

На основу члана 16. став 2. Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 – др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 – др. закон, 93/14, 96/15, 106/15 – др. закон и 113/17 – др. закон) и члана 42. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05 – исправка, 101/07, 65/08, 16/11, 68/12 – УС, 72/12, 7/14 – УС, 44/14 и 30/18 – др. закон),

Влада доноси

## **УРЕДБУ**

**о Националном програму подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета**

**"Службени гласник РС", број 53 од 11. јула 2018.**

### **Члан 1.**

Овом уредбом утврђује се Национални програм подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета.

### **Члан 2.**

Активности на унапређењу и подршци дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета, спроводи се по Националном програму из члана 1. ове уредбе, који садржи утврђени циљ, активности и очекивани резултат.

Национални програм из члана 1. ове уредбе одштампан је уз ову уредбу и чини њен саставни део.

### **Члан 3.**

Ова уредба ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

**05 број 110-6402/2018**

**У Београду, 6. јула 2018. године**

**Влада**

**Председник,**

**Ана Брнабић, с.р.**

## **НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ПОДРШКЕ ДОЈЕЊУ, ПОРОДИЧНОЈ И РАЗВОЈНОЈ НЕЗИ НОВОРОЂЕНЧЕТА**

### **1. УВОД**

Очување здравља мајке и детета, као основни и почетни постулат за будућност, у великој мери зависи од процента деце на природној исхрани. Дојење је најприроднији дар, најздравији начин исхране новорођенчета, одојчета и малог детета до навршене друге године. Дојење и мајчино млеко

унапређују здравље мајке, детета, и здравље током читавог живота. Не само састав, већ је и количина млека прилагођена узрасту детета и његовим потребама и зато мајчино млеко представља стандард исхране.

Дојење је много више од храњења. Мајчино млеко има непроцењиву вредност за свеобухватни развој, јер садржи све што је потребно за физички, психички, социјални, емоционални и сазнајни развој, развој свих чула (вид, мирис, слух, додир, укус) и интелигенције (говора и језика) и штити од многих инфекција и алергија, а код одојчади смањује ризик од синдрома изненадне смрти. Веома је важно да се, током боравка у породилишту, мајка и новорођенче не раздвајају, јер мајка тада може подојити дете чим се оно пробуди. Примена анестезије током порођаја (општа или епидурална) не представља препреку за рани почетак дојења.

Предности дојења за мајку су многоструке: помаже успостављању емоционалне везе са дететом, смањује ризик од постпорођајне депресије, смањује крварење после порођаја и ризик од појаве анемије, доприноси нормализацији телесне масе, а дугорочни ефекти су смањивање ризика од појаве остеопорозе и појаве малигних обољења дојке и јајника. Дојење доприноси складнијим породичним односима, растеређује породични буџет, штеди време.

Упркос непобитним научним чињеницама о вредностима мајчиног млека и дојења, као и искуством човечанства до 19. века, почетком 20. века започиње производња вештачког млека и увођење замена за мајчино млеко, прво као нужност код деце која нису из објективних разлога (због губитка мајки, опште глади у ратовима и после њих) могла бити дојена, а затим, као паралелан облик храњења деце због све веће производње вештачког млека. Рекламом је истицана лажна предност вештачке исхране („лакше за мајке, а исто за дете“, „обогаћено је витаминима“, „може се додати детету кад мајке немају довољно млека“ и др.). Мајке и породице су доносиле одлуке о допунској исхрани адаптираним формулама без оправданих медицинских индикација и без реалне потребе, што је довело до смањења стопе дојења, посебно искључивог дојења, и повећања стопе обољевања. Према Конвенцији УН-а о правима детета свака држава чланица обавезује се на пружање обавештења, образовања и подршке за коришћење основних знања о дечјем здрављу и исхрани, предностима дојења, поготово родитељима и деци. Република Србија се преузимањем Конвенције у свој правни поредак обавезала на усклађивање националног законодавства и праксе с одредбама међународних уговора.

Устав на начелан начин штити здравље својих грађана. Чланом 68. прописује се да свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља. Чланом 66. Устава посебно се штите породица, мајка, самохрани родитељ и дете. Мајци се пружа посебна подршка и заштита пре и после порођаја. Правни оквир и имплементација прописа о дојењу у Републици Србији постоји, али се не примењује у пуној мери.

Да би се унапредио потенцијал болесне деце и деце угрожене превременим рођењем треба примењивати нове стратегије које доносе предности у лечењу, што подразумева лечење и негу по принципима индивидуализоване развојне неге. Филозофија и успостављање индивидуализоване развојне неге треба да буду усмерене ка новорођенчету, породици и здравственим радницима. Приликом увођења програма на неонатолошким одељењима посебну пажњу треба обратити на физичко окружење у коме се новорођенче налази. Све то подразумева: прилагођавање неонатолошких одељења потребама новорођенчета у зависности од његовог здравственог стања и гестацијског узраста (редукција стресора као што су јака светлост, бука, непријатни мириси), редукција болних инвазивних процедура, коришћење нефармаколошких средстава и техника за редукцију стреса и бола, очување сна, праћење развоја и позиционирање новорођенчета.

Потребна је породична оријентација здравствених установа где су родитељи активни учесници у пружању неге, уз одговарајућу обуку и надзор од стране здравствених професионалаца, примена методе „контакт кожа-на-кожу“ (Kangaroo Mother Care) и рано започињање природне исхране. Од наше подршке зависи да ли ће мајке доживети дојење као пријатно и корисно искуство, или супротно томе као дужност тј. обавезу или норму коју морају да се испуне. У том случају се јавља осећај неуспеха и постиђености. Зато је неопходно да сви здравствени радници прођу обуку у знању и вештинама потребним за подсицање дојења како би се смањио стрес код родитеља.

Из наведеног произлази да је дојење основно право детета и његове мајке, а да је заједница дужна да осигура најбоље могуће услове за остваривање тих права. Питање дојења има далеко шири друштвени аспект, укључења заједнице у стварању једне нове друштвене климе и спознаје о нужности за исправан први корак у животу сваког појединца који не одређује он сам већ његова најближа и шира околина.

За потребе евалуације резултата програма подршке дојењу потребно је придржавати се дефиниција Светске здравствене организације (у даљем тексту: СЗО):

- Искључиво дојење: одојче се храни искључиво мајчиним млеком, укључујући и издојено мајчино млеко, не прима никакву другу чврсту или кашасту храну, нити млечну формулу/нити другу врсту млека/, као ни воду и вочне сокове; може да прима витаминско-минерални додатак или лек;
- Предоминатно (претежно) дојење: одојче прима уз мајчино млеко само воду, водене напитке, воћне сокове, витаминско-минерални додатак или лек;
- Потпуно дојење: искључиво и претежно дојење заједно;
- Дојење са уведеном дохраном: одојче уз мајчино млеко добија чврсту или кашасту храну или млечну дохрану;

Укупно дојени: одојчад храњена мајчиним млеком искључиво, претежно дојење и дојење са наведеном дохраном.

## 2. СИТУАЦИОНА АНАЛИЗА

### 2.1. Подаци виталне статистике и подаци истраживања о стопама дојења у Републици Србији

Број живорођене деце у Републици Србији је у 2016. години износио 64.734. Статистички подаци указују на вишедеценијски тренд опадања стопе рађања, укључујући смањење стопе живорођених на 1000 становника са 9,3 у 2012. години на 9,2 у 2016. години. Стопа природног прираштаја на 1000 становника од 2012. године када је износила –4,9 показује значајан пад и достиже – 5,1 у 2016. години.

Статистички подаци о пропорцији дојене деце и праћење стопа дојења у Републици Србији још увек се не могу добити из рутинске здравствене статистике, иако су преко потребни. До ових података долази се циљаним националним пројектима као што су „Координација имплементације стандарда прилагођених потребама мајке и детета” и „Стандарди регионалног система неонаталне здравствене заштите у Србији” које је спровео Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”.

Ради упоређивања и праћења кретања стопе, планирања активности најчешће се користе подаци из Истраживања вишеструких показатеља положаја жена и деце у Републици Србији (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS) на национално-репрезентативном узорку које обезбеђује статистички поуздане и међународно упоредиве кључне показатеље. До сада је у Републици Србији реализовано пет пута почев од 1991. године.

Према подацима MICS, стопе дојења су од 1996. године показивале пораст до 2005. године, када је интензивна подршка програму „Болнице пријатељи беба” (BF) била системски подржавана и спровођена у породиличним и домовима здравља (ДЗ), а опадање је уследило када је престала подршка УНИЦЕФ-а. Подршка је подразумевала и процену и праћење спровођења како „Десет корака до успешног дојења”, тако и примену Интернационалног кодекса од стране обучених и овлашћених контролора, као и обучавање запослених за примену БФ и МФ принципа у здравственим установама. Дојење започето у првом сату по рођењу, са 5% (1996.) је порасло на 17% (2005.), да би у 2010. години било примењено само код 8%, а у 2014. години код 18% новорођене деце. У првом дану живота обухват дојењем је 67% (2005) и 63% (2010), а 2014. године 69,4% новорођене деце. Стопе искључивог дојења до шест месеци живота су расле од 1996. године, на 9,7 у 2000. години и на 15,1% у 2005. години од када опадају на 13,7% у 2010. години и даље на 12,8% у 2014. години. Према последњим подацима МИЦС-а, иако је код 90,4 процената деце у Србији започето са дојењем, само 12,8 процената деце се искључиво доји до шестог месеца, док је 47,2 процената

деце узраста 0–5 месеци претежно дојено. Највећи број мајки у Републици Србији искључиво доје децу у узрасту од 0–35 месеци само 0,5 месеци, док је најчешће трајање дојења деце, без обзира на узраст, 10,5 месеци, према истом истраживању које је реализовао Републички завод за статистику 2014. године. Процент новорођенчади који су као први оброк добили неку другу храну уместо мајчиног млека износи чак 58,9% (26,7% оних који живе у ромским насељима).

