



Komitet Upowszechniania  
Karmienia Piersią

# BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENTA PIERSIĄ  
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU



COMMITTEE FOR BREASTFEEDING PROMOTION  
COMITÉ LA PROPAGATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL



Instytut  
Matki i Dziecka

Nr 1/2017 - MAJ 2017

ISSN 1509-7250

Drodzy Czytelnicy, bieżący numer biuletynu poświęcamy corocznej, majowej Konferencji KUKP. Hasło tegorocznego Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią brzmi: „RAZEM WSPIERAMY KARMIENIE PIERSIĄ”. Ma to podkreślić konieczność wspólnych, kompleksowych działań w tym kierunku. Jak nauczyły nas dotychczasowe doświadczenia, dla osiągnięcia celu rzeczywiście potrzeba równoczesnej wielokierunkowości działania. Znaczenie ma bowiem zarówno sprzyjająca atmosfera i ułatwienia nie tylko w domu czy zakładzie pracy, ale również w szeroko w pojętym otoczeniu młodej mamy.

W końcu ubiegłego roku poświęciliśmy wiele czasu na przygotowanie dla Ministerstwa Zdrowia planu zadania badawczego w zakresie tematycznym dotyczącym żywienia małych dzieci, więc i karmienia naturalnego. Na przygotowanie projektu w pierwszej edycji dano 8 dni, przedłużone w trakcie przygotowywania, o następny tydzień. Przystąpiliśmy do konkursu na opracowanie zadania badawczego: „*Dążenie do podnoszenia kompetencji personelu medycznego sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem w zakresie wiedzy o laktacji*”. Główny ciężar pracy, utrudniony dodatkowo koniecznością niezwyklego pośpiechu w przygotowywaniu wniosku, poniosła dr Maria Wilińska; pani Joanna Piekarska wykonała pracę redakcyjną. Niestety, projekt nasz nie został przyjęty do realizacji (patrz Biuletyn nr 2/2016).

W drugiej edycji tego konkursu, do której również przystąpiliśmy w końcu lutego br, wypełniając wszystkie żądane formularze, oferta nasza została odesłana do uzupełnienia z powodu braku oświadczeń, że:

1. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią nie upowszechnia treści promujących żywienie dzieci preparatami mleko zastępczymi,
2. Nie współpracujemy i nie jesteśmy finansowani przez producentów preparatów mleko zastępczych,
3. Komitet upowszechniania Karmienia Piersią nie został utworzony przez producentów żywności dla dzieci, ani preparatów zastępujących mleko kobiece, lub inny podmiot związany bezpośrednio z producentem produktów zastępujących mleko kobiece.

Składanie podobnych oświadczeń uznaliśmy za absurdalne. Świadczyłoby ono bowiem o tym, że jesteśmy dla Ministerstwa Zdrowia jednostką zupełnie nieznaną, wymagającą przedstawiania. Wobec takiego stawiania sprawy przez pt Zespół Rozpisujący i Oceniający Konkurs Ministerstwa Zdrowia, pozostaje nam jednak przypomnienie Departamentowi Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia, że to on właśnie, w wyniku ratyfikacji przez Polskę w latach 90. XX w. „Deklaracji Innocenti”, jest założycielem KOMITETU, powinien więc dobrze wiedzieć, że żaden z wymienionych punktów nie dotyczy i nie może dotyczyć KUKP. Komitet nigdy nie współpracował ani nie otrzymywał żadnych dotacji od firm produkujących mieszanki mleczne dla dzieci. Równie dobrze można by od nas żądać oświadczeń, że KUKP został powołany dla upowszechniania karmienia naturalnego na terenie Kraju.

Uzupełniając skąpe informacje o wizycie u Ministra Zdrowia, pana Konstantego Radziwiłła, vide Biuletyn 2/2016, należy wspomnieć, że przedstawiliśmy panu ministrowi program Komitetu:

1. pracę związaną ze szkoleniami personelu szpitali w zakresie wdrażania „10 kroków do udanego karmienia piersią” oraz monitorowaniem działania programu i utrzymywania jego efektów, poprzez proces ocen i reoceny, potwierdzonych certyfikatami „Szpitali Przyjaznych Dziecku”,
2. działania wydawnicze upowszechniające karmienie piersią za pomocą wydawanego cyklicznie Biuletynu KUKP, pisma o zasięgu krajowym i nakładzie 1000 egz.
3. organizowanie corocznych ogólnopolskich konferencji naukowych z okazji Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią.

Zwróciliśmy też uwagę pana ministra na fakt, że zmuszeni jesteśmy funkcjonować bez jakichkolwiek środków finansowych ze strony Ministerstwa Zdrowia. Choć jest ono organem założycielskim KUKP, odmawia nam jakiegokolwiek wsparcia finansowego, pomimo naszych wielokrotnych prośb o wsparcie, kierowanych przede wszystkim do Departamentu Matki i Dziecka. Ministerstwo liczy jednak na naszą dalszą charytatywną pracę codzienną, w tym działalność po-

pularyzującą karmienie naturalne polskich dzieci. Do naszej działalności, poza szkoleniem personelu Szpitali Przyjaznych Dziecku, należy: redagowanie i wydawanie Biuletynu KUKP, organizowanie ogólnopolskich corocznych konferencji, tworzenie i dystrybucja ulotek, dyżury telefoniczne. Mimo upływu czasu od naszego spotkania, nie odnotowaliśmy żadnych działań w celu poprawienia dotychczasowego, tylko deklaracyjnego ze strony Ministerstwa Zdrowia, popierania działalności KUKP.

W dniach 20-22.04. dr Maria Wilińska i jej zespół przygotowali Spotkania Neonatologiczne w Augustowie, przenosząc w to miejsce tradycje Spotkań Biebrzańskich. Gośćmi Honorowymi były pt Nestorki i Założycielki w latach 80. ub.w. polskiej neonatologii, jako podspecjalizacji pediatricznej, profesor Elżbieta Gajewska i profesor Walentyna Iwaszko-Krawczuk. Sympozjum rozpoczęto warsztatami dotyczącymi neonatologicznej pomocy oddechowej i resuscytacji. W sesji referatowej omawiano problemy neonatologii na świecie. Prof. Ewa Helwich przedstawiła doniesienie z ostatniego spotkania w Waszyngtonie Hot Topics 2016, prof. Grzegorz Jakiel - kwestie związane z obecnością ojca na sali porodowej, prof. Andrzej Piotrowski – wpływ znieczulenia na przebieg porodu i stan noworodka i matki. Omówiono też (zespół CMKP) korelacje pomiędzy oceną Apgar i wykładnikami biochemicznymi a dobrostanem noworodka i inne ciekawe

przypadki. Żywieniowym i oddechowym problemom okresu noworodkowego poświęcony był drugi dzień obrad. Sesję otworzył referat prof. Barbary Kowalewskiej-Kanteckiej, przedstawiającej problemy żywienia noworodków i niemowląt w ujęciu historycznym. Dalej omawiano problemy związane z używaniem wzmacniacza pokarmu, zasady bezpieczeństwa w żywieniu pozajelitowym, stabilizacji dziecka przy bardzo przedwczesnym odpływie wód owodniowych, trudności intubacji na sali porodowej, nieinwazyjne wsparcie oddechowe, wczesne testy rozpoznawcze zakażenia. Zespół CMKP omówił wczesne obserwacje badań klinicznych, porównujących inwazyjne i nieinwazyjne metody wsparcia oddechowego na sali porodowej.

Aktualnie działalność Zarządu koncentruje się na przygotowaniu corocznej, majowej konferencji, z racji obchodów Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią 2017 r. Sali użycza nam nieodpłatnie, jak w ubiegłym roku, szpital im. Świętej Rodziny przy ul. Madalińskiego w Warszawie. Mamy nadzieję, że przygotowany program naukowy zainteresuje wszystkich Uczestników. Jak zwykle, po obradach i obiedzie zapraszamy Członków KUKP na coroczne Walne Zebranie. Kadencja obecnego Zarządu kończy się w przyszłym, 2018 roku.

*Prof. dr hab.n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka,  
Przewodnicząca ZG KUKP*

## **O IDEI WSPÓLNEGO DZIAŁANIA NA RZECZ UPOWSZECHNIANIA KARMIENTA PIERSIĄ**

*Prof. dr hab.n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie*

Hasło tegorocznego Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią, wybrane przez WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) brzmi: „RAZEM WSPIERAMY KARMIENIE PIERSIĄ”. Ma to podkreślać konieczność wspólnych, kompleksowych działań w tym kierunku.

Jak uczy wieloletnie doświadczenie, dla osiągnięcia celu rzeczywiście potrzeba równoczesnej wielokierunkowości działań. Już edukacja szkolna w ramach przygotowania do życia w rodzinie ma za zadanie zwrócić uwagę na zagadnienie karmienia piersią. Dalsze etapy nauki w szkołach ponadpodstawowych i wyższych również powinny poruszać ten temat w zajęciach dotyczących np. rozwoju człowieka, sprawności i edukacji do życia, czy podstawowej opieki zdrowotnej. Najważniejsze jest bowiem wytworzenie powszechnej, odpowiedniej świadomości dotyczącej wartości karmienia naturalnego. Podstawowym zagad-

nieniem jest gruntowna wiedza, oparta na wynikach badań naukowych i obserwacjach klinicznych. Wiedza, która będzie kierowała umysły badaczy w kierunku jej pogłębiania dla nowych osiągnięć, zaś umysły propagatorów, przekazujących ją społeczeństwu, przede wszystkim karmiącym matkom, do stosowania w praktyce. Hasło tegorocznego tygodnia skłania do zastanowienia się - kto powinien być propagatorem karmienia? Kogo dotyczą słowa „razem wspieramy”? W jaki sposób należy starać się sprostać zadaniu wspólnego, solidarnego wspierania matek w ich misji karmienia piersią? W którym kierunku należy pójść, aby poszerzyć obecny tradycyjny krąg stanowiony przez matki i niemowlęta, rodziny, położne, pielęgniarki środowiskowe, szpitale, poradnie i doradców laktacyjnych czy grupy matek karmiących, które zwołują się spontanicznie? Kto jeszcze mógłby pomagać? Jak wpłynąć na świadomość matki, żeby wytworzyć w niej głębokie przekonanie o dobroczynnym, fundamentalnym wpływie karmienia dla zdrowia i rozwoju jej dziecka? Jak przekonać ją o niezastępowalnych wartościach karmienia naturalnego dla dziecka, a równocześnie dla zdrowia jej samej? Jak prze-

konać lekarzy, aby rzeczywiście, a nie tylko deklaratywnie popierali karmienie? Jak mówić, aby nie otrzymać przydomka=epitetu osoby „nawiedzanej”? Jak skutecznie przeciwstawiać się potędze reklamy firm przemysłu spożywczego dla dzieci? Jak przeciwdziałać „opatrzeniu się” matki z wszechobecnymi reklamami tych firm, widocznymi w przychodniach, aptekach, a nawet na biurkach, długopisach czy fartuchach?

