

PROVÁDĚCÍ POKYNY

Ochrana, propagace a
podpora kojení v zařízeních
poskytujících péči matkám a
novorozencům: revidované
znění

INICIATIVA NEMOCNIC
VSTŘÍCNÝCH K DĚTEM



World Health
Organization

European Region

**Ochrana, propagace a podpora
kojení v zařízeních poskytujících
péči matkám a novorozencům:
revidované znění
INICIATIVA NEMOCNIC
VSTŘÍCNÝCH K DĚTEM**



**World Health
Organization**

European Region

© World Health Organization 2026

Některá práva vyhrazena. Tento dokument je k dispozici na základě licence Creative Commons Attribution-NonCommercialShare-Alike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Podle podmínek této licence smíte kopírovat, dále distribuovat a upravovat toto dílo pro neobchodní účely za předpokladu, že je dílo řádně citováno tak, jak je uvedeno níže. V rámci žádného použití tohoto díla nesmí být naznačeno, že WHO podporuje konkrétní organizaci, výrobky nebo služby. Používání loga WHO není dovoleno. Pokud dílo upravíte, musíte pro své dílo získat stejnou nebo odpovídající licenci Creative Commons. Pokud toto dílo přeložíte, jste povinni spolu s navrhovanou citací uvést následující prohlášení o vyloučení odpovědnosti: „Tento překlad nevytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO). WHO nenes odpovědnost za obsah ani přesnost tohoto překladu. Právně závazné a rozhodné je původní anglické znění: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF); 2018”.

Jakákoliv mediace v souvislosti se spory vzniklými na základě této licence se provádí v souladu s pravidly pro mediaci Světové organizace duševního vlastnictví. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>)

Navrhovaná citace. Světová zdravotnická organizace. Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům: implementace revidované Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem z roku 2018. Kodaň: Regionální úřad WHO pro Evropu; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Údaje o katalogizaci v knize (CIP). Údaje CIP jsou k dispozici na adrese <http://apps.who.int/iris>.

Prodej, práva a udělování licencí. V případě zájmu o zakoupení publikací WHO navštivte <http://apps.who.int/bookorders>. Chcete-li podat žádost o využití pro obchodní účely nebo máte-li dotazy ohledně práv a udělování licencí, navštivte <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiály třetích stran. Chcete-li opakovaně využít materiál z tohoto díla, který náleží třetí straně, jako jsou tabulky, obrázky nebo fotografie, je vaší odpovědností zjistit, zda je pro toto opakované použití třeba povolení, a případné povolení si obstarat od nositele autorských práv. Riziko spojené s nároky vyplývajícími z porušení práv souvisejících s jakoukoliv složkou díla, jejímž vlastníkem je třetí strana, nese výhradně uživatel.

Obecná prohlášení o vyloučení odpovědnosti. Použitá označení a prezentace materiálu v této publikaci v žádném případě nevyjadřují stanovisko WHO ohledně právního statusu kterékoli země, území, oblasti nebo města nebo jejich orgánů nebo ohledně vymezení jejich hranic. Tečkované a přerušované čáry na mapách představují přibližné hranice, v souvislosti s nimiž ještě nemusí panovat úplná shoda.

Zmínka o konkrétních společnostech nebo produktech některých výrobců neznamená, že by je podporovala nebo doporučovala WHO a dávala jim přednost před ostatními společnostmi nebo produkty podobné povahy, které zde nejsou uvedeny. S výjimkou případů chyb a opominutí jsou názvy proprietárních produktů rozlišeny velkým počátečním písmenem.

WHO zavedla veškerá přiměřená opatření, aby ověřila informace obsažené v této publikaci. Publikovaný materiál je však distribuován bez jakékoliv výslovné nebo implicitní záruky. Za interpretaci a využití materiálu odpovídá čtenář. WHO za žádných okolností nepřebírá odpovědnost za škody vzniklé na základě použití díla.

Úvodní fotografie: © WHO / Uka Borregaard

Obsah

Předmluva	iv
Poděkování	v
Shrnutí	vi
Rozsah a účel	viii
1. Úvod	1
1.1 Kojení je důležité	1
1.2 Iniciativa nemocnic vstřícných k dětem: přehled	2
1.3 Silné stránky a dopad Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem	3
1.4 Výzvy při implementaci Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem	5
1.5 Revize Deseti kroků k úspěšnému kojení a pokynů k jejich implementaci	7
2. Úloha zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům	11
2.1 Klíčové řídicí postupy k podpoře kojení	12
2.2 Klíčové klinické postupy na podporu kojení	16
2.3 Koordinace	24
2.4 Proces zvyšování kvality	24
3. Implementace a udržitelnost na úrovni jednotlivých zemí	26
3.1 Vedení a koordinace na národní úrovni	27
3.2 Strategie a profesní standardy péče	28
3.3 Budování kompetence zdravotnických odborníků	29
3.4 Externí posuzování	30
3.5 Pobídky a sankce	31
3.6 Technická pomoc zařízením	33
3.7 Vnitrostátní monitorování	34
3.8 Komunikace a prosazování	35
3.9 Financování	36
4. Koordinace iniciativy nemocnic vstřícných k dětem s dalšími iniciativami na podporu kojení mimo zařízení poskytující péči matkám a novorozencům	37
5. Přechod k implementaci BFHI	38
5.1 Země s dobře fungujícím národním programem certifikátů „Baby-friendly“ pro nemocnice vstřícné k dětem	38
5.2 Země bez aktivního či úspěšného programu BFHI	38
Příloha 1. Deset kroků k úspěšnému kojení – revidovaná verze z roku 2018: Srovnání s původními Deseti kroky a novou směrnicí WHO z roku 2017	39
Příloha 2. Deset kroků k úspěšnému kojení v laických termínech	42
Příloha 3. Členové externí přezkumné skupiny	44
Reference	45

Předmluva

Odhaduje se, že kdyby byly všechny děti dostatečně kojeny, mohlo by se na celém světě každoročně zabránit více než 820 000 úmrtí dětí mladších pěti let. Kojení podporuje vývoj mozku, snižuje riziko obezity u dětí a chrání ženy před rakovinou prsu a vaječníků a před cukrovkou. Zařízení, která poskytují péči matkám a novorozencům, mají jedinečnou úlohu při poskytování včasné a vhodné podpory a povzbuzení rodičkám a kojencům, které potřebují k úspěšnému kojení, čímž šetří státní peníze a zároveň zachraňují životy.

Téměř před třicet lety se Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond OSN (UNICEF) společně zasadily o prosazení ochrany, propagace a podpory kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Společné prohlášení WHO a UNICEF z roku 1989 obsahovalo seznam opatření, která se stala známými jako Deset kroků k úspěšnému kojení.

Společné prohlášení WHO a UNICEF bylo přeloženo do více než 25 jazyků a stalo se základem Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem (Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI). Od roku 1991 jsou porodnice a nemocnice, které uplatňují Deset kroků k úspěšnému kojení, označovány jako „vstřícné k dětem“, aby veřejnost upozornily na to, že podporují správnou praxi kojení.

K dnešnímu dni je BFHI zavedena téměř ve všech zemích světa, což pomáhá zachraňovat životy kojenců a podporovat zdraví matek. Mnoho zemí však stále bojuje s udržením programu a jeho plným rozvojem.

Od roku 2015 WHO a UNICEF koordinovaly proces, jehož cílem bylo přezkoumat vědecké důkazy, které stojí za Deseti kroky k úspěšnému kojení, a posílit implementaci Iniciativy, což zahrnovalo systematickou rešerši literatury, důkladné zkoumání faktorů úspěchu a problémů BFHI a uspořádání kongresu BFHI v roce 2016, na kterém se sešli zástupci 130 zemí, aby diskutovali o nových směrech potřebných k dosažení všeobecné působnosti a udržitelnosti BFHI.

Zde zveřejněné aktualizované pokyny odrážejí toto společné úsilí o vytvoření robustnějšího programu, který umožní dlouhodobě udržet vyšší kvalitu péče. Jsou popsány praktické kroky, které země mohou a musejí podniknout k ochraně, propagaci a podpoře kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Pokyny zdůrazňují význam uplatňování Deseti kroků k úspěšnému kojení ve všech zařízeních, u všech kojenců, ať už předčasně narozených nebo donošených, narozených v soukromých nebo státních zařízeních nebo v bohatých či chudých zemích.

WHO a UNICEF se zavázaly podporovat kojení jako účinný a nákladově efektivní způsob podpory přežití, výživy, růstu a vývoje kojenců a malých dětí, ochrany zdraví a tělesné i duševní pohody jejich matek a pomoci všem dětem dosáhnout jejich plného potenciálu. Věříme, že Deset kroků k úspěšnému kojení nabízí zdravotnickým zařízením a zdravotnickým pracovníkům na celém světě návod, který potřebují k tomu, aby pomohli úspěšně kojit většímu počtu matek. Společně můžeme každému novorozenci zajistit co nejzdravější start do života.



Dr. Tedros Adhanom
Generální ředitel Světové zdravotnické
organizace (WHO)



Henrietta H. Fore
Výkonná ředitelka Dětského fondu
organizace spojených národů (UNICEF)

Poděkování

Vývoj tohoto metodického dokumentu koordinovalo Oddělení výživy pro zdraví a vývoj Světové zdravotnické organizace (WHO) a sekce výživy Dětského fondu OSN (UNICEF), programové oddělení. Na přípravu tohoto dokumentu dohlíželi Dr. Laurence Grummer-Strawn a Maaike Artsova.

Děkujeme za technický přínos, pomoc při plánování a strategické myšlení externí přezkumné skupiny v průběhu celého procesu (v abecedním pořadí): Genevieve Becker, Dr. Ala Curteanu, Dr. Teresita Gonzalez de Cosfo, Dr. Rukhsana Haider, Dr. Miriam H Labbok, Dr. Duong Huy Luong, Dr. Chessa Lutter, Dr. Cria G Perrine, Randa Saadeh, Dr. Isabella Sagoe-Moses a Julie Stufkens.

Více než 300 účastníků kongresu Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem (Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI) v roce 2016, kteří zastupovali 130 zemí a řadu nevládních organizací, dárců a profesních sdružení, poskytlo neocenitelné informace o úspěších a problémech BFHI a nastínilo mnoho priorit pro budoucí činnost. Rádi bychom poděkovali členům výboru pro plánování tohoto kongresu BFHI za jejich postřehy, které přispěly k utváření tohoto užitečného setkání (v abecedním pořadí): Maite Hernandez Aguilar, Funke Bolujoko, Dr. Anthony Calibo, Elsa Giuliani, Trish MacEnroe a Agnes Sitati.

Rádi bychom poděkovali dále uvedeným kolegům za jejich pomoc a technické vstupy v průběhu celého procesu (v abecedním pořadí): WHO – paní Shannon Barkley, Dr. Francesco Branca, Olive Cocoman, Dr. Bernadette Daelmans, Diana Estevez, Ann-Lise Guisset, Dr. Frances McConville, Natalie Murphy, Thahira Shireen Mustafa, Dr. Lincetto Ornella, Dr. Juan Pablo Pena-Rosas, Dr. Pura Rayco-Solon, Marcus Stahlhofer, Dr. Helen Louise Taylor, Dr. Wilson Were a regionální poradci WHO pro výživu; UNICEF – Dr. Victor Aguayo, Dr. France Begin, David Clark, Dr. Aashima Garg, Dr. David Hipgrave, Diane Holland, Irum Taqi, Joanna Wiseman Souza, Dr. Marilena Viviani, Dr. Nabila Zaka a regionální poradci UNICEF pro výživu a regionální poradci pro oblast zdravotnictví.

Děkujeme za příspěvky 300 externích recenzentů, kteří se k návrhu dokumentu vyjádřili v říjnu 2017, a zaměstnancům, dobrovolníkům a členům sítě BFHI Network, organizace La Leche League (LLL), Mezinárodní akční sítě pro dětskou výživu (International Baby Food Action Network, IBFAN), Mezinárodní asociace laktčních poradců (International Lactation Consultants' Association, ILCA) a Celosvětové aliance na podporu kojení (World Alliance for Breastfeeding Action WABA), kteří poskytli další vstupy. Jsme vděční za příspěvek Dr. Pierra Barkera k procesům zvyšování kvality.

Závěrem bychom chtěli poděkovat mnoha koordinátorům BFHI a vedení nemocnic, kteří v uplynulých 27 letech implementovali BFHI na celostátní, regionální úrovni a na úrovni zařízení. Jejich úsilí a nadšení pro zdraví matek a dětí posílily tuto iniciativu po celém světě.

Shrnutí

První hodiny a dny života novorozence jsou kritickým obdobím pro začátek a udržení kojení a pro poskytnutí podpory matkám, kterou k úspěšnému kojení potřebují. Od roku 1991 pomáhá Iniciativa nemocnic vstřícných k dětem – Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) motivovat zařízení poskytující péči matkám a novorozencům po celém světě k větší podpoře kojení.¹ Na základě Deseti kroků k úspěšnému kojení (dále jen Deset kroků) se² BFHI zaměřuje na poskytování optimální klinické péče novopečeným matkám a jejich novorozencům. Existují pádné důkazy o tom, že uplatňování Deseti kroků významně zvyšuje míru kojení.

Iniciativa BFHI byla zaváděna s různým úspěchem téměř ve všech zemích světa. Po více než čtvrtstoletí je pokrytí na celosvětové úrovni stále nízké. V roce 2017 se pouze 10 % dětí na světě narodilo v zařízeních, která jsou v současnosti označena jako „Baby-friendly“, čili vstřícná k dětem.³ Země zjistily, že program BFHI je obtížné udržovat, protože jeho implementace často závisí na konkrétních individuálních a externích zdrojích. Pro program je charakteristické, že je implementován jako vertikální intervence zaměřená na certifikaci zařízení, která se dobrovolně zapojí do tohoto programu a mohou doložit, že plně dodržují Deset kroků. Zařízení mohou provést změny ve svých strategiích a postupech, aby tento certifikát získala, ale tyto změny nejsou vždy udržitelné, zejména pokud nejsou zavedeny systémy pravidelného monitorování.

V roce 2015 zahájily Světová zdravotnická organizace (WHO) a Dětský fond OSN (UNICEF) proces přehodnocení a oživení programu BFHI. Pro lepší pochopení stavu a dopadu iniciativy byly vypracovány případové studie, rozhovory s klíčovými informátory, globální politický průzkum a literární rešerše. Systematické literární rešerše byly zadány, aby se pečlivě prozkoumaly důkazy pro každý z Deseti kroků. WHO svolala skupinu pro vývoj směrnic, která sepsala směrnici WHO Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services],⁴ a externí přezkumnou skupinu, která aktualizovala pokyny k implementaci BFHI na úrovni jednotlivých zemí. Hlavní koncepty a osnova aktualizovaných prováděcích pokynů byly podrobně diskutovány na kongresu BFHI v říjnu 2016, kterého se zúčastnilo přibližně 300 účastníků z více než 130 zemí. Návrh aktualizovaných pokynů byl v říjnu 2017 zveřejněn v rámci online konzultace a připomínky více než 300 respondentů byly zohledněny při konečné revizi dokumentu.

Tyto aktualizované prováděcí pokyny jsou určeny všem, kdo určují zásady péče o těhotné ženy, rodiny a kojence nebo takovou péči poskytují: vládám, národním správám programů v oblasti zdraví matek a dětí obecně, a zejména programů souvisejících s kojením a BFHI, a vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení na různých úrovních (ředitelům zařízení, lékařským ředitelům, primářům porodnických a novorozeneckých oddělení). Dokument představuje první revizi Deseti kroků od roku 1989. Témata jednotlivých kroků se nemění, ale jejich znění bylo aktualizováno v souladu s pokyny vycházejícími z konkrétních zjištění a globální politikou veřejného zdraví. Tyto kroky jsou rozděleny na (i) institucionální postupy nezbytné k zajištění konzistentního a etického poskytování péče (kritické postupy řízení) a (ii) normy individuální péče o matky a kojence (klíčové klinické postupy). Do kroku 1 zásad krmení novorozenců bylo začleněno plné uplatňování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka [International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes]⁵ a příslušných rezolucí Světového zdravotnického shromáždění (WHA) (dále jen „Kodex“)⁶, jakož i průběžné interní monitorování dodržování klinických postupů.

1 World Health Organization, United Nations Children's Fund. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: World Health Organization; 1991 (<https://iris.who.int/handle/10665/65380>).

2 Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989 (<https://iris.who.int/handle/10665/39679>).

3 National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255197>).

4 Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259386>).

5 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981 (<https://iris.who.int/handle/10665/40382>); and The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/254911>).

6 Code and subsequent resolutions [website]. Geneva: World Health Organization; 2026 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>).

Prováděcí pokyny rovněž doporučují revize národní implementace BFHI s důrazem na rozšíření k všeobecné působnosti a zajištění udržitelnosti v čase. Pokyny se zaměřují na úplnější začlenění programu do systému zdravotní péče, aby se zajistilo, že všechna zařízení v zemi budou Deset kroků realizovat. Země jsou vyzývány, aby prostřednictvím národních programů BFHI splnily devět klíčových povinností, včetně zřízení nebo posílení národního koordinačního orgánu, začlenění Deseti kroků do národních strategií a norem, zajištění kapacity všech odborných pracovníků ve zdravotnictví, využívání externího posuzování k pravidelnému vyhodnocování dodržování Deseti kroků, motivování ke změnám, poskytování nezbytné technické pomoci, monitorování implementace, průběžné komunikace a podpory a určení a přidělení dostatečných zdrojů.

BFHI se zaměřuje na ochranu, propagaci a podporu kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Rozumí se, že k zajištění odpovídající podpory kojení je zapotřebí mnoho dalších intervencí, také v předporodní a poporodní péči, v komunitách a na pracovištích, jakož i odpovídající právní předpisy na ochranu mateřství a nařízení Kodexu. Je velmi důležité, aby byl program BFHI integrován se všemi ostatními aspekty ochrany, propagace a podpory kojení.

Oživením BFHI a zajištěním toho, aby všechna zařízení dodržovala doporučení týkající se péče o matky a novorozence podložená konkrétními důkazy, lze podstatně zvýšit míru kojení a výrazně zlepšit zdraví matek a dětí.

Rozsah a účel

Tento dokument obsahuje nejnovější verzi pokynů pro implementaci Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem [guidance for implementing the Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)] (1) v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům, jakož i pokyny pro koordinaci a řízení BFHI na národní úrovni (případně na úrovni územních samosprávných celků).

Hlavním účelem BFHI je zajistit, aby se matkám a novorozencům dostalo včasné a správné péče před pobytem a během pobytu v zařízení poskytujícím péči matkám a novorozencům, a umožnit tak zavedení optimálního krmení novorozenců, které podporuje jejich zdraví a vývoj. Vzhledem k prokázanému významu kojení (2), BFHI obhazuje, propaguje a podporuje kojení a zároveň umožňuje včasnou a vhodnou péči a krmení novorozenců, kteří kojení nejsou.

Tento dokument doplňuje Pokyny Světové zdravotnické organizace (WHO): Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [*Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*] (3). Doplňuje také stávající Standardy pro zlepšení kvality péče o matku a novorozence ve zdravotnických zařízeních [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities] (4), Směrnici pro optimální výživu dětí s nízkou porodní hmotností v zemích s nízkými a středními příjmy [*Guidelines on the optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries*] (5), doporučení WHO: intrapartální péče pro pozitivní zážitek z porodu [*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*] (6) a další metodické dokumenty týkající se péče o matku a novorozence. Je velmi důležité, aby se BFHI prováděla v širším kontextu podpory kojení v rodinách, komunitách a na pracovišti. Tento dokument se těmito oblastmi konkrétně nezabývá.

Cílovými skupinami tohoto dokumentu jsou ti, kdo určují strategii péče o těhotné ženy, rodiny a kojence a ti, kdo takovou péči poskytují, a to: vlády, národní manažeři a manažerky programů péče o zdraví matek a novorozenců obecně a zejména programů souvisejících s kojením a BFHI a manažeři a manažerky zdravotnických zařízení na různých úrovních (ředitelé a ředitelky zařízení, náměstci a náměstkyně ředitele pro zdravotní péči, primáři a primářky porodnických a neonatologických oddělení).

1. Úvod

1.1 Kojení je důležité

Kojení je biologickou normou pro všechny savce včetně člověka. Kojení má zásadní význam pro dosažení globálních cílů v oblasti výživy, zdraví a přežití, hospodářského růstu a udržitelnosti životního prostředí. WHO a Dětský fond OSN (UNICEF) doporučují začít kojit během první hodiny po porodu, výlučně v něm pokračovat prvních šest měsíců života a s bezpečnou a vhodnou komplementární výživou (příkrmy) v kojení pokračovat až do dvou let nebo déle (7). V celosvětovém měřítku splňuje tato doporučení jen malá část kojenců a dětí: pouze 44 % kojenců začíná být kojeno během první hodiny po narození a jen 40 % všech kojenců do šesti měsíců věku je kojeno výlučně. Ve věku dvou let je stále kojeno 45 % dětí (8).

Okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži matek a dětí a zahájení kojení během první hodiny po porodu jsou důležité pro zavedení kojení a pro přežití a vývoj novorozenců a dětí. Ve srovnání s novorozenci, kteří byli přiloženi k prsu během první hodiny po narození, je riziko úmrtí v prvních 28 dnech života o 33 % vyšší u novorozenců, u nichž bylo kojení zahájeno 2–23 hodin po narození, a více než dvakrát vyšší u těch, u nichž se začalo s kojením jeden den a déle po narození (9). Ochranný účinek časného zahájení kojení trvá až do věku šesti měsíců (10).

Výlučné kojení po dobu šesti měsíců poskytuje výživu, živiny a energii potřebné pro fyzický a neurologický růst a vývoj kojence. I po šesti měsících věku dítěte je kojení zdrojem energie a vysoce kvalitních živin, které společně s bezpečným a přiměřeným dokrmováním pomáhají předcházet hladu, podvýživě i obezitě (11). Kojení zajišťuje kojencům potravinovou bezpečnost (8).

Nevhodné postupy při kojení významně zhoršují zdraví, vývoj a přežití kojenců, dětí a matek. Zlepšení těchto postupů by mohlo zachránit více než 820 000 životů ročně (2). Téměř polovina průjemových stavů a třetina respiračních infekcí je způsobena nevhodnými postupy při kojení. Delší kojení je spojeno s 13% snížením pravděpodobnosti výskytu nadváhy a/nebo obezity a 35% snížením výskytu diabetu 2. typu (2). Odhaduje se, že zlepšením míry kojení by se dalo každoročně zabránit 20 000 úmrtí matek na rakovinu prsu (2).

Nedávné analýzy zdokumentovaly, že zvýšení míry kojení by mohlo globální ekonomice přinést 300 miliard USD ročně, protože by pomohlo vychovat chytřejší a produktivnější pracovníky a vůdčí osobnosti (13). V Brazílii měli dospělí, kteří byli v příslušném věku kojení alespoň 12 měsíců, o 33 % vyšší příjmy než ti, kteří byli kojení kratší dobu (14). Nedostatečné kojení má významný dopad na náklady zdravotní péče o děti a ženy (15, 16). Matky, které krmí své novorozené děti komerční umělou výživou, chybí v práci častěji než kojící matky, a to kvůli častějším a závažnějším onemocněním těchto malých dětí (17).

