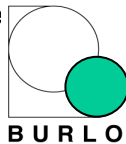




Evropská komise
Odbor veřejného
zdravotnictví a
hodnocení rizik



IRCCS Burlo Garofolo
Terst, Itálie



Oddělení pro výzkum
zdravotnických služeb a
mezinárodního zdraví .
Centrum pro zdraví matky a
dítěte spolupracující s WHO

Ochrana, propagace a podpora kojení v Evropě: Akční plán (revidováno v roce 2008)

Vytvořen a napsán účastníky projektu:
Podpora kojení v Evropě
(Projekt EU č. kontraktu SPC 2002359)

Revidován účastníky projektu
**Propagace kojení v Evropě:
Pilotní testování akčního plánu**
(Projekt EU č. kontraktu SPC 2004326)

Adresa pro korespondenci:
Adriano Cattaneo
Unit for Health Services Research and International Health
IRCCS Burlo Garofolo
Via dell'Istria 65/1
34137 Trieste, Italy
E-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

Citujte tento dokument jako: EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008. Dokument lze stáhnout z http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm or http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2

Obsah	Str.
Podpora kojení v Evropě	1
Úvodní slovo k edici z roku 2004	7
Souhrn	8
I. Úvod.....	11
II. Přehled současné situace	15
III. Faktory, určující kojení.....	17
IV. Přehled shrnutých opatření	19
V. Akční plán.....	21
1. Politika a plánování, management a financování.....	21
2. Komunikace pro behaviorální a sociální změny(CBSC)	24
3. Školení	25
4. Ochrana, propagace a podpora.....	26
5. Monitorování	29
6. Výzkum	32
VI. Operační tabulky.....	34
1. Politika a plánování, management a financování.....	34
2. Komunikace pro behaviorální a společenské změny	36
3. Školení	39
4. Ochrana, propagace a podpora.....	40
5. Monitorování	48
5. Výzkum	48
Citace	49
Autoři a recenzenti	53
Dodatek 1. Globální strategie výživy kojenců a malých dětí.....	57
Dodatek 2. Mezinárodní kodex marketingu náhražek mateřského mléka.....	58
Dodatek 3. Deklarace Innocenti	60
Dodatek 4. Baby Friendly Hospital Iniciativa	62
Dodatek 5. Výživová politika a plány WHO/EURO	63
Dodatek 6. ILO Konvence o ochraně mateřství 183	64
Dodatek 7. Model pro analýzu situace	66
Dodatek 8. Model národní politiky výživy kojenců a malých dětí.....	74
Rejstřík	75

Zkratky

BFH	“Baby Friendly Hospital”
BFHI	Iniciativa “Baby Friendly Hospital”
BFCI	Iniciativa Baby-Friendly komunity
CBSC	Komunikace pro behaviorální a sociální změny
CRC	Úmluva o právech dítěte OSN
EU	Evropská unie
EUNET	Evropská síť pro zdravou výživu: Spolupráce, monitorování, opatření a školení
EURODIET	Výživa a stravování pro zdravý životní styl v Evropě
FAO	Organizace pro potraviny a zemědělství
HIV	Virus lidské imunodeficiency
IBCLC	Laktační konzultant s certifikátem od mezinárodního výboru
IBLCE	Mezinárodní výbor pro certifikaci laktačních konzultantů
ILO	Mezinárodní organizace práce
MIDG	Cíle pro nové milénium
NGO	Nevládní organizace
UN	Spojené Národy
UNICEF	Dětský fond Organizace spojených národů
WBW	Světový týden kojení
WHA	Světové zdravotnické shromáždění
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHO/EURO	Regionální úřadovna Světové zdravotnické organizace pro Evropu

Zvláštní dík patří jménem řešitelů projektu Henriette Chamouillet, Camille Sandvik a Mariann Skar, Claire Dabin, z Odboru veřejného zdravotnictví a hodnocení rizika Evropské komise za jejich podporu v průběhu projektu.

Předmluva

Akční plán^a byl poprvé představen na Konferenci o propagaci kojení v Evropě 18.června 2004 na Dublinském hradě, v Irsku. Třebaže vycházel z pečlivé analýzy situace, ze souboru účinných opatření, z řady národních a regionálních zkušeností a z názorů stovky jednotlivců a skupin, které se věnují ochraně, propagaci a podpoře kojení v celé Evropě, byl tento dokument stále jen výsledkem “teoretické” práce. V době, kdy byl Akční plán představen, nikdo nevěděl, zda by mohl být užitečným modelem národního a regionálního plánování.

Z tohoto důvodu jsme se rozhodli žádat o druhý projekt s cílem testovat účinnost Akčního plánu. Projekt byl schválen Evropskou komisí a začal v květnu 2005 v 8 zemích (regionech): Belgie, Dánsko, Francie (Rhône-Alpes), Irsko a Itálie (Toskánsko), Lotyšsko, Lucembursko a Polsko (Lublin).

Některé z těchto zemí už mají politiku či plán pro ochranu, propagaci a podporu kojení, jiné však musí začít od začátku. Některé zaváděly aktivity už roky, jiné zaostávají, což vyplývá z velkých rozdílů v odhadovaných podílech kojených dětí (iniciace kojení a délka kojení). Všechny země zamýšlí vytvořit či revidovat svou politiku a plány, aby zvýšily efektivitu opatření, zvýšily podíly kojených dětí a aby se zlepšily zkušenosti matek s kojením.

Zavádění projektu se v různých státech a regionech setkalo s obtížemi různého původu, jak uvádíme ve zprávě.^b Došlo k urychlení pokroku ve všech zúčastněných státech (oblastech), ne vždy ale požadovaným tempem a s očekávanými výsledky. Ve všech státech a oblastech se Akční plán ukázal jako účinný nástroj pro hodnocení situace a vytváření či revize plánů, nebo pro koordinaci aktivit různých úrovní zdravotnických a sociálních služeb.

Na základě zkušeností, získaných během projektu, byl Akční plán aktualizován a revidován. Obsah původního Akčního plánu je považován za solidní a revidovaný. Akční plán se od něj podstatně neliší. Způsob uspořádání textu byl však změněn, aby bylo usnadněno používání Akčního plánu jako nástroje pro plánování, a to hlavně pro dvě skupiny uživatelů:

- Politiky a zákonodárce, kteří nemusí být nutně zblhlí v kojení či se účastnit tvorby či revize akčních plánů, kteří jsou nicméně důležití pro svůj vliv a potřebují se v krátkosti seznámit s principy Akčního plánu.
- Odborníky, kteří se účastní přímo vytváření či revize akčních plánů a kteří potřebují praktické pokyny pro různé kroky plánovacího procesu.

Změny v pořadí kapitol, změněné kapitoly a přidané části nového textu:

- Původní dokument se odvolává na dokumenty, s nimiž nebyli všichni seznámeni. Tyto dokumenty jsou nyní uvedeny v několika dodatcích.
- Byla přidána část “Jaké problémy byly zjištěny při aplikaci Akčního plánu v rámci projektu?”
- Přehled současné situace byl aktualizován pomocí výsledků, získaných z dotazníků, použitých v předešlém přehledu situace.
- V části, týkající se určujících faktorů kojení a souhrnu opatření, byly provedeny jen malé aktualizace údajů.
- Do textu byly začleněny a přidány citace relevantních dokumentů, týkajících se výživy kojenců a malých dětí, vydaných po roce 2004.

^a Lze stáhnout z http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

^b Lza stáhnout z http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

- Hlavní text Akčního plánu začíná pokyny, jak provádět analýzu situace. Za tímto účelem byl do dodatku přidán nástroj, odvozený z původního Akčního plánu a používaný v pilotním projektu.
- Část, týkající se politiky, plánování, managementu a financování, se sestává z odstavců o vytváření politiky (s modelovou situací v dodatku) a uveřejnění praktických pokynů (s citací standardních pokynů vytvořených při projektu).
- Část, týkající se plánování, je rozšířena o nastavení priorit a definování cílů. Část, týkající se managementu a financování byla rozšířena a doplněna pokyny ohledně monitorování.
- Termín “Informace, vzdělávání, komunikace” byl v textu nahrazen termínem “Komunikace pro behaviorální a sociální změny”, což lépe vystihuje cíle a aktivity, popisované tímto nadpisem.
- Část, týkající se školení, ochrany, propagace a podpory kojení, zůstala více méně nezměněna-došlo pouze k malým jazykovým úpravám a aktualizacím v textu.
- Všechny tabulky byly přesunuty až na konec textu, aby bylo usnadněno čtení textu. Seskupení tabulek usnadní jejich porovnávání.
- Část, týkající se monitorování, byla aktualizována a vylepšena a tabulky této části byly vynechány s tím, že jejich obsah byl včleněn do tabulek pro jednotlivé činnosti.
- Seznam autorů a recenzentů byl přesunut za aktualizovaný seznam citované literatury a za dodatky je uveden krátký rejstřík.

Akční plán na následujících stránkách se proto podstatně neliší od původního dokumentu, jelikož už ten vycházel z platných znalostí, praktik a zkušeností. Doufáme, že tato revize učiní z Akčního plánu více uživatelsky příjemný nástroj pro všechny, kdo chtějí zlepšit zdraví a výživu kojenců a malých dětí v Evropě.

Poznámka. Uživatelé elektronické verze Akčního plánu mohou využít možnosti rychlého odkazu ze slov [modře podtržených](#) na kapitoly, týkajících se těchto otázek pomocí [ctrl + click](#).

Úvodní slovo k edici z roku 2004

S velkým potěšením představuji tento návrh Akčního plánu pro ochranu, podporu a prosazování kojení v Evropě, který vznikl v rámci projektu, financovaného Odborem pro zdraví a ochranu spotřebitele Evropské komise.

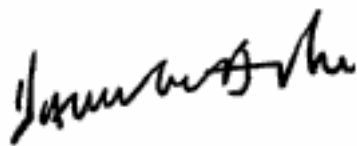
Podpora kojení je jedním z neúčinnějších způsobů jak zlepšit zdraví našich dětí. Kojení má také pozitivní účinek na matky, rodiny, obec, zdravotní a sociální systém, prostředí a celou společnost.

Existuje řada iniciativ na místní, regionální, národní a mezinárodní úrovni, které prosazují kojení. Věřím však, že pravděpodobnost, že tyto iniciativy dosáhnou dobrých a trvalých výsledků, bude mnohem vyšší, jestliže budou aktivity založeny na proveditelných plánech a budou zahrnovat aktivity s prokázanou účinností, integrované do koordinovaného programu.

Návrh Akčního plánu poskytuje rámec pro rozvoj podobných plánů. Návrh bude dán k dispozici všem vládám, institucím a organizacím, které jsou ochotny spolupracovat na ochraně, prosazování a podpoře kojení. Vyzývám zmíněné složky, aby využily tento návrh a uplatnily navrhovaná řešení a doporučení v praxi.

Věřím, že tyto plány přispějí k uspokojení potřeby lepší informovanosti a podpory nejlepšího startu do života dětí všech občanů Evropy.

Rád bych poděkoval skupině lidí, kteří připravili a napsali tento návrh Akčního plánu, za příspěvky.



David Byrne

Bývalý evropský komisař pro zdraví a ochranu spotřebitelů

Souhrn

Ochrana, prosazování a podpora kojení jsou prioritou veřejného zdraví v celé Evropě. Nízká frekvence a časně ukončení kojení má významný nepříznivý zdravotní a sociální dopad na ženy, děti, společnost a prostředí, jehož výsledkem jsou vyšší výdaje na poskytování zdravotní péče na celonárodní úrovni a nárůst nerovností v otázkách zdraví. [Globální strategie výživy kojenců a malých dětí](#), přijatá všemi členskými zeměmi WHO na 55. zasedání WHA v květnu 2002, poskytla základ pro iniciativy pro ochranu, prosazování a podporu kojení v oblasti veřejného zdraví. [Deklarace Innocenti z roku 2005](#) dále zdůrazňuje klíčové aktivity, které jsou nezbytně nutné pro zajištění nejlepšího startu do života všech dětí a pro realizaci lidských práv současných a budoucích generací.

Rozsáhlé zkušenosti ukazují, že kojení může být chráněno, prosazováno a podporováno pouze prostřednictvím sjednocených a koordinovaných aktivit. Tento návrh Akčního plánu, který byl napsán odborníky v otázkách kojení zastupujícími celou EU, přidružené země a zainteresované skupiny včetně matek, navrhuje aktivity, které by měly být zahrnuty do národních a regionálních plánů a uvedeny do praxe. Návrh obsahuje specifická opatření a soubory opatření s prokázanou účinností. Doufáme, že výsledkem uvedení Akčního plánu do praxe bude zlepšení kojení v celé Evropě, včetně epidemiologických ukazatelů (zahájení, výlučnost a délka kojení); více úspěšně kojících dětí, spokojených rodičů s vyšší sebedůvěrou ve schopnost kojít a zdravotníků, vybavených lepšími znalostmi a dovednostmi v oblasti kojení a s větším pracovním uspokojením. To je v souladu s činnostmi, představenými v [Druhém WHO Akčním plánu pro výživovou politiku let 2007-2012](#).

Při vytváření národních a regionálních akčních plánů, vycházejících z tohoto Akčního plánu, musí být vzaty v úvahu existující struktury, finanční, lidské a organizační zdroje. Akční plány by měly být založeny na ověřených doporučených postupech, efektivním řízení a přiměřeném financování. Specifické aktivity na ochranu, prosazování a podporu kojení by měly být podpořeny efektivním plánem pro oblast šíření informací, vzdělávání a komunikace a odpovídajícím pregraduálním a postgraduálním školením. Monitorování, hodnocení a analýza stanovených pracovních priorit jsou pro účinné plánování nezbytné. Akční plán doporučuje v šesti kapitolách cíle pro příslušné aktivity, stanovuje zodpovědnosti a naznačuje možné výstupy a jejich hodnocení.

Politika a plánování, management a financování

Ucelené strategie na národní úrovni by měly vycházet z [Globální Strategie](#) a z [Druhého WHO Akčního plánu pro výživovou politiku let 2007-2012](#) a měly by být integrovány do celkové zdravotní a výživové politiky.

Specifické části národní politiky by se měly věnovat sociálně znevýhodněným skupinám a dětem ve výjimečně obtížných situacích, což je potřebné pro snížení nerovností. Odborné organizace by měly být vyzývány, aby vydaly doporučení a pokyny pro praxi, vycházející z těchto národních politik a standardních doporučení tak, jak je navrženo v projektu EUNUTNET. Veškerá politika a praktická doporučení, týkající se veřejného zdraví a výživy, by měla být oproštěna od komerčních zájmů a tlaků, čímž se vyhneme tomu, aby střet zájmů narušoval důvěru veřejnosti v rozhodování odborníků.

Příslušná ministerstva a zdravotní orgány by měly vypracovat dlouhodobé a krátkodobé plány

a rovněž pověřit kvalifikované koordinátory a mezirezortní výbory. Pro uvedení těchto plánů do praxe jsou potřebné přiměřené finanční a lidské zdroje.

Komunikace pro behaviorální a společenské změny

Odpovídající komunikace ohledně behaviorálních a společenských změn je klíčová pro znovuuštění kultury kojení v zemích, ve kterých byla umělá výživa považována za normu po dobu několika let či generací. Komunikace pro behaviorální a společenské změny, poskytovaná jednotlivcům a skupinám obyvatelstva, musí být v souladu s doporučenými postupy, zákony a praxí v sektorech zdravotnictví a sociálních služeb. Nastávající a noví rodiče mají právo na úplné, správné a nezávislé informace o optimální výživě kojence, včetně doporučení o bezpečné, včasné a vhodné [komplementární výživě](#), tak aby se mohli sami informovaně rozhodovat.

Individuální poradenství by mělo být poskytováno dostatečně vyškolenými zdravotníky, [komunitními poradci](#) a [podpůrnými skupinami matek](#). Je třeba identifikovat speciální potřeby žen, které kojí s menší pravděpodobností a těmto potřebám vyhovět. Mělo by se zamezit distribuci marketingových materiálů o kojenecké výživě, poskytovaných výrobcí a distributory výrobků v rámci [Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka](#).

Školení

Pregraduální a postgraduální výuku a výcvik pro všechny skupiny zdravotníků je třeba zlepšit. Pregraduální a postgraduální osnovy a kompetence v otázkách kojení a laktačního managementu, stejně jako učebnice, musejí být revidovány a rozvinuty. Postgraduální kurzy, založené na vědecky prokázaných poznacích, by měly být nabídnuty všem zainteresovaným zdravotníkům, především v oblasti porodnictví a péče o dítě. Výrobci a distributoři výrobků v působnosti [Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka](#) by neměli výukové materiály a kurzy ovlivňovat. Zdravotničtí pracovníci, kterých se to týká, by měli být vyzýváni k tomu, aby navštěvovali pokračující kurzy laktačního managementu, které poskytují kvalifikaci pro zajištění optimální praxe.

Ochrana, propagace a podpora

Ochrana kojení je všeobecně založena na plném uvedení [Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka](#) a následných, relevantních rezolucí WHA do praxe, včetně mechanismů postihování jeho porušování a monitorovacího systému, který je nezávislý na komerčních zájmech; a na [legislativě na ochranu matek](#), která umožňuje všem pracujícím matkám výlučně kojit své dítě po dobu šesti měsíců a pokračovat v kojení dále. Prosazování kojení souvisí s uváděním doporučených postupů do praxe na všech úrovních systému zdravotnických a sociálních služeb tak, aby bylo kojení považováno za normu. Účinná podpora vyžaduje závazek uvedení standardů optimální péče do praxe ve všech zařízeních péče o matku a dítě. Na individuální úrovni to znamená zajištění přístupu všem ženám k službách podporujícím kojení, včetně pomoci, poskytované dostatečně kvalifikovanými zdravotníky, laktačními poradci, [komunitními poradci](#) a [podpůrnými skupinami matek](#). Měla by být rovněž zajištěna sociální podpora rodinám prostřednictvím místních projektů a programů na úrovni komunity, které budou založeny na spolupráci mezi dobrovolnými a statutárními službami. Právo žen na kojení kdykoliv a kdekoliv potřebují, musí být chráněno. Všechny propagační, podpůrné a ochranné aktivity by měly být zaměřeny zejména na ženy,

které kojí s menší pravděpodobností a jejich rodiny.

Monitorování

Procesy monitorování a hodnocení jsou integrální částí uvedení Akčního plánu do praxe. Pro možnost porovnávání by mělo být monitorování zahájení, výlučnosti a délky kojení prováděno s použitím standardizovaných ukazatelů, definic a metod. Zatím neexistuje v Evropě o těchto ukazatelích dohoda. K dosažení konsenzu a vydání praktických instrukcí, ohledně seznamu ukazatelů, včetně definic a metod vycházejících z doporučení WHO, je třeba vyvinout další úsilí, potřebné pro garanci mezinárodního porovnávání. Monitorování a hodnocení praxe ve zdravotnických a sociálních službách, uvádění doporučených postupů, zákonů a kodexů do praxe, pokrytí a účinnosti aktivit pro behaviorální a společenské změny a školení s použitím standardních kritérií by rovněž mělo být integrální částí akčních plánů. Výsledky monitorování a hodnocení by měly být využity při revizi plánů.

Výzkum

Výzkum je nezbytný z hlediska vyjasnění efektu marketingových postupů v rámci [Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka](#), ucelenější legislativy na ochranu matek, různých opatření pro dosažení změn v oblasti behaviorální a společenské a celkového dopadu iniciativ v oblasti veřejného zdraví. [Poměr vynaložených prostředků k výslednému zisku](#), [poměr efektivnosti nákladů](#) a proveditelnost různých opatření vyžadují rovněž další průzkum. Kvalita výzkumných metod se musí podstatně zlepšit, zvláště co se týká přiměřeného plánu studie, důslednosti v použití standardních definic kategorií, týkajících se způsobu výživy, a v případě potřeby použití přiměřených [kvalitativních metod výzkumu](#). Směrnice v etických otázkách by měly zajistit nezávislost na všech konkurenčních a komerčních zájmech. Prvořadý význam má vyloučení a zvládnutí potenciálních konfliktů zájmu výzkumníků.

I. Úvod

Ochrana, prosazování a podpora kojení jsou prioritou v oblasti veřejného zdraví, protože:

- Kojení je přirozený způsob výživy kojenců a malých dětí. Výlučné kojení po dobu prvních šesti měsíců života zajišťuje optimální růst, vývoj a zdraví¹. V následujícím období je kojení spolu s vhodnými příkrmy nadále přínosem pro výživu, vývoj a zdraví kojence a malého dítěte, včetně prevence infekcí, obezity, rakoviny a dalších chronických onemocnění.²⁻⁶
- Kojení není v mnoha zdravotnických a sociálních zařízeních stále optimálně prosazováno a podporováno. V těchto zařízeních přetrvávají praktiky, které jsou, spíše než pomoci, překážkou úspěšného zahájení a pokračování v kojení.^{7,8} Mnoho evropských dětí je tak stále ochuzeno o výhody, které kojení přináší.
- Nízká četnost a časné ukončení kojení, zejména v okrajových a chudších komunitách, mají významný nepříznivý zdravotní a sociální dopad na ženy, děti, společnost a prostředí. Výsledkem jsou vyšší výdaje na poskytování zdravotní péče a zvýšení nerovností v otázkách zdraví.⁹⁻¹¹

“Pokud by byla dostupná nová vakcína, která by zabránila úmrtí více než jednoho milionu dětí ročně, a která by byla navíc levná, bezpečná, podávána ústy a nevyžadovala by uskladnění v chladu, stala by se okamžitě hitem v oblasti veřejného zdraví.

Kojení může toto všechno zajistit, ale vyžaduje zajištění podpory – to je kvalifikovanou péči poskytovanou matkám s cílem budovat jejich sebedůvěru a ukázat jim, co mají dělat, a chránit je před špatnými praktikami. Pokud se toto zajištění podpory z naší kultury vytratilo nebo je chybné, je třeba ho zajistit správně fungujícími zdravotnickými službami.”¹²

Ochrana, prosazování a podpora kojení přesně zapadá do oblasti lidských práv. Úmluva o právech dítěte,¹³ přijatá valným shromážděním OSN v roce 1989 a doposud ratifikovaná všemi zeměmi kromě USA a Somálska, uvádí ve svém článku 24, že „státní orgány uznávají právo dítěte na požívání nejvyššího dosažitelného standardu zdraví....státní orgány musí zajistit plné uvedení tohoto práva do praxe, konkrétně uplatnění patřičných opatření...aby zajistily, že všechny složky společnosti, zvláště rodiče s dětmi budou informováni, budou mít přístup k informacím a získají podporu při využití základních vědomostí o zdraví a výživě dítěte, výhodách kojení, hygieně a sanitárních otázkách a prevenci úrazů“.

Globální strategie bere obzvláště v úvahu zvláštní potřeby dětí v obtížných podmínkách a zahrnuje doporučení pro včasný a odpovídající komplementární výživu. Doporučuje se, aby se země EU/či EU organizace při poskytování humanitární pomoci jiným zemím či pomoci uprchlíkům, kteří hledají azyl v zemích EU řídily pokyny pro výživu kojenců a malých dětí, které se ocitly v obtížných podmínkách.¹⁹ Informace ohledně těchto témat jsou dostupné na <http://www.enonline.net/ife/resources.aspx>.

Iniciativy v oblasti veřejného zdraví s cílem chránit, prosazovat a podpořit kojení by měly vycházet z [Globální strategie výživy kojenců a malých dětí](#) (dodatek 1), přijaté všemi členskými zeměmi WHO na 55. zasedání WHA v květnu 2002 a výkonným výborem

UNICEF v září 2002.¹⁴ Globální strategie vychází z [Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka](#)¹⁵ a následných relevantních rezolucí WHA (dodatek 2);^c [Deklarace Innocenti z roku 1900](#) (Dodatek 3)¹⁶ a iniciativy [WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative](#) (Dodatek 4).¹⁷ Je rovněž v souladu se Světovou deklarací a akčním plánem pro výživu FAO/WHO¹⁹ z roku 1992 a s [Prvním a druhým WHO Akčním plánem pro výživovou politiku](#) (Dodatek 5).^{20,21} Cíle, obsažené v těchto dokumentech, by měly dosáhnout všechny členské státy.

