

**Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom
Społecznym dla Gminy Miasta Gdańsk**

**WSPIERANIE I PROPAGOWANIE
KARMIENTA PIERSIĄ
WŚRÓD MIESZKAŃCÓW MIASTA GDAŃSKA**

Okres realizacji programu 2014 – 2016

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

a) Problem zdrowotny

Żywnienie sztuczne noworodków i niemowląt, dokarmianie mieszanką dzieci karmionych piersią oraz przedwczesne podawanie innej żywności zwiększa ryzyko niektórych chorób i hospitalizacji dzieci w okresie niemowlęcym, a także zwiększa ryzyko słabszego rozwoju psychofizycznego [1,2]. W populacji Miasta Gdańska długość wyłącznego karmienia piersią¹ niemowląt jest niezgodna z zaleceniami międzynarodowych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia, Amerykańskiej Akademii Pediatrii, Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia optymalnym i rekomendowanym sposobem żywienia niemowląt zapewniającym prawidłowy wzrost, rozwój i zdrowie jest wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia oraz kontynuowanie karmienia piersią do roku lub dłużej. [1,2,3].

b) Epidemiologia

Badania przeprowadzone w Gdańsku w 2011 roku w ramach programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka szkodliwych wpływów środowiska” na lata 2011-2013 wskazują na niezadawalający odsetek wyłącznego karmienia piersią w Gdańsku [4]. Aż 42% noworodków otrzymywało mieszankę podczas pobytu na oddziale położniczym, a wielkość odsetka wyłącznego karmienia piersią do 6 miesiąca życia prezentuje tabela 1:

wiek dziecka	wyłączne karmienie piersią w %
2. miesiąc	69
4. miesiąc	59
6. miesiąc	18

Tab.1. Wyniki badań przeprowadzonych w grupie 486 matek niemowląt zamieszkałych w Gdańsku. Dane zostały zebrane między wrześniem a listopadem 2011 podczas I etapu ewaluacji działań realizowanych w ramach w/w programu. Wyniki uzyskane w II etapie ewaluacji będą znane w IV kwartale 2013.

Dla porównania opublikowane w 2006 r. dane z Białegostoku wskazują, że aż 67% niemowląt w 6. miesiącu życia otrzymuje wyłącznie matczyne mleko. [5] Zdecydowanie mniej optymistyczne są dane zebrane w 2010 r. na obszarach miejskich i wiejskich województwa kujawsko-pomorskiego: wyłącznie mlekiem matki karmionych jest 27% niemowląt w grupie 0-4 m.ż oraz 14% w grupie 5-6 m.ż. [6] W województwie lubelskim (2004-2005) odsetek wyłącznego karmienia piersią wynosił kolejno: w 2 mż - 57%, 4 mż - 34%, 6 mż - 7%. [7]

Od 2011 roku poradnia laktacyjna przy Szpitalu Specjalistycznym św. Wojciecha w Gdańsku prowadzi dla mieszkańców bezpłatne poradnictwo laktacyjne w ramach wspomnianego

¹ wyłączne karmienie piersią – niemowlę otrzymuje tylko pokarm matki (bezpośrednio z piersi lub odciągnięty, ewentualnie witaminy i lekarstwa. Niemowlę nie jest dopajane (wodą, herbatą, sokami, etc.), nie jest dokarmiane (mieszanką, mlekiem UHT, etc.) i nie otrzymuje pokarmów stałych (warzywa, owoce, mięso, etc.)

programu zdrowotnego. Statystyki dotyczące poradnictwa laktacyjnego w 2012 roku sygnalizują duże zapotrzebowanie na świadczenia w tym zakresie:

- poradnia objęła opieką 304 matki, udzielono 505 porad laktacyjnych, średnia ilość porad u jednej matki wynosi 1,66
- 64% porad laktacyjnych odbywa się u matek w pierwszych 6 tygodniach po porodzie
- 36% porad laktacyjnych przeprowadzanych jest u matek z dziećmi w późniejszym okresie

Dane statystyczne dotyczące problemów laktacyjnych występujących u pacjentek poradni laktacyjnej prezentuje tabela 2:

%	Problem laktacyjny
83	korekta techniki karmienia
52	stymulacja laktacji
50	niedostateczny przyrost masy ciała i/lub obniżona produkcja pokarmu
50	trudności z przystawianiem dziecka do piersi/odmowa ssania piersi
28	bolesność i/lub uszkodzenie brodawek
16	zakażenie grzybicze/bakteryjne brodawek/piersi
14	zapalenie piersi, ropień piersi
13	powrót matki do pracy/włączanie żywności uzupełniającej
10	kolka/nietolerancja laktozy
13	obrzęk/zastój/zatkanie przewodu mlecznego/wyprowadzającego
8	problemy psychologiczne zaburzające laktację
10	niska waga urodzeniowa, poród przedwczesny, utrzymanie laktacji w sytuacji oddzielenia od dziecka
5	nadmierna produkcja pokarmu/ hiperlaktacja
4	nieprawidłowy rozwój gruczołu piersiowego
3	krótkie wędzidełko
3	hamowanie laktacji
2	galactocele, inne zmiany gruczołu zw. z laktacją

Tab.2. Dane statystyczne dotyczące problemów laktacyjnych w 2012 zebrane na podstawie dokumentacji prowadzonej przez poradnię laktacyjną w Szpitalu Specjalistycznym św. Wojciecha w Gdańsku. Dane procentowe nie sumują się - znaczna część porad dotyczy kilku współwystępujących problemów laktacyjnych.

Wśród czynników ryzyka zaburzeń prawidłowego przebiegu laktacji wymienia się m.in. cięcie cesarskie i poród przedwczesny [8]. Wielkość odsetka kobiet znajdujących się w grupie zagrożonych wystąpieniem problemów laktacyjnych ilustrują statystyki dot. porodów w gdańskich szpitalach: w 2012 roku odsetek cięć cesarskich wynosił 36,5%, a liczba wcześniaków 8,2%² (w całym województwie pomorskim 28,7% porodów zakończyło się cięciem cesarskim, zaś noworodków urodzonych przedwcześnie było 5%). [9]

Cytowane dane wskazują, że brak powszechnej edukacji w zakresie korzyści karmienia piersią i zasad prawidłowego postępowania podczas laktacji, spójnej opieki wspierającej naturalne

² Dane dotyczą wszystkich porodów, które w 2012 odbyły się w Gdańsku, brak danych odnoszących się wyłącznie do porodów kobiet zamieszkałych w Gdańsku.

karmienie na różnych etapach okresu okołoporodowego oraz brak dostępu do nieodpłatnego poradnictwa laktacyjnego zwiększają ryzyko żywienia sztucznego i mieszanego [1,2].

