



Komitet Upopowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITET UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU



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



Instytut
Matki i Dziecka

Nr 2/2013 - MAJ 2013

ISSN 1509-7250

*“a jako kto może niechaj ku pożytkowi
wspólnemu pomoże”
Jan Kochanowski*

Drodzy Czytelnicy

bieżący numer Biuletynu wydawany jest z okazji Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią i organizowanej dla jego uczczenia Ogólnopolskiej Konferencji. W tym roku hasło tygodnia brzmi: <wspierając matki wspieramy karmienie piersią>. Obserwując w ciągu ostatniej kadencji Zarządu podawane przez WHO hasła stwierdzić trzeba, że uwaga zwracana była kolejno na bardzo ważne zagadnienia:

W 2010r - <Tylko 10 kroków> przypomniało Deklarację Innocenti- podstawy szpitala przyjaznego dziecku.

W 2011r - <Mówcie do mnie> uwypuklono znaczenie mówienia do dziecka, przytulania, pieczyoty, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa poprzez bliski z nim kontakt od pierwszych chwil po urodzeniu. Zapraszając na konferencję pt. Przedstawiciele zespołu Pana Profesora Henryka Skarżyńskiego mieliśmy okazję do wysłuchania znakomitego wykładu o rozwoju słuchu i wczesnych metodach wykrywania jego zaburzeń. Jak powszechnie wiadomo, tylko słyszące dziecko może nauczyć się mowy. Podkreśliliśmy też, że hasło <Mówcie do mnie> rozumieć też trzeba szerzej, jako mówienie również o dziecku, jego prawach naturalnych i stanowionych.

W 2012r - <Rozumiejąc przeszłość planujemy przyszłość> nawiązano do 10-ciu lat inicjatywy Globalnej Strategii Żywności Niemowląt i Małych Dzieci WHO/UNICEF. Zaowocowała ona wynikami badań, w których uznano, że karmienie piersią stanowi normę żywieniową dla niemowląt i małych dzieci oraz, że wszystkie ich osiągnięcia zdrowotne i rozwojowe mają być odnoszone do tej właśnie normy.

W 2013r - <Wspierając matki wspieramy karmienie piersią> hasło tegoroczne podnosi znaczenie wszechstronnego wspierania matek w ich misji karmienia piersią. Chcemy zwrócić uwagę na wielość i różnorodność działań możliwych do podjęcia w tym względzie. Przede wszystkim chodzi o:

- 1.zaangażowanie rodziny i najbliższego otoczenia:(domowego, szpitalnego, środowiskowego)
- 2.fachowych pracowników ochrony zdrowia:(lekarze, położne, pielęgniarki, doradcy laktacyjni),
- 3.zaangażowanie państwa: jego agend i stanowionych praw.

Możliwości wspierania matek są więc wielorakie, a od inicjatywy i chęci działania zarówno rodziny, pracowników, ew. wolontariuszy, jak i przychylnego w tym względzie państwa ogromnie dużo zależy.

Zamieszczamy w Biuletynie, jak zwykle, nadesłane

przez pt. Autorów ich wystąpienia. Z uwagi na ograniczenie miejsca, w większości są to streszczenia wystąpień referatowych. Jedynie obszarny tekst przygotowany przez prawnika mec. Piotra Szyroczyńskiego, poświęcony ochronie macierzyństwa i prawom przysługującym karmiącym matkom w naszym Kraju, wydrukowany jest w całości. Uważamy bowiem, że wiedza na temat zapisanych w polskim prawie przywilejów chroniących macierzyństwo, powinna być dobrze znana w naszym środowisku. Chcemy też zwrócić uwagę na tekst z Biura Krajowego WHO (patrz strona WHO/UNICEF), który omawia implementację w Polsce kilkuletnich światowych badań (w 6-u krajach na 5-ciu kontynentach)zakończonych opracowaniem siatek rozwoju somatycznego, wspólnych dla wszystkich dzieci. Wnioskiem tego ogromnego projektu badawczego, jak już wspomniano powyżej, jest stwierdzenie, że karmienie piersią jest jedynym fizjologicznym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci i do niego należy odnosić wszystkie osiągnięcia rozwojowe.



*Madonna z Dzieciątkiem,
Luis de Morales (ok. 1520-1586)*

Kończący się okres aktualnej kadencji Zarządu stanowi też podstawę do zastanowienia się nad jego sukcesami ale i porażkami, oraz rozważenia dlaczego nie udało się przeprowadzić wielu zaplanowanych przedsięwzięć. Do aktywów zaliczyć trzeba niewątpliwie wznowienie po kilkuletniej przerwie wydawania Biuletynu. Został on przywrócony w swojej pierwotnej, eleganckiej szacie graficznej. W ten sposób możemy znowu docierać nie tylko do szpitali przyjaznych dziecku, pt. członków Komitetu, ale i do innych osób zainteresowanych karmieniem naturalnym. Propozycja przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, aby Biuletyn był wydawany jedynie w formie elektronicznej, bo nas nie stać na druk, jest nie do zaakceptowania. Ordynatorzy, oraz inni zainteresowani lekarze czy położne na dyżurach mogą wziąć do ręki Biuletyn wydrukowany i dostarczony do szpitala, ale nie usiądą przed komputerem, aby go poszukiwać. Poza tym Biuletyn nawet w formie elektronicznej również kosztuje, wymaga przecież redakcji edytorskiej, graficznej i korekty.

Zaliczyć też do pozytywów należy pewne ożywienie w kontaktach z Organami Założycielskimi Komitetu:

Ministerstwem Zdrowia oraz Biurami Krajowymi WHO i UNICEFu. Nadal nie możemy jednak liczyć na żadne finansowe wsparcie od tych instytucji, mimo wielokrotnych moich rozmów w tej sprawie. Jest oczywiste, że funkcjonowanie Komitetu wymaga pewnych środków finansowych, niezbędnych dla prowadzenia sekretariatu, strony internetowej, kosztów materiałów piśmiennych, wysyłki korespondencji, czy tłumaczenia tekstów obcojęzycznych dostarczanych przez WHO w oryginale. Propozycje byłych już pt członków Zarządu, aby prezes funkcjonował jako przedsiębiorca i całe dnie układał biznes plan dla Komitetu, również nie są do zaakceptowania. Jak wielokrotnie pisałam Komitet nie jest i nie może być porównywany z żadnym <interese prywatnym> działającym na rzecz karmienia piersią. Komitet nie może, nawet w myślach, być porównywany do fundacji, którą zakłada prywatna osoba w celu uzyskiwania korzyści materialnych. Może z nimi współpracować, ale nie może się z nimi utożsamiać. Komitet został powołany w 1992r. z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, Polskiego Komitetu UNICEFu jako organizacja pożytku publicznego, działająca pod auspicjami Instytutu Matki i Dziecka, który nieodpłatnie udziela nam pomieszczenia. Powinna to być instytucja ekspercka, skupiająca niezbyt dużą liczbę członków, korzystająca z rad i pomocy różnych gremiów naukowych i społecznych oraz ekspertów działających na rzecz upowszechnienia karmienia piersią. Ten szczytny cel, przekłada się bezpośrednio na zdrowie populacji dziecięcej oraz integrację rodziny. Nie ma i nie może mieć nic wspólnego ze zdobywaniem korzyści materialnych. Jest to natomiast szlachetna walka o zdrowie następnych pokoleń Polaków. Tak określone cele Komitetu wpisują się w ideę cywilizacji łacińskiej, do której przecież chcemy się zaliczać! Cywilizację łacińską cechuje: grecki stosunek do prawdy, zasady prawa rzymskiego i etyka chrześcijańska. Zgodnie z poglądami wybitnego polskiego uczonego profesora Feliksa K. Konecznego (1862-1949) liczne opisane przez niego cywilizacje różnią się od siebie nie tylko podejściem do prawa i sfery etyki jak np.: obowiązku, odpowiedzialności, bezinteresowności, sprawiedliwości, ale też sposobem rozumienia tzw. „pięciomianu bytu” czyli prawdy, dobra, piękna, zdrowia i dobrobytu. Jeśli spojrzymy na zadania Komitetu przez pryzmat rozumienia tych ostatnich pojęć zgodnie z cywilizacją łacińską, to okaże się, że szerzona przez Komitet idea upowszechnienia karmienia piersią głosi prawdę o prawie naturalnym dziecka do pokarmu matki oraz o wartościach odżywczych i immunologicznych pokarmu jak również o stanowiącym odrębną, obopólną wartość akcie ssania. Pomaga matkom w czynieniu dobra przez ofiarowanie dziecku poprzez karmienie, najlepszego zdrowia zarówno fizycznego jak i dobrostanu psychicznego. Realizuje też piękno macierzyństwa, zachwycające artystów całego świata, którzy od wieków przedstawiają je w swoich dziełach. Informacje, szerzące się w doniesieniach naukowych ostatnich lat, o lepszym psychoruchowym rozwoju oraz większej masie mózgow dzieci karmionych naturalnie, można by przełożyć na ich potencjalne możliwości również w sferze dobrobytu. Rozumiejąc oczywiście dobrobyt, zgodnie z wymogami cywilizacji łacińskiej, jako dobro wspólne.

Wielkie nadzieje wiązaliśmy z projektem popieranym przez Departament Matki i Dziecka dotyczącym ogólnopolskich badań długości trwania karmienia piersią w populacji dzieci polskich w 2011/12r. Projekt ten na prośbę Komitetu przygotował zespół prowadzony przez panią Prof. Krystynę Kostyrę z Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka. Miał być realizowany

podobnie jak badania sprzed 10-ciu lat. Okazało się jednakże, że tym razem Ministerstwo nie może zapłacić za te badania. Mimo tych trudności, być może uda się jednak wykonać to niezwykle trudne zadanie Oddziałowi terenowemu w Lublinie, reprezentowanemu przez dr n.med. Marzenę Kostuch. Odpowiedz na pytanie jak długo matka polskie karmi swoje dzieci piersią, nabiera jeszcze większej aktualności wobec wyżej wspomnianych, opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia siatek karmionych piersią. Uznano, że jedynie ten sposób karmienia niemowląt i małych dzieci jest fizjologiczny. Utworzony więc został wzorzec, do którego odnosić trzeba wszystkie rozwojowe osiągnięcia dziecka.

