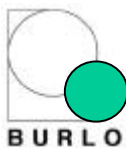




**Komisja Europejska**  
Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka



**IRCCS Burlo Garofolo**  
Triest, Włochy



**Wydział Badan nad Ochrona Zdrowia i Zdrowia Międzynarodowego**  
Centrum Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia ds. Zdrowia Matki i Dziecka

# Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersia w Europie: wzorzec działania

## **Opracowany i napisany przez uczestników projektu:**

Propagowanie karmienia piersia w Europie  
(Projekt UE Kontrakt Nr SPC 2002359)

Ten dokument został zaprezentowany 18 czerwca 2004 r. w Irlandii na zamku w Dublinie podczas Konferencji państw Unii Europejskiej na temat upowszechniania karmienia piersia w Europie.

Adres korespondencyjny:

**Adriano Cattaneo**

Unit for Health Services Research and International Health  
IRCCS Burlo Garofolo

Via dei Burlo 1

34123 Trieste, Italy

Phone: +39 040 322 0379

Fax: +39 040 322 4702

E-mail: [cattaneo@burlo.trieste.it](mailto:cattaneo@burlo.trieste.it)

Tytuł oryginału w języku angielskim: EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.

Nawiązując do niniejszego dokumentu w notce bibliograficznej prosimy wpisać: „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersia w Europie: wzorzec działania”, Komisja Europejska, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka, Luksembourg, 2004.

W wersji oryginalnej niniejszy dokument osiągalny jest na stronie internetowej:

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)

## Spis treści

<b>I.</b>	<b>Przedmowa</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>Autorzy i recenzenci</b>	<b>5</b>
<b>III.</b>	<b>Streszczenie</b>	<b>10</b>
<b>IV.</b>	<b>Wstęp</b>	<b>13</b>
	<i>Przeгляд sytuacji</i>	<b>17</b>
	<i>Czynniki mające wpływ na karmienie piersią</i>	<b>19</b>
	<i>Przeгляд i ocena interwencji</i>	<b>20</b>
<b>V.</b>	<b>Wzorzec działania</b>	<b>22</b>
	<i>1. Zasady postępowania i planowanie</i>	<b>22</b>
1.1	Zasady postępowania	<b>23</b>
1.2	Planowanie	<b>23</b>
1.3	Zarządzanie	<b>24</b>
1.4	Finansowanie	<b>24</b>
	<i>2. Informacja, edukacja, komunikacja (IEK)</i>	<b>25</b>
2.1	IEK dla osób indywidualnych	<b>25</b>
2.2	IEK dla społeczeństwa	<b>27</b>
	<i>3. Szkolenie</i>	<b>27</b>
3.1	Szkolenie przeddyplomowe (pre-service)	<b>28</b>
3.2	Szkolenie podyplomowe (in-service)	<b>28</b>
	<i>4. Ochrona upowszechnianie i wspieranie</i>	<b>29</b>
4.1	Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci	<b>30</b>
4.2	Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce	<b>30</b>
4.3	Prawodawstwo dla pracujących matek	<b>32</b>
4.4	Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”	<b>32</b>
4.5	Wsparcie ze strony szkolonego personelu medycznego	<b>34</b>
4.6	Wsparcie ze strony szkolonych doradców bez przygotowania medycznego oraz kobiet wspierających się	<b>35</b>
4.7	Wsparcie w rodzinie, społeczności lokalnej i miejscu pracy	<b>36</b>
	<i>5. Monitoring</i>	<b>36</b>
5.1	Wskaźniki karmienia piersią	<b>39</b>
5.2	Postępowanie w systemie służby zdrowia i opieki społecznej	<b>39</b>
5.3	Międzynarodowy Kodeks Marketingu, przepisy prawne i zasady postępowania	<b>40</b>
	<i>6. Badania</i>	<b>41</b>
6.1	Badania	<b>42</b>
	<b>VI. Lista odnośników</b>	<b>43</b>

## Skróty

BFH	Baby Friendly Hospital	Szpital Przyjazny Dziecku
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative	Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”
CRC	UN Convention on the Rights of the Child	Konwencja Praw Dziecka Narodów Zjednoczonych
EURODIET	Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe	Zywienie i Dieta na rzecz Zdrowego Stylu Zycia w Europie - program Komisji Europejskiej
FAO	Food and Agriculture Organization	Organizacja ds. Wyżywienia i Rolnictwa (agenda ONZ)
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant	Konsultant Laktacyjny Dyplomowany przez Międzynarodową Radę Egzaminatorów
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners	Międzynarodowa Rada Egzaminatorów dla Dyplomowanych Konsultantów Laktacyjnych
IEK	Information, Education, Communication	informacja, edukacja, komunikacja
ILO	International Labour Organization	Międzynarodowa Organizacja Pracy
IYCF	Infant and Young Child Feeding	Zywienie Niemowląt i Małych Dzieci
M2M	Mother-to-mother	wzajemne wsparcie matek karmiących piersią
NGO	Non-Governmental Organization	organizacja pozarządowa
UE	-----	Unia Europejska
UKM	-----	ustawiczne kształcenie medyczne
UNICEF	United Nations Children’s Fund	UNICEF, Fundusz Pomocy Dzieciom Narodów Zjednoczonych
WHA	World Health Assembly	Światowe Zgromadzenie Zdrowia
WHO	World Health Organization	Światowa Organizacja Zdrowia
WHO/EURO	World Health Organization Regional Office for Europe	Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia
EBM	Evidence Based Medicine	Medycyna oparta na dowodach
RCT	Randomised Control Trials	Badania randomizowane z grupą kontrolną

*Uczestnicy pragną szczególnie podziękować:  
Henriette Chamouillet,  
Camilli Sandvik i  
Mariann Skar,  
z Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka, Komisji Europejskiej,  
za ich wsparcie w trakcie realizacji programu.*

## I. Przedmowa

Z wielką przyjemnością mam zaszczyt przedstawić niniejszy dokument zawierający Wzorzec działania na rzecz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią w Europie, który powstał dzięki programowi współfinansowanemu przez Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka Komisji Europejskiej.

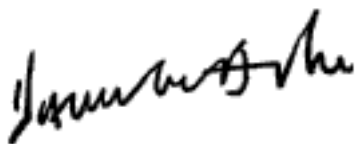
Upowszechnianie karmienia piersią jest nie tylko jednym z najbardziej efektywnych sposobów poprawy zdrowia naszych dzieci; niesie ze sobą również niezwykle korzystne skutki dla matek, rodzin, społeczności lokalnych, systemu służby zdrowia i opieki społecznej, środowiska naturalnego, jak również dla całego społeczeństwa.

Istnieje wiele inicjatyw na szczeblach lokalnych, regionalnych, krajowych i międzynarodowych, które propagują karmienie piersią. Uważam jednak, że inicjatywy te osiągną lepsze i trwalsze wyniki, jeśli działania podjęte w ich ramach oparte będą na rozsądnym planowaniu efektywnego i sprawdzonego działania, ujętym w spójny, całościowy program.

Wzorzec zapewnia dobrą podstawę do przygotowania planów działania. Będzie oddany do dyspozycji wszystkim rządów, instytucjom i organizacjom, które wyraża chęć współpracy na rzecz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią. Dlatego zachęcam zainteresowane rządy, instytucje i organizacje do korzystania z niniejszego dokumentu, do jego tłumaczenia i wcielania w życie jego zaleceń.

Jestem przekonany, że plany te spełnią oczekiwania i zaspokoja wielkie zapotrzebowanie obywateli Europy na wiedzę i wsparcie tak, aby mogli zapewnić swoim dzieciom najlepszy początek życia.

Pragnę podziękować grupie osób, które opracowały i napisały Wzorzec działania za ich udział w tym przedsięwzięciu.



David Byrne  
Europejski Komisarz ds. Zdrowia i Ochrony Konsumenta

## II. Autorzy i recenzenci

Wzorzec działania został napisany przez Koordynatora Projektu: Adriano Cattaneo, i jego zespół z Wydziału Badan nad Ochrona Zdrowia i Zdrowia Międzynarodowego, IRCCS Burlo Garofolo, Triest, Włochy:

Anne Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarose Milinco i Alexandre Knowles.

Pisano w imieniu członków Komitetu Kierującego Projektem w składzie:  
Christine Carson (Departament Zdrowia, Londyn)

Flore Diers-Ollivier (La Leche League and Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)

Berthold Koletzko (Profesor pediatrii, chorób metabolicznych i żywienia, Uniwersytet w Monachium)

Hildegard Przyrembel (Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia, Niemcy)

Nathalie Roques (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, Association Information pour l'Allaitement)

Luis Ruiz Guzman (Pediatria i koordynator BFHI, Hiszpania)

Michael Sjöström (Żywienie w Zdrowiu Publicznym, Instytut Karolinska, Sztokholm)

Agneta Yngve (Żywienie w Zdrowiu Publicznym, Instytut Karolinska, Sztokholm).

i w imieniu wszystkich uczestników programu, którzy dzielili się swoimi pomysłami i komentarzami odnosnie kolejnych wersji roboczych dokumentu oraz zrecenzowali jego wersje ostateczna w składzie:

Austria: Ilse Bichler (IBCLC, administrator regionalny, IBLCE), Anne-Marie Kern (IBCLC, koordynator, BFHI)

Belgia: Françoise Moyersoen (Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains, Réseau Allaitement Maternel)

Dania: Tine Jerris (Koordynator, Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia), Ingrid Nilsson (IBCLC, wiceprezes, Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia)

Finlandia: Kaija Hasunen (Doradca ministerialny, Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych)

Grecja: Vicky Benetou (Departament Higieny i Epidemiologii, Szkoły Medycznej Uniwersytetu Atenskiego), Themis Zachou (pediatra neonatolog, były dyrektor, Wydział Promocji Karmienia Piersia Banku Mleka Kobiecego w Szpitalu Polozniczym Elena Venizelou, Ateny,

Holandia: Adrienne de Reede (dyrektor, Stichting Zorg voor Borstvoeding, BFHI)

Irlandia: Genevieve Becker (IBCLC, konsultant żywieniowy), Maureen Fallon (narodowy koordynator ds. karmienia piersia)

Islandia: Geir Gunnlaugsson i Ingibjörg Baldursdóttir (Centrum Usług dla Zdrowia Dziecka) Jona Margret Jonsdottir (IBCLC, Centrum Usług dla Zdrowia Dziecka)

Luksemburg: Maryse Lehnens-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)

Norwegia: Anne Baerug (Koordynator programu, Narodowe Centrum ds. Karmienia Piersia, Oslo)

Portugalia: Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa)

Wielka Brytania: Jenny Warren (Narodowy doradca ds. karmienia piersia dla Szkocji), Susan

Sky (Koordynator karmienia piersia dla Walii) Janet Calvert (Koordynator karmienia piersia dla Irlandii Północnej)

Kim Fleischer Michaelsen (Międzynarodowe Towarzystwo Badan Mleka Kobiecego i Laktacji )

Andrew Radford (Dyrektor programu, UNICEF Wielka Brytania, Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”, Wielka Brytania)

Aileen Robertson (WHO Biuro Regionalne dla Europy, Kopenhaga, Dania)

Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Genewa, Szwajcaria)

Następujące osoby, stowarzyszenia i instytucje recenzowały, oceniali i komentowały Wzorzec działania:

Austria: Renate Fally-Kausek (Ministerstwo Zdrowia/Promocji Karmienia Piersia), Karl Zwiauer (Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filmair (Szkola Pielęgniarek Dzieciecy, Szpital Główny w Wiedniu), Maria Jesse (Austriackie Towarzystwo Pielęgniarek Dzieciecy), Renate Großbichler (Austriackie Towarzystwo Poloznych), Margaritha Kindl (Akademia Poloznych, Mistelbach), Christine Kohlhofer i Renate Mitterhuber (Akademia Poloznych, Semmelweissklinik, Wieden), Michael Adam (Oddzial Polozniczy, Semmelweissklinik, Wieden)

Belgia: członkowie wielosektorowego Federalnego Komitetu ds. Karmienia Piersia i przedstawiciele władz odpowiedzialnych za ochronę zdrowia na szczeblu federalnym i regionalnym (Walonia); Ann van Holsbeeck (Federalny Komitet ds. Karmienia Piersia)

Bulgaria: Stefka Petrova (Departament Żywności, Narodowe Centrum Higieny)

Czechy: Zuzana Brazdova (Uniwersytet w Brnie), Magdalena Paulova (Instytut Medycznego Szkolenia Podyplomowego, Praga), Dagmar Schneidrová (Uniwersytet Karola, Praga)

Dania: członkowie Narodowego Komitetu ds. Karmienia Piersia reprezentujący Stowarzyszenie Dąskich Dietetyków Klinicznych, Narodowa Rada Zdrowia, Dąskie Stowarzyszenie Poloznych, Dąska Szkoła Lekarzy Ogólnych, Dąski Komitet Oświaty Zdrowotnej, Dąski Komitet UNICEF’u, Dąska Rada Konsumentów, Dąskie Towarzystwo Medyczne, Dąska Organizacja Pielęgniarek, Dąskie Towarzystwo Pediatryczne, Dąskie Towarzystwo Poloznictwa i Ginekologii, Dąski Inspektorat Weterynarii i Żywności, IBLCE, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Zdrowia, Rodzicielstwo i Porodu, Stowarzyszenie Zawodowe Pielęgniarek Zdrowia Publicznego, Stowarzyszenie Zawodowe Pielęgniarek Ginekologicznych i Poloznych, Dąskie Towarzystwo Pielęgniarek Dzieciecy, Regionalne Biuro WABA i WHO dla Europy

Estonia: Julia Deikina (Inspektorat Ochrony Zdrowia)

Finlandia: Marjaana Pelkonen (Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych)

Francja: Xavier Codaccioni (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille), Marie Thirion (Université Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Hôpital Ed. Herriot, Lyon), Jacques Sizun and Loïc de Parscau (CHU, Brest), Dominique Gros (Hôpitaux Universitaires, Strasbourg), Jacques Schmitz (Hôpital Necker Enfants Malades, Paryż), Dominique Turck (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, et Comité de Nutrition, Société Française de Pédiatrie), Bernard Maria (CH de Villeneuve St-Georges); i następujący członkowie CoFAM (Coordination Française pour l’Allaitement Maternel): Marc Pilliot (Maternité Clinique St Jean, Roubaix), Gisèle Gremmo-Feger (CHU, Brest), Françoise Dessery (Solidarilait), Kristina Löfgren (chargée de mission, IHAB), Françoise Ganzhorn and Claire Laurent (Hôpital du Havre), Marie-Claude Marchand (Co-Naître), André Marchalot (Réseau Normand pour l’Allaitement), Roselyne Duché-Bancel

(La Leche League), Peggy Colnacap (MAMAM)

Grecja: Antonia Trichopoulou (Profesor nadzwyczajny, Zakład Higieny i Epidemiologii, Szkoły Medycznej Uniwersytetu Atenskiego), Chryssa Bakoula i Polixeni Nicholaidou (Profesorowie nadzwyczajni, Pierwszy Oddział Pediatrii, Szkoły Medycznej Uniwersytetu Atenskiego),

