

Karmienie piersią w Polsce Raport 2015



Kampania Mleko Mamy Rządu

Patronat merytoryczny Centrum Nauki o Laktacji



Wstęp

Niniejsza publikacja powstała w ramach kampanii Mleko Mamy Rządzi w celu upowszechnienia dostępnych danych z badań polskich i zagranicznych dotyczących znaczenia karmienia mlekiem matki dla zdrowia społeczeństwa, wskazujących na faktyczną sytuację polskich matek pragnących karmić swoje dzieci naturalnie oraz jakości i dostępności opieki laktacyjnej w naszym kraju. Przedstawiono jednocześnie propozycje rozwiązań, które w łatwy i niskonakładowy sposób mogą poprawić wskaźniki karmienia piersią w Polsce.

W publikacji wykorzystano:

1. Obszerne fragmenty *Raportu o stanie karmienia piersią w Polsce 2013*, Nehring – Gugulska M, Sztyber B, CNoL, http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=153&Itemid=51&lang=pl
2. Nehring-Gugulska M, Pietkiewicz A. *Korzyści wynikające z karmienia piersią. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012*.
3. Wyniki badań Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prezentowane podczas konferencji pt. *Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią* organizowanej wspólnie z Polskim Towarzystwem Konsultantów i Doradców Laktacyjnych w grudniu 2014 roku
4. Wystąpienia udostępnione na stronie: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/transmisje.xsp?unid=FB934E4D0476AAAC C1257DC600317CD7#>
5. Wyniki badań opinii matek i pracowników ochrony zdrowia przeprowadzonych w ramach kampanii edukacyjnej *Mleko Mamy Rządzi!*

1. Karmienie piersią

Wyłączne karmienie piersią do minimum 6 miesiąca życia dziecka to „złoty standard” żywienia niemowląt, uznany przez wszystkie towarzystwa naukowe i autorytety w dziedzinie zdrowia, pediatrii, żywienia, m.in. Amerykańską Akademię Pediatrii, Światową Organizację Zdrowia, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE. Mleko matki jest pokarmem pierwszego wyboru dla dzieci zdrowych i chorych, urodzonych o czasie i przed terminem. Jest to pokarm unikalny i idealnie dostosowany do potrzeb żywieniowych ludzkiego niemowlęcia. **Szacuje się, że dzięki prawidłowym praktykom karmienia piersią można uratować 1,4 mln dzieci rocznie** (Edmond 2006, Black 2008). Mleko ludzkie spełnia nie tylko funkcje odżywcze, ale chroni dzieci przed czynnikami chorobotwórczymi. Pokarm kobiecy to zmieniający się dynamicznie aktywny biologicznie płyn, unikalna kompozycja czynników przeciwzapalnych (cytokiny, interferon, lizozym), substancji aktywnych immunologicznie (laktoferryne, leukocyty, IgA, lizozym), prebiotyków (oligosacharydy ludzkiego mleka), ludzkich białek, węglowodanów, tłuszczów (m.in. DHA), minerałów i witamin, a także enzymów, hormonów oraz czynników wzrostu (EGF, IGF-I, czynniki wzrostu neuronów).

Najnowsze badania pokazują, że znajdują się w nim **komórki macierzyste** działające jak „wewnętrzny system naprawczy” w organizmie dziecka. Dzieńne dziecko przyjmuje nawet kilkanaście miliardów tych komórek. Badania Foteini Hassiotou z Uniwersytetu Zachodniej Australii pokazały, że **w mleku matki znajdują się komórki macierzyste**, które z mleka przechodzą poprzez żołądek dziecka do krwioobiegu, a stamtąd do potrzebujących narządów. Dopiero w tych narządach przekształcają się w inne komórki, m.in. w neurony. W mleku matki znajduje się ponad 130 prebiotyków, które pomagają chronić jelita dziecka przed różnymi rodzajami drobnoustrojów. Zawiera ono również ponad 415 protein, z których część pomaga zabijać patogeny. Mleko kobiece stanowi pewnego rodzaju polisę ubezpieczeniową dla dziecka na całe jego przyszłe życie.

Z licznych badań i obserwacji naukowych wynika, że dzieci od urodzenia karmione mlekiem matki unikają wielu nieprawidłowości w okresie noworodkowym, głównie chorób infekcyjnych. Karmienie piersią ma też korzystny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne matki. Jest też ważnym zachowaniem społecznym, **sprzyja nawiązywaniu i utrwalaniu więzi między matką, a dzieckiem.**

– Są to substancje obecne wyłącznie w mleku kobiecym, nie ma ich w żadnej innej mieszance i mleku sztucznym, czyli pochodzącym z mleka krowiego. Czynniki wzrostowe sterują rozwojem organizmu w życiu płodowym i powodują, że organizm różnicuje się w różnorodne tkanki i narządy. Potem w pokarmie kobiecym czynniki te są ważne dla rozwoju i wzrastania noworodka głównie przedwcześnie urodzonego i powodują, że ten niedojrzały organizm nadal się rozwija po urodzeniu, korzystając właśnie z tych czynników wzrostowych, które pomagają w rozwoju mózgu, komórek mięśniowych, komórek tkanki łącznej, różnych narządów i układów – (dr Maria Wilińska, kierownik Oddziału Neonatologii SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP, w rozmowie z agencją informacyjną Newseria Lifestyle).

Karmienie piersią ma korzystny wpływ na macierzyństwo. Matki karmiące piersią są spokojniejsze i bardziej cierpliwe. Oksytocyna, która jest m.in. wydzielana podczas bliskiego fizycznego kontaktu oraz w trakcie karmienia piersią ma działanie uspokajające, obniża poziom kortyzolu i zmniejsza ciśnienie krwi, zmniejsza agresję, obniża lęk (Prime, Geddes i Hartmann, 2007). Jest to hormon odpowiedzialny za zachowania rodzicielskie, powoduje wzrost zaufania, wydłuża czas kontaktu wzrokowego i ułatwia przetwarzanie pozytywnych sygnałów społecznych (Unkelbach, Guastella i Forgas, 2008). Matki, które decydują się na karmienie piersią wykazują większą wrażliwość w interakcji z dzieckiem 3 miesiące po porodzie, a im wyższa jest wrażliwość, tym dłużej kobiety planują karmić swoje dzieci piersią (Britton, Britton i Gronwaldt, 2006). *(z podr. Karmienie piersią w teorii i praktyce, 2012)*



Wpływ karmienia piersią



Matka:

Korzystny wpływ w aspekcie krótkoterminowym:

- mniejsze ryzyko krwawienia, krótszy okres krwawienia po porodzie
- szybsza inwolucja macicy
- niepłodność laktacyjna, w przypadku wyłącznego karmienia piersią, mniejsza utrata krwi w związku z zatrzymaniem miesiączek
- mniejsze ryzyko depresji poporodowej u matek karmiących piersią vs matki niekarmiące
- lepszą więź emocjonalną z dzieckiem
- szybszy powrót do figury sprzed ciąży

Korzystny wpływ w aspekcie długoterminowym:

- mniejsze ryzyko otyłości
- redukcja ryzyka zachorowania na cukrzycę typu II o 4-12% u kobiet u których nie występowała cukrzyca ciążowa
- redukcja ryzyka choroby nowotworu sutka, jajnika
- redukcja ryzyka choroby nowotworowej piersi w zależności od długości czasu trwania karmienia piersią
- mniejsze ryzyko wystąpienia osteoporozy i złamania szyjki kości udowej w okresie pomenopauzalnym
- rzadsze występowanie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemii i chorób układu krążenia w okresie pomenopauzalnym



Dziecko:

Korzystny wpływ w aspekcie krótkoterminowym:

- karmienie piersią zapewnia dostarczenie wszystkich niezbędnych substancji aktywnych z mlekiem matki, które korzystnie wpływają na zdrowie dziecka
- zmniejszona umieralność z powodu zakażeń układu oddechowego i pokarmowego
- prawidłowa masa ciała w 6 miesiącu życia (>50 centyla) oraz brak deficytów wzrostu

Korzystny wpływ w aspekcie długoterminowym:

- mniejsze ryzyko nadwagi i otyłości, każdy miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko o 4%
- redukcja ryzyka cukrzycy typu I i II
- białaczki limfatycznej i szpikowej, choroby Hodgkina (ziarnica złośliwa)
- korzystny wpływ na inteligencję dziecka
- korzystny wpływ na ułożenie zębów mlecznych



Społeczeństwo:

- zmniejsza negatywne działanie depresji poporodowej na relację między matką i dzieckiem

- karmione piersią podczas choroby matki są bardziej radosne i mają większy kontakt z matką niż dzieci karmione sztucznie

- matki karmiące piersią mają mniej objawów depresji, niż te, które karmią mieszanką

- karmienie sztuczne jest kosztowne, przewydatki związane z mieszankami i akcesoriami koniecznymi do sztucznego żywienia

Zaleca się, aby karmić tylko piersią co najmniej 6 miesięcy, a potem uzupełniając produktami żywnościowymi kontynuować tak długo jak życzy sobie tego mamami dziecko. Z czego to wynika? Zarówno skład mleka matki, podlegający ciągłym i dynamicznym zmianom, w zależności od potrzeb dziecka, jak i forma jego podania sprawiają, że niczym i w żaden sposób nie da się tego procesu zastąpić bez naruszenia dobrostanu dziecka. ***Jeśli ktoś ma wątpliwości, jaką wagę ma odpowiednio długie karmienie mlekiem matki niech sięgnie do doświadczeń jednego z najbogatszych krajów świata – Norwegii. Kraju, który jak żaden inny o swoich obywateli dba od kołyski aż po grób.*** Noworodek, niemowlę czuje głód i w sposób dla siebie odpowiedni manifestuje ten stan deprivacji. W odpowiedzi na komunikat pojawia się najcudowniejsza, najpiękniej pachnąca, najmiłsza istota na świecie – mama. Tuli, głaszcze, całuje i karmi. Organizm otrzymuje optymalne pożywienie, a dziecko informację – „świat mnie kocha”. Optymalny rozwój organizmu połączony z budowaniem bezpiecznych więzi ze światem – majstersztyk. W najgłębszych pokładach duszy i ciała tworzy się niedościgniony wzorzec pełni szczęścia.

Fragment wywiadu udzielonego magazynowi Hipoalergiczni kwiecień 2015 przez Tomasza Chodkowskiego - Fundator Fundacji Mleko Mamy i Fundacji Twórczych Kobiet Kierujący się nieustającym zamiłowaniem do najpiękniej na świecie opakowanej, żywności pełnej życia. <http://hipoalergiczni.pl/co-szwajcarzy-i-norwedzy-robia-dla-zdrowia>.

Karmienie piersią poza korzyściami zdrowotnymi i społecznymi ma niebagatelne przełożenie na korzyści **ekonomiczne**. **Jak pokazują badania, na karmieniu piersią zyskuje zarówno rodzina, społeczność lokalna, jak i państwo.** W USA przeprowadzono analizę, z której wynika, że **jeżeli wyłącznie piersią karmiłoby 90% mam przez pierwsze 6 miesięcy to oszczędności liczyłoby się w miliardach:** 13 miliardów \$ z tytułu zmniejszenia wydatków na leczenie dzieci i kolejnych 17 miliardów \$ z tytułu zmniejszenia absencji chorobowej rodziców i zmniejszenia wydatków na leczenie odległych powikłań wynikających z niekarmienia tych dzieci naturalnie. Rocznie można by uniknąć śmierci ponad 900 niemowląt, jeżeli 30% mam karmiłoby przez pierwsze sześć miesięcy tylko i wyłącznie piersią. Do analizy włączono martwicze zapalenie jelit, zapalenie ucha, SIDS, astmę, cukrzycę I, białaczkę, otyłość (Bartic, Reinhold, 2010).

Rezygnacja z karmienia piersią jest kosztowna, nie tylko ze względu na wydatki związane z mieszankami i akcesoriami koniecznymi do sztucznego żywienia, ale także ze względu na koszty leczenia.

W Australii koszty hospitalizacji spowodowane 5 chorobami związanymi z wczesnym odstawieniem od piersi wynoszą **1-2 milionów dolarów rocznie**. (Smith, Thompson i Ellwood, 2002)

W USA policzono, że gdyby zwiększyć ilość dzieci **karmionych wyłącznie piersią do 90% w 6 mc to można rocznie zaoszczędzić 13 miliardów \$, uniknąć 911 zgonów niemowląt**. Do analizy włączono martwicze zapalenie jelit, zapalenie ucha, SIDS, astmę, cukrzycę I, białaczkę, otyłość. (Bartic, Reinhold, 2010)

W Holandii wykazano, że karmienie piersią przynajmniej 6 miesięcy, pozwala zaoszczędzić na wydatkach na leczenie około **250 Euro/dziecko**. Można by uniknąć 50% zakażeń przewodu pokarmowego, 25% - zapaleń ucha, 47% – choroby Leśniowskiego i Crohna, 10% – białaczki i otyłości. (Buchner i WSP. 2007)

W Australii udokumentowano, że na każde 1000 dzieci nigdy nie karmionych piersią przypada w 1. roku życia więcej o: **2033 wizyt u lekarza, 212 dni pobytu w szpitalu i 609 wypisanych recept w porównaniu z dziećmi karmionymi wyłącznie piersią przez 3 miesiące**. (Ball, Wright, 1999)

W Anglii oszacowano, że gdyby 45% kobiet karmiło wyłącznie piersią przez okres 4 miesięcy, i jeśli 75% dzieci będzie karmionych piersią w momencie wypisu ze szpitala, uzyskałoby każdego roku **17 mln funtów oszczędności**, biorąc pod uwagę tylko 4 choroby. (Renfrew, 2012)

Udokumentowano również, że zapewnienie promocji karmienia piersią i wsparcia, które przyczynią się do podwojenia liczby matek karmiących przez 7-18 miesięcy, znacząco zredukuje występowanie raka sutka, a zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej oraz oszczędności wynikające ze zdolności do aktywności zawodowej kobiet wyniosłyby przynajmniej **31 mln funtów rocznie**. (Pokhrel, 2014)

Z danych zebranych w 2011 r. w Gdańsku (populacja 486 matek niemowląt) wynika, że: niemowlęta żywione sztucznie wymagają większej ilości wizyt lekarskich i częściej poddawane są antybiotykoterapii, a ponoszone przez rodziców koszty ich leczenia są wyższe. (Pietkiewicz, Winiarska, Żołnowska 2013)

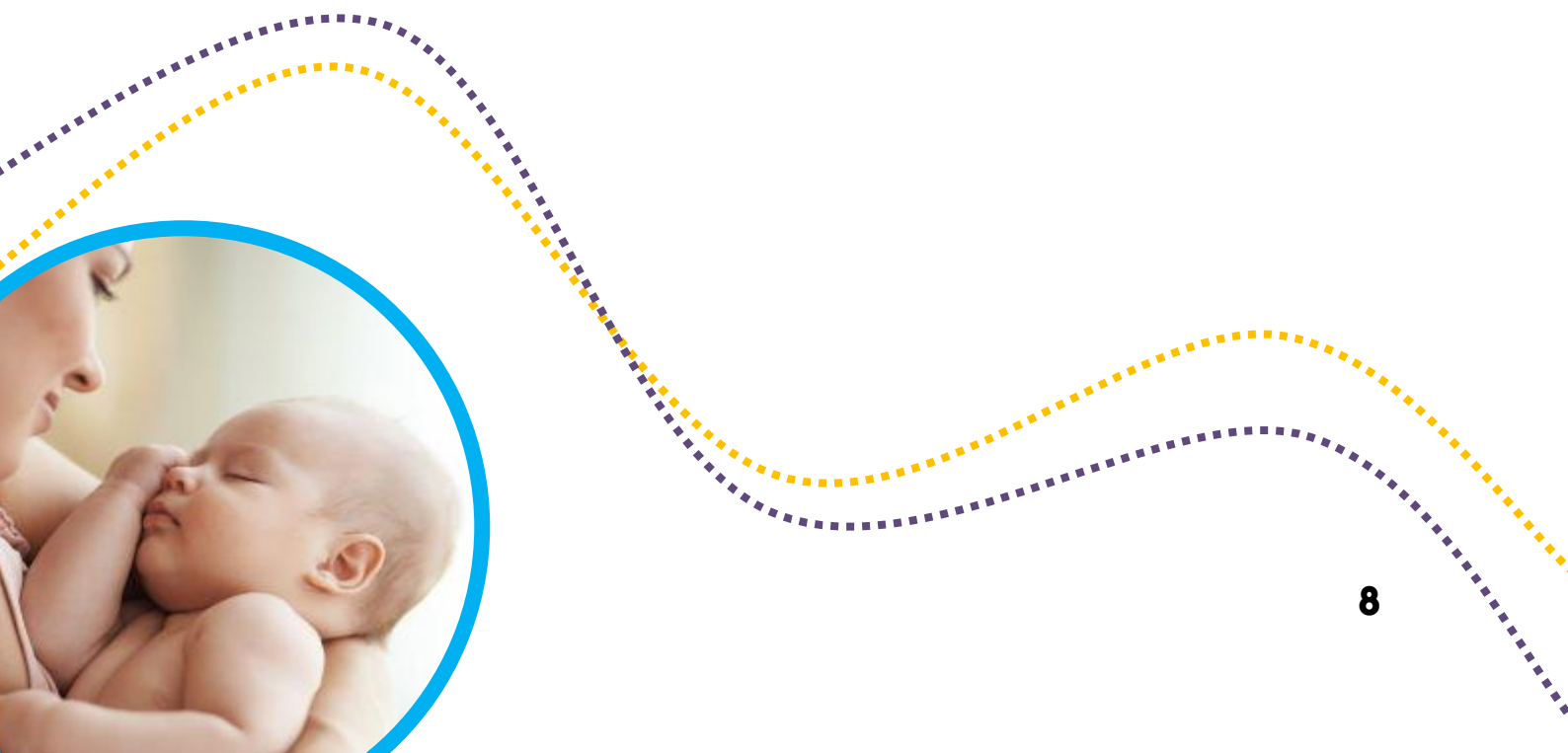
Roczne wydatki NFZ na refundację mieszanek mlekozastępczych w 2012 roku wyniosły **76 000 000 PLN**.

