

Jak chronić karmienie piersią w sytuacjach kryzysowych?

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik,^{1,2} dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,¹ mgr Michałina Bednarska-Kacprzak^{1,3}

¹ Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie

² Centrum Medyczne Żelazna w Warszawie

³ Regionalny Bank Mleka Kobięcego, Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny w Warszawie

Skróty: HIV (*human immunodeficiency virus*) – ludzki wirus niedoboru odporności, WHO – World Health Organization

Wprowadzenie

Sytuacje kryzysowe to zdarzenia zagrażające bezpieczeństwu, zdrowiu lub życiu dużych grup ludzi, zwykle na dużym obszarze. Mogą być spowodowane kataklizmami naturalnymi – powodzią, pożarem ogarniającym duży teren, trzęsieniem ziemi, epidemią – lub działalnością człowieka – wojną, aktem terrorystycznym, skażeniem radioaktywnym lub awarią infrastruktury krytycznej na dużą skalę. Wiążą się z utrudnionym dostępem do wody, pożywienia i energii, brakiem schronienia, przeładunkiem w obozach ewakuacyjnych, złymi warunkami higienicznymi i ograniczonym dostępem do opieki medycznej. Silna dezorganizacja życia sprawia, że społeczeństwo nie jest w stanie poradzić sobie samo w takiej sytuacji, dlatego wymaga działań awaryjnych rządów i samorządów. Sytuacje kryzysowe stanowią szczególne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, który jest wtedy przeciążony i działa pod presją. Zwykle trudno przewidzieć, kiedy nastąpi kryzys, ale zawsze jest on przerażający i destrukcyjny, a siła jego oddziaływania zależy od natury samego zdarzenia oraz wrażliwości i przygotowania społeczeństwa.

Na skutki sytuacji kryzysowych, takie jak niedożywienie, wychłodzenie, zachorowania, urazy fizyczne oraz traumy psychiczne, które bezpośrednio zwiększają ryzyko poronienia, porodu przedwczesnego, zaburzenia laktacji i utraty życia własnego lub dziecka, szczególnie narażone są kobiety w okresie okołoporodowym.^{1,2} Negatywne konsekwencje zdrowotne mogą się utrzymywać

► Streszczenie

W artykule omówiono najważniejsze wyzwania, jakie niosą sytuacje kryzysowe dla opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie okołoporodowym oraz niemowlętami i małymi dziećmi. Niezależnie od zamożności i stopnia rozwoju społeczeństwa, takie sytuacje stanowią szczególne zagrożenie dla obu tych grup społecznych. Okazuje się, że bardzo skutecznym działaniem, nie tylko o znaczeniu żywieniowym, jest wspieranie karmienia naturalnego. Równie istotne są zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa żywienia dzieci, które nie mogą być karmione piersią ze względu na zwiększone ryzyko chorób i zgonów.

przez wiele lat, a nawet przez całe życie.³ W 2016 roku w wyniku wewnętrznych przesiedleń związanych z działaniami wojennymi we wschodniej Ukrainie u 34,8% kobiet w ciąży wystąpił zespół stresu pourazowego (PTSD), a poziom lęku był znacznie większy niż w grupie kontrolnej.⁴ Sytuacje kryzysowe stanowią również duże zagrożenie dla niemowląt i małych dzieci, niezależnie od stopnia zamożności i rozwoju społeczeństwa. Dzieci z tych grup wiekowych są obciążone ryzykiem biegunki, zakażenia układu oddechowego, niedożywienia oraz odwodnienia.⁵ W celu ochrony matek i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych podejmuje się szereg działań.

Według World Health Organization (WHO) i UNICEF jednym z wyjątkowo korzystnych działań jest ochrona i wsparcie karmienia piersią, które zapewnia dzieciom wysokiej jakości pokarm zawierający wszystkie składniki odżywcze, immunologiczne, przeciwzapalne, żywe komórki, czynniki wzrostu, enzymy oraz mikrobiotę toż-

Tabela 1. Materiały dotyczące organizacji opieki w kryzysieIYCF-E Operational, Guidance: www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017Save the Children Toolkit: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/keeping-children-safe-toolkit-child-protection/>IFE Core Group: www.ennonline.net/ifeENN, IFE Core Group (2021). Operational Guidance on Breastfeeding Counselling in Emergencies: www.ennonline.net/breastfeedingcounsellinginemergenciesGNC-TA: <https://ta.nutritioncluster.net/>

samą z mikrobiotą matki. Dodatkowo zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa, ochronę przed chorobami i higienę żywienia, dając największe szanse na przetrwanie. Sytuacje krytyczne pokazują jeszcze mocniej, jak brak karmienia piersią zwiększa zachorowalność i umieralność wśród dzieci. Utrzymanie karmienia naturalnego staje się kwestią zdrowia publicznego, a nie tylko autonomicznego wyboru matki.

Karmienie jest również ważne dla podtrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego matki oraz jej poczucia radzenia sobie w trudnej sytuacji. Zmniejsza ryzyko depresji i psychozy u matek. Warto dodać, że organizm kobiety zachowuje zdolność do wytwarzania pełnowartościowego mleka nawet mimo gorszego odżywienia i przejściowego braku pożywienia, co ma kluczowe znaczenie w sytuacjach kryzysowych.⁶ Dzieci karmione piersią są wtedy w lepszej sytuacji niż karmione sztucznie, których żywienie zależy od dostaw mieszanek, na których rodzaj matka nie ma wpływu.

Jak dotąd opracowano wiele dokumentów i wytycznych dotyczących bezpiecznego żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych (tab. 1). Największe znaczenie ma przygotowany na zlecenie WHO dokument: „Infant and young child feeding in emergencies” (IYCF-E), zgodnie z którym zaleca się wspieranie wyłącznego karmienia piersią dzieci do ukończenia 6. miesiąca życia i jego kontynuację aż do wieku 2 lat lub dłużej. Aby osiągnąć te cele, należy postępować zgodnie z zasadami opisanymi w dokumencie: „10 kroków do udanego karmienia piersią” (znane jako inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku), zapewnić opiekę laktacyjną matkom z grup ryzyka oraz ograniczyć podawanie substytutów mleka kobiecego do sytuacji, w których karmienie naturalne (karmienie

piersią, podawanie mleka odciąganego, mleka z banku, relaktacji [przywrócenie karmienia piersią po jego przerwaniu]) jest niemożliwe.⁷ Równie istotne są zagadnienia dotyczące bezpiecznego żywienia dzieci niekarmionych piersią. Szczegółowe komentarze polskich ekspertów do wspomnianego dokumentu opublikowano w czasopiśmie „Standardy Medyczne”.⁸

Atak Rosji na Ukrainę sprowokował działania pomocowe zarówno ze strony instytucji państwowych, opieki zdrowotnej, jak i organizacji *non-profit* zajmujących się szeroko pojętą promocją karmienia piersią (bezpłatna pomoc laktacyjna dla uchodźczyń, przygotowanie broszur i materiałów informacyjnych w języku ukraińskim, szkolenia dla personelu medycznego). Wojna w sąsiednim państwie skłoniła również Ministra Zdrowia do powołania zespołu ds. przygotowania strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych opartej na dokumencie WHO, ale dostosowanej do warunków panujących w naszym kraju. Autorzy strategii powinni opisać szczegółowo sposób organizacji i zadania wszystkich uczestników opieki nad matkami i dziećmi.

