

【施行指引】

在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育：
愛嬰醫院行動修訂版【2018年版】

IMPLEMENTATION GUIDANCE

Protecting, promoting and supporting
Breastfeeding in facilities providing
maternity and newborn services: the revised
BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE



2018



【免責聲明】

此翻譯版本不是由世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 建立，WHO 不負責本翻譯的內容或準確性，英文原版本應是有約束力及真正的版本。

【版權頁】

【施行指引】在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育：愛嬰醫院行動修訂版【2018年版】

本中文翻譯版本是由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會接受衛生福利部國民健康署委託完成。本文件並非由世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 建立，世界衛生組織不負責本文件翻譯的內容或準確性。

英文原版本 **Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. 授權條款: CC BY-NC-SA 3.0 IGO**應是有約束力及真正的版本。

WHO保留部分權力。本翻譯文件可在姓名標示-非商業性-相同方式分享3.0國際政府間組織授權條款(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)下獲得。.

如須引用本文件請標記出處，書寫建議如下：

施行指引-在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育【2018年版】：愛嬰醫院行動修訂版，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會翻譯。

經費來源：衛生福利部國民健康署運用菸品健康福利捐支應，2022。

授權條款：CC BY-NC-SA 3.0

| | |
|----------------------|-----|
| 致謝 | iii |
| 執行摘要 | 1 |
| 範疇及目的 | 2 |
| 1. 簡介 | 3 |
| 1.1 母乳哺育重要性 | 3 |
| 1.2 愛嬰醫院行動：概述 | 4 |
| 1.3 愛嬰醫院行動的優點及影響 | 4 |
| 1.4 施行愛嬰醫院行動的挑戰 | 5 |
| 1.5 成功哺乳十措施和施行指引的修訂 | 7 |
| 修訂成功哺乳十措施 | 8 |
| 國家層級施行指引的修訂 | 9 |
| 2. 產科及新生兒科機構的角色 | 10 |
| 2.1. 支持母乳哺育的重要管理程序 | 11 |
| 措施 1：機構政策 | 11 |
| 措施 2：工作人員能力 | 13 |
| 2.2. 支持母乳哺育的關鍵臨床實務作法 | 14 |
| 措施 3：產前資訊 | 14 |
| 措施 4：產後即刻照護 | 16 |
| 措施 5：支持母乳哺育 | 17 |
| 措施 6：補充 | 18 |
| 措施 7：親子同室 | 19 |
| 措施 8：回應性餵食 | 20 |
| 措施 9：奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴 | 20 |
| 措施 10：出院後照護 | 21 |
| 2.3. 協調 | 21 |
| 2.4. 品質改善過程 | 22 |
| 3. 國家層級的施行和永續性 | 23 |
| 3.1 國家領導和協調 | 24 |
| 3.2. 政策及專業照護標準 | 24 |
| 3.3. 健康專業人員能力建立 | 25 |
| 3.4. 外部評估 | 26 |
| 3.5. 激勵和懲罰 | 27 |
| 3.6. 為機構提供技術協助 | 29 |

| | |
|---|----|
| 3.7 國家監測 | 30 |
| 3.8. 溝通和倡導 | 31 |
| 3.9. 經費支援 | 32 |
| 4. 在產科及新生兒科機構外，愛嬰醫院行動和其他母乳哺育支持行動的協調 | 33 |
| 5. 愛嬰醫院行動施行的轉變 | 34 |
| 5.1. 愛嬰醫院認證計畫運作良好的國家 | 34 |
| 5.2. 沒有積極或成功推動愛嬰醫院行動計畫的國家 | 34 |
| 附錄 1：2018 年修訂的成功哺乳十措施和十措施原始版及世界衛生組織 2017 年新版準則的比較 | 35 |
| 附錄 2：成功哺乳十措施，通俗用語版 | 37 |
| 附錄 3：外部審查小組成員 | 38 |
| 參考文獻 | 39 |

致謝

本指引文件發展是由世界衛生組織（World Health Organization, WHO）健康及發展之營養部與聯合國兒童基金會（United Nations Children's Fund, UNICEF）計畫部營養司協調配合。Dr Laurence Grummer-Strawn及 Ms Maaïke Arts 監督本文件的準備工作。

