

12 operativních doporučení na téma: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Adolopment

Autoři:	MUDr. Milena Dokoupilová (garant); MUDr. Iva Burianová, Ph.D.; MUDr. Hana Wiedermannová, Ph.D.; prof. MUDr. Jan Janota, Ph.D.; MUDr. Alena Šebková; MUDr. Kristýna Zárubová, Ph.D.; Jana Sudíková; Lucie Žáčková; MUDr. Jan Malý, Ph.D.; Ing. Zuzana Krpelánová, MSc.; Mgr. Iuliia Pavlovskaja, PhD., Mgr. Pavel Kopečný; Mgr. et Mgr. Jana Kopečná; PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.
Verze:	2.0
Datum:	04. 12. 2025

Obsah

OBSAH	2
PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK	3
1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O OD	4
2 SOUHRN DOPORUČENÍ	6
3 VÝCHODISKA	8
4 METODIKA	9
5 KLINICKÉ OTÁZKY/OBLASTI	11
6 VYHLEDÁVÁNÍ EXISTUJÍCÍCH RELEVANTNÍCH DŮKAZŮ	14
7 KRITICKÉ HODNOCENÍ EXISTUJÍCÍCH DŮKAZŮ	16
8 DOPORUČENÍ	17
8.1 DOPORUČENÍ PRO STRATEGII KOJENÍ V ZAŘÍZENÍCH POSKYTUJÍCÍCH PORODNICKOU A NOVOROZENECKOU PÉČÍ	17
8.2 DOPORUČENÍ PRO KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	18
8.3 DOPORUČENÍ PRO PODPORU KOJENÍ V PRENATÁLNÍM OBDOBÍ	20
8.4 DOPORUČENÍ PRO BEZPROSTŘEDNÍ POPORODNÍ PÉČÍ A INICIACI KOJENÍ	23
8.5 DOPORUČENÍ PRO PODPORU MATEK PŘI ZAHÁJENÍ KOJENÍ, ZVLÁDÁNÍ BĚŽNÝCH OBTÍŽÍ SPOJENÝCH S KOJENÍM A PŘI RUČNÍM ODSTŘÍKÁVÁNÍ A ODSÁVÁNÍ MATEŘSKÉHO MLÉKA	27
8.6 DOPORUČENÍ PRO INDIKACI DOKRMOVÁNÍ	30
8.7 DOPORUČENÍ PRO SPOLEČNÝ POBYT MATKY A DÍTĚTE, TZV. ROOMING-IN	32
8.8 DOPORUČENÍ PRO KOJENÍ DLE POTŘEB DÍTĚTE A PODPORA MATEK V ROZPOZNÁVÁNÍ A REAGOVÁNÍ NA SIGNÁLY SVÉHO DÍTĚTE	34
8.9 DOPORUČENÍ K PORADENSTVÍ OHLEDNĚ POUŽÍVÁNÍ LAHVÍ A SAVIČEK A RIZIK S TÍM SPOJENÝCH ...	38
8.10 DOPORUČENÍ PRO PODPORU KOJENÍ PO PROPUŠTĚNÍ NOVOROZENCE	42
9 INDIKÁTORY KVALITY	45
10 INFORMACE PRO PACIENTY	53
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI – PERSONÁLNÍ A MATERIÁLNÍ VYBAVENÍ	65
12 DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNÍ POLITIKU	65
13 DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM	66
14 DALŠÍ DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE	66
15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	68
16 PŘÍLOHY	81

Přehled použitých zkratk

AGREE II	Appraisal of Guidelines Research & Evaluation II / Nástroj pro hodnocení kvality klinických doporučených postupů (guidelines)
BFHI	Baby-Friendly Hospital Initiative / Iniciativa nemocnic přátelských k dítěti
DP	Doporučený postup
EBM	Evidence-Based Medicine / Medicína založená na důkazech
EtD	Evidence-to-Decision table / Rámec od důkazů k rozhodnutí
Formule	Označuje náhradní kojeneckou výživu obvykle na bázi kravského mléka
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation / Systém hodnocení kvality důkazů a síly doporučení
JBİ	The Joanna Briggs Institute / Joanna Briggs Institute
Klokánkování	Představuje variantu skin-to-skin péče praktikovanou na jednotkách intenzivní péče u předčasně narozených nebo nemocných novorozenců
Kodex	Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka/ International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes
Kontakt kůže na kůži skin to skin péče/	Představuje kontakt matky a dítěte kůže na kůži poskytovaný bezprostředně po porodu
MeSH	Medical Subject Headings / Lékařský předmětový heslář
MZD ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIKEZ	Národní institut kvality a excelence zdravotnictví
OD	Operativní doporučení
Příložen	znamená přiložení dítěte k prsu za účelem přisátí a kvalitního sání
RCTs	Randomized controlled trial(s) / Randomizované kontrolované studie
SR	Systematic review / Systematická přehledová studie
UNICEF	United Nations Children's Fund / Dětský fond OSN
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHA	World Health Assembly / Světové zdravotnické shromáždění
WHO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace

Pro účely tohoto textu platí, že označení „**odborný panel**“ se vztahuje k odbornému panelu WHO a jejich doporučením. Označení „**panel NIKEZ**“ se vztahuje k doporučením panelu NIKEZ.

1 Základní informace o OD

Název: Podpora kojení zařízení poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči.

Diagnózy:

Kód(y) MKN-10	Popis
P92.5	Obtíže novorozence při krmení (kojení) z prsu
Z38.0	Jediné dítě narozené v nemocnici
P07.1	Jiná nízká porodní hmotnost

Klíčová slova (MeSH): kojení, laktace, podpora kojení, novorozenec

Panel NIKEZ / kolektiv tvůrců:

	Jméno	Afiliace	Odborná společnost / Odbornost
Garant	MUDr. Milena Dokoupilová	Neonatologie NH Hospital a.s. Nemocnice Hořovice	ČNeoS Sekce na podporu kojení České neonatologické společnosti ČLS JEP
Pracovní tým	MUDr. Iva Burianová, Ph.D.	Novorozenecké oddělení s JIP, 1. LF UK Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha	ČNeoS Sekce na podporu kojení České neonatologické společnosti ČLS JEP
	MUDr. Hana Wiedermannová, Ph.D.	Oddělení neonatologie FN Ostrava	ČNeoS Sekce na podporu kojení České neonatologické společnosti ČLS JEP
	Prof. MUDr. Jan Janota, Ph.D.	Porodnicko-gynekologická klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha Novorozenecké oddělení Místopředseda ČNeoS	ČNeoS
	MUDr. Alena Šebková	Ordinace PLDD Předsedkyně OSPLDD	OSPLDD
	MUDr. Kristýna Zárubová, Ph.D.	Pediatrická klinika FN Motol, Praha a 2.LF UK	ČPS
	Jana Sudíková	Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha	Laktační poradkyně
	Lucie Žáčková		Pacientská organizace Nedoklubko
	MUDr. Jan Malý, Ph.D.	Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové Předseda ČNeoS	ČNeoS
Metodický tým	Ing. Zuzana Krpelánová, MSc.	Metodické centrum NIKEZ	
	Mgr. Iuliia Pavlovska, PhD.	Metodické centrum NIKEZ	
	Mgr. Pavel Kopečný	Metodické centrum NIKEZ	
	Mgr. et Mgr. Jana Kopečná	Metodické centrum NIKEZ	
	PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D.	Metodické centrum NIKEZ	

Datum registrace v Centrální evidenci: 1. 9. 2025

Předpokládaný termín dokončení: 15. 10. 2025

Doporučený termín aktualizace: dle potřeby nebo v návaznosti na nové relevantní důkazy

Předložil garant (jméno, podpis): MUDr. Milena Dokoupilová

Tento dokument nebyl financován, sponzorován ani jinak podporován společnostmi, které vyrábějí nebo uvádějí na trh formule pro kojence a malé děti.

Dokument nesmí být jakýmkoli způsobem užíván, reprodukován nebo distribuován tak, aby byla podporována nebo propagována jakákoli obchodní značka či konkrétní produkt. Nesmí být ani spolufinancován nebo šířen těmito společnostmi pro účely marketingu nebo komerčního využití.

2 Souhrn doporučení

Doporučení/Prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
1. Doporučení pro strategii kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči		
Panel NIKEZ doporučuje, aby zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči měla jasně písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně sdělována zaměstnancům a rodičům a je v plném souladu s Mezinárodním kodexem marketingu náhrad mateřského mléka a navazujícími relevantními usneseními Světového zdravotnického shromáždění.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
2. Doporučení pro kompetence zdravotnického personálu		
Panel NIKEZ doporučuje, aby zdravotnický personál, který poskytuje péči v oblasti výživy novorozenců a kojenců, včetně podpory kojení, měl dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti k tomu, aby dokázal ženy v kojení podporovat.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
3. Doporučení pro podporu kojení v prenatálním období		
Panel NIKEZ doporučuje, aby v zařízeních poskytujících prenatální péči byly těhotné ženy a jejich rodiny poučeny o přínosech a způsobech podpory kojení.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
4. Doporučení pro bezprostřední poporodní péči		
Panel NIKEZ doporučuje, aby byl časný a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži mezi matkou a novorozencem umožněn a aktivně podporován bezprostředně po porodu.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
5. Doporučení pro iniciaci kojení		
Panel NIKEZ doporučuje, aby všechny matky byly podporovány v iniciaci kojení do první hodiny po porodu.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
6. Doporučení pro podporu matek při zahájení kojení a zvládání běžných obtíží spojených s kojením		
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky obdržely praktickou podporu umožňující jim zahájit a udržet kojení a zvládat běžné obtíže spojené s kojením.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
7. Doporučení pro ruční odstříkávání nebo odsávání mateřského mléka		
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky byly instruovány, jak ručně odstříkávat, případně odsávat mateřské mléko jako prostředek k udržení laktace v případě dočasného odloučení od novorozence.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
8. Doporučení pro indikaci dokrmování		
Panel NIKEZ doporučuje, aby novorozenci bez zdravotní kontraindikace kojení během pobytu v zařízení dostávali výhradně mateřské mléko a nebyla jim podávána žádná jiná výživa či tekutiny, pokud to není zdravotně indikováno. Zdravotničtí pracovníci by neměli podávat novorozencům žádnou jinou výživu či tekutiny bez zdravotní indikace a informovaného souhlasu rodičů a současně by měli aktivně podporovat výlučné kojení.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
9. Doporučení pro společný pobyt matky a dítěte, tzv. rooming-in		
Panel NIKEZ doporučuje, aby zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči umožnila matkám a jejich novorozencům zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in) během dne i noci. Toto nemusí být možné v případech, kdy je třeba novorozence přemístit za účelem specializované péče.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
10. Doporučení pro kojení dle potřeb dítěte a podpora matek v rozpoznávání a reagování na signály svého dítěte		
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky byly podporovány v praktikování kojení dle potřeb dítěte jako součást pečujícího přístupu k dítěti.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky byly podporovány v rozpoznávání signálů svého dítěte týkajících se kojení, potřeby blízkosti a komfortu a aby jim bylo umožněno na tyto signály adekvátně reagovat různými způsoby během pobytu ve zdravotnickém zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

11. Doporučení k poradenství ohledně používání lahví a saviček a rizik s tím spojených		
Panel NIKEZ doporučuje, aby v případě, že je u donošených novorozenců ze zdravotních důvodů indikováno podávání odsátého mateřského mléka nebo jiné výživy, bylo možno použít kalíšky, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo savičky.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Panel NIKEZ doporučuje, aby v případě, že je u předčasně narozených novorozenců indikováno ze zdravotních důvodů podávání odsátého mateřského mléka nebo jiné výživy, bylo preferováno použití kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky nebo krmení přes prst před použitím lahve a savičky.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Panel NIKEZ doporučuje u předčasně narozených novorozenců, kteří nejsou schopni se kojit přímo, zvážit zajištění nenutritivního sání a orofaciální stimulace až do ustálení laktace.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
12. Doporučení pro podporu kojení po propuštění novorozence		
Panel NIKEZ doporučuje, aby v rámci ochrany, podpory a propagace kojení bylo propuštění ze zařízení poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči plánováno a koordinováno tak, aby rodiče a jejich děti měli zajištěný přístup k návazné podpoře a obdrželi odpovídající péči	⊕⊕⊕⊕	↑↑

3 Východiska

Kojení představuje zásadní faktor podporující zdraví a optimální vývoj dítěte a přináší i dlouhodobé zdravotní výhody jak pro dítě, tak pro matku. Světová zdravotnická organizace schválila v roce 2012 Rezoluci WHA 65.6 týkající se výživy dětské populace, v rámci, které stanovila globální cíle do roku 2025. V roce 2025 WHO/UNICEF přehodnotila původní globální cíle a na 78. zasedání WHA stanovila nové operativní cíle do roku 2030, které usilují o celkové navýšení incidence výlučného kojení v 6 měsících věku na alespoň 60 %.

V uplynulém období došlo v České republice k významnému poklesu procenta kojených dětí při propuštění z porodnice. Mezi pravděpodobné příčiny patří zvyšující se procento císařských řezů, zvyšující se věk rodiček, kratší hospitalizace po porodu, ale i možné proměny v přístupu ke kojení jak ze strany matek, tak zdravotnického personálu, včetně nedostatku vyškolených laktačních poradkyň. Mohou ale existovat i další, dosud neidentifikované faktory.

4 Metodika

Každé doporučení je tvořeno na základě nejlepších dostupných vědeckých důkazů. Dvanáct operativních doporučení na téma Podpora kojení v zařízeních poskytující porodnickou a novorozeneckou péči byla tvořena metodou GRADE-ADOLOPMENT podle nejlepších dostupných vědeckých důkazů na základě Metodiky tvorby a aktualizace doporučených postupů a operativních doporučení ve zdravotnictví (Klugar et al., 2025).

Veškeré kroky byly provedeny dle standardizovaného postupu v souladu s národní metodikou tvorby DP/OD NIKEZ, mezinárodních metodik GRADE working group, Cochrane a JBI (Group, 2024; *JBI Manual for Evidence Synthesis*, 2024; Klugar, 2025).

Téma bylo navrženo Českou neonatologickou společností ČLS JEP a na základě žádosti MZD ČR, bylo prioritizováno Výkonnou radou NIKEZ a schváleno k tvorbě. Garant i složení panelu NIKEZ schválila Výkonná rada NIKEZ.

Panel NIKEZ definoval klíčové otázky a zaregistroval protokol tohoto operativního doporučení v Centrální evidenci NIKEZ dne 1. 9. 2025.

Systematické vyhledávání doporučených postupů a operativních doporučení (DP a OD) bylo provedeno informačním specialistou (PK) dne 13. 8. 2025. Za účelem získání relevantních DP a OD byly prohledány následující databáze: Guidelines International Network (G-I-N), BIGG base internacional de guías GRADE (BIGG), ECRI Institute Guideline Trust (ECRI), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Epistemonikos GRADE guideline repository (Epistemonikos), TRIP Medical Database (TRIP) a PubMed. Databáze WHO byla navíc ručně prohledána za účelem nalezení podpůrných a doplňujících implementačních doporučení ke zdrojovému doporučení, přičemž byly nalezeny dva implementační guidance (WHO Implementation guidance, 2018 a WHO Monitoring manual, 2025). S ohledem na relevanci nalezených doporučení nebylo třeba přistoupit k dalšímu vyhledávání. V průběhu procesu byla vyhledávací strategie průběžně přizpůsobována specifikům jednotlivých databází. Proces vyhledávání a jeho výsledky jsou detailně popsány v kapitole č. 6.

Relevance dohledaných doporučených postupů byla hodnocena primárním metodikem (ZK) a validována senior metodikem (MK). Metodologická kvalita zdrojových doporučených postupů byla hodnocena pomocí standardizovaného nástroje AGREE II (Brouwers et al., 2010; Líčeník, 2013). Výsledky hodnocení metodologické kvality doporučeného postupu jsou uvedeny v Příloze A.

Jistota (kvalita) důkazů použitých k tvorbě doporučení byla hodnocena podle metodiky GRADE (Holger Schünemann, 2013). Výsledky hodnocení jsou uvedené v příloze C. Hodnocení úrovně/jistoty důkazů, na jejichž základě jsou formulována jednotlivá doporučení, podle metodiky GRADE bere v úvahu nejen design studie, ale také další faktory. Počáteční kvalita důkazů je považována za vysokou pro randomizované kontrolované studie (randomized controlled trials [RCT]) či nízkou (většina observačních studií). O jeden až dva stupně může být výsledná jistota důkazů snížena, pokud jsou identifikovány následující faktory: vysoké riziko zkreslení výsledků, nekonzistence důkazů, nepřímost důkazů, nepřesnost odhadu účinku (např. velmi široké intervaly spolehlivosti) či publikační zkreslení. Naopak jistota důkazů může být zvýšena, pokud lze v důkazech identifikovat velký rozsah účinku, stupeň dávka-odpověď či přítomnost věrohodných matoucích faktorů, které by snižovaly velikost zdánlivého účinku. Přehled úrovně/stupně jistoty důkazů uvádí tabulka 1.

Tabulka 1. Klasifikace jistoty důkazů dle GRADE

Jistota důkazů	Vysvětlení	Symbol
Vysoký /high	Další výzkum velmi nepravděpodobně změní spolehlivost odhadu účinnosti.	⊕⊕⊕⊕

Střední /moderate	Další výzkum pravděpodobně může mít vliv na spolehlivost odhadu účinnosti a může změnit odhad.	⊕⊕⊕⊖
Nízký /low	Další výzkum velmi pravděpodobně bude mít důležitý vliv na spolehlivost odhadu a pravděpodobně změní odhad.	⊕⊕⊖⊖
Velmi nízký /very low	Jakýkoliv odhad účinnosti je velmi nespolehlivý .	⊕⊖⊖⊖

Jednotlivá doporučení jsou formulována jako silná, nebo podmíněná. Síla doporučení souvisí s jistotou/úrovní dostupných důkazů, ale také s dalšími faktory, jakými jsou očekávané přínosy a rizika pro pacienta, proveditelnost a nákladovost intervence, rovný přístup k terapeutickému postupu, preference cílové populace (pacientů) či vnímané důležitosti výstupů. Silné doporučení naznačuje, že doporučovaný postup je správným a žádoucím postupem u všech, nebo téměř u všech pacientů zahrnutých v cílové populaci. Podmíněné doporučení znamená, že navrhovaný postup je správný a žádoucí u většiny pacientů cílové populace. Přehled použitých doporučení uvádí následující tabulka.

Tabulka 2. Klasifikace síly a formulace doporučení dle GRADE

Síla doporučení	Symbol	Způsob vyjádření
Silné doporučení PRO	↑↑	Doporučeno udělat
Slabé/podmíněné doporučení PRO	↑?	Navrženo udělat
Slabé/podmíněné PROTI	↓?	Navrženo nedělat
Silné doporučení PROTI	↓↓	Doporučeno nedělat

Operativní doporučení bylo oponováno interní oponenturou.

Oponenti: Prim. MUDr. Andrea Staníková, MUDr. Blanka Zlatohlávková, Ph.D.

Poté bylo OD postoupeno k veřejné oponentuře dne 13. 10. 2025.

Připomínky z oponentur byly zapracovány.

Finálně bylo OD schváleno Výkonnou radou NIKEZ.

5 Klinické otázky/oblasti

Klinická otázka 1: Měla by zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči mít písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně komunikována zdravotnickému personálu, ve srovnání se zařízeními bez písemně zpracované strategie kojení, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

P	Populace	Zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči
I	Intervence	Existence písemně zpracované strategie kojení
C	Komparace	Neexistence písemně zpracované strategie kojení
O	Výstupy	Časné zahájení kojení, výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení, délka výlučného kojení (v měsících), informovanost personálu o strategii kojení ve zdravotnickém zařízení, implementace Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a navazujících rezolucí.

Klinická otázka 2: Měl by být zdravotnický personál školen o kojení a podpůrných praktikách výživy, ve srovnání s neproškoleným personálem, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

P	Populace	Zdravotnický personál
I	Intervence	Školení zdravotnických pracovníků o kojení a podpůrných praktikách výživy
C	Komparace	Neproškolený zdravotnický personál o kojení a podpůrných praktikách výživy
O	Výstupy	Časné zahájení kojení, výlučné kojení během pobytu v zařízení, délka výlučného kojení (v měsících), znalosti zdravotnického personálu v oblasti výživy novorozenců, kvalita dovedností zdravotnického personálu ve zlepšování podpory matek v optimální výživě novorozenců.

Klinická otázka 3: Měly by těhotné ženy absolvovat prenatální edukaci o kojení, ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Těhotné ženy s prenatální péčí
I	Intervence	Prenatální edukace o kojení poskytnutá těhotným ženám
C	Komparace	Žádná prenatální edukace o kojení poskytnutá těhotným ženám
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, časné zahájení kojení do 1 hodiny po porodu, výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsících, délka výlučného kojení (v měsících) a zahájení laktace

Klinická otázka 4: Měly by ženy po porodu praktikovat časný kontakt kůže na kůži, ve srovnání s jeho nerealizací, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení do jedné hodiny po porodu?

P	Populace	Ženy po porodu
I	Intervence	Časný kontakt kůže na kůži – bezprostřední a pokračující přímý kontakt mezi matkou a novorozencem
C	Komparace	Žádný časný kontakt kůže na kůži
O	Výstupy	Časný kontakt kůže na kůži, zahájení kojení do 1 hodiny po porodu, zahájení kojení do 1 dne po porodu, výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení, výlučné kojení v 1 měsíci, výlučné kojení v 6 měsících, délka výlučného kojení (v měsících).

Klinická otázka 5: Měly by ženy po porodu zahájit kojení časně, ve srovnání s jeho nezahájením, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Ženy po porodu
I	Intervence	Časné zahájení kojení (přisátí a sání)
C	Komparace	Zpožděné zahájení kojení (pozdní přisátí a sání)
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. měsíci, výlučné kojení v 6. měsících, délka výlučného kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), rozvoj laktace

Klinická otázka 6: Měla by být ženám po porodu poskytnuta asistence pro správné přiložení a přisátí dítěte, aby jejich novorozenci dosáhli správného efektivního sání, ve srovnání s neposkytnutím této asistence, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Ženy po porodu
I	Intervence	Asistence matkám při správném přiložení a přisátí, aby jejich novorozenec dosáhl efektivního sání
C	Komparace	Neposkytování asistence matkám při přiložení, přisátí a sání jejich novorozenců
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), délka kojení vůbec (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), stav prsu (bolestivé nebo popraskané bradavky, nalitá prsa, záněty prsu a další)

Klinická otázka 7: Měly by být ženy po porodu instruovány, jak praktikovat ruční odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, ve srovnání se situací, kdy nejsou instruovány o ručním odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Ženy po porodu
I	Intervence	Instruktaž a podpora matek v odsávání mateřského mléka (dle metody: ruční odstříkávání, odsávání ruční odsávačkou, odsávání elektrickou odsávačkou)
C	Komparace	Absence instruktáže a podpory matek v nácviu ručního odstříkávání nebo jiných metod odsávání mateřského mléka
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), efektivita odsávání mateřského mléka (objem odsátého mateřského mléka)

Klinická otázka 8: Mělo by být novorozencům podáváno pouze mateřské mléko, bez jakékoli jiné výživy nebo tekutin, pokud není zdravotně indikováno, ve srovnání s podáváním jakékoliv jiné výživy nebo tekutin, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Novorozenci bez zdravotní kontraindikace kojení
I	Intervence	Novorozencům podáváno pouze mateřské mléko bez jiné výživy a tekutin
C	Komparace	Podávání jiné výživy nebo tekutin v časném období
O	Výstupy	Časné zahájení kojení do jedné hodiny po porodu, časné zahájení kojení do jednoho dne po porodu, výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. a 6. měsíci věku dítěte, délka výlučného kojení (v měsících), morbidita (výskyt respiračních infekcí, průjemových onemocnění a dalších), rozvoj laktace

Klinická otázka 9: Měly by ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci zůstat spolu a být ve společném pokoji

(rooming-in), ve srovnání s nepraktikováním rooming-in, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci
I	Intervence	Pobyt novorozenců v jedné místnosti s matkami (rooming-in)
C	Komparace	Bez pobytu novorozenců a matek v jedné místnosti (oddělená péče o matky a novorozence)
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. měsíci, výlučné kojení v 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), rozvoj laktace

Klinická otázka 10: Měly by ženy po porodu praktikovat kojení dle potřeb dítěte, ve srovnání s nepraktikováním kojení dle potřeb dítěte, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Ženy po porodu
I	Intervence	Kojení dle potřeb dítěte po dobu hospitalizace
C	Komparace	Kojení dle pevného rozvrhu (ne kojení podle potřeb dítěte) po dobu hospitalizace
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení ve 3. a 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), délka jakéhokoliv kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin)

Klinická otázka 11: Měly by děti, které jsou nebo budou kojené, dostávat výživu pouze prostřednictvím kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo jinými metodami bez saviček, ve srovnání s podáním výživy pomocí lahví se savičkami, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

P	Populace	Novorozenci, kteří jsou nebo budou kojení, nebo kterým je podáváno mateřské mléko jinak než přímo z prsu
I	Intervence	Savičky se nepoužívají (místo nich se používá kalíšek, lžička, sonda k prsu, stříkačka, krmení přes prst či jiné metody bez použití saviček), v případě, kdy dítě není kojeno přímo z prsu
C	Komparace	Používání saviček v případě, kdy dítě není kojeno přímo z prsu
O	Výstupy	Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. a 6. měsíci, doba výlučného kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), zahájení laktace

Klinická otázka 12: Měly by ženy rodící v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči získat kontakt na pokračující podporu kojení po propuštění z těchto zařízení, ve srovnání s nezískáním kontaktu na podporu kojení po propuštění, aby se zvýšila míra výlučného kojení v 1. měsíci po porodu?

P	Populace	Ženy rodící v zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči
I	Intervence	Získání kontaktu na podporu kojení po propuštění ze zařízení
C	Komparace	Nezískání kontaktu na podporu kojení po propuštění ze zařízení
O	Výstupy	Výlučné kojení v 1 měsíci, výlučné kojení ve 3 měsících, výlučné kojení v 6 měsících, doba výlučného kojení (v měsících), doba jakéhokoli kojení (v měsících), morbidita (respirační infekce, průjem, jiné)

6 Vyhledávání existujících relevantních důkazů

Systematické vyhledávání pro zodpovězení klinických otázek k tématu podpory kojení bylo provedeno informačním specialistou (PK) dne 13. 8. 2025. Za účelem získání relevantních DP a OD byly prohledány následující databáze: Guidelines International Network (G-I-N), BIGG base internacional de guías GRADE (BIGG), ECRI Institute Guideline Trust (ECRI), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Epistemonikos GRADE guideline repository (Epistemonikos), TRIP Medical Database (TRIP) PubMed a WHO IRIS databáze. V těchto databázích byly na základě vyhledávání mj. zachyceny dokumenty *DP: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services* (2017), *Implementation Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative* (2018) a *Monitoring Manual: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual* (2025) S ohledem na relevanci nalezených dokumentů nebylo třeba pokračovat v dalším vyhledávání. Vyhledávací strategie byla průběžně přizpůsobována specifikům jednotlivých databází. Její podoba včetně výsledků je v příloze I.

6.1 Zdroje vyhledávací strategie

Zdroje vstupní vyhledávací strategie
<input type="checkbox"/> Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) <input type="checkbox"/> Belgian Health Care Knowledge Centre <input type="checkbox"/> Bibliographia medica Čechoslovaca <input checked="" type="checkbox"/> BIGG international database of GRADE guidelines <input type="checkbox"/> BMJ Journals Online Collection <input type="checkbox"/> British Columbia Guidelines <input type="checkbox"/> Canadian Agency for Drugs and Technology in Health <input type="checkbox"/> Canadian Medical Association Journal <input type="checkbox"/> Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), Mexico <input type="checkbox"/> CINAHL Complete <input type="checkbox"/> CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines <input type="checkbox"/> Domus medica Belgie <input type="checkbox"/> DynaMed <input type="checkbox"/> EBM Reviews <input checked="" type="checkbox"/> ECRI Guidelines Trust <input type="checkbox"/> Embase <input checked="" type="checkbox"/> Epistemonikos GRADE guidelines repository <input type="checkbox"/> EsSalud Peru <input type="checkbox"/> GuíaSalud, organismo del Sistema Nacional de Salud <input type="checkbox"/> Guideline Central <input type="checkbox"/> Haute Autorité de Santé (HAS) <input type="checkbox"/> Health Quality Ontario <input type="checkbox"/> Institut national d'excellence en santé et en services sociaux <input type="checkbox"/> Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) <input type="checkbox"/> KNGF, Royal Dutch Society for Physical Therapy <input type="checkbox"/> MAGICapp <input type="checkbox"/> Medline® <input type="checkbox"/> Ministerio de Salud Chile <input type="checkbox"/> National Health and Medical Research Council, Australia <input checked="" type="checkbox"/> National Institute for Health and Care Excellence (NICE) website <input type="checkbox"/> National Patient Safety Office, Ireland <input type="checkbox"/> NursingOvid <input type="checkbox"/> OSTEBA, Basque Office for Health Technology Assessment

- ☒ PubMed
- ☐ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- ☐ SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità
- ☐ Sundhedsstyrelsen
- ☐ The Biomedical & Life Sciences Collection
- ☐ The Canadian Task Force on Preventive Health Care
- ☒ The GIN international guideline library and registry of guidelines in development
- ☐ The Norwegian Institute of Public Health
- ☒ Trip Medical Database
- ☐ UpToDate
- ☐ Web of Science
- ☒ World Health Organization (WHO)
- ☐ Ostatní (viz v textu)

6.2 Výsledek vyhledávání

- ☒ existuje relevantní doporučení
 - ☒ je kvalitní po hodnocení nástroji AGREE II (Příloha A)
 - adolopment DP
 - ☐ není kvalitní po hodnocení nástroji AGREE II (Příloha A)
 - ☐ existuje relevantní a kvalitní systematické review*
 - v případě potřeby update systematického review a tvorba nového doporučení
 - ☐ neexistuje relevantní a kvalitní systematické review*
 - tvorba nového doporučení
- ☐ neexistuje relevantní doporučení
 - ☐ existuje relevantní a kvalitní systematické review*
 - update systematického review a tvorba nového doporučení
 - ☐ neexistuje relevantní a kvalitní systematické review*
 - tvorba nového doporučení

* Provede se vyhledání systematického review v platformě EPISTEMONIKOS a v případě jeho dostupnosti následné zhodnocení standardizovaným nástrojem dle metodiky.

6.2.1 Vyhledávání doporučených postupů

Tabulka 3. V databázích/registrech DP bylo identifikováno:

Databáze / registr	Identifikovaný počet dokumentů	Relevance
G-I-N	23	0
BIGG	49	0
ECRI	42	0
NICE	93	0
Epistemonikos	9	1
TRIP	36	0
PubMed	25	0
WHO IRIS	135	2

7 Kritické hodnocení existujících důkazů

7.1 Doporučené postupy

Byl identifikován jeden existující doporučený postup vztahující se k daným klinickým otázkám, který byl následně hodnocen pomocí standardizovaného nástroje AGREE II (Brouwers et al., 2010; Líčeník, 2013) – viz Příloha A. AGREE II hodnotí, jak dobře byla respektována metodologická kritéria při tvorbě doporučení, včetně důrazu na jasnost, aplikovatelnost, zapojení odborníků, systematickosti práce s důkazy, srozumitelnosti výsledků i nezávislosti procesu (AGREE Next Steps Consortium, 2016).

Tento doporučený postup byl vyhodnocen jako vysoce kvalitní, s výsledkem 97 % z celkového možného počtu bodů. Výsledek 97 % při hodnocení pomocí AGREE II znamená, že DP dosáhl velmi vysoké úrovně kvality ve všech hlavních oblastech posuzování. Tento nástroj hodnotí šest klíčových domén: jasné vymezení cíle a cílové skupiny, zapojení relevantních odborníků a uživatelů, systematický postup při získávání a analýze důkazů, srozumitelnost a jednoznačnost doporučení, praktičnost aplikace v běžné praxi a transparentnost řešení možných konfliktů zájmů. Takto vysoké skóre potvrzuje, že DP je dobře strukturovaný, důkazy podložený, snadno použitelný v klinické praxi a spolehlivý pro uživatele.

Doporučený postup byl vytvořen dle metodiky GRADE. Zaměření a formulované oblasti v posuzovaných doporučených postupech se shodovaly se zaměřením a specifikací klinických oblastí připravovaného operativního doporučení pro ČR.

Metodou zvolenou ke zpracování zdrojového DP byl GRADE-ADOLOPMENT (Klugar, et al., 2024). Proces adolopmentu probíhal v souladu s národní metodikou tvorby a aktualizace doporučených postupů a operativních doporučení ve zdravotnictví (Klugar, et al., 2025).

Uvedený doporučený postup WHO Guideline „Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services“ (2017) je základní, na důkazech založený dokument, který formuluje jasná doporučení vycházející ze systematického zhodnocení důkazů dle metodiky GRADE a stanovuje konkrétní doporučení pro ochranu, podporu a rozvoj kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči. Následně byla v roce 2018 vypracována implementační strategie „The revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)“, která aktualizuje a operacionalizuje tato doporučení ve formě „Deseti kroků“ pro nemocnice a zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči.

8 Doporučení

8.1 Doporučení pro strategii kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Klinická otázka 1: Měla by zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči mít písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně komunikována zdravotnickému personálu, ve srovnání se zařízeními bez písemně zpracované strategie kojení, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Doporučení 1

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči měla jasně písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně sdělována zaměstnancům a rodičům a je v plném souladu s Mezinárodním kodexem marketingu náhrad mateřského mléka a navazujícími relevantními usneseními Světového zdravotnického shromáždění.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

8.1.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled o vlivu existence písemné a pravidelně komunikované strategie kojení na výsledky kojení a další klíčové výstupy identifikoval jednu studii se vzorkem 916 novorozenců (Abe et al., 2016). Nebylo možné jednoznačně určit, zda děti narozené v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči, která mají písemně vypracovanou a pravidelně komunikovanou strategii kojení, mají vyšší pravděpodobnost výlučného kojení, protože jistota důkazů byla hodnocena jako velmi nízká (RR: 1,05; 95% CI: 0,87 až 1,27; 1 studie, n = 916; velmi nízká jistota důkazů).

8.1.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů o dopadu zavedení písemné strategie kojení, rutinně sdělované personálu, na posuzované kritické výstupy, je velmi nízká. Klinickou PICO otázku lze nalézt v Příloze B. Detaily systematického přehledu lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.1.3 Poměr přínosů a rizik

V literatuře ani v diskusích odborného panelu nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky.

8.1.4 Hodnoty a preference

Ke dni vzniku zdrojového doporučeného postupu nebyly nalezeny žádné studie týkající se hodnot a preferencí matek vůči písemné strategii podpory kojení v zařízeních poskytujících péči v porodnických a novorozeneckých zařízeních.

8.1.5 Přijatelnost

Přehled literatury k přijatelnosti zavedení strategie kojení ve zdravotnických zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči mezi zdravotnickými pracovníky identifikoval

šest studií ze šesti zemí (Austrálie, Čína, Nový Zéland, Jihoafrická republika, Spojené království a Spojené státy americké). Byly identifikovány dva hlavní tematické okruhy: jeden týkající se obsahu strategie a druhý týkající se její implementace.

Jedna studie (Gavine et al., 2016) ukázala, že se porodní asistentky v regionální nemocnici ve Spojeném království domnívaly, že strategie kojení by měla být neutrální (a neměla by preferovat kojení nad jinými způsoby výživy, kterou si zvolí (velmi nízká jistota důkazů)). Většina zdravotnických pracovníků však považovala implementaci strategie podpory kojení za náročný úkol, který by vyžadoval častou komunikaci. Identifikovali potřebu zdrojů pro vytvoření a implementaci takové strategie, zejména pokud měla administrativa s tímto procesem málo zkušeností. (nízká jistota důkazů) (Příloha F).

8.1.6 Dopady na zdroje

Za zdroje potřebné k implementaci písemné strategie podpory kojení, která je pravidelně sdělována, byly identifikovány zejména podpora ze strany administrativy zařízení a obecně podpora ze strany národního politického rámce, která je nezbytná pro udržení těchto iniciativ. (Terry et al., 2016; Moura de Araújo & Soares Schmitz, 2007; WHO, 2017, s.23).

8.1.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory): písemně zpracovaná strategie kojení je součástí vytváření podpůrného prostředí. Jen málo intervencí zaměřených na vytváření podpůrného prostředí vykazuje pozitivní vliv na krátkodobé či dlouhodobé výsledky kojení. Mít písemně vypracovanou strategii, zajistit školení zdravotníků a plánování propuštění s napojením na následnou podporu nemusí samo o sobě změnit praxi kojení. Pomáhá však vytvářet efektivní systém poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči, který dokáže reagovat na potřeby matek a dětí.

Poznámka panelu NIKEZ:

Zdravotnická zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči by měla postupovat v souladu s doporučeními programu Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI), který vychází z deseti kroků k úspěšnému kojení podle WHO/UNICEF. Tato zařízení mají mít písemně zpracovanou strategii kojení, která zahrnuje implementaci všech klíčových klinických postupů, dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a pravidelné hodnocení kompetencí personálu.

8.2 Doporučení pro kompetence zdravotnického personálu

Klinická otázka 2: Měl by být zdravotnický personál školen o kojení a podpůrných praktikách výživy, ve srovnání s neproškoleným personálem, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Doporučení 2

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby zdravotnický personál, který poskytuje péči v oblasti výživy novorozenců a kojenců, včetně podpory kojení, měl dostatečné znalosti, kompetence a dovednosti k tomu, aby dokázal ženy v kojení podporovat.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

8.2.1 Shrnutí důkazů

Dva systematické přehledy zkoumaly vliv školení zdravotnických pracovníků na kojení, implementaci a další kritické výsledky (Gavine et al., 2016; Balogun et al., 2017). Oba přehledy zaznamenaly heterogenitu v měření výsledků z důvodu použití nevalidovaných nástrojů. Přehledy ukázaly, že školení zdravotnických pracovníků má tendenci zlepšovat znalosti a zvyšovat dodržování implementace iniciativy Baby-friendly Hospital Initiative, avšak má nekonzistentní vliv na postoje, přičemž jistota důkazů byla hodnocena jako velmi nízká. Žádná ze studií neuváděla výsledky týkající se kojení přímo.

8.2.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů týkajících se školení zdravotnického personálu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči o kojení ve vztahu k posuzovaným kritickým výstupům je velmi nízká. Klinickou PICO otázku lze nalézt v Příloze B. Detaily systematického přehledu lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.2.3 Poměr přínosů a rizik

V literárních přehledech ani v diskusích odborného panelu nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky.

8.2.4 Hodnoty a preference

Ke dni vzniku zdrojového doporučeného postupu nebyly nalezeny žádné studie týkající se hodnot a preferencí matek ve vztahu ke školení personálu zdravotnických zařízení o kojení.

8.2.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti školení zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních v oblasti podpory kojení identifikoval šest studií ze čtyř zemí (Kanada, Irsko, Nový Zéland a Spojené státy americké). Zdravotníci se domnívali, že školení o kojení by bylo přínosné, ale že na něj kvůli konkurenčním aktivitám nemají dostatek času. Mnozí zdravotníci uvedli, že i přes zájem by školení v oblasti kojení mělo u personálu nižší prioritu než školení zaměřené na péči o matky s komplikacemi. (nízká jistota důkazů) (viz příloha F).

8.2.6 Dopady na zdroje

Jako zdroje potřebné pro zavedení školení personálu zdravotnických zařízení o kojení, byly identifikovány: náklady na školení personálu (Gokcay et al., 1997; Labbok et al., 2013; Terry et al., 2016; Moura de Araújo & Soares Schmitz, 2007; Moore et al., 2007), čas potřebný ke školení (Benoit & Semenick, 2014; Pound et al., 2017; Moore et al., 2007), udržení personálu (Gokcay et al., 1997; Moura de Araújo & Soares Schmitz, 2007; Moore et al., 2007), kapacita personálu (Benoit & Semenick, 2014; Labbok et al., 2013; Nikodem et al., 1995; Pound et al., 2017) a komunikace (Labbok et al., 2013; Mosalli et al., 2012; Moore et al., 2007).

8.2.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly panelem zohledněny následující faktory): proškolení zdravotnického personálu je součástí vytváření podpůrného prostředí. Jen málo intervencí zaměřených na vytváření podpůrného prostředí vykazuje pozitivní vliv na krátkodobé či dlouhodobé výsledky kojení. Mít písemně vypracovanou strategii, zajistit školení zdravotníků a plánování propuštění s napojením na následnou podporu nemusí samo o sobě změnit praxi kojení. Pomáhá však vytvářet efektivní systém poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči, který dokáže reagovat na potřeby matek a dětí.

8.2.8 Poznámky

Toto doporučení, zaměřené na řízení, založené na důkazech a podporující matky v úspěšném zahájení kojení, je uváděno do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018*, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

V České republice spadá tvorba a realizace vzdělávacích programů do kompetence zdravotníků, kteří zajišťují odborné akce zaměřené na oblast kojení. Veškerý zdravotnický personál podílející se na péči o matku a dítě – tedy porodní asistentky, gynekologové, lékaři a sestry na novorozeneckých a dětských odděleních, praktičtí lékaři pro děti a dorost i všeobecné či dětské sestry v jejich ordinacích – by měl disponovat dostatečnými znalostmi a praktickými dovednostmi v oblasti laktačního poradenství.

Odborné vzdělávání zdravotníků přispívá ke zlepšení jejich znalostí i postojů k podpoře kojení. Každý zdravotník působící na novorozeneckém oddělení má povinnost se v oblasti výživy novorozenců průběžně vzdělávat a postupovat podle aktuálně platných odborných doporučení.

Vyškolené laktační poradkyně poskytují podporu matkám, které mají obtíže s kojením nebo potřebují upevnit jistotu v této oblasti. Klíčové je, aby byly ženy průběžně vzdělávány v technikách a postupech podporujících úspěšné kojení a současně měly trvalou podporu při jeho udržení.

8.3 Doporučení pro podporu kojení v prenatálním období

Klinická otázka 3: Měly by těhotné ženy absolvovat prenatální edukaci o kojení, ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 3

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby v zařízeních poskytujících prenatální péči byly těhotné ženy a jejich rodiny poučeny o přínosech a způsobech podpory kojení.	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

8.3.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled o účincích formální prenatální edukace o kojení (nebo o poskytování informací o kojení během těhotenství) na délku kojení zahrnoval 24 studií se 10 056 účastníky (Lumbiganon et al., 2016). Prenatální edukace o kojení pravděpodobně nemá žádný nebo zanedbatelný vliv na zahájení kojení (RR: 1,01; 95% CI: 0,94 až 1,90; 8 studií, n = 3503; střední jistota důkazů), nemá žádný nebo zanedbatelný vliv na výlučné kojení ve 3 měsících (RR: 1,06; 95% CI: 0,90 až 1,25; 3 studie, n = 822; vysoká jistota důkazů) a pravděpodobně nemá žádný nebo zanedbatelný vliv na výlučné kojení ve 6 měsících (RR: 1,07; 95% CI: 0,87 až 1,30; 4 studie, n = 2161; střední jistota důkazů) ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení. Pravděpodobně také nejsou rozdíly v míře jakéhokoli kojení ve 3 a 6 měsících mezi matkami, které absolvovaly prenatální edukaci o kojení, a těmi, které ji neabsolvovaly (střední jistota důkazů).

Systematický přehled o intervencích podporujících zahájení kojení před prvním krmením zahrnoval 28 studií se 107 362 ženami (Balogun et al., 2017). Intervence podporující kojení mohou zlepšit zahájení kojení, pokud je podpora poskytována buď zdravotnickými pracovníky (RR: 1,43; 95% CI: 1,07 až 1,93; 5 studií, n = 564), nebo nezdravotnickými pracovníky (RR: 1,22; 95% CI: 1,06 až 1,40; 8 studií, n = 5188). Nebylo možné určit, zda má prenatální podpora kojení vliv na časné zahájení kojení, protože jistota důkazů byla hodnocena jako velmi nízká (RR: 1,64; 95% CI: 0,86 až 3,13; 3 studie, n = 5560, velmi nízká jistota důkazů).

8.3.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů prenatální edukace matek v těhotenství týkající se kojení na kritické výstupy je střední. Klinickou PICO otázku lze nalézt v Příloze B. Detaily systematického přehledu lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.3.3 Poměr přínosů a rizik

Literární přehled Lumbiganona a kol. (2016) uvádí, že problematikou komplikací při kojení se zabývaly dvě studie. Duffy a kol. (1997) zaznamenali nižší intenzitu bolesti a méně poranění bradavek a zároveň vyšší podíl matek, které stále kojily po 6 týdnech, u žen, jež byly laktační poradkyní poučeny o správném polohování a přiložení dítěte k prsu. Naproti tomu studie Kronborga a kol. (2012) nezjistila rozdíly mezi skupinami ve výskytu subjektivně vnímaných problémů s kojením.

8.3.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek vůči prenatální edukaci o kojení identifikoval 18 studií z 10 zemí (Austrálie, Brazílie, Kanada, Irsko, Mexiko, Rusko, Švédsko, Uganda, Spojené království a Spojené státy americké). Syntéza kvalitativních dat identifikovala dvě hlavní témata: první se týkalo obsahu a druhé způsobu poskytování vzdělávání. Matky měly pocit, že problematika výživy kojenců nebyla během prenatálního období dostatečně diskutována a že prenatální edukace o výživě byla nedostatečná nebo příliš málo častá. Některé matky poznamenaly, že obsah prenatální edukace byl příliš zaměřen na kojení bez dostatečné diskuse o jiných možnostech. Některé také uvedly, že nebylo dostatečně probíráno, co mohou očekávat (například jak náročné nebo bolestivé může kojení být) a proto existoval nesoulad mezi očekáváními žen a jejich zkušenostmi. (střední jistota důkazů).

Syntéza důkazů také ukázala, že matky měly pocit, že prenatální edukace o kojení nebyla optimálně provedena. Mnoho matek si stěžovalo na prenatální edukaci o kojení kvůli negativnímu postoji nebo špatné komunikaci se zdravotnickým pracovníkem. Některé matky uvedli zkušenosti s poskytovateli péče, kteří se o kojení zmínili jen proto, že to vyžadovala jejich práce, přičemž projevíli málo upřímnosti či pozitivních emocí. Mnoho matek uvedlo, že nejupřímnější a nejefektivnější poradkyně byly zdravotnice s osobní zkušeností s kojením (střední jistota důkazů) (Příloha E).

8.3.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti prenatální edukace o kojení mezi zdravotnickými pracovníky identifikoval 17 studií provedených v 7 zemích (Austrálie, Kanada, Irák, Jihoafrická republika, Švédsko, Spojené království a Spojené státy americké). V těchto studiích byla identifikována dvě hlavní témata: první se týkalo jejich vnímání role zdravotnických pracovníků při poskytování prenatálního poradenství o kojení a druhé se týkalo jejich sebedůvěry při poskytování tohoto poradenství.

Zdravotničtí pracovníci měli různé názory na svou roli v podpoře kojení v rámci prenatální edukace. Zatímco mnozí poskytovatelé zdravotní péče považovali podporu a propagaci kojení za součást své role, mnozí se potýkali s tím, jak propagovat kojení, aniž by u pacientek vyvolali pocity odporu. Některé studie zjistily, že zdravotničtí pracovníci si nebyli jisti, jak přistupovat k otázce

krmení z láhve. V několika studiích pocítovali poskytovatelé zdravotní péče apatii vůči poradenství o kojení a mnozí preferovali neutrální přístup k propagaci kojení, aby si zachovali lepší vztah s pacientkami (střední jistota důkazů).

Zdravotničtí pracovníci měli odlišnou míru sebedůvěry a vnímané efektivity v poskytování prenatálního poradenství o kojení. Zatímco některé studie uváděly, že zdravotničtí pracovníci se při poskytování poradenství ženám ohledně kojení a problémů s kojením cítili sebejistě, jiné studie uváděly, že se ve svém poradenství cítili nejistě a neefektivně. Mnozí pocítovali nedostatek zpětné vazby a uváděli, že nedokážou posoudit, zda matky v kojení dostatečně podporují (střední jistota důkazů) (Příloha F).

8.3.6 Dopady na zdroje

Jako zdroje potřebné pro implementaci prenatální edukace o kojení byly identifikovány: prostředky potřebné ke zvýšení nebo posílení znalostí, sebedůvěry a vlastní efektivity zdravotnických pracovníků, v souvislosti s poradenstvím o kojení (Benoit & Semenic, 2014; Labbok et al., 2013; Nikodem et al., 1995; Pound et al., 2017) a také prostředky na komunikaci týkající se očekávání a překážek (Nikodem et al., 1995; Mosalli et al., 2012; Moore et al., 2007, WHO, 2017, s. 24, 25).

8.3.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory): jen málo intervencí zaměřených na vytváření podpůrného prostředí vykazuje pozitivní vliv na krátkodobé či dlouhodobé výsledky kojení. Poskytování prenatální edukace (bez současného poskytování jiných forem podpory kojení) neprokázalo významný vliv na míru kojení, ačkoli existují důkazy, že podpora zaměřená konkrétně na podporu zahájení kojení, poskytovaná ještě před prvním kojením, může mít pozitivní výsledky.

8.3.8 Poznámky

Toto klinické doporučení, založené na důkazech a podporující matky v úspěšném zahájení kojení, je uváděno do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018*, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Období těhotenství představuje zásadní fázi, během níž by měly být ženy informovány o přínosech kojení, možnostech podpory a o postupech poporodní péče, které mohou přispět k úspěšnému zahájení a udržení laktace. Prenatální edukaci o kojení zajišťuje poskytovatel prenatální péče – obvykle registrující gynekolog – ve spolupráci se zdravotnickým zařízením, které často organizuje přípravné kurzy vedené vyškolenými odborníky nebo vyškolenými laktačními poradkyněmi.

