



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 2/2021

ISSN 1509-7250

W numerze:

- Szczepienia rodziców wcześniaków w dobie pandemii-sukces czy porażka?
 - Pandemia SARS-CoV-2, a wyzwania dla dzieci na świecie
- Wybrane składniki mleka kobiecego o działaniu przeciwwirusowym
 - Rola nastawienia na karmienie piersią w przygotowaniu do laktacji
 - Wegetarianizm i weganizm w czasie laktacji
 - Otyłość w okresie ciąży i laktacji a skład mleka i karmienie piersią
- Obraz matki, macierzyństwa, karmienia piersią i wychowania w literaturze pedagogicznej
 - Medycznie uzasadnione przeciwwskazania do karmienia piersią

Drodzy Czytelnicy!

Wszyscy chcieliśmy wierzyć i mieć nadzieję, że na koniec 2021 roku pandemia SARS-CoV-2 będzie tylko wspomnieniem. Że znakomita większość z nas będzie zaszczepiona, odporna na zakażenie i możliwe będzie stworzenie „kokonu bezpieczeństwa” dla części społeczeństwa, która z powodów medycznych nie mogła tego dokonać. Nic bardziej mylnego.

Już podczas naszej Konferencji, 28 maja br., prof. Maria Borszewska – Kornacka wyraźnie wskazała, że nawet stworzenie wyjątkowo korzystnych warunków szczepienia dla rodziców wcześniaków nie spowodowało „boomu” w tym zakresie. A przecież Kampania ZERO SEPARACJI – RAZEM DLA WCZEŚNIAKÓW, prowadzona przez Fundację Koalicja dla Wcześnieńki, otworzyła drzwi oddziałów neonatologicznych dla rodziców, przejściowo pozbawionych możliwości przebywania z pacjentami OIOM-ów!

Wspomniana Konferencja KUKP, zorganizowana w nawiązaniu do Światowego Tygodnia Karmienia Piersią, stanowiła doskonale forum do wymiany poglądów i zaprezentowania najnowszych informacji o rzeczywistym wpływie pandemii na trudną sytuację i warunki funkcjonowania oddziałów neonatologicznych w Polsce. Generalnie nie jest łatwo. W szczególności dotyczy to praktyki pozostawiania z dzieckiem matki COVID (+) oraz karmienia piersią. Mam nadzieję, że na tle tych informacji, przekonująco zabrzmiały mocne słowa poparte doniesieniami z ośrodków naukowych o przeciwwirusowych właściwościach mleka kobiecego.

Niezmiernie cieszy fakt, że obrady zgromadziły kilkusetosobową grupę słuchaczy, żywo zainteresowanych poruszonymi problemami

Serdecznie zachęcam do nieustających starań o wyłączenie karmienia naturalnego wszystkich rodzących się noworod-

ków oraz młodych niemowląt. Zrobmy to, na przekór trwającej czwartej fali pandemii, która przecież nie zmieniła preferencji żywieniowych noworodków! Wręcz przeciwnie, właśnie teraz karmienie naturalne jest szczególnie ważne i cenne dla ich zdrowia. Potwierdza to nasza wiedza o wyjątkowych właściwościach mleka kobiecego, wspierających odporność noworodków, w tym przeciwwirusową, która jest większa niż kiedykolwiek.

Wspólnie dołożymy wszelkich starań, aby nadal stwarzać naszym pacjentom w oddziałach położniczo-neonatologicznych jak najlepsze warunki sprzyjające rozpoczęciu karmienia naturalnego. Jak zawsze Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią pozostaje do Państwa dyspozycji z ofertą szkoleń, kursów i warsztatów laktacyjnych.

Czas pandemii na pewien czas wstrzymał nasze wizyty w szpitalach związane z certyfikacją/recertyfikacją tytułu Szpital Przyjazny Dziecku. Jednak wróciliśmy do tych aktywności tak szybko jak tylko było to możliwe! Nasze Komisje wizytowały Szpitale w Suchej Beskidzkiej, Częstochowie i Chojnicach. Mimo pandemii, każdy z tych ośrodków wykonał niezwykle ciężką pracę aktualizując szkolenia, monitoring karmienia i weryfikując praktyki laktacyjne. Wszystkie trzy Szpitale wypadły doskonale! Serdecznie raz jeszcze gratulujemy.

Jednocześnie zachęcamy następne szpitale, w szczególności te, które jeszcze przed pandemią zgłosiły gotowość do odnowienia tytułu. Wiem, że odbywały się tam intensywne prace przygotowujące do recertyfikacji, zachęcam zatem do pójścia „za ciosem”.

Drodzy Państwo!

U progu zimy i nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia składam Wszystkim Państwu najserdeczniejsze życzenia spokoju, radości i wypoczynku w ślicznej atmosferze tych wyjątkowych Dni.

Maria Wilińska z Zarządem KUKP

Szczepienia rodziców wcześniaków w dobie pandemii – sukces czy porażka?

Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka

Emerytowany Profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Fundacja Koalicja dla Wcześniaka

Elżbieta Brzozowska, Adrianna Misiewicz

Fundacja Koalicja dla Wcześniaka

Pandemia SARS-CoV-2 zmieniła oblicze całego świata. Dotknęła gospodarkę, duże i małe przedsiębiorstwa, opiekę zdrowotną, całe grupy ludzkie, ale i poszczególne osoby. Te indywidualne skutki to tragedie ciężko chorych ludzi, wielu zachorowań niosących śmierć i liczne powikłania, a także piętno wywierane na psychikę każdego z nas, którego rozmiary trudno jest ocenić. Stres, obawa o utratę zdrowia i pracy, ciągła troska o możliwość transmisji naszym bliskim utajonego gdzieś w naszym organizmie groźnego wirusa. Czy możemy sobie wyobrazić stres i kobiet ciężarnych, którym przyszło oczekiwać dziecka w tych pandemicznych czasach? Tylko te kobiety wiedzą, co to dla ich psychiki oznacza. U Mam które urodziły przedwcześnie, te doznania są szczególnie trudne do przezwyciężenia. Do stresu o los swoich dzieci przebywających na oddziałach intensywnej terapii, licznych pytań brzmiących zwykle tak: „czy to moja wina, że moja ciąża tak wcześnie się zakończyła” dochodzi inny, równie silny uraz psychiczny. Wiąże się on ze zrozumiałymi, ale często trudnymi do zaakceptowania krajowymi obostrzeniami i szpitalnymi restrykcjami organizacyjnymi dotyczącymi braku możliwości przebywania przy swoim ciężko chorym dziecku i niemożności uczestniczenia w codziennej nad nim opiece. W związku z pandemią SARS-CoV-2 oddziały neonatologiczne na całym świecie drastycznie ograniczyły dostęp rodziców do ich dzieci. W Polsce tylko niektóre szpitale zgadzają się na obecność rodziców przy wcześniaku. Tymczasem badania pokazują, że taka separacja, a zwłaszcza brak kangurowania, dotyku swojego dziecka i odciągania pokarmu przy inkubatorze może skutkować długotrwałymi problemami zdrowotnymi i rozwojowymi dziecka. Decyzje dotyczące zamknięcia oddziałów neonatologicznych były podejmowane w trosce o bezpieczeństwo dzieci i personelu medycznego w czasie, gdy nie było jeszcze szczepień, niestety, w wielu szpitalach separacja wciąż jest faktem, pomimo zaszczepienia personelu medycznego i rodziców wcześniaków. I my lekarze nie mamy wątpliwości, że bezpieczeństwo musi zawsze

stać na pierwszym miejscu, ale wpływ takich decyzji na zdrowie i rozwój emocjonalny i poznawczy wcześniaków może być ogromny. Fundacja „Koalicja dla Wcześniaka” która jest członkiem EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants, i która od chwili powstania w 2012 roku wspiera rodziców wcześniaków we wszystkich ważnych problemach, dołączyła 9.07.2020 roku do europejskiej kampanii EFCNI pod hasłem „Zero separacji- Mama przy wcześniaku.” Patronatu nad tą kampanią udzielili nam: Polskie Towarzystwo Neonatologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników krajowi konsultanci w dziedzinie neonatologii, pediatrii i perinatologii a także Szpital Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie i Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka. Na naszym profilu na FB pojawiło się wiele głosów poparcia i komentarzy opisujących trudną sytuację rodziców wcześniaków, którzy nie mogą przebywać ze swoimi dziećmi.

Na szczęście medycyna przynosi nam codziennie wieści o nowych możliwościach leczniczych, ale to co najważniejsze mamy szczepienia, tę największą zdobycz profilaktyczną populacyjnej opieki zdrowotnej. Szczepieniom powinni się też poddać ciężarne. Chociaż zakażenie wirusem SARS-CoV-2 jest stosunkowo rzadkie w ciąży, ale jego przebieg u ciężarnych może być bardzo ciężki, a nawet śmiertelny. W związku z tym bardzo racjonalnym wydaje się być wydanie stanowiska PTGiP dotyczące szczepień kobiet ciężarnych przeciwko COVID19. Zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, na podstawie analizy opublikowanych danych światowych oraz własnych badań i obserwacji, przychyliła się do prezentowanych stanowisk europejskich i światowych towarzystw naukowych (ACOG, RCOG, CDC, SMFM) stwierdzających, że szczepionki przeciw COVID19 powinny być oferowane ciężarnym i kobietom karmiącym. Ale to zalecenia opublikowane ostatnio. Szczepienia dla personelu medycznego stały się dostępne już od grudnia ubiegłego roku. Inspirowani sygnałami rodziców i poruszającymi serca ich licznymi wpisami obrazujących traumę matek niewidzących swoich dzieci przez wiele tygodni po ich urodzeniu, Zarząd Fundacji Koalicja dla Wcześniaka wystosował list do Pana Premiera Mateusza Morawieckiego, Ministra Michała Dworczyka i Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego z apelem o wydanie rozporządzenia umożliwiającego uwzględnienie rodziców wcześniaków w harmonogramie szczepień grupy O. Przyswiewającą nam ideą było równoczesne szczepienie personelu oddziałów neonatologicznych i rodziców nowonarodzonych dzieci, którzy po drugim szczepieniu mogliby bez ograniczeń spędzać czas ze swoimi dziećmi. Zaszeregowanie rodziców do grupy O polskiego harmonogramu szczepień podkreśla

WYDAWCA:

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

ich znaczenie w opiece nad swoim przedwcześnie urodzonym dzieckiem. Mimo, że środowisko intensywnej terapii noworodka jest dla rodziców stresujące to my lekarze musimy im uświadomić jak ważna jest ich, zwłaszcza matki, rola w procesie terapeutycznym. Trzeba rodzicom wytłumaczyć jak niepodważalne są korzyści płynące z zapewnienia nowonarodzonemu dziecku bliskości z rodzicami, poprzez kangurowanie go w kontakcie „skóra do skóry”, naturalne karmienie, dotykanie przebywanie z nim, czytanie. Rodzice są bardzo ważni i niezbędni. Są potrzebni swoim dzieciom, ale i nam lekarzom. Nie mają odwiedzać swoich dzieci, mają spędzać z nimi jak najwięcej godzin. Apel Zarządu Koalicji dla Wcześniaka spotkał się z natychmiastowym odzewem rządu polskiego i decydentów systemu ochrony zdrowia. Proces szczepień rodziców rozpoczął się 1.01.2021 roku. Niestety, jego realizację do dnia dzisiejszego trudno nazwać sukcesem. Gratulacje rodziców, publikacje prasowe, popierające akcję stanowiska Konsultanta Krajowego i Prezesa Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, podnoszące wagę tego wydarzenia, szybko przyćmiły realia dnia codziennego. Rygorystyczne, nieuzasadnione konsekwentne trzymanie się zasad „zamkniętych drzwi” OIOMów noworodkowych, harmonogramy zaszczepionych rodziców ograniczające ich udział w opiece nad dzieckiem do dwóch, trzech godzin tygodniowo, brak możliwości kangurowania to praktyki stosowane nadal w wielu szpitalach. W ciągu dwóch miesięcy (luty, marzec) w 16 województwach kraju zaszczepionych zostało tylko 481 rodziców wcześniaków z tego 164 pary. Oznacza to, że tylko 317 wcześniaków miało bezpieczną mamę lub zaszczepionego tatę. Jednak rozkład regionalny wykonywanych szczepień był bardzo różny i wynosił od 1 zaszczepionej w ciągu dwóch miesięcy osoby do 75. Obrazuje to między innymi zakres działań edukacyjnych w tym tych promujących szczepienia w różnych województwach kraju. Tak więc kampania na rzecz szczepień rodziców wcześniaków nie przebiła się przez mur organizacyjnych i pozbawionych empatii działań spowodowanych stresem personelu medycznego. A działania te nie realizowały głównych założeń i ostatnich haseł WHO kierowanych do objętych pandemią krajów “Keeping mothers and babies together could save more than 125 000 lives”.

Piśmiennictwo

1. Malin KJ., Johnson TS, Mc Andrew Infant illness severity and perinatal post-traumatic stress disorder after discharge from the neonatal intensive care unit, *Early Hum Dev* 2019; 104930. doi:10.1016
2. EFCNI – European Foundation for the Care of Newborn Infants (<http://www.efcni.org/>).
3. Rao SR., Minckas M, Medvedev MM Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences *BMJ Global Health* 2021;6:e004347.
4. Stanowisko PTGiP dotyczące szczepień kobiet ciężarnych przeciwko COVID19. 26.04.2021
5. New research highlights risks of separating newborns from mothers during COVID-19 pandemic WHO 16.03.2021

Pandemia SARS-CoV-2, a wyzwania dla dzieci na świecie

dr Monika Kacprzak

Rzecznik Prasowy UNICEF Polska



Rok 2020 już na zawsze zostanie zapamiętany jako początek pandemii SARS-CoV-2. Przez cały ten czas utrzymuje się mit, że dzieci praktycznie nie są dotknięte przez chorobę. Nic bardziej mylnego. Dzieci chorują i przenoszą wirus, ale to zaledwie wierzchołek góry lodowej. Dane UNICEF wskazują, że co dziewiąte zakażenie COVID-19 dotyczy dziecka lub nastolatka. Chociaż przebieg infekcji COVID-19 u dzieci jest najczęściej łagodny, to liczba zakażeń wśród najmłodszych rośnie, a długoterminowe konsekwencje pandemii na edukację, zdrowie i warunki życia dzieci mogą być druzgocące.

Utrudnienia w dostępie do podstawowych usług i rosnący poziom ubóstwa to największe zagrożenie dla dzieci. Im dłużej trwa ten kryzys, tym większy ma wpływ na edukację, zdrowie, odżywianie i warunki życia najmłodszych.

Zamknięte szkoły, wyzwania zdrowia psychicznego, domowa izolacja i ograniczony dostęp do podstawowych

usług dotknęły miliony dzieci i ich rodzin na całym świecie. Jednak dotychczasowe potrzeby dzieci nie zniknęły.

Na skutek pandemii koronawirusa najbardziej poszkodowane zostały dzieci w najuboższych krajach świata oraz te, które już wcześniej były pokrzywdzone przez dyskryminację, wykluczenie społeczne czy konflikty zbrojne. UNICEF szacuje, że liczba dzieci żyjących w ubogich gospodarstwach domowych w ostatnim roku wzrosła o 142 mln. Ponadto, aż 94% uczniów w szczycie pandemii nie mogło chodzić do szkoły, a co najmniej 1/3 nie miała dostępu do nauki zdalnej. Jednocześnie ograniczony dostęp do żywności może wkrótce sprawić, że 44 mln dzieci będzie niedożywionych.