Истовремено у ромској популацији код 94,4% деце је започето са дојењем, проценат искључиво дојене деце до шест месеци износио је 13,0%, а проценат преодминантно дојене одојчади млађе од шест месеци износио је 60,6 процената.

Процент жена које су по први пут ставиле новорођенче на груди у року од једног сата по рођењу у Републици Србији износио је 50,8 процената, у Ромској популацији 69,1 проценат.

Процент дојене деце после прве године је био 24,6, а у ромској популацији 62,0%, док је проценат дојене деце током друге године износио 8,9%, а у ромској 33,3 процената.<sup>1</sup>

-----  
**1 Републички завод за статистику УНИЦЕФ, 2014. Истраживање вишеструких покретања положаја жена и деце у Србији**

## **2.2. Реализовани програми, активности и капацитети**

### **2.2.1. Програми промоције и подршке дојења у свету**

Због сталног пада стопе дојене деце, заштита промоција и подршка дојењу представља данас јавно-здравствени приоритет у већини развијених земаља.

СЗО и UNICEF покренули су програме и акције с циљем промоције искључивог дојења сваког детета до шест месеци живота, а након тога наставак дојења уз одговарајућу дохрану до друге године живота. Сазнање о потреби спровођења координисаних и програмских активности везаних за промоцију дојења има као резултат покретање глобалних иницијатива и препорука од стране СЗО и UNICEF-а од којих су најзначајније:

– 1979. године СЗО и UNICEF формирају прву међународну мрежу представника с циљем подршке дојењу и борби против неетичног маркетинга замена за мајчино млеко – International Baby food action Network – IBFAN;

– 1981. године скупштина СЗО усваја резолуцију WHA 34.22 која садржи Међународни правилник о начину рекламирања и продаје замена за мајчино млеко којим се позивају земље чланице на његову примену, односно прилагођавање законодавства и прописа с препорукама о одредбама Правилника;

- 1989. године донете су препоруке под називом „Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding” (Декларација о заштити, промоцији и подршци дојења), којима се позивају међународне организације за покретање програма за заштиту, промоцију и подршку дојења;
- 1991. године СЗО и UNICEF покрећу заједничку иницијативу под називом – „Болница пријатеља деце” – „Baby Friendly Hospital Initiative” усмерену на здравствене раднике у породиличним;
- 1999. године Миленијумски циљеви развоја до 2000–2015. године, документ УН, у циљу побољшања здравља мајке и детета повећања стопе искључивог дојења;
- 2002. године усвојена је „Глобална стратегија о исхрани одојчади и мале деце”, као заједнички документ СЗО и UNICEF-а. Стратегија јасно дефинише параметре оптималне исхране одојчади и мале деце и залаже се за исхрану искључиво мајчиним млеком, без додатака пића и дохране током првих шест месеци живота, као и за наставак дојења уз одговарајућу дохрану чврстом храном до две године живота или док то мајка и дете желе, а која је публикована и ревидирана 2005. године.

Наведени документи постали су део Baby Friendly Hospital Initiative (у даљем тексту: BFHI), публиковане 1991. године и обновљене 2009. године, а које обезбеђују водич за спровођење, обуку, праћење, процену и поновну процену „Десет корака до успешног дојења” и Међународног кодекса маркетинга замена за мајчино млеко, сета препорука за регулисање тржишта замена за мајчино млеко, бочица за храњење и цуцли. Основни циљеви иницијативе су: Сваком новорођенчету обезбедити најбољи могући почетак живота стварањем здравог окружења које подржава дојење, као и стандарда одговарајућих поступака у здравственој заштити, Имплементација десет корака до успешног дојења и укидање дистрибуције бесплатних и/или јефтиних замена за мајчино млеко. У периоду од 2006. до 2008. године, извршена је глобална ревизија Иницијативе болница пријатеља деце и ревидирани критеријуми да би се решио велики број ових питања. Да би се подржала ревизија, израђени су и доступни нови материјали за обуку здравствених радника и информативни материјали за родитеље.

2012. године донета је резолуција Скупштине СЗО 65.6 „Свеобухватни план исхране мајки, одојчади и мале деце” која наводи шест главних глобалних нутритивних циљева до 2025. године, од којих је један повећање стопе искључивог дојења до навршених шест месеци на најмање 50%.<sup>2</sup>

-----

**2 Смернице за заштиту, промовисање и пружање подршке дојењу у породиличним и одељењима за одојчад/СЗО 2017.**

### **2.2.2 Програми промоције и подршке дојења у Републици Србији**

Иницијатива за болнице прилагођене потребама новорођенчади и мајки спровођена је у Републици Србији у периоду од 1995. до 2008. године, као део глобалне иницијативе СЗО и UNICEF-а покренуте 1991. године, са циљем да се сваком новорођеном детету обезбеди најбољи могући почетак живота, тако што се ствара окружење здравствене заштите и неге које подржава дојење.

Како је ВФНІ иницијатива у Републици Србији временом изгубила замањ, праксе у породициштим постале су неуједначене, уз само делимично поштовање неких од „Десет корака до успешног дојења“. Да би се повећала стопа дојења у Националне Миленијумске циљеве се уграђује унапређење обухвата деце искључивим дојењем до шестог месеца живота са 15% (2005) на 30% (2015), што је уграђено и у циљеве Националног програма за здравствену заштиту жена, деце и омладине, Уредбом Владе из 2009. године и Стручно-методолошким упутством за спровођење Националног програма 2011. године. Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине (РСК) је 2012. године усвојила „Националне стандарде здравствене заштите прилагођене потребама мајке и детета“ и тиме су у свим здравственим установама новорођена деца добила исти стандард услуга и право на исхрану мајчиним млеком.

Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ је са министарством надлежним за послове здравља, спровео прву фазу пројекта „Координација примене Акционог плана за имплементацију стандарда за здравствену заштиту прилагођену потребама мајке и детета у Србији“ током 2012. и 2013. године, и организовао обуку преко 600 здравствених радника, кроз акредитоване 6-часовне курсеве под називима: „Подстицање природне исхране“ и „Дојење – исхрана за 21 век“. Едукација, иако по оцени учесника одлично оцењена и веома корисна, није настављена у наредном периоду.

Радна група за перинаталну здравствену заштиту РСК је 2014. године спровела анкету у породициштим и установама са неонаталном интензивном терапијом и негом. Према одговорима прикупљеним у анкети, примена наведених Националних стандарда непотпуна је у скоро свим здравственим установама. Значајан број породицишта дохрану млечном формулом примењује без документације о медицинским индикацијама. Омогућавање смештаја здравог новорођенчета уз мајку је уобичајена пракса у свим породициштим, осим у Гинеколошко акушерској клиници Клиничког центра Србије. Најчешће неиспуњен стандард је везан за могућност присуства оца/партнера током порођаја. Омогућавање давања мајчиног млека болесном новорођенчету и смештаја мајке и болесног детета у истој соби, такође наилази на тешкоће у остваривању. Како је тек неколико породицишта испуњавало изабране стандарде 2014. године, предложено је истрајавање на спровођењу акционог плана за имплементацију стандарда, посебно на формирању Националног комитета за дојење, како су и екстерни евалуатори предлагали 2009. године, као и национални координациони тим

**2011. Испуњавање стандарда није била обавеза здравствених установа, а контрола и праћење није спровођено.**

**Национални стандарди здравствене заштите прилагођени потребама мајке и детета послужили су као основа за израду стандарда за акредитацију породилишта и одељења неонатологије који су усвојени 2016. године. Примена ових стандарда има за циљ усклађивање рада у породилиштима са међународним BF и MF стандардима, као и примену принципа породично оријентисане и развојне неге на неонатолошким одељењима. Иницијатива је у складу и са препорукама СЗО да БФХИ стандарде треба уградити у националне стандарде за акредитацију и друге националне системе за унапређење квалитета здравствене заштите. У циљу унапређења примене Стандарда у породилиштима у Републици Србији Агенција за акредитацију здравствених установа је, у сарадњи са UNICEF-ом, у 2017. и 2018. години реализовала обуку тимова из свих породилишта и одељења неонатолошке здравствене заштите.**

**Програм индивидуализоване развојне неге спроводи се само у Институту за неонатологију и то од 2010. године. У том смислу, Институт има опрему за мерење нивоа буке, позиционирање и заштиту од светла, као и лампе за фокусирано светло и нефармаколошка средства за редукцију стреса и бола. Обезбеђене су адекватне столице и фотеле за продужен боравак родитеља на свим одељењима, као и две собе за примену методе „контакт кожа на кожу“. Током последње три године реализовано је 3475 контакта кожа на кожу код 818 новорођенчади<sup>3</sup> (подаци се не прикупљају системски). Едуковано је осам сестара за практичне вештине из области развојне неге а једна сестра има звање NIDCAP Professional. Крајем 2017. године је започета едукација здравствених радника који раде на одељењима где се лече превремено рођена деца (КЦ Крагујевац), после чега су се поступно почели усвајати основни постулати развојне неге и у другим здравственим установама.**