W 42 krajach rozwijających się, w których ma miejsce 90% zgonów niemowląt całego świata, **wyłączne karmienie piersią przez 6 miesięcy** oraz odstawienie od piersi po pierwszym roku życia lub później jest potencjalnie najefektywniejszym czynnikiem zapobiegającym zgonom ponad miliona niemowląt rocznie, co oznacza 13% redukcję śmiertelności dzieci na świecie.

Mleko matki jest szczególnie cennym pokarmem dla dzieci przedwcześnie urodzonych, które są wyjątkowo narażone na zachorowania.

Zarówno w USA, jak i krajach Europy Zachodniej karmienie wcześniaków mlekiem ludzkim stało się standardem. Chroni to dzieci przed powikłaniami m.in. przed martwiczym zapaleniem jelit, uogólnionym zakażeniem (sepsą), ale też warunkuje prawidłowy rozwój mózgu, siatkówki oka i wielu innych ważnych narządów. Oznacza więc niezwykle skuteczną inwestycję w ich przyszłe zdrowie, a także w rozwój intelektualny, i w efekcie generuje oszczędności dla rodziny i państwa.

Niestety wskaźniki żywienia mlekiem ludzkim wcześniaków są w Polsce słabe na tle innych krajów. Należy więc zrobić wszystko, żeby mama wcześniaka rozbudziła i utrzymała laktację. A wtedy, gdy brakuje jej własnego mleka, powinna móc skorzystać z banku mleka, a dopiero w ostateczności wybierać sztuczną mieszankę (zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia mieszanka jest Pokarmem III wyboru).



2. Karmienie piersią w Polsce

Według danych GUS w Polsce co roku rodzi się blisko 400 000 dzieci.

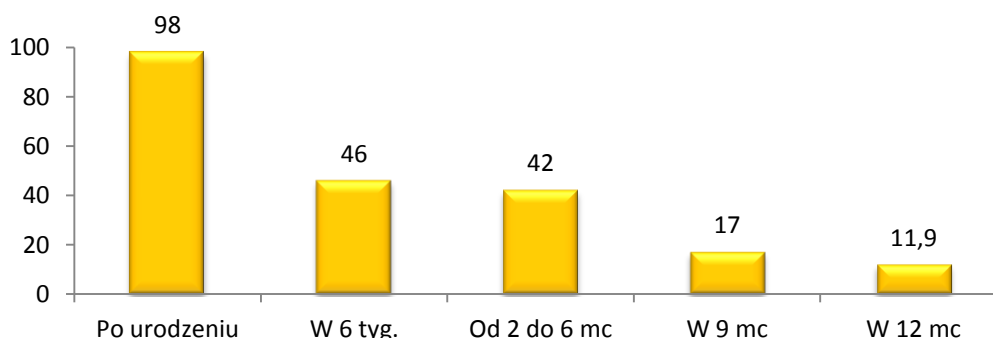
LICZBA URODZEŃ	ROK
370 962	2013
387 858	2012
390 069	2011
415 030	2010
389 713	2007
366 095	2005
355 526	2002

Tabela nr 1 Liczba urodzeń (opracowanie własne na podstawie www.stat.gov.pl)

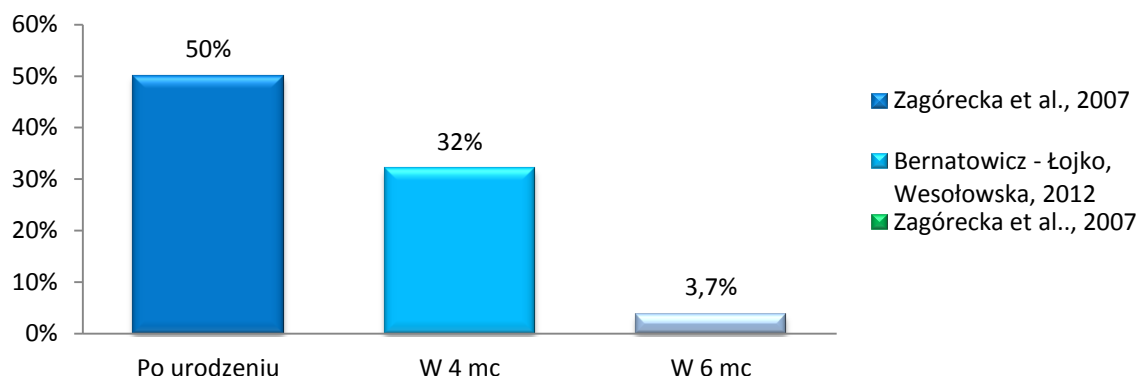
W pierwszych dobach życia większość urodzonych dzieci (98%) karmiona jest naturalnie, mlekiem matki. Niestety z każdym kolejnym miesiącem wskaźnik ten jednak dramatycznie spada.

Od 1997 r. nie prowadzono ogólnopolskich badań epidemiologicznych dotyczących karmienia piersią w Polsce. Dopiero w 2014 r., czyli po 17 latach uzyskaliśmy wskaźniki ogólnopolskie zebrane przez POZ i przekazane do GUS. Zebrane dane dotyczą tylko jakiegokolwiek karmienia piersią, nie były zbierane według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, tylko zgodnie z „kalendarzem szczepień”. Trudno je więc porównywać z innymi badaniami wykonywanymi na świecie. Ale dobrze, że są. W sprawie wyłącznego karmienia mlekiem matki (tylko mlekiem matki, bez dokarmiania substytutami) mamy dane tylko z badań lokalnych. Wnioski są smutne. Nadal mamy wysoki odsetek rozpoczynania karmienia po porodzie, ale w 2 miesiącu mamy o połowę mniej karmiących niż w 1997 r. Słaba wyłączność karmienia mlekiem matki wskazuje na powszechność dokarmiania mlekiem sztucznym. Polskie matki chcą karmić, ale nie mogą zrealizować tych planów. - mówi Dr Magdalena Nehring-Gugulska Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji.

Wskaźniki jakiegokolwiek karmienia piersią. Dane GUS 2014
Populacja 360195



Wskaźniki wyłącznego karmienia piersią mamy tylko z małych badań regionalnych



W porównaniu z 1997 r., wskaźniki rozpoczynania karmienia piersią utrzymują się w Polsce na zbliżonym poziomie. Badania prof. Mikiel-Kostury z 1997 r. wykazały, iż karmienie piersią rozpoczynało 92% kobiet, przy czym tylko 68% karmiło wyłącznie piersią (tylko mlekiem matki, bez dokarmiania substytutami), (*Pediatrics Pol 1999*). Obecnie również mamy wysoki odsetek rozpoczynania karmienia po porodzie, a jego wyłączność jest niższa, czyli dzieci dokarmianych sztucznie jest więcej. Z badań przeprowadzonych w 2007 r. wynikało, iż karmienie piersią rozpoczynało 97,7% kobiet, ale aż 50% dzieci dokarmianych było sztucznie (Zagórecka i wsp. 134 niemowląt 6-miesięcznych, 2007, *Pediatrics Pol.*). W innym lokalnym badaniu karmienie piersią rozpoczynało 99,4% matek, a 65% wyłącznie w czasie pobytu w szpitalu (Bernatowicz - Łojko woj. kujawsko-pomorskie, 1000 niemowląt, 2010 *Standardy Med.*).

Wskaźnikiem wartym zauważenia jest także **wskaźnik dotyczący karmienia mlekiem matki dzieci przedwcześnie urodzonych**. Wskaźnik ten najbardziej odzwierciedla stan systemu wsparcia karmiących matek w organizacji opieki okołoporodowej danego kraju.

W Polsce 60% wcześniaków jest karmionych piersią przy wypisie ze szpitali I i II poziomu referencyjności, ale tylko 30% wcześniaków przy wypisie ze szpitali III poziomu, który jest przeznaczony do opieki nad nimi (Wilińska 2009, 284 szpitale, *Standardy Med.*).

Aktualne wskaźniki kontynuacji karmienia piersią są znacznie słabsze od wskaźników z 1997 r. Lepsze wskaźniki osiągają jedynie te regiony, gdzie podjęto lokalne, skuteczne działania na rzecz promocji karmienia piersią i systemowego wsparcia kobiet karmiących. Były to inicjatywy entuzjastów karmienia piersią lub konsultantów laktacyjnych, poparte i finansowane przez lokalne władze – miejskie i wojewódzkie. Efekty tych działań widać poniżej.

Porównanie wyników sposobu karmienia niemowląt w województwach lubelskim, kujawsko-pomorskim (programy wojewódzkie) oraz wyników uzyskanych w aglomeracji miejskiej miasta Gdańska:

Wiek dziecka	Sposób karmienia w %							
	Wyłączne karmienie piersią				Karmienie mieszane		Karmienie sztuczne	
	Lubelskie 2006	Kujawsko-pomorskie 2010	Gdańsk 2011	Gdańsk 2013	Lubelskie 2006	Gdańsk 2013	Lubelskie 2006	Gdańsk 2011
2 mc	57		69	72	4	20	39	8
4 mc	34	32	59		6	16	60	20
6 mc	7	14	18	33	5	42	88	38

Jednym z programów zainicjowanych i realizowanych m.in. przez konsultantów laktacyjnych CDL był program pt. „*Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska*”. Program finansowany ze środków Miasta Gdańska, realizowany przez Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w latach 2011 - 2013, (autorki programu Żołnowska J, Pietkiewicz A, Czerwińska A. W jego wyniku odnotowano znaczną poprawę wskaźników karmienia piersią zaledwie po 2 latach realizacji programu (Pietkiewicz A, Żołnowska J 2014).

Wskaźnik karmienia piersią w drugim miesiącu wyniósł 87%, z czego wyłączne karmienie piersią stanowiło 72%, nastąpił 8% wzrost karmienia między drugim, a szóstym miesiącem- z 50% (2011) do 58% (2013). Znacznie wzrósł także wskaźnik dotyczący karmienia w szóstym miesiącu - wzrost z 18% (2011) do 33%.

3. Karmienie piersią w opinii polskich mam

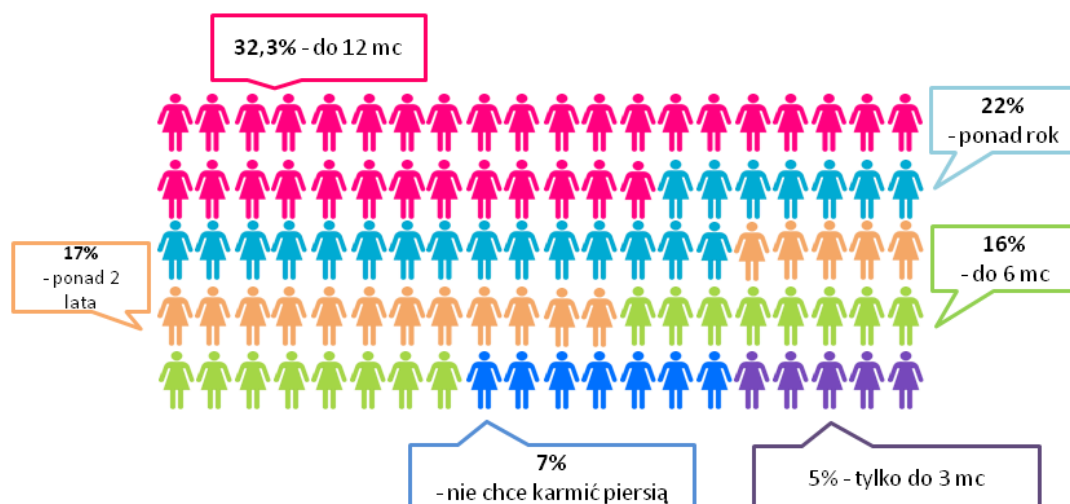
Chcąc poznać zdanie ciężarnych i młodych mam nt karmienia piersią, w ramach kampanii Mleko Mamy Rządu i pod patronatem Centrum Nauki o Laktacji w 2015 r. przeprowadzono ankietę na grupie 736 kobiet spodziewających się dziecka oraz kobiet będących już mamami.

Kobietom w ciąży zadano 5 pytań:

- Czy chce Pani karmić piersią?
- Czy przygotowuje się Pani do karmienia – sama szuka porad w książkach, internecie?
- Czy Pani lekarz ginekolog/położna informują i rozmawiają z Panią o karmieniu piersią?
- Czy uważa Pani, że informacja jakie otrzymuje Pani od pracowników służby zdrowia są: rzetelne, wyczerpujące, temat jest pomijany, odpowiadają na pytania niechętnie, informacje są szczątkowe, temat nie jest traktowany poważnie.
- Jak długo chce Pani karmić piersią?

91,5% kobiet w ciąży odpowiedziało, że chce karmić swoje dziecko piersią i chciałyby to robić możliwie jak najdłużej. 32,3% kobiet zadeklarowało chęć karmienia do roku czasu, 22% - ponad rok, 16,5% - ponad 2 lata, 15,9% - do 6 miesięcy, a tylko 7,3% nie chce karmić piersią w ogóle, a 4,9% kobiet – jedynie do 3 miesięcy.

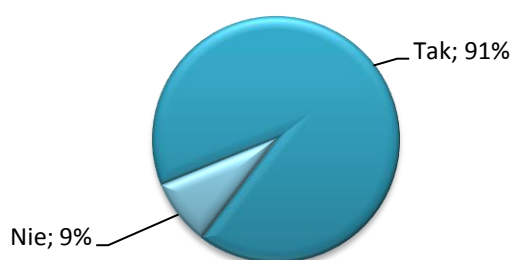
Jak długo chce Pani karmić piersią?



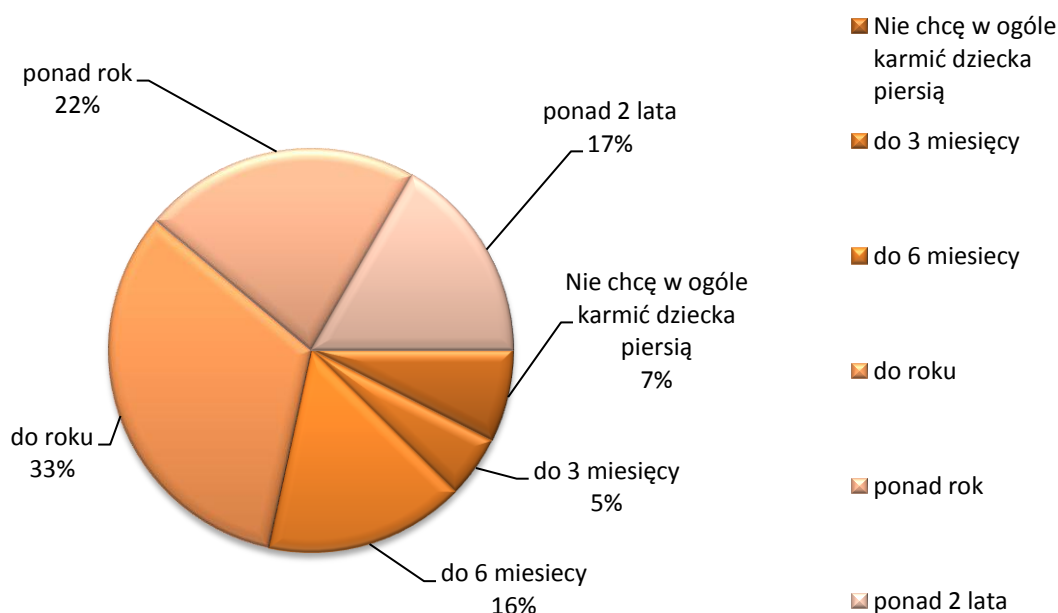
Karmienie piersią jest tematem, którym interesują się przyszłe mamy.

84,8% kobiet deklaruje, iż samodzielnie stara się przygotować do karmienia piersią poprzez szukanie informacji nt karmienia piersią w książkach i Internecie. Większość przyszłych mam rozmawia także nt karmienia piersią z lekarzem ginekologiem lub położną, ale ich opinie nt otrzymywanych informacji nie są już jednoznaczne. 30,5% kobiet uważa, że informacje jakie otrzymuje od pracowników służby zdrowia są rzetelne, 25% kobiet uważa, że temat jest pomijany, a 23,8% kobiet ocenia otrzymywane informacje za wyczerpujące.