[Globální Strategie](#) bere v úvahu zejména zvláštní potřeby dětí v obzvláště obtížných podmínkách (dětí s nízkou porodní hmotností, podvyživené děti, oběti přírodních či válečných katastrof, děti narozené matkám s HIV, děti z rodin v obtížných situacích) a zahrnuje doporučení pro zavádění doporučení o bezpečné, včasné a vhodné [komplementární výživě](#). Doporučuje se, aby se země EU/či EU organizace řídily pokyny pro výživu kojenců a malých dětí, které se ocitly v obtížných podmínkách, když poskytují humanitární pomoc jiným zemím či pomoc uprchlíkům, kteří hledají azyl v zemích EU.^{22d}

Význam ochrany, prosazování a podpory kojení byl rovněž zdůrazněn v důležitých dokumentech Evropské unie (EU). Projekt EUODIET důrazně doporučil provést souhrn existujících aktivit a rozvoj Akčního plánu kojení a jeho uvedení do praxe.²³

V návaznosti na EUODIET zdůraznila tzv. „Francouzská iniciativa“ týkající se výživy, potřebu aktivit v oblasti dohledu nad situací a prosazování kojení.²⁴ Výsledkem Francouzské iniciativy je Rezoluce o výživě a zdraví Rady EU z prosince 2000, ve které bylo kojení oficiálně uznáno jako priorita.²⁵

Kromě zdravotních důsledků má ochrana, propagace a podpora kojení významné společenské a ekonomické dopady. V mnoha bohatších zemích byly náklady na léčbu nemocí, kterým lze díky kojení předejít, odhadnuty v několika tisících euro na dítě za rok.²⁶⁻²⁹ K těmto nákladům je třeba přičíst náklady rodin v stovkách euro za nákup formule a náklady na nepřímou zdravotnickou péči.^{30,31} Výživa dětí formulí má také nepříznivý dopad na životní prostředí díky zemědělské činnosti související s výrobou kravského mléka, výrobě a distribuci formule a energii potřebné k udržení cyklu produkce, transportu a spotřeby a zpracování nadměrného množství odpadu. Konečně kojení je často uváděno ve zprávách WHO komise pro společenské determinanty zdraví jako jeden z faktorů, který může přispět k snížení nerovností v celosvětovém i národním měřítku.^{32,33}

Akční plán pro kojení v Evropě a s ním související dokumenty^{34,35} přicházejí jako logické vyústění všech projektů, návrhů, rezolucí a akčních plánů a nabízejí praktický návod, který má přinést plody všech dosavadních snah.

Proč potřebujeme tento plán?

Navzdory obtížím s interpretací dostupných údajů je zřejmé, že epidemiologické ukazatele kojení a praxe v zemích EU daleko pokulhávají za doporučeními, vycházejícími z vědecko podložených výzkumů.^{2,14} Globální strategie výživy kojenců a malých dětí uvádí: „Podle celosvětového doporučení z hlediska veřejného zdraví by měli být kojenci výlučně kojeni po dobu prvních šesti měsíců života za účelem dosažení optimálního růstu, vývoje a zdraví. Dále

^c Mezinárodní kodex marketingu náhražek mateřského mléka a následné relevantní rezoluce WHA se sv tomto dokumentu uvádí společně pod termínem Mezinárodní Kodex.

^d Další zdroje k tomuto tématu jsou dostupné na <http://www.enonline.net/ife/view.aspx?resid=6>.

v souladu s rostoucími výživovými nároky by měli kojenci dostat výživově přiměřené a bezpečné příkrmy spolu s pokračujícím kojením do věku dvou let nebo déle.“

Rozsáhlé zkušenosti jasně ukazují, že kojení může být chráněno, prosazováno a podporováno pouze prostřednictvím sjednocených a koordinovaných aktivit. Země EU v současné době koordinují své aktivity v jiných zdravotních oblastech a sociálních odvětvích. Aktivity spojené s kojením nejsou v současné době v Evropě koordinovány. Ne všechny země mají vypracovány národní politiku a plány, a i když tyto existují, nejsou vždy realizovány nebo nejsou v souladu s všeobecně uznávanými, důkazy podloženými doporučeními.

Co je Akční plán?

Akční plán je modelem, který zdůrazňuje, co by měly národní a regionální plány obsahovat, aby bylo dosaženo účinné ochrany, propagace a podpory kojení. Podchycení všech kroků Akčního plánu je potřebné pro:

- Účinnou politiku, plánování, management a financování;
- Vysoce odbornou komunikaci pro behaviorální a společenské změny;
- Odpovídající pre- a post-graduální školení zdravotníků s podpůrným dohledem;
- Načasované hodnocení a monitorování všech zavedených iniciativ.

Do Akčního plánu byla zařazena celá řada specifických opatření, z nichž většina doporučení je vědecky podložena.³⁵ Návrh rovněž zahrnuje opatření, které sice nejsou vědecky podložena, ale z dlouhodobých zkušeností vyplývá, že jsou pro provedení Akčního plánu nezbytná.

Akční plán je předkládán jako model, který může být použit podle potřeby. Některé země a regiony v Evropě mohou již mít dobře koordinované struktury a praxi na vysoké úrovni a vyžadují pouze malé nebo žádné zásahy. Jiné mohou mít špatně koordinované postupy, které mohou nebo nemusí být podloženy doporučenými postupy a ověřeny výzkumy; nezbytnost aplikovat návrh v druhém případě je zřejmá. Informace shromážděné pro potřeby tohoto projektu naznačují, že situace ve většině evropských zemí a regionů je někde mezi oběma scénáři, a proto vyžaduje pečlivý výběr a adaptaci navrhovaných aktivit pro zvládnutí nedostatků v koordinaci postupů a praxe v jednotlivých zemích a regionech.

Akční plán nepřináší doporučení nějakých specifických operačních strategií pro celou Evropu, jako např. těch souvisejících s marketingem náhražek mateřského mléka, z úřední pozice Evropské Unie, z Codex Alimentarius a výzkumu. U jiných strategií Akční plán připouští, že celoevropské strategie by vyžadovaly sjednocení množství různých struktur a způsobů financování, které existují v různých zemích, což by v krátkodobém horizontu nebylo možné. Prováděcí strategie nebo akční plány založené na tomto návrhu mohou být účinné na národní a regionální úrovni pouze tehdy, pokud budou brány v úvahu dostupné finanční, personální a organizační zdroje a struktury.

Jakým způsobem tento plán vznikl?

Návrh Akčního plánu byl vytvořen skupinou odborníků v otázkách kojení, zastupujících všechny země EU a přidružené země. Skupiny respondentů z jednotlivých zemí většinou

zastupovaly významné zdravotní a spřízněné profesní sdružení a skupiny investorů, včetně matek. Před vypracováním tohoto návrhu pracovní skupina nejdříve analyzovala současnou situaci (dostupné ukazatele o kojení a praxi) ve všech zúčastněných zemích.³⁴ Pracovní skupina pak provedla podrobnou revizi intervencí ve vztahu ke kojení společně s analýzou výzkumných důkazů podporujících tyto intervence za účelem zjištění rozdílů mezi tím, co bylo vykonáno a co by mělo být vykonáno.³³ Pracovní verze návrhu byla posléze předložena k úvaze a revizi širší skupině zainteresovaných osob, které hrají významnou roli a jsou odborníky v daných otázkách v jednotlivých zemích. Současná verze byla revidována v rámci projektu Propagace kojení v Evropě: pilotní testování Akčního plánu, jak je popsána v předmluvě.

Komu je tento plán určen?

Cílem Akčního plánu je informovat klíčové osoby, které vytvářejí politiku veřejného zdraví a vládní orgány, které se zabývají ženskými otázkami, péčí o dítě a vzděláváním v zemích EU a dalších zemích, které se účastnily na projektu. Je také zaměřen na stimulaci spolupráce mezi všemi jedinci, kteří pracují ve veřejném a soukromém sektoru; včetně nevládních organizací, které hrají významnou roli v ochraně, prosazování a podpoře kojení. Je dostupná rovněž stručná verze původního návrhu, která si klade za cíl informovat veřejnost a média.^c

Jakým způsobem může být tento plán použit?

Orgány odpovědné za oblast veřejného zdraví, sociální otázky a vzdělávání na národní a regionální úrovni mohou využít příslušné části Akčního plánu při vytváření a revizi svých národních nebo regionálních plánů, iniciativ a operačních postupů pro podporu kojení. Uvedení do praxe a hodnocení regionálních a národních plánů, vycházejících z tohoto Akčního plánu, bude v odpovědnosti příslušných orgánů, včetně místních zdravotnických zařízení. Integrovanou částí procesu bude získat příslib spolupráce mezi zainteresovanými orgány při uvádění navrhovaných aktivit do praxe. Jedná se o zástupce vedení nemocnic a obcí, národní a regionální vládní orgány, příslušné profesní asociace, nevládní organizace, školy, vysoké školy, zaměstnavatele a mnoho dalších. Do tohoto Akčního plánu jsou také zahrnuty očekávané výsledky a jejich monitorování. Na to je třeba brát zřetel při stanovení indikátorů změn souvisejících se zavedením Akčního plánu, které budou součástí národních a regionálních plánů.

Jaké problémy byly zjištěny při aplikaci Akčního plánu v rámci projektu?

Politici nebyli v některých případech seznámeni s náplní Akčního plánu a s ním souvisejícími dokumenty. To vedlo ke sporům, týkajících se např. sestavování priorit jednotlivých činností a jejich uvádění do praxe. Na druhé straně, zdravotníci a zástupci nevládních organizací (NGOs) ne vždy plně chápou otázky managementu a finanční hlediska politiků. Problémy se vyskytly i s úpravou formátu původního Akčního plánu. To se týkalo zejména části věnované monitorování, kde uživatelé navrhli, aby to co bude měřeno a kým, bylo uvedené v tabulce pro jednotlivé aktivity spíše než v oddělené části, přičemž text byl ponechán jako v původním Akčním plánu. .

^c Viz http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf

Jaké jsou očekávané výsledky Akčního plánu?

Doufáme, že uvedení akčního plánu do praxe povede k:

- zlepšení praktik kojení a podílu kojených dětí (zejména v zahájení, výlučnosti a délce kojení) v celé Evropě;
- přispěje k zvýšení počtu rodičů s pozitivními zkušenostmi s kojením a s vyšší sebedůvěrou ve schopnost kojit
- ke zlepšení dovedností zdravotníků, potřebné k ochraně, propagaci a podpoře kojení a k jejich většímu uspokojení z práce.

Dosažení těchto očekávaných výsledků bude vyžadovat fungující národní a lokální plány, které budou přiměřeně finančně zajištěny a pravidelně revidovány a aktualizovány podle potřeby.

Návrh požaduje, aby matky, které se rozhodnou krmit své dítě umělou výživou, dostaly správnou informaci o optimálním způsobu výživy, aby bylo respektováno jejich rozhodnutí a dostalo se jim podpory, jakou potřebují, stejně jako informace o tom, kdy a jakým způsobem podávat adekvátní příkrmy. Vzhledem k tomu, že péče o dítě a vytváření citové vazby znamená více než výživu, měly by být do rámce podpory matky zahrnuty i širší otázky, které podpoří vytváření optimálního vztahu k dítěti.

II. Přehled současné situace^f

Přehled situace v 29 zemích, které byly zahrnuty do souhrnu lze najít na začátku projektu prvního Akčního plánu; podrobnější detaily byly publikovány v medicínských časopisech,³⁶ a celý dokument je k dispozici on-line.^g V rámci tohoto projektu byl proveden stejný přehled na konci roku 2007. Dotazníky byly rozeslány do stejných 29 zemí a vyplněné je vrátili představitelé 23 zemí: Rakousko, Česká republika, Německo, Dánsko, Řecko, Španělsko, Finsko, Francie, Island, Irsko, Itálie, Litva, Lucembursko, Lotyšsko, Holandsko, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Švédsko, Slovinsko, Slovensko a Spojené Království (Anglie, Wales, Skotsko a Severní Irsko). Dále uvádíme přehled hlavních vyvozených závěrů:

- Co se týká shromažďování údajů za účelem sledování podílů kojených dětí, nedošlo mezi lety 2002 a 2007 k velkým změnám. Použité metody a definice ještě stále nebyly standardizovány, takže srovnávání v roce 2007 je stejně obtížné jako v roce 2002. Navíc v roce 2007 mělo jen několik zemí k dispozici aktuálnější data než ty, které uvedly v roce 2002.
- Zlepšení v iniciaci kojení nahlásily Irsko, Francie a Spojené Království, to jest země, kde podíly byly nízké už v roce 2002 a zůstaly nižší než v ostatních státech Evropy i v roce 2007. Vyšší podíl výlučně kojených dětí ve věku 6 měsíců byl nhlášen z Holandska a Slovenska, zatímco v Rakousku došlo k jejich poklesu –zde se však jedná o artefakt vzhledem ke změně definic mezi studii. Podíl jakéhokoliv kojení v 6 měsících věku vzrostl ve Finsku a do menší míry i v Holandsku a Portugalsku. Co se týká kojení ve 12 měsících věku, tak pouze Rakousko hlásilo zlepšení.
- Tvrzení z roku 2002, že podíly kojených dětí a praktiky související s kojením v zemích

^f Viz http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

^g Viz http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf

EU zdaleka nesplňují doporučení WHO a UNICEF a doporučení navržená národní politikou či odbornými asociacemi, stále platí. Dokonce i v zemích, kde počet matek, které začnou kojit je vysoký, dochází k velkému poklesu kojených dětí v prvních 6 měsících života. Podíl výlučně kojených dětí v celé Evropě je nižší než je doporučováno.

- Počet zemí s dobrou národní politikou se zvýšil, zvláště co se týká počtu zemí, kde je výlučné kojení doporučováno do 6 měsíce věku. V roce 2007 chyběla národní politika pouze u 6 z 23 zemí v porovnání s 11 z 29 zemí v roce 2002. V jedenácti zemích aktualizovali praktické pokyny ohledně kojení tak, aby splňovaly standardy, vytyčené [Globální Strategii](#). K tomu mohla přispět publikace standardních doporučení, vytvořených v rámci projektu EUNUTNET, a schválených mnoha odbornými asociacemi.³⁷ A konečně 8 zemí (včetně 4 z těch, které se účastnily projektu pilotního testování Akčního plánu) v tomto období vytvořilo či revidovalo národní plány, takže 18 zemí EU z 24 má vytvořeno v roce 2007 národní plány v porovnání s 13 z 29 zemí v roce 2002.
- Některé země ještě musí dosáhnout cílů, vytyčených v roce 1995 [Deklarací Innocenti 1990](#). Podíl zemí s národní komisí pro kojení vzrostl z 69% v roce 2002 na 79% v roce 2007, v podílu zemí s národním koordinátorem pro kojení se však nezvýšil. Ke zlepšení nedošlo ani co se týká financování národních komisí či koordinátorů kojení. Ukázalo se, že dodatečné aktivity diskutované v [Deklaraci Innocenti 2005](#) změny neurychlily.
- S výjimkou Rakouska a Finska, se počet Baby Friendly porodnic a podíl dětí, které se v nich narodil zvýšil všude. Jediné dvě země bez Baby Friendly porodnic jsou Řecko a Island. Švédsko je jedinou zemí, kde všechny porodnice jsou Baby Friendly, nicméně počet zemí, kde se více než 50% dětí rodí v těchto porodnicích vzrostl ze 3 na 5 a celkově došlo k nárůstu. [Baby Friendly Hospital Iniciativa](#) je oblastí, kde bylo více zlepšení v roce 2007 v porovnání s rokem 2002, což bylo potvrzeno skutečností, že všechny země mají BFHI koordinátora v porovnání se situací v roce 2002, kdy to bylo pouze 20 zemí z 29. Navíc mnoho zemí provozuje i jiné Baby Friendly iniciativy jako např. v oblasti primární zdravotnické péče, novorozeneckých intenzivních jednotek, dětských klinikách a zdravotnických školách. Počet velkých, fakultních nemocnic s akreditací Baby Friendly, však zůstává nízký a pre-graduální vzdělávání je nedostatečné.
- Na druhé straně rozšíření a kvalita pre-graduálních kurzů se zvyšuje. Všechny země s výjimkou Irska a Lotyšska zavedly 8-hodinový kurz UNICEF/WHO, týkající se praktik kojení, a/nebo 40-hodinový kurz WHO/UNICEF, týkající se poradenství nebo upravené verze těchto kurzů. V některých zemích (např., Dánsko, Norsko, Švédsko), jsou tyto kurzy považovány za příliš elementární. Počet [IBCLC](#) se ve většině zemí také zvýšil, z čehož vyplývá potřeba odborných laktančních poradců.
- Nebyly nahlášeny žádné změny, týkající se legislativy na ochranu mateřství a marketingu náhražek mateřského mléka. To je pochopitelné, protože k takovýmto změnám dochází až za delší dobu a jsou vždy závislé na mezinárodních a EU konvencích a směrnicích. Co se týká [Mezinárodního kodexu](#), většina zemí aplikuje Směrnici EU z roku 1991,³⁸ která nepokrývá všechna jeho ustanovení. V prosinci 2006 Evropská komise uveřejnila aktualizovanou Směrnici;³⁹ to však nebude mít podstatný vliv na aplikaci všech ustanovení Mezinárodního kodexu. Mezitím některé země provedly studie, zabývající se dodržováním kodexu a zjistili, že je soustavně porušován.
- Legislativa na ochranu matek ve vztahu ke kojení ve většině zemí přesahuje minimální standardy doporučované [ILO 183 Konvencí](#),⁴⁰ I když dosud ji ratifikovalo pouze 8 zemí: Rakousko, Bulharsko, Kypr, Maďarsko, Itálie, Litva, Rumunsko a Slovensko.

Pokud národní legislativa nedosahuje standardů ILO, jedná se především o poskytování přestávek na kojení. Navíc mnoho kategorií pracujících matek (např. ženy zaměstnané méně než 6-12 měsíců v době žádosti o mateřskou dovolenou, pracovnice "na dohodu", pracovnice s nepravidelným, částečným úvazkem a pracující studentky a učnice) není do této legislativy zahrnuto. A konečně většina národních legislativ nebyla upravena tak, aby matkám umožnila plně zavádět výživová doporučení [Globální Strategie](#).

- Všechny země uvádějí existenci [komunitního poradenství](#) a [podpůrných skupin matek](#); jejich počet obecně vzrůstá, stejně jako geografické pokrytí služeb, které poskytují a které je odhadováno jako střední až vysoké jen v asi polovině zemí. Stupeň koordinace mezi různými podpůrnými skupinami se pomalu zlepšuje stejně jako stupeň integrace a koordinace s dostupnými statutárními službami. Míra financování komunikačních aktivit se také zvyšuje, z čehož plyne nárůst produkce materiálů (např. brožur, letáků, videí a kampaní) včetně těch, které jsou součástí Světového týdne kojení.

III. Faktory, určující kojení

Aby byl Akční plán účinný a proveditelný, je třeba brát v úvahu faktory určující kojení. Determinanty kojení je rovněž třeba brát v úvahu při vytváření protokolů pro monitorování postojů, praxe a ukazatelů ve vztahu ke kojení. Odlišné sféry působnosti těchto determinant naznačují, že je třeba monitorovat jejich dopad a následně jednat na příslušné rovině zdravotnického systému a společnosti. Mnoho faktorů, určujících kojení, působí odlišně v závislosti na specifických místních podmínkách. Např. vzdělání matky a její zaměstnání může v různých populacích souviset s kratší i delší dobou kojení. Determinanty kojení je možné rozdělit různými způsoby. Jeden z možných způsobů a seznam faktorů, ovlivňujících zahájení a délku kojení, je v níže uvedené tabulce.⁴¹

Matka, dítě, rodina	<ul style="list-style-type: none"> • Věk, počet dětí, tělesné a duševní zdraví matky • Zkušenost matky s kojením a kojením předchozích dětí • Vzdělání, zaměstnání, sociální třída, etnická příslušnost, bydliště • Znalosti, postoje, důvěra ve schopnost kojit • Rodinný stav, velikost rodiny, podpora ze strany otce/partnera a rodiny • Životní styl (kouření, alkohol, drogy, výživa, tělesná aktivita) • Porodní hmotnost, gestační věk, způsob porodu, zdravotní stav novorozence • Dostupnost osob (vzorů) s pozitivní zkušeností s kojením
Systém zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> • Dostupnost prenatální péče a její kvalita • Kvalita pomoci během porodu a v prvních dnech • Dostupnost postnatální péče o matku a dítě a její kvalita • Typ a kvalita profesionální podpory kojení

	<ul style="list-style-type: none"> • Dostupnost komunitního poradenství a podpůrných skupin matek
Strategie veřejného zdraví	<ul style="list-style-type: none"> • Úroveň priority a finanční podpory poskytované kojení • Oficiální strategie, doporučení a plány • Systémy monitorování a kontroly • Kvalita před- a post-graduálního vzdělání zdravotníků • Finanční podpora dobrovolným podpůrným aktivitám (M2M) • CBSC a využití různých médií pro propagaci kojení
Sociální strategie a kultura	<ul style="list-style-type: none"> • Legislativa a dodržování Mezinárodního kodexu • Legislativa na ochranu matek a její uplatňování • Znázorňování způsobu výživy kojence a mateřství v médiích • Překážky a bariéry kojení na veřejnosti • Prevalence a úroveň aktivity podpůrných skupin matek (M2M) • Úroveň povědomí a znalostí o kojení v komunitě

Faktory s negativním vlivem na zahájení, výlučnost a délku kojení byly obdobně rozděleny následovně:⁴²

- Demografické, sociální a ekonomické charakteristiky matky a rodiny.
- Strukturální a sociální podpora.
- Zdravotní stav matky a dítěte.
- Znalosti, postoje a dovednosti matky.
- Aspekty stravovacích návyků/praktik.
- Organizace, politika a praktiky zdravotnického.
- Faktory kulturní, sociální, ekonomické, komerční a environmentální .

IV. Přehled shrnutých opatření^h

Účinnost opatření na ochranu, prosazování a podporu kojení, stejně jako jiná opatření v oblasti zdravotnictví a veřejného zdraví, by měla být vědecky podložena. Shrnutí opatření, která byla provedena v rámci tohoto projektu, bralo v úvahu kromě řízených studií také zprávy o pozitivních zkušenostech. Řešitelé projektu zjistili, že mnoho aspektů ochrany, prosazování a podpory kojení, zvláště těch, které nesouvisejí se sektorem zdravotní péče, nejsou přizpůsobitelné rigoróznímu hodnocení účinnosti, jak je pojata v konceptu medicíny založené na důkazech. Opatření byla následně utříděna do oblastí strategie a plánování; komunikace pro behaviorální a společenské změny; školení; a ochrana, prosazování a podpora kojení. V každé oblasti byla opatření ohodnocena podle kvality důkazů.