Wraz z dotychczasowymi wyzwaniem dla dzieci: konfliktami zbrojnymi, katastrofami naturalnymi, zmianami klimatu czy przesiedleniami, pandemia COVID-19 powoduje zagrożenie dla całego pokolenia. W związku z tym, UNICEF apeluje do rządów państw na całym świecie o:

- Zapewnienie wszystkim dzieciom dostępu do edukacji, w tym wyeliminowanie nierówności w dostępie do edukacji zdalnej. W Polsce dzieci wróciły już do szkół, ale obawiamy się kolejnych fal pandemii.
- Zagwarantowanie dostępu do opieki medycznej, wsparcia żywnościowego i szczepień dla każdego dziecka. Obawiamy się, że pandemia będzie miała negatywny wpływ na wyszczepialność, bo już teraz obserwujemy taką tendencję.
- Wsparcie i ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz walkę z wykorzystaniem, przemocą i zaniedbaniem najmłodszych. Wiemy, że te obszary szczególnie ucierpiały podczas pandemii, gdy dzieci często bez wsparcia szkoły, pedagogów szkolnych, pomocy innych dorosłych były narażone na przemoc ze strony swoich najbliższych.
- Zahamowanie rosnącej skali ubóstwa dzieci, która wiąże się z ubóstwem rodzin, zwolnieniami i pogorszeniem sytuacji na rynku pracy.

Pandemia COVID-19 wpłynęła także na kwestie związane z karmieniem piersią. Przez długi czas pojawiało się wiele pytań dotyczących tego, czy mama chora na koronawirusa może karmić piersią i czy jest to bezpieczne dla jej dziecka. UNICEF od początku przekazywał opinii publicznej wiarygodne informacje od ekspertów polskich i światowych wspierając dostęp do rzetelnej oraz aktualnej wiedzy.

Warto też wspomnieć, że w tym roku obchodzimy 40. rocznicę przyjęcia Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce. Z tej okazji UNICEF i WHO wydały specjalne oświadczenie. Z jednej strony organizacje podkreślają osiągnięcia ostatnich 40 lat, ale pokazują jednocześnie, jak wiele jest jeszcze do zrobienia. W ciągu ostatnich czterech dekad nastąpił

50% wzrost liczby kobiet karmiących swoje dzieci wyłącznie piersią. W rezultacie szacuje się, że miało to wpływ na zdrowie, możliwości rozwoju i życie aż 900 milionów niemowląt na całym świecie. Niestety, wciąż agresywne praktyki marketingowe zniechęcają kobiety do karmienia piersią. Większość krajów uchwaliła przepisy wdrażające przynajmniej niektóre postanowienia Kodeksu. Niestety, tylko 25 krajów wdrożyło środki, które szeroko traktują postanowienia Kodeksu. Warto pamiętać, że zapisy Kodeksu są wciąż aktualne, tak jak były 40 lat temu.

Wysiłki na rzecz promowania karmienia piersią i wspierania w tym matek oraz całych rodzin są nadal bardzo cenne tak w Polsce, jak i na świecie. U progu 30-lecia Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią należy podkreślić ogromne osiągnięcia Komitetu w promowaniu tej niezwykle ważnej decyzji matek o rozpoczęciu i kontynuowaniu jak najdłużej karmienia piersią. Upowszechnianie rzetelnej wiedzy i dobrych praktyk na ten temat powinno być wzorem do naśladowania dla innych podmiotów i instytucji.

Źródła:

1. Responding to COVID-19: UNICEF Annual Report 2020, New York: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020.
2. Averting a Lost COVID Generation: A Six Point Plan to Respond, Recover and Reimagine a Post-Pandemic World for Every Child, United Nations Children's Fund (UNICEF), New York, November 2020.

Wybrane składniki mleka kobiecego o działaniu przeciwwirusowym

Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Wstęp

Proces ewolucji precyzyjnie dostosował skład mleka matki do potrzeb dziecka. Zawiera ono wiele złożonych białek, lipidów i węglowodanów, których stężenia dynamicznie zmieniają się podczas laktacji. Oprócz tego, że mleko matki jest źródłem pożywienia, to zawiera ono niezliczone ilości biologicznie aktywnych składników. Cząsteczki te pełnią różnorodne role, kierując zarówno rozwojem układu odpornościowego niemowlęcia, jak też jego wzrastaniem, dojrzewaniem i różnicowaniem się poszczególnych narządów.

Duży wpływ na te procesy wywiera genotyp matki. Odbywa się to między innymi poprzez matczyne mikro

RNA obecny w jej mleku i oddziałujący aktywnie na różnorodne i liczne procesy życiowe dziecka.

W okresie kolejnej fali pandemii SARS-CoV-2 szczególnego znaczenia nabiera wiedza o aktywności przeciwwirusowej mleka matki.

Oligosacharydy mleka kobiecego

Oligosacharydy pokarmu kobiecego (ang. *human milk oligosaccharides HMO*) to złożone węglowodany, zbudowane z pięciu monocukrów: glukozy, galaktozy, N-acetyloglukozaminy, kwasu sialowego i fukozy. Są wytwarzane wyłącznie w gruczole piersiowym matki. Po laktacji i tłuszczach to trzeci pod względem ilości składnik mleka kobiecego.

Struktura HMO

Podstawowe monocukry to glukoza i galaktoza. Wyróżnia się HMO:

1. neutralne
 - fukozylowane (jak 2'fukozylozylolaktoza, 2'FL i 3'fukozylozylolaktoza, 3'FL)
 - niefukozylowane
2. kwaśne, sjałylowe, np. 3'sjałylolaktoza (3'SL) i 6'sjałylolaktoza (6'SL).

W mleku kobiecym zidentyfikowano dotąd ponad 200 HMO, i liczba ta ciągle narasta. Skład HMO w mleku poszczególnych matek jest indywidualny i uwarunkowany genetycznie.

W siarze stężenie HMO jest najwyższe, osiągając 20-30g/l, w mleku dojrzalym 5-15 g/l. Istnieją różnice populacyjne w składzie HMO w mleku kobiecym, głównie co do 2'FL.

Oligosacharydy nie poddają się działaniu kwasu solnego w żołądku ani enzymom soku jelitowego. W stanie nietkniętym osiągają jelito dziecka. Śladowa ich ilość (około 1%) wchłania się w jelicie cienkim do krążenia dziecka, pozostałe przemieszczają się do jelita grubego. To jest miejsce ich zasadniczego działania.

Główną rolą HMO jest odżywanie wybranych bakterii przewodu pokarmowego z rodzaju *Bifidobacterium*, w szczególności *Bifidobacterium longum*, *B. infantis*, i *B. breve* i *B. bifidum*. Jest to flora fizjologiczna jelit, modyfikująca mikrobiotę przewodu pokarmowego. Jej rolą jest kształtowanie tego środowiska m.in. poprzez hamowanie wzrastania patogenów przewodu pokarmowego i blokowanie ich translokacji przez ścianę jelit do krwiobiegu dziecka.

Wykazano zdolność HMO do hamowania wnikania wirusów (rotawirusów, norowirusów, wirusów grypy oraz HIV) do komórek organizmu dziecka. Hamowanie to wynika z wiązania się HMO z receptorami lektyno-

wymi wirusów. Tym samym nie jest możliwa adhezja patogenów do nabłonka jelita. Powstały kompleks wirus-HMO pozostaje w świetle przewodu pokarmowego i rozwój zakażenia zostaje zahamowany. To ważne spostrzeżenie nabiera szczególnej wagi w dobie pandemii SARS-CoV-2, w szczególności uzasadnia karmienie piersią przez kobiety z COVID. W mleku tych kobiet nie stwierdzono obecności żywego, replikującego się wirusa SARS-CoV-2. Należy podkreślić, że mleko chorej matki wywiera istotne działanie ochronne przed rozwojem zakażenia u karmionego piersią dziecka.

Laktoferyna (LF)

Jest to glikoproteina o działaniu przeciwwirusowym, przeciwbakteryjnym i przeciwgrzybiczym. Mechanizm działania obejmuje odwracalne chelatowanie jonów Fe. Żelazo jest niezbędne do namnażania się drobnoustrojów. Sekwestracja żelaza w znaczący sposób ogranicza ich potencjał chorobotwórczy.

LF wiąże się z cząsteczkami powierzchniowymi błony komórkowej gospodarza, które wykorzystywane są przez wirusy jako receptor lub koreceptor (HSV, CMV, HPV, HBV, hantawirus, HIV). Udokumentowano bezpośrednie wiązanie przez laktoferynę cząsteczek wirusów takich jak:

- HIV – interakcja dodatnio naładowanego N-końca LF z ujemnymi koreceptorami CXCR4 lub CCR5 oraz silne wiązanie LF z pętlą V3 białka otoczkowego gp120. Opłaszczenie tej domeny powoduje hamowanie fuzji i wnikania wirusa do komórek gospodarza,
- HSV – LF wiąże się z receptorami błonowymi wirusa, co uniemożliwia wiązanie się glikoprotein HSV z rec. GAG/LDL i zakażenie komórek gospodarza. Zachodzi interakcja elektrostatyczna dodatnio naładowanego N-końca LF z ujemnie naładowanymi jednostkami GAG: HS (siarczan heparyny) i CS (siarczan chondroityny). Wiązanie LF do receptora LDL uniemożliwia przezbłonową penetrację wirusa w procesie endocytozy poprzez ścianę jelita.
- SARS-CoV-2 – w badaniu *in vitro* wykazano hamujący wpływ laktoferyny na replikację SARS-CoV-2 w zakażonych komórkach jelita oraz nasilenie ekspresji genów przeciwwirusowej odpowiedzi immunologicznej w niezakażonych komórkach nabłonka jelit po podaniu LF. LF znacząco indukowała produkcję cytokin i ekspresję IFNA1, IFNB1. Wyniki tych badań uzasadniają tezę, że LF może wzmocnić przeciwwirusową odpowiedź immunologiczną i częściowo hamować infekcję SARS-CoV-2 w linii komórek nabłonka ludzkiego jelita.

- Na analogicznych zasadach LF wywiera działanie ochronne w zakażeniach rotawirusowych, HCV oraz wirusem polio.

LF działa bifidogennie, co stymuluje wzrost fizjologicznej flory jelitowej.

Po zakażeniu laktoferyna wykazuje silne działanie immunotropowe stymulując komórki układu immunologicznego do szybkiego dojrzewania i regulacji odpowiedzi odpornościowej. Proces immunomodulacji polega na wzmaganiu fagocytozy, mechanizmu wychwytywania i wchłaniania przez makrofagi drobnych cząsteczek organicznych, także wirusów. Pod wpływem laktoferyny dochodzi w nich do wytworzenia się tlenku azotu, który neutralizuje chorobotwórcze mikroorganizmy. Laktoferyna wykazuje działanie antyrodnikowe.

Laktoferyna występuje w mleku kobiecym w stężeniu 1mg/ml oraz w wielu innych płynach ustrojowych. Szczególnie wysokie stężenie osiąga w siarze.

Tab. 1. Zmienność zawartości laktoferyny w mleku ssaków.

Ludzka		Bydłęca	
Dni życia	hLf mg/mL	Tygodnie życia	bLf mg/mL
0-5 colostrum	5.05	0-1 colostrum	0.7328
5-15	3.30	2	0.6047
16-30	2,31	4	0.5411
31-60	1.95	6	0.4027
61-90	1,89	8	0.3503

Sekrecyjna immunoglobulina A (sIgA)

Wytwarzana jest w gruczole piersiowym przez limfocyty B po ich kontakcie z patogenami obecnymi w przewodzie pokarmowym i układzie oddechowym matki. Limfocyty te następnie przemieszczają się przez układ limfatyczny do gruczołu sutkowego w procesie znanym jako „homing” lub droga oskrzelowo-sutkowa. Tak więc immunoglobuliny produkowane w gruczole piersiowym matki i przechodzące do jej mleka pochodzą z kilku źródeł i przedstawiają historię ekspozycji matki na antygeny oraz odpowiedź jej układu odpornościowego.

sIgA jest dominującą immunoglobuliną w mleku matki, o szczególnie wysokim stężeniu w siarze. Osiąga ono tam wartość 12mg/ml. Dla porównania, w mleku dojrzalym stężenie IgA wynosi 1mg/kg. Niemowlęta karmione piersią otrzymują każdego dnia 0,5-1mg sIgA. Stężenie IgA maleje w miarę dojrzewania własnego systemu immunologicznego. W mleku matek które urodziły przedwcześnie proces obniżania zawartości Iga w mleku jest wolniejszy niż w przypadku porodu o czasie.

sIgA jest odporna na działanie enzymów trawiennych w przewodzie pokarmowym dziecka. Nie ulega wchłanianiu i z tego powodu może działać miejscowo, w jelitach. W pierwszych dniach po urodzeniu jelita dziecka są prze-

puszczalne dla sIgA, mimo jej dużej cząsteczki. Następnie, w miarę uszczelniania przestrzeni między enterocytami transfer ten staje się niemożliwy. Uszczelniające się jelito stanowi także barierę dla patogenów.

Spośród wszystkich immunoglobulin sIgA stanowi główną barierę ochronną jelit. Mechanizm działania ochronnego sIgA polega na unieruchamianiu patogenów, hamowaniu ich adhezji do ściany jelita oraz neutralizacji toksyn i czynników wirulencji. sIgA blokuje wiele patogenów, zarówno wirusowych jak i bakteryjnych.

W mleku matek z COVID wykryto przeciwciała sIgA/IgA, sIgM/IgM oraz IgG, reagujące z SARS CoV2. Przeciwciała a/SARS-CoV-2 wiążą się z białkiem szczytowym S1, S2, nukleokapsydem i RBD SARS-CoV-2.

To połączenie blokuje reakcję wirusa z receptorem enzymu konwertującego angiotensynę-2 (ACE-2) w komórkach powierzchniowych dróg oddechowych. Tym samym, hamowana jest fuzja i wejście SARS-CoV-2 do komórki gospodarza.

Mikro RNA (mRNA)

Jak dotąd poznano 2588 ludzkich cząsteczek mikroRNA. Mleko kobiece (egzosomy, lipidy, komórki) są drugim po płynie owodniowym najbogatszym źródłem mikroRNA spośród wszystkich płynów ustrojowych człowieka. Rolą tych fragmentów RNA jest potranskrypcyjna regulacja ekspresji genów. Szacuje się, że kontroli mRNA podlega jedna trzecia ludzkiego genomu.

Matczyne mRNA wydzielane do mleka i wchłaniające się do organizmu dziecka wywiera na niego olbrzymie działanie biologiczne. Zmiana ekspresji genów dziecka zachodząca pod wpływem matczynej mRNA kształtuje mechanizmy wrodzonej i nabytej odporności, reguluje dojrzewanie i różnicowanie monocytów i limfocytów B i T oraz wpływa na kształtowanie u dziecka odpowiedzi immunologicznej po zetknięciu się z różnymi, także wirusowymi patogenami.

Fracja komórkowa mleka kobiecego to laktocyty, komórki układu odpornościowego oraz komórki macierzyste. Komórki układu odpornościowego dominują w siarze bądź w mleku matki, której dziecko (lub ona sama) przechodzi infekcję. Komórki mleka kobiecego nie ulegają degradacji w układzie pokarmowym dziecka, przechodzą przez błonę śluzową jelita, docierając wraz z krwią do różnych tkanek, gdzie mogą się różnicować. Jednocześnie umożliwia to transport zawartych w nich cząsteczek mikroRNA do tkanek i krwioobiegu organizmu dziecka

Dzięki zamknięciu w egzosomach cząsteczki mikroRNA mleka kobiecego cechują się dużą stabilnością i opornością na degradację pod wpływem czynników, takich

jak: długotrwałe przechowywanie mleka w temperaturze pokojowej, wielokrotne zamrażanie oraz rozmrażanie, trawienie RNazą, 10-minutowe gotowanie, niskie pH oraz trawienie w modelu układu pokarmowego in vitro. Dzięki stabilności mikro RNA w przewodzie pokarmowym dziecka, możliwa jest więc regulacja ekspresji genów dziecka zachodząca z udziałem matczynej cząsteczek mikroRNA obecnych w jej mleku.

Inne ważne składniki mleka ludzkiego o działaniu p/wirusowym zawarte są w tab. 2.