Choroby społeczne występujące w województwie pomorskim, w stosunku do których karmienie piersią ma wartość ochronną:

Cukrzyca

Na terenie województwa pomorskiego w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby nowych zachorowań w grupie chorób cywilizacyjnych. Dotyczy to m.in. cukrzycy, w 2009 r. liczba wynosiła 8 623, natomiast w 2011 r. – 11 071. [10]

Nowotwory

Wskaźnik zachorowalności z powodu chorób nowotworowych na 100 tys. ludności w 2010 r. plasuje województwo pomorskie na 1 miejscu w kraju ze wskaźnikami 302,5 (Polska – 251) w przypadku mężczyzn i w przypadku kobiet 249,3 (Polska – 205). W 2010 roku najwięcej zachorowań wśród kobiet spowodowanych było nowotworem złośliwym sutka – 22,2 % wszystkich zachorowań na choroby nowotworowe, Wskaźnik zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi w Województwie Pomorskim w 2010 roku w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosi 24,8 i plasuje nasze województwo na 6 miejscu w kraju (24,2). [11]

Nadwaga i otyłość

Nadwaga i otyłość należą do czynników zwiększających zachorowalność i umieralność w zakresie wielu chorób przewlekłych, a w szczególności chorób układu krążenia, nowotworów i cukrzycy oraz chorób układu ruchu. W Polsce odsetek osób z nadwagą (BMI 25-29,9 kg/m²) dotyczy 40,4% mężczyzn i 27,9% kobiet, otyłość (BMI > 30 kg/m²) wynosi odpowiednio mężczyźni 20,6%, kobiety 20,2%. W województwie pomorskim rozpowszechnienie otyłości brzusznej dotyczy 40,9% mężczyzn i 25,9% kobiet. Są to wartości powyżej średniej ogólnopolskiej. [11] Niepokojącym trendem jest narastanie otyłości wśród młodzieży i młodszych dzieci. W Polsce nadwagę stwierdza się u 8,5% u młodzieży, a otyłość u 4,5% dzieci w wieku 13-15 lat, przy czym 2/3 tej grupy stanowią dziewczęta. [12] Województwo pomorskie jest- obok województwa podlaskiego - województwem, w którym nadmiar masy ciała występuje najczęściej. [11]

Choroby układu krążenia

Choroby układu krążenia stanowią 39,8 % wszystkich zgonów mieszkańców województwa pomorskiego i są główną przyczyną zgonów wśród kobiet. Analiza zachorowalności na niedokrwienne chorobę serca w latach 2009 - 2011 pokazuje wzrost liczby nowych zachorowań od 8 577 w roku 2008 do 9 403 w roku 2011.[13]

Skutki żywienia niemowląt i dzieci w sposób sztuczny i mieszany [2]

Zdrowotne skutki żywienia sztucznego dla zdrowia i rozwoju dziecka:

- Bezpośrednie wg AAP [1] i ESPGHAN[14]: zwiększenie zachorowalności na bakteryjne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, biegunki, infekcyjne zapalenia dróg oddechowych, martwicze zapalenie jelit, zapalenia ucha środkowego, zakażenia układu

moczowego, późną posocznicę u wcześniaków, wyższe ryzyko bakteriemii, wyższe ryzyko zespołu nagłego zgonu niemowląt (SIDS).

- Długoterminowe wg AAP [1] i ESPGHAN[14]: wyższe ryzyko nadwagi, otyłości, cukrzycy typu 1 i typu 2, zwiększenie ryzyka występowania niektórych typów nowotworów: chłoniaka nieziarniczego, ziarnicy złośliwej, białaczki limfatycznej i szpikowej, raka piersi w okresie premenopauzalnym, choroby Crohna, astmy.

Skutki stosowania karmienia mieszanego zamiast wyłącznego karmienia piersią:

- Karmienie mieszane nie pozwala dziecku uzyskać takiej ochrony przed patogenami jak wyłączne karmienie piersią i zwiększa jego podatność na zakażenia [2]
- Zwiększona zachorowalność na choroby układu oddechowego i pokarmowego [15], więcej zakażeń układu moczowego [16], zwiększenie ryzyka SIDS [17]
- Oddziaływanie długoterminowe karmienia mieszanego: wyższe ryzyko zachorowania na astmę [18], wyższe ryzyko nadwagi i otyłości [19], większe ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1 [20], wyższa zapadalność na ostre białaczki [21].

Skutki wprowadzania żywności uzupełniającej bez osłony mleka matki:

- Brak kontynuowania karmienia piersią przez 2-3 miesiące po wprowadzeniu żywności uzupełniającej wiąże się ze zwiększeniem zachorowalności na celiakię i cukrzycę typu 1 [14].

Ryzyko związane z rozwojem psychicznym dzieci karmionych sztucznie:

- rozwój poznawczy przebiega nieco słabiej, niż u dzieci karmionych piersią [1], słabsze są wskaźniki rozwoju psychomotorycznego [22], niższy iloraz inteligencji [1, 23,24]
- W przeprowadzonych w 2010 roku badaniach pilotażowych w województwie pomorskim, aż 20% kobiet wykazywało podwyższony poziom depresyjności w pierwszych miesiącach po porodzie [25]. Karmienie piersią podczas depresji poporodowej ma bardzo duże znaczenie dla zdrowia psychicznego dziecka - zmniejsza negatywne działanie matczynej depresji na relację między matką i dzieckiem [26].

Skutki rezygnacji z karmienia piersią dla zdrowia matki[2]

Wśród kobiet nie karmiących piersią odnotowuje się: wyższe ryzyko zachorowania na raka sutka i jajnika [1], wyższe ryzyko raka piersi [27], zwiększenie częstotliwości występowania nadciśnienia, cukrzycy, hiperlipidemii i chorób układu krążenia [28], wyższy poziom depresyjności w pierwszych miesiącach po porodzie [29,30].

c) Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

W celu oszacowania populacji kwalifikującej się do włączenia do programu wykorzystano dane GUS. W Gdańsku w 2012 roku urodziło się 4 422 dzieci (liczone według miejsca zameldowania na pobyt stały matki noworodka). [31] Z uzyskanych w Gdańsku w 2011 danych wynika, że około 6% matek nie karmi piersią z powodu występowania przeciwwskazań medycznych lub decyzji matki [4]. Brak ograniczeń finansowych i organizacyjnych programu pozwoliłby na objęcie opieką populacji ponad 4000 matek.

d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Sposób sprawowania opieki nad kobietą ciężarną, położnicą i noworodkiem – w zakresie edukacji i poradnictwa w karmieniu piersią, regulują następujące akty prawne:

- 1) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U.12.1100 z dnia 4 października 2012)
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których badania te są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276, poz. 2740 z dnia 21 grudnia 2004).
- 3) Zarządzenie nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
- 4) Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Zgodnie z ich wytycznymi: przygotowanie do karmienia piersią rozpoczyna się na początku drugiej połowy ciąży, wraz z przygotowaniem do porodu, położu i rodzicielstwa. Jego realizacja leży w gestii lekarza bądź położnej, sprawujących opiekę nad kobietą ciężarną.

Zarządzenie Prezesa NFZ opisuje sposób realizacji edukacji i zadania położnej POZ w tym zakresie: *świadczenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym ciąży wysokiego ryzyka, realizowane są na podstawie opracowanego przez położną POZ planu edukacji (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej). Świadczenia realizowane są w formie wizyt odbywających się począwszy od 26 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż 2 razy w tygodniu.* [32]

Niestety zaledwie 20% ankietowanych w 2011 roku mieszanek Miasta Gdańska potwierdza, że były w ciąży edukowane przez personel medyczny (położną i/lub ginekologa) o korzyściach karmienia piersią i postępowaniu w okresie laktacji, zaś 35% otrzymała te informacje w szkołach rodzenia [4].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r, określając zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej w pierwszych 4 dobach życia dziecka wśród zadań położnej wymienia: *postępowanie umożliwiające tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią*; rolę lekarza oddziału noworodkowego jest natomiast udzielenie matce porady pielęgnacyjno – laktacyjnej. Z cytowanego badania w Gdańsku wynika, że 56% kobiet miało problemy laktacyjne w pierwszych dobach po porodzie, natomiast 24% nie dostało pomocy w zakresie problemów z karmieniem [4].

Najlepszą z dostępnych rekomendacji, standardem najlepszej praktyki w promowaniu karmienia piersią jest Inicjatywa WHO/UNICEF Szpitala Przyjaznego Dziecku. Jej wytyczne ujęte są w 10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią; w Polsce realizuje je - w sposób

potwierdzony zdobyciem tytułu - zaledwie 20% oddziałów położniczych. [33] Na terenie Gdańska inicjatywa ta jest wdrażana w dwóch placówkach: Pomorskie Centrum Traumatologii im. Kopernika i Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha.

