



Ochrona i wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych

SPIIS TREŚCI

WSTĘP **3**

Prof. Angela Giusti
Dr hab. Magdalena Nehring-Gugulska

ROZDZIAŁ 1 **4**

Prof. Angela Giusti

ROZDZIAŁ 2 **11**

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

WSTĘP

Prof. Angela Giusti

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Co roku na całym świecie katastrofy humanitarne spowodowane klęską żywiołową lub wojną dotykają setki tysięcy ludzi. Prowadzą one nie tylko do poważnych strat materialnych, ale przede wszystkim do utraty życia i ogromnego cierpienia całych społeczeństw. Przyczyn tych tragedii i związanych z nimi stanów nadzwyczajnych może być wiele. Wyróżniamy kataklizmy naturalne (trzęsienia ziemi, huragany, pożary, powodzie, susze, epidemie) oraz katastrofy spowodowane przez człowieka (konflikty zbrojne, zamachy terrorystyczne, brak żywności, migracje, skażenia środowiska, czy awarie jądrowe).

Sytuacje kryzysowe stanowią wyzwanie nie tylko dla rządów poszczególnych państw, które muszą ustanowić zasady działania i zadbać o bezpieczeństwo ludności, ale przede wszystkim dla systemu ochrony zdrowia, który musi zacząć funkcjonować w trybie „emergency”. Z powodu przeciążenia napływem pacjentów, brakami personelu, leków, sprzętu system ochrony zdrowia staje się poniekąd również „ofiara” kryzysu. Kryzys narzuca nowe realia, w których trzeba się odnaleźć, a to jest źródłem silnego stresu. Temu stresowi podlegają wszyscy: ofiary potrzebujące pomocy i osoby niosące pomoc.

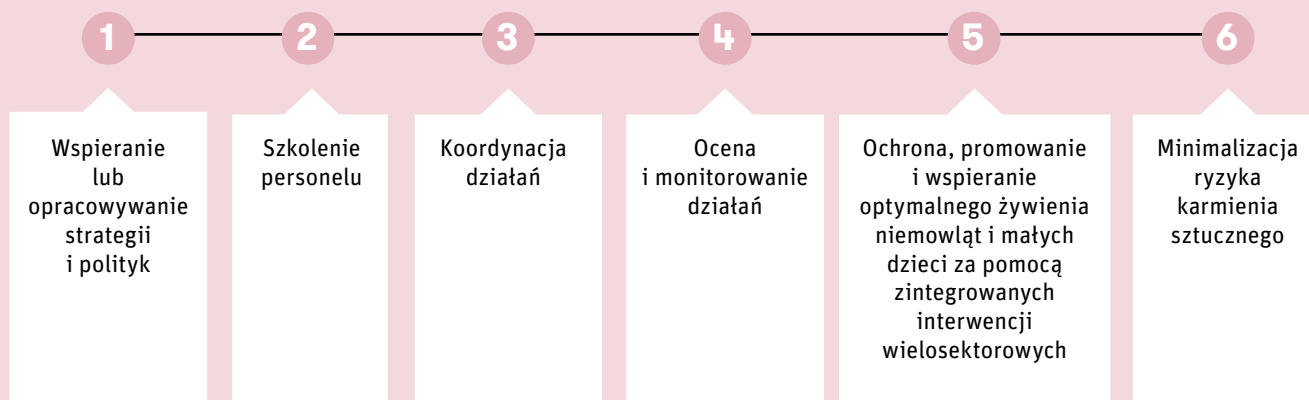
W Europie w ostatnich latach wzrosła częstotliwość i intensywność klęsk żywiołowych (susze, ekstremalne temperatury, powodzie i burze), które są związane ściśle z postępującymi zmianami klimatu. Ponadto konflikt zbrojny rozpoczęty przez Rosję na Ukrainie i jego eskalacja w lutym 2022 r. jest źródłem kryzysu uchodźczego, który dotknął nie tylko państwa ościenne, ale całą Europę. Wszystkie te zdarzenia mają dramatyczne konsekwencje dla ludności i społeczeństw zarówno w krótkim, ale przede wszystkim w długim okresie.

ROZDZIAŁ 1

Prof. Angela Giusti

Wszystkie sytuacje kryzysowe mają kluczowy wpływ na życie i zdrowie ludności bez względu na to, czy jest to katastrofa naturalna czy spowodowana przez człowieka. Szczególnie wrażliwe na utratę zdrowia są osoby starsze, niepełnosprawne, cierpiące na choroby przewlekłe, kobiety w ciąży, niemowlęta i małe dzieci. Dlatego oprócz zaspokojenia podstawowych potrzeb osób poszkodowanych takich jak bezpiecznie schronienie, żywność i czysta woda, trzeba zadbać o natychmiastową i odpowiednią do sytuacji odpowiedź na szczególne potrzeby kobiet w ciąży, niemowląt (0–12 miesięcy), małych dzieci (do dwóch lat) oraz ich matek.

Sześć praktycznych kroków przygotowania na sytuacje kryzysowe



Rys. 1 Karmienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E): Wskazówki operacyjne dla personelu pomocy doraźnej i kierowników programów.