Souhrn vedl k následujícím závěrům co se týká účinných opatření:

- Ukazuje se, že kombinace několika strategií a opatření podložených důkazy v rámci mnohovrstevných integrovaných programů, má synergický efekt.
- Mnohovrstevná opatření jsou zvláště účinná, pokud se zaměřují na iniciaci, trvání a výlučnost kojení s využitím mediálních kampaní, osvětových programů přizpůsobených místní situaci, jednotné školení zdravotníků a nezbytné změny ve strategiích na národní, regionální a nemocniční úrovni.
- Účinnost mnohovrstevných opatření, zvláště co se týká výlučnosti a délky kojení, se zvyšuje, pokud jsou do ní zahrnuty svépomocné programy.
- Opatření, která zahrnují pre- a postnatální období, včetně klíčových dnů kolem porodu, se zdají účinnější než opatření, která se zaměřují na jednotlivá období. BFHI je příkladem široce zaměřeného opatření s prokázanou účinností a velmi se doporučuje její široké uvedení do praxe.
- Opatření v rámci zdravotního sektoru jsou zvláště účinná pokud je uplatněn kombinovaný přístup, který zahrnuje školení personálu, ustanovení poradce v otázkách kojení nebo laktačního konzultanta, tištěné informace pro personál a pacienty a systém rooming-in.
- Dopad osvětových opatření, týkajících se zahájení a délky kojení, zaměřených na matky, je významný pouze tehdy, pokud je současná praxe kompatibilní s tím, co je matkám sdělováno.
- Poskytování informace o kojení budoucím rodičům a matkám po porodu prostřednictvím krátkého či žádného osobního kontaktu (např. prostřednictvím letáků nebo telefonické podpory), je méně účinné než poskytování informace prostřednictvím delšího osobního kontaktu. Samotné použití tištěných materiálů je nejméně účinným opatřením.
- Účinnost programů BFHI, zaváděných v současné době v některých zemích, přesahujících rámec porodnického zařízení a zahrnujících i ambulantní zdravotní služby a dětské kliniky, nebyla dosud hodnocena. Tyto programy jsou však založeny na kombinaci iniciativ, které samotné byly dobře podloženy důkazy.
- Vypracování a uvedení zákonů, kodexů, směrnic, strategií a doporučení do praxe na různých úrovních (národní, regionální) a v různých situacích (pracoviště, nemocnice,

^h Viz http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf

komunita) jsou významnými opatřeními, v současné době je ale obtížné získat přesvědčivé důkazy o jejich účinnosti (existuje jen málo studií, většinou v rámci mnohvrstevných opatření).

- Opatření na pracovištích jsou zvláště účinná, pokud mají matky možnost zvolit si práci na částečný úvazek a mají zajištěno poskytnutí přestávek na kojení na pracovišti spolu s místem, kde mohou na pracovišti kojit/odstříkávat. Tato opatření, ať už v souladu s vyžadovanou legislativou nebo jako součást strategie podpory kojení na pracovišti, zahrnují placené přestávky na kojení nebo odstříkávání mateřského mléka v průběhu pracovního dne s tím, že zaměstnavatel k tomu poskytne vhodné podmínky.

Po zkompletování všech výše zmíněných souhrnů, byly publikovány další souhrny opatření.⁴³⁻

⁴⁶ Tyto aktualizované souhrny potvrdily výsledky souhrnu, provedeného v rámci projektu Akčního plánu.

Rozhodnutí uvést do praxe sadu opatření vyžaduje kromě zvážení účinnosti také zvážení proveditelnosti a nákladů. Proveditelnost a náklady jsou specifické pro jednotlivé země a oblasti, protože závisejí na místních ekonomických, sociálních a kulturních podmínkách. Politický závazek je pro úspěšné uvedení opatření, týkajících se kojení do praxe důležitější, než otázky, spojené s proveditelností a náklady. Je známo, že v ideální situaci, kde náklady nejsou primárně určující, může být opatření vyžadující vyšší náklady považováno za proveditelnější díky příznivějšímu poměru zisku k nákladům. Některé strategie a intervence mohou být doporučovány, i když nejsou podloženy silnými důkazy; to se týká především legislativy a obecných strategií, které nejsou snadno postižitelné rigorózním vědeckým hodnocením. Nicméně, názory a zkušenosti odborníků ukazují, že tyto iniciativy mají dlouhotrvající příznivý dopad na počet matek, které úspěšně kojí.

Závěrem je třeba zdůraznit, že program na ochranu, prosazování a podporu kojení není pouze seznamem jednotlivých opatření. Opatření jsou obvykle mnohvrstevná, vzájemně propojená a integrovaná za účelem zvýšení jejich kombinovaného a kumulativního účinku. Účinek navíc závisí na kontinuitě, protože změna v chování matek, rodin a zdravotníků a kultury výživy kojence v dané společnosti vyžaduje, aby byla opatření a programy prováděna po dostatečně dlouhou dobu.

V. Akční plán

1. Politika a plánování, management a financování

Analýza situace

Politika a plánování, ať už vytváření nového plánu či revize starého plánu, většinou začíná analýzou situace. Účastníci pilotního projektu shledali uvedení původní švédské myšlenky do praxe užitečné. Tato myšlenka vychází z Akčního plánu jako modelu nebo jako souboru pokynů s prostorem pro komentáře, pro hodnocení řady doporučených návrhů už zcela či částečně dosažených a pro uvedení těch, které jsou dosaženy jen částečně nebo vůbec. ([Dodatek 7](#)).

Vytváření politiky

Politika je řadou nařízení, které určují činnosti, jenž se státní či místní zastupitelé rozhodli uvést do praxe, jako reakci na předmět zájmu veřejného zdraví, jako např. dosažení optimální výživy kojenců a malých dětí. Některé země už mají svojí vlastní politiku utvořenu. Jiné ji ještě nemají nebo potřebují její úpravu, před tím nebo v průběhu vytváření Akčního plánu. V [dodatku 8](#) je uveden model politického dokumentu. Jednotlivé země budou muset zřejmě tento model upravit dle svých specifických podmínek. Jakmile je politika přijata, měla by být předána všem zdravotníkům a dalším pracovníkům, kteří pečují o matky, kojence a malé děti. Politika by měla být upravována každých 3-5 let, nebo pokud se objeví nové důkazy, které to budou vyžadovat i častěji. Monitorování zavádění politiky je nezbytné.

Vydávání praktických pokynů

Pro zavádění nařízení a vyjádření úmyslů, představených politikou, jsou nezbytné praktické pokyny. I zde opět některé země už mají praktické pokyny vytvořeny, zatímco jiné musí začít od začátku či upravit své staré pokyny. Účastníci pilotního projektu shledali doporučení, vytvořená Projektem UENUTNET, financovaným EU, pro tento účel užitečná.³⁷ⁱ Jako kterýkoliv dokument tohoto typu vyžadují tato doporučení úpravu dle specifických místních podmínek a pravidelné obnovování vycházející z dostupných důkazů. Netřeba se zmiňovat, že by praktické pokyny měly být vytvářeny ve spolupráci se všemi odborníky, zabývající se výživou kojenců a malých dětí.

Plánování

Komplexní národní/regionální plány, týkající se účinné ochrany, propagace a podpory kojení, by měla vycházet z [Globální Strategie](#) a z “Pokynů pro plánování zavádění Globální strategie výživy kojenců a malých dětí”.^j Politika a plány, týkající se kojení nebo lépe výživy kojenců a malých dětí, by měly být součástí celkového zdravotní politiky a plánů, se specifickým

ⁱ Tato doporučení lze stáhnout z http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2 a také z webových stránek Mezinárodní asociace laktačních konzultantů na ilca.org/liasion/Infant-and-YoungChildFeeding/EUPolicy06English.pdf. Dokument je u veden I v dalších jazycích EU.

^j Je dostupný online na http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/Planning_guide.htm

důrazem na zdravotní potřeby sociálně znevýhodněných komunit.

Nastavení priorit

Seznam úkolů plánu může být vytyčen krátko či dlouhodobě. Všechny úkoly mohou být součástí dlouhodobého plánu, ale je velmi pravděpodobné, že nebudou všechny obsaženy v krátkodobém plánu. Proto je třeba stanovit priority. Tím získáme různé výsledky, závislé na lokálních podmínkách a zdrojích, jak ukázaly plány vytvořené v zemích, kde byl Akční plán pilotně testován. Není možné nadiktovat postup pro stanovení priorit. Lze však uvést některé principy:

1. Nalézt relevantní zákonodárce a zapojit je do vytváření priorit, přičemž je třeba zabránit střetům zájmu.
2. Seznámit zákonodárce se seznamem všech úkolů, které je třeba do plánu začlenit.
3. Shodnout se zákonodárcem na kritériích pro stanovení priorit, např.:
 - Velikost či četnost problému (počet ovlivněných lidí);
 - Závažnost (počet lidí se závažnými následky);
 - Pravděpodobnost úspěchu či pozitivního výsledku (účinnost opatření);
 - Přijatelnost (či vhodnost) pro politiky, manažery, odborníky, veřejnost;
 - Smysluplnost (např. pravděpodobnost, že dosažení cíle sníží nedostatky);
 - Proveditelnost a náklady za daných dostupných zdrojů.
4. Rozhodnout se jaké bodování bude použito pro každý odsouhlasený bod.
5. Získat potřebné informace k bodování cílů podle odsouhlasených bodů.
6. Poskytnout dostupné informace všem zapojeným zákonodárcům. .
7. Ustanovit časový rozvrh a krajní lhůtu pro zpětnou vazbu a proces rozhodování.
8. Získat od zákonodárců bodování a pořadí pro odsouhlasený seznam možných cílů.
9. Dosáhnou shody ohledně možného počtu cílů, které budou začleněny do plánu.
10. Sepsat vybrané cíle a ověřit, že se na nich shodujete.

Definice cílů a napsání plánu

Priorita cílů, stanovených v předešlém kroku, musí být převedena na specifické operační cíle a aktivity. Za tímto účelem je třeba :

- Vytvořit časový rámeček.
- Stanovit pomocí jasných definic měřitelné [výstupy a výsledky](#).
- Vybrat člověka, zodpovědného za zavádění opatření.
- Shodnout se na návrhu, jakým bude zavádění opatření probíhat.
- Zajistit zdroje pro zavádění opatření.

Některé primární cíle mohou zahrnovat dva či více sekundárních cílů, které projdou stejným procesem, jak je popsáno níže. Operační tabulky [části VI](#) poskytnou návod, které potenciální osoby a/nebo instituce budou zodpovědné za provádění různých cílů, buď vyplývající z jejich role nebo po dohodě všech zúčastněných.

Primární a sekundární cíle by měly být co nejvíce specifikovány, včetně načasování a požadovaných [výstupů a výsledků](#). Jestli by měly být přidány i úkoly, kterých je třeba pravidelně dosahovat, je otázkou pro diskusi. Na mnoha místech jsou úkoly využívány k odměňování a motivaci lidí, méně častěji pak mohou být využívány jako trest. Zatímco posledně jmenovanému použití úkolů bychom se měli vyhnout, první způsob využití úkolů může mít pozitivní účinek,⁴⁷ a mohou ho uvítat zejména zdravotníci s nižším platem. Plány a

úkoly, by však měly být používány jako prostředky a nikde ne jako konečné cíle.

Plánování pomocí cílů není exaktní vědou a nikdy nevíte, zda není některý z cílů nedosažitelný. Za prvé se může jednat o špatně zvolený cíl, může být špatně naplánován a/nebo zaveden do praxe, může dojít vlivem interních či externích faktorů ke změnám okolností, čímž se cíl stane nepřiměřený či zastaralý. Plánovači a manažeři musí být připraveni znovu prodiskutovat a předefinovat řadu cílů dle potřeby. Odtud vyplývá význam dobrého managementu a monitorování

Management a financování

Management můžeme definovat jako soubor činností vedoucích k dosažení vytyčených cílů. K hlavním úlohám managementu patří:

- Rozhodnout co je třeba udělat, kdy, kde a kým.
- Zajistit, aby každou činnost prováděla osoba k tomu kvalifikovaná.
- Zajistit potřebné zdroje k zavádění aktivit.
- Dohlížet na zaváděné aktivity, aby bylo zajištěno splnění daných standardů.
- Vytvořit a udržovat dobré vztahy mezi lidmi, pracujícími v jednom týmu.
- Koordinovat aktivity, prováděné různými lidmi a týmy, aby nedocházelo k přesahům činností a rozporům. Usnadnit komunikaci mezi nimi.
- Analyzovat rozdíly mezi plánovanými a současnými aktivitami pro přeplánování.
- Zajistit získávání potřebných informací pro monitorování a pravidelnou analýzu.

Dobrý manažer (např. národní či regionální koordinátor kojení) by si měl vždy být dobře vědom toho, že materiální zdroje (včetně peněz) jsou obnovitelné. Jsou však dvě kategorie neobnovitelných zdrojů, a to čas a lidé. Tyto zdroje vyžadují speciální péči, zejména zdroj lidský, neboť jsou to právě lidé, kteří uvádějí věci do chodu.

Manažer by měl mít vyjednávací schopnosti, to jest schopnost zlepšovat účast všech zákonodárců v zavádění aktivit.

Řízení lidí je komplexnější než materiální řízení. Pro uspokojení lidí nestačí dobře fungující práce a pravidelný plat. Práce musí být zajímavá a podněcující. Pracovní prostředí a vztahy mezi odborníky a uživateli musí být příznivé, ne-li příjemné. Abychom toho dosáhli, je třeba:

- Sdílet cíle;
- Udržovat dobré personální vztahy;
- Pověřit někoho úkolem a rozdělit úkoly, včetně vedení a odpovědnosti;
- Koordinovat činnosti s odpovídajícími komunikačními kanály;
- Poskytnout pomoc s osobními problémy;
- Vyřešit spory mezi členy týmu;
- Nabídnout školení a doplňování znalostí

Jelikož podíly kojených dětí je nutné zlepšit v celé Evropě, mělo by být poskytnuto dostatečné financování státními a federálními organizacemi tak, aby zdravotní sektor a dobrovolné organizace podporující kojení (NGOs) měly potřebné zdroje k realistickému dosažení významného zlepšení výlučnosti a délky kojení.

Všechny činnosti (plánování, zavádění, monitorování) by měly být prováděny v souladu s [Mezinárodním kodexem](#) a následnými rezolucemi WHA a se závazkem a odpovědností uvedenou v [Globální Strategii](#) a [Deklaraci Innocenti 2005](#).

Monitorování plánu

Termín hodnocení se týká dosažení cíle či řady cílů. Monitorování představují nepřetržité či pravidelné hodnocení prováděných aktivit, potřebných k dosažení cílů. Monitorování se proto netýká efektivity či výsledků, ale samotného procesu (i když někdo může říci, že mnoho procesů je výsledkem jiných procesů). Do určité míry to souvisí také s účinností a vhodným využitím zdrojů.

Monitorování znamená sledování:

- dostupnosti, spotřeby a využití zdrojů, včetně peněz;
- kvantity a kvality aktivit;
- časového přehledu aktivit.

Denní záznamy, skladové karty, účetní období, rozvrh služeb, dotazníky, časové rozvrhy a standardy, v dnešní době často dostupné v elektronickém formátu, jsou nástroji, které může manažer využít pro monitorování. Každá země a region, a často dokonce i jednotlivé instituce, mají vlastní řadu takových nástrojů.

Monitorování může být kontinuální či pravidelné, v závislosti na sledované činnosti. Pravidelnost se také liší případ od případu. Cyklus monitorování by měl být zakončen krátkou zprávou. Pokud má monitorování vést ke zlepšení situace a vyšší pravděpodobnosti dosažení cílů, je velmi důležité s touto zprávou seznámit všechny členy týmu. Zpráva by také měla být předána politikům a zákonodárcům a pokud možno i uživatelům či jejich zástupcům.

2. Komunikace pro behaviorální a sociální změny (CBSC)

Adekvátní CBSC je základní metodou práce pro obnovení kultury kojení v zemích, kde byla po několika letech či generacích považována za normu umělá výživa. Kojení je přirozeným a optimálním způsobem výživy kojenců a malých dětí a mělo by být ve všech tištěných a obrazových materiálech všeobecně prezentováno jako dosažitelný a žádoucí způsob výživy dětí, a to výlučně kojení do věku 6 měsíců a pokračování v kojení do dvou let věku i déle. CBSC informace, určené jednotlivcům a komunitám, musí být v souladu s politikou, doporučeními a legislativou a také s praktikami zdravotnického a sociálního sektoru služeb.

[CBSC pro jednotlivé ženy a jejich rodiny](#)

Budoucí a noví rodiče mají právo na úplnou, správnou a jednoznačnou informaci o způsobu výživy kojenců, včetně informace o zavádění bezpečné, včasné a vhodné [komplementární výživě](#), tak, aby se mohli informovaně rozhodnout o výživě svého dítěte. Individuální poradenství by mělo být poskytováno odpovídajícím způsobem vyškolenými zdravotníky, [komunitními poradci](#) a [podpůrnými skupinami matek](#). Do poradenství by měli být začleněni také členové rodiny např. otec dítěte či partner matky a prarodiče dítěte. Je nezbytné identifikovat speciální potřeby žen, které kojí méně často (např. žen z komunity přistěhovalců, adolescentních matek, matek bez partnera, chudých matek či matek s nízkým vzděláním, atd.) a vyjít vstříc jejich speciálním potřebám.

Distribuce komerčních materiálů ohledně výživy kojenců a malých dětí výrobci a distributory výrobků spadajících pod [Mezinárodní kodex](#), která není schválena odpovídajícími vládními

činiteli, by měla být z důvodu střetu zájmu zakázána. Matky, které používají dětskou formuli, by měly být informovány o tom, že se nejedná o sterilní výrobek a že je nutné dodržovat speciální postupy pro její přípravu a skladování.⁴⁸

CBSC pro komunity

Do CBSC, zaměřeném na komunity a v některých případech i na jednotlivé ženy a jejich rodiny, by bylo vhodné začlenit informaci, proč se mateřské mléko využívá pro odhad kontaminace životního prostředí. Pokud se takové přehledy provádí, jejich cílem je poskytnout základ pro možná opatření, zaměřená na zdroj znečištění, aby došlo ke snížení hladin organických látek přetrvávajících v mateřském mléce a mateřské mléko tak mohlo být propagováno jako optimální výživa kojenců.^k V revidovaném protokolu Čtvrtého WHO-koordinovaného přehledu o přetrvávajících znečišťujících organických látkách v mateřském mléce z roku 2007, WHO ve spolupráci s Programem pro znečištění prostředí Spojených národů, říká: “WHO může nyní s klidným svědomím prohlásit, že kojení snižuje nemocnost dětí a jeho zdravotní výhody přetrvávají až do dospělosti. Z populačního hlediska, je výlučné kojení v prvních 6 měsících doporučeným způsobem výživy většiny dětí, následované pokračováním v kojení spolu s odpovídajícím příkrmem až do 2 let věku i déle”.^l

Dostupnost, standardy a efektivita CBSC materiálů a aktivit by měla být pravidelně sledována a hodnocena. Prezentace výživy kojenců a malých dětí v médiích by měla být sledována a média by měla být vyzývána a vedena k tomu, aby kojení prezentovala jako normální, dosažitelné a žádoucí. Měly by být sledovány také postoje ke kojení a znalosti o kojení na společensko-etické úrovni tak, aby bylo možno případně vytvořit lepší a informovanější postup účinné propagace, podpory a ochrany kojení.

3. Školení

Pre-graduální školení

Obecně jak pre-, tak postgraduální školení všech skupin zdravotníků (včetně lékárníků) ohledně výživy kojenců a malých dětí potřebuje výrazně zlepšit. Pre- i post-graduální učební plány (včetně předepsaných učebnic/materiálů) a vzdělávací standardy by měly být revidovány/přepracovány tak, aby úroveň znalostí ohledně kojení splňovala nejlepší standardy. Kvalitní pre-graduální vzdělání ohledně kojení, které zajistí, že budoucí zdravotníci budou účinně propagovat, podporovat a chránit kojení bude mít dlouhodobé následky ve zlepšení kvality podpory kojení a tím se sníží i výdaje na doškolování zdravotníků.

Post-graduální školení

Potřeba doškolování zdravotníků se bude s časem snižovat, ale s objevením nových vědeckých výsledků bude stejně třeba doplňovat znalosti. V současné době splňují modely

^k viz <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

^l viz <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPtechnicalnote.pdf>

WHO/UNICEF vědecky podložené standardy pro školení ohledně kojení.⁴⁹⁻⁵¹ Dalšího zlepšení by bylo možné dosáhnout na proces zaměřeným školením (process-oriented), které povede ke změnám postojů zdravotníků spojeného se zlepšením poradenství a kontinuity péče.^{52,53}

V první řadě by měly být školení v dovednostech kojení zdravotníci poskytující péči o matku a dítě a mělo by jim být umožněno navštěvovat efektivní školení o znalostech a praktikách kojení. Školení by také mělo odpovídajícím způsobem pokrýt nejlepší praktické standardy a jeho součástí by měla být praktická část. Mělo by se také zabývat riziky umělé výživy a bezpečnostními opatřeními, která je třeba dodržovat kvůli minimalizaci rizik, zejména při používání práškové formule.^{48m}

Výrobci a distributoři produktů, spadajících pod [Mezinárodní kodex](#), by se neměli účastnit poskytování materiálů, školení či hrazení kurzovního pro zdravotníky či jednotlivce. Monitorování účinnosti a dostupnosti kurzů by mělo vzdělávání v otázkách kojení pomoci.⁵⁴ Monitorování účinnosti a dostupnosti kurzů by mělo vzdělávání v otázkách kojení pomoci.

Zdravotníci v klíčových oblastech služeb by měli být vyzýváni k účasti v pokročilých laktačních kurzech a ke spoluvytváření e-sítě mezi odborníky na kojení, která umožní lepší šíření znalostí a dovedností.

4. Ochrana, propagace a podpora

Globální strategie výživy kojenců a malých dětí

Propagace kojení jako normálního způsobu výživy kojenců a malých dětí by měla být jádrem všech národních/regionálních politik a doporučení, týkajících se kojení, vycházejících z [Globální Strategie](#) a znovu potvrzených [Deklarací Innocenti 2005](#). Předávání této politiky všem skupinám zdravotníků, lékařským fakultám, nevládním organizacím a veřejnosti společně s Akčním plánem pro zavádění politiky zvýší naději na úspěch.

Zvolený přístup k propagaci kojení mimo zdravotnický sektor bude záležet na počtu kojených dětí a vědecky zjištěných postojích na národní a regionální úrovni. Např. pokud kulturně zaměřený výzkum odhalí, že většina lidí si utváří názory na kojení mnohem dříve než se vůbec rozhodnou mít děti, pak je třeba propagaci kojení zaměřit na období před utvářením těchto názorů. Toho lze dosáhnout propagačními kampaněmi na společensko-etické úrovni a začlenit je do základního vzdělání. Důmyslné propagační kampaně v médiích mohou pomoci bořit mýty ohledně výživy dětí a prolomit překážky obecného přijetí a podpory kojení. Opatření, propagující kojení, ať už zaměřená na zdravotní sektor, školní děti či celou společnost, musí být hodnocena, aby byla zajištěna rentabilita nákladů.

Mezinárodní kodex

Pro ochranu kojení před agresivními komerčními praktikami je nezbytné [Mezinárodní kodex](#) plně začlenit do státní legislativy a monitorovat dodržování kodexu společně s postihováním

^m viz <http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/>

jeho porušování. Zdravotníci a poskytovatelé zdravotnické péče by měli vědět o své zodpovědnosti vůči [Mezinárodní kodexu](#) a plnit ji.

Je třeba vytvořit odborný etický kodex, pokrývající odpovědnost zdravotnických institucí a jednotlivých zdravotníků při ochraně kojení a zabránit konfliktům zájmu v souvislosti s přijetím komerčních sponzorských darů pro úhradu kurzů, vzdělávacích materiálů, výzkumu, konferencí a dárků a zdůraznit jak tyto a další praktiky negativně ovlivňují kojení.

Informace, týkající se úmyslů a ustanovení [Mezinárodního kodexu](#), společně s monitorováním jejich dodržování a postihováním jejich porušení by také měly být předávány veřejnosti.