8.4 Doporučení pro bezprostřední poporodní péči a iniciaci kojení

Klinická otázka 4: Měly by ženy po porodu praktikovat časný kontakt kůže na kůži, ve srovnání s jeho nerealizací, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení do jedné hodiny po porodu?

Doporučení 4

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby byl časný a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži mezi matkou a novorozencem umožněn a aktivně podporován bezprostředně po porodu.	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Klinická otázka 5: Měly by ženy po porodu zahájit kojení časně, ve srovnání s jeho nezahájením, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 5

Panel NIKEZ doporučuje, aby všechny matky byly podporovány v iniciaci kojení do první hodiny po porodu. Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby všechny matky byly podporovány v iniciaci kojení do první hodiny po porodu.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení podle metodiky GRADE.

Položky formuláře od důkazů k doporučení (tzv. DECIDE), stejně jako odůvodnění a poznámky, byly pro tato operativní doporučení sloučeny.

8.4.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled porovnávající bezprostřední (do 10 minut po porodu) nebo časný (mezi 10 minutami a 23 hodinami po porodu) kontakt kůže na kůži mezi matkami a zdravými donošenými novorozenci oproti standardní péči zahrnoval 46 studií s 3 850 dvojicemi matka–dítě (Benoit & Semenic, 2014). Přehled ukázal, že bezprostřední nebo časný kontakt kůže na kůži pravděpodobně zlepšuje výlučné kojení při propuštění z nemocnice do 1 měsíce věku dítěte (poměr rizik RR: 1,30; 95% interval spolehlivosti [CI]: 1,12 až 1,49; 6 studií, n = 711; střední jistota důkazů) a může zlepšovat výlučné kojení ve 6 týdnech až 6 měsících věku (RR: 1,50; 95% CI: 1,18 až 1,90; 7 studií, n = 640; nízká jistota důkazů). Bezprostřední nebo časný kontakt kůže na kůži pravděpodobně zlepšuje jakékoliv kojení ve věku 1–4 měsíce (RR: 1,24; 95% CI: 1,07 až 1,43; 14 studií, n = 887; střední jistota důkazů) ve srovnání se standardní péčí. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v účinku kontaktu kůže na kůži oproti standardní péči na pravděpodobnost kojení ve věku 1–4 měsíce podle doby zahájení kontaktu (bezprostřední [do 10 minut po porodu] a časný [mezi 10 minutami a 23 hodinami po porodu]; test na rozdíl v podskupinách $\chi^2 = 1,13$; $p = 0,29$). Pouze jedna studie hodnotila sání během prvních 2 hodin po porodu a ukázala, že časný kontakt kůže na kůži může mít malý nebo žádný vliv na sání v prvních 2 hodinách po porodu ve srovnání se standardní péčí (RR: 1,06; 95% CI: 0,83 až 1,35; 1 studie, n = 88; nízká jistota důkazů).

U novorozenců s nízkou porodní hmotností narozených v nemocnicích byl proveden systematický přehled o klokánkování (jejímž hlavním prvkem je kontakt kůže na kůži mezi matkou a dítětem (WHO, 2003), ve srovnání s konvenční neonatální péčí (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016). Přehled zahrnoval 21 studií s 3 042 dětmi. U novorozenců s nízkou porodní hmotností, kteří byli

klokánkování, došlo pravděpodobně ke zlepšení výlučného a jakékoli kojení při propuštění nebo ve 40–41 týdnech postmenstruačního věku (výlučné kojení: RR: 1,16; 95% CI: 1,07 až 1,25; 6 studií, n = 1 453; střední jistota důkazů; jakékoli kojení: RR: 1,20; 95% CI: 1,07 až 1,34; 10 studií, n = 1 696; střední jistota důkazů) ve srovnání s konvenční neonatální péčí. Klokánkování může zlepšit výlučné nebo jakékoli kojení při kontrolách ve věku 1–3 měsíců (výlučné kojení: RR: 1,20; 95% CI: 1,01 až 1,43; 5 studií, n = 600; nízká jistota důkazů; jakékoli kojení: RR: 1,17; 95% CI: 1,05 až 1,31; 9 studií, n = 1 394; nízká jistota důkazů). Klokánkování má pravděpodobně malý nebo žádný vliv na jakékoli kojení při kontrolách ve věku 6–12 měsíců (RR: 1,12; 95% CI: 0,98 až 1,29; 5 studií, n = 952; střední jistota důkazů) a může mít malý nebo žádný vliv na výlučné kojení při kontrolách ve věku 6–12 měsíců (RR: 1,29; 95% CI: 0,95 až 1,76; 3 studie, n = 810; nízká jistota důkazů).

Pouze jedna studie porovnávala časné (do 23 hodin po porodu) a pozdní (zahájení 24 hodin a více po porodu) klokánkování u relativně stabilních novorozenců s nízkou porodní hmotností a zjistila, že pravděpodobně existuje malý nebo žádný rozdíl v míře výlučného kojení ve 24 hodinách věku (RR: 1,02; 95% CI: 0,67 až 1,57; 1 studie, n = 73; nízká jistota důkazů), ve 2 týdnech věku (RR: 1,00; 95% CI: 0,89 až 1,04; 1 studie, n = 71; střední jistota důkazů), ve 4 týdnech věku (RR: 0,94; 95% CI: 0,85 až 1,04; 1 studie, n = 67; střední jistota důkazů) a ve 6 měsících věku (RR: 2,69; 95% CI: 0,99 až 7,31; 1 studie, n = 55; nízká jistota důkazů).

Systematický přehled týkající se časného zahájení kojení (do 1 hodiny po porodu) ve srovnání s odloženým zahájením kojení (2–23 hodin nebo 24 hodin a více po porodu) zahrnoval pět studií se 136 047 novorozenci (Smith et al., 2017). Ve srovnání s novorozenci, kteří zahájí kojení do 1 hodiny po porodu, mají novorozenci, kteří zahájí kojení mezi 2–23 hodinami po porodu, nebo ti, kteří zahájí kojení po prvním dni po porodu, vyšší pravděpodobnost úmrtí v prvních 28 dnech po porodu (iniciace kojení 2–23 hodin po porodu: RR: 1,33; 95% CI: 1,13 až 1,56; 5 studií, n = 136 047; iniciace kojení 24 hodin a více po porodu: RR: 2,19; 95% CI: 1,73 až 2,77; 5 studií, n = 136 047; vysoká jistota důkazů). Kojení během první hodiny po porodu může ve srovnání s pozdějším zahájením zlepšit přežití do 3 a do 6 měsíců (nízká jistota důkazů).

Zahájení kojení po první hodině po porodu pravděpodobně zvyšuje míru částečného kojení v 1 měsíci (iniciace kojení 2–23 hodin po porodu: RR: 1,15; 95% CI: 1,13 až 1,17; 1 studie, n = 87 576; iniciace kojení 24 hodin a více po porodu: RR: 1,27; 95% CI: 1,24 až 1,31; 1 studie, n = 87 576; střední jistota důkazů) a ve 3 měsících (iniciace kojení 2–23 hodin po porodu: RR: 1,05; 95% CI: 1,04 až 1,06; 1 studie, n = 86 692; iniciace kojení 24 hodin a více po porodu: RR: 1,06; 95% CI: 1,04 až 1,08; 1 studie, n = 86 692; střední jistota důkazů) ve srovnání se zahájením kojení během první hodiny po porodu. Pozdější zahájení kojení také pravděpodobně zvyšuje míru nekojení v 1 měsíci (střední jistota důkazů) a může zvyšovat míru nekojení ve 3 měsících (nízká jistota důkazů) ve srovnání se zahájením kojení během první hodiny po porodu.

8.4.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů pro časný kontakt kůže na kůži v kritických výsledcích je střední a celková jistota důkazů pro časné zahájení kojení u kritických výstupů je vysoká. Klinické PICO otázky lze nalézt v Příloze B. Detaily systematického přehledu lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.4.3 Poměr přínosů a rizik

Literární přehled od autorů Conde-Agudelo a Díaz-Rossello (2016) zjistil při poslední kontrole u novorozenců, kteří byli klokánkováni, snížení rizika úmrtí (RR: 0,67; 95% CI: 0,48 až 0,95; 12 studií, n = 2293) a těžkých infekcí nebo sepse (RR: 0,5; 95% CI: 0,36 až 0,69; 8 studií, n = 1463). Přehled nezjistil žádný rozdíl v délce hospitalizace (průměrný rozdíl MD: –1,61 dní; 95% CI: –3,41 až 0,18; 11 studií, n = 1057).

Literární přehled autorů Moore et al. (2016) zjistil klinicky významný nárůst glykémie v krvi u novorozenců, kteří měli okamžitý nebo časný kontakt kůže na kůži (glykémie v krvi mg/dL v 75–

180 minutách po porodu MD: 10,49; 95% CI: 8,39 až 12,59; 3 studie, n = 144). Také byl zaznamenán mírný nárůst axilární teploty novorozenců v 90–150 minutách po porodu (MD: 0,30 °C; 95% CI: 0,13 až 0,47; 6 studií, n = 558), přestože žádný ze studovaných novorozenců neměl hypotermii ani hypertermii.

Existuje obava týkající se případů náhlého kolapsu u novorozence, nejčastěji hlášených u novorozenců prvorodiček, které nejsou během kontaktu kůže na kůži pod dohledem zdravotnických pracovníků, když je dítě v poloze na břicho nebo na boku na matčině hrudi. Náhlý neočekávaný postnatální kolaps zjevně zdravého novorozence vyskytující se během prvních 2 hodin po porodu je odhadován na 1,6 až 5 případů na 100 000 živě narozených dětí, s počty úmrtí 0–1,1 na 100 000 živě narozených dětí (Becher et al., 2012; Fleming, 2012; Andres et al., 2011; Blair et al., 2009; Dageville et al., 2008; Espagne et al., 2004; Peters et al., 2009).

S ohledem na jednoznačné přínosy spojené s mírou mortality a s výsledky kojení, převažují žádoucí účinky nad nežádoucími účinky. Nicméně během zavádění okamžitého kontaktu kůže na kůži a alespoň během prvních 2 hodin po porodu by zdravotničtí pracovníci na porodním sále měli pozorovat a hodnotit příznaky poruch poporodní adaptace u všech novorozenců, ať jsou donošení, nedonošení nebo s nízkou porodní hmotností.

Literární přehled autorů Smith et al. (2017) ukázal, že novorozenci, kteří zahájili kojení 24 hodin nebo více po porodu, měli zvýšené riziko novorozenecké úmrtnosti ve srovnání s těmi, u kterých bylo kojení zahájeno do 24 hodin po porodu (RR: 1,70; 95% CI: 1,44 až 2,01; 6 studií, n = 142 729). Tento vztah byl konzistentní i při omezení populace na novorozence, kteří byli výlučně kojeni (RR: 1,85; 95% CI: 1,29 až 2,67; 4 studie, n = 62 215), nebo při omezení populace na novorozence s nízkou porodní hmotností (RR: 1,73; 95% CI: 1,38 až 2,18; 4 studie, n = 21 258).

8.4.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury týkající se hodnot a preferencí matek ohledně časného kontaktu kůže na kůži identifikoval 13 studií z 9 zemí (Austrálie, Kolumbie, Egypt, Itálie, Palestina, Rusko, Švédsko, Spojené království Velké Británie a Severního Irska Spojené království a Spojené státy americké). Obecně většina matek oceňovala okamžitý kontakt kůže na kůži a cítila se při něm šťastně. Tento závěr byl konzistentní u matek po porodu s donošenými dětmi, u matek po císařském řezu i u těch, jejichž děti byly přijaty na novorozeneckou jednotku intenzivní péče nebo byly předčasně narozené či s nízkou porodní hmotností.

Jistota důkazů byla střední. (Příloha E).

Ke dni vzniku zdrojového doporučeného postupu nebyly nalezeny žádné studie týkající se hodnot a preferencí matek specificky týkajících se časného zahájení kojení. Členové odborného panelu se však domnívali, že tyto budou pravděpodobně blízké hodnotám a preferencím souvisejícím s časným kontaktem kůže na kůži, a že se bude vyskytovat jen malá variabilita v tom, do jaké míry by matky oceňovaly časné zahájení kojení.

8.4.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti časného kontaktu kůže na kůži mezi zdravotnickými pracovníky identifikoval 15 studií provedených v 7 zemích (Austrálie, Kanada, Čína, Francie, Indie, Nový Zéland a USA). Mezi studiemi byly identifikovány tři témata: (i) zdravotničtí pracovníci časný kontakt kůže na kůži hodnotili pozitivně a měli k němu příznivý postoj (nízká jistota důkazů); (ii) zdravotničtí pracovníci měli obavy o bezpečnost při kontaktu kůže na kůži po císařském řezu nebo po anestézii; považovali praktikování časného kontaktu kůže na kůži v operačním sále za nepraktické, nebezpečné a narušující jejich rutiny (střední jistota důkazů); a (iii) zdravotničtí pracovníci měli obavy o bezpečnost při časném kontaktu kůže na kůži a kojení, když byl novorozenec přijat na novorozeneckou jednotku intenzivní péče; měli pocit, že riziko fyziologické nestability u křehkých novorozenců by bylo příliš velké (střední jistota důkazů) (Příloha F).

Přehled literatury o přijatelnosti časného zahájení kojení ze strany zdravotnických pracovníků identifikoval stejné studie jako ty, které popisovaly přijatelnost časného kontaktu kůže na kůži. Syntéza kvalitativních důkazů identifikovala stejná tři témata, kdy zdravotničtí pracovníci obecně oceňují časně zahájení kojení, ale měli obavy o bezpečnost, pokud matka obdržela anestézii nebo měla porod císařským řezem, nebo když byl novorozenec přijat na novorozeneckou jednotku intenzivní péče z důvodu nedonošenosti nebo nízké porodní hmotnosti (Příloha F).

8.4.6 Dopady na zdroje

Při zavádění časného kontaktu kůže na kůži bylo identifikováno několik bodů s dopadem na zdroje, konkrétně: (i) čas strávený s matkami; (ii) kapacita personálu; a (iii) znalosti personálu o kojení. Často není dostatek času, aby personál mohl matky během časného kontaktu kůže na kůži dostatečně pozorovat a podporovat (Benoit & Semenic, 2014). Omezená kapacita personálu snižuje dostatek času, který může personál strávit s matkami (Gokcay et al., 1997), a nedostatečné znalosti personálu o kojení a podpoře časného kontaktu kůže na kůži snižují jejich sebedůvěru a mohou vést k potřebě specializovanějšího školení (Benoit & Semenic, 2014; Labbok et al., 2013; Nikodem et al., 1995; Pound et al., 2017; WHO, 2017, s. 9-11).

Při časném zahájení kojení bylo identifikováno několik bodů s dopadem na zdroje, konkrétně: čas, kapacita a znalosti personálu (tamtéž; Gokcay et al., 1997).

8.4.7 Odůvodnění

Intervence zaměřené na podporu zahájení kojení v bezprostředním období po porodu mají nejsilnější důkazy o prevenci úmrtnosti a o pozitivních výsledcích kojení, které přetrvávají i po propuštění ze zařízení poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči. Časný kontakt kůže na kůži a časně zahájení kojení mohou zvýšit pravděpodobnost jakéhokoli nebo výlučného kojení až do 3–6 měsíců věku dítěte. Pokud se matkám v bezprostředním poporodním období ukáže, jak kojít, je pravděpodobnější, že budou pokračovat v jakémkoli nebo výlučném kojení až do 6 měsíců dítěte. Podpora matek při vytváření časného a blízkého vztahu s dítětem a při kojení je pro matky velmi cenná. Matky, které zažijí časný kontakt kůže na kůži nebo které měly pozitivní zkušenost s podporou při prvních pokusech o kojení, tyto zkušenosti oceňují a chtěly by je prožít znovu. Matky, které obdrží protichůdné pokyny nebo jim jsou informace předávány formálně a mechanicky, mohou pociťovat oslabení své sebedůvěry.

Mnoho zdravotnických pracovníků uvádí malé znalosti o kojení a nízkou sebedůvěru ve své dovednosti podporovat matku při kojení. Pokyny pro zdravotnické pracovníky týkající se minimální podpory, kterou potřebují všechny matky, a kompetence směřující k řešení běžných problémů s kojením, mohou být vhodné. To umožní zdravotnickým pracovníkům posoudit zdraví a kojení novorozence, stejně jako poskytovat podporu kojícím matkám přizpůsobenou jejich individuálním potřebám, citlivě podanou a s ohledem na jejich sociální a kulturní kontext, aby mohly překonat všechny obtíže, se kterými se mohou setkat. Spolupráce nebo odeslání (k jinému odborníkovi) za účelem řešení složitějších problémů s kojením může být užitečné.

8.4.8 Poznámky

Tato klinická doporučení, založená na důkazech a podporující matky v úspěšném zahájení kojení, jsou uváděny do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018*, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

V souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace (WHO) a zásadami iniciativy BFHI se doporučuje zahájit časný kontakt kůže na kůži mezi matkou a novorozencem bezprostředně po porodu. Tento kontakt lze provést u všech zdravých donošených novorozenců, a to bez ohledu na způsob porodu. V případě císařského řezu je k jeho zajištění nezbytná spolupráce anesteziologa, porodníka a pediatra.

Pokud časný kontakt kůže na kůži nelze z různých důvodů uskutečnit ihned na operačním sále, je vhodné umožnit kontakt kůže na kůži mezi novorozencem a otcem a následně jej realizovat s matkou co nejdříve. Kontakt kůže na kůži by měl probíhat nepřerušeně alespoň 60 minut.

Během kontaktu je nutné pravidelně monitorovat novorozence z důvodu rizika nepředvídatelného náhlého kolapsu novorozence (SUPC – Sudden Unexpected Postnatal Collapse). O této skutečnosti je třeba rodiče předem informovat.

Pokud nedojde k prvnímu přiložení k prsu a/nebo k časnému kontaktu kůže na kůži, měly by být v zdravotnické dokumentaci uvedeny jasné důvody, například odmítnutí ze strany matky nebo zhoršená poporodní adaptace dítěte.

8.5 Doporučení pro podporu matek při zahájení kojení, zvládání běžných obtíží spojených s kojením a při ručním odstříkávání a odsávání mateřského mléka

Klinická otázka 6: Měla by být ženám po porodu poskytnuta asistence pro správné přiložení a přísátí dítěte, aby jejich novorozenci dosáhli správného efektivního sání, ve srovnání s neposkytnutím této asistence, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 6

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky obdržely praktickou podporu umožňující jim zahájit a udržet kojení a zvládat běžné obtíže spojené s kojením.	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Klinická otázka 7: Měly by být ženy po porodu instruovány, jak praktikovat ruční odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, ve srovnání se situací, kdy nejsou instruovány o ručním odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 7

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky byly instruovány, jak ručně odstříkávat, případně odsávat mateřské mléko jako prostředek k udržení laktace v případě dočasného odloučení od novorozence.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

Položky formuláře od důkazů k doporučení (tzv. DECIDE), stejně jako odůvodnění a poznámky, byly pro tato operativní doporučení sloučeny.

8.5.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled zaměřený na poskytování praktické, emocionální, vzdělávací nebo sociální podpory kojení matkám nad rámec standardní péče, ve srovnání se samotnou standardní péčí, zahrnoval 100 studií s 83 246 dvojicemi matka–dítě (McFadden et al., 2017). Poradenství a podpora kojení v předporodním i poporodním období pravděpodobně zlepšily jakékoliv kojení před posledním vyhodnocením studie do 6 měsíců věku dítěte (RR: 0,89; 95% CI: 0,85 až 0,93; 51 studií, n = 21 708; střední jistota důkazů), mohly zlepšit výlučné kojení před posledním vyhodnocením studie do 6 měsíců (RR: 0,89; 95% CI: 0,86 až 0,93; 46 studií, n = 18 303; nízká jistota důkazů), zlepšily jakékoliv kojení do 4–6 týdnů (RR: 0,86; 95% CI: 0,79 až 0,93; 33 studií, n = 10 776; vysoká jistota důkazů) a mohly zlepšit výlučné kojení do 4–6 týdnů (RR: 0,79; 95% CI: 0,69 až 0,89; 32 studií, n = 10 271; nízká jistota důkazů) ve srovnání pouze se standardní péčí. Poporodní poradenství a podpora kojení (bez poskytnutí prenatální podpory) pravděpodobně také zlepšily jakékoli nebo výlučné kojení před posledním hodnocením studie do 6 měsíců a zlepšily jakékoli nebo výlučné kojení do 4–6 týdnů, ve srovnání s matkami, kterým byla poskytnuta pouze standardní péče.

Systematický přehled hodnotící účinky nástrojů pro posuzování připravenosti ke kojení u předčasně narozených dětí v randomizovaných nebo kvazi-randomizovaných studiích nenašel žádné studie, které by splňovaly kritéria pro zařazení (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016), ačkoli autoři uvádějí několik škál pro hodnocení připravenosti ke kojení předčasně narozených dětí.

Systematický přehled hodnotící různé metody získávání mateřského mléka zahrnoval 41 studií s 2293 účastníky (Becker et al., 2016). Vzhledem k heterogenitě intervencí a sledovaných výstupů byla většina zahrnutých výsledků odvozena z jednotlivých studií. Nebylo jisté, zda relaxační techniky, masáž prsou nebo zahřátí prsou zvyšují množství získaného mateřského mléka, protože kvalita důkazů byla hodnocena jako velmi nízká. Žádná technika získávání mateřského mléka (ruční odstříkávání, manuální nebo elektrická odsávačka) neprokázala konzistentně zvýšení objemu získaného mléka.

8.5.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů týkajících se kritických výstupů je střední v případě ukazování matkám, jak kojit zdravé donošené děti, a velmi nízká v případě poskytování instrukcí k získávání mateřského mléka. V době tvorby zdrojového doporučeného postupu nebyly nalezeny žádné důkazy pro posouzení připravenosti předčasně narozeného dítěte ke kojení. Klinické PICO otázky lze nalézt v Příloze B. Detaily systematických přehledů lze nalézt v Příloze C. Souhrnné tabulky zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.5.3 Poměr přínosů a rizik

Při edukaci matek, jak kojit zdravé donošené děti, ani při hodnocení připravenosti předčasně narozených dětí ke kojení nebyly hlášeny žádné nežádoucí události.

Kojení a podávání mateřského mléka novorozenci je biologicky normální aktivita. Becker a kol. (2016) zdůrazňují, že odstříkávání/odsávání mateřského mléka může být složitou a individuální činností mimo běžnou normu. Nebylo prokázáno, že by určitý typ odsávačky byl spojen s vyšší úrovní kontaminace mléka, sepsí novorozence nebo přechodem ke kojení z prsu. Nežádoucí účinky u matky, jako je bolest bradavky nebo prsu, byly hlášeny ve třech z 41 studií zahrnutých do přehledu (Becker et al., 2016) a neprokázaly žádný rozdíl mezi metodami získávání mateřského mléka, ačkoli skutečný počet hlášení těchto nežádoucích účinků byl malý.

8.5.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek týkajících se edukace, jak kojit, identifikoval osm studií ze tří zemí (Kanada, Spojené království a Spojené státy americké). Matky donošených

děti uváděly, že edukace, jak kojit, byla užitečná, ale někdy nedostatečně provedena, s nekonzistentní nebo málo častou podporou (nízká jistota důkazů). Zjistily také, že edukace, jak získávat mateřské mléko (ruční odstříkávání nebo mechanické odsávání), byla užitečná a dala jim možnost, aby dítě nakrmil někdo jiný, když samy nemohly (nízká jistota důkazů). Matky dětí přijatých na novorozeneckou jednotku intenzivní péče vnímaly odstříkávání/odsávání mateřského mléka jako "paradoxní zkušenost", při které cítily silný odpor k odstříkávání/odsávání mateřského mléka, ale současně pro ně bylo poskytování vlastního mateřského mléka jejich novorozencům zdrojem cenného spojení (střední jistota důkazů) (viz Příloha E).

8.5.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti edukace matek, jak kojit, mezi zdravotnickými pracovníky identifikoval 21 studií provedených v 8 zemích (Austrálie, Kanada, Irák, Irsko, Pákistán, Jihoafrická republika, Spojené království a Spojené státy americké). Syntéza kvalitativních důkazů identifikovala tři témata: (i) překážky při ukazování matkám, jak kojit; (ii) různé úrovně sebevědomí zdravotnických pracovníků při ukazování matkám, jak kojit; a (iii) negativní postoje zdravotnických pracovníků vůči ukazování matkám, jak kojit. Zdravotničtí pracovníci měli pocit, že existuje příliš mnoho překážek, především souvisejících s časem a dostupností personálu, aby mohli matky adekvátně naučit, jak kojit (střední jistota důkazů). Někteří zdravotničtí pracovníci cítili, že nemají potřebné dovednosti k tomu, aby ukazovali matkám, jak kojit, a proto se domnívali, že by byl vhodnější někdo jiný, s větší zkušeností nebo specializací na podporu laktace (střední jistota důkazů). Třetí téma odhalilo negativní postoje zdravotnických pracovníků k ukazování matkám, jak kojit. Uváděné důvody zahrnovaly nedostatek soukromí, oslabování žen a snižování jejich samostatnosti, vyvolávání pocitu viny u matek, které nekojí a jsou na stejném oddělení, a obavy z poškození vztahu (střední jistota důkazů) (viz Příloha F).

Ke dni vzniku zdrojového doporučeného postupu nebyly nalezeny žádné studie, které by se konkrétně zabývaly tím, jak zdravotničtí pracovníci přijímají ukazování matkám, jak odstříkávat/odsávat mateřské mléko.

8.5.6 Dopady na zdroje

Při ukazování matkám, jak kojit a jak odstříkávat/odsávat mateřské mléko, bylo identifikováno několik bodů s dopadem na zdroje, konkrétně: čas personálu, kapacita personálu, znalosti a školení personálu a náklady na volitelné vybavení (například manuální nebo elektrické odsávačky) (Moore et al., 2016; Smith et al., 2017; Watson & McGuire, 2016; Becher et al., 2012; Fleming, 2012; WHO, 2017, s. 12-13).

8.5.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory):

Intervence zaměřené na podporu zahájení kojení v bezprostředním období po porodu mají nejsilnější důkazy o prevenci úmrtnosti a o pozitivních výsledcích kojení, které přetrvávají i po propuštění ze zařízení poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči. Časný kontakt může na kůži a časně zahájení kojení mohou zvýšit pravděpodobnost jakéhokoli nebo výlučného kojení až do 3–6 měsíců věku dítěte. Pokud se matkám v bezprostředním poporodním období ukáže, jak kojit, je pravděpodobnější, že budou pokračovat v jakémkoli nebo výlučném kojení až do 6 měsíců dítěte.

Podpora matek při vytváření časného a blízkého vztahu s dítětem a při kojení, je pro matky velmi cenná. Matky, které zažijí časný kontakt kůže na kůži nebo které měly pozitivní zkušenost s podporou při prvních pokusech o kojení, tyto zkušenosti oceňují a chtěly by je prožít znovu. Matky, které obdrží protichůdné pokyny nebo jim jsou informace předávány formálně a mechanicky, mohou pociťovat oslabení své sebedůvěry.

Pokyny pro zdravotnické pracovníky týkající se minimální podpory, kterou potřebují všechny matky, a kompetence směřující k řešení běžných problémů s kojením, mohou být vhodné. To umožní zdravotnickým pracovníkům posoudit zdraví a kojení novorozence, stejně jako poskytovat podporu kojícím matkám přizpůsobenou jejich individuálním potřebám, citlivě podanou a s ohledem na jejich sociální a kulturní kontext, aby mohly překonat všechny obtíže, se kterými se mohou setkat. Spolupráce nebo odeslání (k jinému odborníkovi) za účelem řešení složitějších problémů s kojením může být užitečné.

8.5.8 Poznámky

Tyto klinické doporučení, založené na důkazech a podporující matky v úspěšném zavedení kojení, jsou uváděna do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018*, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Matky by měly dostat praktickou podporu pro zahájení a udržení kojení, která zahrnuje emocionální podporu, informace o kojení a nácvik potřebných dovedností. V rámci časného kontaktu kůže na kůži by mělo být první přiložení zdravého donošeného novorozence během první hodiny po porodu. Efektivní kojení je podpořeno reakcí na behaviorální signály dítěte.

Pokud není možné dítě přiložit k prsu, měla by být matka instruována o stimulaci laktace a o ručním odstříkávání nebo odsávání mateřského mléka. Zvýšená podpora je nezbytná zejména u matek předčasně narozených dětí a u matek dvojčat (WHO, 2018).

Jednotnost poskytovaných o kojení informací lze zajistit vytvořením standardizovaného postupu.

8.6 Doporučení pro indikaci dokrmování

Klinická otázka 8: Mělo by být novorozencům podáváno pouze mateřské mléko, bez jakékoli jiné výživy nebo tekutin, pokud není zdravotně indikováno, ve srovnání s podáváním jakékoliv jiné výživy nebo tekutin, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 8

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby novorozenci bez zdravotní kontraindikace kojení během pobytu v zařízení dostávali výhradně mateřské mléko a nebyla jim podávána žádná jiná výživa či tekutiny, pokud to není zdravotně indikováno. Zdravotničtí pracovníci by neměli podávat novorozencům žádnou jinou výživu či tekutiny bez zdravotní indikace a informovaného souhlasu rodičů a současně by měli aktivně podporovat výlučné kojení.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

8.6.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled zabývající se podáváním doplňkové výživy (formule) nebo jiných tekutin, než mateřské mléko donošeným novorozencům v prvních několika dnech po porodu identifikoval 11 studií s 2542 randomizovanými páry matka–novorozenec (Smith & Becker, 2016). K důkazům

přispěli tři studie (s 270 páry matka–novorozenec). Podání formule v prvních několika dnech po porodu má pravděpodobně malý nebo žádný vliv na kojení při propuštění (RR: 1,02; 95% CI: 0,97 až 1,08; 1 studie, n = 100; střední jistota důkazů) ve srovnání s těmi, kteří formuli nedostali. Nebylo možné určit, zda podání formule v prvních několika dnech po porodu má vliv na kojení ve 3 měsících (RR: 1,21; 95% CI: 1,05 až 1,41; 2 studie, n = 137; velmi nízká jistota důkazů) nebo výlučné kojení během posledních 24 hodin ve věku 3 měsíců (RR: 1,43; 95% CI: 1,15 až 1,77; 2 studie, n = 138; velmi nízká jistota důkazů), protože jistota důkazů byla hodnocena jako velmi nízká.

Podávání jiných tekutin v prvních několika dnech po porodu pravděpodobně snižuje míru jakéhokoliv kojení ve 4 týdnech (RR: 0,83; 95% CI: 0,73 až 0,94; 1 studie, n = 170; střední jistota důkazů), v 12 týdnech (RR: 0,68; 95% CI: 0,53 až 0,87; 1 studie, n = 170; střední jistota důkazů) a v 20 týdnech (RR: 0,69; 95% CI: 0,50 až 0,95; 1 studie, n = 170; střední jistota důkazů) ve srovnání s nepodáváním žádné dodatečné vody.

8.6.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů pro podávání doplňkové výživy nebo tekutin jiných, než mateřské mléko na kritické výstupy je střední. Klinickou PICO otázku lze nalézt v Příloze B. Detaily systematického přehledu lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.6.3 Poměr přínosů a rizik

Literární přehled autorů Smith a Becker (2016) neshledal klinicky významný rozdíl v incidenci horečky, hladinách glukózy v séru druhý den ani ve změně hmotnosti na třetí den mezi novorozenci, kterým byl podáván roztok glukózy, a těmi, kteří byli výlučně kojeni.

Přehled také uvádí jednu studii u donošených novorozenců, která ukázala snížené riziko alergických příznaků v 18 měsících věku, kterým byla podávána-formule každé 4 hodiny až do doby, kdy se "zahájila tvorba mateřského mléka matky", ve srovnání s těmi, kterým formule podávána nebyla (RR: 0,56; 95% CI: 0,35 až 0,91; 1 studie; n = 207). Tato studie měla vysoké riziko selekčního zkreslení (kvazi-randomizovaná studie s přiřazováním intervence podle střídajících se měsíců), vysoké riziko detekčního zkreslení a nejasné riziko zkreslení ve vykazování. V kojící skupině byla vyšší rodinná anamnéza alergií než ve skupině kojenecké formule (58 % versus 46 %) (Lindfors & Enocksson, 1988).

8.6.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek vůči podávání časně doplňkové výživy nebo tekutin identifikoval tři studie z Etiopie, Nigérie a Pákistánu. Matky žijící v kulturních kontextech, kde je dokrmování akceptováno, ho oceňují a vnímají jako přínosné pro novorozence (např. čištění žaludku, pozitivní účinek na zdraví, prevence onemocnění) (střední jistota důkazů) (Příloha E).

8.6.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti podávání doplňkové výživy nebo tekutin ze strany zdravotnických pracovníků identifikoval 12 studií z 6 zemí (Austrálie, Kanada, Čína, Indie, Spojené království a Spojené státy americké). Zdravotničtí pracovníci považovali mateřské mléko za dobré, ale náhrady mateřského mléka (formule) považovali rovněž za vhodné. Několik studií uvádělo, že zdravotničtí pracovníci považují formuli za přijatelnou možnost, která novorozenci neublíží. Některé studie popisují poskytovatele zdravotnické péče, kteří uváděli, že podání formule nebo tekutin je volbou matky a že formule by měla být možností, pokud si to matka přeje, nebo že za přijatelný důvod bylo považováno podání formule jako ochrana matek před únavou během noci. (střední jistota důkazů) (Příloha F).

8.6.6 Dopady na zdroje

Možné dopady na zdroje spojené se zamezením podávání časných dokrmů nebo tekutin zahrnují pokračující implementaci Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a všech souvisejících následných rezolucí Světového zdravotnického shromáždění (WHA) (WHO, 2017, s. 16–17).

8.6.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory): Bylo prokázáno, že časné podávání jiné výživy, než mateřské mléko snižuje míru kojení až do 20. týdne po porodu.

8.6.8 Poznámky

Toto klinické doporučení, založené na důkazech a podporující matky v úspěšném zavedení kojení, je uváděno do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018*, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Podávání doplňkové výživy nebo tekutin v prvních dnech po porodu má být realizováno pouze na základě jasné zdravotní indikace, protože neodůvodněné dokrmování může snižovat míru úspěšného kojení. Monitorování glykémie je nezbytné pouze u novorozenců se zvýšeným rizikem, například u dětí matek léčených inzulin-dependentním diabetem, u dětí s intrauterinní růstovou restrikcí nebo u nezralých novorozenců narozených před 36. týdnem těhotenství.

Je-li to technicky a finančně možné, mělo by mít zdravotnické zařízení zajištěný sběr mateřského mléka nebo přístup k mléčné bance. Matka má být vždy srozumitelně informována o důvodu zahájení doplňkové výživy, která by měla být podávána alternativními způsoby. Matky, které svému dítěti podávají formuli, je nutné poučit o bezpečné přípravě, manipulaci, krmení a skladování, aby se snížilo riziko infekcí a dalších zdravotních komplikací. Podání jakékoliv formule musí být řádně zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.

8.7 Doporučení pro společný pobyt matky a dítěte, tzv. rooming-in

Klinická otázka 9: Měly by ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in), ve srovnání s nepraktikováním rooming-in, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 9

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči umožnila matkám a jejich novorozencům zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in) během dne i noci. Toto nemusí být možné v případech, kdy je třeba novorozence přemístit za účelem specializované péče.	⊕⊕⊕⊖	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

8.7.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled zaměřený na společný pobyt matky a jejího dítěte ve stejném pokoji (tzv. rooming-in) oproti jejich oddělení po porodu identifikoval pouze jednu studii se 176 účastníky, která splňovala kritéria pro zařazení (Jaafar et al., 2016). Společný pobyt matky a dítěte ve stejném pokoji pravděpodobně zlepšuje výlučné kojení čtvrtý den po porodu (RR: 1,92; 95% CI: 1,34–2,76; 1 studie, n = 153; střední jistota důkazů), ale pravděpodobně má malý nebo žádný vliv na jakékoli kojení v šesti měsících (RR: 0,84; 95% CI: 0,51–1,39; 1 studie, n = 153; střední jistota důkazů). Dodatečná analýza prospektivních nerandomizovaných kontrolovaných studií, které zkoumaly rooming-in ve srovnání s oddělenou péčí, identifikovala tři studie (Elander & Lindberg, 1986; Lindenberg et al., 1990; Perez-Escamilla et al., 1992), jež hodnotily jakékoli kojení ve věku 3–4 měsíců. Není jisté, zda rooming-in zlepšuje jakékoli kojení ve věku 3–4 měsíců, protože jistota důkazů byla hodnocena jako velmi nízká (RR: 1,18; 95 % CI: 1,00–1,40; 3 studie, n = 553; velmi nízká jistota důkazů).

8.7.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů o vlivu společného pobytu matky a jejího dítěte ve stejném pokoji na kritické výsledky je střední. Klinickou PICO otázku lze nalézt v Příloze B. Detaily systematických přehledů lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.7.3 Poměr přínosů a rizik

Literární přehled autorů Jaafar et al. (2016) uváděl, že celková mediánová délka jakéhokoli kojení byla 4 měsíce, bez významného rozdílu mezi skupinami (rooming-in matky a dítěte versus oddělená péče). Přehled rovněž uváděl průměrnou frekvenci kojení 8,3krát za den (standardní odchylka SD: 2,2) ve skupině rooming-in ve srovnání s pevně stanoveným intervalovým kojením 7krát za den ve skupině oddělené péče.

8.7.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek vůči rooming-in matky a dítěte identifikoval sedm studií ze sedmi zemí (Indonésie, Irsko, Norsko, Rusko, Švédsko, Spojené království a Spojené státy americké). Syntéza kvalitativních důkazů ukázala, že většina matek preferovala rooming-in se svým dítětem, ačkoli byla také významná část, která by v noci rooming-in neupřednostňovala (střední jistota důkazů) (Příloha 4)

8.7.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti rooming-in matky a dítěte ze strany zdravotnických pracovníků identifikoval sedm studií ze čtyř zemí (Austrálie, Kanada, Indie a Spojené státy americké). Někteří zdravotničtí pracovníci vnímali rooming-in matky a dítěte příznivě a podporovali by jej, ale většina se domnívala, že není nutný. Většina zdravotnických pracovníků uvedla, že často nabídnou matkám oddělenou péči, aby jim umožnili odpočinek. Zdravotničtí pracovníci pracující na jednotkách intenzivní péče o novorozence uvedli, že omezené zdroje neumožňují, aby matky a děti zůstávaly spolu 24 hodin denně (střední jistota důkazů) (Příloha F).

8.7.6 Dopady na zdroje

Mezi problémy spojenými s nároky na zdroje při zavádění rooming-in byly identifikovány náklady související s nemocniční infrastrukturou. Nedostatečné porodnické zdroje a prostor mohou znamenat sdílení lůžek mezi více rodičkami (Gokcay et al., 1997), což může vést k ovlivnění

spánkového prostředí. Novorozenecké jednotky intenzivní péče často nejsou vybaveny pro rooming-in (Benoit & Semenic, 2014; WHO, 2017, s. 13).

8.7.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory):

Matky a novorozenci, kteří spolu pobývají na jednom pokoji (rooming-in), mají téměř dvojnásobnou pravděpodobnost výlučného kojení během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči. Podporování citlivých, vzájemných a pečujících vztahů mezi matkami a dětmi přináší značný prospěch oběma.

Toto klinické doporučení, založené na důkazech a podporující matky v úspěšném zavedení kojení, je uváděno do praxe prostřednictvím kroků a postupů definovaných v dokumentu Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Novorozenec by měl zůstat nepřetržitě na pokoji se svou matkou po celých 24 hodin denně. Tímto způsobem se matka může naučit bezprostředně rozpoznávat a adekvátně reagovat na podněty svého dítěte, což podporuje včasný nástup laktace. Společný pobyt (rooming-in) by měl být umožněn každé matce s dítětem po vaginálním porodu i po císařském řezu, jakmile je matka schopna se samostatně o své dítě starat. Veškeré standardní postupy, sledování novorozence, screeningová i laboratorní vyšetření lze provádět v přítomnosti matky.

8.8 Doporučení pro kojení dle potřeb dítěte a podpora matek v rozpoznávání a reagování na signály svého dítěte

Klinická otázka 10: Měly by ženy po porodu praktikovat kojení dle potřeb dítěte, ve srovnání s nepraktikováním kojení dle potřeb dítěte, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 10

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky byly podporovány v praktikování kojení dle potřeb dítěte jako součásti pečujícího přístupu k dítěti.	⊕⊕⊕⊕	↑↑
Panel NIKEZ doporučuje, aby matky byly podporovány v rozpoznávání signálů svého dítěte týkajících se kojení, potřeby blízkosti a komfortu a aby jim bylo umožněno na tyto signály adekvátně reagovat různými způsoby během pobytu ve zdravotnickém zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

Položky formuláře od důkazů k doporučení (tzv. DECIDE), stejně jako odůvodnění a poznámky, byly pro tato operativní doporučení sloučeny.

8.8.1 Shrnutí důkazů

V době vzniku zdrojového doporučeného postupu nebyly dostupné žádné studie, které by splnily kritéria pro zařazení do systematických přehledů zaměřených na kojení dle potřeb dítěte u zdravých donošených novorozenců (Fallon et al., 2016) ani do přehledů hodnotících kojení předčasně narozených dětí v reakci na jejich signály hladu a sytosti ve srovnání s kojením v plánovaných či časově stanovených intervalech (Watson & McGuire, 2016).

Systematický přehled zaměřený na vliv omezeného nebo neomezeného používání dudlíku na délku kojení u donošených novorozenců zahrnoval tři randomizované kontrolované studie s celkem 1915 kojenci (Jaafar, et al., 2016). Z těchto tří studií se dvě intervence uskutečnily během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči (Kramer et al., 2001; Schubiger et al., 1997) a jedna intervence byla zahájena 2 týdny po porodu (Jenik et al., 2009). Z výsledků byla vyřazena studie provedená mimo pobyt v těchto zařízeních.

Omezené používání dudlíku u donošených kojenců během pobytu v těchto zařízeních má malý nebo žádný vliv na kojení při propuštění (RR: 1,01; 95% CI: 1,00–1,03; 1 studie, n = 541; vysoká jistota důkazů), ve 3–4 měsících (RR: 1,02; 95% CI: 0,95–1,11; 2 studie, n = 799; vysoká jistota důkazů) a v 6 měsících (RR: 1,06; 95% CI: 0,92–1,23; 1 studie, n = 541; vysoká jistota důkazů). Omezené používání dudlíku pravděpodobně nemá významný vliv ani na výlučné kojení ve 3–4 měsících (RR: 1,08; 95% CI: 0,77–1,51; 1 studie, n = 258; střední jistota důkazů). Celková jistota důkazů z těchto randomizovaných studií byla vysoká.

Další přehled observačních studií byl proveden s cílem posoudit souvislost mezi používáním dudlíku během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a výsledky kojení. Byly nalezeny dvě relevantní observační studie.

Studie provedená v Polsku v roce 1995 (Mikiel-Kostyra et al., 2005) použila dotazník vyplněný nemocničním personálem o způsobech kojení a řadě dalších proměnných, jako je délka těhotenství, počet předchozích porodů, způsob porodu, porodní hmotnost, hyperbilirubinémie, čas prvního kojení, kontakt kůže na kůži, rooming-in, oddělení od dítěte, použití silikonových kloboučků a dudlíku, u 11 973 párů matka–dítě. Mezi podskupinou 11 422 (97,2 %) párů, které zahájili kojení, bylo 7 870 dětí výlučně kojeno při propuštění. Děti, které nebyly výlučně kojeny při propuštění, pravděpodobněji používaly dudlík (neupravený poměr šancí [OR]: 4,97; 95 % CI: 3,83–6,45; n = 11 422).

Ve studii provedené ve Švýcarsku (Merten & Ackermann-Liebrich, 2004) sestry a porodní asistentky v 28 zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči shromažďovaly informace o novorozencích a jejich způsobech výživy jako je porodní hmotnost, gestační věk, typ porodu, čas zahájení kojení, používání umělých bradavek nebo dudlíků. Z 5 790 vyplněných dotazníků bylo použito 4 351, po vyloučení předčasně narozených nebo dětí s nízkou porodní hmotností, dětí, které potřebovaly formuli z lékařských důvodů, dětí převedených na novorozeneckou jednotku intenzivní péče a dotazníků s chybějícími či neplatnými údaji.

Kombinace neupravených dat z observačních studií provedených v Polsku a ve Švýcarsku ukazuje, že u dětí, které nebyly při propuštění výlučně kojeny, byla vyšší pravděpodobnost, že jim byl zaveden dudlík (OR: 1,78; 95% CI: 1,56 až 2,04; 2 studie, n = 15 770).

Observační studie, které ukazují souvislost, obecně nedokážou jasně určit, zda je tato souvislost kauzální, nebo zda je způsobena záměnnými faktory, obrácenou kauzalitou či sebe selekcí.

V Brazílii byla v roce 1993 provedena epidemiologická a prospektivní etnografická studie s cílem zkoumat vztah mezi používáním dudlíku a kojením (Victora et al., 1997). Z kohorty 650 matek nebylo vyloučeno 450 matek pro ukončení kojení do 1 měsíce věku dítěte, pro hlášení problémů s kojením nebo pro neúplné sledování.

Mezi těmito 450 matkami byla zjištěna souvislost mezi používáním dudlíku a ukončením kojení do 6 měsíců (upravený poměr šancí [aOR]: 2,5; 95 % CI: 1,40–4,01; n = 439), přičemž souvislost byla nezávislá na faktorech jako používání formule, používání saviček, věk matky, barva pleti,

nízká porodní hmotnost, pohlaví dítěte, typ porodu, kojení při propuštění z nemocnice, kojení dle potřeb dítěte v 1 měsíci a mateřský názor, že dudlíky ovlivňují kojení.

Etnografická analýza kohorty 80 matek, které podstoupily opakované podrobné rozhovory, ukázala, že používání dudlíku bylo široce přijímáno, matky stimulovaly své děti k jeho přijímání a dudlíky využívaly k prodloužení intervalů mezi kojeními nebo k úplnému odstavení dítěte z prsu. Matky, které nabízely dudlíky svým dětem, měly častěji problémy s kojením a byly více úzkostné a méně sebevědomé ohledně kojení a vývoje svých dětí.

8.8.2 Jistota důkazů

V době vzniku zdrojového doporučeného postupu nebyly nalezeny žádné důkazy z randomizovaných kontrolovaných studií, které by ve vztahu ke kritickým výstupům poskytovaly informace o optimálních vzorcích kojení (kojení dle potřeb dítěte versus kojení v plánovaných či časově stanovených intervalech) u donošených nebo předčasně narozených dětí.

Celková jistota důkazů týkající se používání dudlíku u donošených novorozenců pro kritické výsledky je vysoká. Klinické PICO otázky lze nalézt v Příloze B. Detaily systematických přehledů lze nalézt v Příloze C. Souhrnné tabulky zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.8.3 Poměr přínosů a rizik

Přehled Watsonové a McGuirea (2016) u předčasně narozených dětí ukázal, že děti kojené v reakci na jejich signály hladu a sytosti měly ve srovnání s dětmi kojenými ve stanovených intervalech nižší rychlost přírůstku hmotnosti (MD: -1,36 g/kg/den; 95% CI: -2,44 až -0,29; 4 studie; n = 305). Tyto závěry vycházely ze čtyř studií se středním rizikem zkreslení (ani účastníci, ani hodnotitelé výsledků nebyli zaslepeni a dvě studie měly nejasné nebo vysoké riziko selektivního zkreslení). Další tři studie neprokázaly významné rozdíly v rychlosti přírůstku hmotnosti mezi skupinami, avšak trvání intervence bylo kratší než jeden týden.

Děti v obou skupinách se statisticky nelišily v délce hospitalizace (MD: -1,03 dne; 95% CI: -9,41 až 7,34; 2 studie; n = 145), na základě dvou studií s nejasným rizikem selektivního zkreslení a bez zaslepení. Dvě další studie neprokázaly významný rozdíl v délce hospitalizace mezi oběma skupinami, avšak neuváděly číselná data. Jedna další studie uvedla délku hospitalizace 31 dní u dětí kojených dle potřeby a 33 dní u dětí kojených v plánovaných intervalech, ale neuváděla statistickou významnost ani směrodatné odchylky.

Děti kojené v reakci na signály hladu a sytosti měly o něco nižší postkoncepční věk při propuštění (MD: -0,48 týdne; 95% CI: -0,94 až -0,01; 2 studie; n = 138), a to na základě dvou studií s nejasným nebo vysokým rizikem selektivního zkreslení a bez zaslepení. Také, na základě dvou studií bez zaslepení, dosáhly plného perorálního příjmu rychleji (MD: -5,53 dne; 95% CI: -6,80 až -4,25 dne; 2 studie; n = 167).

8.8.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek ve vztahu ke kojení dle potřeb dítěte identifikoval čtyři studie ze čtyř zemí (Japonsko, Rusko, Švédsko a Spojené království). Matky oceňovaly kojení dle potřeb dítěte, ale cítily, že potřebují více podpory. Některé se cítily nejisté a úzkostné ohledně signálů hladu a sytosti svých dětí. Matky dětí hospitalizovaných na novorozenecké jednotce intenzivní péče měly pocit, že potřebují více podpory při přechodu na kojení dle potřeb dítěte, protože jejich děti začínaly projevoval zájem o sání (nízká jistota důkazů) (viz Příloha E).

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek ohledně používání dudlíku identifikoval pět studií provedených v pěti zemích (Austrálie, Brazílie, Egypt, Nový Zéland a Švédsko). Matky oceňovaly používání dudlíků. Dudlíky používají, protože věří, že jejich děti uklidňují, učí je sání, umožňují odpočinek mezi kojeními a usnadňují odstavení dítěte od prsu. Používání dudlíku bylo považováno za normální pozitivní chování.

