

FRPL/2020/134/JP.2

Warszawa, 18.06.2020 r.

Sz. P.

**Łukasz Szumowski**  
**Minister Zdrowia**

ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

W odpowiedzi na pismo z dnia 21. maja 2020 r. o numerze ZPR.6721.117.2020JK Fundacja ponownie zwraca uwagę na naruszenia podstawowych praw pacjenta jakich doświadczają kobiety i tym samym zwraca się o **podjęcie natychmiastowych działań** ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz osób decydujących i mających wpływ na organizację opieki na polskich oddziałach położniczych.

Z informacji przekazywanych przez kobiety, a także przez personel medyczny wynika, że w szpitalach świadczących usługi z zakresu ginekologii i położnictwa panuje **duży chaos i dezinformacja w kwestii porodów z osobą towarzyszącą**. Krytycznie oceniamy działania Ministerstwa Zdrowia, które w naszej opinii jeszcze dodatkowo pogłębiają niedopuszczalną sytuację, wprowadzając w błąd opinię publiczną i placówki medyczne. Szczególnie jaskrawym przykładem, prowadzącym do naruszenia prawa do informacji, jest działanie polegające na nieumieszczeniu na stronie Ministerstwa Zdrowia najnowszych zaleceń dotyczących porodów rodzinnych. W zakładce Ministerstwa Zdrowia "Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń" zamieszczone są nieaktualne rekomendacje Krajowych konsultantów ds. ginekologii i położnictwa oraz perinatologii z dn. 05.05.2020 r. (1).



Co więcej, rekomendacje Konsultantów już dwukrotnie zostały zmieniane od czasu publikacji, w dn. 14.05.2020 r. i dn. 22.05.2020. Na stronie Ministerstwa wciąż jednak widnieją stare zalecenia, które wprowadzają w błąd kobiety i ich bliskich, a także osoby odpowiedzialne za organizację świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej, personel medyczny i opinię publiczną. Sytuacja ta skutkuje tym, że część szpitali za obowiązujące zalecenia uznaje Stanowisko Konsultantów z dn. 5 maja br., które widnieje na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Podważa to także wiarygodność zamieszczonych tam innych zaleceń i wpływa na coraz większą frustrację i niepokój kobiet rodzących. Takie wprowadzanie w błąd opinii publicznej uważamy za niedopuszczalne, ponieważ **każdy obywatel ma prawo wiedzieć, jakie obowiązują zalecenia dla poszczególnych obszarów medycznych**; powinny one być na bieżąco publikowane, a zalecenia nieaktualne archiwizowane, w taki sposób, by można było do nich dotrzeć. Instytucje publiczne zgodnie z ustawą o dostępie do informacji publicznej powinny na swoich stronach publikować aktualne informacje dla obywateli. Dotyczy to w takim samym stopniu urzędów gmin, jaki i instytucji rządowych. Brak jawności i bałagan informacyjny na stronach rządowych, ministerialnych powoduje brak powszechnego dostępu do informacji publicznej dla obywateli.

Jesteśmy też zaniepokojone faktem, że Fundacja Rodzić po Ludzku, jako największa organizacja w Polsce zajmująca się opieką okołoporodową, nie otrzymuje od Ministerstwa aktualnych zaleceń. Wielokrotnie apelowałyśmy o to w korespondencji wskazując, że teraz jednym z zadań Fundacji jest edukowanie kobiet i dostarczanie im bieżących informacji o organizacji opieki okołoporodowej w czasie pandemii.