Hiszpania: Sagrario Mateu, José M<sup>a</sup> Martin Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturia), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Baleary), José M<sup>a</sup> Arribas Andres, Carmeta Barios (Kastylija-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Katalonia), M<sup>a</sup> Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Temboury (Madryt), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galicja), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Kraj Basków), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragonia), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valencja), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M<sup>a</sup> Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), M<sup>a</sup> Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andaluzja), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Kastylija-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (W. Kanaryjskie), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Kantabria), Lluís Cabero i Roura (przewodniczący, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (przewodniczący, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (przewodniczący, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M<sup>a</sup> Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas), Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), M<sup>a</sup> Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité Nacional, UNICEF)

Holandia: Adja Waelpunt, Ellen Out (Królewska Holenderska Organizacja Poloznych), Sander Flikweert (Holenderska Szkoła Lekarzy Ogólnych), Carla van der Wijden (Holenderskie Towarzystwo Poloznictwa i Ginekologii), Y.E.C. van Sluys (Centrum Żywieniowe), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland and Alma van der Gref (Żywnienie i Ochrona Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia Opieki Społecznej i Sportu), J.A.M. Hilgersson (Warunki Pracy i Ubezpieczenie Społeczne, Ministerstwo Spraw Społecznych), Caterina Band (Holenderskie Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych)

Irlandia: Anne Fallon (polozna i nauczyciel akademicki, Szpital Uniwersytecki, Galway), Nicola Clarke (polozna kliniczna specjalista ds. laktacji, Narodowy Szpital Polozniczy, Dublin), Margaret O'Connor (pielegniarka, Tralee, Kerry), Maura Lavery (polozna kliniczna specjalista ds. laktacji, Szpital Rotunda, Dublin), Camilla Barrett (polozna kliniczna specjalista ds. laktacji, Szpital Portiuncula, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (IBCLC, Rathcoole, Dublin), Rosa Gardiner (dyrektor Publicznej Opieki Pielegniarskiej, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)

Islandia: Anna Björg Aradóttir (pielegniarka dyplomowana, Rada Zdrowia)

Litwa: Roma Bartkeviciute (Panstwowe Centrum Żywienia, członek Komitetu ds. Karmienia Piersia), Daiva Sniukaite (NGO Pradziu pradzia, sekretarz Narodowego Komitetu ds. Karmienia Piersia)

Luksemburg: członkowie Narodowego Komitetu ds. Karmienia Piersia reprezentowani przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, pediatrów, ginekologów/polozników, polozne, pielegniarki, pielegniarki dziecięce, organizacje pozarządowe, grupy wsparcia matek i szkoły pielegniarskie; Marine Welter (Przewodnicząca, Narodowe Towarzystwo Poloznych)

Lotwa: Irena Kondrate (Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia, Ministerstwo Zdrowia), Velga Braznevisa (Departament Polityki Żywieniowej), Iveta Pudule (Centrum Promocji

Zdrowia)

Malta: Yvette Azzopardi (Departament Promocji Zdrowia), Maria Ellul (Principal Scientific Officer)

Niemcy: Michael Abou-Dakn (Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia, Towarzystwo Wspierania Inicjatywy WHO I UNICEF'u "Szpital Przyjazny Dziecku"), Marion Brüssel (Stowarzyszenie Poloznych, Berlin), Eleanor Emerson (La Leche Liga Niemcy), Joachim Heinrich (Epidemiologia Zywienia i Zdrowia Publicznego, GSF Centrum Badan Nad Srodowiskiem i Zdrowiem), Ingeborg Herget (Niemieckie Stowarzyszenie Pielgniarek Dzieciacych), Mathilde Kersting (Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia, Instytut Badawczy ds. Zywienia Dziecka), Rüdiger von Kries (Fundacja Zdrowia Dziecka), Walter Mihatsch (Niemieckie Towarzystwo Pediatrii i Medycyny Wieku Dojrzewania), Gudrun von der Ohe (Niemieckie Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych), Utta Reich-Schottky (Stowarzyszenie Grup Wspierajacych Karmienie Piersia), Ute Renkowitz (Niemieckie Stowarzyszenie Poloznych), Marita Salewski (Deutsche Liga für das Kind), Elke Sporleder (Narodowy Komitet ds. Karmienia Piersia, Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych), Jutta Struck (Federalne Ministerstwo ds. Rodziny, Ludzi Starszych, Kobiet i Mlodziezy), Marina Weidenbach (Aktionsgruppe Babynahrung), Anke Weißenborn (Federalny Instytut Oceny Ryzyka), Petra Wittig (Niemieckie Stowarzyszenie Poloznych), Uta Winkler (Federalne Ministerstwo Zdrowia i Spraw Spoecznych)

Norwegia: Arnhild Haga Rimestad (Dyrektor, Narodowa Rada Zywienia), Bodil Blaker (Ministerstwo Zdrowia), Elisabeth Helsing (Norweska Rada Zdrowia), Hilde Heimly i Britt Lande (Rada Zdrowia i Spraw Socjalnych), Kirsten Berge (Narodowa Organizacja Pielgniarek Zdrowia Publicznego), Hedvig Nordeng (Instytut Terapii Lekowej), Anne Marie Pedersen (Zwiazek Zawodowy Pielgniarek Dzieciacych), Maalfrid Bjoernerheim (Norweska Organizacja Pielgniarek i Poloznych), Anna-Pia Häggkvist (pielgniarka intensywnej opieki medycznej noworodków), Norweski Komitet BFHI razem z czlonkami organizacji poloznych, pediatrów, ginekologów, pielgniarek zdrowia publicznego oraz grup wzajemnego wsparcia matek karmiacych; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggstad and Elisabeth Tufte (Narodowe Centrum ds. Karmienia Piersia, Rikshospitalet Szpital Uniwersytecki, Oslo)

Polska: Krystyna Mikiel-Kostyra (Instytut Matki i Dziecka, Warszawa), Hania Szajewska (Wydział Gastroenterologii Pediatriycznej i Zywienia, Akademia Medyczna w Warszawie)

Portugalia: czlonkowie Narodowego Komitetu BFHI i Narodowej Rady Zywnosci i Zywienia, Adelaide Orfão (Centro de Saúde, Parede)

Rumunia: Camelia Parvan (Instytut Zdrowia Publicznego, Ministerstwo Zdrowia)

Słowacja: Katarina Chudikova (Ministerstwo Zdrowia), Viera Halamová (Koordynator BFHI)

Słowenia: Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Instytut Zdrowia Publicznego), Borut Bratanic (Ordynator, Oddział Noworodków, Uniwersyteckie Centrum Medyczne, Ljubljana)

Szwecja: Elisabeth Kylberg (Amningshjälpen i Wydział Ochrony Zdrowia Kobiet i Dzieci, Uniwersytet Uppsala), Kerstin Hedberg Nyqvist (Profesor pielgniarstwa dzieciacego, Wydział Ochrony Zdrowia Kobiet i Dzieci, Uniwersytet Uppsala), AMNIS (siec placówek wspierajacych karmienie piersia), Yngve Hofvander (BFHI), Annica Sohlström (Główny Dietetyk, Narodowy Inspektorat Zywnosci)

Szwajcaria: Eva Bruhin, Clara Bucher (Szwajcarska Fundacja Promocji Karmienia Piersia)



Węgry: Gabor Zajkas (OKK-OETI), Katalin Sarlai (IBCLC, Węgierskie Stowarzyszenie ds. Karmienia Piersią)

Wielka Brytania: Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Szkocka Grupa ds. Karmienia Piersią), Anthony F Williams (starszy wykładowca i konsultant pediatrii noworodków, Szkoła Medyczna Szpitala St George's, Londyn), Mary Renfrew (Wydział Badan nad Matką i Niemowleciem, Uniwersytet w Leeds), Janet Fyle (Królewska Szkoła Poloznych), Fiona Dykes (wykładowca w dziedzinie ochrony zdrowia matki i dziecka, Wydział Studiów Polozniczych, Uniwersytet Central Lancashire, Preston), Jane Putsey, Phyll Buchanan (The Breastfeeding Network), The National Childbirth Trust

Włochy: Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Ministerstwo Zdrowia), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (Narodowy Instytut Zdrowia), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (Narodowy Instytut Żywności), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI), Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (Włoski Komitet Unicef'u), Paola Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piemont), Marisa Bechaz (Dolina Aosty), Maria Enrica Bettinelli (Lombardia), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Veneto), Claudia Giuliani (Friuli Wenecja Giulia), Chiara Cuoghi (Emilia Romagna), Igino Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toskania), Paola Bellini, Maria Marri (Umbria), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzo), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Kampania), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Puglia), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sycylia), Antonietta Grimaldi (Sardynia)

oraz

Europejskie Towarzystwo Ochrony Zdrowia (sieć ponad 90 organizacji pozarządowych, pracujących na rzecz wspierania ochrony zdrowia)

EPHA Environment Network

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit -e.V.) oraz (ENCA, European Network of Childbirth Associations)

Rachel O'Leary i Constance A. Little (Rada Europejska La Leche League)

Wendy Brodribb (Przewodniczący, Międzynarodowa Rada Egzaminatorów Dyplomowanych Konsultantów Laktacyjnych, Australia)

Gabriele Kewitz (Europejskie Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych)

Madeleine Lehmann-Buri (Międzynarodowe Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych)

Margot Mann (Dyrektor ds. zagranicznych, Międzynarodowe Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych)

Adenike Grange (Przewodniczący, Międzynarodowe Towarzystwo Pediatryczne)

Philip O'Brien (Dyrektor Regionalny, Biuro Europejskie, UNICEF)

### III. Streszczenie

Ochrona propagowanie i wspieranie karmienia piersia jest nadrzednym celem dzialan publicznej sluzby zdrowia w Europie. W chwili obecnej odsetek kobiet karmiacych jest bardzo niski, a te które próbują karmic, odstawiają dziecko od piersi bardzo wczesnie. Taka sytuacja pociaga za soba powazne, negatywne konsekwencje zdrowotne i spoleczne dla samych matek, ich dzieci, spoleczenstwa i srodowiska naturalnego; wiaze sie ze wzrostem wydatków publicznych na ochrone zdrowia i powieksza dysproporcje stanu zdrowia w spoleczenstwie. Globalna Strategia Zywienia Niemowlat i Malych Dzieci przyjeta przez wszystkie panstwa – czlonków WHO na 55 Swiatowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 2002 r. stanowi podstawe dla inicjatyw publicznej sluzby zdrowia, majacych na celu ochrone propagowanie i wspieranie karmienia piersia.

Liczne doswiadczenia wykazuja, ze ochrone propagowanie i wspieranie karmienia piersia sa mozliwe tylko poprzez calosciowe i skoordynowane dzialanie. Wzorzec dzialania stworzony przez ekspertów z wszystkich krajów UE i panstw z nia stowarzyszonych oraz przez przedstawicieli grup zaangażowanych w karmienie piersia, w tym matki, jest wzorcowym planem ukazujacym dzialania, które powinna zawierac kazda krajowa i regionalna strategia. Zawarto w nim konkretne interwencje i zestawy interwencji, których efektywnosc zostala potwierdzona w praktyce. Dlatego mamy nadzieje, iz stosowanie Wzorca doprowadzi w calej Europie do: znacznej poprawy wskazników karmienia piersia (rozpoczynania, wylacznosci, czasu trwania) oraz postepowania z karmieniem jak również zwiekszenia ilosci rodziców czerpiacych poczucie wartosci, motywacje i satysfakcje z karmienia piersia oraz lepszego wykształcenia i satysfakcji zawodowej pracownikóv sluzby zdrowia.

Tworzenie krajowych i lokalnych planów dzialania opartych na Wzorcu wymagac bedzie ponownego rozważenia istniejacych budżetów, struktur, zasobów organizacyjnych i ludzkich. Plany dzialania powinny byc oparte na jasnych zasadach postepowania, sprawnym zarzadzaniu i wlasciwym finansowaniu. Konkretne dzialania majace na celu ochrone propagowanie i wspieranie karmienia piersia musza byc poparte efektywnym planem informacji, edukacji i komunikacji oraz stosownym szkoleniem przeddyplomowym (pre-service) i podyplomowym (in-service). Monitoring, ocena efektów wraz naukowe badania uzgodnionych wczesniej priorytetów operacyjnych sa nieodlaczny element skutecznego planowania. Niniejszy dokument sugeruje, jakie powinny byc cele podjetych dzialan, wykazuje instytucje za nie odpowiedzialne oraz wymienia spodziewane skutki i wyniki.

#### 1. *Zasady postepowania ( policies) i planowanie*

Zasady upowszechniania karmienia piersia dla kraju powinna byc oparta na Globalnej Strategii Zywienia Niemowlat i Malych Dzieci zintegrowanej z polityka promocji zdrowia w danym kraju. Dla zniesienia dysproporcji w obrebie danego spoleczenstwa moga byc konieczne odrebne zasady postepowania dotyczace grup spolecznie zmarginalizowanych oraz dzieci zyjacych w trudnych warunkach. Stowarzyszenia zawodowe powinny byc motywowane do wydawania zalecen i praktycznych wytycznych opartych na ustaleniach krajowych. W gestii odpowiednich ministerstw i instytucji zarzadzajacych sluzba zdrowia lezy opracowanie planów dlugo- i krótkoterminowych oraz powolanie odpowiednio wykwalifikowanych koordynatorów i komitetów miedzyresortowych. Wprowadzenie w zycie przygotowanych planów wiaze sie z wygospodarowaniem stosownych zasobów ludzkich i finansowych.

#### 2. *Informacja, edukacja i komunikacja (IEK)*

Wlasciwe IEK sa nieodzowne dla przywrócenia kultury karmienia piersia w krajach, w których karmienie sztuczne uznawano za norme przez szereg lat, a nawet kilka pokolen. Przekaz IEK skierowany do osób indywidualnych i spolecznosci lokalnych musi byc zgodny

z ustalonymi zasadami postępowania (policies), zaleceniami i przepisami prawa oraz z praktykami stosowanymi w służbie zdrowia i opiece społecznej. Zarówno nowi jak i oczekujący dziecka rodzice mają prawo do pełnej i rzetelnej informacji odnośnie karmienia niemowląt. Informacja ta powinna również zawierać wskazówki na temat bezpiecznego i we właściwym czasie wprowadzania żywności dodatkowej tak, aby rodzice mogli podejmować świadome decyzje. Powinno być zapewnione osobiste doradztwo przez odpowiednio wyszkolonych pracowników służby zdrowia, doradców bez medycznego przygotowania oraz grupy wzajemnego wsparcia matek karmiących. Szczególne potrzeby kobiet mających małe prawdopodobieństwo udanego karmienia (z grup ryzyka) powinny być określone i aktywnie zaspokojone. Należy również uniemożliwić producentom i dystrybutorom produktów zastrzeżonych przez Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece rozpowszechnianie materiałów marketingowych na temat żywienia niemowląt.

### *3. Szkolenie*

Przygotowanie wszystkich pracowników służby zdrowia zarówno przed podjęciem praktyki zawodowej, jak i w trakcie jej trwania wymaga zdecydowanej poprawy. Należy zrewidować istniejące i rozwijać nowe programy szkolenia przeddyplomowego (pre-service) i podyplomowego (in-service) oraz podreczniki dla pracowników służby zdrowia. To samo dotyczy kompetencji w dziedzinie wspierania karmienia piersią i utrzymania laktacji. Kursy szkoleniowe oparte na wynikach badań naukowych (EBM) powinny być proponowane całemu personelowi medycznemu związanemu z opieką nad matką i dzieckiem, ze szczególnym uwzględnieniem osób mających z nimi bezpośredni kontakt. Producenci i dystrybutorzy zastrzeżeni przez Międzynarodowy Kodeks Marketingu nie powinni mieć wpływu na tworzenie materiałów szkoleniowych i przebieg szkoleń. Odpowiedni pracownicy służby zdrowia powinni być motywowani do uczestnictwa w zaawansowanych kursach dotyczących karmienia piersią i fizjologii laktacji tak, aby mogli posiadać możliwie najwyższe kompetencje zawodowe odnośnie praktyki w w/w dziedzinach.

