



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENTA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 2/2020

ISSN 1509-7250

W numerze:

- Karmienie piersią globalnym wyzwaniem dla ochrony planety
- Karmienie piersią w miejscach publicznych – wyniki pierwszego badania populacyjnego w Polsce
 - Leki stosowane w leczeniu alergii a karmienie piersią
- Praktyczne uwarunkowania efektywnej realizacji „10 kroków do Udanego Karmienia Piersią” w ambulatorium
- Mówimy jednym głosem... Nasze doświadczenia z zakresu komunikacji w Oddziale Neonatologicznym
 - Skrócona ocena dojrzałości szkolnej dzieci z masą urodzeniową poniżej 3000 gramów
 - Nasza droga do karmienia piersią – głos mają matki karmiące
 - Szpital Wojewódzki w Ciechanowie ponownie z tytułem Szpital Przyjazny Dziecku
- Postępowanie podnoszące standardy higieny stosowania akcesoriów laktacyjnych na terenie szpitala

Drodzy Czytelnicy!

Oddajemy w Państwa ręce kolejny, drugi numer Biuletynu Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią 2020. Jest wyjątkowy, bo związany z obchodami Światowego Tygodnia Karmienia Piersią. W dniach 1-7 sierpnia w sposób szczególnie propagujemy i wspieramy karmienie piersią jako źródło zdrowia dziecka, matki i rodziny. W tym roku, zgodnie z hasłem *World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)*, karmienie piersią przedstawiamy jeszcze szerzej, jako działanie promujące poprawę klimatu i stanu naszej planety. To niespotykane dotąd podejście, przypisujące karmieniu naturalnemu należy mu wymiar globalny!

Zachęcam do lektury numeru, w którym zamieszczamy uzasadnienie WABA do takiego właśnie hasła Tygodnia, jak również szereg innych interesujących artykułów. Po raz pierwszy zorganizowaliśmy w KUKP badanie populacyjne, w którym analizujemy problem karmienia piersią w miejscach publicznych. Wnioski, które wyciągnęła dr Justyna Grzyb mówią jednoznacznie, że kobiety krępują się karmić w miejscu publicznym, bo nie ma zarówno warunków jak i społecznej akceptacji dla widoku matki karmiącej.

W sposób szczególny rekomenduję wypowiedzi młodych matek dotyczący ich drogi do karmienia piersią, jakże różnej! Czy karmienie poza domem musi odbywać się w samochodzie? A czy w miejscach publicznych jest możliwe? Z pewnością możliwe jest, mamy wzorce, tylko skorzystać! Wszystko zależy organizatorów tej przestrzeni, o tym w artykule Anny Kmity.

Pani Ewa Wodzikowska pisze, jak pozycjonowanie kontroli zdrowia przez matki wpływa na karmienie piersią. Na kolejnych stronach Biuletynu przedstawiamy doświadczenia z Częstochowy o warunkach skutecznej komunikacji z rodzicami w oddziale noworodkowym, o promocji karmienia piersią w pracy ambulatoryjnej w doświadczeniu ośrodka łomżyńskiego (to bardzo ważne, to obszar szczególnie wymagający), ponadto drogę szpitala w Ciechanowie do recertyfikacji, ze wspaniałym efektem końcowym. To powinno zachęcać inne szpitale do potwierdzania wysokiej jakości pracy w położnictwie i neonatologii poprzez zdobycie certyfikatu Szpital Przyjazny Dziecku!

Na koniec, z dużym podziękowaniem, prezentowany nowy na rynku w Polsce nowoczesny i co najważniejsze bezpieczny nawet w warunkach szpitalnych sprzęt do pozyskiwania mleka kobiecego oraz jego bezpiecznego przechowywania. To cieszy, że możemy mówić nie tylko – dlaczego karmić piersią, ale też – jak to robić, aby było to bezpieczne i możliwe w każdej, nie tylko w idealnej sytuacji karmienia bezpośrednio z piersi.

Z pozdrowieniami

*dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP
Przewodnicząca Zarządu Głównego Komitetu
Upowszechniania Karmienia Piersią*

Karmienie piersią globalnym wyzwaniem dla ochrony planety

dr hab. n. med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Jesteśmy w trakcie pandemii COVID. Niemal cała nasza uwaga skierowana jest na wirusa SARS CoV 2.

Zmiany klimatu i degradacja środowiska to kolejne z najbardziej pilnych wyzwań, przed którymi stoi dziś nasz świat. Degradacja środowiska wynikająca z zanieczyszczeń w powietrzu i wodzie, nadmierna eksploatacja ograniczonych zasobów naturalnych, marnotrawstwo żywności i niszczenie naturalnych siedlisk jest często spowodowane działalnością człowieka.

Liczy się każdy krok, aby złagodzić istniejące zniszczenie środowiska i kryzys klimatyczny. Mleko matki jest pierwszym spożywanym przez nas pokarmem i stanowi kluczowy element zrównoważonego systemu żywnościowego. Karmienie substytutami mleka matki (BMS) przyczynia się do nasilania problemu i jest zjawiskiem niepokojąco rosnącym.

Światowa Organizacja Zdrowia (*ang. World Health Organization, WHO*) oraz związany z nią Światowy Sojusz na Rzecz Karmienia Piersią (*ang. World Alliance for Breastfeeding Action, WABA*) ustanowiły na rok 2020 globalne hasło obchodów Światowego Tygodnia Karmienia Piersią. Brzmi ono:



Support breastfeeding for a healthier planet!

(Dla zdrowszej planety –
wspierajmy karmienie piersią!)

<https://worldbreastfeedingweek.org>

Dlaczego takie hasło?

Produkcja żywności odpowiada za około 26% emisji gazów cieplarnianych (*greenhouse gas GHG*) – dwutlenku węgla, podtlenku azotu, metanu i innych. Przyczynia się również w około 32% do globalnego stopnia zakwaszenia gleby i w 78% do wzrostu mineralizacji dużych akwenów wodnych.

Czy istnieje związek między karmieniem piersią a ochroną środowiska i klimatu?

Karmienie piersią służy dziecku, jego matce i całej rodzinie. Korzyści te można analizować w wielu wymiarach: zdrowotnym, emocjonalnym, społecznym i finansowym. Stosunkowo mniej myślimy o karmieniu piersią w wy-

miarze środowiskowym i klimatycznym. Okazuje się jednak, że dobrodziejstwo karmienia naturalnego sięga i w te obszary.

Środowisko:

Mleko kobiece jest produktem naturalnym, odtwarzalnym, całkowicie bezpiecznym dla środowiska. Proces wytwarzania mleka kobiecego i dostarczania dziecku poprzez ssanie bezpośrednio z piersi zachodzi bez jakiegokolwiek zanieczyszczania środowiska i bez jakiejkolwiek potrzeby wytwarzania, stosowania i utylizacji sztucznych opakowań. Jest zawsze w odpowiedniej objętości i właściwej temperaturze. Karmienie z piersi nie generuje strat mleka, nie ma więc potrzeby utylizacji niewykorzystanych nadwyżek. Pokarm jest wytwarzany w odpowiedniej ilości, składzie, temperaturze oraz jest podawany przez matkę bezpośrednio do organizmu dziecka.

Klimat

Przemysł produkujący mieszanki sztuczne wytwarza w długim cyklu produkcyjnym olbrzymie ilości gazów cieplarnianych, które są emitowane do atmosfery i stanowią przyczynę globalnego ocieplenia na Ziemi.

– 720 450 ton mieszanek mlecznych wyprodukowanych i sprzedawanych w 6 krajach azjatyckich rocznie generuje około 2,9 miliona ton GHG. Ta ilość jest równoważna około 700 bilionom mil przejechanych samochodem osobowym lub utylizacji 1,03 miliona ton odpadów wyrzuconych na wysypiska śmieci.

– Wykazano, że wyprodukowanie 1 kg mieszanki sztucznej w proszku wymaga zużycia ponad 4000 litrów wody.

Sztuczne karmienie pozostawia znaczący ślad w środowisku, który przyczynia się do wyczerpania zasobów naturalnych i do degradacji tego środowiska. Emisja gazów cieplarnianych, nieodłączna w procesie produkcji mieszanek sztucznych, ich opakowań oraz utylizacji resztek, istotnie przyczynia się do globalnego ocieplenia i zmiany klimatu.

Ochrona, wspieranie i rozpowszechnianie karmienia piersią eliminuje nierówności, które stoją na przeszkodzie zrównoważonemu rozwojowi wszystkich obszarów świata. Pandemia COVID-19 nauczyła nas, jak łatwo wszyscy możemy zostać dotknięci problemem zdrowotnym. Dlatego walka z globalnymi zagrożeniami wymaga natychmiastowej skoordynowanej reakcji nas wszystkich. Wszyscy możemy więc włączyć się w działania, aby zmniejszyć degradację środowiska i zmiany klimatu zaczynając od tego, jak karmimy nasze dzieci.

Ochrona, promocja i wspieranie karmienia piersią oraz poprawa warunków do karmienia kobietom w okresie laktacji jest więc działaniem służącym zdrowiu naszej planety i nas samych. ▀

WYDAWCA:

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa | tel.: 22 58 431 58, e-mail: kukp@laktacja.pl, www.laktacja.pl | Biuro czynne: wtorek i czwartek w godz. 9.00–15.00
KUKP jest organizacją pożytku publicznego

Karmienie piersią w miejscach publicznych – wyniki obserwacyjnego badania populacyjnego

Justyna Grzyb, Łukasz Grzyb, Maria Wilińska

SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Karmienie naturalne jest powszechnie rekomendowanym sposobem żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia, a następnie jego kontynuację wraz z rozszerzaniem diety do co najmniej 2. roku życia. Taki model żywienia zapewnia optymalne wzrastanie i rozwój dziecka oraz pozytywnie wpływa na zdrowie kobiet. Promowanie karmienia naturalnego i wspieranie matek karmiących piersią stanowi jedną z najbardziej efektywnych strategii poprawiających stan zdrowia. Karmienie piersią jest propagowane nie tylko przez środowisko medyczne, ale również rządy państw, liczne organizacje pozarządowe i postępowe media społecznościowe.

Pokarm matki po 1. roku życia dziecka może być nadal istotnym składnikiem jego diety, zarówno pod kątem kaloryczności jak i czynników odpornościowych. Wartość energetyczna pokarmu kobiecego jest wyższa po pierwszym roku laktacji. Po osiemnastu miesiącach karmienia piersią wzrasta ilość tłuszczu i białka, maleje zawartość węglowodanów. Po drugim roku składniki te utrzymują się już na stałym poziomie. W drugim roku laktacji mleko charakteryzuje się wyższym stężeniem białka całkowitego, laktoferyny, lizozymu i immunoglobuliny oraz stałym lub rosnącym stężeniem makroelementów i czynników bioaktywnych.

Karmienie piersią w miejscach publicznych pozostaje nadal jednak tematem kontrowersyjnym.

Cel badania

Badanie miało na celu poznanie odczuć kobiet związanych z karmieniem piersią w tzw. przestrzeni publicznej. Pomysł ten zrodził się w związku z licznymi skargami kobiet karmiących, że otoczenie nie zawsze jest przychylne widokowi matki przystawiającej dziecko do piersi. Wyniki badania mogą posłużyć również jako uzasadnienie do tworzenia przestrzeni sprzyjających karmieniu piersią w miejscach publicznych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono od 10 września 2019 roku do 23 marca 2020 roku w oddziałach położniczych i noworod-

kowych, poradniach POZ oraz drogą elektroniczną. Materiał badawczy stanowiły kobiety w trakcie laktacji lub karmiące piersią w przeszłości. Respondentki wypełniały kwestionariusz papierowy lub arkusz ankietowy online zamieszczony na stronie internetowej (www.laktacja.pl). Ankieta zawierała 11 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, na dwa pytania można było udzielić własnej odpowiedzi. Odpowiedzi z ankiet papierowych wprowadzane były następnie do bazy elektronicznej. Badanie było jednorazowe.

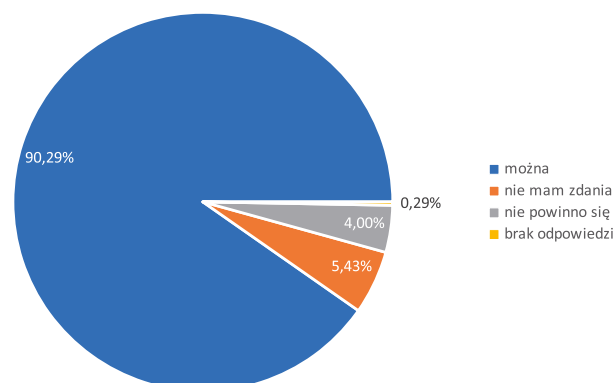
Wyniki

Zebrano 705 odpowiedzi. 5 ankiet odrzucono z powodu niekompletności danych. Analizie poddano 700 ankiet. W grupie respondentek przeważały kobiety w wieku 20-40 roku życia, z aglomeracji miejskich, a na drugim miejscu ze średnich i dużych miast, z wyższym i średnim wykształceniem [Tab 1].

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna grupy badanej

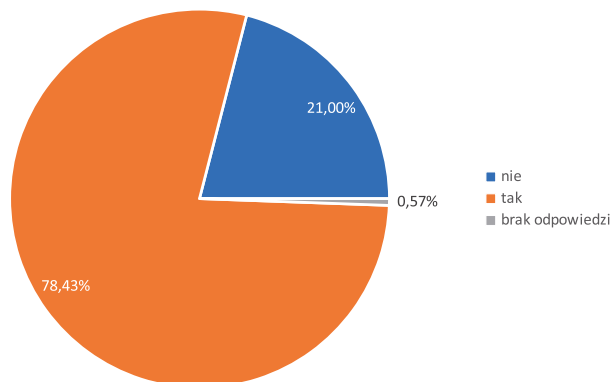
Cecha	Liczba respondentek n=700 (% grupy)
Wiek	
<20	8 (1,1)
20-30	240 (34,3)
30-40	397 (56,7)
>40	55 (7,9)
Wykształcenie	
Podstawowe	10 (1,4)
Średnie	138 (19,7)
Niepełne wyższe (licencjat)	59 (8,4)
Wyższe	490 (70)
Brak odpowiedzi	3 (0,4)
Miejscowość zamieszkania	
Mała	124 (17,7)
Średnia	206 (29,4)
Duża	134 (19,1)
Agglomeracja wielkomiejska	234 (33,4)
Brak odpowiedzi	2 (0,3)

Zdecydowana większość ankietowanych uważała, że można karmić piersią w miejscach publicznych [Wykres 1]. W tej grupie dominowały kobiety w wieku 20-40 lat, mieszkające w mieście (35% w dużej aglomeracji miejskiej, 47% w dużym i średnim mieście).



