

RAPORT O STANIE KARMIENTA PIERSIĄ W POLSCE 2013

Na podstawie zebranych danych dotyczących barier dla karmienia piersią oraz prowadzonych badań dotyczących wskaźników karmienia, praktyk oraz wiedzy w dziedzinie laktacji wśród pracowników ochrony zdrowia zajmujących się matką i dzieckiem przedstawiamy naszą ocenę rzeczywistości laktacyjnej w Polsce, a także propozycje poprawy sytuacji poprzez wykorzystanie już istniejących i dobrze funkcjonujących w Polsce strategii.

Sytuacja obecna

Od roku 1997 nie prowadzono ogólnopolskich badań epidemiologicznych dotyczących sposobu żywienia dzieci, w tym karmienia piersią w Polsce. Wnioski możemy wyciągać pośrednio z badań na mniejszych grupach. Wynika z nich, że wskaźniki rozpoczynania karmienia piersią **nie poprawiają się** od badań prof. Mikiel-Kostyry z 1997 roku (rozpocząło 92%, wyłącznie piersią 68%, *Pediatrics Pol* 1999). Obecnie również mamy wysoki odsetek rozpoczynania karmienia po porodzie, ale jego wyłączność (tylko mlekiem matki, bez dokarmiania substytutami) jest wciąż niska:

ROZPOCZYNA 97,7% matek, ale 50% dokarmianych sztucznie (Zagórecka i wsp. 134 niemowląt 6-miesięcznych, 2007, Pediatrics Pol.),

Rozpoczą 99,4% matek, ale 65% wyłącznie w czasie pobytu w szpitalu (Bernatowicz-Łojko woj. kujawsko-pomorskie, 1000 niemowląt, 2010 Standardy Med.),

WSKAŹNIKI KONTYNUACJI KARMIENTA **też nie poprawiły się** od badań z 1997 roku (w 4 mc karmiło 65%, wyłącznie 29%; w 6 mc karmiło 57%, wyłącznie 9%). Poprawę odnotowano w aglomeracji miejskiej realizującej promocję karmienia piersią i w 12 mcu.

W 2 mc karmionych piersią jest 61%, a wyłącznie 57% (woj. lubelskie, Mikiel-Kostyra 2006)

W aglomeracji miejskiej w 2 mcu karmionych jest 89%, a 69% wyłącznie (Pietkiewicz, 2011; 486 mieszkanki Miasta Gdańska)

W 4 mc – 59%, ale wyłącznie 30%, (Bernatowicz-Łojko, 2010)

W aglomeracji miejskiej w 4 mc – 75%, a wyłącznie 59% (Pietkiewicz 2011)



W 6 mc 68,6% jest karmionych piersią, ale tylko 3,7% wyłącznie (Zagórecka, 2007)

W 6 mc tylko 14% dzieci karmionych wyłącznie w kujawsko-pomorskim (Bernatowicz-Łojko, 2010)

W aglomeracji miejskiej w 6-mcu karmi piersią 60% matek, a wyłącznie 18% (Pietkiewicz 2012)

Poprawę odnotowano we wskaźnikach kontynuacji karmienia w 12 miesiącu.

15 % (Mikiel-Kostyra, 1999)

40% (Zagórecka, 2007, Pietkiewicz 2012)

Porównanie wyników sposobu karmienia niemowląt w województwach lubelskim, kujawsko-pomorskim oraz wyników uzyskanych w aglomeracji miejskiej (Pietkiewicz 2011):

Wiek dziecka	sposób karmienia w %								
	wyłącznie karmienie piersią			karmienie mieszane			karmienie sztuczne		
	lubelskie 2006	kujawsko- pomorskie 2010	Gdańsk 2011	woj. lubelskie 2006	kujawsko- pomorskie 2010	Gdańsk 2011	woj. lubelskie 2006	kujawsko- pomorskie 2010	Gdańsk 2011
2.miesiąc	57		69	4		20	39		8
4.miesiąc	34	32	59	6		16	60		20
6.miesiąc	7	14	18	5		42	88		38

