



Karmienie
niemowląt
i małych dzieci

w sytuacjach kryzysowych

Karmienie
niemowląt
i małych dzieci

w sytuacjach kryzysowych

Fundacja Bank Mleka Kobięcego

2023

Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2018 r. zachęca państwa członkowskie, w tym Polskę, do podjęcia niezbędnych środków w celu zapewnienia możliwości odpowiedniego żywienia dzieci podczas sytuacji kryzysowych. Zgodnie z aktualnymi dowodami naukowymi, najlepszym pokarmem dla noworodków, niemowląt i małych dzieci w stanach zagrożenia zdrowia i życia pozostaje pokarm kobiecy, a najodpowiedniejszym sposobem karmienia jest przystawienie dziecka do piersi. Przemawiają za tym względy medyczne, ekonomiczne oraz praktyczne.

W warunkach nagłego zagrożenia chaos, panika i strach dotyczą nie tylko poszkodowanych, lecz także osoby udzielające wsparcia. Dlatego, aby wzmocnić potencjał osób, które odpowiadają za prawidłowe żywienie dzieci, czyli pracowników ochrony zdrowia i organizacji humanitarnych, służb porządkowych, wolontariuszy, rodziców i opiekunów, tworzone są plany gotowości na sytuacje nagłe. Doświadczenie pandemii COVID-19 oraz wojny w Ukrainie zmotywowało wiele osób do nabycia nowych umiejętności technicznych, organizacyjnych oraz interpersonalnych. Okazją do tego była seria szkoleń on-line zorganizowana przez Fundację Bank Mleka Kobiecego wraz z Partnerami w ramach realizacji projektu pt. „Wsparcie i promocja wyłącznego karmienia piersią oraz odpowiednich praktyk w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci ukraińskich i polskich matek w Polsce w sytuacji kryzysowej” na zlecenie Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci UNICEF.

Publikacja, którą oddajemy dziś w Państwa ręce nie odda atmosfery dyskusji, które odbywały się podczas sześciu spotkań on-line. Ich uczestnikami były osoby z Ukrainy oraz z innych krajów świata dotkniętych wojną, powodzią czy trzęsieniem ziemi... Mamy jednak nadzieję, że lektura materiałów, jakie powstały w szkoleniach na temat żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych, pomoże Państwu we wzmocnieniu poczucia sprawczości, decyzyjności oraz w poszerzeniu kompetencji niezbędnych do tego, aby zatroszczyć się o prawidłowe żywienie dzieci w sytuacji kryzysowej.

Dziękuję całemu zespołowi Fundacji Bank Mleka Kobiecego za współpracę przy realizacji projektu „Wsparcie i promocja wyłącznego karmienia piersią oraz odpowiednich praktyk w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci ukraińskich i polskich matek w Polsce w sytuacji kryzysowej”. Szczególne podziękowania kieruję do dr n. biol. Magdaleny Babiszewskiej-Aksamit za profesjonalizm i zaangażowanie w organizację serii wykładów on-line oraz przygotowanie materiałów stanowiących tę publikację.

S P I S T R E Ś C I

ROZDZIAŁ 1

Karmienie dzieci w sytuacjach kryzysowych – globalne zalecenia i uwagi dotyczące ich adaptacji w krajach rozwiniętych – wstęp	8
Alessandro Iellamo dr hab. n. med. i n. o zdr. Aleksandra Wesołowska	
ROZDZIAŁ 1.1	9
Światowe rekomendacje związane z żywieniem dzieci w sytuacjach kryzysowych Alessandro Iellamo	
ROZDZIAŁ 1.2	15
Bariery i wyzwania związane z karmieniem dzieci w sytuacjach kryzysowych w Polsce dr hab. n. med. i n. o zdr. Aleksandra Wesołowska	

ROZDZIAŁ 2

Ochrona i wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych – wstęp	21
prof. Angela Giusti dr Magdalena Nehring-Gugulska	
ROZDZIAŁ 2.1	22
Ochrona i wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych – zalecenia i wytyczne Prof. Angela Giusti	
ROZDZIAŁ 2.2	29
Wyzwania i trudności w zakresie wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych dr Magdalena Nehring-Gugulska	

ROZDZIAŁ 3

Wytyczne WHO w zakresie etycznej dystrybucji mleka modyfikowanego w sytuacjach kryzysowych – wstęp 42

dr Anna Koronkiewicz-Wiórek

ROZDZIAŁ 3.1 44

Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece - kto i dlaczego go nie przestrzega podczas sytuacji kryzysowych? | Patti Rundall

ROZDZIAŁ 3.2 57

Etyczna dystrybucja mleka modyfikowanego w sytuacjach kryzysowych – wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia i innych osób udzielających pomocy humanitarnej | dr Anna Koronkiewicz-Wiórek

ROZDZIAŁ 4

Poradnictwo laktacyjne i żywieniowe w sytuacjach kryzysowych – wstęp 69

dr n. med i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura

ROZDZIAŁ 4.1 69

Wytyczne operacyjne w zakresie udzielania skutecznego poradnictwa laktacyjnego w kryzysie | Jodine Chase

ROZDZIAŁ 4.2 77

Poradnictwo laktacyjne w sytuacji nagłej – jak je przeprowadzić?

| Malwina Okrzesik

ROZDZIAŁ 4.3 82

Podstawowe rekomendacje żywieniowe dla kobiet ciężarnych, karmiących piersią oraz niemowląt do drugiego roku życia w kryzysie | dr n. med i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura

ROZDZIAŁ 5

Możliwości żywienia dzieci w kryzysie: karmienie piersią, relaktacja, dzielenie się mlekiem i mamczarstwo. Planowanie żywienia niemowląt zależnych od mleka modyfikowanego – wstęp 86

prof. Julie Smith

ROZDZIAŁ 5.1 87

Spoteczne i prawne regulacje dotyczące relaktacji, mamczarstwa i dzielenia się mlekiem w sytuacjach kryzysowych na świecie

prof. Julie Smith

ROZDZIAŁ 5.2 93

Gdy karmienie piersią nie jest możliwe: relaktacja, mamczarstwo i mleko z banków mleka w warunkach polskich | prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik

ROZDZIAŁ 5.3 97

Zasady pozyskiwania i stosowania preparatów mlekozastępczych w sytuacjach kryzysowych | dr hab. n. med. Andrea Horwath

ROZDZIAŁ 6

Banki mleka kobiecego w sytuacjach kryzysowych – mleko od dawczyń jako pomost do mleka własnej matki – wstęp 99

Alessandro Iellamo

ROZDZIAŁ 6.1 101

Wyzwania związane z optymalnym żywieniem niemowląt i rola banków mleka kobiecego na świecie |

dr Kiersten Israel-Ballard | Kimberly Mansen

ROZDZIAŁ 6.2 106

Przygotowanie banków mleka kobiecego na sytuację kryzysową

dr Kiersten Israel-Ballard | Kimberly Mansen

ROZDZIAŁ 1

Karmienie dzieci w sytuacjach kryzysowych – globalne zalecenia i uwagi dotyczące ich adaptacji w krajach rozwiniętych

WSTĘP

Alessandro Iellamo

dr hab. Aleksandra Wesółowska

Podstawowym sposobem zapobiegania niedożywieniu oraz śmiertelności wśród niemowląt i małych dzieci jest zapewnienie im optymalnego i właściwego żywienia, dostępu do usług medycznych i odpowiedniej opieki.

📖 **Globalna strategia żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies IYCF-E*) ma kluczowe znaczenie w sytuacjach pogorszenia stanu zdrowia i odżywienia, braku dostępu do usług medycznych i odpowiedniej żywności w pierwszych dniach po katastrofie. W sytuacjach kryzysowych karmienie piersią staje się tarczą, która chroni niemowlęta zarówno przez dostęp do pełnowartościowego, bezpiecznego i niezanieczyszczonego pokarmu, jak i przez bliskość matki i dziecka, zapewnienie komfortu i bezpieczeństwa. Dlatego należy promować i wspierać praktyki związane z optymalnym żywieniem dzieci w sytuacjach kryzysowych, w szczególności karmienie piersią.

Wojna w Ukrainie i wynikający z niej masowy napływ uchodźców do Polski, od lutego 2022 r. uświadomiły potrzebę wdrożenia w naszym kraju zasad żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych. W odpowiedzi na potrzebę wzmocnienia praktyk wspierających karmienie piersią w ekstremalnych okolicznościach, Fundacja Bank Mleka Kobiecego razem z partnerami z inicjatywy UNICEF rozpoczęła realizację projektu pt. „Wsparcie i promocja wyłącznego karmienia piersią oraz dobrych praktyk żywienia niemowląt i dzieci wśród polskich i ukraińskich matek w sytuacji kryzysowej w Polsce”. W ramach projektu jest świadczona doraźna pomoc matkom polegająca na dostępie do porad laktacyjnych, psychologicznych, neurologopedycznych i fizjoterapeutycznych. Ponadto zostaną wypracowane rozwiązania systemowe, które pozwolą lepiej przygotować się na sytuacje kryzysowe w przyszłości.

ROZDZIAŁ 1.1


Światowe rekomendacje związane z żywnością dzieci w sytuacjach kryzysowych


Alessandro Iellamo


-
- 1981** W 1981 roku 📖 **Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece** (1981, ang. *The Code*) ustalił normy dotyczące marketingu i promocji mleka zastępczego. W dwudziestu kolejnych rezolucjach **Światowej Organizacji Zdrowia** (ang. **World Health Organization, WHO**) dodawano kolejne zalecenia i uaktualniano standardy, ponieważ pojawiły się nowe dowody naukowe potwierdzające zasadność karmienia piersią oraz obawy związane z karmieniem mieszkankami mlekozastępczymi.
- 1990** **Deklaracja Innocenti** (1990, zaktualizowana w 2005 r.) zalecała wszystkim podmiotom ochrony zdrowia, w których świadczone są usługi położnicze wdrożenie dziesięciu kroków do udanego karmienia piersią.
- 2002** **Światowa Organizacja Zdrowia i Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF)** w 📖 **Globalnej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci** (2002, ang. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*) zalecają:

Optymalne praktyki żywienia niemowląt i małych dzieci:


- rozpoczęcie karmienia piersią natychmiast po urodzeniu,
- wyłączne karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia dziecka,
- karmienie uzupełniające;
 - odpowiednie do wieku (wprowadzone w szóstym miesiącu/180 dniu życia dziecka),
 - adekwatne (pod względem wartości energetycznej i składników odżywczych),
 - bezpieczne (higienicznie przygotowane, przechowywane i stosowane),
 - odpowiednie (częstotliwość, sposób karmienia, aktywne karmienie),
- kontynuacja karmienia piersią od szóstego do 24 miesiąca życia dziecka lub dłużej.


2004 W 2004 roku **Światowa Organizacja Zdrowia** wydała  **Wytyczne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Guiding Principles for feeding infants and young children during emergencies – IYCF-E*). Wytyczne te potwierdzają znaczenie ochrony, promowania i wspierania karmienia piersią podczas klęsk żywiołowych oraz konieczność ograniczania i ścisłej kontroli stosowania produktów zastępujących mleko kobiece, a także rolę karmienia uzupełniającego. W tym dokumencie podkreśla się również znaczenie oceny stanu odżywienia dzieci i stałego monitorowania sposobu ich żywienia jako metody zapobiegania niedożywieniu.


2007 W 2007 roku eksperci Grupy zarządzającej ds. żywienia kryzysowego (ang. *Feeding in Emergencies Core Group IFE*), której członkami są **UNICEF** i **WHO**, wydali  **Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies IYCF-E*). Wytyczne te podkreślają ponownie znaczenie wspierania karmienia piersią w trudnych sytuacjach. Ponadto zwracają uwagę na to, aby nie pozyskiwać darowizn na zakup produktów zastępujących mleko kobiece. Sztuczne mieszanki są niezbędne jedynie dla niewielkiej grupy niemowląt, które nie mają dostępu do mleka kobiecego po wyczerpaniu wszystkich alternatyw, takich jak relaktacja, mamczarstwo, pozyskanie mleka z banków mleka kobiecego itp. W związku z tym w ramach awaryjnego mechanizmu koordynacyjnego zakup i dystrybucja mieszanki mlekozastępczej powinny odbywać się według zapotrzebowania, które należy oszacować będąc w stanie gotowości, a następnie aktualizować w odpowiedzi na konkretną sytuację kryzysową.

2009 W 2009 roku eksperci **IFE** wydali kolejny dokument:  **Ocena konkretnych wymagań w zakresie realizacji dedykowanych programów szkoleniowych dotyczących żywienia uzupełniającego w sytuacjach kryzysowych (moduł 3); wstępny przegląd aktualnych zasobów (faza I)** (ang. *Evaluating the Specific Requirements for Realising a Dedicated Complementary Feeding in Emergencies Training Resource (Module 3); a Preliminary Scoping Review of Current Resources (Phase I)*). Podkreślają w nim, że w sytuacjach kryzysowych istnieje potrzeba zapewnienia, aby praktyki dotyczące żywienia

uzupełniającego były prawidłowe i rzeczywiście odpowiednie do wieku dziecka. W 2010 roku wydano uzupełnienie do tych wytycznych, w którym wyjaśniono, że dostawca produktów mlekozastępczych musi być wyłoniony na zasadach wolnorynkowych i należy mieć na uwadze typ i źródło zakupu produktów mlekozastępczych.

2010 W 2010 roku **WHO** przyjęło rezolucję, w której wyraziło zaniepokojenie losem dzieci w sytuacjach kryzysowych: *w sytuacjach kryzysowych (...) niemowlęta i małe dzieci są szczególnie wrażliwe na niedożywienie, choroby i śmierć* oraz wezwało państwa członkowskie do (...) *zapewnienia, że krajowe i międzynarodowe plany gotowości i reagowania w sytuacjach nagłych są zgodne z opartymi na dowodach naukowych*  **Wytycznymi operacyjnymi dla personelu pomocy doraźnej i kierowników programów dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers*). Wytyczne te obejmują ochronę, promowanie i wspieranie karmienia piersią oraz potrzebę minimalizacji ryzyka karmienia mieszankami mlekozastępczymi przez zapewnienie, że wszelkie wymagane produkty zastępujące mleko matki są kupowane, rozprowadzane i stosowane zgodnie ze ścisłymi kryteriami.

2014 We wrześniu 2014 roku **The Save the Children Fund**¹, wydała kompleksowy  **Zestaw narzędzi żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (*IYCF-E*), który wspiera rządy, organizacje pozarządowe i inne osoby w ich wysiłkach związanych z realizacją IYCF w sytuacjach kryzysowych.

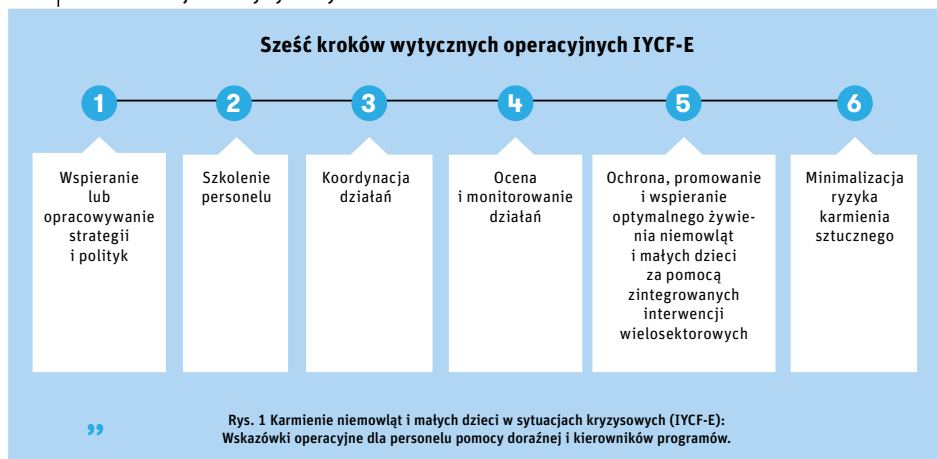
2015 W sierpniu 2015 roku **Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców** (ang. *United Nations High Commissioner for Refugees, UNHCR*) opublikował dokument  **Żywienie niemowląt i małych dzieci w praktyce. Standardowe procedury operacyjne dotyczące postępowania z substytutami mleka matki w sytuacjach uchodźczych dla dzieci w wieku 0–23 miesięcy** (ang. *Infant and young child feeding in practice*).

1. The Save the Children Fund to międzynarodowa pozarządowa organizacja, której celem jest poprawianie życia dzieci przez lepszą edukację, opiekę zdrowotną i możliwości ekonomiczne, a także udzielanie pomocy doraźnej w przypadku klęsk żywiołowych, wojny i innych konfliktów.

Standard Operating Procedures for the Handling Breast-Milk Substitutes in Refugee Situations for children 0–23 months), który zawiera wytyczne dotyczące sposobu w jaki pracownicy i partnerzy UNHCR powinni zarządzać dystrybucją preparatów mlekozastępczych podczas kryzysu uchodźczego tak, aby chronić zarówno dzieci karmione piersią, jak i karmione sztucznie.

2016 W 2016 roku **UNHCR, Save the Children** oraz **IFE** (w tym **WHO** i **UNICEF**) opracowały **Tymczasowe zalecenia operacyjne dotyczące wsparcia żywienia niemowląt i małych dzieci w wieku poniżej dwóch lat w środowiskach uchodźców i migrantów w Europie**.

2017 W 2017 roku ukazały się zaktualizowane **Wytyczne operacyjne dotyczące karmienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant Feeding in Emergencies OG-IFE (wersja 3.0)*), w których położono większy nacisk na potrzeby dzieci niekarmionych piersią, znaczenie odpowiedniego i zgodnego z wiekiem żywienia uzupełniającego oraz ponownie potwierdzono sześć międzysektorowych działań niezbędnych do zapewnienia ochrony, promocji i wsparcia żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych.



W 2018 roku **WHO** w dokumencie **WHA 71.9** stwierdziło, że:

„ (...) odpowiednio, oparte na dowodach naukowych i terminowe wsparcie żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych ratuje życie, chroni zdrowie i zapewnia prawidłowy rozwój dzieci oraz przynosi korzyści matkom i rodzinom. ”

Wezwało państwa członkowskie do:

„ (...) podjęcia wszelkich niezbędnych działań w celu zapewnienia opar- tego na dowodach naukowych właściwego żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych, w tym przez przygotowanie planów gotowości, budowanie potencjału personelu pracującego w sytuacjach kryzysowych oraz koordynację działań międzysektorowych. ”

2018 Również w 2018 roku ukazały się zrewidowane Standardy Sphere² (ang. *Sphere Handbook*), które zawierają szczegółowy zestaw zaleceń dotyczących przestrzegania postanowień **Wytycznych operacyjnych dotyczących karmienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych** (IFE) oraz **Międzynarodowego kodeksu marketingu produktów zastępujących mleko kobiece** i kolejnych odpowiednich rezolucji WHO.

Jednocześnie zrewidowane Standardy Sphere potwierdzają odpowiedzialność wszystkich podmiotów za wdrożenie działań, które będą chronić i wspierać potrzeby żywieniowe zarówno niemowląt karmionych piersią, jak i tych, które są karmione mieszankami mlekozastępczymi.

2018 Ponadto w 2018 roku **The Save the Children Fund** wydały **Wielosektorowe ramy działania w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Multi-sectoral Framework for Action for Infant and Young Child Feeding in emergencies*).

2. Standardy Sphere zostały przygotowane przez członków projektu Sphere, który został utworzony w 1997 r. przez grupę humanitarnych organizacji pozarządowych oraz Ruch Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężyca. Jego celem była poprawa jakości działań humanitarnych. Filozofia organizacji opiera się na dwóch podstawowych przekonaniach: osoby dotknięte katastrofą lub konfliktem mają prawo do godnego życia, a zatem prawo do pomocy oraz że należy podjąć wszelkie możliwe kroki w celu złagodzenia ludzkiego cierpienia wynikającego z katastrofy lub konfliktu.

Piśmiennictwo

Breastfeeding Counselling during emergencies,
<https://www.enonline.net/breastfeedingcounsellinginemergencies>

HIV and Infant Feeding during emergencies,
<https://www.enonline.net/resources/hivandifeoperationalguidance>

Infant and Young Child Feeding in Emergencies Infographics,
<https://www.enonline.net/ifecoregroupinfographicseries>

Infant and Young Child Feeding in Emergencies Joint Statement for Ukraine,
<https://www.enonline.net/jointstatementiycfeinukraine>

Infant and Young Child Feeding in Emergencies operational guidance,
<https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>

Infant and Young Child Feeding in Emergencies Resources,
<https://www.enonline.net/ifekeyresources2022>

UNHCR-Save the Children IYCF-E Multisectoral frame-work,
<https://www.unhcr.org/5c0643d74.pdf>

UNICEF procurement and use of breastmilk substitutes in humanitarian contexts,
<https://www.unicef.org/media/100911/file/BMS-Procurement-Guidance-Final-June-2021.pdf>

Save the Children Toolkit,
<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-toolkit-rapid-start-emergency-nutrition>

ROZDZIAŁ 1.2

Bariery i wyzwania związane z karmieniem dzieci w sytuacjach kryzysowych w Polsce

dr hab. Aleksandra Wesołowska

2002

Niezaprzeczalnie i z całą stanowczością należy chronić prawo dzieci do optymalnego odżywiania. Z tego względu **Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF)** w 2002 r. opracowały **Globalną strategię żywienia niemowląt i małych dzieci** (ang. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding IYCF*). Została ona zatwierdzona przez wszystkie 53 kraje członkowskie regionu WHO Europa.

Jak wynika z raportu oceniającego stopień wdrażania IYCF w 18 państwach, po 15 latach od wdrożenia nie widać wyraźnych efektów działania strategii. Wskaźnik wczesnego karmienia piersią w 12 badanych krajach wynosił średnio 57% (w zakresie 21%–84%), wskaźnik wyłącznego karmienia piersią niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia w 16 krajach wynosił średnio 40% (w zakresie 10%–65%), natomiast średnia całkowita długość karmienia piersią wynosiła od 3 miesięcy do 17 miesięcy. Długość jakiegokolwiek karmienia piersią (karmienie mieszane) wyniosła w 14 krajach 7–8 miesięcy, co jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu zalecanego przez WHO/UNICEF, tzn. 24 miesięcy. Ocena stopnia wdrożenia IYCF została wykonana za pomocą narzędzia do monitoringu tzw. inicjatywy światowych trendów karmienia piersią (ang. *World Breastfeeding Trends initiative, WBTi*).

Jak wynika z tego raportu wdrożenie procedur na wypadek sytuacji kryzysowych zostało zupełnie zaniedbane w krajach europejskich. Wyjątek stanowi Macedonia, która wdrożyła krajową strategię żywienia dzieci w sytuacji kryzysowej opierając się na **Wytucznych operacyjnych dotyczących żywienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant*

Feeding in Emergencies OG-IFE (wersja 3.0), zwanych dalej Wytycznymi operacyjnymi). Tymczasem karmienie piersią w sytuacjach kryzysowych, mimo że jest najbezpieczniejszym sposobem żywienia, bywa niedostatecznie chronione i promowane w tych szczególnych okolicznościach. Jak wynika z systematycznego przeglądu oceniającego poziom wdrożenia prawidłowych praktyk karmienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych, wskaźniki karmienia piersią na obszarach, gdzie toczy się wojna są niższe niż w czasie pokoju (wskaźnik wczesnego rozpoczynania karmienia piersią: 50% w czasie wojny, w porównaniu do 60% w czasie pokoju; wskaźnik wyłącznego karmienia piersią w pierwszych sześciu miesiącach życia dziecka: 25% w czasie wojny w porównaniu do 40% w czasie pokoju).