Jeżeli w tak pogłębiony sposób odczytamy tegoroczne hasło Tygodnia Karmienia Piersią, to może uda nam się skuteczniej niż dotychczas zwiększyć odsetek dzieci żywionych zgodnie z zaleceniami, co będzie stanowiło dla nich najwyższą korzyść również w odległej perspektywie.

Nowa faza badań naukowych, dotyczących pokarmu kobiecego i karmienia piersią, w bieżącej dekadzie XXI w. poszerzyła znacząco naszą wiedzę o składzie biochemicznym pokarmu, jak również o korzyściach płynących z samego aktu karmienia zarówno dla dziecka, jak i karmiącej matki.

Literatura medyczna ostatnich lat przynosi wręcz eksplozję pozytywnych informacji płynących z tych intensywnych badań nad samym pokarmem, jak i rozwojem karmionych w sposób naturalny dzieci. Co ciekawe, odnotować trzeba, że wyniki tych badań umieszczane są w światowych pismach o wysokim IF, nie tylko o profilu pediatrycznym, jak np. *Pediatrics*, czy *Ped. Research, J. Ped.*, ale innych tytułach, przeznaczonych dla populacji poza wiekiem rozwojowym, dotyczących ogólnych zagadnień medycznych, jak np. *Lancet, Nature, Clin.Rev. Allergy* czy *Journal of Neuroscience*. Zamieszczane w nich doniesienia łączą znaczenie właściwej kolonizacji pourodzeniowej przewodu pokarmowego noworodka karmionego piersią dla wytworzenia korzystnej mikrobioty. Mianem tym określa się miliony bakterii

zasiedlających jelito człowieka. Karmiony piersią noworodek kolonizuje się korzystną biologiczną florą matki. Posiada ona przewagę przyjaznych bakterii bifidofilnych: *Lactobacillus sp.*, *Enterococcus sp.* oraz *Staphylococcus sp.* Z drugiej strony, komórki immunologicznie kompetentne, zawarte w pokarmie, osiągają ogromne ilości w pierwotnym mleku kobiecym - siarze. W zmniejszonej ilości znajdują się również w pokarmie dojrzałym. Tworzy się w ten sposób oś jelito-mózg (gut-brian axis - GBA). Jest ona podstawą zwrotnych reakcji jelitowo-mózgowych. Prawidłowa oś wpływa na dobry rozwój psychoruchowy i somatyczny dziecka, utrzymujący się poprzez pamięć immunologiczną w dalszych okresach życia. Kilkanaście lat badań nad mikrobiotą dało podstawę do łączenia nieprawidłowego rozwoju psychoruchowego, nadpobudliwości, otyłości, a nawet autyzmu – właśnie z zaburzeniami działania tej osi, związanymi przede wszystkim z brakiem podaży pokarmu matki. W ten sposób zdobyto dalsze naukowe dowody, potwierdzające niezastępowalną wartość pokarmu matki. Badania te potwierdzają, że karmienie piersią, zapewniając najlepsze z możliwych żywienie, jest PRAWEM NATURALNYM KAŻDEGO DZIECKA. Jakże często o tym zapominamy. Może więc należałoby myśleć o karmieniu piersią również w kategoriach praw tej bezbronnej, całkowicie zdanej na naszą opiekę i troskę istoty?

Podkreślić też trzeba, że Światowa Organizacja Zdrowia w ostatnich latach również w krajach o wysokich wskaźnikach ekonomicznych i cywilizacyjnych nasiliła swoje działania i zalecenia dotyczące karmienia piersią. Nie jest to wprawdzie, jak bywa w krajach „trzeciego świata”, kwestia przeżycia, ale niewątpliwie kwestia osiągnięcia zdrowia i lepszych wskaźników rozwoju.

## **MACIERZYŃSTWO TO RÓWNIEŻ ZADBANA KOBIETA – FIZJOPROFILAKTYKA ZDROWIA MATKI**

*dr Lesław Kluba, Zakład Usprawniania Leczniczego, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie*

W całokształcie podejścia do udanego i szczęśliwego macierzyństwa zdecydowanie większy nacisk kładzie się na zdrowie, rozwój, bezpieczeństwo i pielęgnację dziecka, zapominając nieco o kobiecie jako istocie tego zjawiska. Wiele zachowań i nawyków matki z okresu pierwszego roku życia dziecka będzie miało wpływ nie tylko na pociechę, ale także w okresie późniejszym na nią samą.

Zakres problematyki zdrowia fizycznego młodych matek sprowadza się do trzech zagadnień: estetyki sylwetki, pogorszenia sprawności i obniżenia wydolności organizmu.

1. Sylwetka. Zasadniczy problem, często zniechęcający do karmienia piersią, to obawa o wygląd piersi, a także o wygląd całej sylwetki, której po porodzie daleko do ideału - ale nie bardzo daleko.
2. Sprawność. Zmiana statyki ciała, spowodowana większym lub mniejszym wygięciem kręgosłupa lędźwiowego, występuje dwukrotnie: najpierw podczas ciąży, a następnie po porodzie. Wpływa to na pogorszenie sprawności ogólnej, lecz głównie w odniesieniu do kręgosłupa.

3. Wydolność. Obniżenie wydolności fizycznej często zniechęca do podejmowania wysiłku, ale jednocześnie wysiłek fizyczny jest jedyną drogą poprawy tej sytuacji.

W każdym punkcie notujemy jakieś „ale” i to „ale” jest momentem początku interwencji fizjoterapeutycznej. Wszystkie problemy, związane ze sferą fizyczną młodej mamy, sprowadzają się na początku do świadomego uczestnictwa w różnego rodzaju formach przywracania chwilowo zaburzonych funkcji. Stosowanie się do przedstawionych zaleceń powinno skutkować szybszym powrotem do pełnej sprawności, a jednocześnie wpływać motywująco na dbałość o swoją kondycję fizyczną w późniejszym okresie. Bowiem szczęśliwe macierzyństwo to również zadbana kobieta.

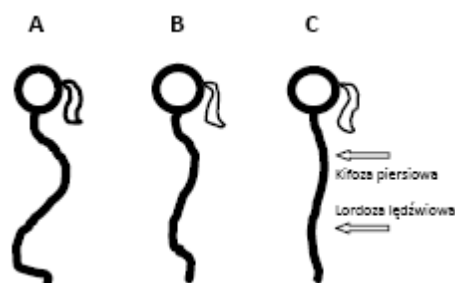
Nie wkraczając w kompetencje szkół rodzenia, chciałbym przedstawić kilka uwag, dotyczących szeroko rozumianego okresu okołoporodowego.

Na rynku występują dwa rodzaje obuwia. Pierwszy typ to pięta mniej lub bardziej podniesiona poprzez stosowanie różnej wysokości obcasów, od bardzo wysokich do nieznacznie unoszących piętę. Oba te typy, pomimo tego, że ładnie modelują kobiecą stopę, są zdecydowanie przeciwwskazane do noszenia przez kobiety w ciąży z tego względu, że pogłębiają i tak już nadmierną lordozę lędźwiową kręgosłupa. Podniesienie pięty przy przesunięciu środka ciężkości ciała i zwiększonej przez płód masie ciała powoduje większe kompensacyjne wygięcie kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej w kształcie litery „S”. Konsekwencją tego mogą być bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej, czasami z objawami korzeniowymi wskutek ucisku na krążki międzykręgowe i nerwy rdzeniowe, co w przyszłości może się przyczyniać do wcześniejszych objawów dyskopatycznych.

Drugi rodzaj butów to te, które posiadają płaską podeszwę, bez obcasów. Są one zdecydowanie korzystniejsze, gdyż prezentują typ obuwia sportowego, gdzie w pozycji wyprostowanej równomiernie obciążone jest przodostopie i pięta. Układ płaskiej podeszwy redukuje wielkość wygięć kręgosłupa stwarzając korzystne stosunki przestrzenne w obrębie jamy brzusznej, a co za tym idzie, zmniejszając naciski pionowe na struktury kręgosłupa.

Ale najbardziej polecanym profilem podeszwy buta dla kobiet ciężarnych są takie, które wywołują efekt hiperkorekcji. Są to buty do chodzenia lub stania przez raczej krótki czas, a ich cechą charakterystyczną jest odwrócenie przyjętych standardów obuwia. Oznacza to, że pięta jest obniżona, a palce podniesione. Różnica między wysokością pięty i palców wynosi  $9^{\circ}$ . Krótka analiza biomechaniczna tych butów wskazuje na następujące korzyści: po pierwsze, zdecydowane

zmniejszenie lordozy lędźwiowej i przesunięcie środka ciężkości ciała nad podstawę podparcia, co skutkuje wyprostowaniem sylwetki: po drugie, uniesienie palców względem reszty stopy powoduje zwiększenie napięcia wszystkich mięśni kończyn dolnych, co przyczynia się do likwidacji obrzęków, ponadto wymuszone napięcie pośladków zapobiega cellulitowi i wzmacnia ich jędrność. Po trzecie, zrównoważenie napięcia mięśni stabilizujących kręgosłup, w tym mięśni brzucha, prowadzi do uniesienia biustu. Wadą tego obuwia są natomiast drewniane spody. Z jednej strony zdrowy materiał, z drugiej buty mogą być tylko letnie lub domowe. Nie jest to chyba jednak istotna przeszkoda, gdyż buty te wymuszają pozycję, do której kobieta nie jest przyzwyczajona, stąd czas ich stosowania, z odczuwalną ulgą dla kręgosłupa, jest i tak stosunkowo krótki.



Ryc. 1 Układ krzywizn kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej w zależności od rodzaju obuwia. A – wysoki obcas (a także cięża), B – płaskie obuwie, C – obuwie z odwróconym profilem (pięta niżej niż palce).

Warto podkreślić jest to, że obuwie tego typu nie powinno być traktowane jak „garderoba ciężarowa”. Buty te sprawdzają się także później.