Podstawowe zasady ochrony karmienia naturalnego w sytuacjach kryzysowych

Karmienie piersią jest procesem fizjologicznym dla organizmu matki i dziecka. Gruczoł piersiowy dojrzewa w okresie ciąży, a po porodzie – dzięki złożonym mechanizmom hormonalnym i metabolicznym – zaczyna wydzielać mleko. Noworodek przychodzi na świat wyposażony w zachowania instynktowne i reakcje odruchowe, dzięki którym podejmuje ssanie piersi. Potrafi zawiadywać laktacją u matki, dostosowując wytwarzanie pokarmu do swoich potrzeb.⁹ Podstawowym zadaniem personelu medycznego sprawującego opiekę w szpitalu położniczym i ambulatorium jest: stworzenie odpowiednich warunków do karmienia piersią zgodnie z maksymą – *primum non nocere* (nie przeszkadzać fizjologii), wczesne rozpoznawanie trudności oraz udzielanie wsparcia, gdy jest ono niezbędne. Założenia tej opieki szczegółowo opisano w Standardzie Opieki Okołoporodowej, który obowiązuje w Polsce od 2012 roku.¹⁰ Jednak

Tabela 2. Umiejętności, jakie powinien posiadać pediatra, aby wspierać matki karmiące piersią w warunkach normalnych oraz w sytuacji kryzysowej

Umiejętności pediatry	Uzupełniające źródło
ocena przebiegu i skuteczności karmienia piersią	Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Browarska A.: Ocena skuteczności karmienia piersią. Kiedy, jak i dlaczego należy to robić. Med. Prakt. Pediatr., 2021; 3: 13–24 Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Karmienie piersią w dobie pandemii COVID-19 – zwiększona higiena i ochrona. Wytyczne dla personelu medycznego. Med. Prakt. Pediatr. Supl., 2020; 3 (129): 2–5
edukacja matki na temat zasad postępowania w laktacji	jw.
edukacja matki na temat korzyści z karmienia piersią	jw.
zachęta matki do wyłącznego karmienia piersią przez ok. 6 mies. i jego kontynuacji tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko	
edukacja na temat prawidłowego odżywiania się matek	Bzikowska-Jura A., Żukowska-Rubik M., Wesołowska A. i wsp.: Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji – aktualizacja. Standardy Medyczne Pediatria, 2023: 20 Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A.: Karmienie piersią w teorii i praktyce: podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2017: 121–133
przeprowadzenie pierwszego kontaktu skóra do skóry po porodzie	Standard Opieki Okołoporodowej ¹⁰
pomoc przy przyjęciu wygodnej pozycji do karmienia, ocena uchwycenia piersi i pobierania mleka	Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A.: Karmienie piersią w teorii i praktyce: podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2017: 77–84 Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B.: Protokół oceny umiejętności ssania piersi. Postępy Neonatologii, 2014; 1 (20): 53–67
edukacja na temat zwiększenia intensywności karmienia i odciągania pokarmu, gdy wskazana jest stymulacja laktacji z powodu słabego przyrostu masy ciała dziecka	Żukowska-Rubik M.: Zbyt mały przyrost masy ciała u karmionego piersią noworodka. Lekarz Rodzinny, 2019; 3 (233): 59–65 Nehring-Gugulska M.: Wskazania do odciągania mleka – kiedy, jak i czym? Postępy Neonatologii, 2022; 2 (28): 51–58
znajomość zasad higienicznego przygotowania sprzętu do odciągania i karmienia dziecka	Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Karmienie piersią w dobie pandemii COVID-19 – zwiększona higiena i ochrona. Wytyczne dla personelu medycznego. Med. Prakt. Pediatr. Supl., 2020; 3 (129): 2–5
ustalenie wskazań do dokarmiania mieszaną i jej objętości w przypadku braku poprawy mimo intensyfikacji karmienia lub stymulacji laktacji	Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M.: Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji. Postępy Neonatologii, 2014; 2 (21): 43–55
skierowanie matki i dziecka do specjalisty ds. laktacji w przypadku istotnych problemów w karmieniu	certyfikowani doradcy i konsultanci laktacyjni: www.mp.pl/artukul/71012 poradnie laktacyjne: www.mp.pl/artukul/71906
znajomość zasad rozszerzania diety	Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp.: Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Med. Prakt. Pediatr., 2021; 1: 23–44
znajomość źródeł informacji o stosowaniu leków w czasie laktacji	LactMed., E-lactancia, Leksykon leków, Centrum Nauki o Laktacji, www.kobiety.med.pl
znajomość przeciwwskazań do karmienia piersią	Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp.: Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Med. Prakt. Pediatr., 2021; 1: 23–44

^a Opracowano na podstawie 33. i 34. pozycji piśmiennictwa.

raport Najwyższej Izby Kontroli (2016 r.) i Fundacji Rodzić po Ludzku (2021 r.) wskazują, że ten standard nie jest w pełni respektowany.^{11,12}

W sytuacji kryzysowej konieczne jest wspieranie karmienia naturalnego na każdym jego etapie, **nie tylko** pozwalają na to warunki i okoliczności. Należy chronić i promować wczesną inicjację wyłącznego karmienia piersią u wszystkich

noworodków. **Kluczowe znaczenie ma:** kontakt skóra do skóry po porodzie trwający optymalnie ≥ 2 godziny, karmienie piersią w pierwszej godzinie po porodzie, kangurowanie noworodków, przebywanie matki z dzieckiem przez cały czas (*rooming in*). Matkom należy pomóc w znalezieniu wygodnej pozycji do karmienia, umożliwiającej dziecku głębokie uchwycenie piersi i efektywne

podawać

ssanie. W przypadku porodu przedwczesnego, jeśli karmienie piersią jest niemożliwe, w pierwszej kolejności należy zapewnić matce warunki do regularnego odciągania pokarmu i możliwość kangurowania dziecka, a noworodkowi ~~podać~~ siarę.

W ramach podstawowej edukacji należy nauczyć matkę, jak:

- rozpoznawać objawy głodu i sytości u noworodka – dziecko należy przystawiać do piersi za każdym razem, kiedy sygnalizuje głód
- monitorować skuteczność karmienia – ~~ocenia~~jąc liczbę moczonych pieluch i oddawanych stolców, a także monitorując przyrost masy ciała zgodnie z normami dla płci, wieku i urodzeniowej masy ciała, który jest obiektywną miarą skuteczności karmienia, ~~można sprawdzić, czy~~ **dziecko pobiera odpowiednią ilość pokarmu**
- karmić dziecko zgodnie z uniwersalnym schematem zapewniającym prawidłową stymulację laktacji – 8–12 karmień na dobę w zależności od potrzeb dziecka lub matki, w tym ≥ 1 w nocy; ssanie jednej piersi średnio trwa 15 minut, po opróżnieniu jednej piersi można zaproponować dziecku drugą pierś i zacząć od niej następne karmienie; warto zaznaczyć, że każde dziecko ma indywidualny rytm i czas trwania karmień, może jeść za każdym razem z jednej lub obu piersi
- stosować się do podstawowych zasad higieny przy karmieniu – częste mycie rąk, zwłaszcza przed karmieniem (lub dezynfekcja), mycie piersi przy okazji toalety całego ciała, smarowanie brodawek swoim mlekiem po każdym karmieniu
- postępować w przypadku nawału mlecznego oraz bolesności brodawek, jak ręcznie odprowadzić mleko, aby przed przystawieniem noworodka do piersi zmiekczyć otoczkę w przepełnionej piersi
- postępować w przypadku opóźnionej laktogenezy II lub niedoboru pokarmu w innych okresach laktacji – stymulacja laktacji poprzez zwiększenie liczby prawidłowych karmień lub z użyciem laktatora; dokarmianie dziecka mieszanką bez jednoczesnej stymulacji oraz bez ścisłych wskazań zaburza laktację

– korzystać z laktatora, kiedy jest to konieczne i możliwe ze względu na warunki higieniczno-sanitarne.