Matky předčasně a velmi předčasně narozených dětí navrhovaly zahrnout tento krok: „Nabídnout dítěti dudlík k zmírnění bolesti, stresu a úzkosti a k podpoře příjmu výživy při krmení sondou. Zavést krmení z lahve, pokud je k tomu důvod!“ (Nyqvist & Kylberg, 2008). Pouze menšina matek by dudlík dítěti nepodala ze strachu, že by mohl ovlivnit kojení. Některé matky se dudlíku vyhýbaly kvůli vzhledu, obavám z vytvoření návyku, nebo uvedly, že není potřeba, či že je „nepřirozený“ (a raději by dítě držely v náručí jako lepší způsob, jak je uklidnit). Objevily se také obavy týkající se hygieny, problémů se ztrátou dudlíku a vlivu na zuby (střední důvěra v důkazy) (viz Příloha E).

Mezi randomizovanými kontrolovanými studiemi u donošených novorozenců zahrnutými do přehledu Jaafara a kol. (2016) byly míry nedodržování doporučení u skupin, kterým bylo doporučeno vyhnout se používání dudlíku (tedy procenta matek, které dudlík zavedly i přes zákaz), 24 % (70/294) (91), 40 % (188/471) (92) a 61 % (78/127) (Schubiger et al., 1997).

Z přehledu Foster a kol. (2016), který se zabýval výsledky kojení u předčasně narozených dětí, vyplývá, že nedodržování doporučení ve skupině „bez dudlíku“ bylo 31 % (47/152). Důvody nedodržování uvedené matkami byly, že dítě bylo neklidné a že dudlík pomáhá naučit dítě sát.

8.8.5 Přijatelnost

Přehled literatury o akceptovatelnosti kojení dle potřeb dítěte ze strany zdravotnických pracovníků identifikoval sedm studií ze šesti zemí (Austrálie, Kanada, Čína, Indie, Irsko a Spojené státy americké). Zdravotníci měli na kojení dle potřeb dítěte různé názory. Někteří neznali tento koncept, ani běžné vzorce příjmu potravy u novorozenců v prvních dnech po porodu. Některí zdravotníci měli obavy z podpory kojení dle potřeb (zejména v kontextu přetrvávající praxe zkušenějšího personálu plánovat kojení), zatímco jiní považovali tento způsob za standardní péči, s výjimkou specializovaných jednotek, jako je novorozenecká jednotka intenzivní péče, kde je vyžadována přesná dokumentace kojení (nízká jistota důkazů) (viz Příloha F).

Přehled literatury o přijatelnosti vyhýbání se dudlíkům ze strany zdravotnických pracovníků identifikoval devět studií provedených v šesti zemích (Austrálie, Kanada, Německo, Indie, Spojené království a Spojené státy). Názory zdravotnických pracovníků na používání dudlíků byly smíšené. Studie se lišily v tom, zda personál porodnic považoval edukaci matek ohledně používání dudlíků za snadné nebo za překážku. Některé studie uváděly „téměř univerzální ambivalenci personálu vůči používání saviček a dudlíků“. Některí měli pocit, že praxe používání nebo vyhýbání se savičkám v nemocnici byla nekonzistentní, ale že o tom nelze diskutovat. U některých zdravotnických pracovníků bylo zjištěno, že si nebyli vědomi vlivu dudlíků na kojení, nebo měli osobní zkušenosti, které je vedly k tomu, aby ženám nedoporučovali zakazovat dudlíky (střední důvěryhodnost důkazů) (viz Příloha F).

8.8.6 Dopady na zdroje

Identifikované dopady na zdroje v souvislosti s kojením dle potřeb dítěte úzce souvisejí s dopady na rooming-in. Zahrnují náklady spojené s nemocniční infrastrukturou a možné obtíže týkající se prostor nebo vybavení (Benoit & Semenick, 2014; Gokcay et al., 1997).

Při zavádění doporučení omezit používání dudlíku mohou vznikat praktické problémy, například že zdravotníci potřebují více času na podporu a edukaci matek, a také může chybět dostatek vyškoleného personálu (tamtéž; Lobbok et al., 2013; Nikodem et al., 1995; Pound et al., 2016).

8.8.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory):

Vyhýbání se dudlíkům nebo savičkám během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči (v prvních 5 dnech života) má malý nebo žádný vliv na míru jakéhokoli

kojení u donošených kojenců při propuštění a na výsledky kojení nebo výlučného kojení ve 3 nebo 6 měsících.

Mnoho matek si cenilo dudlíků a značný počet by dudlíky zavedl i přesto, že jim bylo doporučeno tak nečinit. Mnoho matek si také cení pohodlí používání saviček k podávání mateřského mléka, když jejich dítě není u prsu. Matky lze podporovat při rozhodování o používání dudlíků a saviček během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči tím, že budou informovány o mírném riziku narušení kojení v těchto prvních dnech.

8.8.8 Poznámky

Tato klinická doporučení, založená na důkazech a podporující matky v úspěšném zahájení kojení, jsou uváděna do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu *Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018*, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Je vhodné matky podporovat v rozpoznávání signálů svého dítěte a v tom, aby na tyto signály mohly adekvátně reagovat různými způsoby, včetně kojení, kontaktu kůže na kůži, polohování či další péče. Podpora matek v citlivé reakci na behaviorální signály dítěte posiluje pečující vztah, zvyšuje jejich sebedůvěru a přispívá k úspěšnému kojení. Kojení v reakci na signály hladu a potřeby dítěte je základem efektivního kojení, na rozdíl od kojení v pevně stanovených intervalech. Přikládání podle potřeb dítěte bývá časté, zpravidla vícekrát během dne i noci. Vážení jednotlivých dávek kojení by mělo být prováděno pouze indikovaně.

8.9 Doporučení k poradenství ohledně používání lahví a saviček a rizik s tím spojených

Klinická otázka 11: Měly by děti, které jsou nebo budou kojené, dostávat výživu pouze prostřednictvím kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo jinými metodami bez saviček, ve srovnání s podáním výživy pomocí lahví se savičkami, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Doporučení 11

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby v případě, že je u donošených novorozenců ze zdravotních důvodů indikováno podávání odsátého mateřského mléka nebo jiné výživy, bylo možno použít kalíšky, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo savičky.	⊕⊕⊕⊖	↑↑
Panel NIKEZ doporučuje, aby v případě, že je u předčasně narozených novorozenců indikováno ze zdravotních důvodů podávání odsátého mateřského mléka nebo jiné výživy, bylo preferováno použití kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky nebo krmení přes prst před použitím lahve a savičky.	⊕⊕⊕⊖	↑↑
Panel NIKEZ doporučuje u předčasně narozených novorozenců, kteří nejsou schopni se kojit přímo, zvážit zajištění nenutritivního sání a orální stimulace až do ustálení laktace.	⊕⊕⊖⊖	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází z doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení dle metodiky GRADE.

Položky formuláře od důkazů k doporučení (tzv. DECIDE), stejně jako odůvodnění a poznámky, byly pro tato operativní doporučení sloučeny.

8.9.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled zaměřený na používání saviček jako alternativních metod krmení zdravých donošených novorozenců, jejichž matky plánují výlučně kojit, identifikoval dvě studie se 1241 účastníky (Ganchimeg et al., 2016). Podávání mateřského mléka pomocí saviček během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči má pravděpodobně malý nebo žádný vliv na kojení při propuštění (RR: 1,01; 95% CI: 1,00–1,02; 1 studie, n = 541; střední jistota důkazů) ani na kojení v 2 měsících věku (RR: 1,00; 95% CI: 0,94–1,07; 1 studie, n = 541; střední jistota důkazů). Podávání mateřského mléka savičkou může mít malý nebo žádný vliv na jakékoliv kojení ve 6 měsících (RR: 1,07; 95% CI: 0,92–1,24; 1 studie, n = 505; nízká jistota důkazů) nebo na délku jakéhokoliv kojení (HR: 1,06; 95% CI: 0,88–1,27; 1 studie, n = 481; nízká jistota důkazů) nebo na délku výlučného kojení (HR: 0,92; 95% CI: 0,76–1,12; 1 studie, n = 481; nízká kvalita důkazů).

Systematický přehled týkající se používání kalíšku (např. místo savičky) u kojenců, kteří nemohou být kojeni, identifikoval pět studií se 971 účastníky (Flint et al., 2016). Všechny studie se týkaly nedonošených dětí. Krmení nedonošených dětí, které nemohou být kojeni, pomocí kalíšku namísto savičky pravděpodobně zlepšuje výlučné kojení při propuštění (RR: 0,61; 95% CI: 0,52–0,71; 4 studie, n = 893; střední jistota důkazů), může zlepšovat kojení při propuštění (RR: 0,64; 95% CI: 0,49–0,85; 4 studie, n = 957; nízká jistota důkazů), pravděpodobně zlepšuje kojení ve 3 měsících věku dítěte (RR: 0,83; 95% CI: 0,71–0,97; 3 studie, n = 883; střední jistota důkazů) a pravděpodobně zlepšuje kojení v 6 měsících věku dítěte (RR: 0,83; 95% CI: 0,71–0,95; 2 studie, n = 803; střední jistota důkazů).

Systematický přehled o úplném vynechání saviček (tj. používání metod krmení jako jsou sondy k prsu, kalíšky, lžičky, stříkačky nebo krmení přes prst) během přechodu na kojení u nedonošených dětí identifikoval sedm studií s 1152 účastníky (Collins et al., 2016). Krmení nedonošených dětí alternativními metodami místo saviček pravděpodobně zlepšuje výlučné kojení při propuštění (RR: 1,47; 95% CI: 1,19–1,80; 6 studií, n = 1074; střední jistota důkazů), ve 3 měsících věku dítěte (RR: 1,56; 95% CI: 1,37–1,78; 4 studie, n = 986; střední jistota důkazů) i v 6 měsících věku dítěte (RR: 1,64; 95% CI: 1,14–2,36; 3 studie, n = 887; střední jistota důkazů) ve srovnání s krmením savičkami. Alternativní metody krmení (ve srovnání se savičkami) také pravděpodobně zlepšují kojení při propuštění, ve 3 měsících i v 6 měsících věku dítěte (střední jistota důkazů).

Byly zpracované dva systematické přehledy o nenutritivním sání a orofaciální stimulaci u nedonošených dětí. Systematický přehled od Fostera a kol., (2016) který se zabýval vlivem nenutritivního sání na fyziologickou stabilitu a výživu nedonošených dětí, zahrnoval 12 studií s 746 nedonošenými dětmi. Poskytování nenutritivního sání může mít malý nebo žádný vliv na výlučné kojení při propuštění (RR: 1,08; 95% CI: 0,88 až 1,33; 1 studie, n = 303; nízká kvalita důkazů) a pravděpodobně má malý nebo žádný vliv na jakékoli kojení při propuštění (RR: 1,16; 95% CI: 0,88 až 1,17; 1 studie, n = 303; střední kvalita důkazů).

Nebylo jisté, zda má nenutritivní sání vliv na jakékoli kojení 3 měsíce po propuštění (RR: 0,92; 95% CI: 0,69–1,23; 1 studie, n = 283; velmi nízká jistota důkazů) nebo na kojení 6 měsíců po propuštění (RR: 0,80; 95% CI: 0,54–1,17; 1 studie, n = 281; velmi nízká jistota důkazů), protože jistota dostupných důkazů byla hodnocena jako velmi nízká. Literární přehled od Greene a kol. u předčasně narozených dětí, které byly dostatečně zdravé na to, aby mohly být krmeny perorálně, identifikoval 19 studií se 823 účastníky (Greene et al., 2016). Nebylo jisté, zda má orofaciální stimulace vliv na výlučné přímé kojení při propuštění (RR: 1,83; 95% CI: 0,96 až 3,48; 1 studie, n = 59; velmi nízká kvalita důkazů) nebo na jakékoli přímé kojení při propuštění (RR: 1,24; 95% CI: 0,58 až 2,66; 2 studie, n = 110; velmi nízká kvalita důkazů), protože kvalita důkazů byla hodnocena jako velmi nízká.

8.9.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů týkajících se vyhýbání se používání saviček ve vztahu ke kritickým výsledkům je u donošených i nedonošených dětí střední. Celková jistota důkazů o nenutritivním sání nebo orofaciální stimulaci u nedonošených dětí je nízká. Klinické PICO otázky lze nalézt v Příloze B. Detaily systematických přehledů lze nalézt v Příloze C. Souhrnné tabulky zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.9.3 Poměr přínosů a rizik

Přehled od Flint a kol. (2016) uvádí, že žádná ze studií neinformovala o výskytu dušení, aspirace, infekcí ani úmrtí. Collins a kol. (2004) nehlásili žádné nežádoucí události; Yilmaz a kol. (2014) a Rocha a kol. (2002) neuvádějí žádné případy aspirace ani apnoe a během krmení nezjistili žádný rozdíl v průměrné saturaci kyslíkem mezi dětmi krmenými z kalíšku a savičkou.

Přehled od Collins a kol. (2016) ukázal, že mezi nedonošenými dětmi krmenými savičkou a těmi, které savičkou krmeny nebyly, nebyl žádný rozdíl v těchto ukazatelích: doba do dosažení plného kojení (MD: 2,56 dne; 95% CI: -7,17 až 12,28; 3 studie; n = 429); délka hospitalizace (MD: 2,25 dne; 95% CI: -3,36 až 7,86; 4 studie; n = 1004); a výskyt infekcí (RR: 0,70; 95% CI: 0,35 až 1,42; 3 studie; n = 500).

Zaznamenané počty infekcí byly 12/250 (4,8 %) u dětí, které nebyly krmeny savičkou, a 17/250 (6,8 %) u dětí krmených savičkou. Přehled také uvedl, že tři studie hodnotily aspiraci mléka pomocí radiologického vyšetření a nezaznamenaly žádný případ.

Literární přehled od Fostera a kol. (2016) ukázal, že nenutritivní sání ve srovnání s jeho neposkytnutím nemělo významný vliv na počet dní od narození do úplného kojení (MD: -1,0 dne; 95 % CI: -6,7 až 4,7; 1 studie; n = 303) ani na přírůstek hmotnosti (MD: -1,6 g/den; 95 % CI: -3,5 až 0,4; 3 studie; n = 103). Nedonošené děti, kterým bylo umožněno nenutritivní sání, měly statisticky významně kratší délku hospitalizace ve srovnání s dětmi, kterým nebylo nenutritivní sání poskytnuto (MD: -4,6 dne; 95 % CI: -8,1 až -1,1; 6 studií; n = 501). Autoři přehledu dospěli k závěru, že se nejeví žádné krátkodobé negativní účinky, a že v současnosti nejsou k dispozici žádná dlouhodobá data (tamtéž).

Literární přehled od Greenea a kol. (2016) u nedonošených dětí ukázal, že děti, kterým byla poskytnuta orofaciální stimulace se významně nelišily od dětí bez orofaciální stimulace v absolutním přírůstku hmotnosti (MD: 0,73 g; 95 % CI: -1,05 až 2,51; 2 studie; n = 81). Nedonošené děti, které měly orofaciální stimulaci, oproti těm bez stimulace, měly významně kratší dobu potřebnou k dosažení plného orálního krmení (MD: -5,2 dne; 95 % CI: -6,9 až -3,6; 8 studií; n = 376) a kratší délku hospitalizace (MD: -5,3 dne; 95 % CI: -7,3 až -3,2; 7 studií; n = 301).

8.9.4 Hodnoty a preference

Literární přehled o hodnotách a preferencích matek týkajících se vyhýbání používání saviček identifikoval tři studie provedené ve třech zemích (Austrálie, Švédsko a Spojené království). Dvě z těchto studií se zabývaly postoji a preferencemi matek vůči krmení z kalíšku (provedené v Austrálii a Spojeném království). Matky považovaly používání saviček za snadné a pohodlné a měly pocit, že k tomu není potřeba žádné školení. Mezi matkami velmi předčasně narozených dětí a dětí s velmi nízkou porodní hmotností převládal názor, že kojení je nejlepší volbou, ale krmení savičkou může být rovněž dobrou možností (nízká jistota důkazů). Matky také hodnotily krmení z kalíšku jako obtížné, chaotické, časově náročné a měly pocit, že dítě po něm nebývá spokojené (nízká jistota důkazů) (viz příloha E).

V zahrnutých studiích byly také zaznamenány vysoké míry nedodržování protokolu ve skupinách krmených z kalíšku nebo ve skupinách s doporučením vyhnout se savičkám. Ve studii Collins a kol. (2004) bylo 56 % (85/151) dětí zařazených do skupiny krmených z kalíšku nakrmeno savičkou. Podle matek to bylo proto, že měly s krmením z kalíšku problémy – například dítě nezvládalo pít

z kalíšku, hodně vylévalo, nebylo spokojené nebo krmení trvalo příliš dlouho. Ve skupině, která měla být krmena savičkou, bylo krmeno z kalíšku 0,7 % dětí (1/152). Ve studii Yilmaz a kol. (98) bylo pro nedodržení protokolu vyřazeno 10 % (26/254) dětí ve skupině krmené z kalíšku a 8 % (21/268) ve skupině krmené savičkou. Ve studii Schubiger a kol. (1997) porušilo protokol 11 % (28/250) dětí ve skupině krmené z kalíšku nebo lžičky: 19 matek požadovalo použití savičky a u 9 dětí bylo hlášeno, že nezvládly krmení lžičkou nebo z kalíšku.

8.9.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti vyhýbání se používání saviček ze strany zdravotnických pracovníků identifikoval 10 studií provedených v 5 zemích (Kanada, Německo, Indie, Spojené království a Spojené státy a americké). Zdravotníci vyjadřovali nelibost vůči krmení z kalíšku a měli smíšené pocity ohledně krmení savičkou. V několika studiích poskytovatelé péče uváděli, že nezáleží na tom, jak je dítě krmeno, a že někdy může být dokonce lepší použít savičku. Někteří zdravotníci popisovali savičku jako nezbytnou nebo dokonce přínosnou v situacích, kdy má matka s kojením potíže. Na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče byly savičky považovány za nezbytné z důvodu prioritizace zdravotní péče nad podporou kojení. Mnoho studií uvádělo, že zdravotničtí pracovníci dávali přednost savičkám před jinými metodami krmení, například před krmením z kalíšku (střední jistota důkazů) (viz příloha F).

8.9.6 Dopady na zdroje

Možné problémy s využitím zdrojů při zavádění doporučení vyhýbat se používání saviček zahrnují čas, který zdravotníci potřebují věnovat nácviku a podpoře matek zejména při používání kalíšků či jiných metod krmení, a také kapacitu personálu a jeho proškolení (Benoit & Semenick, 2014; Gokcay et al., 1997; Labbok et al., 2013; Nikodem et al., 1995; Pound et al., 2016).

8.9.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci těchto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory):

Vyhýbání se dudlíkům nebo savičkám během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči (v prvních 5 dnech života) má malý nebo žádný vliv na míru jakéhokoli kojení u donošených novorozenců při propuštění a na výsledky jakéhokoli nebo výlučného kojení ve 3 nebo 6 měsících.

U nedonošených dětí nemělo používání nenutritivního sání nebo orofaciální stimulace významný vliv na výsledky kojení, bylo však spojeno s kratší délkou pobytu v nemocnici.

Pokud je dokrmování indikováno z lékařských důvodů nebo pokud kojení není možné, vyhýbání se savičkám u nedonošených dětí zvyšuje pravděpodobnost jakéhokoliv nebo výlučného kojení až do 6 měsíců po propuštění.

Mnoho matek si také cení pohodlí používání saviček k podávání mateřského mléka, když jejich dítě není u prsu. Matky lze podporovat při rozhodování o používání dudlíků a saviček během pobytu v zařízeních poskytujících péči o matku a novorozence tím, že budou informovány o mírném riziku narušení kojení v těchto prvních dnech.

8.9.8 Poznámky

Tato klinická doporučení, založená na důkazech a podporující matky v úspěšném zahájení kojení, jsou uváděna do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Používání dudlíků, zejména v počátcích kojení může vést k tzv. zmatení dítěte (neefektivní sání, špatný vzorec přisávání) a negativně ovlivnit výsledky kojení. Proto by na novorozeneckých odděleních neměly být dudlíky používány ani nabízeny zdravotnickým personálem. Rutinní používání silikonových kloboučků může vést ke zkrácení délky a výlučnosti kojení (WHO 1981, 2018).

8.10 Doporučení pro podporu kojení po propuštění novorozence

Klinická otázka 12: Měly by ženy rodící v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči získat kontakt na pokračující podporu kojení po propuštění z těchto zařízení, ve srovnání s nezískáním kontaktu na podporu kojení po propuštění, aby se zvýšila míra výlučného kojení v 1. měsíci po porodu?

Doporučení 12

Doporučení/prohlášení	GRADE	
	Úroveň	Síla
Panel NIKEZ doporučuje, aby v rámci ochrany, podpory a propagace kojení bylo propuštění ze zařízení poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči plánováno a koordinováno tak, aby rodiče a jejich děti měli zajištěný přístup k návazné podpoře a obdrželi odpovídající péči.	⊕⊕⊕⊕	↑↑

Zdroj: Doporučení vytvořené metodou ADOLOPMENT vychází z Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization 2017.

Panel NIKEZ vychází doporučení WHO v plném rozsahu, včetně jeho odůvodnění. Tím byla zachována transparentnost, odborná validita a struktura procesu hodnocení důkazů a formulace doporučení podle metodiky GRADE.

8.10.1 Shrnutí důkazů

Systematický přehled zaměřený na zjištění účinků plánování propuštění a návaznosti na následnou podporu identifikoval dvě randomizované kontrolované studie (da Silva Lopes et al., 2016).

První studie provedená v Demokratické republice Kongo, zahrnovala 965 dvojic matka–novorozenec (Yotebieng et al., 2015). Jak kontrolní skupina (označená jako „Kroky 1–9“), tak intervenční skupina (označená jako „Kroky 1–10“) absolvovaly dvoudenní intenzivní školení pro personál těhotenských ambulancí, porodních sálů a poporodních oddělení. Do intenzivního školení byl v intervenční skupině zapojen navíc personál ordinace dětského lékaře. Kromě toho byly v intervenční skupině pracovníky poporodního oddělení a ordinací dětského lékaře distribuovány letáky s informacemi o kojení. Po propuštění z poporodního oddělení nebyly zajištěny žádné návazné služby na podporu kojení. Není jisté, zda zapojení pracovníků ordinací dětského lékaře do intenzivního školení a distribuce letáků o kojení měly vliv na výlučné kojení ve 14 týdnech (RR 0,64; 95 % CI 0,42–0,98; 1 studie, n = 671; velmi nízká jistota důkazů) nebo ve 24 týdnech (RR 0,39; 95 % CI 0,20–0,79; 1 studie, n = 617; velmi nízká jistota důkazů), ve srovnání s intenzivním školením určeným pouze pro personál těhotenských ambulancí, porodních sálů a poporodních oddělení, protože jistota důkazů byla hodnocena jako velmi nízká. Jistota důkazů byla také hodnocena jako velmi nízká pro výskyt průjmu nebo horečky.

Druhá zařazená studie, provedená v Austrálii, zahrnovala 4625 dvojic matka–novorozenec (McLachlan et al., 2016). Jak kontrolní skupina (nazývaná „HV“), tak intervenční skupina (nazývaná „HV + drop-in“) měly zajištěnu domácí návštěvu porodní asistentky 1–2 dny po propuštění, návštěvu zdravotní sestry 10–14 dní po porodu, v případě potřeby možnost telefonicky zajistit návštěvu sestry před 10. dnem po porodu, a také přístup k celostátní 24hodinové lince pro matky a děti. Intervenční skupina navíc obdržela písemné informace o místním komunitním centru podpory kojení (drop-in centrum). Poskytnutí informací a přístupu

k drop-in centru pro další podporu po propuštění má pravděpodobně malý nebo žádný vliv na jakoukoli formu kojení ve 4. měsících věku dítěte (RR: 0,87; 95% CI: 0,67 až 1,14; 1 studie, n = 4625) (velmi nízká jistota důkazů).

8.10.2 Jistota důkazů

Celková jistota důkazů týkajících se návazné podpory při propuštění na kritické výstupy je velmi nízká. Klinickou PICO lze nalézt v Příloze B. Detaily systematického přehledu lze nalézt v Příloze C. Souhrnnou tabulku zjištění lze nalézt v Příloze D.

8.10.3 Poměr přínosů a rizik

V literárních přehledech ani v diskusích odborného panelu nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky.

8.10.4 Hodnoty a preference

Přehled literatury o hodnotách a preferencích matek týkajících se zajištění návazné péče při propuštění identifikoval 22 studií z 11 zemí (Austrálie, Kanada, Dánsko, Francie, Irsko, Rusko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Spojené království a Spojené státy americké). Obecně většina matek hodnotila zajištění návazné podpory kojení po propuštění (bez ohledu na formu podpory) za přínosné. Poskytovalo jim to větší pocit jistoty při péči o své děti. (střední jistota důkazů) (Příloha E)

8.10.5 Přijatelnost

Přehled literatury o přijatelnosti zajištění návazné péče po propuštění z pohledu zdravotnického personálu identifikoval šest studií provedených v třech zemích (Kanada, Nový Zéland a Spojené státy americké). Zdravotničtí pracovníci považovali zajištění návazné podpory kojení za náročné. Studie uváděly, že zdravotničtí pracovníci popisovali nedostatky a chybějící komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče v rámci kontinuity péče poté, co byly ženy propuštěny z nemocnice (střední jistota důkazů). (Příloha F).

8.10.6 Dopady na zdroje

Jako zdroje potřebné pro implementaci návazné péče po propuštění byly identifikovány: zdroje potřebné pro komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče (WHO et al., 1991; Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016; Crowe et al., 2016; WHO, 2017, s. 25-26).

8.10.7 Odůvodnění

Ze zdrojového doporučeného postupu (tj. při formulaci tohoto doporučení byly odborným panelem zohledněny následující faktory):

Jen málo intervencí zaměřených na vytváření podpůrného prostředí vykazuje pozitivní vliv na krátkodobé či dlouhodobé výsledky kojení.

Mít písemně vypracovanou strategii, zajistit školení zdravotníků a plánování propuštění s napojením na následnou podporu nemusí samo o sobě změnit praxi kojení. Pomáhá však vytvářet efektivní systém poskytování zdravotní péče v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči, který dokáže reagovat na potřeby matek a dětí.

8.10.8 Poznámky

Toto klinické doporučení, založené na důkazech a podporující matky v úspěšném zavedení kojení, je uváděno do praxe prostřednictvím kroků definovaných v dokumentu Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services — implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) 2018, který WHO a UNICEF vydaly v roce 2018 jako revidovanou a operacionalizovanou verzi „Deseti

kroků úspěšného kojení“, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak i v rámci národní koordinace a řízení programu.

Poznámka panelu NIKEZ:

Úspěšnost kojení po propuštění z porodnice je vyšší, pokud je průběh kojení před odchodem do domácí péče pravidelně a správně hodnoceno zdravotnickým personálem. Po propuštění z porodnice by mělo být kojení dále sledováno praktickým lékařem pro děti a dorost. V ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost by měla být zajištěna maximální podpora kojení; lékař i sestra by měli disponovat odpovídajícími znalostmi v oblasti laktačního poradenství. Zajištění dostupnosti osobní či telefonické odborné konzultace a návaznosti na vyškolené laktační poradkyně v terénu přispívá k dlouhodobému udržení úspěšného kojení.

9 Indikátory kvality

9.1 Strategie kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Indikátory pro *zdravotnická zařízení* k písemně vypracované strategii kojení, která je pravidelně komunikována zaměstnancům i rodičům.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstruktů)	Potenciální zdroj informací
Existence písemné strategie kojení, která plně odpovídá „Deseti krokům k úspěšnému kojení“	Nelze aplikovat	<ul style="list-style-type: none"> Kontrola/analýza záznamů zdravotnického zařízení Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem Návštěvy pracoviště
Zobrazení souhrnu dokumentu o strategii kojení pro těhotné ženy, matky a jejich rodiny	Nelze aplikovat	<ul style="list-style-type: none"> Návštěvy pracoviště Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem
Soulad klinických protokolů týkajících se kojení a výživy novorozenců a kojenců se standardy BFHI a aktuálními doporučeními založenými na důkazech	Nelze aplikovat	<ul style="list-style-type: none"> Kontrola/analýza záznamů zdravotnického zařízení Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem Návštěvy pracoviště
Procento zdravotnického personálu (prenatální, porodnická a novorozenecká péče), které dokáže vysvětlit alespoň dva body dokumentu strategie o kojení, relevantní pro jeho pracovní roli v zařízení	Zdravotnický personál (prenatální, porodnická a novorozenecká péče), který dokáže vysvětlit minimálně dva body strategie kojení, které jsou relevantní pro jeho pracovní roli v zařízení / Zdravotnický personál v prenatální, porodnické a novorozenecké péči	<ul style="list-style-type: none"> Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem Přehled a hodnocení klíčových dokumentů v zařízení Návštěvy pracoviště

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátory pro *zdravotnická zařízení* k plnému dodržování Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a příslušných usnesení Světového zdravotnického shromáždění.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstruktů)	Potenciální zdroj informací
Doložení, že všechny náhrady mateřského mléka, kojenecké lahve a savičky používané v zařízení byly pořízeny prostřednictvím běžných nákupních kanálů a nebyly získány jako bezplatné nebo dotované dodávky.	Nelze aplikovat	<ul style="list-style-type: none"> Kontrola/analýza záznamů zdravotnického zařízení Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem Návštěvy pracoviště
Nevystavování produktů spadajících pod Kodex ani předmětů s názvy nebo logy společností, které vyrábějí náhrady mateřského mléka, kojenecké lahve a savičky.	Nelze aplikovat	<ul style="list-style-type: none"> Návštěvy pracoviště Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem
Existence strategie popisující dodržování Kodexu v zařízení.	Nelze aplikovat	<ul style="list-style-type: none"> Kontrola/analýza záznamů zdravotnického zařízení

		<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem • Návštěvy pracoviště
Procento zdravotnických pracovníků poskytujících prenatální, porodnickou či novorozeneckou péči, kteří dokážou vysvětlit alespoň dva prvky Kodexu.	> 80 % / Rozhovory se zdravotnickým personálem	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem • Přehled a hodnocení klíčových dokumentů v zařízení • Návštěvy pracoviště

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.2 Kompetence zdravotnického personálu

Indikátory pro zdravotnická zařízení k znalostem a kompetencím personálu v podpoře kojení.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstruktů)	Potenciální zdroj informací
Procento zdravotnických pracovníků v prenatální, porodnické či novorozenecké péči, které uvádí, že absolvovalo školení před nástupem do praxe nebo školení v rámci výkonu povolání v oblasti kojení během posledních dvou let (hodnotí se prokazatelný záznam o absolvování školení na oddělení nebo dokončení certifikovaného kurzu kdekoliv jinde)	Zdravotničtí pracovníci v prenatální, porodnické či novorozenecké péči, kteří uvádějí, že absolvovali školení před nástupem do praxe nebo školení v oblasti kojení v rámci výkonu povolání během posledních dvou let / Zdravotničtí pracovníci v prenatální, porodnickou či novorozenecké péči	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem • Návštěvy pracoviště
Procento zdravotnických pracovníků, které uvádí, že v posledních dvou letech absolvovalo hodnocení kompetencí v oblasti kojení ¹	Zdravotničtí pracovníci, kteří uvádějí, že v uplynulých dvou letech absolvovali hodnocení kompetencí v oblasti kojení / Zdravotničtí pracovníci	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrola/analýza záznamů zdravotnického zařízení • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem • Návštěvy pracoviště
Procento zdravotnických pracovníků poskytujících prenatální, porodnickou či novorozeneckou péči, které je schopné správně odpovědět na tři ze čtyř otázek týkajících se znalostí a dovedností na podporu kojení	Zdravotničtí pracovníci v prenatální, porodnické či novorozenecké péči, kteří správně zodpovědí alespoň tři ze čtyř otázek zaměřených na znalosti a dovednosti pro podporu kojení / Zdravotničtí pracovníci v prenatální, porodnické či novorozenecké péči	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem • Přehled a hodnocení klíčových dokumentů v zařízení • Návštěvy pracoviště

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

¹ Dokument Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative (2020) slouží k ověřování odborných kompetencí zdravotníků v oblasti kojení a podpory BFHI.

9.3 Podpora kojení v prenatálním období

Indikátor pro zdravotnická zařízení k prenatálnímu poradenství.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
<p>Procento matek novorozenců, které v tomto zařízení absolvovalo prenatální péči a obdrželo prenatální poradenství ohledně kojení</p> <p>Poznámka: Jsou navrženy dva dílčí indikátory: první sleduje, zda byla matce nabídka poradenství skutečně poskytnuta (což reflektuje edukaci personálu o povinnosti nabídnout poradenství), druhý zaznamenává, zda matka tuto nabídku skutečně využila.</p>	<p>Matky novorozenců, které v tomto zařízení absolvovaly prenatální péči a obdržely prenatální poradenství ohledně kojení / Matky novorozenců, které v zařízení obdržely prenatální péči</p> <p>Poznámka: Jsou navrženy dva dílčí indikátory:</p> <ul style="list-style-type: none"> matky novorozenců, kterým bylo skutečně nabídnuto poradenství (což reflektuje edukaci personálu o povinnosti nabídnout poradenství) / Matky novorozenců matky, které tuto nabídku skutečně využily / Matky novorozenců 	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátor národního monitorování k prenatálnímu poradenství.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
<p>Procento matek, které absolvovalo prenatální poradenství ohledně kojení</p>	<p>Matky, které absolvovaly prenatální poradenství ohledně kojení / Matky</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Průzkumy v domácím prostředí Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.4 Bezprostřední poporodní péče

Indikátory pro zdravotnická zařízení k usnadnění bezprostředního a nepřerušného kontaktu kůže na kůži a podpoře matky v zahájení kojení co nejdříve po porodu.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
<p>Procento novorozenců, které bylo ihned po porodu a po dobu nejméně 60 minut</p>	<p>Všichni novorozenci ihned po narození umístění do nepřetržitého kontaktu kůže na</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování

v nepřetržitém kontaktu kůže na kůži se svými matkami	kůži s matkou po dobu nejméně 60 minut / Matky novorozenců	<ul style="list-style-type: none"> Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace
SENTINELOVÝ INDIKÁTOR Procento donošených novorozenců, které bylo přiloženo k prsu do jedné hodiny po porodu	Donošení novorozenci, kteří byli přiloženi k prsu do jedné hodiny po porodu / Donošení novorozenci	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátor národního monitorování k bezprostřední poporodní péči.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento matek, které bylo ihned po porodu v přímém kontaktu s kůží svého dítěte po dobu nejméně 60 minut	Matky, které byly v přímém kontaktu kůže na kůži se svým dítětem ihned po porodu a po dobu nejméně 60 minut / Matky	<ul style="list-style-type: none"> Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Průzkumy v domácím prostředí Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení
Procento novorozenců, u kterého bylo zahájeno kojení do jedné hodiny po narození	Novorozenci, u kterých bylo zahájeno kojení do jedné hodiny po narození / Novorozenci	<ul style="list-style-type: none"> Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Dotazníky při propuštění pacienta / při následném sledování Průzkumy v domácím prostředí Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení

9.5 Podpora matek při zahájení kojení a zvládání běžných obtíží spojených s kojením

Indikátory pro zdravotnická zařízení k podpoře matek při zahájení a udržení kojení a při zvládání běžných obtíží.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento kojících matek, které v zařízení obdrželo poradenství o správné poloze dítěte při kojení	Kojící matky, kterým bylo ukázáno, jak správně polohovat dítě při kojení / Kojící matky	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS)

		<ul style="list-style-type: none"> • Přezkoumání zdravotnické dokumentace
Procento kojících matek, které bylo v zařízení poučeno o tom, jak rozpoznat, zda kojené dítě přijímá dostatečné množství mléka	Kojící matky, které byly poučeny o tom, jak rozpoznat, zda kojené dítě přijímá dostatečné množství mléka / Kojící matky	<ul style="list-style-type: none"> • Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování • Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) • Přezkoumání zdravotnické dokumentace
Procento kojících matek, které bylo v zařízení poučeno o tom, jak ručně odstříkávat, popř. odsávat mateřské mléko	Kojící matky, které byly poučeny o tom, jak ručně odstříkávat, popř. odsávat mateřské mléko / Kojící matky	<ul style="list-style-type: none"> • Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování • Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) • Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátor národního monitorování k podpoře kojení.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento matek, které po porodu obdrželo podporu při edukaci kojení	Matky, které po porodu obdržely podporu při edukaci kojení / Matky	<ul style="list-style-type: none"> • Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) • Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování • Průzkumy v domácím prostředí • Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.6 Indikace dokrmování

Indikátor pro zdravotnická zařízení k indikaci pro dokrmování.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
SENTINELOVÝ INDIKÁTOR Procento novorozenců, které během celého pobytu v zařízení dostávalo pouze mateřské mléko (buď od své vlastní matky, nebo z banky mateřského mléka)	Novorozenci, kteří během celého pobytu v zařízení dostávali pouze mateřské mléko (buď od své vlastní matky, nebo z banky mateřského mléka) / Novorozenci	<ul style="list-style-type: none"> • Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování • Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) • Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátor národního monitorování k výlučnému kojení ve zdravotnickém zařízení.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento novorozenců, které během celého pobytu v zařízení dostávalo pouze mateřské mléko (buď od své vlastní matky, nebo z banky mateřského mléka)	Novorozenci, kteří během celého pobytu v zařízení dostávali pouze mateřské mléko (buď od své vlastní matky, nebo z banky mateřského mléka) / Novorozenci	<ul style="list-style-type: none"> Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Průzkumy v domácím prostředí Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.7 Společný pobyt matky a dítěte, tzv. rooming-in

Indikátor pro zdravotnická zařízení k společnému pobytu matky a dítěte, tzv. rooming-in.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento donošených novorozenců, které zůstalo se svou matkou po celou dobu pobytu v zařízení	Donošení novorozenci, kteří zůstali se svou matkou po celou dobu pobytu v zařízení / Donošení novorozenci	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátor národního monitorování k výlučnému kojení ve zdravotnickém zařízení.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento novorozenců, které zůstalo se svou matkou po celou dobu pobytu v zařízení	Novorozenci, kteří zůstali se svou matkou po celou dobu pobytu v zařízení / Novorozenci	<ul style="list-style-type: none"> Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Průzkumy v domácím prostředí Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.8 Kojení dle potřeb dítěte a podpora matek v rozpoznávání a reagování na signály svého dítěte

Indikátor pro *zdravotnická zařízení* k podpoře matek v rozpoznávání a reagování na signály dítěte týkající se krmení.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento matek donošených novorozenců, které bylo v zařízení poučeno o signálech hladu	Matky donošených novorozenců, které byly poučeny o signálech hladu / Matky donošených novorozenců	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.9 Poradenství ohledně používání lahví a saviček a rizik s tím spojených

Indikátor pro *zdravotnická zařízení* k poradenství ohledně rizik používání kojeneckých lahví, saviček a dudlíků

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento kojících matek donošených novorozenců, které bylo v tomto zařízení poučeno o rizicích používání lahví, saviček a dudlíků	Kojící matky donošených novorozenců, které byly poučeny o rizicích používání kojeneckých lahví, saviček a dudlíků / Kojící matky	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

9.10 Podpora kojení po propuštění novorozence

Indikátor pro *zdravotnická zařízení* ke koordinaci propuštění tak, aby rodiče a jejich děti měli včasný přístup k pokračující podpoře a péči.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstrukt)	Potenciální zdroj informací
Procento matek novorozenců, které bylo informováno personálem o tom, kde mohou po propuštění získat péči a podporu v oblasti kojení	Matky novorozenců informované personálem o tom, kde mohou po propuštění získat péči a podporu v oblasti kojení / Matky novorozenců	<ul style="list-style-type: none"> Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) Přezkoumání zdravotnické dokumentace

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

Indikátor *národního monitorování* k odkazu na komunitní podporu.

Indikátor kvality (konstrukt)	Výkonnostní měřítko (způsob měření konstruktů)	Potenciální zdroj informací
Procento matek novorozenců informované personálem o tom, kde mohou po propuštění získat péči a podporu v oblasti kojení	Matky novorozenců informované personálem o tom, kde mohou po propuštění získat péči a podporu v kojení / Matky novorozenců	<ul style="list-style-type: none"> • Rutinní administrativní datové systémy (například NZIS) • Dotazníky při propuštění pacientky / při následném sledování • Průzkumy v domácím prostředí • Sběr a agregace záznamů o akreditaci nebo dohledu zdravotnických zařízení • Rozhovory a dotazníky s klíčovým personálem

Zdroj: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring manual, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2025.

10 Informace pro pacienty

10.1 Strategie kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Doporučení 1

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Jakým způsobem mi zdravotnické zařízení zaručí, že postupy v oblasti kojení budou jednotné, bezpečné a vždy podle nejnovějších doporučení?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Zdravotnické zařízení, kde rodíte, by mělo mít písemně stanovenou a pro všechny viditelnou strategii podpory kojení. Zaměstnanci jsou pravidelně školeni a mají jasné pokyny, jak pomáhat matkám s kojením podle standardů WHO a UNICEF.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none">jste těhotná nebo jste rodič novorozence,očekáváte podporu v oblasti kojení od zdravotnického zařízení.	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Silné doporučení znamená, že zavedení jasné a viditelné strategie kojení ve zdravotnických zařízeních je zásadní k zajištění kvalitní, spravedlivé a důkazy podložené péče o všechny matky a novorozence bez ohledu na individuální zdravotníky.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Existence strategie a její důsledná realizace pomáhá nastavit stejné, ověřené postupy pro každou rodinu. Pacienti tak nejsou závislí na názoru jednotlivých zdravotníků, ale mají nárok na stejnou moderní a podpůrnou péči všude. Další informace: <ul style="list-style-type: none">Písemné postupy a jejich viditelnost chrání rodiče i personál a napomáhají prevenci nedorozumění.Strategie kojení je pravidelně kontrolována dle standardů WHO/UNICEF a aktualizována dle nejnovějších poznatků.	
Přínosy a rizika	
<ul style="list-style-type: none">Přínosy: Jednotná a kvalitní podpora kojení, zaručená péče nezávislá na personálních změnách, informovaní a připravení zaměstnanci.Rizika: Pokud taková strategie není nastavena a realizována, může být podpora kojení nevyrovnaná, nesystematická a méně účinná.	
Co to pro Vás znamená	
Máte právo ptát se na existenci písemně stanovené strategie kojení, která by měla být veřejně dostupná i Vám a rodině. Zaměstnanci by měli být schopni zodpovědět, jaká konkrétní pravidla ve Vaší porodnici platí.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none">Ptejte se, jaké standardy podpory kojení jsou ve zdravotnickém zařízení zavedeny.Sledujte, zda jsou postupy opravdu uplatňovány u všech matek.Pokud strategie není k dispozici nebo Vám něco není jasné, požádejte o vysvětlení nebo se obraťte na vyškolenou laktiční poradkyni. Poradte se zdravotníkem: <p>Při jakýchkoli nejasnostech nebo potřebách týkajících se kojení či péče o novorozence neváhejte využít pomoci zdravotníků. Oni jsou tu pro Vás a měli by mít aktuální informace i zkušenosti, jak Vám efektivně pomoci s kojením.</p>	

10.2 Kompetence zdravotnického personálu

Doporučení 2

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Jak mohu poznat, že personál zdravotnického zařízení má potřebné znalosti a zkušenosti, aby mi skutečně pomohl s kojením?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Podporu kojení by Vám měl poskytovat zdravotnický personál se specializovanými znalostmi a dovednostmi v oblasti kojení. Zkušený personál Vám poskytne kvalitní a jednotné informace i praktickou pomoc, aby byla Vaše zkušenost s kojením co nejlepší.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none">očekáváte, že budete potřebovat podporu s kojením, například během pobytu v nemocnici, ve zdravotnickém zařízení nebo při kontaktu s odborníkem (např. u PLDD),jste matka dítěte, které chcete kojít,chcete vědět, jak se zdravotníci připravují na práci s kojícími ženami.	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Silné doporučení znamená, že dostatečné vzdělání a speciální školení zdravotnického personálu je základním předpokladem pro účinnou podporu kojení. Personál bez potřebných kompetencí nemůže poskytovat péči na odpovídající úrovni. V České republice je vzdělávání zdravotníků v podpoře kojení součástí doporučeného postupu České neonatologické společnosti ČLS JEP.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Výsledky výzkumů i zkušenosti rodičů potvrzují, že školení zdravotníci dokážou nejen poskytnout správné informace, ale hlavně prakticky podpořit matky v různých situacích při kojení. Pokud personál není dostatečně proškolen, může být podpora nejednotná nebo neúčinná.	
Další informace: <ul style="list-style-type: none">Zdravotníky, kteří by Vás měli umět podpořit, najdete především mezi: vyškolenými laktálními poradkyněmi, dětskými sestrami, neonatology, pediatry a porodními asistentkami a dále také mezi porodníky a gynekology.Na novorozeneckých odděleních v ČR mají být k dispozici vyškolené laktální poradkyně.Všichni zdravotníci v péči o novorozence jsou povinni se v této oblasti pravidelně vzdělávat.	
Přínosy a rizika	
Přínosy: kvalitní pomoc při řešení běžných i nestandardních obtíží, vyšší úspěšnost kojení, větší pohoda matek.	
Rizika: bez vzdělaných zdravotníků může být podpora neúplná, nesprávná nebo nedostatečná.	
Co to pro Vás znamená	
Můžete se aktivně ptát na kvalifikaci a zkušenosti personálu s kojením. Máte právo na informovanou podporu a péči, neváhejte využít odborníky se speciálním vzděláním nebo vyškolené laktální poradkyně.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none">Při pobytu v porodnici se zeptejte, kdo je k dispozici jako odborník na kojení.Ptejte se, jaký typ školení v oblasti kojení personál absolvoval.Nebojte se obracet na zdravotníky s dotazy a požadavky na praktickou podporu při kojení.Pokud si nejste jistá, požádejte o další vysvětlení nebo individuální pomoc.V případě potřeby žádejte konzultaci s vyškolenou laktální poradkyní.	
Poradte se zdravotníkem: <p>Při jakýchkoli otázkách o kojení, přístupu personálu nebo Vašich potřebách se neváhejte obrátit na zdravotníky, kteří mají odpovídající odborné vzdělání dle nejnovějších doporučení. Odborná podpora je dostupná a má posloužit každé matce i dítěti v péči o zdraví.</p>	

10.3 Podpora kojení v prenatálním období

Doporučení 3

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Proč mám dostávat informace o kojení už v těhotenství a co mi to přinese?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Během těhotenství by každá žena měla dostat informace o významu kojení, o jeho přínosech pro dítě i matku a také o praktických postupech, které pomáhají kojení dobře nastartovat a udržet. Tyto informace by měly být dostupné nejen Vám, ale i Vašemu partnerovi nebo rodině.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none">jste těhotná nebo se připravujete na porod,chodíte do ordinace, porodnice nebo navštěvujete kurzy pro těhotné.	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Jednotná informace o kojení v těhotenství zajišťuje, že budete moci rozhodovat informovaně a podle svých potřeb. Zdravotnický personál má povinnost Vás předem informovat, abyste byla na kojení připravena a věděla, co očekávat při pobytu ve zdravotnickém zařízení.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Těhotenství je jedinečná příležitost připravit se na kojení. Informace získané už během těhotenství Vám pomohou rozpoznat přínosy a možné obtíže spojené s kojením. To usnadňuje rozhodování a umožňuje efektivní spolupráci se zdravotníky po porodu. Doporučení je silné, protože včasná a kvalitní příprava prokazatelně pomáhá matkám lépe zvládnout začátky kojení a překonat běžné obtíže.	
Proč je doporučení silné: Doporučení je silné, protože včasná a kvalitní příprava prokazatelně pomáhá matkám lépe zvládnout začátky kojení a překonat běžné obtíže.	
Další informace: <ul style="list-style-type: none">Informace o kojení v těhotenství ženám obvykle poskytuje jejich gynekolog ve spolupráci s porodnicí nebo jiným zdravotnickým zařízením.Většina porodnic nabízí předporodní kurzy, které vedou vyškolené laktiční poradkyně.Poporodní postupy (např. časné přiložení k prsu, kontakt kůže na kůži) mají zásadní vliv na úspěch kojení – i o nich se v těhotenství můžete dozvědět více.	
Přínosy a rizika	
Přínosy: lepší příprava na kojení, větší jistota a sebedůvěra po porodu, vyšší pravděpodobnost úspěšného kojení, menší stres při zvládání potíží.	
Rizika: pokud žena nemá dostatek informací, může být začátek kojení náročnější, častěji vznikají obtíže a roste riziko předčasného ukončení kojení.	
Co to pro Vás znamená	
Aktivně se ptejte na kojení už v těhotenství – máte právo získat informace o přínosech, technikách i dostupné podpoře. Pokud žádné poučení nedostanete, požádejte svého lékaře nebo navštivte předporodní kurz.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Máte právo být už v těhotenství informována o přínosech kojení a o tom, co můžete očekávat po porodu. Tyto informace jsou klíčové pro dobrý start kojení.	
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none">Zeptejte se svého gynekologa nebo porodní asistentky na informace o kojení.Přihlaste se do předporodního kurzu – mnoho z nich zahrnuje i praktickou přípravu na kojení.Zapojte partnera nebo blízkou osobu, která Vám může po porodu pomáhat.	
Poradte se zdravotníkem: Při jakýchkoli otázkách nebo nejistotě ohledně kojení se obraťte na odborníky v zařízení, které poskytuje prenatální péči, nebo na vyškolené laktiční poradkyně. Získané informace Vám pomohou zvládnout začátek kojení i další péči o Vaše dítě.	