### *4. Ochrona, upowszechnianie i wspieranie*

Ochrona karmienia piersią w zasadzie opiera się na: pełnym wprowadzaniu w życie postanowień Międzynarodowego Kodeksu Marketingu wraz ze wzmocnieniem zawartych w nim przepisów, ściganiem przypadków ich naruszenia oraz systemie monitoringu niezależnym od interesów komercyjnych; jak również na prawodawstwie ochraniającym macierzyństwo tak, by wszystkie pracujące matki mogły karmić wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia niemowlęcia i kontynuować karmienie po upływie tego okresu. Propagowanie zależy od wprowadzania w życie odpowiedniej polityki i zaleceń na szczeblu krajowym, w każdym sektorze systemu służby zdrowia i opieki społecznej tak, aby karmienie piersią uznawane było za normę.

Skuteczne wsparcie wymaga zaangażowania w wypracowanie standardów możliwie najlepszego postępowania we wszystkich instytucjach zajmujących się opieką nad matką i dzieckiem. Na poziomie indywidualnym oznacza to dostęp wszystkich kobiet do właściwych usług i poradni, zapewniających pomoc ze strony odpowiednio przeszkolonego personelu służby zdrowia, konsultantów laktacyjnych, doradców bez przygotowania medycznego oraz grup wzajemnego wsparcia matek karmiących. Istotne jest również wsparcie ze strony rodziny i społeczeństwa, które należy stymulować poprzez lokalne programy oparte na współpracy między wolontariuszami i jednostkami statutowymi. Prawo kobiet do karmienia piersią zawsze i wszędzie gdzie mają taką potrzebę powinno być chronione.

### *5. Monitoring*

Monitoring i oceny są nieodłączną częścią procesu wprowadzania w życie planu działania. Dla zapewnienia porównywalności, monitoring wskaźników rozpoczynania, wyłączności, czasu

trwania i zakończenia karmienia piersią powinien być przeprowadzony z wykorzystaniem ujednoczonych wskaźników, definicji i metod. W Europie nie wypracowano jeszcze odpowiednich standardów; istnieje pilna potrzeba intensywnej pracy nad ustaleniami i wydaniem praktycznych instrukcji. Integralna część planów działania powinny być również prowadzone w oparciu o ujednoczone kryteria monitoring i ocena: postępowania w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej; wprowadzania w życie obowiązujących zasad postępowania, prawodawstwa i kodeksów; zawartości i skuteczności IEK oraz szkolen.

#### *6. Badania*

Badania powinny ukazywać skutki marketingowych praktyk objętych Międzynarodowym Kodeksem Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece; bardziej całościowego prawodawstwa chroniącego macierzyństwo; różnorodnych interwencji i podejść w dziedzinie IEK oraz ogólnych inicjatyw w sferze zdrowia publicznego. Rachunki kosztów/zysków i kosztów/skuteczności oraz wykonalność różnorodnych interwencji zasługują na szczególne zainteresowanie. Jakość metod badawczych musi ulec znacznej poprawie; szczególnie w odniesieniu do projektowania badań, spójności w zastosowaniu jednolitych definicji kategorii żywienia oraz wykorzystania właściwych metod jakościowych tam, gdzie to konieczne. Przepisy etyczne powinny zapewnić niezależność badań od konkurencyjnych interesów komercyjnych. Ujawnianie i rozwiązywanie potencjalnych konfliktów interesów w odniesieniu do osób prowadzących badania naukowe ma zasadnicze znaczenie.

## IV. Wstęp

Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersia jest priorytetem publicznej służby zdrowia, ponieważ:

- Karmienie piersia jest naturalną metodą żywienia małych dzieci i niemowląt. Wyłączne karmienie piersia przez pierwsze sześć miesięcy życia zapewnia optymalny rozwój i zdrowie niemowląt. Po tym okresie, karmienie piersia z właściwym wprowadzaniem żywności dodatkowej jest nadal ważnym elementem żywienia, rozwoju i zdrowia dziecka.
- Karmienie piersia nie jest w pełni upowszechniane i wspierane. Wiele placówek służby zdrowia i opieki społecznej świadczy usługi, które często utrudniają rozpoczęcie i kontynuację karmienia piersia. Dlatego ten idealny sposób rozpoczęcia życia nie jest dostępny dla wszystkich dzieci w Europie.
- Niskie wskaźniki i wczesne zaprzestanie karmienia piersia niosą ze sobą poważne, negatywne skutki zdrowotne i społeczne dla kobiet, ich dzieci, społeczeństwa i środowiska naturalnego; przyczyniają się do zwiększenia wydatków na służbę zdrowia oraz zwiększają nierówności w zdrowiu.<sup>1</sup>

“Jeżeli pojawiłaby się nowa szczepionka i mogła zapobiec śmierci ponad miliona dzieci rocznie i byłaby ponadto tania, bezpieczna i podawana doustnie i nie wymagałaby przechowywania w niskiej temperaturze, jej upowszechnienie stałoby się natychmiastowym priorytetem publicznej służby zdrowia.

Karmienie piersia posiada te wszystkie i wiele innych zalet, ale wymaga „ciepłego lancucha” wsparcia, czyli właściwej opieki dla matek, dającej im wiare w siebie, pokazującej im jak mają postępować, chroniącej przed szkodliwymi praktykami... Jeśli ten „lancuch ciepła” został w naszej kulturze zagubiony, lub nie spełnia już swojej roli, zadaniem służby zdrowia jest przywrócić go i chronić.”<sup>2</sup>

Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersia należą do praw człowieka. Konwencja Praw Dziecka (CRC),<sup>3</sup> przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1989 r. i ratyfikowana dotychczas przez wszystkie kraje z wyjątkiem USA i Somalii, w Artykule 24 stwierdza, że, “Państwa sygnatariusze uznają prawo dziecka do korzystania z najwyższego osiągalnego standardu ochrony zdrowia... Państwa sygnatariusze będą dążyć do pełnego wcielenia w życie tego prawa, a w szczególności podejmą w tym celu konkretne kroki... aby zapewnić wszystkim członkom społeczeństwa, a w szczególności rodzicom i dzieciom informacje, dostęp do edukacji i wsparcie w korzystaniu z wiedzy o zdrowiu i żywieniu dziecka, dobrodziejstwach karmienia piersia, higienie, sanitarnym bezpieczeństwie i zapobieganiu wypadkom”.

Inicjatywy publicznej służby zdrowia, mające na celu ochronę propagowanie i wspieranie karmienia piersia winny być oparte na Globalnej Strategii Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci przyjętej przez wszystkie państwa – członków WHO na 55 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (WHA) w maju 2002 r.<sup>4</sup> Globalna Strategia opiera się na Międzynarodowym Kodeksie Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce<sup>5</sup> oraz późniejszych rezolucjach WHA w tej kwestii;<sup>a</sup> Deklaracji z Innocenti o Ochronie, Propagowaniu i Wspieraniu Karmienia Piersia;<sup>6</sup> oraz Inicjatywie WHO i UNICEF „Szpital Przyjazny Dziecku”.<sup>7</sup> Pozostaje również w zgodzie ze Światową Deklaracją i Planem Działania na rzecz Żywienia FAO i WHO.<sup>8</sup> Globalna Strategia poświęca wiele uwagi specyficznym potrzebom

---

<sup>a</sup> Przez Międzynarodowy Kodeks w niniejszym dokumencie rozumie się Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz późniejsze rezolucje WHA w tej kwestii.

dzieci w szczególnie trudnych warunkach<sup>b</sup> i zawiera zasady postępowania odnośnie właściwego wprowadzenia żywności dodatkowej o odpowiedniej jakości i w odpowiednim czasie.

Karmienie piersią jest uznane za priorytet w Pierwszym Planie Działania na rzecz Żywności wydanym przez Europejskie Biuro WHO na lata 2000-2005.<sup>10</sup>

Znaczenie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią zostało również podkreślone w istotnych dokumentach Unii Europejskiej (UE). Program EURODIET z naciskiem zaleca zrewidowanie istniejących działań oraz rozwijanie i wprowadzanie w życie planu działania na rzecz karmienia piersią w UE.<sup>11</sup> W następstwie programu EURODIET, tzw. 'Inicjatywa Francuska' na rzecz żywności wskazała na potrzeby działań upowszechniających i nadzorujących karmienie piersią.<sup>12</sup> Ta sama Inicjatywa doprowadziła do Rezolucji Rady Europy na rzecz Żywności i Zdrowia z grudnia 2000 r., w której karmienie piersią oficjalnie uznano za priorytet.<sup>13</sup>

Wzorzec działania na rzecz karmienia piersią w Europie i towarzyszące mu dokumenty<sup>14,15</sup> stanowią logiczne rozszerzenie w/w projektów, propozycji, rezolucji i planów działania i dostarczają praktycznych narzędzi, dzięki którym realizacja w/w inicjatyw staje się możliwa.

#### *Dlaczego potrzebujemy Wzorca działania?*

Pomimo trudności w interpretacji danych, jest oczywiste, że postępowanie i wskaźniki karmienia piersią w UE nie spełniają najnowszych, popartych badaniami naukowymi zaleceń.<sup>4,16</sup> Globalna Strategia Żywności Niemowląt i Małych Dzieci stwierdza: "Wyluczne karmienie piersią do 6 miesięcy życia jest optymalne dla rozwoju fizycznego i psychicznego oraz zdrowia niemowląt i jako takie pozostaje światowym zaleceniem dla wszystkich służb zajmujących się zdrowiem publicznym. Po upływie pierwszych 6 miesięcy życia, aby zaspokoić rosnące zapotrzebowanie dzieci na żywność, należy je odpowiednio i bezpiecznie dokarmiać, kontynuując karmienie piersią do wieku dwóch lat, a nawet dłużej."

Doswiadczenia wykazują, że ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią są możliwe tylko poprzez całościowe i skoordynowane działanie. Kraje UE są obecnie na etapie koordynowania działań w wielu dziedzinach zdrowia i opieki społecznej w tym także karmienia piersią. Nie wszystkie kraje mają określone zasady postępowania i plany działania, a nawet jeśli gdzieś programy upowszechniania już powstały, nie są wdrażane lub nie są zgodne z najnowszymi, popartymi badaniami naukowymi rekomendacjami.

#### *Czym jest Wzorzec działania?*

Wzorzec działania jest modelowym planem, który wykazuje jakie działania należy uwzględnić i wcielić w życie tworząc i realizując krajowy lub regionalny plan, aby ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią były skuteczne. Podstawowymi elementami na każdym etapie realizacji planu działania są: zasady postępowania (policies), planowanie, zarządzanie i finansowanie; informacja, edukacja i komunikacja; szkolenia przeddyplomowe (pre-service) i podyplomowe (in-service) oraz monitoring i ocena wyników. Wzorzec działania zawiera konkretne interwencje i zestawy interwencji, z których większość została poparta wynikami badań naukowych i uszeregowane według potwierdzonej skuteczności. Wzorzec działania zawiera również interwencje, których skuteczność nie została udowodniona, jednak eksperci zdrowia publicznego uznali je za niezbędne składniki efektywnej realizacji planu działania.

Wzorzec działania jest modelowym planem, z którego należy korzystać w miarę istniejących potrzeb. Niektóre kraje lub regiony w Europie mogą już posiadać dobrze skoordynowane

---

<sup>b</sup> Zaleca się, aby kraje Unii Europejskiej i/lub stowarzyszenia z siedzibą w Unii Europejskiej, dostarczając pomoc humanitarną innym krajom lub wsparcie żywieniowe uchodźcom na terenie Unii Europejskiej, stosowały się do Wskazówek Operacyjnych w kwestii Żywności Niemowląt w Sytuacjach Kryzysowych.<sup>9</sup>

struktury i praktyki o wysokim standardzie; potrzeba działania może być wówczas bardzo ograniczona. Inne kraje lub regiony w Europie mogą mieć słabo skoordynowane struktury i praktyki nie wynikające z ustalonych zasad postępowania i badań naukowych; konieczność zastosowania w tych krajach zaleceń zaczerpniętych z Wzorca działania będzie mniej lub bardziej oczywista.

Dane zebrane dla celów niniejszego projektu potwierdzają, że w większości europejskich krajów i regionów panuje sytuacja pośrednia pomiędzy dwoma skrajnymi przykładami opisanymi powyżej. Dlatego też działania opisane we Wzorcu muszą być za każdym razem właściwie dobrane i zaadoptowane do miejscowych potrzeb i deficytów w istniejących praktykach i zasadach postępowania.

Wzorec działania nie zaleca konkretnych, ogólnoeuropejskich strategii operacyjnych. W tym wypadku jego autorzy musieliby uwzględnić całą różnorodność struktur i metod finansowania stosowanych we wszystkich krajach, co jest oczywiście niemożliwe. Strategie operacyjne lub plany działania oparte na Wzorcu mogą być skuteczne na szczeblu krajowym lub regionalnym z uwzględnieniem istniejących lokalnie możliwości budżetowych i strukturalnych oraz zasobów ludzkich i organizacyjnych.

#### *Jak opracowywano Wzorec działania?*

Wzorec działania został przygotowany przez grupę ekspertów w dziedzinie karmienia piersią ze wszystkich państw Unii Europejskiej oraz krajów stowarzyszonych. Wśród uczestników projektu z poszczególnych krajów reprezentowani byli przedstawiciele odpowiednich resortów zdrowia, związanych z karmieniem instytucji i grup zawodowych, zainteresowanych organizacji i matek. Przed opracowaniem Wzorca działania przeprowadzono bieżącą analizę sytuacji (przeważającą w reprezentowanych krajach wskaźniki karmienia piersią i praktyki).<sup>14</sup> Następnie grupa dokonała przeglądu interwencji oraz analizy wyników badań naukowych im odpowiadających, aby zidentyfikować luki pomiędzy tym, co jest robione a tym, co powinno być robione.<sup>15</sup> Opracowana wersja Wzorca przedłożono do rozważenia i recenzji szerokiej grupie osób zaangażowanych w karmienie piersią w poszczególnych krajach.

#### *Do kogo adresowany jest Wzorec działania?*

Wzorec działania ma na celu informowanie: decydentów w dziedzinie zdrowia publicznego oraz przedstawicieli organizacji rządowych zaangażowanych w opiekę nad kobietą, dzieckiem i edukację w państwach Unii Europejskiej oraz innych państwach uczestniczących w projekcie. Ma on również stymulować współpracę pomiędzy wszystkimi pracownikami sektora publicznego i prywatnego w tym organizacjami pozarządowymi (NGO), odgrywającymi istotne role w procesie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią. Przygotowano również skróconą wersję Wzorca działania przeznaczoną dla społeczeństwa oraz mediów.