Prawidłowe karmienie piersią od początku stanowi profilaktykę niedożywienia, nasilonej żółtaczki i konieczności dokarmiania dziecka, czyli problemów stanowiących zagrożenie dla zdrowia lub życia dziecka w kryzysie. Prawidłowe karmienie to również profilaktyka powikłań u matki – powstawania uszkodzeń na brodawkach, obrzęku, zapalenia, ropnia piersi, słabszego obkurczania się macicy i zwiększonej utraty krwi. W tabeli 2 wymieniono umiejętności, które pomogą pediatrom zarówno w sytuacjach kryzysowych, jak i normalnych warunkach, a także piśmiennictwo uzupełniające.

Specyfika poradnictwa laktacyjnego w sytuacjach kryzysowych

Zasady organizacji i prowadzenia doradztwa laktacyjnego w sytuacjach kryzysowych w celu zwiększenia szans matek na karmienie piersią szczegółowo opisano w dokumencie „Operational guidance: breastfeeding counselling in emergencies”.^{13,14} Cały personel należy przeszkolić w zakresie specyfiki poradnictwa laktacyjnego w kryzysie, w tym umiejętności wskazania osób najbardziej potrzebujących (tab. 3). Podstawowych porad może udzielać zarówno personel medyczny (lekarze, położne, pielęgniarki), jak i niemedyczny (wspierające się wzajemnie matki lub pracownicy socjalni). Członkami zespołów interwencji kryzysowej powinni być doradcy laktacyjni, którym należy powierzyć opiekę nad matkami z grup ryzyka oraz z poważnymi trudnościami w karmieniu. Część personelu powinna się też w większym stopniu przygotować do pracy z osobami po przejściach traumatycznych (używanie technik *hands off* [bez dotykania]: instruktaż słowny, na modelu lalki i kobiecej piersi, wyjaśnianie celu i uzyskanie zgody na dotyk, poszanowanie godności, afirmujący język, komunikaty bez obwiniania (tab. 4)).

Wszystkim kobietom w ciąży i w okresie okołoporodowym należy zapewnić możliwość skorzystania z porady. Ważne jest, aby stwarzać środowisko przyjazne karmieniu poprzez promowanie prawi-

dłowych praktyk, a także utrzymać pod kontrolą donację substytutów mleka kobiecego w celu ograniczenia liczby matek wymagających specjalistycznej pomocy laktacyjnej. Rozdawnictwo mieszanek w czasie kryzysu, bez rozeznania potrzeb niemowląt, sprawia, że trafiają one również do matek, które mogą skutecznie karmić piersią, a podając je dzieciom, zaburzają swoją laktację.^{15,16} Zaobserwowano, że niekontrolowana dystrybucja substytutów mleka kobiecego zwiększa częstość biegunki u małych dzieci (np. po trzęsieniu ziemi w Indonezji w 2006 r.).¹⁷ Regulacje dotyczące dystrybucji mieszanek mlecznych oparte są na zapisach Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i kolejnych rezolucjach World Health Assembly (WHA). Produkty te należy przekazywać zgodnie z indywidualnymi potrzebami niemowląt, dyskretnie, nie zniechęcając kobiet do karmienia piersią.¹⁸ Nie można ich w żaden sposób promować ani przedstawiać jako pomocne w leczeniu. Za bezpieczne żywienie dzieci odpowiedzialne są instytucje rządowe, a nie producenci żywności dla niemowląt. Wszelkie działania instytucji rządowych w tej kwestii powinny być transparentne i wolne od wpływów komercyjnych.

W normalnych warunkach poradnictwo laktacyjne skupia się na edukacji rodziny na temat fizjologii karmienia, rozwoju dziecka i jego potrzeb żywieniowych (karmienie wyłącznie piersią i rozszerzanie diety). Natomiast w sytuacjach kryzysowych trzeba przede wszystkim uwzględnić wyzwania i zagrożenia, jakie mogą stać przed kobietami, komplikując karmienie. Przygotowanie matek na takie sytuacje zmniejsza ryzyko problemów i zaprzestania karmienia. Wśród **możliwych zagrożeń i wyzwań** wymienia się m.in.:

- zły stan zdrowia dziecka wynikający z wcześniactwa, niedożywienia, zachorowania na biegunkę – niemowlęta mogą być zbyt słabe, aby skutecznie pobierać pokarm z piersi; w takich sytuacjach konieczne jest odciąganie pokarmu i dokarmianie dziecka
- zły stan zdrowia matki (niepełnosprawność w wyniku odniesionych obrażeń, niedożywienie, zmęczenie, nieodpowiednie warunki sanitarne) – matki mogą mieć trudności z opieką nad dzieckiem i karmieniem, co może się przełożyć na rzadsze i krótsze karmienia oraz mniejszą

Tabela 3. Podział na grupy w zależności od priorytetu udzielania pomocy w sytuacji kryzysowej zgodny z Operational Guidance on Breastfeeding Counselling in Emergencies

pary matka–dziecko wymagające natychmiastowej pomocy

dzieci karmione mieszkanką (wyłącznie sztucznie lub w sposób mieszany)
matki z poważnymi problemami w karmieniu (obrzęk, zapalenie piersi, poranione brodawki, pozorny lub rzeczywisty niedobór pokarmu, odmowa ssania przez dziecko)
matki (osoby opiekujące się niemowlętami i małymi dziećmi) noworodków, wcześniaków, wieloraczków, niemowląt chorych, niedożywionych, z niepełnosprawnością utrudniającą pobieranie pokarmu
matki odseparowane od dziecka, po utracie dziecka
matki niedożywione, poważnie chore, niepełnosprawne, w ciężkim stresie, po doświadczeniu przemocy na tle seksualnym, po cięciu cesarskim lub ciężkim porodzie, karmiące obce dziecko, zakażone HIV

pary matka–dziecko z grupy ryzyka trudności w karmieniu

matki niemowląt <6. mż. (z wyłączeniem noworodków), z pierwszym dzieckiem, nastolatki kobiety ciężarne oczekujące pierwszego dziecka, wieloraczków, z niepowodzeniem w karmieniu piersią starszego dziecka w wywiadzie, z prawdopodobnym rozwiązaniem cięciem cesarskim, po zabiegu chirurgicznym na piersi, chore na cukrzycę, otyłość, depresję, niedożywione, oczekujące dziecka z wadą utrudniającą karmienie, ofiary przemocy seksualnej, zakażone HIV

pary matka–dziecko potrzebujące wsparcia i promocji

pozostałe kobiety ciężarne i matki karmiące piersią lub osoby opiekujące się niemowlętami i małymi dziećmi

Tabela 4. Jak postępować z matką w sytuacji kryzysowej, aby złagodzić skutki stresu?

Jak postępować?	Uzasadnienie
staraj się zapewnić każdej matce równy dostęp do świadczeń zdrowotnych	nierówność jest dyskryminująca i pogłębia stres
bardzo jasno informuj o możliwościach uzyskania pomocy, o dostępnej opiece zdrowotnej i okołoporodowej oraz o przysługujących prawach	brak informacji potęguje zagubienie i stres
używaj zrozumiałego języka, a w razie konieczności szukaj tłumacza	niezrozumienie może być przyczyną niezastosowania się do zaleceń
bierz pod uwagę różnice kulturowe i nie zmuszaj do działań wbrew nim	nieakceptowanie zaleceń skutkuje ich niewykonaniem
każdy wybór matki traktuj z szacunkiem	to wspiera samodzielność i samosprawczość
akceptuj ograniczenia matki, ale też swoje i przeciążonego systemu ochrony zdrowia	kryzys ich nie poprawi, nadmierne oczekiwania potęgują napięcie i stres
stosuj zasady dobrej, życzliwej komunikacji	dzięki temu osiągniesz lepsze efekty opieki
zapobiegaj izolacji społecznej (ułatwiał kontakty z rodziną, kieruj do grup wsparcia)	osamotnienie często pogłębia kryzys
rób badania przesiewowe zdrowia psychicznego w języku kobiety	kobiety z chorobami psychicznymi są szczególnie narażone
kobiety z zaburzeniami psychicznymi kieruj do specjalisty lub szpitala	szybka interwencja kryzysowa zmniejsza ryzyko depresji i zespołu stresu pourazowego; w przypadku ich wystąpienia konieczna jest terapia

wrażliwość na sygnały głodu; niekiedy konieczna jest bezpośrednia pomoc matce przy odciąganiu mleka; matki niedożywione mogą się też obawiać o jakość swojego pokarmu,¹⁹ a w przypadku epidemii o transmisję czynników zakaźnych przez pokarm