W zakres fizjoprofilaktyki należy włączyć również takie elementy, jak odpowiedni dobór materaca dla ciężarnej kobiety. Nie może on być ani zbyt miękki, ani zbyt twardy. Najlepiej, żeby to był tzw. materac półsztywny, który w każdej pozycji leżania na nim dostosowuje się do ciała, uzupełniając przestrzeń w ten sposób, żeby zapewnić w miarę równoległy do podłoża przebieg kręgosłupa.

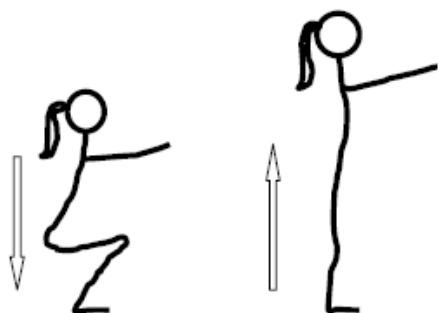
Profilaktycznie, przy dużym brzuchu ciężarnej, w celu odciążenia, można stosować plastrowanie stabilizujące, które będzie podtrzymywało podbrzusze. W tym celu należy zakładać plastry hipoalergiczne, a aplikację powinna przeprowadzić osoba przeszkolona w zakresie kinesiotapingu.

Dla kobiet ciężarnych skonstruowano specjalne adaptory samochodowych pasów bezpieczeństwa, które zarówno zabezpieczają kobietę, jak też nie uciskają brzucha nawet w zaawansowanej ciąży, a jednocześnie spełniają swoją rolę w przypadku gwałtownego hamowania. Adaptory te przesuwają część brzuszną pasa możliwie najniżej, a granicę wyznaczają uda kobiety.

Niezwykle korzystna dla zdrowia mamy w ciąży i malucha w jej brzuchu jest rozsądnie zwięks-

szona aktywność fizyczna na świeżym powietrzu. Wiele rodzajów takiej aktywności jest trudne do zrealizowania. Niedawno pojawiła się jednak szansa na bardzo bezpieczną, a zarazem skuteczną zdrowotnie aktywność ruchową o każdej porze roku i w każdych warunkach. Tą formą są spacery z kijkami do nordic walking. Podczas takiego spaceru kobieta ma zapewnione odciążenie kręgosłupa i stawów kończyn dolnych (kolanowych do 10 kg). Praca kijkami powoduje uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych, zwiększając wentylację płuc i natlenienie krwi, co korzystnie wzmacnia metabolizm. Zwiększenie podstawy podparcia do obrysu 4 punktów podnosi bezpieczeństwo wraz z korekcją sylwetki. Wdrożone spacery z kijkami dla kobiet w ciąży powinny sprzyjać szybszemu powrotowi do odpowiedniej formy fizycznej po porodzie poprzez kontynuację spacerów, bowiem jedna godzina takiego chodu to zużycie ok. 400 kcal. Osiągamy efekt kondycyjny i jednocześnie odchudzający.

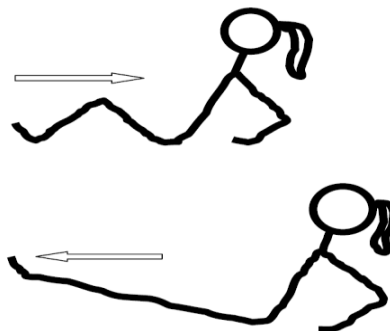
Tak jak nie znajdziemy dwóch jednakowych płatków śniegu, tak samo nie ma dwóch jednakowych par piersi. Stąd wszelkie uwagi i zalecenia, dotyczące ćwiczeń fizycznych, należy traktować jako pewne wytyczne, ale nie bez krytycznego spojrzenia i indywidualizacji podejścia do zagadnienia ładnego wyglądu piersi kobiet karmiących. Powód pierwszy to niezaprzeczalny atrybut kobiecości, powód drugi to wspomniana różnorodność typów somatycznych. Ogólne wskazówki aktywności ruchowej matek mieszczą się w ukierunkowaniu na ćwiczenia kształtujące biust, ćwiczenia mięśni brzucha, bioder i pośladków, ćwiczenia kondycyjne i dbałość o prawidłową postawę.



Ryc. 2 Głębokość przysiadów powinna być ograniczona zgięciem stawów biodrowych i kolanowych do momentu osiągnięcia równoległe przebiegającej do podłoża linii uda (półprzysiad)

Sprawa biustu wydaje się najłatwiejsza, ponieważ piersi kobiece nie są zbudowane z tkanki mięśniowej. Jednak spoczywają one na mięśniach piersiowych większych, których odpowiedni kształt modeluje pośrednio również ustawienie piersi i ich wygląd. Ćwiczenia mięśni piersiowych dla karmiących kobiet powinny podlegać określonej gradacji. Na początku stosujemy grupę ćwiczeń izometrycznych z napięciami kilkusekundowymi

w seriach po 20 powtórzeń. Później przechodzimy do dynamicznych ćwiczeń wolnych angażujących mięśnie klatki piersiowej i obręczy barkowej. Kolejnym etapem będzie wprowadzenie oporu, który najefektywniej wpłynie na rozwój mięśni klatki piersiowej. Cykl takich zajęć powinien zmieścić się w 30 minutach i być powtarzany 3-4 razy tygodniowo. Pomocny w utrzymaniu jędrności biustu może być masaż piersi stosowany przez same kobiety. Okrężne ruchy wokół piersi powinny być gładzące, bez ucisków i podczas karmienia bez stosowania kremów.



Ryc. 3 Podstawowe ćwiczenie kształtujące mięśnie brzucha. Nogi stale znajdują się nad podłożem.

Integralną częścią treningu zdrowotnego młodych mam jest odbudowa wydolności. Poza znanymi formami zajęć kondycyjnych, spotyka się ostatnio zorganizowane grupy kobiet z dziećmi w wózkach, które łączą funkcję spaceru z rozszerzoną aktywnością ruchową. Są to ćwiczenia na powietrzu wykorzystujące wózek jako swoisty przyrząd do różnych zadań gibkościowo – siłowo – wytrzymałościowych, co w znakomity sposób rozszerza „bierną ofertę” spokojnego spaceru. Bliski kontakt z dzieckiem w czasie takich sesji może się przyczynić do realizacji zasady „czym skorupka za młodu nasiąknie...”. Sądzę, że 1 godzina dziennie tych zajęć stanowi bardzo poważne wyzwanie dla mam, w związku z tym proponuję, aby spacer aktywny z biernym przeplatać co drugi dzień.

Od dawna wiadomo, że bardzo istotnym elementem zarówno poczucia estetyki, jak i atrakcyjności kobiety jest zgrabny wygląd dolnych partii tułowia, o co czasami może być trudno po urodzeniu dziecka. Dodatkowo, u pań szczególnie brzuch, biodra i pośladki są miejscem gromadzenia się tkanki tłuszczowej. Dlatego treningowi tych grup ciała należy poświęcić szczególną uwagę. Ćwiczenia mięśni brzucha w leżeniu na plecach wykonujemy zawsze z nogami zgiętymi w stawach biodrowych i kolanowych (zabezpieczenie kręgosłupa). Tzw. klasyczne „brzuski” są podstawową formą kształtowania przedniej ściany brzucha. Różne odmiany „pompek”, od wysokich do typowych, poza mięśniami brzucha wpływają także na budowę klatki piersiowej, poślad-

ków i grzbietu. Przysiady wykonywane dynamicznie i ekspresyjnie znakomicie wpływają na kształt pośladków i ud, pod warunkiem uginania bioder mniej więcej do kąta prostego. Dodatkowo jest to doskonale ćwiczenie ogólnokondycyjne. Ponieważ jednak ta grupa ćwiczeń stanowi znaczne obciążenie wysiłkiem i nie zawsze można wykonać odpowiednią, skuteczną liczbę powtórzeń, to wyjściem awaryjnym mogą być zajęcia z wykorzystaniem hula-hop, skakanki lub stepu, również działające na pośladki, brzuch i biodra; nie też nie przeszkadza w połączeniu tych ćwiczeń.



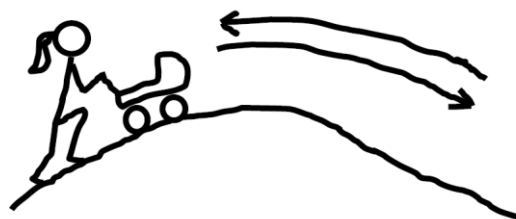
Ryc. 4 Pozycja deski. Należy wytrzymać jak najdłużej zwiększając stopniowo czas. Bardzo ważne są równomierne oddechy i utrzymywanie napięcia wszystkich mięśni.

Trening siłowy dla młodych matek należy przeplatać innymi zaproponowanymi formami zajęć ruchowych. A jeżeli kobieta osiągnie odpowiedni poziom sprawności i wydolności, wtedy nie ma ograniczeń nawet do uprawiania bardzo intensywnych form, jak np. systemu tabata (interwałowy trening metaboliczny). Ale w celu uzyskania zgrabnej sylwetki niezbędne są:

- Właściwa objętość i intensywność zajęć czyli liczba różnorodnych elementów oraz natężenie ćwiczeń
- Odpowiedni dobór ćwiczeń (kształtujące, tlenowe, oporowe, korekcyjne)
- Rodzaj treningu (zdrowotny, rekreacyjny, wytrzymałościowy, siłowy, sportowy) z właściwą metodyką
- Adekwatna dieta łącząca potrzeby karmionego piersią dziecka i ćwiczącej mamy
- Motywacja i tryb życia (chęć zmiany wyglądu i jego utrwalenie przez zachowania zdrowotne)

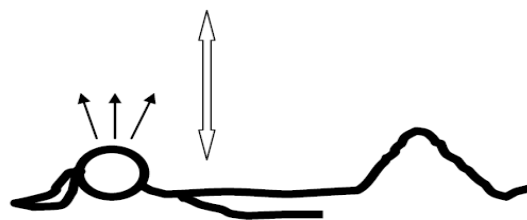
Z powyższych rozważań jednoznacznie wynika, że dobór zajęć ruchowych należy powierzyć specjalistom treningu zdrowotnego, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie dochodzi do nałożenia się różnych czynników podlegających zmianom np. budowa prawidłowa, postawa wadliwa, sylwetka otyła. Zajęcia kondycyjne dla karmiących piersią kobiet, powinny być obwarowane tylko jednym zastrzeżeniem. Nie należy przekraczać obciążeń, które powodują wzrost stężenia kwasu mlekowego powyżej 2 mmol/L osocza. Wiąże się to z zajęciami tlenowymi o charakterze wytrzymałościowym z tętnem wysiłkowym w granicach 140-160 uderzeń serca na minutę.