W czasie kadencji dokonano aktualizacji oryginalnych materiałów WHO - dotyczących monitoringu w szpitalach przyjaznych dziecku (tłumaczenia z ang. dokonała dr Barbara Baranowska). Dane te zamieszczono na stronie internetowej KUKP i rozdano na nośnikach elektronicznych w materiałach zjazdowych w trakcie corocznej konferencji w 2012 roku. Pozytywem jest też dokonanie uporządkowania pozostałej po latach uprzednich, niepełnej niestety dokumentacji- podziękowanie ponownie składam pani dr Małgorzacie Kamińskiej- vice przewodniczącej, która poświęciła na ten cel swój wolny czas. Ważną też pracą związaną z porządkowaniem dokumentacji było dokonanie weryfikacji liczby członków Komitetu. Chodziło o zidentyfikowanie osób, które od lat nie wykazywały żadnej aktywności, nie uczestniczyły w corocznych Konferencjach i przez lata nie płaciły składek członkowskich. Praca ta po wielu uprzednich próbach, zakończona została ostatecznie przez skarnika mgr Małgorzatę Gieradę - Radoń. Pani dr Małgorzata Kamińska przygotowała, przez opłaconego z własnych środków prawnika, obszerne zmiany do Statutu, których jednak nie udało się przeprowadzić ani na walnym zebraniu członków po corocznej Konferencji w 2012r, ani na specjalnie w tym celu zwołanym nadzwyczajnym walnym zgromadzeniu jesienią 2012r. Powodem był za każdym razem brak quorum wymaganego dla zmian w statucie. Dlatego przygotowaliśmy aneks do Statutu, który może być głosowanych zwykłą większością głosów. Głosowanie nad tym aneksem, odnoszącym się jedynie do prowadzenia działalności odpłatnej (np. szkolenia, oceny i reoceny szpitali), jest jednym z punktów walnego zebrania/vide strona internetowa KUKP/.

Ustanowiono stałego, zatwierdzonego przez Ministerstwo Zdrowia oraz Biura Krajowe WHO i Unicefu koordynatora-reprezentanta Komitetu do kontaktów zagranicznych, została nim dr n.med. Marzena Kostuch.

W czasie bieżącej kadencji Przewodnicząca Komitetu brała udział w posiedzeniach Oddziałów terenowych zarówno w Łodzi jak i w Lublinie. Pozwoliło to ocenić bardzo pozytywnie pracę jak i zaangażowanie członków KUKP Oddziałów terenowych. W Łodzi np. czynną pracę w Komitecie pełni wiele osób spoza środowiska lekarsko-położniczo-pielęgniarskiego są to pedagodzy, prawnicy, filologowie, socjologowie, duchowni. Tak różnorodny przekrój profesji gwarantuje wręcz „działanie świadków” w społecznościach lokalnych. Widać tu niewątpliwie przetrwały odblask prawdziwego zaangażowania w idee życia i dobra, która przyświecała św. pamięci Profesorowi Wł. Fijałkowskiemu. Tak szeroki wachlarz przedstawicieli różnych środowisk jest w najwyższym stopniu godny naśladowania.

Uczestniczyłam też i zwróciłam uwagę na pracę i zadania Komitetu, podczas corocznego zebrania Ordynatorów Oddziałów Noworodkowych Województwa Mazowieckiego,

Negatywem pracy w Komitecie jest brak chętnych do tej społecznej pracy oraz stare, nienajlepsze nawyki pozostałe z ubiegłych lat. Zaliczyć do nich należy między innymi np. "martwe dusze" w Zarządzie = chroniczne nieuczestniczenie w posiedzeniach lub „wpadanie” na ich zakończenie.

Dagmara Korbasińska
Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka,
Ministerstwo Zdrowia

Tegoroczny Tydzień Karmienia Piersią organizowany jest przez Światową Organizację Zdrowia pod hasłem „**WSPIERAJĄC MATKI WSPIERAMY KARMIENIE PIERSIĄ**”. Zatem w podejmowanych w tym roku działaniach należy skoncentrować się na wspieraniu matek.

Niewątpliwie prezentem dla matek, które karmią piersią jest możliwość skorzystania z wydłużonego urlopu macierzyńskiego. Łączenie pracy zawodowej i karmienia piersią nie zawsze jest łatwe. Powrót do pracy często jest postrzegany jako moment zakończenia karmienia naturalnego. Przedłużenie okresu urlopu macierzyńskiego tworzy lepsze warunki do korzystania z tej najlepszej formy żywienia dziecka.

O sposobie wspierania kobiet w okresie ciąży i porodu w sposób szczegółowy stanowi *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem*. Rozporządzenie to było już w sposób szczegółowy omówione w odniesieniu do roli jaką ten akt prawny ma spełnić w zakresie upowszechniania karmienia piersią. Niestety niepokojącym jest fakt, że standard jest stosowany w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w sposób niewystarczający i niesatysfakcjonujący. Podejmowane działania na rzecz popularyzacji tego dokumentu nie powodują istotnej poprawy sytuacji. Ministerstwo Zdrowia w związku z tym, zamierza podjąć działania mające na celu upowszechnienie wśród przyszłych matek wiedzy na temat ich praw.

Niepokój rodzi również to, że kobiety w Polsce coraz częściej zainteresowane są uzyskaniem możliwości niefizjologicznego ukończenia porodu. Często nawet brak możliwości decydowania o dostępie do inwazyjnych metod terapeutycznych takich jak znieczulenie zewnątrzoponowe porodu czy cesarskie cięcie postrzegają jako ograniczanie swoich praw. Powszechną opinią jest to, że w Polsce jest ograniczony dostęp do świadczenia zdrowotnego polegającego na ukończeniu ciąży drogą cesarskiego cięcia, podczas gdy rozwiązywanych jest w ten sposób w Polsce ponad 32% ciąż. *Jednocześnie Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że uzasadniony epidemiologicznie jest wskaźnik ok. 15% ciąż zakończonych drogą cesarskiego cięcia.*

To jest kolejny element wskazujący na to, że kobietom nie jest zapewniane właściwe wsparcie w trakcie ciąży i porodu, wsparcie, które między innymi ma na celu przekazanie kobiecie wszystkich niezbędnych informacji na temat aspektów medycznych przebiegu ciąży, które będą

Mamy nadzieję, że nowy Zarząd, wyłoniony w nadchodzących wyborach, będzie kontynuował rozpoczętą sanację Komitetu prowadzącą do zmiany dotychczasowej formuły, w większym zakresie zapozna z jego celami oraz zachęci do współdziałania gremia naukowe zarówno lekarskie jak i pielęgniarsko-położnicze, organizacje społeczne oraz mass media i potrafi zainteresować do pracy na rzecz upowszechnienia karmienia piersią większą liczbę entuzjastów.

Prof. dr hab. Barbara Kowalewska - Kantecka

powodowały, że przy podejmowaniu decyzji kobiety nie będą kierowały się przede wszystkim strachem przed bólem, ale troską o zdrowie swoje i dziecka. Należy jednoznacznie podnieść, że nadmierna medykalizacja porodu, która obecnie obserwujemy, może utrudniać rozpoczęcie i kontynuowanie karmienia piersią.

Za wspieranie kobiet w sprawowaniu przez nie opieki nad dzieckiem mogą być postrzegane działania, które tak na prawdę, mają na celu zwiększenie sprzedaży pewnych produktów a nie wspieranie matek. W działania takie często również zaangażowany jest fachowy personel medyczny. W związku z tym Minister Zdrowia zajął w tej sprawie jasne stanowisko publikując następujący komunikat:

Komunikat w sprawie obowiązujących ograniczeń reklamy produktów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt i innych przedmiotów tego typu o charakterze promocyjnym.

Minister Zdrowia przypomina:

Zgodnie z ustawą *Ustawą z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia* (Dz.U. 2010 nr 136 poz. 914 z późn zm.), reklama produktów do początkowego żywienia niemowląt podlega ograniczeniom. Zakazane jest prowadzenie działalności promocyjnej zachęcającej do nabycia preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, takiej jak rozdawanie próbek, specjalne wystawy, kupony rabatowe, premie, specjalne wyprzedaże i sprzedaż wiązana. Ponadto zakazane jest oferowanie lub dostarczanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt, ich próbek lub innych przedmiotów tego typu o charakterze promocyjnym konsumentom, w tym przede wszystkim kobietom ciężarnym, rodzicom niemowląt lub członkom ich rodzin, bezpośrednio lub za pośrednictwem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, bezpłatnie lub po obniżonej cenie.

Wszystkie, wymienione powyżej działania podlegają karze grzywny. Przypadki naruszania prawa przez producentów lub dystrybutorów należy zgłaszać Policji bądź Prokuraturze. Ponadto, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego (Dz. U. Nr 180, poz. 1214) oznakowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt ani ich reklama nie może zawierać wizerunków niemowląt, jak również innych wizerunków lub tekstów idealizujących stosowanie tych preparatów. Opakowania zarówno produktów przeznaczonych do początkowego jak i dalszego żywienia niemowląt nie mogą zawierać określeń takich jak: „humanizowane”, „umatczynione” czy „adoptowane” bądź innych podobnych. Ten zapis dotyczy również ich reklamy. Powyższe regulacje mają na celu ograniczenie wpływu

producentów preparatów mlekozastępczych na decyzje podejmowane przez matki w zakresie sposobu karmienia niemowlęcia oraz ograniczenie stosowania preparatów mlekozastępcze w przypadkach, gdy nie jest ono niezbędne.

Pośrednio, ustawa i rozporządzenie służy ochronie karmienia piersią, które jest optymalnym sposobem żywienia niemowląt.

Prawna ochrona karmienia piersią

mgr prawa Piotr Szyczyński, w 2012 roku ukończył aplikację radcowską przy Okręgowej Izbie Radców Prawnych w Łodzi.

W celu kompleksowego omówienia zakresu ochrony prawnej karmienia piersią należy określić podstawowe źródła i dokumenty prawa międzynarodowego oraz krajowego, w których zawarte są gwarancje prawne regulujące ochronę kobiet karmiących piersią.