#### *Jak Wzorec działania może być wykorzystany?*

Krajowe i regionalne władze w resortach zdrowia publicznego, opieki społecznej i edukacji będą mogły wykorzystać odpowiednie elementy zaczerpnięte z Wzorca w celu opracowania i zrewidowania istniejących strategii i praktyk (w tym planów operacyjnych) odnośnie karmienia piersią. Wprowadzenie w życie i ocena krajowych oraz regionalnych planów działania opartych na Wzorcu pozostanie w gestii właściwych władz na każdym szczeblu, aż do poziomu dzielnicy, gminy i konkretnej placówki. Integralną częścią tego procesu będzie zaangażowanie odpowiednich instytucji we współpracy nad wprowadzeniem w życie proponowanych działań. Chodzi tu szczególnie o władze samorządowe odpowiedzialne za służbę zdrowia, dyrektorów placówek, krajowe i regionalne władze resortowe, odpowiednie organizacje zawodowe, NGO, szkoły i uczelnie, organizacje pracodawców, związki

zawodowe i wiele innych.

Wzorzec sugeruje również jakie powinny być wyniki i skutki (outcomes, outputs) podjętych działań. Ustalane podczas opracowywania krajowych i regionalnych planów operacyjnych wskaźniki oceny zachodzących zmian i postępu powinny być oparte na przewidywanych wynikach i skutkach.

*Jaki powinien być wynik Wzorca działania?*

Jest nadzieja, iż stosowanie Wzorca doprowadzi w całej Europie do: znacznej poprawy wskaźników karmienia piersią (rozpoczynania, wyłączności, czasu trwania) oraz jakości praktyk z karmieniem związanych jak również zwiększenia liczby rodziców czerpiących poczucie wartości, motywację i satysfakcję z karmienia piersią oraz lepiej wykształconych i zawodowo spełnionych pracowników służby zdrowia. Wyniki te będzie można osiągnąć pod warunkiem wprowadzania w życie całej serii wyposażonych w odpowiednie środki i regularnie, w miarę potrzeb uaktualnianych i rewidowanych planów działania na szczeblu centralnym i lokalnym.

Wzorzec działania uznaje, że każda matka, która została poinformowana o prawidłowym i optymalnym żywieniu niemowląt, ma prawo karmić swoje dziecko sztucznie. Taka decyzja musi być w pełni uszanowana z wszystkimi tego konsekwencjami, a więc matka powinna wówczas zostać otoczona stosowną opieką i poinstruowana jak, kiedy i czym karmić swoje dziecko. Ponieważ nawiązywanie więzi między matką a dzieckiem i odżywianie znacząco o wiele więcej niż samo karmienie, wspieranie matek karmiących sztucznie nie powinno ograniczać się do suchego instruktażu, lecz umożliwić nawiązanie optymalnych relacji między matką a dzieckiem.



## Przegląd i ocena bieżącej sytuacji

Obecnie sytuacja w 29 badanych krajach jest bardzo różnorodna. Jednakże kilka wniosków można sformułować:

- Większość krajów zbiera dane odnośnie wskaźników karmienia piersią, które, niestety, są niespójne, czasem niedokładne i często niepełne. Definicje i metody różnią się w zależności od kraju, w którym są stosowane. Nie znaleziono żadnych danych potwierdzających istnienie ujednoliconego systemu zbierania danych, stosowanego w całej Europie.
- Pomimo trudności w interpretowaniu dostępnych danych, nie ulega wątpliwości, że wskaźniki karmienia piersią i stosowane praktyki generalnie nie spełniają zaleceń WHO i UNICEF. Niestety, również cele i zalecenia ujęte w krajowych zasadach postępowania (policies) i rekomendowane przez organizacje zawodowe nie były dostępne. W niektórych krajach wskaźniki rozpoczynania karmienia są bardzo niskie, ale nawet w krajach, w których wskaźniki te są wysokie występuje wyraźny spadek ilości kobiet karmiących w pierwszych 6 miesiącach. Wskaźniki wyłącznego karmienia piersią przez 6 miesięcy po urodzeniu są niskie w całej Europie.
- Systemy służby zdrowia w krajach europejskich posiadają środki i potencjał, by skutecznie chronić, upowszechniać i wspierać karmienie piersią poprzez międzyresortową i interdyscyplinarną współpracę i zaangażowanie. Jednakże tylko w 18 krajach objętych tym projektem istnieją krajowe i/lub regionalne zasady postępowania odnośnie karmienia piersią (policies); z wyjątkiem 5 krajów istniejące projekty nie spełniają najnowszych standardów określonych w Globalnej Strategii Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci. Brakuje wspólnych zaleceń dla wszystkich państw UE.
- Wiele krajów nie osiąga celów wyznaczonych w Deklaracji z Innocenti na rok 1995.<sup>c</sup> Niektóre poczyniły większe postępy i mają już: krajowego koordynatora i komitet (choć często bez odpowiednich środków – przeważnie finansowych – by wprowadzać istotne, wymagane zmiany), aktywną inicjatywę „Szpital Przyjazny Dziecku” (BFHI) oraz prawodawstwo chroniące macierzyństwo i zapobiegające marketingowi substytutów mleka kobiecego. Inne kraje pozostają daleko w tyle. Wydaje się, że wszędzie brakuje ogólnego zaangażowania w finansowanie inicjatyw związanych z karmieniem piersią.
- BFHI (i inne inicjatywy promujące zmiany w praktykach szpitalnych oparte na badaniach naukowych) są wdrażane w wielu krajach, ale tylko w niektórych z nich udało się uzyskać szeroko zakrojone poparcie w całym sektorze odpowiedzialnym za opiekę nad matką i dzieckiem. W niektórych krajach żaden ze szpitali położniczych nie osiągnął jeszcze standardów Szpitala Przyjaznego Dziecku (BFH). Niektóre kraje są na etapie ekspansji BFHI poza sektor położnictwa tak, aby objęte nią zostały inne placówki służby zdrowia i wszystkie szpitale pediatryczne.
- Programy szkoleń przeddyplomowych (pre-service) dla pracowników służby zdrowia wydają się nieskuteczne i nie zapewniają umiejętności wystarczających do wsparcia karmienia piersią. Osoby dostarczające wiedzy i umiejętności w tej dziedzinie muszą same być najpierw odpowiednio przeszkolone.

---

<sup>c</sup> 4 operacyjne cele Deklaracji z Innocenti na rok 1995 były następujące: 1) wyznaczenie krajowego koordynatora ds. karmienia piersią i ustanowienie międzyresortowego krajowego komitetu; 2) zapewnienie, by każda placówka położnicza praktykowała wszystkie 10 Kroków do Skutecznego Karmienia Piersią; 3) wprowadzenie w życie wszystkich przepisów Międzynarodowego Kodeksu oraz 4) uchwalenie prawodawstwa chroniącego prawa pracujących kobiet karmiących oraz ustanowienie środków jego egzekwowania.

- Korzystanie z kursów szkoleniowych o ocenionej jakości jest nieznaczne. Skuteczność prowadzonych szkoleń o karmieniu piersią przeddyplomowych (pre-service) i poddyplomowych (in-service) powinna zostać oceniona, ich treść zrewidowana i w miarę potrzeby poprawiona. Ocena skuteczności lokalnie przygotowanych i dostosowanych kursów przeprowadzona została zaledwie w jednym kraju.
- W wielu krajach wzrasta liczba Konsultantów Laktacyjnych Dyplomowanych przez Międzynarodową Radę Egzaminatorów (IBCLC), co dowodzi, że wzrasta świadomość zapotrzebowania na ich ekspertyzę.
- Krajowe prawodawstwo regulujące zasady marketingu produktów zastępujących mleko kobiece nie przystaje do Międzynarodowego Kodeksu. Większość krajów UE, jej nowych członków oraz państw-kandydatów stosuje Dyrektywę UE z 1991 r.,<sup>17</sup> która nie zawiera wszystkich zaleceń Międzynarodowego Kodeksu i nie została uaktualniona, by uwzględnić późniejsze rezolucje WHA. Przepisy zawarte w Międzynarodowym Kodeksie nie zostały upowszechnione ani wśród pracowników służby zdrowia, ani w społeczeństwie. Nie jest prowadzony skuteczny monitoring ich przestrzegania, z wyjątkiem nielicznych inicjatyw NGO nie mających władzy, by karac przypadki naruszania zasad Kodeksu.
- W wielu krajach prawodawstwo dotyczące ochrony macierzyństwa w kontekście karmienia piersią przekracza standardy zalecane przez 183 Konwencje ILO,<sup>18</sup> chociaż do tej pory ratyfikowały ją zaledwie 4 kraje. Tam, gdzie prawodawstwo krajowe nie spełnia standardów ILO, problemem pozostaje głównie kwestia przerw w pracy na karmienie. Nawet w krajach gdzie prawo chroni matki zgodnie ze standardami ILO, wiele grup pracujących matek pozostaje nadal poza jego zasięgiem np. kobiety zatrudnione krócej niż 6-12 miesięcy przed dniem złożenia podania o urlop macierzyński, pracownice kontraktowe, osoby o niestabilizowanym czasie pracy i/lub zatrudnione w niepełnym wymiarze godzin, osoby przyuczające się do zawodu, stazystki i pracujące studentki.
- Ochotnicze grupy wsparcia matek karmiących (M2M), sieć poradnictwa nie-medycznego<sup>d</sup> oraz inne organizacje działają w większości krajów. Zasięg terytorialny ich aktywności jest zwykle niewielki lub średni, rzadko dąży. Koordynacja działań różnorodnych grup wsparcia w większości krajów jest niewielka, w niektórych znaczna. Powiązania z systemem służby zdrowia są często niewystarczające, by osiągnąć skuteczny poziom integracji i współpracy.

---

<sup>d</sup> W tym dokumencie poradnictwo nie-medyczne oznacza indywidualne wsparcie oferowane matkom prawie zawsze przez kobiety (niekoniecznie matkę) specjalnie przeszkolona i zwykle posiadająca dyplom doradcy bez przygotowania medycznego; poradnictwo nie-medyczne powinno być oferowane w sposób bardziej aktywny niż obecnie; doradcy bez przygotowania medycznego mogą pracować jako ochotnicy lub odpłatnie pod nadzorem osób zarządzających systemem służby zdrowia lub w ramach agencji prowadzącej program poradnictwa nie-medycznego na danym terenie. Wzajemne wsparcie ochotniczych grup matek karmiących (M2M) oznacza pomoc oferowaną przez doświadczonych matek karmiących, indywidualnie lub w grupach, innym matkom na zasadzie wolontariatu; niektóre grupy powstają spontanicznie i opierają się na wzajemnym szkoleniu przybierając formy luźnej, niezobowiązującej organizacji; inne (np. La Leche League, National Childbirth Trust) wchodzi w skład większych organizacji zapewniających szkolenia na wysokim poziomie, ustawiczną edukację, akredytację, doskonałą informację na temat karmienia piersią, jak również jasno zdefiniowany zakres obowiązków, wskazówek operacyjnych, wraz z dokumentacją wszystkich działań i regularnym sprawozdaniem.

## Czynniki mające wpływ na karmienie piersią

Skuteczny i wykonalny plan działania, musi uwzględniać czynniki warunkujące karmienie piersią. Czynniki te mogą być sklasyfikowane, jak w tabeli poniżej. Należy je również uwzględnić podczas tworzenia protokołów dla monitoringu zachowań, praktyk i wskaźników związanych z karmieniem piersią. Odnoszą się one do różnych sfer tworzących określone uwarunkowania dlatego ich skutki powinny być monitorowane i odpowiednio uwzględniane w systemie służby zdrowia i dla celów ogólnospołecznych.

matka, dziecko, rodzina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wiek, dieta, fizyczne i psychiczne zdrowie matki</li> <li>• doświadczenie w karmieniu piersią osobiste (czy były karmione) oraz z poprzednimi dziećmi</li> <li>• wykształcenie, zatrudnienie, grupa społeczna, pochodzenie etniczne, obszar zamieszkania</li> <li>• wiedza, stosunek do karmienia piersią, wiara we własne możliwości i umiejętności</li> <li>• stan cywilny, wielkość rodziny, wsparcie ze strony ojca/partnera i rodziny</li> <li>• styl życia (palenie, alkohol, narkotyki, dieta, wysiłek fizyczny)</li> <li>• masa urodzeniowa, długość ciąży, rodzaj porodu, stan zdrowia noworodka</li> <li>• dostęp do wzorców z pozytywnymi doświadczeniami w karmieniu</li> </ul>
system służby zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dostęp do opieki przedporodowej i jej jakość</li> <li>• jakość opieki podczas porodu i przez pierwsze kilka dni po porodzie</li> <li>• dostęp do poporodowej opieki zdrowotnej dla matki i dziecka i jej jakość</li> <li>• rodzaj i jakość profesjonalnego wsparcia w utrzymaniu laktacji</li> <li>• dostęp do poradnictwa nie-medycznego i wsparcia M2M</li> </ul>
polityka ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pozycja karmienia piersią wśród priorytetów i poziom finansowania</li> <li>• oficjalne zasady postępowania (policies), zalecenia i plany działania</li> <li>• systemy monitoringu i nadzoru</li> <li>• jakość szkoleń przeddyplomowych (pre-service) i podyplomowych (in-service) dla pracowników służby zdrowia</li> <li>• wsparcie finansowe dla działań M2M</li> <li>• IEK i wykorzystanie mediów dla popularyzacji idei karmienia piersią</li> </ul>
polityka społeczna i czynniki kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prawodawstwo i egzekwowanie przepisów Międzynarodowego Kodeksu Marketingu</li> <li>• prawodawstwo odnośnie ochrony macierzyństwa i jego egzekwowanie</li> <li>• sposób przedstawiania karmienia niemowląt i macierzyństwa w mediach</li> <li>• przeszkody i bariery w karmieniu piersią w miejscach publicznych</li> <li>• rozpowszechnienie i poziom działalności grup M2M w społeczności lokalnej</li> <li>• poziom świadomości i wiedzy społeczeństwa</li> </ul>

## Przegląd skuteczności interwencji<sup>e</sup>

Planowane interwencje mające na celu ochronę, propagowanie i wspieranie karmienia piersią. Jak w przypadku każdego rodzaju działań związanych z ochroną zdrowia publicznego, powinny być oparte na wynikach badań potwierdzających ich skuteczność (EBM). Ocena interwencji w ramach niniejszego projektu uwzględniała, oprócz kontrolowanych badań, sprawozdania ze skutecznych interwencji poparte doświadczeniem. Uczestnicy programu uznali, że wiele aspektów ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią, zwłaszcza tych nie związanych bezpośrednio z systemem służby zdrowia, nie poddaje się rygorystycznej ocenie efektywności w ramach medycyny opartej na dowodach (EBM).

Interwencje zostały sklasyfikowane w kategoriach zasady postępowania (policies) i planowania; IEK; szkolenie; oraz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią. W każdej kategorii interwencje zostały uszeregowane ze względu na jakość materiału dowodowego potwierdzającego ich skuteczność.