Wskaźniki dotyczące karmienia dzieci przedwcześnie urodzonych mlekiem matki wymagają szczególnej uwagi, ponieważ najbardziej odzwierciedlają stan systemu wsparcia karmiących matek w organizacji opieki okołoporodowej danego kraju. W Polsce:

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

Na tle Europy plasujemy się wśród 10 krajów, z wysokim odsetkiem rozpoczynania karmienia. Polskie matki chcą karmić, a personel w pierwszych dobach im to umożliwia. Na dalszym etapie nie potrafimy utrzymać laktacji, zwłaszcza jej wyłączności. W 3 mc wyłącznie piersią karmi 50% matek na Węgrzech, Słowacji, w Szwecji, Norwegii, Danii, Islandii (Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. 2007). W innych krajach bloku wschodniego

Osobą prawną prowadzącą placówkę jest Fundacja Twórczych Kobiet.

Prezes 605 40 40 37

Skr. Poczł. 153, 02-588 Warszawa 48



(Łotwa, Białoruś, Litwa, Bułgaria) wskaźniki w ostatnich latach znacznie wzrosły. A w Polsce w 2-3 miesiącu najwięcej matek rezygnuje z karmienia (Zagórecka, 2007, *Pediatrica Pol*), średnia jego długość to 4,8 miesiąca (Woś, Gawęda 2007, *Nowa Pediatrica*). **Celem, jaki stawia sobie Europa na podstawie aktualnej wiedzy, jest wyłączenie karmienia piersią do około 6 miesiąca życia** (Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, ESPGHAN 2009; Wzorzec działania dla Europy, Dyktoria Zdrowia Publicznego UE 2006).

W roku 2012 zgromadzone podczas organizowanego przez nas zjazdu środowiska medyczne i naukowe zajmujące się laktacją zdiagnozowały istniejące w Polsce bariery dla karmienia piersią i porównały je z barierami opisywanymi przez prof. Mikiel-Kostyrę 20 lat temu. **Wciąż aktualną barierą jest brak wiedzy na temat laktacji na odpowiednim poziomie do zadań postawionych personelowi medycznemu.** Potwierdziły to dwa badania wykonane przez nas w ramach prac doktorskich, które pokazały, że poziom wiedzy personelu medycznego sprawującego opiekę okołoporodową i środowiskową jest niesatysfakcjonujący, nie osiąga poziomu II wiedzy o laktacji*. Wnioski z prowadzonych badań wskazują na pilną potrzebę zmiany sposobu kształcenia przeddyplomowego i specjalistycznego, jak też szybkie uzupełnienie wiedzy w ramach kształcenia podyplomowego. Większość badanych osób deklarowało udzielanie porad laktacyjnych przy niewielkim zakresie wiedzy w tej dziedzinie. Najniższą wiedzę posiadały osoby, które nie odbywały kursów doszkalcących w dziedzinie laktacji, wiedzę czerpały jedynie z kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego w ramach specjalizacji z neonatologii, położnictwa, pediatrii, pielęgniarstwa położniczego, a także pracujące w opiece środowiskowej oraz w klinikach. Najwyższy poziom wiedzy prezentowały osoby, które wykazywały najwyższą aktywność edukacyjną (odbywały najdłuższe kursy, zdobywały międzynarodowe certyfikaty umiejętności w dziedzinie laktacji).

Tylko 7% położnych wykazywało taką aktywność i uczestniczyło w kursach. Wyższy poziom wiedzy laktacyjnej wśród personelu przekładał się na:

- lepszą organizację opieki okołoporodowej sprzyjającej laktacji (10 kroków),
- lepsze wyposażenie oddziału w sprzęt wspomagający laktację (odciągacze pokarmu, końcówki sterylne, pojemniki do przechowywania mleka, fotele, poduszki, podnóżki i in.),



- większą ilość dostępnych form pomocy dla matek karmiących (poradnia laktacyjna, doradca w zespole terapeutycznym na oddziale, grupa wsparcia i inne),
- wyższą jakość udzielanych porad laktacyjnych w profesjonalnych formach (porada bezpośrednia, udokumentowana, instruktaż, postępowanie terapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą).