10.4 Bezprostřední poporodní péče

Doporučení 4

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Proč je důležité být s dítětem v kontaktu kůže na kůži hned po porodu?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Matce a novorozenci by měl být umožněn a aktivně podporován časný a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži ihned po porodu. Dítě má být položeno přímo na břicho nebo hrudník matky bez vrstvy oblečení, ihned po narození, bez ohledu na způsob porodu. Kontakt má trvat alespoň 60 minut.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> jste právě porodila, plánujete své dítě kojit, chcete vědět, jak je proveditelný kontakt kůže na kůži po císařském řezu. 	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Doporučení je silné – bezprostřední a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži je jednoduchý, bezpečný a přináší prokazatelné zdravotní přínosy.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
<p>Kontakt kůže na kůži hned po porodu posiluje vztah mezi matkou a dítětem, zahřívá novorozence, podporuje jeho imunitu a pomáhá nastartovat tvorbu mléka. Pokud matka nebo novorozenec nejsou schopni kontaktu kůže na kůži ihned po porodu z důvodu komplikací zdravotního stavu, měl by být kontakt umožněn, jakmile to zdravotní stav dovolí. Pokud je to možné, může být v případě zhoršeného stavu matky může být v případě zhoršeného stavu matky po tuto dobu s jinou osobou (druhým rodičem), ale primární kontakt by měl být s matkou, jakmile je to bezpečné. Zdravotnický personál aktivně asistuje při držení dítěte a sledování bezpečnosti během celého kontaktu.</p> <p>Další informace:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontakt kůže na kůži by měl trvat alespoň 1 hodinu. U císařských řezů je nutná součinnost lékařů a sester, aby kontakt kůže na kůži proběhl bezpečně. Pokud kontakt kůže na kůži nebo první přiložení neproběhne, mělo by být ve zdravotnické dokumentaci uvedeno proč (např. zdravotní důvody, odmítnutí). Během kontaktu kůže na kůži je nutné dítě pravidelně kontrolovat, protože i když je to vzácné, může dojít k náhlému kolapsu (SUPC). Rodiče mají být o tomto riziku informováni. 	
Přínosy a rizika	
<p>Přínosy: lepší zahájení kojení, snížení rizika podchlazení, podpora imunity, lepší vazba matka–dítě.</p> <p>Rizika: bez kontaktu a časného kojení hrozí vyšší riziko problémů s kojením a komplikací u dítěte.</p>	
Co to pro Vás znamená	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
<p>Máte právo na časný a nepřerušovaný kontakt kůže na kůži.</p> <p>Co můžete udělat?</p> <ul style="list-style-type: none"> Před porodem si přejte kontakt kůže na kůži, dejte o tom vědět zdravotníkům. Pokud rodíte císařským řezem, informujte se, jak je kontakt kůže na kůži v nemocnici zajištěn. <p>Poradte se zdravotníkem:</p> <p>Pokud Vám nebyl kontakt umožněn nebo máte otázky či nejistotu, vždy si vyžádejte informace a podporu zdravotníků.</p>	

Doporučení 5

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Proč bych měla začít kojit ihned po porodu a jaké to má přínosy?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Všechny matky by měly být podporovány v zahájení kojení co nejdříve po porodu, nejpozději do jedné hodiny po narození dítěte. Bezprostřední kontakt kůže na kůži a časné zahájení kojení spolu úzce souvisí a jejich současné provedení přináší maximální prospěch.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none">jste právě porodila a Vaše dítě je po porodu stabilní,plánujete své dítě kojit,chcete vědět, kdy je nejvhodnější čas pro zahájení kojení.	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Zahájení kojení během první hodiny po porodu je jedním z nejdůležitějších opatření pro zdraví Vašeho dítěte.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Doporučení je silné. Děti, které zahájí kojení během první hodiny po porodu, mají významně lepší zdravotní stav v prvních 28 dnech a v následujících měsících. Čím později se kojení zahájí, tím vyšší je riziko komplikací a předčasného ukončení kojení.	
Další informace: <ul style="list-style-type: none">Iniciace kojení během první hodiny po porodu výrazně zlepšuje zdravotní stav novorozence ve srovnání se zahájením kojení později.Přirozené chování novorozence je během nepřerušného kontaktu kůže na kůži se postupně přesunout k prsu a začít sát.Matky mohou být při prvním přisátím k prsu podporovány zdravotnickým personálem.	
Přínosy a rizika	
Přínosy: iniciace kojení během první hodiny přispívá k lepší adaptaci a zdravotnímu stavu novorozence v prvních týdnech a měsících života, podporuje úspěšné zahájení kojení, zvyšuje šanci na dlouhodobé kojení, posiluje vazbu matka–dítě a snižuje riziko infekčních onemocnění. Rizika: bez časné iniciace kojení hrozí vyšší riziko neúspěšné laktace, vyšší pravděpodobnost podávání formule, což může snížit šanci na úspěšné kojení.	
Co to pro Vás znamená	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Máte právo na časné přiložení Vašeho dítěte. Pokud časné přiložení není umožněno, zdravotníci Vám mají vše vysvětlit a nabídnout alternativy podpory kojení v prvních hodinách po porodu.	
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none">Před porodem si přejte časné přiložení dítěte k prsu, dejte o tom vědět zdravotníkům.Pokud rodíte císařským řezem, informujte se, jak je časné přiložení dítěte k prsu v nemocnici zajištěno.Využijte podporu personálu při prvním přiložení dítěte.	
Poradte se zdravotníkem: Pokud nebylo umožněno časné přiložení dítěte k prsu nebo máte otázky či nejistotu, vždy si vyžádejte informace a podporu zdravotníků.	

10.5 Podpora matek při zahájení kojení a zvládání běžných obtíží spojených s kojením

Doporučení 6

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Jakou praktickou pomoc a podporu bych měla dostat při zahájení kojení a řešení potíží?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Všechny matky by měly obdržet praktickou podporu, která jim umožní zahájit a udržovat kojení a zvládat běžné potíže spojené s kojením. Tato podpora zahrnuje emoční a motivační podporu, poskytování informací a konkrétních dovedností.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none">jste matka, která chce kojit,máte negativní zkušenosti s kojením nebo s ním máte potíže.	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Praktická podpora během pobytu ve zdravotnickém zařízení je kritická pro úspěšné zahájení a udržení kojení. Zdravotnický personál Vám má pomoci zvládat otázky a problémy spojené s kojením a posílit Vaši důvěru ve schopnost kojit.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Proč je doporučení silné: Praktická podpora při zahájení kojení snižuje riziko neúspěchu, zvyšuje délku kojení a podporuje zdraví dítěte i matky. Další informace: Praktická podpora zahrnuje například: <ul style="list-style-type: none">ukázkou správné polohy a přísátí dítěte,sledování kojení k ověření, že dochází k účinnému sání mléka,informace, jak zvládnout napětí a zduření prsů,informace o prevenci prasklin a bolestivosti bradavek,podporu pro dostatečnou tvorbu mléka,posouzení, zda dítě přijímá dostatek mléka,a větší podporu pro prvorodičky, ženy s dřívější negativní zkušeností s kojením, po císařském řezu, či pro matky nedonošených dětí nebo dvojčat.	
Přínosy a rizika	
Přínosy: větší jistota, že kojení bude úspěšné, menší riziko problémů s laktací, posílení sebevědomí matky. Rizika: bez praktické podpory: potíže s přísátím, nedostatečná produkce mléka, bolestivost, předčasné ukončení kojení, frustraci matky	
Co to pro Vás znamená	
Máte právo na individuální, praktickou podporu při zahájení kojení a řešení jakýchkoli potíží během pobytu v nemocnici.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none">Nechte si při prvním kojení poskytnout dohled a požádejte o zpětnou vazbu.Zeptejte se na rady, jak zvládat běžné potíže (např. bolest při kojení nebo obavy z nedostatku mléka).Pokud jste prvorodička, požádejte o zvýšenou podporu.Pokud máte nedonošené dítě nebo dvojčata, informujte personál o specifických potřebách. Poradte se zdravotníkem: <ul style="list-style-type: none">pokud se Vám nedaří správně přiložit dítě nebo najít vhodnou polohu při kojení,pokud máte bolestivé nebo nateklé prsy,pokud máte obavy, že vaše dítě nepřijímá dostatek mléka,	

- nebo pokud máte jakékoli otázky týkající se kojení během pobytu v nemocnici, obraťte se na zdravotnický personál.

Doporučení 7

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Co mám dělat, pokud jsem po porodu dočasně oddělena od svého dítěte a chci si udržet tvorbu mateřského mléka?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Doporučuje se, aby matky byly poučeny, jak správně ručně odstříkávat nebo odsávat mateřské mléko, aby si mohly udržet kojení v době, kdy jsou dočasně odděleny od svého novorozence.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> • jste po porodu oddělena od svého dítěte (např. z důvodu zdravotních komplikací matky nebo novorozence), • potřebujete podpořit nebo udržet tvorbu mateřského mléka, • chcete, aby Vaše dítě mohlo i nadále dostávat Vaše mléko, i když s ním nemůžete být. 	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Ruční odstříkávání ani žádná z metod odsávání (mechanická nebo elektrická odsávačka) není obecně považována za lepší než jiná. Ruční odstříkávání nebo jiný způsob odsávání by měl být zvolen podle toho, co je pro matku nejvhodnější a nejpohodlnější.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Další informace: Ruční odstříkávání má výhodu v tom, že je možné kdekoli a kdykoli, i bez pomůcek. Umožňuje také ulevit tlaku v prsech, pokud není k dispozici odsávačka. Odsávačky mohou být naopak náchylnější ke kontaminaci, pokud je nelze snadno vyčistit. Matky by měly být také poučeny o správném sběru a uchovávání odsátého mléka.	
Přínosy a rizika	
Přínosy: zachování a podpora tvorby mateřského mléka, možnost krmit dítě vlastním mlékem i při dočasném odloučení. Rizika: možné riziko mikrobiální kontaminace při nedostatečném čištění odsávaček.	
Co to pro Vás znamená	
Pokud jste dočasně oddělena od svého dítěte, můžete pokračovat v podpoře tvorby mateřského mléka pravidelným odsáváním nebo odstříkáváním. Vyberte si metodu, která je pro Vás nejvhodnější a dostupná.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Požádejte zdravotnický personál, aby Vám ukázal správný způsob odsávání mateřského mléka a poradil Vám, jak mléko bezpečně uchovávat.	

10.6 Indikace dokrmování

Doporučení 8

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Mám svému dítěti dávat něco jiného než mateřské mléko?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Doporučuje se, aby matky nepodávaly svému dítěti žádnou jinou výživu ani tekutiny než mateřské mléko, pokud to není nezbytné ze zdravotních důvodů.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> • jste po porodu a chcete kojít, • Vaše dítě potřebuje ze zdravotních důvodů indikace dokrmovat, • uvažujete o dokrmování Vašeho dítěte. 	

Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Relativně málo zdravotních stavů matky nebo dítěte vyžaduje podání formule nebo jiné tekutiny. Podávání jiných tekutin nebo výživy bez zdravotní indikace může narušit kojení a snižovat tvorbu mléka.	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
<p>U zdravých novorozenců je kojení plně dostačující pro jejich výživu i hydrataci.</p> <p>Doporučení je silné, protože výhody výlučného kojení jsou dobře doložené a rizika zbytečného dokrmování jsou jasně prokázána.</p> <p>Další informace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pokud je dokrmování nutné, je nejvhodnější použít vlastní odstříkané mateřské mléko nebo dárcovské mléko z banky mateřského mléka. • Pokud musí být použita formule (např. závažný hmotnostní úbytek dítěte, nízká hladina cukru apod.), je nutné dodržovat doporučený postup přípravy a bezpečné zacházení. 	
Přínosy a rizika	
<p>Přínosy: podpora kojení a tvorby mléka, ochrana zdraví dítěte, snížení rizika infekcí.</p> <p>Rizika: podávání jiných tekutin nebo výživy může snížit tvorbu mateřského mléka a zvýšit riziko onemocnění dítěte.</p>	
Co to pro Vás znamená	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
<p>Dokrmujte své dítě na základě indikace lékaře. Ideálně vlastním mateřským mlékem, mlékem z mléčné banky event. formulí. Rutinní dokrmování formulí nebo jinou tekutinou není nutné.</p> <p>Poradte se zdravotníkem:</p> <p>Pokud máte obavy, že Vaše dítě nepřijímá dostatek mléka, nebo pokud zvažujete dokrmování, poraďte se se zdravotnickým personálem. Ten posoudí situaci a doporučí nejvhodnější postup.</p>	

10.7 Společný pobyt matky a dítěte, tzv. rooming-in

Doporučení 9

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Můžu po porodu zůstat se svým dítětem na pokoji ve dne i v noci?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Ano. Vy i Vaše dítě můžete být spolu na pokoji 24 hodin denně. Říká se tomu rooming-in. Výjimkou jsou situace, kdy je nutné Vás nebo dítě ze zdravotních důvodů převést na specializované oddělení.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> • jste porodila zdravé dítě po vaginálním porodu, • jste po císařském řezu a cítíte se natolik dobře, že se můžete o dítě postarat, nebo máte doprovod, • Vaše dítě nepotřebuje zvláštní lékařskou péči mimo pokoj. 	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
<p>Doporučení je silné, protože výhody společného pobytu ženy a dítěte jsou prokázány a rizika jsou minimální. Společný pobyt je ústředním prvkem podpory kojení, protože ženy se nemohou naučit rozpoznávat a reagovat na signály svého dítěte, pokud jsou od něj odděleny. Když jsou žena a dítě spolu po celý den i noc, může žena snadno rozpoznávat signály dítěte související s hladem a reagovat na ně. To spolu s blízkou přítomností ženy u dítěte usnadňuje iniciaci kojení.</p> <p>Další informace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rooming-in je vhodný po vaginálním porodu i po císařském řezu. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Pokud je dítě nemocné nebo předčasně narozené, zdravotníci se snaží umožnit co největší kontakt a časté návštěvy. • Zdravotníci pravidelně kontrolují pokoje, aby bylo zajištěno bezpečí dětí. 	
Přínosy a rizika	
<p>Přínosy: rychlejší rozpoznávání potřeb dítěte, lepší start kojení, vyšší pravděpodobnost plného kojení, posílení vztahu mezi matkou a dítětem.</p> <p>Rizika: rooming-in se neprovádí jen tehdy, pokud by byl pro dítě nebezpečný (např. při onemocnění dítěte, kdy péče nemůže být poskytována na pokoji u matky).</p>	
Co to pro Vás znamená	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
<p>Pokud jste Vy i Vaše dítě zdraví, můžete zůstat spolu na pokoji celý den i noc.</p> <p>Co můžete udělat?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ptejte se, zda Vaše porodnice umožňuje rooming-in. • Pokud se necítíte jistě při manipulaci s dítětem (např. po císařském řezu), požádejte personál o pomoc. • Využijte příležitosti naučit se reagovat na signály dítěte a kojit dle jeho potřeb. <p>Poradte se zdravotníkem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pokud Vám rooming-in není nabídnut a nejste si jistá, proč, • pokud se cítíte příliš unavená a potřebujete podporu v péči o dítě, • pokud má dítě zdravotní potíže a potřebuje zvláštní péči. 	

10.8 Kojení dle potřeb dítěte a podpora matek v rozpoznávání a reagování na signály svého dítěte

Doporučení 10

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Jak často bych měla kojit své dítě a jak správně reagovat na jeho signály během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Matky by měly být podporovány v kojení dle potřeb svého dítěte jako součást pečujícího přístupu. Zároveň by měly být vedeny k rozpoznávání signálů dítěte souvisejících s kojením, potřebou blízkosti a komfortu a měly by mít možnost na tyto signály přiměřeně reagovat různými způsoby.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> • jste po porodu a pobýváte s dítětem v zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči, • chcete zajistit, aby dítě dostávalo mléko podle svých potřeb, • chcete podporovat blízký a pečující vztah s dítětem, • chcete podpořit kojení a rozpoznávat signály svého dítěte. 	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
Kojení dle potřeb dítěte posiluje pečující vztah mezi matkou a dítětem a zajišťuje, že dítě dostává mateřské mléko kdykoli ho potřebuje. Podpora matek při rozpoznávání signálů dítěte a adekvátní reakce na ně umožňuje budovat pečující vztah s dítětem a zvyšuje sebevědomí matky, podporuje kojení a přispívá k růstu a vývoji dítěte. Je důležité rozpoznat signály dítěte k jídlu včas – pláč je pozdní signál, při kterém je kojení obtížnější.	
Přínosy a rizika	
<p>Přínosy: optimální příjem mléka, podpora tvorby mateřského mléka, snadnější přísátí, posílení vztahu matky a dítěte, podpora zavedení kojení u předčasně narozených dětí, zvýšení mateřské sebejistoty, lepší vztah mezi matkou a dítětem.</p> <p>Rizika: žádná, pokud se kojení řídí potřebami dítěte, které je zdravé a matka má dostatek mléka.</p>	

Co to pro Vás znamená	
Kojte dítě vždy, když projevuje hlad, místo čekání na pevně stanovené časy. Reagujte i na jeho potřebu blízkosti a uklidnění.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none"> Všímejte si časných signálů hladu (otevírání úst, hledání, pohyby hlavy), reagujte ještě před pláčem. Nabízejte dítěti prs tak často, jak chce. Poradte se zdravotníkem: <ul style="list-style-type: none"> Požádejte personál v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči o podporu a ukázkou, jak rozpoznat signály dítěte k jídlu a zajistit správné přisátí k prsu. Pokud si nejste jistá, zda dítě dostatečně pije nebo přibírá. Pokud máte pocit, že signálům svého dítěte nerozumíte. Pokud Vám někdo doporučuje krmení podle pevného plánu a máte o tom pochybnosti. 	

10.9 Poradenství ohledně používání lahví a saviček a rizik s tím spojených

Doporučení 11

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Jakým způsobem by mělo být podáváno odsáté mateřské mléko nebo jiná výživa mému dítěti během pobytu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Pokud je podávání odsátého mateřského mléka nebo jiné výživy zdravotně nezbytné, měly by být u donošených novorozenců použity kalíšky, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo lahve se savičkou. U předčasně narozených novorozenců se upřednostňuje použití kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky nebo krmení přes prst před použitím lahve a savičky. U předčasně narozených dětí, které nejsou schopny se kojit přímo, by mělo být zajištěno nenuitritivní sání a orální stimulace až do ustálení kojení.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> Vaše dítě potřebuje během pobytu v nemocnici odsáté mateřské mléko nebo jinou výživu, máte donošené nebo nedonošené dítě, máte předčasně narozené dítě, které zatím není schopno se kojit. 	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
<p>Způsob podávání výživy má vliv na to, jak se dítě učí sát z prsu. U donošených dětí lze použít různé způsoby, zatímco u nedonošených dětí se upřednostňuje použití kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky nebo krmení přes prst, protože sání z lahve může narušovat nácvik sání z prsu. Personál by neměl používat savičky jako jednoduché řešení při obtížích s přisáváním, ale měl by pomáhat matkám s přiložením a přisátím dítěte k prsu. Sání na odstříkaném prsu, sání prstu či dudlíku bez příjmu výživy, sloužící k nácviku sacího reflexu a uklidnění u dětí, které se zatím nemohou kojit přímo (nenuitritivní sání), může být prospěšné do doby, než je kojení ustálené.</p> <p>Je důležité zajistit správnou hygienu při čištění všech pomůcek pro krmení, protože mohou být zdrojem bakterií.</p>	
Přínosy a rizika	
<p>Přínosy: podpora správného sání z prsu, zachování tvorby mateřského mléka, snížení rizika potíží s kojením, podpora zavedení kojení u předčasně narozených dětí, posílení mateřské sebejistoty, lepší vztah mezi matkou a dítětem.</p> <p>Rizika: používání lahví se savičkou může u některých dětí ztížit kojení, nedostatečná hygiena pomůcek může vést k infekcím.</p>	

Co to pro Vás znamená	
Způsob krmení Vašeho dítěte by měl být zvolen podle jeho zdravotního stavu a věku. U nedonošených dětí se doporučuje kalíšek, lžička, sonda k prsu, stříkačka, krmení přes prst, aby se usnadnil přechod k přirozenému sání z prsu. Matka může reagovat na signály dítěte různými způsoby, včetně nenutritivního sání u předčasně narozených dětí, dokud není kojení ustálené.	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Co můžete dělat? <ul style="list-style-type: none"> Zeptejte se zdravotnického personálu, jaký způsob podávání výživy je pro Vaše dítě nejvhodnější. Nechte si ukázat, jak správně pomůcky používat a čistit. Poradte se zdravotníkem: <ul style="list-style-type: none"> Zeptejte se zdravotnického personálu, jaký způsob podávání výživy je pro Vaše dítě nejvhodnější a nechte si ukázat, jak správně pomůcky používat a čistit. Požádejte zdravotnický personál o ukázkou, jak bezpečně a správně zajistit nenutritivní sání u předčasně narozeného dítěte. 	

10.10 Podpora kojení po propuštění novorozence

Doporučení 12

Otázka ve srozumitelném jazyce	
Co se bude dít s podporou kojení, až odejdu s dítětem z porodnice domů?	
Doporučení ve srozumitelném jazyce	
Je důležité, aby propuštění z porodnice bylo dobře naplánováno a aby na něj navazovala další podpora. Kojení by mělo být před odchodem domů několikrát denně zkontrolováno zdravotníky. Po odchodu domů by mělo být kojení sledováno praktickým lékařem pro děti a dorost a jeho sestrou, během šestinedělí případně i porodní asistentkou. K dispozici by měla být možnost osobní nebo telefonické konzultace i případná možnost poradit se s vyškolenou laktační poradkyní.	
Toto doporučení se Vás týká, pokud:	
<ul style="list-style-type: none"> Odcházíte s dítětem ze zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči, chcete být si jistá, že kojení probíhá správně, potřebujete podporu a rady i po návratu domů. 	
Síla doporučení (silné/slabé)	
Silné doporučení. (Silné doporučení znamená, že jde o osvědčený a bezpečný postup, který je ve většině případů nejlepší a je vhodné se jím řídit.)	
Vysvětlení doporučení	
Proč je doporučení silné/slabé	Další informace
<p>Podpora kojení nekončí odchodem z porodnice. Naopak, mnoho otázek a problémů se objeví až doma. Pokud je kojení pečlivě sledováno a rodiče mají možnost se včas poradit s odborníky, zvyšuje se šance na dlouhodobě úspěšné kojení.</p> <p>Doporučení je silné, protože včasná a dostupná podpora je bezpečná, bez rizik a má zásadní význam pro to, aby se kojení dařilo.</p> <p>Další informace:</p> <ul style="list-style-type: none"> V zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči by zdravotníci měli několikrát denně zhodnotit, jak se kojení daří. Po propuštění by měl kojení kontrolovat praktický lékař pro děti a dorost a jeho sestra, v šestinedělí případně i porodní asistentka. Poporodní návštěvy porodní asistentky: Každá žena má po porodu nárok na tři návštěvy porodní asistentky doma, hrazené ze zdravotního pojištění. Tyto návštěvy poskytují možnost podpory kojení, pomáhají předcházet komplikacím a odhalit případné problémy s kojením včas. Kojení by mělo být podporováno ve všech ordinacích. Odbornou pomoc poskytují i vyškolené laktační poradkyně, případně ambulance laktačního poradenství. 	
Přínosy a rizika	
Přínosy: větší jistota rodičů, že dítě dobře pije, rychlé řešení obtíží, vyšší šance na úspěšné a dlouhodobé kojení.	

Rizika: Nedostatečná podpora může vést k nejistotě rodičů, obtížím při udržení kojení a k tomu, že dítě zbytečně dokrmují formulí.

Co to pro Vás znamená	
Co můžete udělat	Poradte se zdravotníkem
Nemusíte být na kojení sami – i po odchodu z porodnice máte právo na odbornou pomoc a poradenství.	
Co můžete udělat? <ul style="list-style-type: none">• Ptejte se v porodnici, kde a jak můžete získat podporu po propuštění.• Nebojte se využít pomoci vyškolených laktačních poradkyň, využívejte osobní i telefonické konzultace.• Obracejte se na svého praktického lékaře pro děti a dorost nebo porodní asistentku, pokud si nejste jisté, zda kojení probíhá dobře, využívejte osobní i telefonické konzultace.• Sjednejte si poporodní návštěvu porodní asistentky doma.	
Poradte se zdravotníkem: <ul style="list-style-type: none">• pokud máte pocit, že dítě nepije dost,• pokud Vás kojení bolí nebo je nepříjemné,• pokud si nejste jisté, jestli postupujete správně.	

11 Doporučení pro praxi – personální a materiální vybavení

Ovlivní toto operativní doporučení současnou praxi v konkrétní oblasti?

- ☒ Ne
☐ Ano

Pro oblast personálního a materiálního vybavení nebyla doporučení formulována. Požadavky na personální zajištění i technické vybavení jsou již stanoveny platnou legislativou a běžně uplatňovány v praxi, a proto nebylo nutné je dále upravovat či doplňovat.

12 Doporučení pro zdravotní politiku

Pro oblast zdravotní politiky nebyla formulována samostatná doporučení, protože doporučené postupy a opatření jsou již v českém prostředí zavedeny a jsou efektivní. Nebyly zjištěny zásadní systémové překážky ani potřeba změn, které by vyžadovaly nové doporučení.

13 Doporučení pro další výzkum

V některých oblastech je stále omezená dostupnost kvalitních důkazů, což vyžaduje další výzkum. Je potřeba více domácích studií napříč regiony, různými sociálními skupinami a prostředím, aby bylo možné účinně chránit, podporovat a rozvíjet kojení v České republice. Vzdělávání zdravotníků v oblasti laktčního poradenství je v současnosti v ČR omezené. Další výzkum by se měl zaměřit na porovnání délky, obsahu a formy školení a definování minimálních i pokročilých kompetencí.

Zapojení rodiny do problematiky kojení a jeho vliv na výsledky je v českých podmínkách málo prozkoumané. Výzkum je nutný také v oblastech, jako je bezpečný kontakt kůže na kůži, rooming-in u novorozence ve zhoršeném zdravotním stavu, načasování a dlouhodobé účinky této péče na mikrobiom, neurovývoj, zdraví dítěte či prevenci komplikací, včetně bezpečnosti (například prevence kolapsu a pádů novorozenců).

Dále je potřeba podpořit výzkum implementace kojení dle potřeb dítěte, nejen s ohledem na míru kojení, ale také další výsledky jako vyčerpání matek, stres, spánek, trauma, spokojenost, sebevědomí matky i péče kůže na kůži i bezpečnost dítěte. Chybí kvalitní výzkum k dokrmování s ohledem na zdravotní stav matky i dítěte a k-nutritivnímu sání a orofaciální stimulaci zvláště u předčasně narozených dětí. Celkově je potřeba více kvalitních studií k provedení a efektu doporučení v praxi, zejména tam, kde jsou současné důkazy nízké nebo velmi nízké kvality.

14 Další doplňující informace

Podíl autorů:

Všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a publikací.

Autorský podíl je uváděn v souladu s metodikou CRediT (Contributor Roles Taxonomy) <https://www.elsevier.com/researcher/author/policies-and-guidelines/credit-author-statement> (konceptualizace, metodologie, software, validace, formální analýza, osobní účast při provádění výzkumu nebo experimentu, analýza důkazů, zdroje, správa dat, psaní [originální návrh], psaní [recenze a úpravy], vizualizace, vedení a koordinace, administrace projektu, získávání financí).

- MUDr. Milena Dokoupilová – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy), vedení a koordinace
- MUDr. Iva Burianová, Ph.D. – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy), vedení a koordinace
- MUDr. Hana Wiedermannová, Ph.D. – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy), vedení a koordinace
- Prof. MUDr. Jan Janota, Ph.D. – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy)
- MUDr. Alena Šebková – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy)
- MUDr. Kristýna Zárubová, Ph.D. – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy)
- Jana Sudíková – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy)
- Lucie Žáčková – konceptualizace, psaní
- MUDr. Jan Malý, Ph.D. – konceptualizace, psaní (originální návrh i úpravy), vedení a koordinace
- Ing. Zuzana Krpelánová, MSc. – metodologie, analýza důkazů, zdroje, správa dat, vedení
- Mgr. Iuliia Pavlovská, Ph.D. – metodologie, analýza důkazů, zdroje, správa dat, vedení
- Mgr. Pavel Kopečný – zdroje, správa dat
- Mgr. et Mgr. Jana Kopečná – zdroje, správa dat
- PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D. – metodologie, analýza důkazů, zdroje, správa dat, vedení

Prohlášení o užití umělé inteligence:

Při tvorbě tohoto dokumentu, specificky v části:

- ☐ Základní údaje o OD
- ☐ Souhrn doporučení
- ☐ Východiska
- ☐ Metodika
- ☐ Klinické otázky/oblasti
- ☐ Vyhledávání existujících relevantních důkazů
- ☐ Kritické hodnocení existujících důkazů
- ☐ Doporučení
- ☐ Indikátory kvality
- ☒ Informace pro pacienty
- ☐ Doporučení pro praxi – personální a materiální vybavení
- ☐ Doporučení pro zdravotní politiku
- ☐ Doporučení pro další výzkum
- ☐ Další doplňující informace
- ☐ Přílohy

byly jako podpůrné nástroje využity systémy generativní umělé inteligence pro:

- ☐ návrh či vytvoření textů, tabulek nebo grafů
- ☐ vyhledávací strategii
- ☐ shrnutí důkazů
- ☒ parafrázování a jazyková stylizace

Veškerý takto vytvořený obsah byl odpovědnými osobami zkontrolován, kriticky posouzen a v případě potřeby upraven či korigován tak, aby splňoval požadavky na faktickou správnost, vědecké standardy a platné směrnice Ministerstva zdravotnictví ČR, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví v době vzniku tohoto dokumentu.

15 Seznam použité literatury a zdrojů

- Abe, S. K., Ota, E., Rahman, M., Balogun, O., Koyama, M., Haruyama, R., Jung, J., Kita, M., & Solon, M. P. (2016). *Hospitals with a written breastfeeding policy statement and implementation of the steps of breastfeeding: A systematic review* [PROSPERO systematic review protocol CRD42016038143]. PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016038143
- Abolyan LV. The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeed Med.* 2006;1:71–8.
- Abul-Fadl AM, Shawky M, El-Taweel A, Cadwell K, Turner-Maffei C. Evaluation of mothers' knowledge, attitudes, and practice towards the ten steps to successful breastfeeding in Egypt. *Breastfeed Med.* 2012;7:173–8. doi:10.1089/bfm.2011.0028.
- Adejuyigbe EA, Odebiyi AI, Aina O, Bamiwuye S. Feeding and care of low-birthweight babies in two rural communities in south-western Nigeria. *Matern Child Nutr.* 2008;4(1):55–64.
- AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II instrument* [Electronic version]. <http://www.agreetrust.org>
- Aguilar Cordero MJ, Batran Ahmed SM, Padilla Lopez CA, Guisado Barrilao R, Gomez Garcia C. [Breast feeding in premature babies: development-centered care in Palestine.] *Nutr Hosp.* 2012;27:1940–4. doi:10.3305/nh.2012.27.6.5995.
- Al-Nassaj, H. H., Al-Ward, N. J. A., & Al-Awqati, N. A. (2004). Knowledge, attitudes and sources of information on breastfeeding among medical professionals in Baghdad. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10(6), 871–878.
- Anchondo, I., Berkeley, L., Mulla, Z. D., Byrd, T., Nuwayhid, B., Handal, G., et al. (2012). Commentary on “Pediatricians’, obstetricians’, gynecologists’, and family medicine physicians’ experiences with and attitudes about breast-feeding”. *Southern Medical Journal*, 105(5), 243–248. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e318252294a>
- Andaya E, Bonuck K, Barnett J, Lischewski-Goel J. Perceptions of primary care-based breastfeeding promotion interventions: qualitative analysis of randomized controlled trial participant interviews. *Breastfeed Med.* 2012;7(6):417–22. doi:10.1089/bfm.2011.0151.
- Andres, V., Garcia, P., Rimet, Y., Nicaise, C., & Simeoni, U. (2011). Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*, 127(4), e1073–e1076. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3095>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JB1 manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*. 2000;106(5):E67.
- Askelsdottir B, Lam-de Jonge W, Edman G, Wiklund I. Home care after early discharge: impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*. 2013;29(8):927–34.
- Ayiasi MR, Van Royen K, Verstraeten R, Atuyambe L, Criel B, Garimoi CO et al. Exploring the focus of prenatal information offered to pregnant mothers regarding newborn care in rural Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:176. doi:10.1186/1471-2393-13-176.”
- Bailey S. Postnatal care: exploring the views of first-time mothers. *Community Pract.* 2010;83(12):26–9.

Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 2006;91(12):1005–10.

Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Yourkavitch, J., da Silva Lopes, K., Suto, M., Takemoto, Y., & Mori, R. (2017). Health facility staff training for improving breastfeeding outcome: A systematic review for Step 2 of the Baby-friendly Hospital Initiative. *Breastfeeding Medicine*, 12(9), 537–546. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0040>

Barona-Vilar C, Escriba-Aguir V, Ferrero-Gandia R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 2009;25(2):187–94.

Barimani M, Oxelmark L, Johansson SE, Langius-Eklöf A, Hylander I. Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(1):57–65. doi:10.1111/scs.12036.

Bass, J. L., Gartley, T., Lyczkowski, D. A., & Kleinman, R. (2018). Trends in the incidence of sudden unexpected infant death in the newborn: 1995–2014. *The Journal of Pediatrics*, 196, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.12.045>

Becher, J. C., Bhushan, S. S., & Lyon, A. J. (2012). Unexpected collapse in apparently healthy newborns: A prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 97(1), F30–F34. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.208736>

Becker, G. E. (1992). Breastfeeding knowledge of hospital staff in rural maternity units in Ireland. *Journal of Human Lactation*, 8, 137–142.

Becker, G. E., Smith, H. A., & Cooney, F. (2016). Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(9), Article CD006170. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006170.pub5>

Benoit, B., & Semenic, S. (2014). Barriers and facilitators to implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in neonatal intensive care units. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(5), 614–624. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12479>

Bergh, A. M. (1993). Obstacles to and motivation for successful breast-feeding. *Curationis*, 16(2), 24–29.

Bergman V, Larsson S, Lomberg H, Moller A, Marild S. A survey of Swedish mothers' view on breastfeeding and experiences of social and professional support. *Scand J Caring Sci*. 1993;7(1):47–52.

Blair, P. S., Sidebotham, P., Evason-Coombe, C., Edmonds, M., Heckstall-Smith, E. M., & Fleming, P. (2009). Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: Case-control study of SIDS in south west England. *BMJ*, 339, b3666. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3666>

Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, Labbok MH, Fletcher J, Bernstein PS. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Public Health*. 2014;104 Suppl. 1:S119–27. doi:10.2105/AJPH.2013.301360.

Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG*. 2004;111(8):807–13.

Bowatte, G., Tham, R., Allen, K. J., Tan, D. J., Lau, M. X., Dai, X., Lodge, C. J., & Dharmage, S. C. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 85–95. <https://doi.org/10.1111/apa.13151>

Brodribb, W., Jackson, C., Fallon, A. B., & Hegney, D. (2007). Breastfeeding and the responsibilities of GPs: A qualitative study of general practice registrars. *Australian Family Physician*, 36, 283–285.

- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Preventive Medicine*, 51(5), 421–424. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.08.005>
- Bruce, N. G., Khan, Z., & Olsen, N. D. L. (1991). Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding: The development of infant feeding policy in a district. *Public Health*, 105(5), 357–368.
- Bueno-Gutierrez D, Chantry C. Using the socio-ecological framework to determine breastfeeding obstacles in a low-income population in Tijuana, Mexico: healthcare services. *Breastfeed Med*. 2015;10(2):124–31. doi:10.1089/bfm.2014.0109.
- Burglehaus, M. J., Smith, L. A., Sheps, S. B., & Green, L. W. (1997). Physicians and breastfeeding: Beliefs, knowledge, self-efficacy and counselling practices. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 383–387.
- Byrne B, Hull D. Breast milk for preterm infants. *Prof Care Mother Child*. 1996;6:39, 42–5.
- Cantrill, R. M., Creedy, D. K., & Cooke, M. (2003). An Australian study of midwives' breast-feeding knowledge. *Midwifery*, 19, 310–317.
- Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 2005;21(1):71–9.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., & Bahl, R. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 96–113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Cloherly, M., Alexander, J., Holloway, I., Galvin, K., & Inch, S. (2005). The cup-versus-bottle debate: A theme from an ethnographic study of the supplementation of breastfed infants in hospital in the United Kingdom. *Journal of Human Lactation*, 21(2), 151–162.
- Collins, C. T., Gillis, J., McPhee, A. J., Sukanuma, H., & Makrides, M. (2016). Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10), Article CD005252. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005252.pub4>
- Collins, C. T., Ryan, P., Crowther, C. A., McPhee, A. J., Paterson, S., & Hiller, J. E. (2004). Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: A randomised controlled trial. *BMJ*, 329(7459), 193–198.
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), Article CD002771. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Cottrell BH, Detman LA. Breastfeeding concerns and experiences of African American mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2013;38:297–304. doi:10.1097/NMC.0b013e31829a5606.
- Coreil J, Bryant CA, Westover BJ, Bailey D. Health professionals and breastfeeding counseling: client and provider views. *J Hum Lact*. 1995;11(4):265–71.
- Cricco-Lizza R. Black non-Hispanic mothers' perceptions about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians. *J Obstet Gynaecol Neonat Nurs*. 2006;35:173–80.
- Critical Appraisals Skills Programme (CASP). CASP tools and checklists (<http://www.casp-uk.net/casptools-checklists>).
- Crowe, L., Chang, A., & Wallace, K. (2016). Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: Effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8), Article CD005586. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005586.pub3>

- da Silva Lopes, K., Ota, E., Balogun, O. O., Ohde, S., Mori, R., & Rayco-Solon, P. (2016). *Providing linkage to breastfeeding support to mothers on discharge to improve breastfeeding outcomes: A systematic review* [PROSPERO systematic review protocol CRD42016041273]. PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016041273
- Dageville, C., Pignol, J., & De Smet, S. (2008). Very early neonatal apparent life-threatening events and sudden unexpected deaths: Incidence and risk factors. *Acta Paediatrica*, 97(7), 866–869. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00863.x>
- Daniels, L., & Jackson, D. (2011). Knowledge, attitudes and practices of nursing staff regarding the Baby-friendly Hospital Initiative in non-accredited obstetric units in Cape Town. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 24, 32–38. <https://doi.org/10.1080/16070658.2011.11734347>
- de Oliveira MI, Camacho LA, Souza IE. [Breastfeeding promotion, protection, and support in primary health care in the State of Rio de Janeiro, Brazil: a case of evidence-based public health policy.] *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1901–10.
- Degefie T, Amare Y, Mulligan B. Local understandings of care during delivery and postnatal period to inform home based package of newborn care interventions in rural Ethiopia: a qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14:17. doi:10.1186/1472-698X-14-17.
- Dharamraj C, Sia CG, Kierney CM, Parekh A, Harper RG, Weissman B. Observations on maternal preference for rooming-in facilities. *Pediatrics*. 1981;67(5):638–40.
- Duffy, E. P., Percival, P., & Kershaw, E. (1997). Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery*, 13(4), 189–196.
- Dykes F. 'Supply' and 'demand': breastfeeding as labour. *Soc Sci Med*. 2005;60:2283–93.
- Elander, G., & Lindberg, T. (1986). Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breast feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 75(5), 708–712.
- Ekström, A., Matthiesen, A. S., Widström, A. M., & Nissen, E. (2005). Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 353–359.
- Ekström A, Widström AM, Nissen E. Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? *Birth*. 2006;33(2):123–30.
- Ellis, D. J., & Hewat, R. J. (1983). Do nurses help or hinder mothers who breastfeed? *Journal of Advanced Nursing*, 8, 281–288.
- Engstrom BL, Fridlund B. Women's views of counselling received in connection with breast-feeding after reduction mammoplasty. *J Adv Nurs*. 2000;32:1143–51.
- Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001;108(3):719–27.
- Espagne, S., Hamon, I., Thiébauges, O., & Hascoet, J. M. (2004). [Sudden death of neonates in the delivery room]. *Archives de Pédiatrie*, 11(5), 436–439.
- Fallon AB, Hegney D, O'Brien M, Brodribb W, Crepinsek M, Doolan J. An evaluation of a telephone-based postnatal support intervention for infant feeding in a regional Australian city. *Birth*. 2005;32(4):291–8.
- Fallon, A., Van der Putten, D., Dring, C., Moylett, E. H., Fealy, G., & Devane, D. (2016). Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(9), Article CD009067. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009067.pub3>

Finigan V, Long T. Skin-to-skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth 'dirt'. *Int Nurs Rev*. 2014;61(2):270–7. doi:10.1111/inr.12100.

Finneran, B., & Murphy, L. (2004). Breast is best for GPs—or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the Mid-West of Ireland. *Irish Medical Journal*, 97, 268–270.

Flaherman VJ, Gay B, Scott C, Avins A, Lee KA, Newman TB. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012;97:F18–23. doi:10.1136/adc.2010.209213.

Fleming, P. J. (2012). Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: The benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 97(1), F2–F3. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2011-300786>

Flint, A., New, K., & Davies, M. W. (2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8), Article CD005092. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005092.pub3>

Flood, J. L., & Dodgson, J. E. (2010). Health care and social service providers' descriptions of Pacific Islander mothers' breastfeeding patterns. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), 162–170. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.04.009>

Foster, J. P., Psaila, K., & Patterson, T. (2016). Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(10), Article CD001071. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001071.pub3>

Foster, T., & Winham, D. M. (2012). Nurse knowledge and attitudes towards breastfeeding in Arizona. *FASEB Journal*, 26. <https://doi.org/10.13140/2.1.4404.4803>

Fox R, McMullen S, Newburn M. UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:147. doi:10.1186/s12884-015-0581-5.

Freed, G. L., Clark, S. J., Lohr, J. A., & Sorenson, J. R. (1995). Pediatrician involvement in breastfeeding promotion: A national study of residents and practitioners. *Pediatrics*, 96(3 Pt 1), 490–494.

Freed, G. L., Jones, T. M., & Fraley, J. K. (1992). Attitudes and education of pediatric house staff concerning breast-feeding. *Southern Medical Journal*, 85, 483–485.

Furber, C. M., & Thomson, A. M. (2006). "Breaking the rules" in baby-feeding practice in the UK: Deviance and good practice? *Midwifery*, 22, 365–376. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>

Furber, C. M., & Thomson, A. M. (2008). The emotions of integrating breastfeeding knowledge into practice for English midwives: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 286–297.

Furber, C. M., & Thomson, A. M. (2010). The power of language: A secondary analysis of a qualitative study exploring English midwives' support of mother's baby-feeding practice. *Midwifery*, 26, 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.05.003>

Ganchimeg, T., Sugimoto, K., Fukazawa, K. R., Rayco-Solon, P., & Ota, E. (2016). *Avoidance of bottles and artificial teats during the establishment of breastfeeds in healthy term infants: A systematic review of randomized controlled trials* [PROSPERO systematic review protocol CRD42016041370]. PROSPERO International Prospective Register of Systematic Reviews. http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016041370

Garner, C. D., Ratcliff, S. L., Thornburg, L. L., Wethington, E., Howard, C. R., & Rasmussen, K. M. (2016). Discontinuity of breastfeeding care: "There's no captain of the ship". *Breastfeeding Medicine*, 11(1), 32–39. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0142>

Garritty, C., Hamel, C., Trivella, M., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., Devane, D., Kamel, C., Griebler, U., & King, V. J. (2024). Updated recommendations for the Cochrane rapid review methods guidance for rapid reviews of effectiveness. *BMJ*, 384, e076335. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076335>

Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, M. J., Siebelt, L., Haggi, H., & McFadden, A. (2016). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: A systematic review. *International Breastfeeding Journal*, 12, 6. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0097-2>

Gepilano, D. (2014). Barriers to implementation of skin-to-skin care [Poster presentation]. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(Suppl. 1), S74. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12452>

Gilmour, C., Hall, H., McIntyre, M., Gillies, L., & Harrison, B. (2009). Factors associated with early breastfeeding cessation in Frankston, Victoria: A descriptive study. *Breastfeeding Review*, 17, 13–19.

Gokcay, G., Uzel, N., Kayaturk, F., & Neyzi, O. (1997). Ten steps for successful breast-feeding: Assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child: Care, Health and Development*, 23(2), 187–200.

Goldstein, A. O., & Freed, G. L. (1992). Breast-feeding counseling practices of family practice residents. *Family Medicine*, 25, 524–529.

Gomez Papi A, Baiges Nogues MT, Batiste Fernandez MT, Marca Gutierrez MM, Nieto Jurado A, Closa Monasterolo R. [Kangaroo method in delivery room for full-term babies.] *An Esp Paediatr*. 1998;48(6):631–3.

Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nurs Res*. 2010;59(2):78–84. doi:10.1097/NNR.0b013e3181d1a8bc.

GRADE-CERQual. Confidence in the evidence from reviews of qualitative research (<http://www.cerqual.org/>).

Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ*. 2004;328(7430):26.

Greene, Z., O'Donnell, C. P., & Walshe, M. (2016). Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(9), Article CD009720. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009720.pub2>

Grummer-Strawn, L. M., & Rollins, N. (2015). Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 104(467), 1–2. <https://doi.org/10.1111/apa.13136>

Haager-Bürkert, H., Niebuhr, D., & Kroke, A. (2010). Perceived difficulties for clinics with maternity units in Germany in obtaining the certification “Baby Friendly Hospital”. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 70(9), 726–731.

Hailes JF, Wellard SJ. Support for breastfeeding in the first postpartum month: perceptions of breastfeeding women. *Breastfeed Rev*. 2000;8(3):5–9.

Hall WA, Hauck Y. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(5):786–95.

Hellings, P., & Howe, C. (2000). Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse-midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45, 264–270.

Helsing E, Chalmers BE, Dinekina TJ, Kondakova NI. Breastfeeding, baby friendliness and birth in transition in North Western Russia: a study of women's perceptions of the care they receive when

giving birth in six maternity homes in the cities of Archangelsk and Murmansk, 1999. *Acta Paediatr.* 2002;91(5):578–83.

Heon M, Goulet C, Garofalo C, Nuyt AM, Levy E. Acceptability and feasibility of a breast milk expression education and support intervention in mothers of preterm infants. *Adv Neonatal Care.* 2014;14:E9-E19. doi:10.1097/ANC.0000000000000113.

Henderson, A. M., Pincombe, J., & Stamp, G. E. (2000). Assisting women to establish breastfeeding: Exploring midwives' practices. *Breastfeeding Review*, 8, 11–17.

Hongo H, Nanishi K, Shibamura A, Jimba M. Is baby-friendly breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers? *Matern Child Health J.* 2015;19:1252–62. doi:10.1007/s10995-014-1631-8.

Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 14–19. <https://doi.org/10.1111/apa.13139>

Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015a). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 30–37. <https://doi.org/10.1111/apa.13133>

Huang, C.-M., Hung, W.-S., Lai, J.-N., Kao, Y.-H., Wang, C.-L., & Guo, J.-L. (2016). Maternity staff perspectives regarding resource demands of breastfeeding supportive practices in accordance with the Baby-Friendly Hospital Initiative accreditation: A Q methodology approach. *Journal of Advanced Nursing*, 72(6), 1301–1312. <https://doi.org/10.1111/jan.12928>

Hull V, Thapa S, Pratomo H. Breast-feeding in the modern health sector in Indonesia: the mother's perspective. *Soc Sci Med.* 1990;30(5):625–33.

Huntingford, P. J. (1962). Attitude of doctors and midwives to breast-feeding. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 4, 588–594.

Hurst N, Engebretson J, Mahoney JS. Providing mother's own milk in the context of the NICU: a paradoxical experience. *J Hum Lact.* 2013;29:366–73. doi:10.1177/0890334413485640.

Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8), Article CD006641. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>

Jenik, A. G., Vain, N. E., Gorestein, A. N., Jacobi, N. E., Group, P., & Trial, B. (2009). Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *The Journal of Pediatrics*, 155(3), 350–354.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.03.038>

Karnawat, B. S., Singh, R. N., Gupta, B. D., & Chaudhury, S. P. (1987). Knowledge and attitudes of hospital employees regarding infant feeding practices. *Indian Pediatrics*, 24, 939–948.

Khan GN, Memon ZA, Bhutta ZA. A cross sectional study of newborn care practices in Gilgit, Pakistan. *J Neonatal Perinatal Med.* 2013;6:69–76. doi:10.3233/NPM-1364712.

Klugar, M., Klugarová, J., Kantorová, L., Vrbová, T., Pokorná, A., Pavlíková, A., Drapáčová, P., Rozmarinová, J., Vigašová, D., Volný, O., Ličeník, R., Mužík, J., Komenda, M., Gregor, J., Slezáková, S., & Dušek, L. (2024). *Metodika tvorby a aktualizace doporučených postupů a operativních doporučení ve zdravotnictví*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. https://nikez.mzcr.cz/res/file/metodiky/Metodika-tvorby-a-aktualizace-DP-a-OD-ve%20zdravotnictvi%C3%AD_3.2.pdf

Kramer, M. S., Barr, R. G., Dagenais, S., Yang, H., Jones, P., Ciofani, L., & Jané, F. (2001). Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: A randomized controlled trial. *JAMA*, 286(3), 322–326.

Krogstrand, K. S., & Parr, K. (2005). Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 1943–1947.

Kronborg, H., Maimburg, R. D., & Væth, M. (2012). Antenatal training to improve breastfeeding: A randomised trial. *Midwifery*, 28(6), 784–790. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.016>

Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr.* 2007;96(7):1064–70.

Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Harder I. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. *Eur J Public Health.* 2008;18(3):283–8.

Labarere J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Arragain D, Schelstraete C, Francois P. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Matern Child Nutr.* 2011;7(3):263–72. doi:10.1111/j.1740-8709.2009.00235.x.

Labbok, M. H., Taylor, E. C., & Nickel, N. C. (2013). Implementing the ten steps to successful breastfeeding in multiple hospitals serving low-wealth patients in the US: Innovative research design and baseline findings. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-5>

Labiner-Wolfe J, Fein SB, Shealy KR, Wang C. Prevalence of breast milk expression and associated factors. *Pediatrics.* 2008;122 Suppl. 2:S63–8. doi:10.1542/peds.2008-1315h. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services 46

Lawrence, R. A. (1982). Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics*, 70(6), 912–920.

Lazzaro, E., Anderson, J., & Auld, G. (1995). Medical professionals' attitudes toward breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11(2), 97–101.

Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M et al. Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895. doi:10.1371/journal.pmed.1001895.