Przegląd i ocena interwencji doprowadziły do następujących wniosków odnośnie ich skuteczności:

- Połączenie kilku strategii popartych badaniami z interwencjami w ramach zintegrowanych wielopłaszczyznowych programów daje wielokrotnie efekty i zwiększa skuteczność.
- Wielopłaszczyznowe interwencje są szczególnie skuteczne w aspekcie poprawy wskaźników rozpoczynania, czasu trwania i wyłączności karmienia piersią, zwłaszcza przy użyciu kampanii medialnych, programów edukacji zdrowotnej zaadaptowanych do lokalnych realiów, całonocnych szkoleń pracowników służby zdrowia i koniecznych zmian w zasadach postępowania (policies) na szczeblu krajowym, regionalnym oraz w poszczególnych szpitalach.
- Efektywność wielopłaszczyznowych interwencji wzrasta, gdy dołączone zostają programy poradnictwa nie-medycznego, zwłaszcza w odniesieniu do wyłączności i czasu trwania karmienia piersią.
- Interwencje łączące okresy przed i po narodzeniu dziecka, z uwzględnieniem najistotniejszych dni okołoporodowych wydają się być bardziej skuteczne niż skupianie się na jednym z tych dwóch okresów. BFHI jest przykładem na szeroko zakrojonej interwencji o udowodnionej skuteczności i wprowadzenie tego programu jest zdecydowanie zalecane.
- Interwencje w sektorze służby zdrowia są szczególnie efektywne, gdy stosuje się podejście łączące kilka aspektów: szkolenie personelu, korzystanie z pomocy konsultanta laktacyjnego lub doradcy w zakresie karmienia piersią, zapewnienie personelowi i pacjentom informacji na piśmie oraz rooming-in.
- Wpływ interwencji w dziedzinie edukacji zdrowotnej matek odnośnie rozpoczynania i czasu trwania karmienia piersią jest znaczny tylko wtedy, gdy stosowane praktyki szpitalne są spójne z treścią nauczania.
- Dostarczanie informacji o karmieniu piersią przyszłym rodzicom lub nowym matkom bez żadnego, lub z nikłym osobistym kontaktem (tj. w oparciu o ulotki i wsparcie przez telefon) jest mniej efektywne, niż dostarczanie takiej samej informacji w połączeniu z dłuższym kontaktem osobistym. Używanie wyłącznie materiałów drukowanych jest najmniej efektywną interwencją.
- Efektywność wdrażanych obecnie w niektórych krajach programów, które rozszerzają BFHI poza położnictwo tak, aby objęto nią placówki służby zdrowia i szpitale

---

<sup>e</sup> więcej szczegółów w liście odnośników, pozycja<sup>15</sup>

pediatryczne, nie została jeszcze zbadana. Programy te są jednak oparte na połączeniu poszczególnych inicjatyw, których skuteczność poparta jest solidnym materiałem dowodowym.

- Do ważnych interwencji zaliczane jest przygotowanie i egzekwowanie przepisów prawnych, kodeksów, dyrektyw i zasad postępowania na różnych poziomach (krajowym, regionalnym) i dla różnorodnych sytuacji (miejsce pracy, szpital, społeczność). Trudno jest jednakże w chwili obecnej zebrać wystarczająco wiarygodny materiał dowodowy na ich skuteczność (niewiele badań, głównie w ramach wielopłaszczyznowych interwencji).
- Interwencje w miejscach pracy są szczególnie efektywne, kiedy matki mają swobodę wyboru przejścia na zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin i zapewniona ochrona pracy wraz z możliwością przerw na karmienie/odciąganie w miejscu pracy. Te uprawnienia, bez względu na to czy wynikają z obowiązującego prawodawstwa, czy z przychylniej karmieniu piersią polityki firmy, wiążą się z dodatkowym czasem wolnym przeznaczonym na karmienie bez utraty uposażenia lub odciąganie pokarmu w odpowiednich pomieszczeniach zapewnionych przez pracodawcę.

Decyzja o wdrożeniu w życie zestawu interwencji musi uwzględniać nie tylko ich skuteczność, ale również wykonalność oraz koszt. Te dwa czynniki zależą od konkretnego miejsca i uwarunkowane są lokalnymi realiami gospodarczymi, społecznymi i kulturowymi. Zaangażowanie polityczne jest bardziej istotne dla sukcesu podejmowanych działań niż ich wykonalność i koszty. Uważa się, że w idealnej sytuacji, gdy koszt nie jest czynnikiem zasadniczym, droższa interwencja w sferze zdrowia publicznego może być uznana za wykonalną w oparciu o korzystny bilans zysków do poniesionych kosztów. Niektóre strategie i interwencje mogą być zalecane nawet jeśli ich skuteczność nie jest poparta wystarczającym materiałem dowodowym. Dotyczy to w szczególności prawodawstwa i ogólnych zasad postępowania, które nie poddają się łatwo rygorom naukowej oceny. Opinie ekspertów i doświadczenie ukazują, że te inicjatywy niosą ze sobą daleko idące korzyści wyrażające się zwiększeniem liczby kobiet z powodzeniem karmiących piersią.

Należy dodać, że program ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią nie jest jedynie listą poszczególnych interwencji. Zwykle są to działania wielopłaszczyznowe, współzależne i zintegrowane tak, aby maksymalizować ich połączone i skumulowane skutki. Ponadto skuteczność działań uzależniona będzie od ich ciągłości, ponieważ zmiany zachowań matek, rodzin, pracowników służby zdrowia oraz zmiana czynników kulturowych determinujących sposób żywienia niemowląt wymagają interwencji i programów aktywnie realizowanych przez wystarczająco długi okres czasu.

## V. Wzorzec działania

### 1. Zasady postępowania i planowanie

Interwencje na rzecz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią będą skuteczniejsze, gdy zostaną włączone w całościowe krajowe zasady postępowania odnośnie ciąży, porodu, żywienia niemowląt i dzieci młodszymi (IYCF) wraz z wprowadzaniem żywności dodatkowej o odpowiedniej jakości i w odpowiednim czasie. Wszystkie te działania powinny być zintegrowane w spójnych i skoordynowanych krajowych i regionalnych planach ochrony zdrowia oraz wprowadzane z użyciem odpowiednich środków i właściwych metod zarządzania w systemie służby zdrowia odnoszących się do całego społeczeństwa na zasadach równości.

Plan powinien wyznaczać jasne cele, np.:

- zwiększyć liczbę dzieci karmionych wyłącznie piersią i wydłużyć czas trwania karmienia piersią;
- spełnić standardy BFH we wszystkich szpitalach położniczych;
- zapewnić matkom w okresie przed i po porodzie powszechny dostęp do opieki i wsparcia w karmieniu piersią

Oprócz wyznaczenia ujętych w ramy czasowe celów na poziomie ogólnospołecznym, mogą być formułowane cele dodatkowe tak, aby zaspokoić potrzeby grup ryzyka z małym prawdopodobieństwem karmienia piersią wymagających szczególnego wsparcia, np.:

- dwukrotnie zwiększyć wskaźniki wyłącznego i ogólnego karmienia piersią wśród matek z niskim wykształceniem;
- do roku 2010 spełnić standardy BFH w 50% szpitali zajmujących się kształceniem personelu medycznego;
- zapewnić wszystkim matkom o niskich dochodach opiekę przed i po porodzie uwzględniającą wsparcie w karmieniu piersią

Każdy cel główny może mieć kilka celów pośrednich (operacyjnych) warunkujących jego osiągnięcie. Np. cel: „zwiększenie liczby niemowląt karmionych wyłącznie piersią, a następnie utrzymać ich karmienie” może charakteryzować się następującymi celami pośrednimi:

- informować najważniejsze zainteresowane osoby i grupy o zasadach postępowania (policies) i wdrażanych zaleceniach, by chronić, propagować i wspierać karmienie piersią i pozyskać ich zaangażowanie w konkretne działania;
- poprawić jakość szkoleń przeddyplomowych (pre-service) i podyplomowych (in-service) tak, aby zapewnić pracownikom służby zdrowia wiedzę niezbędną do skutecznej ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią;
- stymulować proces szkolenia doradców bez przygotowania medycznego i tworzenia grup wsparcia M2M;
- utworzyć system umożliwiający wydajne, całościowe i w odpowiednim czasie zbieranie i rozpowszechnianie danych dotyczących wskaźników karmienia piersią w różnych okresach życia niemowląt, przy użyciu powszechnie uzgodnionych definicji i metod;
- informować matki i ich rodziny o znaczeniu karmienia piersią i zasadach utrzymania laktacji;
- zapewnić pracującym matkom ochronę prawną i wsparcie niezbędne, by mogły karmić wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy;
- wprowadzić w życie wszystkie przepisy Międzynarodowego Kodeksu Marketingu.

Określenie celów głównych i operacyjnych ma zasadnicze znaczenie, gdyż jasno ukazuje, co plan działania stara się osiągnąć i pozwala opracować wskaźniki do oceny jego wyników i

skutków. Osiągnięcie celów głównych i operacyjnych uzależnione jest od skuteczności planów operacyjnych. Np. cel: “poprawić jakości szkoleń przeddyplomowych (pre-service) i podyplomowych (in-service)” może być osiągnięty na różne sposoby i z zastosowaniem różnych interwencji i działań, w zależności od wyników analizy lokalnych warunków i środków. Realizacja tych interwencji i działań będzie monitorowana przez właściwe i jasno określone w planach operacyjnych wskaźniki postępu i procesu.

### 1.1 Zasady postępowania (policy)

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
1.1.1. Opracować krajowe zasady postępowania oparte na Globalnej Strategii odnośnie IYCF i zintegrować je z ogólną polityką ochrony zdrowia.	odpowiednie ministerstwa, krajowe komitety upowszechniania karmienia piersią i/lub IYCF	zasady postępowania w formie projektu, następnie w wersji ostatecznej, opublikowana i rozprowadzona
1.1.2. Opracować poszczególne zasady postępowania dla grup społecznie zmarginalizowanych i dzieci żyjących w trudnych warunkach tak, aby zmniejszyć dysproporcje społeczne.	odpowiednie ministerstwa, krajowe komitety upowszechniania karmienia piersią	zasady postępowania w formie projektu, następnie w wersji ostatecznej, opublikowana i rozprowadzona
1.1.3. Zachęcać organizacje zawodowe do wydawania opartych na krajowych zasadach postępowania zaleceń i wytycznych oraz motywować członków do stosowania się do nich.	odpowiednie ministerstwa, organizacje zawodowe	zalecenia w formie projektu, następnie w wersji ostatecznej, opublikowane i rozprowadzone

### 1.1 Planowanie

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
1.2.1. Ustanowić priorytety, cele główne i operacyjne oparte na krajowych zasadach postępowania.	odpowiednie ministerstwa, krajowe komitety upowszechniania karmienia piersią	priorytety, cele główne i operacyjne ustalone
1.2.2. Opracować długoterminowe (5-10 lat) – oceniane i poprawiane – plany strategiczne w ramach narodowego planu ochrony zdrowia.	odpowiednie ministerstwa, krajowe komitety upowszechniania karmienia piersią	plan strategiczny opracowany, uzgodniony i opublikowany
1.2.3. Opracować krótkoterminowe (1-2 lata) krajowe i regionalne plany operacyjne poprawiane w	odpowiednie ministerstwa, regionalne władze	plany operacyjne opracowane, uzgodnione i opublikowane

oparciu o monitoring.	sluzby zdrowia	
1.2.4. Skoordinowac inicjatywy odnosnie karmienia piersia z innymi planami i dzialaniami w dziedzinie promocji i ochrony zdrowia.	odpowiednie ministerstwa, regionalne wladze sluzby zdrowia	wewnatrzresortowe i miedzyresortowe komitety koordynujace powolane; inne strategie ochrony zdrowia zgodne z zasadami postepowania odnosnie karmienia piersia

## 1.2 Zarzadzanie

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizacje	Wyniki i skutki
1.3.1. Desygnowac odpowiednio wykwalifikowanych krajowych/regionalnych koordynatorów posiadajacych jednoznaczna wiedze o aktualnych planach dzialania i zasadach postepowania.	odpowiednie ministerstwa, regionalne wladze sluzby zdrowia	krajowi/regionalni koordynatorzy desygnowani/mianowani
1.3.2. Powolac krajowe/regionalne miedzyresortowe komitety upowszechniania karmienia piersia wspierajace krajowego/regionalnego koordynatora.	odpowiednie ministerstwa, regionalne wladze sluzby zdrowia	krajowe/regionalne komitety powolane
1.3.3. Zapewnic ciaglosc pracy krajowych/regionalnych koordynatorów i komitetów.	odpowiednie ministerstwa, regionalne wladze sluzby zdrowia	koordynatorzy i komitety spotykaja sie regularnie
1.3.4. Regularnie monitorowac postepy i okresowo oceniac wyniki krajowego/regionalnego planu.	koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersia	regularne sprawozdania o uzyskiwanych wynikach i okresowe raporty oceniajace

## 1.4 Finansowanie

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizacje	Wyniki i skutki
1.4.1. Przeznaczyc odpowiednie zasoby ludzkie i finansowe dla ochrony, upowszechniania i wspierania karmienia piersia <sup>f</sup> .	rzad, odpowiednie ministerstwa i wladze	realny coroczny budzet asygnowany

<sup>f</sup> Odpowiednie srodki finansowe moglyby byc rowniez przeznaczone dla zaangazowanych w upowszechnianie karmienia piersia NGO interesu publicznego oraz organizacji ochotniczych, jezeli rzad uzna, ze rola tych instytucji jest istotna, a dzialalnosc odpowiadajaca polityce ochrony, upowszechniania i wspierania karmienia piersia.



1.4.2. Zapewnić, by planowanie, realizacja, monitoring i ocena działań były prowadzone niezależnie od wsparcia finansowego producentów i dystrybutorów produktów zastrzeżonych przez Międzynarodowy Kodeks.	rząd, odpowiednie ministerstwa, władze służby zdrowia, lokalne placówki i osoby zajmujące się ochroną zdrowia	źródła finansowania jasno i przejrzysto wykazane
---	---	--

## 2. Informacja, edukacja, komunikacja (IEK)

Odpowiednia informacja, edukacja i komunikacja (IEK) jest istotna dla odbudowania kultury karmienia piersią w krajach, gdzie karmienie sztuczne uznawane jest za normę od lat, a nawet pokoleń. Przesłanie IEK musi być zgodne z zasadami postępowania, zaleceniami i przepisami prawnymi, jak również z praktykami w służbie zdrowia i opiece społecznej. Podstawowym celem działań związanych z IEK powinno być, zgodnie z CRC, zagwarantowanie każdej grupie społecznej prawa do jasnej, pełnej i obiektywnej informacji o karmieniu piersią.

Karmienie piersią jest naturalnym i właściwym sposobem żywienia noworodków i niemowląt i tak powinno być powszechnie ukazywane. Oczekujący potomstwa oraz nowi rodzice mają prawo do pełnej i prawdziwej informacji o żywieniu niemowląt, w tym wskazówek odnośnie bezpiecznego wprowadzania żywności dodatkowej o odpowiedniej jakości i we właściwym czasie tak, aby mogli podejmować świadome decyzje.<sup>19</sup>

Przeznaczone dla opinii publicznej, w tym rodziców, doniesienia o wykorzystaniu mleka ludzkiego jako wskaźnika zanieczyszczenia środowiska muszą być sformułowane z dużą ostrożnością i poprawnie z naukowego punktu widzenia. Doniesienia takie powinny również zawierać informacje, jak kobiety mogą ograniczyć poziom zanieczyszczeń w mleku (palenie, narkotyki, kosmetyki, dieta) oraz porady odnośnie znaczenia ewentualnych toksyn. Należy również jasno podkreślać, że rozwiązaniem tego problemu jest zapobieganie skażeniom środowiska naturalnego, a nie sztuczne żywienie niemowląt.