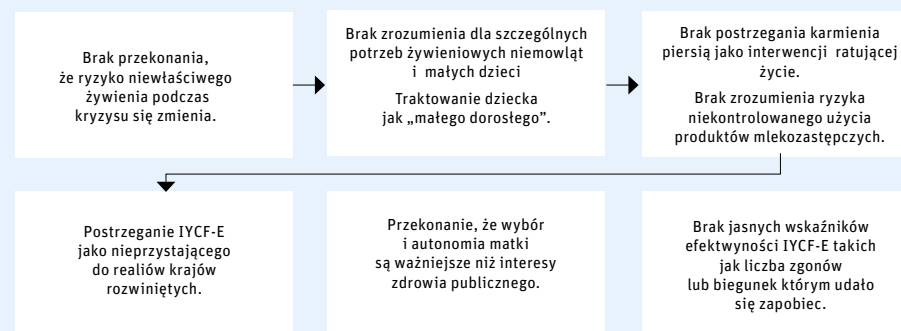
Karmienie piersią w sytuacji kryzysowej jest utrudnione przez konieczność nagłej zmiany miejsca zamieszkania matki, jej niedożywienie i wycieńczenie, stres, a także niekontrolowane darowizny i nieuporządkowaną dystrybucję mieszanek mlekozastępczych. Negatywny wpływ ma też niska świadomości wśród matek znaczenia karmienia piersią dla rozwoju dziecka, niedostępność wyszkolonych pracowników ochrony zdrowia, jak również błędne przekonania dotyczące wpływu stresu na laktację. Ryzyko niewłaściwego żywienia dzieci w sytuacjach ekstremalnych jest wielokrotnie wyższe niż w normalnych warunkach. Wynika to także ze specyfiki okresu noworodkowego i niemowlęctwa – dziecko to nie jest „mały dorosły”, a jego potrzeby żywieniowe są szczególne. Nawet bardzo krótkie deficyty żywieniowe mogą mieć poważne konsekwencje rozwojowe. Karmienie piersią w sytuacji kryzysowej jest interwencją często ratującą życie najmłodszych. Dane z okresu kryzysu wojennego w Bośni pokazują, że na niedożywienie istotnie bardziej były narażone dzieci, które nigdy nie były karmione piersią (OR: 1.78, 95% CI 1.26 do 2.52) lub były karmione piersią krócej niż cztery miesiące (OR: 1.45, 95% CI 1.02 do 2.07) niż te, które były karmione piersią przez co najmniej cztery miesiące. Wielu ekspertów zwraca uwagę na to, że zasady strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w kryzysie (ang. *Infant and Young Child Feeding in emergencies*, IYCF-E) postrzegane są jako nieprzystające do realiów krajów średnio i wysokorozwiniętych. Nakładają się na to kwestie kulturowe i społeczne, które decydują o tym, że w krajach wysokorozwiniętych autonomia matki jest ważniejsza od interesu zdrowia publicznego. Taka sytuacja nie pozwala matkom podjąć optymalnej decyzji dotyczącej karmienia swojego

dziecka, gdyż personel medyczny nie podejmuje prób poinformowania matki o ryzyku karmienia mieszkanką mlekozastępczą.

2022


Do tej pory w krajach średnio i wysokorozwiniętych nie inwestowano we wdrażanie IYCF-E przez polityki rządowe, krajowe strategie oraz długoterminowe plany działań. Mimo, że ankieta UNICEF z 2020 r. wskazuje rosnący odsetek państw, które podejmowały takie działania na przestrzeni ostatnich kilku lat, to nadal spośród 98 ankietowanych krajów inwestujących w IYCF-E kraje wysokorozwinięte stanowią jedynie 2%. Z kolei na liście 27 krajów, które nie inwestują w IYCF-E czyli w rozwój polityk gwarantujących prawidłowe żywienie dzieci w sytuacjach nagłych, 19% sklasyfikowano jako wysokorozwinięte, a 44% jako wysoko lub średnio rozwinięte. W Polsce dopiero rosyjska agresja na Ukrainę w 2022 r. i wynikający z niej napływ kilku milionów uchodźców do naszego kraju w ciągu trzech miesięcy, uświadomił znaczenie prawidłowego żywienia niemowląt i małych dzieci w ekstremalnych okolicznościach. Skala pomocy humanitarnej udzielonej w Polsce była ogromna. Zgodnie z raportem Polskiego Instytutu Ekonomicznego (PIE) 77% Polaków była zaangażowana w pomoc ukraińskim uchodźcom, a 7% polskich rodzin gościło w swoich domach w początkowym okresie wojny jedną lub więcej osób z Ukrainy. Wynikało to nie tylko z postawy solidarności naszych rodaków, ale także z tego, że nie zorganizowano w Polsce obozów dla uchodźców, a jedynie punkty recepcyjne i miejsca czasowego pobytu. Matki i dzieci z Ukrainy w ogromnej większości znalazły schronienie w polskich domach, w których zetknęły się z innym modelem macierzyństwa, kulturą polskich rodzin oraz praktykami karmienia dzieci właściwymi dla naszego społeczeństwa.

Barieri we wdrażaniu zasad IYCF-E w krajach o średnich i wysokich dochodach:



Mimo że kluczowe wskaźniki karmienia piersią wydają się być aktualnie nawet wyższe w Ukrainie (dane z 2023 r.) niż w Polsce (dane z 2017 r.), to trzeba mieć na uwadze, że społeczność matek przybywających z Ukrainy jest bardzo zróżnicowana pod każdym względem. Wydaje się, że nie udało się niestety uniknąć w Polsce błędów zauważonych podczas kryzysu wojennego w Ukrainie w 2015 r. Wskazano wtedy, że dystrybucja preparatów mlekozastępczych za pośrednictwem organizacji pozarządowych i oddolnych inicjatyw wolontariuszy znacznie utrudniała wspieranie matek uchodźczyń we właściwych decyzjach dotyczących żywienia swojego dziecka. Niestety w obecnej sytuacji było również powszechne proponowanie i dostarczanie preparatów mlekozastępczych, wody oraz żywienia uzupełniającego dzieciom bez uprzedniej oceny zapotrzebowania oraz bez wsparcia laktacyjnego matki. Niekontrolowana dostępność preparatów mlekozastępczych, przy obniżonym poczuciu bezpieczeństwa oraz kompetencji matek, które borykają się z całą gamą problemów jakie niesie uchodźctwo, stanowiła przeszkodę dla podjęcia prób lub kontynuowania karmienia piersią.

Pilotażowe badanie przeprowadzone przez Fundację Bank Mleka Kobiecego na zlecenie Family Health International FHI360 dotyczące barier we właściwym karmieniu niemowląt i małych dzieci, z jakimi zetknęły się mamy przybywające z Ukrainy, potwierdza bardzo częste dokarmianie dziecka mieszanką mlekozastępczą zaraz po porodzie. Mimo, że uchodźczynie rodzące w Polsce po 24 lutego 2022 r. (4306 urodzeń dzieci ukraińskich uchodźców od marca do listopada 2023 r., dane NFZ) mogły liczyć na dostęp do wszystkich świadczeń związanych z porodem i połogiem, to jednak bariera językowa oraz różnice kulturowe znacznie utrudniały dotarcie do matek potrzebujących porady laktacyjnej.

 **Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies IYCF-E, 2007*) dotyczą wszystkich dzieci, zarówno tych karmionych piersią, jak i tych karmionych mieszanką mlekozastępczą. Dlatego jest tak ważne wprowadzenie zasad dystrybucji mieszanek zastępujących mleko kobiece w czasie kryzysu.

Badanie Karlen Greeben wykonane w czasie kryzysu uchodźczego w Europie pozwoliło zidentyfikować czynniki sprzyjające właściwej dystrybucji mleka modyfikowanego. Należą do nich:

1. Poradnictwo laktacyjne jako element dystrybucji mleka zastępującego mleko kobiece – obecność doradców laktacyjnych w zespołach zarządzających sytuacją kryzysową, inwestowanie w personel i zasoby.
2. Prawidłowe poradnictwo w zakresie żywienia sztucznego – prawidłowo koordynowane i zarządzane oraz obejmujące poradnictwo dietetyczne i instruktaż jak bezpiecznie przygotować mieszanki.
3. Przekonanie, że wybory matki dotyczące żywienia dziecka muszą być rozpatrywane nie na poziomie jednostki, ale interesów zdrowia publicznego.

2022

Wszystkie kraje członkowskie są zachęcane do adaptacji wytycznych operacyjnych wspomnianych powyżej oraz utworzenia własnej, krajowej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych. W Polsce to zadanie powierzono **Zespołowi ekspertów ds. opracowania strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** powołanemu przez Ministra Zdrowia w październiku 2022 r.

Piśmiennictwo

Andersson N., Paredes-Solis S., Legorreta-Soberanis J. i in., *Breast-Feeding in a complex emergency: four linked cross-sectional studies during the Bosnian conflict*, "Public Health Nutrition", 2010, 13(12), str. 2097–104.

Gribble K.D., Palmquist A.E.L., *'We make a mistake with shoes [that's no problem] but... not with baby milk': Facilitators of good and poor practice in distribution of infant formula in the 2014–2016 refugee crisis in Europe*, "Maternal & Child Nutrition", 2021, 18(1).

Hwang C.H., Iellamo A., Ververs M., *Barriers and challenges of infant feeding in disasters in middle- and high-income countries*, "International Breastfeeding Journal", 2021, 6(1).

Królak-Olejnik B., Basiak I., Szczygieł A., *Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation*, "Journal of International Medical Research", 2017, 45(6).

Rabbani A., Padhani Z.A., A Siddiqui F. i in., *Systematic review of infant and young child feeding practices in conflict areas: what the evidence advocates*, "BMJ Open", 2020, 10(9).

Romanenko L., Shlemkevych O., Arendt M., *Lactation Newsmakers: Documenting our History-The Current State of Breastfeeding in Ukraine: An Interview With Lidiia Romanenko and Olha Shlemkevych*, "Journal of Human Lactation", 2023, 39(1).

Save the Children & The IFE Core Group, 2022: *Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Ten Years of Progress*.

Zakarija-Grković I., Cattaneo A., Bettinelli M.E. i in., *Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the Global strategy for infant and young child feeding in Europe*, "International Breastfeeding Journal", 2020, 15, article number: 51(2020).

ROZDZIAŁ 2

Ochrona i wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych

WSTĘP

Prof. Angela Giusti

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Co roku na całym świecie katastrofy humanitarne spowodowane, klęską żywiołową lub wojną, dotyczą 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, powódzie, 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, brakiem 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, powódzie i burze), które są związane ściśle z postępującymi zmianami klimatu. Ponadto konflikt zbrojny rozpoczęty przez Rosję w 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.

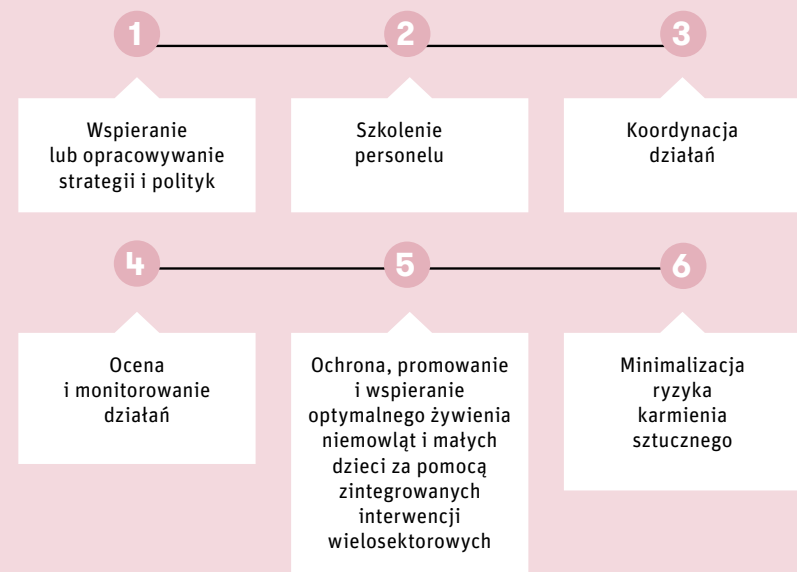
ROZDZIAŁ 2.1

Ochrona i wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych – zalecenia i wytyczne

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, dostęp do żywności i czystej wody, 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 rozpoczynania 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 niekarmionych 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.

Wyłączne karmienie piersią jest najlepszym i najbezpieczniejszym sposobem żywienia niemowląt zarówno w kryzysie, jak i w czasie stabilizacji. Mleko matki powinno być jedynym pokarmem przyjmowanym przez niemowlę 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 ka-

taklizmu, 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 ogólnosiwiatowe 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, które nie są karmione 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 zostanie włączona mieszanka mlekozastępcza do żywienia dzieci, próbować zainicjować relaktację u matki, skorzystać ze wsparcia mamki lub z mleka kobiecego z banku mleka kobiecego, jeśli to jest 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 (ang. World Health Organization, WHO), 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

! **Wytucznych 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. Materiały w innych językach są dostępne tutaj https://www.iss.it/news/-/asset_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/6937856.



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 2.2

Wyzwania i trudności w zakresie wspieranie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Kobiety w okresie okołoporodowym, niemowlęta, małe 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, skutki 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**, (ang. World Health Organization, WHO) 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 wymieniamy 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 stanowił 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, który 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 UE.
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 kubeczkami, nie trzeba podgrzewać.
5	Preparat mlekozastępczy (płynny)	Higiena sprzętu do podania pokarmu, w warunkach trudnych bezpieczniej kubeczkami, nie potrzeba wody.
6	Preparat mlekozastępczy (proszek)	Konieczny dostęp do czystej wody pitnej, higiena sprzętu do podania pokarmu, w warunkach trudnych bezpieczniej kubeczkami.

* 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, a 60% matek nie uzyskuje pomocy w odciążeniu pokarmu dla dziecka przy istniejących wskazaniach do dokarmiania. 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, *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, 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 (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 brodawkach,
 - 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 szczegółowy 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 oraz obecność uszkodzeń brodawek i inne patologiczne objawy, należy 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 rąk 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/> oraz 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,
- konieczności utrzymania laktacji w czasie izolacji z dzieckiem,
- potrzeby stymulacji laktacji po okresie izolacji z dzieckiem lub z innych powodów,
- innych problemów z karmieniem lub odciąganiem mleka.

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), 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. 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. Niestety tylko 45% kobiet ocenia pozytywnie wsparcie laktacyjne uzyskane w szpitalu. Ponad połowa kobiet nie uzyskuje instruktażu prawidłowego karmienia piersią, ani w szpitalu ani podczas wizyty położnej środowiskowej. Wiele matek żali się na nieaktualną wiedzę personelu medycznego dotyczącą laktacji. W Polsce poradnictwem laktacyjnym zajmują się wyłącznie położne, lekarze i pielęgniarki

(ok. 1000 osób), co zapewnia wysoki poziom opieki i wyróżnia nasz kraj pod tym względem. Jednak dostępność do tych świadczeń jest ograniczona. Dostęp do wykwalifikowanego doradcy laktacyjnego w szpitalu deklaruje tylko 28% matek.

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 odciagały 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.

Te rekomendacje stały się z czasem 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. 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 amerykańskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ang. Centers for Disease Control and Prevention, CDC), oddzielanie matek od dzieci, rodziców od chorych dzieci, brak patronaży, szczepień ochronnych i inne. W krótkim czasie zawałił 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 szczenię, 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

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.

Raport z monitoringu. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego, Fundacja Rodzić po Ludzku, 2021.

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].

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.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz.U. 2018, poz. 1756.

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://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf

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

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>

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.

Pomoc dla ukraińskich mam od polskich medyczek – konsultantek laktacyjnych, 2022, <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

Tabela 4. **Kontrola karmień**

data	godzina karmienia	czas karmienia (z tykaniem)	dokarmianie – ilość w ml		mokre pieluchy	stolec	dodatkowe uwagi
			odciągany pokarm matki	mieszanka			

proszę sumować dane z obu kolumn po upływie jednej doby

ROZDZIAŁ 3

Wytyczne WHO w zakresie etycznej dystrybucji mleka modyfikowanego w sytuacjach kryzysowych

WSTĘP

Dr n. pr. Anna Koronkiewicz-Wiórek

W sytuacjach kryzysowych noworodki i niemowlęta znajdują się w grupie najwyższego ryzyka niedożywienia, infekcji i zgonu. Szczególnie narażone są dzieci karmione mieszankami zastępującymi mleko kobiece. Wynika to z trudności m.in. pozyskania mleka modyfikowanego, jego bezpiecznego przygotowania oraz podania, do czego konieczne są odpowiednie warunki higieniczno-sanitarne. Co więcej, mieszanki mlekozastępcze nie zawierają ciał odpornościowych i innych czynników immunologicznych, które chronią przed infekcjami i chorobami, co czyni te dzieci szczególnie bezbronniymi podczas kryzysu.

W czasie klęsk żywiołowych i konfliktów zbrojnych częste są darowizny żywności dla niemowląt i małych dzieci, w tym mleka modyfikowanego, jak również niewłaściwa (nieukierunkowana i niekontrolowana) dystrybucja tych produktów. Niestety wyrządza to więcej szkody niż pożytku. Te darowizny nie tylko wpływają na zmniejszenie liczby matek karmiących wyłącznie piersią, ale również zwiększają ryzyko wystąpienia chorób, i w konsekwencji zgonów niemowląt i małych dzieci.

Sytuacje kryzysowe są wykorzystywane przez producentów i dystrybutorów mieszanek mlecznych, którzy pod pozorem filantropii darują swoje produkty, a w istocie realizują swoje strategie marketingowe w celu maksymalizacji zysku i zdobycia nowych rynków. Ochrona opiekunów i ich dzieci przed szkodliwymi praktykami marketingowymi firm produkujących produkty zastępujące mleko kobiece ma więc w takich okolicznościach kluczowe znaczenie.

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) i inne organizacje zajmujące się żywieniem niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych m.in. Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci

(UNICEF), wskazują i podkreślają, że produkty zastępujące mleko kobiece (BMS)¹ powinny być kupowane, dystrybuowane i używane zgodnie ze ściśle określonymi kryteriami opisanymi w **Wytycznych operacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies*, version 3.0, 2017, OG-IFE, dalej: Wytyczne operacyjne). Wytyczne operacyjne uwzględniają wiele międzynarodowych standardów postępowania związanych z żywieniem niemowląt i małych dzieci, w tym rekomendacje zawarte w **Międzynarodowym kodeksie marketingu produktów zastępujących mleko kobiece** (ang. *The Code*, dalej: Kodeks WHO)² wraz z następującymi po nim rezolucjami Światowego Zgromadzenia Zdrowia (ang. *World Health Assembly*, WHA). Zarówno Wytyczne operacyjne, jak i Kodeks WHO mają fundamentalne znaczenie dla ochrony i wspierania odpowiedniego i bezpiecznego żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych. Obydwa dokumenty mają zasięg ogólnosiwiatowy, przy czym Kodeks WHO ma zastosowanie niezależnie od sytuacji, jest jednak szczególnie ważny w czasie kryzysu, ponieważ wzrasta wtedy ryzyko nieprawidłowej dystrybucji i niekontrolowanych darowizn preparatów mlekozastępczych. Dokumenty te nie mają mocy prawnie wiążącej, jednak powinny być stosowane na zasadzie dobrych praktyk przez wszystkie podmioty zaangażowane w pomoc w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E). Dotyczy to zwłaszcza pracowników ochrony zdrowia i specjalistów do spraw żywienia, ponieważ mają oni zawodowy obowiązek chronić, promować i wspierać prawidłowe praktyki żywienia niemowląt i małych dzieci, w tym karmienie piersią.

1. BMS (ang. *breastmilk substitute*) to produkt zastępujący mleko kobiece. Według Kodeksu WHO (...) każda żywność sprzedawana lub w inny sposób przedstawiana jako częściowy lub całkowity zamiennik mleka kobiecego, niezależnie od tego, czy nadaje się do tego celu; są to zwłaszcza wszystkie rodzaje mieszanek mlecznych dla dzieci do trzeciego roku życia.

ROZDZIAŁ 3.1

Dlaczego firmy nie przestrzegają Kodeksu WHO podczas sytuacji kryzysowych?

Patti Rundall

*Sekretem sukcesu jest szczerść.
Kiedy potrafisz ją udawać, masz wszystko załatwione.*

Jean Giraudoux (1882–1944)

Wynalezienie mieszanki dla niemowląt zastępującej mleko kobiece mogło wiązać się początkowo ze szlachetnymi pobudkami. Jednak wzrost wartości globalnego rynku tego typu produktów, szacowanego na wiele miliardów dolarów jest wynikiem głównie nieuczciwych praktyk marketingowych, których jedynym celem jest zwiększenie sprzedaży. Najbardziej znaną taką praktyką było przebieranie pracowników do spraw sprzedaży za pielęgniarki. To powodowało, że odbiorcy ich działań byli przekonani, że mają do czynienia z wykwalifikowanym personelem medycznym, który cieszy się zaufaniem społecznym. Firmy produkujące mieszanki finansowały również funkcjonowanie i rozbudowę szpitali w krajach rozwijających się, „dbając” przy tym, aby infrastruktura szpitalna sprzyjała rozdzieleniu niemowląt od matek po porodzie i tym samym uniemożliwiła rozpoczęcie karmienia piersią. Te złe praktyki utrzymywały się przez DEKADY a ich skutki są widoczne do dziś.


Koncerny produkujące sztuczne mieszanki prowadziły swoje działania marketingowe w sposób niekontrolowany, dopóki organizacje pozarządowe i lekarze nie uświadomili prawodawcom zgubnego wpływu tych praktyk na zdrowie i życie niemowląt. Obywatelski bojkot wobec Nestlé (największej spożywczej firmy na świecie) doprowadził w Senacie USA do przesłuchań, którym w 1978 r. przewodniczył senator Edward Kennedy oraz do słynnego procesu w Szwajcarii, gdzie Nestlé próbowało pozwać działaczy za książkę zatytułowaną „Nestlé zabija dzieci”. Te działania oraz uruchomienie International Baby Food Action Network (IBFAN)³ miały fundamentalne znaczenie

dla ujawnienia potrzeby stworzenia międzynarodowego narzędzia w celu kontroli aktywności marketingowej producentów mieszanek mlekozastępczych.

3.1.1

Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece (Kodeks WHO)



 **Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece** (ang. *The Code*, dalej: Kodeks WHO) przyjęty w 1981 r. był pierwszym globalnym narzędziem do walki z nieuczciwymi działaniami sprzedażowymi stosowanymi przez producentów mieszanek mlecznych dla niemowląt. **Kodeks WHO** to dokument, który składa się z preambuły i 11 artykułów. Choć nie jest prawnie wiążący, jest wyrazem zbiorowej woli członków Światowego Zgromadzenia Zdrowia (ang. *World Health Assembly*, WHA) – najwyższego organu ustalającego politykę zdrowotną na świecie. WHA wzywa wszystkie państwa członkowskie do wdrożenia go w swoich krajach w całości.

Za przyjęciem Kodeksu WHO głosowało 118 krajów, tylko USA głosowało przeciwko niemu. Główną przyczyną, dla której Stany Zjednoczone nie opowiedziały się za Kodeksem WHO było to, że wielkie koncerny spożywcze działające na ich terytorium wykorzystywały 14 poprawkę do Konstytucji USA, aby domagać się takich samych praw jak poszczególni obywatele. Każdą próbę ograniczenia swojej działalności te firmy interpretują jako odebranie im „wolności i własności”. Amerykańska opozycja wobec Kodeksu WHO utrzymywała się do 1994 r., kiedy to za czasów prezydentury Billa Clintona osiągnięto wstępny kompromis. Od czasu stworzenia Kodeksu WHO powstało 20 rezolucji WHA, które wzmacniały i doprecyzowywały jego zapisy.