Vzorčky formule zdarma pro všechny, ale zejména pro znevýhodněné skupiny, by měly být zrušeny a nahrazeny podporou ke kojení. Navíc rodiče dětí, které dostávají formuli připravovanou z prášku, by měli být varováni prostřednictvím informací, uvedených na obalu formule, že se nejedná o sterilní výrobek a je třeba s ním bezpečně zacházet.⁵⁴

Legislativa pro pracující matky

Další zjištěnou bariérou iniciace a pokračování v kojení je návrat matek do zaměstnání. Národní legislativa ochrany matek by měla vzít tuto překážku v úvahu a reagovat prodloužením mateřské dovolené a poskytovat ji i ženám pracujícím na částečný úvazek, na dohodu či studentkám atd. Na pracovištích by mělo být ženám dovoleno využít přestávek na kojení v souladu s doporučeními zdravotníků. Informace ohledně nároků vyplývajících z legislativy Ochrany mateřství a bezpečnosti práce vycházející z minimálních požadavků, stanovených [ILO Konvencí o ochraně mateřství 183](#), by měly být předávány celé populaci. Nicméně ochrana kojení u pracujících matek přesahuje legislativu a patří k němu možnost odšťikávat, skladovat a podávat mateřské mléko, podpora partnerů a rodin a pozitivní postoj celé společnosti.

Baby Friendly Hospital Initiative

V zdravotnickém sektoru vyžaduje účinná podpora přijetí zavedených a ověřených standardů pro kvalitní péči ve všech porodnicích a ústavech péče o dítě a s tím souvisejících službách. V současnosti je [BFHI](#) považována za nejlepší model pro odbornou praxi.ⁿ Pro každý rok by měly být vyčleněny a garantovány odpovídající zdroje (finance, pracovníci a čas) a technická podpora pro školení, certifikaci a re-certifikaci BFHI porodnic. Všechny porodnice a dětské kliniky by měly být vyzvány a podporovány v tom, aby se staly Baby-Friendly a ty, které ještě nejsou Baby-Friendly by i tak měly dodržovat Deset kroků, jelikož se jedná v současné době o nejlepší praktiky. Získání akreditace Baby-Friendly by se mělo stát součástí akreditace kvality standardních zdravotnických služeb a státem uznaných praktických pokynů.

V mnoha zemích jsou matky propouštěny z porodnice po pár dnech, kdy kojení ještě nemusí být dobře rozběhnuté. Některé země proto zavádějí BFHI do primární zdravotnické péče.

Aby bylo možné poskytovat konzistentní vysoce kvalitní služby v celém státním a

ⁿ Nové vzdělávací materiály BFHI včetně části, týkající se matek přátelských porodnických praktik, s modelovým nástrojem pro hodnocení.

dobrovolném zdravotnickém sektoru, je nezbytné zavedení „kroku 10“ aktivity BFHI, nicméně samotný tento krok nemusí stačit. Toho lze dosáhnout zlepšením spolupráce mezi nemocnicemi a dalšími zdravotnickými a sociálními zařízeními a podpůrnými skupinami matek/komunitními poradci a rozšiřování dopadu těchto služeb. Konzistence a kvalita podpory selepší, pokud bude BFHI přijata i v jiných zařízeních zdravotnické péče než jsou porodnice (např. komunitní zdravotnická či sociální střediska, dětské kliniky, lékárny a pracoviště).

Optimální ochranu, propagaci a podporu kojení usnadňuje přijetí normálních fyziologických praktik při porodu a minimální lékařské zasahování do jeho průběhu.⁵⁵ I jiné iniciativy než ty, založené na BFHI, mohou přispět ke zlepšení praktik kojení. Je však třeba posoudit efektivitu všech iniciativ.

Podpora od vyškolených zdravotníků

I když ochrana a propagace kojení jsou základem každé politiky, je třeba, aby stejný či větší díl byl věnován vytváření podpůrných služeb, které umožní svou podporou každé matce, jenž se rozhodla kojít, aby mohla kojít tak dlouho, jak je to možné či jak dlouho sama chce. Navíc pokud je kladen důraz na ochranu a propagaci kojení, musí být k dispozici podpůrné služby (financované za dodržení etických zásad kodexu), které splní očekávanou zvýšenou poptávku po těchto službách.

Účinná individuální podpora znamená dostupnost podpory při kojení pro všechny ženy. Tato podpora zahrnuje pomoc od kvalifikovaných zdravotníků a laktačních poradců, [komunitních poradců](#) a [podpůrných skupin matek](#). Významnou roli hrají komunitní poradci a podpůrné skupiny matek. Tato role je však značně usnadněna, když veškeré struktury, praktiky a procedury, zejména poradenství v období po porodu a na odděleních šestinedělí, na dětských klinikách a dalších zařízeních pečujících o dítě po propuštění z porodnice považují kojení za prioritu a jsou vedeny v duchu Baby-Friendly.

Pro všechny matky by měla být dostupná účinná podpora. Pro ženy, které mají problémy s kojením, by měla být dostupná odborná pomoc a podpora od odpovídajícím způsobem kvalifikovaných laktačních poradců či zdravotníků s obdobnými zkušenostmi. Ženy, které přestanou kojít dříve než měly v úmyslu, by měly také dostat adekvátní podporu s jejíž pomocí najdou důvody odstavení dítěte, čímž se zmenší jejich možný pocit viny či selhání a zajistí se tak, aby tato zkušenost neovlivnila negativně kojení dalšího dítěte.

Velkou podporu je třeba věnovat matkám nemocných či nedonošených dětí, aby si byly schopny udržet laktaci a odstříkat dostatečné množství mléka pro své dítě (včetně informování matek o bezpečném způsobu odstříkávání a skladování mléka) po dobu, kdy dítě není schopno sát z prsu či je příliš nemocné. K tomu patří poskytování odsávaček mléka a pomoc s cestovním a ubytováním matek, aby mohly být co nejbližší svému dítěti. Tato kritéria by se měla stát základem pro vytváření BFHI na novorozeneckých odděleních.

Lepší alternativou než formule je donorové mléko, a proto pokud je třeba, je nutné zajistit zdroj bezpečného donorového mléka. Součástí podpory matek, které se rozhodnou nekojit, by mělo být informování o to, že prášková formule není sterilní a představuje tedy skryté riziko. Matkám musí být podány informace o tom, jak toto a další rizika minimalizovat dle pokynů, vytvořených WHO.^{48,56}

Efektivita podpory při plnění potřeb pacientů/klientů by se měla pravidelně hodnotit pomocí dotazníků, ve kterých pacienti vyjadřují míru spokojenosti s poskytovanými službami. Tyto dotazníky by měly vyplňovat i matky, které se rozhodly nekojit, aby bylo zajištěno, že jejich volba nekojit je respektována.

Všechny matky by měly být informovány odborníky o tom jak, kdy a jaké příkrmy zavádět, aby byly splněny narůstající výživové potřeby jejich dětí.

HIV-pozitivní těhotné ženy by měly být informovány nestrannými odborníky ohledně výživy kojenců, rizikách nákazy a alternativách výživy. Jejich rozhodnutí o způsobu výživy kojence by mělo být podporováno a respektováno. Další informace, týkající se alternativ výživy dětí HIV-pozitivních matek lze najít v posledním Consensus Statement.^{57o}

Podpora od vyškolených komunitních poradců a podpůrných skupin matek

Dostupnost podpory od vyškolených [komunitních poradců](#) a [podpůrných skupin matek](#) by měla být natolik rozšířená, aby byla dostupná pro všechny ženy, a zejména v komunitách, kde je počet kojených dětí nízký. Je třeba vytvořit a obnovovat učební plány školicích kurzů (obsah, metody, materiály, časový rozsah) pro komunitní poradce a podpůrné skupiny matek. Role komunitních poradců a podpůrných skupin matek může být značně posílena spoluprací a komunikací se zdravotníky různých zdravotnických zařízení.

Podpora v rodině, komunitě a na pracovišti

Projekty spolupráce dobrovolnických a statutárních služeb, nabízejících odbornou a laickou pomoc při kojení v rodinách i komunitě by měly být podporovány. Podpora a ochrana práva ženy kojit své dítě kdykoliv a kdekoliv potřebuje je nezbytná. Měly by být povzbuzovány národní a místní iniciativy, které propagují společenskou přijatelnost kojení mimo domov. Pokud je třeba měla by vláda přijmout zákony, které ochrání právo matky kojit na veřejnosti. Všechny tyto iniciativy by se měly věnovat zejména potřebám žen, které kojí s menší pravděpodobností, jako např. prvorodičkám, přistěhovalcům, adolescentním matkám, matkám bez partnera, méně vzdělaným matkám a jejich rodinám.

5. Monitorování

Monitorování a hodnocení by mělo být základem zavádění Akčního plánu; výsledky monitorování a hodnocení by pak měly být použity při pře-plánování. Aby byla zajištěna srovnatelnost výsledků, mělo by být monitorování zahájení kojení, výlučnosti a délky kojení prováděno za použití standardních definic a obecně uznávaných metod shromažďování dat. V tabulce 1 jsou uvedeny definice kojení, které by se měly používat dle doporučení WHO z roku 1991 v průřezových studiích, týkajících se výživy kojenců a malých dětí.^{58,59} Systémy monitorování nebo místní/regionální výzkumné přehledy často mohou potřebovat použít jiné definice kojení, které však musí být jasně definovány, aby tak byla přesně popsána stávající situace. Aby však bylo možné mezinárodní porovnávání výsledků, je nezbytné dosáhnout shody v mnoha WHO definovaných indikátorech.

^o viz www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement.pdf

Údaje o výše uvedených kategoriích výživy mohou být získávány v kterémkoliv věkovém období. Může to být např. období 48 hod po narození bez ohledu na to, zda se porod odehrává v porodnici nebo doma, a ve 3., 6. a 12. měsíci věku (24 hodinový recall = údaje z předešlého dne; získat od matek přesnou informaci o výživě dítěte za delší období je těžší). Shromažďování údajů ohledně výživy kojenců a malých dětí by mělo být součástí existujícího informačního systému zdravotnictví.

Sběr dat může být prováděn v celé populaci, tj. může být zahrnut do již existujících národních nebo regionálních výzkumů v oblasti zdraví a péče o matku a dítě. Shromažďování dat může také být založeno na výběru reprezentativního vzorku nějaké populace, přičemž sběr dat je prováděn v pravidelných intervalech. V tomto případě pak musí vzorek reprezentovat cílovou populaci a velikost vzorku musí umožnit srovnání mezi podskupinami populace a následnými výběry.

Tabulka 1. Definice kojení, doporučené WHO.

Kategorie výživy dětí	Vyžaduje, aby dítě dostalo	Dítě může dostat	Dítě nesmí dostat
Výlučné kojení (EBF)	Mateřské mléko, včetně odstříkaného mléka či mléka od kojné	Kapky, sirupy (vitamíny, minerály, léky)	Nic jiného
převážné kojení (PBF)	Viz výše, jako převažující způsob výživy	Viz výše plus tekutiny (voda, na vodě založené tekutiny, ovocné džusy, obřadní tekutiny)	Nic jiného (zvláště ne mléko jiného původu než lidského a tekutiny výživového charakteru)
Kojení s komplementární výživou (CBF)	Mateřské mléko a pevná či polotekutá výživa či mléko jiného původu než lidské	Jakákoliv potravina či tekutina včetně mléka z jiných zdrojů než lidského	
Ne-kojení (NBF)	Žádné mateřské mléko	Jakákoliv potravina či tekutina včetně mléka z jiných zdrojů než lidského	Mateřské mléko, včetně odstříkaného či od kojné

1. Součet EBF+PBF se nazývá [plné kojení](#) (FBF). Součet EBF+PBF+CBF se nazývá kojení (BF). Součet EBF+PBF+CBF+NBF v daném vzorku či populaci musí být roven 100% jelikož jsou tyto kategorie vzájemně výlučné.

2. Pozn.: tato definice nerozlišuje mezi kojenci a dětmi, které kromě mateřského mléka, samotné formule, samotného mléka ne-lidského původu, samotné pevné či polotekuté stravy, či různých kombinací výše uvedených možností; ani nebere v úvahu podíl mateřského mléka za celých 24 hod

V roce 2007 WHO uveřejnila consensus dokument, který navrhuje novou řadu indikátorů výživy kojenců a malých dětí v průřezových studiích.⁶⁰ Součástí souboru je osm hlavních a sedm volitelných indikátorů (tab.2), přičemž definice zůstaly téměř stejné jako v roce 1991 s výjimkou týkající se orálního rehydratačního roztoku:

Tabulka 2. Soubor indikátorů výživy kojenců a malých dětí, navržených WHO.

Hlavní indikátory ¹	Volitelné indikátory
1. Včasné zahájení kojení: podíl dětí narozených v posledních 23,9 měsících, které byly přiloženy k prsu do 1 hodiny po porodu	9. Děti aspoň někdy kojené: podíl dětí narozených v posledních 23,9 měsících, které byly aspoň někdy kojené
2. <u>Výlučné kojení</u> do 6 měsíců: podíl dětí ve věku 0-5,9 měsíců, které jsou krmeny výlučně mateřským mlékem ²	10. Pokračování v kojení do 2 let: podíl dětí ve věku 20-23,9 měsíců, krmených mateřským mlékem.
3. Pokračování v kojení od 1 roku podíl dětí ve věku 12-15,9 měsíců krmených mateřským mlékem	11. Kojení vzhledem k věku: podíl dětí ve věku 0-23,9 měsíců, které jsou odpovídajícím způsobem kojeny ⁶
4. Zavádění pevné, polotekuté či kašovitě stravy : podíl dětí ve věku 6-8,9 měsíců, které dostávají pevnou, polotekutou či kašovitou stravu	12. <u>Převážné kojení</u> do 6 měsíců: podíl dětí ve věku 0-5,9 měsíců, které jsou převážně kojeny
5. Minimální rozmanitost stravy: podíl dětí věku 6-23,9 měsíců, které dostávají potraviny ze 4 a více výživových skupin ³	13. Délka kojení: střední délka kojení u dětí ve věku 0-35,9 měsíců ⁷
6. Minimální frekvence jídel: podíl kojených a nekojených dětí věku 6-23,9 měsíců, které dostávají pevnou, polotekutou či kašovitou stravu (včetně mléčných dávek nekojených dětí) minimálně krát či víckrát ⁴	14. Umělá výživa: podíl dětí ve věku 0-23,9 měsíců, které jsou krmeny umělou výživou
7. Minimálně přijatelná strava: podíl dětí ve věku 6-23,9 měsíců, které dostávají minimálně přijatelnou stravu (kromě mateřského mléka) ⁵	15. Frekvence krmení mlékem u nekojených dětí: podíl nekojených dětí ve věku 6-23,9 měsíců, které dostávají nejméně dvě mléčné dávky denně ⁸
8. Konzumace potravin bohatých na železo či obohacených železem: podíl dětí ve věku 6-23,9 měsíců, které dostávají potraviny, bohaté na železo či železem obohacené, speciálně určené kojencům a malým dětem nebo obohacované doma	

1. Indikátory 2-8, 10-12 a 14-15 vycházejí z 24-hodinového recall období. Indikátory 1, 2, 7 a 8 jsou nejdůležitějšími prioritami mezi hlavními indikátory.

2. Lze rozdělit na věková období 0-1, 2-3, 4-5 a 0-3 měsíců.

3. Sedm potravinových skupin pro tento indikátor tvoří: obiloviny, kořeny a hlízy; luštěniny a ořechy; mléčné produkty (mléko, jogurt,sýr); (maso, ryby, drůbež a játra/vnitřnosti); vejce; ovoce a zelenina bohaté na vitamín A; jiné ovoce a zelenina.

4. Minimum je definováno jako: 2x pro kojence ve věku 6-8,9 měsíců; 3x pro kojence ve věku 9-23,9 měsíců; 4x pro nekojené děti ve věku 6-23,9 měsíců.

5. Tyto složené indikátory jsou součtem dvou částí: podíl kojených dětí ve věku 6-23,9 měsíců, které měly minimální pestrost stravy a minimální frekvenci jídel předešlý den, plus podíl nekojených dětí ve věku 6-23,9 měsíců, které dostaly minimálně dvě mléčné dávky a měly minimální pestrost stravy a minimální frekvenci jídel předešlý den.

6. Tento indikátor je součtem výlučného kojení do 6 měsíce plus podílu dětí ve věku 6-23,9 měsíců, které dostávají mateřské mléko i pevnou, polotekutou či kašovitou stravu během předešlého dne.

7. Toto je jediný indikátor, pro který je třeba shromažďovat údaje nad 24 měsíců věku; jeho výpočet je vysvětlen v dodatku WHO consensus dokumentu.

8. Dětská formule, kravské mléko či mléko jiných zvířat.

Aktuální verze seznamu indikátorů zdraví Evropské komunity zahrnuje: ⁶¹

- kojení a [výlučné kojení](#) ve 48 hodinách;
- kojení a výlučné kojení ve 3 a 6 měsících;
- kojení ve 12 měsících;

Ty jsou také doporučovány dalšími projekty EU (Perinatal, Child, Public Health Nutrition projects). Krátký seznam indikátorů však stále ještě nestačí k vytvoření souladu při používání standardních definicí a metodik/načasování sběru dat. K vytvoření konsenzu a standardních doporučení pro shromažďování dat je třeba vyvinout další úsilí, přičemž je třeba brát v úvahu doporučení a návrhy WHO.

Monitorování a hodnocení standardních praktik kojení ve zdravotnictví a sociálních službách, míra do jaké je politika, legislativa a kodex zaváděny, míra účinnosti CBSC aktivit a účinnost a rozšíření školení by měly také být integrální součástí akčních plánů. Aby bylo možné srovnání mezi regiony jednoho státu či mezi státy je nezbytné používat aspoň některá univerzální kritéria jako např. kritéria, vytvořená WHO a UNICEF pro BFHI.

6. [Výzkum](#)

Vypracování návrhu Akčního plánu a podrobnější revize intervencí³⁵ odhalily potřebu dalšího výzkumu několika jednotlivých a/nebo kombinovaných opatření pro zjištění jejich účinků na praxi kojení. Zvláště je potřeba vyjasnit účinek marketingových postupů náhražek mateřského mléka, vlivu legislativy na ochranu matek, různých CBSC přístupů a intervencí a stejně jako dalších iniciativ v oblasti veřejného zdraví, které nemohou být posuzovány prostřednictvím rigorózních vědeckých metod (tj. [randomizovaných řízených studií](#)).⁶² Alternativou může být randomizace, použitá u skupin obyvatelstva a komunit, spíše než u jednotlivců; i když i ta není často proveditelná. V tomto případě by měly být použity jiné typy řízených studií, jako jsou nerandomizované řízené studie nebo studie, srovnávající geografické oblasti nebo populační skupiny před a po zavedení opatření.^{63,64} [Analýza poměru nákladů k zisku](#), [efektivita nákladů](#) a proveditelnost různých intervencí vyžadují rovněž další výzkum.

Je potřeba, aby se výrazně zlepšila kvalita [kvantitativního](#) a [kvalitativního výzkumu](#), včetně:

- Konzistenci při použití standardních definic kategorií výživy (včetně zaznamenávaných období) a dalších proměnných;
- Použití platných kritérií pro zařazení sledovaných subjektů (zařazovací a vyřazovací kritéria; vyloučení samovýběru);
- Použití vhodného experimentálního designu ([randomizovaná řízená studie](#) a analýza léčebných záměrů);
- Použití vhodných velikostí souborů, kompatibilních s cíli prováděného výzkumu (např. určit statistickou významnost s úzkými intervaly spolehlivosti);
- Vhodné ošetření potenciálně ovlivňujících faktorů s použitím řádné faktorové analýzy (souhrnné vstupní údaje);
- Použití vhodných metod [kvalitativního výzkumu](#) jako např. :⁶⁵
 - Strukturované, polostrukturované dotazníky a hloubkové rozhovory;
 - Vybavit skupiny a dotazovatele klíčovými informátory;
 - Pozorování reálných či simulovaných praktik, či reakcí na různé scénáře;

- Analýza zaznamenané řeči (audio) či chování (video).

Při provádění výzkumu je třeba si uvědomit, že není možné ani etické náhodně určit matky, které budou a nebudou kojit. Je třeba rovněž opatrně posuzovat účinnost služeb, poskytujících podporu matkám, včetně [podpůrných skupin matek](#), zvláště při retrospektivním hodnocení, vzhledem k tomu, že ty, kteří využívají tyto služby, jsou obecně společenské skupiny matek, které s větší pravděpodobností budou kojit a samy vyhledávají tyto služby. Prospektivní výzkum v této oblasti musí být rovněž pečlivě zvažován, protože zahrnuje spoustu potenciálně ovlivňujících proměnných.

Etické směrnice pro výzkum, týkající se kojení a výživy dětí, prováděné odpovědnými zdravotními orgány, lékařskými fakultami a profesními asociacemi, by měly být oproštěny od všech konfliktních a komerčních zájmů. Vyloučení a zvládnutí potenciálních střetů zájmů u výzkumníků má zde obrovský význam. [Biomonitoring](#), využívající jako indikátor znečištění mateřské mléko, a zveřejňování jeho výsledků by nemělo podkopávat pozitivní mínění veřejnosti o kojení. WHO vytvořilo speciální protokol, obsahující prenatální informace o kojení pro matky, které byly zařazeny do biomonitorovacího výzkumu.^P

^P Viz <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

VI. Operační tabulky

1. Politika a plánování, management a financování

Politika

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
1.1.1. Vytvořit komplexní celonárodní strategii, založenou na Globální strategii í a zahrnout ji do celkové zdravotní politiky.	Odpovídající ministerstva, národní výbory pro podporu kojení a/nebo pro výživu kojenců a malých dětí	Strategie je navržena, dokončena, publikována a šířena.
1.1.2. Vytvořit zvláštní strategii pro sociálně handicapované skupiny matek a novorozenců v obtížných podmínkách za účelem vyrovnání handicapu.	Odpovídající ministerstva, národní výbor pro podporu kojení	Strategie je navržena, dokončena, publikována a šířena.
1.1.3. Podporovat odborné společnosti ve vydávání a dodržování doporučení a praktických návodů vycházejících z národní strategie a standardních doporučení.	Odpovídající ministerstva, odborné společnosti	Doporučení jsou navržena, dokončena, publikována a šířena.

Plánování

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
1.2.1. Stanovit priority a cíle, vycházející z komplexní národní strategie.	Odpovídající ministerstva, národní výbor pro podporu kojení	Vytvoření priorit a cílů, včetně způsobu jejich dosažení.
1.2.2. Vytvořit dlouhodobý strategický plán (5-10 let) v rámci národního plánu podpory zdraví a korigovat jej podle hodnocení výsledků.	Odpovídající ministerstva, národní výbor pro podporu kojení	Strategický plán je vyvinut, schválen a publikován.
1.2.3. Vytvořit krátkodobý (1-2 roky) národní/regionální operační plán a korigovat jej	Odpovídající ministerstva, regionální zdravotní orgány	Operační plán je vytvořen, schválen a publikován.

podle hodnocení výsledků.		
1.2.4. Koordinovat iniciativy na podporu kojení s ostatními plány a aktivitami podpory zdraví.	Odpovídající ministerstva, regionální zdravotní orgány	Jsou založeny mezirezortní a vnitrozortní pracovní skupiny, jiné plány na podporu zdraví a aktivity zahrnující strategii podpory kojení.
1.2.5. Vytvořit monitorovací systém sledování počtu kojených dětí, založený na obecně uznávaných mezinárodních definicích a metodách.	Odpovídající ministerstva, národní výbor pro podporu kojení	Vytvořený monitorovací systém, pravidelné získávání a analýza dat.
1.2.6. Získat, kromě počtu kojených dětí, s tím související informace o věku matky, vzdělání, socio-ekonomickém stavu, které by mohly pomoci zjistit míru a původ nedostatků v kojení.	Odpovídající ministerstva, národní výbor pro podporu kojení	Začlenění dalších relevantních proměnných do systému shromažďování dat.
1.2.7. Publikovat a šířit výsledky a využít je k monitorování a plánování budoucích aktivit spojených s kojením.	Odpovídající ministerstva, národní statistický úřad, národní výbor pro podporu kojení	Publikování a šíření výsledků, jejich využití pro přepracování plánů a vytipování rizikových faktorů kojení.