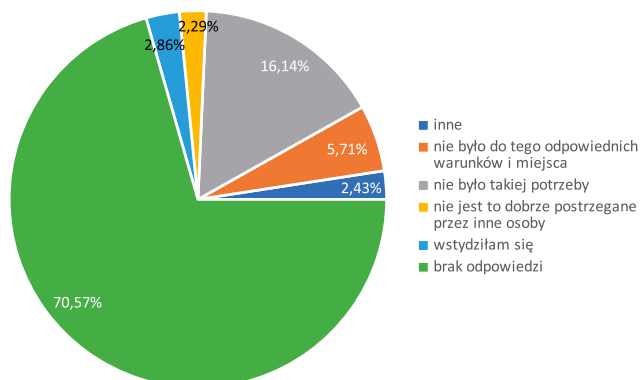
Wykres 1. Czy można karmić w miejscu publicznym?

Również przeważająca część pytaných ma za sobą takie doświadczenia (93,4% w wieku 20-40 lat, 39,3% z nich mieszka w aglomeracji miejskiej, 46% pochodzi z dużych i średnich miast) [Wykres 2].



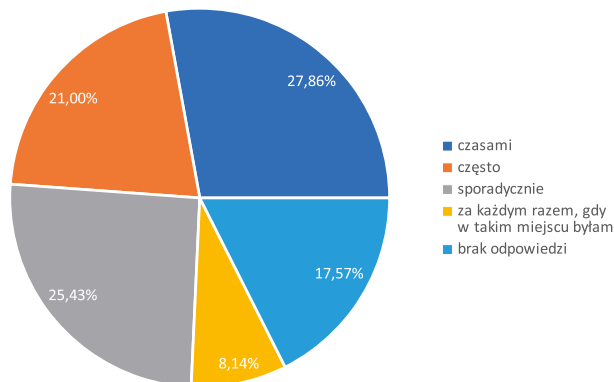
Wykres 2. Czy zdarzyło się Pani karmić w miejscu publicznym?

Matki, które się na to nie zdecydowały, jako powód najczęściej podają, że nie zaszła taka potrzeba. Jednak 5,7% z nich (w tym 73,9% w wieku 20-40 lat; 17,4% z aglomeracji miejskich, 56,5% z dużych i średnich miast) kobiet przyznało, że nie podejmowało takich prób ze względu na brak odpowiedniego miejsca i warunków. Pozostałe z nich wstydziły się (2,9%; w tym 89,5% w wieku 20-40 lat; 21% z aglomeracji miejskich, 68,4% z dużych i średnich miast) lub uważały, że nie będzie to dobrze postrzegane przez inne osoby (2,3%; wszystkie w wieku 20-40 lat; 25% z aglomeracji miejskich, 37,5% z dużych i średnich miast) [Wykres 3].



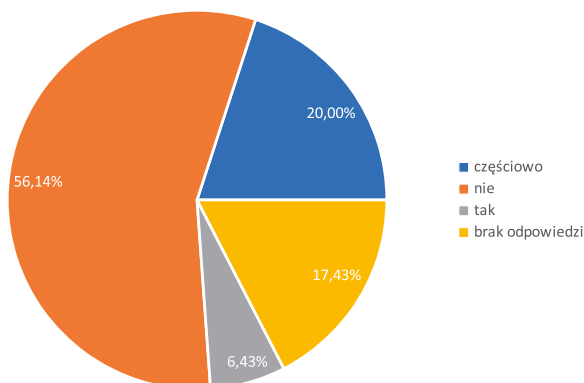
Wykres 3. Przyczyny powstrzymywania się od karmienia piersią w miejscach publicznych

Wśród innych odpowiedzi (otwartych) znalazły się tj. „Być może inni poczuliby się źle”, „wygodniej mi było karmić butelką”, „Gdyby karmienie w miejscach publicznych było dyskretne nie było by publicznej dyskusji na ten temat i każdy brałby to za coś normalnego.”



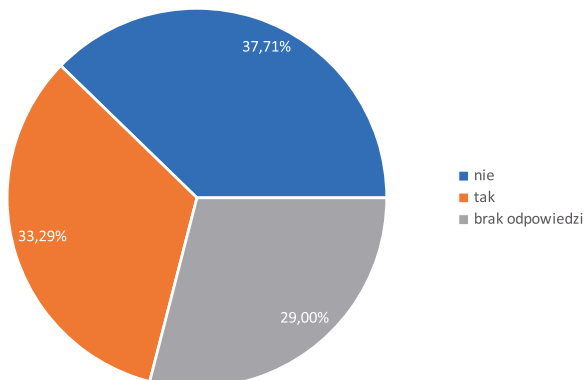
Wykres 4. Częstotliwość wyboru miejsca publicznego do karmienia piersią

Większość ankietowanych, które zdecydowały się karmić w miejscach publicznych, wyraziła zdanie, że miejsca te nie były do tego przystosowane lub były tylko częściowo (76,1%; w tym 92,5% w wieku 20-40 lat; 39,2% z aglomeracji miejskich, 45,8% z dużych i średnich miast) [Wykres 5].



Wykres 5. Przystosowanie miejsca do karmienia piersią

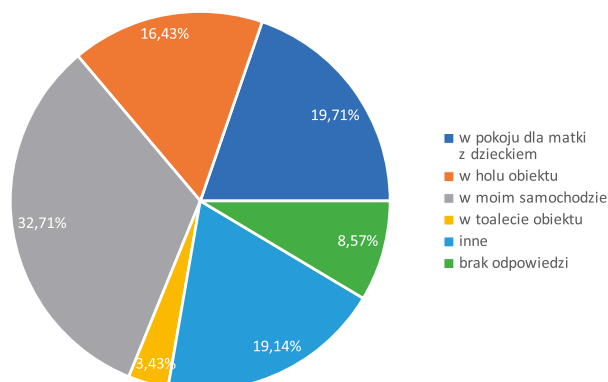
Zaledwie co trzecia kobieta, która zdecydowała się na przystawienie dziecka do piersi poza domem, akceptowała warunki lokalowe.



Wykres 6. Akceptacja warunków do karmienia piersią w miejscu publicznym

Najczęściej kobiety karmiły w swoim samochodzie (głównie mieszkanki dużych miast), dalsza część z nich korzystała z pokoju dla matki z dzieckiem, część karmiła po prostu w holu obiektu (odpowiednio 32,7%, 19,7%,

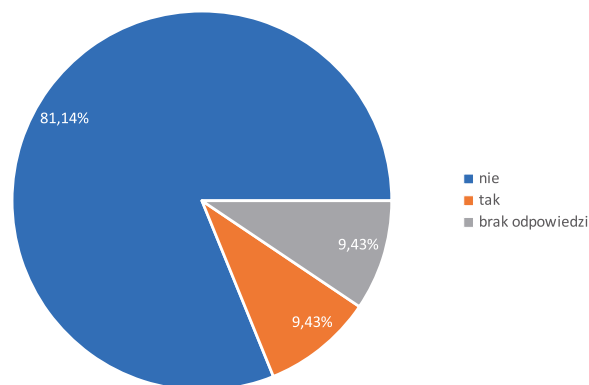
17%). Wśród odpowiedzi otwartych w większości wskazywano te miejsca, gdzie w danej chwili zaszła potrzeba nakarmienia dziecka (np. ławka w parku, plac zabaw, kawiarnia, uczelnia, przychodnia, galeria handlowa, toaleta) [Wykres 7].



Wykres 7. Wybór miejsc, w których karmiono dzieci piersią.

Wyróżniały się takie odpowiedzi jak: „Tam gdzie aktualnie się znajdowałam”, „Wszędzie gdzie dziecko potrzebowało jeść”, „tam, gdzie akurat dziecko było głodne”, „najczęściej tam gdzie byłam, jak dziecko było w chuście – wtedy mogło to być niezauważalne dla otoczenia”, „ustronne miejsce”, „nie odchodziłam nigdzie wyłącznie w celu karmienia”, „starałam się znaleźć ustronny kąt”, „Gdzieś z boku żeby być jak najmniej widocznym”, „staram się, aby przede wszystkim dla dziecka było to komfortowe”, „Tyle teraz specjalistycznych okrywaczy, pieluszek i innych cudów, że jeśli nie ma się potrzeby, żeby cały świat wiedział, że karmię, można to zrobić w dowolnym miejscu i czasie:”, „Szukałam miejsca, gdzie można usiąść i nie będę bardzo skupiać uwagi innych osób, starałam się karmić dyskretnie np. okrywając się chustą do karmienia.”

Niespełna 10% (w tym 92,4% w wieku 20-40 lat; 45,5% z aglomeracji miejskich, 36,4% z dużych i średnich miast) pytanych przyznało, że zostało skrytykowane za przystawianie do piersi dziecka w przestrzeni publicznej [Wykres 8].



Wykres 8. Społeczna akceptacja karmienia dziecka piersią w miejscu publicznym

Dyskusja

Kobiety w Polsce, jak wykazało anonimowe badanie populacyjne przeprowadzone wśród kobiet w różnych środowiskach i o różnym doświadczeniu laktacyjnym, krępują się przystawiać dzieci do piersi w miejscu publicznym, bo nie ma zarówno warunków lokalowych jak i społecznej akceptacji dla widoku matki karmiącej. Wynika to także z zawstydzenia, obaw przed odczuwanym przez innych dyskomfortem i ich negatywną oceną czy wreszcie brakiem bezpieczeństwa epidemiologicznego i dyskomfortem dziecka. Podobne wnioski pokazują również inne badania ankietowe i wywiady.

Kobiety w Polsce uznają, że przestrzeń publiczna nie powinna stanowić blokady w karmieniu piersią. Trzy czwarte z nich przyznało, że karmiło piersią poza domem. W artykule „*It's okay to breastfeed in public but...*” autorzy zebrali dane z 15 rozmów rodzinnych w celu zbadania poglądów i przekonań matek, ich rodzin i mediów społecznościowych na temat karmienia piersią w miejscach publicznych. Jak ustalili, kontrowersje dotyczą tego, czy karmienie piersią w ogóle powinno być publiczne. Jeśli nawet jest to wybór kobiety to powinna ona kierować się istniejącymi zasadami społecznymi. Karmiąc publicznie, poprzez wybranie odpowiedniego miejsca, matki powinny być dyskretne, zminimalizować odczuwany przez innych dyskomfort, chronić się przed osądem i niechcianymi spojrzeniami.

Rzeczywiście i nasze respondentki wielokrotnie podawały, że przystawianie dziecka do piersi poza domem – choć konieczne – nie było dla nich komfortowe. Czuły się skrępowane, zawstyżone, obawiały się negatywnej reakcji otoczenia.

W badaniu ankietowym w Akrze (Ghana) pytano m.in. o postrzeganie, doświadczenie i praktykę karmienia piersią w miejscach publicznych. Respondentami były matki karmiące, mężczyźni i pracownicy ochrony zdrowia. Jak wynika z obserwacji autorów, choć część kobiet odczuwa dyskomfort związany z karmieniem piersią w miejscach publicznych, jest to zjawisko powszechne. Większość z nich zakrywa piersi i uważa, że powinno się korzystać z wydzielonych miejsc. Matki częściej karmią piersią publicznie, jeśli mają wsparcie ze strony małżonka lub innych członków rodziny.

80% naszych respondentek przyznało, że nie odczuwa społecznej akceptacji przystawiania do piersi poza domem. Co dziesiąta doznała wręcz bezpośrednio przykrych uwag ze strony otoczenia podczas karmienia piersią w miejscu publicznym.

Autorzy dwuetapowego badania „The Effects of Breastfeeding and Breastfeeding in Public: Looking at Nursing Nooks” w pierwszej części przeprowadzili ankietę

pytając m.in. „Jak komfortowo czujesz się karmiąc piersią publicznie?”. Średni komfort karmienia publicznego oceniony został przez matki jako „zwykle komfortowo” i „komfortowo”. Jako główne powody, dla których kobiety nie czuły się komfortowo karmiąc piersią publicznie, podawano negatywne odczucia osób w otoczeniu (31%), matki czuły się nieswojo (19%), dopiero rozpoczynały karmienie piersią i miały problem z zatrząskami (19%), obawiały się rozproszenia uwagi dziecka (17%), czuły się zawstydzane lub nieakceptowane (12%).

W drugiej części badania ci sami autorzy pytali o tzw. „Nursing Nooks”, czyli wydzielone miejsca do karmienia. Jako najlepsze cechy takich miejsc ankietowane wskazały: komfort (50%), prywatność (19%), czuły się tam mile widziane i wspierane (14%), dobry pomysł (13%), wygoda (6%). Kobiety podawały również swoje największe obawy dotyczące tych pomieszczeń: ograniczenie do pewnych obszarów (41%), niewystarczająca liczba takich miejsc (32%), kłopot związany z szukaniem tego typu miejsc (17%), poziom hałasu i czystość (7%).

Matki w Polsce nie znajdują odpowiedniego miejsca do przystawienia dziecka do piersi. Z tego powodu wiele z nich karmiło piersią w izolacji od otoczenia – w samochodzie na parkingu, na ławce w parku, a nawet w toalecie. Powstaje pytanie, czy ktokolwiek z dorosłych zaakceptowałby takie miejsce do spożycia własnego posiłku?

Większość kobiet karmiących rezygnuje z wyjścia z domu lub z zabrania dziecka ze sobą, w obawie o potrzebę nakarmienia. Tylko 8% ankietowanych przyznało, że nie ma z tym problemu. Co piąta ankietowana dostrzega namiastkę warunków do karmienia piersią, tylko 6% potwierdza istnienie profesjonalnego miejsca do karmienia piersią.

Stworzenie wydzielonych przestrzeni przyjaznych matce i dziecku, zapewniających wygodę i dyskrecję w czasie karmienia naturalnego, może przysłużyć się do zminimalizowania dyskomfortu matki, dziecka i innych osób w przestrzeni publicznej.

Wnioski

Wyniki naszego badania wskazują, że większość kobiet karmiących piersią robi to również w miejscach publicznych, zawsze wtedy, gdy zaistnieje taka potrzeba. Zazwyczaj starają się, aby było to dyskretne i komfortowe zarówno dla nich i dziecka, jak i dla osób w otoczeniu. Niekiedy wiąże się to z szukaniem ustronnego miejsca i okrywaniem się, karmieniem np. w swoim samochodzie, a nawet w toalecie. Z badania ankietowego wynika też, że jest grupa kobiet, które nie karmią piersią publicznie ze względu na brak odpowiedniego miejsca, zawstydzanie i obawy, że nie będzie to dobrze postrzegane przez inne osoby.

Jest to sygnał, alby ukierunkować nasze działania na stwarzanie w miejscach publicznych (tj. urzędy, centra handlowe, restauracje, stacje transportu publicznego itp.) specjalnie wydzielonych przestrzeni do karmienia piersią.

Jednak należy pamiętać, że brak takiego miejsca nigdy nie powinien zniechęcić matki do karmienia, a tym bardziej nie może spotkać się z krytyką ze strony innych osób w miejscu publicznym. Karmienie piersią jest bowiem powszechnie rekomendowanym i najbardziej naturalnym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. Dziecko i matka mają prawo z niego skorzystać zawsze, gdy tego potrzebują.