Prawa człowieka i karmienie piersią

Podstawowym prawem wszystkich matek jest decydowanie o sposobie karmienia swoich dzieci. Jednak aby korzystać z tych praw, matki i ich rodziny potrzebują ochrony prawnej przed drapieżnymi i nieuczciwymi praktykami marketingowymi firm produkujących mieszanki mlekozastępcze, wspierających praktyki szpitalnych i odpowiedniej ochrony karmienia piersią. Status Kodeksu WHO został wzmocniony przez kilka instrumentów dotyczących ochrony praw człowieka i oświadczeń specjalnych sprawozdawców Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) do spraw prawa do żywności i prawa do zdrowia, grupy roboczej do spraw dyskryminacji kobiet w prawie i w praktyce oraz Komitetu Praw Dziecka.

Wzywamy państwa do (...) pełnego dostosowania się do zaleceń zawartych w Międzynarodowym Kodeksie i wspomnianych nowych Wytycznych WHO. Przyjęcie takich środków musi być uznane za część podstawowych zobowiązań państw wynikających z Konwencji o prawach dziecka i innych odpowiednich instrumentów ONZ dotyczących praw człowieka.

3.1.2

Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece (Kodeks WHO) w szczegółach

Preambuła do Kodeksu WHO

Ze względu na wrażliwość niemowląt w pierwszych miesiącach życia oraz ryzyko związane z niewłaściwymi praktykami żywieniowymi, w tym z niepotrzebnym i niewłaściwym stosowaniem preparatów zastępujących mleko kobiece, marketing produktów zastępujących mleko kobiece wymaga specjalnego traktowania, co sprawia, że zwykłe praktyki marketingowe nie są odpowiednie dla tych produktów.

Art. 2 Artykuł 2. Zakres kodeksu

Kodeks i rezolucje obejmują:

- produkty zastępujące mleko kobiece i napoje do 36 miesiąca życia,
- butelki do karmienia i smoczki do nich,
- jakąkolwiek żywność sprzedawaną lub w inny sposób przedstawianą jako częściowy lub całkowity zamiennik mleka kobiecego.

„Żywność dla dzieci nie powinna być promowana, jeżeli nie spełnia odpowiednich norm dotyczących składu, bezpieczeństwa, jakości i zawartości składników odżywczych oraz nie jest zgodna z krajowymi wytycznymi żywieniowymi”.

Powyższe obejmuje:

- mieszanki mlekozastępcze przeznaczone dla niemowląt od urodzenia (ang. *infant formula*),
- mieszanki mlekozastępcze przeznaczone dla dzieci powyżej szóstego miesiąca życia (ang. *follow-up formula*), mieszanki mleczne dla małych dzieci (czyli dla dzieci w wieku 1–3 lat; tzw. mleko Junior), napoje dla małych dzieci, jakiegokolwiek mleko dla dzieci w wieku 0–36 miesięcy,

- każdą żywność w formie stałej lub płynnej (taką jak płatki śniadaniowe, żywność w słoiczkach, herbatki dla niemowląt, soki) wprowadzaną na rynek dla niemowląt w wieku poniżej szóstego miesiąca życia,
- butelki do karmienia i smoczki do nich.

Art. 5 Artykuł 5. Zakaz promocji publicznej

5.2 NIE WOLNO dostarczać ŻADNYCH próbek produktów opisanych w Kodeksie WHO kobietom ciężarnym, matkom ani ich rodzinom.

5.3 NIE WOLNO stosować reklamy, rozdawnictwa próbek ani żadnych innych narzędzi promocyjnych w sklepach, w celu zwiększenia sprzedaży bezpośrednio wśród konsumentów detalicznych.

Art. 6 Artykuł 6 i 7. Systemy opieki zdrowotnej

6.2, 6.3 Placówki ochrony zdrowia nie mogą być wykorzystywane do promocji lub ekspozycji produktów opisanych w niniejszym Kodeksie.

7.3, 7.4 Zabrania się finansowych lub materialnych zachęt ze strony firm dla pracowników ochrony zdrowia lub przekazywania im próbek produktów. Pracownicy ochrony zdrowia nie powinni dawać próbek kobietom ani ich rodzinom.

7.2 Informacje przekazywane przez producentów i dystrybutorów pracownikom medycznym dotyczące produktów objętych zakresem Kodeksu WHO powinny być ograniczone do spraw naukowych i rzeczowych/merytorycznych.

Rezolucje, które wzmocniły zakazy dotyczące konfliktu interesów

- 1996: Rezolucja WHA 49.15 (...) instytucje zdrowotne i ministerstwa mogą podlegać subtelnej presji, aby przyjąć, w sposób niewłaściwy, wsparcie finansowe lub inne (...) [od firm produkujących mieszanki mleczne]. Dlatego WHA w tej rezolucji wzywa państwa członkowskie do (...) zapewnienia, że wsparcie finansowe dla specjalistów zajmujących się zdrowiem niemowląt i małych dzieci nie powoduje konfliktu interesów (...).
- 2005: Rezolucja WHA 58.32 nakłaniała państwa członkowskie do (...) zapewnienia, że wsparcie finansowe i inne zachęty [ze strony firm] dla programów i pracowników ochrony zdrowia pracujących z niemowlętami i małymi dziećmi nie tworzą konfliktu interesów.

Wytyczne dotyczące nieodpowiedniej promocji żywności dla niemowląt i małych dzieci (WHA, 2016) podkreślają **bezwzględny ZAKAZ dla firm produkujących preparaty mlekozastępcze** w zakresie:

- przekazywania bezpłatnych próbek mieszanek mlekozastępczych rodzicom, opiekunom i ich rodzinom przez pracowników ochrony zdrowia,
- przekazywania prezentów i innych „zachęt” dla pracowników ochrony zdrowia,
- przekazywania prezentów i innych „zachęt” dla rodziców, opiekunów i ich rodzin,
- przekazywania informacji pracownikom ochrony zdrowia niepopartych badaniami naukowymi,
- przekazywania (darowizny) sprzętu lub usług dla placówek medycznych,
- wykorzystywania placówek medycznych do organizowania imprez, konkursów lub kampanii reklamowych produktów mlekozastępczych,
- prowadzenia przez firmy akcji edukacyjnych dla rodziców i opiekunów w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci w placówkach medycznych,
- sponsorowania spotkań pracowników ochrony zdrowia oraz sponsorowania konferencji naukowych i sympozjów.

Art. 9 Artykuł 9. Etykietowanie

Etykiety:

- muszą przedstawiać pierwszeństwo i zalety karmienia piersią przed karmieniem mieszankami sztucznymi,
- muszą zawierać informację od pracownika ochrony zdrowia ostrzegającą przed zagrożeniami dla zdrowia dziecka w związku ze stosowaniem mieszanki mlekozastępczej (informacja powinna pochodzić od osoby niezwiązanej z firmą produkującą mieszanki mlekozastępcze),
- nie mogą zawierać zdjęć ani tekstów, które w jakimkolwiek stopniu idealizują czy promują karmienie butelką.

Późniejsze rezolucje ostrzegają, że sproszkowana mieszanka dla niemowląt może zawierać patogenne mikroorganizmy i musi być odpowiednio przygotowana i stosowana.

Co więcej, etykiety na żywności uzupełniającej powinny jednoznacznie podkreślać znaczenie kontynuacji karmienia piersią i nie powinny promować substytutów mleka kobiecego ani karmienia butelką.

Nie można stosować krzyżowej promocji produktów na etykietach!

Wytyczne dotyczące nieodpowiedniej promocji żywności dla niemowląt i małych dzieci (WHA, 2016) jednoznacznie podkreślają, że *Nie należy stosować krzyżowej promocji produktów zastępujących mleko kobiece pośrednio poprzez promocję żywności dla niemowląt i małych dzieci.*

Art. 11 Artykuł 11. Wdrażanie i monitorowanie

11.1 *Rządy powinny podjąć działania mające na celu wprowadzenie w życie zasad i celu Kodeksu [przez] (...) ustawodawstwo, regulacje lub inne odpowiednie środki.*

11.2 *Niezależnie od wszelkich innych środków podejmowanych w celu wdrożenia niniejszego Kodeksu, producenci (...) [są] odpowiedzialni za monitorowanie swoich praktyk marketingowych (...) i [muszą] zapewnić, że ich postępowanie na każdym poziomie jest zgodne z Kodeksem [WHO].*

11.4 *Organizacje pozarządowe, grupy zawodowe, instytucje (...) powinny mieć obowiązek zwracania uwagi (...) na działania, które są niezgodne (...) [z założeniami Kodeksu WHO].*

1996: Rezolucja WHA 49.15 uzupełniła ten artykuł: (...) *monitorowanie stosowania Międzynarodowego Kodeksu [WHO] i kolejnych odpowiednich rezolucji odbywa się w sposób przejrzysty, niezależny i wolny od wpływów [wyróżnienie Autorki] komercyjnych [firm produkujących mieszanki mlekozastępcze] (...).*

Status prawny i krajowe wdrożenia Kodeksu WHO

Według raportu przygotowanego w marcu 2022 r. przez IBFAN, UNICEF i WHO, 144 ze 194 państw członkowskich WHO (74%) podjęło działania o charakterze prawnym mające na celu wdrożenie przynajmniej niektórych zapisów Kodeksu WHO. Spośród nich tylko 32 kraje posiadają takie środki

prawne, które są dostosowane w znacznym stopniu do Kodeksu WHO. Kolejne 41 krajów posiada środki prawne, które są dostosowane umiarkowanie, a 71 uwzględniło tylko niektóre zapisy Kodeksu WHO. Niestety 50 krajów nie posiada żadnych środków prawnych w kontekście realizacji założeń Kodeksu WHO. Słabości w ustawodawstwie krajowym wynikają z presji wywieranej w dużej mierze przez przemysł produkujący żywność dla dzieci.


3.1.3

Kodeks WHO a żywienie dzieci w sytuacji kryzysowej

International Baby Foods Action Network angażuje się w pomoc niemowlętom, dzieciom i ich rodzinom w sytuacjach kryzysowych od osiemdziesięciu lat. Dzięki ujawnieniu przez IBFAN w 1994 r. nieuczciwych praktyk marketingowych prowadzonych przez koncern Cow&Gate podczas wojny na Bałkanach, takie organizacje charytatywne jak Oxford Committee for Famine Relief (OXFAM)⁴, Save the Children i wiele innych wzmocniły i ulepszyły swoje polityki dotyczące żywienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych. Te działania doprowadziły do powstania Międzysektorowej Grupy IFE (ang. *Infant Feeding in Emergency*), którą zarządza Emergencies Nutrition Network (ENN).

Jedną trzecią ofiar wojen stanowią dziś dzieci, a prawie milion rodzi się co roku jako uchodźcy. Złe warunki sanitarne, niedożywienie i epidemie chorób zakaźnych najsilniej dotykają dzieci poniżej piątego roku życia. Zanieczyszczona woda i spowodowana tym biegunka to drugi najgroźniejszy zabójca tej grupy dzieci na świecie. Apele o pomoc w sytuacjach kryzysowych powodują duży i niekontrolowany napływ darów w postaci mieszanek mlekozastępczych, butelek, laktatorów, smoczków i innych produktów dla dzieci. Takie darowizny, dostarczane nawet w dobrych intencjach, mogą przynieść więcej szkody niż pożytku, gdyż podważają wysiłki na rzecz ochrony karmienia piersią.

Z tego względu przestrzeganie Kodeksu WHO jest ważne szczególnie w sytuacjach kryzysowych.

Światowe Zgromadzenie Zdrowia popiera  **Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacji kryzysowej (IYCF-E)** stworzone przez IFE w 2010 r. W rezolucji WHA 63.23 (...) [WHA] wzywa państwa członkowskie: do zapewnienia, że krajowe i międzynarodowe plany gotowości i reagowania w sytuacjach kryzysowych są zgodne z opartymi na dowodach

*naukowych Wytycznymi operacyjnymi dla personelu pomocy doraźnej i kierowników programów w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych, które obejmują ochronę, promocję i wsparcie karmienia piersią oraz potrzebę minimalizacji ryzyka związanego z karmieniem sztucznym, poprzez zapewnienie, że wszelkie wymagane substytuty mleka kobiecego są kupowane, rozprowadzane i stosowane zgodnie ze ścisłymi kryteriami (...).*⁵

3.1.4

Kłopoty z apelami humanitarnymi

Niestety w większości apeli humanitarnych sugeruje się, że z powodu stresu lub niedożywienia matki nie mogą karmić piersią. W ten sposób wzmacnia się **błędne przekonanie opinii publicznej** na ten temat. Badania naukowe dowodzą, że nie wszystkie kobiety reagują na stres jednakowo, a w sytuacji zagrożenia matki karmiące najbardziej potrzebują wsparcia i zapewnienia bezpieczeństwa. Gdy te potrzeby są zapewnione, karmienie piersią jest łatwiejsze i efektywniejsze. Matki i opinia publiczna powinny być informowane o działaniach wspierających karmienie piersią, takich jak kontakt skóra do skóry, który wpływa na wydzielanie hormonów związanych z karmieniem oraz o relaksacji, czyli powrocie do karmienia piersią po przerwie.

W czasie kryzysu, matki karmiące piersią potrzebują wsparcia, ochrony, zachęty i przede wszystkim uspokojenia, a nie podania mieszanki mlekozastępczej ich dzieciom.

Apele humanitarne powinny zawierać ponadto informacje uwrażliwiające matki i opinię publiczną na zagrożenia zdrowotne związane z karmieniem niemowląt mieszankami mlekozastępczymi oraz używaniem butelek i kubeczków w sytuacji ograniczonego dostępu do czystej wody.

5. <https://www.enonline.net/ife>


3.1.5

Problem z Nestlé

Lactagrow Recover firmy Nestlé to mieszanka mlekozastępcza, która została podarowana matkom i ich dzieciom podczas kryzysu spowodowanego powodzią w Pakistanie. Na etykietach tego produktu można było znaleźć zapewnienie, że chroni on układ pokarmowy niemowlęcia. Tymczasem pogorszał on biegunki, które są bardzo niebezpieczne dla życia najmłodszych.

Producenci BMS budują swój wizerunek, jako biznesu humanitarnego, odpowiedzialnego społecznie i chętnego do samoregulacji. Twierdzą przy tym, że międzynarodowe kodeksy i regulacje prawne nie są potrzebne. *Wiązanie korporacji w regulacyjne kaftany bezpieczeństwa jest niepotrzebne, gdy firmy takie jak Nestlé mają już zdrowe zasady postępowania* – twierdził Peter Brabeck, przewodniczący i dyrektor generalny Nestlé, Nestlé AGM w Lozannie w 2010 r. w odpowiedzi na wezwanie Greenpeace.

„Firma może odpowiadać na pisemne prośby o bezpłatne lub tanie dostawy PREPARATÓW DLA NIEMOWLĄT (ang. infant formulas) i/lub mieszanek mlekozastępczych do żywienia niemowląt specjalnego przeznaczenia medycznego, służących celom społecznym lub do użytku w nagłych wypadkach/ sytuacjach humanitarnych”.

Jednak jakiegokolwiek darowizny produktów służących do karmienia niemowląt i małych dzieci są w oczywistej sprzeczności z rezolucją **WHA 63.23**,  **Wytycznymi operacyjnymi dotyczącymi żywienia niemowląt i małych dzieci w kryzysie (Emergency Relief Staff)** oraz **Joint Statement on Ukraine**, które zabraniają przekazywania jakiegokolwiek produktów służących do karmienia niemowląt i małych dzieci w postaci darowizn.

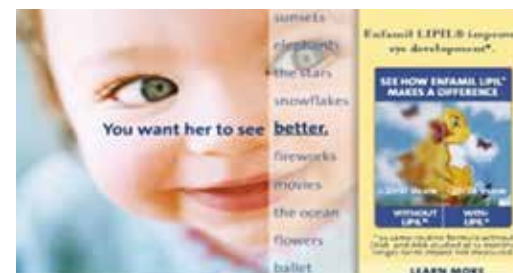
Dlatego należy nieustannie kontrolować działania firm takich jak Nestlé. Baby Milk Action/IBFAN od wielu lat uczestniczy w spotkaniach akcjonariuszy Nestlé przypominając udziałowcom o szkodach wyrządzonych przez tę firmę niemowlętom, małym dzieciom, ich rodzinom i całym społecznościom.

4. Oxford Committee for Famine Relief (OXFAM) to międzynarodowa organizacja humanitarna, która zajmuje się walką z głodem na świecie i pomocą w krajach rozwijających się. W skład tej konfederacji w 2017 r. wchodziło 20 organizacji. OXFAM został założony w 1942 r. w Wielkiej Brytanii.

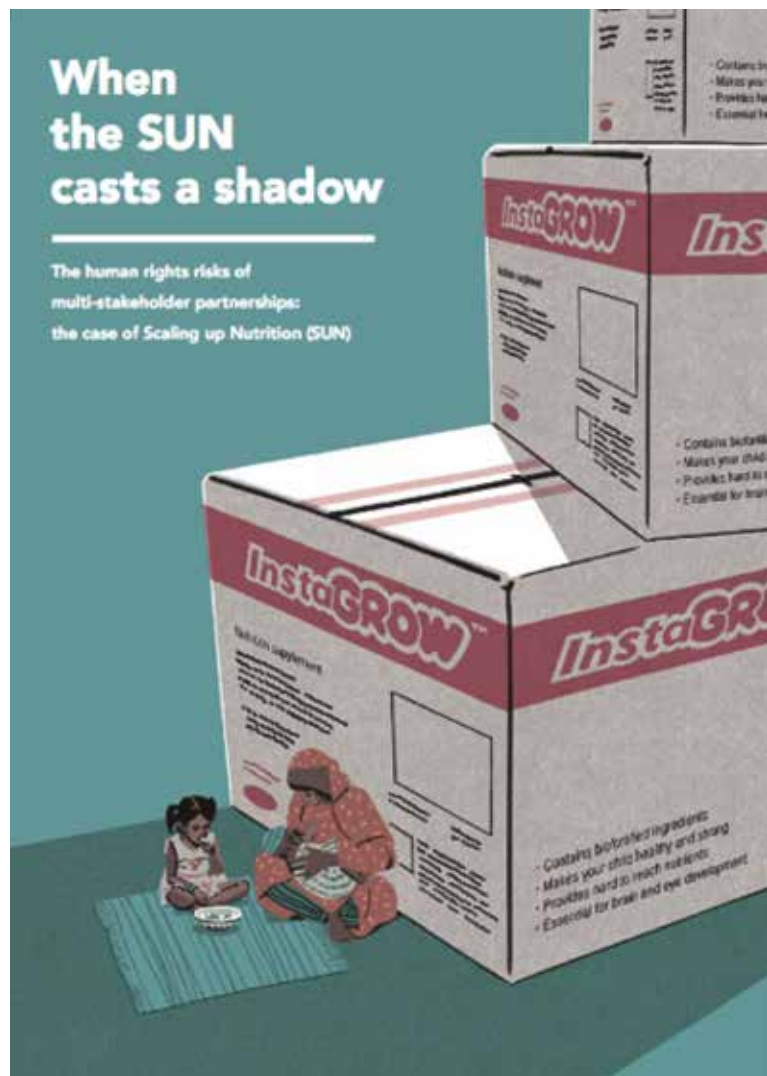
3.1.6

Mieszanki mlekozastępcze i żywność wysoko przetworzona

Światowe korporacje chcą abyśmy jedli produkty, które są wysoko przetworzone (ang. *Ultra Processed foods, UPF*). Są one tak przygotowane, aby maksymalnie wydłużyć okres ich przydatności do spożycia. To ułatwia globalny handel i osiąganie ogromnych przychodów. Produkty UPF są **opakowane** niezmiennie **w plastik** i są **pełne różnych dodatków** przez co mają katastrofalny wpływ nie tylko na zdrowie ludzi, ale również na nasze środowisko. **Istnieje coraz więcej dowodów** na to, że zwiększona **konsumpcja UPF jest istotną przyczyną przedwczesnej śmierci**. Mimo tego, na opakowaniach tej żywności znajdują się zapewnienia producentów o zawartości wybranych substancji odżywczych i ich zbawiennym wpływie na zdrowie, co ma maskować prawdziwy charakter produktu. Zwróćmy uwagę, że slogany reklamowe koncentrują się na pojedynczych składnikach odżywczych. Co zatem z pozostałymi substancjami niezbędnymi naszym organizmom do prawidłowego funkcjonowania? Niestety nieuczciwy marketing produktów UPF zmienia zachowania konsumentów, którzy zamiast zdrowej, nieprzetworzonej żywności od lokalnych dostawców, wybierają kolorowe etykiety wysoko przetworzonej żywności, a to z kolei napędza epidemię otyłości. Przyzwyczajenie konsumentów do takich produktów i sposobu ich etykietowania ma wpływ również na decyzje matek o sposobie karmienia swoich dzieci. Na barwnych etykietach preparatów mlekozastępczych reklamowane są wysokie zawartości wybranych składników, które mają pozytywnie wpływać na rozwój dzieci. Może to poddawać w wątpliwość wartość mleka kobiecego.



Możesz patrzeć na owoc całej dziei i nie zobaczysz składników odżywczych, które zawiera. Wystarczy rzut oka na opakowanie żywności wysoko przetworzonej i widzisz zapewnienia o wysokiej zawartości wybranych składników odżywczych. Takie sztuczki marketingowe natychmiast wzbudzają zaufanie i sprawiają, że zaczynamy wątpić w prawdziwe jedzenie.



3.1.7

Walka z niedożywieniem – doskonała przykrywka dla nieetycznego marketingu

Niemowlęta i małe dzieci są doskonałą grupą docelową dla rynkowych „rozwiązań”, dotyczących radzenia sobie z problemem głodu na świecie, forsowanych przez duże koncerny spożywcze produkujące między innymi mieszanki mlekozastępcze. Od 2010 r. uruchomiono różne inicjatywy „przyjazne” dla tych korporacji takich jak SUN, GAIN i Nutrition for Growth (N4G), Power of Nutrition. Wszystkie one twierdzą, że są szansą na przyspieszenie postępu w zakresie walki z niedożywieniem na świecie. Jednak wielu tym inicjatywom brakuje rozwiązań zabezpieczających je przed konfliktem interesów, co zwiększa wpływ wielkich firm spożywczych na ich funkcjonowanie i co za tym idzie, na dobro publiczne.

Pamiętajmy, że **Rezolucja WHA 55.25** wzywa państwa członkowskie (...) *do zapewnienia, że wprowadzenie do [produktów mlekozastępczych] (...) mikroelementów i marketing suplementów żywieniowych nie zastępują i nie osłabiają wsparcia dla (...) wyłącznego karmienia piersią i optymalnego karmienia uzupełniającego*⁶.

Podsumowanie

Kluczowe przesłania

- Należy domagać się, aby polityka zdrowotna, zwłaszcza dotycząca zdrowia niemowląt i małych dzieci, była przejrzysta i wolna od wpływów firm komercyjnych. Rządy są zobowiązane do ochrony prawa dzieci do zdrowia i **nie mogą szkodzić**.
- **W sytuacji kryzysowej apele humanitarne nie mogą wprowadzać w błąd opinii publicznej.**
- **Upewnij się, że działania marketingowe firm produkujących mieszanki mlekozastępcze nie wprowadzają w błąd opinii publicznej.**
- **Miej oczy otwarte! Monitoruj, co firmy robią, a nie co mówią, że robią.** Zgłaszaj złe praktyki i naruszenia Kodeksu WHO.
- **Uważaj z terminologią**, unikaj określenia PARTNER w odniesieniu do firm produkujących mieszanki mlekozastępcze. Bycie partnerami oznacza z definicji wspólne zarządzanie w celu osiągnięcia wspólnych celów. Wspólne podejmowanie decyzji jest najbardziej charakterystyczną cechą partnerstwa. W relacjach z komercyjnymi firmami nie istnieje prawdziwe partnerstwo.