我們衷心感謝外部審查小組在整個過程的技術投入、規劃協助及策略思考（依照字母順序）：Ms Genevieve Becker、Dr Ala Curteanu、Dr Teresita Gonzalez de Cosío、Dr Rukhsana Haider、Dr Miriam H Labbok、Dr Duong Huy Luong、Dr Chessa Lutter、Dr Cria G Perrine、Ms Randa Saadeh、Dr Isabella Sagoe-Moses 及 Ms Julie Stufkens。

2016年愛嬰醫院行動（Baby-friendly Hospital Initiative, BFHI）代表大會有超過300位參與者，代表130個國家及許多非政府組織、捐贈者及專業協會，為愛嬰醫院行動的成功和挑戰提供無價的見解，以及勾勒出許多未來活動的優先事項。我們想要感謝愛嬰醫院行動代表大會規劃委員會成員，他們的見解形成了這次有幫助的會議（依照字母順序）：Ms Maite Hernández Aguilar、Ms Funke Bolujoko、Dr Anthony Calibo、Ms Elsa Giuliani、Ms Trish MacEnroe 及 Ms Agnes Sitati。

我們要感謝下列同事在整個過程的協助和技術投入（依照字母順序）：世界衛生組織 – Ms Shannon Barkley、Dr Francesco Branca、Ms Olive Cocoman、Dr Bernadette Daelmans、Ms Diana Estevez、Ms Ann-Lise Guisset、Dr Frances McConville、Ms Natalie Murphy、Dr Lincetto Ornella、Dr Juan Pablo Peña-Rosas、Dr Pura Rayco-Solon、Mr Marcus Stahlhofer、Dr Helen Louise Taylor、Dr Wilson Were及世界衛生組織區域性營養顧問；聯合國兒童基金會 – Dr Victor Aguayo、Dr France Bégin、Mr David Clark、Dr Aashima Garg、Dr David Hipgrave、Ms Diane Holland、Ms Irum Taqi、Ms Joanna Wiseman Souza、Dr Marilena Viviani、Dr Nabila Zaka及聯合國兒童基金會區域性營養顧問及區域性健康顧問。

我們衷心感謝300位外部審查者的投入，在2017年10月為本文件草稿提供意見，以及感謝愛嬰醫院行動網絡、國際母乳會、國際嬰兒食品行動網絡、國際泌乳顧問協會及世界母乳哺育行動聯盟的工作人員、志工及成員提供額外的投入。我們感謝Dr Pierre Barker對於品質改善過程的投入。

最後，我們感謝許多愛嬰醫院行動協調員及醫院主管，過去27年來在國家、區域和機構層級施行愛嬰醫院行動。他們為了母親及嬰兒健康的努力工作和熱情，已經強化了全世界的這個行動。

本中文翻譯版本是由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會接受衛生福利部國民健康署委託完成。感謝陳昭惠醫師、李敏駿醫師、汪蕙萍專案管理師、翁玉嫻專員、林郡羽組員協助翻譯、校稿及編排。

執行摘要

新生兒從生命最初幾小時到幾天這段時間，是建立泌乳及提供讓母親成功哺餵母乳所需支持的關鍵時刻。自1991年起，愛嬰醫院行動已幫助激勵全世界的產科及新生兒科機構改善支持母乳哺育¹。依據成功哺乳十措施（以下簡稱「十措施」）²，愛嬰醫院行動著重在為新手母親及其嬰兒提供最佳臨床照護。已經有大量證據支持施行十措施可顯著改善母乳哺育率。

愛嬰醫院行動幾乎已在全世界所有國家施行，成功程度不一。超過四分之一世紀之後，全球層級的涵蓋率仍然偏低。截至2017年，全世界僅10%嬰兒在目前認為「愛嬰」的機構出生³。各國家已經發現難以持續進行愛嬰醫院行動計畫，執行計畫經常要仰賴特定個人及外部資源。本計畫的典型施行方式是縱向介入，著重在認證自願參加本計畫並且可以記錄他們完全遵循十措施的機構。機構可能改變他們的政策和實務以取得這項認證，但是這些改變並不一定一直持續，特別是沒有設立定期監測系統時。

世界衛生組織及聯合國兒童基金會於2015年開始一項流程，重新評估及重振愛嬰醫院行動計畫。進行案例研究、重要關鍵人物訪談、全球政策調查及文獻回顧，以進一步了解對此行動的狀況及影響。委託進行系統性文獻回顧，仔細檢查十措施每項的證據。世界衛生組織召集了一個準則發展小組，負責撰寫世界衛生組織《在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育》準則⁴，以及召集一個外部審查小組，負責更新國家層級施行愛嬰醫院行動的指引。更新施行指引的主要概念及草案於2016年10月的愛嬰醫院行動代表大會進行廣泛討論，超過130個國家約300位參與者參加。此更新指引草案文件於2017年10月透過線上商討會進行散發，在本文件最後修訂版時有納入超過300位回應者的意見。