Źródła prawa międzynarodowego:

- Konwencja nr 103 Międzynarodowej Organizacji Pracy z dnia 28 czerwca 1952 roku,
- Dyrektywa Rady 92/85/EWG z dnia 19 października 1992 r., w sprawie wprowadzenia środków służących wspieraniu poprawy w miejscu pracy bezpieczeństwa i zdrowia pracownic w ciąży, pracownic które niedawno rodziły, i pracownic karmiących piersią, Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce,
- Dyrektywa Rady 89/398/EEC z dnia 3 maja 1989 r. o zbliżeniu przepisów prawnych Państw Członkowskich dotyczących środków spożywczych specjalnego żywienia przeznaczenia,
- Dyrektywa Unijna 91/321 EEC z dnia 14 maja 1991 r. o mleku początkowym i następnym
- Rozporządzenie WE Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego.

Do dokumentów prawa międzynarodowego w zakresie ochrony karmienia piersią należy również zaliczyć wzorzec działania zaprezentowany przez Komisję Europejską Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka w zakresie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią w Europie.

Źródła prawa krajowego

- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks Pracy
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 roku o bezpieczeństwie żywności i żywienia
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

I. Ochrona karmienia piersią w prawie międzynarodowym

1. Konwencja nr 103 Międzynarodowej Organizacji Pracy

Jednym ze źródeł prawa międzynarodowego w zakresie ochrony kobiet karmiących piersią jest Konwencja nr 103

Międzynarodowej Organizacji Pracy z 28 czerwca 1952 r., która dotyczy ochrony macierzyństwa i została przyjęta w Genewie. Polska ratyfikowała konwencję w 1976 roku (Dz. U. z 1976, Nr 16 poz. 99).

Zgodnie z art. 5 Konwencji kobieta karmiąca piersią swoje dziecko jest uprawniona do przerywania w tym celu pracy podczas jednego lub kilku okresów, których czas trwania ustali ustawodawstwo krajowe. Przerwy w pracy w celu karmienia powinny być wliczane do czasu pracy i wynagradzane jako takie w wypadkach, w których sprawa ta jest regulowana przez ustawodawstwo krajowe lub zgodnie z nim; w wypadkach, w których sprawę tę regulują układy zbiorowe, warunki będą ustalone zgodnie z odpowiednim układem.

Należy dodać, że poza ochroną kobiet karmiących piersią, Konwencja zawiera również inne dyrektywy zmierzające do zagwarantowania ochrony macierzyństwa, w szczególności:

- prawo do urlopu macierzyńskiego w wymiarze co najmniej dwunastu tygodni (art. 3 ust. 1 i 2),
- zakaz wypowiedzenia przez pracodawcę umowy o pracę kobiecie korzystającej z urlopu macierzyńskiego (art. 6),
- prawo kobiety korzystającej z urlopu macierzyńskiego do otrzymania świadczeń pieniężnych, ustalonych przez ustawodawstwo krajowe w taki sposób, aby były wystarczające dla zapewnienia całkowitego utrzymania kobiety oraz jej dziecka w dobrych warunkach higienicznych i na odpowiedniej stopie życiowej oraz świadczeń leczniczych, obejmujących pomoc przedporodową, pomoc podczas porodu i pomoc poporodową, udzielaną przez dyplomowaną położną lub lekarza, umieszczenie w szpitalu, oraz zapewnienie wolnego wyboru lekarza, a także wolnego wyboru pomiędzy szpitalem publicznym i prywatnym (art. 3 ust. 1, 2 i 3).

Świadczenia pieniężne i lecznicze są udzielane w ramach systemu obowiązkowego ubezpieczenia, lub wypłacane z funduszy publicznych; w jednym i drugim wypadku są one udzielane z mocy samego prawa wszystkim kobietom spełniającym wymagane warunki (art. 3 ust. 4).

2. Dyrektywa Rady 92/85/EWG

Kolejnym źródłem prawa międzynarodowego, obowiązującym na terenie Unii Europejskiej i regulującym ochronę prawną kobiet karmiących piersią jest Dyrektywa Rady 92/85/EWG z dnia 19 października 1992 r., w sprawie wprowadzenia środków służących wspieraniu poprawy w miejscu pracy bezpieczeństwa i zdrowia pracownic w ciąży, pracownic, które niedawno rodziły, i pracownic karmiących piersią (dziesiąta dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (5) zapewnia ochronę grupom szczególnego ryzyka przed dotyczącymi ich zagrożeniami.

Dyrektywa Nr 85 zawiera szereg postanowień gwarantujących ochronę prawną macierzyństwa. Pracownice w ciąży i karmiące piersią nie mogą

wykonywać czynności, które zostały ocenione jako niosące ryzyko narażenia zdrowia i bezpieczeństwa. Zgodnie z postanowieniami Dyrektywy zaleca się ustanowienie przepisów bezwzględnie zakazujących wymagania od pracownic w ciąży lub pracownic, które niedawno rodziły, oraz pracownic karmiących piersią, pracy w godzinach nocnych, zagwarantowania im co najmniej 14 nieprzerwanych tygodni urlopu macierzyńskiego, przyznanego przed porodem i/lub po porodzie oraz obowiązkowego co najmniej dwutygodniowego urlopu przed i/lub po porodzie.

Dodatkowo Dyrektywa wprowadza obowiązek ustanowienia przepisów zabraniających zwolnień pracownic w ciąży, które niedawno rodziły lub karmiących piersią. Szczegółowe rozwinięcie postulowanych w preambule zaleceń znajduje odzwierciedlenie w dalszej części Dyrektywy.

I tak, zgodnie z art. 4 oraz 5 Dyrektywy, jeżeli wynik oceny środowiska pracy ujawni zagrożenie zdrowia, bezpieczeństwa, lub może mieć wpływ na ciążę lub karmienie piersią, pracownic w ciąży, pracownic które niedawno rodziły oraz pracownic karmiących piersią, pracodawca jest obowiązany podjąć niezbędne środki, które zapewnią czasowe dostosowanie warunków pracy i czasu pracy takich pracownic, aby uniknąć narażenia ich na ryzyko. W przypadku zaś, gdyby dostosowanie warunków pracy było technicznie lub obiektywnie niewykonalne, bądź nie może być wymagane z należycie uzasadnionych powodów, pracodawca obowiązany jest przenieść je do innej pracy.

W przypadku gdyby również przeniesienie było niewykonalne z przyczyn wskazanych powyżej, pracownicy będącej w ciąży, która niedawno rodziła bądź karmiącej piersią należy się płatny urlop na cały okres niezbędny do ochrony zdrowia lub bezpieczeństwa.

Pozostałe uprawnienia, które przyznaje dyrektywa pracownikom karmiącym piersią, pracownikom w ciąży oraz w okresie po urodzeniu dziecka to:

- bezwzględny zakaz zobowiązywania takich pracownic do wykonywania obowiązków, których ocena wykazała istnienie ryzyka narażenia na czynniki i warunki pracy zagrażające zdrowiu i bezpieczeństwu (art. 6 ust. 2),
- zobowiązanie Państw Członkowskich do podjęcia środków uniemożliwiających wykonywanie pracy w porze nocnej przez pracownice w ciąży, w okresie po urodzeniu dziecka oraz pracownice karmiące piersią (art. 7),
- prawo do nieprzerwanego urlopu macierzyńskiego, trwającego co najmniej 14 tygodni (art. 8), uprawnienie pracownic w ciąży do zwolnień z pracy bez utraty wynagrodzenia, w celu dokonania badań prenatalnych, jeśli takie badania muszą się odbyć w godzinach pracy (art. 9),
- nakazanie wprowadzenia przez Państwa Członkowskie środków zakazujących zwolnienia z pracy w okresie ciąży do końca urlopu macierzyńskiego (art. 10).

3. Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące

Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące został opracowany przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (WHO) w 1981 roku. Dokument ten zawiera szereg zaleceń co do ograniczeń w marketingu substytutów mleka dla niemowląt.

Zgodnie z postanowieniami kodeksu zabronione są:

- wszelkie formy reklamy i marketingu substytutów mleka, w szczególności prowadzone na terenie placówek zdrowia (art. 6),

- korzystanie przez system opieki zdrowotnej z usług personelu podlegającego lub opłacanego przez wytwórców lub dystrybutorów,

- bezpośrednie kontakty pomiędzy przedstawicielami handlowymi a personelem medycznym oraz matkami i kobietami w ciąży.

Tekst dotyczący Kodeksu znajdują czytelnicy w biuletynie nr 2/2012 jest to obszerny artykuł autorstwa dr Wojdan-Godek i M. Puchniewicz z Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży IMiD.

Władze państw członkowskich, którym podlega opieka zdrowotna, zobligowane zostały do podjęcia właściwych kroków w celu promowania i ochrony karmienia piersią.

4. „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie” - wzorzec działania zaprezentowany przez Komisję Europejską Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka w dniu 18 czerwca 2004 roku.

Dokument ten został zaprezentowany 18 czerwca 2004 roku w Irlandii podczas konferencji państw Unii Europejskiej na temat upowszechniania karmienia piersią w Europie, miał za zadanie wspieranie i propagowanie karmienia piersią jako nadrzędnego celu działań publicznej służby zdrowia w Europie.

W dokumencie wskazano na konieczność ochrony, upowszechniania i wspierania karmienia piersią, a także informowania, edukacji i komunikacji, w celu przywrócenia kultury karmienia piersią, oraz konieczność szkolenia pracowników służby zdrowia w zakresie profesjonalnego wsparcia w utrzymaniu laktacji.

II. Ochrona karmienia piersią w prawie krajowym

1. Kodeks Pracy

W polskim porządku prawnym podstawowym aktem prawnym, przyznającym kobietom karmiącym piersią oraz kobietom w ciąży ochronę prawną jest ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U. 1998, Nr 21, poz. 94 z późn.zm.) Dział ósmy kodeksu pracy poświęcony jest uprawnieniom pracowników związanych z rodzicielstwem, które powinny być przez pracodawcę bezwzględnie respektowane.

W stosunku do pracownic w ciąży, pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę w okresie ciąży, a także w okresie urlopu macierzyńskiego pracownicy, chyba że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z jej winy i reprezentująca pracownicę zakładowa organizacja związkowa wyraziła zgodę na rozwiązanie umowy (art. 177 § 1). Powyższe nie dotyczy pracownicy w okresie próbnym nie przekraczającym jednego miesiąca.