Udzielanie wsparcia w karmieniu piersią matce po wypisie z oddziału położniczego jest zadaniem położnej rodzinnej. Sprawuje ona opiekę nad noworodkiem - do ukończenia drugiego miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, przeprowadzając 4 do 6 wizyt patronażowych. W tym czasie do jej zadań należy ocena sposobu i techniki karmienia noworodka oraz edukacja matkę w zakresie karmienia piersią i laktacji.

Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce rodzinnej, która kontynuuje jej pracę przeprowadzając w 3.-4. miesiącu życia dziecka kolejny *patronaż, który ma na celu m.in. instruktaż w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią* [34]. Porada laktacyjna udzielana przez profesjonalistę (IBCLC, CDL³) w poradni laktacyjnej jak dotąd nie znalazła się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Wyniki badań przeprowadzonych w 2011 roku w Gdańsku wskazują, że tylko 37% matek otrzymało od położnej rodzinnej porady dotyczące karmienia piersią, a 6% od pediatry [4]. Odsetek kobiet, które zamierzały karmić dziecko piersią dłużej niż 6 miesięcy był niższy w grupie kobiet, które uzyskały od położnej rodzinnej informacje o zasadach postępowania podczas laktacji. Tylko 15% badanych uznało, że źródłem informacji o żywieniu dziecka jest położna rodzinna. Uzyskane dane wskazują na to, że opieka laktacyjna ze strony położnej POZ może być w tym okresie niewystarczająca i obecnie funkcjonujące rozwiązania nie zapewniają karmiącym kobietom właściwej opieki i wsparcia ze strony personelu POZ. Wyniki wskazują także na konieczność przeprowadzenia cyklu szkoleń laktacyjnych dla tej grupy pracowników ochrony zdrowia.

Powyższe konkluzje potwierdzają dane z innych rejonów Polski. Badanie przeprowadzone w województwie lubelskim [7] pokazuje, że aż 40% kobiet, które rozpoczęły w szpitalu karmienie piersią, zrezygnowało z niego w 2. miesiącu po porodzie, czyli w okresie, gdy były objęte opieką położnej rodzinnej. Wyniki innych badań [35] dotyczących opieki laktacyjnej wskazują, że aż 39% kobiet nie uzyskało podczas wizyty patronażowej żadnych informacji na temat karmienia piersią, a zaledwie 8,2% położnych poświęciło przynajmniej połowę czasu wizyty patronażowej na omówienie zagadnień związanych z laktacją. To sugeruje poważne luki w istniejącym systemie.

Od kwietnia 2011 roku kwestie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią podlegają regulacjom zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które określa standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Rozporządzenie to utrzymuje w mocy obecnie obowiązujący schemat organizacyjny edukacji kobiet ciężarnych, jak też opieki nad położnicą i noworodkiem w miejscu zamieszkania. Największe zmiany wprowadza w sposobie

³ IBCLC - International Board Certified Lactation Consultant –certyfikat przyznawany przez Międzynarodową Radę Egzaminatorów IBLCE, strona internetowa: europe.iblce.org;

CDL - Certyfikowany Doradca Laktacyjny – tytuł nadawany przez Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie kobiety.med.pl/cnol/.

Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych: laktacja.org.pl

sprawowania opieki na oddziałach położniczych, nakazując wdrożenie praktyk sprzyjających prawidłowej inicjacji karmienia piersią, opartych na 10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią. Brak natomiast regulacji dotyczących zmian obowiązujących programów kształcenia przed- i podyplomowego, które zagwarantowałyby odpowiednie przygotowanie personelu medycznego do realizacji rozporządzenia. [33]

W ramach Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranych Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2011-2013 na terenie Gdańska realizowany jest w latach 2011-2013 program zdrowotny „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”, który jest w całości finansowany przez Miasto Gdańsk, a jego realizatorem jest Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha. [36] Program uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych 217/2012 z dn. 19.11.2012.

W programie realizowano następujące działania:

1. Edukacja kobiet w okresie okołoporodowym oraz ich rodzin na temat korzyści wynikających z naturalnego karmienia i zasad postępowania w czasie laktacji, promowanie karmienia piersią jako odpowiedniej metody żywienia. Działania obejmują akcje plenerowe, wykłady, warsztaty, pogadanki dla mieszkańców. Zorganizowano konkurs fotograficzny „Karmię piersią w Gdańsku”, wystawę pokonkursową, wydrukowano 1000 kalendarzy z nagrodzonymi fotografiami, przeprowadzane akcje promowano w lokalnych mediach oraz na konferencjach naukowych. Dodatkowo wydrukowano materiały informacyjne, m.in. do rąk matek karmiących i kobiet w ciąży trafiło 7000 egzemplarzy poradników „Karmienie piersią i żywienie małego dziecka” wydawnictwa Medycyna Praktyczna.

2. prowadzenie nieodpłatnego poradnictwa w poradni laktacyjnej przez zespół osób posiadających certyfikat IBCLC i/lub CDL – rocznie udzielanych jest ok. 500 porad laktacyjnych.

3. edukacja personelu medycznego sprawującego opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym w POZ i w placówkach szpitalnych. W latach 2011-2012 odbyło się 5 szkoleń i seminariów oraz 9 warsztatów edukacyjnych, w których uczestniczyło prawie 400 osób.

Niniejszy projekt programu „Wspieranie i propagowanie karmienia piersią wśród mieszkańców Miasta Gdańska” przygotowany dla gminy Gdańsk na lata 2014 – 2016 ma stanowić kontynuację działań zainicjowanych podczas wdrażania i realizacji programu „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska” w latach 2011-2013.

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Przedstawione dane na temat działalności poradni laktacyjnej Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha pokazują jak duże jest zapotrzebowanie na specjalistyczne poradnictwo w zakresie karmienia piersią – w 2012 roku odbyło się ponad 500 porad, z których skorzystało ponad 300 kobiet czyli prawie 7% liczby mieszkanki Gdańska, które urodziły dziecko w tym czasie. Matki pozbawione profesjonalnej pomocy laktacyjnej przedwcześnie odstawiają dziecko od piersi. Przejście na żywienie sztuczne wiąże się z negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla samych matek, ich dzieci. Koszty społeczne to wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia i zwiększenie dysproporcji stanu zdrowia w społeczeństwie.

Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci przyjęta przez WHO w 2002 r. stanowi podstawę dla inicjatyw publicznej służby zdrowia, mających na celu ochronę propagowanie i wspieranie karmienia piersią. Jest to możliwe tylko poprzez całościowe i skoordynowane działanie. Wzorzec postępowania stworzony przez ekspertów z UE jest wzorcowym planem ukazującym działania, które powinna zawierać każda krajowa i regionalna strategia [37]. Zakłada on m.in., że cały personel medyczny mający bezpośredni kontakt z matką i dzieckiem powinien być objęty kursami szkoleniowymi, których programy oparte są na aktualnych wynikach badań naukowych. Oprócz tego pracownicy ochrony zdrowia powinni być motywowani do uczestnictwa w zaawansowanych kursach dotyczących karmienia piersią i fizjologii laktacji tak, aby mogli osiągnąć możliwie najwyższe kompetencje zawodowe odnośnie praktyki w tej dziedzinie [37].

Słuszność wprowadzenia programu potwierdzają wyniki światowych badań: aktywna promocja naturalnego karmienia ze wsparciem dla karmiących matek realizowana przez pracowników ochrony zdrowia jest skuteczną metodą upowszechniania karmienia niemowląt piersią co najmniej przez 6 miesięcy [38]. Intensywna edukacja pracowników POZ (położnych, pielęgniarek, pediatrów, ginekologów) w zakresie laktacji zwiększa odsetek dzieci karmionych piersią [39]. Wzrost wskaźnika wiedzy personelu po odbyciu kursu dotyczącego laktacji wiąże się ze wzrostem wskaźnika matek karmiących wyłącznie piersią w dniu wypisu ze szpitala po porodzie [40]. Za najskuteczniejszą formę interwencji w czasie ciąży, zwiększającą odsetek karmienia piersią, uznawana jest aktywna rozmowa przeszkolonego pracownika z przyszłą matką [41]. O negatywnych skutkach uzyskiwania sprzecznych informacji na temat karmienia piersią od różnych pracowników ochrony zdrowia donoszą badania Graffy i Taylor [42].