### 2.1 IEK dla osób indywidualnych

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
2.1.1. Zapewnić matkom osobiste (face-to-face) poradnictwo ze strony odpowiednio wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, doradców bez przygotowania medycznego i grup wsparcia.	odpowiednie władze służby zdrowia, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego i grupy wsparcia M2M	działający system (audit) sprawdzania wiedzy i umiejętności matek odnośnie karmienia piersią oraz sposobu ich przekazywania
2.1.2. Zapewnić we wszystkich materiałach IEK jasną, precyzyjną i spójną informację, zgodną z krajowymi/regionalnymi zasadami postępowania i zaleceniami, jako uzupełnienie i	władze służby zdrowia, komitety i koordynatorzy upowszechniania karmienia piersią, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez	materiały spełniające wymienione kryteria dostępne; system kontroli (audit) materiałów IEK i indywidualnych konsultacji na temat karmienia piersią dla

wsparcie poradnictwa osobistego (face-to-face) <sup>g</sup> .	przygotowania medycznego i grupy wsparcia M2M	potrzebujących matek wykonywane
2.1.3. Rozpoznać i aktywnie zaspokajac potrzeby w zakresie informacji i praktycznych umiejetnoscí u: nowych matek (pierwszy poród), imigrantek, nastolatek, matek samotnie wychowujacych dziecko, kobiet o niskim wykształceniu oraz w innych grupach ryzyka, w których prawdopodobienstwo skutecznego karmienia piersia jest niskie, zwłaszcza wśród matek z wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami w karmieniu piersia.	odpowiednie władze służby zdrowia, koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersia, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego i grupy wsparcia M2M	materiały IEK spełniające wysokie standardy jakościowe i uwzględniają potrzeby konkretnych grup, do których są adresowane
2.1.4. Ustalić i aktywnie zaspokajac potrzeby w zakresie informacji i praktycznych umiejetnoscí dla pozostałych członków rodziny lub osób związanych z matką karmiącą np. ojców/partnerów życiowych matek, dziadków, rodzeństwa itp.	odpowiednie władze służby zdrowia, koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersia, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego i grupy wsparcia M2M	sprawdzone (audit) materiały i wsparcie dla osób związanych z matką karmiącą dostępne
2.1.5. Zapewnić i skutecznie egzekwować zakaz publicznej reklamy lub jakichkolwiek innych form promocji produktów zastrzeżonych przez Międzynarodowy Kodeks Marketingu.	odpowiednie władze służby zdrowia, koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersia	nie ma dystrybucji komercyjnych materiałów marketingowych

## 2.2 IEK dla społeczeństwa

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
2.2.1. Opracować i upowszechnić bezpłatne zestawy IEK zgodne z ogólnokrajowymi zasadami postępowania i zaleceniami z	odpowiednie władze resortów ochrony zdrowia i edukacji, koordynatorzy i	zestawy IEK przygotowane i rozpowszechnione; skuteczność kanałów

<sup>g</sup> Materiały IEK dla matek powinny traktować o znaczeniu karmienia piersia, przedstawiać podstawowe informacje praktyczne, odpowiadać na najczęściej występujące wątpliwości i problemy oraz zawierać dane umożliwiające osobisty kontakt z ekspertem w razie potrzeby.

przeznaczeniem dla: placówek służby zdrowia i opieki społecznej, wszystkich poziomów edukacji szkolnej, osób zajmujących się opieką nad niemowlętami i dziećmi, decydentów, przedstawicieli mediów. <sup>h</sup>	komitety upowszechniania karmienia piersia, stowarzyszenia zawodowe, NGO, grupy wsparcia M2M	ich dystrybucji sprawdzona
2.2.2. We wszystkich materiałach pisanych i wizualnych o/lub nawiązujących do macierzyństwa i IYCF przedstawić wyłączne karmienie piersia przez pierwsze 6 miesięcy i utrzymanie karmienia do 2 lat i dłużej jako odpowiednią metodę żywienia i wychowywania niemowląt i dzieci.	wszystkie organizacje multimedialne oraz władze odpowiedzialne za treść materiałów drukowanych, programów itp.	informacja ukazująca funkcje i odpowiedzialność dla organizacji multimedialnych zapewniona; skuteczne techniki monitoringu wprowadzone
2.2.3. Obchodzić międzynarodowe, krajowe i lokalne tygodnie karmienia piersia i wykorzystać je jako szansę dla stymulowania debaty publicznej w różnych kręgach i mediach oraz rozpowszechniania istotnych informacji.	koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersia, inne istotne grupy zaangażowane	sprawozdania z działań w ramach obchodów opublikowane
2.2.4. Monitorować, informować i wykorzystywać wszystkie środki masowego przekazu do promocji i wspierania karmienia piersia oraz zapewnić, by za każdym razem było ono ukazywane jako zalecana norma.	odpowiednie władze resortów ochrony zdrowia i edukacji, koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersia	prawdziwa i aktualna informacja dostarczona kanałom i sieciom multimedialnym, wykorzystana do promocji i wspierania karmienia piersia

### 3. Szkolenie

Jak to zostało stwierdzone w podsumowaniu dokumentu poświęconego obecnej sytuacji,<sup>14</sup> jakość szkoleń przeddyplomowych (pre-service) i podyplomowych (in-service) w zakresie karmienia piersia dla pracowników służby zdrowia musi, wraz z postępem wiedzy, być stale doskonała. Podobnie dzieje się w innych dziedzinach ochrony zdrowia. Długoterminowa strategia powinna być oparta na stosownych zmianach w programach nauczania przygotowujących do wykonywania zawodu. Jeśli strategia taka będzie skuteczna, z czasem doprowadzi do ograniczenia wydatków na szkolenia uzupełniające w okresie pracy. Pracownicy służby zdrowia powinni otrzymywać aktualną wiedzę i możliwość ustawicznego kształcenia medycznego (UKM) ze strony statutowych i ochotniczych agencji oraz innych instytucji wolnych od komercyjnych wpływów i nacisków.

<sup>h</sup> Treść zestawów IEK powinna być wystarczająco elastyczna, by umożliwić zaspokojenie konkretnych potrzeb zaangażowanych instytucji i ich docelowych odbiorców. Należy zwrócić szczególną uwagę, na potrzeby w zakresie informacji o karmieniu niemowląt w konkretnych grupach społecznych (np. wśród imigrantów, osób nastoletnich, rodzin o niskich dochodach), gdzie prawdopodobieństwo skutecznego karmienia jest najniższe.

### 3.1 Szkolenie przygotowujące do zawodu (pre-service)

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
3.1.1. Opracować w służbie zdrowia nowe lub zrewidować istniejące minimalne standardy (treść, metoda, czas) programów szkoleń przed- i podyplomowych oraz zakresu umiejętności praktycznych we wspieraniu karmienia piersią i utrzymaniu laktacji.	dziekani odpowiednich wydziałów uczelni medycznych, władze sprawujące nadzór nad kompetencją zawodową, krajowe komitety upowszechniania karmienia piersią	programy i standardy kompetencyjne przygotowane/uaktualnione i wprowadzone w życie
3.1.2. Przygotować nowe lub zrewidować istniejące podręczniki i materiały szkoleniowe zgodnie z aktualnymi standardami programów, zasadami postępowania (policies) i zalecanymi praktykami.	dziekani, wykładowcy i nauczyciele odpowiednich wydziałów uczelni medycznych, stowarzyszenia zawodowe	podręczniki i materiały szkoleniowe przygotowane/uaktualnione i wykorzystywane

### 3.2 Szkolenie uzupełniające w okresie pracy (in-service)

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
3.2.1. Przygotować ofertę ustawicznej edukacji interdyscyplinarnej opartej na wytycznych WHO/UNICEF lub innych kursach popartych badaniami naukowymi (EBM) odnośnie karmienia piersią i utrzymania laktacji, jako część programu szkoleń przed- i podyplomowych dla wszystkich pracowników służby zdrowia związanych z opieką nad matką i dzieckiem, ze szczególnym uwzględnieniem personelu placówek położniczych i pediatrycznych.	władze odpowiedzialne za UKM, placówki położnicze i pediatryczne, szkoły medyczne, koordynatorzy szkoleń uzupełniających w okresie pracy, stowarzyszenia zawodowe	regularne praktyczne szkolenia uzupełniające w okresie pracy oparte na uznanych wytycznych i programach wszystkim pracownikom służby zdrowia związanym z opieką nad matką i dzieckiem zapewnione
3.2.2. Opracować nowe lub zrewidować istniejące materiały do użycia w systemie ustawicznego szkolenia interdyscyplinarnego; zapewnić, że materiały i kursy są wolne od wpływu producentów i dystrybutorów produktów zastrzeżonych przez Międzynarodowy Kodeks	władze odpowiedzialne za UKM, koordynatorzy szkoleń uzupełniających w okresie pracy, szkoły medyczne, komitety upowszechniania karmienia piersią, stowarzyszenia zawodowe	materiały szkoleniowe przygotowane/uaktualnione; protokoły monitorowania i kontroli treści kursów i materiałów w

Marketingu.		aspekcie konfliktu interesów gotowe
3.2.3. Zachęcić odpowiednich pracowników służby zdrowia do uczestnictwa w zaawansowanych akredytowanych kursach utrzymania laktacji i do zdobywania tytułu IBCLC lub innego równorzędnego dyplomu potwierdzającego najwyższe standardy kompetencji <sup>i</sup>	władze odpowiedzialne za UKM, pracodawcy w służbie zdrowia, IBLCE, stowarzyszenia zawodowe	wzrost liczby dyplomowanych konsultantów laktacyjnych na liczbę urodzonych dzieci
3.2.4. Zachęcić specjalistów w dziedzinie karmienia piersią do kontaktowania się przez Internet w celu ustawicznego doskonalenia wiedzy i umiejętności.	stowarzyszenia zawodowe, NGO interesu publicznego	listy adresowe, strony internetowe i grupy dyskusyjne aktywne

#### 4. *Ochrona, propagowanie i wsparcie*

Ochrona karmienia piersią w zasadzie opiera się na eliminacji przeszkód do karmienia poprzez pełną realizację przepisów Międzynarodowego Kodeksu Marketingu i prawodawstwa chroniącego macierzyństwo. Podobne zadanie spełnia ochrona przed brakiem tolerancji dla karmienia piersią w miejscach publicznych, niewłaściwe przedstawianie karmienia w mediach i bezpłatna dystrybucja mieszanek dla niemowląt wśród najuboższych.

Propagowanie zależy od wprowadzania w życie krajowych zasad postępowania i zaleceń opartych na Globalnej Strategii Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci popartej przez wszystkie państwa UE na 55 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 2002 r, Planie Działania WHO/EURO na rzecz Żywienia oraz na skutecznych programach IEK.

Wsparcie potrzebne jest zarówno matkom karmiącym jak i kobietom, które zdecydowały się nie karmić piersią. Każda matka, która została poinformowana o prawidłowym i optymalnym żywieniu niemowląt, ma pełne prawo zdecydować się na karmienie sztucznie. Taka decyzja musi być w pełni uszanowana z wszystkimi jej konsekwencjami. Matka powinna otrzymać wszelkie niezbędne wsparcie, aby właściwie żywić dziecko. Rodziny powinny także otrzymywać profesjonalną informację o tym jak i kiedy rozpocząć żywienie uzupełniające, ponieważ takie podejście do karmienia jest optymalne dla rozwoju dziecka.<sup>j</sup>

Nawet w krajach, w których wskaźniki rozpoczynania karmienia piersią są wysokie, jego czas trwania jest często daleki od idealu, szczególnie w odniesieniu do wskaźników wyłączności przez pierwsze 6 miesięcy. Spadek zaznacza się zwykle wkrótce po wypisaniu matki ze szpitala oraz około 4 miesiąca po porodzie. Najprawdopodobniej zbiega się w czasie z powrotem matki do pracy poza domem lub powszechna opinia, że 4 miesiące życia dziecka jest właściwym momentem do rozpoczęcia wprowadzania żywności dodatkowej. Niewiele kobiet w UE karmi piersią po 12 miesiącach. Korzystna zmiana tej sytuacji wymaga

<sup>i</sup> Uprawnienia IBCLC przyznawane są kandydatom, którzy, bez względu na ukończony kurs laktacyjny, z powodzeniem przeszli egzamin kompetencyjny. Egzaminy IBCLC są organizowane w kilku językach na całym świecie już od 20 lat. Uaktualnianie dyplomu jest obowiązkowe co 5 lat. Posiadacze uprawnień muszą stosować się do Kodeksu Etyki i pracować zgodnie ze Standardami Praktyki. Niezależna komisja nadzorująca organizację nadającą uprawnienia zawodowe od 1988 regularnie udziela akredytacji procesowi wydawania certyfikatów przez IBCLCE.

<sup>j</sup> Świadome decyzje, oparte na obiektywnej wiedzy, poparte odpowiednim wsparciem są szczególnie istotne dla kobiet ciężarnych, które są nosicielkami wirusa HIV. Wytyczne odnośnie karmienia niemowląt w kontekście HIV zostały opublikowane przez WHO.<sup>20</sup>

skutecznego wsparcia, które z kolei należy oprzeć na zaangażowaniu i społecznej mobilizacji, aby przywrócić powszechną kulturę karmienia piersią. Na poziomie indywidualnym oznacza to dostęp wszystkich kobiet do usług wspierających karmienie piersią, ze szczególnym naciskiem na wsparcie M2M i ciągłość opieki. Kobiety, które przerywają karmienie o wiele wcześniej, niż by tego pragnęły, powinny być wspierane i zachęcane do ustalenia rzeczywistych przyczyn zaprzestania karmienia piersią. Poznanie rzeczywistych powodów mogłoby pomóc w zaakceptowaniu krótszego niż oczekiwały okresu karmienia, zmniejszyć poczucie straty i niepowodzenia i przyczynić się do dłuższego utrzymania laktacji przy następnym dziecku.