Nedávné analýzy zdokumentovaly, že zvýšení míry kojení by mohlo globální ekonomice přinést ročně 300 miliard USD

Kojení je neznečišťující, na zdroje nenáročný, udržitelný a přirozený zdroj výživy. Náhrady mateřského mléka zvyšují emise skleníkových plynů při každém kroku jejich výroby, přepravy, přípravy a použití. Vzniká při nich také odpad, který je třeba likvidovat. Mezi skleníkové plyny patří metan, oxid dusný a oxid uhličitý; nedávná zpráva odhaduje emise oxidu uhličitého vznikající při výrobě kojenecké výživy v Asii na 2,9 milionu tun (18).

V humanitárním kontextu je život zachraňující potenciál kojení ještě důležitější (7). Mezinárodní směrnice doporučují, aby se v situacích vyžadujících humanitární pomoc zintenzivnily všechny činnosti na ochranu, propagaci a podporu kojení, aby se zachovaly nebo zlepšily postupy kojení (19).

Kojení je zásadní součástí realizace práva každého dítěte na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví, přičemž je respektováno právo každé matky na informované rozhodnutí o způsobu, jak bude krmit své dítě, které je založeno na úplných, fakty podložených informacích, bez ovlivnění komerčními zájmy, a na nezbytnou

podporu, která jí umožní toto rozhodnutí uskutečnit (20).

Zlepšení kojení může být klíčovým faktorem pro dosažení cílů udržitelného rozvoje (21). Kojení lze spojit s několika cíli, včetně cílů 1 (ukončit chudobu ve všech jejích formách na celém světě), 2 (ukončit hlad, dosáhnout potravinové bezpečnosti a podporovat udržitelné zemědělství), 3 (zajistit zdravý život a podporovat dobré životní podmínky pro každého v každém věku), 4 (zajistit inkluzivní a kvalitní vzdělávání pro všechny a podporovat celoživotní vzdělávání), 5 (dosáhnout rovnosti žen a mužů a posílit postavení všech žen a dívek), 8 (podporovat udržitelný, inkluzivní a udržitelný hospodářský růst, zaměstnanost a důstojnou práci pro všechny), 10 (snížit nerovnost v rámci jednotlivých zemí i mezi nimi) a 12 (zajistit udržitelné vzorce spotřeby a výroby).

1.2 Iniciativa nemocnic vstřícných k dětem: přehled

Prvních několik hodin a dní života novorozence je kritickým obdobím pro začátek a udržení kojení a poskytnutí podpory matkám, kterou potřebují k úspěšnému kojení. Tato podpora není poskytnuta vždy, což dokládá přehled údajů UNICEF, podle něhož se 78 % porodů zúčastnil kvalifikovaný zdravotník, ale pouze 45 % novorozenců bylo kojeno během první hodiny po porodu (8, 22). Ačkoli je kojení biologickou normou, zdravotníci mohou aplikovat nevhodné postupy, které brání zahájení kojení, jako je oddělení matky a dítěte, opožděné zahájení kojení, dokrmování před zahájením kojení a zbytečné dokrmování. Tyto postupy významně zvyšují riziko problémů s kojením, které vedou k jeho předčasnému ukončení. Rodiny potřebují informace a poradenství o kojení vycházející z konkrétních důkazů a musejí být chráněny před komerčními zájmy, které mají na kojení negativní dopad.

V roce 1989 zveřejnily WHO a UNICEF Deset kroků k úspěšnému kojení (dále jen „Deset kroků“), které jsou součástí souboru strategií a postupů, jež by měla zařízení poskytující péči matkám a novorozencům zavést na podporu kojení (23). Deklarace Innocenti o ochraně, propagaci a podpoře kojení [Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding], přijatá ve Florencii v roce 1990 (24), vyzvala všechny vlády, aby zajistily, že každé zařízení poskytující péči matkám a novorozencům bude v plném rozsahu uplatňovat všech Deset kroků. V roce 1991 WHO a UNICEF zahájily Iniciativu nemocnic vstřícných k dětem (BFHI) (1), která má motivovat zařízení poskytující péči matkám a novorozencům po celém světě k zavedení Deseti kroků. Zařízení, která doložila, že plně dodržují Deset kroků, jakož i Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka [*International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*] (25, 26) a příslušnou rezoluci Světového zdravotnického shromáždění (WHA) (Kodex) (27), mohla být označena jako „vstřícná k dětem“. WHO zveřejnila doprovodná fakta pro každý z Deseti kroků v roce 1998 (28).

Význam Deseti kroků zdůraznilo několik celosvětových zdravotně-politických dokumentů. Rezoluce WHA z let 1994 a 1996 vyzvaly ke konkrétním opatřením týkajícím se BFHI (29, 30). Globální strategie pro výživu kojenců a malých dětí z roku 2002 vyzvala všechna zařízení poskytující péči matkám a novorozencům po celém světě, aby zavedla Deset kroků (7). Při 15. výročí deklarace Innocenti (24) v roce 2005 vydali partneři iniciativy Innocenti výzvu k činnosti, která zahrnovala výzvu k oživení BFHI, zachování globálních kritérií

Prvních několik hodin a dní života novorozence je kritickým obdobím pro nastolení laktace a poskytnutí podpory matkám, kterou potřebují k úspěšnému kojení

jako minimálního požadavku pro všechna zařízení a rozšíření působnosti iniciativy na služby v oblasti mateřství, novorozeneckého a dětského zdraví a komunitní podpory kojících žen a osob pečujících o malé děti (31).

Balíček BFHI byl v roce 2006 po rozsáhlém průzkumu mezi uživateli aktualizován a v roce 2009 znovu spuštěn (32). Aktualizovaný balíček reflektoval nová fakta týkající se některých kroků (například kroků 4 a 8) a jejich výklad a konkrétně se zabýval situací žen žijících s HIV. V balíčku byly obsaženy pokyny pro „péči vstřícnou k matce“ a popsány postupy vstřícné ke kojení v dalších zařízeních a komunitách. Byly zahrnuty

standardy pro poskytování podpory „nekojícím matkám“, neboť iniciativa zahrnuje zajištění toho, aby potřebnou podporu při krmení dostaly všechny matky bez ohledu na způsob krmení. Součástí balíčku byly aktualizované nástroje pro školení a hodnocení.

V roce 2012 schválila Světová zdravotnická organizace šest cílů v oblasti výživy matek, kojenců a malých dětí, včetně dosažení celosvětové míry výlučného kojení v prvních šesti měsících života ve výši alespoň 50 % (33, 34). Součástí stručných zásad a komplexního plánu realizace cílů je rozšíření BFHI (34). Druhá mezinárodní konference o výživě [Second International Conference on Nutrition, ICN2] v roce 2014 (35), která tvoří základ Dekády OSN pro opatření v oblasti výživy (36), vyzvala ke strategiím, programům a opatřením, které zajistí, že zdravotnické služby budou chránit, propagovat a podporovat kojení, „včetně

Určité postupy péče o matku by mohly 13krát snížit pravděpodobnost předčasného ukončení kojení

Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem“. V Globálním monitorovacím rámci pro výživu matek, kojenců a malých dětí [*Global monitoring framework for maternal, infant and young child nutrition*], schváleném Světovou zdravotnickou organizací v roce 2015 (37), je obsažen indikátor procenta porodů v zařízeních, která byla certifikována jako „Baby-friendly“, tj. vstřícná k dětem (38).

Téměř všechny země světa v určitém okamžiku zavedly BFHI. Pokrytí ve většině zemí je však stále nízké. V roce 2011 se odhadovalo, že jako vstřícné k dětem bylo někdy certifikováno 28 % všech zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům (39). WHO však v roce 2017 odhadovala, že pouze 10 % dětí na světě se narodilo v zařízeních, aktuálně označených jako „Baby-friendly“ (40). Dopad iniciativy je pravděpodobně větší, než naznačuje toto číslo, protože zařízení mohou mít zavedeny některé z Deseti kroků, aniž by získala certifikát „Baby-friendly“, ale v současné době neexistuje žádný globální systém, který by to vyhodnocoval.

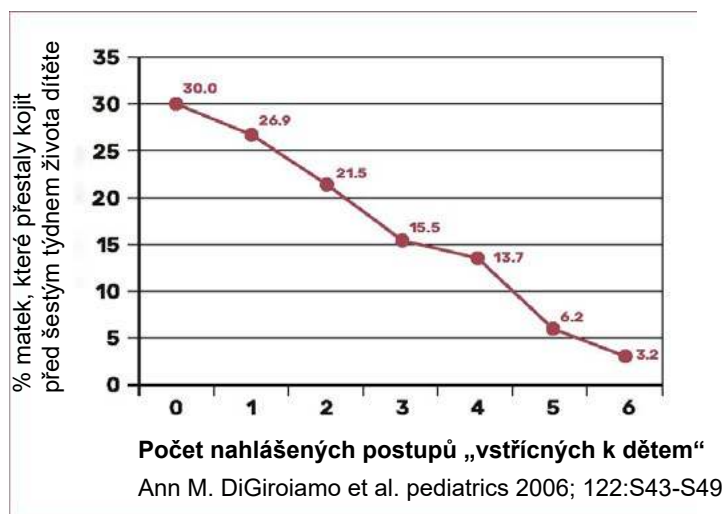
1.3 Silné stránky a dopad Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem

Byly shromážděny zásadní důkazy o tom, že BFHI má potenciál významně ovlivnit úspěšnost kojení. V Bělorusku se v rámci skupinové randomizované studie uskutečněné na konci 90. let 20. století zvýšila míra výlučného kojení ve třech měsících na 43 % v nemocnicích, které zavedly Deset kroků, ve srovnání s pouhými 6 % v nemocnicích, u nichž k takové intervenci nedošlo (41).

Systematický přehled 58 studií o péči o matku a novorozence publikovaný v roce 2016 jasně prokázal, že dodržování Deseti kroků ovlivňuje míru kojení (časný začátek kojení ihned po porodu, výlučné kojení a celkovou dobu jakéhokoli kojení) (42). Díky tomuto přehledu byl zjištěn vztah mezi počtem kroků BFHI, které jsou na ženy aplikovány, a pravděpodobností zlepšení výsledků kojení. Jako rozhodující faktor pro výsledky kojení se projevilo vyhnutí se dokrmování novorozenců jinými produkty než mateřským mlékem (krok 6), pravděpodobně proto, že k implementaci tohoto kroku je třeba zavést i další kroky. Pro udržení zlepšené míry kojení dosažené v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům se ukázala jako klíčová podpora komunity (krok 10) (42).

V rámci jedné studie provedené ve Spojených státech amerických (USA) bylo zjištěno, že dodržování šesti specifických postupů péče o matku může 13krát snížit pravděpodobnost předčasného ukončení kojení (viz obr. 1) (43).

Obr. 1 Procento žen, které začaly kojit a měly v úmyslu kojit déle než dva měsíce a které přestaly kojit v době kratší než šest týdnů, ve vztahu k počtu aplikovaných nemocničních postupů vstřícných k dětem (43)



Zkušenosti se zaváděním BFHI z té doby ukázaly, že klíčem k úspěšné implementaci BFHI je národní vedení (včetně silného zapojení a podpory na národní úrovni). Bylo také zjištěno, že pro implementaci BFHI je důležité její přizpůsobení na národní úrovni nebo na úrovni zařízení, průběžné monitorování na úrovni zařízení a začlenění BFHI do kontinua péče (44).

Úspěšnost BFHI při usnadňování úspěšného zahájení a výlučnosti kojení potvrdil nedávno publikovaný článek o USA, v němž byly přezkoumány dva národní strategické dokumenty a 16 původních studií (45). Zdá se, že délka kojení se také prodlužuje, pokud se matky více setkávají s postupy vstřícnými k dětem. Současné mechanismy sledování kojení však nejsou optimální, a proto je k dispozici jen málo spolehlivých údajů o délce kojení. Z Deseti kroků BFHI byly jako nejnáročnější na implementaci zmíněny Krok 3 (předporodní vzdělávání) a Krok 10 (podpora kojení po porodu) (45); tyto dva kroky však mají potenciál významně ovlivnit praxi kojení.

V souvislosti s 25. výročím BFHI WHO a UNICEF rozsáhle hodnotily současný stav této iniciativy. V červnu až srpnu 2016 proběhl celosvětový průzkum mezi všemi členskými státy WHO týkající se implementace na úrovni jednotlivých zemí, přičemž odpovědi byly obdrženy ze 117 zemí (40). Od ministerstev zdravotnictví, nevládních koordinátorů BFHI a pracovníků UNICEF byly vyžádány hloubkové případové studie o fungování iniciativy ve 13 zemích; rozhovory klíčových informátorů s koordinátory BFHI [včetně vládních úředníků a pracovníků nevládních organizací (NGOs) ve 22 zemích] poskytly další vhled do problémů a zkušeností získaných během prvních 25 let trvání iniciativy (40, 46).

Informace získané v případových studiích a rozhovorech s klíčovými informátory (40, 46) svědčí o tom, že implementace BFHI vedla ke zvýšení způsobilosti odborných pracovníků ve zdravotnictví, jakož i k posílení ochrany, propagace a podpory kojení ve velkém počtu zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům, čímž pravděpodobně na celém světě přispěla ke zvýšení míry časného začátku kojení. Systematický přístup ke zlepšování strategií a postupů v zařízeních a viditelnost a odměňující charakter certifikátu „Baby-friendly“ oceňuje mnoho subjektů.

V zařízeních, která byla takto certifikována, byl proces získání statutu Baby-friendly často transformační a změnil celé prostředí okolo výživy novorozenců. V mnoha zemích bylo získání certifikátu hlavním motivačním faktorem pro zařízení, aby změnila své postupy. Díky tomu se péče v těchto zařízeních více zaměřila na pacienta, zlepšil se přístup personálu k výživě novorozenců a výrazně se zvýšila úroveň kvalifikace. Používání umělé kojenecké výživy obvykle výrazně pokleslo a používání jeslí pro novorozence se výrazně snížilo. V zařízeních, která byla označena jako „Baby-friendly“ – vstřícná k dětem, se jednoznačně zlepšila kvalita péče o kojení.

Případové studie a rozhovory zachytily také několik problémů, které jsou popsány v následující části.

1.4 Výzvy při implementaci Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem

Z výše uvedených hodnocení vyplynulo několik klíčových výzev.

Souhrnně lze říct, že zpětná vazba z případových studií a rozhovorů s klíčovými informátory svědčí o tom, že vertikální a často projektový typ implementace BFHI je sice silnou stránkou při dosahování konkrétních a krátkodobých cílů, ale ukázalo se, že je překážkou pro dosažení většího rozšíření postupů doporučených v Deseti krocích, jakož i pro udržitelnost těchto postupů a monitorování této iniciativy. Konkrétní problémy jsou uvedeny dále.

- Implementace na národní úrovni a na úrovni zařízení často závisí spíše na angažovaných jednotlivcích nebo „bojovnicích“ za její prosazení a méně na budování a posilování udržitelných systémů. Pokud dřívější bojovnici přestanou být v oblasti BFHI aktivní, je kontinuita intervencí často narušena.
- Procesy poskytování technické pomoci zařízením, školení a udržování posuzovatelů, implementace hodnocení a opakovaných hodnocení a komunikace o iniciativě vyžadují průběžně zdroje. V mnoha zemích jsou tyto zdroje poskytovány externími dárci a nejsou součástí běžného státního rozpočtu. Pokud dárci přesunou finanční prostředky na jiné priority, má to dopad na BFHI.
- Vlády jednotlivých států, zejména v zemích s nízkými a středními příjmy, se obvykle zaměřují pouze na veřejná zařízení.
- Klíčovou výzvou je budování a udržování personálních kapacit zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům pro ochranu, propagaci a podporu kojení. Ačkoli směrnice BFHI zmiňuje význam přípravného i průběžného vzdělávání/školení, hodnotící postupy a nástroje se výrazně zaměřují na průběžné vzdělávání. Prakticky ve všech zemích a na všech územích, které se zúčastnily případových studií nebo rozhovorů s klíčovými informátory, bylo začlenění kojení do přípravného vzdělávání (včetně lékařských a zdravotnických škol a podobných institucí pro ostatní profese) nedostatečné. To vytvořilo překážky pro zavádění a udržování BFHI, protože pořádání průběžných školení na pracovišti je velmi náročné na lidské a finanční zdroje.
- Kromě toho je třeba najmout školitele, nebo pokud jsou jimi samotní zdravotníci, stráví čas mimo své běžné zaměstnání, a také školení účastníci jsou odváděni od svých běžných úkolů. Ačkoli je možné realizovat elektronické a online kurzy, jejich vývoj může být nákladný, zejména pokud je třeba platit účastnické poplatky komerčnímu subjektu; tyto kurzy nemohou plně nahradit potřebu prezenčního rozvoje dovedností a hodnocení dovedností a budou zdržovat účastníky školení od jejich hlavního úkolu. Ukázalo se také, že je obtížné během dvacetihodinového kurzu změnit chování zdravotníků, kteří již léta používají určité postupy.
- Zaměření na jednotlivá zařízení místo na národní standardy péče ztěžuje dosažení většího rozšíření doporučených postupů v zařízeních.
- Na úrovni jednotlivých zařízení se implementace BFHI často soustředila hlavně na získání certifikátu „Baby-friendly“. Často bylo náročné udržet učiněné změny. Zdá se, že mnoho zařízení udělá změny ve svých zásadách a postupech, aby získala tento certifikát, ale pak se časem vrátí ke starým zvyklostem, zejména pokud nejsou zavedeny pravidelné systémy monitorování. V důsledku toho je obtížné zjistit, do jaké míry určená zařízení kritéria BFHI nadále dodržují.
- Krok 10 z původních Deseti kroků (23), který se týká vytváření podmínek pro zakládání podpůrných skupin pro kojení, se ukázal pro většinu zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům jako velmi obtížné proveditelný, protože mnohá z nich nemají dostatek personálu, který by mohl pracovat mimo vlastní zařízení. Ve většině případů nebyla porodnická a novorozenecká zařízení odpovědná za osvětovou činnost v dané komunitě.
- Úplné dodržování Kodexu (25–27) bylo pro mnoho zařízení rovněž výzvou. Distributoři náhrad

mateřského mléka často porušují Kodex tím, že zdravotnickým zařízením nebo vládám poskytují bezplatné nebo dotované dodávky těchto produktů a/nebo rozdávají zdravotnickým zařízením nebo jejich odborným pracovníkům propagační materiály. Vzhledem k napjatým provozním rozpočtům je pro zařízení často obtížné těmto nabídkám odolávat. Společnosti, které prodávají náhrady mateřského mléka, často uplatňují na mnoha úrovních politický vliv, aby oslabily standardy ochrany kojení a ztížily zařízením dosažení standardů Baby-friendly.

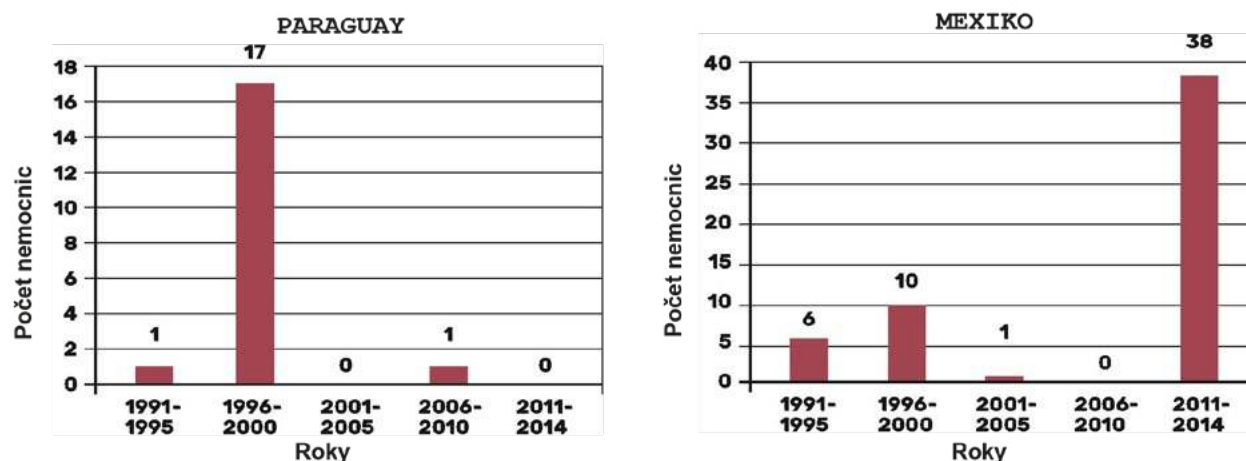
V roce 2016 zveřejnila Panamerická zdravotnická organizace zprávu o BFHI v Severní a Jižní Americe, ve které zkoumala roky, ve kterých došlo k certifikacím nebo recertifikacím BFHI (47). Zpráva ukázala, že ve většině zemí v tomto regionu došlo k prvnímu nebo opětovnému udělení certifikátu BFHI téměř výhradně v jednom pětiletém časovém období. Některé země certifikovaly mnoho zařízení v 90. letech 20. století, ale pak s tím přestaly, jiné začaly později, ale pak s tím přestaly, a několik zemí začalo takto certifikovat zařízení teprve nedávno. Žádná země však neudělila více než několik certifikátů BFHI mimo vrcholné desetileté období (viz obr. 2, kde jsou uvedeny dva příklady). Tyto výsledky svědčí o tom, že pro země je obtížné udržet trvalý program certifikace a recertifikace BFHI zařízení po dobu delší než několik let.

Zatímco Deset kroků bylo zaměřeno na péči o zdravé donošené děti v zařízeních, mnoho zemí rozšířilo koncept „Baby-friendly“ i na další oblasti podpory kojení mimo zařízení poskytující péči matkám a novorozencům, jak bylo navrženo v revizi pokynů BFHI z roku 2009 (32). Přestože tyto programy byly ve zlepšení kvality péče o matky a kojence úspěšné v mnoha zemích, nebyly vypracovány mezinárodní normy, které by poskytly konkrétní soubor kritérií a hodnotících nástrojů pro programy, což vedlo na celém světě k rozdílu v jejich uplatňování. Ke zkvalitňování podpůrných skupin pro kojení mimo zařízení poskytující péči matkám a novorozencům jsou zapotřebí pokyny, protože každá z nich má své jedinečné aspekty, které v rámci BFHI nelze řešit.

Pro země je obtížné udržet trvalý program certifikací a recertifikací BFHI po dobu delší než několik let

Velký počet zemí implementujících BFHI na jedné straně a nízké procento certifikovaných zařízení na straně druhé ukazují na široký dosah iniciativy, ale také na potřebu dalšího zlepšování péče o matky a novorozence. Dokud bude dodržování Deseti kroků omezeno pouze na vybraná zařízení, budou přetrvávat v kvalitě zdravotní péče o novorozence nerovnosti. Dosažení dodržování pravidel ve všech zařízeních bude vyžadovat zintenzivnění úsilí a nové přístupy. Případové studie a rozhovory s klíčovými informátory (40, 46) ukázaly, že země přizpůsobily pokyny BFHI své vlastní situaci a možnostem. Výsledkem je několik vynikajících příkladů řídicích a provozních postupů, které mohou usnadnit udržitelné zavádění a rozšiřování postupů podporujících kojení. Tyto příklady, stejně jako široký soubor obecných poznatků a doporučení pro dosažení ochrany, propagace a podpory kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům ve velkém měřítku, získaných z případových studií a rozhovorů s klíčovými informátory a v kombinaci s intenzivním konzultačním procesem s externí přezkumnou skupinou (viz podkapitola 1.5), tvoří základ těchto revidovaných prováděcích pokynů.

Obr. 2 Počet nemocnic certifikovaných nebo recertifikovaných v pětiletých obdobích v Paraguayi a Mexiku (47)



Zdroj: Převzato se souhlasem vydavatele od: Panamerické zdravotnické organizace, Regionálního úřadu Světové zdravotnické organizace pro Severní a Jižní Ameriku (47).