Tab. 2. Inne składniki mleka ludzkiego o działaniu

p/wirusowym.

Składnik	Charakterystyka i rola w zakażeniu
Komórki układu białokrwinkowego	Liczba komórek (monocyty/makrofagi) w mleku matki wzrasta w zakażeniu u dziecka
HB EGF	Zmniejszanie ekspresji cytokin prozapalnych
EGF 200mcg/l w colostrum 30-50mcg w ml. dojrzałym	Zmniejszenie IL 10 i 18
Lipidy: Omega 3 LC PUFA Omega 6 LC PUFA Wolne kwasy tłuszczowe Monoglicerydy EPA, oksysterole	Inaktywacja patogenów Hamowanie replikacji wirusów Destrukcyjność komórek wirusowych Aktywność antyoksydacyjna Aktywność prebiotyczna Antagonistyczna aktywność p/zapalna AA
Kazeina	Hamowanie adhezji wirusów do komórek nabłonka oddechowego
Laktoalbumina	„fałszywe” analogi receptorów dla wirusów
Lizozym 3-110mg/100ml	Inaktywacja, destrukcja, blokowanie dostępu wirusów do komórek nabłonka
Lacthoaderin 3-33mg/100ml	Specyficznie wiąże wirusy, hamuje replikację patogenów poprzez indukowanie IL 10 i uwalnianie TGF β z komórek T; nasila zdolność makrofagów do fagocytozy blokuje ścieżkę NK-kb poprzez hamowanie TRL4

Podsumowanie

Lista składników bioaktywnych mleka kobiecego jest długa. Wraz ze stosowaniem nowych technik detekcji odkrywane są w mleku ludzkim kolejne substancje o znaczeniu immunologicznym, immunomodulującym i przeciwzapalnym. Świat nauki śledzi te odkrycia i popularyzuje wiedzę o nich w szerokim społeczeństwie.

Mając na uwadze udokumentowane działanie przeciwwirusowe należy wykorzystać potencjał mleka kobiecego poprzez wczesną podaż siary i długotrwałe karmienie piersią. Opóźnienie podaży siary, zwłaszcza noworodkom urodzonym przedwcześnie, oraz nieuzasadnione odstępowanie od karmienia piersią pozbawia dzieci ochronnego wpływu bioaktywnego potencjału mleka kobiecego.

Piśmiennictwo

1. Seppo AE, Kukkonen AK, Kuitunen M et al. Supplementation with human milk oligosaccharide composition. *JAMA Pediatrics*.2019;173:286-288].
2. Bode L, Jantscher-Krenn E. Structure-function relationships of human milk oligosaccharides. *Adv Nutr* 2012;3:383-391].
3. Mc Guire MK, Meehan CL, Mc Guire MA et al. What's normal? Oligosaccharide concentrations and profiles in milk produced by healthy women vary geographically. *Am J Clin Nutr* 2017;105:1086-1100].
4. Puccio G, Alliet P, Cajazzo C et al. Effects of infant formula with human milk oligosaccharides on growth and morbidity: a randomized multicenter trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2-17;64: 624-631].
5. Salaris, C.; Scarpa, M.; Elli, M.; Bertolini, A.; Guglielmetti, S.; Pregliasco, F.; Blandizzi, C.; Brun, P.; Castagliuolo, I. Protective Effects of Lactoferrin against SARS-CoV-2 Infection In Vitro. *Nutrients* 2021.
6. Embleton ND, Berrington JE, McGuire W, Stewart CJ, Cummings SP. Lactoferrin: antimicrobial activity and therapeutic potential. *Semin Fetal Neonatal Med* 2013; 18: 143-49
7. Lonnerdal, B.; Erdmann, P.; Thakkar, S.K.; Sauser, J.; Destallats, F. Longitudinal evolution of true protein, amino acids and bioactive proteins in breast milk: A developmental perspective. *J. Nutr. Biochem.* 2017, 41, 1-11.
8. Alkudsi, N.H.; Hussein, D.A. The concentration of lactoferrin and its relationship with minerals and amino acids in the cows milk. *Sci. Pap. Ser. D. Anim. Sci.* 2016, 59, 157-163
9. Brandtzaeg P. Mucosal immunity: integration between mother and the breast-fed infant. *Vaccine* 2003;21:3382-8.
10. Andreas NJ, Kampmann B, Le-Doare KM. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Human breast milk: A review on its composition and bioactivity, Early Hum Dev* (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.08.013>

Rola nastawienia na karmienie piersią w przygotowaniu do laktacji

lek. Patrycja Szostakowska

Oddział Kliniczny Neonatologii SPSK
im. prof. W. Orłowskiego CMKP

Świadomość młodej kobiety dotycząca przyszłego rodzicielstwa wywiera niewątpliwie wpływ na podejmowane przez nią decyzje, między innymi dotyczące karmienia piersią swoich dzieci. Ta świadomość jest budowana przez informacje przekazywane przez rodziców, dziadków, wiadomości pozyskane ze stron internetowych, i gruntowana edukacją szkolną. Jeszcze przed okresem zakładania rodziny, dzięki posiadanej wiedzy, młodziż na szansę na ukształtowanie zadeklarowanej postawy odnośnie modelu karmienia przyszłego dziecka.

Dostęp do informacji na temat karmienia naturalnego czy sztucznego jest bardzo szeroki. To, jaką metodę karmienia wybierze młoda mama, w części przypadków będzie wynikać już z przyjętej wcześniej postawy. Większość kobiet w okresie prekonceptyjnym deklaruje karmienie naturalne. Dla innych przyszłych matek niestety nie jest

to w ogóle temat rozważań. Część kobiet deklaruje chęć wyłącznego karmienia sztucznego, co dla personelu medycznego zawsze jest trudną sytuacją.

W badaniu opublikowanym 1 września 2021 roku w *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* przez K. Niroula oraz E. McKinley oceniano postawę młodych kobiet studiujących w Luizjanie w Stanach Zjednoczonych. Stan ten charakteryzuje się najniższym wskaźnikiem karmienia piersią w USA. Badanie oparte było na ankiecie przeprowadzonej w trybie on-line. Przebadano 1016 bezdzietnych kobiet, w średnim wieku 19.85 ± 2.21 . Ankieta zawierała 39 pytań, mających na celu zidentyfikować wskaźniki utrudniające przyszłą inicjację karmienia naturalnego. Okazało się, że średnia punktacja skali postawy ($60,94 \pm 7,44$, zakres: 28-80) wypadła pozytywnie na korzyść deklaracji podjęcia karmienia naturalnego. Współczynnik alfa Conbacha (test badający rzetelność kwestionariuszy; w psychologii uznaje się, że powinien wynosić powyżej 0,6, a najbardziej pożądane to wartości zbliżone do 0,8) wyniósł 0,796. Korelacja między postawą karmienia piersią a intencją karmienia naturalnego była istotna statystycznie ($p \leq 0.001$). Autorzy we wnioskach podkreślają konieczność przeprowadzania ankiety wśród większej liczby młodego społeczeństwa, w celu identyfikacji szerokiej listy czynników wpływających na przyszłe decyzje młodych matek odnośnie karmienia dziecka po urodzeniu.

Firmy sprzedające mieszanki mlekozastępcze muszą przestrzegać kodeksu WHO, wg którego zabroniona jest promocja mieszanek do żywienia początkowego. To tzw. Międzynarodowy Kodeks Produktów Zastępujących Mleko Kobiące. Najogólniej, zakazuje on promocji, rozpowszechniania i popularyzacji mieszanek sztucznych i akcesoriów do sztucznego żywienia wśród przyszłych i obecnych rodziców oraz członków ich rodzin. Narzuca pewne normy etycznego postępowania wobec i w odniesieniu do personelu medycznego, ale też pracowników firm wytwarzających produkty objęte Kodeksem. Niestety, obserwuje się wiele prób „obchodzenia” tego zakazu. Firmy produkujące mieszanki mlekozastępcze znajdują drogi do kobiet karmiących, m. innymi poprzez tworzenie produktów stymulujących laktację, organizację warsztatów karmienia dziecka, fizjoterapii, pielęgnacji itp. Personel medyczny także poddawany jest różnorodnym technikom zjednywania przychylności do promocji karmienia sztucznego.

Jednocześnie, powstają blogi promujące karmienie piersią. Wiele kobiet ze świata filmu i reklamy oraz popularnych w mediach społecznościowych karmi swoje dzieci piersią, utożsamiając z nim świadome jakościowe rodzicielstwo. To bardzo dobra, przemawiająca do wielu

młodych kobiet postawa. Obecnie, karmienie piersią w pewnym sensie staje się modne. Są to inicjatywy, na które młoda kobieta zwraca uwagę już w okresie planowania ciąży, bądź później. Być może zalety karmienia piersią powinny być przedstawione młodym osobom zdecydowanie wcześniej, chociażby w trakcie nauki w liceum, czy w trakcie studiów. Z pewnością wcześniejsze ukształtowanie pozytywnej postawy co do karmienia piersią wpłynęłoby na zwiększenie determinacji młodych kobiet do częstszego podejmowania karmienia piersią i wydłużyłoby długość jego trwania.

Na podstawie:

K. Niroula and E. McKinley. Psychometric Properties of a New Breastfeeding Attitude Scale among a Sample of Childless Adult Females”.

Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2021.121: A29-A29

Wegetarianizm i weganizm w czasie laktacji

Lek. Edyta Bielska

*Oddział Kliniczny Neonatologii SPSK
im. prof. W. Orłowskiego CMKP*

Dieta oparta na warzywach staje się ze względów zdrowotnych jak i globalnych coraz bardziej popularna wśród młodych kobiet. Dbalność o rośliny, zwierzęta oraz równowaga człowiek-planeta jest zrozumiała przez ludzi patrzących w przyszłość. Mamy wegetarianki karmiące w sposób naturalny oczekują odpowiedzi na takie pytania jak:

- czy skład mojego mleka zależy od sposobu w jaki się odżywiam?
- czy dieta oparta głównie na warzywach podniesie czy też obniży wartość odżywczą mojego mleka?
- czy dieta wegetariańska jest zalecana w czasie laktacji czy też wprost przeciwnie?

Dieta wegetariańska poza produktami roślinnymi może zawierać produkty pochodzenia zwierzęcego jak nabiał, miód, jaja. Część wegetarian dopuszcza także ryby jako bogate źródło nienasyconych kwasów tłuszczowych.

Weganizm to dieta oparta wyłącznie na produktach pochodzenia roślinnego.

Karmienie piersią uważa się za najwłaściwszy sposób żywienia dzieci. Mleko kobiece jest wartościowym źródłem pożywienia, którego skład w pełni pokrywa za-

potrzebowanie, zapewniając optymalny wzrost i rozwój dziecka. Skład mleka pod względem makro- i mikro-składników w aspekcie diety jest niezmienny pod warunkiem zbilansowanego jadłospisu kobiety karmiącej. W tym sensie dieta mamy jest istotna. Należy pamiętać, że zapotrzebowanie energetyczne kobiety karmiącej ulega zwiększeniu, dotyczy to również makro i mikro-elementów.

Diecie wykluczającej produkty pochodzenia zwierzęcego, w tym ryby, towarzyszy niedobór witaminy B12, witaminy D, żelaza, wapnia, białka, jodu, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych.

Zbyt niska podaż energii i składników odżywczych w diecie może wpłynąć w sposób negatywny zarówno na stan zdrowia karmiącej matki jak i jej dziecka. O ile wpływ diety na zawartość w mleku makroelementów (białko, glukoza, tłuszcze) jest nieznaczny, to znajduje istotne odbicie w ilości zawartych mikroelementów. Czas stosowania restrykcji żywieniowych, okres suplementacji składników niedoborowych oraz monitorowanie bieżących niedoborów pokarmowych jest kluczowym elementem dalszych rozważań.

Przyjrzyjmy się dokładniej mikroelementom, których może zabraknąć w diecie matki stosującej restrykcje dietetyczne:

Witamina B12

Dzieci matek, które mają niskie stężenie tej witaminy, także wykazują jej niedobory.

Witamina B12 jest odpowiedzialna za wytwarzanie krwinek czerwonych, wspiera syntezę neuroprzekazników jak dopamina i serotonina, odpowiada za prawidłową mielinizację włókien nerwowych. Jej niedobór wiąże się z zaburzeniami ze strony układu nerwowego, krwiotwórczego oraz pokarmowego.

Żelazo

Karmienie wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka wydaje się być wystarczające dla pokrycia zapotrzebowania dziecka na ten składnik. Warunkiem jest prawidłowy zapas żelaza u kobiety ciężarnej, donoszenie ciąży (transfer żelaza następuje głównie w 3 trymestrze) oraz optymalne zapasy tego pierwiastka u płodu.

Niedobór żelaza u niemowlęcia zaburza efektywność pracy układu krwiotwórczego zmniejszając produkcję hemoglobiny jako nośnika tlenu. Stan ten zaburza budowę i funkcjonowanie układu nerwowego, upośledza funkcje poznawcze dziecka a także zmniejsza odporność organizmu.

Witamina D3

Dostarczana jest z pożywieniem i syntetyzowana w skórze w sprzyjających warunkach klimatycznych. Dzieciom zalecana jest dodatkowa suplementacja niezależnie od stosowanej diety. Jej optymalna zawartość w organizmie dziecka jest kluczowo ważna dla wieku procesów metabolicznych i hormonalnych, tym samym funkcjonowania organizmu jako całości.

Wapń

Jest podstawowym składnikiem budującym kości i zęby, bierze udział w przekaźnictwie nerwowym i pracy mięśni. Przy spożyciu nabiału przez kobiety karmiące nie jest składnikiem niedoborowym. Źródłem wapnia w diecie wegańskiej są produkty sojowe, nasiona roślin strączkowych, orzech, zielone warzywa.

Cynk i Jod

Bardzo ważne mikroelementy, których niedobór powoduje daleko idące konsekwencje dla rozwijającego się dziecka jak i matki. Regulują prace wielu enzymów, biorą udział w procesach metabolicznych. Ich źródłem są głównie jaja, ryby, owoce morza. Weganie znajdują je w orzechach i ciecierzycy.

Podsumowanie

Amerykańskie Towarzystwo Dietetyczne (American Diet Association, ADA) wskazuje dietę wegetariańską jako prawidłową w czasie laktacji pod warunkiem właściwego jej zbilansowania. Znacznie więcej obaw budzi restrykcyjna dieta wegańska, która jest trudna do wyważenia pod względem kalorycznym i jakościowym.

Obecnie dostępne źródła wiedzy wskazują dietę wegetariańską jako właściwą w okresie laktacji, pod warunkiem właściwego zbilansowania oraz udziału w niej jaj, produktów mlecznych oraz ryb.

Kobiety, które stosują dietę wegetariańską lub wegańską, powinny pozostawać pod opieką lekarza i dietetyka. Monitorowanie stanu odżywienia matki i dziecka, a także jego rozwoju jest niezbędnym elementem osiągnięcia szeroko rozumianego zdrowia publicznego. ▀

Otyłość w okresie ciąży i laktacji a skład mleka i karmienie piersią

Maria Wilińska^[1], Katarzyna Wieczorek^[2]

[1] Klinika Neonatologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

[2] Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP

Otyłość jest stanem spowodowanym nadmiernym gromadzeniem się tkanki tłuszczowej w organizmie, u mężczyzn powyżej 25%, u kobiet powyżej 30% masy ciała. Jest to przewlekły stan zapalny o wieloczynnikowej patogenezie. Dochodzi do hipertrofii lub/i hiperplazji komórek tłuszczowych – adipocytów. Udział w niej mają m.in. mechanizmy genetyczne, molekularne, hormonalne, społeczne i środowiskowe.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje nadwagę jako indeks masy ciała (body mass indeks BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, zaś otyłość $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Według raportu WHO z 2016 roku na całym świecie 39% ludzi dorosłych cechuje się nadwagą, a u kolejnych 18% stwierdza się otyłość.