**За израду Националног програма за унапређење развоја у раном детињству као први општи циљ предложене су мере које су усмерене на подршку одговорном родитељству, пружању одговарајуће здравствене заштите и најбољих услова за порођај и рођење детета и BF и MF принципа. У Национални програм за унапређење развоја у раном детињству уграђене су и све препоруке Националног координационог тима за ревитализацију BF и MF.**

**Како би се дојењу дало одређено значење у друштву, обележава се међународна недеља дојења у првој недељи августа сваке године која је посвећена некој теми везаној за дојење. Обележавање ове недеље организује Светска алијанса за подршку дојењу (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA). Национална недеља дојења обележава се 40. недеље у години која симболично представља трајање трудноће од 1991. године.**



---

### **3 Подаци Института за неонатологију извештаји за 2015, 2016. и 2017. годину**

#### **2.3. Капацитети здравствене заштите за промоцију и подршку дојењу**

Према подацима истраживања Националног координационог тима за ревитализацију Baby friendly (BF) и BF глус реализованог 2011. године у породилиштима и домовима здравља, на основу одговора добијених из 133 дома здравља и 46 породилишта, близу 85% анкетираних породилишта је имало сертификат болнице пријатеља беба. Сертификати су стечени у периоду између 1994. и 2004. године. Половина породилишта је имало и репроцену, у периоду од 2000. до 2010. године (највише њих је поново оцењено 2002. године)<sup>3</sup>. Према подацима истог истраживања, трећина породилишта има координативни тим за одржавање BF стандарда унутар породилишта, али је мајкама у 48,1% породилишта био доступан рекламни материјал за млечне формуле. Критеријум BF који се односио на обучено особље (најмање 80% обученог особља) није испуњен, с обзиром на то да нема доказа да је после 2003. године организована обука за особље у породилишту/перинаталним одељењима.<sup>4</sup>

Према подацима истраживања Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ у 2014. години, од укупно 59 породилишта у 20 или 34% (седам ванболничких породилишта) обави се мање од 500 порођаја годишње, док је годишњи број порођаја између 500 и 1.000 у 14 (23%) породилишта, што значи да се близу 60% тих установа може сврстати у породилишта са малим бројем порођаја. Од 1.000 до 1.500 порођаја обави се у десет (17%), од 1.500 до 2.000 у седам (12%), а од 2.000 до 3.000 и више од тог броја у 7% наших породилишта.

У домовима здравља, у здравственој заштити жена у 2016. години било је запослено 553 лекара (од тога 82% специјалиста гинекологије и акушерства) који су обезбеђивали здравствену заштиту за 3.127.552 жена старијих од 15 година.<sup>5</sup> У Републици Србији је у првом триместру трудноће првим прегледом обухваћено око 60% трудница. Просечан број остварених контролних прегледа у другом и трећем триместру трудноће (седам контролних прегледа лекара) у Републици Србији је већи од обима утврђених права (најмање четири прегледа) у овој области.

Током трудноће, похађање програма припреме за порођај (школа за трудноћу и родитељство у установама примарног нивоа здравствене заштите) може значајно побољшати знање мајке о здрављу у трудноћи, дојењу, као и о нези новорођенчета и родитељским вештинама. Програм припреме за порођај у Републици Србији похађао је мали проценат жена које су родиле живорођену децу у последње две године (14,0%).

Школе за родитељство део су антенаталне заштите. Према подацима, овај облик саветовалишног рада је присутан у 30 домава здравља. Најчешће су

организоване у оквиру Службе за здравствену заштиту жена (62,2%), а нешто ређе у оквиру службе за здравствену заштиту деце (35,1%). Просечан обухват трудница радом школа за родитељство је 41,0%. У циљу повећања доступности ове врсте услуга, у протеклих годину дана подржано је њихово отварање у још десет домова здравља<sup>6</sup>. То је и посебан едукативни програм о трудноћи, исхрани, физичкој активности, порођају, дојењу, нези мајке и новорођеног детета непосредно по изласку из породилишта. Тежња је да, осим трудница, обуком буду обухваћени и будући очеви или чланови уже породице.

На основу истраживања спроведеног у домовима здравља у оквиру израде Анализе рада поливалентне патронаже у Републици Србији 2016. године испитивана је потреба за континуираном едукацијом. „Школа за труднице са психофизичком припремом за порођај“ је рангирана као најпотребнија у 50,6% домова здравља од стране патронажних сестара<sup>7</sup>. Теме у оквиру реализације едукативних програма за жене, а који се реализују у 39,3% домова здравља од стране поливалентне патронажне службе, односе се поред планирања породице, контрацепције, менопаузе и на промоцију дојења<sup>6</sup>.

Према подацима Градског завода за јавно здравље Београд, у телефонском саветовалишту „Хало беба“ током 2017. године дато је 134.400 савета на позиве родитеља у вези са здрављем и развојем деце. Најчешће дилеме родитеља су се односиле на дојење (13,7%). Ово саветовалиште које постоји од 2001. године, континуирано бележи повећање броја позива из породица<sup>8</sup>.

Праћење задовољства породиља званично је престало 2010. године. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“ је 2013. године спровео „Анкету о задовољству породиља“<sup>9</sup> која је указала на потребу да се више пажње посвети саветовању и помоћи породиљама у вези са успостављањем лактације и неге новорођенчета.

-----  
**4 Евалуација иницијативе за БФ болнице у Србији од 1995. до 2008. године. Извештај евалуатора 2009. године.**

**5 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Анализа рада ванболничких здравствених установа и коришћење примарне здравствене заштите у Републици Србији у 2016. години, 2017.**

**6 Градски завод за јавно здравље Србије. Анализа рада школа за родитељство. Београд, 2015**

**7 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Анализа рада поливалентне патронажне службе у Републици Србији, 2017.**

**8 Градски завод за јавно здравље Београд. Извештај о спроведеним активностима – Програм телефонско саветовалиште Хало беба. Београд 2018**

### **3. МОГУЋНОСТИ ЗА УНАПРЕЂЕЊЕ**

#### **3.1. Разлози за доношење Националног програма подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета**

Због сталног пада стопе дојене деце, заштита, промоција и подршка дојењу представља данас јавно здравствени приоритет већине развијених земаља.

У Републици Србији мало више од половине новорођенчади добије свој први подој у току првог сата од рођења, а искључиво дојене деце и млађе од шест месеци има 12,8%.

Вештина дојења се генерацијама уназад преносила од мајке на ћерку. Огромна популаризација млечних формула и пасиван однос друштвене заједнице и здравствених радника према природној исхрани је довео до тога да је дојење постало вештина коју заборављамо, а далекосежне друштвене, државне, културолошке, медицинске и друге последице, наука и друштво још нису у могућности да сагледају у пуном обиму.

Национални програм подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета (у даљем тексту: Програм), има задатак да се сваком детету омогући најбољи почетак у животу и да заштити његово психофизичко здравља.

Овај програм првенствено је оријентисан на спровођење активности кроз систем здравства од примарне до терцијерне здравствене заштите. Програм препоручује модел здравствених услуга у којем су потребе трудница, породилца, бабињара и деце стављене у центар окружења које их подржава, укључујући и заштиту од рекламирања замена за мајчино млеко. На једноставан и практичан начин је предложено решавање најважнијих питања која се тичу дојења а односе се на дете, мајку, здравствене раднике, здравствени систем, заједницу и остале. Програм садржи циљеве, активности и очекиване резултате, али укључује и побољшање квалитета здравствене заштите.

#### **3.2. Водећи принципи**

Програм подршке дојењу је усклађен са повезаним стратегијама и програмима, као што су Глобална стратегија СЗО/UNICEF-а за исхрану новорођенчади и мале деце (WHO/UNICEF Global Strategy on Infant and Young Child Feeding) (из 2002. године) и Миленијумски развојни циљеви УН-а (до 2015) и Циљеви одрживог развоја (до 2030). Програм подржава кључне принципе Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине, Уредбу о националном програму за унапређење развоја у раном детињству, Уредбу о националном програму за превенцију гојазности код деце и одраслих.

Водећи принципи су:

1. Деловање у најбољем интересу детета у складу са Конвенцијом о правима детета;
2. Унапређење физичког и менталног здравља и достизање пуног здравственог потенцијала за свако дете;
3. Унапређење исхране новорођенчади и одојчади;
4. Напредак у прихватању здравих животних ставова.

Кључне препоруке

1. Интензивирати активности на промоцији и повећању степена свести о значају дојења;
2. Створити повољно друштвено окружење као подршку, за успостављање и одржавање дојења у складу са препорукама.

Здравствени систем треба да прихвати принципе и успостављање индивидуализоване развојне неге усмерене ка новорођенчету, ка породици и здравственим професионалцима.

#### 4. ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА

Основни циљеви Програма су:

1. Повећати стопу искључиво дојене деце у Републици Србији кроз три године:

- 1) Дојење у првом сату након рођења са 50,8% на 70%;
- 2) Дојење у првих 48 сати – 80% новорођенчади;
- 3) Дојење са навршених месец дана на 40% новорођенчади;
- 4) Дојење са навршена три месеца са 23% на 40% одојчади;
- 5) Дојење са навршених пет месеци са 13% на 20% одојчади;

2. Повећати стопу укупно дојене деце уз дохрану

- 1) Са навршена три месеца на 60%;
- 2) Са навршених шест месеци са 47% на 60%;
- 3) Са навршених дванаест месеци са 24,6 на 60%.

3. Примена индивидуализоване развојне неге на свим одељењима где се лече и негују превремено рођена деца.