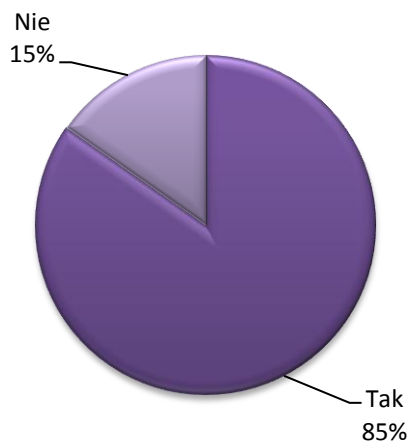
Czy chce Pani karmić dziecko piersią



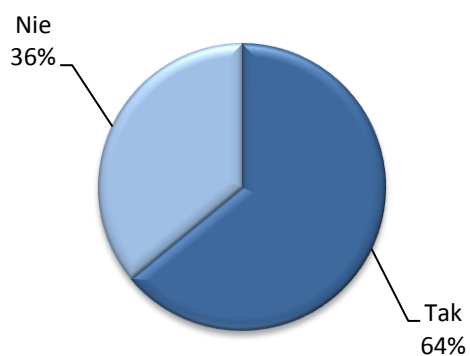
Jak długo chce Pani karmić piersią?



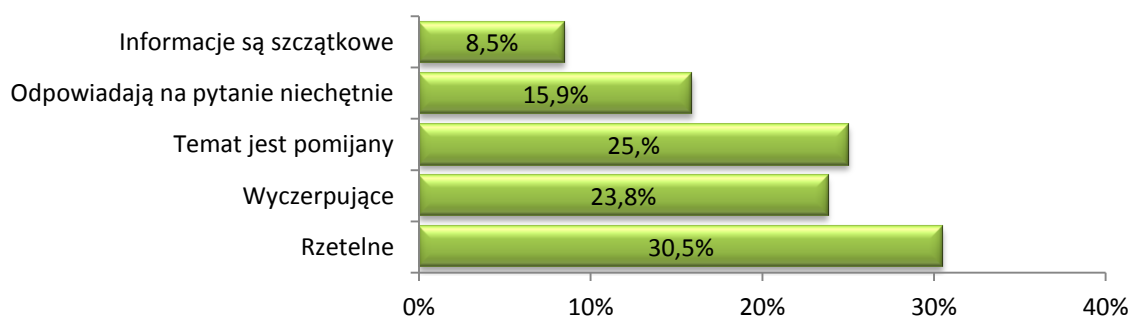
Czy przygotowuje się Pani do karmienia - sama szuka porad w Internecie, książkach?



Czy Pani lekarz ginekolog/ położna informują i rozmawiają z Panią o karmieniu piersią?



Czy uważa Pani, że informacje jakie otrzymuje Pani od pracowników służby zdrowia są?



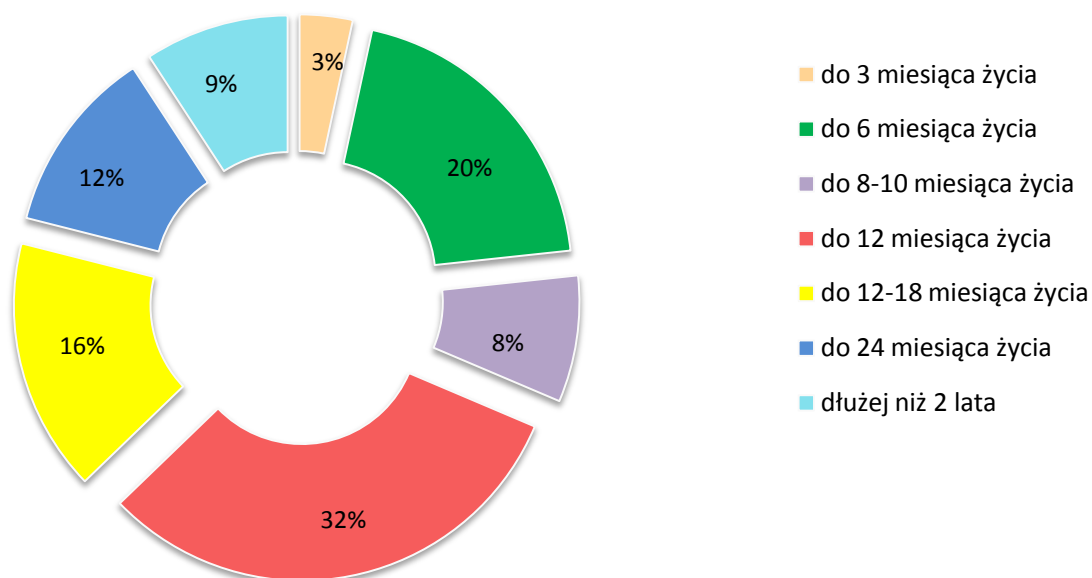
Mamom zadaliśmy z kolei pytania:

- Ile miała Pani lat, gdy urodziła dziecko?
- Czy długo chciała/planowała Pani karmić piersią swoje dziecko?
- Jak długo karmiła Pani wyłącznie piersią?
- Jak długo karmiła Pani dziecko w sposób mieszany (piers + mieszanka)?
- Jak długo kontynuowała Pani karmienie piersią po rozszerzeniu diety dziecka?
- Czy stosowała Pani środki wspomagające laktację? Jeżeli tak, to jakie?
- Jaki był powód zaprzestania karmienia piersią?
- Co w Pani opinii pomogłoby w dłuższej w dłuższej kontynuacji karmienia piersią?

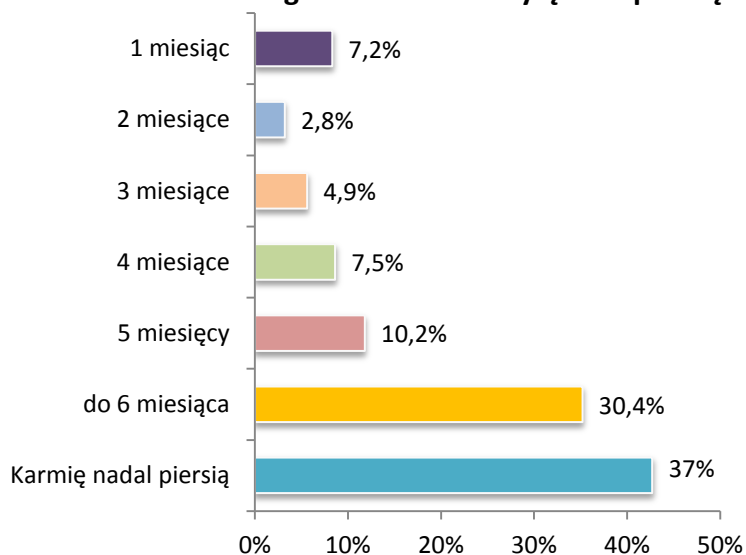
Ciekawych danych dostarczają nam także odpowiedzi udzielone przez mamy. Wynika z nich, iż większość kobiet urodziło dziecko w wieku 25-30 lat (44,9%) oraz 30-40 lat (38,3%). Znakomita większość mam planowała karmić piersią relatywnie długo. 31,4% kobiet wskazało, iż planowało karmić piersią do 12 miesiąca życia, 19,9% kobiet – do 6 miesiąca życia, 16,2% do 12-18 miesiąca życia, a 11,8% kobiet do 24 miesiąca życia. Po opuszczeniu szpitala 81,6% karmiło wyłącznie piersią, a 17,5% w sposób mieszany (piersią i mieszanką). **35,2% kobiet przyznało, iż karmiło piersią do 6 miesiąca, a zatem znacznie krócej niż pierwotnie zakładało.** Blisko 66% procent ankietowanych kobiet, podczas karmienia stosowała różne środki wspomagające laktację. Jednym z głównym powodów rezygnacji z karmienia piersią był powrót do pracy oraz brak wystarczającej ilości pokarmu. W opinii większości mam to, co pomogłoby w dłuższej kontynuacji karmienia piersią to pomoc doradcy laktacyjnego (34,2%), dostępność porady laktacyjnej (27,3%) oraz większa wiedza o zaletach karmienia (23,5%).

Warto zaznaczyć, że w porównaniu z badaniami ogólnopolskimi GUS, które są danymi na całej populacji, w tej ankiecie kobiety wskazywały na chęć dłuższego karmienia, więcej ich deklarowało zarówno wyłączone karmienie piersią w 6 m-cu jak i karmienie piersią w ogóle po rozszerzeniu diety.

Czy długo chciała/ planowała Pani karmić piersią swoje dziecko?

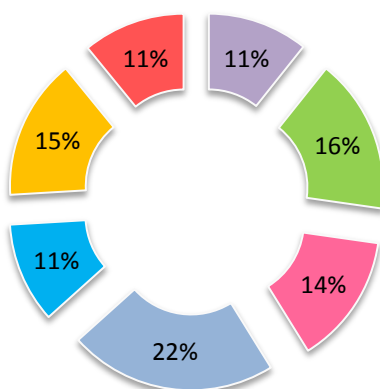


Jak długo karmiła Pani wyłącznie piersią?



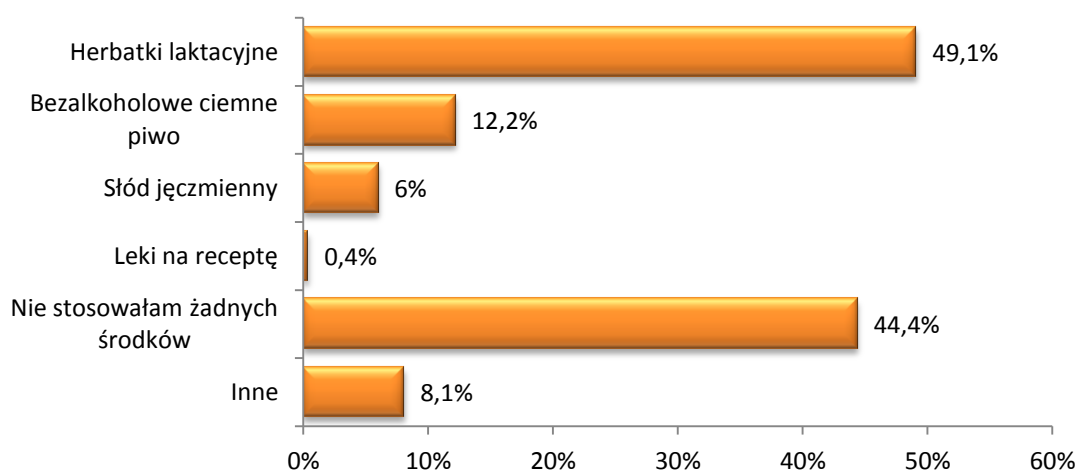
1 miesiąc	44	7,2%	2 miesiące	17	2,8%
3 miesiące	30	4,9%	4 miesiące	46	7,5%
5 miesięcy	63	10,2%	do 6 miesiąca	187	30,4%
Karmię nadal piersią			227	37%	

Jak długo kontynuowała Pani karmienie piersią po rozszerzeniu diety dziecka?

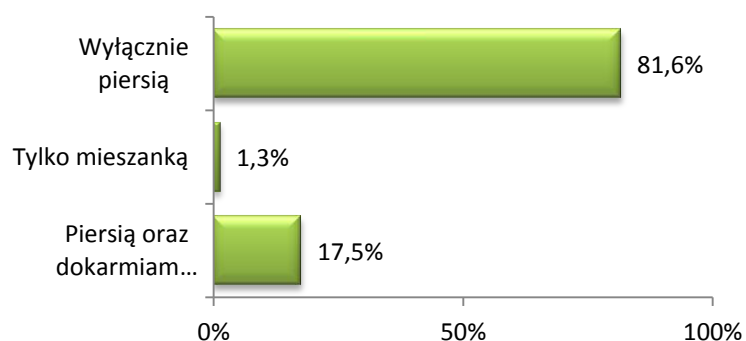


Do 6 mc życia	57	11%	Do 8-10 mc życia	88	16%
Do 12 mc życia	74	14%	Do 12-18 mc życia	118	22%
Do 24 mc życia	57	11%	Dłużej niż 2 lata	80	15%
		Nie karmiłam piersią	58	11%	

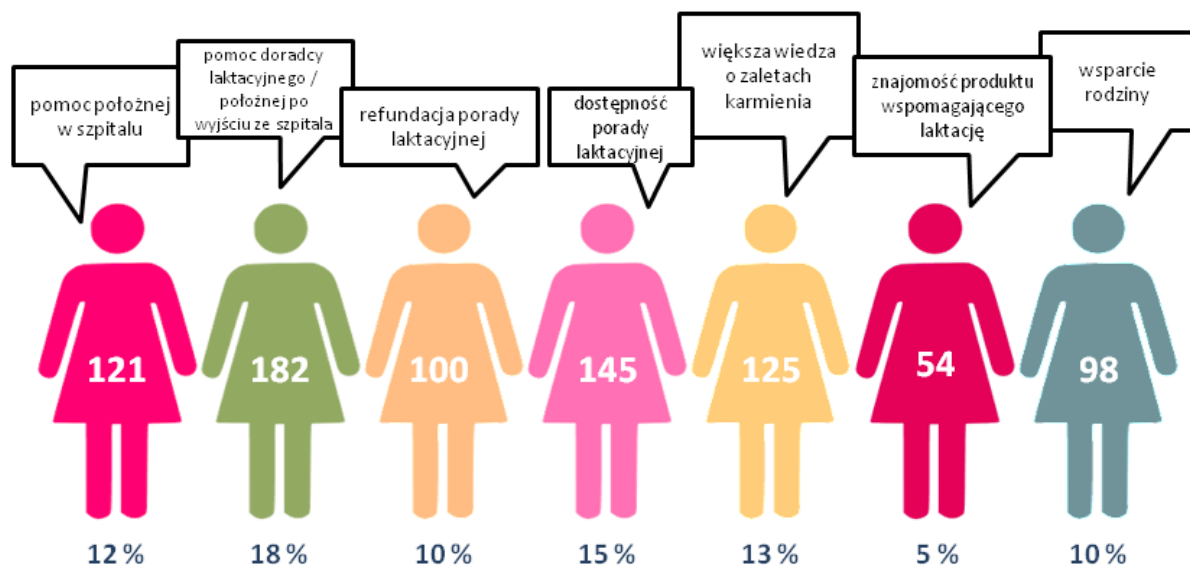
**Czy stosowała Pani środki wspomagające laktację?
Jeżeli tak, to jakie?**



Opuszczając szpital karmiłam...



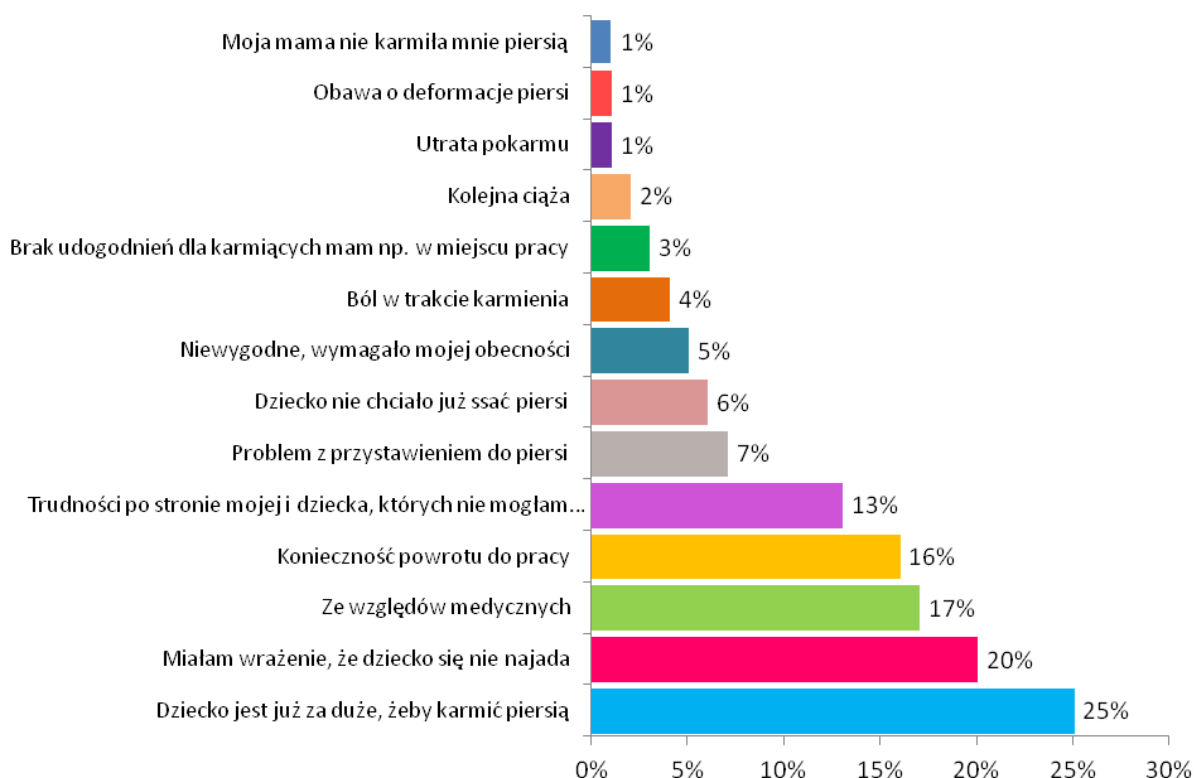
Co w Pani opinii pomogłoby w dłuższej kontynuacji karmienia piersią?