Klasyfikację stanu odżywienia ciężarnych przeprowadza się przed pierwszą wizytą podczas ciąży lub w pierwszym jej trymestrze. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych liczba kobiet ciężarnych z nadwagą bądź otyłością, przychodzących na pierwszą wizytę prenatalną, wynosi około 50%.

Pravidłowe przyrosty masy ciała podczas ciąży w zależności od BMI przed jej rozpoczęciem przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Zalecenia dotyczące maksymalnego przyrostu masy ciała w zależności od BMI

BMI [kg/m ²]	Granice przyrostu masy ciała [kg]
< 18,5	12,5–18
18,5–24,9	11,5–16
25–29,9	7–11,5
> 30	5–9

Otyłość u kobiet może powodować wystąpienie wielu powikłań, zarówno w okresie koncepcyjnym, jak i na każdym etapie ciąży, porodu i połogu. Może zaburzać dobrostan płodu, utrudnia poród i karmienie dziecka,

modyfikuje skład mleka kobiecego oraz wywołuje u dziecka odległe konsekwencje zdrowotne.

Otyłość a produkcja mleka w gruczole piersiowym

Otyłość opóźnia laktogenezę, co wiąże się mniejszą objętością produkowanego mleka.

W warunkach prawidłowych komórki nabłonka mlecznego wyściełające pęcherzyki mleczne w gruczolach piersiowych matki syntetyzują pod wpływem prolaktyny mleko z prekursorów pochodzących z krwi matki, a następnie wydzielają je do światła pęcherzyków mlecznych.

U podstaw zmniejszonej produkcji mleka u kobiet otyłych leży nieadekwatne wydzielanie prolaktyny w odpowiedzi na ssanie piersi. Zaburzony jest tak zwany odruch prolaktynowy, w którym ssanie pobudza zakończenia nerwów czuciowych znajdujących się w brodawce piersiowej. W warunkach prawidłowych bodziec ten powoduje uwalnianie prolaktyny z przedniego płata przysadki mózgowej. Prolaktyna jest u człowieka najsilniejszym hormonem prolaktogennym. Jej odpowiednio wysokie stężenie jest warunkiem optymalnej laktacji. Niedobór prolaktyny zawsze wiąże się z niedostateczną produkcją pokarmu.

Otyłość a przystawianie dziecka do piersi

Kobiety otyłe z reguły doświadczają technicznych trudności w prawidłowym przystawieniu dziecka do piersi. Trudna jest realizacja tego zadania zarówno w pozycji siedzącej – klasycznej i krzyżowej, jak też w polecanej w pierwszych dobach po porodzie pozycji leżącej. Stosunkowo najmniej problemów kobietom o dużej masie ciała sprawia ułożenie dziecka do karmienia w pozycji „spod pachy”. Dodatkowo, kobiety otyłe mają trudności w doborze ich własnej pozycji przy karmieniu piersią.

Niedostateczna stymulacja i nieefektywne karmienie skutkują niewystarczającą ilością pokarmu względem zapotrzebowania dziecka. Dzieci kobiet otyłych są krócej karmione piersią niż niemowlęta matek z prawidłowym BMI. Wcześniej wprowadzane zostają do ich diety mieszanki mlekozastępcze. Napotykanie trudności i brak wiary w ich pokonanie powoduje zniechęcenie matek do karmienia piersią. Badania pokazują, że kobiety otyłe są mniej skłonne do wyłącznego karmienia piersią oraz wcześniej odstawiają dzieci od piersi.

Dlatego niezbędne jest ponadprzeciętne zaangażowanie personelu medycznego w edukację laktacyjną tych kobiet, udzielenie im pomocy technicznej przy karmieniu oraz wsparcie psychologiczne.

Czy otyłość matki ma wpływ na skład mleka kobiecego?

Z istniejących badań wynika, iż mleko kobiety otyłej różni się od mleka kobiety z prawidłową masą ciała zawartością zarówno makro- jak i mikroskładników. Zmiany te sprzyjają zwiększaniu masy ciała noworodków i niemowląt karmionych piersią oraz zwiększają odkładanie się tłuszczów w ich organizmie.

Mleko kobiet z nadwagą/otyłością w zależności od rodzaju i etapu laktacji jest bogatsze w tłuszcz, cechuje się wyższym stężeniem laktozy, stosunkowo najmniejsze różnice stwierdza się w zakresie stężenia białka.

Tłuszcze

W siarze kobiet otyłych, w porównaniu do kobiet z prawidłową masą ciała, nie wykazano różnic co do składu tłuszczów. W mleku dojrzałym natomiast stwierdza się pozytywną korelację BMI kobiet ze stężeniem tłuszczów w ich mleku. Mleko to u kobiet z nadwagą bądź otyłością zawiera większą ilość nasyconych i jednonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz obniżoną ilość kwasu alfa-linolenowego i DHA. Zwiększona zawartość tłuszczów w mleku kobiet otyłych może być związana z istniejącą u tych kobiet dyslipidemią i hipertrójglicerynią. Może też być konsekwencją specyficznej diety kobiet karmiących, obfitującą w tłuszcze i białko.

Profil tłuszczów w mleku może mieć konsekwencje dla rozwoju umysłowego dziecka. Pozytywnie z rozwojem poznawczym koreluje kwas linolenowy, n6 PUFA, ALA, DHA i n3 LC-PUFA, zaś negatywnie proporcja n6:n3.

Białko

W zakresie stężenia białka, tylko nieliczne badania donoszą o pozytywnej korelacji między zawartością białka a BMI, i to tylko w colostrum. W wielu innych badaniach nie stwierdzono różnic w zawartości białka, niezależnie od fazy laktacji, tj w colostrum, mleku przejściowym i dojrzałym.

Laktoza

W wielu badaniach stwierdzono wyższe stężenie laktozy w colostrum kobiet z nadwagą i otyłych w porównaniu z mlekiem kobiet w prawidłową masą ciała. W mleku przejściowym i dojrzałym różnic tych nie stwierdzono. Istnieją też pojedyncze doniesienia o ujemnej korelacji BMI i stężenia laktozy w mleku przejściowym.

Neutrofile w mleku ludzkim sprawują trzy zasadnicze funkcje – bakteriobójczą, enzymatyczną, a także są odpowiedzialne za fagocytozę. Udowodniono, że w mleku

kobiet otyłych jest więcej neutrofilii niż u kobiet z BMI w zakresie normy, co stanowi kolejny czynnik ochronny dziecka.

Komórki macierzyste – są to komórki mające zdolności potencjalnie niezliczonej liczby podziałów komórkowych oraz różnicowania się pod wpływem czynników troficznych w różne typy komórek. Mogą zostać przekształcone m.in. w tkankę kostną i tłuszczową, komórki wątroby, trzustki i mózgu. Zawarte w mleku matki zarodkowe komórki macierzyste przenikają niezmienione do krwi dziecka, docierają do różnych narządów, wbudowują się w nie i normalnie tam funkcjonują. Uważa się, że mają neuroprotektoryjny charakter.

U kobiet otyłych ilość tych komórek w mleku matczym jest istotnie mniejsza.

Hormony w mleku kobiecym

Mleko kobiece zawiera wiele hormonów o kluczowym znaczeniu dla rozwijającego się organizmu.

Jednym z nich jest adiponektyna, regulująca metabolizm organizmu. W szczególności odpowiada za poczucie sytości, wrażliwość na insulinę, stymuluje absorpcję glukozy oraz zmniejsza wydatek energetyczny organizmu. Istnieje pozytywna korelacja między matczym BMI a stężeniem adiponektyny w mleku. Co więcej, większa ilość adiponektyny podwyższa ryzyko otyłości w okresie dzieciństwa.

Grelina odpowiada za regulację ilości przyjmowanego pokarmu, sen, zachowanie, wydzielanie soków żołądkowych, metabolizm glukozy i energii. Ma również wiele funkcji egzo- i endokrynologicznych. Wpływa na większość układów w ludzkim organizmie, włączając w to układ sercowo-naczyniowy. W mleku ludzkim

funkcjonuje jako czynnik stymulujący potrzebę karmienia u noworodka. Im bardziej wzrasta stężenie greliny, tym bardziej zwiększa się poczucie głodu. U kobiet otyłych stężenie greliny w mleku jest większe. Oznacza to, że dzieci takich matek częściej odczuwają głód i mają potrzebę karmienia, co sprawia, że szybciej i więcej przybierają na wadze. Może to zatem prowadzić do otyłości w przyszłości.

Insulina jest kolejnym hormonem w matczym mleku, którego stężenie u kobiet otyłych jest większe. Jako hormon odpowiedzialny za gospodarkę węglowodanową oraz mikrobiom w układzie pokarmowym, wydzielenie w ponadnormatywnych ilościach powoduje szybsze wzrastanie dziecka. Tym samym rośnie ryzyko otyłości w wieku dziecięcym. Zwiększa również ryzyko insulinooporności mogącej prowadzić do wystąpienia cukrzycy typu II w życiu późniejszym.

Leptyna jest hormonem odpowiedzialnym za wzmożenie apetytu i zmniejszanie wydatku energetycznego organizmu. Prowadzi do zwiększonej konsumpcji pokarmu oraz kumulowania, co w konsekwencji może prowadzić do zaburzeń gospodarki energetycznej i otyłości. Podobnie jak insulina, hormon ten obecnym jest w znacznie większym stężeniu w mleku kobiet otyłych.

Podsumowanie

Mechanizm, w jaki maczyna nadwaga/otyłość wpływa na proces laktacji, skład mleka i konsekwencje dla metabolizmu i wzrastania dzieci są niejasne i wymagają dalszych badań. Mleko matki ze względu na właściwości biologiczne nadal pozostaje pokarmem z wyboru w karmieniu, zapewniającym prawidłowe programowanie żywieniowe niemowląt i małych dzieci. W szczególności, zmniejsza u nich ryzyko nadwagi i otyłości. Pozytywnie wpływa też na normalizację masy ciała kobiet po ciąży. Zespoły medyczne powinny wspierać matki otyłe w pokonywaniu trudności w przystawianiu dzieci do piersi i w skutecznej stymulacji laktacji.

Należy promować kampanie społeczne oraz wdrażać wszelkie działania profilaktyczne, aby nie dopuszczać do nadwagi i otyłości, w szczególności u kobiet planujących ciążę.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization: The challenge of obesity in the WHO European Region. Fact sheet EURO 2005; 13: 1-4.
2. Wender-Ożegowska E., Bomba-Opoń D., Brązert J. i wsp. Standardy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Opieka położnicza nad ciężarną otyłą”. *Ginekol Pol.* 2012; 83: 795–799.
3. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S et al. Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016, 4, 1025–1036
4. Leghi G.E, Netting M.J, Middleton P.F et al. The Impact of Maternal Obesity on Human Milk Macronutrient Composition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* 2020, 12, 934. <https://doi.org/10.3390/nu12040934>.
5. de la Garza Puentes A, Alemany AM, Chisaguano AM et al. The Effect of Maternal Obesity on Breast Milk Fatty Acids and Its Association with Infant Growth and Cognition—The PREOBE Follow-Up. *Nutrients* 2019, 11, 2154; doi:10.3390/nu11092154
6. Erliana UD, Fly AD. The Function and Alteration of Immunological Properties in Human Milk of Obese Mothers. *Nutrients*. 2019. 6;11(6):1284.
7. Leghi G.E, Netting M.J, Lai C.T et al. Reduction in Maternal energy Intake during Lactation Decreased Maternal Body Weight and Concentrations of Leptin, Insulin and Adiponectin in Human Milk without Affecting Milk Production, Milk Macronutrient Composition or Infant Growth. *Nutrients* 2021, 13, 1892. <https://doi.org/10.3390/nu13061892>.

Obraz matki, macierzyństwa, karmienia piersią i wychowania w literaturze pedagogicznej

dr n. med. Jolanta Warzycha

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

„Ona mi pierwsza pokazała księżyc
i pierwszy śnieg na świerkach i pierwszy deszcz”...

K.I.Gałczyński

Macierzyństwo to jedna z najważniejszych ról społecznych kobiety. Rozpatrując oblicza macierzyństwa w literaturze pedagogicznej można mówić o ewolucji od postrzegania w kategoriach biologicznych i emocjonalnych do świadomego macierzyństwa. Rozumienie roli matki w historii wychowania jest powiązane nie tylko z przemianami o charakterze dziejowym, ale wynika ze sposobu postrzegania kobiet, ich roli społecznej, podejścia do problemu edukacji.

Właściwy obraz macierzyństwa w ujęciu historycznym byłby niepełny, gdybyśmy nie wzięli pod uwagę pod uwagę roli kobiet obcych (mamek, nianiek, piastunek, guwernantek), które odgrywały ważną rolę w życiu najmłodszych. Według polskiej terminologii „matka” to „kobieta mająca własne dziecko (dzieci). Z kolei „macierzyństwo” (ang. motherhood, fr. maternite, niem. Mutterschaft) to słowo pochodzące od dawnego „macierz”. Oznacza „bycie matką i związane z tym uczucia, doznania, powinności”, czyli coś więcej ponad sam fakt wydania na świat potomstwa. Inne definicje słownikowe podają, że „macierzyństwo” to „naturalne wrodzone uzdolnienie, to więź łącząca dziecko z matką”. W świetle przytoczonych definicji należy potwierdzić słowa Elżbiety Górnikowskiej-Zwolak, że macierzyństwo to zjawisko uważane za „oczywiste” i „naturalne”, podlegające silnemu pozytywnemu wartościowaniu. Elisabeth Badinter, w książce pt. *Historia miłości macierzyńskiej* pisała: „Tak długo mówiono o miłości macierzyńskiej jako o czymś instynktownym, że chętnie w to wierzymy.”

Archeotyp matki w tradycji europejskiej wywodzi się od starożytnych Greków i Rzymian. Zgodnie z tradycją grecką małe dzieci miały być wychowywane głównie przez matkę i to ona we wczesnym dzieciństwie kształtowała ich osobowość. Z kolei w Rzymie w wychowanie dzieci zaangażowani byli oboje rodzice. Świadectwem

poglądów greckich na temat matki i macierzyństwa są dzieła Plutarcha z Cheronei (ok. 50 r.n.e – ok. 125 r.n.e), wybitnego pisarza z czasów cesarstwa. Wzorowali się na nim myśliciele czasów nowożytnych: Erazm Gliczner czy Jan Amos Komeński. Plutarch uważał, że małe dziecko powinno być wychowywane przez matkę, co przedstawił w traktacie Dialog o miłości. Doceniał znaczenie bezpośredniego udziału rodziców w wychowaniu dziecka dlatego, że dawało to możliwość zaobserwowania jego natury i wykorzystania spostrzeżeń do pracy wychowawczej. gdyż: „[...] wychowuje się dziecko przez cały dzień, poczynając od ubierania, przez naukę odpowiedniego zgodnego z obyczajem jedzenia, a kończąc na przechadzce i ułożeniu dziecka do snu”.

W podobnym tonie utrzymane są poglądy Lucjusza Anneusza Seneki (4 p.n.e – 65 r.n.e), filozofa, pisarza. Seneka kształtował wizerunek rodziny przez pryzmat myślenia o kobietach, dziecku i społeczeństwie. Dzięki wnikliwej obserwacji doszedł do ustaleń dotyczących psychiki dziecka, opieki nad niemowlęciem, roli zabawy w wychowaniu. Uważał, że w wychowanie dzieci powinni być zaangażowani rodzice, których nazwał stróżami domowymi. Filozof ten gloryfikował rodzicielstwo, twierdząc, że „[...] nie kochać rodziców jest grzechem – nie uznawać, szaleństwem”. Seneka poświęcił wiele uwagi opiece nad niemowlęciem. Zdawał sobie sprawę z tego, że przywiązanie rodziców do dziecka wcale nie daje gwarancji, iż będzie ono w przyszłości obdarzone cnotami. Aby dochować się potomka o prawym charakterze, trzeba go systematycznie wychowywać. Filozof ten, zwany „pedagogiem rodzaju ludzkiego”, chciał oddziaływać na rodziców za pomocą pism, nasyconych moralizatorskim przekazem. Jego najważniejsza maksyma to: „[...] długa droga przez przepisy, krótka przez przykłady”.