Специфични циљеви Програма су:

1. Унапредити знање и вештине здравствених радника/сарадника, волонтера и представника удружења цивилног друштва у складу са програмом подршке дојењу;

2. Унапредити праксу која подржава дојење, породично и развојно орјентисану негу новорођенчета на свим нивоима здравствене заштите;
3. Пружити помоћ тимовима за промоцију и подршку дојења у здравственим установама свих нивоа здравствене заштите за вршење унутрашњег надзора за спровођење Програма;
4. Обезбедити доступност различитих облика едукације и подршке дојењу трудницама и родитељима у локалној самоуправи;
5. Обезбедити да се показатељи Програма уведу у редовну праксу као саставни део услуга здравствене заштите и неге труднице, породиље, мајке и детета;
6. Ојачати партнерски однос између запослених у здравственим установама и породице;
7. Унапредити сарадњу у оквиру локалне самоуправе (установе, локална самоуправа, удружења) ради развијања идеја, размене информација и узајамне подршке око реализације Програма.

## **5. АКТИВНОСТИ ПРОГРАМА**

### **5.1. Едукација и обука здравствених радника за спровођење Програма**

Неопходно је пронаћи начине за сарадњу са надлежним структурама и размотрити могућност промене програма основних и постдипломских студија на медицинским факултетима и програме за обуку медицинских сестара и ускладити их са праксама и стандардима који треба да буду рутинска пракса.

Активности се спроводе у оквиру надлежности Министарства надлежног за послове здравља, Министарства надлежног за просвету.

Наведене активности обављају се у сарадњи са СЗО, UNICEF, НВО, професионалним удружењима и другим удружењима и друштвено одговорним компанијама. Ове активности обављају обучени и сертификовани едукатори за примену Програма, на свим нивоима здравствене заштите.

Успешност едукације исказује се кроз број установа које имају обучене тимове, број установа које имају обучених више од 80% запослених, број установа које имају макар једну специјализовану саветницу/ка за дојење, број одржаних едукација, број едукованих здравствених радника (кроз „20 часовни курс за подршку дојењу”), број израђених стандардних приручника о дојењу и едукативних материјала за здравствене установе.

#### ***5.1.1 Израда и стандардизовање едукативног материјала о дојењу за здравствене раднике и сараднике***

Неопходна је стандардизација свих материјала, приручника и инструкција за запослене за школе родитељства и психофизичку припрему трудница, за саветовање трудница у току антенаталних посета, за редовне прегледе новорођенчади у дому здравља, за патронажне службе

Да би се осигурало да информације о праксама у погледу неге и исхране буду доследне, неопходна је израда „20 часовног курса за подршку дојењу“ за подршку дојењу за породилишта, за примарну здравствену заштиту и одељења интензивне неонатологије, који треба да буде усклађен са ажурираним смерницама WFHI. Оригинални курс у склопу иницијативе „Породилиште – пријатељ деце“ осмишљен је 1993. године (UNICEF, СЗО).

Припремити on-line обуку за запослене ради лакшег ширења информација и подсећања на основне принципе, знања и вештина у овој области. Она ће бити посебно корисна за тимове у установама приликом обуке других запослених, за континуирану обуку нових запослених као и за подсећање.

Свака установа која збрињава труднице и новорођенчад треба да има правила „десет корака ка успешном дојењу“ која су увек доступна целокупном здравственом особљу и политику дојења засновану на „десет корака ка успешном дојењу“.

#### *5.1.2. Едукација здравствених радника будућих едукатора*

Едукација здравствених радника, будућих едукатора и промотера програма, треба да се одржи у четири области које су везане за клиничке центре Србије Београд, Ниш, Нови Сад и Крагујевац. Едуковати у свакој области по 50–60 здравствених радника из породилишта, домова здравља и патронаже, који ће онда наставити едукацију тимова осталих здравствених установа за територију за коју су основане, а који ће обучавати своје запослене у установи. Тимови у установама представљају најмање по једног представника сваке од специјалности запослених у установи (гинеколог, педијатар, гинеколошко-педијатријска сестра и патронажна сестра). Едукација је предвиђена кроз „20 часовни курс за подршку дојењу“ (СЗО/UNICEF); траје најмање два дана, садржи шест до седам предавања дневно и радионицу са вежбама подршке дојењу. План предавања и радионица треба да буде усвојен на Националном комитету за подршку дојењу.

Посебно спровести обуку за запослене на одељењима интензивне неонатологије, ради примене принципа развојне неге.

Неопходно је организовати радионице за чланове управе, доносиоце одлука у породилиштима, одељењима за перинаталну негу, о програму подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета и њиховој улози у подржавању тог концепта.

Повећати доступност теоријске и практичне обуке за оспособљавање за комуникацију на линији здравствени радник-пацијент, у оквиру ширег програма за унапређење комуникације.

Омогућити специјализовану обуку за подршку дојењу за једног до два запослена у установи који ће се бавити саветовањем око компликованијих проблема у области дојења и подржавати колеге у свакодневном раду.

Омогућити on-line размену искустава између практичара – најмање два пута годишње организовати on-line предавања или представљање пракси ради усавршавања знања и њихове примене уз обавезно присуство тимова здравствених установа и других запослених.

## **5.2. Програм активности за породиштва и стандардно збрињавање новорођенчета**

Активности се спроводе у оквиру надлежности Министарства надлежног за послове здравља, здравствене установе, Агенција за акредитацију.

Ове активности спроводе се у сарадњи са UNICEF, професионалним удружењима перинатолога, сестара, бабица, педијатара, неонатолога и друштвено одговорним компанијама.

Активности спроводе здравствене установе у којима постоје породиштва (гинеколози, педијатри/неонатолози, медицинске сестре, бабице).

Успешност спровених активности исказује се бројем установа које су акредитоване по новим стандардима за породиштва, бројем установа са писаном политиком у вези дојења, бројем едукованих здравствених радника, бројем едукованих трудница и бабињара, бројем новорођене деце којима је омогућен контакт „кожа на кожу“, бројем новорођене деце која су стављена на дојку у првом сату живота, бројем искључиво дојене деце/дојене уз један–два оброка формуле/храњене формулом из медицинских/других разлога.

Ове активности спроводе се континуирано.

Здравствени радници који брину о исхрани новорођене деце треба да имају довољно знања, способности и вештина да подрже жене у дојењу. Неопходно је обезбедити услове да мајка и новорођенче, пре и за време боравка у породиштуру, добију потребну помоћ и подршку за успешно дојење, према међународним препорукама (започињање дојење у оквиру првог сата од рођења, искључиво дојење до навршених шест месеци и наставак дојења до две године и дуже). Укључивање очева током порођаја и након рођења детета такође доприноси успешном успостављању и одржавању дојења.<sup>10, 11, 12, 13</sup>

---

**10 Стручно-методолошко упутство за спровођење Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине, уредник: прим. мр**

*сци. мед. Драгана Лозановић Миладиновић, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”, 2011, ISBN 978-86-80451-07-7*

**11 Стандарди за акредитацију здравствених установа у области породилишта и неонатолошке здравствене заштите (ПИН стандарди ) усвојени у децембру 2016**

**12 Смернице за спровођење: заштита, промовисање и пружање подршке дојењу у установама за пружање услуга мајкама и одојчадима – ревидирана Иницијатива за болнице прилагођене деци. Женева: Светска здравствена организација; 2018.**

**13 Смерница: заштита, промовисање и пружање подршке дојењу у установама за пружање услуга мајкама и одојчадима. Женева: Светска здравствена организација.**

#### **Непосредна подршка за започињање и успостављање дојења**

Охрабрити и омогућити рани и непрекинути контакт кожа-на-кожу што је могуће раније после порођаја, у трајању од најмање један сат или дуже, ако су мајка и новорођенче добро. Током раног контакта кожа-на-кожу и најмање током прва два сата, после рођења потребан је разуман опрез и мере предострожности, тако што здравствени радници надзиру, процењују и реагују уколико се региструју знаци дистреса новорођенчета. Мајке које су поспане или под дејством анестезије захтевају додатни надзор.

- 1. Подржати све мајке да започну дојење што је могуће раније после порођаја, у оквиру једног сата;**
- 2. Уколико није могуће остварити контакт кожа-на-кожу непосредно по рођењу и први подој у оквиру првог сата (царски рез у општој анестезији, крварење мајке и сл.) настојати да се оствари што је могуће раније, када стање мајке дозволи, најкасније 4–6 сати од рођења детета;**
- 3. Пружити мајкама практичну помоћ да би биле способне да започну и успоставе дојење и решавају најчешће тешкоће;**
- 4. Установе које брину о мајци и новорођенчету треба да омогуће заједнички боравак мајке и детета током дана и ноћи;**
- 5. Подржати мајке у дојењу на захтев, помоћи им да препознају сигнале новорођенчета и обучити их да према томе реагују на одговарајући начин;**
- 6. Одвраћати мајке од давања друге хране и течности новорођенчету осим мајчиног млека, осим ако је медицински индиковано. Другу храну или течност осим мајчиног млека треба давати само ако постоје медицински прихватљиви разлози;**
- 7. Ако су измлазано мајчино млеко или друга храна индиковани, чашице за храњење или кашичица се препоручују у односу на флашицу и цуцлу;**
- 8. Не давати цуцле варалице здравој терминској деци која сисају;**



9. Одлука о прекидању лактације и о исхрани млечним формулама доноси се после утврђивања контраиндикација за дојење, или на захтев породиље, која је претходно информисана о предностима дојења и природне исхране и ризицима храњења млечном формулом;

10. У медицинској документацији новорођенчета свакодневно се евидентира начин исхране: искључиво дојење, дојење уз дохрану (разлог, количина формуле за сваки оброк, дневни број obroка), индикације за прекид лактације;

11. Подучити мајке како да празне дојке у циљу одржавања лактације у случају да су привремено одвојене од свог детета.