Piśmiennictwo u Auterek.

Leki stosowane w leczeniu alergii a karmienie piersią

dr n.med. Marzena Kostuch

Oddział Kliniczny Neonatologii SPSK

im. W. Orłowskiego CMKP

Alergia to współczesna choroba cywilizacyjna. Szacuje się, że w krajach wysoko rozwiniętych około 30% dorosłej populacji cierpi z powodu jakiejś postaci alergii. Niestety alergia nie omija również kobiet karmiących piersią. Dlatego ważne jest by lekarz ordynujący leczenie, ale również sama pacjentka karmiąca piersią, wiedzieli, które leki stosowane w leczeniu alergii są bezpieczne dla karmionego piersią dziecka.

Jedną z najbardziej znanych klasyfikacji ryzyka laktacyjnego leków, jest klasyfikacja wg Thomasa W. Hale’a. Podzielił on leki na 5 kategorii. Bez względu na przeciwwskazane w czasie laktacji są leki zakwalifikowane do kategorii L5. Leki L1, L2 są bezpieczne i można je zalecać w laktacji. Leki kategorii L3 i L4 również można zalecać kobietom karmiącym piersią, jednak pod warunkiem ścisłej obserwacji zachowania dziecka.

Podział leków ze względu na bezpieczeństwo ich stosowania w czasie laktacji wg Hale’a:

L1- Leki najbezpieczniejsze w laktacji – mogą być stosowane przez kobiety karmiące piersią – leki kompatybilne z karmieniem piersią.

L2 – Leki bezpieczne – prawdopodobnie zgodne z karmieniem piersią – do kategorii drugiej zaliczamy substancje lecznicze, dla których istnienie ryzyka szkodliwego wpływu na karmione piersią dziecko jest mało prawdopodobne.

L3 – Leki bezpieczne w czasie laktacji – prawdopodobnie kompatybilne z karmieniem piersią. W tej grupie znajdują się leki nie mające badań dotyczących profilu bezpieczeństwa w czasie karmienia piersią, jakkolwiek ryzyko dla dziecka związane ze stosowaniem leków tej grupy u kobiet karmiących piersią jest możliwe. Do tej grupy należą również leki o udowodnionym w badaniach kontrolowanych niewielkim ryzyku, nie zagrażającym zdrowiu i życiu karmionego piersią niemowlęcia.

L4 – Leki potencjalnie niebezpieczne – leki tej grupy przenikają do pokarmu i mogą prowadzić do wystąpienia działań niepożądanych u niemowlęcia. W grupie tej znajdują się również leki wywołujące niekorzystny efekt na produkcję mleka. W wybranych sytuacjach, gdy bilans korzyści z karmienia piersią przewyższa bilans strat związanych z przyjmowaniem przez matkę leku z tej grupy, leki te mogą być stosowane przez kobiety karmiące. Leki kategorii L4 można stosować w czasie laktacji, jeśli są bezwzględnie potrzebne dla ratowania życia matki i nie ma leku o większym profilu bezpieczeństwa.

L5 – Leki niebezpieczne dla karmionego piersią dziecka, nie stosuje się ich w czasie laktacji.

Większość leków, nie tylko tych stosowanych w leczeniu alergii, należy do kategorii L1-L4. Jest bardzo niewielka grupa leków, których bezwzględnie nie można stosować w czasie laktacji. Wśród leków, które można zalecać kobietom karmiącym jest duża grupa preparatów stosowanych w czasie różnych form alergii.

Wykaz leków najczęściej stosowanych w leczeniu alergii

Leki przeciwhistaminowe I generacji

Działają na receptory histaminowe w mózgu, rdzeniu kręgowym i oraz w innych częściach ciała. Poza działaniem na receptory histaminowe, wykazują powinowactwo do szeregu innych receptorów, stąd wynika duża liczba działań niepożądanych. Leki te zalecane są poza leczeniem reakcji alergicznych, jako preparaty nasenne, przeciwlękowe oraz w chorobie lokomocyjnej.

Najważniejsze leki przeciwhistaminowe I generacji

Pochodne etyloaminy – leki te, poza blokowaniem receptorów histaminowych H1 wykazują działanie rozszerzające na oskrzela, przeciwwymiotne oraz uspokajające.

Nazwa międzynarodowa	Preparaty	Kategoria	Możliwe objawy u dziecka
Clemastine	Clemastinum	L4	senność lub bezsenność, zaparcia, zaburzenia w oddawaniu moczu, utrata masy ciała

Pochodne piperazyny – leki z tej grupy poza działaniem przeciwalergicznym działają silnie uspokajająco oraz przeciwwymiotnie.

Nazwa międzynarodowa	Preparaty	Kategoria	Możliwe objawy u dziecka
Hydroxyzine	Atarax, Hydroxyzinum	L1	nie ma doniesień o przenikaniu hydroxyzyny do mleka ale należy obserwować dziecko pod kątem senności, hipotensji, suchości śluzówek jamy ustnej.

Leki przeciwhistaminowe II generacji

Leki te mają mniej działań niepożądanych niż leki antyhistaminowe I generacji. Poza działaniem przeciwhistaminowym w znacznie mniejszym stopniu oddziałują na receptory innego typu. Leki II generacji działają dłużej od leków I generacji a stosowane w zalecanych dawkach, nie wykazują lub wykazują tylko ograniczone działanie nasenne i uspokajające. Najważniejszymi lekami tej grupy są cetyryzyna i loratadyna.

Nazwa międzynarodowa	Preparaty	Kategoria	Możliwe objawy u dziecka
Cetirizine	Alertec, Alermed, Latizen, Zyrtec	L1	apatia, suchość śluzówek, zaburzenia łaknienia
Loratadine	Aleric Lora, Claritine, Flonidan, Loratadyna	L2	apatia, suchość śluzówek

Leki przeciwhistaminowe III generacji

Leki te są metabolitami lub bardziej aktywnymi formami substancji leczniczych zaliczanych do drugiej generacji. Ponadto substancje te wykazują jeszcze mniejsze działania niepożądane. Do leków III generacji należą feksofenadyna, desloratadyna, lewocetyryzyna.

Nazwa międzynarodowa	Preparaty	Kategoria	Możliwe objawy u dziecka
Feksofenadine	Alegria, Fexofast 120, Fexofast 180, Telfast 120, Telfast 180	L2	nie ma doniesień o działaniach niepożądanych u karmionych piersią dzieci
Desloratadine	Aerius	L2	apatia
Lewocetirizine	Ahist, Cezera, Contrahist, Xyzal	L2	apatia, suchość śluzówek

W leczeniu ostrych reakcji alergicznych często stosuje się również leki z grupy kortykosterydów o działaniu ogólnoustrojowym. Lekiem z wyboru do leczenia ostrych stanów wywołanych reakcjami alergicznymi jest hydrokortyzon dostępny w postaci preparatów Hydrocortisonum. Kategoria wg Hale'a L2. Nie raportowano występowania działań ubocznych u dzieci karmionych piersią, których matki leczone były hydrokortyzonem. Jest to więc lek bezpieczny w laktacji, do stosowania w leczeniu alergii.

A zatem zgodnie z klasyfikacją Thomasa W. Hale jest cały szereg leków antyhistaminowych i innych przeciwalergicznych, które można bezpiecznie stosować w czasie karmienia piersią. Najbezpieczniejszym lekiem antyhistaminowym w czasie laktacji jest loratadyna należąca do kategorii L1 oraz hydroksyzyna do stosowania w wybranych sytuacjach klinicznych. Leki należące do grupy L2 również można bezpiecznie stosować karmiąc dziecko piersią. Lekiem ostatniego wyboru do zastosowania u kobiety karmiącej powinna być Clemastyna. Lekiem o dużym profilu bezpieczeństwa w laktacji jest także hydrokortyzon.

Leczenie odczulające może być stosowane w okresie karmienia piersią [Schafer]

Leki miejscowe stosowane w leczeniu alergii

Bezpiecznie można stosować w czasie karmienia piersią również leki do stosowania miejscowego, w tym preparaty glikokortykosterydowe oraz tacrolimus. Tacrolimus jest lekiem immunosupresyjnym do stosowania miejscowego na skórę, należy do kategorii L3. Nie ma doniesień o występowaniu działań niepożądanych u dzieci karmionych piersią, których matki w czasie karmienia naturalnego stosują tacrolimus.

Lekami o dużym profilu bezpieczeństwa dla karmionych piersią dzieci są glikokortykosterydy wziewne i leki antyhistaminowe do stosowania miejscowego np. azelastyna (preparat Allergodil – kategoria L3) stosowana miejscowo w alergicznym zapaleniu spojówek i alergicznym nieżycie nosa. Nie raportowano doniesień o działaniach ubocznych azelastyny na karmione piersią dziecko.

Leki hamujące laktację stosowane w połączeniach z lekami przeciwalergicznymi

Pseudoefedryna

Wykazuje działanie sympatykomimetyczne. Poprzez aktywację receptorów adrenergicznych (typu alfa) mięśni gładkich ścian naczyń krwionośnych powoduje obkurczenie naczyń i zmniejszenie przekrwienia i obrzęku

błony śluzowej nosa. W ten sposób wspomaga udrażnianie nosa. Bywa stosowana w połączeniach z lekami przeciwalergicznymi nasilając ich działanie (np. z cetyryzyną). Pseudoefedryna wykazuje działanie hamujące na produkcję mleka. Kategoria zależna od czasu stosowania – L3 w przypadku krótkotrwałego stosowania, L4 w przypadku stosowania przewlekłego. Matki z niedoborem pokarmu powinny unikać stosowania preparatów zawierających pseudoefedrynę. Natomiast w przypadku matek z nadprodukcją mleka (hyperlaktacja) można zastosować pseudoefedrynę w celu stabilizacji laktacji i zmniejszenia nadmiernej, niedostosowanej do potrzeb dziecka, produkcji mleka.

Podsumowanie

Alergia jest chorobą o wielu obliczach, często w sposób znaczący pogarszającą komfort życia chorego pacjenta. Objawy alergii mogą dotyczyć wielu narządów, a w ramach każdego dotkniętego narządu alergia może manifestować się wieloma objawami. Dotyczy pacjentów w każdym wieku, w tym kobiet karmiących piersią. Na szczęście większość dostępnych leków, zarówno do stosowania ogólnoustrojowego jak i miejscowego, to leki bezpieczne w czasie laktacji. Skuteczne leczenie alergii nie wyklucza więc karmienia piersią.

Aby zwiększyć bezpieczeństwo karmionego piersią dziecka, można zalecić matce przyjmowanie leków na alergię tuż po karmieniu piersią i unikanie karmienia przez 1,5-2 godzin po przyjęciu leku.

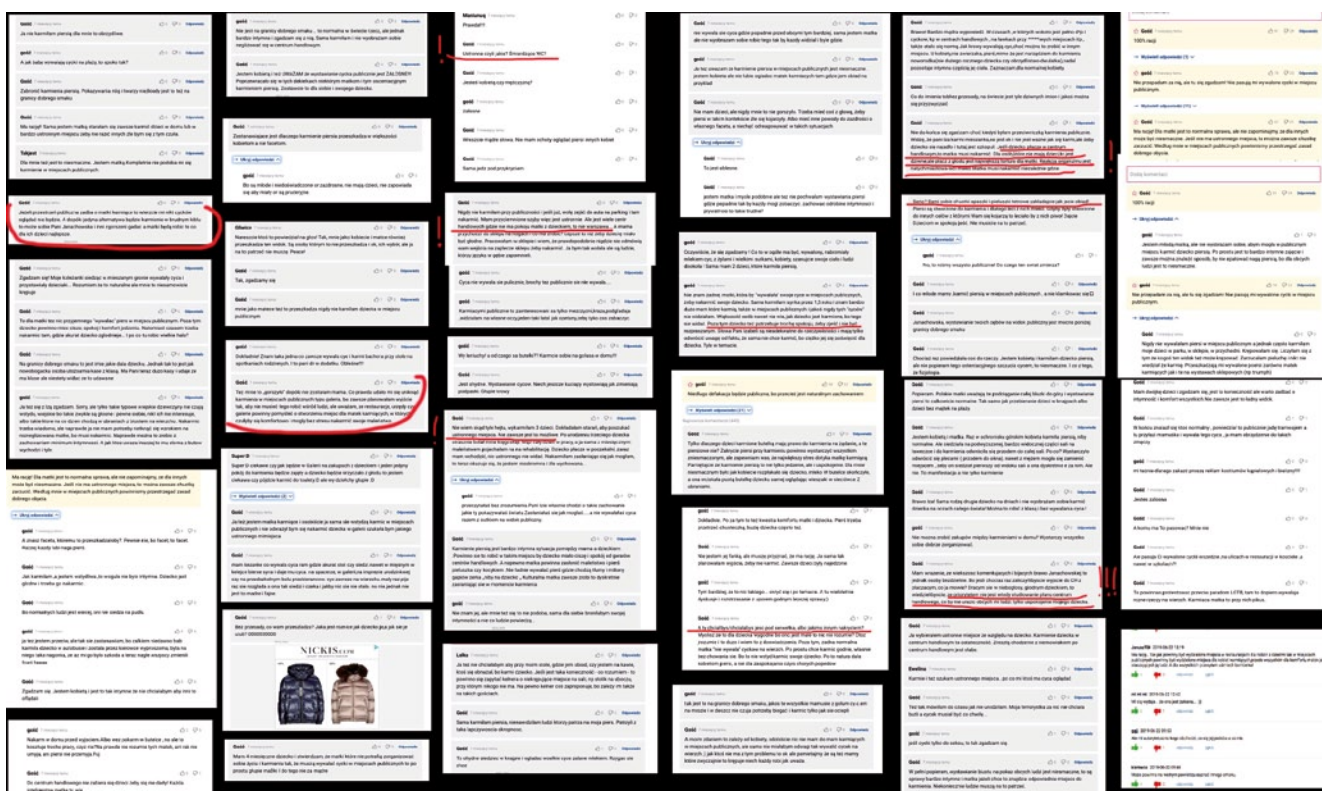
Piśmienictwo

1. T.W. Hale: Hale's Medications Mothers' Milk. Springer Publishing Company. 2019
2. Schafer Ch. Drugs during Pregnancy and Lactation. Treatment options and risk assesment. 2th edition. Elsevier 2007

Karmić piersią czy nie karmić?