Od czasów średniowiecza ogólna sytuacja matki i dziecka uległa pogorszeniu. Praktykowano tzw. wychowanie w obcym domu, co było konsekwencją uwikłania w wychowanie stanowe. Miało to związek z nauką zawodu pod kierunkiem mistrza oraz dotyczyło edukacji dworskiej. Wychowanie w obcym domu wiązało się z opuszczeniem rodziny. Zarówno malarstwo, jak i literatura nie uznawały autonomii dziecka. Na miniaturach i obrazach doby średniowiecza dzieci różnią się od dorosłych tylko wzrostem, zmniejszonymi proporcjami ciała, ale nie rysami twarzy.

Powszechne było przyzwyczajenie do dużej umiERALNOŚCI dzieci. Z okresu średniowiecza znane są zabobonne praktyki porodowe w obecności baby zwanej dzieciobiorką lub pęporzezka, wspomagane medycyną ludową. Ze względu na czynniki higieniczne i zdrowotne porody często kończyły się tragicznie.

W zasadzie wcześniaki nie miały szans na przeżycie. Jak podaje Dorota Żołędź-Strzelczyk: „[...] położnice z wyższych sfer miały stosunkowo dobrą opiekę. Królowe rodziły we własnej sypialni, w otoczeniu kilku osób. [...] Przy polskich pierwszych damach czuwały położne oraz lekarze”.

Bezpośrednio po urodzeniu dziecka starano się, przez rozmaite zabiegi zapewnić mu zdrowe, szczęśliwe życie. W średniowieczu istniał problem macierzyństwa niespełnionego – odebranego, który dotyczył kobiet porzucających narodzone dziecko. Były to najczęściej dzieci nieślubne, z reguły – niechciane, nierzadko ze związków nielegalnych, z gwałtu. Na podstawie literatury z tego okresu można wnioskować, że dość łatwo, pozbywano się dziecka, które ciągle jeszcze stanowiło zaledwie dodatek do świata dorosłych.

Od XV–XVI wieku zaczęto przywiązywać większą wagę do istoty macierzyństwa. Prawdopodobnie za Plutarchem, w traktatach pedagogicznych z okresu odrodzenia podkreślano rolę karmienia dziecka piersią. W rozprawie królowej Elżbiety o wychowaniu królewicza z 1502 roku czytamy: „Uprzytomnij sobie, proszę cię, jak dalece rozwój dziecka zależy od pożywienia, które otrzymują. [...]” „Dla małych dzieci jest najkorzystniejszą rzeczą żywić się mlekiem matki”. Problem ten poruszył też Erazm Gliczner-Skrzetuski (1535–1592), który pisał, że karmienie dziecka przez matkę ma znaczenie dla jego przyszłości, bo „[...] z tym pokarmem i afekty i przychylności mnożą się...a siły bierzą”. Podobnie Giovanni Domenico Campanella (1568–1639), podejmując problem wychowania w utopijnym Mieście słońca doceniał znaczenie matki w świecie dziecka, a zwłaszcza zalety karmienia piersią.

Pierwszy choć niepełny obraz macierzyństwa pochodzący z okresu późnego odrodzenia znajdujemy w pismach Sebastiana Petrycego (1554–1626), wybitnego polskiego lekarza, profesora medycyny w Akademii Krakowskiej. Jego poglądy pedagogiczne zamieszczone w komentarzach przy okazji tłumaczenia na język polski pism Arystotelesa, ujmują istotę macierzyństwa. W Przydatkach do Ekonomiki Arystotelesowej i Polityki Arystotelesowej napotykamy określenie „żywoł macierzyński”. Sformułowanie odnosi się wyłącznie do życia płodowego dziecka, ale nasuwa skojarzenia niewerbalne, natury psychologicznej. Dosłowny sens macierzyństwa, w ujęciu Petrycego, sprowadzał się do bliskości fizycznej i emocjonalnej.

Naturalnym przywilejem matki było stałe obcowanie z dzieckiem, dopiero w drugiej kolejności mogli tego doświadczyć ojciec i inne osoby z otoczenia dziecka. Petrycy wychodził z założenia, że pierwszy okres życia

jest związany z „karmieniem, żywnością i ochędotwem”, i w szczególności rolę matki jest te potrzeby dziecka zaspokoić. Uważał, że „[...] lepiej jest, aby matka piersiami swymi karmiła dziecię niżli przez mamki [...] bo pokarm matczyzny najzdrowszy jest dziecięciu”. Treścią dzieciństwa – według Petrycego – powinna być beztraska. W kwestii wychowania podzielał entuzjazm uczonych doby antyku. Był zdania, że powinnością matki i wszystkich osób z otoczenia dziecka, jest ochrona dziecka przed negatywnym oddziaływaniem środowiska i troska o prawidłowy przebieg procesu wychowania.

Obraz matki i macierzyństwa nakreślony przez Petrycego miał reperkusje w historii wychowania. Na pierwszy plan wysuwa się tu kwestia bliskości fizycznej i emocjonalnej matki i dziecka i związany z tym problem karmienia dziecka przez matkę. Jako drugi pojawia się problem współodpowiedzialności matki za wychowanie dziecka, co nadaje macierzyństwu sens społeczny. Widoczne u Petrycego zainteresowanie kwestią powinności wychowawczych matki można uznać za zalążek refleksji o świadomym macierzyństwie, która ukształtowała się na dobre dopiero w następnych stuleciach. Petrycy rozpatrywał macierzyństwo wieloaspektowo, w perspektywie biologicznej, psychologicznej i społecznej.

Z psychologicznego punktu widzenia przełomowe znaczenie dla pojmowania istoty macierzyństwa miały poglądy Jana Jakuba Rousseau (1712–1778), który zwrócił uwagę na unikalną więź łączącą matkę z dzieckiem i możliwości, jakie daje dziecku permanentne obcowanie z matką. Jako zwolennik wychowania naturalnego Rousseau przeciwstawiał się ograniczeniom i schematom w prowadzeniu dziecka już od dnia jego narodzin. Kluczowe znaczenie miała tu kontrowersyjna wówczas kwestia karmienia dziecka przez matkę piersią, również w miejscach publicznych. Zachęta ze strony Rousseau do propagowania tego typu zachowań spotkała się z uznaniem w tamtych czasach, co świadczy o nieprzeciętnym podejściu tego myśliciela do problemu macierzyństwa. Równie zaskakujące są poglądy Rousseau na temat sensu macierzyństwa. Macierzyństwo jest z założenia oparte na koegzystencji matki i dziecka. Obraz zawarty w *Emilu* jest interesujący z uwagi na niebanalne potraktowanie dziecka i dzieciństwa. Fundamentalne znaczenie w kształtowaniu nowego światopoglądu pedagogicznego miało tu umowne „odkrycie” dzieciństwa, czyli zrozumienie natury dziecka, zanim stanie się ono dorosłym człowiekiem. Rousseau domagał się traktowania wychowanka w sposób podmiotowy, jako kogoś kim jest, a nie jako kogoś, kim dopiero będzie. Dzieciństwo ma znaczenie nie tyle jako pewien etap ku dorosłości, lecz ma znaczenie samo w sobie. Rousseau otwarcie głosił, że: „[...] pierwsze

wychowanie jest najważniejsze [...] i należy bezsprzecznie do kobiet: [...] „Matka chce, żeby dziecko było szczęśliwe, chce żeby nim było natychmiast”. Prócz miłości, Rousseau zobowiązywał matkę do zapewnienia dziecku warunków do swobodnego i pełnego rozwoju. Tak pisał w *Emilu*: „Do ciebie to zwracam się czuła i przewidująca matko, która potrafiłaś usunąć się z szerokiego gościńca i uchronić rosnący krzew od ciosu ludzkich opinii! Uprawiaj, podlewaj młodą latorośl, ażeby nie zamarła...”.

Poglądy Rousseau na wychowanie budziły podziw. W tym nurcie mieszczą się między innymi poglądy Johanna Heinricha Pestalozziego (1746–1827) – szwajcarskiego pedagoga, autora najpiękniejszego opisu matczynych wzruszeń. Zgodnie z naczelną zasadą swojej teorii pedagogicznej, że wychowywać należy miłością, w książce *Matka i dziecko*, Pestalozzi wypowiedział się na temat macierzyństwa. W sposób ponadczasowy ujął kwintesencję macierzyństwa, redukując jego znaczenie do poziomu matczynych uczuć. Pestalozzi odmienia miłość macierzyńską na różne sposoby. Píše o niej używając określeń: potęga, dyspozycja, uzdolnienie, myśląca miłość. W swoich pismach Pestalozzi przekonywał: „Wszystko, co od matki żądać bym pragnął, jest: aby miłości swojej pozwoliła najsilniej działać, lecz aby ją w wykonaniu rozsądnie miarkowała. [...]”

Miłość myśląca sprawia, że możliwe staje się wychowanie planowe, zgodne z obranym wcześniej celem. Miłość w połączeniu z rozważnym traktowaniem dziecka ułatwia rozwój jego uzdolnień, co z kolei odpowiadało wymogom wychowania zgodnego z naturą ludzką. W *Listach o wychowaniu małych dzieci* Pestalozzi przekonywał, że „[...]matka jest uzdolniona do tego – i to z rozkazu swego Stwórcy – aby stać się najważniejszą siłą motoryczną rozwoju swego dziecięcia” [...]. Idealna i kochająca matka powinna wyposażyć dziecko w dyspozycje niezbędne w dorosłym życiu. „[...] im droższe ci jest twoje dziecko, tym usilniej nalegałbym na to, ażebyś zbadała to życie, do którego wejść kiedyś będzie mu przeznaczone. „A kiedy miłość i zaufanie już raz zakorzeniły się w sercu, wtedy pierwszym obowiązkiem matki będzie uczynić wszystko, co jest w jej mocy, aby te skłonności rozwijać, wzmacniać i uszlachetniać”.

Oczekiwania związane z wychowaniem potomstwa, jakie formułował Pestalozzi pod adresem matek, oprócz zaangażowania emocjonalnego i rozważgi wymagały pewnych dyspozycji osobowościowych, jak oddanie, odwaga, pokora, zapał i odpowiedzialność. Z tego powodu koncepcja macierzyństwa, w ujęciu Pestalozziego, wydaje się ponadczasowa. Ważny jest aspekt edukacyjny macierzyństwa, czyli przywiązanie matki do spraw związanych z wychowaniem intelektualnym dzieci. Matka,

w roli pierwszej nauczycielki, miała przekazywać dziecku wiedzę na temat otaczającego je świata, przedmiotów i zjawisk z najbliższego otoczenia. Z czasem, wprowadzała dziecko w świat podstawowych pojęć, posługując się w obu przypadkach metodą pogładową, „Jest to prawda stara jak świat, że uwagę naszą znacznie silniej przykuwa i daleko głębsze pozostawia wrażenie taki przedmiot, który mamy przed oczami, niż taki, który znamy tylko z opowiadania, ze słyszenia lub z opisu” „[...] Jeśli nie można pokazać dziecku rzeczywistych przedmiotów, powinno się przynajmniej pokazywać mu obrazki tegoż przedmiotu. [...] Droga prawideł jest długa i żmudna, natomiast przykładów jest krótka i łatwa”.

W podobnym duchu utrzymane są poglądy Friedricha Wilhelma Augusta Froebela (1782–1852), którego można nazwać naśladowcą poczynań Pestalozziego. Obaj pedagodzy odznaczałi się wrażliwością i wyczuciem w sprawach wychowania, dlatego opisywali pierwsze lata życia dziecka spędzone na zabawach z matką. Froebel przedstawiał świat dziecka w perspektywie idealnej jako bezpieczną przestrzeń. Jest tam miejsce na odkrywanie świata, poznawanie otoczenia, wstępną naukę, „Naprzód wróćmy tam, gdzie nie tylko pokój matki i dziecka, ale nawet matka i dziecko stanowią jeszcze jedność, gdzie matka niechętnie oddała od siebie dziecię i oddaje je obcym; zobaczymy i posłuchajmy, jak tam matka dziecięciu zwraca uwagę na przedmioty w ruchu: «Słuchaj! ptaszek śpiewa». – «Pies robi hau, hau!» – A potem od czynności do nazwy, od rozwoju zmysłu słuchowego do rozwoju zmysłu wzrokowego: «Gdzie jest ptaszek?» – pyta matka. Tak to instynkt i miłość macierzyńska zbliża stopniowo do dziecka jego mały otaczający je światek”.

W wychowaniu człowieka Froebel propagował zabawy dydaktyczne z wykorzystaniem specjalnie przygotowanych pomocy (klocków), które planował rozsyłać po domach wraz z załączonym instruktażem. Założył stowarzyszenie dla matek w celu promowania sposobu postępowania z dziećmi w wieku przedszkolnym. Znany jest również jako twórca ogrodów dziecięcych, pierwszych instytucji wychowania przedszkolnego.

Aspekt społeczny macierzyństwa, z punktu widzenia teorii pozytywizmu, rozpatrywał Herbert Spencer (1820–1903). Dowodził, że cały wszechświat, w tym człowiek podlega prawu ewolucji. Przyjęcie praw przyrody do interpretowania świata ludzi dało w efekcie teorię głoszącą, że dobre i moralne jest to, czego wymaga życie i ustawiczny rozwój. Spencer zakładał, że macierzyństwo i rodzicielstwo są ostoją biologicznego trwania gatunku. W dziele O wychowaniu umysłowym, moralnym i fizycznym pisał: „Skoro dobro społeczeństwa zależy ostatecznie od natury obywateli i skoro natura obywateli

da się najłatwiej kształtować przez wczesne wychowanie, to musimy wnioskować, że pomyślność rodziny leży u podstaw pomyślności społeczeństwa”. Spencer proponował obowiązkowe kursy z zakresu podstaw fizjologii i psychologii, które miały na celu zapoznanie rodziców z przebiegiem rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka. Zależało mu, aby młodzi rodzice potrafili właściwie reagować na sygnały ze strony dziecka, umieli rozpoznawać jego potrzeby i je zaspokajać. Takie podejście do problemu macierzyństwa i ojcostwa wyróżniało się spójnością i dojrzałością.

Charakterystyczne dla pozytywizmu postrzeganie rodziny i rodziców przez pryzmat powinności społecznych rzutowało na charakter i zakres powinności rodzicielskich. Widać to w programie pedagogicznym pozytywizmu warszawskiego. Aleksander Świętochowski (1849–1938) omówił problem odpowiedzialnego rodzicielstwa. Na pierwszy plan wysunął się kwestię „ukształcenia”, czyli przygotowania rodziców do roli wychowawców. Zdawał sobie sprawę, jak duże są zaniedbania w tym względzie, a zarazem jak ogromne znaczenie ma przygotowanie domu rodzicielskiego do pełnienia funkcji wychowawcy młodego pokolenia. Stan świadomości rodzicielskiej w zakresie obowiązków związanych z wychowaniem potomstwa, podobnie jak ignorancję społeczną w sprawach wychowania, opisywał słowami: „Większej części zdaje się, że dość zostać ojcem lub matką, ażeby umieć wychować dziecko. Ani średnia, ani wyższa edukacja nie uczy pedagogiki, ci więc, którzy ją na wskroś znać powinni, gdy ich życie do jej obowiązków powoła, podejmują trud zupełnie nieprzygotowani i dopiero w natchnieniu i pomyłkach szukają zasad postępowania zlepiając sobie ze wspomnień doświadczenia własny, często z gruntu fałszywy schemacik”. Nie szczędził również słów krytyki pod adresem matek. Pisał, że: „[...] zaopatrują się powszechnie w kucharskie przepisy, a rzadko która dba o zaznajomienie się z teorią wychowania, ażeby nie zmarnować dziecka, lecz owszem, ukształcić je starannie”. Przykładne macierzyństwo to nie tylko „żywienie, odziewanie, chronienie od szkodliwych wypadków” i „opłacanie nauki”, w razie potrzeby. „To wszak zadanie, które polega na powolnym, nieprzerwanym urabianiu i kształtowaniu młodych organizmów.” Dojrzałe macierzyństwo wymaga reagowania na potrzeby dziecka, ale też stosowania się do zaleceń pedagogiki, aplikowania w edukacji domowej nowych i udoskonalonych sposobów postępowania z dzieckiem. Za wyjątkowo korzystne, z punktu widzenia wymagań rozwojowych małego dziecka, Świętochowski uznał odwoływanie się przez matki do dorobku pedagogicznego Pestalozziego i Froebela.