Ważnym elementem jest zwiększenie dostępności do specjalistycznego poradnictwa laktacyjnego prowadzonego przez personel posiadający jak najwyższe kwalifikacje [38]. Duże znaczenie ma dostępność do nieodpłatnych porad laktacyjnych udzielanych przez osoby z certyfikatem IBCLC lub CDL. Konieczność ponoszenia kosztów sprawia, że grupa matek borykających się z problemami finansowymi rezygnuje z porady. Z gdańskich badań z 2011 r. wynika, że po opuszczeniu szpitala aż 38% ankietowanych osób miało problemy laktacyjne, ale tylko 4,7% skorzystało z odpłatnej pomocy w poradni laktacyjnej [4].

Szczególnie ważna jest jakość świadczonych porad laktacyjnych. Powinny być one udzielane przez osoby posiadające certyfikat CDL, IBCLC w ramach działania poradni laktacyjnej posiadającej możliwości konsultacji specjalistycznych oraz zaplecze diagnostyczne w postaci gabinetu USG, laboratorium mikrobiologicznego, poradni chirurgicznej, pracowni histopatologicznej.

Założenia programu uwzględniają charakterystykę lokalnej społeczności oraz konieczność wielopoziomowego wspierania karmienia naturalnego jako profilaktyki chorób społecznych występujące w województwie pomorskim. Program może zaspokoić i uzupełnić potrzeby kobiet oraz ich rodzin w trakcie trwania, jak i po zakończeniu projektu wykorzystując personel medyczny jako środek do promowania i wspierania karmienia piersią w społeczeństwie.

2. CELE PROGRAMU

a) Cel główny:

- Zwiększenie odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią w populacji gdańskiej przez pierwszych 6 miesięcy życia oraz karmionych piersią do roku lub dłużej.

b) Cele szczegółowe:

- Zwiększenie dostępności edukacji na temat karmienia piersią dla kobiet ciężarnych.
- Zwiększenie dostępności poradnictwa w sytuacji wystąpienia problemów w karmieniu piersią.
- Podniesienie poziomu oraz usystematyzowanie wiedzy u osób sprawujących opiekę nad ciężarną i matką karmiącą na temat laktacji w oparciu o aktualną wiedzę naukową
- Propagowanie karmienia piersią jako odpowiedniej metody żywienia niemowląt i dzieci - element zdrowego stylu życia w modelu gdańskiej rodziny.

c) Oczekiwane efekty

- wzrost odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia
- zwiększenie dostępności nieodpłatnego poradnictwa laktacyjnego dla mieszkanki Gdańska w ramach działania przyszpitalnej poradni laktacyjnej
- aktualizacja wiedzy na temat karmienia piersią wśród personelu medycznego

d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- Liczba ciężarnych edukowanych w ciąży
- Liczba matek karmiących wyłącznie piersią przez 6 miesięcy życia dziecka
- Liczba przeszkolonych osób w ramach szkolenia personelu medycznego

3. ADRESACI PROGRAMU (POPULACJA PROGRAMU)

- I. Mieszkańcy Miasta Gdańska: kobiety ciężarne, matki karmiące wraz z niemowlętami oraz rodziny – programem bezpośrednich działań edukacyjnych w ramach zadania powinna zostać objęta liczba nie mniej niż **1000 kobiet rocznie wraz z rodzinami**,
- II. Pracownicy opieki zdrowotnej sprawujący na terenie Gdańska opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym w placówkach POZ oraz w placówkach szpitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem pediatrów i położnych rodzinnych – udział w warsztatach powinno wziąć nie mniej niż **100 osób rocznie**.
- III. Opieką poradni laktacyjnej powinna zostać objęta liczba co najmniej **300 kobiet rocznie**. Część pacjentek może wymagać więcej niż jednej wizyty w poradni, zatem szacunkowa liczba porad laktacyjnych powinna rocznie wynosić nie mniej niż 450.
- IV. Dzięki połączeniu działań edukacyjnych skierowanych do mieszkańców Gdańska oraz do osób sprawujących opiekę medyczną nad nimi, korzyści z realizacji Programu odnosić będzie w sposób bezpośredni i pośredni rocznie nie mniej niż **2300 kobiet wraz z rodzinami**.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Części składowe, etapy i działania organizacyjne programu opracowano w oparciu o dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania” [34]. Dokument ten przedstawia modelowe zestawienie działań, jakie należy uwzględnić, aby kompleksowo, całościowo i skutecznie chronić, propagować i wspierać karmienie piersią. Zgodnie z wytycznymi Wzorca Działania UE programy promujące karmienie piersią powinny obejmować następujące kierunki działania:

- I. zasady postępowania, planowanie, zarządzanie, finansowanie
- II. informacja, edukacja, komunikacja;
- III. szkolenie
- IV. ochrona, propagowanie i wsparcie
- V. monitoring

Po dostosowaniu niniejszych zaleceń do warunków lokalnych wyodrębniono następujące kierunki:

- 1.1. Informacja i edukacja dla mieszkańców Miasta Gdańska
- 1.2. Poradnictwo laktacyjne
- 1.3. Warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego
- 1.4. Monitoring i ewaluacja

b) Planowane interwencje

- edukacja na temat karmienia piersią dla kobiet w ciąży i ich rodzin w formie wykładów, pogadanek oraz spotkań indywidualnych
- Opracowanie, wydruk i rozpowszechnienie materiałów promujących karmienie piersią przeznaczonych dla kobiet w ciąży i ich rodzin
- Udzielanie porad laktacyjnych mieszkankom Gdańska w poradni laktacyjnej. Porady świadczone przez zespół osób posiadających certyfikat IBCLC lub CDL zgodne są ze standardami: porada zajmuje ok. 60 minut [43,44] i obejmuje: przeprowadzenie wywiadu, obserwację matki (ocena stanu ogólnego i psychicznego), badanie piersi, obserwacja i badanie dziecka, ocena funkcji ssania, obserwacja i korekta aktu karmienia, postawienie rozpoznania i sformułowanie zaleceń oraz sporządzenie pełnej dokumentacji. Podczas porady laktacyjnej edukowane są także osoby towarzyszące matce, np. członkowie rodziny.
- Edukacja osób sprawujących opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym i ich dziećmi - metoda optymalizacji działań personelu medycznego jako narzędzia promowania i wspierania karmienia piersią wśród mieszkanki Gdańska oraz ich rodzin:
 - przeprowadzenie akredytowanego kursu laktacyjnego dla pracowników POZ i placówek szpitalnych
 - przeprowadzenie cyklu zajęć superwizyjno-warsztatowych dla pracowników POZ i placówek szpitalnych

- Monitoring wskaźników wyłącznego karmienia piersią niemowląt do szóstego miesiąca życia – badanie powinno być przeprowadzone w ostatnim roku programu.