Zgodnie z międzynarodowymi zaleceniami istnieją priorytetowe działania, które należy podjąć w odniesieniu do żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E) (Rys. 1). Największe światowe organizacje pomocowe wskazują, że w każdej sytuacji kryzysu należy chronić, promować i wspierać karmienie piersią. Optymalne praktyki żywienia niemowląt i małych dzieci dotyczą wczesnego rozpoczęcia wyłącznego karmienia piersią u wszystkich noworodków, ograniczając w znacznym stopniu suplementację preparatami mlekozastępczymi (BMS). Ponadto

stosowanie kluczowych interwencji w zakresie zdrowia noworodków takich jak kontakt skóra do skóry, kangurowanie, opóźnione zaciskanie pępowiny oraz rooming-in mogą istotnie zwiększyć odsetek matek karmiących piersią.

W celu zaspokojenia szczególnych potrzeb kobiet w ciąży, matek karmiących oraz niemowląt i małych dzieci do dwóch lat karmionych i nie karmionych piersią, 12. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (ang. *World Health Assembly, WHA*) wezwało państwa członkowskie do zapewnienia, aby krajowe i międzynarodowe plany gotowości i reagowania w sytuacjach kryzysowych były zgodne z opartymi na dowodach naukowych wytycznymi operacyjnymi dotyczącymi żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych. Oznacza to, że pracownicy ochrony zdrowia i wolontariusze udzielający pomocy osobom poszkodowanym w sytuacji kryzysowej powinni być przeszkoleni w zakresie specyficznych potrzeb kobiet w ciąży, matek karmiących oraz niemowląt i małych dzieci do dwóch lat. We Włoszech w ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się wdrażaniu systemów gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych, które koncentrują się na żywieniu niemowląt i małych dzieci.

Wyłącznie karmienie piersią jest najlepszym i najbezpieczniejszym sposobem żywienia niemowląt zarówno w kryzysie, jak i w czasie stabilizacji. Mleko matki powinno być jedynym przyjmowanym przez niemowlę pokarmem do szóstego miesiąca życia i kluczowym elementem diety dzieci w wieku od sześciu miesięcy do dwóch lat połączonym z prawidłowym wprowadzaniem produktów uzupełniających. Dziecko powinno być karmione piersią tak długo, jak chcą tego ono i jego matka. Według dostępnych danych epidemiologicznych i badań naukowych, karmienie piersią nie tylko wpływa długofalowo na zdrowie dzieci, ale i ratuje życie w sytuacjach kryzysowych.

Często błędnie uważa się, że pierwszą reakcją na sytuację kryzysową powinno być zapewnienie niemowlętom i małym dzieciom preparatów zastępujących mleko matki (BMS). Tymczasem w sytuacji znacznego pogorszenia się warunków higieniczno-sanitarnych i dostępu do wody pitnej, karmienie piersią jest najlepszym i najbezpieczniejszym źródłem pożywienia. Dlatego w czasie kataklizmu, gdy warunki nie pozwalają na bezpieczne przygotowanie mieszanki, ochrona karmienia piersią staje się kluczowa w kontekście humanitarnym.

W sytuacjach kryzysowych bardzo ważne jest zapewnienie matkom wsparcia psychologicznego i praktycznego w karmieniu piersią. Powszechny pogląd, że stres obniża produkcję mleka jest nieprawdziwy. Jednak, aby sytuacja stresowa nie wpłynęła niekorzystnie na laktację, należy zapewnić dostęp do wykwalifikowanego personelu, który pomoże matkom pokonać przejściowe trudności w karmieniu naturalnym. Należy pamiętać, że w każdej sytuacji kryzysowej znajdują się też dzieci, których matki nie chcą lub nie mogą karmić wyłącznie piersią. W przypadku takich dzieci ryzyko chorób i zgonu jest szczególnie wysokie, dlatego wymagają one pilnej ochrony i ukierunkowanego wsparcia.

Wszystkie ogólnoswiatowe organizacje humanitarne i organizacje zdrowia podkreślają, że w sytuacjach kryzysowych, podobnie jak w sytuacjach zwykłych, obowiązują zalecenia w zakresie zdrowia publicznego dotyczące wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia dziecka i karmienia piersią z pokarmami uzupełniającymi do dwóch lat i dłużej. Ochrona, promowanie i wspieranie karmienia piersią jest priorytetem w sytuacjach kryzysowych, przy jednoczesnym zapewnieniu potrzeb żywieniowych niemowląt nie karmionych piersią i tych, które są karmione w sposób mieszany. Ponadto matki powinny móc powrócić do karmienia piersią (relaktacja) lub rozważyć skorzystanie z usług mamki, gdy jest to wskazane i możliwe. Należy dołożyć wszelkich starań, aby w sytuacjach nagłych jak największy odsetek dzieci był karmiony piersią.

Produkty mlekozastępcze, kiedy i jak je stosować:

W kryzysie mogą wystąpić sytuacje, w których niemowlęta i małe dzieci nie mogą być karmione wyłącznie piersią. Są to sytuacje, gdy:

- noworodki, niemowlęta i małe dzieci zostały osierocone,
- dzieci były rozdzielone z matkami przez dłuższy okres przed lub w trakcie sytuacji kryzysowej,
- dzieci, których matki są obecne, ale z różnych powodów nie karmiły piersią przed wystąpieniem sytuacji kryzysowej lub przestały karmić w jej trakcie,

- matka i/lub niemowlę cierpią na schorzenia, które uniemożliwiają karmienie piersią,
- niemowlęta poniżej szóstego miesiąca życia są karmione w sposób mieszany (piersią oraz mieszanką mlekozastępczą) w czasie niezbędnym do powrotu do wyłącznego karmienia piersią.