1.5 Revize Deseti kroků k úspěšnému kojení a pokynů k jejich implementaci

V roce 2015 zahájily WHO a UNICEF proces přezkoumání a revize Deseti kroků k úspěšnému kojení a implementačních pokynů pro země, s cílem chránit, propagovat a podporovat kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Na základě standardního postupu WHO pro tvorbu směrnic (48) vytvořila WHO skupinu pro vypracování těchto pokynů. Podrobný popis procesu vývoje těchto Pokynů WHO z roku 2017: Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [*Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*] (3), včetně systematických přehledů literatury k jednotlivým krokům, je publikován jinde (3). Kromě toho WHO svolala externí přezkumnou skupinu s cílem poskytnout další odborné vedení skupině pro vývoj směrnic a vypracovat revidované prováděcí pokyny pro země, které jsou uvedeny v tomto dokumentu.

Externí přezkumná skupina se třikrát sešla na osobních schůzkách (prosinec 2015, duben 2016 a říjen 2016), uskutečnila řadu konferenčních hovorů a prověřila návrhy dokumentů prostřednictvím e-mailu. Výše popsané případové studie a rozhovory s vedoucími pracovníky národních BFHI poskytly externí přezkumné skupině při tvorbě prováděcích pokynů důležité poznatky. Předběžný návrh těchto pokynů byl představen na kongresu BFHI v říjnu 2016 (49). Přibližně 300 účastníků z více než 130 zemí a 20 rozvojových partnerů (nevládních organizací, mezinárodních profesních sdružení a dárců) diskutovalo během tří dnů o pokynech v malých pracovních skupinách a poskytlo rozsáhlé podněty k revizím. Aktualizovaná směrnice byla v říjnu 2017 zveřejněna v rámci online konzultace a připomínky více než 300 respondentů byly zohledněny při konečné revizi dokumentu.

Aktualizované pokyny se týkají pouze těch činností, které se konkrétně vztahují k ochraně, propagaci a podpoře kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Péči o novorozence s nízkou hmotností, nemocné a/nebo předčasně narozené novorozence nelze oddělit od péče o donošené děti, protože obě tyto péče probíhají ve stejných zařízeních a často se jim věnuje stejný personál. Péče o tyto novorozence na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče nebo na běžných porodnických či novorozeneckých odděleních je proto zahrnuta do oblasti působnosti tohoto dokumentu. Jelikož se však dokument zaměřuje na globální standardy a není klinickým průvodcem, neposkytuje komplexní poradenství, jak pečovat o novorozence s nízkou hmotností, nemocné a/nebo předčasně narozené novorozence, ale pouze nastiňuje standardy a klíčové kroky pro kojení a/nebo poskytování mateřského mléka této skupině. Konkrétnější pokyny pro výživu novorozenců s nízkou hmotností, nemocných a/nebo předčasně narozených novorozenců, jsou k dispozici jinde (5, 50).

Zatímco v pokynech BFHI z roku 2009 se navrhovalo začlenit do nich opatření, včetně těch „vstřícných k matkám“, zaměřená na zajištění fyzického a psychického zdraví matek (32), aktualizovaná směrnice BFHI pokyny týkající se těchto aspektů neobsahuje. Směrnice výslovně doporučuje, aby země začlenily Deset kroků do dalších programů a iniciativ v oblasti zdraví matek a novorozenců. Komplexní, relevantní a fakty podložené pokyny týkající se kvality péče o zdraví matek jsou již k dispozici jinde (4), je ale důležité, aby všichni odborní pracovníci ve zdravotnictví, ať už jsou či nejsou odpovědní za porod nebo péči o novorozence, byli plně obeznámeni s postupy vstřícnými k matce a s tím, jak mohou ovlivnit matku, dítě a kojení, aby byli schopni zajistit, že tyto postupy budou zavedeny a dosáhnou zamýšlených přínosů v oblasti kvality péče. Z tohoto důvodu je shrnutí této směrnice uvedeno v kapitole 2.

Stejně tak se dokument nezabývá kritérii pro komunity vstřícné k dětem, pediatrická oddělení vstřícná k dětem nebo ordinace lékařů vstřícné k dětem. Podpora kojení má zásadní význam ve všech těchto prostředích, ale přesahuje rámec tohoto dokumentu.

Revize Deseti kroků k úspěšnému kojení

Pokyny WHO z roku 2017: Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [*Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*] (3) zkoumaly důkazy pro každý z původních Deseti kroků, které byly zveřejněny v roce 1989 (23). Na základě nových směrnic prováděcí pokyny Deset kroků přeformulovaly, přičemž zachovaly základní téma každého kroku. Základní záměr kroků zůstává stejný jako ve verzi Deseti kroků z roku 1989, a to chránit, propagovat a podporovat kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Pokyny oddělují první dva kroky, které se týkají postupů řízení nezbytných k zajištění konzistentní a etické péče, a dalších osm kroků, které stanoví standardy klinické péče o matky a kojence. Aktualizovaných Deset kroků je uvedeno ve stručném přehledu 1.

Krok 1 zásad kojení ve zdravotnickém zařízení byl upraven tak, aby zahrnoval tři složky. Hlavní součástí BFHI bylo vždy uplatňování Kodexu (25–27), to ale do původních Deseti kroků nebylo zahrnuto. Revize výslovně zahrnuje plné dodržování Kodexu jako jeden z kroků. Kromě toho byla do Kroku 1 začleněna potřeba průběžného interního monitorování dodržování klinických postupů. Interní monitorování by mělo pomoci zajistit, aby se přijetí Deseti kroků udrželo po delší dobu.

Některé kroky byly v jejich uplatňování zjednodušeny, aby bylo zajištěno, že jsou proveditelné a použitelné pro všechna zařízení. Aby se zajistilo, že každé dítě, které se narodí v určitém zařízení, bude mít rovný přístup k nejkvalitnější péči, musí být aplikace těchto kroků dosažitelná pro každé zařízení, nejen pro několik vybraných. Například Krok 2, týkající se školení personálu, se zaměřuje spíše na hodnocení kompetence, aby bylo zajištěno, že personál má znalosti, schopnosti a dovednosti k podpoře kojení, než aby trval na konkrétním vzdělávacím plánu. Krok 5, týkající se poskytování praktické podpory matkám při kojení, neklade důraz na jeden typ odšťikávání mléka, ale zaměřuje se spíše na otázky polohování, sání a na to, aby byla matka připravena na případné potíže s kojením.

Krok 9, týkající se používání lahví ke krmení, saviček a dudlíků, se nyní zaměřuje spíše na poradenství matkám ohledně jejich používání než na jejich úplný zákaz. Důkazy pro úplný zákaz jejich používání byly shledány jako slabé, protože v rámci systematické rešerše vypracované v rámci procesu tvorby pokynů bylo zjištěno, že mezi zdravými donošenými dětmi, které používaly lahve, savičky nebo dudlíky v období bezprostředně po porodu, a těmi, které je nepoužívaly, je v míře kojení malý nebo není žádný rozdíl (51). U předčasně narozených dětí systematické rešerše týkající se sání bez pití nenašly rozdíl ve výsledcích souvisejících s kojením a zjistily pozitivní dopad na délku pobytu v nemocnici (52, 53). U předčasně narozených dětí se stále nedoporučuje používat lahve ke krmení a savičky.

Krok 10, který se týká péče po propuštění, se zaměřuje spíše na odpovědnost zařízení poskytujícího péči matkám a novorozencům plánovat propuštění a dávat pacientkám doporučení na komunitní podporu, pracovat na koordinaci s komunitou a na posílení podpory kojení v rámci komunity než na konkrétní vytváření podpůrných skupin matek.

Hlavní záměr Deseti kroků... je chránit, propagovat a podporovat kojení

Stručný přehled 1. Deset kroků k úspěšnému kojení (revidovaných v roce 2018)

Klíčové řídicí postupy (ve vedení nemocnic)

1. a. Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a navazující rezoluce Světového zdravotnického shromáždění (WHA).
1. b. Mít písemně vypracovanou strategii výživy novorozenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.
1. c. Zavést systémy průběžného monitorování a správy údajů.
2. Zajistit, aby pracovníci měli dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti k podpoře kojení.

Klíčové klinické postupy

3. Probírat důležitost kojení a jeho praktické zvládnutí s těhotnými ženami a jejich rodinami.
4. Zprostředkovat okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky, aby začaly kojít co nejdříve po porodu.
5. Podporovat matky při zahájení a udržení kojení a při zvládnutí běžných obtíží.
6. Nedávat kojeným novorozencům žádnou stravu ani tekutiny kromě mateřského mléka, pokud to není indikováno ze zdravotních důvodů.
7. Umožnit matkám a jejich novorozencům, aby zůstali spolu ve společném pokoji (rooming-in) 24 hodin denně.
8. Podporovat matky, aby rozeznaly projevy zájmu novorozence o krmení a reagovaly na ně.
9. Poskytovat matkám poradenství ohledně používání lahví, saviček a dudlíků a rizik s tím spojených.
10. Koordinovat propuštění z nemocnice tak, aby rodiče s dětmi měli včasný přístup k průběžné podpoře a péči.

Revize prováděcích pokynů na úrovni jednotlivých zemí

Prováděcí pokyny navrhuji řadu změn v implementaci Iniciativy nemocnic vstřícných k dětem (BFHI) s cílem usnadnit její celostátní rozšíření a zajistit udržitelnost v čase. Pokyny se zaměřují na plnější začlenění ochrany, propagace a podpory kojení do systému zdravotní péče, včetně soukromých a veřejných zařízení. Úpravy a zvýšená proveditelnost slouží k tomu, aby se zlepšil přístup novorozenců ke kojení ve všech zařízeních, nejen v několika vybraných.

Pokyny se zaměřují na plnější začlenění... do systému zdravotní péče

Do pokynů jsou rovněž začleněny nebo jsou v souladu s dalšími technickými pokyny WHO nebo UNICEF, včetně Pokynů k ukončení nevhodné propagace výživy pro kojence a malé děti [*Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children*](54), Směrnice WHO/UNICEF z roku 2016: aktualizace týkající se HIV a výživy kojenců [*Guideline: updates on HIV and infant feeding*] (55), Standardů WHO pro zvyšování kvality péče o matku a novorozence ve zdravotnických zařízeních [*Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*] (4) a Rámce WHO pro integrovanou a na člověka zaměřenou péči [*WHO Framework on integrated people-centred health services*] (56).

Aktualizované pokyny jsou zaměřeny na posílení zdravotnického systému a navrhuji méně vertikální strukturu řízení a implementace, která by vyžadovala méně zdrojů určených speciálně pro tuto iniciativu. Jejím cílem je koordinace strategií integrovaných zdravotních služeb zaměřených na člověka (56) a posílení aspektů zvyšování kvality, které jsou již v BFHI přítomny.

Ve stručném přehledu 2 jsou shrnuty hlavní aktualizované směry implementace BFHI, které jsou podrobně popsány v kapitolách 3 a 4.

Stručný přehled 2. Shrnutí aktualizovaných pokynů k implementaci iniciativy nemocnic vstřícných k dětem

1. Vhodná péče na ochranu, propagaci a podporu kojení je povinností každého zařízení poskytujícího péči matkám a novorozencům. Patří sem soukromá i veřejná zařízení a velká i malá zařízení.
2. Země musí zavést národní standardy pro ochranu, propagaci a podporu kojení ve všech zařízeních poskytujících služby péče matkám a novorozencům na základě aktualizovaných Deseti kroků k úspěšnému kojení a globálních kritérií.
3. Iniciativa nemocnic vstřícných k dětem [Baby-friendly Hospital Initiative] musí být sloučena s dalšími iniciativami v oblasti zdraví matek a novorozenců, zlepšování zdravotní péče, posilování zdravotnických systémů a zajišťování kvality.
4. Aby bylo zajištěno, že poskytovatelé zdravotní péče budou mít kompetence k provádění BFHI, je třeba toto téma začlenit do osnov přípravného vzdělávání. Pokud kompetence ještě nejsou splněny, je kromě toho ještě třeba zajistit průběžná školení na pracovišti.
5. Jedním ze způsobů, jak podněcovat ke zlepšování kvality, je veřejné uznání zařízení, která zavádějí Deset kroků a splňují globální kritéria. Existuje několik dalších pobídek, od dodržování národních norem pro zařízení až po financování podle výkonnosti.
6. Zásadním prvkem zvyšování kvality i jejího průběžného zajišťování je pravidelné interní monitorování.
7. Cenným nástrojem pro ověřování kvality porodnických a novorozeneckých služeb je jejich externí posuzování. Externí posuzování by měla být dostatečně zefektivněna v rámci stávajících mechanismů, které lze udržitelně realizovat.

2. Úloha zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům

Hlavním cílem BFHI je zajistit, aby se matkám a novorozencům dostalo včasné a vhodné péče před pobytem a během pobytu v zařízení poskytujícím péči o matku a novorozence, a umožnit tak zavedení optimální výživy novorozence, a tím podpořit jeho zdraví a vývoj. Vzhledem k prokázané důležitosti kojení, BFHI chrání, propaguje a podporuje kojení. Současně se také snaží umožnit vhodnou péči a krmení novorozenců, kteří nejsou (ještě nebo plně) kojeni nebo toho (ještě) nejsou schopni.

Rodiny musejí dostávat kvalitní a nezkreslené informace o výživě kojenců. Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům mají povinnost propagovat kojení, ale musejí také respektovat preference matky a předat jí informace potřebné k informovanému rozhodnutí o pro ni a její dítě nejlepší možnosti krmení. Zařízení musejí podporovat matky, aby mohly úspěšně krmit své novorozence způsobem, který si samy zvolí.

V souladu s Rámcem WHO pro integrovanou a na člověka zaměřenou péči [*WHO Framework on integrated people-centred health services*] (56) je důležité zajistit, aby „všichni lidé měli rovný přístup ke kvalitním zdravotním službám, které jsou spoluvytvářeny způsobem, jenž odpovídá jejich potřebám v průběhu života a respektuje sociální preference, jsou koordinovány v rámci celého kontinua péče a jsou komplexní, bezpečné, účinné, včasné, efektivní a přijatelné; a aby všichni pečovatelé byli motivovaní, kvalifikovaní a pracovali v podporujícím prostředí“. Specifickým aspektem je poskytování péče kulturně vhodným způsobem, včetně poskytování materiálů v jazycích, kterým všichni klienti rozumějí.

Deset kroků nezahrnuje všechny aspekty kvalitní péče o matku a novorozence. Byly stanoveny postupy „vstřícné k matce při porodu a po porodu, které jsou důležité pro tělesnou a duševní pohodu matky a respektování její důstojnosti a jejích práv (4). Mnohé z těchto postupů „vstřícných“ k matkám rovněž pomáhají umožnit kojení (57). Je důležité, aby ženy nebyly během porodu, narození dítěte a raného poporodního období vystaveny zbytečným nebo škodlivým postupům. Mezi tyto postupy patří mimo jiné zbytečné (tj. bez lékařské indikace) použití následujících postupů: epiziotomie, instrumentální vaginální porod a císařský řez. Ženy by také měly být podporovány v tom, aby během porodu zaujaly polohu, kterou si samy zvolí. Kromě toho musí být se ženami a novorozenci zacházeno s respektem, musí být zachována jejich důstojnost a respektováno jejich soukromí, nesmějí být vystaveny špatnému zacházení (58) a musejí mít možnost činit informovaná rozhodnutí. Ženy také potřebují možnost mít u porodu doprovod podle vlastního výběru.

V souvislosti s HIV doporučuje směrnice WHO/UNICEF z roku 2016 týkající se HIV a kojenecké výživy (55), aby zdravotnické orgány na národní úrovni nebo na úrovni územních samosprávných celků stanovily doporučení pro kojeneckou výživu v kontextu HIV a rozhodly, zda budou v rámci zdravotnických služeb spíše poskytovány rady a podpora matkám, o nichž je známo, že žijí s HIV, (i) aby kojily a dostávaly antiretrovirové léky, nebo (ii) aby se vyhýbaly veškerému kojení. Pokud úřady doporučují kojení a antiretrovirovou léčbu, zahrnuje to časný začátek kojení, výlučné kojení po dobu prvních šesti měsíců života a pokračování v kojení s přiměřeným a bezpečným dokrmováním nejméně do 12 měsíců; v kojení lze pokračovat až do 24 měsíců nebo déle (podobně jako v běžné populaci), přičemž matka je plně podporována v dodržování antiretrovirové léčby. Tam, kde úřady doporučují vyhnout se veškerému kojení, je pro zvýšení bezpečnosti náhradní výživy nutná kvalifikovaná a koordinovaná podpora krmení novorozenců. BFHI lze realizovat v obou kontextech.

Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům musí dodržovat Deset kroků. Verze Deseti kroků z roku 2018 je rozdělena na klíčové řídicí postupy, které vytvářejí prostředí umožňující udržitelnou implementaci v rámci zařízení, a klíčové klinické postupy, které vymezují péči, jež by měla být poskytována každé matce a dítěti. Klíčovými klinickými postupy jsou intervence vycházející ze získaných poznatků, které podporují matky v úspěšném zahájení a udržení kojení. Deset kroků je uvedeno ve stručném přehledu 1 a podrobně popsáno v podkapitolách 2.1 a 2.2. V textu jsou uvedena také konkrétní doporučení obsažená v nových Pokynech WHO: Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [*WHO Framework on integrated people-centred health services*] (3) s doplněním čísla

příslušného doporučení. V Příloze 1 je uvedeno, jak jsou v revidovaných Deseti krocích začleněny všechny nové pokyny WHO (3) a jak jsou sladěny s původními Deseti kroky.

Ačkoli každý z Deseti kroků přispívá ke zlepšení podpory kojení, optimálního dopadu na postupy při kojení, a tím i na tělesnou a duševní pohodu matek a dětí, bude dosaženo pouze tehdy, pokud bude všech Deset kroků implementováno jako celek. Následující text je třeba chápat v tomto světle.

2.1 Klíčové řídicí postupy k podpoře kojení

Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům musejí přijmout a dodržovat čtyři klíčové řídicí postupy, aby bylo zajištěno všeobecné a udržitelné uplatňování klíčových klinických postupů. První tři z nich, uplatňování Kodexu (25–27), vypracování písemných zásad a provozování systémů monitorování a správy údajů, jsou součástí prvního kroku týkajícího se strategie zařízení. Krok 2 se zabývá potřebou zajistit způsobilost všech pracovníků zařízení.

Krok 1: Strategie zařízení

Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a navazující rezoluce Světového zdravotnického shromáždění (25–27)

Krok 1a: Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka a navazující rezoluce Světového zdravotnického shromáždění.

Odůvodnění: Rodiny jsou nejvíce ohroženy marketingem náhrad mateřského mléka během celého prenatálního, perinatálního a postnatálního období, kdy se rozhodují, jak krmit novorozence. Světové zdravotnické shromáždění vyzvalo odborné pracovníky ve zdravotnictví a v systémech zdravotní péče, aby dodržovali Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka [*International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*] (25, 26) a navazující rezoluce Světového zdravotnického shromáždění (27) (dále jen „Kodex“) a chránili tak rodiny před komerčními tlaky. Kromě toho odborní pracovníci ve zdravotnictví sami potřebují ochranu před komerčními vlivy, které by mohly ovlivnit jejich profesní činnosti a úsudek. Dodržování Kodexu je důležité pro zařízení poskytující péči matkám a novorozencům, protože propagace náhrad mateřského mléka je jedním z faktorů, které nejvíce podkopávají kojení (59). Bylo zjištěno, že společnosti, které se věnují marketingu náhrad mateřského mléka, lahvi ke krmení a saviček, opakovaně porušují Kodex (60). Očekává se, že prodej náhrad mateřského mléka bude celosvětově i nadále stoupat, což má negativní vliv na přežití a kvalitu života dětí (13, 61). Tato situace znamená, že bude nutné trvale vyvíjet společné úsilí o ochranu, propagaci a podporu kojení, a to i v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům.

Implementace: Kodex (25–27) stanoví jasné povinnosti systémů zdravotní péče nepropagovat umělou kojeneckou výživu, lahve ke krmení nebo savičky a nenechat se k tomuto účelu využívat výrobci a distributory produktů, které spadají do působnosti Kodexu. To zahrnuje ustanovení, že všechna zařízení poskytující péči matkám a novorozencům musejí veškeré potřebné náhrady mateřského mléka, lahve ke krmení nebo savičky získávat běžnými nákupními kanály a nesmějí dostávat bezplatné nebo dotované dodávky (rezoluce WHA 39.28 (62)). Kromě toho by se pracovníci zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům neměli zapojovat do žádné formy propagace nebo povolovat vystavování jakéhokoli typu reklamy na náhrady mateřského mléka, včetně vystavování nebo distribuce jakéhokoli vybavení nebo materiálů se značkou výrobců náhrad mateřského mléka nebo slevových kuponů, a neměli by dávat matkám vzorky komerční umělé výživy k použití v zařízení nebo k odnesení domů.

V souladu s Pokyny WHO k ukončení nevhodné propagace výživy pro kojence a malé děti [*Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children*], které byly zveřejněny v roce 2016 a schváleny Světovým zdravotnickým shromážděním (54), by se odborní pracovníci ve zdravotnictví a ve zdravotnických systémech měli vyvarovat střetu zájmů se společnostmi, které se věnují marketingu umělé výživy pro kojence a malé děti. Setkání zdravotnických odborníků by nikdy neměla být sponzorována průmyslem a průmysl by se neměl podílet na vzdělávání rodičů.

Globální standardy:

- Veškerá komerční umělá výživa, lahve na krmení a savičky používané v zařízení byly zakoupeny běžnými nákupními kanály a nebyly získány z bezplatných nebo dotovaných dodávek.
- V zařízení nejsou vystaveny výrobky, na které se vztahuje Kodex, ani předměty s logy společností vyrábějících náhrady mateřského mléka, lahve na krmení a savičky nebo názvy výrobků, na které se vztahuje Kodex.
- Zařízení má vypracovány zásady, které popisují, jak dodržuje Kodex, včetně nákupu náhrad mateřského mléka, nepřijímání podpory nebo darů od výrobců nebo distributorů výrobků, na které se vztahuje Kodex, a neposkytování vzorků náhrad mateřského mléka, lahví na krmení kojenců nebo saviček matkám.
- Nejméně 80 % odborných pracovníků ve zdravotnictví, kteří poskytují předporodní, porodní a/nebo novorozeneckou péči, dokáže vysvětlit alespoň dva prvky Kodexu.

Strategie výživy novorozenců

Krok 1b: Mít písemně vypracovanou strategii výživy novorozenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.

Odůvodnění: Strategie je hnací silou praxe. Poskytovatelé zdravotní péče a instituce jsou povinni dodržovat stanovenou strategii. Klinické postupy uvedené v Deseti krocích je třeba začlenit do zásad daného zařízení, aby bylo zaručeno, že všem matkám a dětem bude poskytována odpovídající péče spravedlivě a nebude záviset na preferencích jednotlivých poskytovatelů péče. Písemně vypracovaná strategie je nástrojem, který zajišťuje, že pacienti dostávají konzistentní péči vycházející ze získaných poznatků, a je nezbytným nástrojem pro odpovědnost personálu. Strategie pomáhají udržovat postupy v čase a sdělují standardní soubor očekávání, který se týká všech zdravotnických pracovníků.