更新施行指引適用於制定政策或提供懷孕婦女、家庭及嬰兒照護的所有人士（如政府）、整體母親及兒童健康計畫和母乳哺育—特別是愛嬰醫院行動相關計畫的國家管理者及不同層級的機構管理者（機構主管、醫療主管、產婦及新生兒病房主任）。本文件是十措施自1989年迄今第一次修訂。每項措施的主題並未改變，但是為配合實證基礎準則及全球公共衛生政策，措施的文字敘述已更新。措施次分為：(i) 為確保持續一致並合乎倫理提供照護所必要的機構程序（重要管理程序）；以及(ii) 母親及嬰兒個別照護的標準（關鍵臨床實務）。完整施用《國際母乳代用品銷售守則》⁵及相關世界衛生大會決議（以下簡稱「守則」）⁶，以及對臨床實務遵循度進行持續的內部監測，這些項目已整合至措施1嬰兒哺育政策。

此施行指引也建議修訂國家的愛嬰醫院行動施行內容，強調擴大規模至全面涵蓋，並確保能永續執行。該指引著重將計畫更充分整合在健康照護系統中，以確保國家的所有機構施行十措施。邀請各國透過國家的愛嬰醫院行動計畫施行九項重要責任，包括建立或強化國家協調單位、將十措施整合至國家政策及標準、確保所有健康照護專業人員能力、使用外部評估以定期評估十措施的遵循度、激勵改變、提供必要技術協助、監測施行、持續溝通及倡導以及確定和分配足夠的資源。

愛嬰醫院行動著重在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育。根據瞭解，需要許多其他介入措施以確保對母乳哺育足夠的支持，包括在產前照護、產婦照護、社區及工作場所，以及足夠的母職保護及「守則」立法。將愛嬰醫院行動計畫和保護、促進及支持母乳哺育的所有其他層面整合在一起是重要的。

透過重振愛嬰醫院行動及確保所有機構遵循實證基礎的產婦及新生兒照護建議，母乳哺育率可顯著增加且母親和兒童的健康可明顯改善。

1 World Health Organization, United Nations Children's Fund. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. 日內瓦：World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380>).

2 Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. 日內瓦：World Health Organization; 1989 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>).

3 National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. 日內瓦：World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>).

4 準則：在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育。 日內瓦：World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>).

5 International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 日內瓦：World Health Organization; 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf); The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. 日內瓦：World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>).

6 World Health Organization. Code and subsequent resolutions (<http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en>).

範疇及目的

本文件包含在產科及新生兒科機構施行愛嬰醫院行動的最新版指引(1)，以及國家（或在適用的次國家）層級協調和管理愛嬰醫院行動的指引。

愛嬰醫院行動的核心目的為確保母親和新生兒在住進產科及新生兒科機構之前和期間接受及時和適當的照護，以便能夠建立最佳新生兒餵食，進而促進他們的健康和發展。母乳哺育已被證實其重要性(2)，愛嬰醫院行動保護、促進和支持母乳哺育，同時讓非母乳哺育的新生兒能夠獲得及時和適當的照護。

本文件補充世界衛生組織《準則：在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育》(3)。本文件也補充既有的《改善健康機構中母親及新生兒照護品質的標準》(4)、《中低收入國家中低出生體重嬰兒的最佳餵食準則》(5)、《世界衛生組織建議：正向生產經驗的產中照護》(6)以及有關母親及新生兒照護的其他指引文件。重要的是，愛嬰醫院行動是在更廣泛地支持家庭、社區和工作場所中進行母乳哺育的情境下施行。本文件並未特別提及這些領域。

本文件的適用對象包括制定政策或提供懷孕婦女、家庭及嬰兒照護的所有人士（如：政府）、整體母親及兒童健康計畫和母乳哺育—特別是愛嬰醫院行動相關計畫的國家管理者，及在不同層級的健康機構管理者（機構主管、醫療主管、產婦及新生兒病房主任）。