Ważne jest, aby we wszystkich tych sytuacjach, zanim do żywienia tych dzieci zostanie włączona mieszanka mlekozastępcza, próbować zainicjować relaktację u matki, skorzystać ze wsparcia mamki lub z dawstwa mleka kobiecego w postaci mleka bankowanego, jeśli jest to możliwe.

Niemowlętom i małym dzieciom, które należą do jednej z powyższych kategorii, należy podać preparaty mlekozastępcze, które zostały zakupione przez ściśle określone kanały zaopatrzenia i dystrybucji (np. te same, które służą do dostarczania leków) właściwe dla danego państwa. **Agencje reagowania kryzysowego (organy rządowe i organizacje pozarządowe) nie powinny przyjmować darowizn preparatów mlekozastępczych bezpośrednio od darczyńców prywatnych lub firm z pominięciem oficjalnych procedur. Jedynie preparaty zastępujące mleko kobiece, które były wcześniej w posiadaniu tych organizacji lub były dostarczone przez upoważnione instytucje humanitarne albo rządowe mogą być przekazane potrzebującym matkom.** Należy podkreślić, że zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, przy dostarczaniu mieszanek dla potrzebujących niemowląt powinna być udzielana szczegółowa porada dotycząca właściwego przygotowania, podawania i przechowywania produktów mlekozastępczych oraz zapewniony zapas czystej wody.

Podsumowanie

Wnioski wyciągnięte z wcześniejszych sytuacji kryzysowych

Doświadczenia z sytuacji kryzysowych we Włoszech doprowadziły do sformułowania wielu zaleceń, które dotyczą zarówno przygotowania do tego typu sytuacji, jak i reagowania na nią.

Rozpowszechnienie wyłącznego karmienia piersią w czasach stabilizacji jest najlepszym sposobem przygotowania się na czas kryzysu. Dzięki temu podczas sytuacji kryzysowej każde dziecko pozostające z matką będzie bezpieczne i optymalnie żywione.



✦ Rządy poszczególnych państw powinny wprowadzić regulacje i zapewnić finansowanie wszelkim działaniom, które mają na celu ochronę i promocję karmienia piersią.



✦ Służba zdrowia powinna działać w synergii z administracją samorządową, organizacjami społecznymi, stowarzyszeniami, organizacjami pozarządowymi i odpowiednimi interesariuszami w zakresie edukowania i promowania karmienia piersią.



✦ Wspólna polityka dla wszystkich podmiotów, zarówno organów rządowych, jak i organizacji pozarządowych w zakresie gotowości i reagowania w sytuacjach kryzysowych, w tym wspólny plan zarządzania darami i informowania społeczeństwa są kluczowe dla skutecznego działania.



✦ Szkolenie personelu, np. pracowników służby zdrowia, konsultantów laktacyjnych, personelu pomocy doraźnej, nieformalnego personelu pomocniczego i wolontariuszy, może odbywać się zarówno w formie bezpośredniej, jak i online, z uwzględnieniem różnych obszarów **☐ Wytycznych operacyjnych dotyczących karmienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych (OG-IFE).**



✦ Komunikacja z mediami i ze społeczeństwem za ich pośrednictwem musi uwzględniać emocje wywołane przez sytuację kryzysową oraz wyrażać chęć pomocy społecznościom, które zostały nią dotknięte. Komunikacja powinna dostarczać oficjalnych informacji na temat zbierania funduszy i przyczyniać się do ograniczenia niekontrolowanych darowizn produktów mlekozastępczych, których zagospodarowanie opóźnia i utrudnia działania pomocowe.



MATERIAŁ DODATKOWY:

Podczas sytuacji kryzysowej w Ukrainie, włoski Narodowy Instytut Zdrowia opublikował infografiki, które są dostępne w języku włoskim, angielskim i ukraińskim, do bezpłatnego wykorzystania. Inne języki dostępne tutaj https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/6937856.

CONFLICT IN UKRAINE AND SUPPORTING MIGRANTS AND REFUGEES
INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING IN EMERGENCIES

1. Exclusive breastfeeding for the first 6 months and continued breastfeeding with the timely introduction of appropriate complementary foods protects the wellbeing and increases the survival of all babies.

2. Refer mothers and fathers with infants to local health services (Family Health Centers, Pediatricians, General Practitioners) and breastfeeding support groups in the community.

3. Formula feeding must only be used for infants who really need it. A case-by-case assessment by qualified personnel at a health services facility is important.

4. Donations of formula, baby bottles, teats and other infant feeding products must be avoided because they can expose both nursing and non-nursing babies to health risks. Cash donations through official channels should be encouraged instead.

