie zmiany. Nie spodziewaj się, że natychmiast podejmie działania, które poprawią jej sytuację. Twoje słowa mogą zaowocować dopiero po długim czasie, ale pamiętaj, że taka interwencja na pewno przyniesie korzyść.

Informacje na temat miejsc, w których osoba doznająca przemocy może otrzymać pomoc znajdują się na stronie Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”: www.niebieskalinia.pl. Dobrze jest wcześniej zebrać dane na temat dostępnych lokalnie źródeł pomocy oraz zakresu działań poszczególnych instytucji.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (2005 Dz. U. z 2005 r. Nr 180 poz. 1493)

Art. 12.

Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub prokuratora.

2. Projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (luty 2009):

Art. 12. § 1. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.

§ 2. Osoby będące świadkami użycia przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

3. Kodeks Postępowania Cywilnego (Dz. U. z 1964r. Nr 43 poz. 296 z późn. zm.)
Art.572 § 1 Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.

Art.572 § 2 Obowiązek wymieniony w § 1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

4. Kodeks Postępowania Karnego (Dz. U. z 1997r. Nr 89 poz. 555 z późn. zm.)

Art. 304 § 1 Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję (...).

§ 2 Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

5. Karta Praw Pacjenta (Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl, 2009)
 20. Prawo do ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz innych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.); art. 18 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; § 52 ust. 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej).
 21. Prawo do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych przez personel medyczny w związku z wykonywaniem zawodu z uwzględnieniem wyjątków przewidzianych w przepisach prawa (art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry; art. 21 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; art. 29 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (1997r. Dz. U. Nr 28, poz. 152)
 - Art. 40. 1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
 2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy: zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.
7. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (1996r. Dz. U. Nr 91 poz. 410) Rozdział 4
 - Art. 21. 1. Pielęgniarka, położna ma obowiązek do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
 2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób.
8. Kodeks Etyki Lekarskiej
 - Art. 23. Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.
 - Art. 24. Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.
 - Art. 25. Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić: gdy pacjent wyrazi na to zgodę, jeżeli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz jeżeli zobowiązują do tego przepisy prawa.
 - Art. 27. Lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka.

Gdy dziecko umiera... (JW.)

Towarzystwo karmiących mamom i ich dzieciom, jest dla nas konsultantek IBCLC źródłem wielkiej satysfakcji, szczególnie wtedy, gdy karmienie, mimo trudności, udaje się.

Czasem musimy zmierzyć się z porażką, uczuciem zawodu, kiedy pomimo naszego zaangażowania, mama decyduje o zakończeniu karmienia piersią lub mimo sprzyjających warunków, w ogóle go nie podejmuje.

Bywają w naszej pracy doświadczenia szczególne, spotkania, które zmieniają nasze życie. Dzięki nim, dojrzewamy, nabieramy dystansu do siebie i świata, odkrywamy prawdziwe wartości. Towarzysząc mamom (rodzicom) dzieci ciężko lub nieuleczalnie chorych, podejmujemy prawdziwe wyzwanie. Uczymy się życia, będąc z nimi, kiedy dzieci odchodzą... Kiedy kończy się rola konsultanta, zawarta w Kodeksie Etyki, nadal pozostaje nasza ludzka wrażliwość. Tutaj nie ma już obowiązku, ale jest wielka potrzeba służenia pomocą i wsparciem. Choćby to była tylko rozmowa lub cierpliwe i uważne wysłuchanie. To współ-cierpienie wymaga odwagi wejścia w trudny dla każdego temat choroby i śmierci.

Dla mnie takim doświadczeniem był przypadek Kacpra, wcześniaka urodzonego w 34 Hbd, obciążonego torbielowatością nerek. Był karmiony piersią/pokarmem przez ok. 3 miesiące. Przeszedł operacje usunięcia obu nerek, był dializowany otrzewnowo w domu. Jego mama nie mogła już utrzymać laktacji z powodu nadmiaru pracy przy dziecku. Jeszcze przez jakiś czas Kacper otrzymywał niewielkie porcje pokarmu swojej mamy, także mrożonego. Miało to duże znaczenie, szczególnie po operacji.