[https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen?fbclid=IwAR1dnDlmvGxRpqhShomSO66-1xGYvnX5oouF1IH9q\\_-tjAh3kMqsmzc5XJ0](https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swiadczen?fbclid=IwAR1dnDlmvGxRpqhShomSO66-1xGYvnX5oouF1IH9q_-tjAh3kMqsmzc5XJ0)

**Żądamy pilnego uporządkowania zaleceń** dotyczących możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii COVID-19, ponieważ mogą obowiązywać co najmniej dwa różne zalecenia, które wpływają na ograniczanie praw kobiet. W pierwszej sytuacji szpitale uznają zalecenia nieaktualne, ale opublikowane na stronie Ministerstw Zdrowia. W drugiej sytuacji szpitale stosują się do zaktualizowanych zaleceń, przesłanych przez Konsultantów. Równie prawdopodobne jest, że część szpitali w związku z panującym chaosem ustala swoje reguły postępowania. Tym samym zarówno ochrona praw kobiet oraz ich ograniczenia w Polsce mogą być na nierównym poziomie. Przypominamy, że **niedopuszczalnym jest stosowanie nierównych poziomów ochrony praw człowieka w demokratycznym państwie prawa.**

Jednocześnie wskazujemy, iż zalecenia dostępne na stronie ministerialnej, w naszej opinii naruszają prawa kobiet jako pacjentek, na co zwracaliśmy uwagę w poprzednim piśmie. Fundacja Rodzić po Ludzku stoi na stanowisku, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej są nadal obowiązującymi aktami prawnymi. Wynika z nich bezpośrednio, że kobieta ma prawo do obecności osoby towarzyszącej. Jakkolwiek, w przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, przepisy ustawy zezwalają kierownikom podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na możliwość ograniczenia praw pacjentom do korzystania z obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to jednak w najnowszych zaleceniach Konsultantów Krajowych z dn 22 maja 2020 r. w dziedzinie położnictwa i ginekologii określono niezbędne minimum, jakie należy spełnić w sytuacji porodu rodzinnego i nie zawiera ono zalecenia posiadania testu PCR od osoby towarzyszącej - badania wciąż wymaganego przez wiele szpitali w Polsce. **Wymaganie przez niektóre placówki medyczne od osoby towarzyszącej testu w kierunku COVID-19 nie ma naszym zdaniem żadnego uzasadnienia**; nie znajduje oparcia we wskazaniach zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, a tym samym z zasadami Evidence-Based Medicine (EBM), a także nie ma uzasadnienia prawnego. Uważamy, że jeżeli w szpitalu została wprowadzona procedura dotycząca możliwości uczestnictwa osoby towarzyszącej podczas porodu w czasie epidemii, to powinna ona być finansowana w ramach powszechnego ubezpieczenia. Zmiany w tym zakresie wymagają odpowiedniej ścieżki legislacyjnej. Regulamin szpitala, czy też wewnętrzne zarządzenie, nie może w żaden sposób ograniczać praw określonych w Konstytucji RP i ustawach.

Oczekujemy od Ministerstwa Zdrowia podjęcia działań informacyjnych wobec placówek wymagających od osób towarzyszących testów w kierunku COVID-19.

Po raz kolejny **apelujemy o aktualizację zaleceń postępowania medycznego w opiece nad noworodkiem w sytuacji zakażenia kobiety w ciąży wirusem COVID-19 lub podejrzenia zakażenia**. Pierwsze zalecenia Konsultant Krajowej w dziedzinie neonatologii dotyczące opieki nad noworodkiem urodzonym przez matkę z podejrzeniem lub z potwierdzonym COVID-19 ukazały się 10 marca br, na wczesnym etapie epidemii w Polsce (2). Kolejne takie zalecenia Konsultant Krajowej w dziedzinie neonatologii ukazały się z datą 4 maja (1). Pomiędzy ukazaniem się tych dwóch dokumentów miała miejsce publikacja części zaleceń na stronie Ministerstwa Zdrowia (3) oraz ukazały się zalecenia podpisane przez grupę konsultantów, w tym także Konsultant Krajową w dziedzinie neonatologii, ale niestety bez daty ich publikacji. Te ostatnie zalecenia zawierały procedurę pasteryzacji i utylizacji mleka, które to procedury nie zostały opisane w żadnych publikacjach naukowych i wytycznych międzynarodowych oraz