Piśmiennictwo

Arbor A., *Ultra-processed Foods linked to premature deaths*, <https://www.eurokalert.org/news-releases/970082>

Conflicts of interest and undue influence associated with the baby food industry. Repository, 2022, <https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2022/09/CONFLICTS-OF-INTEREST-UNDUE-INFLUENCE-ASSOCIATED-WITH-THE-BABY-FOOD-INDUSTRY-Repository-2.pdf>

Martinez-Gonzalez M.A. i in., *Ultra-processed Food and Public Health: A Need for Education*, „Mayo Clinic Proceedings”, 2019, nr 94, str. 2156–2157, <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.09.021>

Neri D. i in., *Ultra-processed food consumption and dietary nutrient profiles associated with obesity: A multicountry study of children and adolescents*, „Obesity Reviews”, 2022, nr 23, <https://doi.org/10.1111/obr.13387>

Nilson E.A.F. i in., *Premature Deaths Attributable to the Consumption of Ultra-processed Foods in Brazil*, „American Journal of Preventive Medicine”, 2023, nr 64, str. 129–136, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.08.013>

Wang L. i in., *Trends in Consumption of Ultra-processed Foods Among US Youths Aged 2–19 Years, 1999–2018*, „JAMA”, 2021, nr 326(6), str. 519–530, [doi:10.1001/jama.2021.10238](https://doi.org/10.1001/jama.2021.10238)

ROZDZIAŁ 3.2

Etyczna dystrybucja mleka modyfikowanego w sytuacjach kryzysowych – wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia i innych osób udzielających pomocy humanitarnej

dr n. pr. Anna Koronkiewicz-Wiórek

Karmienie niemowląt produktami zastępującymi mleko kobiece (ang. *breastmilk substitute*, BMS) w sytuacjach kryzysowych jest traktowane jako ostateczność. Taka forma żywienia niesie za sobą wiele zagrożeń, dlatego zaspokojenie potrzeb żywieniowych niemowląt zależnych od BMS wymaga udzielenia skoordynowanej pomocy, która będzie chronić wszystkie dzieci, w tym karmione piersią. W tym celu rekomendowane jest stosowanie **Wytycznych operacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies*, version 3.0, 2017, OG-IFE, dalej: Wytyczne operacyjne), które określają zasady szeroko rozumianej dystrybucji mleka modyfikowanego w sytuacjach kryzysowych, oparte na najlepszych praktykach międzynarodowych (rozdziały 4–6 Wytycznych operacyjnych).


We wdrażaniu i stosowaniu tych wytycznych są pomocne następujące infografiki opracowane przez Grupę roboczą do spraw żywienia dzieci w kryzysie (ang. *Infant Feeding in Emergencies (IFE) Core Group*): <https://www.enonline.net/ifecoregroupinfographicseries>

- Planowanie i zarządzanie interwencjami dotyczącymi żywienia produktami zastępującymi mleko kobiece w sytuacjach kryzysowych (ang. *Planning and managing artificial feeding interventions during emergencies*);
- Wspieranie niemowląt zależnych od produktów zastępujących mleko kobiece w sytuacjach kryzysowych (ang. *Supporting infants dependent on artificial feeding during emergencies*);
- Zapobieganie i zarządzanie niewłaściwymi darowiznami produktów zastępujących mleko kobiece BMS (ang. *Preventing and managing inappropriate donations of BMS*).

Te materiały są dostępne w kilku językach i są przeznaczone zarówno dla decydentów oraz koordynatorów zarządzających bezpieczeństwem i pomocą w sytuacjach kryzysowych, jak i pracowników pierwszej linii zajmujących się zdrowiem, żywieniem i ochroną dzieci, a także darczyńców.

Zapisy w Wytycznych operacyjnych podkreślają, że produkty BMS powinny być zakupione (a nie otrzymane w drodze darowizny) i przekazane przez odpowiednie podmioty dla potrzebujących stosownie do oszacowanych potrzeb wraz z niezbędnym pakietem wsparcia i w sposób zgodny z Międzynarodowym kodeksem marketingu produktów zastępujących mleko kobiece (ang. *The Code*, dalej: *Kodeks WHO*). Jest to ważne szczególnie w tych państwach, w których podobnie jak w Polsce, nie ma regulacji dotyczących żywienia niemowląt i matych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E), a istniejące przepisy, które mają zastosowanie niezależnie od sytuacji (w tym zwłaszcza wdrażające Kodeks WHO) regulują dystrybucję BMS w niewystarczającym zakresie.

3.2.1 Kodeks WHO a prawo polskie

 **Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece** wraz z następującymi po nim rezolucjami WHA został wdrożony do polskiego prawa w niewielkim zakresie i głównie „za pośrednictwem” prawa unijnego. Przepisy dotyczące szeroko rozumianego marketingu (tj. reklamy, działań promocyjnych i handlowych, prezentacji i etykietowania) żywności dla niemowląt i matych dzieci oraz tzw. przedmiotów służących do karmienia niemowląt, jak również wymogi w zakresie materiałów informacyjnych i edukacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i matych dzieci, zostały zawarte głównie w aktach prawnych z zakresu prawa żywnościowego (polskich i unijnych), a także w Standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej (dalej: S000).

Zobacz: <https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/zrodla-prawa.pdf>

Jedynie część z tych przepisów została opatrzona sankcjami za ich naruszenie. Niestety polska regulacja dotycząca preparatów mlekozastępczych jest dużo mniej rygorystyczna niż zalecenia Kodeksu WHO i nie obejmuje wszystkich produktów, które są ujęte w Kodeksie WHO. Jest ona w dużym stopniu niejasna, a w praktyce także nieskuteczna i niewystarczająca dla ochrony karmienia piersią. Najwięcej ograniczeń i zakazów dotyczy marketingu preparatów do początkowego żywienia niemowląt (mleka początkowego), czyli

preparatów przeznaczonych dla zdrowych niemowląt od urodzenia. W dużo mniejszym zakresie dotyczy ona specjalistycznych preparatów mlekozastępczych dla niemowląt kwalifikowanych jako żywność specjalnego przeznaczenia medycznego oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt. W przypadku preparatów do dalszego żywienia niemowląt (czyli produktów przeznaczonych dla zdrowych niemowląt powyżej 6 miesięcy życia) obowiązują jedynie nieliczne ograniczenia dotyczące treści reklamy, prezentacji i etykietowania. W odniesieniu do mleka modyfikowanego dla dzieci powyżej roku nie ma żadnych ograniczeń w zakresie ich marketingu o charakterze ochronnym dla karmienia piersią.

Zobacz: <https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/tabela-1.pdf>

3.2.2 Zasady dystrybucji produktów zastępujących mleko kobiece w sytuacji kryzysowej

Zasady dystrybucji mleka modyfikowanego w sytuacjach kryzysowych zgodne z międzynarodowymi Wytycznymi operacyjnymi zostały przedstawione w tabeli poniżej.

W celu zminimalizowania ryzyk związanych z karmieniem mlekiem modyfikowanym w sytuacjach kryzysowych	
NIE NALEŻY:	NALEŻY:
<ul style="list-style-type: none">× Lekceważyć możliwości karmienia piersią, relaktacji, mamczarstwa (ang. <i>wet-nursing</i>) lub karmienia mlekiem kobiecym od dawczyń	<ul style="list-style-type: none">✓ Traktować mleko modyfikowane jako ostateczność, stosować je tylko wtedy, gdy nie ma możliwości karmienia piersią lub odciągniętym mlekiem kobiecym (przed włączeniem mieszanki mlekozastępczej należy zbadać możliwość skorzystania z relaktacji, mamczarstwa (ang. <i>wet-nursing</i>) i karmienia mlekiem kobiecym od dawczyń).✓ Zapewnić fundusze na programy wspierające karmienie piersią (decydenci i programiści/planiści).

<ul style="list-style-type: none"> × Żądać, przyjmować lub przekazywać darowizn żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci (w tym mleka modyfikowanego), innych produktów mlecznych oraz sprzętu do karmienia, w tym butelek do karmienia i smoczków do nich oraz laktatorów (dalej: niewłaściwe darowizny). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zakupić wymagane produkty na podstawie oszacowanych potrzeb i w sposób zgodny z Wytycznymi operacyjnymi (zob. rozdział 6 Wytycznych operacyjnych).
<ul style="list-style-type: none"> × Rozprowadzać produktów zastępujących mleko kobiece i innych produktów mlecznych, butelek do karmienia i smoczków do nich w ramach dystrybucji ogólnej (zbiorczej). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dystrybuować mleko modyfikowane w sposób ukierunkowany, tylko dla niemowląt, które tego potrzebują (wymóg indywidualnej oceny dokonanej przez wykwalifikowanego pracownika ochrony zdrowia lub specjalistę do spraw żywienia, przeszkolonego w kwestiach karmienia piersią i żywienia niemowląt?).
<ul style="list-style-type: none"> × Dystrybuować mleka modyfikowanego bez wymaganego pakietu wsparcia (sprzętu i narzędzi do higienicznego przygotowania, przechowywania i karmienia mieszanką mleczną oraz indywidualnej edukacji wraz z praktycznym szkoleniem w zakresie bezpiecznego przygotowania, przechowywania i karmienia mlekiem modyfikowanym). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zapewnić opiekunom dzieci karmionych mlekiem modyfikowanym odpowiedni rodzaj BMS⁸, w tym sprzęt i narzędzia do higienicznego przygotowania, przechowywania i karmienia oraz indywidualną edukację wraz z praktycznym szkoleniem w zakresie bezpiecznego przygotowania mleka modyfikowanego. ✓ Przeprowadzić co najmniej dwie wizyty kontrolne w miesiącu.
<ul style="list-style-type: none"> × Rozdawać próbki produktów zastępujących mleko kobiece. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zapewnić odpowiednie ilości mleka modyfikowanego tylko dla niemowląt, które tego wymagają i dostarczać je tak długo, jak długo potrzebuje tego niemowlę, tj. do czasu przywrócenia karmienia piersią lub co najmniej do 6 miesiąca życia (wymóg zapewnienia ciągłości wsparcia).


<ul style="list-style-type: none"> × Zachęcać do używania butelek i smoczków do karmienia (duże ryzyko zanieczyszczenia i trudności w utrzymaniu higieny). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zachęcać do korzystania z kubeczka do karmienia niemowląt i zniechęcać do korzystania z butelek do karmienia i smoczków do nich. ✓ Pokazać opiekunowi dziecka w jaki sposób karmić kubeczkiem, a w przypadku używania butelek, poinstruować w zakresie utrzymania higieny.
<ul style="list-style-type: none"> × Dystrybuować produktów zastępujących mleko kobiece w sposób niedyskretny, zniechęcający matki karmiące do karmienia piersią. × Pomijać wsparcia i poradnictwa w karmieniu piersią w czasie wspierania niemowląt karmionych produktami zastępującymi mleko kobiece. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dystrybuować produkty zastępujące mleko kobiece dyskretnie, aby nie zniechęcać matek karmiących piersią. ✓ Zapewnić wsparcie i poradnictwo dla matek karmiących piersią, a jeśli to możliwe przekazać im produkty o podobnej wartości materialnej do wsparcia udzielonego opiekunom karmiącym dzieci mlekiem modyfikowanym, np. żywność, produkty higieniczne, szale do karmienia (cel: ochrona i wsparcie karmienia piersią).
<ul style="list-style-type: none"> × Promować mleka modyfikowanego w miejscu dystrybucji, łącznie z ekspozycją produktów lub przedmiotów i bonów z logo firmy. × Przechowywać mleka modyfikowanego w sposób widoczny dla beneficjentów. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nie dopuszczać do promowania mleka modyfikowanego w miejscu dystrybucji. ✓ Przechowywać mleko modyfikowane poza zasięgiem wzroku beneficjentów.

7. Jeżeli ocena indywidualna, wsparcie i późniejsze kontrole nie są możliwe, skonsultuj się z organem koordynującym żywienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (zwykle jest nim rząd).

8. Według Wytycznych operacyjnych odpowiednim mlekiem modyfikowanym jest preparat mlekozastępczy przeznaczony dla niemowląt od urodzenia (ang. *infant formula*, IF). Dla dzieci powyżej szóstego miesiąca życia dopuszczalnym BMS są także wymienione w rozdziale 5.15 Wytycznych operacyjnych różne postaci niemodyfikowanego mleka zwierzęcego. W przypadku niemowląt poniżej szóstego miesiąca życia, Wytyczne operacyjne jedynie wyjątkowo (jako ostateczność i rozwiązanie tymczasowe) dopuszczają podanie tzw. mleka zwierzęcego modyfikowanego w domu, czyli mleka zwierzęcego odpowiednio rozcieńczonego wodą, z dodatkiem cukru, mikroelementów i oleju roślinnego. W przypadku ograniczonych zasobów IF, pierwszeństwo dostępu do niego mają niemowlęta w wieku poniżej szóstego miesiąca życia niekarmione piersią.

<p>× Dystrybuować mleka modyfikowanego oznakowanego w języku obcym dla populacji dotkniętej sytuacją kryzysową i niezgodnie z Kodeksem WHO.</p>	<p>✓ Wybierać produkty, które są oznakowane w języku zrozumiałym dla użytkowników i których etykieta jest zgodna z wymogami zawartymi w Wytycznych operacyjnych i w Kodeksie WHO (zob. rozdział 6.15 Wytycznych operacyjnych). W przypadku niezgodności etykiet z Kodeksem WHO należy te produkty ponownie etykietować albo podać wymagane informacje (są to zwłaszcza: oświadczenie o wyższości karmienia piersią nad karmieniem mieszankami sztucznymi, informacja, że produkty powinny być stosowane tylko po uzyskaniu porady pracownika ochrony zdrowia, instrukcja właściwego przygotowania produktu i ostrzeżenie o zagrożeniach zdrowotnych związanych z niewłaściwym przygotowaniem mieszanki mlekozastępczej), np. na ulotce załączonej do produktu.</p>
<p>× Dystrybuować produktów zastępujących mleko kobiece w sposób niekontrolowany, bez monitorowania dystrybucji.</p>	<p>✓ Przestrzegać powyższych kryteriów w zakresie dystrybucji produktów zastępujących mleko kobiece (zwłaszcza dystrybucja ukierunkowana, na podstawie oszacowanych potrzeb) i kontrolować dystrybucję w ramach monitoringu wewnętrznego i zewnętrznego.</p>
<p>× Działać w sposób nieskoordynowany (decydenci i programiści/planiści).</p>	<p>✓ Opracować program żywienia produktami zastępującymi mleko kobiece oraz zapewnić współpracę międzysektorową, zwłaszcza sektora żywienia z instytucjami dbającymi o dostęp do opieki medycznej, czystej wody i schronienia (decydenci i programiści/planiści).</p>

<p>× Być bezczynnym wobec niewłaściwych darowizn i innych naruszeń Kodeksu WHO (np. niewłaściwe etykiety mieszanek mlecznych niekontrolowana dystrybucja produktów zastępujących mleko kobiece, promocja tych produktów).</p>	<p>✓ Aktywnie działać, aby zapobiegać niewłaściwym darowiznom lub je powstrzymać (informować media i społeczeństwo oraz osoby odpowiedzialne o powodach, dla których te darowizny są niewłaściwe, informować o założeniach zawartych w Wytycznych operacyjnych i Kodeksie WHO).</p> <p>✓ Zgłaszać otrzymane darowizny lub ich oferty do biura Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) lub do biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (UNHCR) oraz do organu koordynującego żywienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (zwykle jest to rząd), należy przechować je do czasu otrzymania informacji, co z nimi zrobić.</p> <p>✓ Monitorować i zgłaszać naruszenia Kodeksu WHO do właściwych organów (odpowiednich organów krajowych, organu koordynującego żywienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych, lokalnych biur UNICEF i WHO).</p>
---	--

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z  **Wytycznymi operacyjnymi** kluczowe postanowienia dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E), w tym dotyczące zarządzania sztucznym karmieniem (czyli zaplanowanie odpowiedniego pozyskiwania, ukierunkowanej dystrybucji i wykorzystania produktów zastępujących mleko kobiece) oraz zapobiegania i zarządzania otrzymanymi darowiznami produktów zastępujących mleko kobiece, powinny znaleźć odzwierciedlenie w polityce (strategii) rządowej, wielosektorowej i politykach jednostek zaangażowanych w pomoc humanitarną. Polityki te powinny być zgodne z Kodeksem WHO. W Polsce jesienią 2022 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw przygotowania strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych, którego zadaniem jest opracowanie takiego dokumentu.

3.2.3

Zgłaszanie naruszeń Kodeksu WHO i przepisów krajowych

Zgodnie z polskim prawem naruszenia przepisów prawa żywnościowego wdrażających Kodeks WHO należy zgłaszać przede wszystkim do **Państwowej Inspekcji Sanitarnej/Głównego Inspektoratu Sanitarnego (PIS/GIS)**. Naruszenia przepisów dotyczących Standardu organizacji opieki okołoporodowej (S000) zgłaszać należy zwłaszcza do kierownika podmiotu leczniczego.

Zobacz:

<https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/zgloszenie-podejrzenia-naruszenia-prawa.pdf>

Zobacz:

<https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/tabela-1.pdf>

Wszelkie naruszenia zapisów Kodeksu WHO, niezależnie od tego, czy stanowią one również naruszenie prawa polskiego i czy dotyczą one sytuacji kryzysowej, można zgłaszać bezpośrednio do:

- ▶ UNICEF nutrition@unicef.org (zgłoszenia w języku angielskim),
- ▶ WHO <https://www.who.int/europe/about-us/contact-us> (zgłoszenia w języku angielskim),
- ▶ Stowarzyszenia Ochrony, Promocji i Wsparcia Karmienia Piersią SOPWKP (monitoring@sopwkp.pl), zgłoszenia w języku polskim).

Darowizny wskazanych w broszurze produktów można także zgłaszać w sytuacjach kryzysowych do UNHCR (<https://www.unhcr.org/pl/kontakt>).

W związku z wojną w Ukrainie został uruchomiony formularz zgłoszeniowy online dotyczący naruszeń Kodeksu WHO w Ukrainie, Polsce, Rumunii, Mołdawii i Słowacji (<https://ee.humanitarianresponse.info/x/Gd4tmUg7>).

Piśmiennictwo

Code and subsequent resolutions. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, WHO, <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>

Gribble K., Fernandes C., *Considerations regarding the use of infant formula products in infant and young child feeding in emergencies (IYCF-E) programs*, „World Nutrition Journal”, 2018, nr 9(3), <https://doi.org/10.26596/wn.201893261-283>

IFE Core Group, *Supporting infants dependent on artificial feeding during emergencies*, [https://www.enonline.net/attachments/4278/Supporting-Infants-Dependent-on-Artificial-Feeding-during-emergencies-\(ENGLISH\).pdf](https://www.enonline.net/attachments/4278/Supporting-Infants-Dependent-on-Artificial-Feeding-during-emergencies-(ENGLISH).pdf)

IFE Core Group, *Planning and managing artificial feeding interventions during emergencies*, [https://www.enonline.net/attachments/4277/Planning-and-Managing-Artificial-Feeding-Interventions-during-emergencies-\(ENGLISH\).pdf](https://www.enonline.net/attachments/4277/Planning-and-Managing-Artificial-Feeding-Interventions-during-emergencies-(ENGLISH).pdf)

IFE Core Group, *Preventing and managing inappropriate donations breastmilk substitutes and other prohibited products*, [https://www.enonline.net/attachments/4343/Preventing-and-managing-inappropriate-donations-of-BMS-\(ENGLISH\).pdf](https://www.enonline.net/attachments/4343/Preventing-and-managing-inappropriate-donations-of-BMS-(ENGLISH).pdf)

Koronkiewicz-Wiórek A., *Dlaczego darowizny mleka modyfikowanego i podobnych produktów w sytuacji kryzysowej (np. wojna, naturalne kataklizmy i katastrofy) mogą wyrządzić więcej szkody niż pożytku?*, <https://prawoilaktacja.pl/index.php/2022/04/18/dlaczego-darowizny-mleka-modyfikowanego-i-podobnych-produktow-w-sytuacji-kryzysowej-np-wojna-naturalne-kataklizmy-i-katastrofy-moga-wyrzadzic-wiecej-szkody-niz-pozytku/>

Koronkiewicz-Wiórek A., *Jak dokonać zgłoszenia naruszenia prawa w zakresie marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt i co powinno zawierać zgłoszenie?*, <https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/zgloszenie-podejrzenia-naruszenia-prawa.pdf>

Koronkiewicz-Wiórek A., *Kodeks WHO a prawo polskie. Wybrane kwestie w związku z prawną analizą wyników „Raportu z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA”*, „Kwartalnik Laktacyjny”, 2020, nr 1, str. 25 –27.

Koronkiewicz-Wiórek A., *Wymogi o charakterze ochronnym dla karmienia piersią w zakresie marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt*, <https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/tabela-1.pdf>

Koronkiewicz-Wiórek A., *Znaczenie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych*, <https://prawoilaktacja.pl/index.php/2022/08/01/znaczenie-karmienia-piersia-w-sytuacjach-kryzysowych/>

Koronkiewicz-Wiórek A., *Źródła prawa dotyczące marketingu żywności dla niemowląt i małych dzieci oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt*, <https://prawoilaktacja.pl/wp-content/uploads/2021/02/zrodla-prawa.pdf>

Koronkiewicz-Wiórek A., Horvath A., *Zasady żywienia mieszankami mlecznymi dzieci zdrowych w sytuacjach kryzysowych, w: Żywnienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych*, (red.) Wesołowska A., Bzikowska-Jura A., Medical Tribune, Warszawa, 2023.

Koronkiewicz-Wiórek A., Wesołowska A., Gawrońska M., *Uwarunkowania prawno-społeczne zasad żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E)*, w: *Żywnienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych*, (red.) Wesołowska A., Bzikowska-Jura A., Medical Tribune, Warszawa, 2023.

Koronkiewicz-Wiórek A., w: *Raport z badania zgodności marketingu produktów dla niemowląt i małych dzieci w Polsce z Międzynarodowym Kodeksem Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnymi rezolucjami WHA*, (red.) Wesołowska A., Brojanowska-Aleksandrowicz A., Baranowska B., Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, 2019.

Operational Guidance on Infant Feeding in Emergencies (OG-IFE) version 3.0
www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017

The Code and infant feeding in emergencies, „ICDC Focus”, 2009, May, https://worldbreastfeedingweek.net/wbw2009/images/icdc_%20focus_english.pdf

UNICEF, UNHCR, IFE Core Group, Global Nutrition Cluster, *Joint Statement Version 2 – Protecting Maternal and Child Nutrition in the Ukraine Conflict and Refugee Crisis*, 2022, www.enonline.net/jointstatementiyceinukraine

World Health Assembly, *Infant and young child nutrition*, agenda 11.6 63.23 sesji WHA, 2010, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3097>

Akty prawne

Prawodawstwo Unii Europejskiej

Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/127 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu preparatów do początkowego żywienia niemowląt i preparatów do dalszego żywienia niemowląt oraz informacji na ich temat, a także w odniesieniu do informacji dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci (Dz. Urz. UE. L 2016, nr 25, s. 1 ze zm.).

Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2016/128 z dnia 25 września 2015 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 w odniesieniu do szczegółowych wymogów dotyczących składu żywności specjalnego przeznaczenia medycznego oraz informacji na jej temat (Dz. Urz. UE. L 2016, nr 25, s. 30).