Management

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
1.3.1. Jmenovat vhodného kvalifikovaného národního/regionálního koordinátora s jasně definovanou pravomocí ve vztahu ke strategii a plánům.	Odpovídající ministerstva, regionální zdravotní orgány	Národní/regionální koordinátoři jsou jmenováni.
1.3.2. Ustanovit národní/regionální mezioborový výbor na podporu kojení jako poradní/podpůrný orgán národního/regionálního koordinátora.	Odpovídající ministerstva, regionální zdravotní orgány	Národní/regionální výbor pro podporu kojení je vytvořen.
1.3.3. Zabezpečit kontinuitu činnosti národního/regionálního koordinátora a aktivit výboru.	Odpovídající ministerstva, regionální zdravotní orgány	Národní koordinátoři a výbory se pravidelně scházejí.

1.3.4. Pravidelně sledovat pokrok a periodicky hodnotit výsledky národního/regionálního plánu.	Národní koordinátor pro kojení a výbory	Pravidelně jsou vypracovávány zprávy o činnosti a je periodicky prováděno hodnocení.
--	---	--

Financování

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
1.4.1 Zajistit přiměřené lidské a finanční zdroje pro ochranu, prosazování a podporu kojení.	Vláda, odpovídající ministerstva a orgány, koordinátoři kojení a výbory pro kojení	Realistické roční přidělování finančních zdrojů.
1.4.2. Pro zajištění aktivit pro plánování, zavádění do praxe, sledování a vyhodnocování je získávána finanční podpora nezávislá na výrobcích a distributorech výrobků, podle požadavků Mezinárodního kodexu.	Vláda, odpovídající ministerstva a zdravotní orgány, koordinátoři kojení a výbory pro kojení, lokální poskytovatelé zdravotní péče	Zdroje podpory jsou jasně a transparentně stanoveny, není povoleno sponzorství od producentů náhražek mateřského mléka.

2. Komunikace pro behaviorální a společenské změny

CBSC určené jednotlivým ženám a jejich rodinám

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
2.1.1. Zajistit budoucím a stávajícím matkám individuální poradenství zkušeným zdravotníkem, komunitních poradců nebo díky podpůrným skupinám matek .	Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek	Prověрка znalostí a dovedností rodičů ohledně kojení a o způsobech získávání informací .
2.1.2. Zajistit, že všechny CBSC materiály vytvořené a distribuované zdravotníky, obsahují jasné, přesné a vyčerpávající informace a jsou v souladu s národní a regionální strategií a doporučeními a jsou určeny jako doplněk k individuálnímu poradenství.	Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, národní výbor pro podporu kojení, zdravotníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek	Dostupné materiály splňují kritéria tohoto cíle; audit CBSC materiálů a individuálního poradenství.

<p>2.1.3. Začlenit do CBSC materiálů informaci o použití mateřského mléka jako indikátoru kontaminace životního prostředí a ochraně kojení během biomonitoringu.</p>	<p>Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, národní výbor pro podporu kojení, zdravotníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek</p>	<p>Dostupné materiály splňují kritéria tohoto cíle.</p>
<p>2.1.4. Identifikovat a aktivně oslovovat se zvláště cílenými informacemi a dovednostmi prvorodičky, mladistvé, imigranty, osamělé matky, ženy s nižší úrovní vzdělání a jiné skupiny společnosti, které budou kojít s menší pravděpodobností, včetně matek s předchozí nepříznivou zkušeností s kojením.</p>	<p>Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, národní výbor pro podporu kojení, zdravotníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek</p>	<p>Služby a materiály CBSC jsou vysoce kvalitní a vyhovují speciálním potřebám jednotlivých klientů.</p>
<p>2.1.5. Identifikovat a poskytovat cílené informace rodinám a příbuzným (např. partner matky/otec dítěte, prarodiče dítěte, sourozenci, atd.).</p>	<p>Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, národní výbor pro podporu kojení, zdravotníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek</p>	<p>Materiál a podpora vyvinutá a prověřená pro tyto skupiny lidí.</p>
<p>2.1.6. Zabezpečit všeobecný zákaz reklamy nebo jiné formy propagace výrobků, které neodpovídají Mezinárodnímu Kodexu včetně distribuce informačních materiálů, sponzorovaných/vytvářených producenty náhražek mateřského mléka.</p>	<p>Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, koordinátoři kojení a komise pro kojení</p>	<p>Žádná reklama ani propagace výrobků náhražek mateřského mléka ani v médiích ani šířených na veřejnosti.</p>
<p>Pravidelně sledovat a hodnotit šíření, účinnost a standardy CBSC materiálů a aktivit.</p>	<p>Vedoucí zdravotničtí pracovníci příslušných oborů, koordinátoři kojení a komise pro kojení</p>	<p>Komplexní působení vysoce kvalitních a pravidelně posuzovaných CBSC materiálů distribuovaných relevantním zdravotníkům a uživatelům zdravotnických služeb pro matky a děti.</p>

CBSC určené komunitám

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
2.2.1. Vytvořit a šířit CBSC balíčky, které jsou v souladu s národní strategií a doporučením a šířit je do zdravotnických a sociálních zařízení, do škol všech typů, poskytovatelům péče o kojence a větší děti, tvůrcům strategie a politických rozhodnutí, do médií; informace by měly být v období porodu bezplatné.	Odpovědní pracovníci ve sféře zdravotnictví, sociální péče, školství a výchovy, národní výbor pro kojení, profesionální organizace, odborné společnosti, nevládní organizace, podpůrné skupiny matek	CBSC balíčky vytvořeny a šířeny; účinnost distribučních systémů CBSC pravidelně prověřována.
2.2.2. Předkládat jako normu pro péči a výživu kojenců a malých dětí <u>výlučné kojení</u> do konce šestého měsíce a pokračování v kojení do dvou let věku dítěte s postupným zaváděním příkrmu ve všech psaných a vizuálních materiálech.	Všechny multimediální organizace a pověřené autority, odpovídající za obsah knih, programů, atd.	Vymezit a sdělit multimediálním organizacím jejich podíl na zodpovědnosti; kontrolovat dodržování dohody.
2.2.3. Využívat globální, národní a lokální povědomí, týkající se Světového týdne kojení, jako příležitost k diskusím na téma kojení a k šíření důležitých informací, týkajících se kojení.	Národní výbor pro kojení a koordinátoři kojení, relevantní investoři	Zorganizování kampaně v médiích zdůrazňující tuto aktivitu a publikované aktivity.
2.2.4. Sledovat, informovat a využívat všechna multimediální media pro prosazování a podporu kojení a zajistit, aby vždy bylo kojení představováno jako požadovaná norma.	Odpovědní pracovníci ve sféře zdravotní, sociální a pedagogické, národní výbor pro kojení a koordinátoři kojení	Multimediální organizace jsou informovány a vyzývány k propagaci kojení jako normálního, přirozeného a požadovaného způsobu výživy. Mediální obrazy kojení prověřovány a vylepšovány.
2.2.5. Monitorovat znalosti o kojení, postoje ke kojení na společenské úrovni tak, aby bylo možno najít lepší přístup k účinné ochraně, propagaci a podpoře kojení.	Odpovědní pracovníci ve sféře zdravotní, sociální a pedagogické	Přehledy, publikace výsledků a na ně navazující opatření.

3. Školení

Pre-graduální školení

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
3.1.1. Vytvořit nové nebo revidovat existující učební texty pro všechny kategorie zdravotnických pracovníků tak, aby představovaly minimálně standard pro pregraduální a postgraduální studijní náplně v otázkách tvorby mateřského mléka a kojení.	Děkani příslušných fakult, orgány s rozhodovací profesní pravomocí, národní výbor pro kojení	Náplně výuky a standardy jsou nově vypracované nebo upravené a uvedené do praxe.
3.1.2. Vytvořit nové nebo revidovat již existující učebnice a výukové materiály v souladu s upravenými standardními výukovými programy a doporučenými postupy.	Děkani a učitelé příslušných zdravotnických škol, odborné společnosti	Nové nebo přepracované učebnice a výukové materiály jsou hotové a používají se.

Post-graduální školení

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
3.2.1. Nabízet kontinuální mezioborové vzdělávání založené na kurzech WHO/UNICEF nebo jiných kurzech kojení podložených důkazy, jako úvodní a pokračující formu vzdělávání pro všechny skupiny zdravotnického personálu, se zvláštním důrazem na personál „přední linie“ - porodnic a dětských oddělení.	Zodpovědní pracovníci v oblasti pokračování vzdělávání lékařů, poskytovatelé péče o rodičky a novorozence, zdravotní školy, koordinátoři vzdělávání praktických lékařů a sester, odborné společnosti	Výuka a praktický výcvik v kojení, založené na uznávaných doporučených postupech, je pravidelně poskytována všem příslušným zdravotnickým pracovníkům včetně stále aktualizace odborné náplně.
3.2.2. Vytvářet nebo revidovat již existující výukové materiály pro použití v mezioborovém kontinuálním vzdělávání, zabezpečit, aby materiály a kurzy nebyly ovlivňovány výrobci a distributory výrobků nad rámec Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského	Zodpovědní pracovníci v oblasti pokračování vzdělávání lékařů, koordinátoři vzdělávání praktických lékařů a sester, odborné společnosti, komise pro kojení	Jsou vytvořeny nebo revidovány výukové materiály, protokoly pro sledování efektu, vyloučení konfliktu zájmů v obsahu materiálů, kurzů a výukových programů.

mléka.		
3.2.3. Motivovat příslušné zdravotnické pracovníky k absolvování pokročilých akreditovaných kurzů laktačního poradenství, získávat certifikáty IBCLC nebo jiné obdobné, které splňují zadaná kritéria odborné úrovně.	Zodpovědní pracovníci v oblasti pokračování vzdělávání lékařů, zaměstnavatelé zdravotníků, IBCLC , odborné společnosti	Zvýšení počtu certifikovaných laktačních poradců.
3.2.4. Motivovat mezi specialisty v oblasti kojení kontakt formou e-mailu, aby se úroveň znalostí a dovedností neustále zvyšovala.	Odborné společnosti, nevládní organizace	Aktivované seznamy zainteresovaných osob, webové stránky a diskusní skupiny vytvořeny a využívány.
3.2.5. Monitorovat pole působnosti a účinnost školení zdravotníků.	Zodpovědní pracovníci v oblasti pokračování vzdělávání lékařů, komise pro kojení, odborné společnosti	Je dosaženo optimálního pokrytí účinného školení zdravotníků.

4. Ochrana, propagace a podpora

Globální strategie výživy kojenců a malých dětí

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
4.1.1. Uplatňovat v praxi strategii a plány, založené na Globální strategii výživy kojenců a malých dětí a WHO/EURO akčních plánech.	Ministerstvo zdravotnictví a ostatní odpovídající ministerstva	Politika a plány vytvořeny a zavedeny.
4.1.2. Seznamovat všechny odborné skupiny z resortu zdravotnictví, příslušné zdravotnické vzdělávací instituce, poskytující pregraduální a postgraduální výuku a výcvik, nevládní organizace a veřejnost se strategií a plány na ochranu, prosazování a podporu kojení.	Poskytovatelé zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví a ostatní odpovídající ministerstva	Zdravotničtí pracovníci a veřejnost získá znalosti o strategii a akčním plánu ochrany, prosazování a podpory kojení.

4.1.1. Pravidelně sledovat pokroky a periodicky hodnotit výsledky národních/lokálních plánů a politiky.	Poskytovatelé zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví a ostatní odpovídající ministerstva	Vytvářeny pravidelné zprávy o pokrocích a hodnocení těchto zpráv.
---	--	---

Mezinárodní Kodex

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
4.2.1. Vypracovat pravidla EU pro regulaci marketingu náhrad mateřského mléka, která by zahrnovala veškerá ustanovení a výrobky vymezené Mezinárodním kodexem jako minimální požadavek.	Evropská komise, jednotlivé vlády	Regulace navržená a přijatá členskými státy.
4.2.2. Zajistit, aby byl Mezinárodní kodex brán v úvahu ze strany EU při jednáních o Codex Alimentarius.	Evropská komise, jednotlivé vlády, úřad pro bezpečnost potravin	Zprávy Codex Alimentarius zahrnují zmíněný postoj.
4.2.3. Vypracovat národní legislativu založenou na Mezinárodním kodexu, včetně mechanismů vymáhání a postihu jejího porušování, a systém monitorování, který nebude ovlivněn komerčními zájmy.	Jednotlivé vlády, výbory pro kojení, úřad pro bezpečnost potravin, asociace pro spotřebitele, činitelé zodpovědní za reklamu	Národní zákony jsou aktualizovány, mechanismy dodržování všech ustanovení Mezinárodního kodexu jsou uplatňovány v praxi.
4.2.4. Podpořit úplnou implementaci Mezinárodního kodexu ještě dříve, než je vyžadována od členských států na základě nových regulací EU.	Vládní orgány a místní zastupitelstva, výbory pro kojení, nevládní organizace	Mechanismy dodržování všech ustanovení Mezinárodního kodexu jsou uplatňovány v praxi na národní a lokální úrovni

4.2.5. Informovat zdravotníky a poskytovatele zdravotnických služeb na pregraduální a postgraduální úrovni, včetně lékárníků, o jejich odpovědnosti vymezené Mezinárodním kodexem.	Vysoké školy lékařského a humanitního zaměření, poskytovatelé postgraduálního vzdělávání a pokračujícího vzdělávání lékařů, zástupci vzdělávání, relevantní zástupci zdravotníků	Informace poskytnuty.
4.2.6. Vypracovat etický kodex, který by zahrnoval kritéria pro individuální a institucionální sponzorování kurzů, edukačních materiálů, výzkumu, konferencí a ostatních aktivit a činností za účelem omezení konfliktů zájmů, které by mohly nepříznivě ovlivnit kojení.	Odborné společnosti, akademické instituce a poskytovatelé péče	Kritéria a doporučení jsou vypracována, publikována a uvedena do praxe.
4.2.7. Rozšířit veřejně informaci o principech, cílech a ustanoveních Mezinárodního kodexu a o mechanismech monitorování dodržování kodexu a postihu jeho porušování.	Vládní orgány a místní zastupitelstva, výbory pro kojení, nevládní organizace	Informace jsou předávány veřejnosti a orgánům zodpovědným za monitorování.
4.2.8. Postupně vyřadit distribuci umělé výživy, poskytované zdarma rodinám s nízkými příjmy, tam, kde se stále poskytuje a nahradit ji aktivitami na prosazování a podporu kojení rodinám, které žijí v chudobě nebo jsou jinak marginalizovány.	Vládní orgány a místní zastupitelstva, úřady sociální podpory	Poskytování umělé výživy zdarma rodinám s nízkými příjmy je ukončeno, jsou vypracovány a uvedeny do praxe aktivity na podporu kojení, určené těmto rodinám.
4.2.9. Vytvořit monitorovací systém, nezávislý na komerčních zájmech, odpovědný za kontrolu dodržování Mezinárodního kodexu, vyhledávající porušení a podávající žaloby. Dále poskytovat informace veřejnosti a odpovědným autoritám o jakýchkoliv prohřešcích v jejich kompetenci.	Odpovídající ministerstva a zdravotnické autority, koordinátoři kojení, komise pro kojení, asociace spotřebitelů.	Fungující monitorování; pravidelná publikace a šíření přestupků proti Mezinárodnímu kodexu.

Legislativa pro pracující matky

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
4.3.1. Rozšířit národní legislativu ochrany matek, aby bylo zajištěno, že matky získají nejlepší doporučení ohledně kojení.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva	Ratifikována Konvence ILO 183, legislativa aktualizována.
4.3.2. Zajistit, aby dostatečná legislativa umožňovala pracujícím matkám výlučně kojit své dítě 6 měsíců a déle podle vědecky podložených informací.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva	Je uzákoněna efektivní legislativa, schválena finanční podpora.
4.3.3. Rozšířit působnost legislativy na ochranu mateřství a kojících, na matky, které ještě v současné době pod její výhody nespádají, např. matky s krátkodobými pracovními smlouvami, pracující na část úvazku, na smlouvy o dílo, příležitostně nebo studentky a imigrantky.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva	Legislativa rozšířena.
4.3.4. Zajistit plnou informovanost zaměstnavatelů, zdravotnických pracovníků a veřejnosti o legislativě na ochranu mateřství, ochranu zdraví a bezpečnost při práci pro těhotné a kojící ženy.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva	Legislativa rozšířena, rovné příležitosti pro všechny pracující matky.
4.3.5. Informovat zaměstnavatele o výhodách, jim plynoucích z usnadnění návratu kojících matek do práce a zajištění prostředí, které to umožní (flexibilní pracovní doba, uvolnění z práce a zajištění pomůcek na odšťikávání a vhodných podmínek pro skladování mateřského mléka).	Vládní orgány a regionální zastupitelstva, personální oddělení, úřady pro propagaci zdraví, organizace zaměstnavatelů, odborové svazy	Zaměstnavatelé jsou informováni o výhodách a nabízejí podporu na pracovišti.
4.3. 6. Monitorovat zavádění národní politiky a legislativy, ve veřejném i soukromém sektoru, včetně právo na ochranu matky v souvislosti s kojením.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva, organizace zaměstnavatelů, odborové svazy, nevládní organizace, odborné společnosti	Monitorování provedeno, pravidelná publikace zjištěných výsledků.

Baby Friendly Hospital Iniciativa

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
4.4.1. Zajistit, aby vláda, vedoucí pracovníci ve zdravotnictví, odborné společnosti a odpovídající nevládní organizace úzce spolupracující s WHO a UNICEF stanovily BFHI jako standard péče, a motivovat všechny porodnice a dětská oddělení, aby se jejich cílem stalo dosažení a udržení titulu BFH, včetně dodržování Mezinárodního Kodexu.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva, příslušné zdravotnické orgány, agentury pro klinické postupy, komise zdravotnické péče, odborné společnosti, nevládní organizace, výbory pro kojení, poskytovatelé péče o matky a děti	Ustanoveny výbory a koordinátoři pro BFHI a BFHI je všeobecně uznávaná jako standard pro podporu kojení.
4.4.2. Zabezpečit adekvátní zdroje (fondy, personál/čas) a technickou podporu pro výuku a výcvik, změny postupů, hodnocení a opakované kontrolní hodnocení nemocnic, zda dodržují BFHI.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva, příslušné zdravotnické orgány, výbory pro hodnocení kvality péče	Zajištění finančního krytí rozpočtu a personálu pro dosažení standardu péče o kojení pro všechny nastávající rodiče a kojící matky založeném na BFHI.
4.4.3. Motivovat nemocnice, které v současné době neusilují o udělení titulu BFH, aby v praxi dodržovaly praktiky prezentované v Deseti krocích jako nejlepší možné.	Příslušné zdravotnické orgány, výbory pro hodnocení kvality péče a výbory pro BFHI	Všechny nemocnice a zdravotnická zařízení používají standardy pro nejlepší péči o kojení.
4.4.4. Zařadit dodržování všech kritérií BFHI na podporu kojení formou standardu nejlepší péče do akreditačního systému posuzování kvality zdravotnických zařízení.	Příslušné zdravotnické orgány, výbory pro hodnocení kvality péče, akreditace a výbory pro BFHI	Akreditační standardy péče o kojící matky a novorozence zahrnují všechna kritéria BFHI.
4.4.5. Vytvořit systematický přístup pro rozšíření informací o kojení do prenatální péče, v souladu s odpovídajícími body z 10 kroků na podporu kojení BFHI.	Příslušné zdravotnické orgány, poskytovatelé zdravotní péče, zdravotničtí pracovníci	Je vytvořen doporučený postup podpory kojení v rámci prenatální péče
4.4.6. Motivovat otce a rodiny pro vytvoření odpovídajícího prostředí pro matky po propuštění z porodnice.	Poskytovatelé zdravotnické péče, zdravotníci	Motivování otcové a rodiny.

4.4.7. Zlepšovat spolupráci mezi nemocnicemi a ostatními zařízeními zdravotní a sociální péče a podpůrnými skupinami matek , aby se zajistilo plnění bodu 10 BFHI, tj. poskytovat náležitou podporu kojení a poradenství v období prvních týdnů po porodu.	Příslušné orgány zdravotní a sociální péče, výbory pro hodnocení kvality péče a BFHI, laičtí poradci, podpůrné skupiny matek, dobrovolné organizace podporující kojení, nevládní organizace	Široce rozšířené uplatňování bodu 10 BFHI.
4.4.8. Zabezpečit, aby byly poskytovány adekvátní zdroje a technická podpora pro výuku a výcvik a změnu v praxi, s cílem zajistit, že zdravotní a sociální služby pro ženy, kojence a děti budou podporovat a prosazovat kojení.	Příslušné orgány zdravotní a sociální péče, profesní asociace, vzdělávací instituce	Státní a soukromí poskytovatelé zdravotní a sociální péče podporují a prosazují kojení v souladu s národní strategií.
4.4.9. Motivovat rozšíření zásad BFHI i mimo péči o matky, poskytovanou v porodnici, tak, aby zahrnovaly zdravotní a sociální služby na úrovni obce, dětská oddělení a pracovní prostředí	Příslušné orgány zdravotní a sociální péče, výbory pro hodnocení kvality péče a BFHI komise, nevládní organizace	Jsou vytvořeny modely péče, vycházející z BFHI a jsou šířeny i do jiných oblastí služeb, nejen zdravotnických.
4.4.10. Napsat protokoly a návody pro pravidelné hodnocení nemocnic a primární zdravotnické péče, založených na standardních kritériích BFHI vyvinutých WHO/UNICEF a národními/regionálními komisemi.	Odpovídající ministerstva a autority, výbory pro hodnocení kvality péče a BFHI komise, nevládní organizace	Funguje pravidelné posuzování protokolů a praktik pro všechna zdravotnická zařízení pro matky a děti.

4.5. Podpora kojení kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
4.5.1. Zajistit, aby zdravotníci a sociální pracovníci všech kategorií, včetně dobrovolníků (podpůrné skupiny matek), byli na základě svých znalostí schopni podporovat kojení a poskytovat kojícím matkám oporu a podporovat jejich sebevědomí.	Odpovědní vedoucí zdravotníků a sociální pracovníci, agentury a dobrovolné organizace, zdravotníci	Je prováděn audit personálního zajištění péče o matku a dítě (počty pracovníků), schopných efektivní podpory kojení.

4.5.2. Zajistit odbornou pomoc vyškoleným personálem matkám, které mají specifické problémy s kojením či problémy s umělou výživou.	Odpovědní vedoucí zdravotníků a sociální pracovníci, poskytovatelé zdravotnické péče, zdravotníci	Je vytvořen tým specialistů, jako např. IBCLC , laktační konzultanti, kteří školí další personál v účinném řešení problémů s kojením.
4.5.3. Zajistit, aby služby pro podporu kojení, včetně individuální pomoci při řešení potíží kvalifikovanými laktačními konzultanty nebo dostatečně vzdělaným personálem oddělení, byly všem matkám (i finančně) dostupné.	Odpovědní vedoucí zdravotníků a sociální pracovníci, agentury a organizace, poskytovatelé zdravotního pojištění	Národní zdravotní systémy a/nebo zdravotní pojišťovny hradí odbornou podporu a pomoc při řešení potíží při kojení (laktačním konzultantům.)
4.5.4. Zajistit matkám nemocných či nedonošených dětí potřebnou podporu, aby byly schopny udržet si laktaci a odstříkat potřebné množství mléka pro své dítě či jim zajistit zdarma donorové mléko z banky. K tomu by mělo patřit i hrazení cestovného či ubytování, aby mohly být co nejlíže dítěti.	Odpovědní vedoucí zdravotníků a sociální pracovníci, agentury a organizace	Bezplatná pomoc a podpora kojící matky.
4.5.5. Vybudovat národní a regionální centra pro kojení, sloužící jako zdroj znalostí a dovedností pro zdravotnické pracovníky a kojící matky, včetně přístupu k odpovídajícím časopisům, učebnicím a bezplatného přístupu ke zdrojům na bázi internetu.	Odpovědní vedoucí zdravotníků pracovníci na národní a regionální úrovni, národní výbor pro kojení	Je vytvořena síť center pro kojení, zajišťující dosažitelnost a šíření informací všem zájmovým skupinám.
4.5.6. Zajistit, aby ženy, které přestaly kojit dříve než plánovaly si ujasnily, proč tomu tak bylo, aby tím zmenšily pocit ze selhání a pomoci jim, aby příští dítě mohly kojit déle.	Odpovědní vedoucí zdravotníků a sociální pracovníci, poskytovatelé zdravotnické péče, zdravotníci	Personál a dobrovolníci poskytují kompetentní pomoc matkám, které odstavily dítě dříve než plánovaly a potřebují vyslechnout a podpořit.
4.5.7. Rutinně využívat zpětnou vazbu od pacientů ke zjišťování kvality poskytovaných informací a podpory týkající se kojení, zajišťované poskytovateli primární zdravotnické péče.	Ředitelé nemocnic a zdravotnických zařízení primární péče, komise posuzující kvalitu pojištění, koordinátoři kojení a laktační specialisté	Je zavedena rutinní zpětná vazba od pacientů s cílem vytipovat sub-optimální praktiky.