Zgodnie z art. 177 § 3 umowa o pracę zawarta na czas określony, lub na czas wykonania określonej pracy, albo na okres próbny przekraczający jeden miesiąc, która uległaby rozwiązaniu po upływie trzeciego miesiąca ciąży, ulega przedłużeniu do dnia porodu (przepisu tego nie stosuje się do umowy o pracę na czas określony zawartej w celu zastępstwa pracownika w czasie jego usprawiedliwionej nieobecności w pracy). Pracownicy w ciąży nie wolno zatrudniać w godzinach nadliczbowych oraz w porze nocnej, delegować bez jej zgody poza stałe miejsce pracy ani zatrudniać w przerywanym systemie czasu pracy (art. 178). Art. 178¹ zobowiązuje pracodawcę, zatrudniającego pracownicę w nocy do zmiany rozkładu jej czasu pracy na okres ciąży, w sposób umożliwiający jej wykonywanie pracy poza porą nocną, a jeżeli jest to niemożliwe lub niecelowe, przeniesienie pracownicy do innej pracy, której

wykonywanie nie wymaga pracy w porze nocnej; w razie braku takich możliwości pracodawca obowiązany jest zwolnić pracownicę na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy, z zachowaniem prawa do dotychczasowego wynagrodzenia.

Pracodawca zatrudniający pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią przy pracy wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 176, wzbronionej takiej pracownicy bez względu na stopień narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia lub niebezpieczne, jest obowiązany przenieść pracownicę do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnić ją na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy (art. 179 § 1).

Aktem wykonawczym do art. 176 kodeksu pracy jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 roku w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia (Dz. U. z 1996, Nr 114, poz. 545 z późn. zm).

Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia nie wolno zatrudniać kobiet karmiących piersią między innymi przy pracach:

- w mikroklimacie zimnym, gorącym, zmiennym (w warunkach przekraczających wskaźniki określone Polskimi Normami, oraz w środowisku, w którym występują nagle zmiany temperatury powietrza w zakresie przekraczającym 15° C),
- pracach w pozycji wymuszonej, oraz w pozycji stojącej łącznie ponad 3 godziny w czasie zmiany roboczej,
- wszystkich pracach, przy których najwyższe wartości obciążenia pracą fizyczną, mierzone wydatkiem energetycznym netto na wykonanie pracy, przekraczają 2900 kJ na zmianę roboczą,
- pracach związanych z wysiłkiem fizycznym i transportem ciężarów, jeżeli występuje przekroczenie ¼ określonych wartości w ust. 2-6 załącznika,
- pracach w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące określonych w przepisach prawa atomowego,
- pracach w podwyższonym lub obniżonym ciśnieniu (prace nurków oraz wszystkie prace w warunkach podwyższonego lub obniżonego ciśnienia),
- pracach w kontakcie ze szkodliwymi czynnikami biologicznymi (prace stwarzające ryzyko zakażenia: wirusem zapalenia wątroby typu B, wirusem ospy wietrznej i półpaśca, wirusem różyczki, wirusem HIV, wirusem cytomegalii, pałeczką listeriozy, toksoplazmozą, oraz prace przy obsłudze zwierząt dotkniętych chorobami zakaźnymi i inwazyjnymi),
- pracach w narażeniu na działanie szkodliwych substancji chemicznych (pracach w narażeniu na działanie czynników rakotwórczych i o prawdopodobnym działaniu rakotwórczym, określonych w odrębnych przepisach, pracach w narażeniu na substancje chemiczne takie jak chloropren, 2-etoksyetanol, dwubromek etylenu, leki cytostaticzne, mangan, 2-metoksyetanol, ołów i jego związki organiczne i nieorganiczne, rtęć i jej związki organiczne i nieorganiczne, styren, syntetyczne estrogeny i progesterony, dwusiarczek węgla i preparaty do ochrony roślin, niezależnie od ich stężenia w środowisku pracy, oraz przy pracach w narażeniu na działanie rozpuszczalników organicznych, jeżeli ich stężenia w środowisku pracy przekraczają wartości 1/3 najwyższych dopuszczalnych stężeń).

Pracodawca zatrudniający pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią przy pozostałych pracach wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art.

176 (prace wzbronione kobietom) jest obowiązany dostosować warunki pracy do wymagań określonych w tych przepisach, lub tak ograniczyć czas pracy, aby wyeliminować zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa pracownicy.

Jeżeli dostosowanie warunków pracy na dotychczasowym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy jest niemożliwe lub niecelowe, pracodawca jest obowiązany przenieść pracownicę do innej pracy, a w razie braku takiej możliwości zwolnić pracownicę na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy, z zachowaniem prawa do dotychczasowego wynagrodzenia (art. 179 § 2 i 5).

Przepis powyższy stosuje się odpowiednio w przypadku, gdy przeciwwskazania zdrowotne do wykonywania dotychczasowej pracy **przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią wynikają z orzeczenia lekarskiego.**

W przypadku gdy zmiana warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy, skrócenie czasu pracy, lub przeniesienie pracownicy do innej pracy powoduje obniżenie wynagrodzenia, pracownicy w ciąży lub karmiącej dziecko piersią przysługuje dodatek wyrównawczy.

Artykuł 187 kodeksu pracy przyznaje pracownicy karmiącej dziecko piersią prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy, wliczanych do czasu pracy. Pracownica karmiąca więcej niż jedno dziecko ma prawo do dwóch przerw w pracy, po 45 minut każda. Przerwy na karmienie mogą być na wniosek pracownicy udzielane łącznie.

Precyzując wyżej wskazany przepis, należy zaznaczyć, że jeśli matka karmi piersią więcej niż jedno dziecko, nie muszą to być dzieci urodzone podczas jednego porodu, aby pracownicy przysługiwały przerwy po 45 minut każda.

Ilość przerw na karmienie uzależniona jest również od wymiaru czasu pracy. Pracownicy zatrudnionej przez czas krótszy niż cztery godziny dziennie przerwy na karmienie nie przysługują. Jeżeli czas pracy pracownicy karmiącej piersią jest dłuższy niż cztery godziny, lecz krótszy niż sześć godzin dziennie – przysługuje jej jedna przerwa na karmienie. Natomiast kobietom, których czas pracy wynosi więcej niż sześć godzin dziennie, przysługują dwie przerwy na karmienie.

Prawo do przerwy na karmienie pracownica zachowuje dopóty, dopóki karmi dziecko piersią. Przepis art. 187 kodeksu pracy nie wymaga specjalnej procedury wykazania przez pracownicę faktu karmienia piersią. Wystarczające powinno być samo oświadczenie pracownicy. Jeżeli pomimo tego, pracodawca poweźmie wątpliwości, co do faktu karmienia przez pracownicę piersią, może zażądać zaświadczenia lekarskiego. W takim przypadku wystarczy, jeśli zaświadczenie wydane będzie przez uprawnionego do tego lekarza. Nie jest konieczne wykazywanie, że karmienie piersią jest uzasadnione bądź konieczne, wystarczy tylko potwierdzenie, że kobieta karmi piersią dziecko.

Raz jeszcze należy podkreślić, że przerwy na karmienie dziecka/ dzieci wliczane są do czasu pracy, za który kobieta karmiąca piersią zachowuje prawo do wynagrodzenia obliczonego jak wynagrodzenie za urlop.

W podsumowaniu wskazać należy, że katalog przepisów prawa pracy zawartych w dziale ósmym i odnoszących się do kobiet w ciąży, oraz kobiet karmiących piersią, ma na celu zapewnienie tym kobietom prawidłowego spełniania ich funkcji macierzyńskich, oraz ułatwianie godzenia obowiązków rodzinnych z zawodowymi.

2. Ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia

Ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia z dnia 25 sierpnia 2006 roku (Dz. U. z 2010, Nr 113, poz. 914 t.j.), została wprowadzona do polskiego porządku prawnego w celu dostosowania prawa krajowego do przepisów unijnych (Dyrektywa Rady 89/398/EEC z dnia 3 maja 1989 roku o zbliżeniu przepisów prawnych Państw Członkowskich dotyczących środków spożywczych specjalnego żywieniowego przeznaczenia, Rozporządzenie WE Nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002 r. ustanawiające ogólne zasady i wymagania prawa żywnościowego.

Zgodnie z art. 25 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia reklama preparatów do początkowego żywienia niemowląt może być prowadzona wyłącznie w publikacjach popularnonaukowych, specjalizujących się w upowszechnianiu wiedzy z zakresu opieki nad dzieckiem, lub w publikacjach naukowych i musi być ograniczona do informacji potwierdzonych badaniami naukowymi. Informacje zawarte w reklamie nie mogą sugerować, że karmienie sztuczne jest równoważne, lub korzystniejsze od karmienia piersią.

Zabronione jest:

- reklamowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt w miejscach ich sprzedaży,
- prowadzenie działalności promocyjnej, zachęcającej do nabycia preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, takiej jak rozdawanie próbek, specjalne wystawy, kupony rabatowe, premie, specjalne wyprzedaże i sprzedaż wiązana,
- oferowanie lub dostarczanie przez producentów lub dystrybutorów preparatów do początkowego żywienia niemowląt oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt, ich próbek lub innych przedmiotów tego typu o charakterze promocyjnym - konsumentom, w tym przede wszystkim kobietom ciężarnym, rodzicom niemowląt lub członkom ich rodzin, bezpośrednio lub za pośrednictwem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, bezpłatnie lub po obniżonej cenie.

Dodatkowo, wydane na podstawie art. 26 ustawy, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2007 roku w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia określa wymogi dotyczące oznakowania preparatów do początkowego i dalszego żywienia niemowląt.

Oznakowanie takie nie może zniechęcać do karmienia piersią, zabronione jest używanie określeń takich jak „humanizowane”, „umatczynione” i „adaptowane” oraz określeń podobnych. Oznakowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt powinno zawierać poprzedzone wyrazami „ważna informacja” – informacje o wyższości karmienia piersią nad karmieniem sztucznym oraz zalecenie stosowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt wyłącznie po zasięgnięciu porady osób posiadających kwalifikacje z zakresu medycyny, żywienia lub farmacji, w tym przede wszystkim lekarzy

pediatrów, farmaceutów lub dietetyków, albo innych osób profesjonalnie odpowiedzialnych za opiekę nad matką i dzieckiem. Oznakowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt nie może zawierać wizerunków niemowląt, jak również innych wizerunków lub tekstów idealizujących stosowanie tych preparatów.

3. Inne źródła prawa krajowego

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 r. Nr 214, poz. 1816 z późn.zm.).