Odpowiedź wydaje się oczywista, zwłaszcza dla czytelników Biuletynu. Ja jestem nim od niedawna, ale nie należę do środowiska medycznego. Reprezentuję Fundację FreeMOM, która koordynuje program MOMbrella – Tu dbamy o Mamy i Fotel MOM SOS do Karmienia w Miejscach Publicznych – narzędzie, które przydaje się w miejscach, gdzie nie ma jak zapewnić do tego warunków. Program MOMbrella jest częścią projektu budowy sieci Miejsc Przyjaznych Karmieniu Piersią, który zainicjował niedawno Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. Program, projekt - to szablonowe, ogólne określenia, ale stoi za nimi chęć ułatwienia życia mamom, które zdecydowały się na karmienie piersią i tym, które jeszcze zastanawiają się, czy karmić. I jednych, i drugich jest niestety bardzo mało. Mam z nimi kontakt na bieżąco z racji zawodowej (działam w mediach społecznościowych, prowadząc komercyjne profile napoju na laktację) i dzięki temu wiem, co dzieje się z kobietą po porodzie - kiedy opuści szpital. Na początku, kiedy w nim jest, szanse na karmienie wydają się duże, niestety system matek w tym nie wspiera (w większości miejsc nie ma wykształconego w tym kierunku personelu, lekiem na wszystkie trudności jest zazwyczaj podanie butelki z preparatem mlekozastępczym). Ale nie tylko system. Wpływ na decyzję o podjęciu karmienia piersią i kontynuowaniu go po wyjściu ze szpitala mają też problemy, jakie spotykają mamy karmiące poza domem. Te negatywne doświadczenia związane z karmieniem piersią w miejscach publicznych są nawet przyczyną zaprzestania karmienia (*Boyer K. Affect, corporeality and the limits of belonging: Breastfeeding in public in the contemporary UK. Health Place 2012, 18(3): 552-560.*)

Poniżej: tak wygląda konfrontacja zwolenników i przeciwników karmienia piersią w miejscach publicznych (materiały: internet).



W Polsce nie ma żadnych rozwiązań prawnych regulujących kwestię karmienia w miejscach publicznych.

Z jednej strony każda kobieta ma prawo do swobodnego karmienia piersią w dowolnym miejscu publicznym, ponieważ polskie prawo tego nie zabrania. Z drugiej strony prawo przewiduje kary za 'nieobyczajny wybrzyk' (Art. 140 KW) lub „wywołanie zgorzenia w miejscu publicznym” (Art. 51 KW §1).

To nadal kwestia, który budzi ogromne kontrowersje.

W awanturach w mediach ścierają się trzy strony konfliktu, które Fotel MOM SOS może pogodzić: karmiące poza domem mamy, postronne osoby, którym przeszkadza widok karmiącej mamy i w końcu – mamy, które nie mogą przełamać skrupowania tą czynnością poza domem.

Co ciekawe, niekiedy same karmiące kobiety nie chcą urażać uczuć postronnych obserwatorów.

Taką matką jest właśnie ambasadorka Fotela MOM SOS, Izabela Janachowska. której to wyznanie przysporzyło wielu wrogów (głównie innych mam).



Fotel MOM SOS jest niekłopotliwy – można go ustawić wszędzie i jest tańszym rozwiązaniem niż dedykowany pokój, a już na pewno pomocny, kiedy takiego pomieszczenia nie ma jak wydzielić.

Fotel dodatkowo – a nieczęsto się myśli o tej kwestii, mówiąc o karmieniu piersią poza domem – **zapewnia dziecku spokój, odcinając od bodźców (wygłusza).**



U góry: Fotel MOM SOS na targach Mamaville (Warszawa): to pierwsza mama, która w nim usiadła – dziecko po karmieniu usnęło! (Może pomyśleć o stołeczku dla ojców?)

Po prawej: Fotel MOM SOS ma już wielu fanów, kiedy się pojawia, od razu wywołuje uśmiech (np u Tomasza Kammela i Marzeny Roglaskiej). fot. Anna Kmita.

– „Myślę, że to wspaniały pomysł że powstał fotel, który ułatwi kobietom nieskrępowanie karmienia piersią w miejscach publicznych” – mówi dr n. med. Maria Wilińska, neonatolog i pediatra, kierownik Kliniki Neonatologii SPSK im. prof. Witolda Orłowskiego i Oddziału Neonatologii Szpitala Bielańskiego, profesor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, przewodnicząca Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, wybitny znawca problematyki karmienia piersią – „Najważniejsze, żebyśmy się wszyscy z karmieniem piersią dobrze czuli. Żeby kobiety mogły karmić wszędzie, a my lekarze żebyśmy mogli w dalszym ciągu popularyzować karmienie piersią. Popularyzacja musi jednak iść w parze z zapewnieniem do tego warunków i fotel MOM SOS takie warunki zapewni”.



Pomysł budowy sieci Miejsc Przyjaznych Karmieniu Piersią uzyskał Patronat Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), prof. dr. hab. Ryszarda Gellerta oraz Rzecznika Praw Dziecka, Mikołaja Pawlaka. Inicjatywa zyskała też akceptację Głównego Inspektora Sanitarnego, dra. hab. Jarosława Pinkasa, prof. CMKP oraz Dyrektora Biura UNICEF w Polsce, Marka Krupińskiego. Program zyskał dodatkowo patronów w postaci prezydentów miast na czele z Rafałem Trzaskowskim, który przymierza się do zamówienia foteli do biur Urzędu Miasta Warszawy! **Korzystam z okazji i zachęcam do kontaktu z nami wszystkich tych, którzy zainteresowani są i udziałem w programie, i zakupem Fotela MOM SOS, i tych, którzy widzą się w roli patrona!**

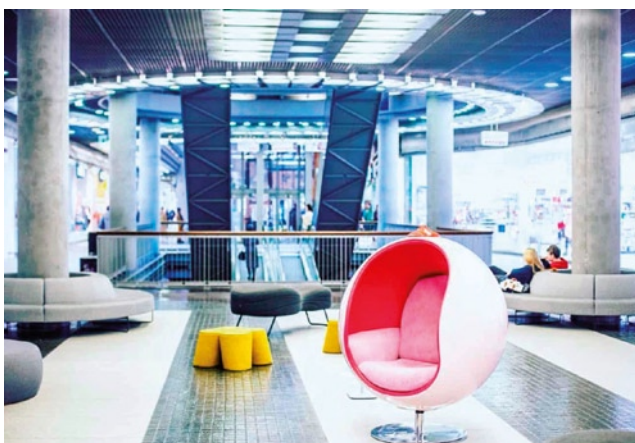
Poniżej: Fotel MOM SOS w towarzystwie prof. Marii Wilińskiej i autorki – w programie Pytanie na Śniadanie, fot. Anna Kmita.



Fotel MOM SOS nie służy do ukrywania się. Jest obrotowy i zasłania mamę z trzech stron. Mama się w nim obraca – w zależności od sytuacji. Fotel będzie można znaleźć np. w restauracji, a nie na końcu ciągu komunikacyjnego centrum handlowego dwa piętra wyżej. Zatem nie izoluje mamy. Fotele powinny stać w wielu miejscach na zasadzie: wielka powierzchnia=wiele foteli.

Specjalne pokoje, w których można nakarmić dziecko piersią, są w niewielu miejscach. Często są to pokoje w toaletach. Jeśli nie, trzeba dzwonić po administrację, żeby pokój otworzyła. Często, żeby dotrzeć do pokoju, trzeba pokonać dużą odległość. Poza tym z reguły jest to jeden pokój. Co będzie, jeśli pojawi się w jednym centrum handlowym wiele mam karmiących?

Jeśli jest niewiele mam karmiących piersią poza domem, to może z powodu tych utrudnień? Fotel jest potrzebny do aktywacji takich siedzących miesiącami w domu mam!



*Po lewej: Fotel MOM SOS w Starym Browarze (Poznań), u góry: Fotel MOM SOS w oddziale banku BNP Paribas w Wilanowie (Warszawa).
fot. Anna Kmita.*

*Poniżej: Fotel MOM SOS w Hali Koszyki (wewnątrz i na zewnątrz).
fot. Anna Kmita.*





Fotel MOM SOS, choć na przedplanie, jest tłem do rozmów na konferencji KUKP, biorą w niej udział goście: szef Unicef Polska, Marek Krupiński, prof. Maria Wilińska, Wiceminister Zdrowia Zbigniew Król, dyrektor CMKP prof. dr hab. Ryszard Gellert. Fot. Anna Kmita.

Czy znają Państwo pojęcie „laktoterror”? Zjawisko to polega na wywieraniu na mamy przez otoczenie (inne świadome dobrodziejstw karmienia piersią mamy, wyszkolone położne, doradców laktacyjnych etc) presji do karmienia piersią – nie tylko wprost, ale i poprzez oczekiwanie. Czemu tak się dzieje? Wielu ludziom leży na sercu niepopularność karmienia piersią, którą obserwujemy i która jest wynikiem długoletniej supremacji preparatów mlekozastępczych. Nie wszyscy jednak potrafią temat umiejętnie promować z wyczuciem, delikatnością. Niestety to robi więcej szkody niż pożytku – matki czują się stygmatyzowane. Laktoterror rozciągnięty jest też na obszar karmienia poza domem. Oczekuje się, że wszystkie kobiety będą to robić bez oporów i że otoczenie nie powinno robić problemów. Nie bierze się pod uwagę, że nie wszystkie mamy, mimo że znają swoje prawa, chcą się obnażać publicznie – w imię dobra dziecka (nadmiernie szafuje się tym sformułowaniem), ale i „dla dobrej idei”. Więc mamy karmiące są nie tylko pod presją ludzi, którzy nie chcą oglądać nagich piersi podczas zakupów, ale i innych matek, oczekujących solidarności, czyli poświęcenia.

Fotel MOM SOS w swoim naturalnym środowisku: patio szpitala na Madalińskiego (Warszawa), fot. Anna Kmita.



Fotel MOM SOS dzielnie towarzyszy Palomie Cuchi w przemówieniu na konferencji KUKP, fot. Anna Kmita

Kampania Femaltikera „Koniec zabawy w chowanego” – trwa od 4 lat, a mamy karmiące nadal spotykają nieprzyjemności. Wystarczy spojrzeć na to, co dzieje się w sieci pod wpisami na ten temat – wychodzi coś, z czym jako społeczeństwo mamy duży problem i że w takiej kwestii pozostaje tylko udać się na barykadę – temat ten to pole wojny. Tylko że walka z uprzedzeniami, piętnowaniem grupy, której nie pomogą rozwiązania systemowe ani edukacja, nie daje efektów – bo chodzi o wrażliwość, którą jedni mają, a inni nie. A Fotel MOM SOS jest dla tych, którzy nie chcą nadawać takiego zabarwienia intymnej, radosnej czynności. Moment karmienia dziecka to moment bliskości i spokoju, a nie moment walki o swoje prawa. Popatrzmy na przykład: w restauracji karmiąca mama jest upominana przez kogoś. Zapewne jest zdenerwowana. Musi odłożyć dziecko, iść szukać managera restauracji, żeby wstawił się za nią. Mijają kolejne minuty (przy okazji – czy wszyscy managerowie są wyszkoleni w tej kwestii i wiedzą, co robić?). Co w tym czasie z dzieckiem?

Asseco Poland przygotowuje specjalną aplikację, wspierającą program, będzie umożliwiała natychmiastowe znalezienie miejsca, w którym planująca wyjście z domu mama będzie mogła liczyć na warunki do karmienia piersią. Katalogowane będą oczywiście nie tylko miejsca z Fotelem MOM SOS.

Planujemy postawienie Fotela w urzędach, bankach, przychodniach, muzeach, kinach, centrach handlowych, restauracjach, dworcach, lotniskach – wszędzie tam, gdzie jest potrzebny.

A potrzebny jest – jak pokazują efekty czy raczej brak efektów kampanii edukacyjnych, które nie załatwiają istoty problemu: edukacja mam nie idzie w parze z edukacją całego społeczeństwa.

Byłoby najlepiej, gdyby karmienie piersią poza domem nie dzieliło ludzi. Oprócz edukacji warto coś zrobić konkretnego, żeby przeciąć ten społeczny spór.

Trzeba koniecznie dodać, że Fotel to jedyne takie rozwiązanie na świecie. Ktoś musiał go wreszcie wymyślić i stało się to u nas, w Polsce!

Anna Kmita

Prezes Fundacji FreeMOM

Praktyczne uwarunkowania efektywnej realizacji „10 kroków do Udanego Karmienia Piersią” i Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w Łomżyńskim Centrum Medycznym (ŁCM) – obserwacje własne

lek. Bożena Florczyk, pediatra, neonatolog

Łomżyńskie Centrum Medyczne

Prezes dr n.med. Waldemar Pędzińś

Karmienie piersią jest fundamentem prawidłowego wzrostu i dojrzewania każdego dziecka. Wiele publikacji z całego świata przynosi konkretne dowody na to, jak ważne jest przygotowanie rodziców do życiowej roli, jaką jest macierzyństwo i ojcostwo. Pod wpływem wiedzy, jaką rodzice nabywają w szkole rodzenia, decydują o karmieniu piersią jeszcze przed porodem. Kobiety mające wsparcie w ojczach swoich dzieci, będących również uczestnikami zajęć, karmią statystycznie dłużej i efektywniej.

Po porodzie i opuszczeniu szpitala podstawą jest fachowe doradztwo laktacyjne na poziomie konkretnych umiejętności. Jest to doskonalenie pozycji do karmienia, pielęgnacja brodawek piersiowych, postępowanie w okresie nawału pokarmu i zastoju. Nie mniej ważne jest wsparcie emocjonalne i nauka radzenia sobie w różnorodnych trudnościach w karmieniu piersią. Trudności mogą wystąpić zarówno po stronie matek, jak i dzieci, noworodków urodzonych o czasie jak i przedwcześnie.

Po wieloletniej aktywnej pracy w „Szpitalu Przyjaznym Dziecku” Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży obecnie nadszedł czas na zbieranie nowych doświadczeń. Jest to przygotowywanie matek i ojców oczekujących na przyjście na świat dziecka oraz towarzyszenie rodzinom i opieka nad małymi dziećmi w Łomżyńskim Centrum Medycznym. Tutaj staramy się, aby wszystkie nasze działania były zgodne z wytycznymi WHO, UNICEF i polskiego Ministerstwa Zdrowia, a także ESPHAGAN, AAP (Amerykańskiej Akademii Pediatrii) i AAFP (Amerykańskiej Akademii Lekarzy Rodzinnych).

W ramach przygotowania rodzin w ŁCM została utworzona szkoła rodzenia, nasza Akademia Rodzica. Na zajęcia zapraszamy od 21 tygodnia ciąży. Karmienie piersią jest ważnym blokiem tematycznym naszych

spotkań. Omawiamy znaczenie pokarmu kobiecego dla matki, dziecka, rodziny, społeczeństwa i środowiska. Mocno podkreślana jest rola pierwszego nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” jako procedury wywierającej zasadniczy wpływ na długość i efektywność karmienia piersią. Spośród pozostałych omawianych różnorodnych tematów są te dotyczące ciąży, porodu i połogu, a także pielęgnacji noworodka i niemowlęcia. Omawiamy odrębności okresu noworodkowego, udzielanie pierwszej pomocy. Organizujemy warsztaty noszenia w chuście jako element realizujący rodzicielstwo bliskości.