Harmonogram poszczególnych zadań – tabele 3, 4, 5, 6

1.1. Informacja, edukacja, komunikacja				
<i>Zadania</i>	<i>Odpowiedzialni za realizację</i>	<i>Oczekiwane wyniki</i>	<i>Okres realizacji</i>	<i>Współpraca</i>
Zwiększyć dostępność edukacji na temat karmienia piersią dla kobiet w okresie okołoporodowym.	realizatorzy Programu	Pracownicy ochrony zdrowia, sprawujący opiekę nad kobietami ciężarnymi, rodzącymi i w położu są przeszkoleni w zakresie indywidualnego poradnictwa w karmieniu piersią	Cały okres realizacji Programu	
Opracować i wydrukować materiały informacyjne o korzyściach wynikających z karmienia piersią, zasadach postępowania w laktacji dla matek, ich rodzin	realizatorzy Programu	Materiały przygotowane i wykorzystywane, materiały są dystrybuowane wśród beneficjentów Programu	Cały okres realizacji Programu	
Informować (poprzez media, materiały informacyjne) mieszkańców Gdańska o zasadach realizacji Programu	realizatorzy Programu	Mieszkańcy Gdańska wiedzą o realizacji Programu, znają jego założenia, wiedzą kto może być jego beneficjentem, korzystają z oferowanego wsparcia.	Cały okres realizacji Programu	Lokalne media
Propagować we współpracy z mediami karmienie piersią jako odpowiednią metodę żywienia i wychowywania niemowląt i dzieci - element modelu gdańskiej rodziny.	realizatorzy Programu	Współpraca z mediami nawiązana, informacje o karmieniu piersią oraz o realizacji Programu, wynikach przeprowadzanych badań są publikowane	Cały okres realizacji Programu	Lokalne media
Uczestniczyć w konferencjach naukowych, kierowanych do personelu medycznego, informując o realizacji Programu i wynikach przeprowadzanych badań. Przygotowywać publikacje naukowe.	realizatorzy Programu	Personel medyczny wie o realizacji Programu, zna jego założenia, wie kto może być jego beneficjentem, korzysta z oferowanego wsparcia. Wyniki badań są publikowane	Cały okres realizacji Programu	Szkoły wyższe, organizatorzy konferencji naukowych
Przeprowadzić wykłady i spotkania na temat karmienia piersią dla kobiet w ciąży i ich rodzin	realizatorzy Programu	Przeprowadzono 5 spotkań z kobietami w okresie okołoporodowym i ich rodzinami w każdym roku działania Programu	Cały okres realizacji Programu	Organizacje zrzeszające młodych rodziców na terenie Gdańska

Tab.3. Harmonogram działań realizowanych w ramach zadania 1.1 Informacja, edukacja, komunikacja.

1.2. Poradnictwo laktacyjne				
<i>Zadania</i>	<i>Odpowiedzialni za realizację</i>	<i>Oczekiwane wyniki</i>	<i>Okres realizacji</i>	<i>Współ-praca</i>
Zapewnić pomoc i wsparcie ze strony IBCLC i/lub CDL w poradni laktacyjnej tym mieszkankom Gdańska, u których wystąpią trudności w karmieniu piersią	realizatorzy Programu	W każdym roku realizacji Programu 300 matkom udzielono fachowej porady laktacyjnej (rocznie odbyło się ok. 450 porad – część matek potrzebowała więcej niż jednej porady)	Cały okres realizacji Programu	

Tab.4. Harmonogram działań realizowanych w ramach zadania 1.2 – Poradnictwo laktacyjne

1.3. Warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego				
<i>Zadania</i>	<i>Odpowiedzialni za realizację</i>	<i>Oczekiwane wyniki</i>	<i>Okres realizacji</i>	<i>Współ-praca</i>
Przeprowadzić akredytowany kurs laktacyjny dla pracowników POZ i placówek szpitalnych	realizatorzy Programu	Kurs przeprowadzony raz w roku. 40 pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem jest przeszkolonych w zakresie wspierania karmienia piersią	2014-2015	Placówka szkoleniowa prowadząca akredytowane kursy laktacyjne
Przeprowadzić cykl zajęć superwizyjno-warsztatowych dla pracowników POZ i placówek szpitalnych (wymiana doświadczeń, utrwalanie i aktualizacja wiedzy, omawianie trudnych przypadków itp.)	realizatorzy Programu	Zajęcia przeprowadzono 3 – krotnie w ciągu roku	2014-2015	

Tab.5. Harmonogram działań realizowanych w ramach zadania 1.3 Warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego

1.4. Monitoring i ewaluacja				
<i>Zadania</i>	<i>Odpowiedzialni za realizację</i>	<i>Oczekiwane wyniki</i>	<i>Okres realizacji</i>	<i>Współ-praca</i>
Opracować system monitoringu wskaźników karmienia piersią.	Koordinator odpowiedzialny za monitoring i ewaluację	System monitoringu opracowany	I półrocze 2016	Jednostka badawcza
Monitorować wskaźniki karmienia piersią w populacji gdańskiej	Koordinator odpowiedzialny za monitoring i ewaluację	Wskaźniki karmienia piersią są monitorowane	II półrocze 2016	
Prowadzić ewaluację szkoleń dla personelu medycznego	realizatorzy Programu	Jakość i efektywność szkoleń jest kontrolowana, wyniki uwzględniane w podnoszeniu ich jakości	2014-2015	
Publikować i rozpowszechniać wyniki monitoringu i wykorzystywać je w planowaniu inicjatyw związanych z karmieniem piersią	realizatorzy Programu	Wyniki publikowane i wykorzystywane w planowaniu	Cały okres realizacji Programu	

Tab.6. Harmonogram działań realizowanych w ramach zadania 1.2 – Monitoring i ewaluacja

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- Do planowanych działań edukacyjnych uczestnicy rekrutowani są wśród mieszkańców Gdańska objętych opieką medyczną w placówce realizującej program oraz przy współpracy innych placówek ochrony zdrowia.
- Poradnia laktacyjna: udzielanie porad tym mieszkankom Gdańska, których problemy laktacyjne nie zostały rozwiązane w ramach oferowanej standardowej opieki okołoporodowej, bez skierowania.
- W zajęciach edukacyjnych może brać udział personel medyczny, który w ramach wykonywanej pracy będzie wspierać i promować karmienie piersią wśród kobiet w ciąży i matek zameldowanych w Gdańsku.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- udzielane porady laktacyjne są dostosowane do potrzeb uczestników programu pod względem miejsca, gdzie świadczenia są oferowane – placówka realizująca program powinna być miejscem znanym mieszkańcom Gdańska, jako instytucja udzielająca kompleksowych usług medycznych, z lokalizacją dogodną komunikacyjnie.
- Rejestracja do Poradni odbywa się telefonicznie na określoną godzinę, by uniknąć oczekiwania na wizytę przed gabinetem.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

- Działania programu wspierają świadczenia dostępne w ramach NFZ, ponieważ wzbogacają warsztat pracy położnej rodzinnej – aktualizują wiedzę, dają możliwość konsultowania w trudnych przypadkach, dostarczają materiałów edukacyjnych, zabezpieczają spójność przekazu informacyjnego dla matek.
- Oferują również świadczenia niedostępne w systemie opieki zdrowotnej. Poradnictwo laktacyjne w ramach programu udzielane przez IBCLC i CDL nie jest finansowane ze środków publicznych, a jak pokazują badania jest potrzebne młodym matkom [4,6,7,35].

f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeśli istnieją wskazania

- Matki, które uzyskają poradę powinny posiadać możliwość uzyskiwania dalszego wsparcia w ramach wizyt kontrolnych aż do rozwiązania istniejącego problemu laktacyjnego.
- W przypadku, gdy problemy wynikają z szerszych uwarunkowań – wskazywana jest potrzeba uzyskania porady innych specjalistów ochrony zdrowia (np. dermatolog, alergolog, dietetyk, neurolog, psychiatra, itp.)