Líčeník, R., Kurfürst, P., & Ivanová, K. (2013). *AGREE II: Nástroj pro hodnocení doporučených postupů pro výzkum a evaluaci*. Univerzita Palackého v Olomouci. <https://evidence-impact.org/storage/198/AGREE-II-Czech.pdf>

Lindenberg, C. S., Cabrera Artola, R., & Jimenez, V. (1990). The effect of early post-partum mother–infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International Journal of Nursing Studies*, 27(3), 179–186.

Lindfors, A., & Enocksson, E. (1988). Development of atopic disease after early administration of cow milk formula. *Allergy*, 43(1), 11–16.

Lodge, C. J., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., Tham, R., Lowe, A. J., Bowatte, G., Allen, K. J., & Dharmage, S. C. (2015). Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 38–53. <https://doi.org/10.1111/apa.13132>

Loiselle CG, Semenik SE, Cote B, Lapointe M, Gendron R. Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Can J Nurs Res.* 2001;33(3):31–46.

Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(12), Article CD006425. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub4>

Mallet, I., Bomy, H., Govaert, N., Goudal, I., Brasme, C., Dubois, A., et al. (2007). Skin to skin contact in neonatal care: Knowledge and expectations of health professionals in 2 neonatal intensive care units. *Archives de Pédiatrie*, 14(7), 881–886.

- Mantha S, Davies B, Moyer A, Crowe K. Providing responsive nursing care to new mothers with high and low confidence. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008;33(5):307–14. doi:10.1097/01.NMC.0000334899.14592.32.
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), Article CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- McKeever P, Stevens B, Miller KL, MacDonell JW, Gibbins S, Guerriere D et al. Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth.* 2002;29(4):258–65.
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Amir, L. H., Cullinane, M., Shafiei, T., Watson, L. F., Ridgway, L., Cramer, R. L., & Small, R. (2016). Supporting breastfeeding in local communities (SILC) in Victoria, Australia: A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(2), e008292. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008292>
- Merten, S., & Ackermann-Liebrich, U. (2004). Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 9–17.
- Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J., & Wojdan-Godek, E. (2005). Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: Cross-sectional survey of population-based samples. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50(1), 52–59.
- Minnie, C. S., & Greeff, M. (2006). The choice of baby feeding mode within the reality of the HIV/AIDS epidemic: Health education implications. *Curationis*, 29(4), 19–27.
- Moore, T., Gauld, R., & Williams, S. (2007). Implementing Baby Friendly Hospital Initiative policy: The case of New Zealand public hospitals. *International Breastfeeding Journal*, 2, 8.
- Moran-Peters JA, Zauderer CR, Goldman S, Baierlein J, Smith AE. A quality improvement project focused on women's perceptions of skin-to-skin contact after cesarean birth. *Nurs Womens Health.* 2014;18:294– 303. doi:10.1111/1751-486X.12135.
- Mosalli, R., Abd El-Azim, A. A., Qutub, M. A., Zagoot, E., Janish, M., & Paes, B. A. (2012). Perceived barriers to the implementation of a Baby-Friendly Initiative in Jeddah, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 33(8), 895–900.
- Moura de Araújo, M. de F., & Soares Schmitz, B. de A. (2007). Reassessment of Baby-friendly Hospitals in Brazil. *Journal of Human Lactation*, 23(3), 246–252. <https://doi.org/10.1177/0890334407303899>
- Murray D, Ryan F, Keane E. Who's holding the baby? – women's experience of their postnatal care. *Ir Med J.* 2000;93(5):148–50.
- Nadkarni, J., & Parekh, P. (2000). The attitude of nurses towards breastfeeding – a cross-sectional survey. *Indian Pediatrics*, 37(5), 572–573.
- Nelson, A. M. (2007). Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 29–38.
- Nikodem, C., Schelke, L., Enraght-Moony, L., & Hofmeyr, G. J. (1995). Breastfeeding in crisis: Survey results of the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Curationis*, 18(3), 39–42.
- Nolan A, Lawrence C. A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after Cesarean birth. *J Obstet Gynaecol Neonat Nurs.* 2009;38(4):430–42. doi:10.1111/j.1552- 6909.2009.01039.x.
- Nysaether H, Baerug A, Nylander G, Klepp KI. [Rooming-in in the maternity ward – are mothers satisfied?] *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002;122(12):1206–9.

- Nyqvist, K. H., & Kylberg, E. (2008). Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *Journal of Human Lactation*, 24(3), 252–262.
- Ouyang, Y. Q., Xu, Y. X., & Zhang, Q. (2012). Survey on breastfeeding among Chinese female physicians and nurses. *Nursing & Health Sciences*, 14, 298–303. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00699.x>
- Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: the Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(3):263–70. doi:10.1001/archpediatrics.2011.198.
- Peres, K. G., Cascaes, A. M., Nascimento, G. G., & Victora, C. G. (2015). Effect of breastfeeding on malocclusions: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 54–61. <https://doi.org/10.1111/apa.13103>
- Perez-Escamilla, R., Segura-Millán, S., Pollitt, E., & Dewey, K. G. (1992). Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Human Development*, 31(1), 25–40.
- Peters, C., Becher, J. C., Lyon, A. J., & Midgley, P. C. (2009). Who is blaming the baby? *Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition*, 94(5), F377–F378. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.143628>
- Patton, C. B., Beaman, M., Csar, N., & Lewinski, C. (1996). Nurses' attitudes and behaviors that promote breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 12(2), 111–115.
- Pound, C. M., Ward, N., Freuchet, M., Akiki, S., Chan, J., & Nicholls, S. G. (2017). Hospital staff's perceptions with regards to the Baby-Friendly Initiative: Experience from a Canadian tertiary care centre. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 563–573. <https://doi.org/10.1177/0890334416662630>
- Potera C. NICUs lack privacy for pumping breast milk: and even when mothers have privacy, they prefer pumping at home. *Am J Nurs*. 2013;113:14. doi:10.1097/01.NAJ.0000428726.39018.26.
- Raisler J. Against the odds: breastfeeding experiences of low income mothers. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(3):253–63.
- Rasheed, S., Siddiqui, I., & Baig, L. A. (2000). Decline in breast feeding, who is to be blamed?!! A study of knowledge, attitude and practice of breast feeding amongst nurses. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 50(1), 8–11.
- Reddin, E., Pincombe, J., & Darbyshire, P. (2007). Passive resistance: Early experiences of midwifery students/graduates and the Baby Friendly Health Initiative 10 steps to successful breastfeeding. *Women and Birth*, 20(2), 71–76.
- Redshaw M, Henderson J. Learning the hard way: expectations and experiences of infant feeding support. *Birth*. 2012;39(1):21–9. doi:10.1111/j.1523-536X.2011.00509.x
- Redshaw M, Hennegan J, Kruske S. Holding the baby: early mother-infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*. 2014;30(5):e177–87. doi:10.1016/j.midw.2014.02.003.
- Reid B, Taylor J. A feminist exploration of Traveller women's experiences of maternity care in the Republic of Ireland. *Midwifery*. 2007;23:248–59.
- Rocha, N. M., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2002). Cup or bottle for preterm infants: Effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 18(2), 132–138.
- . Rojjanasrirat W, Nelson EL, Wambach KA. A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *J Hum Lact*. 2012;28(4):464–7. doi:10.1177/0890334412449071.

Rossman B, Kratovil AL, Greene MM, Engstrom JL, Meier PP. "I have faith in my milk": the meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact*. 2013;29:359–65. doi:10.1177/0890334413484552.

Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 3–13. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>

Schmied, V., Gribble, K., Sheehan, A., Taylor, C., & Dykes, F. C. (2011). Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-208>

Schubiger, G., Schwarz, U., Tönz, O., & Neonatal Study Group. (1997). UNICEF/WHO Baby-Friendly Hospital Initiative: Does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European Journal of Pediatrics*, 156(11), 874–877.

Schünemann, H., Brožek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (Eds.). (2013). *GRADE handbook: Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach*. GRADE Working Group. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>

Seguranyes G, Costa D, Fuentelsaz-Gallego C, Beneit JV, Carabantes D, Gomez-Moreno C et al. Efficacy of a videoconferencing intervention compared with standard postnatal care at primary care health centres in Catalonia. *Midwifery*. 2014;30(6):764–71. doi:10.1016/j.midw.2013.08.004.

Sharma, P., Dutta, A. K., Narayanan, I., & Mullick, D. N. (1987). Attitudes of medical and nursing personnel to breast feeding practices. *Indian Pediatrics*, 24(10), 911–915.

Shaw, R., Wallace, L. M., Cook, M., & Phillips, A. (2004). Perceptions of the Breastfeeding Best Start project. *Practising Midwife*, 7, 20–24.

Shortt E, McGorrian C, Kelleher C. A qualitative study of infant feeding decisions among low-income women in the Republic of Ireland. *Midwifery*. 2013;29(5):453–60. doi:10.1016/j.midw.2012.03.001. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services 48

Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W., & Edmond, K. M. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(7), e0180722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>

Spear, H. J. (2006). Policies and practices for maternal support options during childbirth and breastfeeding initiation after cesarean in southeastern hospitals. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 634–643.

Spear HJ. Breastfeeding behaviors and experiences of adolescent mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2006;31:106–13

Svensson K, Matthiesen AS, Widstrom AM. Night rooming-in: who decides? An example of staff influence on mother's attitude. *Birth*. 2005;32(2):99–106.

Sword WA, Krueger PD, Watt MS. Predictors of acceptance of a postpartum public health nurse home visit: findings from an Ontario survey. *Can J Public Health*. 2006;97(3):191–6.

Szucs, K. A., Miracle, D. J., & Rosenman, M. B. (2009). Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeeding Medicine*, 4, 31–42. <https://doi.org/10.1089/bfm.2008.0108>

Taveras, E. M., Li, R., Grummer-Strawn, L., Richardson, M., Marshall, R., Rêgo, V. H., et al. (2004). Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, 113, e283–e290.

- Tennant, R., Wallace, L. M., & Law, S. (2006). Barriers to breastfeeding: A qualitative study of the views of health professionals and lay counsellors. *Community Practitioner*, 79(5), 152–156.
- Terry, M., Barnes, C., Beal, K., Enciso, A. J., & Love-Zaranka, A. (2016). A tale of two Baby-Friendly Hospitals: Comparison of a military and a civilian experience. *Breastfeeding Medicine*, 11, 409–410. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0111>
- Tham, R., Bowatte, G., Dharmage, S. C., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., Allen, K. J., & Lodge, C. J. (2015). Breastfeeding and the risk of dental caries: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 62–84. <https://doi.org/10.1111/apa.13118>
- Úřad vlády České republiky. (2018). *Strategie k implementaci programu Světové zdravotnické organizace a UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative 2018 v České republice*. https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/strategie-baby-friendly-hospital-initiative-2018-v-ceske-republice-strategie-baby-friendly-hospital-initiative-2018-v-ceske-republice-66f3c8ce236d3-2_.pdf
- Victora, C. G., Behague, D. P., Barros, F. C., Olinto, M. T. A., & Weiderpass, E. (1997). Pacifier use and short breastfeeding duration: Cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*, 99(3), 445–453.
- Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2001;37(1):58–63.
- Vogel, A. M., & Mitchell, E. A. (1998). The establishment and duration of breastfeeding. Part 1: Hospital influences. *Breastfeeding Review*, 6(1), 5–9.
- Wallace, L. M., & Kosmala-Anderson, J. (2006). A training needs survey of doctors' breastfeeding support skills in England. *Maternal & Child Nutrition*, 2(4), 217–231.
- Walsh, A. D., Pincombe, J., & Henderson, A. (2011). An examination of maternity staff attitudes towards implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) accreditation in Australia. *Maternal and Child Health Journal*, 15(5), 597–609. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0628-1>
- Walters MW, Boggs KM, Ludington-Hoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth for full term infants: a pilot study. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007;32:375–81.
- Ward, K. N., & Byrne, J. P. (2011). A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *Journal of Human Lactation*, 27(4), 381–393. <https://doi.org/10.1177/0890334411411052>
- Watson, J., & McGuire, W. (2016). Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8), Article CD005255. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005255.pub5>
- Weddig, J., Baker, S. S., & Auld, G. (2011). Perspectives of hospital-based nurses on breastfeeding initiation best practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(2), 166–178. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01232.x>
- Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med*. 1989;17:181–91.
- World Health Organization. (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
- World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/601a8af5-0919-4ffb-a11d-fb534d96ed03/content>

World Health Organization. (2017a). *The international code of marketing of breast-milk substitutes: Frequently asked questions (2017 update)*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4c6bae4e-664a-4ae5-b26c-566e950aa330/content>

World Health Organization. (2018). Ten steps to successful breastfeeding. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

World Health Organization. (2023). Code and subsequent resolutions. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>

World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: Implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. World Health Organization.

World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). *Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).

World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2025). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The Baby-friendly Hospital Initiative: Monitoring manual*. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & Wellstart International. (1991). *The Baby-friendly Hospital Initiative: Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress*. World Health Organization.

Yilmaz, G., Caylan, N., Karacan, C. D., Bodur, İ., & Gokcay, G. (2014). Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: A randomized controlled study. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 174–179. <https://doi.org/10.1177/0890334413517940>

Yotebieng, M., Labbok, M., Soeters, H. M., Chalachala, J. L., Lapika, B., Vitta, B. S., & Behets, F. (2015). Ten Steps to Successful Breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, 3(9), e546–e555. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00012-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00012-1)

16 Přílohy

Příloha A: Standardizované hodnoticí nástroje pro hodnocení kvality nebo rizika zkreslení

Příloha B: Otázky ve formátu PICO a popis intervencí

Příloha C: Detaily systematických přehledů

Příloha D: Souhrnné tabulky zjištění (SoF tables)

Příloha E: Souhrnné tabulky zjištění kvalitativních studií GRADE-CERQual týkající se hodnot a preferencí matek

Příloha F: Souhrnné tabulky zjištění kvalitativních studií GRADE-CERQual o přijatelnosti mezi zdravotnickými pracovníky a zúčastněnými stranami

Příloha G: Rámec od důkazu k hodnocení

Příloha H: Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů

Příloha I: Vyhledávací strategie

Příloha A

Standardizované hodnoticí nástroje pro hodnocení kvality nebo rizika zkreslení

Hodnocení kvality nebo rizika zkreslení doporučeného postupu WHO (WHO Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, 2017) pomocí standardizovaného nástroje AGREE 2 (Líčeník, 2013).

Doména 1. rámec a účel							ZK	IP
1. Celkové cíle doporučeného postupu jsou specificky popsány.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář vii								
2. Zdravotní otázky, na které doporučený postup odpovídá, jsou konkrétně popsány.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář Str. 3 + otázky ve formátu PICO Annex 1								
3. Populace (pacienti, veřejnost atd.), pro kterou je poziční stanovisko určeno, je konkrétně popsána.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář Str. 2 target audience								
Doména 2. zapojení zainteresovaných osob								
4. Součástí skupiny pro tvorbu doporučeného postupu jsou odborníci ze všech relevantních oborů.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář Annex 7,8								
5. Je brán zřetel na názory a preference cílové populace (pacienti, veřejnost atd.).								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář								
6. Skupina cílových uživatelů je v doporučeném postupu jasně definována.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář								
Doména 3. přísnost tvorby								
7. Pro vyhledávání důkazů bylo použito systematických metod.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář								
8. Kritéria pro výběr důkazů jsou jasně popsána.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	6	7
Komentář Str. 33								
9. Silné stránky i omezení souboru důkazů jsou jasně popsány.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář								

Doména 3. přesnost tvorby									
10. Metody pro formulaci doporučení jsou jasně popsány.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář Str. 34									
11. Při tvorbě doporučení byly zváženy přínosy, vedlejší účinky a rizika intervencí.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář V rámci formátu DECIDE u každého doporučení.									
12. Mezi doporučeními a důkazy je explicitní vztah.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář Ano, DECIDE rámec při každém doporučení.									
13. Doporučený postup byl před publikováním podroben nezávislé odborné oponentuře.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář Str. 35, Annex 10									
14. Je uveden postup aktualizace doporučeného postupu.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář Xii, str. 36									
Doména 4. srozumitelnost									
15. Doporučení jsou přesná a jednoznačná.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář									
16. Jsou jasně popsány různé možnosti péče o jednotlivé stavy nebo zdravotní problémy.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		6	7
Komentář									
17. Klíčová doporučení jsou snadno rozpoznatelná.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář									
Doména 5. použitelnost									
18. Doporučený postup popisuje podpůrné nástroje a překážky jeho aplikace.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		7	7
Komentář Str. 28 implementation considerations									
19. Doporučený postup nabízí návod a/nebo nástroje pro zavádění doporučení do praxe.									
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím		6	7

Komentář Implementation of the guideline str. 28–29								
20. Byly zváženy možné dopady zavedení doporučení na zdroje.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	6	7
Komentář Ano, u každého doporučení resource implications,								
21. Doporučený postup uvádí kritéria pro monitorování a/nebo audit.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář Str. 28, 29 Monitoring zaveden do implementace. 6 globálních výživových cílů do 2025, jedním z cílů zvýšit míru vylučného kojení v prvních 6 měsících života na nejméně 60 %.								
Doména 6. ediční nezávislost								
22. Názory instituce poskytující finanční prostředky pro tvorbu doporučeného postupu neovlivnily jeho obsah.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář Jasně zdůvodněno, kým byl guideline financován a jejich neovlivnění obsahu. Dárci nefinancují konkrétní pokyny a neúčastní se žádného rozhodování souvisejícího s procesem tvorby pokynů, včetně formulace výzkumných otázek, členství ve skupinách pro tvorbu pokynů, provádění a interpretace systematických přehledů ani formulace doporučení. Str. V								
23. Byly zaznamenány a řešeny konkurenční zájmy členů skupiny pro tvorbu doporučeného postupu.								
1 silně nesouhlasím	2	3	4	5	6	7 silně souhlasím	7	7
Komentář Str. 32								

Celkové hodnocení doporučeného postupu

Na každou otázku zvolte prosím odpověď tak, aby co nejlépe charakterizovala hodnocený doporučený postup.

Hodnocení celkové kvality doporučeného postupu 97 % z maximálně možného počtu bodů)

1 Nejnižší možná kvalita	2	3	4	5	6	7 Nejvyšší možná kvalita
-----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Tento doporučený postup bych doporučila k používání v praxi.

Ano	x
Ano, ale s úpravami	
Ne	

Příloha B

Otázky ve formátu PICO a popis intervencí

Klinická otázka 1: Měla by zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči mít písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně komunikována zdravotnickému personálu, ve srovnání se zařízeními bez písemně zpracované strategie kojení, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Intervence: Strategie kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči musí pokrývat všechny zavedené standardy praxe a musí být plně implementovány a veřejně a pravidelně komunikovány personálu. Pomáhají zaměřit se na sociální, environmentální a praktické faktory, které ovlivňují schopnost matky kojit svého novorozence. Systematický přehled strategie kojení v zařízeních (Abe et al. 2017) zahrnoval všechny randomizované kontrolované studie, seskupené randomizované studie, kvazi-randomizované studie, nerandomizované studie a observační studie hodnotící zařízení s písemnou strategií kojení.

Populace (P)
Zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči
Podskupiny
Podle typu nemocnice nebo zařízení poskytujícího porodnickou a novorozeneckou péči: terciární nemocnice, spádová (referenční) nemocnice, nemocnice primární péče, fakultní (výuková) nemocnice.
Intervence (I)
Existence písemně zpracované strategie kojení
Podskupiny
Podle obsahu strategie: <ul style="list-style-type: none">• se specifikací všech ostatních devíti kroků z „Deseti kroků k úspěšnému kojení“• se specifikací některých (nikoli všech) z ostatních devíti kroků• bez specifikace kteréhokoli z ostatních devíti kroků Podle zahrnutí Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka (WHO, 1981): <ul style="list-style-type: none">• ano / ne Podle frekvence komunikace se stávajícím a novým personálem: <ul style="list-style-type: none">• každoročně• každé 2 roky• méně často
Komparace (C)
Neexistence písemně zpracované strategie kojení
Hlavní výstupy (O)
Časné zahájení kojení, výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení, délka výlučného kojení (v měsících), informovanost personálu o strategii kojení ve zdravotnickém zařízení, implementace Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka a navazujících rezolucí

Klinická otázka 2: Měl by být zdravotnický personál školen o kojení a podpůrných praktikách výživy, ve srovnání s neproškoleným personálem, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Intervence: Školení zdravotnických pracovníků jim umožňuje navázat na stávající znalosti a rozvíjet efektivní dovednosti, poskytovat jednotné informace a uplatňovat standardy politiky podle svých rolí. Systematický přehled o školení zdravotnických pracovníků (Balogun et al. 2017) zahrnoval všechny randomizované kontrolované studie porovnávající vzdělávání a školení zdravotnických pracovníků v oblasti kojení s žádným nebo obvyklým školením a vzděláváním.

Populace (P)
Zdravotnický personál
Podskupiny
Podle typu personálu: klinická role, přichází do kontaktu s matkou a dítětem, ale má omezenou roli v podpoře výživy dítěte; specializovaná role v podpoře výživy dítěte
Intervence (I)
Školení zdravotnických pracovníků o kojení a podpůrných praktikách výživy
Podskupiny
Podle frekvence školení: 1×, 2×, alespoň 3×
Komparace (C)
Neproškolený zdravotnický personál o kojení a podpůrných praktikách výživy
Hlavní výstupy (O)
Časné zahájení kojení, výlučné kojení během pobytu v zařízení, délka výlučného kojení (v měsících), znalosti zdravotnického personálu v oblasti výživy novorozenců, kvalita dovedností zdravotnického personálu ve zlepšování podpory matek v optimální výživě novorozenců.

Klinická otázka 3: Měly by těhotné ženy absolvovat prenatální edukaci o kojení, ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: Prenatální edukace těhotných žen o kojení může podpořit diskusi, prakticky připravit těhotné ženy a podpořit zahájení kojení po porodu. Může zahrnovat poradenství a poskytování informací různými způsoby. Prenatální edukace o kojení se liší od podpory kojení tím, že podpora kojení je poskytována po porodu konkrétní matce podle jejich aktuálních potřeb: psychologických, fyzických, finančních nebo cílených informací. Byly uvedeny dva systematické přehledy, jeden o předporodním vzdělávání o kojení (Lumbiganon et al. 2016) a druhý o širších předporodních aktivitách podporujících kojení s cílem podpořit zahájení kojení (Balogun et al. 2016), který zahrnoval studie se zapojením i osob mimo zdravotnický personál

Populace (P)
Těhotné ženy s prenatální péčí
Intervence (I)
Prenatální edukace o kojení poskytnutá těhotným ženám
Podskupiny
Podle typu propagace: osobní poradenství, distribuce tištěných materiálů, skupinová setkání
Podle frekvence: 1×, 2×, 3×, alespoň 4×
Komparace (C)
Žádná prenatální edukace o kojení poskytnut těhotným ženám
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, časné zahájení kojení do 1 hodiny po porodu, výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsících, délka výlučného kojení (v měsících) a zahájení laktace

Klinická otázka 4: Měly by ženy po porodu praktikovat časný kontakt kůže na kůži, ve srovnání s jeho nerealizací, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení do jedné hodiny po porodu?

Intervence: Kontakt kůže na kůži nastává, když je dítě položeno na břicho nebo hrud' matky v přímém kontaktu kůže na kůži. Kontakt kůže na kůži by měl být nepřerušovaný alespoň 60 minut. Dítě je důkladně osušeno a udržováno v teple (například přikrytím zahřátou dekou přes záda).

U předčasně narozených a nízké porodní hmotnosti dětí nahrazuje klokánkování (WHO, 2003) obdobné umístění dítěte do kontaktu kůže na kůži, pevně přiložené na hrud' matky, často mezi prsy, jakmile je dítě schopno. Klokánkování může být prováděno i jinou osobou, často druhým rodičem dítěte, blízkým příbuzným nebo doprovázející osobou. Porovnávací skupiny zahrnovaly oblečené nebo zavinuté děti držené v náručí nebo umístěné v postýlkách či jinde.

Populace (P)
Ženy po porodu
Intervence (I)
Časný kontakt kůže na kůži – bezprostřední a pokračující přímý kontakt mezi matkou a novorozencem
Podskupiny
Podle načasování: do <5 minut, 5–60 minut, 1–4 hodiny, >4 hodiny
Komparace (C)
Žádný časný kontakt kůže na kůži
Hlavní výstupy (O)
Časný kontakt kůže na kůži, časné zahájení kojení do 1 hodiny po porodu, časné zahájení kojení do 1 dne po porodu, výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení, výlučné kojení v 1 měsíci, výlučné kojení v 6 měsících, délka výlučného kojení (v měsících)

Klinická otázka 5: Měly by ženy po porodu zahájit kojení časné, ve srovnání s jeho nezahájením, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: Časné zahájení kojení znamená zahájení kojení do 1 hodiny po porodu. Opožděné zahájení kojení znamená zahájení kojení po první hodině po porodu (1–23 hodin po porodu nebo jeden či více dní po porodu). Děti umístěné v kontaktu kůže na kůži obvykle samy najdou cestu k prsu a spontánně se přisají.
Populace (P)
Ženy po porodu
Intervence (I)
Časné zahájení kojení (přisátí a sání)
Komparace (C)
Zpožděné zahájení kojení (pozdní přisátí a sání)
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. měsíci, výlučné kojení v 6. měsících, délka výlučného kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), rozvoj laktace

Klinická otázka 6: Měla by být ženám po porodu poskytnuta asistence pro správné přiložení a přisátí dítěte, aby jejich novorozenci dosáhli správného efektivního sání, ve srovnání s neposkytnutím této asistence, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence:

Tato podpora obvykle zahrnuje praktickou ukázkou správných poloh pro ideální přisátí dítěte k prsu. Součástí edukace je i možnost diskuse k zodpovězení otázek a nejasností spojených s kojením.

Populace (P)
Ženy po porodu
Intervence (I)
Asistence matkám při správném přiložení a přisátí, aby jejich novorozenec dosáhl efektivního sání
Podskupiny
Podle typu podpory: osobní poradenství, distribuce tištěných nebo video materiálů (bez přímého kontaktu), skupinová setkání
Podle frekvence: 1×, 2×, alespoň 3×
Komparace (C)
Neposkytování asistence matkám při přiložení, přisátí a sání jejich novorozenců
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), délka kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), stav prsu (bolestivé nebo popraskané bradavky, nalitá prsa, záněty prsu a další)

Klinická otázka 7: Měly by být ženy po porodu instruovány, jak praktikovat ruční odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, ve srovnání se situací, kdy nejsou instruovány o ručním odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: Ukázat matkám, jak odstříkávat mateřské mléko, může být užitečné k ujištění, že jejich prsa mléko produkují (zejména v prvních dnech po porodu), a následně k tomu, aby matka mohla zajistit podání mateřského mléka v případě, že bude muset být od svého dítěte oddělena. Systematický přehled o odstříkávání mateřského mléka (Becker et al., 2016) zahrnoval studie, které poskytovaly instruktáž nebo podpurný protokol pro ruční odstříkávání nebo pro odsávání pomocí odsávačky.

Populace (P)
Ženy po porodu
Intervence (I)
Instruktáž a podpora matek v odsávání mateřského mléka (dle metody: ruční odstříkávání, odsávání ruční odsávačkou, odsávání elektrickou odsávačkou)
Komparace (C)
Absence instruktáže a podpory matek v nácviu ručního odstříkávání nebo jiných metod odsávání mateřského mléka
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), efektivita odsávání mateřského mléka (objem odsátého mateřského mléka)

Klinická otázka 8: Mělo by být novorozencům podáváno pouze mateřské mléko, bez jakékoli jiné výživy nebo tekutin, pokud není zdravotně indikováno, ve srovnání s podáváním jakékoliv jiné výživy nebo tekutin, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: V zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči je dokrmování formulí někdy nutné u rizikových novorozenců (WHO, 2009).

Populace (P)
Novorozenci bez zdravotní kontraindikace kojení
Intervence (I)
Novorozencům podáváno pouze mateřské mléko bez jiné výživy a tekutin
Komparace (C)
Podávání jiné výživy nebo tekutin v časném období
Podskupiny
Podle načasování podání doplňkové výživy/tekutin: před prvním kojením, do 1 dne po porodu, do 3 dnů po porodu, po celou dobu pobytu v zařízení
Výstupy (O)
Časné zahájení kojení do jedné hodiny po porodu, časné zahájení kojení do jednoho dne po porodu, výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. a 6. měsíci věku dítěte, délka výlučného kojení (v měsících), morbidita (výskyt respiračních infekcí, průjmových onemocnění a dalších), rozvoj laktace

Klinická otázka 9: Měly by ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in), ve srovnání s nepraktikováním rooming-in, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: Rooming-in znamená, že matky a děti jsou ubytovány společně ve stejném pokoji – bezprostředně poté, co opustí porodní sál po fyziologickém porodu v zařízení, nebo od chvíle, kdy je matka schopna reagovat na dítě, až do propuštění. To znamená, že matka a dítě jsou spolu po celý den i noc, s výjimkou krátkých intervalů, kdy má matka specifickou potřebu, například použít toaletu. Srovnávací intervence spočívá v tom, že matky a děti jsou ubytovány odděleně po celou dobu nebo její část, a hlavním místem péče o dítě je novorozenecké oddělení během pobytu v nemocnici.

Populace (P)
Ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci
Intervence (I)
Pobyt novorozenců v jedné místnosti s matkami (rooming-in)
Komparace (C)
Bez pobytu novorozenců a matek v jedné místnosti (oddělená péče o matky a novorozence)
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. měsíci, výlučné kojení v 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), rozvoj laktace

Klinická otázka 10: Měly by ženy po porodu praktikovat kojení dle potřeb dítěte, ve srovnání s nepraktikováním kojení dle potřeb dítěte, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: Kojení dle potřeb dítěte zahrnuje rozpoznávání a reagování na projevy hladu a signály dítěte a jeho připravenost ke krmení jako součást pečujícího vztahu mezi matkou a dítětem. Kojení dle potřeb dítěte neklade žádná omezení na frekvenci ani délku kojení, ani na použití jednoho či obou prsů při jednotlivém kojení, a matkám se doporučuje kojit kdykoli dítě projeví známky hladu nebo tak často, jak dítě samo chce. Srovnávací postup, plánované kojení, zahrnuje předem stanovenou a obvykle časově omezenou frekvenci a rozvrh kojení.

Populace (P)
Ženy po porodu
Intervence (I)
Kojení dle potřeb dítěte po dobu hospitalizace
Komparace (C)
Kojení dle pevného rozvrhu (ne kojení podle potřeb dítěte) po dobu hospitalizace
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení ve 3. a 6. měsíci, délka výlučného kojení (v měsících), délka jakéhokoli kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin)

Klinická otázka 11: Měly by děti, které jsou nebo budou kojené, dostávat výživu pouze prostřednictvím kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo jinými metodami bez saviček, ve srovnání s podáním výživy pomocí saviček, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Intervence: Vyhýbání se používání saviček znamená podávání perorální výživy (odstříkaného mateřského mléka nebo – pokud je to medicínsky indikováno – kombinace odstříkaného mateřského mléka a jiných tekutin) pomocí kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst či jiné metody, pokud dítě není přisáto k prsu.

Populace (P)
Novorozenci, kteří jsou nebo budou kojeni, nebo kterým je podáváno mateřské mléko jinak než přímo z prsu
Intervence (I)
Savičky se nepoužívají (místo nich se používá kalíšek, lžička, sonda k prsu, stříkačka, krmení přes prst či jiné metody bez použití saviček), v případě, kdy dítě není kojeno přímo z prsu
Komparace (C)
Používání saviček v případě, kdy dítě není kojeno přímo z prsu
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení během pobytu v zařízení, výlučné kojení v 1. a 6. měsíci, doba výlučného kojení (v měsících), novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost (ze všech příčin), zahájení laktace

Klinická otázka 12: Měly by ženy rodící v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči získat kontakt na pokračující podporu kojení po propuštění z těchto zařízení, ve srovnání s nezískáním kontaktu na podporu kojení po propuštění, aby se zvýšila míra výlučného kojení v 1. měsíci po porodu?

Intervence: Plánování propuštění a propojení na pokračující podporu: před propuštěním ze zařízení poskytujícího porodnickou a novorozeneckou péči, při porodu a novorozeneckém období je nutné naplánovat kojení po propuštění a zajistit propojení na pokračující a konzistentní podporu mimo zařízení, aby se matkám pomohlo udržet kojení. Byl proveden systematický přehled za účelem posouzení důkazů týkajících se zajištění propojení na další podporu kojení (da Silva et al., 2016). Přehled nezhodnotil účinky samotné podpory kojení po propuštění (například peer podporu,

Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

klinickou podporu nebo specializovanou laktační podporu), ale spíše propojení na další podporu, které zajišťovala zařízení.

Populace (P)
Ženy rodící v zařízení poskytujícím porodnickou a novorozeneckou péči
Intervence (I)
Získání kontaktu na podporu kojení po propuštění ze zařízení
Podskupiny
Podle typu podpory: aktivní kontakt s matkami (např. domácí návštěvy nebo telefonáty), pasivní (např. plánování návštěv, doporučení na peer podporu, sdílení informací, poskytnutí telefonního čísla) Podle kvality podpory na základě vzdělání nebo školení poskytovatele podpory: bez školení, se školením v oblasti laktační podpory
Komparace (C)
Nezískání kontaktu na podporu kojení po propuštění ze zařízení
Hlavní výstupy (O)
Výlučné kojení v 1 měsíci, výlučné kojení ve 3 měsících, výlučné kojení v 6 měsících, doba výlučného kojení (v měsících), doba jakéhokoli kojení (v měsících), morbidita (respirační infekce, průjem, jiné)

Příloha C

Detaily systematických přehledů

Klinická otázka 1: Měla by zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči mít písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně komunikována zdravotnickému personálu, ve srovnání se zařízeními bez písemně zpracované strategie kojení, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Detaily studie	
Autor a rok	Abe et al., 2016
Zaměření přehledu	Nemocnice a zdravotnická zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči, které mají písemnou strategii kojení, která je pravidelně komunikována, mají výrazně vyšší pravděpodobnost zavedení jednoho nebo všech ostatních kroků k úspěšnému kojení a zlepšení míry i délky kojení ve srovnání se zařízeními bez písemné politiky.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazirandomizované kontrolované studie, nerandomizované studie (kontrolované klinické studie, přerušené časové řady, kontrolované před-po studium), observační studie (průřezové, případ-kontrola a kohortní studie).
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, Embase and MEDLINE via Ovid SP, CINAHL via EBSCO, British Nursing Index via HDAS, Web of Science
Počet studií a účastníků	1 studie s 916 kojenci
Země původu	Brazílie
Abe SK, Jung J, Rahman M, Haruyama R, Kita M, Koyama M et al. Hospitals with a written breastfeeding policy statement and implementation of the steps of breastfeeding: a systematic review [protocol]. PROSPERO.2016: CRD42016038143 (https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016038143).	

Klinická otázka 2: Měl by být zdravotnický personál školen o kojení a podpůrných praktikách výživy, ve srovnání s neproškoleným personálem, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Detaily studie	
Autor a rok	Gavine et al., 2017
Zaměření přehledu	Zjistit, zda vzdělávací a školicí programy pro zdravotnický personál mají vliv na jejich znalosti a postoje týkající se podpory kojících žen.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované kontrolované studie porovnávající vzdělávání a školení o kojení pro zdravotnické pracovníky s absencí nebo běžnou formou vzdělávání a školení.
Zdroje vyhledávání	Registr klinických studií skupiny Cochrane Pregnancy and Childbirth.
Počet studií a účastníků	3 studie se 250 účastníky.
Země původu	Brazílie, Dánsko, Švédsko
Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. Int Breastfeed J. 2016; 12:6. doi 10.1186/s13006-016-0097-2. (100)	

Detaily studie	
Autor a rok	Balogun et al., 2017
Zaměření přehledu	Posoudit účinek školení zdravotnických pracovníků v zařízeních na výsledky kojení.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazi-randomizované kontrolované studie a kontrolované studie typu před-po.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science a British Nursing Index.
Počet studií a účastníků	6 studií s 390 zdravotnickými pracovníky.
Země původu	Austrálie, Brazílie, Kanada, Švédsko, Spojené státy.
Balogun OO, Dagvadorj A, Yourkavitch J, da Silva Lopez K, Suto M, Takemoto Y, et al. Health facility staff training for improving breastfeeding outcome: a systematic review for step 2 of the Baby-friendly Hospital Initiative. Breastfeed Med. 2017;20 September [epub ahead of print] PubMed PMID: 28930480.	

Klinická otázka 3: Měly by těhotné ženy absolvovat prenatální edukaci o kojení, ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Lumbiganon et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinnost prenatální edukace o kojení na zvýšení zahájení a délky kojení.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované kontrolované studie hodnotící efekt formální předporodní edukace o kojení nebo porovnávající dvě různé metody formální předporodní edukace o kojení na délku kojení.

Zdroje vyhledávání	Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, CENTRAL, MEDLINE.
Počet studií a účastníků	24 studií s 10 056 ženami.
Země původu	Austrálie, Kanada, Čína, Dánsko, Singapur, Velká Británie, Spojené státy americké.
Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(12):CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4.	

Detaily studie	
Autor a rok	Balogun et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinnost různých typů intervencí na podporu kojení z hlediska změny počtu žen, které zahájily kojení.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované kontrolované studie jakékoli intervence na podporu kojení v jakékoli populaci.
Zdroje vyhledávání	Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register
Počet studií a účastníků	28 studií se 107 362 ženami
Země původu	Ghana, Malawi, Nikaragua, Nigérie, Velká Británie, Spojené státy americké.
Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(11):CD001688. doi:10.1002/14651858.CD001688.pub3.	

Klinická otázka 4: Měly by ženy po porodu praktikovat časný kontakt kůže na kůži, ve srovnání s jeho nerealizací, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení do jedné hodiny po porodu?

Detaily studie	
Autor a rok	Moore et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinky okamžitého nebo časného kontaktu kůže na kůži u zdravých novorozenců ve srovnání se standardním kontaktem na navázání a udržení kojení a na fyziologii novorozenců.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované kontrolované studie porovnávající okamžitý nebo časný kontakt kůže na kůži s obvyklou nemocniční péčí.
Zdroje vyhledávání	Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register
Počet studií a účastníků	46 studií s 3 850 ženami a jejich zdravými donošenými novorozenci
Země původu	Kanada, Chile, Čína, Německo, Guatemala, Indie, Itálie, Japonsko, Nepál, Polsko, Jihoafrická republika, Španělsko, Švédsko, Spojené království, Spojené státy americké, Vietnam.
Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.	

Detaily studie	
Autor a rok	Conde-Agudelo et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit, zda existují důkazy podporující použití klokánkování u novorozenců s nízkou porodní hmotností jako alternativy konvenční novorozenecké péče před nebo po počáteční stabilizaci, a posoudit přínosy a rizika.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované kontrolované studie porovnávající klokánkování versus konvenční novorozeneckou péči, nebo časně zahájenou versus pozdě zahájeným klokánkováním, u novorozenců s nízkou porodní hmotností.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE, Embase, CINAHL, LILACS, POPLINE, WHO Trial Registration Data Set.
Počet studií a účastníků	21 studií s 3 042 novorozenci.
Země původu	Austrálie, Kolumbie, Ekvádor, Etiopie, Indie, Indonésie, Madagaskar, Malajsie, Mexiko, Nepál, Spojené království, Spojené státy americké.
Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.	

Klinická otázka 5: Měly by ženy po porodu zahájit kojení časně, ve srovnání s jeho nezačínáním, aby se zvýšila míra vylučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Smith et al., 2017
Zaměření přehledu	Posoudit vztah mezi velmi časným zahájením kojení (<1 hodina po porodu) ve srovnání s opožděným zahájením (2–23 hodin a ≥ 24 hodin po porodu) a nemocností a úmrtností kojenců.
Kritéria pro výběr studií	Observační studie (např. průřezové, kohortové a případové-kontrolní studie) a randomizované kontrolované studie zkoumající souvislost mezi časem zahájení kojení a úmrtností, nemocností nebo nutričními výsledky od narození do 12 měsíců věku u populace novorozenců a kojenců, kteří všichni zahájili kojení.

Zdroje vyhledávání	PubMed, Embase, Web of Science, CINAHL, POPLINE, LILACS, Abridged Index Medicus (AIM), Index Medicus pro východní Středomoří.
Počet studií a účastníků	5 studií se 136 047 kojenci
Země původu	Ghana, Indie, Tanzanie
Smith E, Hurt L, Chowdhury R, Sihna B, Fawzi W, Edmond K. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722).	

Klinická otázka 6: Měla by být ženám po porodu poskytnuta asistence pro správné přiložení a přísátí dítěte, aby jejich novorozenci dosáhli správného efektivního sání, ve srovnání s neposkytnutím této asistence, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	McFadden et al., 2017
Zaměření přehledu	Popsat formy podpory kojení, které byly hodnoceny v kontrolovaných studiích, časování intervencí a prostředí, ve kterých byly použity.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované nebo kvazi-randomizované kontrolované studie porovnávající doplňkovou podporu pro zdravé kojící matky zdravých donošených dětí s obvyklou porodnickou péčí.
Zdroje vyhledávání	Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register
Počet studií a účastníků	100 studií, 83 246 párů matka–dítě
Země původu	Austrálie, Bangladéš, Bělorusko, Brazílie, Burkina Faso, Kanada, Čína, Chorvatsko, Demokratická republika Kongo, Dánsko, Francie, Indie, Írán, Itálie, Keňa, Malajsie, Mexiko, Nizozemsko, Pákistán, Singapur, Jihoafrická republika, Švédsko, Sýrie, Turecko, Uganda, Spojené království, Spojené státy americké
McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5	

Detaily studie	
Autor a rok	Crowe et al., 2016
Zaměření přehledu	Zjistit účinky používání nástroje pro posouzení připravenosti ke kojení ve srovnání s nepoužitím žádného nástroje nebo jiného nástroje na výsledky, jako je čas do dosažení plného perorálního krmení a délka hospitalizace u předčasně narozených dětí.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazi-randomizované studie porovnávající formální nástroj pro posouzení připravenosti předčasně narozených dětí ke krmení s běžnou praxí (žádný nástroj) nebo s jiným nástrojem pro hodnocení připravenosti ke krmení.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE přes PubMed, CINAHL
Počet studií a účastníků	Nebyla nalezena žádná studie splňující kritéria.
Země původu	-
Crowe L, Chang A, Wallace K. Instruments for assessing readiness to commence suck feeds in preterm infants: effects on time to establish full oral feeding and duration of hospitalisation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD005586. doi: 10.1002/14651858.CD005586.pub3	

Klinická otázka 7: Měly by být ženy po porodu instruovány, jak praktikovat ruční odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, ve srovnání se situací, kdy nejsou instruovány o ručním odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Becker et al., 2016
Zaměření přehledu	Zhodnotit přijatelnost, účinnost, bezpečnost, vliv na složení mléka, riziko kontaminace a náklady různých metod odstříkávání/odsávání mateřského mléka.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazi-randomizované studie porovnávající metody odstříkávání/odsávání, kdykoliv po porodu.
Zdroje vyhledávání	Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register
Počet studií a účastníků	41 studií s 2293 účastnicemi
Země původu	Austrálie, Brazílie, Kanada, Ekvádor, Egypt, Indie, Izrael, Keňa, Malajsie, Mexiko, Nigérie, Turecko, Spojené království, Spojené státy
Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD006170. doi: 10.1002/14651858.CD006170.pub	

Klinická otázka 8: Mělo by být novorozencům podáváno pouze mateřské mléko, bez jakékoli jiné výživy nebo tekutin, pokud není zdravotně indikováno, ve srovnání s podáváním jakékoliv jiné výživy nebo tekutin, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Smith a Becker, 2016
Zaměření přehledu	Posoudit přínosy a rizika podávání doplňkové výživy nebo tekutin donošeným zdravým plně kojeným kojencům a zkoumat načasování a typ této doplňkové stravy nebo tekutin.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované nebo kvazi-randomizované kontrolované studie u kojenců mladších 6 měsíců, porovnávající výlučné kojení versus kojení s jakoukoli doplňkovou výživou nebo tekutinami.
Zdroje vyhledávání	Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register
Počet studií a účastníků	11 studií se 2542 randomizovanými páry matka-novorozenec
Země původu	Česká republika, Švédsko, Spojené státy americké
Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8): CD006462. doi: 10.1002/14651858.CD006462.pub4	

Klinická otázka 9: Měly by ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in), ve srovnání s nepraktikováním rooming-in, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Jaafar et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinek společného pobytu matky a novorozence na jednom pokoji ve srovnání s jejich oddělením na délku kojení (výlučného i celkového).
Kritéria pro výběr studií	Randomizované nebo kvazi-randomizované kontrolované studie zkoumající účinek společného pobytu matky a novorozence na jednom pokoji ve srovnání s oddělenou péčí po porodu v nemocnici nebo doma, na délku kojení, podíl kojených dětí v 6 měsících a na nežádoucí novorozenecké a mateřské výsledky.
Zdroje vyhledávání	
Počet studií a účastníků	1 studie se 176 ženami
Země původu	Rusko
Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD006641. doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.	

Klinická otázka 10: Měly by ženy po porodu praktikovat kojení dle potřeb dítěte, ve srovnání s nepraktikováním kojení dle potřeb dítěte, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Fallon a kol., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinky kojení dle potřeb dítěte ve srovnání s plánovaným kojením na úspěšnost kojení u zdravých novorozenců.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazirandomizované studie.
Zdroje vyhledávání	Registr klinických studií Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, EThOS (E-Theses Online Service), Index to Theses, databáze ProQuest, důkazy WHO z roku 1998 na podporu Deseti kroků k úspěšnému kojení.
Počet studií a účastníků	Žádná studie nesplnila kritéria pro zařazení.
Země původu	-
Fallon A, Van der Putten D, Dring C, Moylett EH, Fealy G, Devane D. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD009067. doi: 10.1002/14651858.CD009067.pub3.	

Detaily studie	
Autor a rok	Watson a McGuire, 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinky krmení nedonošených dětí dle potřeb (tzv. responsive feeding) oproti podávání předepsaných objemů v pravidelných intervalech na růstové ukazatele, úroveň spokojenosti rodičů a dobu do propuštění z nemocnice.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazirandomizované kontrolované studie, které porovnávaly strategii krmení nedonošených dětí podle potřeb oproti krmení v plánovaných intervalech.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE (via PubMed), Embase, CINAHL.
Počet studií a účastníků	Devět randomizovaných kontrolovaných studií se 593 kojenci (žádná ze studií neuváděla žádné z kritických výsledků).

Země původu	Kanada, Spojené státy americké
Watson J, McGuire W. Responsive versus scheduled feeding for preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD005255. doi: 10.1002/14651858.CD005255.pub5.	

Detaily studie	
Autor a rok	Jaafar et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit vliv omezeného ve srovnání s neomezeným používáním dudlíku u zdravých donošených novorozenců, jejichž matky zahájily kojení a mají v úmyslu výlučně kojít, na délku kojení, další výsledky kojení a zdraví dítěte.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazirandomizované kontrolované studie porovnávající omezené versus neomezené používání dudlíku u zdravých donošených novorozenců, kteří zahájili kojení.
Zdroje vyhledávání	Register klinických studií Cochrane Pregnancy and Childbirth Group
Počet studií a účastníků	3 studie zahrnující 1915 dětí
Země původu	Argentina, Kanada, Švýcarsko
Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD007202. doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4	

Klinická otázka 11: Měly by děti, které jsou nebo budou kojené, dostávat výživu pouze prostřednictvím kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo jinými metodami bez saviček, ve srovnání s podáním výživy pomocí saviček, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Detaily studie	
Autor a rok	Foster et al., 2016
Zaměření přehledu	Posoudit účinky nenutritivního sání na fyziologickou stabilitu a výživu u předčasně narozených dětí.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazirandomizované kontrolované studie, které porovnávaly nenutritivní sání versus nepodávání nenutritivního sání u předčasně narozených dětí.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE přes PubMed, Embase, CINAHL
Počet studií a účastníků	12 studií se 746 předčasně narozenými dětmi
Země původu	Austrálie, Brazílie, Čína, Spojené království, Spojené státy
Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(10):CD001071. doi: 10.1002/14651858.CD001071.pub3	

Detaily studie	
Autor a rok	Greene et al., 2016
Zaměření přehledu	Stanovit účinnost intervencí s orofaciální stimulací na dosažení schopnosti orálního krmení u předčasně narozených dětí (narozených před 37. týdnem postmenstruačního věku).
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazirandomizované kontrolované studie porovnávající konkrétní metodu orofaciální stimulace s žádnou intervencí, standardní péčí, imitací intervence (sham treatment) nebo ne-orální intervencí u předčasně narozených dětí, přičemž byly hodnoceny alespoň některé ze zadaných výstupů.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE přes PubMed, Embase, CINAHL
Počet studií a účastníků	19 studií s 823 účastníky
Země původu	Brazílie, Čína, Francie, Indie, Írán, Spojené království, Spojené státy
Greene Z, O'Donnell CPF, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(9):CD009720. doi: 10.1002/14651858.CD009720.pub2.	

Detaily studie	
Autor a rok	Ganchimeg et al., 2016
Zaměření přehledu	Cílem bylo zjistit účinky vyhýbání se krmení savičkou během zahajování kojení na úspěšnost kojení u zdravých donošených novorozenců.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazi-randomizované kontrolované studie.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, Embase a MEDLINE (prostřednictvím Ovid SP), CINAHL (prostřednictvím EBSCO), British Nursing Index (prostřednictvím HDAS) a Web of Science.
Počet studií a účastníků	2 studie s 1241 účastníky.
Země původu	Švýcarsko, Spojené státy.

Ganchimeg T, Sugimoto K, Fukazawa KR, Rayco-Solon P, Ota E. Avoidance of bottles and artificial teats during the establishment of breastfeeds in healthy term infants: a systematic review of randomized controlled trials [protocol]. PROSPERO. 2016: CRD42016041370 (http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016041370).