- zły stan psychiczny matek z powodu przeżytej traumy, utraty bliskich osób, niepokój o zaspokojenie podstawowych potrzeb, takich jak pożywienie, woda, schronienie, utrata dostępu do pomocy medycznej, brak wsparcia rodziny, załamanie struktur wsparcia społeczności; matki w stresie mogą mieć trudności z odpowiadaniem na potrzeby dziecka, opieką, uczeniem się karmienia (tryb przetrwania), blokowaniem odruchu wypływu mleka w stresie; niepokój matki wywołuje niepokój u dziecka oraz częstsze domaganie się ssania i wybudzanie w nocy, co zwykle budzi obawy matek o niedostateczną ilość pokarmu



- ~~separację matki i dziecka (np. w czasie wybuchu epidemii spowodowanej nieznanym drobnoustrojem, którą praktykowano w Chinach i Polsce na początku pandemii COVID-19 w 2020 r.);~~ brak pierwszego kontaktu, bliskości matki i dziecka zaburza proces karmienia piersią, co przekłada się na większą liczbę dzieci niekarmionych piersią; odciąganie, przechowywanie i transport mleka może przekraczać możliwości matki, dzieci pozbawione są ochrony immunologicznej mleka ludzkiego
- zaburzenie codziennego rytmu życia przez częste przemieszczanie się, konieczność długiego oczekiwania w punktach dystrybucji (np. żywności), konieczność opiekowania się starszymi dziećmi i innymi członkami rodziny; matki mają trudności z odpowiadaniem na potrzeby niemowlęcia, mogą podlegać presji bliskich i otoczenia, by zakończyć karmienie piersią postrzegane jako obciążające dla matki.

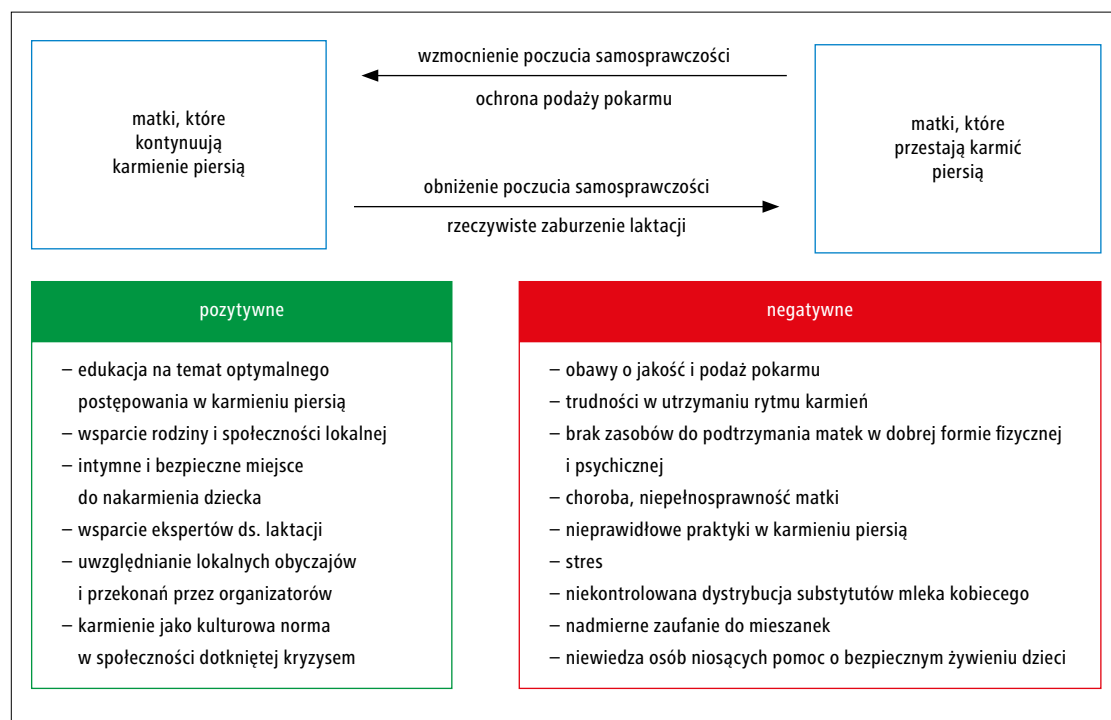
Oksytocyna i stres

Silny stres może zaburzać wydzielanie oksytocyny – hormonu warunkującego uwalnianie mleka z piersi. Z kolei blokowanie odruchu wypływu mleka utrudnia lub uniemożliwia nakarmienie dziecka, co matki i osoby z jej otoczenia interpre-

tują jako utratę pokarmu. W przypadku zalegania pokarmu w gruczołach po kolejnych karmieniach uruchamia się hamujący mechanizm autokrotny, który zmniejsza produkcję mleka. Opisane zaburzenia są tym większe, im dłużej matka pozostaje w stresie. Znane są historie kobiet, które w czasie wojny bezpowrotnie straciły mleko.²⁰ Lekarze z Kijowa obserwowali brak laktacji u matek rodzących w czasie ostrzałów, tłumacząc to nie tylko stresem, ale też nieobecnością bliskich.²¹

Nie przeprowadzono badań oceniających związek stresu ze zdolnością matek do utrzymania laktacji w sytuacjach kryzysowych, ale dostępne są badania obejmujące kobiety z depresją i lękiem. U kobiet z tej grupy obserwowano słabsze i opóźnione wyrzuty oksytocyny, a także osłabienie pulsacyjnego wydzielania hormonu w odpowiedzi na ssanie. Nie zauważono natomiast prostego związku między depresją i lękiem a poziomem oksytocyny. Dodatkowo wyrzut hormonu działa uspokajająco na matkę, dlatego karmienie samo w sobie jest korzystne. Stres zwiększa poziom kortyzolu, oddziałuje na funkcjonowanie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i zmniejsza wrażliwość na insulinę, co z kolei może ograniczać wytwarzanie pokarmu.²² Duże stężenie prolaktyny w pierwszych dniach po porodzie podtrzymuje zdolność gruczołu do wytwarzania mleka w przypadku niedostatecznego ssania przez dziecko. Jednak w miarę upływu czasu od porodu stężenie prolaktyny zmniejsza się i ma coraz mniejszy wpływ na wytwarzanie mleka. Zdolność do utrzymania karmienia zależy zatem od wielu czynników, nie tylko związanych z fizjologią organizmu czy indywidualnym postrzeganiem stresu przez kobietę i reakcją na niego, ale również od pozytywnych i negatywnych czynników zewnętrznych (ryc.).

Przekonanie, że matki w sytuacji kryzysowej przestają produkować pokarm, może być wyjątkowo szkodliwe, ponieważ pozwala zrezygnować z podejmowania jakichkolwiek działań. Trzeba mieć świadomość, że niektóre kobiety mogą stracić pokarm, ale niekorzystne procesy można odwrócić, zapewniając kobietom odpowiednią opiekę i wsparcie. W uruchomieniu wypływu mleka pomocne mogą być techniki relaksacyjne, spokojna rozmowa, ciepłe kompresy i delikatne masowanie piersi.