zaleceniach zagranicznych towarzystw. Między 10 marca i 5 maja minęło 8 tygodni, podczas których nie miała miejsca żadna aktualizacja wspomnianych zaleceń Konsultant Krajowej w dziedzinie neonatologii. W tym czasie ukazały się wytyczne WHO(4) oraz było dostępne stanowisko włoskich neonatologów (SIN) w połowie marca przetłumaczone na język angielski i poparte przez Europejską Unię Towarzystw Neonatologicznych i Perinatologicznych (UENPS) (5), stanowisko to następnie z początkiem kwietnia zostało opublikowane w czasopiśmie naukowym Mother and Child Nutrition (6). Również amerykańska agencja CDC, na zaleceniach które w dużej mierze oparte były zalecenia z 10. marca dokonała aktualizacji swojego stanowiska, o czym Fundacja pisała w piśmie z 21. kwietnia (7).

W maju WHO opublikowała aktualizację wytycznych - organizacja **podtrzymała swoje zalecenia w zakresie wspierania wczesnego kontaktu matki z dzieckiem niezależnie od statusu epidemiologicznego obojga oraz nadal zaleca bezpośrednie karmienie piersią z zachowaniem środków ostrożności**, jeśli stan kliniczny matki i dziecka na to pozwalają. WHO wprost stwierdza, że korzyści z karmienia piersią przewyższają ewentualne ryzyko wiążące się zachorowaniem noworodka (8). Pojawiły się kolejne chińskie analizy serii przypadków, autorzy tych publikacji nadal zalecają izolację dziecka od matki, ale jednocześnie warto zauważyć, że karmienie piersią nie jest w ogóle wymieniane wśród środków wspomagających leczenie u noworodka i w przeciwieństwie do wielu innych autorów publikacji oraz wytycznych, autorzy analiz chińskich nie odnoszą się w ogóle do dobrze poznanych korzyści wynikających z karmienia piersią (9,10). W tej chwili zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, prowadzone są badania dotyczące obecności przeciwciał w mleku matek, które przeszły infekcję. Badacze amerykańscy przedstawili jak dotąd zaledwie wyniki badania pilotażowego (11), należy jednak pamiętać, że w przeszłości przeciwciała przeciwko koronawirusowi SARS-CoV, wirusowi RSV czy wirusowi grypy A były obserwowane w mleku matki (12–14). Już ten jeden przypadek stwierdzenia przeciwciał w mleku matki chorej na SARS wystarczył włoskim specjalistom do zalecenia wsparcia karmienia piersią w oparciu o założenie, że także w przypadku COVID-19 przeciwciała będą obecne w mleku matki (6).

Co więcej, mamy już dostęp do opisów pojedynczych przypadków (15,16) (Lowe and Bopp, 2020, Piersigilli et al. 2020) i analiz grup przypadków ciężarnych z COVID-19 i ich noworodków nie tylko z Chin, ale także z krajów takich, jak USA czy Wielka Brytania, gdzie nie wprowadzono na szeroką skalę izolacji noworodków od zakażonych matek i zalecane jest wsparcie bezpośrednim karmieniem piersią lub, jeśli nie jest ono możliwe, w karmieniu odciągniętym mlekiem matki. Autorzy tych publikacji stwierdzają, że ilość zakażeń wśród noworodków jest niewielka, a przebieg infekcji w większości przypadków łagodny (15,17–19), także w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych (16). Pragniemy również zauważyć, że

pojawiają się kolejne publikacje dotyczące przebiegu COVID-19 u dzieci, które mogą rzucać światło na skalę ryzyka związanego z zachorowaniem także u noworodków. 10 czerwca na łamach czasopisma *Pediatric Pulmonology* ukazała się metaanaliza 551 przypadków zachorowań na COVID-19 wśród dzieci, w tej grupie u 9 dzieci stwierdzono ciężki przebieg choroby (wszystkie te dzieci miały choroby współistniejące), 6 dzieci wymagało wsparcia oddechowego, a jedno dziecko, 10-miesięczne niemowlę cierpiące jednocześnie na wgłobienie, zmarło. Autorzy tej publikacji wskazują, że u dzieci, u których wcześniej nie występowały problemy zdrowotne, COVID-19 przebiegał łagodnie, a infekcja ta może stanowić zagrożenie przede wszystkim dla pacjentów, u których występują jednocześnie inne problemy zdrowotne (20).