#### Стварање повољног окружења

1. Одељења за мајке и новорођену децу треба да имају јасну писану политику дојења са којом су упознати запослени и пацијенти;

2. Не треба да постоји промоција млечних формула, флашица за храњење и цуцли и других производа обухваћених Кодексом;

3. Омогућене су посете трудница/парова породилишту ради упознавања са принципима рада породилишта укључујући и подршку дојењу;

4. На одељењима која пружају антенаталну заштиту, труднице и њихове породице треба да добију савете о предностима и пракси дојења;

5. Као саставни део заштите, промоције и подршке дојењу отпуст из породилишта треба да буде планиран тако да родитељима и новорођенчету буде доступна даља подршка;

6. Мајка остаје у породилишту заједно са новорођенчетом, коме је потребан дужи боравак због дијагностички или терапијских поступака;

7. Прелазно решење које уважава мањак просторних капацитета: Након отпуштања мајки болесног новорођенчета из болнице (јер нема просторних могућности да остане) неопходно је обезбедити услове за дневни боравак тих мајки, подршку успостављању дојења и исхрану новорођенчета млеком његове мајке;

8. Планирање, организација и праћење спровођења активности везаних за подршку дојењу треба да се евалуира једном месечно;

9. За планирање, организацију и праћење спровођења активности везаних за подршку дојењу задужена је виша/висока медицинска сестра којој ће то бити наведено у опису послова.

#### 5.3. Програм активности за одељења за специјализовано збрињавање/интензивно лечење и негу новорођенчета и одојчета

Активности се спроводе у оквиру надлежности Министарства надлежног за послове здравља, здравствених установа, Агенције за акредитацију.

Ове активности спроводе се у сарадњи са UNICEF, професионалним удружењима перинатолога, сестара, бабица, педијатара, неонатолога, друштвено одговорним компанијама.

Активности спроводе: здравствене установе секундарне и терцијерне заштите (гинеколози, педијатри/неонатолози, медицинске сестре, бабице).

Успешност спроведених активности исказује се кроз: број едукованих здравствених радника, број едукованих бабињара, број новорођене деце којима је омогућен контакт „кожа на кожу“, број деце уз којих је мајка може да оствари контакт са дететом 24 сата, број деце који су као храну добијали мајчино млеко, број установа са OIN који користе мајчино млеко у исхрани новорођенчади, број функционалних банки млека.

Ове активности спроводе се континуирано.

На OIN водећи принцип треба да буде да мајка/родитељи имају право да буду уз своје дете без обзира да ли мајка доји или не. Понашање особља према мајци мора бити усмерено на сваку мајку посебно и прилагођено њеној ситуацији. Сврха Програма је да се постојеће препоруке „Десет корака ка успешном дојењу“ примењују у одељењима за неонатологију на темељу BFHI програма СЗО-а и UNICEF-а.

У оквиру постојећих могућности потребно је на одељењима неонатологије обезбедити пријатно окружење како у погледу уређења простора, тако и у погледу атмосфере, која ће повољно деловати на стање мајке/оца детета. Медицинске интервенције и поступци треба да буду јасно објашњени родитељима, јер се тако избегава стрес и непријатност за мајку/родитеље. Од породице се очекује да након упознавања са радом и организацијом рада медицинске установе покаже разумевање и да се томе прилагоди. Родитељи и здравствени радници су партнери у заједничкој бризи за дете.

Организовати рад на одељењу тако да се што пре младим мајкама/родитељима омогући да буду са својом децом и да пре отпуста из болнице науче да воде бригу о свом детету. У већини европских породицишта могућ је боравак члана породице уз бабињару, чиме се повећава самопоздање мајке/оца, чему свакако треба да теже и породицишта у Републици Србији.

Неопходно је од самог рођења детета имати сталну комуникацију између особља у породицишту (где борави мајка) и особља на интензивној нези а посебно, ако нису смештени у истој установи. Мајка мора да буде подржана за лактацију а процедуре за прикупљање, складиштење и транспорт њеног млека до одељења неонатологије јасно дефинисане. Потребно је што пре омогућити да мајчином млеко буде доступно њеном детету.

Кроз банке млека, основане у четири универзитетска центра, хумано млеко треба да буде доступно оној новорођенчади (превремено рођена и болесна деца) чије мајке нису у могућности да остваре лактацију.

## Активности за подршку Програму

1. Слободне посете мајке новорођеном детету које се лечи у одељењу интензивне неге уз могућност дојења уколико здравствено стање детета то дозвољава;
2. Омогућити мајкама и новорођенчади да буду заједно 24 сата на дан одмах по пријему у болницу или по престанку потребе за лечењем детета у одељењу интензивне неге (мајкама обезбедити кревет у болници, а када то није просторно могуће онда столицу поред инкубатора или креветића);
3. Прелазно решење које уважава мањак просторних капацитета: Након отпуштања мајки болесног новорођенчета из болнице (јер нема просторних могућности да остане), неопходно је обезбедити услове за дневни боравак тих мајки;
4. Мајкама чија су деца примљена на одељење интензивне неге треба омогућити контакт кожа-на-кожу (Kangaroo Mother Care);
5. Применити лечење и негу по принципима индивидуализоване развојне неге;
6. Мајке треба подучити како да празне дојке у циљу одржавања лактације када су привремено одвојене од свог детета и почну са дојењем, чим клиничко стање детета допусти;
7. Мајке треба одвраћати од давања друге хране и течности новорођенчету осим мајчиног млека, осим ако је медицински индиковано;
8. За превремено рођену децу која нису способна да директно сисају, не-нутритивно сисање и орална стимулација могу бити корисни док се не успостави дојење;
9. Ако су измлазано мајчино млеко или друга храна медицински индиковани код терминског новорођенчета, методе храњења као што су чаше, кашичица или бочице са цуцлом могу бити корисне током боравка на одељењу;
10. Ако су измлазано мајчино млеко или друга храна индиковани за превремено рођено дете, чаше за храњење или кашичица се препоручују у односу на флашицу и цуцлу;
11. Установе треба да имају јасне процедуре и опремљеност за прикупљање, складиштење и употребу мајчиног млека које треба да буду познате свима као и мајкама да би се квалитетније учествовало у том процесу;
12. Нека дојење на захтев или, ако је то потребно, повремено дојење на захтев постане прелазна стратегија храњења недоношчади и болесне новорођенчади;
13. Планирање, организација и праћење спровођења активности везаних за подршку дојењу треба да се евалуира једном месечно.

#### **5.4. Програм активности за домове здравља**

Активности се спроводе у оквиру надлежности Министарства надлежног за послове здравља, здравствене установе примарног нивоа здравствене заштите, Агенција за акредитацију.

Ове активности спроводе се у сарадњи са UNICEF, професионалним удружењима медицинских/патронажних сестара, бабица, педијатара, неонатолога, гинеколога.

Активности спроводе здравствене установе примарног нивоа здравствене заштите.

##### **Активности на нивоу дома здравља**

- 1. Омогућити едукацију здравствених радника преко похађања „20 часовног курса за подршку дојењу“;**
- 2. Едуковати саветнике за дојење, патронажне сестре/медицинске сестре/бабице које ће бити оспособљене за психолошку подршку мајци/родитељима и превазилажење потешкоћа током дојења;**
- 3. Отварање Саветовалишта за дојење у оквиру дома здравља – место подршке и адекватне помоћи мајкама о свим питањима везаним за дојење;**
- 4. Креирати Водич за припрему за дојење и Водич за подршку дојењу на примарном нивоу здравствене заштите;**
- 5. Праћење/надзор поштовања Кодекса маркетинга замена за мајчино млеко;**
- 6. Наставити реализацију активности у Школама за родитељство, унапредити њихов рад, повећати обухват парова и оформити Школе родитељства у оним локалним заједницама где постоје услови за то;**
- 7. Планирање, организација и праћење спровођења активности везаних за подршку дојењу треба да се евалуира једном месечно;**
- 8. За планирање, организацију и праћење спровођења активности везаних за подршку дојењу задужена је, на нивоу целе установе, виша/висока медицинска сестра којој ће то бити наведено у опису послова.**

##### ***5.4.1. Програм активности за службе поливалентне патронаже***

Ове активности спроводе патронажне сестре.

Успешност спроведених активности мери се кроз број едукованог кадра кроз „20 часовни курс о дојењу“, број трудница које је обишла патронажна сестра, број трудница које током поновне патронажне посете трудници испољавају промену става у вези са дојењем (од негативног или амбивалентног ка позитивном), број новорођенчади које у 15. дану живота искључиво доје, број новорођенчади који у 15. дану живота доје уз додатак адаптиране формуле један-два пута дневно до 30 ml, број новорођенчади који у 15. дану живота доје уз додатак адаптиране формуле након сваког оброка, број

новорођенчади који у 15. дану живота не доје, број новорођенчади за које је патронажна сестра тражила консултацију лекара у вези са дојењем, постојање и уредно вођење евиденције о дужини дојења и достављање документације надлежном педијатру, број едукованих саветника за дојење из службе патронаже, које ће бити оспособљене за психолошку подршку мајци/родитељима и превазилажење потешкоћа током дојења.

Ове активности спроводе се континуирано.