#### 4.1 Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
4.1.1. Wdrożyć zasady postępowania (policies) i plany oparte na Globalnej Strategii i Planach Działania WHO/EURO.	Ministerstwo Zdrowia i inne odpowiednie ministerstwa	zasady postępowania i plany opracowane i wprowadzone w życie
4.1.2. Poinformować wszystkie grupy zawodowe w służbie zdrowia, odpowiednie uczelnie i szkoły medyczne oferujące przygotowanie przed- i podyplomowe, NGO i społeczeństwo o zasadach postępowania i planach działania	Ministerstwo Zdrowia i inne odpowiednie ministerstwa	pracownicy służby zdrowia i społeczeństwo wykazują odpowiednią wiedzę na temat zasad postępowania i planów działania odnośnie karmienia piersią

#### 4.2 Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
4.2.1. Opracować przepisy UE zawierające wszystkie postanowienia i obejmujące wszystkie produkty zastrzeżone przez Międzynarodowy Kodeks (jako minimum wymagane).	Komisja Europejska	przepisy w formie szkicu zaakceptowane przez państwa – członków UE
4.2.2. Zapewnić zgodność z Międzynarodowym Kodeksem stanowisko UE na posiedzeniach Codex Alimentarius.	Komisja Europejska	sprawozdania Codex Alimentarius odzwierciedlają takie stanowisko
4.2.3. Opracować ogólnokrajowe przepisy prawne oparte na Międzynarodowym Kodeksie Marketingu, zawierające mechanizmy egzekwowania i ściągania wykroczeń oraz system	rzeczy krajowe, komitety upowszechniania karmienia piersią, stowarzyszenia	krajowe przepisy uaktualnione, procedury zgodności postępowania z Międzynarodowym Kodeksem Marketingu

monitorowania niezależny od interesów komercyjnych.	konsumentów	wprowadzone
4.2.4. Wprowadzić na szczeblu krajowym postanowienia Międzynarodowego Kodeksu Marketingu jeszcze przed rozporządzeniem UE zobowiązującym do tego wszystkie państwa członkowskie.	rzady krajowe, samorzady, komitety upowszechniania karmienia piersią, NGO	procedury kontroli zgodności postępowania z postanowieniami Kodeksu na szczeblu krajowym i regionalnym wprowadzone
4.2.5. Informować pracowników służby zdrowia przed- i po dyplomie i świadczących usługi zdrowotne o odpowiedzialności wynikającej z Międzynarodowego Kodeksu.	szkoly medyczne, władze odpowiedzialne za UKM, stosowne władze w służbie zdrowia	informacja rozpowszechniona
4.2.6. Opracować kodeks etyczny zawierający kryteria indywidualnego i instytucjonalnego sponsoringu kursów, materiałów szkoleniowych, badań naukowych, konferencji i innych działań oraz wydarzeń tak, aby uniknąć konfliktu interesów mogącego przynieść negatywne skutki dla karmienia piersią.	stowarzyszenia zawodowe, instytucje akademickie, pracownicy placówek ochrony zdrowia	kryteria i wytyczne opracowane, opublikowane i wprowadzone w życie
4.2.7. Informować opinię publiczną o zasadach, celach i przepisach Międzynarodowego Kodeksu Marketingu oraz o procedurach monitorowania i ujawniania wykroczeń.	rzady krajowe, samorzady, NGO, stowarzyszenia konsumentów	informacja rozpowszechniona, społeczeństwo i instytucje odpowiedzialne za monitoring poinformowane
4.2.8. Zlikwidować bezpłatną dystrybucję mieszanek dla niemowląt wśród rodzin o niskich dochodach tam, gdzie praktyki takie mają jeszcze miejsce; zastąpić je bodźcami i inicjatywami promującymi i wspierającymi karmienie piersią w rodzinach ubogich lub w inny sposób zmarginalizowanych.	rzady krajowe, samorzady, instytucje opieki społecznej	bezpłatna dystrybucja mieszanek przerwana, bodźce i inicjatywy sprzyjające karmieniu piersią dostępne dla wszystkich rodzin

### 4.3 Prawodawstwo dla pracujących matek

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizacje	Wyniki i skutki
4.3.1. Udoskonalic krajowe przepisy tam, gdzie nie spełniają minimalnych standardów ILO <sup>k</sup> .	rzady krajowe, samorzady	przepisy udoskonalone
4.3.2. Zapewnić wystarczające wsparcie prawne umożliwiające pracującym matkom wyłączne karmienie piersią przez 6 miesięcy i kontynuację karmienia.	rzady krajowe, samorzady	skuteczne przepisy prawne uchwalone, wsparcie finansowe zatwierdzone
4.3.3. Rozszerzyć przepisy o ochronie macierzyństwa na matki obecnie nimi nie objęte, np. zatrudnione sezonowo, na kontraktach krótkoterminowych i w niepełnym wymiarze godzin oraz stazystki, studentki, imigrantki.	rzady krajowe, samorzady	przepisy rozszerzone
4.3.4. Zapewnić pełną informację dla pracodawców, pracowników służby zdrowia i społeczeństwa o obowiązujących przepisach odnoszących do ochrony macierzyństwa oraz BHP kobiet ciężarnych i karmiących.	rzady krajowe, samorzady, organizacje pracodawców, związki zawodowe	powszechna świadomość obowiązujących przepisów odnoszących do ochrony macierzyństwa
4.3.5. Informować pracodawców o korzyściach dla nich i pracowników wynikających z ułatwień karmienia piersią po powrocie matki karmiącej do pracy oraz o udogodnieniach sprzyjających karmieniu (elastyczne godziny pracy, czas wolny, miejsce do odciążania i przechowywania pokarmu).	odpowiednie ministerstwa, władze służby zdrowia i opieki społecznej, organizacje pracodawców, związki zawodowe	pracodawcy poinformowani o korzyściach zapewniających stosowne wsparcie w miejscu pracy

### 4.4 Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”<sup>1</sup>

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizacje	Wyniki i skutki
4.4.1. Zapewnić ścisłą współpracę rządu, władz służby zdrowia, stowarzyszeń zawodowych, NGO	rzady krajowe, samorzady, odpowiednie władze	komitety i koordynatorzy BFHI powołane, BFHI

<sup>k</sup> Poszczególne kraje mogą oczywiście przekraczać minimalne standardy ILO.

<sup>1</sup> BFHI uważana jest za wzorzec najlepszej praktyki. Jednakże inne inicjatywy lub programy mogą również wspierać najwyższy standard. Skuteczność wszystkich inicjatyw powinna być zawsze oceniana.



z UNICEF i WHO, aby wprowadzić BFHI jako standard najlepszej praktyki i aby wszystkie placówki ochrony zdrowia matki i dziecka dążyły do osiągnięcia i utrzymania statusu „Przyjaznego Dziecka”	slużby zdrowia, stowarzyszenia zawodowe, NGO, komitety upowszechniania karmienia piersia, placówki położnicze i pediatryczne	powszechnie uznawana za właściwy standard usług w odniesieniu do karmienia piersia
4.4.2. Zapewnić odpowiednie środki (fundusze, personel/czas) i wsparcie techniczne dla szkoleń, zmiany praktyk, oceny i re-oceny szpitali w oparciu o kryteria BFHI.	rzeczy krajowe, samorzady, odpowiednie władze służby zdrowia, komitety nadzorujące jakość usług	odpowiedni budżet /personel przeznaczony aby osiągnąć standard opieki w oparciu o BFHI dla wszystkich oczekujących rodziców i matek karmiących
4.4.3. Zmotywować szpitale, które w chwili obecnej nie dają aktywnie do osiągnięcia akredytacji BFHI do poprawy praktyki w sposób możliwie najbliższy zaleceniom BFHI.	odpowiednie władze służby zdrowia, komitety nadzorujące jakość usług, komitety BFHI	stosowanie praktyk w oparciu o najlepsze standardy we wszystkich szpitalach/placówkach
4.4.4. Uznać i włączyć kryteria BFHI do systemu krajowych standardów jakości w procesie akredytacji placówek położniczych. <sup>m</sup>	odpowiednie władze służby zdrowia, komitety nadzorujące jakość usług, komitety BFHI oraz krajowe komitety akredytacyjne	kryteria BFHI uznane i włączone do krajowych systemów akredytacyjnych
4.4.5. Opracować systematyczne podejście do przekazywania informacji o karmieniu piersia w okresie przed porodem zgodnie z odpowiednimi krokami BFHI.	odpowiednie władze służby zdrowia, placówki i pracownicy służby zdrowia	wytyczne do opieki przedporodowej opracowane
4.4.6. Zaangażować ojców i rodziny, aby zapewnić odpowiednie wsparcie matkom po wypisie ze szpitala.	placówki i pracownicy służby zdrowia	ojcowie i rodziny zaangażowane
4.4.7. Poprawić współpracę między szpitalami a innymi placówkami służby zdrowia i opieki społecznej, aby zapewnić realizację 10 kroku BFHI, tj. odpowiedniego wsparcia laktacji i poradnictwa przez pierwsze tygodnie po porodzie.	władze służby zdrowia i opieki społecznej, komitety jakości usług, komitety BFHI, doradcy bez przygotowania medycznego, grupy wsparcia M2M	powszechnie wprowadzenie w życie 10 kroku BFHI

<sup>m</sup> Ochrona upowszechnianie i wspieranie karmienia piersia nie może być skutecznie realizowana, jeśli nie towarzyszy jej promocja porodu naturalnego. Wzrastające wskaźniki cesarskiego cięcia i porodu ze znieczuleniem, łączone z zakłóceniami wydzielania hormonów niezbędnych do rozpoczęcia laktacji, mogą poważnie utrudniać rozpoczynanie karmienia piersia.

4.4.8. Zapewnić odpowiednie środki i wsparcie techniczne dla szkolenia i zmiany praktyk, aby placówki zajmujące się opieką zdrowotną i społeczna nad kobietami, niemowlętami i dziećmi upowszechniały i wspierały karmienie piersią.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, stowarzyszenia zawodowe	karmienie piersia upowszechniane i wspierane przez publiczne i prywatne placówki służby zdrowia i opieki społecznej zgodnie z obowiązującymi zasadami postępowania
4.4.9. Zachęcać do realizacji inicjatyw sprzyjających karmieniu piersią poza położnictwem tak, aby objęte nimi inne instytucje zajmujące się opieką zdrowotną i społeczną, szpitale/placówki pediatryczne, miejsca pracy itp.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, komitety nadzorujące jakość usług, komitety BFHI	wzorce opieki oparte na BFHI w innych sektorach zdrowia i usług pokrewnych opracowane i wprowadzone

#### 4.5 Wsparcie ze strony szkolonego personelu medycznego

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
4.5.1 Zapewnić, aby personel służby zdrowia i opieki społecznej, w tym wolontariusze posiadali umiejętności praktyczne pozwalające kształtować w matkach przekonanie o wartości karmienia piersią i wiarę w możliwość wykarmienia dziecka.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, agencje, organizacje ochotnicze i pracownicy służby zdrowia	audit liczby personelu medycznego i ochotników mogących skutecznie wspierać karmienie piersią
4.5.2 Zmotywować i wspierać pracowników służby zdrowia do zdobywania specjalistycznej wiedzy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych, aby mogli pomagać kobietom z problemami w karmieniu piersią.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, placówki i pracownicy służby zdrowia,	specjaliści – np. IBCLC, przeszkoleni, ich kwalifikacje wykorzystane
4.5.3 Zapewnić, by konsultanci laktacyjni i inni odpowiednio przygotowani pracownicy służby zdrowia wspierający karmienie piersią byli dostępni dla wszystkich matek (również pod względem finansowym).	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, agencje i organizacje, ubezpieczyciele (w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych)	koszty usług świadczonych przez wykwalifikowanych konsultantów pokrywane przez narodowe systemy ubezpieczeń i/lub ubezpieczycieli dobrowolnych
4.5.4 Tam, gdzie to konieczne, zapewnić pomoc matkom noworodków urodzonych	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, agencje i	nieodpłatna pomoc i wsparcie zapewniane

przedwcześnie lub dzieci chorych w dostarczeniu lub pozyskaniu pokarmu, w tym również pomoc w podróży i zakwaterowaniu, jeśli dziecko znajduje się w odległej placówce specjalistycznej; zapewnić dostęp do akredytowanego banku mleka.	organizacje	
4.5.5 Utworzyć krajowe i regionalne ośrodki doskonalenia opieki w karmieniu piersią, stanowiące źródło wiedzy i wsparcia dla pracowników służby zdrowia i matek; zapewnić bezpłatny dostęp do ich zasobów internetowych.	krajowe i regionalne władze służby zdrowia, komitety upowszechniania karmienia piersią	centra utworzone, informacje o kontaktach wśród wszystkich grup i osób zainteresowanych rozpowszechnione

#### **4.6 Wsparcie ze strony szkolonych doradców bez przygotowania medycznego oraz grup wsparcia matek**

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
4.6.1 Zachęcać do tworzenia i/lub zwiększyć dostępność wsparcia odpowiednio kwalifikowanych doradców bez przygotowania medycznego oraz grup M2M, zwłaszcza dla kobiet mających małe prawdopodobieństwo karmienia piersią.	odpowiednie władze służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego oraz grupy wsparcia M2M	szkolenie/tworzenie grup doradców bez przygotowania medycznego oraz grupy M2M w terenie, gdzie takie grupy są potrzebne
4.6.2 Opracować lub zrewidować/uaktualnić programy szkolenia (treść, metody, czas, materiały) dla doradców bez przygotowania medycznego oraz grup wsparcia M2M.	doradcy bez przygotowania medycznego oraz grupy wsparcia M2M	programy i standardy kompetencyjne przygotowane lub zrewidowane/uaktualnione
4.6.3 Wzmocnić współpracę i komunikację między pracownikami służby zdrowia w różnych placówkach a doradcami bez przygotowania medycznego i grupami wsparcia M2M.	odpowiednie władze i pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego oraz grupy wsparcia M2M	procedury ułatwiające skuteczne wykorzystanie profesjonalnych i ochotniczych umiejętności w karmieniu piersią wprowadzone

#### 4.7 Wsparcie w rodzinie, społeczności lokalnej i miejscu pracy

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
4.7.1 Zapewnić właściwą wiedzę i wsparcie matkom karmiącym, ich partnerom i rodzinom, w tym informacje o możliwości kontaktu ze statutowymi i ochotniczymi instytucjami wspierającymi karmienie piersią.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego oraz grupy wsparcia M2M	wiedza i wsparcie matkom karmiącym i ich partnerom rutynowo dostarczane
4.7.2 Stymulować wsparcie rodziny poprzez edukacje społeczeństwa i lokalne projekty oraz przez programy dla społeczności lokalnej oparte na współpracy pomiędzy instytucjami statutowymi i ochotniczymi.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego oraz grupy wsparcia M2M	lokalne i regionalne programy międzyresortowe utworzone i oceniane
4.7.3 Rozpoznać i aktywnie zaspokajać potrzeby wsparcia dla kobiet rodzących pierwsze dziecko, imigrantek, nastolatek, matek samotnie wychowujących dziecko, kobiet o niskim wykształceniu oraz innych grup, w których prawdopodobieństwo skutecznego karmienia piersią jest niskie, zwłaszcza wśród matek z wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami w karmieniu piersią.	odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej, pracownicy służby zdrowia, doradcy bez przygotowania medycznego oraz grupy wsparcia M2M	grupy społeczne o różnych potrzebach wsparcia i informacji rozpoznane, ich potrzeby właściwie zaspokojone
4.7.4 Zachęcać do przyjaznego traktowania i tworzenie udogodnień sprzyjających karmieniu piersią w miejscach publicznych oraz chronić prawo kobiety do karmienia piersią zawsze i wszędzie tam, gdzie uzna to za potrzebne.	władze na szczeblu krajowym i regionalnym, odpowiednie władze służby zdrowia i opieki społecznej	polityka przyjaznego podejścia i udogodnień w karmieniu piersią rozpowszechniona i realizowana

#### 5. *Monitoring*

Monitoring powinien być integralną częścią planu działania pomagającą zapewnić jego skuteczność. Dla zapewnienia porównywalności danych, monitoring wskaźników karmienia piersią powinien być przeprowadzany w oparciu o ujednolicone i powszechnie

zaakceptowane metody zbierania informacji. WHO zaleca stosowanie następujących definicji karmienia piersia:<sup>21,22</sup>

- Wyluczne karmienie piersia: niemowle otrzymuje tylko mleko matki lub innej kobiety, albo odciagnięty pokarm; nie otrzymuje żadnych innych płynów lub pokarmów stałych, z wyjątkiem kropli i syropów witaminowych, dodatków mineralnych lub leków.
- Dominujące karmienie piersia: przeważającym źródłem żywienia niemowlęcia jest mleko kobiece. Jednakże możliwe jest również podawanie wody i napojów na wodzie, doustnych roztworów soli nawadniających (ORS); witamin w kroplach lub syropie, substancji mineralnych i leków, płynów spożywanych w celach rytualnych (w ograniczonych ilościach). W ramach tej definicji niemowle nie może otrzymywać żadnych płynnych pokarmów z wyjątkiem soków owocowych i słodzonej wody<sup>n</sup>.
- Żywienie uzupełniające: niemowle otrzymuje zarówno mleko kobiece jak i pokarmy stałe i półpłynne.
- Niekarmienie piersia: niemowle nie otrzymuje mleka kobiecego.