Świętochowski stawiał na systematyczność i konsekwencję w prowadzeniu dziecka. Był przeciwny sytuacjom, w których matki własnym przykładem przeczą ustalonym zasadom wychowawczym.

„[...] matka czuwająca nad pierwszymi dwoma laty życia dziecka porzuca analizę jego charakteru w dalszym rozwoju, dziś malcowi wolno mówić i robić to, czego mu nie wolno nazajutrz; dobry lub zły humor rodziców odmienia pedagogiczne prawidła.”

Na tle dyskusji wokół idei matki i macierzyństwa należy jeszcze rozważyć poglądy Bronisława Trentowskiego (1808–1869), zgodnie z którymi egzystencja kobiety jest uwarunkowana czynnikami biologicznymi, wpisanymi w jej naturę. Ten rodzaj determinizmu biologicznego sprawia, że rola matki jest najważniejszą rolą społeczną kobiety. Choć Trentowski był pod dużym wrażeniem kobiet, z niechęcią odnosił się do problemu ich edukacji. Za skrajnie dyskusyjne wypada uznać jego opinie: „Kobieta jest jednak wiecznym dzieckiem, wychowanie zatem dla niej jest rzeczą kardynalną. Każda białogłowa powinna mieć dobre wychowanie, bo to jest strojem jej najrzeczywistszym. [...] Głębsza nauka i oświata nie są tedy dla cór Ewy, lepsza im igła i wrzeciono. [...]”. W poglądach pedagogicznych Trentowskiego, jak niegdyś w odrodzeniu i wcześniej w starożytności, znajdujemy prawdziwą pochwałę domu rodzinnego, z kochającą matką i ojcem. „Tylko w domu rodziców, tylko w ziemskim raju [...] udać się może dobre wychowanie dzieci” – przekonywał w Chowannie. „Rodzice są wzorem doskonałości, świętym dziecka ideałem. [...]”

W poglądach Trentowskiego widoczne są też wpływy Froebła, co finalnie wypełnia obraz idealnego macierzyństwa. Odwołując się do twórczości tego filozofa można nakreślić wymarzony wizerunek rodziny polskiej, z wiodącą rolą matki, zgodny z ówczesną ideologią. W kochającej rodzinie, pod czujnym okiem matki, dokonuje się proces wychowania, który ma charakter planowy i świadomy. Matka aktywnie uczestniczy w życiu dziecka, śledzi jego rozwój biologiczny i duchowy, zajmuje się edukacją domową. Do tego celu wykorzystuje specjalne pomoce dydaktyczne i zabawki zaprojektowane przez Froebła. Trentowski wymagał też od matek inwencji własnej w trakcie zabaw z dziećmi. Propagował zabawy tematyczne, dydaktyczne i zabawy w rolę. Z perspektywy dziejów myśli pedagogicznej przedstawione koncepcje macierzyństwa są nie do przecenienia.

Można zaryzykować twierdzenie, że dawni myśliciele zbudowali pomost mentalny między przeszłością a teraźniejszością, co pozwoliło na utrzymanie jednolitości

w rozwoju kultury europejskiej od epoki helleńskiej po czasy współczesne. Analiza dorobku pedagogicznego klasyków wychowania uświadamia, że macierzyństwo jest kategorią autoteliczną. Pod względem biospołecznym macierzyństwo to ostoja biologicznego trwania gatunku. Kobiety są pierwszymi i głównymi opiekunkami i nauczycielkami dzieci, troszczą się o ich wykształcenie, wprowadzają w świat szeroko rozumianej kultury. Esencję macierzyństwa, w historycznym rozwoju społeczeństw, stanowiły, podobnie jak dzisiaj, wzajemne interakcje matki i dziecka, na które składają się: bliskość fizyczna, gesty i myśli, powiązania emocjonalne, uczucia i doznania, troska, poświęcenie, oddanie, ochrona, ale również – niepokój, obowiązki i nowe wyzwania. Synonimami macierzyństwa w historii wychowania było przywiązanie, skłonność do stałego obcowania z dzieckiem, więź emocjonalna i czułość.

Macierzyństwo w kulturze euroamerykańskiej miało też swoje drugie, niechlubne oblicze, ponieważ miłość macierzyńska w czystej postaci jest konstruktem stosunkowo późnej daty. Nierzadko, obraz przeciętnej matki był daleki od ideału, a często bywał nawet zaprzeczeniem dobrego macierzyństwa. Od dawna znane są też przypadki manipulowania macierzyństwem.

Współcześnie bywa ono nierzadko przedmiotem biurokratyzacji i komercjalizacji. Zapomina się o godności matki i jej podstawowych prawach traktując macierzyństwo jako przedmiot standardów i procedur urzędniczych albo jako produkt reklamowy.

Rozpatrując powyższe oblicza macierzyństwa w historii wychowania można wyróżnić kilka typowych zachowań macierzyńskich, najczęściej prezentowanych w literaturze pedagogicznej aż do XXI wieku.

Na pierwszy plan wysuwa się macierzyństwo klasyczne – absolutne, bezwarunkowe, z bezgranicznym oddaniem, troską i poświęceniem ze strony matki, która spędzała z dzieckiem cały swój czas. Wraz ze zmieniającą się sytuacją kobiety w świecie możemy tu alternatywnie mówić o macierzyństwie nowoczesnym, polegającym na łączeniu macierzyńskich powinności z pracą zarobkową. W drugiej grupie postaw macierzyńskich mieszczą się takie, które można określić jako bardziej lub mniej zaangażowane.

Widoczne są w literaturze pedagogicznej przykłady wyjątkowo intensywnego oddziaływania matki na dziecko, wykraczającego poza czynności pielęgnacyjne i wychowawcze. Macierzyństwo zaangażowane to takie, które wiąże się z aktywnością matki, również w sferze dydaktycznej, co wynika z obowiązku przygotowania dziecka do pełnienia przyszłych ról życiowych. Integralnym elementem macierzyństwa w pełni zaangażowanego

jest odpowiedzialna pedagogizacja. Z literatury dotyczącej zachowań macierzyńskich wyłania się też obraz macierzyństwa o charakterze bardziej i mniej uczestniczącym, zależnie od częstotliwości i jakości kontaktów matki z dzieckiem. Chodzi tu o matki, które czynnie spełniały się w macierzyństwie oraz o sytuacje, w których niekiedy wbrew własnej woli nie mogły samodzielnie zajmować się dzieckiem i były zależne od osób trzecich. Postawy macierzyńskie nie zawsze były spójne, często się przenikały i krzyżowały, nie były też ustalone raz na zawsze. Analizując zagadnienie macierzyństwa, w ujęciu wertykalnym, można mówić o powolnej ewolucji idei macierzyństwa: od pojmowania go w kategoriach biologicznych do coraz bardziej świadomego i systemowego traktowania powinności matczynych. Niezależnie od dyskusji prowadzonych współcześnie wokół macierzyństwa, zwłaszcza w nurcie radykalnego feminizmu, ciągle aktualne są słowa Cyncerona: „Czyż możemy narodowi ofiarować większy dar nad wychowanie i wykształcenie młodzieży”

Piśmiennictwo

u autorki

Medycznie uzasadnione przeciwwskazania do karmienia piersią

dr n.med. Marzena Kostuch

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

Chociaż karmienie piersią jest najbardziej optymalnym sposobem żywienia niemowląt, istnieją sytuacje, w których karmienie piersią może być przeciwwskazane.

Przeciwwskazania ze strony dziecka

Stałym przeciwwskazaniem do karmienia piersią, odciągniętym pokarmem matki i mlekiem z Banku Mleka Kobięcego ze strony dziecka są:

- klasyczna galaktozemia spowodowana niedoborem enzymu urydylotransferazy galaktozo-1-fosforanowej.

Częściowe przeciwwskazania do karmienia piersią, czyli dziecko pod nadzorem specjalistycznym może być częściowo karmione piersią (lub odciągniętym pokarmem matki lub mlekiem z banku mleka kobiecego) i karmienie

piersią powinno być uzupełniane odpowiednim preparatem mlekozastępczym to:

- wrodzona nietolerancja laktozy z laktozurą
- fenyloketonuria
- choroba syropu klonowego
- inne niż klasyczna postaci galaktozemii
- choroby metaboliczne przebiegające z zaburzeniem przemiany aminokwasów
- choroby przebiegające z zaburzeniami oksydacji kwasów tłuszczowych

Przeciwwskazania ze strony matki

Stałe przeciwwskazania do karmienia piersią i odciągniętym pokarmem matki:

- zakażenie wirusem HIV. Zakaz dotyczy krajów rozwiniętych. Wg WHO w krajach rozwijających się karmienie jest dopuszczalne zgodnie ze specjalnymi protokołami postępowania. W przypadku karmienia piersią zalecane wyłączenie karmienia piersią, należy unikać karmienia mieszanego,
- zakażenie wirusem HTLV-1 i HTLV-2 (ang. human T-cell lymphotropic virus type 1, type 2)
- ciężka choroba psychiczna uniemożliwiająca karmienie lub odciąganie pokarmu, pomimo właściwego leczenia.

Czasowe przeciwwskazania do karmienia bezpośrednio z piersi i karmienia odciągniętym pokarmem matki to:

- ciężki kliniczny stan matki, uniemożliwiający odciąganie pokarmu; powrót do karmienia jeśli nastąpi poprawa stanu klinicznego matki
- inwazyjna postać zakażenia (bakteriemia, sepsa, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, septyczne zapalenie kości, stawów) wywołane m.in. przez: Hib, N.meningitidis, S.aureus, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus gr.B; powrót do karmienia piersią lub odciągniętym mlekiem matki powinien nastąpić po 24-48 h od rozpoczęcia leczenia przyczynowego, jeśli nastąpi poprawa stanu klinicznego matki
- nieleczona bruceloza – karmienie piersią/odciąganym mlekiem matki po 48-96 godzinach od rozpoczęcia leczenia przyczynowego, jeśli nastąpi poprawa stanu klinicznego matki
- zakażenie wirusem Ebola, do czasu poprawy stanu zdrowia matki
- opryszczka, jeśli zmiany chorobowe są zlokalizowane są na brodawce piersiowej matki
- rzeżączka – powrót do karmienia piersią/mlekiem matki zwykle po 24 h od rozpoczęcia leczenia przyczynowego; można karmić od razu, jeśli leczona jest Ceftriaksonem

- kiła – powrót do karmienia piersią/odciąganiem mlekiem matki może nastąpić po 24 h od rozpoczęcia leczenia przyczynowego, chyba że zmiany zlokalizowane są na brodawce piersiowej matki
- matka jest leczona lekami z grupy L5 wg Hale. Powrót do karmienia piersią/odciąganiem mlekiem matki może nastąpić po zakończeniu leczenia
- diagnostyka radiologiczna z użyciem izotopów promieniotwórczych ^{131}I , ^{123}I , $^{99\text{Tc}}$
- narkomania – karmienie piersią będzie możliwe w czasie abstynencji i jednocześnie przy braku towarzyszących narkomani przeciwwskazań do karmienia piersią (zakażenie HIV)

- alkoholizm – możliwe karmienie w czasie abstynencji

Czasowe przeciwwskazania do karmienia bezpośrednio z piersi, można karmić odciągniętym pokarmem matki:

- czynna, nieleczona gruźlica (w okresie prątkowania; karmienie jest możliwe po ≥ 2 tygodniach leczenia, do tego czasu dziecko powinno być izolowane od matki). Można karmić odciągniętym pokarmem matki chyba, że zmiany zlokalizowane są na piersi lub gruźlica objęła gruczoł piersiowy
- zmiany chorobowe na brodawce piersiowej w przebiegu zakażenia HSV-1, liszajca zakaźnego. Przeciwwskazanie do karmienia dotyczy tylko piersi ze zmianami chorobowymi i tylko do czasu ich wygojenia. Jeśli istnieje możliwość odciągania pokarmu z chorej piersi bez ryzyka kontaminacji drobnoustrojami wywołującymi ww. choroby to można podawać je dziecku
- ospa wietrzna; jeżeli objawy choroby u matki pojawiły się między 5 dobą przed porodem a 2 dobą po porodzie, to dziecku należy podać immunoglobulinę (VZIG) i izolować od matki; nie karmić z piersi mlekiem matki (ryzyko kontaminacji) jeśli zmiany krostowe zlokalizowane są na piersiach, do czasu ich przyschnięcia. W innych przypadkach nie ma wskazań do izolacji ani przeciwwskazań do karmienia piersią
- odra – jeżeli objawy u matki pojawiły się 3 dni przed porodem lub do 14 dni po porodzie, to dziecko należy izolować przez 72 h oraz podać mu immunoglobulinę, w tym czasie zalecane jest żywienie odciągniętym mlekiem matki (obecne sIgA).

Nie stanowią przeciwwskazania do karmienia piersią:

- podwyższona ciepłota ciała matki jako objaw izolowany
- zakażenie wirusem Epsteina i Barr u matki

- zapalenie gruczołów piersiowych
- popękane brodawki lub ból brodawek odczuwany podczas karmienia (zazwyczaj wynik złej techniki karmienia – należy pomóc matce skorygować sposób przystawiania dziecka do piersi)
- poród przez cięcie cesarskie
- silikonowe implanty piersi
- ostra choroba infekcyjna u matki (grypa, angina, biegunka)
- Hepatitis A u matki; wskazane podanie dziecku immunoglobuliny (SIG) i zaszczepienie dziecka
- Hepatitis B u matki; dziecku należy podać immunoglobulinę anty-HBS i jednocześnie wykonać pierwsze szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B)
- Hepatitis C u matki o ile jeżeli nie ma dodatkowych zakażeń, np. HIV. Nawet wysoka wiremia u matki przy jej dobrym stanie ogólnym nie stanowi przeciwwskazania do karmienia piersią
- zakażenie wirusem cytomegalii (CMV) u matek noworodków donoszonych. W przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie należy rozważyć ryzyko transmisji patogenu i rozwoju zakażenia. Mrożenie do -20°C prawdopodobnie zmniejsza miano CMV; pasteryzacja Holdera [$62,5^{\circ}\text{C}$, 30 min] oraz krótka [5–10 s] pasteryzacja w 72°C eliminują wirusa, ale wpływają niekorzystnie na zawartość czynników bioaktywnych i odżywczych pokarmu kobiecego. Obecnie większość źródeł rekomenduje karmienie wcześniaków przez CMV seropozytywne matki.

Źródło

1. American Academy of Pediatrics. Section of Breastfeeding. PEDIATRICS Volume 129, Number 3, March 2012, 827-841.

Moja droga do karmienia piersią

Aleksandra Duk

Moją drogę do karmienia piersią określiłabym jako dość wyboistą. Karmienie piersią było dla mnie czymś tak oczywistym, że nawet nie rozważałam innych scenariuszy. Gdy słyszałam, że kobiety mają problem z karmieniem piersią, myślałam, że jest to tylko wymówka by wybrać inny sposób karmienia. Nie spodziewałam się, że życie dość szybko zweryfikuje moje poglądy, a karmienie piersią dostarczy mi tylu trudności.