Mimo tak trudnej sytuacji, mama Kacperka zachowywała wielki optymizm, pogodę ducha i radość z każdego dnia. Pamiętam, jak często mówiła, ciesząc się z nowych osiągnięć synka: „A miało go nie być.”

Mały pięknie się rozwijał, chodził, a właściwie biegał, mówił, znał książki na pamięć, ostatnio „łapał” angielskie i francuskie słówka i zwroty. Czekał na rodzinny przeszczep nerki.

Jego stan pogorszył się nagle, umarł dwa dni przed trzecimi urodzinami.

Piśmiennictwo:

Centrum Badania Opinii Społecznej, *Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań*. CBOS W-wa 2005
Chair of the Discipline Committee International Board of Lactation Consultants, *Kodeks Etyki Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych*, IBCLE 2005, strona internetowa www.iblce-europe.org, 2009
Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Uchwalony przez IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2003. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku. Gdańsk 2008.

Kodeks Karny (Dz. U. 1997 nr 88 poz. 553)

Kodeks Postępowania Karnego (Dz. U. z 1997r. Nr 89 poz. 555 z późn. zm.)

Kodeks Postępowania Cywilnego (Dz. U. z 1964r. Nr 43 poz. 296 z późn. zm.)

Komenda Główna Policji, *Statystyki Policyjne 2008*, strona internetowa www.policja.pl, 2009

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. *Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (projekt z lutego 2009 r.)*. Biuletyn Informacji Publicznej, strona internetowa www.mps.gov.pl, 2009.

Minister Zdrowia. *Karta Praw Pacjenta*. Ministerstwo Zdrowia, strona internetowa www.mz.gov.pl, 2009
Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Kodeks Etyki Lekarskiej. Strona internetowa Naczelnej Izby Lekarskiej www.gazetalekarska.pl, 2009

Ośrodek Badania Opinii Publicznej. *Polacy wobec zjawiska przemocy w rodzinie oraz opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa pracy i polityki społecznej*, TNS OBOP Warszawa 2007.

Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (2005r. Dz. U. z 2005 r. Nr 180 poz. 1493)

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (1997r. Dz. U. Nr 28, poz. 152)

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (1996r. Dz. U. Nr 91 poz. 410)

Informacje o wykładowcach seminarium

Katarzyna Szamotulska

Dr n. med. Jest epidemiologiem i ekonometrykiem, Kierownikiem Zakładu Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Kierownik wielu projektów m.in. EURO-PERISTAT II, w ramach Narodowego Programu Zdrowia – monitorowanie celu nr 13: Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała. Autorka wielu publikacji o zdrowiu dzieci, epidemiologii oraz ekspertyz dla Ministerstwa Zdrowia.

Krystyna Witkowska

Jest prawnikiem od 1981 roku. Od 1 lipca 1982 roku pracuje w Prokuraturze. Na przestrzeni lat pracowała kolejno w Prokuraturze Rejonowej, zajmując stanowiska początkowo prokuratora Prokuratury Rejonowej, kierownika działu śledczego, zastępcy prokuratora Rejonowego i prokuratora rejonowego. Przez 6 lat pełniła funkcję rzecznika prasowego, następnie Prokuratora Rejonowego w Prokuraturze Okręgowej w Warszawie i Prokuratora Działu Nadzoru w Wydziale Organizacyjnym Prokuratury Okręgowej Warszawa Praga w Warszawie.

Od 2 lat zajmuje się pracą naukową, publikując artykuły z zakresu postępowania karnego i jest w trakcie pisania pracy doktorskiej.