Ryc. Nakładający się wpływ różnych czynników na zdolność kobiet do kontynuacji karmienia piersią w sytuacji kryzysowej (oprac. graficzne J. Gugulska)

Proces relaktacji

Poradnictwo w sytuacji kryzysowej obejmuje także zagadnienia związane z relaktacją. ~~Proces stymulacji laktacji w przypadku osłabienia produkcji mleka lub braku inicjacji laktacji (np. z powodu porodu przedwczesnego) nie jest dobrze znany pediatrom i doradcom laktacyjnym.~~ Według definicji jest to wznowienie wytwarzania pokarmu (laktacji) u kobiety, która przestała karmić piersią ostatnio lub w przeszłości. Relaktację podejmuje się, aby karmić swoje lub inne dziecko. Najwięcej korzyści z takiego sposobu żywienia odnoszą niemowlęta do ukończenia 6. miesiąca życia. Ustalenie możliwości relaktacji powinno być priorytetem ~~u każdego dziecka, które~~ nie jest karmione piersią i nie można mu podać mleka z banku mleka kobiecego. Matkę należy poinformować o zaletach żywienia dziecka własnym mlekiem. Szanse na powodzenie relaktacji są tym większe, im silniejsza jest motywacja matki i młodszy wiek dziecka oraz im mniej czasu upłynęło od zaprzestania karmienia piersią. Matka podejmująca proces relaktacji potrzebuje intensywnego, profesjonalnego wsparcia doradcy laktacyjnego.

W przeglądzie systematycznym podsumowano praktyki relaktacji od czasu opublikowania wytycznych WHO w 1998 roku.²³ Do przeglądu włączono badania obejmujące matki dzieci w wieku <6 miesięcy, w większości hospitalizowanych z powodu biegunki, niedożywienia i odwodnienia. W relaktacji pomocne było częste przystawianie dziecka do piersi, kontakt skóra do skóry oraz ręczne i mechaniczne odciąganie pokarmu. Wykorzystywano też alternatywne metody dokarmiania (sonda przy piersi, metoda *drop and drip* [podawanie kropli mleka z piersi ~~aby~~ zachęcić niemowlę do ssania]).²⁴ W zależności od badania ponowną produkcję mleka uzyskano u 10–100% kobiet. Ze wszystkich par matka–dziecko włączonych do przeglądu 79,5% matek rozpoczęło relaktację, 48,5% kobiet po interwencji uzyskało karmienie wyłącznie piersią, a 28,3% karmienie mieszane. Wydzielanie mleka rozpoczęło się między 2. a 15. dniem, natomiast wyłączenie karmienia uzyskano w ciągu 3–30 dni. Tylko w 1 z 16 badań podsumowano obserwacje z miejsca objętego kryzysem humanitarnym, gdzie relaktacja zakończyła się sukcesem u 1 z 2 kobiet, które podjęły taką próbę.²⁵

Tabela 5. Optymalne sposoby żywienia niemowląt w sytuacjach kryzysowych w zależności od okoliczności, w jakich znajduje się matka i dziecko

dostęp do czystej, przegotowanej wody i możliwość mycia rąk	TAK	BRAK	TAK	TAK	TAK		BRAK
dostęp do sprzętu do odciągania/karmienia i możliwość dezynfekcji	TAK	BRAK	TAK	BRAK	BRAK		BRAK
efektywność ssania dziecka	DOBRA	DOBRA	SŁABA	SŁABA	SŁABA	DOBRA	DOBRA
wytwarzanie mleka u matki	PRAWIDŁOWE		PRAWIDŁOWE	PRAWIDŁOWE	NIEDOSTATECZNE	NIEDOSTATECZNE	NIEDOSTATECZNE
czym karmić?	mleko matki biologicznej		mleko matki biologicznej odciągane laktatorem	mleko matki biologicznej odciągane ręcznie ^a	mleko biologicznej matki z piersi i odciągane ręcznie mleko z banku mleka ^c mleko modyfikowane (w proszku lub w płynie)		mleko innej matki bezpośrednio z piersi ^d mleko z banku mleka ^c mleko modyfikowane gotowe w płynie + stymulacja ręczna laktacji
czym podawać?	bezpośrednio piersią		butelką	kubeczkim ^b	kubeczkim ^b		kubeczkim ^b

^a Łatwiej zapewnić higienę dłoni i kubeczka niż całego sprzętu.

^b Kubeczek łatwiej utrzymać w czystości niż butelkę i smoczek, choć trudniej z niego podać większą ilość mleka.

^c Przeznaczone dla wcześniaków, ale może być wykorzystywane u dzieci donoszonych.

^d Karmienie przez inną matkę wymaga akceptacji rodziców dziecka oraz dobrej umiejętności ssania. Brak regulacji prawnych.

Obecnie nie wiadomo jeszcze, na ile wsparcie procesu relaktacji jest możliwe i skuteczne w czasie kryzysu. Wydaje się, że w krytycznych fazach kataklizmu naturalnego lub spowodowanego przez ludzi może być trudne. Jednak po opanowaniu największej presji może się pojawić szansa i chęć na podjęcie interwencji. Należy szanować podejście matek, które z różnych powodów mogą się nie zdecydować na podjęcie próby relaktacji, nie wywierać presji. Dużo zależy od upowszechnienia karmienia piersią w populacji dotkniętej kataklizmem i akceptacji tego procesu. Z obserwacji wynika, że w czasie kryzysów humanitarnych podejmuje się próby relaktacji u kobiet i nie są one czymś niezwykłym. Konieczne są jednak badania doświadczalne, które pozwolą ocenić, jakie interwencje są skuteczne.

Optymalne żywienie w kryzysie w zależności od warunków

Z analizy wielu kryzysów na całym świecie i warunków, w jakich rodzą kobiety, wynika,

że niezależnie od sytuacji najbezpieczniejszym rozwiązaniem jest podawanie dziecku mleka jego własnej matki bezpośrednio z piersi. Nie wymaga to szczególnych warunków higienicznych, dostępu do wody ani sprzętu, a także niezależnia matkę od dostaw zewnętrznych. Niestety problemy utrudniające efektywne ssanie i odpowiednie wytwarzanie mleka przez matkę w sytuacji kryzysowej niewątpliwie się nasilają. Matki, których dzieci słabo ssą, muszą w higienicznych warunkach pozyskać pokarm i go podać, a kobiety z osłabioną laktacją są zmuszone korzystać z mleka innej kobiety lub sztucznych mieszanek. W każdym warunkach należy dokonać optymalnego wyboru, informować matkę o powodach decyzji, uzyskać jej akceptację, szanować jej zdanie i odmienność kulturową. Nie należy potęgować stresu, podkreślając wady karmienia sztucznym mlekiem, skoro w danej sytuacji jest ono niezbędne.

W tabeli 5 zebrano informacje pomocne w podejmowaniu indywidualnych decyzji w zależności od warunków, stanu dziecka i laktacji u matki.