W załączniku nr 2 do rozporządzenia, wydanego na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) – określono zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Do zadań położnej w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz w zakresie świadczeń leczniczych należy m.in. poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia, poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią, oraz udzielanie pomocy w okresie laktacji.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2007 r. Nr 210, poz. 1540 z późn. zm.).

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.) wskazuje na zakres świadczeń wykonywanych przez położną bez zlecenia lekarskiego, do których należy między innymi przeprowadzanie wizyt patronażowych u położnicy i noworodka (niemowlęcia) oraz prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków i niemowląt zdrowych.

- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

Przepis art. 3 ust 2 definiuje, iż działalność lecznicza może polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Biorąc pod uwagę zakres definicji „promocja zdrowia”, użyty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie powinno budzić wątpliwości, że opieka nad kobietą karmiącą piersią oraz poradnictwo w tym zakresie mieści się w pojęciu „promocji zdrowia”.

Podsumowując, należy zauważyć, że dobro kobiet w ciąży, oraz karmiących piersią jest uregulowane i chronione pod wieloma względami, zarówno na gruncie prawa polskiego, jak i międzynarodowego. Karmienie piersią, propagowane jako metoda najlepsza, podlega ochronie prawnej na mocy wymienionych wyżej przepisów.

Wspieranie karmienia piersią z pozycji ginekologa-położnika.

dr Małgorzata Kamińska

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce

Karmienie naturalne zapewnia dziecku optymalny stan zdrowia i sprzyja prawidłowemu rozwojowi. Mleko kobiece jest żywnością funkcjonalną, ponieważ poza odżywianiem pełni funkcję ochronną dla niedojrzałego organizmu dziecka oraz wspomaga jego rozwój. Jest też dobrodziejstwem dla matki, gdyż zmniejsza ryzyko wystąpienia niektórych chorób i przyspiesza odzyskiwanie formy po porodzie.

Zgodnie ze stanowiskiem AAP/American Academy of Pediatrics/ oraz ESPGHAN /European Society of Pediatrics Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/ karmienie piersią to rekomendowana i wzorcowa metoda żywienia niemowląt i małych dzieci. Lekarz ginekolog-położnik towarzyszy matce od początku ciąży. Ma możliwość poznania ciężarnej, jej schorzeń, nawyków, zamiarów i nastawienia do karmienia. Znając zalety karmienia naturalnego zarówno dla dziecka jak też dla matki, może i powinien przekonać ciężarną do idei karmienia naturalnego. Zadaniem lekarza i położnej w czasie opieki przedporodowej jest przede wszystkim edukacja matek dotycząca rozwoju ciąży, porodu i aktywnego, świadomego w nim udziału oraz laktacji. W czasie porodu zapewnienie bezpieczeństwa i opieki przyjaznej matce ,tak w czasie porodu naturalnego jak też zabiegowego z uwzględnieniem

Wspieranie karmienia piersią z pozycji położnej i pielęgniarki.

mgr Małgorzata GIERADA-RADOŃ

Starsza położna w CENTRUM MEDYCZNYM ŻELAZNA w Warszawie

Najbardziej skuteczną drogą do udanego karmienia piersią jest bezpośrednie wsparcie matki. Ważna jest ciągłość wsparcia przed i po porodzie, jak również po wyjściu ze szpitala.

Kiedy kobieta potrzebuje wsparcia?

1. w trzecim trymestrze ciąży,
2. w pierwszych dobach po porodzie,
3. po powrocie ze szpitala,
4. gdy pojawiają się wątpliwości „czy jestem dobrą matką”,
5. gdy matka zaczyna tracić motywację,
6. gdy rady, które dostaje są niewłaściwe,
7. gdy czuje się osamotniona,
8. gdy występują rzeczywiste problemy laktacyjne.

Karmienie piersią przypada na połóg, nowy okres w życiu kobiety. Zachodzi wówczas mnóstwo gwałtownych zmian dotyczących zarówno jej ciała jak i emocji. Uczucia miłości i czułości do dziecka/dzieci mieszają się ze zmęczeniem, złością, bezradnością i lękiem. Zmieniają się cele, hierarchie wartości oraz relacje w rodzinie.

Karmienie to bardzo intymna relacja między matką i jej dzieckiem/dziećmi. Poczucie sukcesu bądź porażki w kwestii karmienia piersią może przełożyć się na jakość więzi między nimi i własną samoocenę matki. Celem naszej pomocy jest poprawa ich wzajemnych relacji, a nie

Wspieranie karmienia piersią z punktu widzenia neonatologa i pediatry.

Dr n. med. Beata Pawlus

Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny w Warszawie

Wspieranie karmienia piersią wymaga przekonania, zaangażowania i wiedzy. Nie bez znaczenia jest także wytrwałość i konsekwencja w postępowaniu oraz jednolity przekaz płynący od zespołu ludzi wspierających matkę karmiącą. Ale liczy się także po prostu empatia, takt, należyta staranność i wiarygodność w kontakcie z matką karmiącą wymagającą wsparcia zarówno w sferze merytorycznej, technicznej jak i psychicznej.

Sygnaly dotyczące znaczenia karmienia piersią kobieta otrzymuje najpierw z własnego otoczenia, od najbliższej rodziny, własnej matki, przyjaciółek, całego środowiska w

indywidualnych potrzeb rodzącej. Po porodzie stworzenie warunków do wspólnego pobytu matki i dziecka w jednym pokoju z możliwością odwiedzin najbliższych i odpoczynku. Lekarz ma czuwać nad takim porządkiem dnia, by matka znalazła czas na rozmowę z rodziną, naukę i doskonalenie sztuki karmienia, poznawania potrzeb swego dziecka i odpoczynek. Zważywszy na to, że pobytu w szpitalu po porodach naturalnych są bardzo krótkie podobnie jak po cięciach cesarskich, jest to niezmiernie trudne. Warto przygotować harmonogram zajęć edukacyjnych na poszczególne doby pobytu co ułatwia pracę personelu i pozwala matce skupić się i zapamiętać. Sukces który jest do osiągnięcia to: szczęśliwa matka, uśmiechnięci, zadowoleni ojcowie i spokojne noworodki w ramionach mam. Sukces ten możliwy jest do osiągnięcia dzięki ogromnej pracy całego zespołu.

osiągnięcie ideału karmienia piersią.

Położna lub pielęgniarka wspierając matkę karmiącą piersią dziecko/dzieci musi:

- dostrzegać co się dzieje między nimi i wokół nich;
- zauważać i doceniać to co matka robi dla swojego dziecka/dzieci;
- okazywać matce zaufanie i wierzyć w jej umiejętności;
- konkretnie i bezpośrednio pomóc, zmotywować;
- umieć słuchać i nie przeszkadzać;
- zaangażować najbliższych jeśli to możliwe;
- umieć akceptować przekonania, problemy i decyzje matki.

Położna, pielęgniarka to osoba, która towarzyszy matce karmiącej piersią przez krótki czas. Spotkanie to ma dać jej wsparcie i przekonać ją, że dobrze radzi sobie z własnym dzieckiem i jego karmieniem. Jeśli występują trudności powinna zaproponować rozwiązanie problemu dając odpowiednią wiedzę i umiejętności. Dostępność fizyczna i komunikacyjna takiej osoby oraz poczucie ciągłości i fachowości opieki daje matce poczucie bezpieczeństwa, a tym samym komfort.

Literatura

1. M. Nehring-Gugulska, M. Żubik, A. Pietkiewicz „Karmienie piersią w teorii i praktyce”, Warszawa 2012;
2. B. Szyber „Sens wspierania kobiet karmiących” materiały z konferencji „Poradnia laktacyjna dziś i jutro”, Konstancin Jeziorna 2005;
3. Fundacja rodzić po ludzku „Jak mądrze wspierać kobietę w karmieniu piersią?”, Warszawa 2010.

jakim żyje. To wpływa na jej poziom świadomości dotyczącej wartości karmienia naturalnego, zanim jeszcze zajdzie w ciążę. Do łańcucha ludzi i doświadczeń kształtujących rozumienie przez matkę potrzeby karmienia swojego dziecka piersią dołącza lekarz ginekolog i położna w czasie ciąży i porodu. Zdobyta w ten sposób wiedza i nastawienie do karmienia naturalnego wpływa znacząco na prawidłowy rozwój laktacji i na skuteczne karmienie piersią.

W życiu jednak nie zawsze zdarzają się takie pozytywne scenariusze. Niejednokrotnie obserwujemy sytuacje, kiedy mamy teoretycznie zmotywowaną do karmienia piersią kobietę, zdrowe dziecko, a bez wsparcia nie możemy liczyć na sukces. Jak ten problem wygląda z punktu widzenia lekarza neonatologa oraz pediatry, czyli profesjonalistów towarzyszących matce w opiece nad jej dzieckiem? Napiszę, jak bym chciała, żeby było...

Już od pierwszych chwil po urodzeniu dziecka neonatolog jest „strażnikiem” dobrych praktyk szpitalnych sprzyjających rozwojowi laktacji. Podkreśla wagę „pierwszego, nieprzerwanego kontaktu” matki z noworodkiem dla prawidłowego rozwoju laktacji. Ze względu na rosnący odsetek cięć cesarskich to neonatolog edukuje matki i personel medyczny o konieczności wdrożenia takich praktyk także na sali operacyjnej i pooperacyjnej. I choć pacjentem neonatologa jest dziecko to jego uwaga, a może uważność, nastawiona jest w równym stopniu na dziecko jak i na jego matkę – kobietę karmiącą. Dlatego to właśnie neonatolog często pierwszy zauważa problem w karmieniu piersią i potrzebę wsparcia nie tylko własną osobą, ale także w niektórych przypadkach, osobą psychologa czy doradcy laktacyjnego. Z punktu widzenia neonatologa, wsparcie matki karmiącej to praca całego zespołu ludzi, a w sytuacji urodzenia wcześniaka lub noworodka chorego wsparcie karmienia piersią staje się **walką o lek** dla tego dziecka.