g) Kompetencje podmiotów realizujących program

- Doświadczenie w organizacji i umiejętności prowadzenia zajęć edukacyjnych dla kobiet w okresie okołoporodowym w zakresie przygotowania do karmienia piersią oraz postępowania w czasie laktacji.
- Doświadczenie w organizacji i prowadzeniu zajęć edukacyjnych dla personelu medycznego w zakresie przygotowania kobiet w ciąży do karmienia piersią oraz udzielania pomocy laktacyjnej matkom karmiącym. Szkolenia powinny być prowadzone przez zespół wykładowców oraz trenerów umiejętności praktycznych w zakresie poradnictwa laktacyjnego, którzy powinni spełniać następujące wymagania:
 - ukończone studia licencjackie lub magisterskie
 - aktualny certyfikat IBCLC i/lub CDL
 - udokumentowane doświadczenie szkoleniowe w jednostce zajmującej się prowadzeniem akredytowanych kursów w zakresie laktacji
 - udział w szkoleniach dla trenerów i nauczycieli poradnictwa laktacyjnego.
- Kilkuletnie doświadczenie w organizacji pracy poradni laktacyjnej oraz udzielaniu porad laktacyjnych na terenie placówki. Poradnia powinna mieć pełne zaplecze diagnostyczne i konsultacyjne, prowadzić pełną dokumentację porad laktacyjnych zgodnie z obowiązującymi standardami [43,44]. Takie rozwiązanie stanowi gwarancję zapewnienia ciągłości i kompleksowości opieki nad matkami karmiącymi.

Kwalifikacje zespołu poradni

- W skład zespołu poradni laktacyjnej powinny wchodzić osoby wykonujące następujące zawody: położna i/lub pielęgniarka, ew. lekarz, psycholog. Każda z osób powinna posiadać aktualny certyfikat IBCLC i/lub CDL⁴ [44]: .
 - Ze względu na szeroki i zróżnicowany zakres problemów laktacyjnych optymalnie w zespole powinny być minimum 3 osoby z aktualnym certyfikatem IBCLC i/lub CDL, w tym co najmniej jedna powinna przejść procedurę recertyfikacyjną IBCLC i/lub CDL.
 - W związku z tym, że część problemów laktacyjnych jest ściśle związana a zaburzeniami psychicznymi okresu okołoporodowego, dużym atutem jest obecność w zespole poradni psychologa z aktualnym certyfikatem IBCLC i/lub CDL.
- Doświadczenie w zakresie prowadzenia monitoringu i ewaluacji skuteczności podjętych działań promujących karmienia piersią w populacji Miasta Gdańska oraz niezbędne umiejętności z zakresu statystyki i metodologii badań. Współpraca w tym zakresie z jednostką badawczą.

Optymalnym rozwiązaniem jest wykonywanie założonych działań w placówce realizującej Inicjatywę WHO i UNICEF „Szpital Przyjazny Dziecku” z uwagi na

⁴ Certyfikat IBCLC jest przyznawany na 5 lat, CDL na 7 lat. Okres ważności certyfikatu drogą procedury recertyfikacyjnej jest przedłużany o kolejne 5 lat (IBCLC) lub 7 lat (CDL). Recertyfikacja stanowi potwierdzenie posiadania ugruntowanej wiedzy i bogatego doświadczenia w zakresie poradnictwa laktacyjnego.

zapewnienie kompleksowości i ciągłości opieki nad kobietami w okresie okołoporodowym [33]:

- w placówce tego typu systemowo wdrażane są procedury propagujące karmienie piersią w ramach „10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią”
- Inicjatywa Szpitala Przyjaznego Dziecku nakłada na placówkę obowiązek stałej oceny jakości. Szpital monitoruje wskaźniki realizacji procedur wspierających karmienie piersią w celu utrzymania ich na poziomie min. 80%.
- W w/w wymienionej placówce przestrzegane są zapisy Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce, które gwarantują opiekę nad matkami karmiącymi wolną od komercyjnych wpływów producentów mieszanek.

Realizacja Programu przez placówkę szpitalną dodatkowo pozwala na zapewnienie ciągłości opieki nad kobietami, u których występują czynniki ryzyka zaburzeń laktacji, m.in. poród przedwczesny, cięcie cesarskie, młody wiek, etc. Kobiety te uzyskują skuteczniejszą pomoc dzięki koordynacji działań podjętych w pierwszych dobach po porodzie na oddziale położniczym i po wypisie ze szpitala w poradni laktacyjnej.

h) Warunki niezbędne do realizacji programu

Szkolenia

- autorskie programy szkoleniowe, prezentacje multimedialne, filmy, fotografie kliniczne, materiały dla uczestników
- sala szkoleniowa w zapleczem socjalnym
- sprzęt multimedialny: rzutnik i laptop, ekran, tablica flip-chart, pomoce edukacyjne do prezentacji techniki karmienia (lalki, modele piersi, poduszki)

Porady laktacyjne [44]

- Jednorazowy czas trwania porady ok. 60 min. Godziny funkcjonowania poradni dostosowany do zapotrzebowania uczestniczek programu, rejestracja telefoniczna
- Umeblowane pomieszczenie dostosowane do potrzeb poradni laktacyjnej, spełniające wymogi sanitarno-epidemiologiczne
- Dodatkowe wyposażenie: stół z podwyższonym blatem do badania niemowlęcia, waga dla niemowląt, kozetka, prześcieradła i podkłady (jednorazowego użytku), wygodny fotel do karmienia z podnóżkiem, poduszki lub jałki, poszewki, parawan, zestaw do pielęgnacji noworodka, jałowy zestaw do pielęgnacji kikutu pępowiny, termometr, jednorazowe rękawice, sterylne rękawice, szpatułki, jałowe gaziki, próbówki do pobierania materiału mikrobiologicznego, lignina, ręczniki jednorazowe, mydło, płyn do dezynfekcji rąk, lekospis, aktualne dane o stosowaniu leków w okresie laktacji, elektryczny odciągacz pokarmu, sterylne zestawy osobiste, akcesoria do karmienia alternatywnego (sondy, strzykawki, kubek, łyżeczka, zestaw SNS, butelki, smoczki różnego typu), sterylne naczynia lub torebki do przechowywania odciągniętego pokarmu, naczynie lub urządzenie do dezynfekcji sprzętu, osłony silikonowe na brodawki w różnych rozmiarach, telefon, umywalka, karty pacjentów, materiały biurowe, dokumentacja.

- możliwości konsultacji specjalistycznych (położnik, pediatra/neonatolog, chirurg), zaplecze diagnostyczne w postaci gabinetu USG, laboratorium mikrobiologicznego, poradni chirurgicznej, pracowni histopatologicznej

Ewaluacja:

- Komputer wraz z oprogramowaniem, drukarka, telefon, dostęp do sieci internetowej, kserokopiarka, ankiety i kwestionariusze, materiały biurowe

i) Dowody skuteczności planowanych działań

- Opinia eksperta: mgr Danuty Adamczyk-Wiśniewskiej Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego przedstawiono w załączeniu do wniosku.
- Zalecenia, wytyczne i standardy dot. postępowania w ochronie, propagowaniu i wspieraniu karmienia piersią zawarte są w:
 1. dokument UNICEF/WHO „Ochrona, Propagowanie i Wspieranie Karmienia Piersią - szczególna rola placówek służby zdrowia” realizowane w ramach Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku „10 kroków do udanego karmienia piersią” [45]
 2. dokument WHO „Globalna strategia żywienia niemowląt i małych dzieci” [46]
 3. dokument Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej, „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania” [37]. Przegląd skuteczności interwencji opublikowany w niniejszym dokumencie zawiera następujące wnioski:
 - Wieloobszarowe interwencje są szczególnie skuteczne w aspekcie poprawy wskaźników inicjacji, wyłączności czasu i trwania karmienia piersią, szczególnie przy zastosowaniu społecznych kampanii medialnych, programów edukacji zdrowotnej dostosowanych do lokalnych możliwości, kompleksowych szkoleń pracowników ochrony zdrowia
 - Interwencje łączące okresy przed i po narodzeniu dziecka, ze szczególnym naciskiem na opiekę w pierwszych dobach po porodzie wydają się być bardziej efektywne, niż koncentracja na jednym z w/w okresów.
 - Interwencje w sektorze ochrony zdrowia są najbardziej skuteczne, gdy wykorzystuje się podejście łączące kilka aspektów: szkolenie personelu, korzystanie z pomocy konsultanta lub doradcy laktacyjnego oraz zapewnienie personelowi i pacjentom pisemnych informacji
 - Wpływ interwencji w dziedzinie edukowania matek na temat korzyści z karmienia piersią oraz zasad postępowania w laktacji jest znaczny tylko wtedy, gdy stosowane praktyki szpitalne są spójne z treścią nauczania [37]
 4. stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii „Karmienie piersią i stosowanie mleka kobiecego” [1] – dokument opublikowany w 2012 roku podkreśla szczególną rolę pediatrów w promowaniu naturalnego karmienia. AAP zwraca uwagę, że niezbędne jest aktualizowanie przez pediatrów wiedzy na temat zagrożeń