1. 簡介

1.1 母乳哺育重要性

母乳哺育是所有哺乳動物的生物學常態，包括人類。母乳哺育是達到營養、健康和存活、經濟成長以及環境永續全球目標的關鍵。世界衛生組織及聯合國兒童基金會建議母乳哺育在出生後第一個小時內開始，頭6個月持續純母乳哺育，加上安全適當的副食品後繼續母乳哺育至少到第2年或之後(7)。全球只有少數嬰兒及兒童符合這些建議：僅44%嬰兒在出生後第一個小時內開始母乳哺育，所有6個月以下嬰兒僅40%是純母乳哺育。在2歲時，45%兒童仍然在母乳哺育(8)。

出生後第一個小時內立即不中斷的肌膚接觸以及開始母乳哺育很重要，有利於母乳哺育的建立及新生兒和兒童的存活和發展。相較於在出生後第一個小時內就被抱近乳房的新生兒，出生後2到23小時開始母乳哺育的新生兒在出生後最初28天的死亡風險高出33%，在出生後1天或更長時間才開始母乳哺育的新生兒死亡率更超過二倍(9)。早期開始的保護效益會延伸到6個月大(10)。

純母乳哺育持續6個月可提供身體和神經成長發展所需的滋養、營養及能量。6個月後，母乳哺育持續可提供能量和高品質營養，加上安全適當的副食品餵食，可幫助預防飢餓、營養不足及肥胖(11)。母乳哺育可確保嬰兒的食物安全(8)。

不適當的母乳哺育作法顯著影響嬰兒、兒童及母親的健康、發展和存活，改善這些作法每年可能拯救超過820,000個生命(2)。將近一半的腹瀉及三分之一的呼吸感染是因為不適當的母乳哺育作法。較長時間的母乳哺育與體重過重可能性或肥胖盛行率降低13%，以及第二型糖尿病發生率減少35%有關(2)。透過改善母乳哺育率，估計每年可預防20,000位母親因為乳癌造成的死亡(2)。

近期分析，母乳哺育率提升可能為全球經濟每年增加3,000億美元，並可幫助培育更聰明、更有生產力的工作者及領導者(13)。在巴西，相較於母乳哺育期間較短的成年人，母乳哺育持續至少12個月的成人賺取收入高超過33%(14)。不適當的母乳哺育已顯著影響兒童及婦女健康照護的花費(15, 16)。餵嬰兒配方奶的母親比母乳母親更常在工作時請假，因為嬰兒生病的頻率和嚴重度較高(17)。

增加母乳哺育率可能每年為全球經濟增加 3,000 億美元

母乳哺育為非污染性、非資源密集、可持續及天然的營養與食物來源。母乳代用品在生產、運送、沖泡和使用的每個步驟中增加溫室氣體排放，並且也會產生需要棄置的廢棄物。溫室氣體包括甲烷、一氧化二氮和二氧化碳；一項近期報告估計，亞洲製造嬰兒配方奶所產生的二氧化碳排放量為290萬噸(18)。

在人道援助環境中，母乳哺育拯救生命的可能性更是關鍵(7)。國際指引建議，人道救援情境中需增加保護、促進和支持母乳哺育的所有行動，以維持或改善母乳哺育作法(19)。

母乳哺育是實現每個兒童獲得最高可及健康標準權利的重要組成，同時，尊重每位母親在依據完整、實證基礎資訊、不受商業利益影響以及接受必要支持，在讓她能夠執行自主決定下，對於如何餵養嬰兒做出知情決定的權利(20)。

改善母乳哺育可以是達到永續發展目標的重要驅動因素(21)。母乳哺育可以和數個目標產生連結，包括目標1（消除各地一切形式的貧窮）；2（結束飢餓、達到食物安全及促進永續農業）；3（確保所有人在所有年齡的健康生活及促進安康）；4（確保所有人的包容性及有品質之教育，以及促進終身學習）；5（達到性別平等以及培力所有婦女和女孩）；8（促進所有人持續、包容性及永續的經濟成長、就業及尊嚴的工作）；10（減少各國內和各國間的不平等）；以及12（確保永續的消耗及生產模式）。

1.2 愛嬰醫院行動：概述

新生兒生命最初幾個小時到幾天是建立泌乳及提供讓母親成功哺餵母乳所需支持的關鍵時刻。這項支持並不一定都有提供，依據聯合國兒童基金會資料的審查顯示78%的生產是由熟練的醫護專業人員照護，但僅45%新生兒在出生後第1個小時內接受母乳哺育(8, 22)。雖然母乳哺育是生物學常態，健康專業人員可能施行不適當的程序而干擾母乳哺育，例如分離母親和嬰兒、延遲開始母乳哺育、提供奶水來之前的餵食以及不必要的補充。這些程序顯著增加了母乳哺育的挑戰，導致過早停止母乳哺育。家庭需要接受有關母乳哺育的實證基礎資訊及諮詢，且必須防止商業利益對母乳哺育造成不良影響。