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 609/2013 z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała oraz uchylające dyrektywę Rady 92/52/EWG, dyrektywy Komisji 96/8/WE, 1999/21/WE, 2006/125/WE i 2006/141/WE, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/39/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 41/2009 i (WE) nr 953/2009 (Dz. Urz. UE. L 2013, nr 181, s. 35 ze zm.).

Prawodawstwo krajowe

Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2022, poz. 2132 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018, poz. 1756 ze zm.).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (Dz.U. z 2015, poz. 1026).

ROZDZIAŁ 4

Poradnictwo laktacyjne i żywieniowe w sytuacjach kryzysowych

WSTĘP

dr n. med i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura

Noworodki, niemowlęta, dzieci do drugiego roku życia oraz kobiety ciężarne i karmiące piersią zaliczamy do grup szczególnie wrażliwych i narażonych na niedobory pokarmowe i zaburzenia odżywiania, które mogą rozwinąć się na skutek sytuacji kryzysowej. Poradnictwo żywieniowe obejmujące wskazane grupy ryzyka powinno być zatem nieodzownym elementem wsparcia, które prowadzi do zmniejszenia zachorowalności i zwiększa szanse na przeżycie. Dla najmłodszych grup populacyjnych kluczowe znaczenie ma wczesna inicjacja i kontynuowanie karmienia piersią, które stanowi najbezpieczniejszą formę żywienia w nagłej sytuacji. Dla matek istotne jest natomiast zapewnienie im dostępu do bezpiecznej żywności, która pokryje zwiększone zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze. Zasadne może być włączenie również żywności fortyfikowanej oraz suplementów diety, które, biorąc pod uwagę ograniczone możliwości przygotowywania posiłków, będą stanowiły uzupełnienie diety w najważniejsze składniki pokarmowe.

ROZDZIAŁ 4.1

Wytyczne operacyjne w zakresie udzielania skutecznego poradnictwa laktacyjnego w kryzysie

Jodine Chase

Poradnictwo w zakresie karmienia piersią jest niezbędne do promowania, ochrony i wspierania karmienia piersią nie tylko na co dzień, ale przede wszystkim w sytuacjach kryzysowych. Zapewnienie odpowiedniego poradnictwa laktacyjnego może być jednak wtedy niezwykle trudne z powodu przeciążenia opieki systemu zdrowotnej, częstego przemieszczania się ludności oraz ograniczonych zasobów. Grupa robocza ds. żywienia dzieci w kryzysie przy Emergency Nutrition Network (ENN) opracowała [Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych](#) (ang. *Operational*

Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, version 3.0, 2017, OG-IFE, dalej: Wytyczne operacyjne). W niniejszym rozdziale zostaną omówione Wytyczne operacyjne w zakresie poradnictwa laktacyjnego, najważniejsze zasady i wyzwania stojące przed osobami, które tym się zajmują.

4.1.1

Czym jest poradnictwo w zakresie karmienia piersią?


Poradnictwo w zakresie karmienia piersią to dwukierunkowa interakcja między wyszkolonym doradcą laktacyjnym a jedną lub kilkoma kobietami w ciąży, matkami lub innymi opiekunami dzieci w wieku poniżej dwóch lat. Proces ten obejmuje nie tylko uczenie o zaletach karmienia piersią i jak prawidłowo przystawić dziecko do piersi, ale przede wszystkim wysłuchanie obaw i problemów matek, udzielenie odpowiedzi na ich pytania oraz obserwacja, jak sobie radzą z karmieniem piersią przed i po udzieleniu porady oraz udzielenie pomocy. Podstawową różnicą między poradnictwem a prowadzeniem działalności edukacyjnej w zakresie karmienia piersią jest słuchanie, uczenie się i budowanie umiejętności matki. Poradnictwo może odbywać się twarzą w twarz lub zdalnie, może być indywidualne lub odbywać się w grupie, np. w grupie wsparcia. To, czy zajęcia grupowe można zakwalifikować jako poradnictwo grupowe, zależy od stylu prowadzenia oraz interakcji i zaangażowania uczestników. Wykłady lub sesje to edukacja w zakresie karmienia piersią, a nie poradnictwo grupowe.

Celem poradnictwa laktacyjnego jest umożliwienie kobietom karmienia piersią przy jednoczesnym poszanowaniu ich sytuacji osobistej i życzeń. Takie poradnictwo obejmuje wsparcie w relaktacji, w karmieniu kubeczkami i w zwiększaniu podaży mleka oraz w czynnościach pielęgnacyjnych. Matka objęta takim poradnictwem nie musi wyłącznie karmić piersią, może stosować karmienie mieszane lub pragnąć odejść od karmienia mieszanką mlekozastępczą. Dlatego poradnictwo mające na celu zmniejszenie ryzyka karmienia mieszanką mlekozastępczą i zapewnienie, że, jeśli jest ono już stosowane, jest ono przeprowadzane higienicznie i odpowiedzialnie, nie powinno być postrzegane jako oddzielne od poradnictwa dotyczącego karmienia piersią. Działania pomocowe w sytuacjach kryzysowych powinny zapewnić odpowiednie wsparcie zarówno dzieciom karmionym piersią, jak i tym, które są zależne od mieszanek mlekozastępczych.

Poradnictwo i Kodeks WHO – zasady

Ochrona, promowanie i wspieranie karmienia piersią, zgodnie z Wytycznymi operacyjnymi, są niezbędne w sytuacjach kryzysowych. Zapewnienie poradnictwa w zakresie karmienia piersią powinno być integralną częścią

planów gotowości na wypadek sytuacji kryzysowych i powinno być włączone do systemu weryfikowania skuteczności radzenia sobie z nagłą sytuacją. Wszystkie interwencje powinny być skoncentrowane wokół zasady „nie szkodzić”, która wymaga od uczestników pomocy humanitarnej, aby swoimi działaniami nie narażali poszkodowanych na dodatkowe ryzyko lub cierpienie.

 **Międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobyce** (ang. *The Code*, dalej: Kodeks WHO) oraz późniejsze rezolucje Światowego Zgromadzenia Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) chronią zarówno niemowlęta karmione piersią, jak i karmione mieszankami mlekozastępczymi. Ścisłe przestrzeganie Kodeksu WHO (lub jego odpowiednika w polityce krajowej, w stosownych przypadkach) przez uczestników akcji humanitarnych jest zatem istotnym elementem w zapobieganiu wyrządzenia krzywdy matkom dotkniętym kryzysem. Programy kryzysowe dotyczące poradnictwa laktacyjnego powinny zawierać również wytyczne dotyczące wsparcia osób po doświadczeniu traumy i z Zespołem Stresu Pourazowego.

Wytyczne operacyjne dotyczące doradztwa w zakresie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych określają kompetencje i umiejętności wymagane do skutecznego poradnictwa. Obejmują one umiejętność identyfikacji potrzeb i obaw matki lub opiekuna, udzielanie informacji i wskazówek w jasny i zrozumiały sposób oraz wspierania matki lub opiekuna w tworzeniu własnych rozwiązań. Doradca powinien również dobrze rozumieć kontekst kulturowy i społeczny oraz być w stanie udzielić porady z uwzględnieniem i poszanowaniem przekonań, wartości i preferencji matki lub opiekuna. Co więcej, doradca powinien być nie tylko odpowiednio przeszkolony, ale i mieć stałe wsparcie, aby zapewnić sobie skuteczność i zapobiec wypaleniu zawodowemu.

W Wytycznych operacyjnych zasugerowano możliwe dostosowania standardowych zaleceń WHO dotyczących poradnictwa w zakresie karmienia piersią, aby wesprzeć osoby pracujące w wyjątkowych okolicznościach. Kluczową adaptacją w sytuacji, gdy nie można udzielić porad wszystkim, jest nadanie priorytetu określonym grupom w zakresie poradnictwa (Tabela 1). Osoby wymagające natychmiastowego wsparcia lub te, u których istnieje wysokie ryzyko wystąpienia problemów z karmieniem piersią można zidentyfikować przeprowadzając szybkie badania przesiewowe. W ten sposób najbardziej potrzebujący zostaną skierowani do dalszego badania i poradnictwa. U osób doświadczających trudności można zastosować mniej intensywne formy wsparcia w zakresie karmienia piersią (np. edukację, środowisko sprzyjające), aby zmniejszyć potrzebę poradnictwa w przyszłości.

Sytuacja kryzysowa nie usprawiedliwia nieprzestrzegania Kodeksu WHO. Pojedynowanie decyzji dotyczących odpowiednich dostosowań i dopuszczalnych

Skierowanie od pracowników pierwszej linii pomocy w sytuacji kryzysowej i innych osób zaangażowanych w pomoc humanitarną

NATYCHMIASTOWA POMOC

Niemowlęta zależne od mleka modyfikowanego
(niekarmione piersią lub karmione w sposób mieszany)

Kobiety w okresie laktacji z trudnościami w karmieniu piersią

(np. nawet pokarmu, bolesne lub popękane brodawki, ból piersi, grzybica, zapalenie piersi, postrzęgana/udokumentowana niska produkcja mleka, odrzucenie piersi przez dziecko).

Para matka-dziecko z pilnymi potrzebami indywidualnymi

Niemowlęta i małe dzieci, które:

- są noworodkami (w wieku do 28 dni),
- są wcześniakami lub dziećmi z niską masą urodzeniową,
- są w wieku poniżej szóstego miesiąca życia z zaburzeniami wzrostu,
- są wieloraczkami (np. bliźnięta),
- są chore,
- są niedożywione,
- są z niepełnosprawnością, która wpływa na karmienie,
- wykazują objawy poważnego stresu,
- są oddzielone od rodziców lub osamotnione,
- są osierocone przez matkę.

Kobiety karmiące piersią, które:

- są niedożywione,
- są ciężko chore,
- są ofiarami przemocy ze względu na płeć, na karmienie,
- karmią dziecko innej kobiety,
- są chore psychicznie lub wykazują objawy Zespołu Stresu Pourazowego/Trauma,
- są nosicielkami wirusa HIV,
- są po cięciu cesarskim/traumatycznym porodzie.

1

TAK

NIE

GRUPA RYZYKA

Grupy wrażliwe i podwyższonego ryzyka wystąpienia trudności z karmieniem

Matki karmiące piersią lub inni podstawowemu opiekunowie niemowląt i matych dzieci w wieku poniżej szóstego miesiąca życia (w tym noworodki).

Matki, które są:

- matkami po raz pierwszy,
- nastoletnimi matkami.

Kobiety w ciąży z czynnikami ryzyka zidentyfikowanymi podczas opieki przedporodowej, w tym:

- pierworódki,
- kobiety w mnogiej ciąży,
- matki, które doświadczyły trudności w karmieniu piersią lub poprzednie dziecko karmity mlekiem modyfikowanym,

- kobiety po operacji piersi,
- kobiety ze zdiagnozowaną (obecnie lub wcześniej) depresją,
- kobiety w ciąży, która prawdopodobnie albo na pewno będzie rozwiązana przez cesarskie cięcie,
- kobiety z cukrzycą, nadwagą lub otyłością,
- ciąża, w której płód jest z niepełnosprawnością, która może wpłynąć na karmienie (np. rozszczep podniebienia),
- ofiary przemocy,
- nosicielki wirusa HIV,
- kobiety niedożywione.

2

TAK

NIE

PREWENCJA I PROMOCJA

Wszystkie inne kobiety w ciąży i karmiące piersią oraz opiekunowie niemowląt i matych dzieci.

3

TAK

kompromisów powinno być poprzedzone krytyczną analizą przeprowadzoną przez organ koordynujący żywienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E), rząd, **Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci** (UNICEF), WHO i, w stosownych przypadkach, **Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców** (ang. *United Nations High Commissioner for Refugees*, UNHCR), w porozumieniu ze świadczącymi i dotkniętymi kryzysem społecznościami, w tym matkami i rodzającymi. Należy przeprowadzić odpowiednią ewaluację i monitoring w celu oceny skuteczności działań.

4.1.3

Wyzwania związane z udzielaniem poradnictwa w zakresie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych

W sytuacjach kryzysowych przemieszczanie się ludności może stanowić wyzwanie dla rozpoczęcia i utrzymania karmienia piersią. Działacze humanitarni muszą przezwyciężyć te trudności, aby zapewnić niemowlętom i małym dzieciom dostęp do odpowiedniego żywienia i ochronę przed potencjalnymi szkodami związanymi z podaniem produktów zastępujących mleko matki, zwłaszcza przy braku higieny, dostępu do elektryczności i czystej wody. Sytuacje kryzysowe mogą powodować ponadto silny stres u matki, który zaważy na jej postrzeganiu możliwości karmienia piersią. Ważne jest również rozpoznanie i uwzględnienie wyjątkowych potrzeb i okoliczności populacji wrażliwych, w tym niemowląt niepełnosprawnych, dzieci oddzielonych od swoich głównych opiekunów oraz tych, które doświadczyły przemocy ze względu na płeć.

Zapewnienie skutecznego doradztwa w zakresie karmienia piersią w nagłych przypadkach może być trudne z powodu jeszcze kilku innych czynników. Należą do nich:

- brak wyszkolonego personelu,
- ograniczone zasoby,
- brak prywatności,
- bariery kulturowe i językowe,
- oraz ograniczony czas na poradnictwo.

WHO zaleca, aby poradnictwo w zakresie karmienia piersią było świadczone w ramach ciągłości opieki przez odpowiednio przeszkolonych pracowników służby zdrowia oraz doradców laktacyjnych. Doradcy, opiekunowie i szkoleniowcy będą potrzebni do udzielania porad w sytuacjach kryzysowych. Zarówno pracownicy opieki zdrowotnej (np. położne), jak i paraprofesjonaliści (np. inne kobiety) mogą być doradcami w zakresie karmienia piersią w nagłych sytuacjach (Tabela 2).

Pracownicy opieki zdrowotnej	Paraprofesjonaliści	Inne osoby wspierające karmienie piersią
<p>Profesjonaliści w obszarze systemu opieki zdrowotnej, tacy jak: lekarze, położne, pielęgniarki okołoporodowe, konsultantki laktacyjne, dietetycy, psychologowie itp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Są wyszkoleni i wyznaczeni do zapewnienia poradnictwa, głównie na terenie placówek medycznych. • Mogą pracować również przez wizyty domowe. • Mogą mieć liczne dodatkowe zadania oprócz poradnictwa. • Mogą realizować aspekty doradztwa laktacyjnego wymagające zaawansowanej wiedzy i umiejętności klinicznych. • Mają dobrą znajomość systemu opieki zdrowotnej i są jego częścią. 	<p>Osoby zajmujące się poradnictwem laktacyjnym z obszarów niemedycznych, w tym: opiekunki grup wsparcia dla matek karmiących, pracownicy środowiskowi, tradycyjne opiekunki okołoporodowe (doule), pracownicy opieki społecznej itp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Są wyszkoleni i wyznaczeni do zapewnienia poradnictwa, głównie przez wizyty domowe. • Mogą pracować również w placówkach pomocy społecznej, psychologicznej itp. • Mogą realizować aspekty doradztwa laktacyjnego wymagające zaawansowanej wiedzy i umiejętności klinicznych. • Mają dobrą znajomość sytuacji społecznej i środowiska. 	<p>Pracownicy pierwszej linii, w tym: edukatorzy w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci, wolontariusze, ratownicy itp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Są wyszkoleni i wyznaczeni do ogólnego promowania i wspierania karmienia piersią, w tym do identyfikacji i kierowania do dalszego wsparcia.
Identyfikacja i poradnictwo	Identyfikacja i poradnictwo	Identyfikacja, edukacja i ogólne wsparcie

Na to, kto powinien udzielać poradnictwa w zakresie karmienia piersią w ramach reagowania kryzysowego, będzie miało wpływ, którzy świadczeniodawcy i które służby oferują takie poradnictwo w normalnej sytuacji.

Podsumowanie

Grupa robocza ds. żywienia dzieci w kryzysie przy Emergency Nutrition Network (ENN) opracowała wytyczne operacyjne, aby pomóc podmiotom udzielającym pomocy humanitarnej w skutecznym poradnictwie w zakresie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych.

- Poradnictwo w zakresie karmienia piersią to dwukierunkowa interakcja między wyszkolonym doradcą do spraw karmienia piersią a jedną lub kilkoma kobietami w ciąży, matkami lub innymi opiekunami dzieci w wieku poniżej dwóch lat.
- Celem poradnictwa w zakresie karmienia piersią jest umożliwienie kobietom karmienia piersią przy poszanowaniu ich osobistej sytuacji i życzeń.
- Zasady przewodnie dotyczące doradztwa w zakresie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych obejmują ochronę, promocję i wsparcie karmienia piersią, przestrzeganie Międzynarodowego kodeksu marketingu produktów zastępujących mleko kobiece (Kodeksu WHO) oraz takie podejście do osób dotkniętych kryzysem, które będzie uwzględniało skutki traumy i Zespołu Stresu Pourazowego.
- Zapewnienie skutecznego doradztwa w zakresie karmienia piersią w nagłych przypadkach może być trudne z powodu kilku czynników, w tym przemieszczania się ludności, braku wyszkolonego personelu, ograniczonych zasobów, braku możliwości zachowania prywatności, barier kulturowych i językowych oraz ograniczonego czasu na doradztwo.
- Wytyczne operacyjne dotyczące doradztwa w zakresie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych, opracowane przez Grupę roboczą ds. żywienia dzieci w kryzysie przy Emergency Nutrition Network (ENN), służą jako źródło do sprawnego wprowadzenia i skutecznego poradnictwa w zakresie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych.
- Dzięki zastosowaniu wskazówek zawartych we wspomnianych wyżej wytycznych, poradnictwo dotyczące karmienia piersią będzie integralną częścią planu działań w sytuacjach kryzysowych.

ROZDZIAŁ 4.2

Poradnictwo laktacyjne w sytuacji nagłej – dlaczego jest takie ważne i jak je przeprowadzić

Malwina Okrzesik

Dlaczego poradnictwo laktacyjne jest takie ważne czasie kryzysu?

- Kamienie piersią chroni zdrowie a nawet życie niemowląt i małych dzieci w przypadku zagrożeń takich jak wojna, uchodźstwo, powódzie, trzęsienia ziemi itd.
- Karmienie mieszankami mlekozastępczymi może stanowić w sytuacji kryzysu ogromne zagrożenie dla dzieci, m.in. ze względu na brak dostępu do czystej wody, prądu, odpowiedniej higieny akcesoriów takich jak butelki, smoczki.
- W czasie kryzysu wzrasta niebezpieczeństwo niekontrolowanej dystrybucji preparatów do żywienia mieszankami mlekozastępczymi przez firmy produkujące mieszanki i wynikające z tego ryzyko niedożywienia najmłodszych dzieci.
- Dziecko, szczególnie do drugiego roku życia, jest bardzo wrażliwe na złe żywienie, to nie „mały dorosły”, musi być żywione pokarmem dostosowanym do jego specyficznych potrzeb rozwojowych.
- To głównie czynniki psychologiczne i społeczno-kulturowe powodują, że matki w sytuacjach kryzysowych są narażone szczególnie na ryzyko niekarmienia piersią. Tymczasem potrzebują one od otoczenia rzetelnej wiedzy, odpowiedniego wsparcia i zachęty, aby takie karmienie rozpocząć lub kontynuować.

Dlaczego w sytuacji kryzysowej utrzymanie karmienia piersią jest ważne dla matki?

- Umożliwia jej zaspokojenie jednej z najważniejszych potrzeb – troski o dziecko i zapewnienie mu bezpieczeństwa, ochrony.
- Daje matce sens działania, pozwala uniknąć poczucia bezradności; buduje poczucie sprawstwa; buduje kompetencje, mobilizuje; utrzymuje przy życiu.
- Daje natychmiastową gratyfikację; uspokaja, gdy matka widzi, że dziecko mniej płacze, spokojnie zasypia przy piersi.
- Wytwarzana podczas karmienia oksytocyna działa na ośrodkowy układ nerwowy matki, daje uczucie błogości, poprawia nastrój i zmniejsza lęk.
- Hormon prolaktyna daje energię, pozwala na lepsze wykorzystanie własnych zasobów energetycznych, poprawia jakość snu.

**„Zawsze patrz na matkę
i jej dziecko jak na całość.
Otaczaj wsparciem ich oboje
– to jest diada!”**

Co jest potrzebne przed i w trakcie kryzysu:

- poradnictwo laktacyjne/żywnościowe skierowane bezpośrednio do matek i dzieci potrzebujących wsparcia, gdy kryzys już trwa,
- szkolenia dla personelu medycznego dotyczące zasad postępowania związanego z żywieniem niemowląt i małych dzieci podczas kryzysu,
- edukacja służb ratowniczych, pracowników organizacji humanitarnych oraz wolontariuszy na temat znaczenia karmienia piersią w sytuacji kryzysowej oraz prawidłowej dystrybucji produktów mlekozastępczych,
- edukacja decydentów, osób odpowiedzialnych za media (prasa, radio, telewizja, media społecznościowe) i całego społeczeństwa na temat roli karmienia piersią w zapewnieniu bezpieczeństwa małych dzieci podczas kryzysu.

Poradnictwo laktacyjne w sytuacji kryzysowej powinno być prowadzone przez przeszkolony w tym celu personel, czyli:

- osoby zajmujące się profesjonalnie wsparciem w laktacji – konsultantki/doradczynie laktacyjne (certyfikat IBCLC, CDL lub inny równoważny w danym kraju),
- personel medyczny – lekarzy, położne, pielęgniarki, którzy w toku kształcenia dyplomowego lub podyplomowego uzyskali aktualną wiedzę na temat laktacji i karmienia piersią (mogą być potrzebne dodatkowe szkolenia uzupełniające tę wiedzę),
- osoby niemedyczne zaangażowane w promocję karmienia piersią i wsparcie matek karmiących, działające w obrębie swoich kompetencji, takie jak: liderki grup wsparcia, doule, promotorki karmienia piersią itd. Mają one ogromny potencjał pomocowy dla profesjonalnej opieki laktacyjnej w kryzysie.

Warto, aby wszystkie wyżej wymienione grupy posiadały również podstawowe przeszkolenie w zakresie komunikacji i zasad postępowania/udzielenia wsparcia matkom i opiekunom małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (zwłaszcza osobom dotkniętym traumą lub Zespołem Stresu Pourazowego).

4.2.1

Możliwe działania i interwencje w czasie kryzysu

Istnieje wiele działań i technik, które podczas kryzysu mogą poprawić efektywność karmienia piersią i ograniczyć do minimum konieczność stosowania przez matkę mieszanek mlekozastępczych oraz akcesoriów takich jak smoczki, butelki, czy odciągacze (laktatory). Większość z tych interwencji jest relatywnie prosta do wykonania, jednak niektóre z nich wymagają większego doświadczenia (np. relaktacja, dokarmianie techniką drip-drop czy karmienie kubeczką). Szczegółowe omówienie technik wymienionych poniżej przekracza możliwości niniejszego opracowania, dlatego na końcu tego artykułu została podana literatura pomocna w poszerzeniu wiedzy na ten temat.

1. Wsparcie emocjonalne matki:
 - a) budowanie zaufania i pewności siebie,
 - b) wzmacnianie jej odporności psychicznej (rezyliencji),
 - c) odpowiednie prowadzenie doradztwa: udzielanie wskazówek i przekazywanie informacji oraz odpowiadanie na specyficzne potrzeby i pytania matki.
2. Pomoc praktyczna:
 - a) ułożenie dziecka przy piersi,
 - b) zachęta do kontaktu skóra do skóry zaraz po porodzie w celu pobudzenia laktacji, instruktaż dotyczący metody super switch (zamiana piersi), kompresji piersi oraz ręcznego odciągania mleka.
3. Dokładny instruktaż i wsparcie przy:
 - a) relaktacji,
 - b) nauce dokarmiania przy piersi (metoda drip-drop),
 - c) karmieniu kubeczką.
4. Dopasowanie optymalnego sposobu żywienia dziecka, gdy karmienie piersią przez matkę biologiczną nie jest możliwe:
 - a) mamczarstwo (ang. *wet-nursing*),
 - b) dzielenie się mlekiem (ang. *milk sharing*),
 - c) dostęp do mleka z banku mleka kobiecego,
 - d) bezpieczne żywienie sztuczne – zapewnienie odpowiedniej mieszanki, najlepiej typu *ready to feed*, przygotowanie pokarmu dla dziecka, instruktaż karmienia kubeczką.