zdrowotnych wynikających ze sztucznego żywienia niemowląt i zasad postępowania w laktacji. Strategiczne znaczenie ma także współpraca pediatrów z certyfikowanymi specjalistami w dziedzinie laktacji i pracownikami ochrony zdrowia w celu zagwarantowania efektywnego systemu opieki nad matką karmiącą oraz utrwalania w świadomości społecznej karmienia piersią jako optymalnej metody żywienia niemowląt.

5. dokument Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej „Żywienie niemowląt i małych dzieci: Standardy postępowania dla Unii Europejskiej [47]
6. zalecenia krajowe – „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem” Rozp. Min. Zdrowia z dn. 20.09.12

Zrealizowanie cyklu szkoleń dla osób pełniących opiekę nad kobietami w okresie okołoporodowym i ich rodzinami podnosi skuteczność podejmowanych w ramach Programu, ponieważ zapewnia:

1. spójny przekaz informacyjny skierowany do kobiet w ciąży i matek karmiących na temat korzyści z karmienia piersią i zasad postępowania w laktacji
2. ujednoczenie praktyk wspierających prawidłowy przebieg karmienia piersią na różnych etapach opieki zdrowotnej w okresie okołoporodowym
3. ugruntowanie prawidłowego postępowania i kontynuowanie utrwalonych praktyk po zakończeniu Programu

Po zakończeniu realizacji Programu mieszkańcy Gdańska nadal będą odnosić korzyści i otrzymywać odpowiednią pomoc ze strony osób sprawujących opiekę nad ciężarnymi i matkami karmiącymi.

5. Koszty

a) Koszty jednostkowe

Edukacja ciężarnych i matek karmiących w latach 2014-2016:

- w latach 2014-2016 szacunkowa minimalna liczba osób objętych bezpośrednimi działaniami podejmowanymi w ramach Programu wynosi 3.000 mieszkank Gdańska,
- materiały informacyjne przygotowane w ramach Programu i dystrybuowane do POZ i szpitali położniczych powinny otrzymać co najmniej kolejne 3000 osób
- koszty z punktów 1.1 i 1.3 z tabeli 7: 60.000zł
- koszt jednostkowy 10 zł

Standardowe porady laktacyjne świadczone w latach 2014-2016 w ramach poradni dostępnej dla mieszkank Gdańska:

- szacunkowa liczba pacjentek - 900 mieszkank Gdańska,
- planowana ilość porad 1350 (ok. 50% kobiet wymaga wizyty kontrolnej)
- koszty z punktu 1.2 tabeli 7: 150.000zł
- koszt jednostkowy poradnictwa w poradni – 166,7zł

b) koszty całkowite

		2014	2015	2016	ogółem
1.1.	Informacja i edukacja dla mieszkańców Miasta Gdańska	10.000	10.000	5.000	25.000
1.2.	Poradnictwo laktacyjne	50.000	50.000	50.000	150.000
1.3.	Warsztaty edukacyjne dla personelu medycznego	15.000	15.000	5.000	35.000
1.4.	Monitoring i ewaluacja	0	0	15.000	15.000
	ogółem	75.000	75.000	75.000	225.000

Tab.7. Koszty całkowite realizacji programu w latach 2014-2016.

c) źródła finansowania, partnerstwo

Wkład placówki - w pełni wyposażona poradnia laktacyjna, sala wykładowa wraz z niezbędnym sprzętem do prezentacji oraz prowadzenia zajęć.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Planowane działania ewaluacyjne sformułowano w oparciu o zalecenia Agencji Oceny Technologii Medycznych [45].

a) Ocena zgłaszalności do programu poprzez:

- rejestrowanie mieszkanek Miasta Gdańska objętych działaniami edukacyjnymi w okresie okołoporodowym
- baza danych uczestników przeprowadzanych szkoleń
- prowadzenie dokumentacji medycznej w poradni laktacyjnej

b) Ocena jakości świadczeń w programie

- ankieta ewaluacyjna dotycząca oceny programu wypełniana przez uczestniczki
- ankieta ewaluacyjna dotycząca oceny przeprowadzonych szkoleń
- wizytowanie merytoryczne programu – ocena eksperta

c) Ocena efektywności programu

- porównanie badania wstępnego i końcowego - odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią przed wdrożeniem programu i w ostatnim roku programu we współpracy z jednostką badawczą [48]

Zgodnie z wytycznymi WHO[49] przyjęto następujące kryteria służące pomiarowi wskaźników karmienia piersią:

- Wyłączne karmienie piersią do 6. miesiąca życia wyrażone w (%) - Procent niemowląt w wieku od 0-5.9 miesiąca życia karmionych wyłącznie pokarmem matki. Wyłączne karmienie zdefiniowane jest jako niepodawanie niczego poza mlekiem matki - nawet wody, przez 6 miesięcy życia (z wyjątkiem witamin, minerałów i leków).
- Wyłączne karmienie piersią do 4. miesiąca życia wyrażone w (%) - Procent niemowląt w wieku od 0-3.9 miesiąca życia karmionych wyłącznie pokarmem matki .
- ciężarne, które otrzymały informacje na temat karmienia piersią - Wskaźnik wyrażony odsetkiem kobiet, które otrzymały informacje na temat karmienia piersią, podczas sprawowanej nad nimi opieki prenatalnej.

7. Okres realizacji Programu: od 1 stycznia 2014 do 31 grudnia 2016.

Piśmiennictwo:

Za zgodą Dyrekcji Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha w Gdańsku do opracowania niniejszego projektu wykorzystano fragmenty programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska” w latach 2011-2013, finansowanego w całości ze środków Miasta Gdańska, realizowanego przez Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha. Autorkami dokumentu z 2011 są J. Żołnowska, A. Pietkiewicz i A. Czerwińska.