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
unicef
per ogni bambino
www.unicef.it
www.iss.it

КОНФЛІКТ В УКРАЇНІ ТА ПІДТРИМКА МІГРАНТІВ ТА БІЖЕНЦІВ
ГРУДНЕ ВИГОДУВАННЯ ТА ДИТЯЧЕ
ХАРЧУВАННЯ ПІД ЧАС
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

1. Грудне вигодовування до 6 місяців виключно грудним молоком і продовження його надалі, з додаванням адекватної їжі, захищає добробут і збільшує виживання дітей

2. Направляйте матерів і батьків з немовлятами до місцевих служб охорони здоров'я (сімейні консультації, сімейна педіатрія, загальна медицина) та групи підтримки грудного вигодовування в громаді

3. Годування сумішшю («дитяча суміш») має бути призначена лише для немовлят, яким вона дійсно потрібна. Важлива оцінка кожного випадку кваліфікованим персоналом медичних служб

4. необхідно уникати пожертвування «молочної суміші», дитячих пляшечок, сосок та інших продуктів для годування немовлят, оскільки вони можуть піддати ризику здоров'я немовлят, яких годують груддю, і дітей, яких не годують груддю. Віддавати перевагу грошовим пожертвуванням через офіційні канали

www.unicef.it
unicef
per ogni bambino
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Piśmiennictwo

Colaceci S., Raparelli I., Cericco M. i in., *Endorse and develop strategies for infant feeding in emergencies: the experience of the municipality of Marino – Rome, for a participatory municipal emergency plan*, w: „Bollettino Epidemiologico Nazionale. National Institute of Health”, <https://www.epicentro.iss.it/ben/2018/settembre/alimentazione-infantile-emergenze-marino>

Iellamo A., Giusti A., Zambri F. i in., *The six steps of infant and young feeding in emergencies*, w: „Bollettino Epidemiologico Nazionale. National Institute of Health”, <https://www.epicentro.iss.it/ben/2018/settembre/alimentazione-infantile-emergenze>

Mcgrath M., Editorial Note, w: „Bollettino Epidemiologico Nazionale. National Institute of Health”, <https://www.epicentro.iss.it/ben/2018/settembre/nota-editoria-mcgrath>

Italian Committee for Unicef. Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E): drills to test responsiveness in an emergency simulation context, 2019, <https://www.unicef.it/doc/9346/settimanamondiale-dellallattamento-nuovo-rapporto-lalimentazione-infantilenelle-emergenze.html>

ROZDZIAŁ 2

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Kobiety w okresie okołoporodowym, niemowlęta, matę dzieci oraz ich matki są szczególnie wrażliwe na skutki sytuacji kryzysowych. Dlatego podjęcie działań, aby je maksymalnie chronić i wspierać jest kluczowe. Głównymi zagrożeniami są: niedożywienie, wychłodzenie, zachorowania, urazy fizyczne oraz traumy psychiczne. Te zagrożenia wiążą się bezpośrednio ze zwiększonym ryzykiem poronienia, porodu przedwczesnego, zahamowania laktacji, utraty życia dziecka lub matki. W dalszej perspektywie, skótki kryzysu mogą mieć konsekwencje dla zdrowia dziecka na wiele lat, a czasem na całe życie.

Jednym z działań uznanych za wyjątkowo korzystne dla kobiet i dzieci w sytuacjach różnych kryzysów jest ochrona i wsparcie karmienia piersią. Jest to rekomendowane przez **Światową Organizację Zdrowia** w dokumencie **Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E)**. Szczegółowe komentarze polskich ekspertów do tego dokumentu zostały opublikowane w « Standardach Medycznych »:

” *Według rekomendacji IYCF-E kluczowym elementem opieki nad matką i dzieckiem jest ochrona, promocja i wsparcie optymalnego żywienia noworodków i niemowląt. Główną osią działań w kwestii ochrony karmienia naturalnego jest wspieranie wyłącznego karmienia piersią u dzieci poniżej 6 miesiąca życia i jego kontynuacja powyżej tego wieku, aż do dwóch lat i dłużej. Wśród metod realizacji założeń wymienia się między innymi: opiekę szpitalną opartą na 10 Krokach, znanych jako inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku, w tym wczesną inicjację karmienia piersią u wszystkich noworodków, kontakt skóra do skóry i możliwość kangurowania po urodzeniu, a także przebywanie matek z dziećmi we wspólnej sali (rooming-in) (IYCFE, rozdz. 5.7-9). Zapewnienie wsparcia laktacyjnego, szczególnie wobec matek z grup ryzyka, z jednoczesnym limitowaniem podaży mleka modyfikowanego do wskazań medycznych, ma zwiększyć szansę na udaną laktację i ułatwić przejście na wyłączne karmienie piersią w przypadku karmienia mieszanego. Stosowanie sprzętu do odciągania lub karmienia niemowląt musi spełniać warunki higieniczne, aby nie stanowić dodatkowego zagrożenia.* ”

Mleko matki jest najlepszym pokarmem dla dziecka w sytuacji kryzysu

Mleko matki biologicznej w sytuacji kryzysowej jest szczególnie cenne, ponieważ jego skład jest odpowiedni do okresu życia dziecka, zawiera wszystkie składniki odżywcze, immunologiczne, żywe komórki, enzymy oraz chroni dziecko przed zakażeniami w każdych warunkach. Ponadto zawiera mikrobiotę tożsamą z mikrobiotą matki, a przeciwwskazania do podawania mleka matki są niezwykle rzadkie.