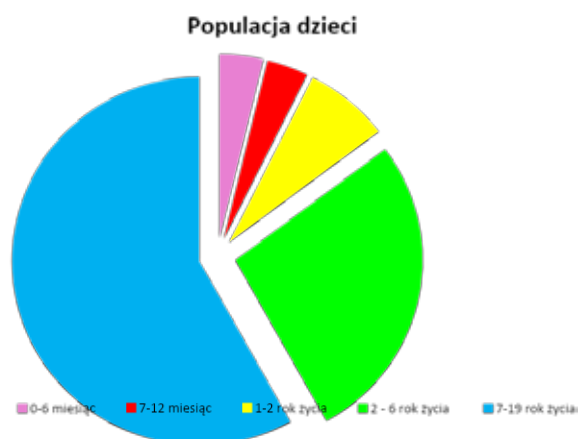
Każda matka ćwiczy na fantomie sposoby chwytania piersi, a na fantomie noworodka z użyciem rogali – podstawowe pozycje do karmienia piersią. Matki i ojcowie oglądają film obrazujący powyższe umiejętności. Edukacja prowadzona jest zgodnie z zasadą przynoszącą najlepsze rezultaty: widzę, słyszę i ćwiczę. Podczas tych zajęć odbywa się demonstracja różnorodnych akcesoriów wspomagających karmienie piersią. Uczę matki odciągania pokarmu ręcznego i przy pomocy laktatora, jako czasem niezbędnego elementu opieki laktacyjnej.



Zdj. 1 i 2. Nauka karmienia piersią na zajęciach w Akademii Rodzica

24% uczestników szkoły rodzenia po opuszczeniu szpitala pozostaje nadal pod opieką ŁCM. Wynika to z wcześniej nawiązanych w Akademii Rodzica przyjaznych kontaktów z położnymi i lekarzem pediatrą neonatologiem, konsultantem laktacyjnym.

Spośród wszystkich dzieci zapisanych do ŁCM, 42% stanowią te najmłodsze (0-6 rż). Wiele spośród nich jest karmionych piersią.



87,7% populacji dzieci do 6 tygodnia życia objętych naszą opieką jest karmionych piersią, w tym wyłącznie karmionych piersią jest 77,2%. Karmienie mieszanką dotyczy 12,28%, w tym część stanowią przypadki uzasadnione medycznie [M. Pogroszewska]. Nasz sukces jest tym większy jeśli weźmie się pod uwagę fakt, iż tylko 32% dzieci przez okres całego poporodowego pobytu w szpitalu jest karmionych wyłącznie piersią.

Z moich obserwacji i przedstawianych wyników pracy z matkami wynika, że jeśli matki zachęca się do karmienia i wspiera, zwłaszcza podczas najtrudniejszych pierwszych miesięcy laktacji, coraz więcej karmi wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka i przedłuża to karmienie na kolejne miesiące, a nawet lata.

W dobie powszechnej dostępności do różnorodnych mediów, a może trochę ze względu na zmieniający się obecnie model żywienia i życia w którym ważne są zachowania proekologiczne, nasze matki coraz częściej karmią powyżej 1 roku życia. Nie bez znaczenia jest utwierdzenie tych matek przez prowadzącego lekarza pediatrę w przekonaniu, że takie karmienie do 2 roku życia lub dłużej, jeśli oboje tego chcą, ma głęboki sens.

Podsumowanie

Kompleksowa i długofalowa edukacja laktacyjna rodziców, począwszy od okresu oczekiwania na narodziny, przez okres narodzin i następnie niemowlęcy oraz małego dziecka sprzyja realizacji założeń dotyczących prawidłowego żywienia dziecka, a tym samym jego prawidłowego wszechstronnego rozwoju. ▀

Mówimy jednym głosem... Nasze doświadczenia z zakresu komunikacji w Oddziale Neonatologicznym

dr n.med. Jolanta Warzycha

Oddział Neonatologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.N.M.P. w Częstochowie

„Troska o dziecko, jeszcze przed jego narodzeniem, jest pierwszym i podstawowym sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka”

Jan Paweł II

Praca w Oddziale Neonatologicznym to wyzwanie dla całego zespołu. Opieka nad małymi pacjentami, których stan ogólny może zmieniać się w jednej chwili w sposób nieprzewidywalny, uczy pokory każdą grupę zawodową: lekarzy, pielęgniarki, położne, psychologów, fizjoterapeutów. Dlatego sposób komunikacji w oddziale między personelem i z rodzicami jest bardzo ważny. Wydaje się, że jest to sprawa oczywista, bo codziennie porozumiewamy się z wieloma ludźmi. Jesteśmy przekonani, że wszystko co mówimy, dociera do rozmówcy i jest rozumiane tak, jak sobie tego życzymy. Dopiero, gdy pojawiają się trudności, zastanawiamy się, co takiego się dzieje, że jesteśmy niewłaściwie rozumiani. Otóż porozumiewanie się z drugim człowiekiem to trudna sztuka.

Komunikacja interpersonalna stała się przedmiotem zainteresowania psychologów w latach sześćdziesiątych XX wieku. Uznali ją za ważną umiejętność społeczną. Komunikowanie się (z łac. communicatio – rozmowa, wymiana, łączność) definiuje się jako proces, podczas którego ludzie dążą do dzielenia się znaczeniami za pośrednictwem symbolicznych informacji (komunikatów). Najprostszy model komunikowania się polega na przekazywaniu przez nadawcę komunikatu (werbalnego lub niewerbalnego) i odebraniu go przez odbiorcę. Skuteczna komunikacja zachodzi wtedy, gdy odbiorca rozumie przekaz tak, jak zamierzał go przekazać nadawca. Między nadawcą a odbiorcą istnieje sprzężenie zwrotne, czyli istnieje zgodność intencji nadawcy i intencji przypisanych mu przez odbiorcę.

W naszym Oddziale Neonatologicznym personel mówi „jednym głosem”. Spójny przekaz informacji dla rodziców jest w naszym rozumieniu jedyną drogą do postrzegania jako zespół wiarygodny. Jako ważne postrzegamy okazywanie szacunku rodzicom naszych

pacjentów, niezależnie od ich poglądów, czasem dalekich od faktów medycznych.

Edukacja w sali porodowej polega na przekazaniu najważniejszych informacji o dziecku oraz omówieniu korzyści wynikających z karmienia piersią. Sporym wyzwaniem jest wytłumaczenie matkom konieczności podaży witaminy K, bowiem matki edukowane na forach społecznościowych często negują wiedzę medyczną. Kolejne wyzwanie to szczepienia. Struktura rodziców niezdecydowanych co do szczepień jest niejednorodna. Pierwszą grupę stanowią przeciwnicy szczepień, tzw. denialści. Rozmowa z osobami negującymi zasadność i potrzebę szczepień to wielka trudność. Jest to „najgłośniejsza”, ale na szczęście mało liczna grupa rodziców. W rozmowie z denialistami należy jednoznacznie przedstawić stanowisko przedstawicieli nauki i nie podejmować dalszej dyskusji. Rozmowę kończymy zwykle słowami: „Żałuję, że nie korzystacie Państwo z możliwości zapobiegania chorobom zakaźnym. Mam nadzieję na zmianę stanowiska Państwa w przyszłości (...)”. Rodzice mają zagwarantowaną możliwość zadawania pytań. Rozmowę zawsze prowadzimy wspólnie, obecność co najmniej jednego neonatologa oraz pielęgniarki odcinkowej i zabiegowej zapewnia jednoznaczność informacji.

Drugą grupę odmawiających szczepień w oddziale noworodkowym stanowią rodzice z ograniczonym zaufaniem do szczepień. Jest to grupa stale powiększająca się. Rodzice ci opóźniają szczepienia, zgadzają się na niektóre, są podatni na informacje internetowe. Rozmowa z nimi nie jest sprawą prostą. Należy okazać im zrozumienie, ale jednocześnie jednoznacznie wskazać na zalecenia z aktualnego kalendarza szczepień. Rodzice ci na oświadczeniach odmowy zwykle piszą: „nie uchylam się od szczepień, uczynię to po szczegółowych badaniach” (nie wiedzą, jakich). Do tych rodziców zazwyczaj mówimy: „Rozumiemy Państwa obawy, że jako rodzice chcecie dziecku zapewnić maksymalne bezpieczeństwo. Nam w Oddziale Neonatologicznym przyświeca ten sam cel. Decyzja o szczepieniu należy do Państwa, ale proszę pamiętać, że odstąpienie od szczepień w terminie to odrzucenie możliwości ochrony dziecka zgodnie z wiedzą medyczną i prawem gwarantowanym poprzez ustawę o zapobieganiu chorobom zakaźnym”.

Trzecią grupę stanowią rodzice wyrażający zgodę na szczepienia. Tu wystarczy kwalifikacja noworodka do szczepień. Trzeba jednak przekazać rodzicom informacje o szczepieniach następnych, aby w przyszłości nie mieli żadnych wątpliwości. Warto powiedzieć: „Cieszymy się, że Państwa dziecko jest teraz i będzie później w pełni zabezpieczone przed chorobami zakaźnymi”.

Prowadząc rozmowy należy pamiętać o barierach komunikacyjnych. Bariery te mogą spowodować, że rodzic może wycofać się z komunikacji, przyjąć postawę obronną, być rozmówcą biernym lub agresywnym. Podobne bariery mogą powstawać między pracownikami oddziału sprawiając, że druga osoba nie zechce wyrażać swoich myśli, potrzeb albo czynić to w sposób nieudolny.

Ludzie mają naturalną skłonność do oceniania, do akceptowania bądź odrzucania tego, co mówią lub robią inni. Mamy prawo mieć swoje zdanie i dzielić się nim, pamiętając równocześnie, że nie mamy monopolu na prawdę o drugim człowieku. Konstruktwna krytyka może poprawić komunikację. Krytyka powinna być rzeczowa, sformułowana w kategoriach własnych odczuć, a nie prawdy obiektywnej, dotyczyć zachowania, a nie samej osoby.

Barierą komunikacyjną może być też pochwała, która zazwyczaj jest miła, ale czasami wprawia w zakłopotanie, zwłaszcza, gdy jest połączona z oceną. Mówiąc matce dziecka lub pielęgniarce opiekującej się wcześniakiem: „jest pani wspaniałym człowiekiem”, często wywołujemy reakcję: wcale nie! Trudno zaakceptować pochwałę, która ocenia. Aby pochwała nie krępowała, warto udzielać jej w formie osobistych opinii, np. „bardzo mi się podoba, jak pani to robi”, z którymi nasz rozmówca (rodzic, współpracownik) może, ale nie musi się zgodzić.

W sytuacjach, kiedy udzielamy rodzicom informacji o wcześniaku musimy pamiętać, że rodzice różnie reagują. Trzeba przekonać ich, że każde dziecko jest indywidualnością. Informacji o stanie wcześniaka udzielamy matce przy inkubatorze mówiąc prosto, krótko i rzeczowo. Należy „dawkować” informacje. Z literatury wynika, że rodzic zestresowany, przerażony porodem przedwczesnym, zapamięta zaledwie 25-30% informacji.

Na komunikację w oddziale negatywnie mogą wpłynąć również inne czynniki:

- brak zainteresowania (np. niedostatecznie uważne słuchanie rodziców, niedopuszczanie ich do głosu, przerywanie itp.),
- brak „wspólnego języka” (np. lekarz używa naukowych określeń),
- niewłaściwe miejsce lub/i czas rozmowy,
- przekazywanie sprzecznych komunikatów (nasze ciało nie odzwierciedla tego, co mówimy).

Aby uniknąć nieporozumień, warto pamiętać o zasadach, które pozwalają nam skutecznie porozumiewać się między sobą oraz z rodzicami noworodków. W naszym oddziale stosujemy następujące zasady:

- nie oceniaj, nie uogólniaj, nie interpretuj, nie dawaj „dobrych rad”;

- dbaj o prostotę i przejrzystość języka, używaj języka zrozumiałego dla rozmówcy;
- unikaj „gadulstwa”, stosuj zasadę: minimum słów – maksimum treści;
- unikaj wszystkiego, co mogłoby rozmówcę zniechęcić lub wywołać w nim poczucie zagrożenia, np. słuchanie w milczeniu z „kamienną twarzą”, unikanie kontaktu wzrokowego, zadawanie pytań zamkniętych. Korzystaj z informacji zwrotnych, sprawdzaj, czy jesteś dobrze rozumiany;
- dostosuj tempo mówienia i ton głosu do sposobu mówienia twojego rozmówcy;
- uważnie słuchaj drugiej strony i potwierdzaj, że to robisz (możesz używać: aha, hm itp.);
- nie wyciągaj na siłę informacji.

W sztuce porozumiewania się ważną rolę odgrywa umiejętność słuchania. Słuchając uważnie, dajemy w pełni wypowiedzieć się rozmówcy. To sprawia, że możemy go lepiej poznać. Parafraza to podstawowa metoda aktywnego słuchania. Polega na powtórzeniu własnymi słowami najistotniejszych treści wypowiedzi rozmówcy z jednoczesnym sprawdzeniem, czy dobrze te treści zrozumieliśmy. Zdarza się, że rodzic „zalewa” nas wieloma informacjami. W takich sytuacjach, by nie zgubić wątku rozmowy, warto prosić o powrót do tematu oraz systematycznie stosować parafrazę. Nieśmiałym rodzicom można zadawać otwarte pytania.

W pracy w Oddziale Neonatologicznym ważna jest także komunikacja niewerbalna, czyli „mowa ciała”. W czasie rozmowy należy podtrzymywać kontakt wzrokowy. Jest to sygnał dla rozmówcy, że podążamy za tym, co mówi. Wyraz twarzy powinien być zgodny z tym, co jest przekazywane. Jeśli słuchający odruchowo krzywi się lub marszczy brwi, rodzic może to nieprawidłowo zinterpretować, jako wyraz braku akceptacji. Ton naszego głosu ma być pewny, ciepły. Kiwnięcie głową jest skutecznym zachowaniem niewerbalnym, dającym rodzicowi znać, że go słuchamy. Gestykulacja rąk może być dobrym sposobem na wzmocnienie przekazu słownego. Pamiętajmy, że zbyt intensywna gestykulacja rozprasza rozmówcę.

W czasie rozmowy należy zachowywać odpowiednią odległość między sobą. Każdy człowiek ma swoją „osobistą przestrzeń”. Jeśli zostanie ona naruszona, rozmówca może odczuwać niepokój. Zamiast koncentrować się na rozmowie, będzie starał się zdystansować. Właściwa odległość to co najmniej 60 cm między rozmówcami (w dobie pandemii odległości są znacznie większe).

Ważnym aspektem komunikacji niewerbalnej jest jej spójność. Kontakt wzrokowy, gestykulacja i ton głosu powinny być do siebie dopasowane. Brak takiego dopasowania utrudnia komunikację.

Długa rozmowę przeprowadzamy z matką przy wypisie dziecka. Karty wypisowe i książeczki zdrowia wydajemy w gabinecie lekarskim. Matka przynosi zestaw pytań. Czytamy wspólnie wypis, tłumaczymy rozpoznania, zalecenia.