Obecnie w Polsce mleko z banku jest dostępne dla dzieci urodzonych przedwcześnie. Aby z niego skorzystać w sytuacji kryzysowej, należy opracować odpowiednie regulacje i procedury określające grupy docelowe, zapewniające jego odpowiednią ilość oraz pozyskiwanie i transport w odpowiednich warunkach higienicznych i chłodniczych.⁸

Karmienie przez inną matkę może się wydawać kontrowersyjne, jednak w przypadku ryzyka głodu ratuje życie. Należy także pamiętać, że takie rozwiązanie, podobnie jak podawanie mleka z banku lub mleka sztucznego, zapewnia odżywienie dziecka, ale nie stymuluje laktacji u biologicznej matki, dlatego należy je stosować tylko w najtrudniejszych sytuacjach. W tym czasie warto zadbać o stymulację gruczołu matki. Sposoby dezynfekcji sprzętu medycznego do pozyskiwania i podawania mleka szczegółowo opisano w suplemencie do „Medycyny Praktycznej – Pediatrii” 3/2020 (www.mp.pl/pediatria/praktyka-kliniczna/karmienie-piersia).²⁶

Substytuty mleka kobiecego powinno się podawać, gdy nie ma innego wyboru. W czasie kryzysu takie postępowanie należy zastosować u: noworodków żywionych sztucznie przed wystąpieniem kryzysu, dzieci wymagających dokarmiania, które nie mogą otrzymać mleka z banku, dzieci odseparowanych od matek, dzieci ciężko chorych matek (p. ramka 1), sierot, dzieci matek będących ofiarami gwałtu (gdy matki nie są w stanie podjąć karmienia piersią). Żywienie tych niemowląt należy zorganizować w taki sposób, aby ryzyko niekarmienia piersią było jak najmniejsze. Na rynku dostępne są mieszanki w postaci proszku oraz płynu gotowego do użycia. Zgodnie z informacją zamieszczoną na opakowaniu mieszankę w proszku powinno się używać tylko w odpowiednich warunkach higieniczno-sanitarnych. Natomiast w przypadku braku dostępu do wody oraz środków higieny zaleca się podawać dzieciom mieszanki gotowe do użycia. W dotychczasowych kryzysach największym wyzwaniem było przygotowanie mieszanki w higienicznych warunkach oraz ograniczona dostępność.¹⁹

► Ramka 1. ~~Sytuacje wymagające zastosowania substytutu mleka kobiecego~~

- Ważne: według najnowszych wytycznych WHO w przypadku matek zakażonych HIV oraz **nieodpowiednich warunków higieniczno-sanitarnych** zaleca się wyłączenie karmienia piersią przez pierwszych 6 mż. dziecka oraz jego kontynuację >6. mż. przy jednoczesnym wprowadzaniu pokarmów uzupełniających.
- Takie same zalecenia obowiązują u matek z nieznanym wynikiem badań w kierunku HIV.²⁷
- W krajach rozwiniętych matkom zakażonym HIV zaleca się karmienie sztuczne, ponieważ w normalnych warunkach takie postępowanie jest bezpieczniejsze niż karmienie piersią (www.mp.pl/artykul/257297 lub QR kod obok – przyp. red.).
- W miarę pojawiania się nowych doniesień zaczęto rozważać możliwość karmienia piersią przez kobiety zakażone HIV, pod warunkiem że: matka chce karmić piersią, jest skutecznie leczona, odpowiednio często monitoruje się wiramię (brak wytycznych co do częstotliwości), dziecko dostaje profilaktycznie leki przeciwretrowirusowe, matka i dziecko są pod stałą opieką lekarską. W bilansie ryzyka i korzyści należy uwzględnić fakt, że terapia profilaktyczna u niemowlęcia nie daje 100% ochrony przed zakażeniem, a długofalowe działanie leków przeciwretrowirusowych jest nieznane.
- Jednak w sytuacji kryzysowej bezpieczne alternatywy dla pokarmu matki mogą być niedostępne (brak możliwości przegotowania wody i umycia butelek) nawet w krajach wysoko rozwiniętych. Dotyczy to także dostępności leków profilaktycznych dla dzieci i kobiet. W skrajnie ciężkich warunkach karmienie piersią przez matkę zakażoną HIV może dawać dziecku większe szanse na przetrwanie.
- W tej kwestii wytyczne WHO należy dostosować do lokalnych warunków, a każdy kraj powinien przygotować wytyczne operacyjne dotyczące karmienia piersią lub niekarmienia piersią przez matki zakażone HIV w sytuacjach kryzysowych. Procedury zależą od: uwarunkowań kulturowych i socjoekonomicznych populacji, dostępu do ochrony zdrowia i jej jakości, lokalnej częstości zakażeń HIV z uwzględnieniem kobiet ciężarnych, głównych przyczyn niedożywienia wśród matek i dzieci oraz przyczyn umieralności dzieci.²⁴

Barier i wyzwania

Efektywne wsparcie i skuteczna ochrona karmienia naturalnego w sytuacjach kryzysowych zależą od wielu czynników. W „Operational guidance: breastfeeding counselling in emergencies” opisano bariery w realizacji opieki laktacyjnej sprawowanej nad matką i dzieckiem:

- finansowe – ograniczenia w planowaniu i finansowaniu przez rząd, agencje rządowe oraz darczyńców
- organizacyjne – brak programów opieki laktacyjnej w standardowej sytuacji oraz kryzysowej, niesprecyzowane obowiązki poszczególnych instytucji, brak procedur, słaba koordynacja działań
- kadrowe – niewystarczająca liczba personelu medycznego oraz niemedycznego (grupy wsparcia, pomoc matka–matce) odpowiednio wyszkolonego w zakresie laktacji, zwłaszcza w przypadku masowego napływu osób wymagających pomocy, priorytetowym celem jest leczenie i ratowanie życia, przeciążenie obowiązkami i duża rotacja personelu, brak personelu z umiejętnościami językowymi i znajomością różnic kulturowych
- wynikające ze specyfiki społeczności i innych uwarunkowań, takich jak: brak dostępu do informacji o możliwości skorzystania z pomocy laktacyjnej (stąd pozornie małe zapotrzebowanie na nią), zaangażowanie matek w inne niezbędne zajęcia i związany z tym brak czasu, brak motywacji matek do korzystania z pomocy laktacyjnej, jeśli nie jest związana z korzyściami materialnymi, preferowanie substytutów mleka kobiecego z powodu agresywnego marketingu, rezygnowanie z pomocy z powodu złego samopoczucia psychicznego, brak zaufania do jakości dostępnej pomocy, ograniczenia w poruszaniu się, duża odległość od miejsca udzielania pomocy, brak transportu, brak poczucia bezpieczeństwa, niepełnosprawność.

Na podstawie przeglądu systematycznego dostępnego piśmiennictwa oceniono, jakie wyzwania dotyczące żywienia niemowląt pojawiają się w sytuacjach kryzysowych i jakie strategie wsparcia się sprawdzają.¹⁹ Zaobserwowano, że wsparcie karmienia piersią było skuteczniejsze, jeżeli matkom zapewniono karmienie dziecka w intymnych warunkach (np. w oddzielnym namiocie, w miejscu wydzielonym zasłoną lub przynajmniej po okryciu się chustą). Matki czuły się lepiej, gdy w decyzji o karmieniu piersią wspierała je najbliższa rodzina i społeczność, osoby ważne dla tej społeczności ze względu na starszeństwo lub religię. Mimo wielu barier i niedogodności

karmienie piersią w sytuacji kryzysowej zwykle kontynuowały matki ze społeczności, w których jest ono kulturową normą. ~~Kobiety zgłaszały, że o możliwości nakarmienia dziecka przekonywało ich poczucie bezpieczeństwa oraz jakakolwiek kontrola nad sytuacją.~~ Na potrzeby kobiet trafniej odpowiadały rady ekspertów uwzględniające lokalne zwyczaje i przekonania matek (np. co pogarsza jakość mleka i ogranicza jego podaż, a co poprawia laktację [np. lokalne galaktagogi]; p. ramka 2).

Trudności z utrzymaniem karmienia naturalnego w sytuacjach kryzysowych wiązały się z gorszym poczuciem samosprawczości matek (przekonanie, że są w stanie wykarmić dziecko piersią, które jest silnym czynnikiem prognostycznym powodzenia karmienia naturalnego). Matki obawiały się zmniejszenia ilości mleka w związku ze zmęczeniem, koniecznością przemieszczania się i gorszym żywieniem, przez co łatwiej sięgały po mieszanki (trzęsienie ziemi w Nowej Zelandii w 2011 r., pożary w Kanadzie w 2016 r.). Obawy matek o ilość i jakość mleka są na tyle powszechne, że otrzymały swoją nazwę – **pozorny niedobór pokarmu** (ang. *perceived insufficient milk supply*). Dotyczy on 50% matek w pierwszych miesiącach po porodzie i wraz z dokarmianiem mieszankami należy do najczęstszych przyczyn rezygnacji z karmienia piersią.³¹ Podstawowym zadaniem lekarza w przypadku takich obaw jest ocena skuteczności karmienia piersią i odróżnienie niedoboru pozornego od rzeczywistych problemów ze strony dziecka, matki lub związanych z nieprawidłowym postępowaniem w karmieniu, które skutkuje słabym przyrostem masy ciała.