Karmienie piersią nie tylko wzmacnia więź matki z dzieckiem, ale chroni matkę przed chorobami oraz obniża ryzyko depresji. Matka nie musi być dobrze odżywiona, aby wytwarzać wartościowe mleko, co ma duże znaczenie w sytuacji kryzysu. Najbardziej optymalnym jest, aby dziecko ssało mleko matki bezpośrednio z piersi. W sytuacjach kryzysowych nie zawsze jest to możliwe, dlatego podawanie odciągniętego pokarmu kobiecego, które nie traci zbyt wiele w wyniku przechowywania, jest również wskazane. Oto kolejność dokonywania wyboru w sytuacjach kryzysowych zależnie od stanu laktacji u matki, kondycji dziecka i warunków zewnętrznych:

1	Mleko bezpośrednio z piersi matki biologicznej	Najbezpieczniej w każdych warunkach, przeciwwskazania bardzo rzadko (wtedy postępowanie według punktów 2, 4, 5, 6).
2	Mleko bezpośrednio z piersi innej matki	Tylko w sytuacji zagrożenia głodem, brak regulacji prawnych i zwyczaju w EU.
3	Odciągane mleko matki biologicznej	Najlepsze w sytuacji nieefektywnego ssania lub oddzielenia dziecka od matki, warunki higieniczne sprzętu zależne od rodzaju kryzysu, w warunkach trudnych najbezpieczniejsze jest odciąganie ręcznie.
4	Mleko z banku mleka (płynne)	Higiena sprzętu do podania pokarmu, w warunkach trudnych bezpieczniej kubeczkiem, nie trzeba podgrzewać.
5	Preparat mlekozastępczy (płynny)	Higiena sprzętu do podania pokarmu, w warunkach trudnych bezpieczniej kubeczkiem, nie potrzeba wody.
6	Preparat mlekozastępczy (proszek)	Konieczny dostęp do czystej wody pitnej, higiena sprzętu do podania pokarmu, w warunkach trudnych bezpieczniej kubeczkiem.

* Ad. 2, 4, 5, 6 – nie stymuluje laktacji u matki.

Trudności

Interwencje, które podejmujemy w sytuacjach kryzysowych muszą być kulturowo i społecznie akceptowane przez personel i matki oraz możliwe do wykonania.

Nie można oczekiwać, aby personel medyczny całkowicie zmienił zasady postępowania w czasie kryzysu i zmienił swoje „przyzwyczajenia” wypracowane przez lata. W polskich szpitalach ponad 60% noworodków otrzymuje mleko modyfikowane w pierwszych dobach życia, z tego w 10% bez poinformowania o tym fakcie matki (2), a 60% matek nie uzyskuje pomocy w odciążaniu pokarmu dla dziecka przy istniejących wskazaniach do dokarmiania (3). Jeśli chcemy, aby w kryzysie dzieci były żywione najlepiej jak to jest możliwe, wszelkie procedury temu sprzyjające personel medyczny musi „wyćwiczyć” w sytuacji bez kryzysu.

Matka chętniej przyjmie pomoc, którą rozumie i akceptuje, która jest zgodna z jej przekonaniami kulturowymi. Polskie matki w 98% rozpoczynają karmienie naturalne w pierwszych dobach po urodzeniu dziecka (dane GUS z 2014 r.), tymczasem w Ukrainie tylko 19,7% dzieci jest karmionych wyłącznie piersią (Ukraine – Multiple Indicator Cluster Survey 2012). Podczas kryzysu uchodźczego w Polsce związanego z wojną w Ukrainie od lutego 2022 r., trzeba brać pod uwagę te dane. Należy też pamiętać, że skrajnie silny stres może osłabić laktację lub zahamować wypływ mleka z piersi u matki. Polscy doradcy laktacyjni mają duże doświadczenie w stymulowaniu osłabionej laktacji, jednak ta interwencja może być nieakceptowana przez matki z Ukrainy. Można niepotrzebnie wzbudzić lęk mówiąc matce, że „tylko karmienie piersią uratuje jej dziecko”. To, co powinno się zrobić, to pokazać optymalne postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą medycyny światowej i wytycznymi w naszym kraju. Każdy wybór matki należy traktować z szacunkiem.

Organizacja opieki

Optymalna organizacja opieki w zakresie wsparcia matek w karmieniu naturalnym podczas kryzysu została opracowana przez dr n. med. Monikę Żukowską–Rubik oraz autorkę niniejszego rozdziału w czasie pandemii COVID–19. Działania w kryzysie są uniwersalne bez względu na jego źródło, dlatego poniżej przytaczam fragment artykułu (4), kursywą są zaznaczone fragmenty dotyczące tylko pandemii.

Matka i dziecko w trakcie pobytu na oddziale położniczym

1. Procedury dotyczące inicjacji karmienia piersią należy realizować zgodnie ze Standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej (5), w tym pierwszy kontakt matki i dziecka po urodzeniu, a w przypadku porodu przedwczesnego zgodnie z Programem wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego (6) (oparte na 10 krokach szczegółowe wytyczne obowiązujące w Polsce – przyp. aut.).
2. Przed wypisem z oddziału matkę należy bezwzględnie nauczyć:
 - techniki prawidłowego przystawiania dziecka do piersi – co pozwala zmniejszyć ryzyko problemów z przyrostem masy ciała, narastaniem żółtaczki, poranieniem brodawek,
 - oceny skuteczności karmienia – poprzez monitorowanie liczby i efektywności karmień (jak rozpoznać czy dziecko pobiera pokarm), liczby mokrych pieluch i stolców (zmiana charakteru stolca na przejściowy, dojrzały (Tabela 1, 2), oraz tempa przyrostu masy ciała (Tabela 3),
 - ręcznego odciągania pokarmu z zachowaniem zasad higieny,
 - prawidłowego używania laktatora z zachowaniem zasad zwiększonej higieny w okresie pandemii (dotyczy matek odciągających mleko).
3. Matkę należy poinformować o:
 - uniwersalnym schemacie karmienia, który zapewnia prawidłową stymulację laktacji – obejmuje on 8–12 karmień na żądanie w ciągu doby, w tym przynajmniej 1 w nocy, trwających średnio 15 minut z jednej piersi, pierwszą pierś dziecko powinno opróżnić dokładnie, drugą można zaproponować, następne karmienie zaczynać od drugiej piersi,
 - postępowaniu w przypadku nawału mlecznego oraz w bolesnych, poranionych brodawek,
 - potrzebie kontroli masy ciała dziecka w ciągu tygodnia po wypisie, a jeśli wystąpiły trudności z karmieniem najpóźniej 2–3 dni po wypisie.