Osoba udzielająca wsparcia w karmieniu piersią/żywieniu dziecka, powinna utrzymać kontakt z matką i sprawdzić skuteczność swojej porady po pewnym czasie, przez:

- ocenę kondycji psychicznej matki,
- ocenę stanu odżywienia dziecka, mierzonego przyrostem masy ciała (istotne szczególnie u noworodków i dzieci do szóstego miesiąca życia).

Rolą osoby zajmującej się poradnictwem laktacyjnym w kryzysie powinno być również zadbanie o dobre praktyki przy zakupie i dystrybucji produktów mlekozastępczych:

- upewnienie się, że takie preparaty trafiają tylko do tych dzieci, które są zależne od mleka modyfikowanego i przez czas, kiedy to jest niezbędne,
- sprawdzenie czy opis preparatów jest zrozumiały dla użytkownika i zgodny z zapisami Kodeksu WHO,
- zachęcanie matek/opiekunów do unikania używania smoczków i butelek ze względu na zagrożenie wynikające z braku możliwości zachowania odpowiedniej higieny,
- promowanie zewnętrznej pomocy finansowej na rzecz niemowląt i małych dzieci podczas kryzysu w miejsce darowizn rzeczowych takich jak mieszanki, butelki, smoczki, odciągacze,
- zachęcanie matki karmiącej piersią, która posiada już gotową mieszankę typu *ready to feed*, aby wykorzystwała ją jako napój dla siebie lub dla np. starszego dziecka,
- informowanie, że gdy dziecko jest karmione piersią, mieszanka mlekozastępcza w formie proszku może stanowić bazę do przygotowania posiłków rodzinnych (np. kaszy) dla innych domowników, jeśli tylko warunki higieniczne na to pozwalają (niezbędny jest dostęp do czystej wody i źródła energii).

Literatura uzupełniająca

Bzikowska-Jura A., Wesotowska A., *Monografia. Żywnienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych*, Medical Tribune, 2023.

Nehring-Gugulska M., Pietkiewicz A., Żukowska-Rubik M. (red.), *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*, Medycyna Praktyczna, 2022.

Karmienie kubeczkami

<https://lilli.org/wp-content/uploads/colour-Polish-final-1.pdf>

<https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/downloads/pa-ges/Cup-Feeding-Handout-IYCF-E-H.pdf>

Metoda drip-drop

Drip-Drop Feeding. Method for moving towards breastfeeding, <https://lilli.org/wp-content/uploads/Drip-Drop-Method-Colour-Poster-1.pdf>

Infant Feeding During Acute Crisis Situation, <https://www.elacta.eu/wp-content/uploads/2017/04/Handout-2016-1-EN-infant-nutrition-in-crisis.pdf> (dostęp: 24.04.2023).

Operational Guidance: Breastfeeding counselling in Emergencies, ENN, IFE Core Group, Irish Aid, 2021, <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1536/file/Breastfeeding-counselling-in-Emergencies-2021.pdf> (dostęp: 24.04.2023).

ROZDZIAŁ 4.3

Podstawowe rekomendacje żywieniowe dla kobiet ciężarnych, karmiących piersią oraz niemowląt do drugiego roku życia

dr n. med i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura

Poradnictwem żywieniowym nazywamy dwukierunkową interakcję między specjalistą a jedną lub kilkoma kobietami ciężarnymi/karmiącymi piersią/matkami lub innymi opiekunami niemowląt i/lub dzieci powyżej pierwszego roku życia. Proces ten polega na wysłuchaniu wątpliwości, odpowiadaniu na pytania, edukowaniu w zakresie żywienia w sytuacjach kryzysowych, obserwacji i pomocy przy praktykach związanych z karmieniem piersią. Celem poradnictwa jest wskazanie rekomendacji opartych na odpowiednich standardach/wytycznych z jednoczesnym uwzględnieniem sugestii i sytuacji osobistej adresatów poradnictwa. Udzielanie rekomendacji żywieniowych powinno zostać poprzedzone oceną bieżącego sposobu żywienia i stanu odżywienia. W przypadku dzieci jest niezwykle istotne, aby określić możliwość karmienia/kontynuowania karmienia piersią. Następnie specjalista powinien dokonać identyfikacji i analizy obszarów, które wymagają poprawy i podjąć w tym zakresie edukację.

Osoba prowadząca poradnictwo żywieniowe powinna charakteryzować się wysokimi umiejętnościami interpersonalnymi, do których zaliczamy przede wszystkim:

- postępowanie się odpowiednimi komunikatami niewerbalnymi (np. odpowiedni ton głosu, delikatne skinienie głową, patrzeć rozmówcy w oczy, wspierający uśmiech),
- zadawanie pytań otwartych, które pobudzają rozmówcę do myślenia i mówienia,
- używanie języka wyrażającego aktywne słuchanie, parafrazowanie (np. „rozumiem, że rozszerzenie diety dziecka jest dla Pani trudne”),
- nieocenianie,
- wykazywanie empatii (ważne, aby nie mylić jej z sympatią, która ma charakter emocjonalny) – zrozumienie cudzej sytuacji, emocji, warunków, w których obecnie się znajduje.

4.3.1

Podstawowe rekomendacje żywieniowe dla kobiet ciężarnych karmiących piersią

Zgodnie z teorią programowania metabolicznego, ekspozycja na określone czynniki środowiskowe w tzw. krytycznych okresach (m.in. w okresie wczesnego rozwoju pre- i postnatalnego) może determinować stan zdrowia dziecka w późniejszych latach jego życia. W związku z tym, dbałość o odpowiedni sposób i stan odżywienia kobiet ciężarnych i karmiących piersią może być czynnikiem zmniejszającym ryzyko rozwoju niedożywienia i chorób u ich potomstwa. Wśród czynników żywieniowych, które mają największy wpływ na prawidłowy przebieg ciąży i rozwój płodu wskazuje się m.in.: białko, długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe (LC-PUFA), kwas foliowy, witaminę D, witaminy antyoksydacyjne (witamina A, E i C), cynk oraz pre- i probiotyki.

Biorąc powyższe pod uwagę, w marcu 2013 r. Komisja Europejska wprowadziła tzw. politykę żywieniową. W kontekście humanitarnym celem tych działań było przede wszystkim zapobieganie oraz leczenie niedożywienia matek i dzieci, co z kolei miało prowadzić do zmniejszenia w obu grupach zachorowalności i śmiertelności. Wykazano, że w przypadku żywienia matek w sytuacjach kryzysowych istnieje wiele luk, a dostępne wytyczne są bardzo ograniczone i nie pozwalają na prowadzenie skutecznej interwencji żywieniowej.

W kolejnych trymestrach ciąży zapotrzebowanie na energię wzrasta odpowiednio o 85 kcal, 285 kcal i 475 kcal, a w okresie laktacji o około 505 kcal w stosunku do okresu sprzed ciąży. Realizacja zwiększonych potrzeb energetycznych i odżywczych w warunkach sytuacji kryzysowej może być bardzo trudna, niejednokrotnie wręcz niemożliwa, jeżeli żywienie opiera się

wyłącznie na tzw. tradycyjnej żywności. W związku z tym, aby zapobiegać ryzyku niedożywienia u matki i dziecka i związanych z nim powikłań zaproponowano następujące działania:

- włączenie żywności fortyfikowanej u wszystkich kobiet ciężarnych i karmiących piersią (do szóstego miesiąca od porodu) z ryzykiem niedożywienia lub rozpoznany niedożywieniem. Dodatkowo, produktami które mogą stanowić uzupełnienie diety w okresie ciąży i laktacji są preparaty specjalnego przeznaczenia medycznego, które są kompletne pod względem odżywczym, a zawarte w nich witaminy i składniki mineralne są skoncentrowane w niewielkiej objętości preparatu, dzięki czemu przez pewien czas mogą stanowić jedyne źródło pożywienia,
- suplementacja diet kobiet ciężarnych i karmiących piersią preparatami wieloskładnikowymi, dotyczy to przede wszystkim odpowiedniej podaży kwasu foliowego (min. 0,4 mg/d), witaminy D (2000 IU/d), jodu i kwasu dokozaheksaenowego DHA (200-600 mg/d – dla kobiet bez ryzyka porodu przedwczesnego). Doświadczenia i stres związany z sytuacją kryzysową mogą jednak zwiększać ryzyko urodzenia przedwcześnie – wówczas dawka suplementacyjna DHA powinna wynosić 1000 mg/d.

Dieta matki ma niewielki wpływ na skład produkowanego przez nią mleka i nawet kobiety z zaburzeniami stanu odżywienia (niedożywieniem) produkują pełnowartościowy pokarm – potrzeby żywieniowe dziecka realizowane są w pierwszej kolejności. Warto rekomendować jednak matkom odpowiednio spożycie płynów (co najmniej 2l/dobę), gdyż odwodnienie może prowadzić do zmniejszenia ilości produkowanego pokarmu i tym samym prowadzić do przedwczesnego zakończenia karmienia naturalnego.

4.3.2

Wsparcie żywieniowe noworodków, niemowląt i dzieci do drugiego roku życia

Najważniejsze kwestie związane z optymalnym żywieniem noworodków w sytuacjach kryzysowych obejmują ochronę, promocję i wsparcie karmienia piersią. Do tych działań należą m.in. kontakt skóra do skóry, wczesna inicjacja laktacji, podanie siary i praktyka rooming-in, czyli przebywanie matki i dziecka w jednym pomieszczeniu. Karmienie pokarmem naturalnym jest najzdrowszym i jednocześnie najbezpieczniejszym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. W sytuacji kryzysowej ma ono szczególne znaczenie, gdyż pokarm matki dzięki obecności w nim związków o właściwościach immunomodulujących wspiera rozwój układu odpornościowego dziecka, co zmniejsza ryzyko rozwoju chorób infekcyjnych i wynikającej z tego śmiertelności.

Po szóstym miesiącu życia potrzeby energetyczne i odżywcze dziecka istotnie wzrastają. Dlatego należy wówczas rozpocząć rozszerzanie diety i jednocześnie rekomendować kontynuowanie karmienia piersią. Celem żywienia uzupełniającego jest m.in. zapobieganie niedożywieniu białkowo-energetycznemu oraz występowaniu chorób rozwijających się na skutek deficytów pokarmowych (m.in. niedokrwistości, krzywicy kości). Sytuacje kryzysowe stanowią czynnik bez wątpienia utrudniający, a czasem wręcz uniemożliwiający rozszerzanie diety dziecka. Do najczęściej wskazywanych barier dla optymalnego żywienia uzupełniającego w sytuacjach nagłych zaliczamy:

- brak dostępu do czystej wody i prądu, co uniemożliwia przygotowywanie części posiłków, np. tzw. kaszek,
- słabe warunki higieniczne, w tym brak dostępu do czystych naczyń, sztućców – czynnik istotnie ograniczający możliwość podania żywności uzupełniającej, nawet jeśli jest ona dostępna,
- ograniczony lub całkowity brak dostępu do specjalistów w zakresie medycyny i żywienia, skutkujący niską wiedzą na temat diety niemowląt (co, w jakich ilościach i w jakiej formie podawać dziecku),
- kwestie ekonomiczne, które ograniczają lub uniemożliwiają zakup żywności dedykowanej niemowlętom i małym dzieciom albo skutkują zakupem produktów tanich, wysokoprzetworzonych, obfitych w węglowodany proste i tłuszcze nasycone; ta zmiana została wyraźnie udokumentowana podczas pandemii COVID-19,
- agresywny marketing produktów zastępujących mleko kobiece, których wprowadzenie zwiększa ryzyko zaprzestania karmienia piersią, a ich stosowanie może być błędnie interpretowane jako żywienie uzupełniające,
- ograniczenia czasowe, stres, duże obciążenie psychiczne opiekuna, zakłócenia społeczne (np. rozpad rodziny).

W zależności od sytuacji i dostępnych zasobów opiekunowie dzieci w wieku do dwóch lat powinni zostać poinformowani o zasadach higieny żywności i o ryzyku mikrobiologicznym związanym z jej nieprawidłową obróbką, przechowywaniem i podawaniem. Najprostsze wskazówki są następujące:

- żywność gotowana nie powinna być przechowywana w temperaturze pokojowej dłużej niż dwie godziny (po upływie tego czasu nie powinna zostać podana dziecku),
- jeżeli jest zapewniony dostęp do urządzeń chłodniczych (lodówka), żywność powinna być w nich przechowywana – niska temperatura ogranicza rozwój drobnoustrojów i psucie się żywności,
- przy braku dostępu do bieżącej wody jest zalecane używanie naczyń i sztućców jednorazowych,
- nie należy podawać dziecku produktów, dla których termin przydatności do spożycia minął oraz produktów, które nie były przechowywane zgodnie z rekomendacjami producenta (np. ser przechowywany w temperaturze

pokojoyej, a nie warunkach chłodniczych, tj. około 4°C),

- surową i gotowaną żywność należy przechowywać oddzielnie,
- surowe owoce i warzywa powinny być przechowywane w chłodnym miejscu i dokładnie umyte przed podaniem ich dziecku.

Podsumowanie

- Niedożywienie kobiet w okresie ciąży zwiększa ryzyko małej masy urodzeniowej dziecka oraz rozwoju chorób metabolicznych w późniejszych latach jego życia, dlatego przy braku dostępu do tradycyjnej żywności i urządzeń sanitarnych umożliwiających jej przygotowanie, rekomenduje się korzystanie z suplementów diety i żywności specjalnego przeznaczenia medycznego – kompletnych diet w postaci płynnej. Są one zbilansowane pod względem energetycznym i odżywczym i mogą stanowić jedyne źródło pożywienia w nagłych sytuacjach.
- Rozszerzanie diety niemowląt powinno rozpocząć się nie później niż po ukończeniu przez nie 26. tygodnia życia (początek siódmego miesiąca życia). W tym czasie karmienie piersią powinno być kontynuowane tak długo jak to jest pożądane przez matkę i dziecko. W nagłych sytuacjach wprowadzanie żywności uzupełniającej może być znacząco utrudnione, dlatego ogromne znaczenie ma identyfikacja istniejących barier i podjęcie ukierunkowanych działań w celu ich ograniczenia lub wyeliminowania.

ROZDZIAŁ 5

Możliwości żywienia dzieci w kryzysie: karmienie piersią, relaktacja, dzielenie się mlekiem i mamczarstwo. Planowanie żywienia niemowląt zależnych od mleka modyfikowanego

WSTĘP
prof. Julie Smith

Istnieją powody, aby oczekiwać, że sytuacje kryzysowe będą pojawiały się niestety coraz częściej. Skutki zmian klimatycznych to nie tylko ekstremalne zjawiska pogodowe (skutki bezpośrednie), ale także brak bezpieczeństwa żywnościowego i generowanie ruchów ludności oraz konfliktów społecznych, politycznych i wojсковych (skutki pośrednie) (Smith 2019). Często błędnie zakładamy, że sytuacje kryzysowe i katastrofy przytrafiają się komuś innemu, podczas gdy jesteśmy narażeni wszyscy. To nie jest problem trzeciego świata...

Podstawowe zasady żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych nie odbiegają zasadniczo od zaleceń dotyczących żywienia dzieci w normalnych okolicznościach. Prawidłowe żywienie jest kluczowe, gdyż w sytuacji ekstremalnej, takiej jak wojna i kataklizm, nawet w populacjach dobrze odżywionych, dzieci znajdują się w grupie ryzyka śmierci w wyniku następstw braku pożywienia (niedożywienie, choroby zakaźne). Dzieci są bowiem grupą szczególnie wrażliwą pod względem żywienia, a możliwość karmienia bądź niekarmienia piersią może decydować o ich zdrowiu, a nawet życiu. Według danych Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) z 2010 r. śmiertelność dzieci poniżej piątego roku życia podwaja się podczas kryzysów (zgoni niezwiązane z bezpośrednimi działaniami zbrojnymi), wiele z nich następuje z powodu biegunek.

Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, OG-IFE*, dalej: Wytyczne operacyjne) dla personelu medycznego oraz innych przedstawicieli organizacji humanitarnych są zgodne ze standardami jakości niesienia pomocy oraz kartą pomocy humanitarnej. Ofiary klęsk żywiołowych i kryzysów mają prawo do otrzymania pomocy adekwatnej do zaspokojenia wszystkich potrzeb w celu zapewnienia im godnego życia, a więc także dostępu do bezpiecznego pełnowartościowego pożywienia. Badania jakościowe prowadzone wśród organizacji i osób zaangażowanych w działania humanitarne wskazały na potrzebę edukacji i szkoleń, gdyż świadomość roli karmienia piersią podczas kryzysów jest niestety bardzo mała.

Jeżeli niemowlę nie jest lub nie może być karmione mlekiem matki, wymaga podawania produktów je zastępujących, także w sytuacjach kryzysowych. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na wskazania do wprowadzania, przygotowywania i stosowania preparatów zastępujących mleko matki, aby błędne wybory (np. niepotrzebne wprowadzenie preparatu mlekozastępczego czy włączenie niewłaściwego rodzaju preparatu) nie generowały nowych problemów (zwiększone ryzyko chorób infekcyjnych i śmiertelności u dzieci niekarmionych piersią) i dodatkowo nie pogłębiały stresu matki i dziecka.

ROZDZIAŁ 5.1

Społeczne i prawne regulacje dotyczące relaktacji, mamczarstwa i dzielenia się mlekiem w sytuacjach kryzysowych

prof. Julie Smith

Celem wszystkich działań opartych na **Wytycznych operacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, OG-IFE*, dalej: Wytyczne operacyjne) jest ochrona stanu odżywienia niemowląt i małych dzieci oraz pomoc kobietom w osiągnięciu celów związanych z karmieniem niemowląt. Jednak katastrofy i konflikty zbrojne, których konsekwencjami są przesiedlenia, ucieczka przed przemocą i brak poczucia bezpieczeństwa, stanowią wyzwanie dla zapewnienia odpowiedniego wsparcia kobietom i dzieciom. Dlaczego trudno jest zapewnić optymalne żywienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach nagłych? Wystarczy wyobrazić sobie, jak wygląda sytuacja kryzysowa; brak prądu, brak wody, brak schronienia, brak żywności. Nie ma żadnej z rzeczy, które uważamy za oczywiste.

Na całym świecie mniej niż połowa niemowląt jest karmiona wyłącznie piersią do szóstego miesiąca życia, czyli zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization, WHO*). Zwłaszcza w krajach o wysokich dochodach mamy do czynienia z nieoptymalnymi praktykami dotyczącymi karmienia i opieki nad niemowlętami i małymi dziećmi już na początku ich życia. Dlatego zapewnienie wysokiej jakości usług i wsparcia dla matek karmiących piersią jest niezmiernie istotne również w krajach zachodnich. Pamiętajmy, że to populacje o wysokim wskaźniku karmienia

piersią mają zapewnione bezpieczeństwo żywnościowe dla niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysu. Podczas pandemii COVID-19, mimo wytycznych WHO zachęcających do karmienia piersią, wiele krajów i placówek medycznych wdrożyło niestety szkodliwe działania ograniczające możliwość karmienia piersią przez matki zarażone lub chore. Takie działania istotnie zmniejszyły wskaźniki karmienia piersią.

Wytyczne operacyjne podkreślają prawo kobiet i dzieci do karmienia piersią oraz do traktowania z godnością podczas kryzysów humanitarnych. Ochrona karmienia piersią ma kluczowe znaczenie, podobnie jak zapewnienie odpowiedniego żywienia dzieciom zależnym od mieszanek mlekozastępczych.

W badaniach, które przeprowadziłam razem z Alessandro Iellamo (FHI 360) przeanalizowaliśmy społeczne i prawne regulacje dotyczące relaktacji, mamczarstwa i dzielenia się mlekiem w sytuacjach kryzysowych i katastrofach (Smith i Iellamo, 2020). Naszym celem było zidentyfikowanie najważniejszych przepisów i regulacji w wybranych krajach oraz przeanalizowanie ich wpływu na bezpieczeństwo żywnościowe i stosowanie Wytycznych operacyjnych, które wzywają do kompleksowego podejścia do ochrony, promocji i wspierania karmienia piersią. Dokument ten został zatwierdzony przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia (ang. *World Health Assembly*, WHA) w 2018 r. oraz uwzględniony w rekomendacjach dotyczących radzenia sobie z pandemią COVID-19.

W naszym badaniu przepisy i inne dokumenty prawne dotyczące regulacji dzielenia się mlekiem kobiecym i mamczarstwa zidentyfikowano w 25 krajach (w tym w 11 o wysokim dochodzie, w 11 o średnim dochodzie i w 3 o niskim dochodzie według klasyfikacji Banku Światowego). Dokonaliśmy przeglądu literatury na temat krajowych doświadczeń we wdrażaniu Wytycznych operacyjnych oraz wyników tych działań. Nasze badania pokazały, że krajowe przepisy i regulacje potrzebują zmian w zakresie organizacji dostaw żywności, w tym mleka modyfikowanego (ICN2 R12), szczególnie w przypadku sytuacji kryzysowych i katastrof. Odkryliśmy, że kraje o silnej kulturze karmienia piersią są bardziej odporne na niekontrolowane dostawy i darowizny mieszanek mlekozastępczych, zwłaszcza gdy praktykuje się tam mamczarstwo i bezpieczne dzielenie się mlekiem. Zauważyliśmy również, że niektóre kraje mają lepiej przystosowane rozwiązania w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci w kryzysie (ang. *Infant and Young Child Feeding in Emergencies*, IYCF-E), jednak żaden z nich nie miał zapisów w postaci rozporządzeń lub aktów prawnych, które obejmowałyby wsparcie relaktacji, mamczarstwa lub dzielenia się mlekiem dawczyń w sytuacjach kryzysowych.

Spośród 505 dokumentów analizowanych w tym badaniu, jedynie 220 (43%) miało formę przepisów, polityk, dekretów lub wytycznych. Spośród nich tylko 6% zawierało kryteria udostępniania/dawstwa mleka kobiecego, a 5,5% zawierało opis sposobu udostępniania/dawstwa. Przeglądając niniejsze ramy regulacyjne, w 68 dokumentach mleko kobiece zostało sklasyfikowane jako terapeutyczne (31%), w 137 jako żywność (63%), a w pozostałych 14 zostało zakwalifikowane jako tkanka (6%).

5.1.1

Kultura karmienia piersią, ustawodawstwo i IYCF-E

Istnieje pilna potrzeba zwiększenia zgodności ustawodawstwa krajowego z Wytycznymi operacyjnymi, w tym z **Międzynarodowym kodeksem marketingu produktów zastępujących mleko kobiece** (ang. *The Code*, dalej: Kodeks WHO). Należy uregulować w szczególności kwestie dawstwa mleka i opracować protokoły w celu ochrony bezpiecznego dzielenia się mlekiem i mamczarstwa na wypadek sytuacji kryzysowych.