Патронажне сестре су једини здравствени радници који реализацијом патронажних посета имају прилику да сагледају све факторе који се могу позитивно или негативно одразити на дојење. Промоцију дојења започињу током патронажне посете жени током трудноће, а настављају са снажном подршком и едукацијом након изласка бабињаре из породилице, као и даљим надзором одојчета и малог детета. Број посета патронажне сестре породици, са посебним акцентом на вулнерабилне категорије, регулисан је Правилником о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији Републичког завода за здравствено осигурање (у даљем тексту: Правилник). Садржај свих поступака патронажне сестре је регулисан је према Номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите и стручно методолошком упутству (СМУ). Правилником су предвиђене патронажне посете:

- 1) Трудници у другом или трећем триместру трудноће – једна посета, а код високоризичних трудноћа и више према налогу гинеколога;
- 2) Новорођенчету и бабињари – пет пута код све деце, а код деце са ризиком по налогу педијатра;
- 3) Одојчету – две посете код свих а четири код одојчади са ризиком;
- 4) Малом детету у другој години – једна посета;
- 5) Малом детету у четвртој години – једна посета.

**Активности:**

**1. Повећати обухват трудница патронажном посетом**

а. Циљ ове посете је процена постојања биолошког или психосоцијалног ризика по развој детета у кући. Односи се на здравствено-васпитни рад, контролу здравља и тока трудноће, обучавање будућих мајки дојењу и нези детета (купање, повијање, спавање), повезивању са другим организационим јединицама или установама, NVO... Обавезан део је јасна и снажна подршка дојењу као искључивом начину исхране до шест месеци;

б. Потребно побољшати сарадњу и прослеђивање информација о потреби патронажне посете трудници од стране изабраних лекара специјалиста гинекологије и акушерства;

в. Потребно је успоставити сарадњу у смислу прослеђивања информација о потреби патронажне посете трудници са гинеколошким ординацијама које делују у приватном сектору.

2. Омогућити телефонске консултације са патронажном службом.

3. Дефинисати начин обезбеђивања континуитета здравствене заштите и омогућити прослеђивање информација о бабињарама које су отпуштене из породилишта свим домовима здравља у Републици Србији.

4. Увести јединствену документацију активности патронажних сестара: пратити евидентирање података о дојењу и увођењу млечне формуле.

5. Увођење чек листе као обавезну документацију патронажних сестара у којима би били евидентирани разлози за увођење дохране и да ли је при увођењу дохране консултован педијатар из дома здравља, да ли новорођенче у 15. дану ексклузивно доји, доји уз додатак адаптиране формуле 1–3 пута дневно по 30 ml, доји уз дохрану адаптиране формуле након сваког оброка или не доји.

#### *5.4.2. Програм активности за службу за здравствену заштиту жена*

Активности спроводе гинеколози, медицинске сестре и бабице.

Успешност спроведених активности исказује се кроз: број трудница које су посетиле Саветовалиште за труднице, број трудница које су током прве посете саветовалишту биле мотивисане за дојење, број трудница које током прве/поновне посете саветовалишту испољавају промену става у вези са дојењем (од негативног или амбивалентног ка позитивном); број едукованог кадра за подршку дојењу (општи курс), број едукованих саветника за дојење из службе за задржавствену заштиту жена, које ће бити оспособљене за психолошку подрку мајци/родитељима и превазилажење потешкоћа током дојења.

Ове активности спроводе се континуирано.

Саветовалишни рад подразумева обављање редовних контрола напредовања трудноће и плода, као и здравствено-васпитни рад са трудницом и њеном породицом. Циљ је рано укључивање труднице у систем здравствене заштите, а најкасније до краја првог триместра. У домовима здравља лекари и медицинске сестре кроз индивидуални и групни здравствено-васпитни рад унапређују знање и ставове трудница и раде на мотивисању за прихватање здравих стилова живота, са посебним акцентом на промоцији дојења.<sup>14</sup>

Обезбеђен је материјал и сет информација које се дају од стране гинеколога посебно у трећем триместру свим трудницама као и за породиљу приликом посете шест недеља након порођаја.

Активности:

1. Повећати обухват трудница посетом Саветовалишту за труднице

- а. Циљ ових посете је процена постојања мотивисаности за дојењем, сагледавање обухвата трудница едукативним радионицама које се односе на припрему труднице, као и других чланова породице за дојење, психолошка подршка;
- б. Потребно побољшати сарадњу са патронажном службом као би трудница имала рану посету патронажне сестре; по налогу изабраних лекара специјалиста гинекологије и акушерства;
- в. Потребно је успоставити сарадњу са приватним гинеколошким ординацијама како би се што раније успоставила сарадња са домом здравља, а самим тим и патронажном службом;
2. Повећати обухват порођених жена које су приликом посете служби за здравствену заштиту жена добиле психолошку подршку и помоћ за превазилажење тешкоћа током дојења, након завршених патронажних посета, посебно приликом посете шест недеља након порођаја.
3. Увести обавезну евиденцију савета за подршку дојењу у картон трудне/порођене жене.

-----

*14 Стручно методолошко упутство за спровођење Уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине, уредник прим. др мр сци. мед. Драгана Лозановић Младеновић, Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић”, 2011, ИСБН 978-86-80451-07-7.*

#### *5.4.3. Програм активности за службу за здравствену заштиту за здравствену заштиту деце и омладине*

Активности спроводе педијатри и медицинске сестре

Успешност спроведених активности исказује се кроз евидентирање података о дојењу, број одојчади која су искључиво дојена са навршених месец дана, три и пет месеци живота, број укупно дојене деце са навршених шест и 12 месеци живота, број одојчади која доје уз дохрану млечном формулом један-два пута дневно, број одојчади која не доје, евидентирање времена и разлога за увођење дохране, постојање и уредно вођење евиденције о дужини дојења, број едукованих саветника за дојење из службе за здравствену заштиту деце и омладине, које ће бити оспособљене за психолошку подрку мајци/родитељима и превазилажење потешкоћа током дојења.

Ове активности спроводе се континуирано.

Систематски прегледи одојчади се обављају са навршених 1, 2, 3, 5, 6, 9 месеци у надлежном дому здравља. Педијатар и педијатријска сестра су обавезни да приликом систематског прегледа провере да ли мајка зна технику дојења и измлазања млека и да је охрабре да одржава лактацију. Систематским прегледима треба обухватити најмање 95% деце, а посебно из

угрожених групација (социјално угрожени, сеоска подручја, сиромашни, Роми), и то одговарајућег годишња.

**Активности:**

1. Обезбедити материјал и јасне инструкције у вези подршке дојењу током редовних посета педијатру;
2. Повећати обухват порођених жена које су приликом посете служби за здравствену заштиту деце и омладине добиле психолошку подршку и помоћ за превазилажење тешкоћа током дојења, након завршених патронажних посета;
3. Повећати број посета патронажних сестара новорођенчету, по налогу педијатра од 15–28 дана уколико постоје потешкоће током дојења;
4. Повећати број посета патронажних сестра одојчету, по налогу педијатра уколико постоје потешкоће током дојења;
5. Увести јединствену документацију за педијатре, у циљу евидентирања података о дојењу, искључиво дојене деце са навршених месец дана, три месеца, пет месеци, укупно дојене деце са три, шест и 12 месеци; евидентирати време као и разлоге за увођење дохране.

#### **5.5. Програм активности за породичну и индивидуализовану развојну негу**

Активности се спроводе у оквиру надлежности Министарства надлежног за послове здравља, Агенције за акредитацију.

Активности се спроводе у сарадњи са UNICEF-ом, Институтом за неонатологију, професионалним удружењима перинатолога, сестара, бабица, педијатара, неонатолога, друштвено одговорним компанијама.

Активности спроводе здравствене установе у којима се лече превремено рођена деца.

Успешност спроведених активности исказује се кроз број/процент превремено рођене деце чији су родитељи били активни учесници у пружању неге, број/процент новорођене деце којима је омогућен контакт „кожа на кожу“, број/процент едукованих здравствених радника за примену методе индивидуализоване развојне неге, број/процент превремено рођене деце за коју су обезбеђени услови за правилно спровођење индивидуализоване развојне неге.

Ове активности спроводе се континуирано.

Индивидуализована развојна нега заснована је на синергијској развојној теорији и користи стратегије из неуроразвојних, хуманих и наука које се баве околином, да унапреди потенцијал деце угрожене превременим рођењем. Она допуњује технолошки високо развијену медицинску негу и представља ултра-рани интервентни програм.



**Доказане су следеће предности лечења и неге по принципима индивидуализоване развојне неге:**

- 1) Краћа примена механичке вентилације;**
- 2) Краћа примена додатног кисеоника;**
- 3) Мање плућних компликација;**
- 4) Мања учесталост можданих крвављења;**
- 5) Брже започињање природне исхране;**
- 6) Боље напредовање;**
- 7) Краћа хоспитализација;**
- 8) Бољи психомоторни развој у узрасту од 3, 6 и 9 месеци;**
- 9) Боља интеракција између родитеља и деце.**

**Четири категорије на које треба обратити пажњу приликом увођења програма на неонатолошким одељењима:**

- 1. Физичко окружење у коме се новорођенче налази;**
- 2. Филозофија и имплементација индивидуализоване развојне неге усмерене ка новорођенчету;**
- 3. Филозофија и имплементација индивидуализоване развојне неге усмерене ка породици;**
- 4. Филозофија и имплементација индивидуализоване развојне неге усмерене ка здравственим професионалцима.**

#### **Активности**

- 1. Прилагођавање неонатолошких одељења потребама новорођенчета у зависности од његовог здравственог стања и гестацијског узраста (редукција стресора као што су јака светлост, бука, непријатни мириси); употреба покривача за инкубаторе, примена индикатора буке, примена лампи за фокусирано светло;**
- 2. Опсервација новорођенчета и његовог понашања;**
- 3. Редукција болних инванзивних процедура, коришћење нефармаколошких средстава и техника за редукцију стреса и бола;**
- 4. Очување сна: временско груписање терапијских поступака, сто мање узнемиравати новорођенче;**
- 5. Праћење развоја и позиционирање новорођенчета;**
- 6. Едукација здравствених радника;**

**7. Породична оријентација (присуство родитеља), Kangaroo Mother Care, и рано започињање природне исхране.**

Препоруке су да се укључе у едукацију родитељи и здравствени професионалци заједно, односно сви који ради са новорођеном децом и њиховим породицама, укључујући медицинске сестре (педијатријске, бабице), неонатологе и педијатре, све лекаре који раде са новорођеном децом, терапеуте који раде са новорођеном децом, психологе.