Akceptujemy różnorodność rodziców!

Słuchajmy ich, bo słuchanie leży u podstaw właściwej komunikacji. Praca w Oddziale Neonatologicznym jest ukierunkowana na pacjenta i rodzinę. Zaangażowanie członków rodziny daje noworodkowi wsparcie emocjonalne, socjalne i rozwojowe. Wśród pracowników najbardziej sprawdza się zasada trzech „P”: PASJA, PRAWDA, POKORA.

Skrócona ocena dojrzałości szkolnej dzieci z masą urodzeniową poniżej 3000 gramów i umiejscowienie kontroli zdrowia u matek

dr nauk o zdrowiu Ewa Wodzikowska

Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach

Wprowadzenie

Rozwój dziecka jest określony jako prawidłowy, kiedy nie występują wyraźne różnice w porównaniu do przeciętnego rozwoju wśród dzieci zdrowych. Stosowane w Polsce narzędzia, dzięki którym zostaje oceniony rozwój psychoruchowy oparte są na tzw. inwentarzu rozwojowym. Wyróżnia się Kartę rozwoju psychoruchowego dziecka Chrzanowskiej oraz Kwestionariusze oczekiwanych osiągnięć rozwojowych dziecka 2 i 4 letniego Jaroszyńskiej-Szymczuk. W pracy zastosowano Baterię metod diagnozy rozwoju psychomotorycznego dzieci pięcio i sześciolletnich, która przeznaczona jest do wstępnej diagnozy rozwoju psychomotorycznego, skróconej oceny dojrzałości szkolnej dziecka oraz prowadzenia badań przesiewowych. Na podstawie obserwacji i analizy wyników badań stwierdzono, że umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa na zachowania zdrowotne. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia ma wpływ na nadzór oraz kontrolę nad zdrowiem.

Celem pracy było ustalenie związku między skróconą oceną dojrzałości szkolnej dzieci a umiejscowieniem u matek poczucia kontroli zdrowia.

Badania przeprowadzono wśród 105 matek oraz ich dzieci. Grupę kontrolną stanowiło 30 matek wraz z dzieckiem dobranych losowo.

Metody badawcze to sondaż diagnostyczny, analiza dokumentacji medycznej oraz wywiad z matkami i dziećmi. Narzędzia badawcze:

- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) – K.A.Wallston, B.S. Wallston, R.De Vellis; adaptacja Z. Juczyński.

- Bateria metod diagnozy rozwoju psychomotorycznego dzieci pięcio- i sześciolletnich (Bateria 5/6 S) – M. Bogdanowicz, D. Kalka, U. Sajewicz-Radtke, B. Radtke

- arkusz wywiadu, arkusz obserwacji, skala wykonaniowa.

- Kwestionariusz do badania rozwoju motorycznego i psychospołecznego sześciolatka – M. Jaroszyńska-Szymczuk.

- Autorski kwestionariusz ankiety

Charakterystyka grupy badanej:

W grupie badanej 53 matki (50,5%) mieszkały na wsi, natomiast 52 matki (49,5%) w mieście. W grupie kontrolnej 21 matek (70%) było mieszkankami miast, natomiast 9 (30%) mieszkało na wsi. Wiek matek grupy badanej zawierał się w przedziale od 21 do 46 lat (średnia 33,04). Wiek badanych matek z grupy kontrolnej zawierał się w przedziale od 23 do 45 lat (średnia 32,76). W grupie badanej najwięcej matek posiadało wykształcenie zawodowe – 43 osoby (41%), średnie 34 matki (33%), wyższe 17 matek (16%) oraz 4 matki podstawowe (10%). W grupie kontrolnej najwięcej matek w ilości 12 (40%) posiadało wykształcenie wyższe, średnie 9 matek (30%), zasadnicze zawodowe 7 matek (24%), natomiast 2 osoby posiadały wykształcenie podstawowe (6%). Wykształcenie wyższe występowało istotnie częściej w grupie kontrolnej ($p=0,0073$). W grupie badanej było 67 dziewczynek (64%) oraz 38 chłopców (36%). W grupie kontrolnej było 14 dziewczynek (47%) oraz 16 chłopców (53%). Wśród 105 dzieci z wagą poniżej 3000g z badania wyłączono 4 dzieci ze względu na choroby przewlekłe.

Wyniki badania poddano analizie statystycznej.

Wyniki badań:

Masa urodzeniowa była niższa w grupie badanej, średnio wynosiła ($2694,18 \pm 323,54$), co potwierdza dobór badanej grupy ($p < 0,0001$). Średnia masa dzieci w grupie kontrolnej wynosiła ($3631,67 \pm 345,12$). W 12 miesiącu życia masa ciała w grupie badanej była nadal niższa w porównaniu do grupy kontroli ($p=0,0022$). W wieku 2 lat masa ciała w grupie badanej była niższa w stosunku do kontrolnej ($p=0,0015$). W wieku czterech w grupie badanej masa ciała była istotnie niższa w porównaniu do grupy kontrolnej ($p=0,0128$).

W grupie badanej oraz kontrolnej matek przeważało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. W zakresie porównania rozwoju psychoruchowego dzieci

w stosunku do umiejscowienia kontroli zdrowia u matek otrzymano następujące wyniki:

- Dzieci matek uzależniających zdrowie od innych otrzymały w zakresie motoryki dużej niższe wyniki od przeciętnych ($p=0,0026$).

- Dzieci matek, które wskazały zależność zdrowia od innych, na podstawie wywiadu dotyczącego dużej motoryki, uzyskały statystycznie więcej niskich wyników ($p=0,0146$).

- Wśród matek umiejscawiających kontrolę zdrowia zależną od przypadku w zakresie analizy głoskowej dzieci częściej otrzymały niskie wartości w stosunku do przeciętnych ($p=0,0304$).

- Wśród matek, które uzależniają zdrowie od innych u dzieci w zakresie analizy głoskowej dzieci częściej otrzymały niskie wyniki niż wysokie ($p=0,0140$).

- Wśród dzieci matek uzależniających zdrowie od przypadku – w zakresie syntezy głoskowej, uzyskano więcej niskich wyników niż wysokich ($p=0,0360$).

- Wśród matek uzależniających zdrowie od innych w zakresie pomijania głosek dzieci otrzymały częściej niskie wyniki niż wysokie ($p=0,0351$).

- Podobne wyniki uzyskano także w zakresie pomijania głosek. Wśród matek, które uzależniały zdrowie od innych osób, niskie wyniki u dzieci przeważały nad wysokimi ($p=0,0351$). Wśród matek uzależniających zdrowie od przypadku, dzieci częściej uzyskiwały niskie wyniki w stosunku do wysokich ($p=0,0219$).

Dyskusja

Porównując masę dzieci badanych w pierwszym roku życia z dziećmi poznańskimi oraz warszawskimi, stwierdzono niższą wartość masy w grupie badanej. Średnia masa dzieci grupy badanej wynosiła 9232 g, natomiast dzieci warszawskich – 9900 g, a dzieci poznańskich 10100 g. W trakcie badania bilansowego dwulatka – jak wynika z analizy, wartość masy ciała w grupie badanej była istotnie niższa w porównaniu do grupy kontrolnej ($p=0,0015$). Porównując dzieci z grupy badanej z dziećmi poznańskimi widać różnicę – dzieci poznańskie osiągnęły średnio 12550 g, natomiast dzieci z grupy badanej ważyły średnio 11970 g. W wieku 4 lat wartość masy dzieci poznańskich była wyższa (średnia 17600g) w stosunku do wartości wagi grupy badanej (średnia 16258 g).

Wśród badanych większość respondentów – 61 (58%) wskazała na wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, 18 (17%) przypadek, natomiast 14 (13%) uzależnienie od innych. Wśród badanych – 12 matek nie potrafiło określić umiejscowienia zdrowia. W grupie kontrolnej podobnie – większość – 22 osoby (73%) wskazało na wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, 3 (10%) wskazało inne osoby,

natomiast 2 (7%) uzależniło zdrowie od przypadku. Matki z grupy kontrolnej w liczbie 3 (10%), uzależniły zdrowie w równym stopniu od samych siebie oraz innych osób. Jak podają liczne doniesienia, większość osób badanych skalał MHLC wskazuje na wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, co świadczy o wpływie zachowania oraz odpowiedniej postawy na zdrowie. W wymiarze kontroli wewnętrznej uzyskanie wyższych wyników odzwierciedla przekonanie, że właściwe zachowania i działania mają wpływ na stan zdrowia. Wpływ przypadku odzwierciedla bezradność osób wobec wpływu na stan zdrowia. Zachowania zdrowotne są częścią prozdrowotnego stylu życia oraz mogą być wynikiem odpowiedzialności za własne zdrowie.

Noworodki matek które paliły tytoń w stosunku do matek niepalących, są lżejsze o ok. 170 gramów. Wśród grupy badanej, na 101 matek aż 68 wskazało na palenie tytoniu w trakcie ciąży – 68,00%, natomiast w grupie kontrolnej 2 matki paliły – 6,67% ($p < 0,0001$).

Matki średnio karmiły piersią swoje dzieci do 9 miesiąca życia. W grupie badanej 11 matek nie zdecydowało się na karmienie piersią natomiast w grupie kontrolnej wszystkie matki karmiły swoje dzieci piersią.

Ze względu na różną częstotliwość zgłaszania się matki z dzieckiem na badania bilansowe, pełna analiza zakończenia badania rozwoju psychoruchowego była możliwa dla 67 dzieci z grupy badanej oraz 28 dzieci z grupy kontrolnej. Ważny jest udział rodziców w trakcie badań przesiewowych, którzy mogą obserwować wyniki osiągane przez swoje dziecko. Badania dotyczące rozwoju fizycznego oraz sprawności fizycznej dzieci 3-6 letnich zostały przeprowadzone w 2007 roku przez Krzykałę, Czerniak i Dermuth w środowisku poznańskim. Potwierdziły się wyniki wcześniejszych badań, dotyczące istnienia ścisłego związku pomiędzy rozwojem somatycznym a sprawnością fizyczną. Stosując Baterię 5/6S otrzymano dane, które w zakresie rozwoju psychomotorycznego porównano z wynikami innych badaczy. W grupie badanej – według matek, 32 dzieci (47,06%) ma problemy w zakresie motoryki dużej, natomiast w grupie kontrolnej – 10 dzieci (35,71%). Rozwój psychomotoryczny został zbadany wśród dzieci z Dolnego Śląska. Badania zostały przeprowadzone wśród 60 czterolatków. Wśród badanych, 13 dzieci w zakresie dużej motoryki uzyskało wyniki poniżej normy. Dzieci miały trudności z rzucaniem do celu, łapaniem ringo oraz skakaniem na jednej nodze.

Wśród badanych dzieci (w liczbie 67) badanych w niniejszej pracy w zakresie motoryki dużej (stanie na jednej nodze, skakanie na jednej i drugiej nodze, wykonanie „jaskółki”), niskie wyniki uzyskało 24 dzieci (35,82%) w grupie badanej oraz 7 dzieci (25%) w grupie kontrolnej. Uzyskano podobne wyniki do badań Kopik, natomiast

gorsze w stosunku do dzieci z Dolnego Śląska. W badaniach rozwoju motorycznego, dotyczącego próby oceniającej poczucie równowagi przy wykorzystaniu Europejskiego Testu Sprawności Fizycznej w diagnozie dzieci sześciolletnich, najwięcej dzieci miało problem z utrzymaniem równowagi – 39,1% badanych. Podobne wyniki uzyskano w grupie dobranej celowo z wynikiem 41,7%. U dzieci zamieszkujących na wsi obserwuje się większe poczucie równowagi niż u mieszkających w mieście. Podobne wyniki prezentuje Lewandowska wśród dzieci pięcioletnich – stanie na palcach przez 10 sekund. Wśród badanych 30% dzieci miało problem z utrzymaniem równowagi, natomiast 10% nie potrafiło wykonać tego zadania. W badaniach własnych dotyczących motoryki dużej, wśród grupy badanej w zakresie stania na jednej nodze oraz demonstrowania „jaskółki” 24 dzieci (35,82%) miało problem z utrzymaniem równowagi. Potwierdziły się badania Lewandowskiej, Kopik oraz Krawczyńskiego. W grupie kontrolnej 7 dzieci (25%) uzyskało niskie wyniki, czyli o 10% mniej niż w grupie badanej.

Rozwój psychomotoryczny oceniano wśród 80 dzieci, które ukończyły 4 lata z przedszkoli wrocławskich. Analizowano postępy dziecka w zakresie małej i dużej motoryki, zdolności koordynacyjnych, możliwości rozumienia poleceń oraz orientacji czasowo-przestrzennej.

Wśród 15% badanych dzieci wskazano na problemyz koordynacją ruchową, orientacją czasowo-przestrzenną oraz rozumieniem określeń miejsca takich jak: nad, pod, przed, za itd. Analizując wyniki badań własnych wykazano, że badane dzieci w relacjach przestrzennych osiągnęły gorsze wyniki od dzieci wrocławskich. Dzieci z grupy badanej jak i kontrolnej miały duże problemy z relacjami przestrzennymi oraz orientacją w kierunkach. W zakresie oznaczenia miejsca takiego jak: „nad”, „obok”, „przed”, „pod”, „za”, wśród grupy badanej u 29 dzieci (43,28%) oraz wśród grupy kontrolnej u 13 dzieci (46,43%), wystąpiły problemy z tym zadaniem. Podobne wyniki otrzymanow orientacji kierunkowej. Wśród grupy badanej 30 dzieci (44,78%) oraz w grupie kontrolnej 13 dzieci (46,43%) nie potrafiło prawidłowo wskazać kierunku.

W zakresie funkcji słuchowo językowych warto posłużyć się badaniami opisanymi przez Kopik wśród dzieci uczęszczających do zerówki. Brak umiejętności w wyróżnianiu głosek wystąpił u 23,7% badanych dzieci. Dzieci przejawiały trudności w wyodrębnieniu głosek w środku wyrazu (60% dzieci rozpoczynających edukację oraz u 13% kończących edukację). Potwierdziły się badania Kopik. W zakresie analizy głoskowej w grupie kontrolnej niskie wyniki uzyskało 7 dzieci (25%), w zakresie syntezy głoskowej i pomijaniu głosek 6 dzieci (21,43%). Gorsze wyniki uzyskały dzieci z grupy badanej.

W zakresie analizy głoskowej 22 dzieci (32,84%) uzyskało niskie wyniki, w zakresie syntezy głoskowej 26 (38,81%), natomiast w pomijaniu głosek problem ten dotyczył 39 dzieci (58,21%).

W grupie badanej – według 38 matek (55,88%) dzieci nie radzą sobie w zakresie samoobsługi. W grupie kontrolnej na nieumiejętność w zakresie samoobsługi wskazało 18 matek (64,29%).