Implementace: Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům by měla mít jasně sepsanou strategii kojení, s níž by byli personál a rodiče běžně seznamováni (doporučení 12). Strategie pro kojení v zařízení může být samostatným dokumentem, může být součástí širších zásad krmení novorozenců nebo může být začleněna do řady dalších dokumentů. Strategie by však měla obsahovat pokyny, jak by měly být jednotlivé klinické a ošetrovatelské postupy uplatňovány, aby bylo zajištěno jejich jednotné uplatňování u všech matek. Strategie by také měla vysvětlit, jak by se měly postupy řízení prováděny, nejlépe prostřednictvím konkrétních procesů, které jsou institucionalizovány.

Globální standardy:

- Zdravotnické zařízení má písemně zpracovanou strategii výživy kojenců, která se zabývá implementací všech osmi klíčových klinických postupů Deseti kroků, implementací Kodexu a pravidelným hodnocením kompetencí.
- Pozorování v zařízení potvrzují, že shrnutí této strategie mají těhotné ženy, matky a jejich rodiny viditelně k dispozici.
- Přezkoumání všech klinických protokolů nebo norem týkajících se kojení a krmení kojenců používaných porodnicemi svědčí o tom, že jsou v souladu se standardy BFHI a aktuálními pokyny, založenými na důkazech (evidence-based).
- Nejméně 80 % klinických pracovníků, kteří poskytují předporodní, porodní a/nebo novorozeneckou péči, dokáže vysvětlit alespoň dva prvky strategie výživy novorozenců, které ovlivňují jejich roli v zařízení.

Systémy monitorování a správy údajů

Krok 1c: Zavést systémy průběžného monitorování a správy údajů.

Odůvodnění: Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům musejí do svých systémů zvyšování kvality/monitorování začlenit zaznamenávání a monitorování klinických postupů souvisejících s kojením (viz podkapitola 2.4).

Implementace: Doporučené indikátory pro monitorování klíčových klinických postupů na úrovni zařízení jsou uvedeny v následujícím seznamu webová příloha 1, v tabulce 1¹. Dva z těchto indikátorů, časný začátek kojení a výlučné kojení, jsou považovány za „sentinelové indikátory“. Všechna zařízení by měla tyto indikátory rutinně sledovat u každého páru matka-dítě. Zaznamenávání informací o těchto indikátorech by mělo být začleněno do zdravotních karet a shromažďováno v příslušných registrech. Skupina nebo výbor, který koordinuje činnosti související s BFHI v rámci zařízení, musejí alespoň jednou za šest měsíců přezkoumat posun v těchto činnostech. V období soustředěného zlepšování kvality je třeba dělat měsíční přezkum. Účelem přezkumu je průběžně sledovat hodnoty těchto indikátorů a zjistit, zda jsou stanovené cíle plněny, a pokud ne, naplánovat a provést nápravná opatření. Kromě toho, pokud má zařízení průběžný systém průzkumů při propouštění matek pro jiná hodnocení zvyšování kvality a zajištění kvality a je možné přidat otázku (otázky), lze přidat jeden nebo oba indikátory pro účely dalšího ověření nebo pravidelných kontrol.

Pro monitorování dodržování klíčových klinických postupů se doporučují také další procesní indikátory. Ty jsou zvláště důležité během aktivního procesu zvyšování kvality a měly by být během tohoto procesu vyhodnocovány každý měsíc. Jakmile bude dosaženo přijatelné úrovně shody, lze snížit četnost sběru údajů o těchto dalších indikátorech, například na roční. Pokud však úroveň sentinelových indikátorů klesne pod 80 % (nebo pod národní standardy), bude důležité posoudit jak klinické postupy, tak všechny postupy řízení, aby se zjistilo, kde jsou „úzká místa“ či kritické body a co je třeba udělat pro dosažení požadovaných standardů.

Doporučené indikátory nepokrývají všechny výše uvedené globální standardy, protože je třeba systém monitorování udržovat co nejjednodušší. Země nebo jednotlivá zařízení mohou přidat další indikátory tam, kde je to proveditelné. Navrhují se dvě alternativní metody ověřování – registry novorozenců a průzkumy při propouštění matek (které by mohly být písemné nebo ústní nebo prostřednictvím mobilního telefonu [SMS]). Od zdravotnických zařízení se neočekává, že budou používat obě metodiky současně. V závislosti na tom, jaké další monitorovací systémy zařízení používají, může být jeden z nich praktičtější a proveditelnější.

Četnost sběru údajů bude záviset na metodě ověřování. Pokud jsou například otázky přidány do již probíhajících průzkumů probíhajících při propouštění matek, bude periodičita standardně záviset na periodicitě probíhajícího průzkumu. Pokud jsou informace shromažďovány prostřednictvím registrů novorozenců a tyto registry jsou již přezkoumány za účelem shromažďování údajů o sentinelových indikátorech výstupů, doporučuje se shromažďovat údaje o klíčových klinických postupech u všech novorozenců. Alternativně by bylo možné každých šest měsíců prověřit vzorek registrů a shromáždit tyto informace, aby se snížila zátěž spojená s abstrahováním, sumarizací a přezkoumáváním velkého množství údajů z registrů. Pokud bude zaveden nový systém průzkumů při propouštění matek, je třeba, aby se uskutečnily s minimální periodicitou každých šest měsíců. Monitorování je však třeba zjednodušit, aby je bylo možné zvládnout v rámci stávajících zdrojů zařízení.

Proto je nejlepší v co největší míře nezavádět nové metody sběru dat, pokud to není nezbytné nebo pokud nejde o pravidelné ověřování. Totéž platí pro množství shromážděných údajů; více nemusí nutně znamenat lépe, pokud nejsou zavedeny systémy pro analýzu a využití informací ke zlepšení podpory kojení.

U klíčových indikátorů klinických postupů je nejlepší, když je sledování založeno na zprávě matky. Sběr údajů pro některé indikátory by mohl probíhat prostřednictvím elektronických zdravotních záznamů nebo z listinných zpráv o každém páru matka-novorozenec, ale hrozí, že personál, který tyto záznamy vyplňuje, bude nadměrně vykazovat postupy, o kterých byl poučen, že by je měl dělat. K možnostem sběru údajů o matkách patří:

- rozhovory s matkami při jejich propuštění ze zařízení (vedené nejlépe osobou, která není přímo pověřena péčí o ně);
- krátké papírové dotazníky pro matky k důvěrnému vyplnění při propuštění;

¹ Indikátory pro monitorování lze nalézt v příslušné Světové zdravotnické organizace. Webová příloha: Indikátory pro monitorování. Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům: implementace revidované Iniciativy nemocnic vstřících k dětem z roku 2018. Kodaň: Regionální úřad WHO pro Evropu; 2026 (<https://iris.who.int/handle/10665/386617>).

- zaslání otázek matce prostřednictvím SMS.

Doporučuje se, aby do každého přezkoumání údajů bylo zahrnuto minimálně dvacet párů matky a novorozence, i když malá zařízení se mohou spokojit s menším počtem, pokud nemají k dispozici dvacet párů.

Globální standardy požadují minimálně 80% plnění všech indikátorů procesů a výstupů, včetně časného začátku kojení a výlučného kojení. Uznává se, že v prostředí, kde se mnoho žen rozhodne nekojit, může být obtížné těchto hodnot dosáhnout. Možná bude nutné stanovit nižší standardy na národní nebo místní úrovni s tím, že by se měly časem zvyšovat, jak se budou zlepšovat další aspekty podpory kojení v komunitě. Každé zařízení by se mělo snažit pravidelně dosahovat alespoň 80 % dodržování každého indikátoru a zařízení, která tohoto cíle nedosahují, by se měla zaměřit na postupné zvyšování tohoto procenta.

Globální standardy:

- Zařízení má protokol pro průběžné monitorování a systém správy údajů, který zajišťuje dodržování osmi klíčových klinických postupů.
- Kliničtí pracovníci v zařízení se scházejí nejméně jednou za šest měsíců, aby přezkoumali implementaci systému.

Krok 2: Kompetence zaměstnanců

Krok 2: Zajistit, aby pracovníci měli dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti k podpoře kojení.

Odůvodnění: Včasné a vhodné péče o kojící matky lze dosáhnout pouze tehdy, pokud má personál znalosti, schopnosti a dovednosti k jejímu výkonu. Školení zdravotnického personálu jim umožňuje rozvíjet účinné dovednosti, předávat konzistentní sdělení a uplatňovat strategické normy. Od personálu nelze očekávat, že zavede postup nebo poučí pacienta o tématu, o kterém nebyl proškolen.

Implementace: Personál zdravotnických zařízení, který poskytuje služby v oblasti krmení novorozenců, včetně podpory kojení, by měl mít dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti, aby mohl ženám poskytnout podporu v kojení (doporučení 13). Obecně platí, že odpovědnost za budování této schopnosti nese národní systém přípravného vzdělávání. Pokud je však způsobilost personálu nedostatečná, budou muset zařízení poskytující péči o matku a novorozence přijmout nápravná opatření k posílení této způsobilosti, například nabídkou kurzů v zařízení nebo požadavkem, aby personál absolvoval kurzy jinde. Některé materiály lze vyučovat prostřednictvím didaktických přednášek (včetně elektronických zdrojů), ale je nutná určitá klinická praxe pod dohledem s přezkoušením odborné způsobilosti. Je důležité zaměřit se nikoli na konkrétní učební plán, ale na získané znalosti a dovednosti.

Všichni pracovníci, kteří pomáhají matkám s krmením kojenců, by měli být hodnoceni z hlediska svých schopností:

1. využívat schopnosti naslouchat a učit se, aby mohli poradit matce;
2. využívat schopnosti vzbudit důvěru a poskytovat podporu, aby mohli poradit matce;
3. poradit těhotné ženě ohledně kojení;
4. zhodnotit kojení;
5. pomoci matce s nalezením vhodné polohy pro sebe a dítě při kojení;
6. pomoci matce s přisátím dítěte k prsu;
7. vysvětlit matce optimální vzorec kojení;
8. pomáhat matce při odšťikávání mateřského mléka;
9. pomáhat matce krmit dítě kalíškem;

10. pomoci matce začít kojit během první hodiny po porodu;
11. pomoci matce, která si myslí, že nemá dostatek mléka;
12. pomoci matce s dítětem, které často pláče;
13. pomoci matce, jejíž dítě odmítá kojení;
14. pomoci matce, která má ploché nebo vpáčené bradavky;
15. pomoci matce s nalitymi prsy;
16. pomoci matce s bolestivými nebo poškozenými bradavkami;
17. pomoci matce s mastitidou;
18. pomoci matce kojit dítě s nízkou porodní hmotností nebo nemocné dítě;
19. poradit matce ohledně jejího vlastního zdraví;
20. implementovat Kodex ve zdravotnickém zařízení.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % odborných pracovníků ve zdravotnictví, kteří poskytují předporodní, porodní a/nebo novorozeneckou péči, uvádí, že během předchozích dvou let absolvovali přípravné nebo průběžné školení o kojení.
- Nejméně 80 % odborných pracovníků ve zdravotnictví, kteří poskytují předporodní, porodní a/nebo novorozeneckou péči, uvádí, že v předchozích dvou letech obdrželo hodnocení kompetencí v oblasti kojení.
- Nejméně 80 % odborných pracovníků ve zdravotnictví, kteří poskytují předporodní, porodní a/nebo novorozeneckou péči, dokáže správně odpovědět na tři ze čtyř otázek týkajících se znalostí a dovedností v oblasti kojení a podpory kojení.

2.2 Klíčové klinické postupy na podporu kojení

Aktualizované BFHI zdůrazňuje osm klíčových klinických postupů, které vycházejí z Pokynů WHO: Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services] (3), vydané v roce 2017. Tyto klíčové postupy jsou diskutovány dále.

Krok 3: Předporodní informace

Krok 3: Probírat důležitost kojení a jeho praktické zvládnutí s těhotnými ženami a jejich rodinami.

Odůvodnění: Všechny těhotné ženy musejí mít základní informace o kojení, aby se mohly informovaně rozhodnout. Z přehledu 18 kvalitativních studií vyplynulo, že matky mají obecně pocit, že se o krmení novorozenců v předporodním období dostatečně nemluví a že se dostatečně nediskutuje o tom, co lze v souvislosti s kojením očekávat (42). Matky chtějí více praktických informací o kojení. Těhotenství je klíčovým obdobím pro informování žen o významu kojení, podporu jejich rozhodování a přípravu půdy pro pochopení postupů mateřské péče, které napomáhají jejímu úspěšnému zvládnutí. Matky je také třeba informovat o tom, že porodní praktiky mají významný vliv na zavedení kojení.

Implementace: Tam, kde je poskytována předporodní péče, by měly být těhotné ženy a jejich rodiny informovány o výhodách a praktickém zvládnutí kojení (doporučení 14). V mnoha prostředích je předporodní péče poskytována převážně prostřednictvím ordinací primární zdravotní péče nebo komunitních zdravotnických pracovníků. Pokud zařízení poskytující péči matkám a novorozencům nemají přímou pravomoc nad těmito poskytovateli péče, měla by s nimi spolupracovat, aby zajistila, že matky a rodiny budou plně informovány o významu kojení a budou vědět, co mohou očekávat, když v zařízení porodí. V jiných případech zařízení přímo poskytuje služby předporodní péče nebo nabízí kurzy pro těhotné ženy. V tomto případě je poskytování informací o kojení a poradenství přímou povinností zařízení.

Vzdělávání v oblasti kojení by mělo zahrnovat informace o důležitosti kojení a rizicích podávání komerční umělé výživy nebo jiných náhrad mateřského mléka spolu s národními a odbornými doporučeními pro krmení novorozenců. Nezbytnou součástí předporodního poradenství jsou praktické dovednosti, jako je polohování a přisátí k prsu, krmení podle potřeb novorozence a rozpoznávání projevů zájmu novorozence o krmení. Rodinám by měly být poskytnuty aktuální informace o osvědčených postupech v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům, pokud jde o kontakt kůže na kůži, začátek kojení, protokoly o dokrmování a rooming-in. Ženy by měly být informovány také o možných problémech, s nimiž se mohou setkat (např. nalité prsy nebo pocit, že se jim netvoří dostatek mléka), a o tom, jak je řešit.

Předporodní poradenství v oblasti kojení musí být přizpůsobeno individuálním potřebám ženy a její rodiny a řešit veškeré jejich obavy a otázky. Toto poradenství musí být poskytováno citlivě a musí zohledňovat sociální a kulturní situaci každé rodiny.

Pokud je to možné, měly by rozhovory o kojení začínat již při první nebo druhé návštěvě před porodem, aby byl v případě potřeby čas probrat případné problémy. To je obzvláště důležité v prostředí, kde ženy navštěvují předporodní kurzy málo a/nebo je začínají navštěvovat v pozdním stadiu těhotenství. Ženy, které porodí předčasně, navíc nemusejí mít dostatek příležitostí k diskusi o kojení, pokud jsou rozhovory odloženy až na konec těhotenství.

Informace o kojení by měly být poskytovány různými způsoby. Tištěné nebo online informace v jazyce, kterému matky (včetně ngramotných) rozumějí, jsou jedním ze způsobů, jak zajistit, aby byla pokryta všechna důležitá témata. Nelze však zaručit, že si tyto informace přečtou všechny ženy, a nemusí přímo odpovídat na jejich zásadní otázky. Aby ženy mohly probrat své pocity, pochybnosti a otázky týkající se krmení novorozenců, je důležité interpersonální poradenství, ať už individuální nebo v malých skupinách.

Informace musejí být poskytovány bez střetu zájmů. Jak je uvedeno v Pokynech k ukončení nevhodné propagace výživy pro kojence a malých dětí [Guidance on ending inappropriate promotion of foods for infants and young children] (54), společnosti, které uvádějí na trh potraviny pro kojence a malé děti, by neměly „přímo ani nepřímo poskytovat vzdělávání rodičům a dalším pečovatelům o výživu kojenců a malých dětí ve zdravotnických zařízeních“.

Ženy se zvýšeným rizikem předčasného porodu nebo narození nemocného dítěte (např. těhotné adolescentky, riziková těhotenství, známé vrozené anomálie) musejí co nejdříve začít diskutovat s kompetentními poskytovateli zdravotní péče o zvláštních okolnostech výživy předčasně narozeného dítěte, dítěte s nízkou porodní hmotností nebo nemocného dítěte (63).

Globální standardy:

- V protokolu pro předporodní diskusi o kojení musí být obsažena minimálně tato témata:
 - důležitost kojení;
 - celosvětová doporučení týkající se výlučného kojení po dobu prvních šesti měsíců, rizika podávání komerční umělé výživy nebo jiných náhrad mateřského mléka a skutečnost, že kojení je důležité i po šesti měsících, kdy je podávána i jiná strava;
 - význam bezprostředního a setrvalého kontaktu kůže na kůži;
 - význam časného začátku kojení;
 - důležitost režimu rooming-in (nemocničního pobytu matky s novorozencem po porodu v jedné místnosti);
 - základy správné polohy a přisátí;
 - rozpoznávání projevů zájmu novorozence o krmení.
- Nejméně 80 % matek, kterým byla v zařízení poskytnuta prenatální péče, uvedlo, že jim bylo poskytnuto prenatální poradenství o kojení.

- Nejméně 80 % matek, kterým byla v zařízení poskytnuta prenatální péče, je schopno adekvátně popsat, co se probíralo o dvou z výše uvedených témat.

Krok 4: Bezprostřední poporodní péče

Krok 4: Zprostředkovat okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky, aby začaly kojit co nejdříve po porodu.

Odůvodnění: Okamžitý kontakt kůže na kůži a časný začátek kojení jsou dvě úzce propojené intervence, které musejí probíhat společně, aby přinesly optimální prospěch. Okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži napomáhá přirozenému hledacímu reflexu novorozence, který mu pomůže vštípit chování, při němž hledá prs a saje z něj. Bezprostřední kontakt kůže na kůži navíc pomáhá vytvářet mikrobiom novorozence a zabraňuje podchlazení. Časně pití z prsu spustí tvorbu mateřského mléka a urychlí tvorbu mléka. Mnoho matek přestane kojit předčasně nebo se domnívá, že nemůže kojit kvůli nedostatku mléka, proto je zajištění dostatečné tvorby mléka pro úspěch kojení zásadně důležité. Kromě toho bylo prokázáno, že časný začátek kojení snižuje riziko kojenecké úmrtnosti (10).

Implementace: Co nejdříve po porodu by měl být umožněn a podporován časný a nepřerušovaný kontakt matky a dítěte kůže na kůži (doporučení 1). Kontakt kůže na kůži je takový, kdy je kojeneček položen na břicho nebo na hrudi matky, aniž by je od sebe odděloval oděv. Bez ohledu na způsob porodu se doporučuje okamžitě zahájit kontakt kůže na kůži. Měl by trvat nepřetržitě alespoň 60 minut.

Začátek kojení je obvykle přímým důsledkem nepřerušovaného kontaktu kůže na kůži, protože pro většinu dětí je přirozené, že se pomalu přikrčuje nebo plazí směrem k prsu. Matky mohou být povzbuzovány, aby v případě potřeby pomohly dítěti k prsu. Je třeba pomoci matkám pochopit, jakou podporu dítěti poskytnout a jak zajistit, aby se dítě mohlo přisát a pít z prsu. Všechny matky by měly být podporovány v tom, aby začaly kojit co nejdříve po porodu, a to během první hodiny po porodu (doporučení 2).

Je třeba poznamenat, že mléko, které novorozenec vypije bezprostředně po narození, je mlezivo, které je vysoce výživné a obsahuje důležité protilátky a imunitně aktivní látky. Množství mleziva, které novorozenec vypije během několika prvních krmení, je velmi malé. Časně kojení je důležité pro stimulaci produkce mléka a zajištění dostatečné tvorby mateřského mléka. Množství požitého mléka je poměrně nedůležitým faktorem.

Během bezprostředního kontaktu kůže na kůži a nejméně první dvě hodiny po porodu je třeba dbát na rozumnou ostražitost a bezpečnostní opatření, aby zdravotníci mohli sledovat, vyhodnocovat a řešit případné příznaky nesnáží. Matky, které jsou ospalé nebo pod vlivem anestezie či léků, budou vyžadovat větší obezřetnost a bližší pozorování. Pokud matka není zcela při vědomí a nereaguje, měl by s ní být zdravotnický odborník, dula, přítel nebo člen rodiny, aby se zabránilo náhodnému ublížení dítěti.

Po císařském řezu v lokální (epidurální) anestezii je možné okamžitě začít s kojením a péčí při kontaktu kůže na kůži (64). Po císařském řezu v celkové anestezii lze zahájit kontakt kůže na kůži a kojení, jakmile je matka dostatečně bdělá, aby mohla dítě držet. Matky nebo kojenci, kteří jsou po porodu zdravotně nestabilní, mohou potřebovat odložit začátek kojení. I když však matky nejsou schopny začít kojit během první hodiny po porodu, měly by být podpořeny v tom, aby poskytly kontakt kůže na kůži a kojily, jakmile toho budou schopny (65).

Kontakt kůže na kůži je důležitý zejména pro předčasně narozené děti a děti s nízkou porodní hmotností. Mateřská péče klokánkováním spočívá v časném, nepřetržitém a dlouhotrvajícím kontaktu matky a dítěte kůže na kůži (66) a měla by být používána jako hlavní způsob péče, jakmile je dítě stabilní (definováno jako nepřítomnost těžké apnoe, desaturace a bradykardie), vzhledem k prokázaným výhodám z hlediska přežití, tepelné ochrany a začátku kojení. Kojeneček je obvykle pevně držen nebo podpírán na hrudníku matky, často mezi prsy, přičemž matka je v pololeže a podepřená.

Předčasně narozené děti mohou hledat prs, přisát se k němu a sát již od 27. týdne těhotenství (67).

Pokud je dítě stabilní, bez známek závažné apnoe, desaturace nebo bradykardie, může se u předčasně narozených dětí začít s kojením. Pro tyto děti může být obtížné začít se včas dostatečně kojit, pokud ještě není vytvořen sací reflex a/nebo se matce ještě nezvýšila tvorba mléka. Časně a časté odstříkávání mléka má zásadní význam pro stimulaci tvorby mléka pro předčasně narozené děti, které ještě nejsou schopny sát. Cílem by měl být přechod k výlučnému kojení přímo z prsu, kdykoli je to možné (50), a tím usnadnění dlouhotrvajícího kontaktu kůže na kůži.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % matek donošených dětí uvádí, že jejich děti byly umístěny do kontaktu kůže na kůži s nimi ihned nebo do pěti minut po porodu a že tento kontakt trval jednu hodinu nebo déle, pokud nebyly doloženy ze zdravotního hlediska ospravedlnitelné důvody pro opožděný kontakt.
- Nejméně 80 % matek donošených dětí uvádí, že jejich děti byly přiloženy k prsu do jedné hodiny po porodu, pokud nebyly doloženy ze zdravotního hlediska ospravedlnitelné důvody pro opoždění tohoto kroku.

Krok 5: Podpora při kojení

Krok 5: Podporovat matky při zahájení a udržení kojení a při zvládání běžných obtíží.

Odůvodnění: Kojení je sice přirozené lidské chování, ale většina matek potřebuje praktickou pomoc, aby se naučily kojit. I zkušené matky se při kojení novorozence setkávají s novými problémy. Bylo prokázáno, že poporodní poradenství a podpora při kojení zvyšují míru kojení až do šesti měsíců věku dítěte (68). Včasné úpravy polohy a přísátí mohou zabránit pozdějším problémům s kojením. Časté koučování a podpora pomáhají budovat sebedůvěru matek.