Kobieta karmiąca wymaga pomocy i opieki nie tylko zaraz po porodzie, kiedy laktacja się rozwija i stabilizuje. Przed nią co najmniej kilka miesięcy radości i trudów związanych z karmieniem dziecka. Z punktu widzenia towarzyszącego matce i dziecku pediatry liczy się spójny przekaz i „zielone światło” dla karmienia naturalnego. Ważne praktyki to zapewnienie matce wiedzy dotyczącej przewagi sposobu karmienia jaki wybrała nad „sztuczną alternatywą” oraz wiedzy związanej z szeroko rozumianą profilaktyką zdrowotną poprzez karmienie naturalne – profilaktyką zdrowotną dotyczącą zarówno zdrowia dziecka jak i matki. Patrzący na parę matka-dziecko pediatra wspiera ją także w chorobie dziecka, ale nie tylko – służy pomocą w problemach z karmieniem, a gdy chora jest matka, pomaga jej chronić przed chorobą dziecko. Zapewnia matce także poradnictwo w zakresie prawidłowej dla niej diety w czasie karmienia piersią, czuwa nad dobrą praktyką w tym zakresie, nie powiela stereotypów

dotyczących diet eliminacyjnych i nad-rozpoznawalności alergii. Pediatra dba też o obecność matki karmiącej w szpitalu przy chorym dziecku. Z punktu widzenia pediatry wsparcie karmienia piersią ma skutkować tym, że pacjent w jego gabinecie pojawia się raczej do „szczepienia niż leczenia”. Tak właśnie bym chciała, żeby było...

Do takiego rozumienia wsparcia karmienia piersią potrzebna jest odpowiedzialność, zarówno po stronie matki, jak i lekarza pediatry, czy neonatologa. Ale słowo „odpowiedzialność” musi w sobie nieść ważne treści. Według Hansa Jonasa, filozofa nurtu odpowiedzialności XX wieku, jest odpowiedzialność naturalna i odpowiedzialność kontraktowa. Ta pierwsza „istnieje mocą samej natury”. To odpowiedzialność rodzicielska – „niezależna od jakiegokolwiek uprzedniego jej zaaprobowania, jest nieodwołalna i nie można jej wypowiedzieć... Źródłem odpowiedzialności naturalnej jest według Jonasa „bezpośrednia sprawczość – niezależnie od tego, czy chciana czy niechciana – przeszłego aktu płodzenia, w połączeniu z całkowitą zależnością spłodzonych”. Taka odpowiedzialność towarzyszy matce, która wybiera sposób karmienia swojego dziecka, opierając się na swojej najlepszej wiedzy i doświadczeniu. Odpowiedzialność lekarza to ta druga składowa - odpowiedzialność kontraktowa, wpisana w etykę zawodu. Stając się lekarzem – neonatologiem, pediatrą - **p o d p i s u j e m y k o n t r a k t , p r z y j m u j e m y w s p ó ł o d p o w i e d z i a l n o ś ć** za losy swoich pacjentów, za wspieranie ich, za ich dobro.

„Ojciec, sędzia, wychowawca, premier, to wszystko są role, w jakich ludzie urzeczywistniają konkretnie swą odpowiedzialność”. To słowa innego filozofa odpowiedzialności XX wieku, Johanna Schwartländera. Powinniśmy dbać o nasze różne role w życiu i pamiętać o odpowiedzialności za spełnianie tych ról, nawet w tak odległych wydawałoby się od filozofii obszarach, jak wspieranie karmienia piersią.

Wspieranie matek i rodziny z pozycji psychologa.

dr n. hum. Grażyna Kmita

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny,
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Zakład Wczesnej Interwencji Psychologicznej, Instytut
Matki i Dziecka w Warszawie

Streszczenie:

Relacja rodzice - dziecko ma podstawowe znaczenie dla rozwoju psychiki w perspektywie cyklu życia człowieka. Na szczególną uwagę zasługują procesy zachodzące w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym, związane z rozwojem więzi emocjonalnej. Jednocześnie to właśnie w

pierwszych tygodniach i miesiącach po narodzinach dziecka matka i ojcowie częściej doświadczają trudności psychicznych, które mogą w istotny sposób wpływać na jakość wczesnych interakcji z niemowlęciem. W wystąpieniu referatowym omówione zostaną czynniki, zarówno po stronie rodziców, jak i dziecka, mogące negatywnie rzutować na rozwój więzi emocjonalnej, jak również znaczenie mechanizmów ochronnych. Przedstawione zostaną sytuacje, w których rodzina wymagać może profesjonalnego wsparcia i pomocy psychologicznej. Dyskusji poddane będą różne formy wspierania relacji rodzice-dziecko, a w szczególności metody ukierunkowane na poprawę jakości wczesnych interakcji matek i ojców z niemowlęciem.

Udział organizacji pozarządowych i innych we wspieraniu karmienia piersią.

Tomasz Grzegorzewski Prezes Komitetu Wspierającego
Ogólnopolski Program Edukacji Poporodowej „Szkoła
Matek i Ojców Razem Łatwiej”.

Wspólny dokument WHO/UNICEF z 1989 roku „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią” rozpoczął nową erę w powrocie do jedynego prawidłowego sposobu żywienia niemowląt.

W sierpniu 1990 roku z inicjatywy obu tych organizacji doszło do spotkania w Innocenti przedstawicieli ministerstw zdrowia 29 krajów świata w tym Polski. Na spotkaniu tym przygotowano dokument zwany „Deklaracja z Innocenti”, który określa jakie działania powinny być podjęte na szczeblu państwowym, aby urzeczywistnić w praktyce zasady karmienia piersią.

Ideą przewodnią autorów programu jest zaangażowanie jak największej ilości ludzi wdrażających zasady prawidłowego karmienia. Skupiających się w organizacjach pozarządowych jak i indywidualnie w małych grupach (np.: grupy matek).

W Polsce w kwietniu 1992 powstało z inicjatywy Polskiego Komitetu UNICEF, Ministerstwa Zdrowia i IMiD stowarzyszenie "Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią". Statut stowarzyszenia określa jego cele i sposoby realizacji. Tylko w tym statucie zawarto współdziałanie w przeprowadzaniu ocen szpitali ubiegających się o tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” i propagowanie idei karmienia piersią w środowisku medycznym. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią ma prawo tworzenia oddziałów terenowych. Aktualnie działają oddziały posiadające osobowość prawną w Lublinie i Łodzi.

W minionych latach idea karmienia piersią zyskała licznych sprzymierzeńców np.: Stowarzyszenie Na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia, Fundacja Rodzić Po Ludzku, Fundacja Zdrowia Ziemi Łódzkiej, Centrum Nauki o Laktacji, Centrum Służby Rodzinie w Łodzi w którym jest realizowany autorski projekt twórcy Polskiego modelu szkoły rodzenia prof. Włodzimierza Fijałkowskiego. Profesor karmienie naturalne włączył w scalony program prokreacji ekologicznej. Centrum prowadzi coroczne szkolenia do zadań personelu medycznego.

Zadania poszczególnych organizacji wynikają z zapisu ich statutów. Wiodącym zadaniem jest na ogół szkolenie personelu medycznego i rodziców. Poza organizacjami określanymi w prawie jako pozarządowe działają również

firmy prywatne zajmujące się problematyką promocji zdrowia.

Przykładem możliwości działania różnych organizacji wspierających karmienie piersią jest np. „Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej” (Tomasz Grzegorzewski, prof. Jacek Rudnicki). Realizuje ona szereg akcji edukujących rodziców i personel medyczny oraz realizuje programy edukacji poporodowej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Tworzone są liczne materiały edukacyjne oraz organizowane cykliczne bezpłatne szkolenia w różnych miastach. Rocznie odbywa się 10 szkoleń jednodniowych i jeden kongres trzydniowy. W programie uczestniczą szkoły rodzenia, szpitale, poradnie, prywatne gabinety lekarskie. Organizacja ta wdraża opracowany przez dr Katarzynę Augustyniuk z PUM „Standard edukacji poporodowej”. Już 112 placówek otrzymało certyfikat przystąpienia do programu.

Na podstawie podanego przykładu można wnioskować, że udział rozlicznych organizacji zajmujących się karmieniem piersią może przynieść wiele pożytku w tej dziedzinie. Tylko wspólną pracą bowiem możemy poprawić poziom edukacji personelu medycznego i rodziców. Poprawimy w ten sposób jakość życia przyszłych pokoleń.

Monitoring Szpitali Przyjaznych Dziecku w 2012 roku.

mgr Elżbieta Baum-Chrząścicka, Przewodnicząca Komisji Ocen, Reocen i Monitoringu

Szpitale Przyjazne Dziecku mają obowiązek raz w roku dokonać samooceny a wyniki przesłać do końca marca do Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Monitoring ma pomóc szpitalom ocenić jakość wykonywanych procedur oraz w jakim stopniu wdrażane jest „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”

Do Komitetu wpłynęły z 43 szpitali wyniki monitoringu za 2012 rok. Niestety, nie wszystkie zawierały pełne dane.

Analiza poszczególnych kroków skłania do zastanowienia się nad niektórymi niskimi wynikami. Na przykład krok 3- aż w 4 szpitalach wyniki wahają się od 40

do 74 % ,to znaczy , że kobiety ciężarne nie są informowane o korzyściach karmienia piersią. Natomiast poprawiły się wyniki dotyczące kroku 4-go .Tylko w jednym szpitalu wynik jest niższy od wymaganych 80 % i wynosi 78.4%.

W komentarzach różnych szpitali często pojawia się ocena ,że ciągle personelowi sprawia kłopot nauczenia pacjentek ręcznego odciągania pokarmu. W jednym ze szpitali kobiety podały że 73% z nich korzysta w oddziale z laktatora ,a tylko 27% umie ręcznie odciągnąć pokarm.

Niepokojące jest również to, że w ocenie opieki przyjaznej matce – trzy szpitale osiągnęły wyniki od 70 do 78%. Pozostałe kroki były wykonywane powyżej 90%.

| Średnie wyniki monitoringu dla 43 szpitali w 2012 roku | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|----|------|
| Krok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| % | 100 | 100 | 89,7 | 91,8 | 90,6 | 93,6 | 96,2 | 95,5 | 96,1 | 95,8 | 98 | 90,4 |

Standardy WHO Rozwoju Fizycznego Dziecka i ich implementacja w Polsce.

mgr Katarzyna Plucińska (WHO)

Lioul Berghanu (WHO)

dr Paulina Miśkiewicz (WHO)

Zdrowie matki i dziecka jest jednym z najważniejszych priorytetów współczesnego zdrowia na świecie. Zajmuje ono szczególne miejsce w działaniach Światowej Organizacji Zdrowia, gdzie już na początku Konstytucji Organizacji zapisano, iż „zdrowy rozwój dziecka ma znaczenie podstawowe; zdolność do harmonijnego życia w zmieniającym się całokształcie środowiska jest istotna dla takiego rozwoju”. Aby realizować te cele potrzebne było wypracowanie wystandaryzowanych i spójnych narzędzi umożliwiających monitorowanie rozwoju dzieci na całym świecie.