4.6. Podpora kojení ze strany [komunitních poradců](#) a [podpůrných skupin matek](#)

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
-----------------	-------------	------------------------------------

4.6.1. Motivovat vznik a zlepšení pole působnosti podpory kojení, prováděné školenými komunitními poradci a podpůrnými skupinami matek, se zaměřením na okrajové komunity a skupiny matek s nižším společensko-ekonomickým statusem, které kojí s menší pravděpodobností.	Odpovědní vedoucí zdravotničtí pracovníci, komisaři propagace zdraví a veřejného zdravotnictví, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek, dobrovolné organizace podporující kojení	Školení komunitních poradců při kojení a zakládání podpůrných skupin matek v oblastech, kde jsou potřeba.
4.6.2. Vytvořit či zrevidovat učební plány (obsah, metody, materiály, čas) pro školení komunitních poradců a podpůrných skupin matek.	Komunitní poradci, podpůrné skupiny matek, dobrovolné organizace podporující kojení	Odborná náplň a standardy pro vymezení kompetence jsou vytvořené nebo přepracované.
4.6.3. Rozšířit komunikaci a spolupráci mezi zdravotnickými pracovníky z různých pracovišť a komunikaci se školenými komunitními poradci a podpůrnými skupinami matek.	Odpovědní vedoucí zdravotničtí pracovníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek, dobrovolné organizace podporující kojení	Fungují postupy usnadňující efektivní využití státních a dobrovolných odborníků na kojení.

4.7. Podpora kojení v rodině, společnosti a na pracovišti

Doporučené cíle	Odpovědnost	<u>Výstupy a výsledky</u>
4.7.1. Poskytovat informace a podporu kojícím matkám, jejich partnerům a rodinám, včetně detailů kontaktu na oficiální akreditovanou síť odborníků ve zdravotnických zařízeních i na dobrovolné bázi.	Odpovídající odborníci z řad zdravotníků a sociálních služeb, zdravotníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek	Kojící matky a jejich partneři běžně získávají tyto informace a podporu.
4.7.2. Povzbuzovat podporu kojící matky ze strany rodiny formou osvěty veřejnosti a lokálních projektů a společenských programů, založených na spolupráci mezi poskytovateli statutární a dobrovolné pomoci.	Odpovídající odborníci z řad zdravotníků a sociálních služeb, zdravotníci, komunitní poradci, podpůrné skupiny matek	Místní a regionální mezirezortní projekty, jsou zakládány a hodnoceny.
4.7.3. Poskytovat cílenou pomoc	Odpovídající	Společenské skupiny,

prvorodičkám, imigrantům, mladistvým, svobodným a osamělým matkám, matkám s nižším vzděláním a jiným skupinám obyvatelstva, kde lze očekávat nízkou prevalenci kojení, včetně matek se špatnou zkušeností z předchozího kojení a matek dětí, živených umělou výživou (formule).	odborníci z řad zdravotníků a sociálních služeb, zdravotníci, výzkumné ústavy, komunitní poradci, , podpůrné skupiny matek	vyžadující specifické informace a jinou formu podpory jsou oslovovány adekvátním způsobem.
4.7.4. Povzbuzovat vytváření prostředí příznivě nakloněného kojící matce ve veřejných službách a chránit právo matek kojit tak dlouho jak chtějí prostřednictvím odpovídající politiky a legislativy.	Vládní orgány a regionální zastupitelstva, relevantní zástupci zdravotníků a společnosti, personální oddělení	Přijetí a uzákonění všeobecně platné podpory kojení.

5. Monitorování

Položka monitorování byla přidána do jednotlivých operačních tabulek pro každou z aktivit a lze ji najít pod různými nadpisy.

5. Výzkum

Doporučené cíle	Odpovědnost	Výstupy a výsledky
6.1.1. Podporovat v oblasti kojení výzkum, založený na dohodnutých prioritách a postupech, s použitím dohodnutých definicí kojení a oproštěný od konfliktních a komerčních zájmů.	Evropská komise, vlády, ministři zdravotnictví, výzkumné instituce, výbory pro kojení	Roční rozpočet na výzkum věnovaný kojení. Publikace a šíření výzkumných projektů a dodržování elektronické databáze o výzkumu týkajícího se kojení. Zjištěny mezery ve znalostech a výzkumu.
6.1.2. Podporovat a zajistit intenzivní výměnu odborných znalostí v oblasti výzkumu kojení mezi výzkumnými institucemi v členských zemích EU.	Evropská komise, vlády, výzkumné instituce, výbory pro kojení, profesní asociace	Zvýšen počet mezinárodních projektů a publikací.

Citace

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003517
2. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>
3. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002
http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm
4. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. World Health Organization, Geneva, 2007
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007
6. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington DC, 2007
7. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94-100
8. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact* 2004;20:9-17
9. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:253-62
10. Merewood A, Patel B, Newton KN et al. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an inner-city US Baby-Friendly hospital. *J Hum Lact* 2007;23:157-64
11. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1126-30
12. A warm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994;344:1239-41
13. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989 <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
14. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002
http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm
15. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981 http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
16. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, Florence, 1990
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
17. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989
18. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding. UNICEF, Florence, 2005 <http://www.innocenti15.net/declaration.htm>
19. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992 http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
20. WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
<http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>

21. WHO/EURO. The second action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2007-2012. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007
http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3
22. Infant Feeding in Emergencies Interagency Core Group. Infant and young child feeding in emergencies: operation guidance for emergency relief staff and programme managers (version 2.1). Emergency Nutrition Network, Oxford, 2007
23. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
24. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000
25. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000
<http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
26. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999;103:870-6
27. Lund-Adams M, Heywood P. Breastfeeding in Australia. World Rev Nutr Diet 1995;78:74-113
28. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Dept of Agriculture. Food and Nutrition Research Report n. 13, Washington DC, 2001
29. United States Breastfeeding Committee. Economic benefits of breastfeeding. United States Breastfeeding Committee, Raleigh, NC, 2002
<http://www.usbreastfeeding.org/Issue-Papers/Economics.pdf>
30. Bitoun P. The economic value of breastfeeding in France. Le Dossiers de l'Obstetrique 1994;216:10-3
31. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. Acta Paediatr 2006;95:540-6
32. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
33. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
34. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2003
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf
35. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf
36. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8:39-46
37. European Network for Public Health Nutrition: Networking Monitoring Intervention and Training (EUNUTNET). Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2006
http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_develop.htm
38. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991

39. European Commission. Directive 2006/141/EC. European Commission, Brussels, 2006
40. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
41. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4:729-39
42. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Report on breastfeeding in New South Wales 2004. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/nutrition/breastfeeding/index.html
43. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Overview of recent reviews of interventions to promote and support breastfeeding. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/bf_interventions.html
44. Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005 <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=511623>
45. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to breastfeeding interventions. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2005 <http://www.cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm>
46. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2007;
47. Cattaneo A, Borgnolo G, Simon G. Breastfeeding by objectives. *Eur J Public Health* 2001;11:397-401
48. WHO/FAO. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. WHO, Geneva, 2007
49. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20
50. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001;323:1358-62
51. Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ* 1999;77:492-8
52. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health* 2005;33:424-31
53. Ekstrom A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 2006;118:e309-e314
54. World Health Assembly. WHA Resolution 58.32: Infant and young child nutrition. WHO, Geneva, 2005
55. Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2006;1:24
56. Questions and answers on *Enterobacter sakazakii* in powdered infant formula. WHO, Geneva, 2004
57. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. World Health Organization, Geneva, 2006 http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm
58. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991 http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF
59. WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding.

WHO, Geneva, 1993

60. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting. WHO, Geneva, 2007
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
61. European Community Health Indicators Phase II. Public Health Indicators for Europe: context, selection, definition. EU Health Monitoring Programme, Luxembourg, 2005
http://www.ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_08_en.pdf
62. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-5
63. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6
64. Des J, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6
65. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. Blackwell, London, 2006

Autoři a recenzenti

Akční plán napsal koordinátor projektu: Adriano Cattaneo, a jeho tým z Unit for Health Services Research and International Health, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy: Anna Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarosa Milinco a Alexandra Knowles.

Psali jménem členů Organizačního výboru:

Christine Carson (Department of Health, London)
Flore Diers-Ollivier (La Leche League and Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)
Berthold Koletzko (Professor of Paediatrics, Metabolic Diseases and Nutrition, University of Munich)
Hildegard Przyrembel (National Breastfeeding Committee, Germany)
Nathalie Roques (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, Association Information pour l'Allaitement)
Luis Ruiz Guzman (Paediatrician and coordinator of the BFHI, Spain)
Michael Sjöström (Public Health Nutrition, Karolinska Institute, Stockholm)
Agneta Yngve (Public Health Nutrition, Karolinska Institute, Stockholm)

a všemi účastníky projektu, kteří poskytli nápady, komentáře a návrhy změn následných návrhů Akčního plánu a revidované konečné verze:

Austria: Ilse Bichler (IBCLC, Regional Administrator, IBLCE), Anne-Marie Kern (IBCLC, Coordinator, BFHI)
Belgium: Françoise Moyersoen (Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains, Réseau Allaitement Maternel)
Denmark: Tine Jerris (Coordinator, National Breastfeeding Committee), Ingrid Nilsson (IBCLC, Vice-President, National Breastfeeding Committee)
Finland: Kaija Hasunen (Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health)
Greece: Vicky Benetou (Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Themis Zachou (Paediatrician Neonatologist, former Director, Breastfeeding Promotion Unit, Human Milk Bank, Elena Venizelou Maternity Hospital, Athens)
Iceland: Geir Gunnlaugsson and Ingibjörg Baldursdóttir (Centre for Child Health Services) Jona Margret Jonsdóttir (IBCLC, Centre for Child Health Services)
Ireland: Genevieve Becker (IBCLC, Consultant Nutritionist), Maureen Fallon (National Breastfeeding Coordinator)
Luxembourg: Maryse Lehnens-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)
The Netherlands: Adrienne de Reede (Director, Stichting Zorg voor Borstvoeding, BFHI)
Norway: Anne Baerug (Project Coordinator, National Breastfeeding Centre, Oslo)
Portugal: Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa)
United Kingdom: Jenny Warren (National Breastfeeding Adviser for Scotland), Susan Sky (Breastfeeding Co-ordinator for Wales), Janet Calvert (Breastfeeding Co-ordinator for Northern Ireland)
Kim Fleischer Michaelsen (International Society for Research in Human Milk and Lactation)
Andrew Radford (Programme Director, UNICEF UK Baby Friendly Initiative, UK)
Aileen Robertson (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark)
Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Geneva, Switzerland)

Akční plán byl revidován, hodnocen a komentován následujícími lidmi, organizacemi a institucemi:

Rakousko: Renate Fally-Kausek (Ministry of Health/Promotion of Breastfeeding), Karl Zwiauer (National Breastfeeding Committee), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filmsmair (School for Paediatric Nurses, Vienna General Hospital), Maria Jesse (Austrian Association of Paediatric Nurses), Renate Großbichler (Austrian Association of Midwives), Margaritha Kindl (Academy for Midwives, Mistelbach), Christine Kohlhofer and Renate Mitterhuber (Academy for Midwives, Semmelweislinik, Vienna), Michael Adam (Obstetric Department, Semmelweislinik, Vienna)
Belgie: Members of the multisectoral Federal Breastfeeding Committee and representatives of the Federal, the Regional (Wallonie) and French Community Health authorities; Ann van Holsbeeck (Breastfeeding Federal Committee)
Bulharsko: Stefka Petrova (Department of Nutrition, National Centre of Hygiene)
Česká republika: Anna Mydlilova (National Lactation Center, Prague), Magdalena Paulova (Institute for Postgraduate Medical Education, Prague), Dagmar Schneidrová (Charles University, Prague)
Dánsko: members of the National Breastfeeding Committee representing the Association of Danish Clinical Dietitians, the National Board of Health, the Danish Association of Midwives, the Danish College of General Practitioners, the Danish Committee for Health Education, the Danish Committee for UNICEF, the Danish

Consumer Council, the Danish Medical Association, the Danish Nurses Organization, the Danish Paediatric Society, the Danish Society of Obstetrics and Gynaecology, the Danish Veterinary and Food Administration, IBLCE, the Ministry for the Interior and Health, Parenting and Childbirth, the Professional Society of Health Care Nurses, the Professional Society of Obstetric and Gynaecology Nurses, the Professional Society of Paediatric Nurses, WABA and WHO Regional Office for Europe

Estonsko: Julia Deikina (Health Protection Inspectorate)

Finsko: Marjaana Pelkonen (Ministry of Social Affairs and Health)

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

Německo: Michael Abou-Dakn (National Breastfeeding Committee, Society for Support of the WHO/UNICEF Initiative "Breastfeeding-friendly Hospital"), Marion Brüssel (Association of Midwives, Berlin), Eleanor Emerson (La Leche Liga Germany), Joachim Heinrich (Nutritional Epidemiology and Public Health, GSF Research Centre for Environment and Health), Ingeborg Herget (German Association of Paediatric Nurses), Mathilde Kersting (National Breastfeeding Committee, Research Institute for Child Nutrition), Rüdiger von Kries (Child Health Foundation), Walter Mihatsch (German Society for Pediatrics and Adolescent Medicine), Gudrun von der Ohe (German Association of Lactation Consultants), Utta Reich-Schottky (Association of Breastfeeding Support Groups), Ute Renkowitz (German Association of Midwives), Marita Salewski (Deutsche Liga für das Kind), Elke Sporleder (National Breastfeeding Committee, Association of Lactation Consultants), Jutta Struck (Federal Ministry for Family, Elderly, Women and Youth), Marina Weidenbach (Aktionsgruppe Babynahrung), Anke Weißenborn (Federal Institute for Risk Assessment), Petra Wittig (German Association of Midwives), Uta Winkler (Federal Ministry for Health and Social Affairs)

Řecko: Antonia Trichopoulou (Associate Professor, Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Chryssa Bakoula and Polixeni Nicholaidou (Associate Professors, 1st Department of Pediatrics, University of Athens Medical School)

Mad'arsko: Gabor Zajkas (OKK-OETI), Katalin Sarlai (IBCLC, Hungarian Association for Breastfeeding)

Island: Anna Björg Aradóttir (Registered Nurse, Directorate of Health)

Irsko: Anne Fallon (Acting Midwife Tutor, University College Hospital, Galway), Nicola Clarke (Clinical Midwife Specialist-Lactation, National Maternity Hospital, Dublin), Margaret O'Connor (Practice nurse, Tralee, Kerry), Maura Lavery (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Rotunda Hospital, Dublin), Camilla Barrett (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Portiuncula Hospital, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (IBCLC, Rathcoole, Dublin), Rosa Gardiner (Director of Public Health Nursing, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)

Itálie: Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Ministry of Health), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (National Institute of Health), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (National Institute of Nutrition), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Lactation Consultants Association), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI), Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (Italian Committee for Unicef), Paola Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piemonte), Marisa Bechaz (Valle d'Aosta), Maria Enrica Bettinelli (Lombardia), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Veneto), Claudia Giuliani (Friuli Venezia Giulia), Chiara Cuoghi (Emilia Romagna), Iginio Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toscana), Paola Bellini, Maria Marri (Umbria), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzo), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Campania), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Puglia), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sicilia), Antonietta Grimaldi (Sardegna)

Lotyšsko: Irena Kondrate (National Breastfeeding Committee, Ministry of Health), Velga Braznevisa (Nutrition Policy Department), Iveta Pudule (Health Promotion Centre)

Litva: Roma Bartkeviciute (State Nutrition Center, National Breastfeeding Committee member), Daiva Sniukaite (NGO Pradziu pradzia, National Breastfeeding Committee secretary)

Lucembursko: members of the National Breastfeeding Committee, including representatives from the Ministry of Health, paediatricians, gynaecologists/obstetricians, midwives, nurses, paediatric nurses, NGO's, mother support groups and nursing schools; Martine Welter (president, National Association of Midwives)

Malta: Yvette Azzopardi (Health Promotion Department), Maria Ellul (Principal Scientific Officer)

Holandsko: Adja Waelpunt, Ellen Out (Royal Dutch Organisation of Midwives), Sander Flikweert (Dutch College of General Practitioners), Carla van der Wijden (Dutch Association for Obstetrics and Gynaecology), Y.E.C. van Sluys (Nutrition Centre), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland and Alma van der Greft (Nutrition and Health Protection, Ministry of Health, Welfare and Sports), J.A.M. Hilgerson (Working Conditions and Social Insurance, Ministry of Social Affairs), Caterina Band (Dutch Association of Lactation Consultants)

Norsko: Arnhild Haga Rimestad (Director, National Nutrition Council), Bodil Blaker (Ministry of Health), Elisabeth Helsing (Norwegian Board of Health), Hilde Heimly and Britt Lande (Directorate for Health and Social Affairs), Kirsten Berge (National Organization of Public Health Nurses), Hedvig Nordeng (Institute of Pharmacotherapy), Anne Marie Pedersen (Labour Union of Children Nurses), Maalfrid Bjoernerheim (Norwegian Nurses and Midwives Organization), Anna-Pia Häggkvist (neonatal intensive care nurse), the Norwegian BFHI Committee with members from the midwives, paediatricians, gynaecologists, public health nurses and mother-to-mother support group organizations; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggestad and Elisabeth Tuft (National Breastfeeding Centre, Rikshospitalet University Hospital, Oslo)

Polsko: Krystyna Mikiel-Kostyra (Institute of Mother and Child, Warsaw), Hania Szajewska (Department of Paediatric Gastroenterology and Nutrition, Medical University of Warsaw)

Portugalsko: members of the National BFHI Committee and of the National Council on Food and Nutrition, Adelaide Orfão (Centro de Saúde, Parede)

Rumunsko: Camelia Parvan (Institute of Public Health, Ministry of Health)

Slovensko: Katarina Chudikova (Ministry of Health), Viera Hal'amová (BFHI Coordinator)

Slovinsko: Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Institute of Public Health), Borut Bratanič (Head, Neonatal Unit, University Medical Centre, Ljubljana)

Španělsko: Sagrario Mateu, José M^a Martin Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturias), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Balears), José M^a Arribas Andres, Carmeta Barios (Castilla-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalunya), M^a Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Tembory (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galicia), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Pais Vasco), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragon), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valencia), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M^a Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), M^a Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andalucia), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Castilla-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (Canarias), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Cantabria), Lluís Cabero i Roura (Presidente, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M^a Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas), Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), M^a Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité Nacional, UNICEF)

Švédsko: Elisabeth Kylberg (Amningshjälpen and Department of Women's and Children's Health, Uppsala University), Kerstin Hedberg Nyqvist (Assistant Professor in Pediatric Nursing, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University), AMNIS (Swedish Breastfeeding Network), Yngve Hofvander (BFHI), Annica Sohlström (Head Nutritionist, National Food Administration)

Švýcarsko: Eva Bruhin, Clara Bucher (Swiss Foundation for the Promotion of Breastfeeding)

Spojené Království: Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Scottish Breastfeeding Group), Anthony F Williams (Senior Lecturer & Consultant in Neonatal Paediatrics, St George's Hospital Medical School, London), Mary Renfrew (Mother and Infant Research Unit, University of Leeds), Janet Fyle (Royal College of Midwives), Fiona Dykes (Reader in Maternal and Infant Health, Department of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston), Jane Putsey, Phyll Buchanan (The Breastfeeding Network), The National Childbirth Trust

European Public Health Alliance (a network of over 90 NGOs working in support of health) and EPHA Environment Network

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

Rachel O'Leary and Constance A. Little (European Council of La Leche League)

Wendy Brodribb (Chair, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australia)

Gabriele Kewitz (European Association for Lactation Consultants)

Madeleine Lehmann-Buri (International Lactation Consultants Association)

Margot Mann (Director for External Affairs, International Lactation Consultant Association)

Adenike Grange (President-Elect, International Paediatric Association)
Philip O'Brien (Regional Director, European Office, UNICEF)

Akční plán byl revidován v rámci projektu Propagace kojení v Evropě: Pilotní testování akčního plánu následujícími odborníky:

Maryse Arendt, IBCLC, Initiativ Liewensufank, Luxembourg
Tea Burmaz, Unit for Health Services Research and International Health, Institute for Child Health IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy
Adriano Cattaneo, Unit for Health Services Research and International Health, Institute for Child Health IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy
Elise Chapin, IBCLC, Regional Observatory on Breastfeeding, Florence, Italy
Marie-José Communal, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Lyon, France
Maureen Fallon, National Breastfeeding Coordinator, Dublin, Ireland
Tine Jerris, IBCLC, National Breastfeeding Centre, Copenhagen, Denmark
Irène Loras-Duclaux, Department of Paediatrics, Hopital Mère-Enfant, Lyon, France
Irena Kondrate, National Breastfeeding Committee, Ministry of Health, Riga, Latvia
Marzena Kostuch, Department of Perinatology and Obstetrics, Clinical Hospital 4, Lublin, Poland
Catherine Massart, Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel, Bruxelles, Belgium
Krystyna Mikiel-Kostyra, Institute of Mother and Child, Warsaw, Poland
Ingrid Nilsson, IBCLC, National Breastfeeding Centre, Copenhagen, Denmark

Revidovaný Akční plán hodnotili a komentovali následující lidé, organizace a instituce:

Anne Baerug, National Breastfeeding Centre, Oslo, Norway
Vicky Benetou, Department of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, University of Athens, Greece
Janet Calvert, Breastfeeding Coordinator, Health Promotion Agency of Northern Ireland, UK
Claibourne I. Dungy, Chair, International Board of Lactation Consultant Examiners, USA
Monique Fey-Sunnen, graduated paediatric nurse, Luxembourg
Corinne Lauterbour-Rohla, midwife, Luxembourg
Lida Lhotska, IBFAN/GIFA, Geneva, Switzerland
Elisabeth Kylberg, Department of Women's and Children's Health, Uppsala Children's Hospital, Sweden
Ellen McIntyre, Chair Elect, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australia
Marjaana Pelkonen, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, Ministry of Social Affairs and Health, Finland
Constanza Vallenias, Child and Adolescent Health and Development, WHO, Geneva, Switzerland
Themis Zachou, paediatrician and neonatologist, Athens, Greece
Irena Zakarija-Grkovic, IBCLC, National Breastfeeding Committee, Croatia

Dodatek 1. Globální strategie výživy kojenců a malých dětí

WHO a UNICEF společně vytvořily Globální strategii v roce 2002, do níž začlenily nejnovější vědecké poznatky, s cílem znovu podnítit světový zájem o urgentní potřebu ochrany, propagace a podpory kojení a zlepšení (prostřednictvím optimální výživy) výživového stavu, růstu a vývoje, zdraví a následně přežití kojenců a malých dětí.