Implementace: Matkám by se mělo dostat praktické podpory, která jim umožní zahájit a udržovat kojení a zvládnout běžné potíže s kojením (doporučení 3). Praktická podpora zahrnuje poskytování emocionální a motivační podpory, předávání informací a výuku konkrétních dovedností, které matkám umožní úspěšně kojit. Pobyt v zařízení poskytujícím péči matkám a novorozencům je jedinečnou příležitostí k diskusi a pomoci matce s otázkami nebo problémy souvisejícími s kojením a k posílení důvěry v její schopnost kojit.

Všem matkám by měla být věnována individuální pozornost, ale prvorodičky a matky, které dosud nekojily, budou potřebovat zvláštní podporu. Nicméně i matky, které porodily další dítě, mohou mít s kojením negativní zkušenosti a potřebují pomoc, aby se vyhnuly předchozím problémům. Matkám rodícím císařským řezem a obézním matkám by měla být poskytnuta další pomoc při nalezení polohy a přísátí.

Praktická pomoc předčasně narozeným, včetně téměř donošených novorozenců, je obzvláště důležitá pro začátek a udržení tvorby mateřského mléka. Mnoho matek předčasně narozených dětí má vlastní zdravotní problémy a potřebuje motivaci a další pomoc s odstříkáváním mléka. Téměř donošení novorozenci jsou obvykle schopni výlučného kojení z prsu, ale jsou více ohroženi žloutenkou, hypoglykemií a problémy s krmením než donošení kojenci, a proto vyžadují zvýšenou ostražitost (69). Matky dvojčat také potřebují další pomoc, zejména při nalezení polohy a přísátí.

Do výuky kojení matek je třeba zahrnout celou řadu témat. Je nezbytné předvést správnou polohu a přísátí, které jsou zásadní pro stimulaci tvorby mateřského mléka a zajištění dostatečného množství mléka pro kojence. Je nutné přímé sledování kojení, aby bylo zajištěno, že se kojeneček dokáže přisát a pít z prsu a získává mléko. Kromě toho je třeba, aby personál zařízení poučil matky o ošetření nalitých prsů, o způsobech, jak zajistit dobrý přísun mléka, o prevenci poškozených a bolestivých bradavek a o hodnocení příjmu mléka.

Matky by měly být poučeny o tom, jak odstříkávat mateřské mléko, aby si zachovaly tvorbu mléka v případě, že budou dočasně odděleny od svých dětí (doporučení 4). Neexistují dostatečné důkazy o tom, že jedna metoda odstříkávání (ruční odstříkávání, ruční nebo elektrická odsávačka) je účinnější než jiná (70), a proto lze v závislosti na situaci matky vyučovat jakoukoli metodu (metody). Výhodou ručního odsávání je však to, že je dostupné bez ohledu na to, kde se matka nachází, a že umožňuje matce snížit tlak v prsu

nebo odsát mléko, i když není k dispozici odsávačka. Odsávačky mohou být potenciálně více mikrobiálně kontaminovány, pokud je nelze snadno vyčistit. Matkám je také třeba pomáhat při sběru a uskladnění odstříkaného mléka.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % kojících matek donošených dětí uvádí, že jim někdo z personálu nabídl pomoc s kojením do šesti hodin po porodu.
- Nejméně 80 % matek předčasně narozených nebo nemocných dětí uvádí, že jim byla poskytnuta pomoc s odstříkáním mléka do 1–2 hodin po porodu.
- Nejméně 80 % kojících matek donošených dětí dokáže předvést, jak při kojení dítě polohovat, aby bylo schopno efektivně sát a přijímat mateřské mléko.
- Nejméně 80 % kojících matek donošených dětí dokáže popsat alespoň dva způsoby, jak napomoci tvorbě mléka pro své děti.
- Nejméně 80 % kojících matek donošených dětí dokáže popsat alespoň dva indikátory toho, zda kojené dítě vypije dostatečné množství mléka.
- Nejméně 80 % matek kojených předčasně narozených a donošených dětí dokáže správně předvést nebo popsat, jak odstříkávat mateřské mléko.

Krok 6: Dokrmování

Krok 6: Nedávat kojeným novorozencům žádnou stravu ani tekutiny kromě mateřského mléka, pokud to není indikováno ze zdravotních důvodů.

Odůvodnění: Podávání jiné stravy nebo tekutin, než je mateřské mléko, novorozencům v prvních dnech po porodu narušuje tvorbu mateřského mléka. Žaludek novorozence je velmi malý a snadno se plní. Novorozenci, kteří jsou krmeni jinou stravou nebo tekutinami, pijí z prsu méně vydatně, a tím nestimulují tvorbu mléka dostatečně účinně, čímž vzniká cyklus nedostatečné tvorby mléka a dokrmování, který vede k selhání kojení. Bylo zjištěno, že u dětí, které jsou dokrmovány před propuštěním ze zařízení, je dvakrát vyšší pravděpodobnost, že přestanou být kojeny v prvních šesti týdnech života (43). Kromě toho mohou jiná strava a tekutiny obsahovat škodlivé bakterie a nést riziko onemocnění. Dokrmování umělým mlékem významně mění střevní mikrobiotu (71).

Implementace: Novorozencům by se neměla podávat žádná jiná strava ani tekutiny než mateřské mléko, pokud to není indikováno ze zdravotních důvodů (doporučení 7). Jen velmi málo stavů dítěte nebo matky vylučuje podávání mateřského mléka a vyžaduje použití náhrad mateřského mléka. Dokument WHO/UNICEF o přípustných zdravotních důvodech pro používání náhrad mateřského mléka [Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes] popisuje stavy, u kterých je kojení kontraindikováno (72). Některé kojené děti navíc budou potřebovat dokrmování. Akademie medicíny kojení vypracovala klinický protokol pro zvládání situací, kdy by bylo nutné dokrmování vlastním mlékem matky (73). U kojenců by měly být vyhodnocovány známky nedostatečného příjmu mléka a v případě potřeby by mělo být dokrmováno, ale rutinní dokrmování je v prvních dnech života nutné jen zřídka. Nedostatek zdrojů, času nebo znalostí personálu není důvodem pro časně podávání doplňkové stravy nebo tekutin.

Matky, které mají v úmyslu dokrmovat (kombinovat kojení a krmení náhradami mateřského mléka), by měly být poučeny o důležitosti výlučného kojení v prvních týdnech života a o tom, jak zvýšit tvorbu mléka a zajistit, aby kojenec byl schopen přisát se a získávat mléko. Dokrmování lze zavést i později, pokud se tak matka rozhodne. Matky, které uvedly, že se rozhodly nekojit, by měly být poučeny o důležitosti kojení. Pokud si však přesto nepřejí kojit, bude nutné krmit náhradami mateřského mléka. Matky, které z nutnosti nebo z vlastního rozhodnutí krmí náhradami mateřského mléka, musejí být poučeny o bezpečné přípravě a uchovávání komerční umělé výživy (56) a o tom, jak adekvátně reagovat na znaky zájmu jejich dítěte o kojení.

Kojenci, kteří nemohou být krmeni vlastním mlékem matky nebo kteří potřebují dokrmovat, zejména kojenci s nízkou porodní hmotností, včetně kojenců s velmi nízkou porodní hmotností (5, 75) a další ohrožení kojenci, by měli být krmeni dárcovským mateřským mlékem. Pokud není dárcovské mateřské mléko k dispozici nebo je nepřijatelné z kulturního hlediska, je nutné použít náhrady mateřského mléka. Ve většině případů je dokrmování dočasné, dokud není novorozenec schopen kojení a/nebo dokud není matka k dispozici a schopná kojit. Matky je také třeba podporovat a povzbuzovat k tomu, aby si odstříkávaly mléko, čímž budou nadále stimulovat tvorbu mateřského mléka, a aby upřednostňovaly používání vlastního mléka, i když je kojení přímo z prsu po určitou dobu náročné.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % kojenců (předčasně narozených i donošených) dostávalo po celou dobu pobytu v zařízení výlučně mateřské mléko (buď od vlastní matky, nebo z banky mateřského mléka).
- Nejméně 80 % matek, které se rozhodly nekojit, uvedlo, že s nimi personál probral různé možnosti krmení a pomohl jim rozhodnout se, co je vhodné v jejich situaci.
- Nejméně 80 % matek, které se rozhodly nekojit, uvedlo, že s nimi personál probral bezpečnou přípravu, podávání a skladování náhrad mateřského mléka.
- Nejméně 80 % donošených dětí, které byly dokrmovány, má ve zdravotnické dokumentaci zdokumentovanou indikaci k dokrmování.
- Nejméně 80 % předčasně narozených dětí a dalších ohrožených novorozenců, kteří nemohou být krmeni mateřským mlékem, je krmeno lidským mlékem od dárkyň.
- Nejméně 80 % matek s dětmi ve speciální péči uvádí, že jim byla nabídnuta pomoc při zahájení laktogeneze II (zahájení vydatné sekrece mléka) a udržení tvorby mateřského mléka do 1–2 hodin po narození dítěte.

Krok 7: Rooming-in

Krok 7: Umožnit matkám a jejich novorozencům, aby zůstali spolu a byli ve společném pokoji (rooming-in) 24 hodin denně.

Odůvodnění: Rooming-in je nezbytný k tomu, aby si matky mohly procvičovat kojení podle potřeb novorozence, protože matky se nemohou naučit rozpoznávat znaky zájmu novorozence o kojení a reagovat na ně, pokud jsou od nich odděleny. Když jsou matka a dítě spolu po celý den i noc, matka se snadno naučí rozpoznávat znaky zájmu o kojení a reagovat na ně. To spolu s blízkou přítomností matky u dítěte usnadní začátek kojení.

Implementace: Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům by měla umožnit matkám a jejich dětem zůstat pohromadě a praktikovat rooming-in po celý den i noc (doporučení 5). Rooming-in spočívá v tom, že matka a dítě zůstávají společně v jedné místnosti bezprostředně po vaginálním porodu nebo po císařském řezu nebo od doby, kdy je matka schopna reagovat na dítě, až do propuštění. To znamená, že matka a dítě jsou spolu po celý den i noc.

Poporodní oddělení musejí být koncipována tak, aby na nich byl dostatek prostoru pro společný pobyt maminek a jejich novorozenců. Personál zařízení musí oddělení pravidelně navštěvovat, aby se ujistil, že jsou děti v bezpečí. Děti by měly být od matky odděleny pouze z opodstatněných zdravotních a bezpečnostních důvodů. Minimalizace narušení kojení během pobytu v zařízení bude vyžadovat takové postupy zdravotní péče, které matce umožní kojit tak často, a tak dlouho, jak to její dítě potřebuje.

Pokud je matka umístěna na specializované oddělení, kde se zotavuje po císařském řezu, mělo by být dítě umístěno na stejném pokoji s ní, v její blízkosti. Matka bude potřebovat praktickou pomoc při nalezení polohy svého dítěte vhodné pro kojení, zejména pokud je dítě v samostatné postýlce nebo posteli.

Rooming-in nemusí být možný v případech, kdy je třeba kojence přemístit za účelem specializované lékařské péče (doporučení 5). Pokud musejí být předčasně narozené nebo nemocné děti v odděleném pokoji, aby bylo možné je odpovídajícím způsobem ošetřovat a pozorovat, je třeba usilovat o to, aby se matka mohla po porodu zotavovat se svým dítětem nebo aby neměla žádná omezení pro návštěvy svého dítěte. Matky by měly mít k dispozici dostatečný prostor pro odstříkávání mléka v blízkosti svých dětí.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % matek donošených dětí uvádí, že jejich děti s nimi zůstaly od narození, aniž by odloučení trvalo déle než jednu hodinu.
- Pozorování na poporodních odděleních a v prostorách pro pozorování dětí potvrzují, že nejméně 80 % matek a dětí je pohromadě, a pokud ne, mají ze zdravotního hlediska opodstatněné důvody, proč jsou od sebe odděleny.
- Nejméně 80 % matek předčasně narozených dětí potvrdilo, že byly povzbuzovány k tomu, aby zůstávaly v blízkosti svých dětí ve dne i v noci.

Krok 8: Krmení podle potřeb novorozence

Krok 8: Podporovat matky, aby rozeznaly projevy zájmu novorozence o krmení a reagovaly na ně.

Odůvodnění: Kojení vyžaduje rozpoznání a reakci na projevy hladu a zájmu o krmení u kojence a jeho připravenost ke kojení, což je součástí pečujícího vztahu mezi matkou a kojencem. Při kojení podle potřeb novorozence není omezována četnost ani délka kojení a matkám se doporučuje kojit, kdykoli má dítě hlad nebo tak často, jak si dítě přeje. Plánované kojení, které předepisuje předem stanovenou a obvykle časově omezenou frekvenci a rozvrh kojení, se nedoporučuje. Je důležité, aby matky věděly, že pláč je pozdní signál a že je lepší dítě nakrmit dříve, protože nalezení optimální polohy a přísátí je obtížnější, když je dítě rozrušené.

Implementace: Matky by měly být podporovány v tom, aby v rámci péče o výživu praktikovaly kojení podle potřeb novorozence (doporučení 6). Bez ohledu na to, zda matky kojí či nikoli, by měly být podporovány v tom, aby rozpoznaly a reagovaly na projevy zájmu svých dětí o krmení, blízkost a útěchu, a měly by mít možnost na tyto projevy reagovat během pobytu v zařízení poskytujícím péči matkám a novorozencům různými způsoby (doporučení 8). Podpora matek v tom, aby různými způsoby reagovaly na chování, jímž novorozenci projevují zájem o krmení, utěšování nebo blízkost, jim umožňuje budovat pečující a láskyplný vztah s kojencem a zvyšuje jejich důvěru v sebe sama, v kojení a v růst a vývoj svých dětí.

Pokud matka a dítě nejsou v jedné místnosti ze zdravotních důvodů (po císařském řezu, u předčasně narozeného nebo nemocného dítěte), musí personál zařízení podporovat matku v co nejčastějších návštěvách dítěte, aby mohla rozpoznat projevy zájmu o krmení. Když si personál těchto projevů zájmu o krmení všimne, měl by matku a dítě dovést k sobě.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % kojících matek donošených dětí dokáže popsat alespoň dva projevy zájmu o krmení.
- Nejméně 80 % kojících matek donošených dětí uvádí, že jim bylo doporučeno, aby své dítě kojily tak často, a tak dlouho, jak má dítě zájem.

Krok 9: Lahve ke krmení, savičky a dudlíky

Krok 9: Poskytovat matkám poradenství ohledně používání lahví ke krmení, saviček a dudlíků a rizik s tím spojených.

Odůvodnění: Správné poučení a poradenství matkám a dalším členům rodiny umožňuje, aby se informovaně rozhodli o používání nebo nepoužívání dudlíků a/nebo lahví ke krmení a saviček až do

úspěšného začátku kojení. Ačkoli směrnice WHO (3) nevyžadují, aby se u donošených kojenců absolutně nepoužívaly lahve ke krmení, dudlíky a savičky, existuje řada důvodů pro opatrnost při jejich používání, včetně hygieny, formování ústní dutiny a rozpoznávání projevů zájmu o krmení.

Implementace: Pokud je u donošených dětí ze zdravotních důvodů indikováno odstříkané mléko nebo jiná strava, lze během jejich pobytu v zařízení používat metody krmení, jako je krmení kalíškem, lžičkou nebo z lahve ke krmení se savičkou (doporučení 10). Je však důležité, aby se personál nespoléhal na savičky jako na snadnou odpověď na potíže s kojením, místo aby matkám poradil a umožnil jim, aby děti byly správně přisáty a efektivně pily.

Je důležité, aby personál zařízení zajistil odpovídající hygienu při čištění tohoto náčiní, protože může být živnou půdou pro bakterie. Personál zařízení by měl matky a rodinné příslušníky informovat také o hygienických rizicích spojených s nedostatečným čištěním náčiní ke krmení, aby se mohli informovaně rozhodnout pro způsob krmení.

Fyziologie kojení z prsu se liší od fyziologie sání z lahve ke krmení a savičky (76). Je možné, že používání lahve ke krmení a savičky by mohlo vést k potížím s kojením, zejména pokud by se používaly delší dobu. Jediná studie na toto téma však neprokázala specifický přenos účinku ze sání z lahve se savičkou na sání z prsu (77).

Dudlíky se již dlouho používají ke zklidnění rozrušeného dítěte. V některých případech slouží k terapeutickým účelům, například ke snížení bolesti při zákrocích, kdy kojení nebo kontakt kůže na kůži nejsou možné. Pokud však dudlíky nahrazují sání při kojení a snižují tak počet fyziologických stimulací prsu matky dítětem, může to vést ke snížení tvorby mateřského mléka. Používání saviček nebo dudlíků může narušit schopnost matky rozpoznat projevy zájmu kojence o krmení. Pokud matka kvůli použití dudlíku nemůže pozorovat mlaskání rtů kojence nebo jeho hledání prsu, může kojení odkládat, dokud dítě nepláče a není rozrušené.

U předčasně narozených dětí je prokázáno, že používání lahví se savičkami brání učení se sát z prsu. Pokud je u předčasně narozených dětí ze zdravotních důvodů indikováno podávání odstříkaného mateřského mléka nebo jiné stravy, je vhodnější používat při krmení metody, jako je krmení kalíškem nebo lžičkou, spíše než lahví ke krmení se savičkou (doporučení 11). Na druhou stranu, pro předčasně narozené děti, které nejsou schopny kojení, může být do doby, než bude kojení zavedeno, prospěšné i sání bez pití a s tím spojená orální stimulace (doporučení 9). Sání bez pití nebo orální stimulace zahrnuje použití dudlíků, prstu v rukavici nebo prsu na sucho.

V žádné části zařízení poskytujících služby péče matkám a novorozencům by neměla být umístěna reklama na lahve ke krmení nebo savičky, ani by nemělo docházet k jejich propagaci ze strany personálu. Stejně jako v případě náhrad mateřského mléka spadají tyto výrobky do oblasti působnosti Kodexu (25–27).

Globální standardy:

- Nejméně 80 % kojících matek předčasně narozených a donošených dětí uvádí, že byly poučeny o rizicích používání lahví, saviček a dudlíků.

Krok 10: Péče při propuštění

Krok 10: Koordinovat propuštění z nemocnice tak, aby rodiče s dětmi měli včasný přístup k průběžné podpoře a péči.

Odůvodnění: Matky potřebují trvalou podporu, aby mohly pokračovat v kojení. Po dobu, co je žena s novorozencem hospitalizovaná ve zdravotnickém zařízení, by si měla osvojit základní dovednosti ke kojení, ale je velmi pravděpodobné, že k ustálení tvorby mléka dojde až po propuštění do domácího prostředí. Podpora kojení je v následujících dnech a týdnech po propuštění obzvláště důležitá, aby bylo možné identifikovat a řešit problémy s kojením, které se objeví, v počátcích. Matka se setká s několika různými fázemi kojení, růstu dítěte a své vlastní situace (např. návrat do práce nebo do školy), v nichž bude muset

uplatnit své dovednosti jiným způsobem a bude potřebovat další pomoc. Včasná podpora po propuštění má zásadní význam pro udržení míry kojení. Porodnická zařízení musejí znát různé zdroje, které existují v dané komunitě, a matky na ně odkazovat.

Implementace: V rámci ochrany, propagace a podpory kojení by mělo být propuštění ze zařízení poskytujících péči o matku a novorozence plánováno a koordinováno tak, aby rodiče a jejich děti měli průběžně přístup k podpoře a aby se jim dostalo odpovídající péče (doporučení 15). Každá matka by měla při propuštění získat spojení na zdroje podpory kojení v komunitě. Je třeba, aby zařízení poskytovala vhodná doporučení a zajistila, že matky a kojenci budou 2–4 dny po porodu a opět ve druhém týdnu navštíveny zdravotnickým pracovníkem, aby posoudil situaci ohledně krmení.

Tištěné a/nebo online informace by mohly být užitečné pro poskytnutí kontaktů pro podporu v případě dotazů, pochybností nebo obtíží, ale neměly by nahradit aktivní následnou péči kvalifikovaného odborníka.

Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům musejí identifikovat vhodné komunitní zdroje pro průběžnou a důslednou podporu kojení, které jsou kulturně a sociálně citlivé k jejich potřebám. Zařízení mají povinnost spolupracovat s okolní komunitou na posílení těchto zdrojů. Mezi komunitní zdroje patří centra primární zdravotní péče, komunitní zdravotníci, pracovníci domácí péče, poradny pro kojení, zdravotní sestry/porodní asistentky, laktční poradkyně, peer konzultantky z řad matek-vrstevnic, podpůrné skupiny pro matky nebo telefonní linky („horké linky“). Zařízení by mělo udržovat co nejširší kontakt se skupinami a jednotlivci, kteří poskytují podporu, a pokud je to možné, zvát je do zařízení.

Následná péče je obzvláště důležitá u předčasně narozených dětí a dětí s nízkou porodní hmotností. V těchto případech by absence jasného plánu následných opatření mohla vést k závažným zdravotním rizikům. Je zapotřebí nepřerušované podpory kvalifikovaných odborníků.

Globální standardy:

- Nejméně 80 % matek předčasně narozených a donošených dětí uvedlo, že je pracovník informoval o tom, kde v jejich okolí mohou získat podporu při kojení.
- Zařízení může prokázat, že koordinuje svou činnost s komunitními službami, které poskytují podporu při kojení či krmení kojence, včetně klinického vedení a podpory matky matce.

2.3 Koordinace

Každé zařízení musí mít vytvořenou strukturu, která bude koordinovat ochranu, propagaci a podporu kojení. Doporučuje se, aby tato oblast práce byla začleněna do působnosti stávajícího výboru nebo pracovní skupiny složené z osob s rozhodovací pravomocí v oblasti zdraví matek a novorozenců, zajištění kvality a řízení. Pokud neexistuje žádná stávající struktura, kterou by bylo možné k tomuto účelu využít, bylo by vhodné zřídit samostatný orgán. Tento orgán bude muset být silně propojen s oblastí zdravotnictví týkající se matek a novorozenců, se strukturami zajišťování kvality a řízení a s rozhodovacími orgány.

2.4 Proces zvyšování kvality

Proces změny zdravotnických postupů vyžaduje čas. Existují dobře zdokumentované metody pro zavádění změn a budování systémů pro udržení změn po dosažení určitého cíle. Zvyšování kvality je manažerský přístup, který mohou zdravotničtí odborníci využít k reorganizaci péče, aby zajistili, že se pacientům dostane kvalitní zdravotní péče (78). Zvyšování kvality lze definovat jako „systematické a kontinuální činnosti, které vedou k měřitelnému zlepšení zdravotnických služeb a zdravotního stavu cílových skupin pacientů“ (79). Proces zvyšování kvality byl podrobně zkoumán a existují dobře propracované modely zvyšování kvality ve zdravotnictví (mimo jiné od Regionálního úřadu WHO pro jihovýchodní Asii (78, 80), Institutu pro zlepšování zdravotní péče (IHI) (81, 82) a Ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb USA (79)).

Procesy zvyšování kvality jsou cyklické a sestávají z následujících kroků: (i) plánování změny kvality péče; (ii) implementace změn; (iii) měření změn v postupech a/nebo výsledcích péče; a (iv) analýza změněné situace a přijetí dalších opatření k dalšímu zlepšení nebo zachování postupů. V modelu IHI se tyto kroky nazývají plánování, zavádění, studium a konání (plan, do, study, and act – PDSA) a jsou znázorněny na obr. 3.