Przy pierwszym dziecku zamiast radości, bliskości z moich wyobrażeń doznałam wielu łez, bezradności i poczucia niespełnienia. Mimo przystawiania dziecka do piersi i używania laktatora, mleka wciąż było za mało. Przez osiem miesięcy karmiłam mieszanie, a właściwie sztucznym mlekiem z niewielkim dodatkiem karmienia z piersi. Obrzmiałe piersi, wysoka gorączka, okłady z kapusty i zero wypływu stały się moją codziennością. System 7-7-5-5-3-3 zaś moją zmurą. Maksymalna ilość mleka po takiej sesji nie wyniosła nigdy więcej niż 12 ml. Mimo, iż działo się to 11 lat temu do dzisiaj mam w pamięci smutek, bezradność i łzy wynikające z niemożności uzyskania wystraszającej ilości pokarmu.

Kolejna ciąża napawała mnie nową nadzieją. Tym razem przecież miało być inaczej. Poczyniłam szereg postanowień, które miały mi utworować drogę do upragnionego celu jakim stało się karmienie piersią. Przede wszystkim postanowiłam, że w przypadku podobnych kłopotów i niepowodzeń poszukam pomocy u doradczynie laktacyjnej. Nie dopuszczałam do siebie myśli, że miałabym znowu nie karmić piersią. Ba ja już oczyma wyobraźni widziałam siebie karmiącą uroczego bobasa. Rozważałam również ściąganie pokarmu laktatorem na kilka dni przed samym porodem. Wyobrażałam sobie, że być może to pobudzi laktację. Teraz już wiem, że na tamten moment stan wiedzy na temat karmienia piersią wciąż był u mnie zerowy.

Mój świat wywrócił się do góry nogami, a wszystkie plany i założenia legły w gruzach gdy w 29 tygodniu ciąży z wagą 1300 gramów, przedwcześnie przyszła na świat moja córeczka Anastazja. Gdy okazało się, że stan córki jest stabilny jedną z moich pierwszych myśli było pytanie czy tym razem będę miała pokarm i zdołam ją wykarmić? Nie uwierzyłabym gdyby ktoś wtedy powiedział mi, że w aspekcie karmienia piersią, cała ta sytuacja i stres związany z urodzeniem wcześniaka może obrócić się na moją korzyść, a profesjonalna opieka w Szpitalu im. prof. W. Orłowskiego okaże się moją wielką szansą

na wygraną w walce o karmienie naturalne. Personel wykazał się bowiem ogromną cierpliwością co do mojej osoby, a ja tym razem byłam bardzo asertywna, wypytująca i podejrzewam, że nie raz wręcz męcząca zadając stale wciąż te same nurtujące mnie pytania.

Moja wielka przygoda i długa droga do karmienia piersią zaczęła się już na sali pooperacyjnej gdzie po cesarskim cięciu i znieczuleniu ogólnym dochodziłam do siebie. Pierwszą pomocną osobą była wspaniała położna, która sama z siebie postanowiła pomóc mi w uzyskaniu pierwszych kropli siary. Choć uzyskała raptem kroplę czy dwie, wytłumaczyła mi jak ważne jest to dla mojej córeczki. Bardzo wzięłam sobie to do serca lecz mimo instruktażu jak ściągnąć pokarm, samodzielnie nie mogłam nic wycisnąć.

Kolejnym etapem było zobaczenie mojego dziecka, które leżało na OIOM. Osoby opiekujące się Anastazją zarówno pielęgniarki jak i lekarze dali mi jasno do zrozumienia, że najlepsze co na ten moment mogą zrobić by zwiększyć szansę mojej małej córeczki jest karmienie moim mlekiem i każda kropla ma tutaj znaczenie. Dostałam strzykawki do których miałam ręcznie ściągać siarę. Niestety mimo wielu prób w ogóle mi to nie wychodziło. Prosiłam Panie pielęgniarki, położne o pomoc. Okazało się, że wyciśnięcie siary z moich piersi nie jest takie proste i wymaga zarówno siły jak i wprawy. Podczas gdy ja z trudem wyciskałam kroplę one potrafiły wycisnąć ich kilka. Na pomoc przyszedł szpitalny profesjonalny laktator i pierwsza niespodzianka mimo tak dobrze znanego mi cyklu 7-7-5-5-3-3 znowu w butelce nie było ani kropli mleka! Na szczęście uzyskałam ogromne wsparcie dwóch położnych, które po takiej sesji z laktatorem ściągały mi dalej ręcznie krople siary do strzykawki. Mimo, że miały wieloletnią wprawę i robiły to profesjonalnie wcale nie było to takie proste. Dowiedziałam się, że siara jest gęsta i dlatego laktator sobie z nią nie radzi. Okazało się też, że moje piersi są dość odporne i potrzeba użyć więcej siły by uzyskać wypływ pokarmu. Co trzy godziny, a w zasadzie dwie i pół po ostatnim ściągnięciu wracałam do laktatora, a następnie ręcznego ściągania pokarmu. Coraz większą wiarę, siłę i motywację do kolejnych prób dawała mi okazana serdeczności, doping i wrażenie, że wszyscy cieszą się razem ze mną z każdej uzyskanej kropli więcej niż poprzednio.

Minęły cztery doby gdy w końcu laktator zaczął radzić sobie z moimi piersiami i ujrzałam pierwsze mililitry mleka. Ogarnęła mnie ogromna radość mimo, iż ilości były niewielkie. Cieszyło mnie pierwsze 10 ml, później 25, aż w końcu upragnione 50 ml. Ponieważ Anastazja zjadała małe porcje bardzo szybko przestała korzystać z kobiecego banku mleka i przeszła na mój pokarm. Czekaliśmy dwa miesiące w szpitalu podczas których miałam ogromne

szczęście być przy mojej córeczce. Zmieniały mi się współlokatorki, a ja dzień i noc co trzy godziny ściągałam mleko laktatorem. Jeżeli np. z powodu dłuższego kangurowania córeczki zdarzył mi się poślizg i ściągnęłam mleko po czterech godzinach, kolejne ściągnięcia przyspieszałam do dwóch i pół godziny. Bowiem zgodnie z zaleceniami trzymałam się ustalonych ośmiu ściągnięć na dobę. Dzień za dniem żyłam rytmem nastawionych budzików, które zwiastowały konieczność rozpoczęcia randki z laktatorem. Z nutką zazdrości patrzyłam na kolejne mamy, które w drugiej dobie ściągały już po 100 ml mleka gdy ja nadal po tyłu tygodniach miałam 50-75 ml.

Anastazja podczas kangurowania na którym spędzałyśmy kilka godzin dziennie, próbowała atakować mnie i zasysać. Było to bardzo urocze i zarazem śmieszne. Po wielu tygodniach nadszedł w końcu upragniony moment gdy moje dziecko zostało przystawione do piersi. Niestety tutaj znowu czekały na nas schody. Żeby wiedzieć ile udało jej się wypić z piersi ważyłam ją przed i po każdym karmieniu. Pierwszy pomiar wykazał 4 ml gdy powinna zjadać 45 ml. Następne próby też nie były lepsze 8 ml, 10 ml. Udało nam się dojść do 25ml co cały czas było niewystarczające byśmy mogły wyjść do domu. Specjaliści mówili, że córka nie ma siły efektywnie ssać i trzeba dać jej czas. Poprawne przystawienie dziecka do piersi też nie było takie proste i wymagało wielu prób. Wiązało się to zarówno z ułożeniem dziecka jak i opanowaniem prawidłowej pozycji do karmienia piersią co też nie było tak łatwe jak przypuszczałam. Podczas konsultacji w szpitalu z doradczynią laktacyjną dowiedziałam się jak wiele niepozornych szczegółów może wpływać na jakość karmienia i skuteczność. Nadszedł też kryzysowy moment w którym brodawki sutkowe zaczęły się chować. Miało to miejsce zwłaszcza w jednej piersi. Położne zaproponowały mi karmienie przez nakładki laktacyjne. Faktycznie dziecku było łatwiej jednak dla mnie przypominało to bardziej karmienie butelką niż piersią. W moim przekonaniu odbierało to co najfajniejsze, bliskość i radość.

Po upływie kolejnych dni gdy tylko karmienie dzieliło nas od wyjścia do domu zaczęły się delikatne sugestie, a raczej zapytania czy wiem, że próbując karmić piersią pobyt w szpitalu znacznie nam się wydłuży. Cały czas jednak spotykałam się z życzliwością, troską ze strony lekarzy neonatologów oraz większości personelu. W tamtym czasie podanie Anastazji butelki z moim mlekiem jawiło mi się jak najgorsze zło. Klóciło się z moim założeniem karmienia piersią. Bardzo bałam się, że jeśli córka pozna butelkę odrzuci pierś. Moje podejście zaczęło powoli zmieniać się w momencie gdy inne mamy wychodziły „na butelce” do domu. Zaczęłam i ja rozważać taką opcję. Mimo ciągłych obaw postanowiłam spróbować. Okazało się, że Anastazja

w oka mgnieniu „opędzłowała” butelkę choć nadal miała problem z wypiciem większej ilości mleka z piersi. Od tej pory starałam się nadal przystawiać ją do piersi, ale raz dziennie odpuścić i dawać butelkę. Bawiłam się mieszając różne sposoby karmienia: sondą, piersią, butelką mając w tle ciągle randki z laktatorem. Mimo bardzo dobrej opieki oraz atmosfery panującej na oddziale, zaczęłam odczuwać zmęczenie. Z dala od bliskich gdy każdy dzień ludzaco przypominał poprzedni zaczęłam coraz intensywniej myśleć o powrocie do domu. Czułam, że psychicznie jest ze mną gorzej. Dni euforii przeplatały się z dniami płaczu. Bowiem jak mnie uprzedzano, w jedzeniu Anastazji nie raz jeden krok w przód równał się trzem w tył. Nie widziałam większych prawidłowości. Gdy nadchodziła radość ponieważ podczas jednego karmienia zjadła ciut więcej przychodziły kolejne, które po prostu przesyiała. Szybko nauczyłam się rozpoznawać kiedy Anastazja jest na tyle rozbudzona by móc próbować karmienia piersią. Kiedy jest szansa na butelkę, a kiedy w grę wchodzi tylko sonda. Gdy tygodni przybywało zdałam sobie sprawę z tego jak realne mogłoby być wyjście do domu gdyby Anastazja tylko nauczyła się jeść. Postanowiłam zmienić taktykę i dać butelkę kosztem karmienia piersią. Tak też się stało cztery dni jedzenia z butelki, które wychodziło jej bardzo dobrze stało się naszą przepustką do domu. Wychodziłam z nadzieją, że w domu będą ją częściej przystawiać do piersi i przestawię ją na karmienie piersią.

Mimo zaleceń przeplatania karmienia piersią z karmieniem butelką dość szybko postanowiłam spróbować samego karmienia piersią. Udało się. Anastazja może troszkę wolniej jednak przybierała na wadze. Najtrudniejszym dla mnie okazało się zdanie na naturę. Dostosowanie się do córki, obserwacja, czekanie aż zgłodnieje. Zdecydowanie wolałam kontrolować, budzić gdy miną trzy godziny od poprzedniego karmienia. Obsesyjnie ważyć dziecko zarówno przed jak i po każdym karmieniu oraz raz dziennie bez ubrania w celu porównania wagi z dniem poprzednim.

Spełniło się moje wielkie marzenie i mogłoby się wydawać, że wyboista droga skończyła się, jednak nadal nie jest łatwo. Minęły prawie dwa miesiące od wyjścia do domu lecz ciężko mi odrzucić notatnik z pomiarami wagi. Mam wrażenie, że zdarza się przekarmiać dziecko, które w pewnym momencie nie wie czy ssie z głodu, potrzeby ssania czy z przejedzenia. Myślę, że nasza mleczna przygoda będzie trwać i z czasem nauczymy się siebie. Jestem przeszczęśliwa gdy mam córeczkę przy piersi i czuję, że pięknie, efektywnie, odżywczo je. Nie wyobrażam sobie zmiany sposobu karmienia. Wiem, że nie zawsze jest to proste i czasem tak jak u mnie wymaga więcej wysiłku i czasu jednak warto walczyć. ▀

Pani Marta pyta

Moje pytanie jest może nietypowe, bo dotyczy rzadko występującego problemu u dziecka. Moje dziecko jest jeszcze w szpitalu. Urodziłam je 4 tygodnie temu. Już podczas ciąży ginekolog uprzedzał mnie, że jest jakiś obrzęk, płyn w brzuszku i opłucnej u dziecka. Miałam wielowodzie. Pobrano mi wtedy płyn owodniowy na badania genetyczne. Bardzo się martwiłam o dziecko, czy przeżyje. Urodziło się, ale było w ciężkim stanie. Lekarze bardzo walczyli o jego życie, było zaintubowane i podłączone do respiratora. Wszystkie te słowa były dla mnie obce, ale teraz już dobrze rozumiem, co oznaczają. Byliśmy z mężem przerażeni. Nie wiedzieliśmy, co mamy robić, jak możemy dziecku pomóc. Lekarze mówili nam, że nie wiadomo, czy można dziecko karmić, bo nie oddawało stolca i miało płyn w brzuszku między jelitkami. W końcu, po 3 dniach, pozwolili podawać dziecku niewielkie ilości pokarmu. Bardzo chciałam karmić piersią, miałam i mam nadal dużo pokarmu.

Tymczasem okazało się, że płyn wokół płuc to limfa i można podawać dziecku tylko specjalne mleko. Byłam zrozpaczona. W zamrażarce jest już pełna półka butelek z moim mlekiem!

I wtedy Pani ordynator powiedziała, że dziecko może otrzymywać moje mleko ale odtłuszczone. Powoli je wprowadzają. Bardzo zależy mi na karmieniu piersią, ale czy to jest bezpieczne dla dziecka? Czy mu nie zaszkodzi? Czy nie opóźni zdrowienia? Bardzo proszę o pomoc i wyjaśnienie moich wątpliwości.

Droga Pani Marto!

Bardzo dziękuję za pytanie. Muszę przyznać, że znaleźliście się Państwo z dzieckiem w trudnym położeniu. Z opis przebiegu choroby wnioskuję jednak, że jesteście pod opieką doświadczonego zespołu neonatologicznego. To bardzo ważne, aby mieć pełne zaufanie do lekarzy i pielęgniarek. Z drugiej strony jest oczywiste, że chciałaby Pani mieć przekonanie, że każdy element opieki nad dzieckiem jest w pełni dla niego bezpieczny. Rozumiem więc Pani niepokój co do karmienia dziecka.

Z opisu wynika, że dziecko cierpi na chłonnokotok do jam opłucnowych.

W postępowaniu odnośnie karmienia w tym schorzeniu rzeczywiście wskazane jest mleko ze średniołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi, tzw. mieszanka z MCT. Karmienie doustne jest możliwe, jeśli jest pewność co do drożności przewodu pokarmowego (czyli, że nie ma wrodzonej niedrożności jelit).

Dostępne są badania naukowe potwierdzające, że mleko matki po usunięciu warstwy tłuszczowej jest bezpieczne dla dziecka z tym schorzeniem, nawet jeszcze w okresie gromadzenia się płynu w opłucnej. Proces ten zresztą zazwyczaj samoistnie się wygasza, rzadko jest potrzeba stosowania specjalnych leków. Muszę przyznać, że zespół opiekujący się Pani dzieckiem „trzyma rękę na pulsie”, jeśli chodzi o najnowsze doniesienia naukowe.

Sądzę, że lekarze systematycznie badają, czy w jamach opłucnowych dziecka zbiera się płyn.

Tak więc warto ostrożnie wprowadzać odtłuszczone (czasem odwirowane, czasem tylko po 4-6 godzinnym odstaniu mleka w chłodziarce), aby wykorzystać bogactwo składników bioaktywnych mleka. Życzę, aby jak najszybciej stało się możliwe karmienie Pani pokarmem, ze stopniowym przechodzeniem na mleko pełne. Tłuszcze są dziecku także bardzo potrzebne. Ciekawi jesteśmy dalszego procesu zdrowienia Pani dziecka. Może je kiedyś Pani opisać w naszym Biuletynie?