Matka i dziecko pod opieką POZ

1. W czasie teleporady, wizyty stacjonarnej dziecka zdrowego lub chorego u pediatry, porady patronażowej położnej środowiskowej należy zebrać szczegóły wywiad dotyczący przebiegu karmienia piersią (Tabela 1,2,3), a nie tylko sposobu karmienia. Warto zachęcać matki do prowadzenia notatek, zwłaszcza gdy dziecko jest dokarmiane (Tabela 4).
2. Należy również zapytać matkę o stan piersi i brodawek sutkowych. Jeśli matka zgłasza dolegliwości bólowe w czasie karmienia lub pomiędzy karmieniami, obecność uszkodzeń brodawek i innych patologicznych objawów wykonać badanie fizykalne.
3. Należy monitorować tempo przyrostu masy ciała dziecka, optymalnie w 1. tygodniu codziennie, w okresie noworodkowym co tydzień, w następnych miesiącach co miesiąc, w miarę możliwości matka może wypożyczyć lub kupić wagę niemowlęcą.
4. Matki zgłaszające obawy o wystarczającą ilość pokarmu, rytm karmień dziecka, płacz i niepokój dziecka należy informować, że:
 - każde dziecko ma indywidualny rytm i czas trwania karmień, może jeść za każdym razem z jednej lub obu piersi,
 - dziecko należy przystawiać do piersi za każdym razem, kiedy sygnalizuje głód,
 - obiektywną miarą skuteczności karmienia jest dobry przyrost masy ciała,
 - kluczowe znaczenia dla powodzenia karmienia ma prawidłowa technika karmienia i prawidłowe, efektywne ssanie piersi,
 - dokarmianie dziecka mieszanką bez wskazań zaburza laktację.
5. Matkom należy zalecić dbałość o dobrą ogólną kondycję – regularne posiłki, sen, spacer, unikanie skupisk ludzkich, odwiedzin w domu do czasu poprawy sytuacji epidemiologicznej.
6. *Matkom należy zalecić wzmożone zasady higieny w czasie epidemii - częste mycie rąk (zawsze przed karmieniem) przez min. 30 sekund lub dezynfekcję rak płynem zawierającym 60–80% alkoholu, mycie piersi przy okazji codziennego prysznica lub kąpieli, smarowanie pokarmem brodawek po karmieniach.*
7. *Jeśli dziecko nie pobiera efektywnie pokarmu z piersi matki, wymagana jest stymulacja laktacji poprzez odciąganie i dokarmianie dziecka. Jeśli matka musi być odseparowana od dziecka należy podtrzymywać laktację poprzez regularne odciąganie pokarmu i karmienie nim dziecka. Odciągając mleko należy stosować zasady zwiększonej higieny sprzętu w domu, a szczególnie w szpitalu.*

Specjalistyczna opieka laktacyjna

Matki należy informować o możliwości uzyskania konsultacji laktacyjnej telefonicznej, on line lub stacjonarnej (baza placówek, doradców laktacyjnych jest na stronie polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych <http://laktacja.org.pl/>), w bazie doradców Centrum Nauki o Laktacji (<http://cnol.kobiety.med.pl/pl/>) w razie:

- trudności z przystawianiem do piersi,
- krztuszenia, niepokoju w czasie karmienia,
- obawy, czy dziecko się najada z piersi,
- braku gojenia ran brodawek w ciągu 3–5 dni,
- bólu, zaczerwienienia obrzmienia piersi, które nie ustępuje po kolejnych karmieniach, zwłaszcza z towarzyszącą gorączką,
- koniecznością utrzymania laktacji w czasie izolacji z dzieckiem,
- potrzebą stymulacji laktacji po okresie izolacji z dzieckiem lub z innych powodów,
- innych problemów z karmieniem lub odciąganiem.

Ograniczenia

Stan systemu ochrony zdrowia, który był przed kryzysem nie poprawi się w kryzysie. To co wypracowano w czasie „pokoju” zadziała w czasie „wojny”, choć i tak będzie podlegało ograniczeniom kadrowym, sprzętowym i organizacyjnym.