Detaily studie	
Autor a rok	Flint et al., 2016
Zaměření přehledu	Cílem bylo zjistit účinky podávání mléka z kalíšku ve srovnání s jinými formami enterálního podávání na přírůstek hmotnosti a dosažení úspěšného kojení u donošených i předčasně narozených dětí, které nejsou schopny se plně kojit.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované nebo kvazi-randomizované kontrolované studie porovnávající podávání mléka z kalíšku s jinými formami enterálního podávání u donošených a předčasně narozených dětí.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE (prostřednictvím PubMed), Embase, CINAHL.
Počet studií a účastníků	5 studií s 971 účastníky.
Země původu	Austrálie, Brazílie, Turecko, Spojené království.
Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2016;(8):CD005092. Doi:10.1002/14651858.CD005092. pub3.	

Detaily studie	
Autor a rok	Collins et al., 2016
Zaměření přehledu	Cílem bylo zjistit vliv vyhýbání se krmení savičkou během zahajování kojení na pravděpodobnost úspěšného kojení a posoudit bezpečnost alternativního krmení savičkou
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazi-randomizované kontrolované studie porovnávající vyhýbání se savičkám versus použití saviček ženami, které se rozhodly kojit své předčasně narozené dítě.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE (prostřednictvím PubMed), Embase, CINAHL.
Počet studií a účastníků	7 studií s 1152 účastníky.
Země původu	Austrálie, Brazílie, Turecko, Spojené království, Spojené státy.
Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, Sukanuma H, Makrides M. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2016;(10):CD005252. doi: 10.1002/14651858.CD005252. pub4.	

Klinická otázka 12: Měly by ženy rodičí v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči získat kontakt na pokračující podporu kojení po propuštění z těchto zařízení, ve srovnání s nezískáním kontaktu na podporu kojení po propuštění, aby se zvýšila míra výlučného kojení v 1. měsíci po porodu?

Detaily studie	
Autor a rok	da Silva Lopez et al., 2016
Zaměření přehledu	Cílem bylo posoudit důkazy o významu zajištění návaznosti na skupiny podpory kojení po propuštění z porodnického zařízení za účelem zlepšení výsledků kojení.
Kritéria pro výběr studií	Randomizované a kvazi-randomizované kontrolované studie, které hodnotily poskytování informace o zajištění návaznosti na podporu kojení ženám při propuštění ve srovnání se situací bez zajištění této podpory po propuštění z porodnického zařízení.
Zdroje vyhledávání	CENTRAL, MEDLINE, CINAHL, Embase, British Nursing Index, Web of Science.
Počet studií a účastníků	2 klastrové randomizované kontrolované studie s 5590 dvojicemi matka-dítě.
Země původu	Austrálie, Demokratická republika Kongo.
da Silva Lopez K, Ohde S, Suto M, Rayco-Solon P, Miyazaki C, Balogun OO et al. Providing linkage to breastfeeding support to mothers on discharge to improve breastfeeding outcomes: a systematic review [protocol]. PROSPERO. 2016: CRD42016041273 https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016041273 .	

Příloha D

Souhrnné tabulky zjištění (SoF)

Klinická otázka 1: Měla by zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči mít písemně zpracovanou strategii kojení, která je pravidelně komunikována zdravotnickému personálu, ve srovnání se zařízeními bez písemně zpracované strategie kojení, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Strategie kojení ve zdravotnických zařízeních poskytujících službu v oblasti mateřství a novorozenecké péče

Mít písemnou strategii kojení, která je pravidelně komunikována, ve srovnání s neexistencí politiky kojení při ochraně, podpoře a propagaci kojení

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při neexistenci politiky kojení	Riziko při existenci politiky kojení, která je pravidelně komunikována				
Výlučné kojení	327 na 1000	343 na 1000 (284 až 415 na 1000)	RR 1.05 (0.87 až 1.27)	916 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Velmi nízká	Výsledky jsou založeny na Poissonově regresi (nezpracovaná analýza) 2 průřezových šetření s odstupem 6 měsíců.
Výlučné kojení	327 na 1000	360 na 1000 (297 až 438 na 1000)	RR 1.10 (0.91 až 1.34)	916 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ² Velmi nízká	Výsledky jsou založeny na Poissonově regresi (s kontrolou věku dítěte, věkové skupiny matky a úrovně vzdělání matky) 2 průřezových šetření s odstupem 6 měsíců.
Včasné zahájení kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Povědomí personálu o strategii nemocnice ohledně výživy kojenců						Tento výsledek nebyl reportován.
Implementace ustanovení Mezinárodního kodexu marketingu náhražek mateřského mléka						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).
CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Výsledky jsou založeny na jedné observační studii, která shromažďovala informace o vysvětlujících proměnných (splnění Deseti kroků k úspěšnému kojení) v únoru 2011 a informace o výsledkových proměnných (míra kojení) a indikátorových proměnných (věk dítěte, věk matky, vzdělání matky) v srpnu 2011, tedy o 6 měsíců později. Nepřesnost (malá velikost vzorku) (sníženo: -1).

2 Výsledky jsou založeny na jedné observační studii, která shromažďovala informace o vysvětlujících proměnných (splnění Deseti kroků k úspěšnému kojení) v únoru 2011 a informace o výstupních (míra kojení) a indikátorových (věk dítěte, věk matky, vzdělání matky) proměnných v srpnu 2011, tedy o 6 měsíců později. Nepřesnost (malý počet vzorků) (sníženo: -1).

Klinická otázka 2: Měl by být zdravotnický personál školen o kojení a podpůrných praktikách výživy, ve srovnání s neproškoleným personálem, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení?

Školení zdravotnických pracovníků

Vzdělávání nebo školení zdravotnického personálu ve srovnání s absencí vzdělávání nebo jinými formami školení při ochraně, prosazování a podpoře kojení

Pacient nebo populace: zdravotničtí pracovníci, kteří přicházejí do kontaktu s matkami a kojenci

Prostředí: zařízení poskytující porodnické a novorozenecké služby

Intervence: vzdělávání nebo školení zdravotnického personálu o kojení a podpůrných praktikách krmení

Srovnání: žádné vzdělávání nebo jiné formy školení

- Ve sledovaných výsledcích i v použitých nástrojích sběru dat byla heterogenita; žádná ze zařazených studií nepoužila validovaný nástroj.
- Pouze dvě studie zkoumaly dopad intervence na znalosti. Protože jedna studie použila přímé měření znalostí a druhá nepřímé měření znalostí, nebylo možné obě studie zkombinovat do metaanalýzy. Výsledky jednotlivých studií však naznačovaly malý, ale statisticky významný nárůst ukazatelů znalostí o kojení u zdravotnického personálu, který absolvoval intervenci.
- Postoje ke kojení byly zařazeny jako sledovaný výstup pouze ve dvou studiích a opět nebylo možné data zkombinovat do metaanalýzy. Jedna z těchto dvou studií použila přímé měření postojů, které zahrnovalo čtyři sub škály, a druhá studie použila tři nepřímé míry postojů (subjektivní normy, hodnocení chování a sebehodnocenou účinnost). U postojů nebyl pozorován konzistentní efekt intervence – dvě ze čtyř přímých sub škál a dvě ze tří nepřímých měř naznačovaly malý, ale statisticky významný pozitivní efekt, zatímco u ostatních tří sub škál měřících postoje se významný efekt neprokázal.
- Do tohoto přehledu přispěla pouze jedna studie hodnotící dodržování Iniciativy Baby-friendly Hospital, která vykazala malý, ale významný pozitivní efekt na realizaci pátého kroku Deseti kroků k úspěšnému kojení (ukázka kojení).

V hodnocených studiích nebyly zaznamenány následující výsledky: časné zahájení kojení, výlučné kojení během pobytu v zařízení, délka výlučného kojení nebo dodržování ustanovení Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka.

Školení o kojení nebo podpůrných praktikách krmení ve srovnání s absencí školení při ochraně, prosazování a podpoře kojení

Pacient nebo populace: personál zdravotnických zařízení

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: školení zdravotnického personálu o kojení nebo podpůrných praktikách krmení

Srovnání: žádné školení zdravotnického personálu o kojení nebo podpůrných praktikách krmení

Přehled identifikoval pět studií: tři nerandomizované kontrolované observační studie před a po intervenci a dvě klastrově randomizované studie. Žádná ze studií nepoužila validovaný nástroj.

Dvě klastrově randomizované studie prokázaly zlepšení postojů prenatálních porodních asistentek a poporodních sester po procesně orientovaném školení o kojení a zlepšení skóre dodržování standardů Iniciativy Baby-friendly Hospital v zařízeních poskytujících porodnické a novorozenecké služby, jejichž zdravotnický personál absolvoval 18denní kurz o kojení.

Tři nerandomizované kontrolované studie před a po intervenci prokázaly nárůst skóre znalostí u vyškolených zdravotnických pracovníků a zvýšení shody s kritérii Baby-friendly hospital. Účinky školení na postoje byly nekonzistentní – jedno zlepšení bylo zaznamenáno v jedné studii, zatímco ve dvou dalších nebyla změna zaznamenána.

Nerandomizovaná observační studie v jedné nemocnici, kde byla pro veškerý ošetrovatelský personál povinná 1,5hodinová edukační sezení o kojení s volitelným samostudiem oproti jiné nemocnici, kde edukační relace neprobíhala, ukázala nárůst míry výlučného kojení v intervenční nemocnici (z 31 % na 54 %; n = 15 před a 15 po) a pokles v kontrolní nemocnici (ze 43 % na 0 %; n = 16 před a 16 po). Tyto dvě nemocnice se však lišily v jiných potenciálně matoucích proměnných, jako byl podíl klientek z původních obyvatel (First Nations) a podíl vícerodiček (oboje ve vyšším zastoupení v intervenční nemocnici).

Ve sledovaných studiích nebyly reportovány následující výsledky: časné zahájení kojení, výlučné kojení během pobytu v zařízení, délka výlučného kojení nebo dodržování ustanovení Mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka.

Klinická otázka 3: Měly by těhotné ženy absolvovat prenatální edukaci o kojení, ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Předporodní edukace s prvky týkajícími se kojení ve srovnání s absencí předporodní edukace s těmito prvky při ochraně, podpoře a propagaci kojení

Pacient nebo populace: těhotné ženy a/nebo jejich partneři

Prostředí: prenatální péče

Intervence: předporodní edukace o kojení

Srovnání: běžná nebo standardní péče (předporodní edukace bez prvků týkajících se kojení)

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při běžné nebo standardní péči	Riziko při předporodní edukaci o kojení				
Zahájení kojení	750 na 1000	758 na 1000 (705 až 818 na 1000)	RR 1.01 (0.94 až 1.90)	3505 (8 studií)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Střední/moderate	
Výlučné kojení ve 3 měsících	376 na 1000	398 na 1000 (338 až 470 na 1000)	RR 1.06 (0.90 až 1.25)	822 (3 studie)	⊕⊕⊕⊕ ² Vysoká/high	
Výlučné kojení v 6 měsících	154 na 1000	165 na 1000 (134 až 201 na 1000)	RR 1.07 (0.87 až 1.30)	2161 (4 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Střední/moderate	
Jakékoli kojení ve 3 měsících	609 na 1000	597 na 1000 (500 až 719 na 1000)	RR 0.98 (0.82 až 1.18)	654 (2 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Střední/moderate	
Jakékoli kojení v 6 měsících	505 na 1000	505 na 1000 (460 až 556 na 1000)	RR 1.00 (0.91 až 1.10)	1636 (4 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁵ Střední/moderate	
Výlučné kojení během pobytu v zařízení						Tento výsledek nebyl reportován.
Časné zahájení kojení do 1 hodiny po porodu						Tento výsledek nebyl reportován.
Nástup laktace						Tento výsledek nebyl reportován.
Výlučné kojení v 1 měsíci						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 V žádné ze studií nebylo adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesnižuje hodnocení). Heterogenita ($I^2 = 61\%$; sníženo hodnocení: -1).

2 V žádné ze studií nebylo adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesnižuje hodnocení).

3 V žádné ze studií nebylo adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesnižuje hodnocení). Nepřesnost (široký interval spolehlivosti; sníženo hodnocení: -1).

4 V žádné ze studií nebylo adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesnižuje hodnocení). Heterogenita ($I^2 = 60\%$; sníženo hodnocení: -1).

5 V žádné ze studií nebylo adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesnižuje hodnocení). Heterogenita ($I^2 = 61\%$; sníženo hodnocení: -1).

Edukace a podpora kojení ve srovnání s neposkytováním edukace a podpory při ochraně, podpoře a propagaci kojení

Pacient nebo populace: ženy vystavené intervencím zaměřeným na podporu kojení

Prostředí: všechna

Intervence: jakákoli intervence zaměřená na podporu zahájení kojení (edukace a podpora ke kojení poskytovaná před prvním přiložením dítěte k prsu)

Srovnání: standardní péče (žádná intervence na podporu kojení)

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při standardní péči	Riziko při edukaci a podpoře kojení				
Zahájení kojení (pokud edukaci a podporu ke kojení poskytují zdravotničtí pracovníci)	418 na 1000	598 na 1000 (448 až 808 na 1000)	RR 1.43 (1.07 až 1.93)	564 (5 studií)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Nízká/low	
Zahájení kojení (pokud edukaci a podporu ke kojení poskytují nezářadní pracovníci)	120 na 1000	147 na 1000 (127 až 168 na 1000)	RR 1.22 (1.06 až 1.40)	5188 (8 studií)	⊕⊕⊕⊖ ² Nízká/low	
Časné zahájení kojení (pokud edukaci a podporu ke kojení poskytují nezářadní pracovníci)	5 na 1000	9 na 1000 (4 až 16 na 1000)	RR 1.64 (0.86 až 3.13)	5560 (3 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Velmi nízká / very low	
Výlučné kojení během pobytu v zařízení						Tento výsledek nebyl reportován.
Výlučné kojení v 1, 3 a 6 měsících						Tento výsledek nebyl reportován.
Nástup laktace						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba kojení (v měsících)						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Většina studií byla spojena s rizikem zkreslení (nejasné utajení přidělení a vysoké riziko zkreslení v důsledku ztrát během sledování). Heterogenita ($I^2 = 61\%$) (sníženo hodnocení: -2).

2 Většina studií byla spojena s rizikem zkreslení (nejasné utajení přidělení a vysoké riziko zkreslení v důsledku ztrát během sledování). Heterogenita ($I^2 = 86\%$) (sníženo hodnocení: -2).

3 Většina studií byla spojena s rizikem zkreslení (nejasné utajení přidělení a vysoké riziko zkreslení v důsledku ztrát během sledování). Heterogenita ($I^2 = 78\%$). Nepřesnost (široký interval spolehlivosti) (sníženo hodnocení: -3).

Klinická otázka 4: Měly by ženy po porodu praktikovat časný kontakt kůže na kůži, ve srovnání s jeho nerealizací, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení do jedné hodiny po porodu?

Časný kontakt (ihned po porodu) kůže na kůži ve srovnání se standardním kontaktem při ochraně, podpoře a propagaci kojení

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: časný kontakt kůže na kůži u zdravých novorozenců

Srovnání: standardní kontakt u zdravých novorozenců (novorozenci drženi zabalení nebo oblečení, umístění do otevřených postýlek nebo pod vyhřívače)

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při standardním kontaktu	Riziko při okamžitém nebo časném kontaktu kůže na kůži				
Výlučné kojení při propuštění z nemocnice až do 1 měsíce po porodu	642 na 1000	835 na 1000 (710 až 957 na 1000)	RR 1.30 (1.12 až 1.49)	711 (6 studií)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Střední/moderate	
Výlučné kojení v 6 týdnech až 6 měsících po porodu	519 na 1000	778 na 1000 (612 až 985 na 1000)	RR 1.50 (1.18 až 1.90)	640 (7 studií)	⊕⊕⊖⊖ ² Nizká/low	
Kojení během prvních 2 hodin po porodu	727 na 1000	771 na 1000 (604 až 982 na 1000)	RR 1.06 (0.83 až 1.35)	88 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ ³ Nizká/low	
Kojení v 1 měsíci až 4 měsících po porodu	541 na 1000	670 na 1000 (579 až 773 na 1000)	RR 1.24 (1.07 až 1.43)	887 (14 studií)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Střední/moderate	
Podle doby zahájení:						Test na rozdíl mezi podskupinami $\chi^2 = 1,13$; P = 0,29
Okamžité (do 10 minut po porodu)	564 na 1000	677 na 1000 (603 až 755 na 1000)	RR 1.20 (1.07 až 1.34)	597 (6 studií)		

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při standardním kontaktu	Riziko při okamžitém nebo časném kontaktu kůže na kůži				
Časné (mezi 10 minutami a 24 hodinami po porodu)	545 na 1000	763 na 1000 (589 až 997 na 1000)	RR 1.40 (1.08 až 1.83)	425 (9 studií)		
Časné (do 1 dne po porodu)						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba trvání výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Několik studií mělo nejasné riziko zkreslení v souvislosti s generováním pořadí a utajením přidělení (sníženo hodnocení: -1). $I^2 = 44\%$ při použití modelu náhodných efektů (hodnocení nesníženo).

2 Několik studií mělo nejasné riziko zkreslení v souvislosti s generováním pořadí a utajením přidělení (sníženo hodnocení: -1). $I^2 = 62\%$ při použití modelu náhodných efektů (sníženo hodnocení: -1).

3 Výsledky jsou založeny na jediné studii s velmi malým počtem účastníků a širokým intervalem spolehlivosti (sníženo hodnocení: -2 za nepřesnost).

4 Většina studií přispívajících daty měla nejasné riziko zkreslení v souvislosti s utajením přidělení. Polovina měla nejasné generování pořadí. V jedné studii autoři neupřesnili časový bod sběru dat (sníženo hodnocení: -1).

$I^2 = 41\%$ při použití modelu náhodných efektů (hodnocení nesníženo). Dvě velmi malé studie měly nejvýraznější efekty, nelze vyloučit publikační zkreslení. Odstranění těchto studií však nezměnilo celkový efekt ani závěr (hodnocení nesníženo).

Kangaroo mother care (klokánkování, kontakt kůže na kůži) ve srovnání s konvenční novorozeneckou péčí při ochraně, podpoře a propagaci kojení

Pacient nebo populace: novorozenci s nízkou porodní hmotností (porodní hmotnost < 2500 g), bez ohledu na gestační věk

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: kangaroo mother care (klokánkování) je kontakt kůže na kůži, při kterém je novorozenec vertikálně uložen na hrudníku matky

Srovnání: konvenční novorozenecká péče

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při konvenční novorozenecké péči	Riziko při kangaroo mother care				
Výlučné kojení						
Při propuštění nebo ve 40.–41. týdnu postmenstruačního věkuh	563 na 1000	653 na 1000 (602 až 704 na 1000)	RR 1.16 (1.07 až 1.25)	1453 (6 studií)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Střední/moderate	
Při kontrolním vyšetření v 1 až 3 měsících	765 na 1000	918 na 1000 (773 až 1000 na 1000)	RR 1.20 (1.01 až 1.43)	600 (5 studií)	⊕⊕⊕⊕ ² Nízká/low	
Při kontrolním vyšetření v 6 až 12 měsících	114 na 1000	147 na 1000 (108 až 201 na 1000)	RR 1.29 (0.95 až 1.76)	810 (3 studie)	⊕⊕⊕⊕ ³ Nízká/low	
Jakékoli kojení						
Při propuštění nebo ve 40.–41. týdnu postmenstruačního věku	762 na 1000	914 na 1000 (815 až 1000 na 1000)	RR 1.20 (1.07 až 1.34)	1696 (10 studií)	⊕⊕⊕⊕ ⁴ Střední/moderate	
Při kontrolním vyšetření v 1 až 3 měsících	711 na 1000	832 na 1000 (747 až 932 na 1000)	RR 1.17 (1.05 až 1.31)	1394 (9 studií)	⊕⊕⊕⊕ ⁵ Nízká/low	
Při kontrolním vyšetření v 6 měsících	402 na 1000	450 na 1000 (394 až 518 na 1000)	RR1.12 (0.98 až 1.29)	952 (5 studií)	⊕⊕⊕⊕ ⁶ Střední/moderate	
Při kontrolním vyšetření ve 12 měsících	222 na 1000	198 na 1000 (144 až 269 na 1000)	RR 0.89 (0.65 až 1.21)	589 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁷ Nízká/low	
Zahájení kojení (dny)			MD 0.03 (-1.64 až 1.70)	295 (2 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁸ Nízká/low	
Výlučné kojení	Riziko při pozdním zahájení (po 24 hodinách) kangaroo mother care	Riziko při časném zahájení (do 24 hodin) kangaroo mother care				

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při konvenční novorozenecké péči	Riziko při kangaroo mother care				
Ve 24 hodinách věku	528 na 1000	538 na 1000 (354 až 829 na 1000)	RR 1.02 (0.67 až 1.57)	73 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁹ Nízká/low	
Ve 2 týdnech věku	944 na 1000	944 n 1000 (841 až 1000 na 1000)	RR 1.00 (0.89 až 1.12)	73 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹⁰ Střední/moderate	
Ve 4 týdnech věku	1000 na 1000	940 na 1000 (895 až 1000 na 1000)	RR 0.94 (0.85 až 1.04)	67 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹¹ Střední/moderate	
V 6 měsících věku	154 na 1000	414 na 1000 (152 až 1000 na 1000)	RR 2.69 (0.99 až 7.31)	55 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹² Nízká/low	
Doba trvání výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Několik studií s nejasným rizikem zkreslení v utajení přidělení a v důsledku ztrát během sledování (sníženo hodnocení: -1).

2 Několik studií s nejasným rizikem zkreslení v utajení přidělení a v důsledku ztrát během sledování (sníženo hodnocení: -1). Heterogenita; $I^2 = 76\%$ při modelu náhodných efektů (sníženo hodnocení: -1).

3 Několik studií s nejasným rizikem zkreslení v utajení přidělení a v důsledku ztrát během sledování (sníženo hodnocení: -1). Nepřesnost; interval spolehlivosti (sníženo hodnocení: -1).

4 Výrazná heterogenita; $I^2 = 80\%$ při modelu náhodných efektů (sníženo hodnocení: -1).

5 Několik studií s nejasným rizikem zkreslení v utajení přidělení a v důsledku ztrát během sledování (sníženo hodnocení: -1). $I^2 = 62\%$ při modelu náhodných efektů (sníženo hodnocení: -1).

6 Několik studií s nejasným rizikem zkreslení v utajení přidělení a při vykazování výsledků (sníženo hodnocení: -1).

7 Výsledky vychází z jedné studie se středním rizikem zkreslení (sníženo hodnocení: -1). Nepřesnost; široký interval spolehlivosti (sníženo hodnocení: -1).

8 Výrazná heterogenita; $I^2 = 68\%$ (sníženo hodnocení: -1). Nepřesnost; široký interval spolehlivosti (sníženo hodnocení: -1).

9 Nepřesnost; široký interval spolehlivosti a malý počet účastníků (sníženo hodnocení: -2).

10 Nepřesnost; malý počet účastníků (sníženo hodnocení: -1).

11 Nepřesnost; malý počet účastníků (sníženo hodnocení: -1).

12 Nepřesnost; široký interval spolehlivosti a málo událostí (sníženo hodnocení: -2).

Klinická otázka 5: Měly by ženy po porodu zahájit kojení časně, ve srovnání s jeho nezahájením, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Velmi časně (do 1 hodiny po porodu) zahájení kojení ve srovnání s opožděným (2–23 hodin a 24 hodin nebo více po porodu) zahájením kojení ve vztahu

Pacient nebo populace: novorozenci, kteří někdy zahájili kojení a přežili 2–4 dny

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči a komunita

Intervence: velmi časně zahájení kojení (do 1 hodiny po porodu)

Srovnání: opožděné zahájení kojení (2–23 hodin a 24 hodin nebo více po porodu)

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při velmi časném zahájení kojení	Riziko při opožděném zahájení kojení				
Novorozenecká mortalita (< 28 dní)	5.2 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 6.9 na 1000 (5.8 až 8.1 na 1000)	RR 1.33 (1.13 až 1.56)	136 047 (5 studií)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Vysoká/high	
		Zahájení ve ≥24 hodinách 11.4 na 1000 (9.0 až 14.4 na 1000)	RR 2.19 (1.73 až 2.77)			
Úmrtnost kojenců od 1 do < 3 měsíců (29–90 dní)	6 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 8 na 1000 (7 až 10 na 1000)	RR 1.34 (1.13 až 1.59)	97 707 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ² Nízká/low	
		Zahájení ve ≥24 hodinách 9 na 1000 (6 až 12 na 1000)	RR 1.48 (1.07 až 2.06)			
Úmrtnost kojenců od 3 do < 6 měsíců (91–180 dní)	5 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 7 až 1000 (6 až 9 na 1000)	RR 1.42 (1.18 až 1.72)	96 606 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Nízká/low	

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při velmi časném zahájení kojení	Riziko při opožděném zahájení kojení				
		Zahájení ve ≥ 24 hodinách 7 na 1000 (5 až 10 na 1000)	RR 1.35 (0.93 až 1.97)			
Nevýlučné kojení v 1 měsíci	284 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 327 na 1000 (321 až 333 na 1000)	RR 1.15 (1.13 až 1.17)	87 576 (1 studie)	$\oplus\oplus\oplus\ominus^4$ Střední/moderate	
		Zahájení ve ≥ 24 hodinách 361 na 1000 (353 až 372 na 1000)	RR 1.27 (1.24 až 1.31)			
Nekojení v 1 měsíci	11 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 13 na 1000 (11 až 16 na 1000)	RR 1.26 (1.07 až 1.48)	87 576 (1 studie)	$\oplus\oplus\oplus\ominus^5$ Střední/moderate	
		Zahájení ve ≥ 24 hodinách 26 na 1000 (20 až 32 na 1000)	RR 2.48 (1.92 až 3.21)			
Nevýlučné kojení ve 3 měsících	505 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 530 na 1000 (525 až 536 na 1000)	RR 1.05 (1.04 až 1.06)	86 692 (1 studie)	$\oplus\oplus\ominus\ominus^6$ Nízká/low	
		Zahájení ve ≥ 24 hodinách 536 na 1000 (525 až 546 na 1000)	RR 1.006 (1.04 až 1.08)			

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při velmi časném zahájení kojení	Riziko při opožděném zahájení kojení				
Nekojení ve 3 měsících	14 na 1000	Zahájení v rozmezí 2–23 hodin 17 na 1000 (15 až 19 na 1000)	RR 1.20 (1.07 až 1.35)	86 692 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁷ Střední/moderate	
		Zahájení ve ≥24 hodinách 27 na 1000 (22 až 32 na 1000)	RR 1.88 (1.56 až 2.26)			

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Všech pět studií je hodnoceno jako s mírným rizikem zkreslení, ale celková kvalita důkazů je zvýšena na „vysokou“, protože výsledky jsou konzistentní, efekt je výrazný (RR > 2) a existuje důkaz o dávkově-závislém účinku.

2 Výsledky vycházejí z jedné observační studie.

3 Výsledky vycházejí z jedné observační studie.

4 Výsledky vycházejí z jedné observační studie; zvýšení hodnocení pro dávkově-závislý účinek.

5 Výsledky vycházejí z jedné observační studie; zvýšení hodnocení pro dávkově-závislý účinek.

6 Výsledky vycházejí z jedné observační studie.

7 Výsledky vycházejí z jedné observační studie; zvýšení hodnocení pro dávkově-závislý účinek.

Klinická otázka 6: Měla by být ženám po porodu poskytnuta asistence pro správné přiložení a přisátí dítěte, aby jejich novorozenci dosáhli správného efektivního sání, ve srovnání s neposkytnutím této asistence, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Praktická ukázka matkám, jak správně kojit

Jakákoli forma podpory ve srovnání s žádnou podporou při ochraně, podpoře a podmínkách pro kojení

Pacient nebo populace: kojící matky se zdravými donošenými novorozenci

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: všechny formy podpory

Srovnání: obvyklá péče

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při obvyklé péči	Riziko při jakékoli formě podpory				
Ukončení jakéhokoli kojení před posledním hodnocením studie (do 6 měsíců)	573 na 1000	510 na 1000 (487 až 532 na 1000)	RR 0.89 (0.85 až 0.93)	21 708 (51 studií)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Střední/moderate	
Ukončení výlučného kojení před posledním hodnocením studie (do 6 měsíců)	823 na 1000	732 na 1000 (707 až 765 na 1000)	RR 0.89 (0.86 až 0.93)	18 303 (46 studií)	⊕⊕⊕⊖ ² Nízká/low	
Ukončení jakéhokoli kojení ve 4–6 týdnech	353 na 1000	304 na 1000 (279 až 329 na 1000)	RR 0.86 (0.79 až 0.93)	10 776 (33 studií)	⊕⊕⊕⊕ ³ Vysoká/high	
Ukončení výlučného kojení ve 4–6 týdnech	642 na 1000	507 na 1000 (443 až 571 na 1000)	RR 0.79 (0.69 až 0.89)	10 271 (32 studií)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Nízká/low	
Pouze postnatální podpora (bez prenatální podpory)						
Ukončení jakéhokoli kojení před posledním hodnocením studie (do 6 měsíců)	542 na 1000	471 na 1000 (439 až 509 na 1000)	RR 0.87 (0.81 až 0.94)	15 860 (35 studií)	⊕⊕⊕⊖ ⁶ Střední/moderate	
Ukončení výlučného kojení před posledním hodnocením studie (do 6 měsíců)	802 na 1000	714 na 1000 (681 až 754 na 1000)	RR 0.89 (0.85 až 0.94)	11 438 (29 studií)	⊕⊕⊕⊖ ⁷ Nízká/low	
Ukončení jakéhokoli kojení ve 4–6 týdnech: 288 na 1000	288 na 1000	239 na 1000 (213 až 268 na 1000)	RR 0.83 (0.74 až 0.93)	7389 (22 studií)	⊕⊕⊕⊕ ⁸ Vysoká/high	
Ukončení výlučného kojení ve 4–6 týdnech	588 na 1000	435 na 1000 (335 až 558 na 1000)	RR 0.74 (0.57 až 0.95)	7075 (23 studií)	⊕⊕⊕⊖ ⁹ Nízká/low	
Výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení						Tento výsledek nebyl reportován.
Výlučné kojení v 1. a 3. měsíci						Tento výsledek nebyl reportován.
Stav prsů						Tento výsledek nebyl reportován.

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při obvyklé péči	Riziko při jakékoli formě podpory				
Novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 76\%$; sníženo: -1).

2 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 95\%$; sníženo: -1). Možné publikační zkreslení (asymetrie funnel plotu kvůli malým studiím s velkým účinkem; sníženo: -1).

3 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo).

4 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 97\%$; sníženo: -1). Možné publikační zkreslení (asymetrie funnel plotu kvůli malým studiím s velkým účinkem; sníženo: -1).

5 Subanalýza podle načasování podpory (pouze postnatální, nebo včetně prenatální složky) neprokázala statisticky významné rozdíly v žádné ze čtyř subskupinových porovnání. V následujících řádcích je uvedena pouze postnatální subskupina.

6 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 81\%$; sníženo: -1).

7 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 93\%$; sníženo: -1). Možné publikační zkreslení (asymetrie funnel plotu kvůli malým studiím s velkým účinkem; sníženo: -1).

8 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 51\%$; nesníženo).

9 V žádné ze studií nebylo zajištěno adekvátní zaslepení matky ani personálu (nesníženo). Heterogenita ($I^2 = 99\%$; sníženo: -1). Možné publikační zkreslení (asymetrie funnel plotu kvůli malým studiím s velkým účinkem; sníženo: -1).

Klinická otázka 7: Měly by být ženy po porodu instruovány, jak praktikovat ruční odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, ve srovnání se situací, kdy nejsou instruovány o ručním odstříkávání, případně odsávání mateřského mléka, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Poskytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení pro odstříkávání nebo odsávání mateřského mléka ve srovnání s neposkytnutím instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení — v souvislosti s množstvím odstříkaného mléka

Pacient nebo populace: ženy, které odstříkávají nebo odsávají mateřské mléko (z jakéhokoli důvodu a jakoukoli metodou)

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči,

Intervence: poskytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení pro odstříkávání nebo odsávání mateřského mléka

Srovnání: neposkytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení pro odstříkávání nebo odsávání mateřského mléka

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při neposkytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení	Riziko poskytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení				
Ruční odsávačka versus odstříkávání rukou	Odstříkávání rukou	Jakákoli ruční odsávačka				
Objem odstříkaného mléka (ml) ve 4.–5. dni		Průměrný rozdíl (MD) 74 ml více (od 6 ml méně do 212 ml více)		28 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Velmi nízká / very low	
Objem za 6 dní odsávání (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 212 ml více (od 9 ml do 414 ml více)		48 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ² Velmi nízká / very low	
Elektrická odsávačka versus odstříkávání rukou	Odstříkávání rukou	Jakákoli velká elektrická odsávačka				
Objem za 6 dní odsávání (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 373 ml více (od 161 ml do 585 ml více)		43 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ³ Velmi nízká / very low	
Objem při jednom odstříkání za 6 až 12 hodin po porodu		Průměrný rozdíl (MD) 2 ml více (od 1 ml méně do 5 ml více)		68 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁴ Nízká/low	
Objem mléka v 1. dni (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 14 ml více (od 2 ml méně do 30 ml více)		26 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁵ Nízká/low	
Elektrická odsávačka versus ruční odsávačka	Ruční odsávačka	Jakákoli velká elektrická odsávačka				

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při neposkytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení	Riziko poskytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení				
Objem za 6 dní odsávání (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 161 ml více (od 67 ml méně do 389 ml více)		53 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁶ Velmi nízká / very low	
Průměrný objem na den odsávání (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 5 ml více (od 57 ml méně do 67 ml více)		145 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁷ Velmi nízká / very low	
Objem mléka v 5. dni (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 151 ml více (od 138 ml méně do 439 ml více)		27 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁸ Velmi nízká / very low	
Relaxační technika	Žádná relaxační technika	Relaxační technika				
Objem při jednom odstříkání (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 35 ml více (od 6 ml do 63 ml více)		55 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁹ Velmi nízká / very low	
Objem v 1. dni (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 17 ml více (od 9 do 25 ml více)		160 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹⁰ Nízká/low	
Objem v 5. dni (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 85 ml více (od 63 ml do 107 ml více)		160 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹¹ Nízká/low	
Masáž prsu	Žádná masáž prsu	Masáž prsu				
Objem mléka ze dvou odstříkání (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 5 ml více (od 1 ml do 8 ml více)		72 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹² Velmi nízká / very low	

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při neposkytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení	Riziko poskytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení při				
Zahřívání prsu	Kontrolní prs	Zahřáté prso				
Objem mléka při 1. odstříkání z 6 během 3 dní (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 10 ml více (od 0,5 ml méně do 20 ml více)		78 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹³ Nízká/low	
Objem mléka při 2. odstříkání z 6 během 3 dní (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 12 ml více (od 3 ml do 20 ml více)		78 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹⁴ Nízká/low	
Objem mléka při 3. odstříkání z 6 během 3 dní (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 11 ml více (od 2 ml méně do 25 ml více)		78 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹⁵ Nízká/low	
Objem mléka při 4. odstříkání z 6 během 3 dní (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 12 ml více (od 2 ml do 23 ml více)		78 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹⁶ Nízká/low	
Objem mléka při 5. odstříkání z 6 během 3 dní (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 14 ml více (od 4 ml do 23 ml více)		78 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹⁷ Nízká/low	
Objem mléka při 6. odstříkání z 6 během 3 dní (ml)		Průměrný rozdíl (MD) 13 ml více (od 4 ml do 22 ml více)		78 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹⁸ Nízká/low	
Výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení						Tento výsledek nebyl reportován.
Výlučné kojení v 1., 3. nebo 6. měsíci						Tento výsledek nebyl reportován.

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při neposkytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení	Riziko poskytnutí instrukcí, podpůrných protokolů nebo vybavení				
Délka trvání výlučného kojení (v měsících)						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti; MD: průměrný rozdíl

- 1 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u novorozenců s porodní hmotností < 1250 g se středním rizikem zkreslení (nejasné generování náhodné sekvence, selektivní vykazování a „attrition bias“) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –4).
- 2 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek, jejichž děti nemohly být přímo kojeny kvůli nezralosti nebo nemoci, se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –4).
- 3 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek, jejichž děti nemohly být přímo kojeny kvůli nezralosti nebo nemoci, se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –4).
- 4 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek zdravých donošených novorozenců (porodní hmotnost >2000 g) se středním rizikem zkreslení (nejasné detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).
- 5 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi s gestačním věkem <32 týdnů a porodní hmotností <1500 g se středním rizikem zkreslení (nejasný „attrition bias“ a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).
- 6 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek, jejichž děti nemohly být přímo kojeny kvůli nezralosti nebo nemoci, se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –4).
- 7 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek donošených dětí přibližně ve věku 6 týdnů se středním rizikem zkreslení (nejasné vykazování a detekční zkreslení), nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) a nepřímostí (sníženo: –4).
- 8 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u novorozenců s porodní hmotností <1250 g se středním rizikem zkreslení (nejasné generování náhodné sekvence, selektivní vykazování a „attrition bias“) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –4).
- 9 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek předčasně narozených dětí se středním rizikem zkreslení (nejasné generování náhodné sekvence, utajení přidělení a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –4).
- 10 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s předčasně narozenými nebo kriticky nemocnými dětmi se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).
- 11 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s předčasně narozenými nebo kriticky nemocnými dětmi se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).
- 12 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u kojících žen, které běžně kojily z obou prsů (průměrný věk dítěte 2 měsíce) se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin), nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) a nepřímostí (sníženo: –4).
- 13 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi mladšími 21 dnů na novorozenecké JIP se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).
- 14 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi mladšími 21 dnů na novorozenecké JIP se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).
- 15 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi mladšími 21 dnů na novorozenecké JIP se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).

16 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi mladšími 21 dnů na novorozenecké JIP se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).

17 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi mladšími 21 dnů na novorozenecké JIP se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).

18 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie u matek s dětmi mladšími 21 dnů na novorozenecké JIP se středním rizikem zkreslení (nejasné utajení zařazení do skupin a detekční zkreslení) a nepřesností (široké intervaly spolehlivosti a malý počet účastníků) (sníženo: –3).

Klinická otázka 8: Mělo by být novorozencům podáváno pouze mateřské mléko, bez jakékoli jiné výživy nebo tekutin, pokud není zdravotně indikováno, ve srovnání s podáváním jakékoliv jiné výživy nebo tekutin, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Časné podávání doplňkové výživy

Výlučné kojení ve srovnání s časným dokrmováním nebo tekutin v ochraně, podpoře a podpoře kojení

Pacienti / populace: kojené děti narozené v termínu (37.–42. dokončený týden těhotenství)

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: výlučné kojení v prvních dnech života

Srovnání: podávání doplňkové výživy (formule) nebo jiných tekutin

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při běžné nebo péči	Riziko při předporodní edukaci o kojení				
Dodatečné podávání formule vs. výlučné kojení v prvních dnech života						
Kojení po propuštění z porodnice	980 na 1000	1000 na 1000 (951 až 1000 na 1000)	RR 1.02 (0.97 až 1.08)	100 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate ¹	
Kojení ve 3 měsících věku dítěte	765 na 1000	925 na 1000 (803 až 1000 na 1000)	RR 1.21 (1.05 až 1.41)	137 (2 studie)	⊕⊕⊕⊖ Velmi nízká ²	
Výlučné kojení (v předchozích 24 hodinách) ve 3 měsících věku dítěte	609 na 1000	870 na 1000 (700 až 1000 na 1000)	RR 1.43 (1.15 až 1.77)	138 (2 studie)	⊕⊕⊕⊖ Velmi nízká ³	
Dodatečné podávání vody vs. výlučné kojení v prvních dnech života						
Kojení ve 4 týdnech	931 na 1000	773 na 1000 (680 až 875 na 1000)	RR 0.83 (0.73 až 0.94)	170 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate ⁴	
Kojení ve 12 týdnech	805 na 1000	547 na 1000 (426 až 700 na 1000)	RR 0.68 (0.53 až 0.87)	170 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate ⁵	
Kojení ve 20 týdnech	575 na 1000	397 na 1000 (287 až 546 na 1000)	RR 0.69 (0.50 až 0.95)	170 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate ⁶	
Zahájení laktace						Tento výstup nebyl reportován
Časné zahájení kojení během první hodiny nebo prvního dne po porodu						Tento výstup nebyl reportován
Doba trvání výlučného kojení						Tento výstup nebyl reportován

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie zdravých donošených jednočetných novorozenců, jejichž matky plánovaly kojít, s nejistým rizikem selekčního, ztrátového a reportačního zkreslení (sníženo o jeden stupeň: -1).

2 Výsledky vycházejí ze dvou randomizovaných kontrolovaných studií zdravých donošených novorozenců. Obě měly nejasné riziko selekčního, ztrátového a reportačního zkreslení. Jedna ze studií měla také nejasné další zkreslení (možný střet zájmů, protože jeden z autorů studie působil jako placený konzultant firmy vyrábějící používanou formuli) (sníženo o tři stupně: -3).

3 Výsledky vycházejí ze dvou randomizovaných kontrolovaných studií zdravých donošených novorozenců. Obě měly nejasné riziko selekčního, ztrátového a reportačního zkreslení. Jedna ze studií měla také nejasné další zkreslení (možný střet zájmů, protože jeden z autorů studie působil jako placený konzultant firmy vyrábějící používanou formuli) (sníženo o tři stupně: -3).

4 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie zdravých donošených novorozenců bez rizikových faktorů pro hypo- nebo hyperglykémii, s nejasnou generací náhodné sekvence, nejasným alokačním utajením a nejasným reportačním zkreslením (sníženo o jeden stupeň: -1).

5 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie zdravých donošených novorozenců bez rizikových faktorů pro hypo- nebo hyperglykémii, s nejasnou generací náhodné sekvence, nejasným alokačním utajením a nejasným reportačním zkreslením (sníženo o jeden stupeň: -1).

6 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie zdravých donošených novorozenců bez rizikových faktorů pro hypo- nebo hyperglykémii, s nejasnou generací náhodné sekvence, nejasným alokačním utajením a nejasným reportačním zkreslením (sníženo o jeden stupeň: -1).

Klinická otázka 9: Měly by ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in), ve srovnání s nepraktikováním rooming-in, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Rooming-in ve srovnání s oddělenou péčí v ochraně, podpoře a podpoře kojení

Pacienti / populace: matky po porodu, které jsou schopné pečovat o své zdravé novorozence

Prostředí: poskytující porodnickou a novorozeneckou péči Intervence: rooming

Srovnání: oddělená péče (matka a dítě jsou umístěni odděleně, např. v novorozeneckém pokoji nebo v jiném samostatném pokoji)

Výstupy	Očekávané absolutní (spolehlivost)	účinky (95% interval	Relativní (95% CI)	efekt	Počet (studie)	účastníků	Jistota (GRADE)	důkazů	Komentáře
	Riziko při běžné nebo standardní péči	Riziko při předporodní edukaci o kojení							
Výlučné kojení 4 dny po porodu	447 na 1000	859 na 1000 (599 až 1000 na 1000)	RR 1.92 (1.34 až 2.76)		153 (1 studie)		⊕⊕⊕⊖ ¹		
Kojení 6 měsíců po porodu		341 na 1000 (207 až 565 na 1000)	RR 0.84 (0.51 až 1.39)		153 (1 studie)		⊕⊕⊕⊖ ²		
Začátek laktaci									Tento výstup nebyl reportován
Výlučné kojení v 1 měsíci věku dítěte									Tento výstup nebyl reportován
Délka výlučného kojení									Tento výstup nebyl reportován
Novorozenecká, kojenecká a dětská mortalita									Tento výstup nebyl reportován

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1. Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie s faktoriálním designem 2×2 (tři ze čtyř skupin byly sloučeny do skupiny „rooming-in“ a čtvrtá skupina tvořila skupinu oddělené péče). Studie měla střední riziko zkreslení (nejasné zaslepení a vysoké riziko zkreslení z důvodu ztrát během sledování). Skupina rooming-in byla instruována kojit své děti podle potřeby, zatímco skupina oddělené péče byla krmena podle pevného režimu 7× denně (sníženo o jeden stupeň: -1).

2 Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie s faktoriálním designem 2×2 (tři ze čtyř skupin byly sloučeny do skupiny „rooming-in“ a čtvrtá skupina tvořila skupinu oddělené péče). Studie měla střední riziko zkreslení (nejasné zaslepení a vysoké riziko zkreslení z důvodu ztrát během sledování). Skupina rooming-in byla instruována kojit své děti podle potřeby, zatímco skupina oddělené péče byla krmena podle pevného režimu 7× denně (sníženo o jeden stupeň: -1).

Klinická otázka 10: Měly by ženy po porodu praktikovat kojení dle potřeb dítěte, ve srovnání s nepraktikováním kojení dle potřeb dítěte, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Kojení na požádání

Kojení dle potřeb dítěte ve srovnání s kojením podle rozvrhu (omezovaným nebo časově řízeným) v souvislosti s ochranou, podporou a propagací kojení

Pacient nebo populace: kojící matky se zdravými donošenými novorozenci

Prostředí: nemocniční porody

Intervence: kojení dle potřeb dítěte

Komparátor: kojení podle rozvrhu, časově řízené nebo s omezenou frekvencí a délkou jednotlivých kojení; nebo smíšený vzorec kojení kombinující či střídající kojení řízené dítětem a kojení podle rozvrhu

Do přehledu nebyly zařazeny žádné studie.

Neexistuje důkaz z randomizovaných studií, který by mohl informovat rozhodování o optimálních vzorcích kojení.

Omezené používání dudlíku ve srovnání s neomezeným používáním dudlíku při ochraně, podpoře a podněcování kojení

Pacienti nebo populace: zdraví donošení novorozenci, jejichž matky zahájily kojení a plánují výhradně kojit

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: doporučení nepoužívat dudlík (omezené používání)

Srovnání: neomezené nebo aktivně podporované používání dudlíku

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při neomezeném používání dudlíku	Riziko při omezeném používání dudlíku				
Jakékoli kojení při propuštění	986 na 1000	996 na 1000 (986 až 1000 na 1000)	RR 1.01 (1.00 až 1.03)	541 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Vysoká/high	
Výlučné kojení ve 3–4 měsících	336 na 1000	363 na 1000 (259 až 507 na 1000)	RR 1.08 (0.77 až 1.51)	258 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ² Střední/moderate	

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při neomezeném používání dudlíku	Riziko při omezeném používání dudlíku				
Jakékoli kojení ve 3–4 měsících	739 na 1000	754 na 1000 (702 až 821 na 1000)	RR 1.02 (0.95 až 1.11)	799 (2 studie)	⊕⊕⊕⊕ ³ Vysoká/high	
Jakékoli kojení v 6 měsících	553 na 1000	586 na 1000 (509 až 681 na 1000)	RR 1.06 (0.92 až 1.23)	541 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁴ Vysoká/high	
Výlučné kojení během pobytu ve zdravotnickém zařízení						Tento výsledek nebyl reportován.
Výlučné kojení v 1 nebo 6 měsících						Tento výsledek nebyl reportován.
Délka výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Délka jakéhokoli kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Morbidita (respirační infekce, průjmy, jiné)						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 „Výsledky vycházejí z jedné randomizované kontrolované studie s nízkým rizikem systematické chyby (bez zaslepení účastníků, ale hodnotitelé byli zaslepeni) (nehodnoceno snížením). Nepřesnost způsobená širokým intervalem spolehlivosti (sníženo o 1 stupeň).

Klinická otázka 11: Měly by děti, které jsou nebo budou kojené, dostávat výživu pouze prostřednictvím kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo jinými metodami bez saviček, ve srovnání s podáním výživy savičkami, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Kojení jiným způsobem než savičkou ve srovnání s krmením savičkou při ochraně, podpoře a udržení kojení

Cílová skupina: předčasně narození novorozenci

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: kojení s dokrmováním jiným způsobem než savičkou

Srovnání: kojení s dokrmováním savičkou

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při krmení lahví	Riziko při krmení jiným způsobem než lahví				
Výlučné kojení při propuštění	44 na 1000	66 na 1000 (52 až 779 na 1000)	RR 1.47 (1.19 až 1.80)	1074 (6 studií)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Střední/moderate	
Výlučné kojení ve 3 měsících po propuštění	36 na 1000	57 na 1000 (50 až 65 na 1000)	RR 1.56 (1.37 až 1.78)	986 (4 studie)	⊕⊕⊕⊖ ² Střední/moderate	
Výlučné kojení v 6 měsících po propuštění	31 na 1000	51 na 1000 (35 až 73 na 1000)	RR 1.64 (1.14 až 2.36)	887 (3 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Střední/moderate	
Jakékoliv kojení při propuštění	79 na 1000	88 na 1000 (84 až 92 na 1000)	RR 1.11 (1.06 až 1.16)	1138 (6 studií)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Střední/moderate	
Jakékoliv kojení ve 3 měsících po propuštění	60 na 1000	78 na 1000 (60 až 100 na 1000)	RR 1.31 (1.01 až 1.71)	1063 (5 studií)	⊕⊕⊖⊖ ⁵ Nízká/low	
Jakékoliv kojení v 6 měsících po propuštění	45 na 1000	56 na 1000 (49 až 63 na 1000)	RR 1.25 (1.10 až 1.41)	886 (3 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁶ Střední/moderate	
Nástup laktace						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba trvání výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Několik studií se zvýšeným rizikem systematické chyby (vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob, nejasná výběrová systematická chyba, nejasné selektivní vykazování) (sníženo o jeden stupeň).

2 Několik studií se zvýšeným rizikem systematické chyby (vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob, nejasná výběrová systematická chyba, nejasné selektivní vykazování) (sníženo o jeden stupeň).

3 Několik studií se zvýšeným rizikem systematické chyby (vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob, nejasná výběrová systematická chyba, nejasné selektivní vykazování) (sníženo o jeden stupeň).

4 Několik studií se zvýšeným rizikem systematické chyby (vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob, nejasná výběrová systematická chyba, nejasné selektivní vykazování) (sníženo o jeden stupeň).