W ostatnim miesiącu ukazały się także dwa przeglądy systematyczne dostępnych publikacji na temat zachorowania na COVID-19 w ciąży oraz wyników położniczych i statusu epidemiologicznego noworodków. W publikacji autorstwa Huntley'a i innych znaleźć można analizę badań zawierających minimum 10 przypadków z trzech krajów: Chin, USA i Włoch. Autorzy stwierdzają, że uspokajający jest niski wskaźnik umieralności matek i noworodków oraz brak potwierdzenia wertykalnej transmisji wirusa. Zaobserwowany wysoki wskaźnik przyjęć noworodków do oddziałów intensywnej terapii autorzy publikacji łączą z dużą ilością przedwczesnych porodów i cięć cesarskich, na które to wpłynęły ich zdaniem procedury stosowane w danym kraju, a nie stan zdrowia matki czy dziecka spowodowany infekcją (odnosi się to zwłaszcza do Chin); autorzy spodziewają się, że wskaźnik liczby noworodków matek z potwierdzonym COVID-19 przyjmowanych do oddziałów intensywnej terapii i urodzonych przez cesarskie cięcie będzie spadał (21). Drugi przegląd systematyczny zbiera dane z kilkunastu krajów, w sumie dotyczące 666 noworodków i 655 matek, autorzy tej publikacji dołożyli wszelkich starań aby wykluczyć możliwe powtórzenia raportowanych przypadków, zwłaszcza pochodzących z publikacji chińskich. Wśród tej grupy dla 149 noworodków znany był sposób opieki po porodzie i większości z tych dzieci wykonano test w kierunku zakażenia wirusem. Wśród 107 noworodków, które przebywały z matkami u 4 stwierdzono obecność wirusa, jedno dziecko z tej grupy nie zostało przebadane. W grupie noworodków izolowanych, razem 42 przypadki, u 6 dzieci stwierdzono obecność wirusa, 14 noworodków z tej grupy nie było badanych. Na tej podstawie **autorzy stwierdzają, że izolowanie noworodka od matki z potwierdzonym zakażeniem nie zmniejsza ryzyka jego zachorowania**, w publikacji czytamy: "Noworodki mogą zarazić się w pierwszych godzinach życia, ale ponieważ dla bardzo niewielu oznacza to poważne skutki zdrowotne, jest prawdopodobne, że korzyści z kontaktu z matką oraz możliwości karmienia piersią przewyższają potencjalne korzyści z izolacji" (22). 16 czerwca ukazał się także artykuł pt.: "Odpowiednia opieka nad noworodkami urodzonymi przez matki z chorobą COVID-19" w czasopiśmie *Acta Paediatrica*, jego autorzy wymieniają między

innymi możliwe ryzyka związane z izolacją noworodka od matki takie, jak: negatywny wpływ na gotowość do rozpoczęcia karmienia piersią szkodliwych procedur medycznych: wczesnego odpepnienia, rutynowego odsysania, wczesnej kąpieli (część z nich jest zalecanych aktualnie w Polsce) czy zwiększone ryzyko transmisji wirusa od personelu medycznego na dziecko podczas jego pobytu oddziale noworodkowym, zwłaszcza, że zazwyczaj nie jest możliwa opieka jednej pielęgniarki czy położnej nad tylko jednym noworodkiem i jest on narażony na bliski kontakt z większą liczbą ludzi, niż gdyby przebywał pod opieką matki. We wnioskach autorzy wskazują na to, że “w świetle dostępnych obecnie danych przedłużony kontakt skóra do skóry i wczesnie rozpoczęte, wyłączone karmienie piersią pozostają najlepszymi strategiami redukcji ryzyka ciężkich powikłań i zgonów zarówno wśród matek z COVID-19 jak i ich dzieci” (23).