Wszystkie rodzaje zajęć ruchowych powinny być przeplatane ćwiczeniami oddechowymi. Celem tych ćwiczeń jest poprawa ruchomości klatki piersiowej i funkcji mięśni oddechowych, a także zwiększenie wydolności organizmu.



Ryc. 5 Na spacerach z dzieckiem w wózku szukajmy trudności profilu trasy i podłoża. Osiągniemy efekt kondycyjny i siłowy mięśni posturalnych.

Dotyczy to przede wszystkim dźwigania i noszenia dziecka. Podczas noszenia dziecka w specjalnych nosidełkach zwracamy uwagę na dwa elementy. Pierwszym jest bezpieczeństwo i komfort malucha. Warunek podstawowy to dobra stabilizacja kręgosłupa i głowy oraz zgięcie i odwiedzenie nóg w stawach biodrowych. Na drugim miejscu stawiamy wygodę noszenia. Umieszczenie dziecka z przodu matki powoduje u niej wzrost wygięcia kręgosłupa tak jak w przypadku ciąży, a założenie nosidełka z dzieckiem na plecy redukuje te wygięcia, co jest korzystniejsze zdrowotnie dla matki. W jednym drugim przypadku należy tak dobrać nosidełko, żeby dziecko znajdowało się jak najbliżej pionowej osi ciała matki. Ma to znaczenie podczas dłuższych spacerów, gdyż wtedy wzrasta wysiłkowy koszt energetyczny, a kręgosłup matki lepiej znosi dodatkowe obciążenie.



Ryc. 6 Podstawowe ćwiczenie oddechowe. Głęboki wdech nosem, wydech ustami. Pracuje górna część klatki piersiowej

Konkluzja powyższych wywodów sprowadza się do stwierdzenia, że nawet w przypadku fizjologicznych procesów, jakimi są ciąża, poród, karmienie piersią, na pierwszym miejscu stawiamy profilaktykę, żeby w przyszłości opóźnić lub wyeliminować terapię. Tu mówimy o przedrostkach „fizjo”, gdyż ingerujemy w te procesy wyłącznie metodami naturalnymi, które poparte obecną wiedzą, służą zdrowiu matki i dziecka. Wszystkim mamom polecana jest każda dostępna forma dynamicznego ruchu, ze szczególnym naciskiem na kształtowanie klatki piersiowej, brzucha, bioder i ogólnej sylwetki.

## **PRZESTRZEGANIE KODEKSU MARKETINGU PRODUKTÓW ZASTĘPUJĄCYCH MLEKO KOBIECE**

*mgr Anna Janas, doradca laktacyjny w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny w Warszawie*

W maju 1981 roku Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjęło Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce, który wraz z uzupełniającymi go rezolucjami oraz dyrektywami Unii Europejskiej jest zbiorem przepisów dla producentów i dystrybutorów produktów, objętych zakresem Kodeksu, a także dla pracowników ochrony zdrowia i rządów poszczególnych krajów.

Kodeks chroni dzieci i rodziców i podnosi wiarygodność placówek służby zdrowia.

### **Przepisy Kodeksu określają m.in.:**

- cele, które powinny być implementowane w każdym kraju za pomocą ustaw i przepisów, przy współpracy z WHO, UNICEF i innymi agendami ONZ;
- zakres, niezbędne definicje, zasady oraz politykę wobec matek i opinii publicznej;
- odpowiedzialność za dostarczenie rzeczowych i spójnych informacji w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci, która spoczywa na rządach danych krajów.

### **Przepisy Kodeksu nakazują m.in.:**

- promowanie karmienia piersią,
- aby reklama produktów zastępujących mleko kobiece nie sugerowała, iż karmienie mieszańką jest równie dobre lub lepsze niż mlekiem kobiecym,
- aby materiały przekazywane matkom zawierały informację o korzyściach i przebiegu karmienia piersią, utrzymaniu laktacji, ryzyku związanym z karmieniem sztucznym,
- aby wyczerpujące informacje o karmieniu sztucznym były przekazywane tylko tym matkom, w przypadku których jest to konieczne.

### **Przepisy Kodeksu zabraniają m.in.:**

- nawiązywania bezpośrednich kontaktów pomiędzy przedstawicielami handlowymi a personelem medycznym oraz matkami i kobietami w ciąży,
- rozdawania bezpłatnych próbek mleka w szpitalach i innych obiektach publicznej służby zdrowia,
- reklamowania produktów spożywczych, przeznaczonych dla niemowląt poniżej 6. miesiąca życia, oraz smoczków, butelek etc.
- rozdawania firmowych prezentów rodzicom oraz pracownikom służby zdrowia,

- idealizowania etykiet opakowań oraz używania na nich wizerunków matek i dziecka.

### **W jaki sposób kodeks jest przestrzegany?**

- Certyfikat „Szpital Przyjazny Dziecku”
- Inicjatywa powołana przez WHO i UNICEF jasno określa zasady postępowania w dokumencie „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Posiadanie certyfikatu podnosi prestiż szpitala i nakłada obowiązek prowadzenia corocznych szkoleń personelu i monitoringu oraz bezwzględnego przestrzegania Kodeksu.
- Kodeks IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) oraz CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny)  
Jest zbiorem zasad zarówno praktycznych i etycznych, które w jasny sposób precyzują sposób i ideę postępowania konsultantów/doradców, w tym stosowanie się do postanowień Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz innych rezolucji odnoszących się do pracowników ochrony zdrowia.
- Dyrektywy 91/321/EC i 92/52/EC  
Regulują rynek mieszanek w 12 państwach Unii Europejskiej. Wzorzec działania jest modelowym planem, który wskazuje jakie działania należy uwzględnić i wcielić w życie tworząc krajowy i regionalny plan, by ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią były skuteczne. Dyrektywa UE zabrania reklamy mieszanek początkowych w mediach publicznych.
- Standard Opieki Okołoporodowej.  
Polski, unikatowy na skalę europejską dokument nakłada na osobę sprawującą opiekę nad kobietą w trakcie porodu obowiązek przeprowadzenia instruktażu i pomocy w karmieniu piersią. Zobowiązuje także do zapewnienia warunków prawidłowej laktacji i odżywienia noworodka zarówno w trakcie pobytu w szpitalu jak i po powrocie do domu. Dokarmianie noworodków produktem mlekozastępczym, powinno być wyłącznie na pisemne zlecenie lekarskie w uzasadnionych wskazaniach medycznych.

*W powyższych dokumentach część zapisów jest bardzo podobna - niemal identyczna. Dokumenty te oraz procedury w nich zawarte są narzędziem dla pracowników ochrony zdrowia, aby w jednolity sposób dążyć do promowania karmienia piersią oraz przestrzegać zasad Kodeksu.*

### **Uchybienia w przestrzeganiu kodeksu**

- Prezenty dla kobiet w ciąży  
Na opakowaniu jednej z mieszanek mlekozastępczych zamieszczono informację, że po zarejestrowaniu się na stronie www. otrzymujemy

„Zestaw powitalny dla przyszłej mamy”, a w nim poradnik dotyczący rozwoju ciąży i zesztyt, w którym można notować obserwacje dotyczące karmienie dziecka piersią (z logo danej mieszanki!). Możemy też otrzymać zestaw powitalny dla dziecka, tj. próbkę mieszanki następczej.

- Kontakty przedstawicieli firm, produkujących mieszanki, z personelem medycznym – prezyty, np. długopisy, notesy (z logo firmy) dla pracowników i pacjentek. Przykładem może być również torba z logo mieszanki zastępczej mleko kobiece, teczki na dokumenty dla ciężarnych, matek i noworodków, pudełko z darmowymi próbkami produktów dla dziecka (z ankietą do podania swoich danych), poradniki o żywieniu niemowląt itd.

Wszędzie w tych materiałach ulokowane jest logo produktu. Nie jest to bezpośrednio łamanie prawa, ale jednak działanie, które sprzyja lokowaniu danej marki w myśleniu klienta i upowszechnianiu dostępu do mieszanek mlekozastępczych.

- Reklamy produktów zastępczych mleko kobiece od 6. m.ż. w TV.

Cytat z reklamy popularnej mieszanki: „Nasi eksperci, zainspirowani 30-letnimi badaniami nad mlekiem matki, stworzyli XXXX mleko następcze”.

Wszystkie strony internetowe mieszanek mlekozastępczych (po 6 miesiącu życia) zawiera-

ją wizerunki matek i dzieci. Czasami w różnych poradnikach czy artykułach możemy znaleźć zdjęcie kobiety karmiącej piersią obok zdjęcia kobiety karmiącej butelką, co niestety może sugerować równość pomiędzy karmieniem naturalnym a karmieniem mieszanką.

- Nieuregulowane sankcje i kary za nieprze- strzeżenie kodeksu.

### Podsumowanie

Kodeks dotyczy marketingu i praktyk pokrewnych w odniesieniu do produktów zastępczych mleko kobiece, z mieszankami dla niemowląt włącznie; innych produktów mlecznych, żywności i napojów, włącznie z żywnością uzupełniającą podawaną z butelki, jeśli są przedmiotem marketingu lub są przedstawiane w inny sposób jako substytuty mleka kobiecego częściowe lub całkowite bez zmian lub modyfikowane; butelek do karmienia i smoczków.

Jeżeli matki nie karmią piersią lub karmią tylko częściowo, wówczas uzasadnione jest istnienie rynku mieszanek dla niemowląt, jednak wszystkie te produkty powinny być udostępniane przez komercyjne lub niekomercyjne systemy dystrybucji. Marketing lub dystrybucja tych produktów nie powinny kolidować z promocją i ochroną karmienia piersią.

## **ROLA OJCA WE WSPIERANIU MATKI Z PROBLEMAMI W KARMIENIU PIERSIĄ – BADANIE WSTĘPNE**

*dr n. med. Elżbieta Wojdan-Godek, dr Monika Puchniewicz, mgr Zofia Dobrowolska  
Poradnia Zaburzeń Laktacji, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie*

W polskiej literaturze przedmiotu brak jest danych odnoszących się do wsparcia kobiety z problemami w karmieniu piersią ze strony najbliższych: rodziny (mąż/ojciec dziecka, rodzice, rodzeństwo), znajomych. Szczególnie zaangażowanie męża/ojca dziecka w pomoc matce karmiącej i w opiece nad dzieckiem zwiększa szanse na udane karmienie piersią.