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

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

gwarantowanych nie istnieje porada laktacyjna III poziomu udzielana przez położne lub lekarzy odpowiednio przygotowanych do tego typu zadań. Zważając na wcześniej wspomniany fakt, że kształcenie lekarzy i położnych nie zapewnia uzyskania wiedzy o laktacji na poziomie II ogólnym, tym bardziej nie zapewnia go na poziomie III specjalistycznym. Wiele problemów laktacyjnych jest złożonych, wymaga diagnostyki,



leczenia, ale też czasu, wiedzy i doświadczenia, niejednokrotnie przekraczając kompetencje położnej. A z kolei konsultanci i doradcy laktacyjni, którzy własnym wysiłkiem poszerzają wiedzę i umiejętności, często nie mają zatrudnienia.

Sprawdzone strategie

Nasze wieloletnie doświadczenia w tworzeniu środowiska sprzyjającego laktacji oparte są na wypracowanych i sprawdzonych strategiach, które według nas warto upowszechnić i oprzeć na nich system promocji i wsparcia dla karmienia piersią w Polsce:

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

Zaleca się, aby kształcenie w dziedzinie laktacji prowadziły osoby posiadające wiedzę na poziomie III specjalistycznym, praktykujące poradnictwo laktacyjne i mające doświadczenie edukacyjne*. Stworzyliśmy akredytowane, autorskie programy kształcenia podyplomowego na I, II i III poziomie wiedzy o laktacji adekwatne do zadań w ochronie zdrowia.* Według tych programów od lat organizujemy szkolenia w szpitalach oraz organizowane są kursy wiedzy o laktacji. Kursy te są szansą na szybkie uzupełnienie wiedzy pracowników ochrony zdrowia tak, aby mogli wdrożyć Standard opieki okołoporodowej oraz organizować pozaszpitalną opiekę laktacyjną na obu poziomach – ogólną i specjalistyczną. Tą ostatnią zapewnia system kształcenia dla certyfikatu umiejętności (CDL) stworzony w 2006 roku obejmujący kształcenie teoretyczne, praktyczne, egzamin teoretyczny, praktyczny i kodeks etyczny. Wydaje się, że każda położna środowiskowa powinna odbyć minimum 40-sto godzinny kurs teoretyczny i praktyczny w zakresie laktacji.

2. Opieka okołoporodowa sprzyjająca laktacji.

Zaleca się realizację opieki według programu o udowodnionej skuteczności, czyli 10 kroków WHO/UNICEF. 8 z 10 kroków zostało zawartych w Standardzie opieki okołoporodowej (Rozp. MZ z dn. 21.09.2012), co stanowi doskonałą podstawę do ich szybkiego wdrożenia.



Skuteczność programu zależy też od pominiętego kroku 2-ego (kształcenie personelu), a także 10-tego (organizacja pozaszpitalnej, profesjonalnej pomocy laktacyjnej), jak również od stałego monitorowania realizacji programu (praktyk i wskaźników karmienia piersią). Braki te mogą spowodować, że w Polsce nie zostanie on prawidłowo wdrożony i nie będzie skuteczny. Dodatkowo brak procedur medycznych pozyskiwania i przechowywania pokarmu kobiecego z wykorzystaniem sprzętów wspomagających laktację sprzyja powszechnemu używaniu jego substytutów. Warto uzupełnić te niedostatki korzystając z istniejących programów kształcenia, istniejących form pomocy laktacyjnej, istniejących w niektórych szpitalach protokołów pozyskiwania, przechowywania i podawania pokarmu oraz sprawdzonych metod ewaluacji programów zdrowotnych. Jednym ze sposobów motywujących szpitale do realizacji prawidłowych praktyk może być np. wyższa stawka za poród w takiej placówce. Zwłaszcza, że realizacja programu wiąże się nie tylko z poprawą karmienia piersią, ale też z korzyściami zdrowotnymi (*Kramer i wsp. badanie PROBIT 2002*).