Ankieta dla mam przeprowadzona na łamach portalu mamadu.pl, w ramach akcji społecznej "Mleko mamy rządzi" udowodniła, że polskie mamy nie mają przed sobą łatwego zadania. Wnioski płynące z przeprowadzonego badania są takie, że polskie kobiety chcą karmić piersią i w ich opinii pomoc doradcy laktacyjnego czy położnej ma kluczowy wpływ na długość karmienia piersią.

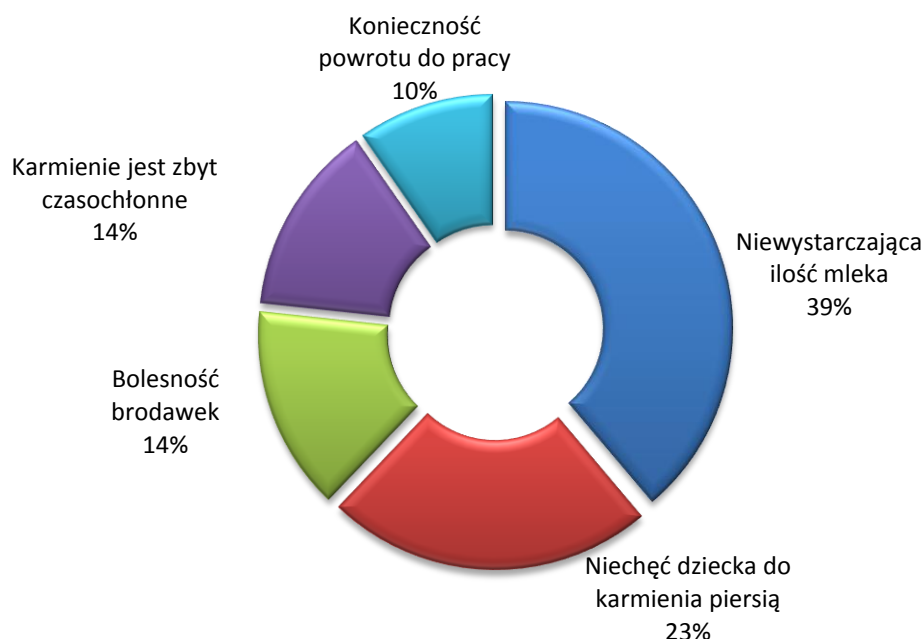
Powody rezygnacji z karmienia są niezmiennie od wielu lat. W większości pokazują, że matki nie mogą utrzymać laktacji na odpowiednim dla dziecka poziomie i zgłaszają niedobór pokarmu jako główną przyczynę kłopotów (ponad 50%). W badaniu zrealizowanym w 2014r. na grupie 3497 kobiet najczęstszym powodem rezygnacji z karmienia piersią wskazywany był również problem z laktacją (36%). Wśród innych powodów wymieniono:

Powody rezygnacji z karmienia



Dane międzynarodowe przeprowadzone wśród 4000 kobiet na różnych kontynentach wskazują, że jako najważniejszą przyczynę rezygnacji z karmienia piersią mamy wskazują niewystarczającą ilość pokarmu.

Przyczyny rezygnacji z karmienia piersią



de Jager M, Hartley K, Terrazas J i wsp. Barriers to breastfeeding – a global survey on why women start and stop breastfeeding. European Obstetrics & Gynaecology supplement.2012;3-8

Brak wsparcia laktacyjnego jest powtarzającym się problemem, na które sukcesywnie zwracają też uwagę same mamy. Chcąc usprawnić ten problem 2500 młodych mam poparło petycję do Ministra Zdrowia w sprawie:

- *Uruchomienia Narodowego Programu Karmienia Naturalnego, obejmującego edukację i zwiększenie liczby personelu, wyposażenie szpitali i długofalowe działania promocyjne oraz powszechny dostęp do refundowanego przez państwo wsparcia laktacyjnego.*
- *Rozszerzenia prawnej ochrony karmienia naturalnego, wynikającego z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w kwestii Standardu Opieki Okołoporodowej, gwarantowanej dotychczas tylko matkom i ich dzieciom w przypadku porodu fizjologicznego na wszystkie dzieci urodzone o czasie i ich matki.*
- *Nadania Komunikatowi Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 marca 2013 r. „w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt” mocy prawnej. „Komunikaty, które nie stanowią prawa, są nagminnie lekceważone i są nam do niczego nie potrzebne. Nie świadczą one o Państwa zaangażowaniu w sprawę, wręcz przeciwnie, dowodzą świadomego działania na naszą szkodę.”*
- *Podjęcia natychmiastowych działań mających na celu wyjaśnienie przyczyn powstania tak skandalicznych rekomendacji w schemacie żywienia niemowląt*

oraz wyciągnięcia konsekwencji w stosunku do osób, które się do tego przyczyniły.

- *Powołania do życia instytucji, odpowiedzialnej za monitorowanie, nadzór, badania oraz aktualizację wiedzy z zakresu karmienia naturalnego.*

W latach 1986-1997 dzięki prowadzonemu Programowi Promocji Karmienia Piersią wskaźniki karmienia piersią znacznie wzrosły (Mikiel-Kostyra i wsp. 1999). W latach 1997-2014 z uwagi na brak ogólnopolskiego programu finansowanego ze środków publicznych, promocję karmienia piersią wzięły na siebie organizacje pozarządowe (oceny szpitali, szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia, certyfikacja konsultantów/doradców laktacyjnych, tworzenie banków mleka, publikacje dla pacjentów i profesjonalistów, konferencje, akcje dla matek). Organizacjami pozarządowymi, które w największym stopniu uczestniczą w promocji karmienia piersią w Polsce są:



Centrum Nauki o Laktacji
www.kobiety.med.pl/cnol



**Polskie Towarzystwo
Konsultantów i Doradców
Laktacyjnych**

**Polskie Towarzystwo Konsultantów
i Doradców Laktacyjnych**
www.laktacja.org.pl



Laktacja
Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią
www.laktacja.pl



Fundacja Bank Mleka Kobięcego
www.bankmleka.pl



**Fundacja
Rodzić po Ludzku**

Fundacja Rodzić Po Ludzku
www.rodzicpoludzku.pl

Mimo braku wsparcia rządowego udało się osiągnąć:

- 25% szpitali jest przyjaznych dziecku (93/360)
- 1% szpitali ma bank mleka (4/360)
- Ponad 5000 przeszkolonych pracowników ochrony zdrowia
- 400 konsultantów/ doradców laktacyjnych
- 160 poradni laktacyjnych
- Kilkadziesiąt prac naukowych, kilkaset publikacji naukowych i tyleż popularnonaukowych

Nie mogąc liczyć na wsparcie państwa, coraz więcej młodych mam zakłada także fundacje i grupy wsparcia. Do najbardziej aktywnych inicjatyw można zaliczyć **Kobiety się organizują - Mlekoalka oraz Grupę „Karmiące Cyce na ulice”**.



Mlekoalka - w październiku 2014 r. powstają grupy MLEKOTEKA - czyli zorganizowana sieć ogólnopolskich bezpłatnych grup wsparcia laktacyjnego oraz edukacji dla wszystkich kobiet, która jest odpowiedzią na zapotrzebowanie mam. Grupy MLEKOTEKA prowadzone są zawsze przez kompetentne osoby - lokalne liderki - głównie promotorki, doradczynie, konsultantki współpracujące lub przeszkolone przez CNOL. Z okazji Tygodnia Promocji Karmienia Piersią w Polsce w 2015 roku akcje MLEKOTEKA będą prowadzone w 35 miastach w Polsce oraz przez polskie mamy w Paryżu i Londynie.

Grupa „Karmiące Cyce na ulice” – to z kolei stowarzyszenie, zrzeszające 5500 kobiet, a ich misją jest zwrócenie uwagi na społeczny aspekt karmienia piersią. Grupa ma za zadanie wspierać matki karmiące piersią, promować karmienie piersią (KP) (lub mlekiem matki), wspierać i promować długie karmienie piersią (DKP-powyżej 2 r.ż.) oraz wspierać w egzekwowaniu praw matek do karmienia piersią w przestrzeni publicznej. Organizowane są też akcje typu flashmob i spotkania mam karmiących. Grupa została założona w okolicach czerwca 2011 roku, po przeczytaniu artykułu na temat odwołanej przez dyrekcję Galerii Metra wystawy, mającej ukazać piękne zdjęcia matek karmiących piersią, zorganizowanej przez Fundację Mleko Mamy. Po zablokowaniu wystawy w galerii, mamy połączyły siły i zorganizowały flashmoba, akcję zbiorowego karmienia piersią na stacji metra Pole Mokotowskie przy galerii Pociąg do Sztuki - pierwszy flashmob pod hasłem "Cyce na ulice".



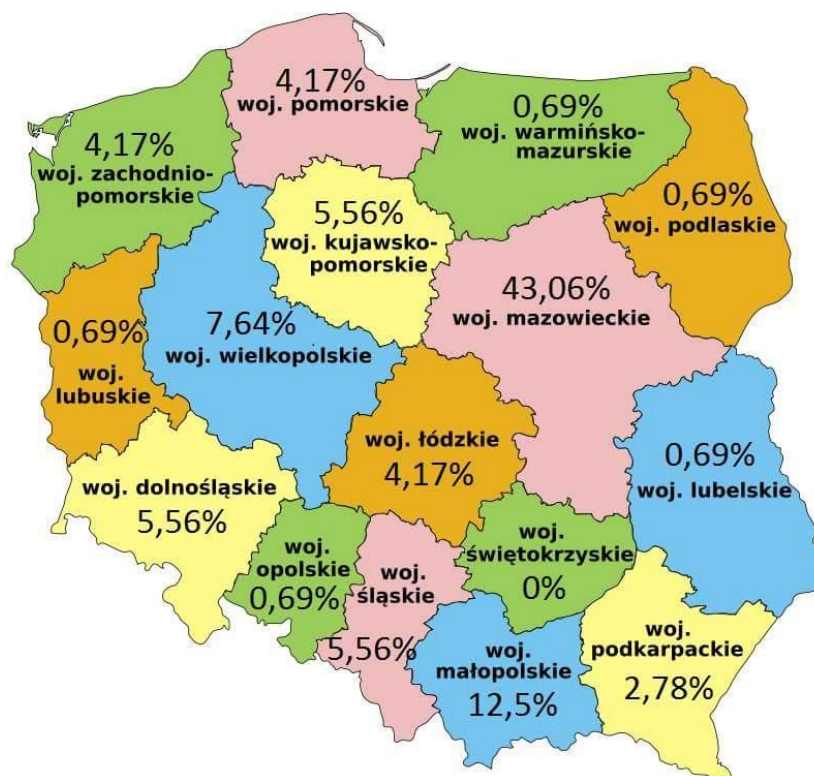
Hafija.pl – blog prowadzony przez Agatę Aleksandrowicz. Hafija.pl to najlepszy mainstreamowy blog prowadzony przez dyplomowaną Promotorkę Karmienia Piersią. Blog skupia mądrych i dojrzałych rodziców, którzy szukają wiedzy i wsparcia w zakresie umacniania swoich rodzicielskich kompetencji. Hafija publikuje podparte naukowymi badaniami felietony o karmieniu naturalnym i budowaniu więzi z dzieckiem, wspiera kobiety w aktywnym macierzyństwie oraz rozwoju zawodowym. Blog Hafija.pl otrzymał wyróżnienia w konkursie Blog Roku 2014. Blog śledzi już ponad 11 tys. użytkowników. Agata Aleksandrowicz jest również założycielką pierwszego w Polsce pisma o karmieniu piersią Kwartalnik Laktacyjny.



Pracuje (z) pełną piersią – to nazwa nowego ruchu i profilu na portalu społecznościowym, który utworzyły Promotorki Karmienia Piersią 2015. Celem tego ruchu jest edukacja kobiet w zakresie ich praw jako mam karmiących po powrocie do pracy po urlopie macierzyńskim oraz pracujących w domu. Ruch ma również na celu uświadomienie mamom i pracodawcom, że można łączyć pracę zawodową z karmieniem piersią i obie te rzeczy wykonywać z pełnym zaangażowaniem. Powrót mamy do pracy nie musi wiązać się z koniecznością odstawienia dziecka od piersi. Można pogodzić pracę zawodową oraz swój rozwój osobisty z naturalnym sposobem karmienia dziecka - karmieniem piersią. Wystarczy odpowiednia organizacja życia osobistego i zawodowego, wsparcie osób bliskich oraz wiedza o swoich prawach wynikających z Kodeksu Pracy. W świetle wyników ankiety, gdzie powrót do pracy okazał się jednym z ważniejszych powodów przedwczesnego zakończenia karmienia piersią, szerzenie tej wiedzy wśród mam jest bardzo ważne.

4. Poradnictwo laktacyjne w Polsce

Światowe i europejskie strategie zdrowotne zalecają, aby państwowe systemy opieki zdrowotnej organizowały system fachowego poradnictwa i pomocy w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci sprawowanej przez doradców matek i certyfikowanych konsultantów laktacyjnych. (WHO, 2002; Dyrektoriat Zdrowia UE 2004) Skuteczność różnych form pomocy matkom karmiącym została potwierdzona wielokrotnie w literaturze. Każda forma dodatkowej opieki oferowanej karmiącym kobietom w porównaniu z rutynową opieką medyczną niesie korzyści dla karmienia piersią, a zwłaszcza poprawia jego jakość, wydłużając okres wyłącznego karmienia piersią. (Britton, 2007) Najbardziej skuteczną formą pomocy okazała się opieka sprawowana przez specjalistów ds. laktacji. Na całym świecie, również w Polsce, intensywnie się ona rozwija. Idea powstania profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego jako odrębnej umiejętności powstała 25 lat temu w Stanach Zjednoczonych. Od przeszło 20 lat funkcjonuje w Polsce w wyjątkowej formie - dotyczy głównie medyków, a ci są wyjątkowo skuteczni, co pokazują polskie badania. Niestety dostęp do specjalisty ds. laktacji jest ograniczony m.in. z powodu nieodpowiedniej do potrzeb liczby takich osób oraz braku możliwości kontraktowania specjalistycznych porad laktacyjnych. Powoduje to brak ciągłości opieki nad matką i dzieckiem w zakresie karmienia naturalnego.



Rozkład procentowy konsultantów/doradców laktacyjnych w Polsce.
(Niczyporuk, Szyber WUM 2014)

Około 60% karmiących matek napotyka na różnego typu problemy laktacyjne oraz brak wiedzy na temat postępowania w laktacji pomimo edukacji przedporodowej. (Siwak, Szyber, WUM 2014; Woś, Gawęda 2007). Napotykając na problemy kobiety poszukują pomocy w różnych formach, często nie docierają do specjalistów ds. laktacji, natomiast uzyskują nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami, powikłaniami laktacji, niepotrzebnym dokarmianiem i skracaniem czasu karmienia naturalnego. Wielokrotnie „ratują się same” poprzez dokarmianie mlekiem modyfikowanym lub zupełnie rezygnują z karmienia piersią. Pracownicy ochrony zdrowia, często nie mając możliwości konsultacji u specjalisty ds. laktacji, rozwiązują problem poprzez suplementację produktami mlekozastępczymi (Niczyporuk, Szyber 2014). Podsumowując, obecny system opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w Polsce nie uwzględnia potrzeb karmiących matek i nie sprzyja poprawie wskaźników karmienia piersią, która jest jednym z założeń Narodowego Programu Zdrowia (cel op. 3 i 7). A obecnie karmienie mlekiem kobiecym jest traktowane na świecie jako poważne zadanie zdrowia publicznego, a nie tylko jako kwestia wyboru stylu życia. (Eidelman, 2012)

Przygotowanie do karmienia naturalnego odbywa się już w okresie prekonceptyjnym, ale szczególnie w okresie ciąży. Rozpoczęcie karmienia odbywa się tuż po urodzeniu dziecka, jeszcze na sali porodowej, w kontakcie skóra do skóry. Kolejne karmienia odbywają się podczas pobytu matki i dziecka w oddziale szpitala, gdzie matka powinna otrzymać prawidłowy instruktaż techniki karmienia. W oddziale położniczo - noworodkowym powinna odbyć się pierwsza ocena umiejętności dziecka w zakresie ssania i pobierania pokarmu z piersi, a matki powinny nabyć umiejętność oceny dobowych wskaźników skutecznego karmienia. (Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik, Stobnicka-Stolarska 2014). Postępowanie to, opisane w standardzie opieki okołoporodowej, nie zostało upowszechnione i nie jest rutynowo stosowane. (Dz. U. 12.1100 z dn. 4.10.2012). Najlepiej realizują tę opiekę Szpitale Przyjazne Dziecku.

Opieka powinna być kontynuowana po wypisie ze szpitala przez lekarza POZ i położną podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz. U. 2013, poz. 1248 z późn. zm.)

W czasie 4 wizyt patronażowych położne powinny prowadzić edukację zdrowotną i udzielać podstawowych porad w zakresie karmienia piersią i laktacji. Matka może korzystać z opieki położnej do końca laktacji, a dziecko po ukończeniu 2 miesiąca życia zostaje przekazane pielęgniarce POZ. Przedstawiona opieka odpowiada opisanej w literaturze „podstawowej poradzie laktacyjnej”, którą może zapewnić osoba sprawująca opiekę nad matką i dzieckiem, posiadająca II poziom wiedzy o laktacji (Wellstart Int. 1999; Żukowska-Rubk 2002).