V kontextu BFHI lze cyklus PDSA použít ke zlepšení provádění každého z Deseti kroků. Použití metodiky zvyšování kvality je důležité zejména u kroků, které jsou pro zařízení obzvláště obtížné a u nichž nebylo dosaženo globálních standardů. Jakmile je dosaženo požadované úrovně, může se implementační tým zaměřit na sledování výkonnosti sentinelových indikátorů. Přístup ke zvyšování kvality je pro BFHI velmi důležitý a země se důrazně vyzývají, aby tento přístup uplatňovaly. Pomáhá zlepšit udržitelnost, protože standardní procesy vyžadují méně externích zdrojů nebo dalších zaměstnanců. Aspekty související s BFHI lze kombinovat s dalšími iniciativami na zvýšení kvality, které již v zařízení probíhají v oblasti zdraví novorozenců nebo zdraví matek a dětí.

Bez ohledu na to, jaký model zvyšování kvality se používá, jsou některé klíčové zásady zvyšování kvality zásadní:

triáda plánování, zlepšování a kontroly je ústředním prvkem přístupu: realizační týmy potřebují návod, jak postupovat v těchto krocích;

aktivní účast hlavních poskytovatelů služeb nebo osob v první linii implementace: tým zaměstnanců zařízení by měl přezkoumat své vlastní postupy a systémy a rozhodnout o procesech nebo činnostech, které je třeba změnit; každodenní poskytovatelé služeb, jako jsou zdravotní sestry a případně jeden nebo více lékařů, nejlépe vědí, co funguje a s jakými překážkami se potýkají;

zapojení vedoucích pracovníků: správci zařízení, vedoucí zdravotnických oddělení a myšlenkové autority musejí být přesvědčeni o důležitosti ochrany, propagace a podpory kojení a dosažení vysoké míry časného začátku kojení a výlučného kojení; musejí povzbuzovat pracovníky v první linii implementace, aby v případě potřeby upravili své postupy a napomáhali nezbytným změnám a aktivně je podporovali; stěžejní roli při zavádění klíčových řídicích postupů hrají také vedoucí pracovníci zařízení;

měření a analýza pokroku v čase: využití údajů k určení, kde se vyskytují problémy, umožňuje cílenější přístup k jejich řešení (viz seznam možných indikátorů v části webová příloha 1, tabulka 1); tým musí rozhodnout o klíčových indikátorech, které se budou měřit vedle dvou sentinelových indikátorů;

externí hodnocení nebo posouzení: systémy zajišťování kvality prováděné národními nebo decentralizovanými orgány s dohodnutou pravidelností mohou být relevantní pro ověření výsledků a udržení dohodnutých standardů; indikátory v části webová příloha 1, tabulky 1 a 2 lze použít pro externí hodnocení.

Obr. 3 Vizualizace čtyř kroků zvyšování kvality



3. Implementace a udržitelnost na úrovni jednotlivých zemí

Přestože změny v klinické péči a udržování prostředí podporujícího kojení jsou nutně v kompetenci každého zařízení poskytujícího péči matkám a novorozencům, je nutné národní vedení, aby se všem matkám a novorozencům dostalo včasné a důkazy podložené péče a služeb odpovídajících jejich potřebám. Proměna kvality služeb na ochranu, propagaci a podporu kojení ve všech zařízeních bude vyžadovat přístup vycházející ze zdravotnických systémů. WHO vypracovala Rámec zdravotnických systémů, který popisuje šest základních složek neboli „stavebních kamenů“: poskytování služeb, zdravotnický personál, informační systémy ve zdravotnictví, přístup k základním lékům, financování a vedení/správa (83). Pro implementaci BFHI je důležitá každá z těchto oblastí.

Primárními cíli národního programu BFHI by mělo být rozšíření programu na 100 % a udržování doporučených postupů v průběhu času. Země jsou vyzvány, aby plnily devět klíčových povinností národního programu BFHI (viz stručný přehled 3). Ty jsou znázorněny na obr. 4.

Vedení a koordinace na národní úrovni jsou rozhodující pro dosažení vysokého dosahu i udržitelnosti. Všech devět povinností je vzájemně propojeno, avšak pro dosažení všeobecného pokrytí je obzvláště důležitá integrace do národních strategií a norem, zlepšení odborné přípravy všech zdravotnických pracovníků, externí hodnotící procesy, podněcování změn a poskytování nezbytné technické pomoci v procesu změn. Pro dlouhodobou udržitelnost je obzvláště důležité monitorování na národní úrovni, průběžná komunikace a propagace a bezpečné financování. Tyto povinnosti jsou podrobněji vysvětleny v této kapitole.

Stručný přehled 3. Devět klíčových povinností národního programu BFHI

1. Zřídit nebo posílit národní koordinační orgán pro kojení.
2. Začlenit Deset kroků k úspěšnému kojení do příslušných národních strategických dokumentů a profesních norem péče.
3. Zajistit kompetenci odborných a vedoucích pracovníků ve zdravotnictví při implementaci Deseti kroků.
4. Využívat externí systémy posuzování k pravidelnému vyhodnocování dodržování Deseti kroků.
5. Vypracovat a zavést pobídky pro dodržování Deseti kroků a/nebo sankce za jejich nedodržování.
6. Poskytovat technickou pomoc zařízením, která provádějí změny s cílem přijmout Deset kroků.
7. Monitorovat implementaci Iniciativy.
8. Prosazovat BFHI před relevantními cílovými skupinami.
9. Určit a přidělit dostatečné zdroje pro zajištění průběžného financování Iniciativy.

Obr. 4 Klíčové povinnosti národního programu BFHI



3.1 Vedení a koordinace na národní úrovni

Zřídit nebo posílit národní koordinační orgán pro kojení.

Každá země by měla mít aktivní národní koordinační orgán, který je odpovědný za kojení obecně a za ochranu, propagaci a podporu kojení, konkrétně v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Národní koordinační orgán pro kojení by měl být víceodvětvový a měl by začleňovat zástupce státní správy (včetně zdravotnictví a výživy, financování a sociálních služeb), akademické obce, profesních organizací, nevládních a komunitních organizací. Součástí koordinačního orgánu pro kojení musejí být organizace odpovědné za péči o matku a novorozence v rámci státní správy i mimo ni. Některé země považují za užitečné zapojit zástupce spotřebitelských organizací nebo skupin matek, aby se zajistilo, že budou zohledněny názory cílových skupin.

Členy koordinačního orgánu nemohou být subjekty, které jsou ve střetu zájmů, zejména společnosti, které vyrábějí a/nebo prodávají výživu pro kojence a malé děti nebo lahve ke krmení a savičky. Totéž platí pro zdravotnické odborníky, výzkumné pracovníky a další osoby, které obdržely finanční prostředky od výrobců nebo distributorů výrobků spadajících do působnosti Kodexu (25–27) nebo od jejich mateřských či dceřiných společností. Střet zájmů je soubor okolností, kdy zájmy BFHI mohou být nepřiměřeně ovlivněny protichůdným zájmem partnera způsobem, který ovlivňuje nebo může být přiměřeně vnímán jako ovlivňující integritu, nezávislost, důvěryhodnost a důvěru veřejnosti v BFHI v dané zemi a její schopnost chránit, propagovat a podporovat kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Existuje riziko, že výše zmíněný tlak ze strany průmyslu náhrad mateřského mléka bude i nadále přítomen a bude se snažit podkopat úsilí BFHI na různých úrovních.

Nejpraktičtější je, když lze funkce koordinačního orgánu přidat k funkcím stávajícího ministerstva nebo existující instituce či nevládní organizace. To pomáhá zabránit tomu, aby se z BFHI stala vertikální

intervence jako samostatná iniciativa nebo izolovaná aktivita, která není propojena s dalšími intervencemi v oblasti zdraví matek a dětí a výživy. Doporučuje se také, aby byl koordinační orgán pro kojení začleněn do národní strategie, pod kterou spadá BFHI.

V zemích, kde je zdravotnický systém řízen decentralizovaně, mohou být členové z decentralizovaných úrovní začleněni do jednoho národního orgánu nebo mohou být zřízeny koordinační orgány na úrovni územních samosprávných celků. Je-li to možné, mohou být WHO a UNICEF zahrnuty do koordinačního orgánu, aby poskytovaly technickou podporu a poradenství.

Doporučuje se, aby byla jasně určena jedna styčná osoba k ochraně, propagaci a podpoře kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům. Může to být buď státní zaměstnanec, pro kterého je to součástí jeho povinností, nebo, pokud je to nutné a proveditelné, osoba jmenovaná pouze pro tento úkol. V některých zemích může být touto klíčovou osobou ředitel nevládní organizace určené jako koordinační organizace pro BFHI.

Koordinační orgán musí mít mandát a strategický plán s rozsahem nejméně na pět let a ročními pracovními plány. Národní koordinační orgán pro kojení má celkovou odpovědnost za plánování a koordinaci všech klíčových funkcí národního programu BFHI, jak je popsáno ve stručném přehledu 3, a za zajištění jejich souladu s národním kontextem.

3.2 Strategie a profesní standardy péče

Začlenit Deset kroků k úspěšnému kojení do příslušných národních strategických dokumentů a profesních norem péče.

Země jsou vyzývány, aby prozkoumaly všechny možné způsoby, jak zavést standardy vstřícné k dětem – „Baby-friendly“, aby všechny páry matka a kojenec mohly využívat včasnou péči vycházející ze získaných poznatků a služby odpovídající jejich potřebám. Nejsilnějším podnětem pro zařízení poskytující péči matkám a novorozencům je často vládní pověření. Vlády mohou prostřednictvím právních předpisů, nařízení, akreditací nebo certifikací vyžadovat, aby zdravotnická zařízení dodržovala konkrétní strategie, zásady a postupy. Právní předpisy mohou například vyžadovat, aby všechna zařízení měla zavedenu strategii výživy novorozenců a zakázat jim přijímat dary ve formě náhrad mateřského mléka. Akreditace zařízení může být podmíněna dodržováním celého souboru klinických standardů a specifických postupů řízení.

Ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům musí být začleněna do všech příslušných strategických a plánovacích dokumentů, například do národní strategie a politiky pro výživu a akčních plánů a do akčních plánů pro zdraví matek, novorozenců a dětí nebo do akreditací nemocnic.

V širších rozvojových plánech, jako je národní strategie pro snížení počtu úmrtí novorozenců nebo národní rozvojová strategie, by měla být ochrana, propagace a podpora kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům výslovně začleněna. Toto začlenění usnadní integraci poskytování služeb a zahrnutí do (národních) rozpočtů. Je rovněž důležité zajistit, aby byly vypracovány další podpůrné politické dokumenty, včetně dokumentů týkajících se implementace Kodexu (25–27).

Klíčové klinické postupy a globální standardy revidovaných Deseti kroků by měly být zaneseny do standardů péče profesních subjektů. Jako základ péče o všechny novorozence by měly být stanoveny minimálně standardy pro ošetřovatelství, porodní asistenci, rodinné lékařství, porodnictví, pediatrii, neonatologii, dietetiku a anesteziologii. Do těchto norem je třeba začlenit také národní protokoly pro výživu kojenců matek žijících s HIV a protokoly pro používání mateřského mléka od dárkyň. Kromě toho je třeba, aby se postupy řízení podle revidovaných Deseti kroků promítly do příslušných metodických pokynů pro klinické pracovníky a aby země vyvinuly nástroje pro měření, zda jsou standardy péče dodržovány (viz podkapitola 3.7).

Příslušným metodickým pokynem pro začlenění klíčových klinických postupů do standardů péče jsou Standardy pro zvyšování kvality péče o matku a novorozence ve zdravotnických zařízeních [*Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*] (4). Tento dokument poskytuje jasné standardy a obsahuje většinu z Deseti kroků. Několik zemí již pracuje na zavedení těchto standardů v rámci Iniciativy pro kvalitu péče [*Quality of Care initiative*] (84).

Ve strategiích a standardech péče by mělo být jasné stanovení, že je třeba zachovat a případně posílit ochranu, propagaci a podporu kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům při mimořádných humanitárních událostech.

3.3 Budování kompetence zdravotnických odborníků

Zajistit kompetenci odborných a vedoucích pracovníků ve zdravotnictví při implementaci Deseti kroků.

Na všech úrovních systému zdravotní péče musejí mít odborní pracovníci ve zdravotnictví odpovídající znalosti, schopnosti a dovednosti, aby mohli v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům uplatňovat celosvětově doporučené postupy a praktiky pro ochranu, propagaci a podporu kojení. Jednotlivá zařízení jsou odpovědná za posuzování kompetencí a zajištění toho, aby všichni pracovníci v zařízení dosáhli odpovídajících znalostí a dovedností, pokud se zjistí, že nedosahují požadované úrovně.

Pro výuku a případné přizpůsobení nebo vypracování nových materiálů a učebních plánů bude třeba jmenovat lektory s odpovídající kvalifikací, vzděláním a zkušenostmi. Jde o zásadní investici pro dlouhodobě udržitelné posilování kapacit.

Předběžná příprava všech profesí, které budou spolupracovat s těhotnými ženami, u porodů a u péče o novorozence, musí věnovat dostatečný čas a pozornost kojení, včetně Deseti kroků, a měla by zahrnovat teoretické i praktické lekce. Vzhledem k tomu, že v současné době je přípravné vzdělávání v oblasti kojení v mnoha zemích nedostatečné, bude možná nutné vypracovat nové národní vzdělávací programy založené na kompetenci a zajistit jejich kvalitu. Užitečným základem je materiál WHO Vzorová kapitola do učebnic pro studenty medicíny a příbuzné odborné pracovníky ve zdravotnictví [*Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*] (85). Výukové programy na téma kojení musejí zahrnovat klinické a administrativní postupy týkající se ochrany, propagace a podpory kojení, jakož i povinnosti zdravotnických pracovníků podle Kodexu (25–27). Je zřejmé, že aktualizace výukových programů, zejména v případě národních vzdělávacích programů, je často zdlouhavý proces, do něhož je zapojeno mnoho různých zúčastněných stran, které obvykle nejsou zapojeny do činností souvisejících s kojením (např. ministerstvo školství a další státní instituce, případně jednotlivé instituce pro vyšší vzdělávání a organizace, které udělují profesní osvědčení odborné způsobilosti).

Přestože je přípravné vzdělávání důležitou součástí dlouhodobé změny v praxi péče o mateřství, je potřeba, aby byli v oblasti včasné a vhodné péče vzdělávání také všichni zdravotníci, kteří již v praxi pracují s těhotnými ženami, matkami a kojenci. Důležité bude průběžné vzdělávání a odborná příprava na pracovišti, a to až do doby, než dostuduje několik skupin nově vyškolených odborníků ve všech dotčených profesích a technických oblastech. Pokud existují národní pokyny nebo programy pro vzdělávání zdravotnických pracovníků, je třeba do nich začlenit klinické postupy a Kodex (25–27). Díky tomu také nemusí každé jednotlivé zařízení vyvíjet vlastní materiály nebo postupy. Mnoho zemí upravilo do formy dvacetihodinového kurzu prováděcí směrnici pro BFHI z roku 2009 (86). WHO a UNICEF v současné době revidují tento kurz na základě aktualizovaných Deseti kroků a globálních standardů uvedených v tomto dokumentu a vytvářejí také Integrovaný poradenský a výcvikový balíček pro oblast výživy kojenců a malých dětí [*Infant and Young Child Feeding (IYCF)*].

Školení na pracovišti je třeba vnímat jako krátkodobé řešení problému, nikoli jako trvalou metodu rozvoje kapacit. Pravidelná udržovací školení na pracovišti a pokračující vzdělávání jsou potřebná a lze je organizovat modulárně, aby příliš nenarušovaly poskytování služeb péče. Školení musí být založeno na

kompetenci a zaměřeno na praktické dovednosti, nikoli pouze na teoretické znalosti.

Pedagogičtí pracovníci všech příslušných škol a univerzit, stejně jako lektori zapojení do dalšího vzdělávání a školení na pracovišti, budou muset být proškoleni v nových materiálech. Jde však o zásadní investici pro dlouhodobě udržitelné posilování kapacit a důležitý úkol národního koordinačního orgánu pro kojení. Nákladově efektivní strategií pro šíření podrobných informací o Deseti krocích je pravděpodobně školení školitelů, jehož cílem je vytvořit široký kádr odborníků na BFHI v celé zemi.

Mnoho vzdělávacích materiálů potřebných pro správnou péči o matku a novorozence lze vyučovat prostřednictvím elektronických nebo online kurzů. Mohlo by jít o účinný a levný způsob vzdělávání, který by umožnil zdravotníkům učit se vlastním tempem a opakovat si informace, když si budou potřebovat později osvěžit své znalosti. V některých zemích již existují stávající zdroje, které by mohly být sdíleny. Zdravotníkům je třeba poskytnout studijní čas na samostudium.

Výuka některých dovedností však vyžaduje osobní kontakt. Někteří zaměstnanci budou mít také prospěch z osobního a skupinového vzdělávání, které jim pomůže vyhodnotit těžkou osobní zkušenost s kojením nebo protože pracovali v situacích, kdy nebyli schopni poskytnout účinnou péči založenou na důkazech. Kromě toho bude posuzování dovedností vyžadovat přímé pozorování. V důsledku toho bude i nadále zapotřebí individuální výuka a hodnocení založené na kompetenci.

Úloha vedoucích pracovníků zařízení při ochraně, propagaci a podpoře kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům je zásadní. Pro posílení odpovědnosti mohou být užitečné smlouvy založené na výkonnosti s cíli zaměřenými na míru kojení obecně nebo konkrétně na implementaci BFHI. Vedoucí pracovníci zařízení musejí mít dostatečné znalosti o kojení a BFHI, aby mohli vést a dohlížet na implementaci BFHI na úrovni zařízení.

Proaktivní vzdělávání správců a lékařských ředitelů zařízení ve spojení s případnou technickou pomocí může být v mnoha případech dostatečným impulzem ke změně praxe. Zavedení většiny „Baby-friendly“ standardů vstřícných k dětem nestojí více peněz (některé z nich mohou zařízením dokonce ušetřit peníze, někdy i po počáteční investici do přijetí nového postupu), ale vyžaduje vědomé rozhodnutí o změně. Pokud ředitelé pochopí důvody doporučených standardů, mohou dostat odpovědi na své otázky a získat pomoc při řešení výzev; může to být dostatečným podnětem k provedení změny.

3.4 Externí posuzování

Využívat externí systémy posuzování k pravidelnému vyhodnocování dodržování Deseti kroků.

Všechna zařízení poskytující péči matkám a novorozencům jsou odpovědná za poskytování včasné a vhodné péče matkám a novorozencům v souladu se směrnicemi „Baby-friendly“ (32) a národními standardy kvality vycházejícími ze získaných poznatků. Jak bylo popsáno výše, k zajištění dodržování standardů kvality musí zařízení vyvinout interní monitorovací mechanismy. Pro zajištění kvality je však také velmi důležité externí posuzování. Hlavním účelem externího posouzení by mělo být zprostředkování technické pomoci a náprava nevhodných postupů. Technickou pomoc nemusí nutně poskytovat samotní externí posuzovatelé. V některých zemích podávají externí posuzovatelé zprávy zvláštní skupině, která pak poskytuje zpětnou vazbu zařízení.

Monitorující osoby mimo zařízení jsou schopné ověřit výsledky a odhalit nedostatky v péči a nedodržování standardů mnohem snadněji než monitorující zaměstnanci v daném zařízení. Země proto musí udržovat průběžný proces externího posuzování (včetně hodnocení a opětovných hodnocení), aby ověřily dodržování Deseti kroků a poskytly každému zařízení zpětnou vazbu s ohledem na oblasti, které je třeba zlepšit.

Doporučuje se, aby byl proces externího posouzení integrován s dalšími procesy zajišťování kvality, jako je certifikace/akreditace zařízení nebo hodnocení pro systémy zdravotního pojištění. V některých certifikačních systémech znamená udělení certifikátu „Nemocnice vstřícná k dětem“, že určité aspekty

zajištění kvality jsou považovány za splněné, čímž se snižují náklady na certifikaci. Začlenění klinických standardů BFHI do postupů certifikace zařízení by pomohlo jejich institucionalizaci a snížilo by náklady na celý program. Je třeba si uvědomit, že hodnocení Deseti kroků zahrnuje klinické i administrativní hodnocení a že k začlenění hodnocení BFHI do stávajících hodnocení může být zapotřebí dalšího školení.

Externí posouzení by mělo přezkoumat dokumentaci ke všem klíčovým indikátorům klinické praxe navrženým v Příloze 1, tabulce 1, včetně sentinelových indikátorů. Pokud zařízení pravidelně shromažďují údaje, může je externí tým posuzovatelů přezkoumat, aby posoudil důsledné dodržování klinických kroků. Externí posouzení by mělo zahrnovat určitý prvek validace údajů z monitorování zařízení prostřednictvím rozhovorů s personálem, těhotnými ženami a matkami, a to alespoň po určitou dobu. Pro rozhodnutí, zda zařízení „projde“ v každém kroku, by se mohla použít určitá prahová hodnota (např. cílová hodnota 80 %).

Kromě toho by měly být pomocí standardních indikátorů hodnoceny indikátory dodržování klíčových řídicích postupů. V Příloze 1 v tabulce 2 je uveden navrhovaný seznam indikátorů pro tyto řídicí postupy a způsoby jejich ověřování. Metody ověřování zahrnují pozorování, rozhovory s klinickým personálem a přezkum záznamů. Některé z indikátorů, jako například to, že zařízení má písemnou strategii pro kojení a že je shrnutí této strategie viditelné pro těhotné ženy, matky a jejich rodiny, jsou snadno ověřitelné.

Externí posuzování by mělo probíhat pravidelně; mělo by se uskutečňovat nejméně jednou za pět let, ale raději častěji. Hloubka a četnost externího posuzování závisí na kvalitě a četnosti interního monitorování a na tom, které informace jsou hlášeny na vyšší úrovni.

Pro začlenění do jiných systémů certifikace/zajištění kvality bude možná nutné vybrat menší počet indikátorů. Do těchto systémů by měly být zahrnuty přinejmenším sentinelové indikátory týkající se časného začátku kojení a míry výlučného kojení po celou dobu pobytu v nemocnici, protože kojení by mělo být normou ve veškeré péči o matku a novorozence.

Pokud integrace externího posuzování do jiných systémů hodnocení kvality nestačí k zajištění souladu se standardy kojení, lze místo integrovaného hodnocení nebo jako doplněk k němu vypracovat vertikální samostatné hodnocení. Argumentem ve prospěch vertikálního hodnocení je, že by mohlo zahrnovat konkrétnější indikátory týkající se kojení. Vertikální hodnocení však může být nákladnější a dlouhodobě obtížněji udržitelné.

Jako alternativu lze použít namátkové kontroly. V případě dostatečných zdrojů by systém externího hodnocení mohl řídit odbor ministerstva zdravotnictví. V určitých podmínkách by mohlo být také možné začlenit jej do stávajících profesních organizací nebo dobře fungujících nevládních organizací. V druhém případě je důležité, aby na implementaci účinného programu ministerstvo zdravotnictví a nevládní organizace spolupracovaly.

3.5 Pobídky a sankce

Vypracovat a zavést pobídky pro dodržování Deseti kroků a/nebo sankce za jejich nedodržování.

Zdravotnická zařízení se rozhodují o svých strategiích a postupech na základě řady hledisek, jako jsou vědecké poznatky, národní nebo mezinárodní doporučení, předpisy, náklady, počet případů, spokojenost klientů a vnímání veřejnosti. V rámci národních programů je třeba zvážit, jaké pobídky nebo sankce jsou nejvhodnější k tomu, aby zařízení poskytující péči matkám a novorozencům udělala nezbytné změny k plné ochraně, propagaci a podpoře kojení. Podněty ke změnám ve veřejných a soukromých zařízeních se mohou lišit. V tabulce 1 je uvedeno několik možností, jak motivovat k dodržování standardů BFHI, které by země měly přijmout jako národní standardy, a u každé z nich jsou uvedeny klíčové výhody a úhrada.