3. Dostępność profesjonalnych form pomocy oferowanych matkom karmiącym przez pracowników ochrony zdrowia na trzech poziomach – podstawowy, ogólny i specjalistyczny*.

Zaleca się organizowanie specjalistycznej pomocy laktacyjnej sprawowanej przez certyfikowanych specjalistów w tej dziedzinie (*10 Krok WHO/UNICEF 1989; Globalna Strategia WHO 2002; Żywnienie niemowląt i małych dzieci: standardy postępowania dla Unii Europejskiej, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE 2006*).

W Polsce pracuje grono konsultantów (116) i doradców laktacyjnych (180), głównie położnych i lekarzy, wykształconych w Polsce profesjonalistów, którzy zajmują się poradnictwem laktacyjnym III poziomu, pracą naukową, edukacyjną i organizacyjną w swoich placówkach. Stanowią grupę zrzeszoną w towarzystwie naukowym zarejestrowanym pod nazwą Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych. Funkcjonuje przeszło 160 poradni laktacyjnych. Został opublikowany standard porady laktacyjnej i konieczne wyposażenie poradni laktacyjnej (*Mikiel-Kostyra 1999 Med. W. Rozw.; Nehring-Gugulska 2005 Standardy Med.; Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik 2010*.) Opracowano i opublikowano protokoły postępowania w problemach laktacyjnych zgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz wzory dokumentacji używanej w poradnictwie laktacyjnym (*Nehring-*



Gugulska, Żukowska-Rubik, Pietkiewicz (red, praca zbiorowa, Med. Prakt.) 2012). Konsultanci i doradcy, zgodnie z zasadami przyznawania certyfikatu mają obowiązek ustawicznego kształcenia (co kilka lat zdają ponownie egzaminy) oraz przestrzegania kodeksu etycznego (nie mogą m.in. zajmować się promocją i marketingiem substytutów pokarmu kobiecego, polecać substancji szkodliwych dla zdrowia i in.). Grono ekspertów w dziedzinie laktacji na stałe współpracuje ze środowiskiem akademickim w Polsce i ekspertami z tej dziedziny na świecie. Podejmują trud kształcenia, pokonują bariery organizacyjne i świadczą usługi na najwyższym poziomie, a także poddają weryfikacji swoje kompetencje. To system, który warto docenić w Polsce. Zwłaszcza że, ilość konsultantów/doradców jest brany pod uwagę wskaźnikiem zaangażowania danego kraju w promocję karmienia piersią na świecie (*Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, et al. 2007*). Udowodniono skuteczność poradnictwa laktacyjnego wobec wydłużania czasu oraz wyłączności karmienia piersią (*Sikorski 2005; Britton 2009; Woś, Gawęda 2007*).

W Polsce niska jakość porad laktacyjnych II poziomu świadczonych przez personel nie posiadający wiedzy na odpowiednim poziomie i brak refundacji porad laktacyjnych III poziomu znacznie ogranicza dostęp do profesjonalnej pomocy po opuszczeniu szpitala. Zwiększa to udział substytutów mleka kobiecego w żywieniu polskich dzieci. Przykładowym rozwiązaniem byłyby dwie wizyty patronażowe realizowane przez konsultanta/doradcę laktacyjnego na wniosek matki, lekarza czy położnej rodzinnej. W krajach sąsiednich w ten sposób refunduje się zarówno porady jak i wypożyczanie sprzętu wspomagającego laktację. Co w efekcie okazuje się tańsze dla budżetu państwa niż refundacja substytutów mleka kobiecego oraz leczenie zwiększonej liczby zachorowań dzieci i matek (*ESPGHAN 2009*).

Dr n. med. Magdalena Nehring – Gugulska
Dr n. o zdr. Beata Szyber

Warszawa, 18.02.2013