Udokumentowane problemy z realizacją wyżej wymienionych założeń funkcjonowania aktualnego systemu opieki:

- Tylko 37% kobiet objętych jest opieką położnej (4 wizyty), a lekarz POZ nadzoruje tylko 61% pacjentów, natomiast pielęgniarka POZ nie obejmuje opieką aż 70% pacjentów. (Adamczyk, Borek Fundacja My Pacjenci, 2014)
- W niektórych rejonach zaledwie 8% kobiet potwierdza, że położna rodzinna podczas połogu odbyła 4 wizyty patronażowe lub więcej. (Pietkiewicz, Winiarska, Żołnowska 2013)
- Wiedza położnych, pielęgniarek, lekarzy POZ w zakresie laktacji nie jest adekwatna do zadań przed nimi postawionych. Poziom wiedzy personelu medycznego udzielającego podstawowych porad laktacyjnych w ramach sprawowania opieki okołoporodowej i środowiskowej nad matką i dzieckiem jest niesatysfakcjonujący, nie osiąga poziomu II wiedzy o laktacji. (Szyber, WUM 2012; Nehring-Gugulska, SUM 2015)
- Doradztwo laktacyjne świadczone przez położne środowiskowo – rodzinne w Polsce nie przyczynia się do wydłużenia długości karmienia piersią przez matki (badano 1162 kobiet). (Wilk, Szyber, WUM 2014)
- Porady laktacyjne udzielane przez położną środowiskowo-rodziną nie zwiększają zakresu wiedzy i umiejętności w zakresie laktacji u matek objętych opieką. (Siwak, Szyber, WUM 2014)
- Jakość porad udzielanych przez położne środowiskowe jest niska, 39% badanych matek stwierdziło, że położna nie zajmuje się laktacją; 34,24% badanych podało, że na temat karmienia piersią rozmawiało z położną przez kilka minut. (Kalinowska-Przybyłko WUM 2010)

Opieka laktacyjna w obecnym systemie jest niewystarczająca, zwłaszcza w przypadku złożonych, skomplikowanych, trudnych diagnostycznie problemów. Brak wiedzy i czasu na zajęcie się problemami laktacji podczas rutynowych wizyt u lekarza pediatry, ginekologa czy położnej jest dobrze udokumentowane w literaturze światowej (Taveras, 2004).

Zakres podstawowej opieki laktacyjnej wymaga posiadania przez położne środowiskowo-rodzinne II poziomu wiedzy o laktacji (zalecany kurs specjalistyczny

Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji, 25,5h teorii i 21 godzin praktyk) (CKPPIP, 2013) oraz umiejętności oceny efektywności ssania piersi przez dziecko i prawidłowości przebiegu laktacji (Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik, Stobnicka - Stolarska 2014). Położne powinny umieć pomóc w przypadku częstych, prostych, niepowikłanych problemów z karmieniem. Programy kształcenia przeddyplomowego powinny być zweryfikowane tak, aby dostarczać personelowi medycznemu wiedzę adekwatną do potrzeb karmiących matek. Warto zwrócić też uwagę organizatorom kursów specjalistycznych na wymogi dotyczące kadry, powinny być to osoby posiadające III poziom wiedzy o laktacji potwierdzony certyfikatem i doświadczenie w przedmiocie kształcenia (Poziomy kształcenia w dziedzinie laktacji, kobiety.med.pl).

Wiele kobiet po porodzie, pomimo dobrej opieki prowadzonej przez położne POZ będzie potrzebowało dodatkowej, specjalistycznej porady laktacyjnej, którą warto im zapewnić. System odpowie wtedy na oczekiwania i potrzeby matek.

Od przeszło 20 lat w Polsce funkcjonują specjaliści ds. laktacji, którzy uzyskali w toku kształcenia podyplomowego III poziom wiedzy o laktacji i umiejętności potwierdzone certyfikatem IBCLC lub polskim odpowiednikiem: Certyfikowany Doradca Laktacyjny (CDL). Stanowią grupę zawodową około 400 osób (96 IBCLC, 288 CDL), w tym położnych (85%), lekarzy (10%), pielęgniarek (5%), zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Konsultantów i Doradców Laktacyjnych i zarazem w strukturach międzynarodowych Europejskiego Stowarzyszenia Konsultantów Laktacyjnych ELACTA. Pracują w ok. 160 poradniach laktacyjnych umiejscowionych w całej Polsce w NZOZ-ach lub prowadzą indywidualne praktyki. Zgodnie z regulaminem uzyskiwania w/w wymienionych certyfikatów aktualizują wiedzę i umiejętności poprzez wymianę doświadczeń, poddawanie praktyki ocenie środowiska oraz recertyfikację w cyklu 5-7 letnim. Polscy konsultanci i doradcy laktacyjni wypracowali przez lata doświadczeń standardy dotyczące metod kształcenia teoretycznego i praktycznego, opracowali programy kształcenia odpowiadające poziomom kształcenia, standardy weryfikacji wiedzy i umiejętności, zasady nadawania certyfikatów, zasady recertyfikacji, mają kodeksy etyczne i zawodowe m.in. nie ma wśród nich osób dystrybuujących lub reklamujących mleko modyfikowane. Wypracowali standard udzielania porad laktacyjnych i protokoły postępowania w problemach laktacyjnych. Ich skuteczność jest bardzo wysoka, co pokazują polskie badania.

Najlepszy efekt osiąga się wtedy, gdy wszystkie środowiska działają w ramach zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzi: lekarze, położne, fizjoterapeuci, psychologowie i doradcy laktacyjni.

Opieka laktacyjna w Polsce



Lekarz ginekolog



Lekarz neonatolog



Lekarz pediatra



Położna POZ



**Położna
przyjmująca poród**



**Położna na
oddziale**



**Edukator ds.
laktacji, konsultant
laktacyjny**



**Fizjoterapeuta
i Neurologopeda**



Psycholog



**Promotor
Karmienia Piersią**



Członkowie rodziny

Zadania zespołu terapeutycznego:

Zawód/stanowisko/ umiejętność	Najważniejsze zadania	Podstawa prawna Uwagi
Lekarz ginekolog	Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do (...) karmienia piersią (od 21 tyg.) Profilaktyka chorób kobiecych i patologii położniczych.	SOO*, pkt. II. Ustawa o zawodzie lekarza **
Położna POZ	Sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej wg indywidualnego planu. Prowadzenie fizjologicznego porodu, porodu oraz sprawowanie opieki nad noworodkiem	SOO, pkt. II.* Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej *** Zalecany cykl kształcenia podyplomowego na poziomie II wiedzy o laktacji
Położna przyjmująca poród	Bezpośrednio po urodzeniu – kontakt z matką „skóra do skóry”, rozpoznanie momentu gotowości do ssania piersi, przystawienie noworodka do piersi, (III okres porodu), demonstracja karmienia piersią (IV okres porodu), kontrolowanie cech dobrego przystawienia i pozycji	SOO, pkt. X. 6, XII. 1 * Ust. o zawodzie**** Stanowisko pracy ***** Zalecany cykl kształcenia podyplomowego na poziomie II wiedzy o laktacji
Położna na oddziale	Dostarczenie wyczerpujących informacji o korzyściach i metodach karmienia piersią, instruktaż i obserwacja prawidłowego przystawienia dziecka do piersi i postępowania w laktacji w tym okresie.	SOO, pkt. XII. 8, 1) – 6)* Ust. o zawodzie**** Stanowisko pracy ***** Zalecany cykl kształcenia podyplomowego na poziomie II wiedzy o laktacji
Lekarz neonatolog	Ocena stanu dziecka, leczenie stanów patologii noworodka, określenie wskazań i zlecenie suplementacji.	SOO, pkt. XII - XIII* Ustawa o zawodzie lekarza **
Lekarz ginekolog-położnik	Ocena ryzyka okołoporodowego, stanu położnicy, podejmowanie działań diagnostycznych i leczniczych w przebiegu porodu i porodu.	SOO, pkt. II – XI. Ustawa o zawodzie lekarza **
Fizjoterapeuta i Neurologopeda	Wspomaganie rehabilitacyjne funkcji ssania i innych funkcji życiowych.	Ustawy dotyczące medycznych zawodów regulowanych i zakładów opieki zdrowotnej **** Stanowisko pracy *****
Doradca/konsultant laktacyjny (specjalistyczna poradnia laktacyjna lub na stanowisku edukator do spraw laktacji na oddziale, albo w POZ)*****	Profesjonalne poradnictwo laktacyjne wykracza poza ramy przewidzianej ustawą pracy położnej rodzinnej. Obejmuje: - rozwiązywanie problemów laktacyjnych, które wykraczają poza zakres podstawowy - dobór sprzętu i instruktaż odciągania, dokarmiania, przechowywania pokarmu - prowadzenie relaktacji - drobne zabiegi wspomagające laktację, diagnostyczne i lecznicze - wsparcie dla matek w trudnej sytuacji związanej z laktacją	SOO, pkt. XIV. 3.* Ust. o zawodzie (w zależności jaki posiada) Zaświadczenie o ukończeniu cyklu kształcenia podyplomowego na poziomie III wiedzy o laktacji, certyfikat IBCLC, CDL Kodeks etyczny i zawodowy doradcy/konsultanta

Psycholog	Pomoc psychologiczna. Wsparcie w sytuacji niepowodzeń, trudności okresu okołoporodowego.	SOO pkt. pkt. XIV. 4.* Ustawa o zawodzie psychologa *****
Położna rodzinna	Ustala sposób żywienia noworodka i pomaga położnicy rozwiązywać problemy dotyczące karmienia piersią. Prowadzi edukację zdrowotną. Położnicy zapewnia się poradnictwo laktacyjne.	SOO, XIV. 2, 3); 3; 5, 4)-5) * Ustawa o zawodach pielęgniarzy i położnej *** Zalecany cykl kształcenia podyplomowego na poziomie II wiedzy o laktacji
Lekarz pediatra	Podczas wizyty patronażowej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje badanie przedmiotowe i podmiotowe dziecka z uwzględnieniem jego rozwoju fizycznego. Rozpoznawanie chorób, zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń.	Rozp. w sprawie świadczeń gwarantowanych ***** Ustawa o zawodzie lekarza **

1* Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Rozp. MZ z dn. 21.09.2012).

2* Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2007, nr 14 poz. 89 z późn. zm.)

3* Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.)

4* Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej i Ustawa z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich UE

5* Rozp. MZ z dn. 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami (Dz. U. 2011 nr 151 poz. 896)

6* Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. (Dz. U. 2001, nr 73, poz. 763).

7* Rozp. MZ z dnia 29 sierpnia 2009 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1139).

W nowej wersji standardu opieki okołoporodowej (Rozp. MZ z dn. 21.09.2012) zapisano, że „W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, **należy zdiagnozować problem i wdrożyć postępowanie zgodne z aktualną wiedzą na temat laktacji**, w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej”.

Wiedza i umiejętności personelu medycznego nie są, jak na razie, wystarczające, aby sprostać postawionym zadaniom.

Personel medyczny, który sprawuje opiekę nad matką i dzieckiem w okresie laktacji, co pokazują badania, nie posiada satysfakcjonującej wiedzy na ten temat. Wysoką wiedzą na temat laktacji odznaczają się jedynie osoby, które odbyły kształcenie podyplomowe w tej dziedzinie. Zwłaszcza te, które odbyły najdłuższe kursy 45 - 80 godzin oraz zdobyły certyfikaty umiejętności. (Sikorski 2005; Britton 2009)

W porównaniu z USA, Australią, krajami UE w Polsce mamy wyjątkowo niską dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez profesjonalistów laktacyjnych w szpitalach, poradniach, na wizytach domowych. Funkcjonuje sporo nieprofesjonalnych form pomocy matkom karmiącym. Pojawiają się też zjawiska niepokojące: nadużywanie nazwy „konsultant laktacyjny” bez odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji zawodowych, dezinformacja matek przez nieprofesjonalne strony internetowe i portale społecznościowe. Jeszcze musimy poczekać, aby wyżej opisany ideał zaczął prawidłowo funkcjonować.

Od 20 lipca 2011 r. w wyżej wymienionym rozporządzeniu Ministra Zdrowia pojawiło się nowe stanowisko pracy w podmiotach leczniczych o nazwie „**edukator do spraw laktacji**”. Daje to ogromną szansę na zatrudnianie specjalistów ds. laktacji w szpitalach, tam gdzie pomoc jest tak potrzebna. Ale też w POZ, aby uzupełniać pracę położnych i pielęgniarek. Warto tylko zadbać, aby zatrudnienie dotyczyło rzeczywiście dobrze wykształconych specjalistów ds. laktacji, a nie przypadkowych osób, bo przepisy zostawiają tu niepokojącą furtkę. Są to pozytywne zmiany, które być może w przyszłości zmniejszą ilość zaniedbań i błędów w postępowaniu laktacyjnym wobec polskich matek.

Dziś zgodnie z przepisami dotyczącymi kształcenia ustawicznego dorosłych oraz doksztalcania w zawodach medycznych osoby, które pragną zajmować się profesjonalnym poradnictwem laktacyjnym poszerzają swoją wiedzę na kursach doksztalcających i weryfikują wiedzę i umiejętności zdobywając dwa znane w Polsce certyfikaty:



IBCLC, Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny, tytuł nadawany na 5 lat przez International Board of Lactation Consultant Examiners IBLCE (Międzynarodowa Rada Egzaminatorów Konsultantów Laktacyjnych) zgodnie z wymaganiami zawartymi w: Candidate Information Guide, IBLCE Regional Office in Europe, iblce-europe.org



CDL Certyfikowany Doradca Laktacyjny, tytuł nadawany na 7 lat przez Centrum Nauki o Laktacji CNoL, przeznaczony dla zawodów medycznych, zgodnie z regulaminem kształcenia i szczegółowymi wymaganiami zawartymi w: „Przewodniku dla kandydatów na CDL, Centrum Nauki o Laktacji, kobiety.med.pl/cnol

Wsparcia pozamedycznego udzielają **doule** i **promotorki karmienia piersią**.



Promotor Karmienia Piersią (PKP), to pozytywnie zakręcona osoba, która nie ma wykształcenia medycznego, ale potrafi dzielić się z innymi matkami doświadczeniem w karmieniu piersią, potrafi wspierać je skutecznie i towarzyszyć im w trudnych chwilach. Umie tworzyć klimat sprzyjający karmieniu naturalnemu w środowisku lokalnym i podejmuje działania promocyjne na szerszą skalę. Często PKP podejmują działania na szerszą skalę we własnym środowisku lub w przestrzeni Internetu. Ich zapał jest wielką siłą, której nie warto i nie można zmarnować. Inicjowanie i tworzenie grup wsparcia matek karmiących oraz współpraca z lokalnymi doradcami laktacyjnymi/poradnią laktacyjną może być wielkim kołem zamachowym do zmian w systemie opieki nad matką i dzieckiem. Wielkie zmiany zaczynają się zawsze od małych działań.

Podsumowując, usprawnienie systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem poprzez podniesienie wiedzy personelu w zakresie laktacji oraz zapewnienie matkom dostępu do profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego podniesie wskaźniki zdrowotne, usatysfakcjonuje matki, pozwoli na znaczne oszczędności przy niewielkich nakładach.

5. Polskie 10 kroków do udanego karmienia

10 kroków do udanego karmienia piersią – jest to 10 punktów opracowanych przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), które mają przyczynić się do aktywnego wspierania karmienia piersią już podczas pobytu matki w szpitalu. W 2009 r. Amerykańska Akademia Pediatrii uznała ten schemat postępowania jako skuteczny dla poprawy wskaźników karmienia naturalnego, takich jak: odsetek matek rozpoczynających karmienie, długość karmienia oraz wyłączność karmienia. Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE zaleca wdrażać 10 kroków we wszystkich placówkach ochrony zdrowia. Polska zaimplementowała kroki od 2 do 9 do Standardu Opieki Okołoporodowej i wszystkie szpitale położniczo-noworodkowe powinny je realizować. Niestety nie wywiązują się z tego należycie, a też system nadzoru jest nieudolny. Opieka laktacyjna po opuszczeniu szpitala jest wciąż słaba. Zważając na osiągnięcia i słabości polskiego systemu proponujemy **Polskie 10 Kroków do karmienia naturalnego wszystkich dzieci.**

- 
- Krok 1.** Posiadać aktualną wiedzę o laktacji adekwatną do sprawowanej opieki nad matką i dzieckiem i postępować zgodnie z zasadami sprzyjającymi karmieniu piersią.
- 
- Krok 2.** Przeszkolić wszystkich pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem tak, aby mogli realizować opiekę zgodnie z aktualną wiedzą o laktacji i poniższymi krokami
- 
- Krok 3.** Informować wszystkie kobiety o korzyściach karmienia piersią i prawidłowym postępowaniu podczas karmienia naturalnego.
- 
- Krok 4.** Zapewnić wszystkim matkom kontakt „skóra-do skóry” i pomagać im w rozpoczynaniu karmienia piersią w pierwszych godzinach po urodzeniu dziecka.
- 
- Krok 5.** Zapewnić każdej matce instruktaż w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu karmienia piersią. Nauczyć jak oceniać skuteczność karmienia i jak odciągać pokarm.
- 
- Krok 6.** W przypadku medycznych wskazań do dokarmiania noworodków i małych niemowląt jako pierwszy wybierać odciągany pokarm biologicznej matki, jako drugi mleko z banku mleka. Mieszkankę sztuczną wybierać dopiero w przypadku braku wyżej wymienionych.
- 
- Krok 7.** Stosować system "ROOMING-IN" umożliwiający matce przebywanie razem z dzieckiem w jednym pokoju podczas pobytu w każdym szpitalu
- 
- Krok 8.** Zachęcać matki do karmienia piersią "na żądanie" przez cały okres karmienia. Nie stosować schematów i zbyt wczesnego wprowadzania żywności uzupełniającej.
- 
- Krok 9.** Akcesoria do karmienia alternatywnego niemowląt karmionych piersią dobierać indywidualnie uwzględniając indywidualną sytuację i uwarunkowania matki i dziecka.
- 
- Krok 10.** Zapewnić każdej matce podstawową i specjalistyczną opiekę laktacyjną po opuszczeniu szpitala oraz w sytuacjach uzasadnionych sprzęt do odciągania pokarmu.