Silným podnětem by bylo finančně vázat platby pro zařízení poskytující péči matkám a novorozencům na proces externího hodnocení v těch zemích, kde je praktikováno. Například zařízení, u nichž bylo zjištěno více nedostatků v postupech, mohou obdržet nižší sazbu úhrady za porod ve srovnání se zařízeními, která plně dodržují všechny standardy. Tento model „financování založené na výkonnosti“ nebo „platby za

výkonnost“ se stále častěji používá k motivaci ke kvalitě a efektivitě zdravotní péče (87). Přezkum dvanácti případových studií plateb za výkonnost z deseti zemí dospěl k závěru, že platby za výkonnost: „nevedly k ‘průlomovému’ zlepšení výkonnosti v žádném z programů. Většina programů však přispěla k většímu zaměření na cíle zdravotnického systému, lepšímu vytváření a využívání informací, větší odpovědnosti a v některých případech k produktivnějšímu dialogu mezi kupujícími a poskytovateli zdravotní péče. To lze také popsat jako efektivnější řízení zdravotnictví a strategičtější nákup zdraví“ (88).

Tabulka 1. Možnosti pro pobídky k dodržování standardů iniciativy nemocnic vstřícných k dětem

Popis	Přínosy	Výzvy	Typ země, pro kterou by tato možnost byla nejvhodnější
Financování založené na výkonnosti	Splnění standardů by bylo pro zařízení finančně výhodné	Dodržování předpisů musí být monitorováno externě Nákladné, pokud schéma obnáší připlácení za splnění standardů	Země, které již uplatňují financování založené na výkonnosti u jiných relevantních zásahů
Začlenění do smluv o výkonu	Jasná odpovědnost	Vyžaduje indikátory, které pomáhají zajistit udržitelnost vhodných postupů v zařízeních (a ne pouze splnění konkrétního cíle)	Země, které již používají smlouvy o provedení práce
Veřejné uznání špičkové úrovně – excellence / ocenění / certifikát	Úsilí zaměstnanců je uznáno a oceněno Motivace pro zaměstnance Splnění standardů by zlepšilo reputaci zařízení a vedlo by ke zvýšení počtu klientů, a tím i příjmů	Dodržování předpisů musí být monitorováno externě Často vnímáno jako konečný bod národními a provozními manažery a zaměstnanci Význam certifikátu je třeba sdělit veřejnosti Relevantní pouze v případě, že je časově omezeno, a odstraněno, pokud se dodržování předpisů zhorší Je v rozporu se zásadou, že kojení je normou; umožňuje, aby nedodržování standardů bylo považováno za „normální péči“	Země s úspěšným programem certifikace BFHI
Veřejné vykazování indikátorů kvality a výsledků	Možná nebude potřeba externí hodnocení s určitou frekvencí	Spoléhání se na vlastní zprávy by mohlo vést ke zkreslení (ačkoli externí namátkové kontroly by mohly zlepšit kvalitu) Vyžaduje, aby veřejnost pochopila, jaké postupy a výsledky jsou dobré	Země, ve kterých je veřejné mínění důležitým faktorem pro poskytování zdravotní péče

Alternativně by plátcí třetích stran nebo pojišťovny mohly upřednostňovat zařízení, která lépe dodržují národní standardy.

Některé země používají pro vedoucí pracovníky a/nebo zaměstnance veřejných služeb smlouvy zohledňující výkonnost, v nichž jsou obsaženy konkrétní cíle, kterých má být dosaženo. Do těchto smluv může být užitečné zahrnout jeden nebo více indikátorů týkajících se ochrany, propagace a podpory kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům.

Veřejné uznání excelence může také sloužit jako pobídka ke zlepšení kvality péče. Nemocnice mohou získat respekt, když dosáhnou určitých ocenění za vynikající výsledky, které jsou stanoveny na základě externího hodnocení. Veřejné uznání excelence za dodržování aktualizovaných Deseti kroků by mohlo být pobídkou pro zařízení, aby dodržovala standardy vstřícnosti k dětem. Při tomto druhu pobídky je zásadní, aby byly zavedeny interní a externí systémy zajištění kvality, které zachovají kvalitu služeb i poté, co je dosaženo požadované úrovně. Tyto systémy musejí být navrženy vnitrostátními orgány (národním koordinačním orgánem) tak, aby byly proveditelné s ohledem na dostupné finanční a lidské zdroje.

Tradiční model „Baby-friendly“ byl z velké části organizován na základě pojmenování zařízení „vstřícné k dětem“. Jednou z možností, kterou mohou země zvážit, aby podpořily změny v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům, je udělování certifikátu „Baby-friendly“, ale je to pouze jedna z řady užitečných možností, které lze zvážit.

Dalším způsobem, jak přimět zařízení poskytující péči matkám a novorozencům k odpovědnosti za kvalitu poskytované péče a motivovat je ke zlepšení, je veřejné vykazování indikátorů kvality a výsledků. Zveřejnění seznamu všech zařízení v zemi, která poskytují péči o matku a novorozence, s jejich mírou výlučného kojení při propuštění matky z péče, by pravděpodobně bylo pobídkou ke zlepšení u těch zařízení, u nichž je tato míra nejnižší. Stejně tak by vykazování míry kontaktu kůže na kůži zdůraznilo význam této praxe a bylo by motivací pro jednotlivá zařízení, aby se vyrovnala ostatním. V tomto procesu odpovědnosti mohou hrát roli také skupiny spotřebitelů a pacientů nebo klientů.

Země musí prozkoumat, které z těchto pobídek by v jejich podmínkách fungovaly nejlépe. Některé z nich vyžadují větší politickou vůli, ale měly by dlouhodobé účinky. Jiné mohou být politicky schůdnější, ale vyžadují trvalé zapojení a zdroje.

3.6 Technická pomoc zařízením

Poskytovat technickou pomoc zařízením, která zavádějí změny s cílem přijmout Deset kroků.

Zařízení budou potřebovat externí pomoc, aby mohla přijmout Deset kroků jako standard péče, a to od odborníků, kteří řídili proces změny v jiných zařízeních nebo kteří velmi podrobně znají složitosti jednotlivých kroků. Poskytování technické pomoci jednotlivým zařízením bude pravděpodobně náročné na zdroje, a proto může trvat roky, než se dostane na všechna zařízení v zemi. To platí pro veřejná i soukromá zařízení.

Země by měly vytvořit nebo posílit a aktualizovat kádr vyškolených odborníků, kteří by poskytovali technickou pomoc zařízením, jež procházejí procesem změn. Je třeba zajistit konkrétní zdroje a časový závazek vyškolených odborníků a jejich organizací (pokud je to relevantní).

Velmi účinná může být spolupráce se skupinami zařízení, které se v procesu změny vzájemně podporují. IHI vyvinula proces zlepšování kvality prostřednictvím „spolupracujících skupin“, tedy skupin podobných zařízení, které se zapojují do změn strategie a praxe prostřednictvím skupinového učení a vzájemné podpory (89). Skupiny mohou být vytvořeny na základě geografického (např. provinční skupiny), institucionálního (např. všechna vojenská zařízení společně) nebo jiném relevantním základě pro seskupování. V některých zemích mají nemocniční systémy, které vlastní a provozují řadu zařízení, pravomoc určovat strategii pro mnoho nemocnic najednou. Takové systémy umožňují měnit mnoho zařízení najednou a efektivněji.

V případě omezených zdrojů může být nezbytné poskytovat technickou pomoc postupně s jasným plánem na dosažení celostátního pokrytí ve stanoveném časovém období. Lze zvážit různé strategie, na která zařízení se zaměřit nejdříve:

- -Strategické geografické zaměření, např. začít s jedním zařízením v každé provincii, by zajistilo, že v celé zemi budou mít všechna zařízení v blízkosti nemocnici, která by jim byla vzorem při zavádění doporučených strategií a postupů.
- Zaměření se nejdříve na zařízení, u nichž je největší pravděpodobnost, že se doporučeními budou řídit (např. ta, která byla již dříve certifikována jako „Baby-friendly“, zařízení s historií úspěchů ve zlepšování kvality), by mohlo přinést rychlé úspěchy a tím demonstraci proveditelnosti doporučení určenou ostatním zařízením.
- Dalším důležitým cílem v počáteční fázi jsou velká zařízení, protože změnami pouze na jednom místě lze zlepšit zdravotní stav velkého počtu matek a dětí. Velká zařízení také často slouží jako srovnání pro ta menší, takže zavedení optimálních postupů v těchto zařízeních je užitečné při jejich šíření.
- Zacílení na fakultní nemocnice může být obzvláště účinné při zajišťování toho, aby noví odborní pracovníci ve zdravotnictví získali dobrou znalost Desatera kroků předtím, než budou přiděleni do zařízení v celé zemi.

3.7 Vnitrostátní monitorování

Monitorovat implementaci Iniciativy.

Stejně jako je třeba, aby jednotlivá zařízení monitorovala své činnosti v oblasti ochrany, propagace a podpory kojení, jakož i chování při krmení, musí země monitorovat své aktivity a výsledky kojení na vnitrostátní úrovni (a případně na úrovni územních samosprávných celků). Klíčové indikátory výsledků kojení, klinických postupů a činností v rámci programu BFHI, které je třeba sledovat na vnitrostátní úrovni, případně na úrovni územních samosprávných celků, jsou uvedeny v Příloze 1, tabulce 3.

WHO vypracovala Globální rámec pro monitorování výživy, který byl schválen Světovou zdravotnickou organizací v roce 2015 (37, 38). WHA doporučila všem zemím, aby podávaly zprávy o indikátorech uvedených v tomto rámci. Dva z těchto indikátorů jsou pro BFHI obzvláště důležité: Prevalence výlučného kojení u dětí ve věku do šesti měsíců a procento porodů v zařízeních vstřícných k dětem.

Tento indikátor byl definován jako procento dětí narozených v kalendářním roce v zařízeních, která jsou v současnosti označena jako vstřícná k dětem („Baby-friendly“). Pro země, které se rozhodnou, že nebudou provozovat program certifikací, bude zapotřebí zvolit alternativní indikátor, který bude reflektovat procento dětí narozených v daném kalendářním roce, jimž byla poskytnuta péče v souladu s Deseti kroky. To lze vypočítat z počtu porodů v zařízeních, která splňují národní normy hodnocení, nebo ze zpráv matek o jejich zkušenostech po porodu. Kromě podávání zpráv WHO se doporučuje, aby země podávaly zprávy o zlepšování v pokrytí BFHI ve zprávách Výboru pro právo na výživu [*Committee on the Right to Food*], Výboru pro práva dítěte [*Committee on the Rights of the Child*] a hnutí Zlepšení stavu výživy [*Scaling Up Nutrition*].

K hodnocení dodržování Deseti kroků lze v jednotlivých zemích využít různé zdroje dat:

- K odhadu procenta matek, jejichž zkušenosti s porodem odpovídají doporučeným standardům, lze použít průzkumy v domácnostech, jako jsou demografické a zdravotní průzkumy. Demografický a zdravotní průzkum (90) již obsahuje otázky týkající se časného začátku kojení, výlučného kojení během pobytu v zařízení a kontaktu kůže na kůži. Průzkumy spokojenosti klientek nebo výstupní rozhovory se v mnoha zemích dělají běžně a mohly by poskytnout také příležitost ke shromáždění národních údajů o vybraných aspektech porodní péče.

- Tam, kde zařízení poskytující péči matkám a novorozencům běžně vykazují údaje do informačních systémů pro řízení zdravotnictví, mohou být údaje shromážděné na úrovni zařízení vykazovány do okresní, provinciální nebo národní databáze. Tyto přehledy lze použít k dokumentaci celkového procenta dětí, kterým je poskytována doporučená péče, nebo procenta zařízení, která splňují danou prahovou hodnotu pro přijímané postupy.
- Některé země vyvinuly mechanismy průběžných průzkumů, v nichž klíčoví informátoři ze zařízení podávají zprávy o dodržování Deseti kroků. Zprávy mohou být založeny na skutečných klinických záznamech nebo na vnímání obvyklých postupů či zásad zařízení. Ačkoli by takové průzkumy mohly být zatíženy zkreslením výkazů, mohou být užitečné pro zdokumentování trendů a identifikaci slabých míst. Tyto průzkumy mohou být založeny na náhodném vzorku zařízení nebo na kompletním hodnocení všech zařízení v zemi.

3.8 Komunikace a prosazování

Prosazovat BFHI před relevantními cílovými skupinami.

Národní koordinační orgán bude muset vyvíjet trvalé komunikační a propagační úsilí, aby zajistil trvalé provádění BFHI. Komunikační plán by měl obsahovat prvky uvedené níže.

1. Určení klíčových cílových skupin

- Vedoucí pracovníci zařízení (státních i nestátních), jako jsou ředitelé nemocnic nebo primáři porodnic, jsou klíčovými osobami s rozhodující pravomocí při zavádění Deseti kroků.
- Profesní sdružení zdravotních sester, porodních asistentek, pediatrů, porodníků, neonatologů a dietologů jsou přímo ovlivněna změnami ve standardech péče o kojení, a proto musejí být hlavními cíli komunikace a prosazování. Asociace nemocnic se mohou stát důležitými spojenci při prosazování systémových změn.
- Zákonodárci a financující subjekty (včetně ministerstev financí a dárců) jsou důležitou skupinou, kterou je třeba informovat o BFHI a obecněji o programech kojení, aby se zajistilo jejich trvalé zapojení do programů BFHI a investice do nich.
- Těhotné ženy, jejich rodiny a další členové komunity jsou stěžejní cílovou skupinou, která může zvýšit poptávku po lepší ochraně, propagaci a podpoře kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům.
- Každá země by měla definovat další cílové skupiny, které jsou důležité pro programy kojení a BFHI.

2. Zjištění stávajících znalostí a postojů

Před přípravou komunikačních intervencí je důležité pochopit, čemu cílové skupiny v souvislosti s kojením a BFHI již rozumí. Průzkum cílových skupin odhalí klíčové příležitosti, kde jsou aktéři připraveni jednat, a také problematické oblasti, kde je třeba změnit vnímání nebo doplnit chybějící informace.

3. Vývoj/přizpůsobení klíčových sdělení

Sdělení je třeba přizpůsobit jednotlivým skupinám a zohlednit jejich znalosti a postoje, jakož i jejich očekávanou úlohu při podpoře a/nebo zavádění BFHI. Příklad souboru sdělení o důležitosti kojení je uveden v odkazu (91). Pro některé cílové skupiny bude důležité komunikovat Deset kroků jednoduchým jazykem (Příloha 2 uvádí příklad, jak to lze provést). Hlavním poselstvím je důležitost provádění Deseti kroků pro dosažení optimálních zdravotních výsledků. V zemích, které toho ještě nedosáhly, je důležité zdůraznit potřebu rozšíření BFHI na všechna zařízení poskytující péči matkám a novorozencům.

4. Určení klíčových komunikačních kanálů

Každou cílovou skupinu je třeba oslovit prostřednictvím kanálů, na které nejvíce spoléhá. Pro komunikaci s veřejností může být relevantní využití sdělení v hromadných sdělovacích prostředcích a na sociálních sítích, které doplní interpersonální komunikační kanály. Důležitým kanálem pro obhajobu této iniciativy před zákonodárci by mohlo být zapojení spotřebitelských a ženských organizací tam, kde existují, a/nebo spolupráce s vedoucími představiteli komunity. K udržení trvalé podpory zdravotnických pracovníků je třeba pravidelně vystupovat na setkáních a konferencích odborných sdružení. Užitečná mohou být cílená sdělení vedoucím zařízení prostřednictvím přímých zásilek nebo na plánovaných (regionálních) setkáních.

3.9 Financování

Určit a přidělit dostatečné zdroje pro zajištění průběžného financování iniciativy.

Financování ochrany, propagace a podpory kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům by mělo primárně pocházet z vládních zdrojů, a to s víceletými závazky. Tyto činnosti je třeba začlenit do pravidelných vládních rozpočtových procesů, aby mohly být financovány udržitelným způsobem. Vlády musejí zajistit, aby strategie a činnosti byly navrženy tak, aby je vláda mohla financovat udržitelným způsobem, ať už v krátkodobém nebo střednědobém horizontu. Návrhy na levnější a nákladově efektivní přístupy zahrnují:

- investice do aktualizace a posílení pokrytí problematiky kojení a dovedností potřebných pro Deset kroků v rámci přípravného vzdělávání všech příslušných odborných pracovníků (zdravotních sester, porodních asistentek, pediatrů, porodníků, neonatologů, dietologů atd.); časem se tak sníží potřeba průběžných školení na pracovišti;
- v případě potřeby školení na pracovišti najít možnosti, které vyžadují méně času (včetně času na cestu) školitelů a které jsou flexibilní, pokud jde o dobu, kdy se školení koná (to může zahrnovat elektronická nebo online školení), a zároveň zajišťují kvalitu a rozvoj dovedností;
- začlenění indikátorů relevantních pro BFHI do stávajících systémů pro udělování licencí, monitorování, zajišťování kvality a/nebo akreditace nemocnic.

Náklady na externí posuzování standardů BFHI by mohly být v případech, kdy je to proveditelné, účtovány samotným zařízením poskytujícím péči matkám a novorozencům. Je však důležité, aby tyto poplatky nepředstavovaly překážku účasti na procesu posuzování.

Ačkoli by za BFHI měla odpovídat vláda, mohou být zapotřebí další financující subjekty, pokud státní rozpočet nemůže iniciativu udržet kvůli navzájem si konkurujícím prioritám nebo nedostatečným zdrojům. Externí zdroje financování, jako jsou mezinárodní dárci, nadace nebo nevládní organizace, mohou být nezbytné, a to buď pro konkrétní intervence související s BFHI, nebo pro pokrytí průběžných provozních nákladů. Mělo by se však věnovat koordinované úsilí přechodu na financování ze státních zdrojů, pokud je to možné, protože externí financování je obecně neudržitelné. Zdroje financování BFHI nesmějí být ve střetu zájmů s kojením a nikdy by neměly být přijímány od společností, které prodávají výživu pro kojence a malé děti nebo lahve ke krmení a savičky.

4. Koordinace iniciativy nemocnic vstřícných k dětem s dalšími iniciativami na podporu kojení mimo zařízení poskytující péči matkám a novorozencům

Je zřejmé, že zařízení poskytující péči matkám a novorozencům představují pouze jeden z mnoha vstupních bodů pro ochranu, propagaci a podporu kojení. V předporodní a poporodní péči, v komunitách a na pracovištích je zapotřebí mnoho dalších intervencí. Je velmi důležité, aby ti, kteří pracují na zlepšení strategií a programů v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům, propojili svou práci s těmi, kteří pracují v jiných oblastech.

Například vzdělávání odborných pracovníků ve zdravotnictví v oblasti kojení je obvykle poměrně slabé a je třeba posílit jej. Školení o standardech BFHI bude třeba začlenit do širšího přípravného vzdělávání zdravotnických pracovníků na téma kojení. Materiál WHO Vzorová kapitola do učebnic pro studenty medicíny a příbuzné odborné pracovníky ve zdravotnictví [Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals] poskytuje standardní informace o kojení (85). Vypracování učebních osnov v oblasti kojení pro lékařské fakulty by obecně nebylo odpovědností koordinačního orgánu BFHI, ale pravděpodobně by bylo možné do takovýchto učebních osnov přispět informacemi o standardech BFHI.

Podobně, i když koordinační orgán BFHI nebude odpovědný za zlepšení poradenství v oblasti kojení v zařízeních primární zdravotní péče nebo na prenatálních klinikách, bude muset zajistit, aby národní standardy pro předporodní péči poskytovaly matkám odpovídající znalosti o kojení ještě před vstupem do zařízení poskytujícího péči matkám a novorozencům.

Globální kolektiv pro kojení (Global Breastfeeding Collective) pod vedením UNICEF a WHO (93) označil za hlavní prioritu propojení zdravotnických zařízení a komunit a podporuje komunitní sítě, které chrání, propagují a podporují kojení. Národní koordinační orgán BFHI by měl podporovat rozvoj mnoha typů komunitní podpory kojení prostřednictvím center primární zdravotní péče, komunitních zdravotnických pracovníků, pracovníků domácí péče, poraden pro kojení, zdravotních sester/porodních asistentek, laktačních poradkyň, peer konzultantek z řad matek a podpůrných skupin pro matky.

**Zlepšení podpory kojení ze strany komunity...
je nesmírně důležité, aby matky mohly úspěšně kojit**

Program BFHI musí spolupracovat s existujícími programy a iniciativami, aby zajistil, že v komunitě existuje dostatek struktur podporujících kojení, na které se mohou matky po propuštění ze zařízení napojit, i když program sám v komunitě služby nedělá. Zlepšená podpora kojení ze strany komunity, včetně zlepšení kvality primární zdravotní péče a silných sítí podobných subjektů, má zásadní význam pro zajištění toho, aby matky mohly úspěšně kojit. Perez-Escamilla (2016) označila podporu komunity za rozhodující krok pro udržení kojení i po několika prvních týdnech života (42). Ukázalo se, že intervence zaměřené na zvýšení míry kojení jsou mnohem účinnější, pokud se intervence ve zdravotnictví kombinují s intervencemi v komunitě (92).

5. Přechod k implementaci BFHI

Tyto prováděcí pokyny pro BFHI popisují podstatné změny v Deseti krocích a zavádějí řadu nových strategií pro národní postup a implementaci v zařízeních. Země proto budou muset s ohledem na tyto změny prozkoumat, jak převést stávající činnosti související s BFHI.

5.1 Země s dobře fungujícím národním programem certifikátů „Baby-friendly“ pro nemocnice vstřícné k dětem

Tyto aktualizované prováděcí pokyny odklonily BFHI od tradičního modelu, který se soustředil na certifikaci zařízení jako hlavní výsledek a hnací sílu praktických změn. V zemích, které mají v současné době dobře fungující program certifikace, který je schopen zasáhnout většinu zařízení poskytujících péči o matku a novorozence v celé zemi, by tyto nové pokyny neměly být považovány za důvod k ukončení úspěšného programu.

Koordinační orgány v zemích této kategorie by měly vypracovat plán na začlenění aktualizovaných Deseti kroků do národních standardů BFHI. Je třeba vypracovat plán přechodu, v němž bude uvedeno, kdy se očekává, že zařízení budou dodržovat aktualizované normy a používat nové nástroje. Zařízení, která již byla certifikována, a těm, která jsou ve fázi výběru, bude třeba poskytnout přiměřený čas na učinění změn v jejich postupech, než se nové standardy stanou závaznými. Koordinační orgán bude muset:

- revidovat veřejné materiály o Deseti krocích;
- revidovat školicí kurzy a materiály;
- vypracovat nebo aktualizovat materiály, které pomohou zařízením s interním monitorováním;
- revidovat standardy externího posuzování.

V minulosti se na plakétách nebo plakátech při certifikaci zařízení jako vstřícné k dětem v mnoha zemích používal Picassův obraz *Mateřství*. WHO a UNICEF již nebudou poskytovat reprodukce tohoto obrazu a země, které používají certifikát jako pobídku k dodržování BFHI, si budou muset pro tento účel vytvořit vlastní obrázky.

Pokud byla do kritérií pro certifikaci začleněna kritéria „vstřícná k matkám“, která jdou nad rámec Deseti kroků, mohou zůstat v platnosti, pokud neexistuje důvod pro jejich aktualizaci.