Obowiązujący w Polsce Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej (S000) (5), choć jest doskonałym rozwinięciem 10 kroków WHO, nie jest realizowany jak należy. Na sali porodowej po porodzie naturalnym 73% matek rozpoczyna karmienie piersią, jednak tylko połowa po cięciu cesarskim (2). Szpitale nie są dostatecznie wyposażone w odpowiedni sprzęt laktacyjny mimo istnienia takiego wymogu od 2022 r. Każdej matce przysługuje edukacja i wsparcie w zakresie karmienia piersią sprawowane przez położną na oddziale położniczym, a po jego opuszczeniu, przez położną środowiskową (5). Niestety tylko 45% kobiet ocenia pozytywnie wsparcie laktacyjne uzyskane w szpitalu (2). Ponad połowa kobiet nie uzyskuje instruktażu prawidłowego karmienia ani w szpitalu ani podczas wizyty położnej środowiskowej

(7). Wiele matek żali się na nieaktualną wiedzę personelu medycznego dotyczącą laktacji (8). W Polsce poradnictwem laktacyjnym zajmują się wyłącznie położne, lekarze i pielęgniarki (ok. 1000 osób) co zapewnia wysoki poziom świadczeń i wyróżnia nasz kraj pod tym względem. Jednak dostępność do tych świadczeń jest ograniczona (9). Dostęp do wykwalifikowanego doradcy laktacyjnego w szpitalu deklaruje tylko 28% matek (2).

Polskie doświadczenie kryzysu pandemii COVID-19

Brak strategii żywienia dzieci w sytuacji kryzysowej, brak ugruntowanych procedur wspierających karmienie piersią, brak głębokiego przekonania o wartości kobiecego mleka i powszechna praktyka zastępowania mleka kobiecego produktami mlekozastępczymi przy każdym problemie laktacyjnym spowodowały, że zaraz po wybuchu pandemii decydenci znacznie ograniczyli możliwość karmienia piersią. Wszystkie matki, które miały pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS CoV2 bez względu na wystąpienie objawów choroby, były kierowane na obowiązkowe cięcia cesarskie, zakazano im karmienia piersią i izolowano je od nowonarodzonych dzieci. Zalecono im utrzymanie laktacji przez odciąganie, ale kobietom nie udawało się to w praktyce. Wprowadzony zakaz odwiedzin w szpitalach dotyczył także zdrowych matek które odciągały mleko dla swoich przedwcześnie urodzonych dzieci oraz matek chorych dzieci przebywających w szpitalach. Dostęp do personelu medycznego został znacznie ograniczony, choć rozwinął się w formie teleporady.

Rządowe decyzje nie były zgodne z rekomendacjami WHO, więc o poprawę sytuacji matek zaczęły zabiegać organizacje pozarządowe wraz z grupami ekspertów. Dzięki ich działaniom powstały:

- algorytm postępowania w pandemii COVID-19,
- zasady pozyskiwania mleka kobiecego w reżimie sanitarnym,
- zasady izolacji dziecka od matki z COVID-19,
- stanowisko w sprawie szczepień matek karmiących przeciw Sars Cov2.

Z czasem te rekomendacje stały się powszechne i umożliwiły karmienie wielu kobietom. Jednak walka dotyczyła każdej kropli mleka...

Polskie doświadczenie kryzysu uchodźczego w czasie wojny

Decyzja polskiego rządu o nadaniu numerów PESEL uchodźcom z Ukrainy pozwoliła włączyć ich do polskiego systemu opieki zdrowotnej i okołoporodowej. Ukraińskie kobiety mogły korzystać ze wszystkich dostępnych procedur na równi z polskimi matkami. Aby ograniczyć barierę językową zatrudniano tłumaczy, wydawano broszury, a Centrum Nauki o Laktacji (CNoL) uruchomiło infolinię w języku polskim i ukraińskim.

Uchodźczynie, które znalazły się w polskim systemie opieki zdrowotnej podlegały również jego ograniczeniom opisanym wyżej. Ponieważ porady laktacyjne nie są refundowane, Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych zorganizowało bezpłatne porady laktacyjne u zadeklarowanych doradców laktacyjnych (10). Niestety personel zaczął być szkolony dopiero po 9–10 miesiącach od wybuchu wojny, gdy większość uchodźczyń nie oczekiwała już narodzin dzieci.

Podsumowanie:

Przezorny to ten, kto jest przygotowany. Przygotować się na czas kryzysu można tylko w czasie bez kryzysu. Przygotować się do wojny można tylko w czasie pokoju.

Im lepsza kondycja systemu opieki zdrowotnej, im lepsza koordynacja pracy poszczególnych poziomów tej opieki, im lepsze wystandaryzowane procedury działania oparte na dorobku naukowym światowej medycyny i doświadczeniach krajów, które kryzys znają z autopsji, tym większa szansa na złagodzenie skutków nagłych sytuacji.

Kryzys pandemii COVID-19 pokazał, jak nie zadziałała ochrona i wsparcie karmienia piersią w naszym kraju. Jak w soczewce zobaczyliśmy wszystkie bolączki opieki okołoporodowej: zbyt mało personelu dedykowanego matce i dziecku, brak sprzętu do odciągania pokarmu, brak ugruntowanych procedur pozyskiwania mleka matki w reżimie podwyższonej higieny, brak realizacji procedur zawartych w Standardzie Opieki Okołoporodowej, ignorowanie rekomendacji WHO i CDC, oddzielanie matek od dzieci, rodziców od chorych dzieci, brak patroń, szczepień ochronnych i inne. W krótkim czasie zawalił się kruchy system, który funkcjonował przed pandemią. Tymczasem kraje, które miały wcześniej przygotowane procedury kryzysowe działały według planu, który uwzględniał ochronę i wsparcie karmienia piersią. Dobrym tego przykładem jest Wielka Brytania, gdzie w pierwszych dniach pandemii przyspieszono obowiązkowe szczepienia dzieci, umożliwiano porody rodzinne i zachęcano chore matki do karmienia piersią z zachowaniem zasad higieny i profilaktyki zakażeń. Również we Włoszech, gdzie pandemia zbierała ogromne żniwo, chore matki karmiły dzieci piersią i rodziły naturalnie. Mleko kobiece w tych krajach traktowano jak potencjalny lek lub szczepionkę, a nie zagrożenie dla dziecka. W Polsce musimy zadbać o to, aby na wypadek kryzysu, każda matka nowo narodzonego dziecka miała możliwość karmienia go piersią i mogła otrzymać profesjonalną pomoc laktacyjną.