Dzięki opracowanym w 2007 roku przez WHO Standardom Rozwoju Fizycznego Dziecka możliwe stało się określenie, jak powinny prawidłowo rozwijać się dzieci. Po raz pierwszy wskazano, że dzieci urodzone w różnych częściach świata, które mają zapewnione optymalne warunki startu w życiu mają taki sam potencjał wzrostu i rozwoju w zakresie tych samych zakresów wzrostu i masy ciała w stosunku do wieku.

Okresowe pomiary rozwoju fizycznego dziecka dotyczące pomiarów masy ciała, długości ciała/wzrostu oraz obwodu głowy i ramion mają na celu przede wszystkim wczesne wykrycie zaburzeń związanych z przyczynami zdrowotnymi lub dotyczącymi odżywiania. Regularne pomiary, wraz z odpowiednią dokumentacją i monitorowaniem fizycznych parametrów dziecka, pozwalają na śledzenie jego rozwoju. Wczesne wykrycie nieprawidłowości, które mogą pogłębiać się wraz z wiekiem, umożliwia podjęcie szybkich działań. Monitorowanie rozwoju dziecka pomaga także wspierać właściwą edukację opiekunów dziecka oraz na poziomie populacyjnym, odpowiednio zaplanować potrzebne interwencje zdrowotne. Z tego też powodu monitorowanie rozwoju dziecka jest akceptowanym na całym świecie badaniem przesiewowym (3,4).

W przeszłości, wartości, które zostały przyjęte jako wartości referencyjne, tzw. normy Krajowego Centrum Statystyki Zdrowotnej (National Center for Health Statistics - NCHS) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), opierały się na pomiarach jedynie „potencjalnie” zdrowych dzieci. Standardy te były stosowane od 1970 roku. W 1993 roku WHO, po dokonaniu kompleksowego przeglądu wyników pomiarów antropometrycznych dzieci zauważyła, że stosowane standardy nie opierały się na reprezentatywnej grupie dzieci. Dzieci włączone do badania odżywiane były w różny sposób, w tym także karmione produktami mlekozastępczymi, oraz pochodziły z tego samego kraju (Stanów Zjednoczonych) (5,6).

Wnioski te przyczyniły się do przeprowadzenia w latach 1997-2003 Wieloośrodkowego Badania WHO nad Rozwojem Fizycznym (Multicentre Growth Reference Study - MGRS), którego głównym celem było stworzenie międzynarodowych standardów rozwoju dziecka poniżej 5 roku życia. Badanie to obejmowało 6 różnych krajów na 5 kontynentach: Brazylię, Ghanę, Indie, Norwegię, Oman i Stany Zjednoczone. Projekt został podzielony na dwa

badania: długofalowe, w którym uczestniczyło 1743 par: matka i dziecko. Dotyczyło one dzieci od momentu urodzenia do 24 miesiąca życia, które odwiedzano w domach 21 razy. W całym okresie badania uczestniczyły ostatecznie 882 pary. Drugi rodzaj badania miał charakter przekrojowy i dotyczył 6669 dzieci w wieku 2-5 lat (6,7).

Nowe standardy wzrostu różniły się od wcześniej stosowanych, zarówno metodologią opracowania standardów, jak również metodologią ich zastosowania. Opierały się one na wynikach pomiarów dzieci pochodzących z różnych środowisk i mających różne pochodzenie etniczne, będących pod opieką pediatrów, którym wcześniej zalecono przestrzeganie odpowiednich norm opieki nad niemowlętami i dziećmi. Ponadto, nowe standardy zawierały pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych, który jest ważnym wskaźnikiem, pomagającym w ustaleniu otyłości dziecka (6,7).

W przeciwieństwie do poprzednich standardów, które opracowano na podstawie pomiarów antropometrycznych niemowląt różnie karmionych, w tym także wyłącznie preparatami mlekozastępczymi, nowe standardy opierały się na pomiarach dokonanych u dzieci, które były karmione **wylącznie piersią** (przez co najmniej 4 miesiące lub, w przypadku włączenia do badań przekrojowych, 3 miesiące). Do badań włączono jedynie te dzieci, które zostały urodzone o czasie (pomiędzy 37 a 42 tygodniem) oraz z pojedynczej ciąży. Jednocześnie u dziecka nie mogły wystąpić żadne choroby oraz wady rozwojowe, jak również czynniki zdrowotne i środowiskowe mogące zaburzać jego rozwój. Pod uwagę wzięto także zaangażowanie matek dzieci w promocję zdrowia, przede wszystkim w zakresie gotowości do przestrzegania zaleceń żywieniowych. Matki nie mogły również palić papierosów zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie. W ten sposób nowe standardy jasno określiły, w jakich warunkach niemowlęta i dzieci powinny się rozwijać - obejmując normy, które muszą zostać osiągnięte, aby zapewnić dziecku prawidłowy rozwój (5,8,9).

Badanie, z racji swojej długofalowej natury, pomogło ustalić standardy prawidłowego tempa wzrostu, co dało możliwość personelowi medycznemu na wczesne wykrycie nieprawidłowości i odpowiednie działania prewencyjne, zanim staną się one poważnym problemem medycznym. Wieloośrodkowość badania pozwoliła na wysunięcie wniosku, iż niezależnie od miejsca pochodzenia, jeśli zostanie zapewniona odpowiednia opieka, a podstawowe potrzeby biologiczne i zdrowotne zostaną zaspokojone, rozwój dziecka na całym świecie ma taki sam wzorzec. Podkreślono również jak duże znaczenie na prawidłowy rozwój dziecka ma karmienie piersią. To wszystko oznacza, że przy zapewnieniu odpowiednich warunków, potencjał rozwojowy dzieci we wczesnym dzieciństwie, w krajach o zróżnicowanych populacjach i warunkach geograficznych, nie różni się (7,9).

Pierwszy zestaw standardów przygotowany i wydany w 2006 roku przez WHO, obejmował standardy dotyczące długości/wzrostu, masy ciała oraz wieku. Drugi komplementarny zestaw, opublikowany rok później, w 2007 roku, uzupełniał standardy o obwód głowy i ramion oraz grubość fałdu skórno-tłuszczowego w miejscu mięśnia trójgłowego ramienia oraz pod łopatkami (6).

Pięć lat po wydaniu Standardów Rozwoju Fizycznego Dziecka WHO, w roku 2011, rozpoczęto badanie, które miało na celu określić stopień ich stosowania przez różne państwa na całym świecie. Wyniki pokazały, że nowe

standardy wdrożyło 125 państw, a 25 było w trakcie rozpatrywania ich wdrożenia. 30 państw nie zaadaptowało nowych standardów na poziomie lokalnym. Wśród wszystkich wskaźników, najczęściej przyjmowanym był wskaźnik dotyczący korelacji pomiędzy masą ciała a wiekiem, następnym w kolejności była korelacja długości/wzrostu do wieku. 36 krajów wykorzystuje również wskaźnik BMI dla wieku. W Europie, wśród 45 krajów, które brały udział w badaniu, 23 wdrożyły nowe standardy, w 8 państwach są one wzięte pod uwagę, natomiast w 14 państwach nie zostały jeszcze wdrożone (10).

W Polsce adaptacja Standardów WHO rozpoczęła się w 2009 roku, kiedy to porównano siatki centylowe ze wskaźnikami rozwoju dzieci w Warszawie. Standardy WHO, po dokonaniu ich porównania z normami referencyjnymi dla dzieci warszawskich, uznano za optymalny wzorzec wzrastania dzieci w wieku 0-5 lat i tym samym stwierdzono, iż należy je wprowadzić, jako narzędzie do oceny rozwoju fizycznego dzieci polskich. Standardy WHO zostały oficjalnie zaakceptowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Pediatryczne oraz Polską Akademię Nauk, uznając je za dobre narzędzie rozpoznawania zarówno otyłości, jak i niedożywienia u dzieci. Dwa lata później, 5 kwietnia 2011, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Żywności i Żywienia, Polskie Towarzystwo Antropologiczne oraz Komitet Rozwoju Człowieka PAN, również zarekomendowały Standardy Rozwoju Fizycznego Dzieci w wieku 0-5 lat, do powszechnego wykorzystania w Polsce. Jednocześnie zalecono ich wykorzystywanie w testach przesiewowych, głównie ze względu na możliwości zastosowania opieki profilaktycznej. Standardy te zostały uznane za dobre narzędzie do monitorowania wzrastania, stanu odżywienia i zdrowia niemowląt, dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym (8,9,11).

Bibliografia:

1. Lella A. Szewczyński M. „Standardy medyczne” - charakter prawny. Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej. http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0013/30901/KS-NRL-Standardy-a-prawo-Anna-Lella_Marek-Szewczynskipdf.pdf (dostęp w dniu 12.04.2013)
2. Constitution of the World Health Organization, Basic

Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (dostęp w dniu 12.04.2013)

3. Beaton G. Kelly A. Kevany J. et al. Chapter 5-Growth Monitoring: Individual level-assessment of trends. Appropriate Uses of Anthropometric Indices in Children - Nutrition Policy Discussion Paper No. 7. United Nations 1990. <http://www.unsystem.org/scn/archives/npp07/ch08.htm>
4. Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art. No.: CD001443. DOI: 10.1002/14651858.CD001443.
5. de Onis M. Garza C. et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. Food and Nutrition Bulletin, vol. 25, no. 1 (supplement 1) 2004, The United Nations University
6. WHO. WHO Child Growth Standards: Growth velocity based on Wright, length and head circumference: Methods and Development. WHO. Department of Nutrition for Health and Development. 2009
7. WHO. Child Growth Standards. http://www.who.int/childgrowth/faqs/how_different/en/ (accessed on 8 April 2013)
8. de Onis M. Woynarska B. Standardy WHO rozwoju fizycznego dzieci w wieku 0-5 lat i możliwości ich wykorzystania w Polsce, Medycyna Wieku Rozwojowego, 2010, XIV,2; 87-94.
9. Woynarska B. Palczewska I. Oblacińska A. Standardy WHO Rozwoju Fizycznego Dzieci w wieku 0-5 lat. Siatki centylowe długości/wysokości i masy ciała, wskaźnika masy ciała BMI i obwodu głowy. Medycyna Wieku Rozwojowego, 2012, XVI, 3.
10. de Onis M. Onyango A. Bargli E. et al. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. Public Health Nutr. 2012 Sep;15(9):1603-10. www.who.int/childgrowth/publications/global_implementation.pdf (accessed on 6 April 2013)
11. Komitet Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, Komitet Antropologii Polskiej Akademii Nauk, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Antropologicznego, Instytut Matki i Dziecka oraz Instytut Żywności i Żywienia: Rekomendacje dotyczące wykorzystania w Polsce standardów WHO rozwoju fizycznego dzieci w wieku 0-5 lat. Padiatria po Dyplomie 2011, 15 (3), 81-82.