Ćwiczenia psychomotoryczne pomagają w rozwoju małej i dużej motoryki, pomagają w nawiązaniu i uławnieniu kontaktu między dziećmi oraz nabraniu pewności siebie. Naukowo udowodniono, że dzieci które były poddane stymulacji sfery językowej w okresie wczesnego dzieciństwa, potrafiły po kilku latach lepiej czytać od dzieci z grupy kontrolnej.

Zachęcono matki badanych dzieci do pogłębienia diagnozy rozwoju psychomotorycznego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. W grupie badanej 7 matek (6,9%) skorzystało z zaproszenia, tyle samo w grupie kontrolnej co stanowi (23,3%). Matki z grupy badanej, **rzadziej karmiły piersią**, rzadziej uczestniczyły w badaniach profilaktycznych oraz w mniejszym procencie skorzystały z możliwości spotkania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Przeprowadzone badania świadczą o różnicach w rozwoju dziecka.

Zaobserwowano niższe wyniki wśród dzieci z masą urodzeniową poniżej 3000 gramów w zakresie funkcji słuchowo-językowych, relacji przestrzennych, motoryki dużej, kontroli emocji oraz samoobsługi. Zauważalne są pewne tendencje w zakresie wskazywania przez matki zaobserwowanych nieprawidłowości w rozwoju dziecka z przewagą wskazań dzieci w grupie badanej dotyczące: nadmiernej ruchliwości, złego humoru, trudności w zrozumieniu mowy dziecka oraz użycia 2,3 słów do określenia uczuć przez dziecko.

Wnioski:

1. Dzieci z masą urodzeniową < 3000 gramów w stosunku do grupy kontrolnej cechowały się:
 - utrzymującą się niższą masą ciała do czwartego roku życia,
 - niższymi wynikami rozwoju psychoruchowego niższymi wynikami w zakresie motoryki dużej, funkcji słuchowo-językowych oraz samoobsługi.
2. Przekonania matek dzieci z wagą poniżej 3000 gramów na temat umiejscowienia kontroli zdrowia wykazują dominację kontroli wewnętrznej.
3. Istnieje potrzeba wczesnego wykrywania nieprawidłowości rozwojowych oraz podjęcia działań korygujących.

Piśmiennictwo u autorki

Wyłączne karmienie piersią może zmniejszyć ryzyko wczesnej menopauzy

Magdalena Zarlenga

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

„Potwierdzają to wyniki badań, dostarczając najsilniejszych dowodów na to, że wyłączne karmienie piersią może zmniejszyć ryzyko wczesnej menopauzy”. Są to słowa Lisy Halvorson, naczelnika Wydziału Zdrowia i Chorób Ginekologicznych *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD, nadzorującej badania).

Ciąża i karmienie piersią zapobiegają owulacji i mogą spowolnić wyczerpywanie się zasobów jajników. Czynniki te mogą obniżyć ryzyko wczesnej menopauzy. Wcześniejsze badania oceniały czas wystąpienia menopauzy a nie ryzyko jej wczesnego (<45rż) pojawienia się. Z wielu badań wynika, że wczesna menopauza zwiększa ryzyko wczesniejszego zgonu, pogorszenia funkcji poznawczych, osteoporozy oraz chorób sercowo-naczyniowych. Mniejsze badania wykazały istnienie dowodów łączących ciążę i karmienie piersią z późniejszą menopauzą, ale ze względu na ich wielkość i inne ograniczenia wyniki nie są jednoznaczne.

Cytowane badanie objęło 100 000 kobiet w wieku 25-42 lat. Zostało wykonane w latach 1989–2015 r. Uczestniczki co 2 lata wypełniały kwestionariusz, dostarczając informacji zdrowotnych, swoją historię medyczną, w tym historię ciąży.

W porównaniu z kobietami, które nigdy nie były w ciąży lub które były w ciąży krócej niż sześć miesięcy, kobiety, które miały jedną ciążę pełną, miały o 8% mniejsze ryzyko wczesnej menopauzy. Te, które miały dwie ciąży, miały o 16% mniejsze ryzyko, a te które miały trzy ciąży, o 22% mniejsze ryzyko wczesnej menopauzy.

Kobiety, które karmiły piersią, miały jeszcze mniejsze ryzyko wczesnej menopauzy. Te, które karmiły piersią łącznie przez ogółem (po wszystkich ciążach) 25 miesięcy lub dłużej w okresie przedmenopauzalnym, miały o 26% mniejsze ryzyko niż kobiety, które karmiły piersią przez mniej niż miesiąc. Kobiety, które karmiły piersią od 7 do 12 miesięcy po pierwszej ciąży, miały o 28% mniejsze ryzyko wczesnej menopauzy, w porównaniu do kobiet, które karmiły piersią krócej niż miesiąc.

Na podstawie: Langton CR, et al. Association of Parity and Breastfeeding With Risk of Early Natural Menopause. *JAMA Network Open*. 2020

Moja droga do karmienia piersią – głos mają matki karmiące

Agnieszka Kaczorowska-Pela

Mama Emilki

Agnieszka Kaczorowska-Pela to utytułowana tancerka. Posiada najwyższą klasę taneczną "S" w tańcach latynoamerykańskich i standardowych. Jest Mistrzynią Polski i Mistrzynią Świata w Tańcach Latinoamerykańskich. Prowadzi własną szkołę tańca "Danceworld by Agnieszka Kaczorowska". Realizuje się również jako choreograf, aktorka i prezenterka.

Od kilku miesięcy jest szczęśliwą Mamą Emilki. Dziś porozmawiamy na temat jej doświadczeń związanych z karmieniem piersią.

Justyna Grzyb: Cofnijmy się do czasu, gdy była Pani w ciąży. Czy w tym okresie edukowała się Pani w temacie karmienia piersią? Z jakich źródeł Pani korzystała?

Agnieszka Kaczorowska-Pela: Tak, bardzo chciałam przygotować się również w tym temacie. Tworząc cykl "Będę Mamą" na mój kanał na YouTube, zaprosiłam do rozmowy Certyfikowanego Doradcę Laktacyjnego i poza nagraniem rozmowę, która już była dla mnie dużą dawką wiedzy, spotkałyśmy się jeszcze, aby przegadać temat. Owszem, czytałam również różne książki, ale to spotkanie było dla mnie najlepsze i najważniejsze.

JG: Jak ocenia Pani opiekę laktacyjną po porodzie w oddziale położniczym?

AK: Ja rodziłam w szpitalu prywatnym, gdzie mimo lepszych warunków i tak ta opieka laktacyjna mogłaby być lepsza.

JG: Czy jakieś jej elementy, Pani zdaniem, warto byłoby zmienić czy poprawić?

AK: Uważam, że konsultacja z osobą, która potrafi nauczyć jak prawidłowo i efektywnie karmić, powinna być obowiązkowa. Takie osoby powinny być dla mam już w szpitalu na wyciągnięcie ręki.

JG: Jak udało się Pani rozwiązać ewentualne trudności na początku swojej drogi karmienia naturalnego? Czy korzystała Pani z czyjejś pomocy?

AK: To karmienie na samym początku było, nazwijmy to, "przypadkowe". Nie wiedziałam jak się za to zabrać, pojawił się ból, poranione sutki, lzy, strach czy Mała nie jest głodna... Na szczęście miałam cały czas kontakt z Certyfikowanym Doradcą Laktacyjnym i jak tylko wyszłam ze szpitala, to do mnie przyszła i po prostu mnie nauczyła. Pokazała techniki i nagle karmienie stało się ogromną przyjemnością.

JG: Jakie korzyści związane z karmieniem piersią zauważa Pani jako Młoda Mama – dla córki i dla siebie?

AK: Same korzyści! Po pierwsze uważam, że to najlepszy pokarm dla Maluszka, moja córeczka pięknie się rozwija, jest zdrowa, idealnie przybiera na wadze. Po drugie karmienie to niesamowite przeżycie – błogość, przyjemność, poczucie szczęścia i spełnienia. To także niezwykle czas bliskości i budowania relacji. Po trzecie – przez pierwsze tygodnie ja przy każdym karmieniu czułam w brzuchu skurcze, wiedziałam, że macica się obkurcza i mam poczucie, że karmienie piersią pozwoliło mi szybko wrócić do ciała sprzed ciąży. Ponadto karmienie piersią jest ekonomiczne – tanie i bardzo wygodne, bo pokarm zawsze ma się przy sobie.

JG: Czy jest coś co szczególnie przekonuje Panią do kontynuowania właśnie takiego sposobu żywienia?

AK: Wszystko to o czym powiedziałam. Jeszcze nie wiem do kiedy będziemy się karmić, ale na razie jest nam obu z tym dobrze.



Fot. Ewelina Obuchowska

JG: Co sądzi Pani o karmieniu piersią w miejscach publicznych?

AK: Nie mam z tym żadnego problemu i głośno o tym mówię. **To jest naturalne zjawisko i uważam, że nie można się tego wstydzić.** Oczywiście trzeba się postarać zrobić to w jak najbardziej schludny sposób. Ale nie ukrywam, że gdziekolwiek jestem i Emi potrzebuje zjeść, to po prostu ją przytulam, a ona je.

JG: Czy spotkała się Pani z negatywnymi reakcjami osób w Pani otoczeniu w czasie przystawiania dziecka do piersi w miejscu publicznym?

AK: Na szczęście nie w rzeczywistości, ale gdy pisałam o tym na swoim Instagramie, to **zdarzyły się nieprzychylnie komentarze.** Ciężko jest mi zrozumieć, że niektórych ludzi to obrzydza... **To tak jakby obrzydzało nas, że dorosły człowiek je posiłek. Żyjemy w czasach, gdzie ten obrazek i ten temat nie powinien ani krępować, ani być tematem tabu.**

JG: Jest Pani aktywną zawodowo Mamą. Jak godzi Pani liczne obowiązki zawodowe z kontynuowaniem karmienia naturalnego?

AK: To bardzo trudne, przyznaję. Jak wróciłam do pracy, organizowaliśmy się tak, aby Emilka była gdzieś niedaleko, abym mogła ją karmić w przerwach. Potem przestawiliśmy się na odciąganie mleka i zostawianie go jej w domu – dla jej spokoju. Gdy jestem w pracy, to mój mąż karmi ją moim mlekiem z butelki, ale najczęściej jest to tylko jeden, maksymalnie dwa posiłki w ciągu doby. I nie dzieje się tak każdego dnia. Na szczęście wiele rzeczy mogę robić zdalnie – z domu.

JG: W mediach społecznościowych często podkreśla Pani jak ważne jest dla niej karmienie naturalne i promuje je. Dlaczego uważa Pani, że należy mówić o tym publicznie?

AK: To dalej temat kontrowersyjny. Ponadto obserwuję i słyszę, że tak wiele kobiet rezygnuje z karmienia piersią z błahych powodów. Ja rozumiem, jeśli nie ma się pokarmu i zrobiło się już wszystko w tym kierunku i dalej nic, ale jeżeli ktoś nie karmi piersią, ponieważ boi się o wygląd swoich piersi, czy po prostu jest taka moda, czy cokolwiek innego... to krew mnie zalewa! **Jesteśmy stworzone do tego, aby karmić, taka jest ludzka natura i jeśli możemy, to róbmy to dla dobra naszych dzieci, ale też naszego.**

JG: Bardzo dziękuję za rozmowę. 

Małgorzata Rudko

Temat karmienia piersią pojawił się po raz pierwszy kiedy koleżanki z mojego otoczenia zostawały mamami. Wtedy przy okazji spotkań towarzyskich pojawiał się temat niemowlaków i karmienia piersią. Koleżanki należą raczej do grona osób świadomych i szukających informacji. Wobec czego zazwyczaj dzieliły się mądrościami, które same wyczytały/o których się dowiedziały. Jedną z nich, była – można powiedzieć – „promotorką” karmienia piersią i często opowiadała o zaletach długiego karmienia piersią. Sama bowiem karmiła swoją córkę do 3 roku życia.

W dalszej kolejności, w dużo szerszym zakresie, temat karmienia piersią pojawił się podczas zajęć szkoły rodzenia. Od tego momentu sama zaczęłam więcej szukać rzetelnych informacji na ten temat.

W tamtym okresie ta informacja była dla mnie czymś nowym, jak reszta cały temat związany z byciem mamą niemowlaka. Przyjęłam do wiadomości od koleżanek jako coś ciekawego, do zgłębienia, kiedy będzie to dla mnie ważne. Ponieważ nie był to czas, kiedy aktywnie interesowałam się tym tematem, to nie pogłębiałam go. Nie wchodziłam też w dyskusje na ten temat. Intuicyjnie czułam, że karmienie piersią – ponieważ jest czymś naturalnym – jest dobre dla dziecka. Ale nie zastanawiałam się wtedy, czy dobre jest wtedy kiedy karmi się 3 miesiące, pół roku czy 2 lata.

Podczas ciąży o karmieniu piersią rozmawiałam tylko z położną podczas zajęć szkoły rodzenia. Temat w ogóle nie pojawił się podczas konsultacji ginekologa. Dodatkowych informacji szukałam w internecie, na popularnych blogach np. mamaginekolog.pl oraz wśród innych mam.

Po porodzie – jeszcze w szpitalu (św. Zofii na Żelaznej), dużo czasu poświęciła mi zarówno położna, jak i doradca laktacyjny. Wielokrotnie pomagały znaleźć najlepszy sposób na karmienie piersią. Sprawdzały, czy dziecko dobrze ssie, czy ułożenie jest poprawne, czy dziecko się najada. Te informacje były bardzo przydatne podczas kolejnych tygodni, kiedy dziecko jeszcze de facto uczyło się ssania z piersi. Myślę, że główną pomoc na temat przystawiania do piersi dostałam właśnie w szpitalu. A z racji tego, że byłyśmy tam z córką dłużej niż standardowo (bo aż tydzień) to było wystarczająco czasu na to, aby sprawdzić czy karmienie jest efektywne, czy coś można poprawić i jak to zrobić. Jedną z doradców laktacyjnych była szczególnie pomocna.

Przez zdecydowaną większość czasu nie miałam problemów z karmieniem piersią. W 2 miesiącu pojawiły się pleśniawki u dziecka, wobec czego również u mnie. I to spowodowało rany brodawek. Udało się je wyleczyć po kilku tygodniach, głównie dzięki radom położnej środowiskowej.

Karmienie piersią jest dla mnie dobrym doświadczeniem. Mam poczucie budowania niesamowitej bliskości z moim dzieckiem. Na początku bardzo mi zależało aby było efektywne, bo w pierwszych 3 miesiącach karmienia budowanie odporności dziecka jest najistotniejsze. Do karmienia podchodziłam więc bardziej zadaniowo. Z czasem, traktowałam to już jako najlepsze paliwo dla dziecka, które zawsze jest przy mnie.

Zdarzało mi się karmić dziecko w miejscach publicznych, ale tylko wtedy, gdy były ku temu warunki (ustronne miejsce, cisza i spokój). Zazwyczaj jednak tak planowałam dzień aby dziecko mogło zjeść w spokojnym miejscu, gdzie nie było rozgardiaszu.