Aby to zrobić dobrze, należy wziąć pod uwagę normy społeczne i lokalne, które mają wpływ na podejście do karmienia niemowląt mlekiem kobiecym nie pochodzącym od własnej matki. Dotyczy to zwłaszcza takich sytuacji, gdy karmienia dziecka innej matki podejmuje się jej krewna lub inna bliska osoba, „kobieta taka jak ja”. W niektórych sytuacjach kulturowa akceptacja mamczarstwa i dzielenia się mlekiem uratowała życie niemowląt. Dlatego kwestie dawstwa mleka powinny być wprowadzone jako element reagowania na wypadek kryzysu.

5.1.2

Jak wspierać karmienie mlekiem kobiecym w sytuacjach takich, jak kryzys uchodźczy w Polsce?

Możemy korzystać z doświadczeń innych krajów. W Chinach podczas kryzysu policjantka karmiła piersią wiele osieroconych niemowląt w centrum ewakuacyjnym. Chociaż było to nieoczekiwane w kraju o niskim wskaźniku karmienia piersią, zostało to pochwalone przez władze. Również w Australii mamczarstwo i dzielenie się mlekiem miało miejsce podczas pożarów, powodzi i katastrof, choć było to głównie „w szarej strefie”, takie sytuacje odnotowano m.in. podczas powodzi w Qld w 2011 r. (Gribble 2020). Doświadczenie

pokazuje, że normy społeczne różnią się nawet w obrębie jednego regionu i wymagają, aby każda reakcja IYCF-E była dostosowana do lokalnych postaw i praktyk kulturowych w zakresie mamczarstwa i dzielenia się mlekiem. Istnieje wiele możliwości bezpiecznego karmienia mlekiem kobiecym, jeśli kultura i praktyka karmienia piersią jest silna i powszechna w danym regionie.

Polska ma szansę stać się światowym liderem we wspieraniu dzielenia się mlekiem w ramach reagowania kryzysowego, w tym przez rozszerzenie wsparcia dla dzielenia się mlekiem kobiecym, relaktacji, a także za pośrednictwem banków mleka i sieci wsparcia matka-matka.

5.1.3

Jak uregulować kwestię karmienia piersią i dzielenia się mlekiem dawczyń w ramach planowania na wypadek sytuacji kryzysowych i katastrof

W naszym badaniu znaleźliśmy różne modele regulacyjne dotyczące bankowania mleka dawczyń: mleko kobiece było kwalifikowane jako żywność, jako lek lub jako tkanka. W sytuacjach kryzysowych mogą mieć zastosowanie różne ramy prawne, takie jak zasada dobrego samarytanina, przy czym wytyczne WHO powinny wyznaczać kierunek tych działań. W oparciu o przeprowadzone przeze mnie badania nad modelami regulacyjnymi dotyczącymi mamczarstwa i dzielenia się mlekiem w zwykłych okolicznościach, poniżej nakreślam możliwy sposób myślenia o tym, jak dzielenie się mlekiem powinno być regulowane w różnych okolicznościach. Podejście to uwzględnia różnice między sytuacją wrażliwych niemowląt na OIOM-ie a sytuacją niemowląt niekarmionych piersią lub karmionych w sposób mieszany w społeczności uchodźców. Dzieci matek uchodźczyń potrzebują wsparcia systemu opieki zdrowotnej i pracowników służby zdrowia, aby mieć dostęp do mamczarstwa lub dzielenia się mlekiem. Na OIOM-ie dla matek wcześniaków bezpieczeństwo jest najważniejsze, natomiast dla matek poszukujących mleka dla swoich dzieci podczas katastrof i sytuacji kryzysowych najbardziej istotne są podaż i koszty oraz stabilny dostęp do pokarmu. Niezbędne są zasady, podzielone na segmenty, elastyczne i zrównoważone, które uwzględnią potrzebę ciągłych dostaw mleka kobiecego dla dzieci w sytuacjach kryzysowych, z zadaniem o opiekujące się nimi kobiety i przestrzenie przyjazne matce i dziecku.

Planowanie na wypadek sytuacji kryzysowych musi uwzględniać podstawowe potrzeby infrastrukturalne, a także potrzeby związane z karmieniem piersią i wsparciem psychospołecznym dla matek, które przeżyły traumę. Filipiny

podjęły pionierską inicjatywę „Arugaan” na rzecz wsparcia IYCF-E. Jordania znalazła sposób na zapewnienie bezpiecznej przestrzeni do karmienia piersią, którą była przyczepa kempingowa. Przestrzenie przyjazne matkom karmiącym to potrzeba wyrażana najczęściej przez ukraińskich uchodźców wewnętrznych w naszym ostatnim badaniu. Pomaga to również w kontrolowaniu dystrybucji produktów zastępujących mleko kobiece.

5.1.4

Grupy wsparcia dla matek

Aby zapewnić wykwalifikowane wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego, a także potrzeb w zakresie wsparcia laktacyjnego, podstawą jest zbudowanie potencjału usług zdrowotnych i osób udzielających pomocy. W niektórych krajach, takich jak Indie, gdzie kultura karmienia piersią jest silna, istnieją systemy gotowości na wypadek kryzysu, których zadaniem jest ochrona bezpiecznego karmienia piersią, w tym z uwzględnieniem banków mleka. W Nepalu i w Indiach kontynuacja karmienia piersią jest niemal powszechna, podobnie jak wyłączone karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy. W Australii około 60% kobiet karmi piersią do szóstego miesiąca życia dziecka, a około jedna trzecia do drugiego roku życia dziecka. Różnice w podejściu do karmienia piersią wynikają nie z ograniczeń natury biologicznej matek o różnym pochodzeniu etnicznym, ale przede wszystkim z otrzymywania przez matki wsparcia społecznego. W Indiach czy w Nepalu to wsparcie jest znacznie większe niż w krajach zachodnich. Silna kultura karmienia piersią w danym regionie wpływa bardzo korzystnie na ochronę karmienia piersią również w kryzysie.

Grupy wsparcia dla matek pomagały kobietom w relaktacji i karmieniu piersią podczas australijskich blokad związanych z COVID-19. Ta sytuacja pokazała, że w kraju z rozwiniętą infrastrukturą systemu opieki społecznej i zdrowotnej, ogólnokrajowa infolinia wsparcia laktacyjnego, która bazowała na informacjach popartych dowodami naukowymi oraz wspierała psychicznie matki, realnie wpłynęła na odsetek matek karmiących piersią. W sytuacjach kryzysowych matki skarżą się niestety na brak wystarczającej ilości mleka w piersiach do wykarmienia dziecka. Reakcją na problemy laktacyjne matki powinno być kompetentne wsparcie w zakresie karmienia piersią a nie oferowanie mieszanki zastępującej mleko kobiece. Pamiętajmy, że wsparcie pracowników służby zdrowia i lekarzy w zakresie karmienia piersią ma istotne znaczenie dla decyzji kobiet o wprowadzeniu mieszanki lub kontynuowaniu karmienia piersią.

Piśmiennictwo

Gribble K., *Is emergency planning for infants and young children adequate?*, "The Australian Journal of Emergency Management", 2020, nr 35(1), str. 18-18.

Smith J., *Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response*, "Gender&Development", 2019, nr 27(2), str. 355-369.

Smith J.P., Iellamo, A., *Wet nursing and donor human milk sharing in emergencies and disasters: A review*, "Breastfeeding Review", 2020, nr 28(3), str. 7-23.

ROZDZIAŁ 5.2

Gdy karmienie piersią nie jest możliwe: relaktacja, mamczarstwo i mleko z banków mleka w warunkach Polskich

prof. dr hab. n med. Barbara Królak-Olejnik

Najważniejszym elementem opieki nad matką i dzieckiem jest ochrona, promocja i wsparcie optymalnego żywienia noworodków i niemowląt. Działania należy ukierunkować na wspieranie wyłącznego karmienia piersią u dzieci poniżej szóstego miesiąca życia i jego kontynuacji powyżej tego wieku, aż do dwóch lat i dłużej.

Wśród metod realizacji powyższych celów wymienia się między innymi opiekę szpitalną opartą na 10 Krokach Udanego Karmienia Piersią, w tym wczesną inicjację karmienia piersią u wszystkich noworodków, kontakt skóra do skóry i stały pobyt matki z dzieckiem.

Noworodki, które mają długotrwały kontakt skóra do skóry ze swoją matką, mają większe szanse na udane karmienie piersią. Z najnowszych badań Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) wynika, że 90 minut nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry, podczas którego dziecko jest osuszane i kładzione bezpośrednio na gołej klatce piersiowej matki po urodzeniu, maksymalizuje szansę na fizyczną gotowość dziecka do karmienia piersią. Zaobserwowano, że w szpitalach, które wdrożyły praktykę *rooming-in*, wskaźniki karmienia piersią poprawiły się. Tymczasem odseparowanie matki od dziecka zwiększa ryzyko dokarmiania mieszanką mleczną, które powinno być stosowana wyłącznie ze wskazań medycznych, a w sytuacjach kryzysowych wówczas, gdy wyczerpano możliwości karmienia mlekiem kobiecym.

Głównym problemem w sytuacji kryzysowej może okazać się brak wsparcia ze strony personelu w zakresie edukacji i inicjacji karmienia piersią. Często ze wskazań epidemiologicznych i lokalowych matki w szpitalach oddzielane są od swoich dzieci, co uniemożliwia wczesne rozpoczęcie karmienia piersią.

W sytuacji, gdy karmienie piersią nie jest możliwe rekomenduje się w pierwszej kolejności rozważenie próby relaktacji u matki, w drugiej karmienie

piersią przez inną matkę, a dopiero gdy nie ma takiej możliwości podanie odciągniętego mleka pochodzącego od innej kobiety z preferencją mleka dawczyń z banku mleka.

5.2.1

Relaktacja

Relaktacja wymaga wsparcia doświadczonego doradcy laktacyjnego, a powodzenie zależne jest od dodatkowych czynników, takich jak:

- kondycja i motywacja matki,
- wiek dziecka,
- czas, który minął od zakończenia karmienia piersią,
- wcześniejsze doświadczenia z karmieniem piersią.

Relaktacja może też być wspierana przez mamczenie, gdy jest praktykowana równoległe. Dziecko przystawiane efektywnie do piersi innej kobiety, nabywa umiejętności ssania w czasie, gdy laktacja u biologicznej matki rozwija się i stabilizuje.

Decyzja o sposobie karmienia dziecka powinna być podjęta z uwzględnieniem kontekstu kulturowego, decyzji matki oraz dostępności różnych możliwości w warunkach sytuacji kryzysowej.

5.2.2

Mamczarstwo

Mamczarstwo to płatna profesja (ang. *wet-nursing*), ale również wyraz solidarności i wsparcia między kobietami w bliskich relacjach (ang. *cross-feeding*). Bardziej akceptowana forma dzielenia się odciągniętym mlekiem, która wydaje się kulturowo bliższa współczesnym kobietom z powodu symbolicznych znaczeń przypisywanych karmieniu piersią. Podczas gdy odciągnięte mleko ma „odcieleśniony” charakter, przystawianie dziecka do piersi wiąże się z budowaniem bliskości i emocjonalną więzią. Formy dzielenia się odciągniętym mlekiem w ramach nieformalnych sieci *milksharingu* stają się coraz popularniejsze w sytuacji kryzysowej.

5.2.3

Mleko od dawczyń i z banku mleka kobiecego

W związku z zagrożeniami wynikającymi z podaży nieprzebadanego i nieprzetworzonego mleka kobiecego, w tym nieprawidłowym transportem i przechowywaniem mleka, a także ryzykiem transmisji chorób zakaźnych, w tym wirusa HIV, praktyki te traktowane są z ostrożnością i nie są zalecane przez organizacje eksperckie. W sytuacjach kryzysowych doświadczenia ze stosowaniem odciągniętego mleka dawczyń (zarówno formalnych, przez profesjonalne banki mleka, jak i nieformalnych, w ramach *milksharingu*) pozostają niestety niewielkie. Jego bezpieczne zastosowanie wymaga wcześniejszego przeprowadzenia oceny zapotrzebowania, a także zachowania właściwych procedur pozyskiwania, przetwarzania, przechowywania mleka oraz sprawnego systemu zarządzania jego dystrybucją. Istotne ryzyko wiąże się z brakiem możliwości zapewnienia odpowiedniej higieny, w sytuacji np. braku dostępu do elektryczności czy bieżącej wody, które mogą występować w niektórych sytuacjach kryzysowych.

Podsumowanie

1. Konieczna jest znajomość i realizacja Wytycznych operacyjnych, w celu zapewnienia dostępu do możliwie najlepszego pokarmu dla dzieci w ekstremalnych okolicznościach wynikających z konfliktów wojennych i kataklizmów.
2. Karmienie piersią w sytuacjach kryzysowych, podobnie jak w normalnych okolicznościach, stanowi podstawową formę żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci.
3. Relaktacja stwarza szanse na karmienie dziecka mlekiem własnej matki/kobiecy. Bywa skuteczną formą udostępniania mleka kobiecego w sytuacjach zagrożenia śmiercią głodową i niedożywieniem.
4. Mamczarstwo daje możliwość bliskości i karmienia piersią/mlekiem kobiecym w każdej sytuacji kryzysowej, jeżeli tylko uzyska akceptację kobiet i społeczeństwa.
5. Mleko własnej matki/kobiecy w sytuacjach ekstremalnych wynikających z wojen czy kataklizmów ratuje życie dzieci.

Piśmiennictwo

Carter S., Reyes-Foster B., Carter J.S., „*Breast is Best, Donor Next*”: *Peer Breastmilk Sharing in Contemporary Western Motherhood*, „*Sociological Inquiry*”, 2018, nr 88(7-8), <https://doi.org/10.1111/soin.12227>.

The Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (OG-IFE), <https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>

Meek J.Y., Noble L., Section on Breastfeeding, *Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk*, „*Pediatrics*”, 2022, nr 150(1).

Parker M.G., Stellwagen L.M., Noble L. i in., *Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant*, „*Pediatrics*”, 2021, nr 148(5).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, (Dz.U. 2018, poz. 1756).

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.

World Health Organization, *Ten steps to successful breastfeeding*, <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

ROZDZIAŁ 5.3

Zasady pozyskiwania i stosowania preparatów zastępujących mleko matki w sytuacjach kryzysowych

dr hab. n. med. Andrea Horwath

Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies*, OG-IFE, dalej: Wytyczne operacyjne) regulują zasady szacowania realnych potrzeb żywieniowych dzieci niekarmionych piersią, pozyskiwania zasobów i źródeł preparatów i produktów zastępujących pokarm kobiecego oraz jednocześnie wskazują na potrzebę organizacji pakietu pomocowego.

1. **Pozyskiwanie mleka modyfikowanego** w sytuacjach kryzysowych powinno odbywać się **jedynie w drodze kupna**, a nie darowizny.
2. **Stosowanie mleka modyfikowanego** powinno odbywać się **jedynie w sytuacjach wyjątkowych**, jeśli nie powiodły się inne metody wsparcia laktacyjnego (w tym relaktacji) oraz pozyskiwania innych źródeł pokarmu kobiecego. **Indywidualna ocena zapotrzebowania na mleko modyfikowane powinna być dokonana przez wykwalifikowanego pracownika**, przeszkolonego w kwestiach karmienia piersią i żywienia niemowląt.
3. Należy zadbać, aby w pakiecie pomocowym znajdowały się **preparaty jedynie do żywienia początkowego (oznaczone symbolem 1)**. Przeciwwskazane są preparaty do żywienia następnego oraz typu junior – ma to chronić najmłodsze dzieci (w wieku poniżej szóstego miesiąca życia) przed pomyłkami i stosowaniem preparatów niedostosowanych do ich potrzeb.
4. **Przekazanie opiekunom mleka modyfikowanego powinno wiązać się z jednoczesnym zaopatrzeniem w sprzęt i środki zapewniające higieniczne przygotowanie, przechowywanie i podaż mieszanki.**
5. **Mleko krowie niemodyfikowane może być wykorzystywane w sytuacji wyczerpania się innych źródeł i możliwości wykarmienia niemowlęcia.** Można je warunkowo zastosować, jako krótkotrwały zamiennik, także u niemowląt w wieku poniżej szóstego miesiąca życia, należy wówczas rozcieńczyć mleko przez dodanie wody i cukru (do ok. 100 ml gotowanego mleka dodaje się 50 ml wody i dwie płaskie łyżeczki cukru). Należy przy tym unikać przepajania wodą zwłaszcza małych dzieci (w wieku

poniżej szóstego miesiąca życia), ponieważ to może wywołać u nich zaburzenia wodno-elektrolitowe (przewodnienie, hiponatremię, hipoglikemię), a przewlekle – niedożywienie.

- Opiekuna, który karmi niemowlę mlekiem modyfikowanym należy zachęcać do stosowania kubeczków, a nie smoczków i butelek.

Najważniejsze jest, aby dystrybucja mieszanek mlekozastępczych nie zniechęcała matek karmiących piersią! Taka dystrybucja musi być prowadzona pod nadzorem odpowiednich, powołanych do tego celu podmiotów.

Podsumowanie

- W sytuacjach kryzysowych zaspokajanie potrzeb żywieniowych niemowląt i małych dzieci niekarmionych mlekiem matki jest ogromnym wyzwaniem dla pomocy humanitarnej. Wymaga znajomości i stosowania międzynarodowych wytycznych w tym zakresie, tj. Wytycznych operacyjnych.
- Stosowanie mleka modyfikowanego u niemowląt w sytuacji kryzysowej powinno być wykorzystywane w ostateczności, a pozyskiwanie zasobów może odbywać się jedynie w drodze kupna, pod kontrolą powołanych do tego celu podmiotów i stosowane po oszacowaniu wcześniejszych potrzeb wraz z niezbędnym pakietem wsparcia i w sposób zgodny z Międzynarodowym kodeksem marketingu produktów zastępujących mleko kobiece (ang. *The Code*).
- Darowizny i niewłaściwa dystrybucja produktów zastępujących mleko matki może negatywnie wpływać na proces karmienia piersią, zwiększając ryzyko niedożywienia, chorobowości i umieralności niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych.

Piśmiennictwo

IFE Core Group, *Operational Guidance on Infant Feeding in Emergencies (OG-IFE) version 3.0*, www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017

ROZDZIAŁ 6

Banki mleka kobiecego w sytuacjach kryzysowych – mleko od dawczyń jako pomost do mleka własnej matki

W S T Ę P

Alessandro Iellamo

Nieoptymalne karmienie niemowląt i małych dzieci jest przyczyną ponad 800 tysięcy zgonów rocznie na całym świecie. Wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy mogłoby zapobiec 13% zgonów dzieci poniżej piątego roku życia, podczas gdy rozpoczęcie karmienia piersią w pierwszej godzinie zapobiegłoby dodatkowym 22% zgonów noworodków. Karmienie piersią poprawia jakość życia dzieci również w późniejszym okresie ich życia zapobiegając chorobom takim jak białaczka, astma, nawracające infekcje uszu, alergie i cukrzyca oraz wspierając optymalny rozwój ośrodkowego układu nerwowego.

Podczas sytuacji kryzysowych ochrona, promowanie i wspieranie optymalnych praktyk karmienia niemowląt i małych dzieci jest priorytetową interwencją, która ratuje życie. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) zatwierdziły w 2002 r. [Globalną strategię żywienia niemowląt i małych dzieci](#) (ang. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding – IYCF*) (Tabela 1).

Rekomendowane przez WHO/UNICEF praktyki żywienia niemowląt i małych dzieci

- Rozpoczęcie karmienia piersią natychmiast po porodzie (w ciągu godziny).
- Wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia dziecka.
- Karmienie uzupełniające:
 - w odpowiednim czasie (wprowadzone w szóstym miesiącu życia dziecka),
 - adekwatne (pod względem energetycznym oraz odżywczym),
 - bezpieczne (higienicznie przygotowane, przechowywane i wykorzystywane),
 - odpowiednie (częstotliwość, metoda karmienia, aktywne karmienie).
- Kontynuowanie karmienia piersią po szóstym miesiącu do 24 miesiąca życia dziecka i dłużej.

Większość kobiet może i powinna karmić piersią. W nielicznych wypadkach gdy niemowlęta nie mogą ssać lub nie powinny być karmione piersią z przyczyn zdrowotnych, należy rozważyć alternatywy, w tym mleko z banku mleka kobiecego.

W 2007 r. eksperci Grupy zarządzającej ds. żywienia kryzysowego (ang. *Feeding in Emergencies Core Group – IFE*), której członkami są UNICEF i WHO, wydali **Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych** (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies IYCF–E*, dalej: Wytyczne operacyjne). W tych wytycznych zostało podkreślone znaczenie wspierania karmienia piersią w sytuacjach nagłych z uwzględnieniem potrzeb dzieci niekarmionych piersią oraz odpowiednie wprowadzania pokarmów uzupełniających. **Wytyczne operacyjne** uznają, że (...) *mleko kobiece pochodzące od dawczyń jest prawdopodobnie najlepszą opcją, gdy istnieją banki mleka kobiecego na obszarach dotkniętych sytuacją kryzysową, jednak należy zachować ostrożność i stosować surowe kryteria bezpiecznego korzystania z mleka kobiecego pochodzącego od dawczyń*. I dalej wskazuje: *Kluczowe warunki, które muszą być spełnione, aby bezpiecznie korzystać z mleka kobiecego pochodzącego od dawczyń to a) zgoda na jego wykorzystanie wśród władz, b) określone kryteria kwalifikowalności, c) zachowanie łańcucha chłodniczego, d) adekwatność jego dostaw (...)*.

Dzielenie się mlekiem kobiecym jest uznaną, lepszą opcją karmienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych niż podawanie mieszanek mlekozastępczych. Włączenie karmienia mlekiem kobiecym od dawczyń jako możliwej opcji w **Globalnej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci** oraz w **Wytycznych operacyjnych** legitymizuje uwzględnienie banków mleka kobiecego w planach gotowości i reagowania na wypadek sytuacji kryzysowej na szczeblu krajowym.

ROZDZIAŁ 6.1

Wyzwania związane z optymalnym żywieniem niemowląt i rola banków mleka kobiecego na świecie

dr Kiersten Israel-Ballard
Kimberly Mansen

Wcześnieiki, noworodki chore i o małej urodzeniowej masie ciała to dzieci, wśród których śmiertelność w krajach o niskich i średnich dochodach stanowi około 98%, z czego 75% w Azji Południowej i Afryce Subsaharyjskiej (WHO, 2019). Celem **Zrównoważonego Rozwoju ONZ 3.2** jest wyeliminowanie możliwych do uniknięcia zgonów noworodków i tym samym zmniejszeniu śmiertelności noworodków do mniej niż 12/1000 żywych urodzeń na całym świecie do 2030 r. (UN IGME, 2020).

Aby to osiągnąć potrzebne są ukierunkowane interwencje, które mają na celu optymalizację opieki nad wcześniakami, noworodkami chorymi i o małej urodzeniowej masie ciała i które są możliwe do wykonania oraz dostosowane do możliwości krajów o niskich i średnich dochodach. Jedną z najbardziej skutecznych interwencji jest zapewnienie optymalnego żywienia noworodków, zarówno tych z powikłaniami, które zagrażają ich życiu jak i tych w sytuacjach kryzysowych, poprzez dostarczanie ratującego życie mleka kobiecego.

6.1.1

Wyzwania związane z zapewnieniem optymalnego żywienia dla wcześniaków, noworodków chorych i o małej masie urodzeniowej

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia z 2022 r. mleko matki jest kluczowym składnikiem opieki nad wcześniakami i niemowlętami o małej masie urodzeniowej. Gdy karmienie piersią tych dzieci jest niewystarczające lub niemożliwe, zanim zostanie włączona mieszanka mlekozastępcza, należy rozważyć możliwość podania mleka kobiecego od dawczyń (które jest preferowaną kolejną opcją przed mieszanką mlekozastępczą). Niestety obecne systemy opieki zdrowotnej nad wcześniakami i niemowlętami o małej masie urodzeniowej w wielu krajach nie są przystosowane do tego, aby zapewnić optymalny dostęp do mleka matki lub mleka od dawczyń.