Autorzy wszystkich publikacji zaznaczają relatywnie skromną ilość danych i konieczność dalszego zbadania przebiegu COVID-19 wśród ciężarnych i noworodków, my również zdajemy sobie z tego sprawę. Natomiast chcemy podkreślić, że dla nas, jako organizacji dbającej o jakość opieki okołoporodowej jaką otoczone są rodzaje w Polsce, niezwykle ważne jest, aby zalecenia, które mają na tę opiekę bezpośredni wpływ, powstawały na bazie aktualnego stanu wiedzy, zarówno na temat infekcji COVID-19, jak i lepiej przebadanych obszarów opieki okołoporodowej takich jak szeroko pojęta fizjologia porodu, korzyści i ryzyka związane z cięciem cesarskim czy karmienie piersią i wczesny kontakt z matką oraz ich rola w rozwoju dziecka. **Oczekujemy, że opieka okołoporodowa w Polsce będzie kształtowana nie tylko w odpowiedzi na bezpośrednie zagrożenia wynikające z rozprzestrzeniania się nowego koronawirusa, ale także z uwzględnieniem długofalowych skutków podejmowanych działań.**

Chcemy także ponownie zaapelować o pilne podjęcie działań przez Ministra Zdrowia na rzecz **umożliwienia obecności rodzica w sytuacji hospitalizacji dziecka**. Zwracamy uwagę na **dramatyczną sytuację w jakiej znalazły się noworodki, ze szczególnym uwzględnieniem wcześniaków oraz ich rodzice**. W wielu placówkach rodzic nie ma możliwości kontaktu ze swoim dzieckiem przez wiele tygodni, a dziecko pozbawione wsparcia jedynej osoby jaką znało jeszcze z życia płodowego, przeżywa jedną z największych traum swojego życia. Ogromny stres przeżywają także rodzice nowo narodzonych dzieci, co wpływa także na ich stan psychiczny.

Hospitalizacja i zabiegi oraz procedury medyczne są w oczywisty sposób niezbędne dla zdrowia i przeżycia dzieci, jednak związany z nimi stres i nadmierna stymulacja spowodowana np. doświadczanym bólem, inwazyjnymi procedurami medycznymi, a także brak adekwatnej stymulacji na skutek oddzielenia od matki mogą prowadzić do negatywnych konsekwencji w życiu dorosłym (24). Według współczesnej wiedzy **rodzic jest istotnym elementem zespołu leczącego dziecko**. Kangurowanie nie tylko związane jest z mniejszą ilością bezdechów,

szybszym przybieraniem na wadze i, w konsekwencji, szybszym wypisem. Badania skupiające się na wpływie stresu na rozwijający się mózg pokazują, że wczesne oddzielenie od matki powoduje wzrost czynnika uwalniającego kortykotropinę (CRF) w ciele migdałowatym. Kortyzol, sterydowy hormon, zwany również hormonem stresu, wydzielany jest przez nadnercza w odpowiedzi na fizyczny lub psychologiczny stres. Badania wskazują, że dla wcześniaka z bardzo niską masą urodzeniową zwykłe czynności pielęgnacyjne, takie jak np. zmiany pieluch czy ważenie, uruchamiają reakcję stresową. Według analiz (25) już podczas przyjęcia na Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej noworodek poddawany jest średnio 60 procedurom, z których część określić można jako bolesne i inwazyjne.