Vznik Globální strategie během dvouletého komplexního procesu bylo řízeno dvěma principy: měla by vycházet z vědecky podložených a epidemiologických důkazů a mělo by se na ní podílet co nejvíce účastníků. Od začátku se vědělo, že Globální strategie by měla potvrzovat a vycházet z minulých a současných úspěchů, zejména z BFHI (1991), Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka (1981) a Deklarace Innocenti o ochraně, propagaci a podpoře kojení (1990).

Globální strategie by měla být průvodcem postupů; jejími specifickými cíly jsou: zvýšit povědomí o hlavních problémech ovlivňujících výživu kojenců a malých dětí; najít přístupy k jejich řešení a poskytnout rámec nezbytných opatření; zvýšit závazky vlád, mezinárodních organizací a jiných zainteresovaných stran o optimální praktiky výživy kojenců a malých dětí; vytvořit prostředí, které umožní matkám, rodinám a jiným pečovatelům za všech okolností informovaně se rozhodnout o optimálním způsobu výživy kojenců a malých dětí.

Globální strategie musí být uvedena do chodu. Přesvědčivé důkazy z celého světa ukazují, že vlády s podporou mezinárodních společností a jiných zainteresovaných stran, začínají brát vážně své závazky k ochraně a propagaci zdraví a výživy kojenců, malých dětí a těhotných a kojících žen.

První čtyři z devíti operačních úkolů Globální strategie jsou převzaty z Deklarace Innocenti (dodatek 3). Pět doplněných úkolů je uvedeno níže.

5. Vytvořit, zavést, monitorovat a hodnotit komplexní politiku výživy kojenců a malých dětí v kontextu národních politik a programů pro výživu, zdraví dětí a omezení chudoby.
6. Zabezpečit, aby zdravotníci a další relevantní sektory chránily, propagovaly a podporovaly výlučné kojení do 6 měsíce věku a pokračování v kojení do 2 let či déle – přičemž zajistit ženám přístup k potřebné podpoře – v rodině, komunitě, na pracovišti – aby byl tento cíl dosažen.
7. Propagovat správně načasované, adekvátní, bezpečné a vhodné zavádění příkrmu s pokračováním v kojení.
8. Poskytnout rady a podporu ohledně výživy kojenců a malých dětí, které jsou ve výjimečně obtížných situacích matkám, rodinám či jiným pečovatelům.
9. Zvážit, jaké nové zákony či jiná vhodná opatření mohou být požadována, jako součást komplexní politiky výživy kojenců a malých dětí, aby byly uvedeny v platnost principy a cíle Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka a následných, relevantních rezolucí.

Dodatek 2. Mezinárodní kodex marketingu náhražek mateřského mléka

Mezinárodní kodex se týká náhražek mateřského mléka, k nimž patří i “dětská formule, jiné mléčné výrobky, potraviny a nápoje používané k částečnému či úplnému nahrazení mateřského mléka, krmení lahví a dudlíky”, a byl přijat na WHA v roce 1981 většinou členských států s cílem zabránit agresivnímu marketingu formule a z toho vyplývajícího nárůstu dětské úmrtnosti. Po přijetí Mezinárodního kodexu výrobci kojenecké formule vyvinuli a začali propagovat pokračovací formulí, aby si zajistili pokračující zviditelňování svých značek a výrobků. Jako reakce na to WHA Rezoluce z roku 1986 vyjasnila, že neexistuje klinická potřeba těchto výrobků a že děti, krmené umělou výživou, mohou být krmeny standardní formulí do věku 12 měsíců a potom mohou dostávat plnotučné nemodifikované kravské mléko společně s odpovídající rodinnou stravou.

Mezinárodní kodex byl aktualizován a vyjasněn dle potřeby následnými rezolucemi WHA tak, aby byly brány v úvahu nové vědecké poznatky a trendy v komerčním marketingu výrobků. Tyto rezoluce mají stejnou prestiž jako Mezinárodní kodex, jak potvrdila kancelář WHO.

Hlavní ustanovení Mezinárodního kodexu a následných Rezolucí WHA jsou:

1. Vlády jsou zodpovědné za poskytování informací o výživě kojenců. Darování informačních materiálů výrobcům či distributory umělé výživy by mělo být možné jen na zakázku a s písemným souhlasem odpovídajícího vládního činitele.
2. Žádná reklama náhražek mateřského mléka na veřejnosti.
3. Žádné přímé či nepřímé vzorky zdarma či dárky matkám a jejich příbuzným.
4. Žádní obchodníci, zastupující výrobce náhražek mateřského mléka, nesmí kontaktovat matky ať už přímo či nepřímo.
5. Žádné dárky či vzorky zdravotníkům. Poskytované vzorky jsou určeny pro odborné hodnocení a výzkum. Zdravotníci by neměli dávat vzorky výrobků těhotným ženám či matkám kojenců a malých dětí.
6. Informace pro zdravotníky by měly být vědecky podložené a věcné.
7. Finanční podpora zdravotníků by neměla vést ke střetu zájmů.
8. Všechny informace pro matky by měly obsahovat výhody kojení a rizika plus náklady související s umělou výživou.
9. Žádná propagace produktů v rámci Mezinárodního kodexu v zdravotnických zařízeních včetně zásobování zdarma.
10. Žádná slova jako “polidštělé”, “jako od maminky”, či podobné termíny, obrázky a texty idealizující umělou výživu na obalech výrobků.
11. U náhražek mateřského mléka nejsou povolena výživová či zdravotní tvrzení, s výjimkou případů, kdy je to stanoveno národní legislativou.

Úspěšné zavádění Mezinárodního Kodexu záleží na tom, jestli země začlení jeho ustanovení do své národní/regionální legislativy. Mezinárodní Kodex však uvádí, že nezávislé na tomto začlenění, by průmyslová odvětví měla monitorovat své vlastní praktiky a přizpůsobit se principům a cílům kodexu. I když sponzorství zdravotních programů a zdravotníků, včetně školení, nebylo Mezinárodním kodexem zakázané, WHA Rezoluce z roku 1996 a 2005 upozornily na střet zájmů. Zdravotníci si mohou myslet, že jsou imunní ke komerčním reklamním aktivitám. Vědecké studie však došly k jinému závěru: dokonce i “male dárky” jsou účinné.

Mezinárodní Kodex nezakazuje prodej náhražek mateřského mléka, ale omezuje jejich

reklamu. Reklama a propagace prodáváného výrobku je obecně akceptovaným postupem komerčního světa, ale propagace náhražek mateřského mléka negativně ovlivňuje zahájení a délku kojení a v tomto případě tedy nelze postupovat stejně jako u komerčních výrobků. Nízké podíly kojených dětí na celém světě jsou znepokojivé z hlediska veřejného zdraví a úsilí, vyvinuté na zlepšení tohoto stavu, by nemělo soutěžit s komerčním podnikáním a se stále sofistikovanějšími nástroji marketingu a stále větším rozpočtem.

Zdravotníci jako zastánci zdraví by měli kromě vyzývání vlády, aby učinila opatření ke zvýšení počtu kojených dětí, mít zodpovědnost za ustanovení Mezinárodního kodexu. Měli by zajistit, aby zdravotnická zařízení nebyla využívána pro propagaci výrobků. Měli by monitorovat a hlásit porušení odpovídajícím státním orgánům, jak doporučuje WHA. A v neposlední řadě by se zdravotníci měli seznámit s duchem a ustanoveními Mezinárodního Kodexu a následných WHA rezolucí tak, aby neúmyslně neusnadnili porušování na úkor zdraví společnosti.

Evropská Unie poprvé převedla Mezinárodní Kodex do Směrnice evropské komise v roce 1991 (Směrnice 91/321/EEC). Tato Směrnice zdaleka nezahrnovala Mezinárodní kodex v celé jeho šíři, jelikož se týkala pouze kojenecké a pokračovací formule a omezovala jejich marketing pouze do věku 4 měsíců. V prosinci 2006 Evropská komise zveřejnila Směrnici 2006/141/EC, která aktualizovala a nahradila Směrnici z roku 1991. Směrnice 2006/141/EC představuje jen malé zlepšení oproti směrnici 91/321/EEC: pouze rozšiřuje omezení marketingu do věku 6 měsíců. Skoro ve stejné době zveřejnila evropská komise Směrnici 2006/125/EC týkající se zpracovaných potravin na bázi cereálií a dětské stravy pro kojence a malé děti. Článek 8.1. této Směrnice říká, že na obalech těchto výrobků musí být uveden věk, od kdy se může používat a doplňuje, že “uvedený věk nesmí být nižší než 4 měsíce”, což protirečí mnoha národním doporučením ohledně výlučného kojení do věku 6 měsíců. Směrnice evropské komise by měly být převedeny do zákonů a regulací všech členských států.

Dodatek 3. Deklarace Innocenti

Deklarace Innocenti o Ochraně, propagaci a podpoře kojení kojenců a malých dětí z roku 1990

Deklarace Innocenti byla přijata představiteli 30 vlád 1.října 1990 ve Florencii, v Itálii. V dokumenty byly obsaženy nové strategie k účinnější ochraně, propagaci a podpoře kojení. Čtyři hlavní operační cíle Deklarace Innocenti z roku 1990 jsou:

1. ustanovit národního koordinátora kojení a národní výbor pro kojení;
2. zabezpečit, aby každé zařízení poskytující služby matkám plně prakticovalo všech deset kroků úspěšného kojení;
3. realizovat principy a cíle Mezinárodního Kodexu v jeho celistvosti; a
4. uzákonit legislativu ochrany práv kojících, pracujících matek a zavést prostředky jejího posilování.

Deklarace Innocenti o Ochraně, propagaci a podpoře kojení kojenců a malých dětí z roku 2005

Dvacátého druhého listopadu 2005 byla ve Florencii, v Itálii uspořádána výroční oslava s názvem “Oslava Deklarace Innocenti 1990-2005: Úspěchy, výzvy a příští naléhavé potřeby”. Její účastníci přijali Deklaraci Innocenti 2005. Je v ní obsaženo několik nezbytných a urgentních činností k zajištění nejlepšího startu do života všem dětem, realizace práv žen a dětí, dosažení MDG do roku 2015. Deklarace stanovuje role a odpovědnosti klíčových účastníků a zdůrazňuje, že tyto role jsou potřebné pro vytvoření prostředí, které umožní matkám, rodinám a dalším pečovatelům informovaně se rozhodnout o optimálním způsobu výživy kojenců a malých dětí. Tato výzva pro požadované činnosti zahrnuje:

Všechny zainteresované strany:

1. Posílit ženy;
2. Podporovat kojení jako normu;
3. Zdůraznit rizika umělé výživy;
4. Zabezpečit výživu a zdraví žen v průběhu jejich života;
5. Chránit kojení v nouzových situacích, včetně nepřerušování kojení, vhodné komplementární výživy a vyhnout se distribuci náhražek mateřského mléka;
6. Zavést WHO HIV pokyny o výživě kojenců.

Všechny vlády:

7. Ustanovit či posílit zodpovědné osoby za výživu kojenců a malých dětí, komise kojení a skupiny nezávislé na komerčních vlivech a střetu zájmů;
8. Revitalizovat BFHI, rozšířit pole působnosti BFHI na všechny služby péče o matku, novorozence a děti a komunitní služby;
9. Zavést všechna ustanovení Mezinárodního Kodexu v celé jeho šíři jako minimálního požadavku, a vytvořit posilující mechanismus prevence a/nebo reakce na jeho nedodržování;
10. Přijmout legislativu na ochranu mateřství, která usnadní výlučné kojení do 6 měsíců věku;
11. Zabezpečit, aby součástí pre- i postgraduálního vzdělávání zdravotníků bylo získávání odpovídajících znalostí a dovedností, potřebných pro poskytování nejvyššího standardu poradenství ohledně kojení a komplementární výživy;

12. Zabezpečit, aby si všechny matky byly vědomy svých práv a měly přístup podpoře, informacím a poradenství;
13. Zavést monitorovací systém stravovacích návyků kojenců a malých dětí;
14. Vyzvat média, aby kojení představovala jako normu a vytvářela pozitivní obraz optimální výživy kojenců a malých dětí, a účastnila se aktivit souvisejících se Světovým týdnem kojení;
15. Přijmout opatření k ochraně populace, zejména těhotných a kojících matek, před látkami znečišťujícími prostředí a toxickými zbytky;
16. Najít a vymežit zdroje pro zavádění akcí, požadovaných v Globální Strategii;
17. Monitorovat vývoj a pravidelně psát zprávy.

Všechny výrobce a distributory výrobků, spadajících pod Mezinárodní Kodex:

18. Zabezpečit úplné dodržování všech ustanovení Mezinárodního Kodexu a následných rezolucí WHA ve všech zemích;
19. Zabezpečit, aby veškeré zpracované potraviny pro kojence a malé děti splňovaly standardy Kodex Alimentarius.

Multilaterální a bilaterální organizace a mezinárodní finanční instituce:

20. Uznat, že optimální kojení a komplementární výživa jsou nezbytné pro dosažení fyzického, intelektuálního a emočního zdraví celé populace v dlouhodobém horizontu a že nevhodná výživa a její důsledky jsou hlavními překážkami omezení chudoby a udržitelného společensko-ekonomického rozvoje;
21. Nalézt a vymežit dostatečné personální a finanční zdroje pro podporu vlád při vytváření, zavádění, monitorování a hodnocení politik a programů, týkajících se optimální výživy kojenců a malých dětí a BFHI;
22. Zlepšit technické vedení a podporu vlád pro rozvoj všech oblastí, vyhlášených Globální Strategii;
23. Podpořit operační výzkum;
24. Vyzvat k začlenění programů, týkajících se zlepšení kojení, do programů omezování chudoby a plánů rozvoje zdravotnictví.

Veřejný zájem nevládních organizací:

25. Dát větší prioritu ochraně, propagaci a podpoře optimální výživy, včetně školení zdravotníků a komunitních pracovníků, a zvýšit efektivitu spolupráce a vzájemné podpory;
26. Soustředit pozornost na aktivity, které nejsou v souladu s principy Mezinárodního Kodexu tak, aby bylo možno na jeho porušování reagovat v souladu s legislativou a regulacemi příslušného státu.
27. Jakákoliv spolupráce by mělo být řízena pokyny, které zajistí adekvátnost a jasnou definici činností v souladu s principy zabránění střetu zájmů a ovlivnění komerčními zájmy.

Deklarace Innocenti 2005 byla schválena na Výročním zasedání UN Stálým výborem pro výživu v roce 2006, a WHA 2006 vyzvala členské státy k podpoře činností, obsažených ve Výzvě k akcím (WHA rezoluce 59.21).

Dodatek 4. Baby Friendly Hospital Iniciativa

Baby Friendly Hospital Iniciativa, zahájená v roce 1991, je primární strategií UNICEF/WHO posilující schopnost národních, regionálních či místních zdravotnických systémů chránit a podporovat kojení. Na celém světě byla BFHI začleněna do praktik péče o matku a dítě a prokázalo se, že kdekoli byla aplikována, došlo k významnému zlepšení podílů kojených dětí. WHO/UNICEF uděluje nemocnicím akreditaci "Baby Friendly", pokud nemocnice zavedla nutné změny praktik, které vyhovují nejpřísnějším hodnotícím kritériím Iniciativy. Baby friendly hospital je zdravotnické zařízení, kde je Deset kroků úspěšného kojení WHO/UNICEF standardem péče o matku a dítě s cílem účinně chránit, propagovat a podporovat výlučné kojení od narození.

Původní pokyny BFHI byly vytvořily UNICEF a WellStart International v roce 1992. V roce 2006 byly pokyny revidovány. Níže je uvedeno revidovaných deset kroků úspěšného kojení:

1. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.
2. Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.
4. Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.
6. Nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.
7. Praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně.
8. Podporovat kojení podle poptávky dítěte.
9. Nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod..
10. Povzbuzovat zakládání podpůrných skupin matek a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice.

Revidované pokyny BFHI dostupné u UNICEF,⁹ obsahují:

- Podklady a pokyny pro zavádění;
- Kurz o posilování a udržování BFHI pro ty, kdo rozhodují;
- Dvacetihodinový kurz pro personál porodnic o Propagaci a podpoře kojení v BFHI včetně školicího modulu o vlivu porodnických praktik na kojení a modulu pro oblasti s výskytem HIV;
- Sebehodnotící nástroj pro monitorování nemocnic.
- Pokyny a nástroje pro externí hodnocení a přehodnocování (dostupné pouze pro posuzovatele).

V mnoha zemích je BFHI doplňováno iniciativami, jejichž cílem je chránit, propagovat a podporovat kojení:

- Před a po porodu prostřednictvím primární zdravotnické péče a komunitních služeb;
- U nemocných a nedonošených dětí v nemocnici.

Pro BFHI neexistují ani univerzální kritéria ani pokyny, jelikož každý národní projekt vychází z místní situace a organizace primární zdravotnické péče a komunitních služeb.

⁹ see www.unicef.org/nutrition/index_24850.html or www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html

Dodatek 5. Výživová politika a plány WHO/EURO

WHO/EURO už zveřejnila, po schválení všemi členskými státy, dva Akční plány pro výživovou politiku. Druhý z nich byl publikován v září 2007 a pokrývá období 2007-2012. Po uznání Akčního plánu jako významného dokumentu, který naznačuje strategii, stanovuje zdravotní a výživové cíle a otázky bezpečnosti potravin a nabízí koherentní soubor integrovaných činností spadajících pod působnost různých vládních sektorů, veřejnosti a soukromých sektorů, ho mohou členské státy zvážit při vytváření své vlastní politiky a plánů. Co se týká výživy kojenců a malých dětí, plán uznává, že výlučné kojení do 6 měsíců věku a včasné a bezpečné zavádění příkrmu spolu s pokračováním v kojení až do 2 let věku, má krátko- i dlouhodobé preventivní účinky před nemocemi, a doporučuje:

- Propagovat optimální výživu plodu zajištěním dobré výživy matky od období před početím, vytvořit schémata pro skupiny z nižších společensko-ekonomických tříd a dle potřeby zajistit suplementaci mikroživinami;
- Chránit, propagovat a podporovat kojení prostřednictvím:
 - Revize existujících pokynů;
 - Zajištění souladu s kritérii BFHI;
 - Zavádění a posilování Mezinárodního Kodexu;
 - Zajištění adekvátní rodičovské dovolené, přestávek na kojení a pružné pracovní doby, což všechno pomáhá pracujícím, kojícím matkám v době laktace;
 - Tak, aby nejméně 50% dětí bylo v prvních 6 měsících života výlučně kojeno a pak bylo v kojení pokračováno nejméně do 1 roku;
- Přijmout komunitní iniciativy zajišťující adekvátní zásoby komplementárních potravin, dostatečný příjem mikroživin a správné stravovací návyků kojenců a malých dětí, zvláště těch, které žijí ve výjimečně obtížných podmínkách.. Pokud se používá fortifikace mikroživinami, měl by být monitorován její vliv a možná rizika a mělo by se zabránit střetu zájmů s praktikou výlučného kojení;
- Propagovat vytváření předškolní a školní výživové politiky, včetně zavádění učebních osnov pro vzdělávání ohledně výživy, školení učitelů, vytváření pokynů pro školní jídelny a stanovení zdravých možností stravy.

Kromě se toho plán věnuje určujícím faktorům nezdravé a špatné výživy a doporučuje přijmout adekvátní opatření.

Dodatek 6. ILO Konvence o ochraně mateřství 183

Konvence se zabývá revizí Konvence o ochraně mateřství z roku 1952. Aby bylo možné dále propagovat rovnoprávnost všech žen na poli pracovních sil a zdraví a bezpečnosti matky a dítěte a vzít v úvahu okolnosti pracujících žen a potřeby poskytovat ochranu v těhotenství, což je zodpovědností jak vlád, tak společnosti, byla dojednána 15.června 2000 Konvence o ochraně mateřství 183. Relevantní položky pro členské státy, které ratifikují Konvenci, která je právně závazná, jsou :

- Tato Konvence se týká všech zaměstnaných matek, včetně atypických forem zaměstnání;
- Každý stát by měl uvést seznam kategorií pracovníků, které jsou vyloučeny a důvody pro vyloučení;
- Ve svých následných zprávách členské státy popíší přijatá opatření s ohledem na postupné rozšiřování ustanovení Konvence na tyto kategorie.

Ochrana zdraví:

- Každý členský stát přijme vhodná opatření, aby těhotné či kojící ženy nemusely vykonávat práci, o které se ví, že poškozuje zdraví matky či dítěte.

Mateřská dovolená

- Podle lékařského potvrzení a uvedení předpokládaného data porodu, by žena (které se týká tato Konvence) měla mít nárok na mateřskou dovolenou, která by neměla být kratší než 14 týdnů.
- Každý členský stát může následně dodat Generálnímu ředitelství ILO další deklarace prodloužující délku mateřské dovolené.
- S ohledem na ochranu zdraví matky a dítěte, by měla být zákonem nařízená mateřská dovolená v délce 6 týdnů po porodu.
- Část mateřské dovolené před narozením dítěte by měla být prodloužena o jakékoli období mezi předpokládaným a skutečným datem porodu, aniž by se tím krátila délka zákonem nařízené mateřské dovolené po porodu.

Výhody

- Ženy na mateřské dovolené by měly dostávat peněžité dávky.
- Peněžité dávky by měly být tak vysoké, aby žena a dítě měly zajištěny standardní životní podmínky.
- Peněžité dávky by neměly být nižší než 2/3 předešlého platu ženy.
- Pokud žena nesplňuje podmínky pro poskytování peněžitých dávek v mateřství, měla by dostat adekvátní sociální dávky.
- Matce a jejímu dítěti by měly být poskytnuty zdravotní výhody, včetně prenatální péče, porodu, postnatální péče a v případě potřeby i hospitalizace.
- Za účelem chránit postavení ženy na trhu práce, by měly být peněžité dávky v mateřství poskytovány prostřednictvím povinných sociálních pojištění či veřejných fondů.

Ochrana před diskriminací v zaměstnání

- Mělo by být uzákoněno, že zaměstnavatel nesmí propustit těhotnou ženu ani matku kvůli její nepřítomnosti v době mateřské dovolené, ani po jejím opětovném návratu do zaměstnání, s výjimkou důvodů nesouvisejících s těhotenstvím, narozením dítěte a kojením.
- Po skončení mateřské dovolené by měla mít žena právo vrátit se na stejnou pozici či na ekvivalentně placenou pozici v zaměstnání, jakou zastávala před tím.

Kojící matky

- Žena by měla mít právo na jednu či více přestávek na kojení za den či na zkrácení pracovní doby, aby mohla kojit své dítě.
- Období, v které jsou povoleny přestávky na kojení či zkrácení pracovní doby, počet přestávek na kojení, délka přestávek a způsob krácení pracovní doby by mělo být uzákoněno státem. Tyto přestávky či zkrácení pracovní doby by se měly započítávat jako pracovní doba a podle toho být i hodnoceny.

Po Konvenci 183 přijala ILO Doporučení 191, což jsou pokyny a návrhy pro dosažení nejvyššího standardu ochrany mateřství.

Dodatek 7. Model pro analýzu situace

Následující tabulka zdůrazňuje doporučené cíle Akčního plánu (levý sloupec) společně s vývojem situace ((pravý sloupec).