W Poradni Zaburzeń Laktacji w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie (PZL) podjęto próbę identyfikacji postaw i form wsparcia męża/ojca dziecka dla kobiety karmiącej piersią. Celem badania było przeprowadzenie charakterystyki wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego męża/ojca dziecka dla matki z problemami w karmieniu piersią i w opiece nad dzieckiem.

Badanie wstępne realizowano na podstawie zbioru danych, zgromadzonych w Poradni Zaburzeń Laktacji Instytutu Matki i Dziecka w latach

2015-2016. Analizowano informacje od 95 matek zgłaszających się z dzieckiem w okresie noworodkowym z problemami w karmieniu piersią. Matki wypełniały kwestionariusz ankiety podczas pierwszej wizyty w PZL.

Doknano charakterystyki statusu społeczno-ekonomicznego matki: średnia wieku 31,8 lat, zamieszkująca w Warszawie, z wykształceniem wyższym (ponad 80%), pracująca przed porodem w stałych godzinach pracy, nie paląca papierosów (82%). Wszystkie matki mieszkają razem z: mężem (78%) lub z ojcem dziecka. Średnia długość trwania związku małżeńskiego wynosi prawie 4 lata, a konkubinatu - 6 lat. Prawie 80% rodziców mieszka we własnym mieszkaniu. Ponad 80% matek przygotowało się do macierzyństwa, korzystając ze szkoły rodzenia i czytając poradniki, zaś ponad 50% korzystało z porad znajomych i lekarza. 2/3 matek urodziło drogami natury, pozostałe drogą cięcia cesarskiego. Prawie 86% matek deklarowało pozostanie na rocznym urlopie macierzyńskim. Co trzecia matka podjęła decyzję o karmieniu piersią w ciąży, a pozostałe uważały, że zawsze chciały karmić piersią swoje dziecko. Podczas pierwszej wizyty w PZL prawie wszystkie matki karmiły piersią (97,8%), ale tylko 54,3% wyłącznie piersią.



Tylko 1 z badanych matek nie oczekiwała wsparcia od męża, pozostałe matki oczekiwały i oceniły tę pomoc jako wystarczającą.

Zidentyfikowano wsparcie męża/ojca dziecka dla matki karmiącej piersią. Jako syntetyczne omó-

wienie wyników badania przedstawiono w 2 tabelach wyznaczniki wsparcia emocjonalnego (13 wyznaczników) i instrumentalnego (9 wyznaczników).

Tabela 1. Wyznaczniki *wsparcia emocjonalnego* otrzymywane przez matki karmiące od męża/ojca dziecka

Wyznacznik	Definicja	Liczba matek (%)
<b>zachęta, motywacja</b>	zachęta słowami „dasz radę”, „jesteś wspaniałą”, „będzie dobrze’	54 (58,7)
<b>zrozumienie, współodczuwanie</b>		
słuchanie	cierpliwe słuchanie i rozmowa	66 (80,4)
pytanie	zadawanie pytań: jak się masz?, czego potrzebujesz?	85 (91,4)
zrozumienie	z wyrozumiałością znosi trudności, zmęczenia matki związane z karmieniem piersią	82 (88,2)
cierpliwość	nie narzeka, nie pogania matki karmiącej piersią	73 (78,5)
ofiarność	akceptacja czasu, kiedy dziecko jest na „pierwszym miejscu”	87 (94,5)
<b>partnerstwo</b>		
obecność	fizyczna obecność męża/ojca dziecka w domu (urlop)	62 (66,7)
odpowiedzialność	wzięcie współodpowiedzialności w opiece nad dzieckiem podczas nieobecności w domu (kontakt telefoniczny, sms, fb)	92 (100)
towarzyszenie karmieniom	towarzyszenie matce i dziecku podczas karmienia piersią, jeśli matka chce	28 (96,6)
zgodność poglądów	wspólne poglądy na żywienie dziecka	83 (89,2)
<b>korzystne środowisko</b>		
wolne od stresu	stwarzanie przyjaznej atmosfery dla matki karmiącej	86 (92,5)
pozytywne nastawienie	do karmienia piersią	86 (92,5)
komfort w miejscu publicznym	zapewnienie matce komfortu karmienia piersią w miejscu publicznym	80 (96,4)

Tabela 2. Wyznaczniki *wsparcia instrumentalnego* otrzymywane przez matki karmiące od męża/ojca dziecka

Wyznacznik	Definicja	Liczba matek (%)
<b>zajęcia domowe i odpowiedzialność</b>		
pomoc w domu	sprzątanie,	16 (17,2)
	pranie,	12 (12,9)
	gotowanie	20 (21,5)
	sprawy poza domem (opłata rachunków)	54 (58,1)
dotatkowe zatrudnienie	gotowość męża do podjęcia dodatkowej pracy, aby matka została dłużej w domu z dzieckiem	63 (67,7)
<b>pomoc w opiece nad dzieckiem</b>		
sprawowanie opieki nad dzieckiem	przewijanie	11 (11,8)
	uspianie	13 (14,0)
	uspokajanie	21 (22,6)
	kąpanie	44 (47,3)
	spacery	6 (6,8)
noc	wstawanie w nocy do dziecka: przewijanie, uczestniczenie w karmieniu	42 (45,7)

karmienia	włączenie się męża w proces karmienia: asystowanie /pomoc w przystawianiu, pomoc w prowadzeniu grafiku kar- mienń/odciągania pokarmu	74 (79,6) 55 (60,4)
<b>pomoc matce karmiącej</b>		
czas	przejęcie opieki nad dzieckiem i pozwole- nie matce na drzemkę, odpoczynek	80 (86,0)
wygoda	sprawiania karmienia wygodniejszym dla matki poprzez podawanie: poduszki pieluchy	83 (89,2) 82 (88,2)
zdrowe posiłki	przygotowywanie posiłków	17 (18,3)
potrzeby	zaspokojenie potrzeb matki podczas kar- mienia piersią przez podanie: kanapki, wody koca, pledu telefonu	79 (84,9) 78 (83,9) 79 (86,8)

Wstępne wyniki badania wskazują, że praktycznie wszystkie matki karmiące piersią – konsultowane w PZL- oczekują wsparcia od swoich mężów/ojców dzieci, natomiast mężowie/ojcowie

częściej angażują się we wsparcie emocjonalne matek niż w pomoc instrumentalną, a szczególnie w codzienne zajęcia domowe i bezpośrednią opiekę nad dzieckiem.

#### **MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA DYREKTORA PLACÓWKI W ZAKRESIE PROMOCJI NATURALNEGO KARMIENIA NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT**

*Dr n. med. Paweł Kubik, zastępca dyrektora ds. leczenia w Szpitalu im. Świętej Rodziny w Warszawie*

Działania dyrekcji szpitala są uwarunkowane postawionymi przed placówką celami, z których najważniejszym jest realizacja objętych kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń zdrowotnych. W praktyce oznacza to przede wszystkim konieczność zapewnienia wykwalifikowanego personelu (lekarze, pielęgniarki, technicy, pracownicy administracji itd.) oraz odpowiednich warunków lokalowych i sprzętowych. Zarówno liczba personelu medycznego, jak również warunki lokalowo-sprzętowe, są szczegółowo regulowane przez odpowiednie zapisy prawne (ustawy, rozporządzenia, rekomendacje). Wszystko ponad niezbędne formalne wymagania minimalne jest uwarunkowane przede wszystkim przez sytuację ekonomiczną danej placówki medycznej, która jest pochodną m.in. wyceny danej usługi medycznej przez płatnika, czyli głównie NFZ. Rolą dyrekcji jest takie wykorzystanie posiadanych zasobów, aby w sposób optymalny realizować wyznaczane cele. Jednym z podstawowych celów, stawianych przed Oddziałem Położniczym, jest przeprowadzenie możliwie największej liczby porodów, które należą do nielicznych procedur, nie objętych limitami określonymi przez NFZ. Z uwagi na znaczną konkurencję, panującą

w tym zakresie pomiędzy szpitalami, w grę wchodzi w tym przypadku zasada wolnego rynku, co oznacza, że pacjentki chcą rodzić w szpitalu, który uważają za najlepszy.

Czy jednak najlepszy jest szpital, w którym pracuje najwięcej personelu w przeliczeniu na łóżko, wyposażony w drogi sprzęt ustawiony w nowoczesnych pomieszczeniach? Są to oczywiście elementy niezbędne, wpływające na jakość świadczonych w placówce usług medycznych. Fundamentem są naturalnie kwalifikacje i umiejętności personelu, jednak nie tylko one wpływają na jakość realizowanych świadczeń – realna chęć i zaangażowanie personelu w jakość wykonywanej pracy jest również kluczowa. Rolą dyrekcji jest dążenie do stworzenia warunków, umożliwiających podnoszenie umiejętności zawodowych przez personel. Pozornie jest to działanie proste – wydaje się, że wystarczy jedynie zorganizować lub sfinansować odpowiednie szkolenia i kursy. Najważniejsze i najtrudniejsze jest jednak przekonanie pracowników o sensie i skuteczności podjętych działań, czyli w naszym przypadku wspierania pacjentek z problemami laktacyjnymi.

Zdecydowana większość lekarzy, pielęgniarek i położnych jest świadoma celowości promocji karmienia piersią oraz pomocy karmiącym kobietom, a co więcej, posiadają oni odpowiednie kwalifikacje. Jednak mimo że wszyscy wszystko wiedzą, w dalszym ciągu pozostaje problem braku ostatniego elementu układanki, czyli zaangażowania. Typową reakcją części personelu na zgłaszane przez pacjentkę problemy z laktacją jest

stwierdzenie: „rano przyjdzie doradca laktacyjny i pomoże”. Jakże może być rozwiązanie kwestii braku zaangażowania? Obecność jednego czy dwóch doradców laktacyjnych nie rozwiąże problemu, a niekiedy tylko go pogłębia, ponieważ został utworzony mechanizm „zepchnięcia” problemu na inną osobę. Niejednokrotnie okazuje się, że w szpitalu są osoby mające tytuł doradcy laktacyjnego, które jednak się do tego nie przyznają – czyli jak bumerang wraca stwierdzenie „to nie należy do moich obowiązków”. Wydaje się, że skuteczne rozwiązanie tej sytuacji jest takie, aby każda osoba zatrudniona na oddziale położniczym posiadała umiejętności i obowiązki doradcy laktacyjnego. Wracamy zatem do szkoleń dla położnych, pielęgniarek oraz lekarzy. Położna i lekarz nie mogą wtedy odpowiedzieć, że pacjentka ma czekać na przyście doradcy laktacyjnego, bo przecież oni sami pełnią tę funkcję i wykonują wiążące się z nią czynności.