Trudności w karmieniu piersią w czasie katastrof mogą wynikać z braku wiedzy na temat prawidłowego postępowania (np. noworodki nie dostawały siary, nie praktykowano wyłącznego karmienia piersią) oraz zasobów niezbędnych do podtrzymania matek w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Niekiedy podstawowej wiedzy nie mają nie tylko matki, ale także organizacje niosące pomoc, które nie tylko nie przekazują odpowiednich informacji o bezpiecznym żywieniu dzieci, ale także czasami promują nieprawdziwe informacje. Negatywny wpływ na karmienie piersią ma także zbytne poleganie na sztucznym mleku. Matki sięgają po nie, gdy obawiają się, że

mają za mało swojego pokarmu, zwłaszcza jeżeli mieszanki są łatwo dostępne i reklamowane jako odżywcze. W wielu miejscach dotkniętych kryzysem obserwowano istotne zwiększenie zużycia substytutów mleka kobiecego.

Podsumowując, matki karmiące piersią mogą mieć trudności z wytwarzaniem pokarmu w sytuacji kryzysowej z powodu związanych z nią drastycznych braków żywności, przebywania w ciężkich warunkach, zmęczenia i stresu. Z drugiej strony wiele czynników innej natury nie ma żadnego wpływu na produkcję mleka, ale oddziałuje na poczucie samosprawczości i wybory matek (ryc.).

W sytuacji kryzysowej łatwiej jest zastosować optymalne praktyki dotyczące karmienia niemowląt i małych dzieci, jeśli były one ugruntowane wcześniej. Dotyczy to szerokiej edukacji kobiet, rodzin, społeczeństw i pracowników ochrony zdrowia w zakresie znaczenia karmienia piersią i wartości mleka kobiecego, optymalnego czasu stosowania karmienia wyłącznego i ogólnie stworzenia dobrych warunków do inicjacji karmienia w szpitalach położniczych, wspierającej opieki nad matką w warunkach ambulatoryjnych, polityki państwa w zakresie urlopów macierzyńskich, ograniczenia reklamy substytutów mleka kobiecego i wielu innych aspektów. Bezwzględnie wcześniej należy przygotować procedury i przeszkolić personel na wypadek kryzysu, tak aby w razie jego wystąpienia nie postępować chaotycznie, tylko zgodnie z planem.¹⁹ Choć każdy kryzys ma odmienne uwarunkowania, postępowanie zawsze jest podobne. Najważniejsze, aby procedury były zrozumiałe, możliwe do wykonania oraz akceptowane przez personel i matki.

Doświadczenia polskie

W Polsce mieliśmy w ostatnim czasie dwa poważne kryzysy: pandemię COVID-19 i wojnę w Ukrainie. Oba zdarzenia pokazały ograniczenia naszego systemu ochrony zdrowia w zakresie żywienia dzieci, ale też sprawdzone i skuteczne strategie.

Podczas kryzysu związanego z pandemią nawiązały się ograniczenia, które istniały wcześniej, uniemożliwiając karmienie naturalne dzieci matek zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Lęk przed

► Ramka 2. Wpływ diety matki na jakość pokarmu

- Przekonania matek o wpływie ich diety na pokarm mogą się różnić od wiedzy naukowej. Skład pokarmu matczyne w niewielkim stopniu zależy od diety jaką stosują, poza proporcją tłuszczów nasyconych do nienasyconych, zawartością wit. z grupy B (B12 u weganek), wit. C, jodu i fluoru. Dodatkowa suplementacja wapnia, żelaza, cynku i miedzi nie wpływa na ich zawartość w mleku. Ewolucyjnie, priorytetową funkcją organizmu matki jest zapewnienie przetrwania potomstwu, dlatego w razie niedoboru składników w pożywieniu wykorzystywane są zasoby matczyne (m.in. wapń). Niewątpliwie jakość mleka pogarsza nikotyna. W przypadku spożywania dużej ilości ryb z zanieczyszczonych zbiorników w mleku mogą się pojawić toksyny środowiskowe. Ilości pokarmu zmniejsza się u kobiet spożywających <1500 kcal/24 h.⁶
- Polskie matki najbardziej – choć niesłusznie – obawiają się alergenów, substancji wzdymających i przypraw o silnym zapachu. Alergię na białka mleka krowiego potwierdza się u <1% dzieci.²⁸ Znikome ilości antygenów w postaci fragmentów (nanogramów) peptydów, jakie pojawiają się w pokarmie niektórych matek, bardzo rzadko wywołują silną reakcję nadwrażliwości u niemowląt z alergią IgE-zależną. Obecnie uważa się, że ich obecność może wpływać na wytwarzanie tolerancji na antygeny białkowe dostarczane w czasie rozszerzania diety. Zgodnie z wytycznymi GAZLEN (2022) większość kobiet karmiących dzieci z alergią na niektóre białka nie musi unikać tych składników w posiłkach.²⁹ Należy też pamiętać, że >50% noworodków w Polsce spożywa białka mleka krowiego w czasie dokarmiania mieszanką sztuczną w szpitalu po porodzie.¹¹
- Substancje wzdymające zawarte w roślinach strączkowych czy kapustnych nie wchłaniają się z jelita grubego matki i nie mają szansy znaleźć się w pokarmie. Z kolei obecność w kobiecym mleku związków zapachowych pochodzących z diety matki wpływa korzystnie na tolerancję nowych pokarmów w czasie rozszerzania diety niemowląt. W dotychczas przeprowadzonych badaniach nie zaobserwowano pogorszenia łaknienia i zmniejszenia spożycia mleka w przypadku obecności substancji zapachowych w mleku matki.³⁰

transmisją wirusa z matki na dziecko oraz brak ugruntowanej wiedzy na temat wartości kobiecego mleka, kontaktu skóra do skóry i pierwszego karmienia sprawił, że dzieci izolowano od matek. Do częstszego sięgania po mleko sztuczne przyczynił się także brak procedur i sprzętu do higienicznego pozyskiwania mleka od matki biologicznej. Jeszcze przed pandemią mlekiem sztucznym karmiono >60% noworodków w pierwszych dobach życia, z czego 10% dzieci bez poinformowania matki.¹² Jednocześnie, aż 60% matek dzieci wymagających dokarmiania nie otrzymało pomocy w odciążeniu pokarmu.³² W tym trudnym czasie

rozwinęła się telemedycyna, która pozwoliła wielu matkom utrzymać laktację, a także uaktywniły się organizacje pozarządowe, które naciskały na przestrzeganie zaleceń WHO i CDC dotyczących karmienia naturalnego.

Z kolei podczas kryzysu uchodźczego udało się zaoferować matkom ukraińskim taką samą pomoc, jaką oferujemy matkom polskim – na podobnym poziomie i z podobnymi ograniczeniami. Było to możliwe dzięki decyzji polskiego rządu o nadaniu uchodźcom numerów PESEL. W pierwszych dniach wojny do Polski przyjechało 8 milionów uchodźców, z których większość stanowiły kobiety, w tym matki z dziećmi i ciężarne. W polskich szpitalach przyszło na świat 4306 ukraińskich dzieci, a osiadło w Polsce około miliona osób (Frontex, grudzień 2022 r.). Kobiety znalazły schronienie, a często też wsparcie rodzin przyjmujących je do swoich domów. W pokonywaniu bariery językowej pomagali zatrudnieni tłumacze. Dodatkowo wiele informacji publikowano w języku ukraińskim. Mimo że dostęp do doradców laktacyjnych nie jest powszechny, a porady są odpłatne, wielu doradców oferowało je bezpłatnie. Ukrainki chętnie inicjują karmienie piersią i kontynuują je dzięki elementom wsparcia. Jednak zdarzały się też sytuacje, w których stres i nieobecność bliskich stanowiły przeszkodę dla prawidłowego przebiegu laktacji.