Země: Období: od do Datum:

Politika	Politika
1.1.1 Národní politika vycházející z Globální Strategie 1.1.2 Zaměření politiky na sociálně znevýhodněné skupiny 1.1.3 Odborné organizace vytvářejí doporučení a praktické pokyny	

Plánování	Plánování
1.2.1 Nastavit priority, cíle a úkoly 1.2.2 Dlouhodobé plánování, hodnocení a revize plánů 1.2.3 Krátkodobé plánování, hodnocení a revize plánů 1.2.4 Spolupráce iniciativ podporujících kojení s jinými iniciativami zdravotnického sektoru a zdravotnickými propagačními aktivitami 1.2.5 Vytvoření monitorovacího systému, založeného na obecně uznávaných definicích a standardech 1.2.6 Získávání dalších informací ohledně sociálních charakteristik, což pomůže zjistit míru a původ nedostatků v kojení 1.2.7 Publikovat a šířit výsledky a použít je v příštím plánování iniciativ, týkajících se kojení	

Management	Management
1.3.1 Národní koordinátor kojení 1.3.2 Národní výbor kojení 1.3.3 Návaznost koordinátora a výboru pro	

kojení	
1.3.4 Monitorování a hodnocení výsledků národního plánu	

Financování	Financování
1.4.1 Odpovídající personální a finanční zdroje	
1.4.2 Žádné sponzorství od výrobců či distributorů formule	

CBSC (individuální)	CBSC (individuální)
<p>2.1.1 Zabezpečení individuální podpory vyškolenými zdravotníky včetně komunitních poradců a podpůrných skupin matek</p> <p>2.1.2 Vytvořené materiály přesně odpovídají národní politice</p> <p>2.1.3 Materiály se týkají také využití mateřského mléka jako indikátoru znečištění životního prostředí</p> <p>2.1.4 Identifikovat informace a dovednosti, které potřebují ženy, které kojí méně často (vyjmenovat skupiny) a poskytnout jim je</p> <p>2.1.5 Identifikovat a zajistit potřeby rodin a příbuzných</p> <p>2.1.6 Zabránit distribuci komerčních materiálů, týkajících se výživy dětí, z nevhodných zdrojů</p> <p>2.1.7 Monitorovat a hodnotit pole působnosti, standardy a efektivnost CBSC materiálů a aktivit</p>	

CBSC (komunitní)	CBSC (komunitní)
<p>2.2.1 Vytvořit a šířit CBSC balíčky, které jsou v souladu s národní strategií a doporučením a šířit je do zdravotnických a sociálních zařízení, do škol všech typů, poskytovatelům péče a do médií (zdarma)</p> <p>2.2.2 Prezentovat výlučné kojení v prvních 6 měsících a pokračování v kojení do 2 let</p>	

<p>věku jako normální</p> <p>2.2.3 Využít povědomí o Světovém týdnu kojení jako příležitosti podnítit veřejnou debatu, média a šíření informací</p> <p>2.2.4 Sledovat a využít všech druhů médií k tomu, aby kojení bylo zobrazováno jako norma</p> <p>2.2.5 Monitorovat adekvátnost znalostí, postojů a praktik o významu kojení u veřejnosti a o způsobech podpory a ochrany kojení</p>	
---	--

Pre-graduální školení	Pre-graduální školení
<p>3.1.1 Shrnout a vytvořit standardy pro vzdělávání ohledně kojení, aby byla zajištěna kompetence v laktačním managementu</p> <p>3.1.2 Provést souhrn literatury a učebnic, aby bylo zajištěno, že jsou v souladu s politikou a praktickými pokyny</p>	

Post-graduální školení	Post-graduální školení
<p>3.2.1 Pokračovat v mezioborovém vzdělávání, vycházejícího z WHO/UNICEF či jiných odpovídajících kurzů pro personál, pečující o matku a dítě</p> <p>3.2.2 Provést přehled existujících učebnic a literatury</p> <p>3.2.3 Vyzývat k pokročilému vzdělávání v otázkách laktačního managementu a k získání IBCLC či ekvivalentní kvalifikace</p> <p>3.2.4 Vyzývat k e-networking mezi odborníky na kojení</p> <p>3.2.5 Monitorovat pole působnosti a účinnost postgraduálního školení</p>	

Globální strategie	Globální strategie
<p>4.1.1 Zavádět politiku a plány, vycházející z Globální Strategie a WHO/EURO akčních plánů</p>	

4.1.2 Předávat politiku a plány všem odpovídajícím skupinám a organizacím	
4.1.3 Monitorovat vývoj a hodnotit výsledky politik a plánů	

Mezinárodní Kodex	Mezinárodní Kodex
4.2.1 Vytvořit regulace EU kompatibilní s Mezinárodním Kodexem jako minimálním požadavkem	
4.2.2 Zajistit, aby byl Mezinárodní kodex brán v úvahu ze strany EU při jednáních o Codex Alimentarius	
4.2.3 Vytvořit národní legislativu včetně mechanismu jejího posilování	
4.2.4 Vyzývat k plnému zavádění Mezinárodního Kodexu, a to i když omezení EU to nevyžadují	
4.2.5 Informovat pre a post-graduální zdravotníky a poskytovatele zdravotnické péče	
4.2.6 Vytvořit etický kodex pro sponzorování školení jednotlivců a institucí, vzdělávacích materiálů, konferencí a jiných aktivit	
4.2.7 Šířit informace o cílech a principech Mezinárodního Kodexu	
4.2.8 Postupně ukončovat distribuci formule zdarma rodinám s nízkým příjmem a nahradit to iniciativami, podporujícími kojení	
4.2.9 Vytvořit monitorovací systém, zodpovědný za kontrolu dodržování Mezinárodního Kodexu; vyhledávat a trestat jeho porušení; informovat veřejnost a relevantní autority	

Legislativa pro pracující matky	Legislativa pro pracující matky
4.3.1 Aktualizovat legislativu, podporující matky, tak aby byla splněna doporučení pro nejlepší praktiky kojení	

<p>4.3.2 Zajistit dostatečnou legislativní podporu, umožňující výlučné kojení do věku 6 měsíců a dále pokračování v kojení</p> <p>4.3.3 Rozšířit ochranu mateřství na skupiny, kterých se v současnosti netýká (smlouva na dohodu, kratší úvazky, atd.)</p> <p>4.3.4 Informovat zaměstnavatele, zdravotníky a veřejnost o ochraně legislativy a zdraví a bezpečnosti, jako vyžadují těhotné a kojící ženy</p> <p>4.3.5 Informovat zaměstnavatele o výhodách pro jejich kojící zaměstnankyně usnadňující kojení (pružná pracovní doba, částečný úvazek, možnosti k odstříkávání a skladování)</p> <p>4.3.6 Monitorovat zavádění politiky a legislativy včetně zákonů ochrany mateřství souvisejících s kojením</p>	
--	--

Baby Friendly Hospital Iniciativa	Baby Friendly Hospital Iniciativa
<p>4.4.1 Zabezpečit spolupráci na všech úrovních k zavádění BFHI jako nejlepší praxe (včetně vlády, národní výbor zdravotnictví, nevládní organizace , ústavy péče o matku a dítě)</p> <p>4.4.2 Zajistit zdroje (finanční, personální a čas) a technickou podporu pro školení a hodnocení</p> <p>4.4.3 Vyzvat porodnice, které nejsou Baby Friendly, aby se řídily praktikami kojení v souladu s BFHI pokyny, jenž představují nejlepší standardy</p> <p>4.4.4 Začlenit kritéria BFHI do standardů akreditace kvality porodnic</p> <p>4.4.5 Vytvořit systematický postup předávání informací o kojení v období po porodu v souladu s BFHI</p> <p>4.4.6 Zabezpečit odpovídající podporu doma začleněním otců a rodin</p> <p>4.4.7 Zlepšit spolupráci mezi nemocnicemi a</p>	

<p>dalšími zařízeními zdravotnické a sociální péče, aby byla zajištěna odpovídající podpora kojení (krok 10)</p> <p>4.4.8 Zabezpečit adekvátní školení a podporu v komunitních zdravotnických a sociálních službách</p> <p>4.4.9 Vyzývat k zavádění praktik Baby Friendly i mimo okruh porodnic (komunitní sociální služby, pediatriká oddělení a pracoviště)</p> <p>4.4.10 Vytvořit protokoly k hodnocení porodnic a zařízení primární zdravotnické péče, založených na BFHI standardech</p>	
---	--

Podpora, poskytovaná vyškolenými zdravotníky	Podpora, poskytovaná vyškolenými zdravotníky
<p>4.5.1 Zajistit, aby zdravotníci a sociální pracovníci všech kategorií, včetně dobrovolníků, byli na základě svých znalostí schopni poskytovat kojícím matkám oporu a podporovat jejich sebevědomí</p> <p>4.5.2 Vyzývat a podporovat personál k získání speciálních znalostí a dovedností k řešení problémů kojení</p> <p>4.5.3 Zajistit služby, podporující kojení, včetně kvalifikovaných laktačních poradců či jiných kompetentních zdravotníků</p> <p>4.5.4 Pomoci matkám nedonošených a nemocných dětí, aby byly schopné dítěti poskytnout mateřské mléko a pomoci jim i s cestovným či ubytováním, pokud je nemocnice daleko od bydliště matky</p> <p>4.5.5 Založit centra, která budou zdrojem pro zdravotníky a matky včetně volného přístupu ke zdrojům na</p> <p>4.5.6 Zajistit, aby ženy, které přestaly kojit dříve než plánovaly si ujasnily, proč tomu tak bylo, aby tím zmenšily pocit ze selhání a pomoci jim, aby příští dítě mohly kojit déle</p> <p>4.5.7 Využívat zpětnou vazbu od pacientů ke</p>	

zjišťování kvality poskytovaných informací a podpory kojení	
---	--

<u>Komunitní poradci a podpůrné skupiny matek</u>	Komunitní poradci a podpůrné skupiny matek
4.6.1 Zavést a zvýšit počet školených komunitních poradců a podpůrných skupin matek a to zejména pro ženy, které kojí s menší pravděpodobností	
4.6.2 Vytvořit, zrevidovat a aktualizovat učební plány pro školení komunitních poradců a podpůrných skupin matek	
4.6.3 Posílit spolupráci a komunikaci mezi zdravotníky a komunitními poradci a podpůrnými skupinami matek	

Podpora: rodina, komunita, pracoviště	Podpora: rodina, komunita, pracoviště
4.7.1 Informovat kojící matky, jejich partnery a rodiny ohledně podpory kojení včetně podpůrných systémů	
4.7.2 Zabezpečit podporu rodin prostřednictvím vzdělávání veřejnosti a spolupráci mezi zdravotnickým systémem a dobrovolnickým sektorem a dalšími kooperacemi	
4.7.3 Identifikovat potřeby matek v obtížných situacích či speciálních skupin matek (např. adolescentní matky, přistěhovalci a jiné skupiny) a reagovat na ně	
4.7.4 Povzbuzovat politiku/iniciativy přátelské ke kojení a chránit právo žen kojit kdykoliv a kdekoliv potřebují	

Výzkum	Výzkum
6.1.1 Podporovat výzkum, týkající se kojení, vycházející z uznávaných priorit, definicí kojení a neovlivněný komerčními zájmy	
6.1.2 Podporovat a zabezpečit výměnu zkušeností v oblasti výzkumu kojení mezi výzkumnými ústavy členských států EU	

Pozorování (pokud jsou nějaká)

Dodatek 8. Model národní politiky výživy kojenců a malých dětí

- Kojení je právem, které bude každý respektovat, chránit a pomáhat rodinám ho uskutečnit; matky však nebudou povinny kojit, ani na ně nebude vyvíjen nepřiměřený nátlak stejně tak jako je nepřipustné, aby někdo vyvíjel nepřiměřený nátlak pro volbu umělé výživy.
- Všem budoucím rodičům budou poskytnuty vědecky podložené a objektivní (tj. nezávislé na komerčních zájmech) informace o výživě dětí, aby se na jejich základě mohli informovaně rozhodnout.
- Všechny matky, které se rozhodnou kojit, budou podporovány, aby začaly kojit, kojily výlučně do 6 měsíce věku a s odpovídajícím příkrmem pokračovaly v kojení do dvou let věku či déle podle potřeb matky a dítěte.
- Speciální podpora ohledně optimální výživy kojenců a malých dětí bude poskytnuta znevýhodněným jedincům, skupinám a komunitám, kde je podíl kojených dětí nízký a stravovací návyky špatné.
- Jelikož neexistuje žádný důkaz o nadřazenosti či ekvivalentnosti krmení formulí v porovnání s kojením, kompetentní zdravotníci ho nebudou doporučovat jako alternativu či doplněk kojení, pokud k tomu neexistují oprávněné lékařské důvody.
- Všechny těhotné ženy a matky budou poučeny formou individuálního poradenství o optimální výživě kojenců a malých dětí v předporodních kurzech a po narození dítěte.
- Bude vyvinuto veškeré úsilí, aby bylo usnadněno zaměstnaným matkám výlučně kojit své dítě do 6 měsíce věku a pokračovat v kojení s odpovídajícím příkrmem tak dlouho, jak matka či dítě potřebují.
- Před dosažením 6 měsíců věku, by měli všichni rodiče dostat informace a rady o odpovídajícím příkrmu a o tom, kdy a jak ho mají zavádět do stravy dítěte.
- Po 6 měsíci věku by všichni rodiče měli být poučeni, že mají zavádět a postupně zvyšovat frekvenci, konzistenci a různorodost zdravé, rodinné stravy, přičemž ji přizpůsobí požadavkům a schopnostem dítěte a vyhýbat se slazeným nápojům a jídlům s nízkou nutriční hodnotou.
- Všechny nemocnice, porodnice a zařízení primární zdravotnické péče přijmou a zavedou účinné strategie ochrany, propagace a podpory kojení, jako např. ty obsažené v BFHI.
- Všichni zdravotníci, sociální pracovníci a přidružení pracovníci a instituce pečující o matky, kojence a malé děti by měli být vyškoleni v dovednostech, požadovaných k zavádění této politiky.
- Všichni zdravotníci, sociální pracovníci a přidružení pracovníci a instituce pečující o matky, kojence a malé děti by měli zcela dodržovat všechna ustanovení Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka a následných, relevantních rezolucí WHA.
- Spolupráce mezi zdravotníky, laktačními poradci, dalšími poskytovateli péče a jinými podpůrnými skupinami v komunitě bude podporována.
- Média budou vyzývána, aby zobrazovala kojení a odpovídající komplementární výživu jako normální, přirozený a optimální způsob výživy kojenců a malých dětí.
- Budou shromažďována komplexní, přesná a správně načasovaná data, týkající se kojení, založená na použití standardně uznávaných definic a metod. Data pak budou využita pro plánování, hodnocení a operační výzkumné účely.

Rejstřík

Biomonitoring mateřského mléka

Mateřské mléko se často používá při biomonitoringu, kdy se detekují přetrvávající zbytky chemikálií akumulující se v lidských tělech v průběhu potravního řetězce. Tyto kontaminanty se dostávají do lidského těla např. požitím, vdechováním, dotykem, atd. Mateřské mléko se používá jako indikátor a monitorovací nástroj v tucích rozpustných a přetrvávajících látek. Na mateřské mléko se často nahlíží jako na snadný nástroj pro biomonitoring, jelikož se jedná o neinvazivní metodu odběru, nicméně je ignorován fakt, že pro některé matky může být odšťábkání či odsátí požadovaného množství mléka odsávačkou problém. Mnoho organizací z těchto důvodů používá mateřské mléko ke sledování hladin škodlivých látek v prostředí. Všechny tyto organizace zdůrazňují, že jejich cílem není odrazovat od kojení a že hlavní výhody kojení nepřeváží jakékoliv riziko výskytu potenciálních škodlivých látek v mateřském mléce. Dosud také žádný výzkum jasně nedefinoval zdravotní rizika (ať už klinická či epidemiologická) pro kojící matku a její dítě, kteří jsou vystaveni chemickým látkám či jiným škodlivinám z prostředí, nebo pro dítě, jehož matka má škodliviny obsaženy v mateřském mléce.

Analýza poměru nákladů k zisku

Analýza poměru nákladů k zisku odhaduje cenu výnosů a nákladů, aby stanovila zda projekt stojí za vynaloženou námahu, tj. zda-li cena zisků (např. možné zlepšení zdraví) projektu je vyšší než jeho náklady (obvykle peníze, ale ne vždy). Analýza poměru nákladů k zisku tak hledá, kvantifikuje a sčítá všechny pozitivní faktory (zisky) a vztahuje je k nákladům, aby stanovila čistý výsledek a tím i oprávněnost a žádoucnost plánovaného projektu.

Efektivnost nákladů (rentabilita)

Analýza efektivnosti nákladů je technikou, porovnávající relativní cenu různých klinických strategií. Při výpočtu poměru efektivnosti nákladů se nejčastěji porovnává nová strategie se současnou praxí ("úsporná" alternativa). Analýza efektivnosti nákladů pomáhá posuzovat volbu strategie tam, kde zdroje jsou omezené. Nesmíme zapomenout na to, že lze porovnávat pouze strategie, které mají podobné cíle a srovnatelná výstupní měřítko. Pokud je strategie rentabilní, neznamená to, že šetří peníze stejně jako to, že strategie šetří peníze neznamená, že je rentabilní. Rentabilita také vyžaduje odhad ceny, jelikož co je pro někoho dobrá cena, pro druhého být nemusí.

Komplementární výživa

Dítě dostává jak mateřské mléko tak pevnou (či polotekutou) stravu. Tato definice nevylučuje děti, které dostávají formuli.

Výlučné kojení

Dítě dostává pouze mateřské mléko své matky nebo kojné, či odšťábkávané mateřské mléko, a žádné jiné tekutiny či pevnou stravu s výjimkou kapek a sirupů, obsahujících vitamíny, minerály či léky.

Plné kojení

Vypočítává se sečtením počtu dětí výlučně kojených a převážně kojených.

IBCLC a IBLCE

Laktační konzultant s certifikátem od mezinárodního výboru (IBCLC) absolvoval kvalifikační zkoušku u Mezinárodního výboru pro certifikaci laktačních konzultantů (IBLCE) a každých

5 let absolvuje recertifikaci, která zajišťuje udržení kvality. Účelem IBLCE je pomáhat při ochraně zdraví, bezpečnosti a prospěchu veřejnosti zavedením a posilováním odbornosti certifikace v laktačním managementu. IBLCE uděluje kandidátům certifikát po úspěšném provedení zkoušky nezávisle na tom, jaký kurz laktačního poradenství absolvovali. IBLCE byla založena v roce 1985 a zkouší kandidáty v mnoha centrech na celém světě a v několika jazycích. Recertifikace je povinná každých 5 let. Kvalifikovaní IBCLCs musí dodržovat Etický kodex a pracovat podle vytyčených Standardů pro praxi. Nezávislá komise pro certifikaci agentur, fungující od roku 1988, pravidelně úředně schvaluje IBLCE certifikační metodu.

Mezinárodní kodex

Mezinárodní kodex marketingu náhražek mateřského mléka byl přijat Světovým zdravotnickým shromážděním WHO v roce 1981. Mezinárodní kodex a řada následných rezolucí WHA, uvaluje omezení na marketing všech náhražek mateřského mléka a s tím souvisejících produktů, aby bylo zajištěno, že matky nebudou od kojení odrazovány a že náhražky jsou v případě potřeby užívány bezpečným způsobem. Mezinárodní kodex marketingu náhražek mateřského mléka a následné relevantní rezoluce WHA jsou v Akčním plánu společně uváděny pod termínem Mezinárodní kodex.

Podpůrné skupiny matek

Podpůrné skupiny matek nabízejí podporu na dobrovolnické bázi vyškolenými kojícími matkami jiným matkám, buď na individuální úrovni nebo ve skupinách. Některé podpůrné skupiny matek se založily samy, samy se školí a pracují relativně nezávisle, zatímco jiné (např. Laktační Liga, National Childbirth Trust) jsou součástí větších národních či mezinárodních organizací, které poskytují vysoce kvalitní školení s akreditací, pravidelné doškolování, vědecky podložené informace a podporu a mají jasně definované povinnosti a operační pokyny, včetně zapisování všech aktivit a pravidelnému podávání zpráv o činnosti.

Výstupy a výsledky

Výstupy jsou obvykle formulovány na základě toho, jaké programy poskytnou tj. aktivity, služby, události, kurzy, materiály, dokumenty apod. Naproti tomu výsledky jsou obvykle formulovány na základě výsledků tj. výhod pro zúčastněné. Předmět výsledku by měl být prospěšný danému programu, projektu či aktivitě, ne samotnému programu či zaměstnancům. Konečné výsledky s ohledem na zdraví (úmrtnost, nemocnost, handicap, výživa) jsou většinou seskupeny do termínu “vliv”.

Komunitní poradce

Komunitní poradci poskytují matkám podporu při kojení, obvykle se jedná o individuální podporu. Komunitní poradci jsou specificky vyškoleni v oblasti poradenství ohledně kojení a většinou musí mít certifikát. Služby komunitních poradců nejsou dostupné všude. Někteří komunitní poradci jsou vyškoleni zdravotnickými odborníky a jsou placenými členy týmu, zatímco jiní to dělají dobrovolně.

Převážné kojení

Děti, které jsou převážně kojeny, získávají většinu živin z mateřského mléka, ale mohou dostávat také vodu, nápoje založené na vodě, orální rehydratační roztoky, vitamíny, minerály a léky ve formě kapek či sirupů a obvyklé nápoje v omezeném množství (např. čaj). S výjimkou ovocných džusů a slazené vody, nejsou povoleny žádné jiné tekutiny výživového charakteru.

Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum znamená měření a analýzu numerických dat. Jeho cílem je roztřídit hlavní charakteristiky, spočítat je a zkonstruovat statistické modely, které vysvětlí pozorované jevy. Výzkumník už dopředu ví, jaké aspekty budou studovány a které numerické údaje shromažďovány. Údaje jsou ve formě čísel a statistického zpracování, ale mohou postrádat související detaily. Výzkumník zůstává objektivně oddělen od jejich podstaty. Pokud je velikost studie reprezentativní, lze zjištění zobecňovat.

Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum znamená analýzu údajů typu slov (např. z pohovorů), obrázků (např. video), objektů (např. výtvorů) či událostí (např. prostřednictvím pozorování). Cílem je pochopení prostřednictvím celkového, detailního popisu. Otázky výzkumu a plán studie se vynořují při interakci s respondenty. Výzkumník je nástrojem získávání dat. Výsledek je subjektivní s osobní interpretací (např. prostřednictvím pozorování účastníků, hloubkového rozboru pohovorů) nejdůležitějších jevů. Kvalitativní údaje jsou méně vhodné k zobecňování, ale jsou “bohatší”.

Randomizovaný řízený pokus (RCT)

Randomizovaný řízený pokus (RCT) je nejrigoróznějším způsobem stanovení existence souvislosti příčiny a následku mezi terapií a jejími výsledky a stanovením rentability terapie. RCT mají několik důležitých rysů: náhodné přiřazení do léčebných skupin; pacienti a výzkumníci až do dokončení studie neví, která léčebná terapie byla použita, i když takové dvojité slepé pokusy nejsou vždy proveditelné či vhodné, všechny léčebné skupiny jsou léčeny stejně s výjimkou experimentální léčby; pacienti jsou pravidelně analyzováni v rámci skupiny, do které byli zařazeni, nehledě na to, zda dostali či nedostali intervenční léčbu (analýza podle léčebného záměru); analýza je zaměřena na odhad velikosti rozdílu v předdefinovaných výsledcích mezi léčebnými skupinami. Jiné typy studií, včetně nerandomizovaných řízených studií, dokáží zjistit vztah mezi opatřením a výsledkem. Nemohou však vyloučit možnost, že vztah byl způsoben třetím faktorem, souvisejícím jak s opatřením, tak s výsledkem. Náhodné přiřazení zajišťuje, že mezi léčebnými skupinami nejsou žádné rozdíly s ohledem na známé a neznámé faktory, které by mohly ovlivnit výsledek. Dvojité slepý pokus zajišťuje, aby předpojaté postoje subjektů studie a lékařů, nezpůsobily odchylky v hodnocení výsledků. Analýza podle léčebného záměru (intention to treat) zůstává výhodou náhodného přiřazení, která se však může vytratit, pokud jsou subjekty z analýzy vyloučeny (např. kvůli odstoupení ze studie či nedodržení podmínek). Meta-analýza řízených pokusů ukázala, že zanedbání náhodného přiřazení a nepoužití metody dvojité slepého pokusu vedlo k zveličení odhadů léčebných účinků.