Istotnym elementem jest również odpowiednia motywacja pracownika. Personel powinien widzieć dla siebie realne korzyści wynikające z wdrażania określonych procedur. Sukces zakładu pracy powinien bezpośrednio przekładać się na profity dla pracownika. System motywacyjny jest jednym z trudniejszych zagadnień dla zarządzających placówką. Dyrekcja oprócz tradycyjnych metod motywowania pracownika takich jak: premie, nagrody, pochwały, podwyżki itp. może skorzystać z jeszcze jednej możliwości wpływu na pracownika, jaką jest stworzenie warunków do indywidualnego rozwoju zawodowego, będących często niedocenianym elementem.

Zdecydowana większość rodzących jest świadoma korzyści wynikających z karmienia piersią, dlatego szpital, w którym pacjentki otrzymują niedostateczne wsparcie i pomoc w naturalnym karmieniu, nie będzie postrzegany pozytywnie. Korzystne opinie rodzących oraz ich rodzin wpływają w sposób oczywisty na liczbę zgłasza-

jących się kolejnych pacjentek, co przekłada się na kondycję finansową szpitala. Nie jest tajemnicą, że zarobki całego personelu są bezpośrednio zależne od możliwości finansowych placówki, zatem pracownik powinien mieć świadomość, że wysokość jego wynagrodzenia jest w jego własnych rękach. Dotyczy to też indywidualnego rozwoju zawodowego - większości zatrudnionych zależy na podnoszeniu swoich kwalifikacji, uzyskaniu kolejnych specjalizacji, certyfikatów, stopni naukowych itp.

W Szpitalu im. Świętej Rodziny przy współpracy z Fundacją Mleka Kobiecego powstał Regionalny Bank Mleka Kobiecego. Dzięki umowie o współpracy naukowej z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w Banku Mleka stworzone zostały warunki do prowadzenia działalności naukowo-badawczej, co pozwala na realizację ambicji zawodowych personelu w tym zakresie.

Podnoszenie kwalifikacji może przynieść wymierne korzyści również poza podstawowym miejscem pracy. Część położnych w ramach działalności gospodarczej prowadzi swoje własne szkoły rodzenia oraz udziela porad laktacyjnych pacjentkom wypisanym ze szpitala na warunkach komercyjnych. Co więcej wiele wskazuje na to, że będą mogły również prowadzić ciążę w ramach rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia – to właśnie położne będą opiekować się pacjentkami podczas przebiegu ciąży, porodu oraz w okresie poporodowym. Umiejętności związane z doradztwem laktacyjnym są na pewno istotnym czynnikiem tak rozumianego modelu opieki nad kobietą w ciąży.

Reasumując, rolę dyrekcji szpitala w drodze do osiągnięcia celu, jakim jest jak największa liczba karmiących naturalnie kobiet opuszczających placówkę po porodzie, jest przede wszystkim stworzenie sprzyjających warunków do jego realizacji.

## **NOWE DONIESIENIA NAUKOWE NA TEMAT KARMIENIA NATURALNEGO**

*dr n. med. Maria Wilińska, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*

### **Karmienie piersią a zapadalność na białaczkę wieku dziecięcego**

*(na podstawie: Breastfeeding and childhood leukemia incidence, Efrat L. Amitay, Pediatrics, 2015)*

Artykuł jest metaanalizą dostępnych dowodów naukowych na zależność między karmieniem piersią a zapadalnością na białaczkę wieku dziecięcego. Stanowi największy z aktualnych przeglądów wiedzy na temat związku karmienia piersią z ryzykiem zachorowania na białaczkę w dzieciństwie.

Nowotwory stanowią główną przyczynę zgonów wśród dzieci i nastolatków w krajach rozwiniętych. Zapadalność na nowotwory na świecie u dzieci poniżej 15 r. ż. to ok. 175 000 na rok i rośnie każdego roku średnio o 0,9%. Białaczka to najczęstszy nowotwór u dzieci, stanowi ok. 30% wszystkich nowotworów wieku dziecięcego. Etiologia większości przypadków białaczki jest nieznana.

Przełgądem objęto oryginalne badania kliniczno-kontrolne, opublikowane między styczniem 1960 a grudniem 2014 w bazach Pubmed, Scopus oraz bibliotece Cochrane. Do metaanalizy zakwalifikowano 18 badań obejmujących 10 292 przypadki białaczki oraz 17 517 przypadków grupy

kontrolnej. Pytanie kliniczne dotyczyło wpływu karmienia piersią przez 6 miesięcy i dłużej w porównaniu z brakiem karmienia piersią lub karmieniem piersią krócej niż 6 miesięcy na zapadalność na białaczkę w dzieciństwie. Metaanaliza wszystkich 18 badań wykazała statystycznie istotną odwrotną zależność pomiędzy karmieniem piersią przez 6 miesięcy i dłużej a zapadalnością na białaczkę w dzieciństwie. Oznacza to, że karmienie piersią przez 6 miesięcy i dłużej wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka białaczki w dzieciństwie o 19% (OR 0,81). Metaanaliza badań dotyczących dzieci, u których białaczkę rozpoznano powyżej 1 r. ż., obejmująca 8 badań, wykazała, że karmienie piersią dłużej niż 6 miesięcy vs. karmienie piersią przez krótszy okres wiązała się z obniżeniem ryzyka białaczki w dzieciństwie o 17% (OR 0,83). Metaanaliza 9 badań o wysokiej jakości (skala Newcastle-Ottawa, ocena  $\geq 8$  punktów/10) wykazała, że karmienie piersią powoduje obniżenie ryzyka białaczki w dzieciństwie o 14% (OR 0,86). Metaanaliza badań przeprowadzonych tylko w krajach rozwiniętych (13 badań) wskazała, że karmienie piersią dłużej niż 6 miesięcy zmniejsza zapadalność na białaczkę wieku dziecięcego o 16% (OR 0,84). Z kolei metaanaliza: karmienie piersią przez jakkolwiek długi czas vs. brak karmienia piersią (15 badań) wykazała, że takie karmienie piersią wiąże się z obniżeniem ryzyka białaczki limfatycznej o 11% (OR 0,89). Dla białaczki szpikowej zależności tej nie potwierdzono.

Wiele składników mleka kobiecego wpływa na jego potencjał ochronny. Mleko kobiece charakteryzuje się wysokim potencjałem antyoksydacyjnym. Zawiera wiele immunologicznie aktywnych składników, które wpływają na rozwój układu odpornościowego noworodka, m.in.: przeciwciała, w tym sIgA, laktoferynę i oligosacharydy blokujące wiązanie się patogenów z błoną śluzową przewodu pokarmowego. Dzięki temu mleko kobiece wywiera efekt pre- i probiotyczny, promujący rozwój korzystnej flory jelitowej. Zwiększona liczba komórek NK (*natural killer*) u noworodków karmionych piersią świadczy o większej dojrzałości ich systemu odpornościowego. PH treści żołądkowej u dzieci karmionych piersią sprzyja działaniu alfa-laktoalbuminy, która indukuje apoptozę w komórkach guza. Mleko kobiece zawiera komórki macierzyste, podobne do embrionalnych komórek macierzystych. Noworodek karmiony piersią otrzymuje tysiące do milionów tych komórek dziennie. Komórki macierzyste, zawarte w mleku kobiecym, mogą pozostawać nietknięte w przewodzie pokarmowym noworodka, dostawać się do krwioobiegu i migrować do różnych narządów, gdzie mogą przekształcać się

w komórki narządów, w procesie stymulowanym przez obecne w mleku kobiecym i dostępne do funkcji biologicznych czynniki troficzne.

W podsumowaniu stwierdzono, że karmienie piersią przez przynajmniej 6 miesięcy wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka białaczki limfatycznej wieku dziecięcego od 14 do 19%.

### **Karmienie naturalne a występowanie retinopatii wcześniaczej u noworodków przedwczesnie urodzonych**

Kolejna analiza dotyczyła zależności między rodzajem karmienia noworodków o ekstremalnie małej masie ciała a występowaniem u nich retinopatii wcześniaczej (*ang. retinopathy of prematurity, ROP*): *Systematic review and meta-analysis of human milk intake and retinopathy of prematurity: a significant update. SK Bharwani et al., Journal of Perinatology (2016)*. Poszukiwania autorów objęły bazy PubMed, MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Clinical Trials, Scopus and CINAHL do roku 2015. Ze 172 publikacji do metaanalizy zakwalifikowano 9 wysokiej jakości badań klinicznych. Badaniem objęto 1702 noworodki o ekstremalnie małej masie ciała przy urodzeniu.

Wykazano, że ROP rozwinęło 509 noworodków spośród 1701 karmionych naturalnie oraz 310 z grupy 760 karmionych sztucznie (OR 0.63\* (0.51,0.78), RR 0.76\* (0.67,0.86) and RD -0.09\* (-0.13,-0.05). Z analizy wynika, że dla zapobieżenia 1 przypadkowi ROP należy karmić naturalnie 11 wcześniaków ELBW (NNT 11\* (8,20) (\*P=0.0001).

Jeszcze większe różnice wykazano co do częstości występowania postaci ciężkich retinopatii wcześniaczej. Z 2465 wcześniaków karmionych naturalnie tylko u 204 stwierdzono ROP wymagającą laseroterapii, w porównaniu do 85 z 764 wcześniaków karmionych sztucznie (OR 0.74\* (0.56,0.98), RR 0.77\* (0.60,0.98) and RD -0.03\* (-0.05,-0.00). Wskaźnik NNT dla tej grupy wynosił 33\* (\*P=0.04). W podsumowaniu stwierdzono, że jakiegokolwiek długie karmienie naturalne stanowi ochronę przed rozwojem choroby zagrażającej jakości, a nawet przed utratą wzroku u noworodka o ekstremalnie małej urodzeniowej masie ciała.

Mleko zawiera wiele czynników o dużej sile antyoksydacyjnej, jak inozytol, witamina E, katalaza, peroksydaza glutationu, tauryna i karotenoidy. Spośród tych antyoksydantów karotenoidy, jak luteina, b-karoten, zeaksantyna i likopen, występują wyłącznie w mleku ludzkim. Udokumentowano gromadzenie się tych substancji w oku ludzkim. Ich główną protekcyjną rolą jest obniżanie stężenia śródbłonkowego czynnika wzrostu

(ang. *vascular endothelial growth factor, VEGF*), głównego czynnika sprawczego neowaskularyzacji siatkówki, zasadniczego elementu w patogenezie ROP.