5 Několik studií se zvýšeným rizikem systematické chyby (vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob, nejasná výběrová systematická chyba, nejasné selektivní vykazování). Heterogenita ($I^2 = 73\%$) (sníženo o dva stupně).

6 Několik studií se zvýšeným rizikem systematické chyby (vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob, nejasná výběrová systematická chyba, nejasné selektivní vykazování) (sníženo o jeden stupeň).

Podávání mléka z kalíšku ve srovnání s krmením savičkou při ochraně, podpoře a udržení kojení

Cílová skupina: donošení nebo předčasně narození novorozenci do 44. týdne postmenstruačního věku nebo do 28 dní postnatálního věku, kteří nejsou schopni se kojit¹

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: podávání mléka z kalíšku

Srovnání: jiný způsob podávání výživy (krmení savičkou)

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při krmení lahví	Riziko při krmení kalíškem				
Nevýlučné kojení při propuštění z nemocnice	549 na 1000	335 na 1000 (296 až 390 na 1000)	RR 0.61 (0.52 až 0.71)	893 (4 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Střední/moderate	
Nekojení při propuštění z nemocnice	198 na 1000	126 na 1000 (97 až 168 na 1000)	RR 0.64 (0.49 až 0.85)	957 (4 studie)	⊕⊕⊖⊖ ² Nizká/low	
Nekojení ve 3 měsících	374 na 1000	311 na 1000 (266 až 363 na 1000)	RR 0.83 (0.71 až 0.97)	883 (3 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Střední/moderate	
Nekojení v 6 měsících	531 na 1000	440 na 1000 (382 až 504 na 1000)	RR 0.83 (0.72 až 0.95)	803 (2 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Střední/moderate	
Částečné kojení ve 3 měsících					-	Nelze odhadnout kvůli vysoké heterogenitě (I ² = 96 %)
Částečné kojení v 6 měsících					-	Nelze odhadnout kvůli vysoké heterogenitě (I ² = 86 %)
Nástup laktace						Tento výsledek nebyl reportován.

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při krmení lahví	Riziko při krmení kalíškem				
Doba trvání výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován
Novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Všechny studie zařazené do tohoto přehledu byly prováděny u předčasně narozených dětí.

2 Srovnávací intervence byla ve všech zařazených studiích krmení lahví.

3 Některé studie měly riziko systematické chyby (nejasná generace pořadí a utajení rozdělení) (snížená kvalita: -1). Heterogenita ($I^2 = 57\%$) (nesníženo).

4 Některé studie měly riziko systematické chyby (nejasná generace pořadí a utajení rozdělení; selektivní vykazování). Heterogenita ($I^2 = 72\%$) (sníženo o dva stupně).

5 Některé studie měly riziko systematické chyby (nejasná generace pořadí a utajení rozdělení; selektivní vykazování; systematická chyba z důvodu ztrát sledovaných osob) (sníženo o jeden stupeň).

6 Některé studie měly riziko systematické chyby (žádná studie nebyla zaslepená; systematická chyba z důvodu ztrát sledovaných osob; vysoká míra nedodržení intervence) (sníženo o jeden stupeň).

Vyhýbání se krmení savičkou a používání dudlíků

Dokrmování pomocí kalíšku nebo lžičky ve srovnání s podáváním výživy pomocí savičky při ochraně, podpoře a udržení kojení

Cílová skupina: zdraví donošení novorozenci, jejichž matky mají v úmyslu kojit

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: podávání dokrmu kalíškem nebo lžičkou

Srovnání: podávání dokrmu savičkou

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při podávání doplňků lahví	Riziko při podávání doplňků kalíškem nebo lžičkou				
Jakékoliv kojení při propuštění (5. den)	993 na 1000	1000 na 1000 (993 až 1000 na 1000)	RR 1.01 (1.00 až 1.02)	541 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Střední/moderate	Tekutou výživu tvořil 10% roztok dextrin-maltózy a byl podáván

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při podávání doplňků lahví	Riziko při podávání doplňků kalíškem nebo lžičkou				
Jakékoliv kojení ve 2 měsících života	876 na 1000	876 na 1000 (824 až 938 na 1000)	RR 1.00 (0.94 až 1.07)	541 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ² Střední/moderate	<p>pouze při lékařsky indikovaných stavech (neklid nebo křik dítěte po kojení, známky dehydratace [žádné močení déle než 4 hodiny], symptomy hypoglykémie s glykemií <2 mmol/l).</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervence byla omezena na prvních 5 dnů života. U 28 ze 250 (11,2 %) novorozenců přiřazených ke skupině s podáváním dokrmů kalíškem nebo lžičkou došlo k porušení protokolu.
Jakékoliv kojení v 6 měsících života	554 na 1000	593 na 1000 (14 až 25 na 1000)	RR 1.07 (0.92 až 1.24)	505 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Nízká/low	<p>23 ze 250 (9,2 %) novorozenců přiřazených ke skupině s podáváním kalíškem nebo lžičkou bylo ztraceno ze sledování; 13 z 291 (4,5 %) novorozenců přiřazených ke skupině s podáváním savičkou bylo ztraceno ze sledování.</p>

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota (GRADE) důkazů	Komentáře
	Riziko při podávání doplňků lahví	Riziko při podávání doplňků kalíškem nebo lžičkou				
Doba trvání výlučného kojení	Medián trvání: 14 dní (11 až 21 dní)	Medián trvání: 21 dní (14 až 25 na 1000)	Poměr rizik (Coxův model) [HR] 1,06 (0,88 až 1,27)	481 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Nízká/low	Kontrola byla prováděna ve 2., 5., 10., 16., 24., 38. a 52. týdnu po narození.
Doba trvání jakéhokoliv kojení	Medián trvání: 140 dní (112 až 157 dní)	Medián trvání: 105 dní (90 až 150 dní)	RR 0.92 (0.76 až 1.12)	481 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁵ Nízká/low	Tekutou výživu tvořilo buď odstříkané mateřské mléko, nebo formule Indikace k dokrmování zahrnovaly: lékařské důvody jako hypoglykémie nebo >10% úbytek hmotnosti (33 %), žádost matky (51 %) a nezdokumentováno (16 %).
Nástup laktace						Tento výsledek nebyl reportován.
Novorozenecká, kojenecká nebo dětská úmrtnost						Tento výsledek nebyl reportován

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii se zvýšeným rizikem systematické chyby (nebylo provedeno zaslepení účastníků a hodnotitelů; vysoká míra nedodržení zásad protokolu v jedné skupině) (sníženo o jeden stupeň).

2 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii se zvýšeným rizikem systematické chyby (nebylo provedeno zaslepení účastníků a hodnotitelů; vysoká míra nedodržení zásad protokolu v jedné skupině) (sníženo o jeden stupeň).

3 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii se zvýšeným rizikem systematické chyby (nebylo provedeno zaslepení účastníků a hodnotitelů; vysoké riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob) (sníženo o dva stupně).

4 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii se zvýšeným rizikem systematické chyby (nebylo provedeno zaslepení účastníků a nejasné zaslepení hodnotitelů; vysoké riziko výběrové systematické chyby a nejasné riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob) (sníženo o dva stupně).

5 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii se zvýšeným rizikem systematické chyby (nebylo provedeno zaslepení účastníků a nejasné zaslepení hodnotitelů; vysoké riziko výběrové systematické chyby a nejasné riziko systematické chyby z důvodu ztrát sledovaných osob) (sníženo o dva stupně).

Žádné nenutritivního sání ve srovnání s nenutritivním sáním pro ochranu, a podporu kojení

Pacienti / populace: novorozenci narození před ukončeným 37. týdnem postkoncepčního věku

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: nepraktikování nenutritivního sání

Srovnání: nenutritivní sání s použitím dudlíku nebo jinými metodami (např. prst v rukavici)

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při nenutritivním sání	Riziko nepodávání při nenutritivního sání				
Výlučné kojení při propuštění	563 na 1000	608 na 1000 (495 až 749 na 1000)	RR 1.08 (0.88 až 1.33)	303 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ¹ Nízká/low	
Jakékoliv kojení při propuštění	715 na 1000	830 na 1000 (629 až 951 na 1000)	RR 1.16 (0.88 až 1.17)	303 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ² Střední/moderate	
Jakékoliv kojení 3 měsíce po propuštění	376 na 1000	346 na 1000 (259 až 462 na 1000)	RR 0.92 (0.69 až 1.23)	283 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ³ Velmi nízká / very low	
Jakékoliv kojení 6 měsíců po propuštění	243 na 1000	194 na 1000 (131 až 284 na 1000)	RR 0.80 (0.54 až 1.17)	281 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ ⁴ Velmi nízká / very low	
Výlučné kojení v 1 nebo 6 měsících						Tento výsledek nebyl reportován.
Délka výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Délka jakéhokoliv kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Morbidity (respirační infekce, průjem, jiné)						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii s rizikem systematické chyby (absence zaslepení účastníků a hodnotitelů výsledku) a nepřesností (široký interval spolehlivosti) (sníženo o dva stupně).

2 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii s rizikem systematické chyby (absence zaslepení účastníků a hodnotitelů výsledku) (sníženo o jeden stupeň).

3 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii s rizikem systematické chyby (absence zaslepení účastníků a hodnotitelů výsledku; nejasná odchylka způsobená vyřazením) a nepřesností (široký interval spolehlivosti) (sníženo o tři stupně).

4 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii s rizikem systematické chyby (absence zaslepení účastníků a hodnotitelů výsledku; nejasná odchylka způsobená vyřazením) a nepřesností (široký interval spolehlivosti) (sníženo o tři stupně).

Žádná orofaciální stimulace ve srovnání s orofaciální stimulací pro ochranu a podporu kojení

Pacienti / populace: zdraví předčasně narození novorozenci (bez komorbidit znemožňujících podání orální výživy)

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: žádná intervence nebo standardní péče

Srovnání: intervence s orofaciální stimulací

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při intervenci s orální stimulací	Riziko při absenci orální stimulace				
Výlučné kojení při propuštění	641 na 1000	1000 na 1000 (615 až 1000)	RR 1.83 (0.96 až 3.48)	59 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ¹ Velmi nízká / very low	
Jakékoliv přímé kojení při propuštění	692 na 1000	858 na 1000 (402 až 1000)	RR 1.24 (0.58 až 2.66)	110 (2 studie)	⊕⊕⊕⊕ ² Velmi nízká / very low	
Výlučné kojení v 1 nebo 6 měsících						Tento výsledek nebyl reportován.
Délka výlučného nebo jakéhokoliv kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Morbidity (respirační infekce, průjem, jiné)						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četností

1 Výsledky jsou založeny na jedné randomizované kontrolované studii s rizikem systematické chyby (nejasné utajení randomizace, absence zaslepení účastníků a hodnotitelů výsledku, nejasná odchylka způsobená vyřazením) a nepřesností (široký interval spolehlivosti) (sníženo o tři stupně).

2 Výsledky jsou založeny na dvou randomizovaných kontrolovaných studiích s rizikem systematické chyby (nejasné utajení randomizace, absence zaslepení účastníků a hodnotitelů výsledku) a nepřesností (široký interval spolehlivosti) (sníženo o tři stupně).

Klinická otázka 12: Měly by ženy rodící v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči získat kontakt na pokračující podporu kojení po propuštění z těchto zařízení, ve srovnání s nezískáním kontaktu na podporu kojení po propuštění, aby se zvýšila míra výlučného kojení v 1. měsíci po porodu?

Plánování propuštění a propojení na pokračující péči

Poskytnutí propojení na podporu kojení po propuštění ze zdravotnického zařízení ve srovnání s neposkytnutím této podpory kojení

Cílová skupina: matky rodící ve zdravotnických zařízeních

Prostředí: zařízení poskytující porodnickou a novorozeneckou péči

Intervence: poskytnutí propojení na podporu kojení po propuštění ze zařízení poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Srovnání: neposkytnutí propojení na podporu kojení po propuštění

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při obvyklé péči (kroky 1–9)	Riziko při zajištění návaznosti na podporu kojení (kroky 1–10) ¹				
Výlučné kojení ve 14 týdnech	142 na 1000	97 na 1000 (64 až 148 na 1000)	RR 6.64 (0.42 až 0.98)	671 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ² Velmi nízká / very low	
Výlučné kojení ve 24 týdnech	83 na 1000	32 na 1000 (17 až 65 na 1000)	RR 0.39 (0.20 až 0.79)	671 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ³ Velmi nízká / very low	
Epizoda průjmu v posledních 4 týdnech, ve věku 14 týdnů	11 na 1000	20 na 1000 (6 až 68 na 1000)	RR 1.77 (0.50 až 6.21)	671 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁴ Velmi nízká / very low	
Horečka s kašlem v posledních 4 týdnech, ve věku 14 týdnů	14 na 1000	16 na 1000 (5 až 56 na 1000)	RR 1.24 (0.34 až 4.03)	671 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁵ Velmi nízká / very low	
Epizoda průjmu v posledních 6 týdnech, ve věku 24 týdnů	17 na 1000	42 na 1000 (16 až 110 na 1000)	RR 2.25 (0.98 až 6.64)	671 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁶ Velmi nízká / very low	
Horečka a kašel v posledních 6 týdnech, ve věku 24 týdnů	30 na 1000	49 na 1000 (23 až 105)	RR 1.61 (0.75 až 3.45)	671 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁷ Velmi nízká / very low	
Výlučné kojení v 1. a 3. měsíci						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba trvání výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba trvání jakéhokoli kojení						Tento výsledek nebyl reportován.

Výstupy	Očekávané absolutní účinky (95% interval spolehlivosti)		Relativní efekt (95% CI)	Počet účastníků (studie)	Jistota důkazů (GRADE)	Komentáře
	Riziko při obvyklé péči (kroky 1–9)	Riziko při zajištění návaznosti na podporu kojení (kroky 1–10) ¹				
Jakékoliv kojení ve 4 měsících	<i>Riziko při obvyklé péči</i> 625 na 1000	<i>Riziko při poskytnutí informace o místním centru podpory kojení</i> 544 na 1000 (419 až 713)	RR 0.87 (0.67 až 1.14)	4625 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ ⁸ Nízká/low	
Výlučné kojení v 1., 3. a 6. měsíci						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba trvání výlučného kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Doba trvání jakéhokoliv kojení						Tento výsledek nebyl reportován.
Morbidity						Tento výsledek nebyl reportován.

*Riziko v intervenční skupině (a jeho 95% CI) je založeno na předpokládaném riziku ve srovnávací skupině a relativním efektu intervence (a jeho 95% CI).

CI: interval spolehlivosti; RR: rate ratio, poměr četnosti

1 Obě skupiny, kontrolní (kroky 1–9) i intervenční (kroky 1–10), absolvovaly dvoudenní intenzivní školení pro personál na ambulanci prenatální péče, porodním sále a oddělení šestinedělí. V intervenční skupině se školení zúčastnili také pracovníci dětské poradny. Navíc byly v intervenční skupině na oddělení šestinedělí a v dětské poradně distribuovány letáky s kulturně vhodnými informacemi o kojení. Po propuštění z oddělení šestinedělí nebyl doporučen žádný další zdroj podpory kojení.

2 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob). Nepřímá evidence (nedoporučen žádný další zdroj podpory kojení po propuštění) (sníženo o tři stupně).

3 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob). Nepřímá evidence (nedoporučen žádný další zdroj podpory kojení po propuštění) (sníženo o tři stupně).

4 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob). Nepřímá evidence (nedoporučen žádný další zdroj podpory kojení po propuštění) (sníženo o tři stupně).

5 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob). Nepřímá evidence (nedoporučen žádný další zdroj podpory kojení po propuštění) (sníženo o tři stupně).

6 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob). Nepřímá evidence (nedoporučen žádný další zdroj podpory kojení po propuštění) (sníženo o tři stupně).

7 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob). Nepřímá evidence (nedoporučen žádný další zdroj podpory kojení po propuštění) (sníženo o tři stupně).

8 Výsledky pocházejí z jedné klastrové randomizované kontrolované studie se zvýšeným rizikem systematické chyby (nejasná detekční systematická chyba, nejasná výběrová systematická chyba, vysoké ztráty sledovaných osob) a nepřesností (široký interval spolehlivosti) (sníženo o dva stupně)

Příloha E

Souhrnné tabulky zjištění kvalitativních studií GRADE-CERQUAL týkající se hodnot a preferencí matek

Bylo vytvořeno deset systematických přehledů hodnot a preferencí matek v souvislosti s různými aspekty podpory kojení vztahující se k Deseti krokům k úspěšnému kojení a k iniciativě Baby-friendly Hospital Initiative. V květnu 2016 bylo provedeno vyhledávání v databázích Embase a MEDLINE. Celkem bylo identifikováno 2297 názvů článků a abstraktů ke kontrole; z nich bylo 326 článků hodnoceno pro zařazení na základě úplného textu a 81 bylo zařazeno alespoň do jednoho z reviews. Data byla extrahována do standardizovaných datových listů. Třídění, hodnocení a extrakce dat byly prováděny nezávisle dvěma hodnotiteli a neshody byly řešeny třetím hodnotitelem.

Kvalita každé jednotlivé studie byla posouzena pomocí nástroje Critical Appraisal Skills Programme (CASP) pro hodnocení kvality kvalitativních studií (*Critical Appraisals Skills Programme*). Každý článek byl hodnocen dvěma hodnotiteli. Pro každou intervenci podporující kojení byla provedena tematická analýza příslušných dat. Přístup GRADE-Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (CERQual) byl použit k poskytnutí systematického a transparentního způsobu hodnocení a popisu toho, nakolik lze mít důvěru v jednotlivá zjištění (*GRADE-CERQual*; Lewin et al., 2015). Tento přístup je založen na posouzení metodologických omezení, relevance, koherence a přiměřenosti dat pro každé téma. Každé jednotlivé téma bylo ohodnoceno pomocí přístupu GRADE-CERQual.

Klinická otázka 3: Měly by těhotné ženy absolvovat prenatální edukaci o kojení, ve srovnání s neabsolvováním prenatální edukace o kojení, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Prenatální vzdělávání těhotných žen v oblasti kojení

Bylo posouzeno 286 studií. Osmnáct studií bylo shledáno vhodnými pro zařazení do tohoto review (Arora et al., 2000; Ayiasi et al., 2013; Barona-Vilar et al., 2009; Bergman et al., 1993; Bueno-Gutierrez et al., 2015; Coreil et al., 1995; Cricco-Lizza et al., 2006; de Oliveira et al., 2015; Ekström et al., 2016; Engstrom et al., 2000; Hailes et al., 2000; Hall et al., 2007; Helsing et al., 2002; Loiselle et al., 2001; Raisler et al., 2000; Redshaw et al., 2012; Shortt et al., 2013; Spear et al., 2006). Těchto 18 studií bylo provedeno v Austrálii, Brazílii, Kanadě, Irsku, Mexiku, Rusku, Švédsku, Ugandě, Spojeném království a Spojených státech. Závěry jsou rozděleny do dvou témat: obsah a metoda předporodní edukace o kojení.

Téma: Matky měly pocit, že kojení dětí nebylo v prenatálním období dostatečně konzultováno.

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>Mezi matkami s donošenými dětmi a matkami s dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče pro novorozence:</p> <ul style="list-style-type: none"> Některé matky měly pocit, že kojení nebylo v prenatálním období dostatečně konzultováno. Matky si přály více informací z prenatálních kurzů. Matky si přály více formální institucionální podpory pro kojení v prenatálním období. Mnoho matek (asi polovina matek ve většině studií; všechny matky dotazované v Ugandě; většina matek, které podstoupily plastickou 	<p>(Arora et al., 2000; Ayiasi et al., 2013; Barona-Vilar et al., 2009; Bergman et</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate</p>	<p>Metodologická omezení: nebyly zaznamenány žádné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií byla kvalitních kvalitativních studií. Koherence: nebyly zaznamenány žádné obavy ohledně soudržnosti. Relevance: byly zaznamenány menší obavy ohledně relevance, pouze jedna studie</p>

<p>operaci prsou; většina dospívajících matek) mělo pocit, že prenatální vzdělávání o kojení bylo nedostatečné nebo příliš sporadické.</p> <ul style="list-style-type: none"> Některé matky uvedly, že obsah předporodní výchovy byl příliš zaměřen na kojení a nedostatečně se zabýval jinými možnostmi; že se nedostatečně diskutovalo o tom, co lze očekávat (například jak náročné nebo bolestivé může kojení být), a proto došlo k nesouladu mezi očekáváními žen a jejich zkušenostmi. Matky preferovaly praktické informace. Pokud matky obdržely dostatečné a praktické informace (např. neohýbat se při držení dítěte), byly s prenatálními informacemi spokojené. 	<p>al., 1993; Bueno-Gutierrez et al., 2015; Coreil et al., 1995; Cricco-Lizza et al., 2006; de Oliveira et al., 2015; Ekström et al., 2016; Engstrom et al., 2000; Hailes et al., 2000; Hall et al., 2007; Helsing et al., 2002; Loiselle et al., 2001; Raisler et al., 2000; Redshaw et al., 2012; Shortt et al., 2013; Spear et al., 2006)</p>		<p>pocházela ze země s nízkými příjmy a žádná ze zemí Asie nebo Blízkého východu. Dostatečnost dat: nebyly zaznamenány žádné obavy ohledně adekvátnosti dat. Studie obsahovaly rozsáhlá data.</p>
---	--	--	---

Téma: Matky měly pocit, že předporodní edukace o kojení nebyla prováděna optimálně.

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
Mezi matkami s donošenými dětmi a matkami s dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče pro novorozence:	(Arora et al., 2000; Ayiasi et al., 2013;	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate	Metodologická omezení: nebyly zaznamenány žádné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií byla velmi kvalitně zpracována.

<ul style="list-style-type: none"> • Mnoho matek si stěžovalo na předporodní edukaci o kojení z hlediska negativního přístupu nebo nedostatečné komunikace se zdravotnickým personálem. • Jiné uváděly zkušenosti s poskytovateli, kteří se o kojení zmiňovali pouze proto, že to vyžadovala jejich práce, a nevykazovali přitom upřímnost ani pozitivní přístup (v některých studiích byli tito poskytovatelé identifikováni jako lékaři). • Matky pociťovaly frustraci, zmatení, a nakonec nedůvěru v to, co jim poskytovatelé zdravotních služeb říkali. • Mnoho respondentek vnímalo zdravotnické pracovníky jako vysoce motivované zastánce kojení. Zdravotnice s osobní zkušeností s kojením byly považovány za nejupřímnější a nejúčinnější poradkyně. Velmi ceněna byla kontinuita péče v rámci poporodní podpory. 	<p>Barona-Vilar et al., 2009; Bergman et al., 1993; Bueno-Gutierrez et al., 2015; Coreil et al., 1995; Cricco-Lizza et al., 2006; de Oliveira et al., 2015; Ekström et al., 2016; Engstrom et al., 2000; Hailes et al., 2000; Hall et al., 2007; Helsing et al., 2002; Loiselle et al., 2001; Raisler et al., 2000; Redshaw</p>		<p>Koherence: nebyly zaznamenány žádné obavy ohledně koherence. Relevance: byly zaznamenány menší obavy ohledně relevance, protože pouze jedna studie pocházela z nízkopříjmové země a žádná ze zemí Asie nebo Blízkého východu. Dostatečnost dat: nebyly zaznamenány žádné obavy ohledně dostatečnosti dat. Studie obsahovaly rozsáhlá data.</p>
--	---	--	---

	et al., 2012; Shortt et al., 2013; Spear et al., 2006)		
--	--	--	--

Klinická otázka 4: Měly by ženy po porodu praktikovat časný kontakt kůže na kůži, ve srovnání s jeho nerealizací, aby se zvýšila míra časného zahájení kojení do jedné hodiny po porodu?

Okamžitá podpora k zahájení a udržení kojení

Časný kontakt kůže na kůži a zahájení kojení

Bylo posouzeno 286 studií pro možné zařazení. Třináct studií bylo identifikováno jako vhodných pro zařazení do tohoto review (Abolyan et al., 2006; Abul-Fadl et al., 2012; Aguilar Cordero et al., 2012; Carfoot et al., 2005; Finigan et al., 2014; Gomez Papi et al., 1998; Gouchon et al., 2010; Moran-Peters et al., 2014; Nolan et al., 2009; Nyqvist et al., 2008; Redshaw et al., 2014; Walters et al. 2007; Wiberg et al., 1989). Těchto 13 studií bylo provedeno v Austrálii, Kolumbii, Egyptě, Itálii, Palestině, Rusku, Švédsku, Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (Spojené království) a ve Spojených státech amerických (Spojené státy).

Téma: Většina matek si cenila časný kontakt kůže na kůži a cítila se při tom dobře.

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>Mezi matkami s běžným (vaginálním) porodem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Většina matek by si přála mít časný kontakt kůže na kůži znovu při budoucím porodu. Některé matky cítily, že bez časného kontaktu kůže na kůži by porod působil příliš klinicky a sterilně, spíše než přirozeně. „Většina matek vypadala šťastně, i když přibližně pětina se cítila unavená.“ V Palestině měly mladší matky větší zájem o kontakt kůže na kůži poté, co o něm dostaly informace. V Egyptě měla přibližně polovina matek povědomí o výhodách kontaktu kůže na kůži. Ve Švédsku byly matky, které měly krátký časný kontakt kůže na kůži (méně než 15 minut), nespokojené a měly pocit, že kontakt trval příliš krátce. 	(Abolyan et al., 2006; Abul-Fadl et al., 2012; Aguilar Cordero et al., 2012; Carfoot et al., 2005; Finigan et al.,	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate	<p>Metodologická omezení: Všechny zahrnuté studie (Tham et al., 2015) měly střední míru metodologických omezení. Většina studií používala dotazníky s uzavřenými otázkami, pouze několik využilo hloubkové rozhovory.</p> <p>Koherence: Nebyly zjištěny problémy s koherencí. Data byla konzistentní napříč studiemi zahrnujícími matky s běžným porodem, císařským řezem nebo s novorozenci přijatými na jednotku intenzivní péče, obvykle kvůli velmi nízké porodní hmotnosti nebo předčasnému porodu.</p> <p>Relevance: Mírné obavy o relevanci. Žádná studie nepocházela z Asie nebo Afriky ani z nízkopříjmových zemí.</p>
Mezi matkami po císařském řezu:			

<ul style="list-style-type: none"> Matky byly velmi spokojené a přesvědčené, že časný kontakt kůže na kůži přispěl k pocitu blízkosti s dítětem. Mnohé by jej chtěly opět při budoucím porodu. Jedna matka uvedla, že „zapomněla na bolest“, když byla dána do kontaktu kůže na kůži se svým dítětem, a že jí to „pomohlo zotavit se“. Matky, které dříve podstoupily císařský řez bez časného kontaktu kůže na kůži, měly velmi vysokou spokojenost poté, co jej zažily. V Itálii jen 2 z 17 matek, které měly časný kontakt kůže na kůži, nevnímaly žádný přínos. 	2014; Gomez Papi et al., 1998; Gouchon et al., 2010; Moran-Peters et al., 2014; Nolan et al., 2009; Nyqvist et al., 2008; Redshaw et al., 2014; Walters et al., 2007; Wiberg et al., 1989)		Dostatečnost dat: Mírné obavy o dostatečnost dat. Bylo dotázáno téměř 8000 matek prostřednictvím rozhovorů či dotazníků ohledně jejich hodnot a preferencí k okamžitému kontaktu kůže na kůži. Data byla bohatá a vysoce konzistentní.
Mezi matkami, jejichž děti byly přijaty na jednotku intenzivní neonatální péče (pro předčasnost nebo nízkou porodní hmotnost): <ul style="list-style-type: none"> Matky věřily, že časná, nepřetržitá a dlouhodobá péče kůže na kůži mezi matkou a dítětem bez zbytečných omezení by měla být nabízena co nejdříve. Mnohé ji považovaly za nejdůležitější „krok“. 			

Klinická otázka 6: Měla by být ženám po porodu poskytnuta asistence pro správné přiložení a přisátí dítěte, aby jejich novorozenci dosáhli správného efektivního sání, ve srovnání s neposkytnutím této asistence, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Praktická edukace, jak správně kojít

Bylo posouzeno 80 studií pro možné zařazení. Osm studií bylo identifikováno jako vhodných pro zařazení do tohoto review (Byrne et al., 1996; Cottrell et al., 2013; Labiner-Wolfe et al., 2008; Flaherman et al., 2012; Heon et al., 2014; Hurst et al., 2013; Potera et al., 2013; Rossman et al., 2013). Těchto osm studií bylo provedeno v Kanadě, ve Spojeném království a ve Spojených státech. Dvě studie se zabývaly tím, jak matkám ukázat techniku kojení, a šest studií se věnovalo odsávání mateřského mléka.

Téma: Většina matek zjistila, že výuka techniky kojení je užitečná, ale někdy nedostatečně provedená

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
---------	--------	----------------	---------------------------

<p>U matek (s donošenými i nedonošenými dětmi), kterým bylo ukázáno, jak správně kojit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matky považovaly za užitečné, když jim bylo ukázáno, jak dítě při kojení držet a polohovat a jak dosáhnout správného přísátí. Matky si uvědomovaly, že potřebují pomoc při zahájení kojení, ale většina měla pocit, že nedostala dostatečnou podporu. Například některým bylo pomáháno s přísátím jen jednou, nebo dostávaly nekonzistentní rady od různých zdravotnických pracovníků. 	<p>(Byrne et al., 1996; Cottrell et al., 2013)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Nízká/low</p>	<p>Metodologická omezení: Dvě studie generovaly mírné obavy z metodologických omezení. Jedna studie vedla rozhovory se 16 matkami předčasně narozených dětí a druhá použila dotazník s otevřenými otázkami u 253 afroamerických matek.</p> <p>Koherence: Mírné obavy o koherenci. Matky si podporu cenily, ale považovaly ji za nedostatečnou.</p> <p>Relevance: Střední obavy o relevanci. Obě studie pocházely z vysoce příjmových zemí s dobrými zdravotnickými systémy.</p> <p>Dostatečnost dat: Střední obavy o dostatečnost dat. Data byla bohatá, ale pocházela pouze ze dvou studií.</p>
---	--	---------------------------	--

Téma: Většina matek donošených dětí zjistila, že výuka odsávání mateřského mléka byla užitečná

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými dětmi, kterým bylo ukázáno, jak odsávat mateřské mléko:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matky, kterým bylo ukázáno, jak odsávat mléko, souhlasily, že tato dovednost je užitečná a umožnila jim kojit déle. Nejčastější důvody pro odsávání mléka byly: aby někdo jiný mohl dítě nakrmit, mít „nouzovou“ zásobu mléka a dokrmit dítě. 	<p>(Labiner-Wolfe et al., 2008)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Nízká/low</p>	<p>Metodologická omezení: Jedna studie generovala střední obavy z metodologických omezení. Studie použila dotazník s převážně uzavřenými otázkami u 3606 matek donošených nebo téměř donošených dětí.</p> <p>Koherence: Střední obavy o koherenci. Kvalitativní informace nebyly příliš podrobné.</p> <p>Relevance: Významné obavy o relevanci. Studie zahrnovala matky malých i starších dětí ze Spojených států.</p> <p>Dostatečnost dat: Střední obavy o dostatečnost dat. Informace pocházely pouze z dotazníků.</p>

Téma: Matky dětí přijatých na jednotku intenzivní péče novorozenců považovaly odsávání mateřského mléka za „paradoxní zkušenost“, při které cítily silnou nelibost, ale zároveň pocit spojení s dítětem

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče novorozenců, s nízkou porodní hmotností, předčasně narozených nebo s problémy s přisátím:</p> <p>Matky obvykle cítily „silnou nelibost“ k odsávání mléka (necítily totéž, co při držení dítěte, byly zahanbené, když je někdo viděl odsávat). Hlásily bolest a nepohodlí při odsávání a hledaly více podpory. Většina pokračovala v odsávání kvůli svému dítěti (zejména matky dětí na jednotce intenzivní péče novorozenců) a bylo to popisováno jako „dávání života“ dítěti.</p> <ul style="list-style-type: none"> Toto bylo popisováno jako „paradoxní zkušenost“ separace a spojení. 	<p>(Flaherman et al., 2012; Heon et al., 2014; Hurst et al., 2013; Potera et al., 2013; Rossman et al., 2013)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate</p>	<p>Metodologická omezení: Pět studií nemělo žádné problémy s metodologickými omezeními. Studie používaly kvalitní kvalitativní metody při rozhovorech s matkami.</p> <p>Koherence: Nebyly zjištěny problémy s koherencí. Informace byly konzistentní mezi matkami i mezi jednotlivými studiemi.</p> <p>Relevance: Střední obavy o relevanci. Studie pocházely ze Spojených států (4 studie) a Kanady (1 studie), obě vysoce příjmové země.</p> <p>Dostatečnost dat: Střední obavy o dostatečnost dat. Data byla bohatá, ale pocházela z úzkého kontextu.</p>

Klinická otázka 8: Mělo by být novorozencům podáváno pouze mateřské mléko, bez jakékoli jiné výživy nebo tekutin, pokud není zdravotně indikováno, ve srovnání s podáváním jakékoliv jiné výživy nebo tekutin, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Časné dokrmování Bylo posouzeno 99 studií pro možné zařazení. Tři studie byly identifikovány jako vhodné pro zařazení do tohoto review (Adejuyigbe et al., 2008; Degefie et al., 2014; Khan et al., 2013). Tyto tři studie byly provedeny v Etiopii, Nigérii a Pákistánu.

Téma: Matky žijící v kulturních kontextech, kde jsou předkojení (pre-lacteal) pokrmy přijatelné, je hodnotily pozitivně

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými i předčasně narozenými dětmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matky vnímaly dokrmování jako pro dítě prospěšné (např. pozitivní vliv na zdraví, prevence onemocnění). Společenské normy a kulturní přesvědčení vnímaly dokrmování pozitivně a jako sociálně přijatelné. 	<p>(Adejuyigbe et al., 2008; Degefie et al., 2014; Khan et al., 2013)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate</p>	<p>Metodologická omezení: Nebyly zjištěny žádné obavy o metodologická omezení.</p> <p>Koherence: Nebyly zjištěny žádné obavy o koherenci. Zjištění byla konzistentní napříč třemi studiemi z odlišných kulturních prostředí.</p> <p>Relevance: Střední obavy o relevanci. Všechny studie pocházely z nízkopříjmových a středně příjmových zemí.</p> <p>Dostatečnost dat: Mírné obavy o dostatečnost dat. Data byla bohatá u studií z Etiopie</p>

			a Nigérie a středně podrobná u studie z Pákistánu.
--	--	--	--

Klinická otázka 9: Měly by ženy po porodu v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči a jejich novorozenci zůstat spolu a být ve společném pokoji (rooming-in), ve srovnání s nepraktikováním rooming-in, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Rooming-in

Bylo posouzeno 37 studií pro možné zařazení. Sedm studií bylo identifikováno jako vhodných pro zařazení do tohoto review (Abolyan et al., 2006; Ball et al., 2006; Dharamraj et al., 1981; Hull et al., 1990; Nysaether et al., 2002; Reid et al., 2007; Svensson et al., 2005). Těchto sedm studií bylo provedeno v Indonésii, Irsku, Norsku, Rusku, Švédsku, Spojeném království a Spojených státech.

Téma: Většina matek preferovala společné ubytování s dítětem, i když existovala významná část, která by raději nesdílela pokoj přes noc

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými dětmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rooming-in nebylo univerzálně preferováno všemi matkami. Ty, které chtěly sdílet pokoj s dítětem, uvedly, že chtějí být se svým dítětem a mají úzkost z toho, že potřebují brzy získat zkušenosti a trénink v péči o dítě. Chtěly mít dítě blízko pro případ, že by se něco stalo. V Indonésii (80 %), Norsku (95 %) a Švédsku (93 %) by většina matek chtěla mít své děti s sebou v noci. Ty, které nechtěly sdílet pokoj, chtěly odpočívat během pobytu v nemocnici, byly přesvědčeny, že jejich dítě obdrží profesionální péči, a měly pocit, že dítě bude spát lépe v péči sester, kde je klidněji. Například v Indonésii byla obava, že mezi postelemi není dostatek místa (více hluku a rušení během noci). Ženy z etnické menšiny irských kočovníků (Severní Irsko) velmi ocenily, když jim porodní asistentky dítě na noc odnesly. 	<p>(Abolyan et al., 2006; Ball et al., 2006; Dharamraj et al., 1981; Hull et al., 1990; Nysaether et al., 2002; Reid et al., 2007; Svensson et al., 2005)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate</p>	<p>Metodologická omezení: Mírné obavy z metodologických omezení. Většina studií kombinovala hloubkové rozhovory s dotazníky. Koherence: Nebyly zjištěny problémy s koherencí. Relevance: Mírné obavy o relevanci. Studie pocházely z vysoce a středně příjmových zemí. Žádná studie nebyla z Blízkého východu ani Afriky. Dostatečnost dat: Mírné obavy o dostatečnost dat. Byla k dispozici bohatá data.</p>

Klinická otázka 10: Měly by ženy po porodu praktikovat kojení dle potřeb dítěte, ve srovnání s neproaktikováním kojení dle potřeb dítěte, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Kojení dle potřeb dítěte

Bylo posouzeno 231 studií pro možné zařazení. Čtyři studie byly identifikovány jako vhodné pro zařazení do tohoto review (Abolyan et al., 2006; Nyqvist et al., 2008; Dykes et al., 2005; Hongon et al., 2015). Tyto čtyři studie byly provedeny v Japonsku, Rusku, Švédsku a Spojeném království.

Téma: Matky si cenily kojení dle potřeb dítěte, ale cítily, že potřebují více podpory

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými dětmi a dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče novorozenců:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matky považovaly kojení dle potřeb dítěte za důležité. Přesto byly matky nejisté a zmatené při interpretaci hladových a sacích signálů svých dětí. To způsobovalo frustraci, stres, úzkost a únavu. Matky dětí z jednotky intenzivní péče novorozenců cítily, že kojení dle potřeb dítěte by mělo začít co nejdříve. Tyto matky však také cítily, že potřebují vedení při rozpoznávání signálů hladu a změn v chování dítěte. Měly pocit, že potřebují podporu, když dítě přechází na kojení dle jeho potřeb, jakmile začne projevovat zájem o sání. 	<p>(Abolyan et al., 2006; Nyqvist et al., 2008; Dykes et al., 2005; Hongon et al., 2015)</p>	<p>⊕⊕⊖⊖ Nízká/low</p>	<p>Metodologická omezení: Střední obavy o metodologická omezení. Většina studií byla provedena pomocí dotazníků, pozorování nebo rozhovorů vedených porodními asistentkami.</p> <p>Koherence: Nebyly zjištěny problémy s koherencí. Zjištění byla konzistentní i v různých kontextech mezi matkami dětí přijatých na jednotku intenzivní péče, velmi předčasně narozených dětí, dětí s velmi nízkou porodní hmotností a donošených dětí.</p> <p>Relevance: Mírné obavy o relevanci. Všechny čtyři studie se přímo zabývaly vnímáním matek vůči kojení dle potřeb dítěte, avšak neexistovaly studie z nízkopříjmových ani středně příjmových zemí mimo Evropu a Asii.</p> <p>Dostatečnost dat: Střední obavy o dostatečnost dat. Většina studií poskytla omezená data z dotazníků s uzavřenými otázkami.</p>

Vyhýbání se dudlíkům

Bylo posouzeno 630 studií pro možné zařazení. Pět studií bylo identifikováno jako vhodných pro zařazení do tohoto review (Victoria et al., 1997; Nyqvist et al., 2008; Collins et al., 2004; Abul-Fadl et al., 2012; Vogel et al., 2001). Studie byly provedeny v Austrálii, Brazílii, Egyptě, Novém Zélandu a Švédsku.

Téma: Matky hodnotily používání dudlíků pozitivně

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými dětmi a dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče novorozenců:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matky používaly dudlíky, protože věřily, že uklidňují jejich děti, pomáhají jim naučit se sát, umožňují odpočinek mezi kojeními a pomáhají při odstavení dítěte. Používání dudlíku bylo vnímáno jako běžné a pozitivní chování. V pokusech, kdy byly matky instruovány, aby se dudlíkům vyhýbaly, 24–61 % matek dudlík zavedlo. Matky předčasně narozených a velmi předčasně narozených dětí navrhovaly zahrnout jako krok: „Nabídnout dítěti dudlík pro úlevu od bolesti, stresu a úzkosti a pro stimulaci příjmu výživy při krmení sondou. Zavést krmení savičkou, pokud k tomu existuje důvod!“ V Egyptě přibližně 40 % matek dudlík používá. Pouze menšina matek (6 % v jedné studii) dudlík záměrně nepoužívala z obavy, že by mohl narušit kojení. Další 20–30 % se dudlíkům vyhýbalo kvůli vzhledu, obavám z vytvoření návyku, nebo uvedlo, že není potřeba, či že je „nepřirozený“ (a raději dítě nosily, což považovaly za lepší způsob uklidnění). Rovněž byly zmíněny obavy o hygienu, ztrátu dudlíku a vliv na zuby. 	<p>(Victoria et al., 1997; Nyqvist et al., 2008; Collins et al., 2004; Abul-Fadl et al., 2012; Vogel et al., 2001)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate</p>	<p>Metodologická omezení: Nebyly zjištěny žádné obavy o metodologická omezení. Koherence: Nebyly zjištěny žádné obavy o koherenci. Relevance: Mírné obavy o relevanci. Nebyly zahrnuty žádné primární studie z Afriky, Asie ani z nízkopříjmových zemí. Dostatečnost dat: Nebyly zjištěny žádné obavy o dostatečnost dat. Data byla bohatá.</p>

Klinická otázka 11: Měly by děti, které jsou nebo budou kojené, dostávat výživu pouze prostřednictvím kalíšku, lžičky, sondy k prsu, stříkačky, krmení přes prst nebo jinými metodami bez saviček, ve srovnání s podáním výživy pomocí lahví se savičkami, aby se zvýšila míra výlučného kojení během pobytu v zařízení?

Vyhýbání se savičkám

Bylo posouzeno 630 studií pro možné zařazení. Tři studie byly identifikovány jako vhodné pro zařazení do tohoto review (Nyqvist et al., 2008; Collins et al., 2004; Cloherty et al., 2005). Ze tří studií se všechny zabývaly hodnotami a preferencemi matek ohledně vyhýbání se savičkám (provedeno v Austrálii, Švédsku a Spojeném království) a dvě se zabývaly hodnotami a preferencemi matek ohledně krmení z kelímku (provedeno v Austrálii a Spojeném království).

Téma: Matky hodnotily používání saviček pozitivně

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými dětmi a dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče novorozenců:</p>	<p>(Nyqvist et al., 2008;</p>	<p>⊕⊕⊖⊖ Nízká/low</p>	<p>Metodologická omezení: Nebyly zjištěny žádné obavy o metodologická omezení.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Matky považovaly používání saviček za snadné a pohodlné. Měly pocit, že není potřeba žádného školení a že tato dovednost přichází přirozeně. Používání saviček bylo přirozenou volbou při potížích s kojením. Mezi matkami velmi předčasně narozených a dětí s velmi nízkou porodní hmotností převládal názor, že kojení je nejlepší volbou, ale krmení savičkou může být také vhodné, pokud je matka emocionálně vyčerpaná po dlouhém pobytu s dítětem v nemocnici několik měsíců a nemůže zvládnout kojení, nebo při návratu domů s dítětem s lékařskými problémy. 	Collins et al., 2004; Cloherty et al., 2005)		<p>Koherence: Nebyly zjištěny žádné obavy o koherenci. Zjištění byla konzistentní mezi matkami donošených dětí a matek předčasně narozených, s velmi nízkou porodní hmotností nebo dětí přijatých na jednotku intenzivní péče.</p> <p>Relevance: Střední obavy o relevanci. Všechny studie pocházely z vysoce příjmových zemí; žádná nebyla z Afriky, Amerik ani Blízkého východu.</p> <p>Dostatečnost dat: Mírné obavy o dostatečnost dat. Data ze studií byla poměrně bohatá.</p>
---	--	--	---

Téma: Matky považovaly krmení z kalíšku za obtížné

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>U matek s donošenými dětmi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Matky považovaly používání kalíšku za obtížné: bylo to nepořádné, časově náročné, často docházelo k rozlití (ztrátám) a dítě nebylo plně nasyceno. Navíc, v pokusech, kdy byly matky instruovány ke krmení z kalíšku, většina zavedla lahvičku. Ty, které pokračovaly v krmení z kalíšku, měly obavy ze „zmatení ze savičky“ (u jedné z 30 matek ve studii provedené ve Spojeném království). 	(Collins et al., 2004; Cloherty et al., 2005)	⊕⊕⊖⊖ Nízká/low	<p>Metodologická omezení: Nebyly zjištěny žádné obavy o metodologická omezení.</p> <p>Koherence: Nebyly zjištěny žádné obavy o koherenci. Zjištění byla konzistentní mezi matkami donošených i předčasně narozených dětí.</p> <p>Relevance: Střední obavy o relevanci. Byly pouze dvě studie, obě z vysoce příjmových zemí.</p> <p>Dostatečnost dat: Střední obavy o dostatečnost dat. Data ze studií byla poměrně bohatá.</p>

Klinická otázka 12: Měly by ženy rodící v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči získat kontakt na pokračující podporu kojení po propuštění z těchto zařízení, ve srovnání s nezískáním kontaktu na podporu kojení po propuštění, aby se zvýšila míra výlučného kojení v 1. měsíci po porodu?

Plánování propuštění a propojení na pokračující péči

Bylo posouzeno 648 studií z hlediska jejich zařazení. Dvacet dva studií bylo shledáno vhodnými pro zařazení do tohoto review (Kronborg et al., 2008; Abolyan et al., 2006; Spear et al., 2006; Andaya et al., 2012; Askelsdottir et al., 2013; Bailey et al., 2010; Barimani et al., 2014; Bonuck et al., 2014; Boulvain et al., 2004; Escobar et al., 2001; Fallon et al., 2005; Fox et al., 2015; Graffy et al., 2004; Kronborg et al., 2007; Labarere et al., 2011; Mantha et

al., 2008; McKeever et al., 2002; Murray et al., 2000; Paul et al., 2012; Rojjanasrirat et al., 2012; Seguranyes et al., 2014; Sword et al., 2006). Těchto 22 studií bylo provedeno v Austrálii, Kanadě, Dánsku, Francii, Irsku, Rusku, Španělsku, Švédsku, Švýcarsku, Spojeném království a Spojených státech.

Téma: Většina matek ocenila podporu kojení po propuštění z nemocnice

Výstupy	Studie	Jistota důkazů	Vysvětlení jistoty důkazů
<p>Mezi matkami s donošenými dětmi a matkami s dětmi přijatými na jednotku intenzivní péče pro novorozence:</p> <ul style="list-style-type: none"> Většina matek ocenila pokračující podporu kojení po propuštění z nemocnice. Bez ohledu na typ podpory (telefon, dětské koutky, návštěva v nemocnici, návštěva doma, videokonference, kombinace podpůrných mechanismů) se zdálo, že matky oceňovaly přístup k podpoře po propuštění z porodnice. Matky pociťovaly větší pocit bezpečí díky získané podpoře, zejména během prvního týdne po porodu. 	<p>(Kronborg et al., 2008; Abolyan et al., 2006; Spear et al., 2006; Andaya et al., 2012; Askelsdottir et al., 2013; Bailey et al., 2010; Barimani et al., 2014; Bonuck et al., 2014; Boulvain et al., 2004; Escobar et al., 2001; Fallon et al., 2005; Fox et al., 2015; Graffy et al., 2004; Kronborg et al., 2007; Labarere et al., 2011; Mantha et al., 2008; McKeever et</p>	<p>⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate</p>	<p>Metodologická omezení: existovaly menší obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií porovnávala dvě různé strategie nebo metody podpory kojení po propuštění z porodnice. Koherence: neexistovaly žádné obavy ohledně koherence. Relevance: existovaly mírné obavy ohledně relevance. Neexistovaly žádné primární studie z Afriky nebo regionů na Středním východě. Dostatečnost dat: existovaly mírné obavy ohledně dostatečnosti dat. Většina studií obsahovala hodnocení spokojenosti matek, s nedostatečnými daty.</p>

	al., 2002; Murray et al., 2000; Paul et al., 2012; Rojjanasrirat et al., 2012; Seguranyes et al., 2014; Sword et al., 2006)		
--	--	--	--

Příloha F

Souhrnné tabulky zjištění kvalitativních studií GRADE-CERQUAL o přijatelnosti mezi zdravotnickými pracovníky a zúčastněnými stranami

Byla provedena systematická review hodnot a preferencí zdravotnických pracovníků týkajících se různých aspektů podpory kojení ve vztahu k Deseti krokům k úspěšnému kojení a iniciativě Baby-friendly Hospital Initiative. Vyhledávání v databázích Embase a Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) bylo provedeno v červnu 2016. Celkem bylo identifikováno 1037 názvů a abstraktů článků k dalšímu screeningu; z nich bylo 145 článků posouzeno na základě plného textu. Celkem 62 článků splnilo kritéria pro zařazení.

Data byla extrahována do standardizovaného formuláře a uspořádána podle toho, kterých intervencí na podporu kojení se týkala. Screening, hodnocení a extrakce dat byly prováděny nezávisle dvěma hodnotiteli a neshody byly řešeny třetím hodnotitelem.

Kvalita každé jednotlivé studie byla hodnocena pomocí nástroje Critical Appraisal Skills Programme (CASP) pro kvalitativní studie. Kvalita každého článku byla posouzena dvěma nezávislými hodnotiteli. U každé intervence na podporu kojení byla provedena tematická analýza relevantních údajů. Přístup GRADE-Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (CERQual) byl použit k poskytnutí systematického a transparentního způsobu posouzení a popisu míry důvěry v jednotlivá zjištění. Tento přístup vychází z hodnocení metodologických omezení, relevance, koherence a přiměřenosti dat pro jednotlivá témata. Každé jednotlivé téma bylo ohodnoceno pomocí přístupu GRADE-CERQual.