Realizacja powyższej strategii pozwoli na skuteczne wykorzystanie potencjału polskich matek pragnących karmić naturalnie. W celu jej realizacji personel sprawujący opiekę nad matką i dzieckiem powinien podwyższyć poziom wiedzy i dostosować styl sprawowanej opieki do oczekiwań matek.

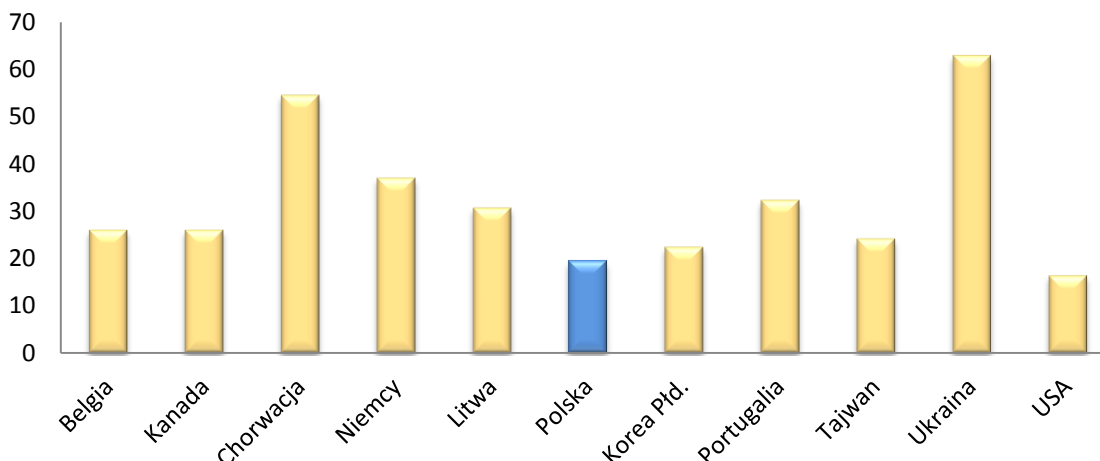
Ważnym elementem realizacji jest także zapewnienie sprzętu i stworzenie warunków do odciągania pokarmu w sytuacjach uzasadnionych. **Warto włożyć ten niewielki wysiłek, sukces jest blisko!**



6. Karmienie piersią na świecie

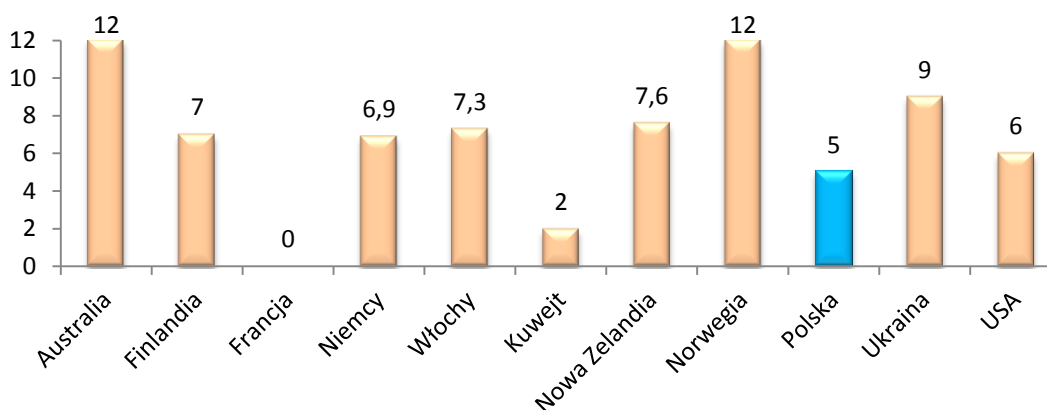
Celem, jaki stawia sobie Europa na podstawie aktualnej wiedzy, jest wyłączne karmienie piersią do około 6 miesiąca życia (Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, ESPGHAN 2009; Wzorzec działania dla Europy, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE 2006).

Odsetek niemowląt karmionych wyłącznie piersią w okresie 0-6 m-cy w krajach rozwiniętych (WHO 2014)



Na tle Europy Polska plasuje się wśród 10 krajów, z wysokim odsetkiem rozpoczynania karmienia. Gorzej sytuacja wygląda, jeśli chodzi o całkowitą długość karmienia piersią. W Polsce średnia długość karmienia wynosi bowiem 4,8 miesiąca, zaś najwięcej matek rezygnuje z karmienia w 2-3 miesiącu. (Zagórecka, 2007, *Pediatrica Pol*).

W świetle innych krajów, wskaźnik ten stawia Polskę na jednym z ostatnich miejsc.

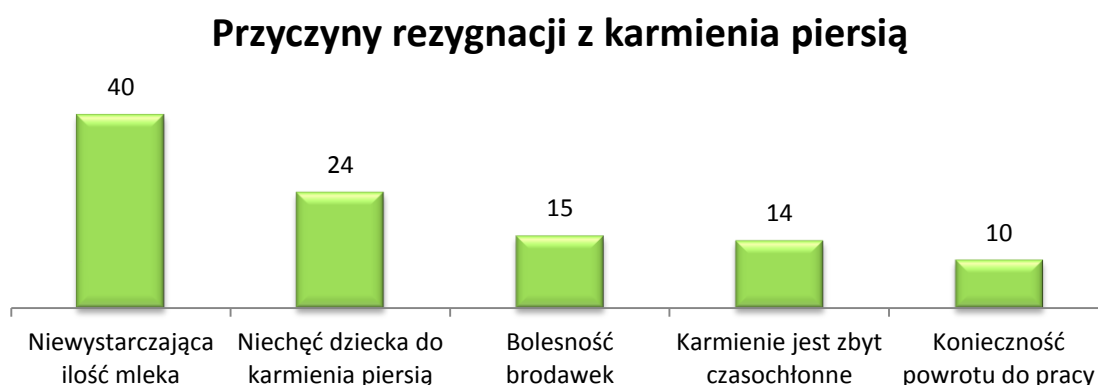


Mediana okresu karmienia piersią w krajach rozwiniętych (karmienie wyłączne plus mieszane, WHO 2014).

Tymczasem na Węgrzech, Słowacji, w Szwecji, Norwegii, Danii, Islandii w trzecim miesiącu wyłącznie piersią karmi 50% matek (Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. 2007). Wysokie wskaźniki kontynuacji karmienia odnotowują także kraje bloku wschodniego (Łotwa, Białoruś, Litwa, Bułgaria).

Niezależnie jednak od kraju i obowiązujących w nim rozwiązań systemowych i wsparcia karmienia piersią, przyczyny rezygnacji z karmienia piersią są tożsame.

Dane międzynarodowe przeprowadzone wśród 4000 kobiet na różnych kontynentach wskazują bowiem, że **jako najważniejszą przyczynę rezygnacji z karmienia piersią mamy na całym świecie wskazują niewystarczającą ilość pokarmu.**



de Jager M, Hartley K, Terrazas J i wsp. Barriers to breastfeeding – a global survey on why women start and stop breastfeeding. European Obstetrics & Gynaecology supplement.2012;3-8

Z uwagi na wysoki odsetek rezygnacji z karmienia piersią, przebadano tę kwestię i stwierdzono, że według najnowszej wiedzy medycznej istnieje kilka czynników, które mogą najskuteczniej zapobiegać przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią (Britton Cochrane Database of Systematic Reviews 2007). Zalicza się do nich:

- uzupełnienie wiedzy nt korzyści
- właściwy instruktaż
- wczesne rozpoznanie czynników ryzyka
- opieka laktacyjna na oddziale oraz poradnictwo laktacyjne po opuszczeniu szpitala

Polskie badania wskazują z kolei, że bardzo duży i pozytywny wpływ na wydłużenie laktacji poza ww. czynnikami ma także stosowanie przez kobiety karmiące słoju jęczmiennego. Według badania opublikowanego w 2015 roku na łamach czasopisma Położna, Nauka i Praktyka doradztwo laktacyjne wraz z prawidłowym instruktażem oraz stosowaniem słoju jęczmiennego w przypadkach problemów z laktacją było

skuteczne w 93% przypadków kobiet zakwalifikowanych do badania (Nehring-Gugulska, 2015).

Opieka laktacyjna w Europie:

- Szwecja, Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Szwajcaria zapewniają nieodpłatną opiekę położnej po porodzie 10 -16 wizyt w domu oraz dodatkowe 3 – 4 wizyty konsultanta laktacyjnego trwające odpowiednio dłużej (do 1,5 h) Holandia – w systemie tego państwa jest zapewniona opieka położnej jest w domu przez pierwszy tydzień po porodzie, do 10 wizyt konsultanta laktacyjnego.
- Belgia- każda mam może skorzystać 3 wizyt dla rozwiązywania problemów laktacyjnych, mogą trwać 1,5 godziny.

Wymienione kraje zapewniają matkom okresowe, nieodpłatne wypożyczenie sprzętu laktacyjnego z apteki w przypadku stwierdzenia problemów laktacyjnych (na receptę od lekarza). W wielu krajach Unii Europejskiej matki uzyskują pomoc w zakresie laktacji, a specjaliści ds. laktacji funkcjonują w systemie ochrony zdrowia. Największa grupa konsultantów IBCLC pracuje w Niemczech (1445), Francji (587) i Holandii (468).



7. Karmienie piersią w opinii środowiska medycznego

Według opinii polskiego środowiska medycznego stan karmienia piersią w Polsce jest co najmniej niezadowolający i wynika on w dużej mierze z barier leżących zarówno po stronie opieki medycznej, jak i samych mam.

W 2012 r. zgromadzone podczas zjazdu organizowanego przez Centrum Nauki o Laktacji środowiska medyczne i naukowe zajmujące się laktacją zdiagnozowały istniejące w Polsce bariery dla karmienia piersią i porównały je z barierami opisywanymi przez prof. Mikiel - Kostyrę 20 lat temu.

Wg zgromadzonych opinii, wciąż aktualną barierą jest brak wiedzy na temat laktacji na odpowiednim poziomie wśród personelu medycznego.

Potwierdza to kilka badań wykonanych na Warszawskim i Śląskim Uniwersytecie Medycznym, w tym dwa badania wykonane w ramach prac doktorskich.

Poziom wiedzy personelu medycznego sprawującego opiekę okołoporodową i środowiskową jest niesatysfakcjonujący, nie osiąga poziomu II wiedzy o laktacji. Większość badanych osób deklarowało udzielanie porad laktacyjnych przy niewielkim zakresie wiedzy w tej dziedzinie. Najniższą wiedzę posiadały osoby, które nie odbywały kursów kształcących w dziedzinie laktacji, wiedzę czerpały jedynie z kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego w ramach specjalizacji z neonatologii, położnictwa, pediatrii, pielęgniarstwa położniczego, a także pracujące w opiece środowiskowej oraz w klinikach. Najwyższy poziom wiedzy prezentowały zaś osoby, które wykazywały najwyższą aktywność edukacyjną (odbywały najdłuższe kursy, zdobywały międzynarodowe certyfikaty umiejętności w dziedzinie laktacji). Tylko 7% położnych wykazywało taką aktywność i uczestniczyło w kursach. (Szyber 2012, WUM; Nehring-Gugulska 2015, SUM)

Badania wykazały także, iż wyższy poziom wiedzy laktacyjnej wśród personelu przekładał się na:

- lepszą organizację opieki okołoporodowej sprzyjającej laktacji (10 kroków),
- lepsze wyposażenie oddziału w sprzęt wspomagający laktację (odciągacze pokarmu, końcówki sterylne, pojemniki do przechowywania mleka, fotele, poduszki, podnóżki i in.),
- większą ilość dostępnych form pomocy dla matek karmiących (poradnia laktacyjna, doradca w zespole terapeutycznym na oddziale, grupa wsparcia i inne),
- wyższą jakość udzielanych porad laktacyjnych w profesjonalnych formach (porada bezpośrednia, udokumentowana, instruktaż, postępowanie terapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą).

Drugą z barier wymienianych często przez prelegentów była powszechność dokarmiania substytutami mleka kobiecego. Rozwiązywanie każdego problemu laktacyjnego przez podanie butelki z mieszanką, szeroka dostępność substytutów mleka kobiecego na oddziałach i wysokie nakłady finansowe państwa na refundację mleka początkowego i następnego dla niemowląt (82 miliony PLN w 2011 roku), brak warunków i sprzętu do odciągania oraz przechowywania pokarmu kobiecego na oddziałach (*52% nie zapewnia sprzętu, Bernatowicz-Łojko 2010, Standardy Med*) to poważne bariery. W okresie stabilizacji laktacji każde zaburzenie jej przebiegu skutkuje niższym poziomem wytwarzania pokarmu i skróceniem czasu karmienia na dalszym etapie. W przypadku konieczności dokarmiania, pokarmem z wyboru jest mleko własnej matki. Karmienie piersią jest ważnym czynnikiem prozdrowotnym i profilaktycznym w odniesieniu do wielu schorzeń. Niestety w Polsce w ogóle niedocenianym.

Żaden z programów profilaktycznych przeciwko otyłości, nowotworom piersi itp. nie uwzględnia zwiększenia odsetka karmiących matek i żywionych mlekiem kobiecym dzieci. Nadzieję budzi uwzględnienie karmienia naturalnego w projekcie ustawy o zdrowiu publicznym w ramach profilaktyki otyłości (2015). Karmienie piersią powinno znaleźć się też jako ważny aspekt w nowotworzonym Narodowym Programie Zdrowia.

Trzecią barierą, wartą zaznaczenia, jest niska dostępność do systemu profesjonalnej pomocy laktacyjnej po opuszczeniu szpitala. Matki poszukują pomocy w różnych miejscach, w szpitalach, przychodniach, telefonicznie, na stronach internetowych. Wiele matek poszukujących pomocy nie trafia do odpowiednio wykształconych specjalistów w tej dziedzinie i często uzyskuje nieaktualne informacje i błędne porady skutkujące zaburzeniami laktacji, powikłaniami i skracaniem czasu karmienia. Standard opieki okołoporodowej przewiduje opiekę laktacyjną II poziomu (informacje, instruktaż, rozwiązywanie niezłożonych problemów), którą ma sprawować położna rodzinna.

W systemie świadczeń gwarantowanych nie istnieje porada laktacyjna specjalistyczna udzielana przez położne lub lekarzy posiadających certyfikaty IBCLC lub CDL. Wiele problemów laktacyjnych jest złożonych, wymaga diagnostyki, leczenia, ale też czasu, wiedzy i doświadczenia, niejednokrotnie przekraczając kompetencje położnej. Z kolei konsultanci i doradcy laktacyjni, którzy własnym wysiłkiem poszerzają wiedzę i umiejętności, często nie mają zatrudnienia.

Poza ograniczeniami występującymi po stronie opieki medycznej, **istotne bariery w karmieniu piersią występują także po stronie mam**. Zdaniem położnych pięcioma najważniejszymi przyczynami, poprzez które matki przedwcześnie rezygnują z karmienia jest:

1. Brak wiedzy o zaletach karmienia piersią i szybkie poddanie się przy trudnościach.
2. Zła technika karmienia.
3. Zbyt mała ilość pokarmu - dziecko nie przybiera na wadze.
4. Brak pomocy po porodzie z karmieniem.
5. Bolesność brodawek.

Zdaniem położnych działania, które mogłyby sprawić, aby więcej kobiet karmiło piersią jest:

1. Lepsza opieka laktacyjna na początku zaraz po porodzie.
2. Powszechna informacja/edukacja kobiet przez pediatrów o: korzyściach karmienia piersią dla dziecka oraz kobiety i zachęcenie do porady laktacyjnej w przypadku problemów z karmieniem piersią.
3. Bezpłatne porady laktacyjne.
4. Kampania tv, Internet dotycząca zalet karmienia piersią.
5. Zakaz reklamy mieszanek mlecznych.
6. Deklaracje znanych kobiet (np. aktorek), że karmią piersią i chwalą się tym publicznie.

Jak pokonać istniejące bariery?

I Kształcenie w dziedzinie laktacji prowadzone przez specjalistów w tej dziedzinie.