Ważnym czynnikiem antyoksydacyjnym w mleku ludzkim, neutralizującym wolne rodniki tlenowe, jest dysmutaza ponadtlenkowa. Noworodki karmione naturalnie w porównaniu do karmionych sztucznie wykazują się zmniejszonym wydalaniem z moczem 8-hydroxydeoxyguanozyny, głównego markera uszkodzenia wolnorodnikowego tkanek.

Wykazano, że profilaktyczne stosowanie witaminy E także redukuje występowanie ciężkiej ROP.

Obecność w mleku kobiecym kwasu dokozaheksaenowego (DHA) poprawia ostrość wzroku wcześniaków i poprawia ich zdolność widzenia w przyszłości. Suplementacja DHA w diecie obniża ciężkość ROP u VLBW. Deficyt DHA w połączeniu z osłabioną ochroną antyoksydacyjną jest czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń widzenia u noworodków przedwcześnie urodzonych. Siatkówka wcześniaka zawiera wysokie stężenie DHA, który reguluje angiogenezę i odgrywa rolę neuro- i cytoprotekcyjną. Źródłem DHA dla płodu i noworodka jest matka, DHA nie może być syntetyzowany *de novo*. Zapotrzebowanie płodu na ten składnik jest najwyższe w III trymestrze ciąży, w okresie intensywnego wzrastania i dojrzewania mózgu dziecka. Przedwczesne urodzenie się przerywa ten transport, deficyt DHA jest u dziecka dodatkowo pogłębiany przez małe zapasy tkanki tłuszczowej i nieefektywną konwersję z prekursorów kwasów tłuszczowych. Dlatego zapotrzebowanie na DHA u wcześniaków po urodzeniu jest szczególnie duże. Mleko kobiece jest bardzo dobrym źródłem DHA.

Mleko ludzkie zawiera także wysokie stężenia insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (ang. *insulin-like growth factor 1, IGF-I*), niezbędnego w procesie prawidłowego unaczynienia siatkówki wcześniaka. W krytycznym okresie dojrzewania naczyń siatkówki (30-33 tydzień wieku postkonceptyjnego) niskie stężenia tego czynnika korelują z rozwojem ciężkich postaci ROP. Niektóre mieszanki do żywienia wcześniaków są wzbogacone o pewne składniki o działaniu antyoksydacyjnym (witamina E, inozytol, tauryna i DHA (2002-2003) oraz beta-karotenoidy (2012)). Jednak główne antyoksydanty – dysmutaza ponadtlenkowa, katalaza, peroksydaza glutationu i IGF-1 są w nich nieobecne. Dlatego żadne mieszanki sztuczne nie stanowią wystarczającej ochrony wobec chorób wolnorodnikowych u noworodków przedwcześnie urodzonych. Mleko ludzkie jest jedynym płynem wywierającym skuteczne dzia-

łanie protekcyjne zapobiegające ROP i innym schorzeniom związanym z dewastującym działaniem wolnych rodników tlenowych. Należy pamiętać, że ROP nasila inne zaburzenia wzroku w dalszym okresie życia dziecka, jak miopia i zez. Profilaktyka ROP stanowi więc także redukcję ryzyka występowania innych schorzeń wzroku i tym samym poprawia jakość życia byłych wcześniaków. Przedstawiona metaanaliza dokumentuje z najwyższą siłą dowodu (rekommendacja stopnia A) niskobudżetową profilaktykę chorób wolnorodnikowych poprzez karmienie naturalne, wnoszące ewidentne wielokierunkowe korzyści dla dziecka, rodziny i systemu ochrony zdrowia.

### **Nowości w postępowaniu z siarą (*colostrum*)**

Pozyskiwanie siary (*colostrum*) od kobiety rodzącej przedwcześnie wchodzi coraz odważniej do codziennej praktyki klinicznej. Mleko to zastosowane na błonę śluzową jamy ustnej oraz podane dożołądkowo dziecku niezwłocznie po jego urodzeniu się, jeszcze na bloku porodowym i przed przewiezieniem do OION, jest udokumentowanym działaniem bodźcowym dla układu immunologicznego jamy ustno-gardłowej (OPHALT) oraz dolnego piętra przewodu pokarmowego (GALT). Stosunkowo mniej wiadomo o planowym odciążaniu i gromadzeniu siary przez kobiety rodzące o czasie.

W pracy Delli Forster i wsp. *Safety and efficacy of antenatal milk expressing for women with diabetes in pregnancy: protocol for a randomised controlled trial* opublikowanej w BMJ w roku 2014 opisano efekty odciążania *colostrum* przez kobiety z cukrzycą ciężarnych przez 1 tydzień przed planowaną datą porodu i gromadzenia pokarmu dla dziecka. Laktogeneza II u kobiet z cukrzycą ciążową jest z reguły opóźniona o około 1 dobę, rozpoczynając się po 30-40 godzinach od urodzenia dziecka. Dodatkowym czynnikiem ryzyka opóźnienia laktacji jest otyłość kobiet, hamująca ten proces (przetwarza aktywność progesteronu zgromadzonego w tkance tłuszczowej kobiety).

Noworodek matki cukrzycowej wymaga po urodzeniu kontroli i z reguły korekty glikemii. Dostępność siary jest zmniejszona z wielu powodów - przebyte cięcie cesarskie, infuzja dożylna glukozy dziecku z hipoglikemią, stosowanie mieszanki sztucznej. Należy pamiętać, że włączenie mieszanki sztucznej skraca czas karmienia naturalnego i zwiększa ryzyko karmienia sztucznego, które z kolei jest znanym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na *diabetes* karmionego sztucznie dziecka.

Proponowana procedura obejmuje odciążanie siary od 36 tygodnia ciąży 2 razy dziennie po 10

minut z każdej piersi. W pracy wykazano, że poród w grupie badanej (odciągającej mleko z piersi podczas ciąży) nastąpił o ok. 1 tydzień wcześniej, noworodki częściej trafiały do oddziału intensywnej opieki medycznej, wymagały dożylniej infuzji glukozy, ale wskaźniki karmienia naturalnego były wyższe zarówno podczas hospitalizacji (37% vs 27%, RR=1,38, CI 95%, 0,82-2.31) jak też w 3 miesiącu życia (52 vs 40%).

Obecnie 63% kobiet w Australii z cukrzycą podczas ciąży, ale też innymi patologiami ciąży, ma rekomendowane odciąganie pokarmu przed urodzeniem dziecka. Nadal nie jest to formalna rekomendacja, chociaż obserwuje się wiele korzyści takiego postępowania. Potrzebne są badania z randomizacją, w których bezpieczeństwo i efektywność tej procedury zostałyby obiektywnie ocenione.

### **Nowe techniki badania właściwości mleka kobiecego**

Przykładem użycia zaawansowanych technik w badaniu składu mleka kobiecego jest wysokociężła i wysoko swoista metoda chromatografii płynowej z wykorzystaniem chemiluminescencyjnej detekcji z użyciem Ag III, użyta przez badaczy chińskich w analizie składowych potencjału antyoksydacyjnego: *Li Ma et al. Highly selective and sensitive determination of several antioxidants in human breast milk using high-*

*performance liquid chromatography based on Ag (III) complex chemiluminescence detection. Food Chemistry 2017.*

Colostrum kobiety charakteryzuje się szczególnie wysokim potencjałem antyoksydacyjnym w porównaniu do mleka dojrzałego. W powyższej pracy wykazano, że właściwość ta jest uwarunkowana szczególnie wysokim stężeniem kwasu askorbinowego, glutationu i kwasu moczowego. Te trzy składniki są najważniejsze z wodnorozpuszczalnych substancji o aktywności antyoksydacyjnej.

Pasteryzacja mleka kobiecego na potrzeby banku mleka z użyciem wysokich ciśnień jest nową obiecującą metodą, której bezpieczeństwo i efektywność jest przedmiotem aktualnie prowadzonych badań w Polsce i na świecie.

*Windyga B (...), Wilińska M. i in. Inactivation of Staphylococcus aureus and native microflora in human milk by high pressure processing. High Pressure Research: An International Journal. 2015.*

Aktualnie stosowana w bankach metoda Holtera pasteryzacji mleka kobiecego wpływa istotnie na skład mleka. Zaawansowane badania nad technikami oszczędzającymi właściwości bioaktywne, immunoprotekcyjne mleka pozwolą na osiągnięcie jeszcze lepszych wyników leczenia przy karmieniu wyłącznie naturalnym noworodków najwyższego ryzyka.

## **W STULECIE URODZIN PROF. WŁODZIMIERZA FIJAŁKOWSKIEGO (1917-2003)**

*dr Maria Welento-Tyszko, pediatra, KUKP, oddział im prof. W. Fijałkowskiego w Łodzi*

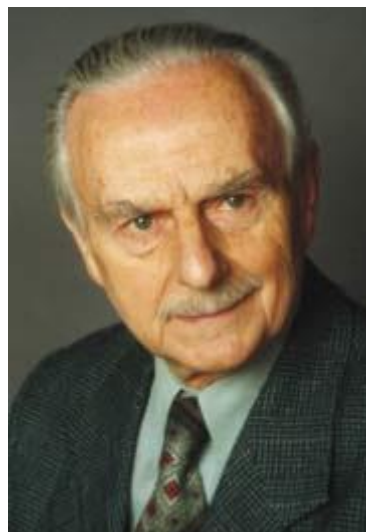
**Myślę, że mam prawo uważać się za człowieka szczęśliwego i takim się czuję.**

*W. Fijałkowski „Życ chwilą obecną - wybory łatwe i trudne”, 1997 r.*

Profesora poznałam podczas praktyk studenckich w II Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Łodzi. Był opiekunem naszej grupy. Dobrze trafiliśmy.

Nauczyciel akademicki, doświadczony lekarz praktyk, humanista, etyk, miał znakomite relacje z pacjentkami i ich rodzinami, studentami, położnymi, pediatrami. Z kolegami-lekarzami natomiast bywało różnie, z władzami Akademii Medycznej również. W 1974 r. został usunięty z łódzkiej AM za „zły wpływ na młodzież”. Dopiero w 1981 r. doczekał się przeprosin za nieuzasadnione zwolnienie i przywrócenia do pracy na uczelni. W 1985 r., gdy przechodził na emeryturę, otrzymał nagrodę I stopnia rektora AM w Łodzi

„za szczególnie ważne i twórcze osiągnięcia dydaktyczne i wychowawcze”.