Nie spotkałam się z negatywnymi sytuacjami związanymi z karmieniem piersią w miejscach publicznych. W wielu miejscach nie ma po prostu na to warunków, wtedy więc pozostaje samochód (o ile się nim podróżuje). Jednak w restauracjach, po uprzedzeniu kelnera zazwyczaj nie było żadnego problemu z nakarmieniem dziecka. ▶

Ola

Mama Oliwii

O tym, że karmienie piersią jest najzdrowszą formą żywienia dziecka, wiedziałam już przed pierwszą ciążą. Była to wiedza przekazana mi w gronie rodzinnym. Pewnie pomocny był fakt posiadania lekarzy w rodzinie, którzy podkreślali szczególne korzyści naturalnego karmienia dla rozwoju dziecka. Już wtedy ta informacja była dla mnie ważna. Wiedziałam, że kiedyś w przyszłości będę chciała poszerzyć rodzinę i mimo, że wtedy bezpośrednio mnie to nie dotyczyło, to z ciekawością dopytywałam na temat szczegółów. Wiedzę na ten temat poszerzałam dodatkowo o znane blogi i vlogi na temat macierzyństwa. Byłam jednocześnie zaskoczona, jak mało mówi się na temat opieki nad dzieckiem, a w szczególności istotności karmienia naturalnego, w powszechnej edukacji. Z perspektywy młodej mamy czułabym się o wiele lepiej przygotowana, gdyby takie informacje pojawiały się już na wcześniejszych etapach edukacji.

Również nie uzyskałam informacji na temat istotności naturalnego karmienia przez lata wizyt w prywatnej służbie zdrowia. To, co napawa pewnym optymizmem to fakt, że w ostatnich latach zaczęto pokazywać w popularnych mediach więcej przykładów znanych matek karmiących piersią. Wierzę, że dzięki temu informacja o korzyściach naturalnego karmienia dotrze do większego grona.

Decydując się na ciążę wiedziałam, że jeżeli tylko będzie to możliwe, będę karmić naturalnie. Oprócz ważnej korzyści budowania lepszej odporności u dziecka równie istotne

było dla mnie budowanie bliskości z dzieckiem podczas całego procesu. Teraz, mając za sobą 11 tygodni życia mojej córeczki, mogę dodać jeszcze jeden argument istotny dla młodej mamy – nic nie uspokaja dziecka tak jak przystawienie do piersi. A możliwość szybkiego uspokojenia dziecka daje niesamowity komfort i buduje pewność młodej mamy, zwłaszcza pierworódki.

Podczas samej ciąży korzystałam z prywatnej służby zdrowia (znanej sieci placówek w Warszawie) i nadal, oprócz informacji ze strony rodziny, nie miałam żadnej wiedzy przekazywanej na ten temat ze strony specjalistów takich jak ginekolog czy położna. Pierwsze rozmowy ze specjalistami i profesjonalną informację otrzymałam w warszawskim szpitalu im. Orłowskiego po urodzeniu dziecka. Otrzymałam nie tylko bardzo przydatne informacje o korzyściach naturalnego karmienia ale również bezpośrednią pomoc przy uruchamianiu laktacji. Wszystko w atmosferze komfortu i zrozumienia. Wielokrotnie pomagano mi przystawić dziecko do piersi dbając o poprawność ułożenia ale także o mój osobisty komfort. To wsparcie ze strony szpitala oraz rodziny było bardzo istotną pomocą w pierwszych dniach karmienia piersią.

Po dość szybkim uruchomieniu laktacji nie miałam większych problemów. Osoba z rodziny ostrzegła mnie przed nawalami laktacyjnymi i jak sobie z nimi radzić. Pozwoliło mi to na zbudowanie zapasów mleka na przyszłe potrzeby, co okazało się bardzo przydatne przy ewentualnych wyjściach z domu.

Po 11 tygodniach mogę otwarcie powiedzieć, że cieszę się, że zdecydowałam się na karmienie piersią. Dostarcza mi ono dużej satysfakcji, ponieważ wiem, że przyczyniam się do zdrowszego startu dla swojego maleństwa. Dodatkowo bardzo cenię sobie te momenty bliskości. Oczywiście są momenty zmęczenia, zwłaszcza podczas dni kiedy córka potrzebuje częstszego przystawiania do piersi. Mimo wszystko nie zdecydowałabym się na inną formę karmienia wiedząc, że mam możliwość oferowania mojej córce tego, co najlepsze.

Jeżeli chodzi o karmienie w miejscach publicznych to początkowo czułam skrępowanie. Mam wrażenie, że parki, restauracje oraz inne miejsca publiczne nie są przygotowane do oferowania intymnych i komfortowych miejsc do karmienia. Natomiast ja staram się sama stworzyć sobie warunki. Zawsze podczas spacerów zabieram ze sobą lekki kocik lub inne okrycie, dzięki któremu mogę zapewnić sobie i otoczeniu komfort przebywania w bliskich odległościach. Mam nadzieję, że z czasem władze miasta stworzą miejsca ale również popracują nad przychylnym nastawieniem mieszkańców do procesu naturalnego karmienia. Myślę, że potrzebne jest większe zrozumienie, że dzięki karmieniu piersią wychowujemy zdrowe pokolenia młodych Polaków. Wszystkim nam powinno na tym zależeć. ▶

Szpital Wojewódzki w Ciechanowie ponownie z tytułem Szpital Przyjazny Dziecku

*Zespół Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Neonatologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie
(praca zbiorowa)*

Oddział Położniczo- Ginekologiczny i Neonatologiczny Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie świadczy usługi na poziomie II stopnia referencyjności. Sprawujemy holistyczną opiekę nad pacjentkami ciężarnymi, rodzącymi i położnicami oraz ich dziećmi, począwszy od Poradni Ginekologiczno -Położniczej, poprzez Szkołę Rodzenia, Patologię Ciąży, Trakt Porodowy, Oddział Położniczy i Neonatologiczny, Poradnię Neonatologiczną, Poradnię Laktacyjną i wizyty patronażowe Położnej w POZ.

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie jest jednym z pierwszych sześciu Szpitali Przyjaznych Dziecku w Polsce. Tytuł zdobyliśmy w 1994 roku. To zobowiązuje nas do utrzymania standardów. W styczniu 2019 roku Dyrekcja Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie otrzymała pismo od Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, w którym między innymi była informacja, że w 2019 roku kończy się „ważność” tytułu Szpital Przyjazny Dziecku. Dość szybko Dyrekcja Szpitala w porozumieniu z Ordynatorami i Oddziałowymi Oddziałów Położniczo-Ginekologicznego i Neonatologicznego podjęła decyzję o przystąpieniu do kolejnej reoceny.

Od początku podjęcia decyzji o przystąpieniu do reoceny rozpoczęły się przygotowania, poprzedzone sporządzonym przez Oddziałowe i Doradcę Laktacyjnego planem działania.

Od 1989 roku obowiązywał dokument UNICEF/WHO pt. „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią- szczególna rola opieki okołoporodowej”, którego treść „10 kroków do udanego karmienia piersią” do 2017 roku z niewielkimi modyfikacjami była niezmienna.

Wiedzieliśmy, że w roku 2017 WHO opublikowało nowe wydanie dokumentu „Ochrona, promocja i wspieranie karmienia piersią w placówkach świadczących opiekę położniczą i opiekę nad noworodkiem”, który zawiera zaktualizowane „10 kroków...”. W związku z tym należało zgodnie z wytycznymi zmodyfikować

dokumenty dotyczące zasad karmienia piersią oraz stworzyć nowy system monitorowania i zarządzania danymi, z uwzględnieniem przede wszystkim wczesnego zainicjowania karmienia piersią oraz wyłącznego karmienia naturalnego. Ponadto należało przeprowadzić dodatkowe szkolenia, aby personel oddziałów Położniczo-Ginekologicznego (w tym Patologii Ciąży), Neonatologicznego oraz Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Neonatologicznej posiadał wystarczającą wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią zgodnie z nowymi wytycznymi. Pół roku wcześniej przed podjęciem decyzji o reocenie 15 położnych z Oddziału Położniczo-Ginekologicznego odbyło kurs w zakresie edukacji karmienia piersią.

Przez dwa tygodnie przed reoceną był prowadzony wśród położnic wstępny monitoring Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku. Analiza danych utwierdziła nas w przekonaniu, że dobrze wykonujemy naszą pracę.

Opracowanie i udostępnienie zaktualizowanych zasad sprzyjających karmieniu piersią, materiałów edukacyjnych dla ciężarnych, rodzących i położnic jest doskonałym uzupełnieniem codziennej edukacji pacjentek prowadzonej przez personel.

W dniach 6-7 grudnia 2019 roku odbyła się wizyta Zespołu Oceniającego z ramienia KUKP oceniająca Szpital pod względem realizacji „10 kroków do udanego karmienia piersią” we wszystkich obszarach pobytu kobiety ciężarnej, rodzącej i położnicy z noworodkiem.

Członkinie Zespołu Oceniającego zrobiły na nas pozytywne wrażenie. Panie stworzyły przyjazną atmosferę. W profesjonalny sposób przeprowadzały rozmowy z pacjentkami i personelem.

Oczywiście najbardziej oczekiwanym momentem było podsumowanie drugiego dnia wizyty. Przewodnicząca Zespołu Oceniającego Pani mgr Maria Kaleta podkreślała bardzo dobrą pracę personelu jako całego Zespołu Terapeutycznego. Uzyskaliśmy **100 punktów na 100 możliwych!!!**

Słowa, które usłyszeliśmy, były dla nas nagrodą za wysiłek związany z codzienną pracą oraz przygotowaniem do reoceny.

Otrzymaliśmy wspaniały prezent Mikołajkowy na który zaparowaliśmy rzetelną i wytężoną pracę! Przedstawiona wysoka ocena Szpitala jest dla nas wyróżnieniem i potwierdzeniem, że świadczenia realizowane są na wysokim poziomie – a to przede wszystkim służy naszym pacjentom. 

Postępowanie podnoszące standardy higieny stosowania akcesoriów laktacyjnych na terenie szpitala

Mycie i dezynfekcja akcesoriów laktacyjnych prowadzone w oparciu o torebki typu Easy Clean

Postępowaniem powinny być objęte:

- akcesoria laktacyjne stanowiące własność pacjentki
- wielorazowe, szpitalne akcesoria laktacyjne, które pacjentka otrzymuje jako sterylne
- akcesoria laktacyjne do ograniczonej liczby użyć

Postępowanie nadzoruje personel monitorujący karmienie naturalne noworodków i odnotowuje w stosownej dokumentacji.

W przypadku dobrej kondycji fizycznej matki, dezynfekcję termiczną może ona prowadzić sama lub osoby jej towarzyszące. Przy braku takich możliwości, powinien je prowadzić personel nadzorujący karmienie naturalne.

Kuchenka mikrofalowa do dezynfekcji termicznej powinna być stosownie oznakowana i przeznaczona wyłącznie do tego celu. Umieszczenie kuchenki w pobliżu punktu z wodą bieżącą będzie pomocne, ale nie jest to niezbędny warunek. Potwierdzeniem przeprowadzenia procesu jest wyczuwalna wysoka temperatura po wyjęciu torebki z kuchenki mikrofalowej i odznaczenie go trwałym znakiem na przeznaczonym do tego miejscu na torebce. Kuchenka jako sprzęt nie wymaga stosowania innego standardu utrzymywania higieny jak inne sprzęty ogólnodostępne stanowiące wyposażenie oddziału szpitalnego.

Postępowanie prowadzone pomiędzy kolejnymi sesjami odciągania pokarmu, dotyczy akcesoriów laktacyjnych, które miały bezpośredni lub pośredni kontakt z pokarmem matki.

Proces mycia i dezynfekcji

Akcesoria, które miały bezpośredni lub pośredni kontakt z pokarmem matki, po każdej sesji odciągania pokarmu powinny być rozmontowane i dokładnie umyte w ciepłej wodzie z użyciem detergentu. Następnie starannie wypłukane pod bieżącą wodą i umieszczone w torebce do dezynfekcji termicznej typu EASY CLEAN. Trwale oznakowana Torebka używana może być tylko i wyłącznie przez jedną pacjentkę. Do torebki z rozmontowanymi akcesoriami wlewamy około 60 ml wody, dokła-

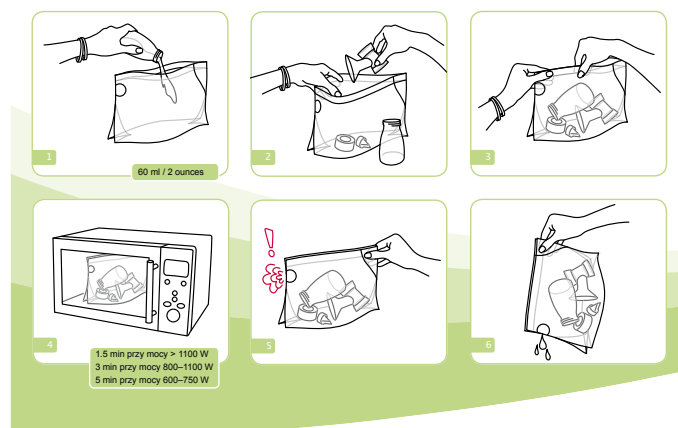
dnie zamykamy zamek strunowy i umieszczamy w kuchenke mikrofalowej w celu przeprowadzenia procesu dezynfekcji termicznej. Po zakończeniu wybranego programu, zgodnego z instrukcją znajdującą się na każdej torebce EASY CLEAN, torebkę z akcesoriami należy wyjąć z kuchenki mikrofalowej, wyłączyć przez specjalny otwór pozostałą część gorącej wody, ostrożnie otworzyć zamek strunowy i pozostawić akcesoria na kilkanaście sekund do wysuszenia. Na torebce w specjalnie oznakowanym miejscu należy trwale odznaczyć każdy przeprowadzany proces dezynfekcji termicznej. Torebka powinna być jedynym miejscem, w którym pacjentka przechowuje czyste akcesoria laktacyjne. Po wysuszeniu akcesoria powinny być pozostawione w torebce, aż do momentu kolejnego ich użycia.

Ze względu na bezpieczeństwo i jakość pokarmu, akcesoria laktacyjne nie powinny być poddawane innym rodzajom dezynfekcji, wymagających użycia jakichkolwiek substancji chemicznych.

Postępowanie może zostać zapisane w postaci procedury wewnętrznej, po dostosowaniu do indywidualnych warunków szpitalnych.

EASY CLEAN

TOREBEKA DO DEZYNFEKCJI PAROWEJ W KUCHENCE MIKROFALOWEJ



Od ponad 20 lat konsultujemy rozwiązania z zakresu laktotechnologii. Potrzebujesz wsparcia skontaktuj się z nami www.ardomedical.pl

Materiał sponsorowany przez przedstawiciela szwajcarskiej firmy Ardo Medical AG - producenta medycznego sprzętu laktacyjnego.