Konieczna wydaje się weryfikacja programów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego pracowników ochrony zdrowia opiekujących się matką i dzieckiem. Powinni mieć przynajmniej 8 godzinny kurs teoretyczny i 8 godzinny kurs praktyczny w zakresie laktacji. Położne POZ – zalecany kurs specjalistyczny *Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji* (25,5h teorii i 21 godzin praktyk; CKPPIP, 2013). Kursy te są szansą na szybkie uzupełnienie wiedzy pracowników ochrony zdrowia tak, aby mogli wdrożyć *Standard opieki okołoporodowej* oraz organizować pozaszpitalną opiekę laktacyjną na poziomie podstawowym. Specjaliści ds. laktacji (posiadający certyfikaty CDL i IBCLC i najdłuższe kursy) powinni stanowić kadrę kształcenia na obu poziomach.

II Opieka okołoporodowa sprzyjająca laktacji.

Zaleca się realizację opieki według programu o udowodnionej skuteczności, czyli 10 kroków WHO/UNICEF. 7 z 10 kroków zostało zawartych w Standardzie opieki okołoporodowej (Rozp. MZ z dn. 21.09.2012), co stanowi doskonałą podstawę do ich szybkiego wdrożenia. Skuteczne wdrożenie byłoby możliwe, gdyby nie pominięto kroku 2-ego (kształcenie personelu) oraz monitorowano realizację programu. Warto wykorzystać istniejącą kadrę, zatrudnić konsultantów/doradców laktacyjnych na stanowisku edukatorów ds. karmienia piersią i powierzyć im zadania wdrażania standardu.

Należy dodatkowo wdrożyć procedury pozyskiwania i przechowywania pokarmu kobiecego z wykorzystaniem sprzętów wspomagających laktację. Szczegółowe procedury dla szpitali III poziomu referencyjnego opisano w Programie wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, (Helwich i wsp. Wilińska M. (red) Standardy Medyczne Pediatria rok 2014, tom 11, nr 1, str 9-57). Jednym ze sposobów motywujących szpitale do realizacji prawidłowych praktyk może być np. wyższa stawka za poród w takiej placówce. Zwłaszcza, że realizacja programu wiąże się nie tylko z poprawą karmienia piersią, ale też z korzyściami zdrowotnymi (Kramer i wsp. badanie PROBIT 2002).

III Dostępność profesjonalnych form pomocy.

Uzupełnienie wizyt patronażowych po porodzie przez wizyty specjalisty ds. laktacji na wzór krajów UE, kontraktowanie specjalistycznych porad laktacyjnych udzielanych przez specjalistów ds. laktacji w istniejących lub nowotworzonych poradniach laktacyjnych. Przykładowym rozwiązaniem byłyby dwie wizyty patronażowe realizowane przez konsultanta/doradcę laktacyjnego na wniosek matki, lekarza czy położnej rodzinnej. W krajach sąsiednich w ten sposób refunduje się zarówno porady jak i wypożyczanie sprzętu wspomagającego laktację. Co w efekcie okazuje się tańsze dla budżetu państwa niż refundacja substytutów mleka kobiecego oraz leczenie zwiększonej liczby zachorowań dzieci i matek (ESPGHAN 2009).

IV Monitorowanie naruszeń polskiego prawa w zakresie marketingu sztucznych mieszanek.

Regulacje rynku, zgodnie z **Dyrektywą UE 141WE**, są zawarte w Ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. 2006, nr 171, poz. 1225 z póź. zm.) i Rozp. MZ z dnia 17 października 2007 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego (Dz. U. 2007 Nr 209, poz. 1518), które określa warunki oznakowania preparatów do żywienia początkowego niemowląt. Brakuje biura/urzędu/institucji monitorującej i zgłaszającej naruszenia celem nakładania kar na łamiących prawo.

8. Podsumowanie i wnioski

1. Polskie mamy chcą karmić swoje dzieci naturalnie: aż **98%** mam zaczyna karmić swoje dzieci piersią po porodzie. Plasujemy się w czołowej 10 - tce krajów w Europie z wysokim odsetkiem rozpoczynania karmienia piersią.
2. Ilość mam karmiących piersią drastycznie spada już w pierwszym miesiącu, po 6- tym tygodniu karmi piersią tylko **46%, o połowę mniej niż 17 lat temu.**
3. W Polsce nie prowadzono od 1997 roku krajowego monitoringu wskaźników karmienia piersią, co robią wszystkie kraje europejskie i prawie wszystkie kraje świata! Nawet biedne! Obecnie wykonane badanie GUS, dobrze, że jest, ale nie przystaje do danych światowych, bo jest robione według innych kryteriów. Z danych np. nie wynika jaki jest w Polsce odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią, a to najważniejsze dane, które po pierwsze pokazują punkt, w którym jesteśmy, po drugie powinny być porównywane z danymi z innych krajów.
4. Przy obecnym stanie wiedzy na temat krótko - i długofalowych skutków zdrowotnych płynących z karmienia mlekiem kobiecym, karmienie piersią jest niezwykle **ważnym aspektem zdrowia publicznego.**
5. Systemowe wsparcie dla karmienia naturalnego i uzyskana poprawa wskaźników karmienia piersią przełoży się konkretne korzyści finansowe dla budżetu państwa, które obecnie ponosi koszty rzędu 70 milionów złotych rocznie na refundację sztucznych mieszanek, nie licząc kosztów leczenia chorób dzieci i matek, kosztów absencji rodziców w pracy itp.
6. Szczególną grupą są dzieci przedwcześnie urodzone (7%), najbardziej narażone i odnoszące największe korzyści z żywienia kobiecym mlekiem. Matkom wcześniaków trzeba zapewnić **bezpłatny, wysokiej jakości sprzęt do odciągania pokarmu i rozwijać sieć banków mleka,** aby w przypadku problemów ze strony matki, dziecko miało możliwość otrzymania mleka ludzkiego.

- 7.** Stworzenie skuteczniej działającego systemu opieki laktacyjnej, podwyższenie poziomu wiedzy sprawujących opiekę podstawową położnych i lekarzy POZ oraz uzupełnienie tej opieki przez opiekę specjalistyczną sprawowaną przed certyfikowanych konsultantów/doradców laktacyjnych w poradniach laktacyjnych finansowanych ze środków publicznych lub podczas wizyt domowych (1-2 wizyty po porodzie). To najbardziej skuteczna forma wsparcia karmiących matek poprzez rzetelną wiedzę i praktyczną pomoc w problemach.
- 8.** W opinii środowiska medycznego stan karmienia piersią w Polsce jest niezadowolający biorąc pod uwagę szereg korzyści zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych. Zidentyfikowano najważniejsze bariery:
 - a.** Brak wiedzy na temat laktacji na odpowiednim poziomie wśród personelu medycznego,
 - b.** Powszechne dokarmienie substytutami mleka kobiecego,
 - c.** Niska dostępność do systemu profesjonalnej pomocy laktacyjnej po opuszczeniu szpitala.
- 9.** Szybką i skuteczną poprawę sytuacji można osiągnąć poprzez:
 - a.** Podniesienie poziomu wiedzy personelu medycznego do poziomu odpowiedniego do zadań przed nimi postawionych. Najszybciej można to osiągnąć poprzez kształcenie podyplomowe prowadzone przez specjalistów ds. laktacji,
 - b.** Skuteczne wdrożenie i monitorowanie realizacji standardu opieki okołoporodowej, a szczególnie opieki okołoporodowej sprzyjającej laktacji, a nie dokarmianiu sztucznemu, które jest powszechne,
 - c.** Umożliwienie finansowania ze środków publicznych profesjonalnych form opieki laktacyjnej, zwłaszcza na poziomie specjalistycznym, najszybciej poprzez utworzenie stanowisk pracy w szpitalach na stanowisku edukator ds. laktacji, uzupełnienie wizyt patronażowych po porodzie przez wizyty specjalisty ds. laktacji na wzór krajów UE, kontraktowanie specjalistycznych porad laktacyjnych udzielanych przez specjalistów ds. laktacji w istniejących lub nowotworzonych poradniach laktacyjnych.

- 10.** Warto korzystać z potencjału polskich mam, z których ponad 90% chce po porodzie karmić naturalnie. Kobiety szukają samodzielnie informacji, ale też 36% kobiet odpowiada, że ani ginekolog ani położna nie rozmawiają i nie przygotowują ich do karmienia piersią.
- 11.** Polskie mamy są bardzo aktywne i na wielu polach walczą o swoje prawo do swobodnego, długiego karmienia piersią tworząc szereg akcji i ruchów skupiających tysiące użytkowniczek.
- 12.** Dziś realizacja proponowanych Polskich 10 kroków do karmienia naturalnego wszystkich dzieci wydaje się realnym i szybkim sposobem poprawy sytuacji. Długoterminowym celem powinno być stworzenie finansowanego ze środków publicznych **Narodowego Programu Karmienia Naturalnego**, co pozwoli na zrównoważenie działań marketingowych producentów sztucznych mieszanek.
- 13.** Warto monitorować naruszenia polskiego prawa w zakresie marketingu mieszanek sztucznych.



Dr Magdalena Nehring-Gugulska - Doradca Laktacyjny

Karmienie piersią jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci. Nie można tego bagatelizować, a już z pewnością warto policzyć wymierne korzyści ekonomiczne dla populacji polskich dzieci i matek. Wtedy jasnym stanie się, że środki zainwestowane we wsparcie matek zwrócą się z dużym zyskiem. To dobra inwestycja, w którą nie chce uwierzyć Polska.

Szereg pozornych działań podejmowanych o ostatnich latach nie posunęło spraw do przodu, a nawet pozwoliło utracić 30% matek karmiących już w 2 miesiącu życia ich dzieci. Wiele działań podejmowano w sektorze pozarządowym. Ale to nie załatwi tematu. Wsparcie systemowe jest konieczne, aby zrównoważyć prężnie rozwijający się rynek preparatów mlekozastępczych. Największą bolączką polskich mam jest brak profesjonalnej opieki laktacyjnej. System fachowego poradnictwa i pomocy w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci sprawowanej przez specjalistów ds. laktacji jest powszechnie stosowanym i zalecanym sposobem postępowania w krajach UE. W Polsce, wysiłkiem entuzjastów, opracowano na podstawie zaleceń ogólnowsiatowych i wdrożono w ostatnim dziesięcioleciu standardy kształcenia specjalistów ds. laktacji. Opracowano i wdrożono standardy udzielania porad laktacyjnych i protokoły postępowania w problemach laktacyjnych. Mamy kilkadziesiąt prac naukowych w młodej dziedzinie nauki jaką jest ludzka laktacja. Ale nie mamy ani specjalizacji w tej dziedzinie ani ośrodka naukowego. Szkoda, bo w wielu aspektach mamy ogromne doświadczenia i jesteśmy wzorem dla innych krajów. Warto wykorzystać ten polski dorobek i gotową kadrę w systemie opieki and matką i dzieckiem. Z drugiej strony mamy matki, które pragną karmić naturalnie, ale niestety, napotykać bariery, nie realizują tych planów. Budzi to rozczarowanie, zawód, a często wściekłość na system. Jeden zdecydowany ruch do przodu, jedna decyzja, a możemy być krajem „mlekiem matki płynącym”!

To inwestycja, która opłaciła się wielu krajom świata, większym i bogatszym niż nasz. Oszczędności w ochronie zdrowia wynikające ze zmniejszenia zachorowalności dzieci i matek przewyższą w krótkim czasie nakłady konieczne do wdrożenia opisanej strategii.



Dr n. o zdrowiu Beata Sztyber - Położna specjalistka opieki okołoporodowej, specjalista w dziedzinie laktacji, pedagog, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Ludzkie mleko należy do najcenniejszych odnawialnych zasobów jakie istnieją na ziemi. Możliwość jego wydzielania przez kobiety, poza potencjałem dawania życia jest kluczem do przetrwania naszego gatunku. To przetrwanie jest sprawą nas wszystkich. Współcześnie wiele mówi się o korzyściach z karmienia piersią dla dzieci, matek, społeczeństwa; dostrzeżono również wagę żywienia ludzkim mlekiem najsłabszego potomstwa. Jednak pomimo upowszechniania wiedzy na ten temat i promowania karmienia piersią jako zachowania oczekiwanego, wskaźniki wyłącznego i kontynuacji karmienia naturalnego są nadal niskie. Wieloletnie doświadczenia pracy z kobietami i ich rodzinami w okresie okołoporodowym oraz działalność audytorska, badawcza, dydaktyczna w gronie pracowników ochrony zdrowia i innych zainteresowanych upowszechnianiem właściwego odżywiania niemowląt i małych dzieci pozwala na obserwacje i wnioski dotyczące uwarunkowań promocji karmienia. Z obserwacji tych wynika, że skuteczne karmienie piersią związane jest ściśle z poczuciem kompetencji i sprawstwa u matek. Otrzymywane wsparcie jest tutaj bardzo ważne. Jak wskazują badania Polki mają wysoki poziom lęku, niepewności związany ze swoją zdolnością do samodzielności w odniesieniu do porodu jak i opieki nad własnymi dziećmi. Przyczyn tego zjawiska jest z pewnością wiele. Do najistotniejszych zaliczyć należy naszą sytuację społeczną i polityczną. Ciągłe żyjemy z syndromem posttotalitarnym, gdzie obywatelka-matka nie była specjalistką od własnego dziecka, inni zawsze wiedzieli lepiej. Dzisiejsze matki w takim właśnie społeczeństwie wyrosły i w rodzinach gdzie karmienie piersią nie było powszechne. Zmiana nie jest łatwa ale następuje, coraz częściej też położna, lekarz poza pracą merytoryczną stają się rzecznikami matek i dzieci. Pozytywne jest to, że zostają rodzicami ci, którzy urodzili się w końcu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych. Wtedy właśnie zaczęły rosnać w Polsce wskaźniki karmienia piersią. Dla tych osób, z ukształtowaną trwale pozytywną postawą wobec karmienia naturalnego oczywisty jest sposób żywienia ich dzieci. Zajmują również miejsce przy matce i dziecku jako pracownicy ochrony zdrowia. Osoby z pozytywnym doświadczeniem i pewni swojej wiedzy mogą być skuteczne w edukacji i pomaganiu tym u których występują problemy. W przestrzeni społecznej powinno być znacznie więcej informacji co tracimy jeśli kobiety nie karmią piersią i jakie bezpośrednie szkody zdrowotne ponoszą i matka i dziecko. Karmiącym kobietom należy się wielkie uznanie za wysiłek i sprawianie, że świat staje się lepszy bo ma zdrowszych, mądrzejszych i szczęśliwszych obywateli. Szacunek społeczny dla matek powinien wyrażać się między innymi dostępnością do poradnictwa laktacyjnego w każdej sytuacji kiedy tego potrzebują lub położna czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej uzna za właściwe aby matkę i dziecko skierować do specjalisty w dziedzinie laktacji.



**Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Kozłowska-Wojciechowska,
- Kierownik Zakładu Farmacji Klinicznej i Opieki
Farmaceutycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny**

Karmienie piersią jest korzystne nie tylko dla zdrowia dziecka, ale również jest pomocne dla jego matki. Kobiety karmiące metodą naturalną szybciej odzyskują siły po porodzie, i szybciej powracają do wagi sprzed ciąży. Badania wskazują, że kobiety karmiące piersią znacznie rzadziej doświadczają depresji poporodowej, a także rzadziej zapadają na raka jajnika oraz piersi w późniejszym okresie życia. Jednakże, karmienie piersią jest najważniejsze dla dziecka. Dzieci karmione wyłącznie w ten sposób przez pierwsze 6 miesięcy życia mają kilkanaście razy większą szansę przeżycia oraz znacznie rzadziej chorują, niż dzieci, które nie były karmione tą właśnie metodą. Karmienie piersią poprawia zdolność dziecka do uczenia się i przyswajania informacji z otaczającego świata. Korzystanie przez dziecko tylko z pokarmu mamy przez pierwsze 6 miesięcy życia przeciwdziała wczesnej otyłości nawet o 30%, a tym samym redukuje ryzyko otyłości dorosłym w wieku. Ponadto wykazano, że dzieci, które karmione były piersią przez 6 miesięcy znacznie rzadziej zapadają na nadciśnienie, choroby układu krążenia na tle miażdżycy, zespół metaboliczny, czy cukrzycę typu 1 i 2 w późniejszym życiu. Dziecko wraz z pokarmem mamy otrzymuje wszystkie niezbędne składniki odżywcze i to w doskonałych proporcjach (wyjątek stanowią witamina K i D, które muszą być suplementowane).

Bogactwo i różnorodność składników obecnych w mleku kobiecym sprawiają, iż jest ono niemożliwe do odwzorowania w sposób sztuczny. Dzięki temu, że pokarm własnej mamy dostarcza do organizmu dziecka wiele składników immunoaktywnych, możliwe jest kształtowanie prawidłowego rozwoju jego układu odpornościowego. I dlatego, karmienie piersią do 6 miesiąca życia przyczynia się do zmniejszenia ryzyka rozwoju chorób alergicznych, takich jak atopowe zapalenie skóry (AZS), astma oskrzelowa, alergia na białko mleka krowiego. Ponadto, karmienie piersią zmniejsza ryzyko rozwoju chorób zapalnych jelit o 31%. Przypuszcza się, iż ten efekt ochronny mleka kobiecego związany jest z właściwościami immunomodulacyjnymi pokarmu oraz stymulacją powstawania fizjologicznej mikroflory jelitowej u nowonarodzonego dziecka. A zatem należy powiedzieć, że 6-cio miesięczne karmienie piersią jest nie tylko doskonałą inwestycją w zdrowie nowonarodzonego dziecka, ale jest również inwestycją w zdrowie mamy, szczególnie widoczne w jej życiu okołomenopauzalnym, gdyż tak karmiące kobiety chorują potem rzadziej na cukrzycę, osteoporozę, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, choroby układu krążenia czy niektóre nowotwory. Nie ma innego rodzaju działania, które ma tak znaczący wpływ na dzieci i matki jak karmienie piersią – powiedział Geeta Rao Gupta, Dyrektor Wykonawczy UNICEF. Karmienie piersią można porównać do pierwszej szczepionki dziecka. Jest to jednocześnie najbardziej efektywna i bezkosztowa metoda ratowania życia dzieci.



Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski - Kierownik II Kliniki Ginekologii I Położnictwa CMKP

Karmienie piersią oprócz tego, że jest optymalnym sposobem odżywiania niemowląt ma także potężny wpływ na organizm matki. W trakcie laktacji zahamowana jest czynność jajników, co może spowodować na przykład znaczne zmniejszenie się mięśniaków macicy. Laktacja może być pod tym względem znacznie skuteczniejsza niż najdroższe leki. Najbardziej spektakularne jest natomiast wycofywanie się zmian endometroidalnych w efekcie karmienia piersią. Pamiętam niejedną pacjentkę, która po latach walki z endometriozą i staraniami o potomstwo decydowała się na leczenie za pomocą zapłodnienia pozaustrojowego, a w kolejnej ciąży zachodziła już bez żadnej terapii, a wyłącznie w wyniku całkowitej remisji zmian chorobowych w okresie ciąży i wielomiesięcznej laktacji.



Dr n. med. Katarzyna Krenke - Specjalista pediatrii, hematologii i onkologii dziecięcej oraz pulmonologii, adiunkt w Klinice Pneumonologii i Alergologii Wieków Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Karmienie naturalne jest optymalnym sposobem żywienia niemowląt ze względu na zawartość w mleku kobiecym składników odżywczych dostosowanych do potrzeb rozwojowych dzieci. Karmienie piersią ma korzystny wpływ na prawidłowy rozwój fizyczny, jak i psychiczny dziecka. Pozwala nie tylko zmniejszyć ryzyko zachorowania na wiele schorzeń w najwcześniejszym okresie życia, ale także ograniczyć zapadalność na szereg chorób występujących w latach późniejszych. Zawarte w mleku kobiecym składniki, min. hormony, czynniki wzrostowe, enzymy, cytokiny, immunoglobuliny, mają niezwykle istotny wpływ na prawidłowy rozwój, dojrzewanie i funkcjonowanie układu pokarmowego niemowląt. Karmienie naturalne sprzyja kolonizacji przewodu pokarmowego przez gatunki bakterii tworzące prawidłową florę jelitową ograniczając możliwość zasiedlania przewodu pokarmowego bakterie patogenne. U dzieci karmionych piersią występuje zmniejszone ryzyko zachorowania na biegunkę, czy będące problemem wcześniaków, martwicze zapalenie jelit. Jedną z najważniejszych zalet mleka kobiecego jest obecność w nim licznych substancji zwiększających odporność dziecka. Karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na szereg chorób wywołanych przez drobnoustroje tj. zapalenie ucha środkowego (efekt widoczny zarówno w trakcie karmienia piersią, jak i po jego zakończeniu), zakażenia dolnych dróg oddechowych, w tym zapalenie płuc, posocznica i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zakażenie układu moczowego. Ponadto wykazano, że dzieci karmione piersią szybciej wracają do zdrowia w przypadku wystąpienia u nich wyżej wymienionych chorób

w porównaniu do dzieci karmionych sztucznie oraz rzadziej przebieg kliniczny tych schorzeń jest na tyle ciężki, aby wymagały hospitalizacji. Karmienie mlekiem kobiecym pozwala uniknąć wielu problemów zdrowotnych, które mogą pojawić się w przypadku karmienia sztucznego takich jak np. alergia lub nietolerancja mleka krowiego. Wpływa także na zmniejszenie ryzyka zachorowania na wiele innych chorób o podłożu alergicznym jak astma czy atopowe zapalenie skóry. Bardzo ważnym argumentem przemawiającym za jak najszybszym propagowaniem karmienia piersią są dane przemawiające za tym, iż karmienie naturalne może mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka zapadalności na szereg chorób cywilizacyjnych takich jak cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, hipercholesterolemia oraz niektóre choroby nowotworowe, w tym białaczki i chłoniaki.



Dr n. med. Krzysztof Kamiński - Specjalista ginekolog - położnik, adiunkt Katedry i Kliniki Położnictwa i Perinatologii UM w Lublinie. Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej i The New York Academy of Sciences

Karmienie piersią jest korzystne zarówno dla matki jak i dziecka. Badania naukowe i obserwacje kliniczne potwierdzają, że niemowlęta do 6 miesiąca życia powinny być karmione wyłącznie mlekiem matki. Liczne grona eksperckie propagują naturalną metodę karmienia piersią. Jako pierwsza w 1974r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) rezolucją 27.43 ogłosiła, że pokarm kobiecy jest najlepszym, gdyż jedynym swoistym pokarmem dla dziecka. W 1990r. we Florencji 30 państw, w tym również Polska, sygnowały Deklarację Innocenti, która stanowi, że karmienie mlekiem matki do 4-6 miesiąca życia a następnie do drugiego roku życia zarówno piersią jak i pełnowartościowymi pokarmami w celu zbilansowania zwiększającego się zapotrzebowania energetycznego jest zalecane dla zdrowia przyszłych pokoleń całego świata. Komitet Żywienia ESPHGAN i Amerykańska Akademia Pediatrii zaleciły aby karmienie piersią stało się podstawowym sposobem żywienia dzieci m.in. dlatego, że zmniejsza ryzyko występowania takich chorób cywilizacyjnych jak: otyłość, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu II, nowotworzenie. Podkreślono również, że karmienie naturalne podnosi odporność i zmniejsza ryzyko infekcji, stymuluje inteligencję, tworzy silną więź uczuciową między matką i dzieckiem a także zmniejsz ryzyko nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS- sudden infant death syndrom). W 2009. ESPHGAN zalecił aby dzieci wyłącznie lub częściowo karmione piersią otrzymywały pokarmy uzupełniające, inne niż pokarm kobiecy nie wcześniej niż przed upływem 17 tygodnia życia i nie później niż po 26 tygodniu. UNICEF – inicjator idei „Szpitale Przyjazne Dziecku”

poprzez propagowanie akcji „10 kroków do udanego karmienia piersią” przyczynił się do poprawy świadomości personelu szpitali położniczych i kobiet nt. korzyści naturalnego żywienia jak również do nauki prawidłowego karmienia piersią. W Polsce Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią tworzy zarówno w szpitalach jak i poradniach laktacyjnych grupy systemowego wsparcia karmiących kobiet oraz prowadzi akcje promocyjne karmienia piersią.

Należy podkreślić, że poza bezsprzecznymi danymi naukowymi o pozytywnym wpływie karmienia piersią dla zdrowia rozwoju dziecka istnieją dostateczne dane nt. korzystnego wpływu utrzymywania laktacji. Karmienie piersią stymuluje wydzielanie do krwi oksytocyny przez podwzgórze, a przez to bezpośrednio po porodzie wspomaga utrzymanie mięśnia macicy w skurczu, zmniejszając tym ilość traconej krwi i ryzyko krwotoku poporodowego, jak również w połogu przyspiesza inwolucję macicy. Oksytocyna indukowana w czasie karmienia piersią poprawia nastrój przez co zmniejsza częstość depresji poporodowych. Również prolaktyna - hormon przedniego płata przysadki mózgowej, podtrzymujący funkcję laktacyjną gruczołów piersiowych, działa antydepresyjnie a także hamuje owulację co zapobiega dość skutecznie kolejnej ciąży przez kilka miesięcy wyłącznego i systematycznego karmienia piersią. Karmienie piersią chroni także przed nowotworami. Trudno jest ocenić wpływ obu czynników osobno, ale istnieją dowody na niezależny wpływ ochronny na raka piersi i jajników. Karmienie piersią przez rok może zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi o 5%. W przypadku kobiet, które po trzech porodach łącznie karmiły piersią dzieci przez 31 miesięcy kilkukrotnie zmniejszało się ryzyko zachorowania na raka jajnika.



Dr n. med. Krzysztof Gojdz - Board Certified, American Academy of Aesthetic Medicine , Aesthetic Fellowship, American Academy of Anti-Aging Medicine, założyciel kliniki Holistic Clinic

Karmienie piersią to temat, który poruszany jest głównie w kontekście pozytywnego wpływu na zdrowie i rozwój dziecka. Tymczasem karmienie piersią przynosi także wiele korzyści samym kobietom, mamom karmiącym. Karmienie piersią daje bowiem kobietom wiele korzyści zarówno zdrowotnych, jak i fizycznych. Przyczynia się do szybszego obkurczania się macicy po porodzie, zmniejszenia ryzyka krwotoku poporodowego, a nawet pozwala szybciej schudnąć i wrócić do figury sprzed ciąży. Kobiety, zwłaszcza te rodzące po raz pierwszy i te które wcześniej bardzo dbały o swój wygląd, obawiają się karmienia piersią i w efekcie szybko z niego rezygnują. Obawiają się bolesności, utraty jędrności piersi i tym samym utraty kobiecości, atrakcyjności. Tymczasem samo karmienie piersią ma niewielki wpływ na tzw. „obwisłość piersi”. To co ma największy wpływ to sam przebieg ciąży i związana

z tym zmiana objętości i wielkości piersi oraz nieregularne lub zbyt szybkie zaprzestanie karmienia. Potwierdzają to przeprowadzone ostatnio badania przez Aesthetic Surgery Journal, które wykazały, że czynnikami które mają największy wpływ na poporodową obwisłość piersi to starszy wiek matki w chwili zajścia w ciążę, większa waga ciała, większy przyrost wagi w trakcie ciąży, większa ilość ciąż, większy rozmiar piersi przed ciążą czy palenie papierosów. Karmienie piersią, jak i długość karmienia piersią nie ma wpływu na obwisłość piersi, której tak obawiają się młode mamy. A zatem młode lub przyszłe mamy karmcie swoje dzieci naturalnie piersią przez co najmniej 6 miesięcy, dbajcie o siebie i o właściwą dietę przed ciążą, w trakcie i po ciąży, pielęgnujcie swoje piersi, noście dobrze dobrane biustonosze, a obwisłe piersi nie będą waszym problemem. I pamiętajcie, że karmiąc piersią dbacie także o siebie, zmniejszając ryzyko przyszłego zachorowania na raka piersi.



Dr Aleksandra Wesołowska - Prezes Fundacji Bank Mleka Kobięcego

Braki w opiece laktacyjnej najdotkliwiej odczuwają najmniejsi pacjenci klinik neonatologicznych, czyli wcześniaki i dzieci długo leczone. Z racji swojej choroby lub choroby mamy są najbardziej narażone na skutki nieprawidłowego żywienia gdyż bez rozwiązań systemowych karmienie naturalnie tej grupy noworodków jest niemożliwe. Dopóki nie zostanie wyceniona procedura żywienia mlekiem odciągniętym biologicznej mamy czy też mlekiem z banku mleka, będziemy ponosić jako społeczeństwo straty finansowe i zdrowotne, gdyż to, że mleko kobiece nic nie kosztuje, nie oznacza, że nie należy w nie inwestować. Jak każda inwestycja w prewencję zdrowia, także promocja karmienia piersią, zwraca się w dwójnasób.



Tomasz Chodkowski - Prezes Zarządu firmy Medela Polska Sp. z o.o. od wielu lat lobbujący za systemowymi rozwiązaniami wspierającymi karmienie naturalne w Polsce

Po wielu latach usilnych starań doprowadzono do tego, że Polska na poziomie dokumentów i prawa gwarantuje na najwyższym światowym poziomie ochronę i wsparcie karmienia naturalnego - wyjątkowy program stymulacji laktacji dla wcześniaków, około 30 wizyt edukacyjnych położnej środowiskowej w domu każdej ciężarnej, unikalna, gwarantowana prawem diagnostyka i postępowanie na terenie szpitali. Dlaczego zatem ponad 90% matek przedwcześnie przerywa karmienie piersią? Niestety od wielu lat polskie władze tworzą warunki nieuczciwej konkurencji dla mleka kobiecego

versus modyfikowane mleko krowie. Kilkadziesiąt milionów złotych wydawane każdego roku na refundację sztucznych mieszanek, przy jednocześnie zerowych nakładach na karmienie naturalne, doprowadza do ogromnej nierównowagi we wczesnym żywieniu. Konstrukcja systemu finansowania polskiej ochrony zdrowia skutkuje tym, że położna, szkoła rodzenia ani nawet szpital nie mają z tego nic, jeśli matka karmi naturalnie. Gdy karmi sztucznie wszyscy zyskują przychylność bardzo bogatych, dodatkowo dotowanych przez polski rząd środowisk producentów sztucznych mieszanek. Ze smutkiem obserwujemy, jak postępuje dominacja modyfikowanego mleka krowiego w polskiej polityce wczesnego żywienia, jak zwiększają się wpływy producentów tego substytutu mleka kobiecego na narodowe instytuty zdrowia, towarzystwa naukowe i media. Nie powinien nikogo dziwić fakt, że po kilkunastu latach takiego postępowania, polskie dzieci tyją najszybciej w Europie.



Alicja Janosz - Piosenkarka i kompozytorka

Im więcej wiem na temat dobrodziejstw jakie płyną wraz z mlekiem matki dla zdrowia dziecka oraz dla niej samej, tym bardziej jestem dumna, że wciąż karmię piersią mojego ośmiomiesięcznego synka. Ludzkość nie poznała jeszcze drugiego tak wspaniałego pokarmu dla niemowląt i małych dzieci jak matczyne mleko, bogate w żywe komórki macierzyste, czy całą masę przeciwciał. Przeraża mnie, że ze zbyt dużą łatwością w szpitalach podaje się niemowlętom mleko modyfikowane, a kobietom pozwala się utwierdzać w przekonaniu, że ich pokarm jest dla ich dzieci niewystarczający lub jest go za mało. Przeraża mnie też, że wiedza na temat żywienia niemowląt i małych dzieci jest dziś generowana w dużej mierze przez ogromne koncerny, zarabiające krocie na sprzedaży produktów, z których żaden nie może się równać z mlekiem mamy, a które mimo to wielokrotnie wygrywają z karmieniem piersią.

Mam wielką nadzieję, że obok panującej dziś mody na zdrowe odżywianie, unikanie chemii w życiu codziennym czy uprawianie sportów, zdołamy wykreować również modę na karmienie piersią. Mamy dostęp do wiarygodnych wyników badań, które dowodzą bez cienia wątpliwości, że matczyne mleko chroni dzieci przed wieloma chorobami i ma niesamowicie dobroczynny wpływ na zdrowie oraz prawidłowy rozwój naszych maluszków, a także na ich odporność.

Całym sercem włączam się w akcję #Karmieswobodnie i zachęcam wszystkie mamy by do nas dołączyły.



Fot. Michał Pańszczyk

Maria Sadowska – Wokalistka, kompozytorka, reżyser, autor tekstów i producent muzyczny

Bycie mamą to prawdziwa rola życia. Rola pierwszoplanowa, chwilami bardzo trudna, ale warta poświęcenia. Karmienie naturalne to dla mnie wielka radość i autentyczna przyjemność. Uczucie bliskości jakie rodzi się między mną, a dzieckiem podczas karmienia piersią jest bezcennym doświadczeniem. Karmiłam swoją córkę przez 5 miesięcy. To piękne chwile, którą będę wspominać całe życie. Poza budowaniem relacji i bliskości karmienie piersią jest także bardzo ważne dla samego rozwoju dziecka. Żaden inny pokarm nie ma takich składników odżywczych jak mleko matki i nie jest tak idealnie dopasowany do dziecka w każdym momencie jego rozwoju. Jest to substancja niepowtarzalna, nie do podrobienia. Zawiera mnóstwo witamin, wspomaga odporność dziecka. Karmiąc piersią dałam moim dzieciom naturalną tarczę przed chorobami. Mamy nie poddawajcie się! Życzę Wam siły i wytrwałości!



Jeśli byłaby dostępna nowa szczepionka, która zapobiegłaby milionowi lub więcej zgonów dzieci w roku i która byłaby, co więcej tania, bezpieczna, podawana doustnie i nie wymagała przechowywania w warunkach chłodniczych, stałaby się natychmiast i bezsprzecznie sprawą zdrowia publicznego.

Karmienie piersią spełnia wszystkie powyższe warunki a nawet daje więcej, ale wymaga swego wsparcia tzw. warunków cieplarnianych, które opierają się na opiece nad matkami, aby zbudować ich pewność siebie, pokazać co mają robić oraz chronić przed szkodliwymi praktykami. Jeśli te „warunki cieplarniane” uległy zanikowi lub wypaczeniu w społeczeństwie to służba zdrowia powinna wywiązywać się dobrze ze swoich zadań i przejąć jego rolę.

A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344:1239-41

**mleko mamy
rządzi!**



KAMPANIA EDUKACYJNA

**wspierająca karmienie
piersią**



Więcej na
www.mlekomamyrzadzi.pl