Karmienie noworodków urodzonych przedwcześnie, chorych i o małej urodzeniowej masie ciała jest wyzwaniem dla ich opiekunów i lekarzy. Ich stan naraża je na ryzyko niewystarczającego przyrostu masy ciała i zaburzeń odżywiania, w tym wynikających z wcześniactwa trudności ze ssaniem, połykaniem i oddychaniem. Separacja od matki podczas pobytu w szpitalu i wynikające z tego trudności logistyczne lub inne w dostarczeniu mleka matki na oddział, prowadzą często do zastosowania alternatywnych metodach karmienia. Rozdzielenie matki i noworodka może być spowodowane stanem zdrowia matki, zasadami odwiedzin w szpitalu dla krytycznie chorych niemowląt lub innymi kryteriami postępowania w danym szpitalu. Przedwczesny lub stresujący poród może spowodować opóźnienie w rozpoczęciu laktacji, a w niewystarczającą podaż mleka w ciągu kilku dni po porodzie lub później. Gdy matka rodzi przedwcześnie i/lub jej niemowlę nie jest w stanie jeść bezpośrednio z piersi, odciąganie pokarmu za pomocą laktatorów lub ręcznie może powodować trudności w utrzymaniu laktacji. Ponadto jeśli noworodki nie są karmione bezpośrednio piersią, mogą stać się zależne od karmienia kubkiem, tyżeczką lub przez sondę. Co więcej, braki kadrowe i stresujące środowisko intensywnej terapii noworodków uniemożliwia odpowiednie wsparcie laktacyjne dla matek tych dzieci.



Rysunek 1. Proces pozyskania, przygotowania i przekazania mleka bankowanego dla potrzebujących dzieci.

6.1.2

Rola mleka od dawczyń oraz aktualny status banków mleka kobiecego na świecie

Wytuczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies IYCF-E*, dalej: Wytuczne operacyjne) jasno stwierdzają, że mleko kobiece, z pierwszeństwem dla mleka biologicznej matki, jest najlepszym sposobem żywienia wcześniaków, noworodków chorych i o małej urodzeniowej masie ciała. Brakuje jednak szczegółowych wytycznych dotyczących tworzenia i utrzymywania systemów opieki zdrowotnej, których zadaniem będzie umożliwienie optymalnego karmienia tych dzieci, w tym wytycznych dotyczących wdrażania programów specjalistycznego i wykwalifikowanego wsparcia laktacyjnego, a także bezpiecznego stosowania mleka od dawczyń jako pomostu do karmienia piersią.

Chociaż mleko kobiece od dawczyń pochodzące z banku mleka kobiecego jest zalecane przez WHO, gdy mleko własnej matki nie jest dostępne (rysunek 1), a dowody naukowe wspierają jego stosowanie, nie istnieją jeszcze globalne wytyczne dotyczące bankowania mleka kobiecego. Obecnie trwają prace nad opracowaniem wytycznych, które będą zawierać minimalne standardy dotyczące bezpieczeństwa i stosowania bankowanego mleka ludzkiego.

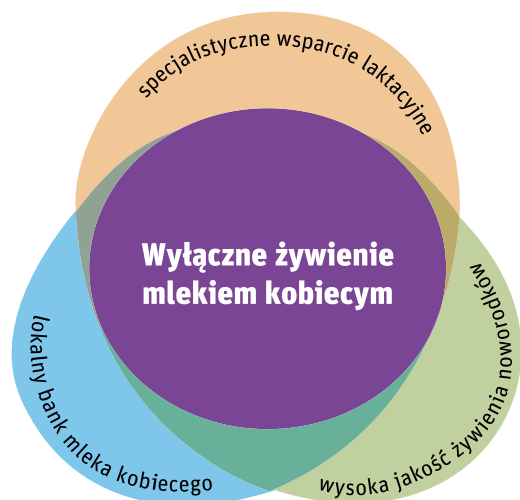


Na świecie istnieje ponad 700 banków mleka kobiecego. Większość z nich znajduje się w krajach o średnich i wysokich dochodach, podczas gdy największe zapotrzebowanie na mleko kobiece jest w krajach o niskich dochodach (rysunek 2). Dobrym przykładem kraju z dobrze działającym systemem banków mleka kobiecego jest Brazylia. Funkcjonuje tam ogólnokrajowy program zintegrowanego podejścia do ochrony, promowania i wspierania karmienia piersią, który obejmuje ponad 200 banków mleka. Niestety liczba banków mleka kobiecego na świecie jest nadal ograniczona ze względu na brak wytycznych i standardów ich funkcjonowania, niedostosowanie lokalnych polityk, brak danych, integracji i innowacji, które pomogą dostosować system funkcjonowania banków do warunków krajów rozwijających się.



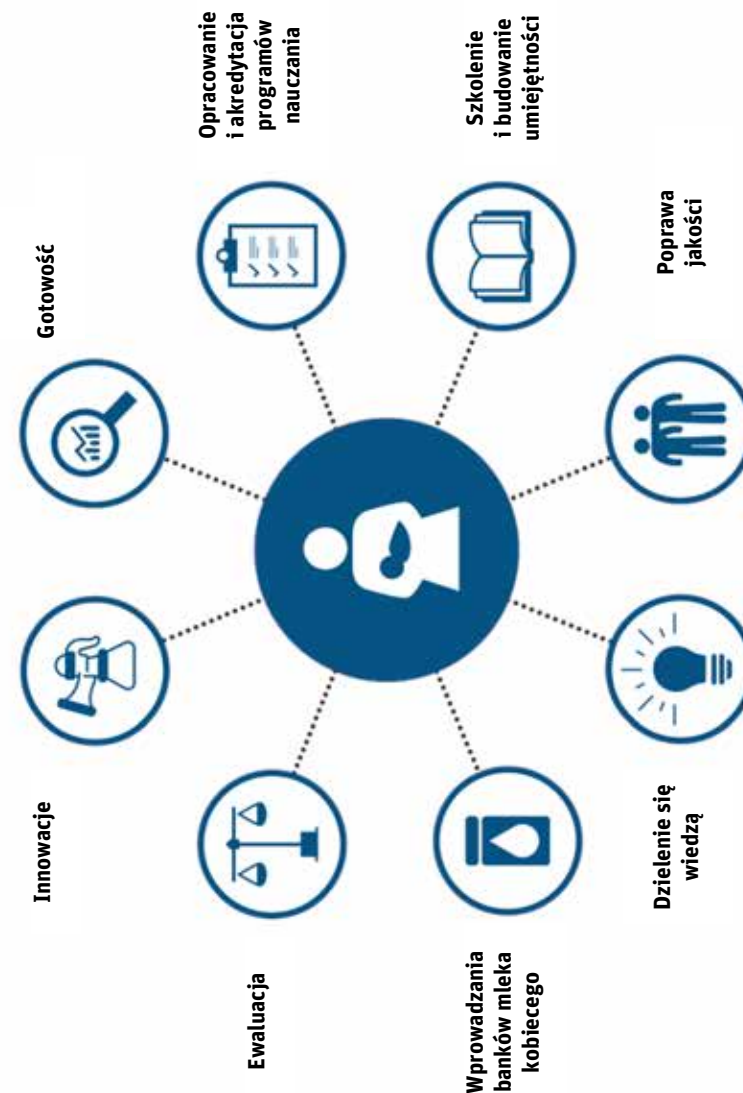
Rysunek 2. Globalna mapa banków mleka kobiecego przedstawiająca ponad 700 banków mleka kobiecego na całym świecie.

PATH (ang. *Program for Appropriate Technology in Health*), międzynarodowa organizacja non-profit zajmująca się zdrowiem publicznym, wskazuje, zgodnie z modelem brazylijskim, że bankowanie mleka kobiecego nie może być odizolowaną interwencją, ale wymaga raczej wielopłaszczyznowego podejścia, przy wsparciu matki i dziecka jako diady (rysunek 3). Zapewnienie diety opartej wyłącznie na mleku kobiecym wymaga specjalistycznego wsparcia laktacyjnego, lokalnego banku mleka kobiecego, bądź możliwości transportu tego mleka z banku mleka. Przez ponad dekadę PATH współpracował z ministerstwami zdrowia wielu krajów we wdrażaniu kompleksowego modelu tworzenia i funkcjonowania banków mleka. Praca ta została zebrana jako kompendium zasobów, szablonów i przewodników w **Zestawie narzędzi do tworzenia i integrowania z opieką zdrowotną banków mleka kobiecego**.



Rysunek 3. Wieloaspektowe podejście PATH do zapewnienia diety opartej wyłącznie na mleku kobiecym dla wszystkich noworodków.

Wraz z rosnącym zainteresowaniem możliwościami rozwoju bankowania mleka kobiecego, PATH proponuje światowym i regionalnym liderom politycznym, aby do podstawowej opieki nad noworodkiem został włączony „pakiet żywieniowy” stanowiący kompleksowy model żywienia wcześniaków, noworodków chorych i z matką urodzeniową masą ciała, wspierający zarówno matkę, jak i dziecko. Pakiet ten musi składać się z powiązanych ze sobą wieloaspektowych etapów: gotowości, programu nauczania, szkolenia/budowania potencjału, poprawy jakości, wzajemnego uczenia się, oceny, innowacji, a także bankowania mleka ludzkiego (rysunek 4).



Rysunek 4. Elementy kompleksowego pakietu opieki PATH w celu zapewnienia optymalnego żywienia noworodków.

ROZDZIAŁ 6.2

Przygotowanie banków mleka kobiecego na sytuację kryzysową

dr Kiersten Israel-Ballard
Kimberly Mansen

Mleko od dawczyń może potencjalnie wspierać karmienie mlekiem kobiecym niemowląt w sytuacjach kryzysowych, jednak w jego stosowaniu są wymagane środki ostrożności, które zapewnią bezpieczeństwo, zwłaszcza poza placówkami opieki zdrowotnej. Podaż mleka z banku mleka może wpłynąć na sposób żywienia dziecka i należy rozważyć jego zastosowanie tylko wtedy, gdy, istnieją systemy bezpieczeństwa umożliwiające priorytetowe traktowanie mleka własnej matki.

Wytyczne operacyjne dotyczące żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (ang. *Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies IYCF-E*, dalej: Wytyczne operacyjne) zalecają wyłączone karmienie piersią niemowląt w wieku poniżej szóstego miesiąca i objęcie matek tych niemowląt szczególną uwagą. Niestety wsparcie laktacyjne w sytuacjach kryzysowych nie zawsze jest skuteczne i nie ma mechanizmów oceny jego efektywności. Wcześniaki, niemowlęta z małą masą urodzeniową, dzieci osierocone lub chore i inne dzieci, które nie mają dostępu do mleka własnej matki, są najbardziej zagrożone w sytuacjach kryzysowych. Jednak istnieje niewiele danych dotyczących tego, jak te niemowlęta są karmione w sytuacjach nagłych. Według **Wytycznych operacyjnych** gdy mleko matki nie jest dostępne, te dzieci powinny móc skorzystać z mleka kobiecego od dawczyń jako priorytetowej drugiej opcji.

Wybrane wytyczne w zakresie żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E) dotyczące użycia mleka dawczyń (w skrócie):

- (5.11) Gdy karmienie piersią jest niedostępne, priorytetem powinna być re-laktacja, mamczarstwo i mleko kobiece od dawczyń.
- (5.14) Współdzielenie mleka kobiecego od dawczyń w sytuacjach kryzysowych było do tej pory ograniczone; sugestie wykorzystania mleka kobiecego od dawczyń tam, gdzie istnieją banki mleka kobiecego. Priorytetem powinny być noworodki i niemowlęta najbardziej zagrożone.

- (6.3) Bezpieczne korzystanie z mleka kobiecego od dawczyń wymaga oceny potrzeb, adekwatności dostaw, zapewnienie jakości, ukierunkowania wsparcia, zapewniania łańcucha chłodniczego i skutecznych systemów zarządzania.

Zestaw narzędzi dotyczący żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych amerykańskiego Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom zawiera również zapisy na temat stosowania mleka kobiecego od dawczyń w sytuacjach awaryjnych, jak wskazano poniżej (w skrócie):

- **Gotowość:** budowanie partnerstwa z bankami mleka kobiecego w celu opracowania procesów pozyskiwania mleka kobiecego od dawczyń dla potrzebujących rodzin.
- **Reakcja:** gdy niemowlęta nie mogą być karmione mlekiem własnej matki, należy ułatwić im dostęp do pasteryzowanego mleka kobiecego.
- **Szybka ocena potrzeb:** jeśli pasteryzowane mleko kobiece od dawczyń jest dostępne, należy zapewnić, aby niemowlęta karmione piersią, które zostały oddzielone od matki lub nie mają dostępu do mleka matki, otrzymały pasteryzowane mleko kobiece od dawczyń.

6.2.1

Studium przypadku z Filipin. Wykorzystanie mleka dawczyń w sytuacjach kryzysowych

Brak wytycznych i ustalonych mechanizmów dotyczących logistyki i bezpieczeństwa ogranicza stosowanie mleka kobiecego od dawczyń w sytuacjach kryzysowych. W odróżnieniu od mamczarstwa, czyli karmienia piersią dziecka przez kobietę inną niż matka biologiczna, istnieją bardzo ograniczone regulacje i wytyczne dotyczące mleka dawczyń.

Doskonałym przykładem sprawnego dzielenia się mlekiem kobiecym od dawczyń w sytuacji kryzysowej jest działalność Stowarzyszenia Banków Mleka Kobiecego na Filipinach, które organizuje bezpieczne pozyskiwanie i transport mleka kobiecego w rozległej sieci trzęsieniami ziemi i tsunami. Doktor Estrella J. Olonan-Jusi, MD, MPM, prezeska Stowarzyszenia Banków Mleka Kobiecego na Filipinach oraz dr Jose Fabella, lekarz z Memorial Hospital w Manili, podkreślają, że największym wyzwaniem związanym z dostarczaniem mleka kobiecego od dawczyń w tak zróżnicowanym otoczeniu jest zapewnienie łańcucha chłodniczego podczas transportu mleka kobiecego od dawczyń i już na miejscu, zanim zostanie podane dziecku. Zwracają uwagę również

na znaczenie szkolenia personelu medycznego, wolontariuszy i służb zaangażowanych w pomoc humanitarną w celu zapewnienia odpowiednich środków bezpieczeństwa dla pracowników pomocowych. Ważne jest też, aby każdy bank mleka na świecie miał „rezerwę” na wypadek sytuacji kryzysowej, która powinna wynosić co najmniej 10% zasobów danej placówki.

6.2.2

Przygotowanie banków mleka na sytuację kryzysową

Nadal istnieją liczne luki w prawodawstwach krajowych i wytycznych ogólnościowych dotyczących bezpiecznego dzielenia się mlekiem od dawczyń. Dlatego niezmiernie ważne jest, żeby działające placówki banków mleka kobiecego były gotowe na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowej. Obejmuje to:

- zabezpieczenie części pozyskanego mleka od dawczyń na wypadek sytuacji nagłej,
- bezpieczny transport mleka bankowanego przez utrzymanie łańcucha chłodniczego,
- przeszkolenie personelu medycznego i pracowników oraz wolontariuszy organizacji humanitarnych w zakresie prawidłowej dystrybucji i podawania mleka kobiecego od dawczyń potrzebującym dzieciom z zachowaniem kluczowych działań wspierających karmienie piersią.

Ponadto zalecane jest stworzenie sieci partnerstwa pomiędzy bankami mleka działającymi na danym terytorium i zespołami reagowania kryzysowego. Poniżej zaproponowano działania, które należałoby podjąć, aby zapewnić dostępność i bezpieczną dystrybucję mleka kobiecego od dawczyń w sytuacji kryzysowej.

Pozyskiwanie mleka kobiecego od dawczyń w ramach działalności banków mleka kobiecego:

- przygotowanie na sytuacje awaryjne: zabezpieczenie części pozyskanego mleka od dawczyń, aby było ono łatwo dostępne w sytuacji nagłej,
- określenie ile mleka od dawczyń można przeznaczyć na sytuacje awaryjne, przy jednoczesnym utrzymaniu podstawowych zapasów na codzienne potrzeby placówki,
- stworzenie i dbanie o relacje między bankami mleka kobiecego a organizacjami pomocowymi działającymi podczas wystąpienia sytuacji kryzysowych,

- ustanowienie protokołów i zapewnienie szkoleń dla personelu medycznego i pracowników oraz wolontariuszy organizacji humanitarnych działających na pierwszej linii podczas sytuacji kryzysowych,
- przygotowanie i zabezpieczenie pojemników do magazynowania mleka kobiecego od dawczyń.

Transport i przekazywanie mleka kobiecego od dawczyń do potrzebujących dzieci:

- zapewnienie właściwej temperatury mleka kobiecego w czasie transportu z banku mleka na miejsce katastrofy, aż do momentu podania go dziecku,
- opracowanie procedur przekazywania mleka kobiecego od dawczyń dla grup reagowania kryzysowego (personel medyczny, służby i organizacje humanitarne),
- przygotowanie planu awaryjnego na wypadek opóźnień lub trudności podczas transportu mleka kobiecego od dawczyń,
- przygotowanie niezbędnych zezwoleń dla transportu mleka kobiecego wymaganych przy przekraczaniu granic.

Dystrybucja i stosowanie mleka od dawczyń przez zespoły reagowania kryzysowego:

- zapewnienie priorytetowego traktowania karmienia piersią i dostępności wsparcia laktacyjnego,
- ocena zapotrzebowania na mleko kobiece od dawczyń i ustalenie grup priorytetowych, czyli grup niemowląt i małych dzieci najbardziej potrzebujących mleka bankowanego,
- określenie procesu dystrybucji mleka bankowanego: komu, przez kogo i jak często,
- określenie w jaki sposób mleko dawczyń ma być rozmrażane i podawane dzieciom,
- rozważenie potrzeb w zakresie monitorowania/śledzenia dystrybucji mleka dawczyń,
- przekazywanie informacji zwrotnych do banków mleka.

6.2.3

Wezwanie do działania na rzecz dalszych badań i ogólnych wytycznych

Aby zapewnić optymalne wykorzystanie mleka kobiecego od dawczyń w sytuacjach kryzysowych są potrzebne dalsze badania i ustanowienie globalnych wytycznych. Ponadto należy pilnie ustalić wspólne priorytety i koordynację

działań między organizacjami reagowania kryzysowego a bankami mleka kobiecego. Do tej pory nie udało się tego osiągnąć, a potencjał dostarczania mleka kobiecego od dawczyń dla potrzebujących pozostaje niewykorzystany. Poniżej zaproponowano niezbędne działania, zastosowanie których zwiększy wykorzystanie mleka bankowanego w sytuacjach kryzysowych.

- Niezbędne jest stworzenie globalnych wytycznych operacyjnych dotyczących bezpiecznego przechowywania, transportu, przygotowywania i stosowania mleka dawczyń w sytuacjach kryzysowych.
- Niezbędne są dalsze badania nad przewidywanym zapotrzebowaniem na mleko dawczyń w sytuacjach kryzysowych (przypadki użycia, czas trwania zapotrzebowania, wielkość zapotrzebowania).
- Niezbędna jest współpraca międzysektorowa – organizacje zajmujące się reagowaniem kryzysowym i banki mleka kobiecego posiadają niewykorzystany potencjał do współtworzenia rozwiązań w zakresie bezpiecznego transportu, przechowywania, dostarczania i stosowania mleka kobiecego od dawczyń w sytuacjach kryzysowych.
- Innowacje mające na celu poprawę warunków transportu, zapewnienie bezpiecznych metod karmienia mlekiem od dawczyń oraz większą dokładności prognozowania zapotrzebowania na mleko bankowane.

Mleko kobiece od dawczyń może stanowić pomost do mleka własnej matki oraz służyć promocji i ochronie karmienia piersią w sytuacjach kryzysowych, jeśli działania i procedury w zakresie jego dystrybucji zostaną starannie zaplanowane i wdrożone.

Podsumowanie

Mleko kobiece od dawczyń odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu optymalnego żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci, gdy mleko biologicznej matki jest niedostępne. Niestety brakuje globalnych wytycznych dotyczących bankowania mleka kobiecego, a także stosowania mleka kobiecego od dawczyń w sytuacjach kryzysowych. Istnieje pilna potrzeba współpracy i koordynacji działań pomiędzy organizacjami reagowania kryzysowego a bankami mleka kobiecego w celu stworzenia wspólnej strategii bezpiecznego dzielenia się mlekiem kobiecym jako możliwym sposobem karmienia ujętym w stanach nagłych zgodnie z wytycznymi dotyczącymi żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (IYCF-E).

Piśmiennictwo

Centers for Disease Control and Prevention, *Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E) Toolkit*, <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/downloads/iycf-e-toolkit-h.pdf> [dostęp: 22.06.2023]

Smith J., Iellamo A., *Wet nursing and donor human milk sharing in emergencies and disasters: A review*, „Breastfeeding Review”, 2020, nr 28(3), str. 7–23.

PATH, *Strengthening Human Milk Banking. A Resource Toolkit for Establishing and Integrating Human Milk Bank. A Global Implementation Framework. Version 2.0.*, Seattle, Waszyngton: USA, PATH, 2019.

Tableau Public. *Human Milk Bank Global Map*, https://public.tableau.com/views/HumanMilkBankGlobalMap_0/HumanMilkBankGlobalMap?:language=en-US&:toolbar=n&:display_count=n&:origin=viz_share_link [dostęp: 23.07.2023]

Wydawca:

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

ISBN 978-83-937933-0-3

Autorzy:

dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura
*/ Uniwersytecka Pracownia Badań nad Mlekiem
Kobięcym i Laktacją Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Jodine Chase
/ Grupa Robocza ds. Żywienia Dzieci w Kryzysie [IFE CG]

prof. Angela Giusti
*/ Krajowe Centrum Zapobiegania Chorobom i Promocji
Zdrowia, Włoski Narodowy Instytut Zdrowia*

dr hab. n. med. Andrea Horvath
/ Klinika Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Alessandro Iellamo
/ Family Health International 360 [Fhi360]

dr Kiersten Israel-Ballard, DrPH
*/ zespół ds. Rozwoju i Integracji Zdrowia Matki
i Dziecka, PATH*

dr n. pr. Anna Koronkiewicz-Wiórek
*/ Stowarzyszenie Ochrony, Promocji i Wsparcia
Karmienia Piersią*

prof. dr hab. n. med. Barbra Królak-Olejnik
*/ Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu*

Kimberly Mansen
*/ zespół ds. Rozwoju i Integracji Zdrowia Matki
i Dziecka, PATH*

dr n. med. Magdalena Nehring Gugulska, IBCLC
/ Centrum Nauki o Laktacji

Malwina Okrzesik, IBCLC
*/ Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych
„Dobrze Urodzeni”*

Patti Rundal
/ Baby Milk Action

prof. Julie Smith
*/ Narodowe Centrum Epidemiologii i Zdrowia Ludności,
Wydział Zdrowia i Medycyny, Australijski Uniwersytet
Narodowy*

dr hab. Aleksandra Wesolowska
*/ Fundacja Bank Mleka Kobiecego oraz Pracownia Badań
nad Mlekiem Kobięcym i Laktacją przy Regionalnym Banku
Mleka w Szpitalu im. Św. Rodziny w Warszawie,
Warszawski Uniwersytet Medyczny*

Redakcja naukowa:

dr hab. n. med. i n. o zdr. Aleksandra Wesolowska
dr n. biol. Magdalena Babiszewska-Aksamit

Korekta:
Redakcja naukowa:

Izabela Paczesna

Projekt graficzny i skład:

Żaneta 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



patronat medialny