Klinická otázka 1: Strategie kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Do této review bylo zařazeno šest studií (101, 207, 213, 218, 220, 246). Šest studií bylo provedeno v Austrálii, Číně, na Novém Zélandu, v Jihoafrické republice, Spojeném království a Spojených státech. Jedna studie přispěla k prvnímu tématu týkajícímu se obsahu strategie a všech šest studií přispělo k tématu týkajícímu se obtížnosti implementace takové strategie.

Téma: Zdravotníci cítili, že jasně formulovaná strategie kojení kojenců by měla být neutrální, nebo by neměla existovat vůbec

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi porodními asistentkami z porodního oddělení okresní nemocnice: Porodní asistentky na poporodním oddělení považovaly za hodnotnou neutrální strategii kojení. Většina personálu věřila, že by nemocnice měla mít jasně formulovanou strategii kojení, ačkoli třetina se domnívala, že by taková strategie neměla existovat. Mezi těmi, kdo se domnívali, že strategie být má, většina upřednostňovala neutrální politiku, která nezdůrazňuje podporu jednoho způsobu krmení před druhým. Hlavním důvodem uváděným proti zavedení strategie byla obava, že by u matek, které se rozhodly nekojit nebo nemohly kojit, mohla vyvolat pocity viny. Vytvoření neutrální strategie kojení umožnilo personálu cítit se kompetentní podporovat matky v jakémkoli způsobu krmení, který si zvolily, aniž by měli pocit, že musí podporovat jeden způsob krmení na úkor druhého. 	(101)	⊕⊕⊕⊖ Velmi nízká / very low	<p>Metodologická omezení: výrazné obavy ohledně metodologických omezení. Studie použila dotazník mezi 48 porodními asistentkami.</p> <p>Koherence: střední obavy ohledně koherence. Nebyla provedena triangulace mezi dalšími pracovníky okresní nemocnice.</p> <p>Relevance: výrazné obavy ohledně relevance. Jednalo se o jedinou studii z Austrálie; žádné jiné studie se nezabývaly obsahem politiky krmení kojenců.</p> <p>Přiměřenost dat: výrazné obavy ohledně přiměřenosti dat.</p>

Téma: Zdravotníci cítili, že implementace strategie kojení je náročný úkol a vyžaduje častou komunikaci

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotníky z porodnických zařízení:</p> <ul style="list-style-type: none"> Personál považoval vypracování strategie kojení za „náročný úkol“, částečně proto, že mnoho administrátorů s tímto procesem nemělo žádné předchozí zkušenosti. Nedostatek zdrojů pro vytvoření a implementaci strategie byl považován za překážku pro vedení nemocnice. Úspěch při změně strategie porodního zařízení byl obzvláště náročný, pokud nebyla podpora ze strany vedení nebo dalších interních aktérů, například lékařského týmu. Administrátoři zjistili, že specifické protokoly podporující implementaci strategie pomáhají zaměstnancům lépe pochopit nové strategie kojení. Jasná a častá komunikace se zaměstnanci byla často zmiňovaná jako důležitá příležitost k zavedení konzistentních sdělení ohledně kojení. Komunikační aspekt politiky kojení byl považován za obzvláště obtížný u méně stabilního personálu. 	(101, 207, 213, 218, 220, 246)	<p>⊕⊕⊕⊖</p> <p>Nízká/low</p>	<p>Metodologická omezení: drobné obavy ohledně metodologických omezení. Pro sběr dat byly použity různé metody.</p> <p>Koherence: drobné obavy ohledně koherence. Nebyla nalezena žádná protichůdná zjištění.</p> <p>Relevance: střední obavy ohledně relevance. Studie byly provedeny ve třech regionech. Žádná studie nebyla z nízkopříjmových zemí.</p> <p>Přiměřenost dat: drobné obavy ohledně přiměřenosti dat. Data byla poměrně podrobná díky osobním a hloubkovým rozhovorům.</p>

Klinická otázka 2: Kompetence zdravotnického personálu

Do této review bylo zařazeno šest studií (72, 207, 235, 246, 251, 252). Šest studií bylo provedeno v Kanadě, Irsku, na Novém Zélandu a ve Spojených státech.

Téma: Zdravotníci uváděli, že více školení o správném kojení by bylo užitečné, ale kvůli konkurenčním prioritám je na to nedostatek času

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi zdravotníky z porodnic, porodních služeb a jednotek intenzivní péče o novorozence: Zdravotnický personál považoval další školení o kojení za užitečné, ale nedostatek času kvůli konkurenčním prioritám bránil jeho realizaci. Personál přivítal myšlenku školení o kojení a cítil, že školení je důležitým aspektem, který umožňuje překonat negativní postoje vůči iniciativě Baby-friendly Hospital. Většina rezidentních lékařů však považovala své vzdělávání a školení o kojení za nedostatečné. Personál uváděl, že ačkoli oceňuje školení o kojení, neměl dostatek času ho absolvovat. Jiné vzdělávací priority se zdály být hlavní překážkou při hledání času pro školení o kojení. Přestože o školení byl zájem, vzdělávání o kojení byla přiřazována nižší prioritou ve srovnání s výukou potřebných dovedností k bezpečné péči o matky s komplikacemi. Ačkoli personál cítil, že více školení by mohlo zvýšit 	<ul style="list-style-type: none"> (72, 207, 235, 246, 251, 252) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Nízká/low 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: střední obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií používala průzkumy a dotazníky s uzavřenými otázkami. Koherence: střední obavy ohledně koherence. V informacích ze studií byla určitou nekonzistence. Relevance: střední obavy ohledně relevance. Studie byly provedeny pouze ve vysoce příjmových zemích. Přiměřenost dat: střední obavy ohledně přiměřenosti dat. Většina studií neměla příliš „hloubky“ ve zjištěních.

<p>míru kojení, například na jednotkách intenzivní péče o novorozence, vzdělávání o kojení se nezdálo být „v popředí“.</p> <ul style="list-style-type: none"> Rezidenti, kteří považovali své školení za adekvátní, byli pravděpodobněji schopni poskytovat poradenství ženám ohledně kojení. 			
--	--	--	--

Klinická otázka 3: Podpora těhotných žen v prenatálním období

Do tohoto review bylo zařazeno sedmáct studií (219, 224, 226–228, 245, 247–251, 253–258). Sedmáct studií bylo provedeno v Austrálii, Kanadě, Iráku, Jihoafrické republice, Švédsku, Spojeném království a Spojených státech. Třináct studií přispělo k prvnímu tématu o rolích zdravotníků při podpoře kojení v rámci prenatálního vzdělávání a pět studií přispělo k tématu důvěry zdravotníků ve poskytování poradenství o kojení.

Téma: Zdravotníci měli rozdílné názory na roli poskytovatelů při podpoře kojení v prenatálním vzdělávání matek

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi zdravotníky z prenatálních a obecných ambulancí, porodních služeb a novorozeneckých jednotek intenzivní péče: Zdravotníci měli rozdílné názory na to, jaká by měla být jejich role při informování žen o kojení. Mnoho poskytovatelů považovalo podporu a propagaci kojení za součást své role. Pět studií uvádělo, že poskytovatelé považovali poradenství ženám ohledně kojení za důležité využití svého času během prenatálních návštěv. Devět studií také ukázalo, že zdravotníci měli obtíže s propagací kojení, aniž by vyvolávali pocity odporu u pacientek. Rozhodnutí kojít nebo krmit savičkou bylo vnímáno jako individuální volba matky. Studie popisující tento jev používaly výrazy jako „nátlak na kojení“, „překračování hranic“, „nepřátelské k matce“ a „kojení nařízené“. Některé studie identifikovaly, že poskytovatelé si nebyli jisti, jak přistupovat k výuce o krmení savičkou. V jedné studii autoři zjistili, že pouze 54 % poskytovatelů by doporučilo kojení matce, která se rozhodla krmit savičkou. V několika studiích zdravotníci pociťovali apatii vůči poradenství o kojení a mnoho z nich preferovalo neutrální přístup k propagaci kojení, aby lépe udrželi vztah s pacientkou. Poskytovatelé věřili, že propagace kojení je citlivá rovnováha, a pokud tato rovnováha není dosažena, může to být škodlivé pro vztah poskytovatele a pacientky. 	<ul style="list-style-type: none"> (219, 224, 226, 227, 245, 247–251, 255) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: drobné obavy ohledně metodologických omezení. Jednalo se o kvalitní kvalitativní studie. Koherence: střední obavy ohledně koherence. V informacích ze studií byly určité nesrovnalosti. Relevance: drobné obavy ohledně relevance. Studie byly provedeny ve čtyřech regionech, všechny však ve vysoce příjmových zemích. Přiměřenost dat: drobné obavy ohledně přiměřenosti dat. Data byla poměrně podrobná.

Téma: Zdravotníci měli rozdílnou míru sebedůvěry a vnímané efektivity při poradenství o kojení

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi zdravotníky z prenatálních a obecných ambulancí, porodních a poporodních služeb: Existovala rozdílná míra sebedůvěry a vnímané efektivity v poradenství u jednotlivých zdravotníků. Tři studie (z Íránu, Spojeného království a Spojených států) uváděly, že lékaři se cítili sebejistě při poskytování poradenství ženám o kojení a při řešení problémů s kojením. To však neplatilo pro další dvě studie (ze Spojeného království a Spojených států), které zjistily, že mnoho poskytovatelů si připadalo nejistě a neefektivně ve svém poradenství. Poskytovatelům chyběla zpětná vazba a uváděli, že nevědí, zda matkám poskytují dostatečnou podporu při kojení. To ilustroval jeden lékař slovy: „Myslím, že jsem docela efektivní, ale ne... víte, vždycky přemýšlím. Můžeme matkám pomoci v nemocnici, ale to ještě neznamená, že budou kojít za měsíc nebo za tři měsíce.“ 	<ul style="list-style-type: none"> (227, 254–258) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Nízká/low 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: střední obavy, většina studií používala dotazníky, pouze jedna využila rozhovor. Koherence: drobné obavy, informace byly mezi studii konzistentní. Relevantnost: střední obavy, studie pocházely z Íráku, Spojeného království a USA. Dostatečnost dat: drobné obavy, studie poskytly přiměřené množství informací.

Klinická otázka 4 a klinická otázka 5: Časný kontakt kůže na kůži a zahájení kojení

Patnáct studií bylo identifikováno jako způsobilých k zařazení do této review (72, 131, 207–219). Těchto 15 studií bylo provedeno v Austrálii, Kanadě, Číně, Francii, Indii, na Novém Zélandu a ve Spojených státech.

Z těchto studií se sedm vztahovalo k prvnímu tématu (zdravotničtí pracovníci oceňovali a měli pozitivní postoje k časnému kontaktu kůže na kůži), devět se týkalo druhého tématu (zdravotničtí pracovníci měli obavy o bezpečnost během kontaktu kůže na kůži po císařském řezu nebo anestezii) a dvě byla relevantní pro třetí téma (zdravotničtí pracovníci měli obavy týkající se kojení a kontaktu kůže na kůži, když bylo dítě přijato na jednotku intenzivní neonatální péče).

Téma: Zdravotničtí pracovníci oceňovali a měli pozitivní postoje k časnému kontaktu kůže na kůži

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotnickými pracovníky z porodních a porodnických služeb:</p> <ul style="list-style-type: none"> Porodnický personál měl pozitivní postoje ke kontaktu kůže na kůži po porodu. Výhody kontaktu kůže na kůži jsou zdravotnickým personálem poměrně dobře známy a akceptovány. Někteří poskytovatelé považovali kontakt kůže na kůži za způsob, jak zlepšit efektivitu a zároveň zlepšit výsledky pro pacientky; například: „Kontakt kůže na kůži šetří čas na porodním sále, protože pokud má matka dítě u sebe kůže na kůži, je dítě u matky v bezpečí a je pravděpodobnější, že samo přisaje. Můžete nechat matku a dítě spolu zcela v klidu. Není to časově náročné pro nás, protože je můžeme nechat spolu bezpečně a spokojeně.“ 	<p>(131, 207–213)</p>	<p>⊕⊕⊕⊖</p> <p>Nízká/low</p>	<p>Metodologická omezení: byly mírné obavy ohledně metodologických omezení. Studie používaly dotazníky, osobní rozhovory a diskuse v cílových skupinách.</p> <p>Koherence: byly mírné obavy ohledně koherence. Zjištění byla podobná napříč studii.</p> <p>Relevance: byly střední obavy ohledně relevance. Studie pocházely z Austrálie, Indie a Spojených států.</p> <p>Dostatečnost dat: byly střední obavy ohledně dostatečnosti dat. Data ze studií byla poměrně omezená.</p>

Téma: Zdravotničtí pracovníci měli obavy o bezpečnost během časného kojení a kontaktu kůže na kůži po císařském řezu nebo anestezii

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi zdravotnickými pracovníky z porodních a porodnických služeb: Zdravotnický personál měl obavy ohledně časného kontaktu kůže na kůži a kojení, zejména při porodech s anestezií, jako je císařský řez nebo epidurální anestezie. Ačkoli porodnický personál měl pozitivní postoje ke kontaktu kůže na kůži, při samotné realizaci tohoto kroku se domnívali, že zahájení kojení do půl hodiny po porodu není vždy rozumné. Studie provedená v Indii mezi sestrami ukázala, že pouze polovina zdravotnického personálu se domnívala, že kojení by mělo proběhnout krátce po porodu. Jiná studie uváděla, že personál porodnic považoval za vhodné, aby načasování prvního kojení bylo flexibilní a umožňovalo matkám a dětem ho zahájit, kdy to nejlépe vyhovuje jejich individuální situaci. To platilo zejména u matek, které během porodu podstoupily anestezii, jež mohla ovlivnit schopnost dítěte sát. Několik studií uvádělo, že personál porodnic považoval kontakt kůže na kůži a co nejdřívejší kojení v operačním sále za nepraktické a nebezpečné. Rutiny a personální zajištění operačního sálu zasahovaly do těchto postupů, zejména při komplikovaných nebo císařských porodech. Studie identifikovaly překážky v podobě nemocniční kultury a snahy personálu co nejdříve matku a dítě z porodního sálu dostat. Rozdělení mezi personálem porodního a poporodního oddělení přispívalo k pocitu, že kontakt kůže na kůži a časné zahájení kojení nepatří na porodní sál. V jedné studii v USA uvedlo mnoho sester, že zahájení kojení v operačním sále je nepraktické, ne-li nemožné, kvůli fyzické pozici matky, riziku kontaminace místa řezu a možné neshodě lékařů. 	(131, 210, 212–218)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate	<p>Metodologická omezení: byly mírné obavy ohledně metodologických omezení.</p> <p>Koherence: byly mírné obavy ohledně koherence. Informace odrážejí podobné hodnoty s minimem protichůdných dat.</p> <p>Relevance: byly značné obavy ohledně relevance. Studie pocházely z Austrálie, Číny, Francie, Indie, Nového Zélandu a USA. Nebyly zahrnuty studie z nízkopříjmových zemí.</p> <p>Dostatečnost dat: byly mírné obavy ohledně dostatečnosti dat. Většina z devíti studií poskytovala podrobné údaje z rozhovorů a diskusí v cílových skupinách.</p>

Téma: Zdravotničtí pracovníci měli obavy o bezpečnost časného kojení a kontaktu kůže na kůži, když bylo dítě přijato na novorozeneckou jednotku intenzivní péče

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotnickými pracovníky na jednotkách intenzivní neonatální péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> U dětí přijatých na novorozeneckou jednotku intenzivní péče zdravotnický personál uváděl obavy o bezpečnost při zavádění časného kontaktu kůže na kůži a kojení. Personál se obával zavádění kontaktu kůže na kůži a časného zahájení kojení u medicínsky křehké populace. Běžné obavy se týkaly fyziologické nestability a rizika vytažení intravenózních a pupečních katétrů. Personál se domníval, že děti na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče jsou 	(72, 219)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate	<p>Metodologická omezení: byly mírné obavy ohledně metodologických omezení. Obě studie měly podrobné osobní rozhovory a diskuse v cílových skupinách s kvalitní metodologií.</p> <p>Koherence: byly mírné obavy ohledně koherence. Studie prezentovaly podobná zjištění.</p> <p>Relevance: byly značné obavy ohledně relevance. Studie pocházely z Austrálie a Kanady, dvou zemí s vysokými příjmy.</p>

<p>odlišné kvůli různým komplikacím a že časný kontakt kůže na kůži a časné zahájení kojení na tuto populaci nelze vztahovat.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ačkoli personál jednotky intenzivní péče si byl vědom výhod kontaktu kůže na kůži, cítil také, že riziko pro bezpečnost pacienta je příliš vysoké a že je lepší tuto intervenci vynechat než riskovat ublížením dítěti. 			Dostatečnost dat: byly střední obavy ohledně dostatečnosti dat. Obě studie poskytovaly poměrně podrobné údaje.
---	--	--	--

Klinická otázka 6 a klinická otázka 7: Praktická edukace, jak správně kojit

Dvacet jedna studií bylo identifikováno jako způsobilých k zařazení do této review (72, 131, 209, 210, 215, 219–234). Tyto studie byly provedeny v Austrálii, Kanadě, Iráku, Irsku, Pákistánu, Jižní Africe, Spojeném království a Spojených státech.

Z těchto studií se 13 vztahovalo k prvnímu tématu (zdravotníci pracovníci uváděli, že existuje příliš mnoho překážek, zejména nedostatek času, aby mohli matkám adekvátně ukázat, jak správně kojit), pět se týkalo druhého tématu (různé úrovně důvěry mezi zdravotnickými pracovníky při ukazování matkám, jak správně kojit, často cítili, že zkušenější osoba by to zvládla lépe), a pět bylo relevantní pro třetí téma (negativní postoje zdravotnických pracovníků k ukazování matkám, jak správně kojit; sami mohli být překážkou kojení).

Téma: Zdravotníci pracovníci cítili, že existuje příliš mnoho překážek (zejména nedostatek času), aby mohli matkám adekvátně ukázat, jak správně kojit

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi zdravotnickými pracovníky z porodních, porodnických služeb a novorozeneckých jednotek intenzivní péče: Personál cítil, že nemá dost času a existuje příliš mnoho překážek, aby mohl matkám adekvátně ukázat, jak správně kojit. Většina studií uváděla, že personál porodnic necítil, že má dost času na ukázání správného kojení matkám, kvůli krátké době hospitalizace a nedostatečnému personálnímu zajištění. Jeden poskytovatel vysvětlil: „Nemáme čas sedět se všemi těmito ženami 20 nebo 30 minut. Prostě není čas. Nejste jeden na jednoho, a co se stane, je, že lidé zapomenou, že se nedíváte, pokud se staráte o čtyři nebo pět žen.“ Několik studií uvádělo, že personál porodnic byl příliš zaneprázdněný jinými prioritami, než aby ukazoval matkám, jak správně kojit. Jeden poskytovatel uvedl: „Prsa jsou nejlepší... ale ne, když máme moc práce.“ Kojení bylo vnímáno jako složitá dovednost, jejíž naučení matek je časově náročné. Sestry a porodní asistentky popisovaly pocit, že již unavené matky přetěžují radami a vzděláváním. Personál novorozeneckých jednotek intenzivní péče také zmínil problémy se zajištěním potřebného vybavení, například odsávaček mléka, aby matky udržely laktaci během odloučení. 	<ul style="list-style-type: none"> (72, 131, 209, 210, 215, 219–226) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: byly střední obavy ohledně metodologických omezení. Koherence: byly střední obavy ohledně koherence. Hlavní překážkou byl čas, který měl personál k dispozici pro podporu matek, ale byly zmíněny i jiné překážky, jako vybavení nebo soukromí. Relevance: byly značné obavy ohledně relevance. Studie pocházely z Austrálie, Kanady, Pákistánu, Jižní Afriky, Spojeného království a Spojených států. Dostatečnost dat: byly mírné obavy ohledně dostatečnosti dat. Studie poskytovaly podrobné údaje.

Téma: Úroveň důvěry zdravotnických pracovníků při ukazování matkám, jak správně kojit, se lišila; často cítili, že někdo jiný, zkušenější, by to zvládl lépe

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<ul style="list-style-type: none"> Mezi zdravotnickými pracovníky z porodních, porodnických služeb a novorozeneckých jednotek intenzivní péče: Personál cítil, že úroveň důvěry při podpoře matek při kojení se liší. Někteří zdravotničtí pracovníci uvedli, že jim chybí potřebné dovednosti, aby ženám ukázali, jak správně kojít a udržet laktaci. Jedna studie, která rozhovořila lékaře, uvedla: „Účastníci přiznali, že nejsou schopni řešit všechny problémy s kojením a zpochybnili, zda je nutné, aby to dělali oni.“ Několik studií poznamenalo, že důvěra poskytovatelů v učení dovedností kojení a řešení problémů byla ovlivněna jejich osobní zkušeností s kojením, spíše než předchozím školením či pracovním zkušenostmi. Většina zdravotnického personálu potřebovala snadno dostupné odborníky na kojení, které by mohla kontaktovat nebo na které by mohla odkázat pacientky, pokud jim chyběla důvěra či dovednosti k udržení laktace. Některé studie uváděly, že poskytovatelé neměli žádné informace nebo rady ohledně kojení specifických skupin, například obézních nebo dospívajících matek. 	<ul style="list-style-type: none"> (227–231) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: byly střední obavy ohledně metodologických omezení. Některé studie používaly podrobné rozhovory a polo-strukturované dotazníky, jiné používaly uzavřené dotazníky. Koherence: byly mírné obavy ohledně koherence. Studie poskytovaly konzistentní informace k tomuto tématu. Relevance: byly značné obavy ohledně relevance. Studie pocházely z Austrálie, Kanady, Iráku, Irska a USA. Dostatečnost dat: byly střední obavy ohledně dostatečnosti dat. Data byla poměrně podrobná.

Téma: Mezi zdravotnickými pracovníky panoval negativní postoj k ukazování matkám, jak správně kojít; sami mohli být překážkou kojení

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotnickými pracovníky z porodních a porodnických služeb:</p> <ul style="list-style-type: none"> Někteří pracovníci měli negativní pocity a přetrvávající odpor k ukazování matkám, jak správně kojít. Bylo pozorováno nedostatečné „zapojení“ a negativní postoje některých „starších pracovníků“, a to i přes vzdělávání o kojení a dostupnost odborných zdrojů. U některých pracovníků byl zaznamenán hlubší odpor. Převládající přesvědčení a postoje vůči kojení vedly k podkopávání kojení, protože nechťeli měnit zavedené postupy. Některé studie uváděly postoj „proč to měnit, když to není rozbité“, kdy zdravotničtí pracovníci chtěli spoléhat na rady, které fungovaly dříve, i přes seznámení s novějšími postupy. V některých studiích nové porodní asistentky popisovaly pocity „zastření“ a „posmívání se“ od kolegů, když věnovaly více času výuce matek ke správnému kojení. Poskytovatelé zdravotní péče také vyjádřili obavy, že by mohli poškodit vztah s pacientkou. Například jedna porodní asistentka měla obavu, že matky, které se rozhodly nekojit, se budou cítit zanedbané a podkopané 	<ul style="list-style-type: none"> (215, 212, 232–234) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: byly mírné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií používala podrobné a polo-strukturované rozhovory založené na předem definovaném analytickém rámci. Koherence: byly střední obavy ohledně koherence. Studie sice konzistentně identifikovaly negativní postoje zdravotnických pracovníků, zdroj či důvod těchto postojů se však lišil mezi studiemi. Relevance: byly značné obavy ohledně relevance. Studie pocházely z Austrálie, Jižní Afriky, Spojeného království a USA. Dostatečnost dat: byly mírné obavy ohledně dostatečnosti dat. Data byla podrobná.

<p>kvůli nedostatečnému soukromí v poporodní oblasti: „Nechci, aby se matka, která krmí z lahve cítila, že dělá něco špatně jen proto, že podporuji kojící matku na vedlejším lůžku. To mi přijde těžké.“</p> <ul style="list-style-type: none"> Jedna studie zjistila, že personál měl negativní pocity, protože někteří poskytovatelé věřili, že ukazování ženám, jak správně kojit, je oslabující. Ukazování matkám správné kojení bylo vnímáno jako vytváření závislosti na zdravotnických pracovnících. Jedna porodní asistentka během rozhovoru vysvětlila: „Když přebírám iniciativu, myslím, že je to medicínský přístup. Přicházíme: ‚Tak, jsem tady!‘, ale myslím, že dáváme dojem: ‚Jsem tady a já to udělám‘ místo ‚Je to vaše dítě, můžete to zvládnout sami, ukážu vám to‘.“ Překážky kojení spojené se zdravotnickými pracovníky zahrnovaly nedostatek podpory pro matku, nevhodné řízení laktace, nedostatek znalostí a negativní postoje. 			
--	--	--	--

Klinická otázka 8: Indikace dokrmování

Dvanáct studií bylo určeno jako vhodných k zařazení do tohoto review (72, 131, 169, 207, 212, 215, 236–241). Studie byly provedeny v Austrálii, Kanadě, Číně, Indii, Spojeném království a ve Spojených státech.

Téma: Zdravotníci měli pocit, že mateřské mléko je dobré, ale že formule jsou také v pořádku

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotníky z porodnic, porodních služeb a jednotek intenzivní péče o novorozence:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zdravotníci měli pocit, že mateřské mléko je dobré, ale že i formule je v pořádku. Několik studií uvádí, že zdravotníci vnímají formuli jako přijatelnou možnost, která dítěti neublíží. Některé studie popisují zdravotníky jako ty, kteří říkají, že podávání formule nebo tekutin je volbou matky a měla by být možností, pokud si to matka přeje. Jedna studie uvedla, že jen o něco více než polovina zdravotníků souhlasila s tvrzením, že kojenci by neměli být dokrmováni, pokud to není medicínsky indikováno. Jiná studie zjistila, že téměř všichni lékaři někdy doporučí formuli kojícím matkám. Dokrmování nebylo všeobecně považováno za škodlivé pro kojení. Některé studie zjistily, že ochrana matek před únavou v noci a nabídnutí krátkodobé úlevy matkám bylo vnímáno jako přijatelný důvod k dokrmování formulí. 	(72, 131, 169, 207, 212, 215, 236–241)	⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate	<p>Metodologická omezení: byly zjištěny drobné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií však byla dobré kvality.</p> <p>Koherence: drobné obavy o koherenci. Mezi studiemi byla jen malá nekonzistence.</p> <p>Relevance: střední obavy o relevanci. Země byly ze čtyř regionů, ale žádná nebyla z nízkopříjmové země.</p> <p>Přiměřenost dat: střední obavy o přiměřenost dat. Data byla poměrně bohatá.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Zdravotníci na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče popisovali formuli a/nebo fortifikované odstříkané mateřské mléko jako nezbytné pro předčasně narozené nebo nemocné děti. 			
---	--	--	--

Klinická otázka 9: Společný pobyt matky a dítěte, tzv. rooming-in

Sedm studií bylo identifikováno jako způsobilých pro zařazení do tohoto review (72, 131, 207, 211, 215, 218, 219). Studie byly provedeny v Austrálii, Kanadě, Indii a ve Spojených státech.

Téma: Ačkoli někteří zdravotníci rooming-in oceňovali, většina jej nepovažovala za nezbytný

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotnickými pracovníky z porodních, porodnických služeb a novorozeneckých jednotek intenzivní péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rooming-in byl některými zdravotníky vnímán pozitivně a podporován. Nicméně několik studií uvádělo, že většina zdravotníků věřila, že je vhodné umožnit dětem pobyt na novorozeneckém boxu, aby si matky mohly odpočinout. Nejčastějším důvodem pro odnesení dítěte na novorozenecký box bylo „dopřát mámě pauzu“ nebo „nechat mámu vyspat“. Ve studii z Indie pouze čtvrtina sester považovala rooming-in za prospěšnou praxi. Mnohé si nebyly jisté, kdy odmítnout žádost matky o odnesení dítěte na novorozenecký box. V prostředích, jako je jednotka intenzivní péče o novorozence, byl rooming-in označen za „nepřekonatelnou“ překážku při snaze dosáhnout statusu Baby-friendly (nemocnice přátelská dětem). Například jednotky intenzivní neonatální péče mají omezené zdroje, aby umožnily matkám a dětem zůstat spolu 24 hodin denně. 	<ul style="list-style-type: none"> (72, 131, 207, 211, 215, 218, 219) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: mírné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií použila kvalitní kvalitativní metodologie. Koherence: mírné obavy ohledně koherence. Studie byly konzistentní ve svých zjištěních. Relevance: značné obavy ohledně relevance. Nebyly dostupné žádné studie z nízkopříjmových zemí. Dostatečnost dat: mírné obavy ohledně dostatečnosti dat. Studie obsahovaly robustní a podrobná data.

Klinická otázka 10: Kojení dle potřeb dítěte

Sedm studií bylo identifikováno jako způsobilých pro zařazení do tohoto review (72, 211, 215, 234–237). Studie byly provedeny v Austrálii, Kanadě, Číně, Indii, Irsku a ve Spojených státech.

Téma: Mezi poskytovateli existovaly rozdílné názory na kojení dle potřeb dítěte

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotnickými pracovníky z porodnického provozu a novorozeneckých jednotek intenzivní péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sstudie uváděly, že zdravotníci se necítili jistě při prosazování časově řízeného kojení ani při kojení dle potřeb dítěte. Kojení dle potřeb dítěte bylo mezi zdravotníky poměrně široce přijímáno, ale některé studie popisovaly přetrvávající „starší přesvědčení“, kdy poskytovatelé stále učili matky 	<ul style="list-style-type: none"> (72, 211, 215, 234–237) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Nízká/low 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: mírné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií měla dobrou metodologickou kvalitu.

omezovat dobu kojení nebo dítě pravidelně budit každé 3 hodiny. Poskytovatelé zdravotní péče projevovali větší jistotu při dodržování plánovaného kojení než při následujících novějších doporučení kojení dle potřeb dítěte.			<ul style="list-style-type: none"> • Koherence: střední obavy o koherenci, studie ukazovaly hodnotový rozpor ohledně krmení podle požadavků. • Relevance: značné obavy ohledně relevance, žádné studie nepocházely z nízkopříjmových zemí. • Dostatečnost dat: střední obavy ohledně dostatečnosti dat, data byla poměrně rozsáhlá.
<ul style="list-style-type: none"> • Studie z Indie uváděla, že pouze polovina dotazovaných sester znala koncept kojení dle potřeb dítěte. V jiné indické studii většina lékařů a sester preferovala plánované kojení, zatímco většina pomocných sester a porodních asistentek preferovala kojení dle potřeb dítěte. • Studie z Austrálie uváděla, že kojení dle potřeb dítěte bylo podporováno jako standardní postup a dobře zapadalo do nemocniční rutiny, zatímco plánované kojení se omezovalo na specializovaná oddělení se specializovanými sestrami. • Ve studii z Kanady bylo většinou plánované kojení omezeno na jednotky intenzivní péče o novorozence a specializovaná oddělení. Na těchto pracovištích zdravotníci cítili, že jsou nutná plánovaná kojení a přesná dokumentace kojení, a proto jim kojení dle potřeb dítěte nebylo příjemné. 			

Vyhýbání se používání dudlíků

Do tohoto review bylo zařazeno devět studií (72, 131, 207, 209, 212, 215, 242–244). Devět studií bylo provedeno v Austrálii, Kanadě, Německu, Indii, Spojeném království a Spojených státech.

Téma: Zdravotníci měli rozdílné postoje k používání dudlíků

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotníky z porodnic, porodních služeb a jednotek novorozenecké intenzivní péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zdravotnický personál měl rozdílné postoje k používání dudlíků. • Zjištění ohledně vnímání používání dudlíků zdravotníky byla smíšená. Studie se lišily v tom, zda personál na porodních odděleních považoval razení ženám ohledně používání dudlíků za snadné nebo za překážku. • Některé studie uváděly, že mezi personálem panovala „téměř univerzální ambivalence ohledně používání saviček a dudlíků“. • Někteří měli pocit, že praxe používání či vyhýbání se savičkám v nemocnici je nekonzistentní, ale že toto téma není otevřené k diskusi. • U některých zdravotníků bylo uvedeno, že si nejsou vědomi vlivu dudlíků na kojení, nebo že měli osobní zkušenosti, které je vedly k tomu, že ženám nedoporučovali úplný zákaz dudlíků. 	<ul style="list-style-type: none"> • (72, 131, 207, 209, 212, 215, 242–244) 	<ul style="list-style-type: none"> • ⊕⊕⊕⊖ • Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologická omezení: drobné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií byla dobré kvality. • Koherence: drobné obavy ohledně koherence. Mezi studiemi byla určitá nekonzistence. • Relevance: střední obavy ohledně relevance. Studie byly ze čtyř regionů, ale žádná nebyla z nízkopříjmové země. • Přiměřenost dat: drobné obavy ohledně přiměřenosti dat. Studie poskytovaly poměrně robustní data.

Klinická otázka 11: Poradenství ohledně používání saviček a rizik s tím spojených

Do této review bylo zařazeno deset studií (72, 131, 207, 212, 221, 233, 242–245). Deset studií bylo provedeno v Kanadě, Německu, Indii, Spojeném království a Spojených státech.

Téma: Zdravotníci neměli rádi krmení z kalíšku a byli ambivalentní vůči krmení z lahve

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotníky z porodnic, porodních služeb a jednotek intenzivní péče o novorozence:</p> <ul style="list-style-type: none"> Většina zdravotnických pracovníků neměla ráda krmení z kalíšku a byla ambivalentní vůči krmení savičkou. V několika studiích poskytovatelé vyjadřovali přesvědčení, že nezáleží na tom, jak je dítě krmeno, a že někdy může být dokonce lepší, když dítě dostane savičku. Někteří zdravotníci popisovali savičky jako nezbytné nebo dokonce prospěšné, když má matka potíže. Studie z Indie zjistila, že polovina sester považovala zavedení savičky v prvním měsíci života za přínosné pro dítě. Jedna studie popsala vnímání porodních asistentek, podle nichž byly ženy krmíci savičkou „ukrývány stranou“, protože krmení savičkou bylo v jejich zařízení „zakázané“. Na jednotkách intenzivní péče o novorozence byly savičky považovány za nezbytné, s vnímáním, že je to způsobeno upřednostněním lékařské péče před kojením. Mnoho studií uvádělo, že zdravotníci dávali přednost savičkám před jinými metodami krmení, jako je například krmení z kalíšku 	<ul style="list-style-type: none"> (72, 131, 207, 212, 221, 233, 242–245) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: drobné obavy ohledně metodologických omezení. Většina studií byla dobré kvality. Koherence: drobné obavy ohledně koherence. Informace byly většinou konzistentní. Relevance: výraznější obavy ohledně relevance. Studie pocházely ze tří regionů a žádná nebyla z nízkopříjmové země. Přiměřenost dat: drobné obavy ohledně přiměřenosti dat. Studie poskytovaly poměrně robustní data.

Klinická otázka 12: Podpora kojení po propuštění novorozence

Šest studií bylo identifikováno jako vhodných pro zařazení do tohoto review (207, 215, 217, 231, 243, 255). Studie byly provedeny v Kanadě, na Novém Zélandu a ve Spojených státech.

Téma: Zdravotníci měli pocit, že napojení na pokračující podporu kojení je náročné

Výstupy	Studie	Kvalita důkazů	Vysvětlení kvality důkazů
<p>Mezi zdravotníky z prenatálních a obecných ambulancí, porodních a poporodních služeb a jednotek novorozenecké intenzivní péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> Zdravotníci uváděli mnoho výzev a překážek při poskytování následné péče o kojení po propuštění. Většina studií popisovala fenomén „mezer“ v kontinuitě péče poté, co ženy opustí nemocnici. Studie popisovaly nedostatečnou komunikaci mezi poskytovateli péče v nemocnici a mimo ni a skutečnost, že žádný poskytovatel nebyl zodpovědný za kojení napříč celým kontinuem péče. To vedlo k roztržité podpoře, nekonzistentním sdělením a promarněným příležitostem. 	<ul style="list-style-type: none"> (207, 215, 217, 231, 243, 255) 	<ul style="list-style-type: none"> ⊕⊕⊕⊖ Střední/moderate 	<ul style="list-style-type: none"> Metodologická omezení: drobné obavy, studie byly kvalitativně dobře provedené. Koherence: drobné obavy, informace byly napříč studiemi konzistentní. Relevantnost: značné obavy, studie pocházely ze tří vysoce příjmových zemí. Dostatečnost dat: drobné obavy, studie poskytly bohatá data.

<ul style="list-style-type: none"> Náklady a nedostatečné školení byly vnímány jako překážky následné péče. Některé studie uváděly, že existují podpůrné skupiny a kliniky, které mohou ženy navštívit, ale že to není běžné. Specializované služby pro populaci pacientů na jednotkách intenzivní péče o novorozence byly vnímány jako nedostatečně rozvinuté. 			
---	--	--	--

Příloha G

Rámec od důkazu k hodnocení (EtD)

Rámec Evidence to Recommendations (EtD) nebyl pro tato doporučení samostatně vypracován, protože byl převzat formát DECIDE z původního zdrojového guideline *Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services* (WHO, 2017), kterým se řídila diskuse odborného panelu. Všechny klíčové komponenty DECIDE – shrnutí důkazů, jistota důkazů, poměr přínosů a rizik, hodnoty a preference cílové populace, přijatelnost intervence a dopady na zdroje – jsou systematicky obsaženy a explicitně prezentovány v hlavním textu každého doporučení. Z tohoto důvodu nejsou samostatné tabulky EtD uvedeny v přílohách. Formát DECIDE je metodickým předchůdcem EtD a klíčové součásti EtD jsou v DECIDE obsaženy. **Odborný panel NIKEZ, posoudil podle metodiky GRADE – ADOLOPMENT jednotlivé části DECIDE ty se rozhodl nemodifikovat a zcela převzít stejně jako formulaci jednotlivých doporučení.**

Na základě veřejné oponentury po konzultaci s WHO došlo k drobné kontextualizaci dvou doporučení:

-znění doporučení č.1 bylo doplněno o Kodex

-doporučení č. 8 pro indikaci dokrmování, bylo, také po konzultaci s WHO, zpřísněno oproti původní verzi tak, že neponechává odpovědnost jenom na matkách, ale stanovuje je i pro zdravotnické pracovníky.

Příloha H

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů

Všichni členové panelu NIKEZ předložili vyplněná prohlášení o finančních a potenciálních střetech zájmů. Metodici NIKEZ (MK, IP a ZK) následně posoudili tato prohlášení s ohledem na význam a tematické zaměření jednotlivých doporučení.

Přímý střet zájmů byl identifikován pouze u doporučení č. 8, které se zabývá problematikou dokrmování, a u souvisejícího indikátoru kvality vztahujícího se k této oblasti.

V přímém střetu zájmů s uvedeným doporučením jsou následující členové odborného panelu: Dr. Burianová, Dr. Dokoupilová, prof. Janota, Dr. Malý, Dr. Wiedermannová a Dr. Zárubová.

Uvedení panelisté se nepodíleli na formulaci tohoto doporučení ani příslušných indikátorů kvality a neúčastnili se procesu Adolopmentu při jejich kontextualizaci.

Doporučení i jeho odůvodnění zůstaly po schválení ostatními členy panelu beze změny od zdrojového doporučení.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Milena

Příjmení: Dokoupilová

Tituly a akademické hodnosti: MUDr.

Pracoviště: neonatologie, NH Hospital a.s., nemocnice Hořovice, K Nemocnici 1106, 268 01

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
☒ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů? ¹

- ☒ Ano
☐ Ne

Popis možného konfliktu zájmů: ²

Od roku 2017 pořádám každoročně konference Dny novorozeneckých kazuistik, kde jsem organizátorem a hlavním garantem akce. Na této konferenci na místech v předsálí k tomu určených jsou výstavní plochy pro firmy. Mezi nimi jsou i výživové firmy Nestlé a Danone, které mohou prezentovat jen speciální formule pro nedonošené děti nebo dietní formule, popřípadě formule pokračující. Finančně přispívají stejně jako ostatní firmy.

V roce 2024 jsem byla jako jedna z přednášejících na online webinář „Nezralý novorozenec v ordinaci PLDD“, který organizovala firma Nestlé. Bez finančního honoráře.

Firma Nestlé mně do roku 2018 sporadicky uhradila poplatky na Neonatologické dny.

Datum: 2.9.2025

Jméno: MUDR. Milena Dokoupilová

¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afilice a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti
s tvorbou operativního doporučení Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a
novorozeneckou péči

1

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Iva

Příjmení: Burianová

Tituly a akademické hodnosti: MUDr, PhD

Pracoviště: Fakultní Thomayerova nemocnice

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
☐ Jiná (uveďte):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů?¹

- ☐ Ano
☐ Ne


Ponechávám na posouzení

Popis možného konfliktu zájmů:² Vyžádaná přednáška na konferenci **Master Kurz s názvem Doporučení pro enterální výživu nedonošených novorozenců – ESPGHAN 2022**, konference sponzorovaná firmou Nutricia

Datum: 2. 9. 2025

Jméno: MUDr. Iva Burianová, PhD

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti
s tvorbou operativního doporučení Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a
novorozeneckou péči

1

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno:

Příjmení:

Tituly a akademické hodnosti:

Pracoviště:

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
☐ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů?¹

- ☒ Ano
☐ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

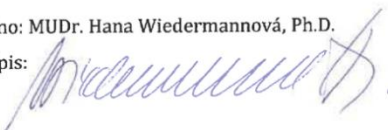
Jsem pořadatelem seminářů (Moravskoslezské perinatologické dny, Hanákovy dny, Neonatologické dny) s účastí výživových firem, propagujících ale pouze léčebnou výživu – tzn. propagující speciality ve výživě pro zralé a nezralé děti, které z nějakého důvodu nemohou být kojeny nebo mateřské mléko musí být obohacováno pro nedostatečnou výživovou hodnotu v jednotlivých složkách (bílkoviny).

Tyto firmy vystavují své produkty v předškolní době jako ostatní firmy.

Datum: 2.9.2025

Jméno: MUDr. Hana Wiedermannová, Ph.D.

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afilace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení

Název DP/OP: Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Jan

Příjmení: Janota

Tituly a akademické hodnosti: prof., MUDr., PhD.

Pracoviště: FN Motol, Praha

Role v pracovní skupině:

☐ Autor

☒ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů?¹

☒ Ano

☐ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Do roku 2024 hradila ojedinelé některá z nutričních firem ubytování, ev. kongresový poplatek na neonatologickém kongresu v ČR a poradenství v oblasti speciálních nutričních přípravků.

Datum: 02. 09. 2025

Jméno: Jan Janota

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afilice a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případech, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Alena
Příjmení: JEBKOVÁ
Tituly a akademické hodnosti: MUDr.
Pracoviště: ordinace praktické lékařky pro děti a dospělé

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
☐ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů?¹


- ☐ Ano
☒ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Datum:

Jméno:

Podpis:

Alena JEBKOVÁ


¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti
s tvorbou operativního doporučení Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a
novorozeneckou péči

1

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení

Název DP/OP: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Kristýna

Příjmení: Zárubová

Tituly a akademické hodnosti: MUDr., Ph.D.

Pracoviště: Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, Praha 5 – Motol, 150 06

Role v pracovní skupině:

- ☐ Autor
- ☒ Jiná (uved'te): členka panelu

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů?¹

- ☒ Ano
- ☐ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

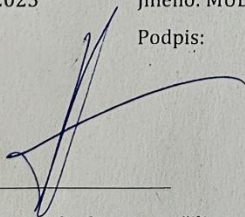
Od roku cca 2018 konzultační činnost pro firmu Nestlé (finanční honorář) – jedná se o pravidelný překlad vzdělávacího časopisu NEST a přednáškovou činnost na některých akcích (téma Oligosacharidy mateřského mléka či Funkční zažívací obtíže u dětí)

Současně jsem několikrát využila podporu firem Nestlé a Danone (Nutricia) na kongresech, zejm. v posledních 3 letech kongres ESPGHAN a menších akcích (kongres dětských gastroenterologů apod.), firmy hradily ubytování nebo účastnické poplatky.

Datum: 02.09.2025

Jméno: MUDr. Kristýna Zárubová, Ph.D.

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: JANA

Příjmení: SUDÍKOVÁ

Tituly a akademické hodnosti:

Pracoviště: FAKUL. THOMAYEROVA NEMOCNICE

Role v pracovní skupině:

☒ Autor

☒ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení
potenciální střet zájmů? ¹

☐ Ano

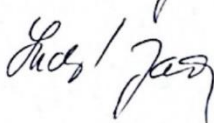
☒ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Datum: 2.9.2025

Jméno: SUDÍKOVÁ Jana

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Lucie

Příjmení: Žáčková

Tituly a akademické hodnosti:

Pracoviště: Nedoklubko z.s.

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
- ☐ Jiná (uveďte): Nezávislá zástupkyně rodičů

**Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení
potenciální střet zájmů?¹**

- ☐ Ano
- ☒ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Datum: 15.9.2025

Jméno: Lucie Žáčková

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Jan

Příjmení: Malý

Tituly a akademické hodnosti: MUDr., Ph.D.

Pracoviště: Dětská klinika LF UK a FN Hradec Králové

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
☐ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů?¹

- ☒ Ano
☐ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Funguji jako konzultant „on call“ společností zabývajících se mimo jiné novorozeneckou a kojeneckou výživou (Baxter, Danone, Nestlé). V žádné společnosti nemám trvalý pracovní vztah. Nedomnívám se, že jde ve věci předmětného doporučení o střet zájmů, nicméně vzhledem k požadavku na maximální transparentnost uvádím veškeré potenciální eventuality.

Datum: 11.9.2025

Jméno: MUDr. J. Malý, Ph.D.

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti
s tvorbou operativního doporučení Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a
novorozeneckou péči

1

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Zuzana

Příjmení: Krpelánová

Tituly a akademické hodnosti: Ing., MSc.

Pracoviště: NIKEZ

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor
☐ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení
potenciální střet zájmů? ¹

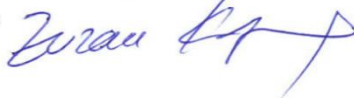
- ☐ Ano
☒ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Datum: 1.9.2025

Jméno: Ing. Zuzana Krpelánová, MSc.

Podpis:



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti
s tvorbou operativního doporučení Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a
novorozeneckou péči

1

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název OD: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: *Iulija*
Příjmení: *Pavlovská*
Tituly a akademické hodnosti: *MgC, Ph.D.*
Pracoviště: *NIKEZ*

Role v pracovní skupině:


- ☒ Autor
☐ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení
potenciální střet zájmů?¹

- ☐ Ano
☒ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Datum: *9.9.25*

Jméno: *Iulija Pavlovská*
Podpis: 

¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afiliace a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Operativního doporučení

Název DP/OP: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Pavel

Příjmení: Kopečný

Tituly a akademické hodnosti: Mgr.

Pracoviště: Metodické centrum Národního Institutu Kvality a Excellence Zdravotnictví (NIKEZ) (České centrum Cochrane, JBI a GRADE), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Role v pracovní skupině:

- ☒ Autor: Informační specialista
☐ Jiná (uved'te):

Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení potenciální střet zájmů? ¹

- ☐ Ano
☒ Ne

Popis možného konfliktu zájmů:²

Datum: 2.12.2025

Jméno: Pavel Kopečný

Podpis:

¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afilice a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti
s tvorbou Operativního doporučení: Časný záchyt karcinomu pankreatu

1

Prohlášení o střetu/konfliktu zájmů v souvislosti s tvorbou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení

Název DP/OP: Podpora kojení v zařízeních poskytujících porodnickou a novorozeneckou péči

Jméno: Jana

Příjmení: Kopečná

Tituly a akademické hodnosti: Mgr. et Mgr.

Pracoviště: Metodické centrum Národního Institutu Kvality a Excelence Zdravotnictví (NIKEZ) (České centrum Cochrane, GRADE), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Role v pracovní skupině:

☒ Autor: Informační specialista

☐ Jiná (uved'te):

**Existuje u vás v souvislosti s přípravou Doporučeného postupu nebo Operativního doporučení
potenciální střet zájmů? ¹**

☐ Ano

☒ Ne

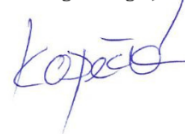
Popis možného konfliktu zájmů: ²

Nejsem v žádném konfliktu zájmu.

Datum: 2.12.2025

Kopečná

Jméno: Mgr. et Mgr. Jana



¹ Označte křížkem, pokud jste označili ano, je nezbytné uvést konkrétní potenciální konflikt zájmů (viz níže).

² Zde by měly být deklarovány a popsány veškeré současné nebo minulé afilice a/nebo jiná účast a spolupráce s organizací či subjektem, který má zájem na výsledcích přípravy Doporučeného postupu (DP)/Operativního doporučení (OD), jež by mohly vést ke skutečnému nebo potenciálnímu střetu zájmů a ovlivnění klíčových doporučení formulovaných v doporučeném postupu (včetně působení jako řešitel ve studiích využitých jako důkazy využitelné při vytváření doporučení v DP či OD). Měly by být deklarovány potenciální konflikty, i v případě, že jste si jisti, že váš úsudek a názory nejsou ovlivněny.

Příloha I

Vyhledávací strategie

Název DP/OP: Podpora kojení

Vyhledávání bylo provedeno dne: 13. 08. 2025

Během vyhledávání byla využita podpora nástroje AI: ☐ANO ☒NE

Výsledky vyhledávání:

Guidelines International Network (G-I-N)

#	search string	# of results
	Breastfeeding	9
	Breast feeding	11
	Lactat*	3

BIGG base internacional de guías GRADE

#	search string	# of results
	breast*feeding OR lactat*	49

ECRI Institute Guideline Trust

#	search string	# of results
	breast*feeding OR lactat*	42

NICE

#	search string	# of results
	breast*feeding OR lactat*	93

Epistemonikos GRADE guideline repository

#	search string	# of results
	breast*feeding OR lactat*	9

TRIP database

#	search string	# of results
	breast*feeding OR lactat* AND "Milk substitute"	36

PubMed

#	search string	# of results
	"milk substitutes"[MeSH Terms] AND "breast feeding"[MeSH Terms] Aktivní filtr: Guideline	25