*Zdjęcie ze strony [www.pro-life.org.pl/2008/02/prof-wlodzimierz-fijakowski.html](http://www.pro-life.org.pl/2008/02/prof-wlodzimierz-fijakowski.html)*

W życiu Profesora były trudne okresy. Studia rozpoczął w 1935 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W czasie wojny kontynuował je w tajnym nauczaniu i ukończył w 1943 r. Wkrótce, podczas łapanki, został aresztowany. Więziony w Ostrowcu Świętokrzyskim

i Radomiu, do zakończenia wojny przebywał w obozach koncentracyjnych. Tam postanowił, że jeżeli przeżyje, będzie do końca swoich dni walczył o godność człowieka. I tak się stało.

„Służba życiu jest moim powołaniem”- to życiowe credo Profesora.

Po wojennej tułaczce wrócił do Polski w 1946 r. Pracę zawodową rozpoczął w klinice w Gdańsku. Uzyskał specjalizację z położnictwa i chorób kobiecych, obronił pracę doktorską „Wyrównywanie się składników postaciowych i koloidalnych krwi po krwotokach położniczych”. Pracował też w klinice we Wrocławiu i jako ordynator w Bystrzycy Kłodzkiej. W 1955 r. przeniósł się z rodziną do Łodzi na zaproponowane mu stanowisko adiunkta w II Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej. Widział w tym szansę rozwoju naukowego. Wyniki swoich badań przedstawił w pracy habilitacyjnej w 1966 r.

Profesor nieustraszenie działał na rzecz przyjaznych zmian w opiece okołoporodowej. W Łodzi, pod jego kierunkiem, ukształtował się polski model szkoły rodzenia, łączący przygotowanie teoretyczne z usprawnieniem fizycznym, który przyjął się w całym kraju. Tu też organizował kursy dla instruktorów szkół rodzenia w Polsce.

Zapraszanie ojców na zajęcia szkół rodzenia, dialog z dzieckiem w wewnątrzmacicznej fazie życia - to inicjatywy Profesora. Wreszcie pierwsze porody rodzinne, początkowo, również przez medyków, postrzegane jako dziwactwo. Wytrwały propagator porodów rodzinnych, szczególnie nacisk kładł na to, żeby w tym wydarzeniu uczestniczyła osoba wspierająca matkę, a nie bierny obserwator, zwany osobą towarzyszącą. Udział ojca w porodzie nie kończy się na przecięciu pępowiny. Wielu ojców odkrywa w sobie potrzebę wczesnego zaangażowania się w pełnienie roli rodzicielskiej. Tak kształtuje się współczesny model rodziny, oparty na zharmonizowanym macierzyństwie i ojcostwie.

Dwie największe łódzkie szkoły Profesor utworzył poza strukturami szpitalnymi. Taka szkoła jest wolna od ograniczeń, jakie mogą występować w szkole przyszpitalnej. Jeżeli bowiem w szpitalu (poza procedurami stricte medycznymi) nie wszystko jest jak należy, to informacja o praktykach szpitalnych będzie ograniczona tylko do tych, które personel uzna za dobre „bo tak było od zawsze”, a nie jak być powinno.

W okresie „aksamitnej rewolucji” w opiece okołoporodowej, Profesor w 1999 r. opracował autorski projekt „Scalony program wszechstronnego przygotowania do porodu, karmienia naturalnego, pełnienia ról rodzicielskich – Szkoła Rodzicielstwa”. Projekt Profesora do dziś stanowi wzorzec, który może być przyjęty przez wszyst-

kie palcówki, prowadzące edukację przedporodową i okołoporodową. Tym samym Profesor wyprzedził rozporządzenia ministra zdrowia z 2004, 2012 i 2016 r. Projekt jest realizowany modelowo w Centrum Służby Rodzinie w Łodzi, wspierany finansowo przez Urząd Miasta Łodzi; zrealizowano już 303 kursy 24 godzinne.

Profesor promocję karmienia piersią włączał w zwarty program ochrony prokreacji ekologicznej. W Stowarzyszeniu KUKP działał od 1998 r., był wiceprzewodniczącym Zarządu Głównego II kadencji.

Zasady oceniania szpitali w programie WHO/UNICEF „Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku” znał doskonale. Wspierał nas w okresie przygotowywania łódzkiego szpitala im. L. Rydygiera do oceny w 1995 r. Starannie przygotowywał się do wizyt w klinikach, w ocenie których brał udział, wzmacniając swoim autorytetem zespół oceniający. Wizyty zespołów oceniających w szpitalach uważał za doskonałą okazję do obserwacji, wykraczających poza formalną ocenę 10 kroków. Wykorzystanie tej wiedzy w rozmowach, zarówno z osobami organizującymi i nadzorującymi pracę w szpitalu, jak i na zebraniach Komisji, pod warunkiem profesjonalnej życzliwości, ochrony respondentów i respektowania Kodeksu Etyki Lekarskiej, określającego wzajemne stosunki między lekarzami, wskazywał jako skuteczną drogę do doskonalenia opieki okołoporodowej w Polsce. Doświadczony położnik-klinicysta uważał, że praktyki Szpitala Przyjaznego Dziecku powinny być realizowane we wszystkich oddziałach położniczo-noworodkowych. Są wykonalne w warunkach każdego szpitala. Wszystko zależy od personelu, jego wiedzy, umiejętności, woli.

Profesor był członkiem siedmiu towarzystw naukowych, współdziałał z organizacjami społecznymi i pozarządowymi. Autor 26 książek i licznych publikacji naukowych, współautor filmów oświatowych o tematyce związanej ze szkołą rodzenia i naturalnym porodem, stale współpracował z wieloma czasopismami, w tym z miesięcznikiem „Twoje dziecko” 40 lat!

Wielką wagę przywiązywał do nazewnictwa. Sprzeciwiał się uporczywemu nazywaniu kobiet w ciąży „przyszłymi matkami” i błędnemu podawaniu momentu urodzenia dziecka, jako początku jego życia.

Profesor był wyróżniony wieloma odznaczeniami, wśród nich w 1998 r. Krzyżem Komandorskim św. Grzegorza Wielkiego - najwyższym odznaczeniem watykańskim, jakie może otrzymać osoba świecka, niebędąca głową państwa. W życiu codziennym był skromnym, pogodnym człowiekiem, o ujmującym uśmiechu, miłym głosem, życzliwym spojrzeniu. Miłośnik przyrody,

lubił wyprawy turystyczne – wędrówki górskie, spływy kajakowe i wycieczki rowerowe. Miał dar łagodzenia obyczajów, wskazywania tego, co łączy. W każdym człowieku widział dobro. Jednakże nie tolerował bylejałości, trwonienia czasu i pieniędzy, stronił od pozornych działań, papierowych

działaczy, kanapowych ugrupowań. Nigdy nie musiał zmieniać poglądów ani się z nich wycofywać. Śmiało je prezentował publicznie. „*Plynie pod prąd, nie zboczę z trasy, nie zgubię celu*”. Żył 85 lat, odszedł 15 lutego 2003 r.

## AKTUALNOŚCI

Rozpoczęły się prace Zespołu ds. opracowania projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz nad noworodkiem. Pierwsze spotkanie grupy ekspertów odbyło się w marcu br. W jego składzie znaleźli się m. in. konsultanci krajowi i przedstawiciele towarzystw naukowych z zakresu Neonatologii, Ginekologii i Położnictwa, Perinatologii, Pielęgniarek i Położnych, Narodowego Funduszu Zdrowia, organizacji pozarządowych zainteresowanych kobietą w okresie ciąży, porodu i laktacji, karmieniem naturalnym i zdrowiem kobiety. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią został także zaproszony do tego grona.

Aktualnie obowiązujący Standard opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz nad noworodkiem obowiązuje do końca

grudnia 2018 roku. Jego dalsze funkcjonowanie zostanie rozdzielone na część organizacyjną i merytoryczną. Opracowanie części organizacyjnej ma się przyczynić do skuteczniejszego wdrażania nowoczesnych metod opieki i terapii do codziennej praktyki szpitalnej. Medycyna personalizowana, oparta na podmiotowym traktowaniu pacjenta jako osoby współdecydującej o swoim procesie diagnostyki i terapii, w polskich szpitalach nadal pozostaje wyzwaniem.

Część merytoryczna wymaga aktualizacji dostosowanej do postępu wiedzy i najlepszych praktyk szpitalnych, i pozostaje w gestii towarzystw naukowych.

Rozdział aktualnie jeszcze obowiązującego Standardu na realną część organizacyjną i zaktualizowaną merytoryczną, uwzględnienie kontroli jego wdrażania, nadzoru nad realizacją i bieżące monitorowanie wyników jest według nas rękopisem skuteczności dokumentu.

*Maria Wilińska*

## INICJATYWA „SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU” W ROKU 2016

Rok 2016 rozpoczął się przyjęciem do grona Szpitali Przyjaznych Dziecku 95. placówki – Szpitala Wielospecjalistycznego MEDEOR PLUS z Łodzi, który pomyślnie przeszedł ocenę w dniach 12-13 lutego.

Pamiętamy piękną uroczystość wręczenia certyfikatu, zorganizowaną przez Dyрекcję Szpitala w Pałacu Izraela Poznańskiego.

W drugiej połowie roku Zespół Oceniający wyprawiał się kolejno do:

- Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. w Chełmży (16-17 września);

- Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. L. Błażka w Inowrocławiu (7-8 października);
- Szpitala Rejonowego im. dr. J. Gawlika w Suchoj Beskidzkiej (28-29 października);
- Szpitala Specjalistycznego im. J.K. Łukowicza w Chojnicach (2-3 grudnia).

Wszystkie wymienione szpitale przeszły pomyślnie proces reoceny i utrzymały tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku na kolejne 5 lat.

W dniach 2-6 września odbyło się szkolenie personelu w Szpitalu Bocheńskim Sp. Z o.o. im. bł. Marty Wieckiej, którego rezultatem była udana reocena już w roku 2017.

Serdecznie gratulujemy!

*mgr Elżbieta Baum-Chróścicka*

## WYDAWCA:

**Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią**

**ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa**

**Tel.: 22 32 77 345, e-mail: [kukp@laktacja.pl](mailto:kukp@laktacja.pl), [www.laktacja.pl](http://www.laktacja.pl)**

**ISBN-13 978-83-924586-5-4**

**KONTOBANKOWE: 54 1140 1010 0000 5046 0800 1001**