UNICEF

Karmienie piersią to fundament zdrowia każdego dziecka.

Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci to wyjątkowa organizacja, która na całym świecie wykorzystuje swoje wieloletnie doświadczenie by nieść pomoc najbardziej potrzebującym dzieciom.

Jednym z priorytetów UNICEF jest zapewnienie najmłodszym jak najlepszego startu w życie. Dlatego tak ważne jest otoczenie właściwą opieką matek i ich nowonarodzonych dzieci.

Fundamentem zdrowia dziecka jest karmienie go piersią od pierwszych chwil po urodzeniu. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko występowania różnych chorób i schorzeń: infekcji przewodu pokarmowego i układu moczowego, zakażenia

układu oddechowego, zapalenia ucha. U wcześniaków rzadziej obserwuje się martwicze zapalenie jelit. Dzieci karmione piersią są mniej podatne na choroby alergiczne i cukrzycę insulino-zależną. Zmniejsza się też u nich ryzyko wystąpienia w późniejszym wieku chorób układu krążenia, nowotworów dziecięcych, próchnicy czy też stwardnienia rozsianego. Badania wykazują, że karmienie piersią umożliwia (zwłaszcza u wcześniaków) lepszy fizyczny i psychiczny rozwój dziecka.

Karmienie piersią jest korzystne nie tylko dla dziecka, lecz jest również bardzo ważne dla matki. Zmniejsza bowiem ryzyko zachorowania na nowotwory piersi, jajnika, osteoporozę, choroby reumatyczne stawów czy niedokrwistość. Karmienie piersią daje także korzyści niewymierne, gdyż umożliwia przekazanie miłości matki do swego dziecka od pierwszych chwil życia. Ta fizyczna bliskość tworzy specyficzną więź pełną ciepła i zaufania pomiędzy dzieckiem a matką.

Właśnie dlatego, że karmienie piersią jest tak ważne dla rozwoju dziecka i zdrowia matki UNICEF od wielu lat promuje je i wspiera na całym świecie inicjatywy z nim związane. Problem ten jest niezwykle istotny zwłaszcza w krajach rozwijających się, biednych gdzie brakuje czystej wody, możliwości wysterylizowania butelki czy też ogrzania pokarmu. W tych krajach karmienie piersią to przepustka do życia. Szacuje się, że gdyby wszystkie dzieci były karmione piersią od chwili urodzenia przez pierwsze sześć miesięcy życia, udałoby się uratować ponad 1,5 miliona dzieci rocznie!

"Różnice czuję przede wszystkim w nocy" mówi Dr Saodat Ahmadjanova z jednego ze szpitali w Taszkencie, który zdecydował się na propagowanie karmienia piersią. "Wcześniej chodząc korytarzem słyszałam płacz dzieci dobiegający ze szpitalnych łóżeczek, przepelniony smutkiem i samotnością. Teraz, kiedy robię obchód nocny słyszę ciszę. Wszystkie dzieci zadowolone śpią u boku swych matek, niektóre u ich piersi. Nie słychać już płaczu, co za wspaniała różnica".

Dzięki między innymi zaangażowaniu i pracy UNICEF na świecie powstało około 15 000 tysięcy Szpitali Przyjaznych

Dziecku promującym karmienie piersią w 128 krajach. Ile istnień udało się uratować? Ile dzieci jest teraz zdrowszych i ma lepsze warunki rozwoju psychicznego i fizycznego? Są to dane, które trudno oszacować, ale trzeba mieć świadomość ich wagi i znaczenia.

Każdy z nas jest kowalem własnego losu, młode matki wykuwają również podwaliny tego losu dla swych dzieci. Karmiąc piersią dają im kapitał, który będzie procentował przez całe życie.

Więcej informacji na temat karmienia piersią można znaleźć na stronie Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią: <http://www.laktacja.pl/>

UNICEF to organizacja humanitarna i rozwojowa działająca na rzecz dzieci. Od ratujących życie szczepień, przez budowę szkół, po natychmiastową pomoc w sytuacji klęski humanitarnej - UNICEF robi wszystko, aby dzieciom żyło się lepiej. Pracuje w małych wioskach i z rządami państw, bo uważa, że każde dziecko, niezależnie od miejsca urodzenia, koloru skóry czy religii ma prawo do zdrowego i bezpiecznego dzieciństwa. Więcej informacji www.unicef.pl



PODZIĘKOWANIA

Serdecznie dziękujemy Panu Pawłowi Nowakowskiemu za wsparcie darowizną na rzecz Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, która dotyczy druku zaproszeń na Konferencję i ulotek dla matek.

oraz

firmie ONTEX, producentowi pieluszek jednorazowych oraz produktów do higieny kobiecej.



WYDAWCA:

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią
ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa,
tel/fax: 22 32 77 345, e-mail: kukp@laktacja.pl, www.laktacja.pl
ISBN-13 978-83-924586-5-4
KONTO BANKOWE: 54 1140 1010 0000 5046 0800 1001



Poradnia Zaburzeń Laktacji Instytutu Matki i Dziecka od 25 lat prowadzi poradnictwo laktacyjne.

Zajmuje się udzielaniem konsultacji dla kobiet w ciąży i karmiących w zakresie problemów związanych z karmieniem piersią, diagnozowaniem przyczyn niepowodzeń w karmieniu piersią oraz ich rozwiązywaniem. Konsultacje prowadzone są przez lekarzy i certyfikowanych konsultantów laktacyjnych.

I. Zakres świadczeń w Poradni Zaburzeń Laktacji

1. Konsultacje w Poradni w następujących przypadkach:
 - trudności techniczne w przystawianiu dziecka do piersi
 - nieprawidłowy przyrost masy ciała lub jego brak u dzieci karmionych piersią
 - obawa o małą ilość pokarmu
 - brak lub nadmiar pokarmu
 - zastój pokarmu, zapalenie piersi, ropień piersi
 - bolesność i uszkodzenia brodawek sutkowych
 - chęć rozbudzenia laktacji
 - a/ relaktacja
 - b/ indukcja laktacji u kobiet adoptujących dzieci
 - potrzeba zahamowania laktacji w przypadku nadprodukcji pokarmu (bez odstawiania dziecka od piersi)
 - korygowanie zaburzeń mechanizmu ssania u dzieci dotychczas karmionych butelką ze smoczkiem lub przez kapturek lub otrzymujących smoczek „uspokajacz”
 - konsultacje dzieci karmionych piersią z podejrzeniem krótkiego wędzidełka podjęzykowego
 - utrzymanie laktacji u kobiet oddzielonych od dziecka z powodu np. hospitalizacji matki lub dziecka

- wprowadzanie dodatkowych pokarmów
 - porady dla kobiet w ciąży w zakresie przygotowania do karmienia piersią
2. Poradnictwo telefoniczne tylko w przypadku podania informacji nt. leków stosowanych w czasie laktacji, sposobu przechowywania pokarmu.

II. Tryb przyjmowania pacjentów

- W celu umówienia terminu wizytę prosimy o kontakt osobisty lub telefoniczny 22 32 77 370 lub 22 32 77 405.
- Poradnia czynna jest od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00-15.00.
- Ze względu na konieczność rozwiązania problemu bardzo szybko okres oczekiwania na wizytę nie przekracza zwykle jednego dnia, a często odbywa się w dniu zgłoszenia.
- Kobiety karmiące na wizytę przychodzą z dzieckiem.
- Bezpośrednio przed wizytą dziecko nie powinno być karmione (ostatnie karmienie około 1-2 godz. przed wizytą).
- Czas trwania wizyt: pierwsza od 1 do 1,5 godz., kontrolna ok. 1 godz.

Poradnia Zaburzeń Laktacji

Instytut Matki i Dziecka
01-211 Warszawa, Ul. Kasprzaka 17a (róg ulicy Brylowskiej i Szarych Szeregów),
Pawilon „Lipsk”, IV piętro, gabinet 418

Tel. 22 32 77 370, 22 32 77 405
e-mail: exb.feeding@imid.med.pl

NOWOŚĆ

dobrze
ziółka
Herbapol
Pruszków

Herbatka ziołowa dla matek karmiących wspomagająca laktację



Szanowni Państwo,

Pragniemy przedstawić NOWOŚĆ – Herbatkę dla matek karmiących wspomagającą laktację Herbapol Pruszków, która:

1. posiada wysoką jakość i skuteczność potwierdzoną **wieloletnim stosowaniem** - jest kontynuacją produktu **Fito Mix IV**
2. jest mieszanką z **najwyższej jakości ziół***
3. jako suplement diety jest szeroko dostępna dla naszych Pacjentek
4. dzięki odpowiedniej kompozycji **4 ziół** (melisa, anyż, koperek, lipa) prócz wspomaganie laktacji
 - a. korzystnie wpływa na **procesy trawienia u niemowląt**
 - b. **przeciwdziała wzdęciom i kolkom jelitowym**
 - c. posiada **właściwości wiatropędne**

Zapraszamy do polecenia waszym Pacjentkom.



suplement diety

*Zioła spełniają standard farmaceutyczny pod kątem zawartości metali ciężkich, pestycydów i aflatoksyn, tj. toksycznych metabolitów grzybów.

Warszawskie Zakłady Zielarskie "Herbapol" Pruszków, ul. Ołówkowa 54, 05-800 Pruszków
tel. (22) 738 13 97, fax: (22) 738 13 99, www.herbapol.waw.pl, herbapol@herbapol.waw.pl