W związku z wynikami badań, na oddziałach intensywnej terapii noworodków oraz patologii noworodka wprowadzane są działania, których celem jest zmniejszenie stresu odczuwanego przez noworodki. Możliwość kontaktu z rodzicem, muzykoterapia (26), kangurowanie (27), podawanie wcześniakom glukozy przed pobraniem krwi – działania te prowadzą do zmniejszenia poziomu stresu u przedwcześnie urodzonych dzieci – należy pamiętać, że zmniejszenie stresu chorego dziecka nie jest “fanaberią”, ale czynnikiem chroniącym niedojrzały układ nerwowy dziecka.

W ciągu „zwykłego” dnia na oddziale Intensywnej Opieki Neonatologicznej wcześniaki, średnio, doświadczają 14 bolesnych procedur medycznych dziennie (28,29) – według badań stres dziecka jest mniejszy, gdy może na przykład być trzymane na rękach lub “kangurowanie” przez rodzica. Czemu jest to tak ważne? Badania na modelach zwierzęcych pokazują, że jeśli oś podwzgórze – przysadka – nadnercza aktywowana jest zbyt często, aktywność receptorów w hipokampie ulega hamowaniu, co prowadzi do zmniejszenia liczby receptorów. Konsekwencją tego jest większa trudność w samoregulacji oraz, długoterminowo, ograniczenie zdolności adaptacyjnych. **Narażenie na intensywny i stały stres w czasie dynamicznego rozwoju mózgu oraz w okresie jego szczególnej wrażliwości nie pozostaje również bez wpływu na rozwój ludzkich noworodków.** Do krótkoterminowych konsekwencji przedłużonego odczuwania bólu i dyskomfortu należą m.in. zmiany w interakcjach noworodka z otoczeniem: zmniejszenie jego zdolności do angażowania się i podtrzymywania kontaktu z rodzicami. Długoterminowo, wysoki poziom stresu towarzyszący bólowi (np. duża ilość zabiegów naruszających barierę skóry) związana jest ze zmniejszonym rozwojem istoty białej w mózgu oraz około korowej istoty szarej (30), opóźnionym rozwojem ruchowym i poznawczym u przedszkolaków, zmienioną aktywnością osi podwzgórze przysadka nadnercza (31) oraz zaburzeniami zachowania o charakterze internalizacyjnym w okresie szkolnym (32).

Przedstawione wyniki badań pozwalają na jednoznaczne stwierdzenie, iż umożliwienie jednemu z rodziców kontaktu z urodzonym przedwcześnie noworodkiem ma z perspektywy dziecka wartość terapeutyczną.

W związku z powyższym apelujemy o szybką reakcję Ministra Zdrowia w umożliwieniu chorym dzieciom kontaktu z przynajmniej jednym rodzicem. Każdego dnia w Polsce prawie tysiąc kobiet rodzi swoje dziecko, każdy dzień jest tu na wagę złota, aby zminimalizować stres i długofalowe skutki izolacji dziecka od rodzica.

*Joanna Pietrusiewicz*

PREZES  
FUNDACJI RODZIĆ PO LUDZKU  
*Joanna Pietrusiewicz*  
Joanna Pietrusiewicz

Do wiadomości:

1. Rzecznik Praw Pacjenta
2. Rzecznik Praw Obywatelskich

Piśmiennictwo:

1. Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl [Internet]. Ministerstwo Zdrowia. [cytowane 18 czerwiec 2020]. Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen>
2. Rekomendacje dotyczące sposobu postępowania w opiece nad matką i noworodkiem w przypadku podejrzenia lub potwierdzenia zakażenia wirusem COVID-19 [Internet]. SIPIP - Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych. 2020 [cytowane 9 czerwiec 2020]. Dostępne na: <https://sipip.szczecin.pl/rekomendacje-dot-sposobu-postepowania-w-opiece-nad-matka-i-noworodkiem-w-przypadku-podejrzenia-lub-potwierdzenia-zakazenia-wirusem-covid-19/>
3. Zalecenia dla kobiet w okresie okołoporodowym w związku z ogłoszonym na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl [Internet]. Ministerstwo Zdrowia. [cytowane 9 czerwiec 2020].



Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dla-kobiet-w-okresie-okoloporodowym-w-zwiazku-z-zakazeniami-sars-cov-2>

4. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected [Internet]. 2020 [cytowane 29 marzec 2020]. Dostępne na: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272156/retrieve>
5. SARS-Cov-2 infection: SIN recommendations endorsed by UENPS [Internet]. Union of European Neonatal and Perinatal Societies – UENPS. 2020 [cytowane 4 kwiecień 2020]. Dostępne na: <https://www.uenps.eu/2020/03/16/sars-cov-2-infection-sin-recommendations-endorsed-by-uenps/>
6. Davanzo R, Moro G, Sandri F, Agosti M, Moretti C, Mosca F. Breastfeeding and coronavirus disease-2019: Ad interim indications of the Italian Society of Neonatology endorsed by the Union of European Neonatal & Perinatal Societies. *Matern Child Nutr.* 3 kwiecień 2020;e13010.
7. 2020\_04\_21-134-Mz-wniosek\_o\_aktualizację\_rekomendacji.pdf [Internet]. [cytowane 18 czerwiec 2020]. Dostępne na: [https://www.rodzicpoludzku.pl/images/rzecznictwo/2020\\_04\\_21-134-Mz-wniosek\\_o\\_aktualizację\\_rekomendacji.pdf](https://www.rodzicpoludzku.pl/images/rzecznictwo/2020_04_21-134-Mz-wniosek_o_aktualizację_rekomendacji.pdf)
8. WHO. Clinical management of COVID-19 [Internet]. 2020 [cytowane 9 czerwiec 2020]. Dostępne na: [https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
9. Yu Y, Chen P. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Neonates and Children From China: A Review. *Front Pediatr* [Internet]. 15 maj 2020 [cytowane 9 czerwiec 2020];8. Dostępne na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243210/>
10. Wu Y, Liu C, Dong L, Zhang C, Chen Y, Liu J, i in. Coronavirus disease 2019 among pregnant Chinese women: case series data on the safety of vaginal birth and breastfeeding. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. [cytowane 18 czerwiec 2020];n/a(n/a). Dostępne na: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.16276>
11. Fox A, Marino J, Amanat F, Krammer F, Hahn-Holbrook J, Zolla-Pazner S, i in. Evidence of a significant secretory-IgA-dominant SARS-CoV-2 immune response in human milk following recovery from COVID-19. *medRxiv.* 8 maj 2020;2020.05.04.20089995.
12. Downham MA, Scott R, Sims DG, Webb JK, Gardner PS. Breast-feeding protects against respiratory syncytial virus infections. *Br Med J.* 31 lipiec 1976;2(6030):274–6.
13. Robertson CA, Lowther SA, Birch T, Tan C, Sorhage F, Stockman L, i in. SARS and Pregnancy: A Case Report. *Emerg Infect Dis.* luty 2004;10(2):345–8.
14. Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Omer SB, McNeal MM, Roy E, Arifeen SE, i in. IgA and Neutralizing Antibodies to Influenza A Virus in Human Milk: A Randomized Trial of Antenatal Influenza Immunization. *PLoS ONE* [Internet]. 14 sierpień 2013 [cytowane 16 czerwiec 2020];8(8). Dostępne na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743877/>
15. Lowe B, Bopp B. COVID-19 vaginal delivery – A case report. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 28 maj 2020 [cytowane 18 czerwiec 2020]; Dostępne na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262173/>
16. Piersigilli F, Carkeek K, Hocq C, Grambezen B van, Hubinont C, Chatzis O, i in. COVID-19 in a 26-week preterm neonate. *Lancet Child Adolesc Health.* 1 czerwiec 2020;4(6):476–8.