Podsumowanie

Karmienie piersią w czasie kryzysu jest interwencją ratującą życie. Głównym kierunkiem działań w kwestii ochrony karmienia naturalnego jest umożliwienie wyłącznego karmienia piersią do ukończenia 6. miesiąca życia dziecka i jego kontynuacja aż do wieku ≥ 2 lat. Jeśli kobieta nie może karmić bezpośrednio piersią, należy pozyskać mleko matki, w kontrolowany sposób podać mleko z banku lub w ostateczności – sztuczne, postępując zgodnie z przygotowanymi wcześniej procedurami. W okresie stabilnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej warto zniwelować wszelkie niedociągnięcia w obszarze żywienia naturalnego niemowląt i małych dzieci. Postępując zgodnie z opracowanymi procedurami opartymi na dorobku naukowym światowej medycyny,

zwiększamy szansę na złagodzenie skutków nagłych sytuacji.

PIŚMIENNICTWO

- Hyman I., Dussault G.: Negative consequences of acculturation on health behaviour, social support and stress among pregnant Southeast Asian immigrant women in Montreal: an exploratory study. *Can. J. Public Health Rev. Can. Sante Publique*, 2000; 91 (5): 357–360
- Mechakra-Tahiri S., Zunzunegui M.V., Seguin L.: Self-rated health and postnatal depressive symptoms among immigrant mothers in Québec. *Women Health*, 2007; 45 (4): 1–17
- Rodriguez-Muñoz M.F., Chrzan-Dętkoś M., Uka A. i wsp.: The impact of the war in Ukraine on the perinatal period: Perinatal mental health for refugee women (pmh-rw) protocol. *Front. Psychol.*, 2023; 14: 1152478
- Ancheva I., Morozova K.: Post-traumatic Stress Disorder amongst Internally Displaced Pregnant Females. <https://repo.odmu.edu.ua:443/xmlui/handle/123456789/7411> (dostęp: 5.04.2023)
- Carothers C., Gribble K.: Infant and Young Child Feeding in Emergencies. *J. Hum. Lact. Off. J. Int. Lact. Consult. Assoc.*, 2014; 30 (3): 272–275
- opinionisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji – Aktualizacja. *Stand. Med. Pediatr.*, 2023 (w druku)
- Infant and young child feeding in emergencies (IYCF-E): www.who.int/ife/iycfe (dostęp: 15.03.2023)
- Wesołowska A., Bzikowska-Jura A., Horvath A. i wsp.: Żywność noworodków i niemowląt w sytuacjach kryzysowych – komentarz polskiej Grupy Ekspertów do wybranych wytycznych operacyjnych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych. *Stand. Med.*, 2022; 19: 211–221
- Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A.: Karmienie piersią w teorii i praktyce: podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2017
- Standardy opieki okołoporodowej 2018: www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-opieki-okoloporodowej (dostęp: 13.07.2023)
- NIK o opiece okołoporodowej na oddziałach położniczych. www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-okoloporodowej-na-oddzialach-poloznicznych.html (dostęp: 13.07.2023)
- Raport z monitoringu. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. Fundacja Rodzić po Ludzku, 2021
- Operational Guidance on Breastfeeding Counselling in Emergencies. www.enonline.net/breastfeedingcounselinginemergencies (dostęp: 13.07.2023)
- Żukowska-Rubik M.: Porada laktacyjna jako skuteczny środek w realizacji światowych standardów karmienia piersią. Rozprawa doktorska pod kierunkiem prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej, WNoZ, WUM, wrzesień 2016
- Giusti A., Marchetti F., Zambri F. i wsp.: Breastfeeding and humanitarian emergencies: the experiences of pregnant and lactating women during the earthquake in Abruzzo, Italy. *Int. Breastfeed. J.*, 2022; 17 (1): 45
- Hirani S.A.A., Richter S., Salami B., Vallianatos H.: Sociocultural Factors Affecting Breastfeeding Practices of Mothers During Natural Disasters: A Critical Ethnography in Rural Pakistan. *Glob. Qual. Nurs. Res.*, 2023; 10: 2333936221148810
- Hipgrave D.B., Assefa F., Winoto A., Sukotjo S.: Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhoea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java. *Public Health Nutr.*, 2012; 15 (2): 307–315
- Rollins N., Piwoz E., Baker P. i wsp.: Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet Lond. Engl.*, 2023; 401 (10375): 486–502
- Ratnayake Mudiyansele S., Davis D., Kurz E., Atchan M.: Infant and young child feeding during natural disasters: A systematic integrative literature review. *Women Birth*, 2022; 35 (6): 524–531
- Herbich A.: *Dziewczynny z Powstania. Prawdziwe Historie*. Kraków, Znak Horyzont, 2014
- Ogromny stres, infekcje w schronach bombowych, niedożywienie. Tak rodzą kobiety w Ukrainie. <https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko/ogromny-stres-infekcje-w-schronach-bombowych-niedozywnienie-tak-rodza-kobiety-w-ukrainie-artykul,60256935.html> (dostęp: 5.04.2023)
- Nagel E.M., Howland M.A., Pando C. i wsp.: Maternal Psychological Distress and Lactation and Breastfeeding Outcomes: a Narrative Review. *Clin. Ther.*, 2022; 44 (2): 215–227
- Amat Camacho N., von Schreeb J., Della Corte F., Kolokotroni O.: Interventions to support the re-establishment of breastfeeding and their application in humanitarian settings: A systematic review. *Matern. Child Nutr.*, 2023; 19 (1): e13440
- Wesołowska A., Bzikowska-Jura A. (red.): *Żywność niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych*. Medical Tribune, 2023
- Burrell A., Kueter A.M., Ariful S. i wsp.: Appropriate infant and young child feeding practices in an emergency for non-breastfed infants under six months: the Rohingya experience. *J. Hum. Lact. Off. J. Int. Lact. Consult. Assoc.*, 2020; 36 (3): 510–518
- Karmienie piersią w dobie pandemii COVID-19. *Med. Prakt. Pediatr. Suppl.*, 2020; 3 (129)
- Operational Guidance: HIV and Infant Feeding in Emergencies. WHO, 2018. www.who.int/publications/i/item/9789241550321 (dostęp: 13.07.2023)

28. Munblit D., Perkin M.R., Palmer D.J. i wsp.: Assessment of evidence about common infant symptoms and cow's milk allergy. *JAMA Pediatr.*, 2020; 174 (6): 599–608
29. Muraro A., de Silva D., Halken S. i wsp.: Managing food allergy: GA2LEN guideline 2022. *World Allergy Organ. J.*, 2022; 15 (9): 100687
30. Spahn J.M., Callahan E.H., Spill M.K. i wsp.: Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. *Am. J. Clin. Nutr.*, 2019; 109 (supl. 7): 10035–10265
31. Huang Y., Liu Y., Yu X., Zeng T.: The rates and factors of perceived insufficient milk supply: a systematic review. *Matern. Child Nutr.*, 2021; 18 (1): e13255
32. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? 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 (dostęp: 13.07.2023)
33. Eidelman A.I.: Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeed. Med. Off. J. Acad. Breastfeed. Med.*, 2012; 7 (5): 323–324
34. Meek J.Y., Noble L.: Section on Breastfeeding: Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 2022; 150 (1): e2022057988