#### **5.6. Усклађеност са Међународним правилником о начину маркетинга и продаје замена за мајчино млеко и одговарајућим резолуцијама СЗО и UNICEF-а**

Активности се спроводе у оквирима надлежности: Министарства надлежног за послове здравља, инспекцијске службе, здравствене установе.

Активности се спроводе у сарадњи са организацијама UNICEF, NVO, професионалним удружењима перинатолога, сестара, бабица, педијатара, неонатолога, друштвено одговорним компанијама. Место спровођења активности: високо стручне установе катедре гинекологије, педијатрије, неонатологије.

Активности спроводе Министарство надлежно за послове здравља – инспекцијске службе, здравствене установе које лече новорођенчад и одојчад на свим нивоима здравствене заштите.

Успешност едукације исказује се кроз потрошњу формуле у установи према новорођеном детету, број/процент установа које су увеле обавезно уписивање индикација за увођење исхране формулом у документацији за мајку и новорођенче, број/процент установа које примењују кодекс.

Ове активности спроводе се континуирано.

Подршка дојењу и природној исхрани треба да се спроводе у складу с Међународним правилником о начину маркетинга и продаје замена за мајчино млеко Светске здравствене организације и каснијим резолуцијама Светске здравствене организације (у даљем тексту: Правилник). За успех Програма подршке дојењу требало би проценити и усклађеност са Правилником како је описано у Глобалним критеријумима из 2009. У одељењима за неонатологију треба обратити посебну пажњу на повреду Правилника. Велика комерцијална присутност произвођача замена за мајчино млеко се може повезати са посебним потребама недоношчади и болесне новорођенчади за различитим врстама прехране и употребом различитих метода ентералног и оралног храњења. Неопходно је на свим нивоима здравствене заштите поштовати Правилник и увести у стандарде за акредитацију.

Преглед смерница о дојењу или храњењу новорођенчади и одојчади упућује на чињеницу да поштовање Правилника подразумева да се на одељењу забрањује:

- 1. Излагање плаката или других материјала произвођача или дистрибутера замена за мајчино млеко, флашица, цуцли варалица и осталих материјала којима се промовише употреба тих производа;**
- 2. Директни и посредни контакт између представника тих произвођача или дистрибутера и трудница или мајки;**
- 3. Подела узорака, купона за повлашћену куповину и поклона који садрже замене за мајчино млеко, флашице или материјале којима се промовише употреба тих производа трудницама, мајкама или члановима њихових породица;**
- 4. Демонстрације припреме млечне формуле онима којима то није потребно;**
- 5. Прихватање бесплатних или јефтиних замена за мајчино млеко и друге опреме за прехрану новорођенчади.**

#### **Активности:**

- 1. Годишњи специјализовани надзор инспекције (санитарне и здравствене) над спровођењем правилника и активностима:**
  - 1) Преглед евиденције и рачуна упућује на следеће: да ли здравствена установа купује млечне формуле по veleпродајној цени или цени која је виша од veleпродајне цене или их добија донацијом,**
  - 2) Анализа поступака запослених на одељењу показује да ли се трудницама, мајкама, члановима њихове породице и особљу показују или деле материјали којима се промовишу замене за мајчино млеко, флашице, цуцле варалице и други производи наведени у националним законима;**
- 2. Увођење у документацију евиденцију о индикацијама за увођење формуле код новорођенчади (према индикацијама донесеним од стране СЗО);**
- 3. Унапређење и потпуно усклађивање нашег законодавства са међународним;**
- 4. Усклађеност са правилником – интерна контрола на четири месеца од стране комисије за квалитет и/или подршку дојењу која постоји у свакој установи кроз интервју са особљем и мајкама:**
  - 1) Најмање 80% случајно одабраних чланова медицинског особља треба да наведе два разлога зашто је важно мајкама не давати бесплатне узорке произвођача формуле,**
  - 2) Најмање 80% случајно одабраних мајки треба да потврди: да им установа није давала маркетиншке материјале, узорке и поклоне који садрже замене за мајчино млеко (млечне формуле), флашице, цуцле варалице и другу опрему за прехрану новорођене деце или купоне за повлашћену куповину.**

#### **5.7. Промоција дојења у широј друштвеној заједници**

**У циљу подршке имплементацији Програма неопходне су континуиране активности у циљу промоције дојења у општој популацији.**

**Министарство надлежно за послове здравља одговорно је у складу са законом за организацију система јавног здравља у Републици Србији. Део одговорности за област јавног здравља, поред Министарства надлежног за послове здравља, имају и министарства надлежна за област просвете, екологије, социјалне заштите, науке, спорта, пољопривреде, економије и др.**

**Ове активности спроводе министарства надлежна за послове здравља, просвете, заштите животне средине, социјалне заштите, науке, спорта, пољопривреде, економије, институти и заводи за јавно здравље, здравствене установе на свим нивоима здравствене заштите.**

**Ове активности спроводе се у сарадњи са UNICEF, професионалним удружењима перинатолога, сестара, бабица, педијатара, неонатолога, гинеколога акушера, друштвено одговорне приватне компаније, при високо стручним установама катедре гинекологије, педијатрије, неонатологије, удружења родитеља, локалне самоуправе.**

**Ове активности спроводи Министарство надлежно за послове здравља, институти и заводи за јавно здравље и здравствене установе на свим нивоима здравствене заштите.**

**Успешност спроведених активности мери се кроз број установа које имају материјале за родитеље о дојењу и број подељених материјала, број локалних заједница које су обележиле недеље дојења и број жена/родитеља који је досегнут тим активностима, број посета сајту, број скинутих мобилних апликација за дојење.**

**Активности:**

- 1. Неопходна је стандардизација свих материјала за родитеље на свим језицима народа и народности и њихова доступност на свим нивоима здравствене заштите;**
- 2. Постојећи интернет сајтови Министарства надлежног за послове здравља, Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и слични сајтови могли би да се користе као складиште најновијих информација праксама које подржавају дојење. Други сајтови би онда могли да се повежу линковима са тим централним извором;**
- 3. Периодична анализа података из патронажних служби (једном годишње) и путем других истраживања о највећим проблемима у вези дојења и продуковање различитих материјала да одговоре на те потребе – питања и одговори на сајту, видео и штампани матерјали итд.;**
- 4. Укључити стручна удружења (перинатално, акушерско, неонатално и педијатријско удружење, удружење медицинских сестара и удружење**

бабица) у рад на промоцији дојења путем њихових окупљања и у локалној заједници;

5. Обележавање међународне и националне недеље дојења на националном нивоу и у локалним заједницама уз учешће медија и родитељских удружења, познатих личности;

6. Подржати и промовисати јавна места која промовишу дојење – дојење у парковима, у кафићима, чекаоницама, играоницама итд.;

7. Заговарати за политике подршке дојењу на радном месту – за породиље које почну да раде пре навршеног шест месеца;

8. Израда WEB и мобилне апликације апликације о важности дојења у оквиру саветовалишта Хало беба;

9. Донети стандарде за „локалне заједнице пријатељ дојења” и подржавати њихову примену;

10. Мобилисати сајтове намењене родитељима да пишу о дојењу и проблемима и како их превазићи;

11. Организовати награде за породицишта које су мајке изгласале као најбоље у подршци дојењу;

12. Увести садржаје о дојењу и значају мајчиног млека и у релевантне образовне садржаје (биологија, здравствено васпитање ...);

13. Подржати формирање група подрше мајки дојиља при локалној заједници/дому здравља по угледу на програме у земљама у региону.

## **6. УПРАВЉАЊЕ И КООРДИНАЦИЈА АКТИВНОСТИМА**

Уредбом о Плану мреже здравствених установа дефинисане су установе које чине систем јавног здравља. У области јавног здравља Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” координира активности усмерене на очување и унапређење здравља становништва, које реализује заједно са 24 института/завода за јавно здравље.

Институти и заводи за јавно здравље одређују свог представника који прати спровођење Програма за одређени управни округ, учествује у изради плана активности домова здравља, обавља стручне консултације са домовима здравља, породициштима, специјализованим установама и болничким одељењима на којима се лече новорођенче и одојче. Институти и заводи за јавно здравље припремају извештај о спровођењу Програма за одређени округ.

Дом здравља покреће, организује и спроводи Програм у јединицама локалне самоуправе на територији за коју је основан. Дом здравља одређује вишу/високу медицинску сестру која је на нивоу установе део тима координатора квалитета здравствене заштите, која прати спровођење Програма и задужена је за достављање извештаја Институту/заводу за јавно

здравље. Непосредну одговорности за спровођење Програма и евиденцију договорених индикатора има руководилац установе тј. тим за спровођење Програма кога чине: руководилац тима, виша/висока медицинска сестра којој је описом послова додељено праћење активности и индикатора спровођења Програма, начелници службе за здравствену заштиту предшколске деце са развојним саветовалиштем, службе за здравствену заштиту жена, патронажне службе.