17. Martínez-Perez O, Vouga M, Melguizo SC, Acebal LF, Panchaud A, Muñoz-Chápuli M, i in. Association Between Mode of Delivery Among Pregnant Women With COVID-19 and Maternal and Neonatal Outcomes in Spain. JAMA [Internet]. 8 czerwiec 2020 [cytowane 16 czerwiec 2020]; Dostępne na: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2767206>
18. Knight M, Bunch K, Vousden N, Morris E, Simpson N, Gale C, i in. Characteristics and outcomes of pregnant women hospitalised with confirmed SARS-CoV-2 infection in the UK: a national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS) [Internet]. Obstetrics and Gynecology; 2020 maj [cytowane 5 czerwiec 2020]. Dostępne na: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.05.08.20089268>
19. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, i in. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. Am J Obstet Gynecol Mfm. maj 2020;2(2):100118.
20. Zhang L, Peres TG, Silva MVF, Camargos P. What we know so far about Coronavirus Disease 2019 in children: A meta-analysis of 551 laboratory-confirmed cases. Pediatr Pulmonol. 10 czerwiec 2020;
21. Huntley BJF, Huntley ES, Di Mascio D, Chen T, Berghella V, Chauhan SP. Rates of Maternal and Perinatal Mortality and Vertical Transmission in Pregnancies Complicated by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection: A Systematic Review. Obstet Gynecol [Internet]. 11 czerwiec 2020 [cytowane 16 czerwiec 2020]; Publish Ahead of Print. Dostępne na: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/9000/Rates\\_of\\_Maternal\\_and\\_Perinatal\\_Mortality\\_and.97336.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/9000/Rates_of_Maternal_and_Perinatal_Mortality_and.97336.aspx)
22. Walker KF, O'Donoghue K, Grace N, Dorling J, Comeau JL, Li W, i in. Maternal transmission of SARS-COV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: A systematic review and critical analysis. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. [cytowane 16 czerwiec 2020];n/a(n/a). Dostępne na: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.16362>
23. Tran HT, Nguyen PTK, Li HT, Le CHM, Giang HTN, Thu PNT, i in. Appropriate care for neonates born to mothers with COVID-19 disease. Acta Paediatr [Internet]. [cytowane 18 czerwiec 2020];n/a(n/a). Dostępne na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.15413>
24. Kułakowska Z, Konera W. Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu: od neurofizjologii do rehabilitacji. Lublin: Folium; 2003.
25. Barker DP, Rutter N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. styczeń 1995;72(1):F47-48.
26. Bieleninik Ł, Ghetti C, Gold C. Music Therapy for Preterm Infants and Their Parents: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016;138(3).
27. El-Farrash RA, Shinkar DM, Ragab DA, Salem RM, Saad WE, Farag AS, i in. Longer duration of kangaroo care improves neurobehavioral performance and feeding in preterm infants: a randomized controlled trial. Pediatr Res. 2020;87(4):683-8.
28. Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R, Fillion F. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? Clin J Pain. kwiecień 2011;27(3):225-32.

29. Simons SHP, van Dijk M, Anand KS, Roofthoof D, van Lingen RA, Tibboel D. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med.* listopad 2003;157(11):1058–64.
30. Brummelte S, Grunau RE, Chau V, Poskitt KJ, Brant R, Vinall J, i in. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol.* marzec 2012;71(3):385–96.
31. Grunau RE, Cepeda IL, Chau CMY, Brummelte S, Weinberg J, Lavoie PM, i in. Neonatal Pain-Related Stress and NFKBIA Genotype Are Associated with Altered Cortisol Levels in Preterm Boys at School Age. *PLOS ONE.* 16 wrzesień 2013;8(9):e73926.
32. Ranger M, Chau CMY, Garg A, Woodward TS, Beg MF, Bjornson B, i in. Neonatal pain-related stress predicts cortical thickness at age 7 years in children born very preterm. *PloS One.* 2013;8(10):e76702.