Anna Oslislo

Dr n. med., specjalista pediatrii i neonatologii, od 2005 roku IBCLC, nauczyciel akademicki z 25-letnim stażem, wykładowca kursów dotyczących problemów laktacji organizowanych przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią w Warszawie i w Zabrzu oraz Centrum Nauki o Laktacji. Aktualnie pracuje na Wydziale Opieki Zdrowotnej w Wyższej Szkole Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej oraz w Oddziale Noworodków i Wcześnieaków w Knurowie. Autorka i współautorka 55 prac naukowych, współautorka skryptów i podręcznika nt. karmienia piersią.

Aneta Skworc

Fizjoterapeutka NDT-Bobath. Na co dzień pracuje w Poradni Wczesnej Interwencji w Centrum Edukacji i Rehabilitacji w Zabrzu. Ma doświadczenie w pracy na Oddziale Intensywnej Terapii oraz na Oddziale Noworodków i Wcześnieaków w Zabrzu. Od roku wykładowca w Centrum Nauki o Laktacji. Organizatorka wielu szkoleń i warsztatów dla lekarzy i terapeutów na terenie śląska.

Wanda Urmańska

Psycholog kliniczny, konsultant laktacyjny IBCLC od 1997 roku, asystent w Zakładzie Wczesnej Interwencji Psychologicznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Monika Żukowska-Rubik

Lekarz, konsultant IBCLC od 2003 roku, od 14 lat pracuje w poradni laktacyjnej Szpitala Św. Zofii w Warszawie, jest wykładowcą i trenerem szkolenia praktycznego na kursach dla kandydatów na konsultantów laktacyjnych organizowanych przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią oraz Centrum Nauki o Laktacji, autorką i konsultantem wielu publikacji na temat karmienia piersią, programów szkolenia, artykułów dla matek. Przez wiele lat prowadziła działalność na rzecz promocji karmienia naturalnego w ramach KUKP, w latach 2005-2008 jako członek Zarządu Głównego. Jest współtwórcą Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, a od 2005 roku jej przewodniczy.

Magdalena Nehring-Gugulska

Lekarka, pierwszy Międzynarodowy Certyfikowany Konsultant Laktacyjny (IBCLC) w Polsce (od 1996 roku). Wieloletni wykładowca, twórca programów nauczania i autorka podręczników, materiałów szkoleniowych i publikacji naukowych na tematy związane z karmieniem naturalnym niemowląt: m. in. opracowała *Standardy postępowania w laktacji i Algorytmy postępowania terapeutycznego w zaburzeniach przepływu pokarmu*. Przez 9 lat, jako sekretarz Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, organizator konferencji, szkoleń, akcji medialnych. Założycielka Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych. Aktualnie dyrektor niepublicznej placówki edukacyjnej – Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet.

Agnieszka Pietkiewicz

Tytuł IBCLC uzyskała w 2004, a poradnictwem laktacyjnym zajmuje się od 1996 roku. Ma doświadczenie w pracy z matkami na oddziale położniczym i poradni laktacyjnej, organizuje i prowadzi szkolenia dla personelu medycznego. W latach 2005–2007 sekretarz Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych. Studiuje psychologię w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej.

Joanna Żołnowska

Mgr, położna z 17-letnim stażem pracy – głównie na oddziałach położniczych, mgr pedagogiki, IBCLC od 2004 roku, obecnie pełni funkcję koordynatora wdrażania Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku w Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku. Udziela porad laktacyjnych pacjentkom Szpitala oraz w przyszpitalnej Poradni Laktacyjnej. Wyróżniona Złotym Czepkiem” za działalność na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych – organizuje konferencje i szkolenia dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.

Joanna Winiarska

Położna z 20 letnim stażem, IBCLC od 2006 roku. Pracuje na oddziale położniczym oraz w poradni laktacyjnej Szpitala Specjalistycznego Św. Wojciecha w Gdańsku, udziela też licznych porad telefonicznych.