Породилишта, специјализоване установе и болничка одељења здравствених установа из Плана мреже здравствених установа у којима се лече деца, као и здравствена установа специјализована за област гинекологије и акушерства, односно педијатрије одређују вишу медицинску сестру која је на нивоу установе део тима координатора квалитета здравствене заштите, која прати спровођење Програма, задужена је за достављање извештаја Институту/Заводу за јавно здравље и непосредно сарађује са одабраним представником Института/Завода за јавно здравље. Непосредну одговорности за спровођење Програма и евиденцију договорених индикатора има руководилац установе тј. тим за спровођење Програма кога чине у зависности од установе: руководилац тима, виша/висока медицинска сестра којој је описом послова додељено праћење активности и индикатора спровођења Програма, гинеколог акушер, неонатолог, односно педијатар као и главна медицинска сестра.

Републичко стручно тело за подршку дојењу породичној и развојној нези новорођенчета (РСК), које се образује у складу са Законом о здравственој заштити које се састоји од представника из различитих друштвених ресора: здравства (стручњаци за јавно здравље, неонатолози, акушери, сестре, бабице), за демографску и популациону политику у Влади, високо образовних установа (факултети), образовања, социјалне заштите, финансија, цивилног сектора, друштвено одговорних компанија као и представника родитеља, медија и међународних организација – UNICEF. У састав РСК улазе представници здравственог сектора четири универзитетска центра – Београд, Ниш, Нови Сад, Крагујевац. Задатак РСК је да заговара и прати реализацију и успешност спровођења активности предвиђених Програмом и доноси препоруке за унапређење имплементације. РСК предлаже доношење докумената политике, који ће подржати реализацију циљева Програма, израђује годишњи план рада којим дефинише приоритете и правце деловања са циљем да подршка дојењу буде континуирано присутна у породилишту и другим здравственим установама, породици, на радном месту, као и свуда у заједници. У свом раду РСК успоставља сарадњу са најважнијим заинтересованим странама у земљи, другим министарствима и партнерима, представницима цивилног сектора и друго у циљу ширења партнерстава за подршку дојењу.

**Активности:**

- 1. Уврстити десет корака до успешног дојења (на којима је заснована ВФНІ иницијатива) у стандарде за рутинске праксе у области перинаталне неге које треба да се спроводе у свим одељењима за перинаталну негу и породилиштима;**
- 2. Предложити начине за сарадњу са надлежним структурама и у складу са законом иницирати програме основних и постдипломских студија на медицинским факултетима и програме за школовање медицинских сестара и ускладити их са тим праксама и стандардима које треба да буде рутинска пракса;**
- 3. Укључити стручна удружења (перинатално, акушерско, неонатално и педијатријско удружење, удружење медицинских сестара и удружење бабица) у раду на развоју и спровођењу неге трудница, новорођенчади и породиља засноване на доказима;**
- 4. Организовати радионице за чланове управе/доносиоце одлука у породилиштима одељењима за перинаталну негу о концепту подршке дојењу, породичној и развојној нези новорођенчета и њиховој улози у подржавању тог концепта;**
- 5. Успоставити редовну обуку на нивоу болница/домова здравља и наставити обуку о праксама које чине подршку дојењу, породичној и развојној нези и осигурати да одражава правилне и најсавременије информације и способности;**
- 6. Повећати доступност теоријске и практичне обуке за оспособљавање за комуникацију на линији здравствени радник–пацијент, у оквиру ширег програма за унапређење комуникације;**
- 7. Стандардизовати садржај свих материјала за родитеље, приручника и инструкција за запослене (за школе родитељства и психофизичку припрему трудница, за саветовање трудница у току антенаталних посета, за редовне прегледе новорођенчади у дому здравља, за патронажне службе) и усагласити их са свим здравственим радницима на нивоу Србије, да би се осигурало да информације о праксама у погледу неге и исхране буду доследне;**
- 8. Испитати могућност коришћења Интернета за стављање информација на располагање како родитељима тако и здравственим радницима;**
- 9. Испитати могућност повезивања или интегрисања усвојених процедура и са новоуспостављеним системом националне акредитације болница и домова здравља;**
- 10. Уврстити промоцију дојења и промоцију ВФНІ у услуге антенаталне неге, и постнаталне неге новорођенчади, као редовну праксу која ће се оцењивати у процесу акредитације примарне здравствене заштите. У том циљу са АЗУС-ом покренути иницијативу за акредитацију установа примарне здравствене заштите;**

11. Подстицати развој добровољних мрежа за узајамну помоћ и подршку родитеља с циљем промовисања дојења и пракси подршке;

12. Радна група ће формирати листу индикатора у оквиру евиденционих листа за потребе извештавања здравствених установа и завода који учествују у спровођењу Програма.

РСК ће своје активности спроводити кроз четири области, тј. територије које гравитирају ка Универзитетским центрима Београду, Нишу, Новом Саду и Крагујевцу. Руководиоци тимова здравствених установа, непосредно сарађују са координатором националног програма и одабраним представником института/завода за јавно здравље.

## 7. ПРАЋЕЊЕ И ПРОЦЕНА СПРОВОЂЕЊА ПРОГРАМА

Праћење и процену спровођења Програма, на основу прикупљања, обраде и анализе прописаних здравствено статистичких и других података, односно индикатора (показатеља) предвиђених овим програмом врше институти/заводи за јавно здравље у складу са посебним буџетским програмима од општег интереса. Њихове активности усмерава и координира Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ у складу са посебним буџетским програмом од општег интереса.

За разматрање анализа, односно извештаја о спровођењу Програма, као и за друга питања одговоран је Национални комитет за подршку дојењу породичној и развојној нези новорођенчета.

Извештаје о спровођењу програма, континуирано на месечном нивоу припремају и достављају заводима/институтима за јавно здравље носиоци програмских целина: дом здравља, породилишта, специјализоване установе, болничка одељења на којима се лече новорођенчад и одојчад, или гинеколошко-акушерске, односно педијатријске установе.

Заводи за јавно здравље на територији за коју су основани, сачињавају квартални збирни извештај и прослеђују Институту за јавно здравље Србије и представнику Националног комитета за области које гравитирају ка Универзитетским центрима Београд, Ниш, Нови Сад и Крагујевац.

На основу достављених извештаја, Институт за јавно здравље Србије сачињава збирни извештај који доставља Министарству надлежном за послове здравља и РСК за подршку дојењу породичној и развојној нези новорођенчета на шест месеци.

## 8. ЕВАЛУАЦИЈА ПРОГРАМА

Индикатори за евалуацију Програма су:

1. Повећање стопе искључиво дојене деце у Републици Србији кроз три године:

1) Дојење у првом сату након рођења са 50,8% на 70%;



- 2) Дојење у првих четрдесет осам сати 80% новорођенчади;
- 3) Дојење са навршених месец дана на 40% новорођенчади;
- 4) Дојење са навршена три месеца са 23% на 40% одојчади;
- 5) Дојење са навршених пет месеци са 13% на 20% одојчади.

2. Повећати стопу укупно дојене деце уз дохрану:

- 1) Са навршена три месеца на 60%;
- 2) Са навршених шест месеци са 47% на 60%;
- 3) Са навршених дванаест месеци са 24,6% на 60%.

3. Повећање броја одржаних едукативних семинара за едукацију здравствених радника ради унапређење знања, вештина и пракси везаних за подршку дојењу у складу са програмом подршке дојењу СЗО И УНИЦЕФ-а континуирана едукација једном годишње;

4. Контакт кожа на кожу у трајању од макар једног сата са непознатог на 50%;

5. Повећање броја едукативних семинара за труднице са – обухват 60%;

6. Повећање обухвата трудница патронашним посетама са 29% на 60%;

7. Повећање броја саветовалишта за дојење – сваке године формирати четири саветовалишта, крајњи циљ је да буде формирано у сваком дому здравља;

8. Број/процент породилишта који имају и примењују писану политику дојења;

9. Број индикатора за праћење дојења који су ушли у услуге антенаталне неге, и постнаталне неге новорођенчади, као редовна праксу која ће се оцењивати у процесу акредитације примарне здравствене заштите;

10. Број/процент превремено рођене деце чији су родитељи били активни учесници у пружању неге;

11. Број/процент новорођене деце којима је омогућен контакт „кожа на кожу“;

12. Број/процент едукованих здравствених радника за примену методе индивидуализовне развојне неге;

13. Број/процент превремено рођене деце за коју су обезбеђени услови за правилно спровођење индивидуализоване развојне неге;

14. Увести индикаторе Програма у Правилник о медицинској евиденцији и показатељима квалитета здравствене заштите.

Евалуација се спроводи континуирано и након планираног временског периода од три године, са намером да се отклоне све потешкоће и постигне већи проценат искључиво дојене и укупно дојене деце.

#### **9. НАЧИН И ИЗВОР ФИНАНСИРАЊА**

Средства потребна за спровођење овог програма обезбедиће се из буџета Републике Србије у 2019. и 2020. години. Средства ће се планирати у оквиру утврђених лимита и у складу са билансним могућностима буџета Републике Србије.

За спровођење овог програма потребно је обезбедити средства у буџету Републике Србије у укупном износу од 5.000.000,00 динара, (у 2019. години 2.500.000,00 динара и у 2020. години 2.500.000,00 динара), на економској класификацији 465 – Остале дотације и трансфери.

Средства ће се планирати у оквиру утврђених лимита и у складу са билансним могућностима буџета Републике Србије.