1. Eidelman, A., L., Schanler, R., J., i in.. AAP, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012, 129(3), 827-41. Tłumaczenie na język polski dostępne na: <http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Stnowisko%20AAP.pdf>
2. Nehring – Gugulska, M. Pietkiewicz, A. Korzyści karmienia piersią, W: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska–Rubik, A. Pietkiewicz (red.), Karmienie piersią w teorii i praktyce. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012
3. Komunikat w zakresie karmienia piersią jako wzorcowego sposobu żywienia niemowląt oraz preparatów zastępujących mleko kobiece (sztucznych mieszanek) z dn.29.03.2013. Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia. Dostęp na stronie internetowej www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m15&ms=739&ml=pl&mi=739&mx=0&ma=31740
4. Pietkiewicz., A. Czynniki warunkujące przebieg karmienia piersią wśród mieszkanek Miasta Gdańska w 2011, niepublikowane badania realizowane w ramach Programu Zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka szkodliwych wpływów środowiska” w całości finansowany ze środków Miasta Gdańsk – I etap ewaluacji programu.
5. . Kamianowska M, Szczepański M, Błażewicz B, Łuckiewicz K. Analiza karmienia niemowląt w pierwszym roku życia z uwzględnieniem karmienia naturalnego. Postępy Neonatol 2006;2(10):87-92.
6. Bernatowicz-Łojko U, Wesołowska A. udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do drugiego roku życia w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. Standardy Medyczne 2012; 2.
7. Mikiel-Kostyra, K. Wzorzec wojewódzkiej strategii ochrony, wspierania i propagowania karmienia piersią, 2006. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka
8. Ślizień-Kuczapska, E., Nehring-Gugulska, M. Regulacja procesu wytwarzania pokarmu W: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska–Rubik, A. Pietkiewicz (red.), Karmienie piersią w teorii i praktyce. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012
9. Kalkowska, M., Karpiński, J. niepublikowane sprawozdanie z działalności oddziałów położniczych i neonatologicznych szpitali województwa pomorskiego w 2012 r. Dział Nadzoru Opieki nad Matką i Dzieckiem. Wydział Zdrowia Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego, Pomorski Urząd Wojewódzki w Gdańsku. 2012
10. Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia Zdrowie dla Pomorzan. Załącznik nr 1 do uchwały nr 930/274/13 Zarządu Województwa Pomorskiego z dn. 8 sierpnia 2013
11. Informator do Regionalnego Programu Strategicznego Zdrowie dla Pomorzan, Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. Dokument roboczy z 9 kwietnia 2013 podlegający publikacji na <http://strategia2020.pomorskie.eu>.
12. Otyłość u polskich nastolatków. Epidemiologia, styl życia, samopoczucie. Raport wykonany w ramach projektu badawczego Fundacji Badawczej Nutricia RG 1/2005. [dostęp na: <http://www.imid.med.pl/klient/file/otylosc.pdf>].
13. Zdrowie dla Pomorzan. Opracowanie VIa Pomorskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego i Chorób Nowotworowych. [dostęp na: http://www.woj-pomorskie.pl/downloads/diagnostyka_i_terapia.pdf]
14. Agostoni C, Braegger C, Desci T et al. Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:112-125.
Tłumaczenie na język polski:<http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/espghan.pdf>
15. Raisler J, Alexander Ch, O’Campo P. Breast-feeding and infant illness: A dose-response relationship. Am J Publ H, 1999; Vol.89, No. 1: 25-30.
16. Mårild, S., Hansson, S., Jodal, U., Odén, A., Svedberg, K. (2004). Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. Acta Paediatrica, 93, s. 164-168.
17. Vennemann, M., M.(2009). Breast-Feeding May Reduce Risk for SIDS by Half Throughout Infancy. Pediatrics, 123, s.406-410.
18. Oddy WH, Holt PG, Sly PD, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: Findings of a prospective birth cohort study. Br Med J 1999;319(7213):815–9. pp. 46– 47.

19. Chivers P, Hands B, Parker H et al (2010) Body mass index, adiposity rebound and early feeding in a longitudinal cohort (Raine Study). *International Journal of Obesity* advance online publication, 30 March 2010; doi:10.1038/ijo.2010.61.
20. Sadauskaitė-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev.* 2004 Mar-Apr;20(2):150-7.
21. Shu, X.,O., Clemens, J., Zheng, W., Ying, D., M., Ji, B., T., Jin F. (1995), Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia. *International Journal Of Epidemiology*, 24, s. 27-32.
22. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr.* 2001 Feb;131(2):262-7.
23. Sloan, S., Stewart, M., Dunne, L. (2010).The effect of breastfeeding and stimulation in the home on cognitive development in one-year-old infants.*Child Care in Practice*, 16(2), s. 101-110.
24. Kramer, M., S. (2008). An intervention promoting exclusive and prolonged breast feeding improved verbal intelligence scores in children at 6.5 years. *Evidence-Based Medicine*, 13, s.181.
25. Chrzan-Dętkoś M., Dyduch – Maroszek A., Humięcka A. Uwarunkowania i konsekwencje depresji poporodowej – badanie pilotażowe. Niepublikowane badania przeprowadzone w 2010, adres mailowy autorek psymcd@univ.gda.pl
26. Pietkiewicz, A. Problemy psychologiczne w okresie okołoporodowym, W: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska– Rubik, A. Pietkiewicz (red.), *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012.
27. Tryggvadóttir, L., Tulinius, H., Eyfjord, J.E., Sigurvinsson, T. (2001). Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 154, s. 37-42
28. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 974-982.
29. Akman, I., Kuscu, M., K., Yurdakul, Z., Özdemir, N., Solakoğlu, M., Orhon, L., Karabekiroğlu, A., Özek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, s. 369-373.
30. Donnot, J., Vauclair, J., Bréjard, V. (2008). Newborn right-holding is related to depressive symptoms in bottle-feeding mothers but not in breastfeeding mothers. *Infant Behavior & Development*, 31(3), s. 352-360.
31. Rocznik Demograficzny 2012. Główny Urząd Statystyczny
32. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarządzenie nr 105/2008/DSOZ z dnia 5.11.2008 [dostęp na: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3516>]
33. Żołnowska, J. Standard opieki okołoporodowej w zakresie karmienia piersią. W: *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. (red) Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego Dz.U.07.210.1540
35. Kalinowska-Przybyłko, A. Pierwsza doba w szpitalu, pierwsza doba w domu - wspierająca rola położnej badania sponsorowane przez AVENT PHILIPS prezentowane podczas XVI Szkoleniowej Konferencji Fundacji Rodzic po Ludzku, Warszawa 2010.
36. Żołnowska, J., Pietkiewicz, A., Czerwińska, A. Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska, niepublikowany program zdrowotny finansowanego w całości ze środków Miasta Gdańska, realizowanego przez Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w latach 2011-2013.
37. Komisja Europejska, Dyktoriaat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk. Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania. Luksemburg 2004 [dostęp na: <http://www.iblce-europe.org/Download/Blueprint/Blueprint%20POLISH.pdf>].
38. Sikorski J, M.J. Renfrew, S. Pindora, A. Wade. Support for breastfeeding mothers. *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
39. Grossman, X. i in. (2009).Hospital Education in Lactation Practices (Project HELP): Does Clinician Education Affect Breastfeeding Initiation and Exclusivity in the Hospital? *Birth* 36:1 March 2009
40. Cattaneo A. Buzzetti R.Effects on ratesof breastfeeding of trining for the Baby Friendly Hospiat Initiative *BMJ*2001; 323, 1358- 1362.
41. Hannula L., A systematic review of Professional interventions for breastfeeding *J Clin Nurs* 2008; 17 (9) 1132-1143.
42. Graffy, J., Taylor, J. What Information, Advice, and Support Do Women Want With Breastfeeding? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 2005, 32(3), s. 179-186.

43. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. *Standardy Medyczne*, tom 2, nr 4/2005, str:1786-1790.
44. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard porady laktacyjnej W: M. Nehring-Gugulska, M. Żukowska– Rubik, A. Pietkiewicz (red.), *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Kraków: Wydawnictwo *Medycyna Praktyczna*; 2012
45. WHO/UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity service*. WHO, Geneva, 1989
46. WHO. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, WHO, Geneva, 2003
47. Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyk Komisji Europejskiej, *Żywienie niemowląt i małych dzieci: Standardy postępowania dla Unii Europejskiej*. Oprac. polskie pred. Mikiel-Kostyra, K. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2006
48. Agencja Oceny Technologii Medycznych [dostęp na: <http://www.aotm.gov.pl/>]
49. WHO. *The WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding. Data sources and inclusion criteria* [dostęp na: http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/data_source_inclusion_criteria/en/]