Při zachování programu certifikací musejí tyto země rovněž pracovat na začlenění Deseti kroků do národních strategií a programů zvyšování kvality a zdraví matek a dětí, jak je popsáno v kapitole 3. Povinnosti národního koordinačního orgánu pro kojení nebo BFHI shrnuté ve stručném přehledu 3 jsou stejně platné bez ohledu na to, zda země provádí program certifikace, či nikoli.

5.2 Země bez aktivního či úspěšného programu BFHI

V zemích, kde se BFHI v současné době nezavádí nebo tam, kde nebylo možné, aby se certifikace „Baby-friendly“ dostala do většiny zařízení, se doporučuje zaměřit se na integraci a institucionalizaci Deseti kroků s přístupem ke zvyšování kvality na úrovni zařízení a na solidní, podpůrné politické prostředí a mechanismy monitorování a odpovědnosti. Činnosti v kapitole 3 stanoví prioritní opatření k trvalé revitalizaci BFHI. Zaměstnanci a vedoucí pracovníci zařízení, která byla certifikována již před nějakou dobou, budou muset být informováni o změnách ve strategii a aktualizovaných standardech a o opatřeních, která je třeba přijmout, aby byly standardy splněny.

Příloha 1. Deset kroků k úspěšnému kojení – revidovaná verze z roku 2018: Srovnání s původními Deseti kroky a novou směrnicí WHO z roku 2017

Deset kroků k úspěšnému kojení – revize z roku 2018			Odpovídající doporučení WHO z Pokynů: Ochrana, podpora a propagace kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services] (3)			Deset kroků v Ochraně, propagaci a podpoře kojení: Zvláštní úloha porodnických služeb [Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services] (23)		
Klíčové řídicí postupy (ve vedení nemocnic)								
1a. Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka (25–27): Plně dodržovat Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka [International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes] a navazující rezoluce Světového zdravotnického shromáždění.			N/A = nelze aplikovat			N/A (zahrnuto do pokynů pro vlastní hodnocení a monitorování nemocnice a do externího hodnocení)		
1b. Strategie výživy novorozenců: Mít písemně vypracovanou strategii výživy novorozenců a seznamovat s ní zaměstnance a rodiče v rámci běžného standardu péče.			Doporučení 12: Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům by měla mít jasně sepsanou strategii kojení, s níž by byli personál a rodiče běžně seznamováni.			Krok 1: Mít písemně vypracovanou strategii kojení a v rámci běžného standardu péče s ní seznamovat veškerý zdravotnický personál.		
1c. Systémy monitorování a správy údajů: Zavést systémy průběžného monitorování a správy údajů.			N/A			N/A		
2. Kompetence zaměstnanců: Zajistit, aby pracovníci měli dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti k podpoře kojení.			Doporučení 13: Personál zdravotnických zařízení, který poskytuje služby v oblasti krmení novorozenců, včetně podpory kojení, by měl mít dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti, aby mohl ženám poskytnout podporu v kojení.			Krok 2: Proškolení veškerého zdravotnického personálu v dovednostech potřebných k realizaci této strategie.		
Klíčové klinické postupy								
3. Informace sdělované před porodem: Probírat důležitost kojení a jeho praktické zvládání s těhotnými ženami a jejich rodinami.			Doporučení 14: Tam, kde zařízení poskytují předporodní péči, by měly být těhotné ženy a jejich rodiny informovány o výhodách a praktickém zvládání kojení.			Krok 3: Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a praktickém zvládání kojení.		

Deset kroků k úspěšnému kojení – revize z roku 2018 Odpovídající doporučení WHO z Pokynů: Ochrana, podpora a propagace kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services] (3) Deset kroků v Ochraně, propagaci a podpoře kojení: Zvláštní úloha porodnických služeb [Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services] (23)		
4. Bezprostřední poporodní péče: Zprostředkovat okamžitý a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži a podporovat matky, aby začaly kojit co nejdříve po porodu	Doporučení 1: Co nejdříve po porodu by měl být umožněn a podporován časný a nepřerušovaný kontakt matky a dítěte kůže na kůži. Doporučení 2: Všechny matky by měly být podporovány, aby začaly kojit co nejdříve po porodu, a to během první hodiny po porodu.	Krok 4: Pomoci matkám kojit během první půlhodiny po porodu.
5. Podpora při kojení: Podporovat matky při zahájení a udržení kojení a při zvládání běžných obtíží.	Doporučení 3: Matkám by se mělo dostat praktické podpory, která jim umožní zahájit a udržet kojení a zvládnout běžné potíže s kojením. Doporučení 4: Matky by měly být poučeny o tom, jak odstříkávat mateřské mléko, aby si zachovaly tvorbu mléka v případě, že budou dočasně odděleny od svých dětí.	Krok 5: Ukázat matkám, jak kojit a udržovat tvorbu mléka i v situacích, kdy by byly odděleny od svých dětí
6. Dokrmování: Nedávat kojeným novorozencům žádnou stravu ani tekutiny kromě mateřského mléka, pokud to není indikováno ze zdravotních důvodů.	Doporučení 7: Matky by měly být odrazovány od podávání jakékoli potravy nebo tekutin kojencům kromě mateřského mléka, pokud to není indikováno ze zdravotních důvodů.	Krok 6: Nedávat novorozencům žádné jídlo ani pití kromě mateřského mléka, pokud to není indikováno ze zdravotních důvodů.
7. Rooming-in: Umožnit matkám a jejich novorozencům, aby zůstali spolu a byli ve společném pokoji (rooming-in) 24 hodin denně.	Doporučení 5: Zařízení poskytující péči matkám a novorozencům by měla umožnit matkám a jejich dětem zůstat pohromadě a praktikovat rooming-in po celý den i noc. Rooming-in nemusí být možné uplatňovat v případech, kdy je třeba kojence převézt za účelem specializované lékařské péče.	Krok 7: Provádět rooming in – umožnit matkám a kojencům zůstat spolu – 24 hodin denně.
8. Krmení podle potřeb novorozence: Podporovat matky, aby rozeznaly projevy zájmu novorozence o krmení a reagovaly na ně.	Doporučení 6: Matky by měly být podporovány v tom, aby v rámci péče o výživu praktikovaly kojení podle potřeb novorozence. Doporučení 8: Matky by měly být podporovány v tom, aby rozpoznaly projevy zájmu svých dětí o krmení, blízkost a útěchu a měly by mít možnost na tyto projevy reagovat během pobytu v zařízení poskytujícím péči matkám a novorozencům různými způsoby	Krok 8: Podporovat kojení podle potřeb.

Deset kroků k úspěšnému kojení – revize z roku 2018	Odpovídající doporučení WHO z Pokynů: Ochrana, podpora a propagace kojení v zařízeních poskytujících péči matkám a novorozencům [Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services] (3)	Deset kroků v Ochraně, propagaci a podpoře kojení: Zvláštní úloha porodnických služeb [Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services] (23)
9. Lahve na krmení, savičky a dudlíky: Poskytovat matkám poradenství ohledně používání lahví ke krmení, saviček a dudlíků a rizik s tím spojených	Doporučení 9: Pro předčasně narozené děti, které nejsou schopny přímého kojení, může být do doby, než bude kojení zavedeno, prospěšné i sání bez pití a s tím spojená orální stimulace. Doporučení 10: Pokud je u donošených dětí ze zdravotních důvodů indikováno podávání odstříkaného mateřského mléka nebo jiné stravy, mohou být během pobytu v zařízení používány při krmení metody, jako je krmení kalíškem nebo lžičkou nebo lahví ke krmení a savičkou. Doporučení 11: Pokud je ze zdravotních důvodů indikováno podávání odstříkaného mateřského mléka nebo jiné stravy u předčasně narozených dětí, je vhodnější používat metody, jako je krmení kalíškem nebo lžičkou, spíše než lahví ke krmení a savičkou.	Krok 9: Kojeným dětem nedávat žádné umělé savičky ani dudlíky (nazývané také šidítka).
10. Péče při propuštění: Koordinovat propuštění z nemocnice tak, aby rodiče s dětmi měli včasný přístup k průběžné podpoře a péči.	Doporučení 15: V rámci ochrany, propagace a podpory kojení by mělo být propuštění ze zařízení poskytujících péči matkám a novorozencům plánováno a koordinováno tak, aby rodiče a jejich děti měli průběžně přístup k podpoře a aby se jim dostalo odpovídající péče.	Krok 10: Podporovat zakládání podpůrných skupin pro kojení a odkazovat na ně matky při propouštění z nemocnice nebo kliniky.

Příloha 2. Deset kroků k úspěšnému kojení v laických termínech

Nemocnice podporují matky, aby kojily, tím, že...		Protože...
1. Strategie nemocnic	- Nepropagovat komerční umělou výživu, lahve ke krmení nebo savičky - Ustanovit péči o kojení jako standardní postup - Sledovat podporu kojení	Strategie nemocnic pomáhají zajistit, aby se všem matkám a dětem dostalo té nejlepší péče
2. Kompetence zaměstnanců	- Školení zaměstnanců, jak podporovat matky, aby kojily - Posuzování znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků	Dobře vyškolení zdravotníci poskytují nejlepší podporu kojení
3. Předporodní péče	- Diskutovat o významu kojení pro děti a matky - Připravit ženy na to, jak mají kojit své dítě	Se správnou podporou je schopna kojit většina žen
4. Péče ihned po porodu	- Vybízet ke kontaktu matky a dítěte kůže na kůži brzy po porodu - Pomáhat matkám dítě ihned kojit	Přitulení kůže na kůži pomáhá začátku kojení
5. Podpora matek při kojení	- Kontrola polohy, přísátí a pití - Poskytování praktické podpory při kojení - Pomoc matkám s běžnými problémy s kojením	Kojení je přirozené, ale většina matek zpočátku potřebuje pomoc
6. Dokrmování	- Dávat kojenci pouze mateřské mléko, pokud tomu nebrání zdravotní důvody - Upřednostnit dárcovské mateřské mléko v případě potřeby dokrmování - Pomoci matkám, které chtějí krmit komerční umělou výživou, aby tak činily bezpečně	Podávání komerční umělé výživy v nemocnici ztěžuje kojení

Nemocnice podporují matky, aby kojily, tím, že...		Protože...
7. Rooming-in	• Nechat matky a děti spolu ve dne i v noci • Zajistit, aby matky nemocných dětí mohly zůstat v blízkosti svého dítěte	Matky musejí být v blízkosti svých dětí, aby si všímaly projevů jejich zájmu o krmení a reagovaly na ně
8. Krmení podle potřeb novorozence	• Pomoci matkám poznat, kdy má jejich dítě hlad • Neomezovat dobu kojení	Kojit děti, kdykoli jsou na to připraveny, je pomoci všem
9. Lahve, savičky a dudlíky	• Radit matkám ohledně používání lahví ke krmení a dudlíků a rizik s tím spojených	Vše, co se dostává do úst dítěte, musí být čisté
10. Propouštění	• Odkazování matek na komunitní zdroje pro podporu kojení • Spolupráce s komunitami na zlepšení služeb na podporu kojení	Naučit se kojit vyžaduje čas

Příloha 3. Členové externí prezkumné skupiny

Genevieve Becker (do června 2016)

Mezinárodní konzultantka

BEST Services – Podpora vzdělávání v oblasti kojení a školení

Irsko

Dr. Ala Curteanu

Primářka perinatologického oddělení

Ústav pro matku a dítě

Moldavská republika

Dr. Teresita Gonzalez de Cosfo (od dubna 2016)

Ředitelka odboru zdravotnictví

Iberoamerická univerzita

Mexiko

Dr. Rukhsana Haider

Zakladatelka a předsedkyně

nadace Školení a pomoc pro zdraví a výživu [Training & Assistance for Health & Nutrition (TAHN)]

Bangladéš

Dr. Miriam H Labbok (do srpna 2016)

Zakládající profesorka a ředitelka

Ústav pro kojení Carolina Global [Carolina Global Breastfeeding Institute (CGBI)]

Severokarolínská univerzita v Chapel Hill

Spojené státy americké

Dr. Duong Huy Luong

Zástupce vedoucího oddělení řízení kvality

Ministerstvo zdravotnictví

Vietnam

Dr. Chessa Lutter (od listopadu 2016)

Nezávislá konzultantka

Spojené státy americké

Dr. Cria G Perrine (od dubna 2016)

Vedoucí týmu pro krmení kojenců, Odbor výživy

Oddělení výživy, fyzické aktivity a obezity

Centra pro kontrolu a prevenci nemocí [Centers for Disease Control and Prevention (CDC)]

Spojené státy americké

Ms Randa Saadeh

Nezávislá konzultantka

Libanon

Dr. Isabella Sagoe-Moses

Zástupkyně ředitele

Reprodukční a dětské zdraví, Zdravotnická služba Ghany

Ghana

Julie Stufkens

Výkonná ředitelka Aliance Nového Zélandu pro kojení [New Zealand Breastfeeding Alliance (NZBA)]

Nový Zéland

Reference¹

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund, Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; <https://iris.who.int/handle/10665/65380>).
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franga GV, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017): 475–490. ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7)).
3. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259386>).
4. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/249155>).
5. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://iris.who.int/handle/10665/85670>).
6. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/260178>).
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://iris.who.int/handle/10665/42590>).
8. Infant and young child feeding [website]. United Nations Children's Fund; 2025 (<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-%20feeding/>).
9. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180722 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>).
10. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(16\)00040-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(16)00040-1)).
11. Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://iris.who.int/handle/10665/67219>).
12. Salmon L. Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy? *Int Breastfeed J*. 2015; 10:7 (<https://doi.org/10.1186/s13006-015-0029-6>).
13. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC a další, The Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387: 491–504 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01044-2)).
14. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015; 3: e199–e205 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)).
15. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, Gonzalez de Cosfo T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr*. 2015; 101(3): 579–586 (<https://doi.org/10.3945/ajcn.114.092775>).

¹ Všechny reference byly přístupné dne 3. července 2026.

16. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr.* 2016; 13(1) (<https://doi.org/10.1111/mcn.12366>).
17. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot.* 1995;10 (2): 148–153 (<https://doi.org/10.4278/0890-1171-10.2.148>).
18. Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from the selected countries of the Asia- Pacific Region. Dillí: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (<https://www.bpni.org/report/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>).
19. Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers, version 3.0 Oxford: IFE Core Group; 2017 (<http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>).
20. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2016 (<https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health>).
21. United Nations. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>).
22. UNICEF data: delivery care [website]. United Nations Children’s Fund; 2024 (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>).
23. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989 (<https://iris.who.int/handle/10665/39679>).
24. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York: United Nations Children’s Fund; 1991 (<https://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/1990-Innocenti-Declaration.pdf>).
25. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981 (<https://iris.who.int/handle/10665/40382>).
26. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/254911>).
27. Code and subsequent resolutions [website]. Geneva: World Health Organization; 2026 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>).
28. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding, Rev.ed. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/CHD/98.9; <https://iris.who.int/handle/10665/43633>).
29. Resolution WHA47.5. Infant and young child nutrition. In: Forty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2–12 May 1994. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1994 (<https://iris.who.int/handle/10665/177049>).
30. Resolution WHA49.15. Infant and young child nutrition. In: Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20–25 May 1996. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1996 (<https://iris.who.int/handle/10665/178941>).
31. Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding, 22 November 2005, Florence, Italy. Geneva: United Nations Children’s Fund; 2005 (<https://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/2005-Innocenti-Declaration.pdf>).

32. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>).
33. Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2012:12–13 (WHA65/2012/REC/1; <https://iris.who.int/handle/10665/80058>).
34. Global targets 2025: to improve maternal, infant and young child nutrition [website]. Geneva: World Health Organization; 2026 (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2030>).
35. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Second International Conference on Nutrition, Rome, 19–21 November 2014. Conference outcome document: framework for action. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2014 (<http://www.fao.org/3/a-mm215e.pdf>).
36. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016–2025. Frequently asked questions. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016 (<http://www.fao.org/3/a-i6137e.pdf>).
37. Decision WHA68(14). Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators. In: Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 18–26 May 2015. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2015:94 (WHA68/2015/REC/1; <https://iris.who.int/handle/10665/253469>).
38. Indicators for the Global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/global-targets-2025/indicators_monitoringframework_miychn_background.pdf?sfvrsn=b1934036_6).
39. Labbok MH. Global Baby-friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med.* 2012;7:210–22 (<https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0066>).
40. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255197>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
41. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001;285:413–20 (<https://doi.org/10.1001/jama.285.4.413>).
42. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17 (<https://doi.org/10.1111/mcn.12294>).
43. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics.* 2008;122(Suppl. 2):S43–9 (<https://doi.org/10.1542/peds.2008-1315e>).
44. Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) 20 years on: facts, progress and the way forward. *J Hum Lact.* 2012 (<https://doi.org/10.1177/0890334412446690>).
45. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med.* 2016;11:222–30 (<https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0135>).
46. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. New York: United Nations Children's Fund; 2017 (<https://healthynewbornnetwork.org/resource/2017/country-experiences-baby-friendly-hospital-initiative/>).

47. The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities. Washington (DC): Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas; 2016 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18830>).
48. WHO handbook for guideline development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/145714>).
49. Baby-friendly Hospital Initiative Congress: 24–26 October 2016: Summary report, 24-26 October 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/m/item/baby-friendly-hospital-initiative-congress>).
50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A et al. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Three guiding principles and Ten Steps to protect, promote and support breastfeeding. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015 (<https://ilca.org/neo-bfhi/>).
51. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(8):CD007202 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd007202.pub4>).
52. Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; (10):CD001071 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001071.pub3>).
53. Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(9):CD009720 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd009720.pub2>).
54. Maternal, infant and young child feeding. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 12.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/7 Add 1; <https://iris.who.int/handle/10665/252656>).
55. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/246260>).
56. Framework on integrated people-centred health services. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; <https://iris.who.int/handle/10665/252698>).
57. Smith LJ, Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding, 2nd edition. Sudbury: Jones and Bartlett; 2009 (https://books.google.dk/books/about/Impact_of_Birthing_Practices_on_Breastfeeding.html?id=GX_HvJ_AYgUC&redir_esc=y).
58. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/RHR/14.23; <https://iris.who.int/handle/10665/134588>).
59. Piwoz E, Huffman S. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull.* 2015;36:373–86 (<https://doi.org/10.1177/0379572115602174>).
60. Breaking the rules stretching the rules 2014. Evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013. Penang: International Baby Food Action Network International Code Documentation Centre; 2014 (<https://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2014/05/BTR14inbrief.pdf>).
61. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutr.* 2016;19(14):2540–50 (<https://doi.org/10.1017/S1368980016001117>).

62. Resolution 39.28. Infant and young child feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1986 (<https://iris.who.int/handle/10665/162252>).
63. What are the risk factors for preterm labor and birth? [website]. US Department of Health and Human Services National Institutes of Health; 2026 (https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/who_risk).
64. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10:456–73 (<https://doi.org/10.1111/mcn.12128>).
65. Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. Washington (DC): Alive & Thrive; 2014 (<https://www.aliveandthrive.org/en/resources/implications-of-cesarean-delivery-for-breastfeeding-outcomes-and-strategies-to-support-breastfeeding>).
66. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://iris.who.int/handle/10665/42587>).
67. Nyqvist KH, Sjoden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev.* 1999;55(3):247–64 ([https://doi.org/10.1016/s0378-3782\(99\)00025-0](https://doi.org/10.1016/s0378-3782(99)00025-0)).
68. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD001141 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001141.pub5>).
69. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(6):579–87 (<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.08.003>).
70. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(9):CD006170 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd006170.pub5>).
71. Salvatori G, Guaraldi F. Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol.* 2012;2:94 (<https://doi.org/10.3389/fcimb.2012.00094>).
72. Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://iris.who.int/handle/10665/69938>).
73. Kellams A, Harrel C, Ome S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017;12(1):188–98 (<https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>).
74. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://iris.who.int/handle/10665/43659>).
75. DeMarchis A, Israel-Ballard K, Mansen KA, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. *J Perinatol.* 2017;37(5):469–74 (<https://doi.org/10.1038/jp.2016.198>).
76. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 1990;32:669–78 (<https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1990.tb08427.x>).
77. Woolridge MW. Problems of establishing lactation. *Food Nutr Bull.* 1996;17(4):316–23 (<https://doi.org/10.1177/156482659601700408>).

78. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: coaching manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255876>).
79. Quality improvement. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services Health Resources and Service Administration; 2011 (<https://media.emscimprovement.center/documents/HRSAQIToolkit.pdf>).
80. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: learner manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259859>).
81. Model of improvement [website]. Institute for Healthcare Improvement (<https://www.ihl.org/library/model-for-improvement>).
82. Quality Improvement Essentials Toolkit [website]. Institute for Healthcare Improvement (<https://www.ihl.org/library/tools/quality-improvement-essentials-toolkit>).
83. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/258734>).
84. Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health: strategic objectives. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272612>).
85. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://iris.who.int/handle/10665/44117>).
86. Baby-friendly Hospital Initiative: revised updated and expanded for integrated care. Section 3: breastfeeding promotion and support in a Baby-friendly hospital. A 20-hour course for maternity staff. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009 (<https://iris.who.int/handle/10665/43593>).
87. Baird C. Top healthcare stories for 2016: pay-for-performance [website]. Arlington (VA): Committee for Economic Development; 2016 (not available on-line).
88. Cashin C, Chi YL, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editors. Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/paying-for-performance-in-health-care-implications-for-health-system-performance-and-accountability>).
89. The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement [website]. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003 (<https://www.ihl.org/library/white-papers/breakthrough-series-ihis-collaborative-model-achieving-breakthrough>).
90. Demographic and Health Surveys: Model Woman's Questionnaire [website]. Rockville (MD): DHS Program; 2017 (<https://dhsprogram.com/methodology/Survey-Types/DHS.cfm>).
91. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. Global breastfeeding collective - Executive summary. New York and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/m/item/nurturing-the-health-and-wealth-of-nations-the-investment-case-for-breastfeeding>).
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar M, Martinez J, Teneja S, Mazumder S et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104:114–34 (<https://doi.org/10.1111/apa.13127>).
93. The Global Breastfeeding Collective [website]. United Nations Children's Fund (<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/>).

Regionální kancelář WHO pro Evropu

Světová zdravotnická organizace (WHO) je specializovaná agentura Organizace spojených národů vytvořená v roce 1948 s primární odpovědností za mezinárodní zdravotní záležitosti a veřejné zdraví. Regionální kancelář WHO pro Evropu je jednou ze šesti regionálních kanceláří po celém světě, z nichž každá má svůj vlastní program zaměřený na konkrétní zdravotní podmínky zemí, ve kterých působí.

Členské státy:

Albánie	Itálie	Rumunsko
Andorra	Izrael	Ruská federace
Arménie	Kazachstán	Řecko
Ázerbájdžán	Kypr	San Marino
Belgie	Kyrgyzstán	Severní Makedonie
Bělorusko	Litva	Slovensko
Bosna a Hercegovina	Lotyšsko	Slovinsko
Bulharsko	Lucembursko	Spojené království
Černá Hora	Maďarsko	Srbsko
Česko	Malta	Španělsko
Dánsko	Moldavská republika	Švédsko
Estonsko	Monako	Švýcarsko
Finsko	Německo	Tádžikistán
Francie	Nizozemsko (Království)	Turecko
Gruzie	Norsko	Turkmenistán
Chorvatsko	Polsko	Ukrajina
Irsko	Portugalsko	Uzbekistán
Island	Rakousko	

World Health Organization

Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: eurocontact@who.int

Website: www.who.int/europe

WHO/EURO:2026-36105-36105-76533 (PDF)