Dane dla każdej z w/w kategorii karmienia mogą być zbierane w każdym wieku dziecka np. 48 godzin po urodzeniu (wywiad od urodzenia), bez względu na to czy poród miał miejsce w szpitalu, czy w domu, i w wieku około 3, 6 i 12 miesięcy - wywiad z ostatnich 24 godzin; (uwaga się, że matki mają trudności z dokładnym zapamiętaniem, co jadły ich dzieci przez okres dłuższy).

Przyjmuje się, że dane o stanie karmienia piersia zbierane w oparciu o wywiad z matkami 24/48 godzin wstecz są mniej dokładne niż dane pozyskane z użyciem bardziej intensywnych metod np. cotygodniowo przez cały okres od urodzenia (badanie longitudinalne). Dla celów monitoringu tj. aby zapewnić bieżące i spójne dane o karmieniu piersia, informacje o tym jak dziecko jest żywione w czasie zbierania wywiadu stanowią najlepszy kompromis pomiędzy dokładnością, a wykonalnością. Do badań naukowych, longitudinalne zbieranie danych jest bardziej odpowiednie.

Uwaga się również, że kategorie karmienia piersia zalecane przez WHO nie pozwalają na precyzyjne rozróżnienie matek karmiących piersia i podających dziecku od czasu do czasu mieszankę oraz matek karmiących sztucznie i podających dziecku od czasu do czasu piers. Obydwie grupy byłyby sklasyfikowane w jednej grupie jako matki podające żywność uzupełniająca. Ponadto definicja żywienia uzupełniającego wg WHO nie uwzględnia różnic między żywieniem uzupełniającym z i bez użycia mieszanek mlecznych dla niemowląt. Systemy monitoringu, a częściej badania operacyjne dążące do uzyskania lepszego zrozumienia różnorodnych wzorców żywienia niemowląt, mogą dodać do definicji WHO inne kategorie zapewniające możliwość porównań międzynarodowych.

Zbieranie danych może opierać się na całej populacji, tj. zostać włączone do istniejących krajowych i regionalnych systemów monitorujących zdrowie matki i dziecka. W tym wypadku dokładność zbierania informacji (patrz akapit wyżej), względna kompletność uzyskanych zestawów danych i okresy publikacji mają zasadnicze znaczenie dla ich interpretacji i użycia. Zbieranie danych może również opierać się na ankietowaniu grupy reprezentatywnej (badanie przeglądowe-survey) pod warunkiem, że ankiety przeprowadzane są w regularnych odstępach czasu. Dobrana próba musi być reprezentatywna dla całej populacji, a jej rozmiar odpowiednio oszacowany, aby umożliwić badania porównawcze podgrup społecznych i kolejnych badań, jeśli takie są cele planowanego badania.

Aktualna wersja listy Wskazników Zdrowia UE (luty 2004)<sup>o</sup> zawiera następujące pozycje:

<sup>n</sup> Połączenie wylucznego i dominującego karmienia piersia nazywane jest pełnym karmieniem piersia.

<sup>o</sup> [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/docs/ev\\_20040219\\_rd04\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf)

- karmienie piersia i wylaczne karmienie piersia 48 godzin po urodzeniu;
- karmienie piersia i wylaczne karmienie piersia w wieku 3 i 6 miesiecy;
- karmienie piersia w wieku 12 miesiecy;

zalecane przez inne projektów UE (Projekty Odzywiania w okresie Okoloprodowym, Dzieciwym, Zywienia dla Zdrowia Publicznego). Sposób sformulowania w/w wskaźników nie jest wystarczająco precyzyjny, aby mógł być przyjęty jako standardowe definicje i metody zbierania danych. Potrzebna jest dalsza współpraca by osiągnąć konsensus i wydać praktyczne instrukcje.

Monitoring i ocena praktyk służby zdrowia i opieki społecznej, oraz zakresu wprowadzenia w życie zasad postępowania, przepisów i kodeksów, powinny być integralną częścią planu działania. Kryteria monitoringu praktyk powinny być dopasowane do lokalnej sytuacji i planu operacyjnego. Jednakże istnieje potrzeba wprowadzenia przynajmniej kilku kryteriów uniwersalnych, np. tych, które zostały już opracowane przez WHO i UNICEF dla BFHI, aby możliwa była jakakolwiek porównywalność wewnątrz krajów i pomiędzy krajami. Niektóre wskaźniki standardu praktyk związanych z karmieniem piersia i ich wprowadzenia mogą być zintegrowane i wykorzystane w systemie akredytacji placówek służby zdrowia i w systemie auditu zakresu wdrożenia krajowych zasad postępowania odnośnie karmienia piersia.

### 5.1 Wskaźniki karmienia piersia

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
5.1.1 Stworzyć system monitoringu oparty na powszechnie uzgodnionych definicjach i metodach.	odpowiednie ministerstwa i władze, krajowe urzędy statystyczne, komitety upowszechniania karmienia piersia	system monitoringu stworzony, dane zbierane i regularnie analizowane
5.1.2 Zbierać łącznie z danymi o karmieniu piersia informacje o wieku matek i innych społecznych zmiennych, które pomogą zidentyfikować nierówności i grupy społecznie zmarginalizowane.	odpowiednie ministerstwa i władze, krajowe urzędy statystyczne	inne istotne zmienne włączone do systemów zbierania danych
5.1.3 Publikować i rozpowszechniać wyniki i wykorzystywać je w planowaniu inicjatyw związanych z karmieniem piersia.	odpowiednie ministerstwa i władze, krajowe urzędy statystyczne, komitety upowszechniania karmienia piersia	wyniki opublikowane, rozpowszechnione i wykorzystane do planowania łącznie z zaangażowaniem w stwierdzone nierówności

## 5.2 Praktyka służby zdrowia i opieki społecznej

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
5.2.1 Sporządzić protokoły i stymulować procedury regularnej oceny postępowania w szpitalach i przychodniach w oparciu o standardy najlepszych praktyk jak BFHI opracowane przez WHO/UNICEF i krajowe/regionalne komitety.	odpowiednie ministerstwa i władze, komitety BFHI i komitety nadzorujące jakość usług	regularne protokoły oceniające, procedury dla wszystkich placówek położniczych, pediatrycznych i przychodni gotowe
5.2.2 Wprowadzić rutynowe zbieranie od pacjentów/klientów pozytywnych/negatywnych opinii dla celów kontroli jakości informacji i wsparcia w placówkach położniczych i pediatrycznych oraz postępowania w przychodniach.	dyrektorzy szpitali i przychodni, komitety nadzorujące jakość usług	rutynowe procedury zbierania opinii uruchomione, protokoły kontroli wprowadzone w celu przeciwdziałania nieoptymalnym praktykom
5.2.3 Regularnie monitorować i oceniać treść, rozpowszechnienie, standardy i skuteczność materiałów i działań IEK.	odpowiednie władze służby zdrowia, koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersią	wysokiej jakości regularnie poprawiane materiały IEK dla pracowników służby zdrowia i pacjentów szeroko rozpowszechnione
5.2.4 Monitorować wiedzę, praktyki i postawy społeczne odnośnie znaczenia karmienia piersią oraz sposobów jego wspierania i ochrony.	odpowiednie władze służby zdrowia, opieki społecznej i systemu edukacji	badania przygotowane, przeprowadzone, wyniki opublikowane
5.2.5 Monitorować zakres i skuteczność szkoleń uzupełniających w okresie pracy (in-service).	władze odpowiedzialne za UKM, komitety upowszechniania karmienia piersią, stowarzyszenia zawodowe	przygotowanie pracowników służby zdrowia i treści szkoleń oceniana
5.2.6 Publikować i rozpowszechniać wyniki oraz wykorzystywać je do planowania inicjatyw związanych z karmieniem piersią.	odpowiednie ministerstwa i władze służby zdrowia, krajowe urzędy statystyczne, komitety upowszechniania karmienia piersią	wyniki opublikowane, rozpowszechnione i używane do kolejnego planowania z uwzględnieniem rozwiązywania rozpoznanych

		problemów
--	--	-----------

### 5.3 Międzynarodowy Kodeks Marketingu, legislacja i zasady postępowania

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
5.3.1 Stworzyć system monitoringu (niezależny od komercyjnych wpływów) zgodności praktyk z Międzynarodowym Kodeksem, dla prowadzenia dochodzeń i w miarę potrzeby scigania naruszeń przepisów oraz dla zapewnienia społeczeństwu i odpowiednim władzom informacji o przypadkach naruszenia odpowiednich przepisów.	odpowiednie ministerstwa i władze służby zdrowia, koordynatorzy i komitety upowszechniania karmienia piersią, stowarzyszenia konsumentów	gotowe i sprawne procedury monitoringu; przypadki naruszeń przepisów Międzynarodowego Kodeksu Marketingu regularne publikowanie i rozpowszechnianie
5.3.2 Monitorować wprowadzenie w życie w sektorze publicznym i prywatnym krajowych zasad postępowania (policies) i przepisów prawnych, w tym ochrony macierzyństwa. <sup>P</sup>	rzad i samorzady, organizacje pracodawców, związki zawodowe, NGO interesu publicznego, stowarzyszenia zawodowe	monitoring prowadzony, regularna publikacja skarg i wyników

## 6. Badania

Prace nad Wzorcem działania, a zwłaszcza przegląd istniejących interwencji,<sup>15</sup> wykazały potrzebę prowadzenia dalszych badań nad kilkoma pojedynczymi i/lub połączonymi interwencjami i ich wpływem na karmienie piersią. W szczególności istnieje potrzeba wyjaśnienia wpływu praktyk marketingowych zastrzeżonych przez Międzynarodowy Kodeks Marketingu, spójniejszego prawodawstwa chroniącego macierzyństwo, różnorodnych podejść i interwencji w kwestii IEK oraz i generalnie różnych inicjatyw w dziedzinie zdrowia publicznego, które nie mogą być ocenione z użyciem badań randomizowanych z grupą kontrolną (RCT).<sup>23</sup> Randomizacja może być stosowana jako rozwiązanie alternatywne do badań skupisk (clusters) w populacji lub konkretnej społeczności (choć jest to często niewykonalne) bardziej niż na poziomie indywidualnym. W odniesieniu do poszczególnych osób należy stosować inny rodzaj badań, np. nierandomizowane badania z grupą kontrolną lub badania typu historycznego porównawcze np. stan przed i po interwencji w różnych obszarach geograficznych i w różnych populacjach.<sup>24,25</sup> Rachunki kosztów/zysków i kosztów/skuteczności oraz wykonalność różnorodnych interwencji zasługują na szczególne zainteresowanie. Jakość metod badawczych musi ulec znacznej poprawie; szczególnie w odniesieniu do:

- zgodności w wykorzystaniu standardowych definicji kategorii żywienia (w tym okresów wstecz, których badanie dotyczy) i innych zmiennych;

<sup>P</sup> Rządowe i publiczny zakłady opieki zdrowotnej powinny z zasady świecić w tej kwestii przykładem.



- użycia precyzyjnych kryteriów w sposobie doboru badanej grupy (kryteria włączenia i wyłączenia; bez możliwości tendencyjnej selekcji w sobie);
- użycia, tam gdzie znajduje to zastosowanie, odpowiedniego schematu eksperymentalnych badań randomizowanych RCT i analizy właściwego sposobu postępowania wobec osób włączonych do badania (intention-to-treat);
- stosowania zależnie od celów badawczych prób o odpowiedniej wielkości i mocy wykrywania różnic (power), aby wykrywać znamienne statystyczne w oparciu o wąskie przedziały ufności;
- właściwego uwzględniania zmiennych zakłócających z odpowiednią analizą czynnikową (odpowiednie dane wyjściowe);
- zastosowania, tam gdzie to potrzebne, właściwych metod jakościowych.

Podczas prowadzenia badań, należy zwrócić uwagę, że nieetyczne jest losowe przypisywanie matek do grup karmiących piersią lub karmiących sztucznie. Ocenie skuteczności placówek wsparcia matek karmiących (poradnictwo laktacyjne) w tym grup wsparcia M2M, zwłaszcza retrospektywnie, należy prowadzić z należytą ostrożnością, ponieważ z tego typu pomocy zwykle korzystają kobiety z grup społecznych o wysokich wskaźnikach karmienia piersią (selekcja w sobie). Badania prospektywne w tym zakresie powinny być również przeprowadzone z uwagą ze względu na liczne zmienne zakłócające mające wpływ na wyniki.

Zalecenia etyczne odnośnie badań nad karmieniem piersią lub żywieniem niemowląt prowadzonych przez władze służby zdrowia, szkoły, uczelnie medyczne, instytuty badawcze oraz stowarzyszenia zawodowe powinny zapewnić ich niezależność od konkurencyjnych wpływów komercyjnych. Zasadnicze znaczenie ma ujawnianie i rozwiązywanie potencjalnych konfliktów interesów w odniesieniu do osób prowadzących badania naukowe.

## 6.1 Badania

Zalecane cele	Odpowiedzialni za realizację	Wyniki i skutki
6.1.1 Popierać i wspierać badania nad karmieniem piersią w oparciu o uzgodnione priorytety, programy i definicje niezależne od wpływów komercyjnych.	Komisja Europejska, rządy, instytuty badawcze, komitety upowszechniania karmienia piersią	coroczny budżet na badania i jego rozdysponowanie, liczba projektów badawczych i publikacji
6.1.2 Wspierać i zapewnić intensywną wymianę ekspertyzy w badaniach nad karmieniem piersią między placówkami badawczymi w państwach UE.	Komisja Europejska, rządy, instytuty badawcze, komitety upowszechniania karmienia piersią, stowarzyszenia zawodowe	liczba projektów badawczych i publikacji we współpracy

## VI. Lista odnosników

1. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002. [http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits\\_of\\_BF.htm](http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm)
2. A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;344:1239-41
3. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989. <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
4. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003. [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/gi\\_ycf.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf)
5. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981. [http://www.who.int/nut/documents/code\\_english.PDF](http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF)
6. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
7. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
8. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992. [http://www.who.int/nut/documents/icn\\_declaration.pdf](http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf)
9. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Emergency Nutrition Network, 2001. <http://www.enonline.net/ife/ifeops.html>
10. WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001. <http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>
11. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. *Public Health Nutr* 2001;4:265-73
12. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000.
13. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000. <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
14. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)
15. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004. [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)
16. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9
17. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991.
18. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
19. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO Regional Publications, European Series n. 87 ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000
20. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. WHO, Geneva, 2003. <http://www.who.int/child-adolescent->

health/New\_Publications/NUTRITION/HIV\_IF\_MS.pdf

21. World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991. [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.PDF](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF)
22. World Health Organization, Unicef. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993.
23. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-5
24. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6
25. Des J, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6