Piśmiennictwo

1. Wesołowska A., Bzikowska-Jura A., Horvath A. i in., *Żywnienie noworodków i niemowląt w sytuacjach kryzysowych – komentarz polskiej Grupy Ekspertów do wybranych Wytycznych operacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych* (The newborn and infant feeding in emergencies – the comment of Polish Expert Group on the part of The Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies), „Standardy Medyczne Pediatria”, 2022, t. 19, str. 433–443.
2. Raport z monitoringu. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID–19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego, Fundacja Rodzić po Ludzku, 2021.
3. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., *Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Opieka położnej na oddziale położniczym, wizyta u lekarza medycyny rodzinnej. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 3.*, 2018, https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport_karmienie_w_Polsce_2018.pdf].
4. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., *Karmienie piersią w dobie pandemii COVID 19 – zwiększona higiena i ochrona*, „Medycyna praktyczna. Pediatria”, 2020, nr 3 (129), str. 2–5.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. 2018, poz. 1756.
6. Helwich E. i wsp., *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, „Standardy Medyczne Pediatria”, 2014, t. 11, str. 9–16, http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/wczesna_stymulacja.pdf
7. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., *Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Wizyty położnej środowiskowej i u lekarza ginekologa położnika. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 2.*, 2017., http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/raport_2017.pdf

8. Nehring-Gugulska M., Nehrig P., Królak-Olejnik B., *Breastfeeding Knowledge among Polish Healthcare Practitioners Supporting Breastfeeding Mothers*, „Nurse Education in Practice”, 2015, nr 5, str. 381–386, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.011>

9. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., Dmoch-Gajzlerska E., *Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej*, „Położna. Nauka i Praktyka”, 2017, nr 2 (38), str. 60–66.

10. Pomoc dla ukraińskich mam od polskich medyczek – konsultantek laktacyjnych, 2022, online: <https://laktacja.org.pl/support-for-ukrainian-mothers/>, dostęp 22.05.2022.



MATERIAŁ DODATKOWY:

Tabela 1. **Wskaźniki skutecznego karmienia piersią**

Dobowa ocena skuteczności karmienia (pierwsze 6 tygodni życia dziecka)	Odpowiedź prawidłowa
Ile razy karmi Pani na dobę?	8–12 razy
Czy karmi Pani w nocy, ile razy?	Tak, 1–2 razy
Ile kupek dziennie robi dziecko?	3–4 papkowane stolce
Ile pieluszek dziennie moczy dziecko?	6–8 zmoczonych pieluch
Jak dziecko rośnie?	Zgodnie z siatkami WHO 2006

Opr. CNOL 2020

Tabela 2. **Mocz, stolce**

Stolce		Mokre pieluchy	
1–2 doba	smółka	1–2 doba	1–2 (lub nic!)
3–4 doba	stolce przejściowe	3–5 doba	3–5
od 5 doby do 6 tygodnia	3–4 lub więcej papkowatych, żółtych stolców wielkości 2,5 cm ³ (<i>Mohrbacher, Stock 2003</i>)	5–7 doba	4–6
		od 8 doby	6–8
		od 6 tygodnia	5–6 (<i>AAP 2012</i>)

Opr. CNOL 2020

Tabela 3 . **Odpowiednie przyrosty masy ciała wg siatek WHO**

Odzyskanie masy urodzeniowej w przeciętnie 7 dobie życia			
Średnie przyrosty dobowe (50 centyl tempa przyrostu)		dziewczynki	chłopcy
	0–3 mc	29	32
	3–6 mc	16,4	17,5
	6–9 mc	10,3	10,6
	9–12 mc	7,8	8,2
Podwojenie masy	3–4 mc	Potrojenie masy	12 mc

Opr. CNOL 2020

Wydawca:

Fundacja Bank Mleka Kobiecego
ul. Zwoleńska 81
04-761 Warszawa
www.bankmleka.pl

Autorzy:

Prof. Angela Giusti
Italian National Institute of Health Italy / Włoski Narodowy
Instytut Zdrowia

Dr n. med. Magdalena Nehrig-Gugulska
IBCLC, Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji

Redakcja:

dr Magdalena Babiszewska-Aksamit
Izabela Paczesna

Projekt graficzny, ilustracje, skład:

Żaneta Strawiak-Pulkowska

2023

CC BY-NC-SA 4.0 Wszystkie prawa zastrzeżone.
Kopiowanie, publikowanie i wykorzystywanie w jakikolwiek
sposób bez zgody autora zabronione.

organizator
główny



współorganizatorzy



Projekt jest realizowany
na zlecenie Funduszu
Narodów Zjednoczonych
na Rzecz Dzieci UNICEF



patronat honorowy



Patronat Honorowy



patronat



patronat medialny