Pozdrawiam

dr hab. n. med. Maria Wilińska

Pani Kinga pisze

Urodziłam 2 dni temu córeczkę. Bardzo chcę ją karmić piersią. Jednak z moich piersi wypływa pokarm o dziwnym zgniętym kolorze. Piersi mnie nie bolą, czuję się dobrze. W ciąży nie chorowałam. Przyjmowałam jedynie preparaty witaminowe z żelazem. W szpitalu powiedziano mi, że mogę karmić piersią tylko mam obserwować zachowanie córeczki. Ale córeczka czuje się dobrze, ssie moją pierś chętnie. Co powinnam robić. Czy karmienie takim pokarmem o dziwnym kolorze jest bezpieczne dla dziecka.

Pani Kingo

Najbardziej prawdopodobną przyczyną wypływu pokarmu o wskazanym przez Panią kolorze są przyjmowane przez Panią preparaty witaminowe z żelazem. Najczęściej takie zabarwienie pokarmu powodują właśnie preparaty witaminowe zawierające żelazo. Wkrótce zabarwienie Pani pokarmu powinno zmienić się na typowy kolor mleka ludzkiego. Mimo swego nietypowego zabarwienia, Pani pokarm jest pełnowartościowy i bezpieczny dla dziecka.

Pozdrawiam

dr n. med. Marzena Kostuch

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.N.M.P. w Częstochowie, kolejny raz z tytułem „Szpital Przyjazny Dziecku” – nasza droga do sukcesu

dr n. med. Jolanta Warzycha

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

Pierwszy raz tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.N.M.P. w Częstochowie otrzymał w 1998 roku jako 24. szpital w Polsce. Było to zasługą ówczesnych ordynatorów: Oddziału Neonatologicznego doktora Janusza Kulczyńskiego oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii doktora Marka Kruka. Recertyfikacje były przeprowadzone w 2010 oraz 2015 roku. Wówczas Oddziałem Neonatologicznym kierował dr n.med. Marian Halkiewicz, a Oddziałem Położnictwa i Ginekologii w 2010 dr n.med. Andrzej Słabikowski, w 2015 dr n.med. Jarosław Strzelczyk.

Chociaż tytułem cieszymy się od lat, to cały czas doskonalimy opiekę nad najwspanialszym duetem świata: Matką i Dzieckiem. Czynimy to zgodnie z misją szpitala: „DOBRO PACJENTA NASZYM CELEM”.

Przygotowując się do kolejnej recertyfikacji przeprowadzaliśmy w 2019 roku szkolenia w zakresie uaktualnionych w 2018 roku 10 kroków do skutecznego karmienia piersią. W oparciu o „nowe” 10 kroków opracowaliśmy aktualne wydanie „Zasad obowiązujących w szpitalu zmierzających do upowszechniania, wspierania i ochrony karmienia piersią”. Zasady te zostały zaakceptowane przez dyrekcję szpitala, kierowników i pielęgniarki oddziałowe Oddziału Neonatologicznego oraz

Oddziału Położnictwa i Ginekologii. Umieszczono je w holu głównym, przy SOR-ze Dziecięcym, przy wejściu do oddziałów Neonatologii, Położnictwa, Patologii Noworodka, w korytarzu wiodącym na Blok Porodowy. Oprócz zasad ogólnych opracowaliśmy szczegółowe schematy postępowania na poszczególnych odcinkach: Izba Przyjęć, Patologia Ciąży, Blok Porodowy, Oddział Neonatologiczny, Oddział Położnictwa zorganizowany w systemie rooming-in. Dodatkowo opracowano schemat postępowania z pacjentką HIV (+), zasady karmienia noworodka w przypadku, gdy matka z medycznie uzasadnionych powodów nie może karmić lub (co na szczęście zdarza się rzadko)nie chce karmić piersią. W Oddziale

Neonatologicznym dwie osoby uzyskały tytuł certyfikowanego doradcy laktacyjnego. W Oddziale Położnictwa zatrudniony jest doradca laktacyjny i edukator laktacji. Jedna z pań pracuje w godzinach popołudniowych, a pozostałe w systemie dyżurowym, aby całodobowo zapewnić pacjentkom rozwiązywanie ewentualnych problemów laktacyjnych. Pomaga nam w tym również pani psycholog, która w tym roku uzyskała certyfikat psychoterapeuty.


Nasze działania wspiera dyrekcja szpitala, dzięki której w SOR Dziecięcym zorganizowano pokój dla matki karmiącej.

Prowadzimy coroczny monitoring karmienia piersią. W 2020 roku ze względu na sytuację epidemiologiczną stosowaliśmy metodę tzw. ITK, czyli indywidualnego toku kształcenia dla personelu i matek podczas obchodów zespołów neonatologicznego i położniczego. Prowadzimy również czytanie do brzucha i od kołyski. Matka może korzystać z naszych książeczek lub przynosić własne. Dzięki podjętym działaniom kobieta ciężarna, rodząca i matka otrzymują spójne komunikaty. Okazywana przez personel troska daje matkom wiarę we własne siły.

Dwa tygodnie przed planowaną wizytą Zespołu Reoceniającego przeprowadziliśmy kolejny monitoring.

Nadszedł 15–16 października 2021 – czas wizytacji. Przyjechały do nas: Pani Profesor dr hab.med.Maria Wilińska – Kierownik Kliniki Neonatologii w CMKP w Warszawie, przewodnicząca KUKP, redaktor naczelna Biuletynu KUKP oraz mgr Maria Kaleta – wieloletnia przewodnicząca Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny IBCLC, doradca laktacyjny CDL, obecnie Kierownik Poradni Laktacyjnej w Szpitalu Żeromskiego w Krakowie. Członkinie Zespołu stworzyły przyjazną atmosferę. W profesjonalny sposób przeprowadzały rozmowy z pacjentkami i personelem we wszystkich obszarach pobytu kobiety ciężarnej, rodzącej i położnicy z noworodkiem.

W drugim dniu wizyty podsumowano naszą pracę. Słowa, które usłyszeliśmy były dla nas nagrodą za wysiłek w przygotowanie do reoceny oraz naszą codzienność. Recertyfikacja tytułu **Szpital Przyjazny Dziecku** to wspaniały prezent na **XXX-lecie Oddziału Neonatologicznego oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii z Pododdziałem Patologii Ciąży**.

Wszyscy rozumiemy, że karmienie piersią oprócz wielu zalet, jest przede wszystkim PARAMETREM JAKOŚCI OPIEKI MEDYCZNEJ. 

Wreszcie wróciliśmy z ocenami i re-ocenami w Szpitalach!

Byliśmy w Częstochowie

Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią.

W dniach 15-16 października, wraz z mgr Marią Kaletą, z ramienia KUKP wizytowałyśmy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie. W ciągu tych dni spotkałyśmy się z zespołem dyrekcyjnym Szpitala, rozbudowanym zespołem neonatologicznym rozlokowanym w dwóch budynkach oraz z zespołem ginekologiczno-położniczym. Widziałyśmy wspaniale wyposażony SOR Szpitala oraz szpitalną położniczo-ginekologiczną izbę przyjęć.

Na miejscu spotkałyśmy grono fascynatów laktacji i karmienia naturalnego, bardzo zaangażowanych w realizację 10 Kroków do udanego karmienia piersią. Podobnie, obecne w oddziale matki noworodków zdrowych i chorych skupione są wokół stymulacji laktacji, pozyskiwania pokarmu i przystawiania zdrowych dzieci do piersi. Żadne dziecko aktualnie przebywające w oddziale nie otrzymywało mieszanki sztucznej. Pielęgniarki i położne nieustannie krążyły wśród matek informując o zaletach karmienia naturalnego, pomagając w przystawianiu do piersi i wyjaśniając wszelkie wątpliwości. Na straży prawidłowości w realizacji procedur czuwa zespół lekarzy neonatologów oraz pielęgniarka oddziałowa. Spójnie z nimi pracuje zespół położników-ginekologów.

W szpitalu jest przestrzegany Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce.

Ocena szpitala pod kątem realizacji 10 kroków do udanego karmienia piersią wypadła w szpitalu pozytywnie. Cały zespół zasługuje na wielkie uznanie w zakresie zaangażowania i merytorycznego przygotowania do reoceny oraz posiadanych umiejętności.

Dlatego Zarząd KUKP przychylił się do wniosku Komisji o przyznanie WSzS w Częstochowie zaszczytnego i prestiżowego tytułu Szpital Przyjazny Dziecku.

Serdecznie gratulujemy Dyrekcji, zespołowi neonatologicznemu i położniczo-ginekologicznemu! Przede wszystkim zaś gratulujemy obecnym i przyszłym pacjentkom i pacjentom tego Szpitala, bo są otoczeni opieką zespołu pracującego zgodnie z najwyższymi światowymi standardami w zakresie laktacji i karmienia naturalnego. ▀

Wizyta reoceniająca realizację zasad Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” w dniach 23.07–24.07.2021 r. w Suchoj Beskidzkiej

mgr. Maria Kaleta

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Na zaproszenie Dyrekcji ZOZ Sucha Beskidzka, w dniach 23.07 – 24.07.2021 przeprowadzono reocenę Szpitala pod kątem spełniania kryteriów „Szpital Przyjazny Dziecku”.

Szpital, jako jeden z pierwszych w Polsce, obchodzi w tym roku 25 rocznicę uzyskania tego zaszczytnego tytułu. Jest to zobowiązanie do przestrzegania i stosowania wytycznych Międzynarodowego Kodeksu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia, jak również do przestrzegania i realizacji „10 Kroków do udanego karmienia piersią”. Szpital dysponuje systemem ciągłego monitoringu i zarządzania danymi. Personel posiada wiedzę, którą potrafi wykorzystać praktycznie dzięki systematycznym szkoleniom. Szkolenia te zostały udokumentowane i przedstawione zespołowi oceniającemu.

Wszyscy pracownicy na każdym stanowisku pracy zajmujący się kobietami w ciąży, matkami i ich dziećmi oraz noworodkami wymagającymi bezpośredniej opieki w oddziale noworodków i wcześniaków, wykazali się dużym zaangażowaniem. Ta postawa zespołu zasługuje na ogromne wyróżnienie. Począwszy od zasad dotyczących wspierania karmienia piersią na każdym stanowisku pracy, spisanych i przestrzeganych przez pracowników, po perfekcyjną realizację wszystkich wytycznych w codziennej pracy. Dowodem są opinie matek przebywających na oddziale podczas obecności zespołu oceniającego, jak również opinie matek wybranych losowo a wypisanych ze szpitala w odległych dobach po porodzie, ankietowanych w formie on-line.

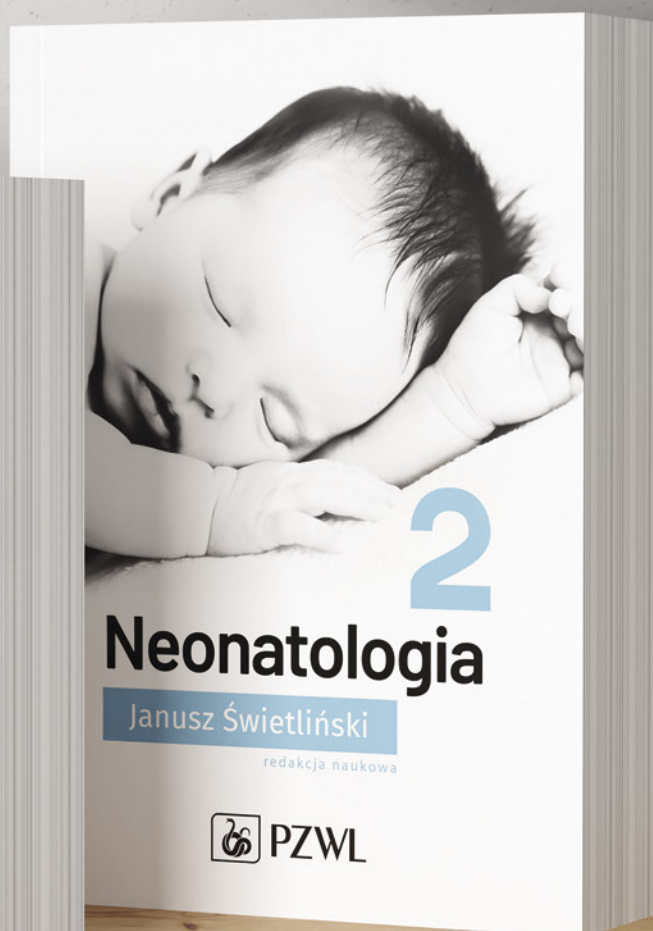
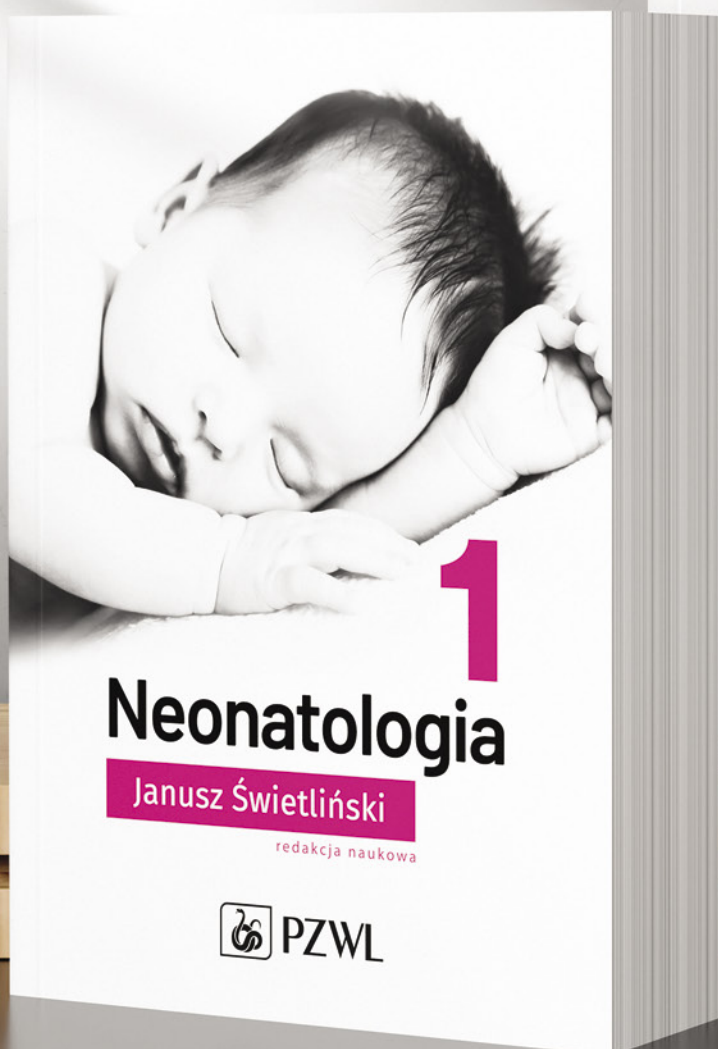
Zespół oceniający będzie rekomendować szpital jako ten, który spełnia kryteria „Szpitala Przyjaznego Dziecku”.

W imieniu członków komisji oceniającej serdecznie dziękuję całemu zespołowi szpitala za sprawne przygotowanie oddziałów do reoceny i za gościnność.

Maria Kaleta
Dorota Nowak
Halina Boniecka

Nowoczesne
i kompletne opracowania
przygotowane przez znakomity
zespół neonatologiczny.

**Pierwszorządne odzwierciedlenie programu kształcenia studentów medycyny
i specjalizacji w zakresie neonatologii dla lekarzy, położnych i pielęgniarek.**



szukaj na pzwl.pl