世界衛生組織和聯合國兒童基金會於1989年出版《成功哺乳十措施》(以下簡稱「十措施」)，和產科和新生兒科機構應施行完整的政策及程序支持母乳哺育(23)。1990年在佛羅倫斯採用的《保護、促進及支持母乳哺育伊諾森蒂宣言》(24)，呼籲所有政府要確保每家產科及新生兒科機構施行完整的十措施。世界衛生組織和聯合國兒童基金會於1991年推動愛嬰醫院行動(1)，藉此協助鼓勵全世界產科及新生兒科機構施行十措施。明確記錄他們完全遵循十措施，以及遵循《國際母乳代用品銷售守則》(25, 26)和相關世界衛生大會決議(以下簡稱「守則」)(27)的機構，可認證為「愛嬰」機構。世界衛生組織在1998年出版十措施中各項措施的相關實證(28)。

新生兒生命從最初幾個小時到幾天這段時間，是建立泌乳及提供讓母親成功哺餵母乳所需支持的關鍵時刻

數項全球健康政策文件已強調十措施的重要性。1994年及1996年世界衛生大會決議呼籲採取與愛嬰醫院行動相關的特定行動(29, 30)，2002年全球嬰幼兒餵食策略號召全世界產科及新生兒科機構施行十措施(7)。在伊諾森蒂宣言15週年的2005年(24)，伊諾森蒂夥伴發出行動呼籲，內容包括呼籲振興愛嬰醫院行動、維持全球標準作為所有機構的最低要求，以及將行動的應用擴展至包括產科、新生兒科和兒科服務與針對泌乳婦女及幼兒照護者的社區基本支持(31)。

經過廣泛使用者調查之後，愛嬰醫院行動成套方案在2006年更新，並在2009年再次推動(32)。更新的成套方案反映部分措施的新實證(例如措施4和措施8)及其解讀，以及提到人類免疫不全病毒陽性(以下稱為愛滋病)的婦女狀況。此文件包括「母親友善照護」，並說明在其他機構和社區的母乳哺育友善實務，因為此行動涵蓋的內容將確保所有母親(無論餵食方法為何)均能獲得她們所需要的餵食支持，因此，文件內容包括提供給「非哺乳母親」的支持標準。方案中包括更新的訓練及評估工具。

具體產科照護實務可將早期停止哺餵母乳的機率降低 13 倍

2012年世界衛生大會認可6項母親、嬰兒及幼兒營養目標，包括全球出生後頭6個月純母乳哺育率達到至少50%(33, 34)，該目標的政策簡報及全面施行計畫包括擴大愛嬰醫院活動(34)。2014年第二屆國際營養大會行動架構(35)形成聯合國營養行動十年的基礎(36)，要求以政策、計畫和行動確保健康服務可保護、促進和支持母乳哺育，「包括愛嬰醫院行動」。世界衛生大會在2015年認可的《母親、嬰兒及幼兒營養之全球監測架構》(37)，包括一個在認證為「愛嬰」機構中出生的百分比指標(38)。

全世界幾乎所有國家已經在某個時間點施行愛嬰醫院行動，但是大多數國家的涵蓋率仍然偏低。在2011年，據估計所有產科及新生兒科機構中有28%被認證為「在某個時間點愛嬰(39)。但截至2017年，世界衛生組織估計全世界僅有10%的嬰兒出生在目前認證為「愛嬰」的機構(40)。上述數據可能被低估，因為機構可能只施行十措施中的部分措施，而未被認證為「愛嬰」，目前國際間並沒有系統可評估這樣的做法。

1.3 愛嬰醫院行動的優點及影響

目前已有大量證據顯示，愛嬰醫院行動有可能顯著地影響母乳哺育的成功。在白俄羅斯一項1990年代末期進行的小組隨機分配試驗，施行十措施的醫院3個月大時純母乳哺育率增加至43%，相較於沒有接受介入措施的醫院僅有6%(41)。

在2016年發表的一篇58個產婦及新生兒照護研究之系統性回顧文章中，證實遵循十措施會影響母乳哺育率(出生後立即早期開始、純母乳哺育及任何母乳哺育

的總持續時間) (42)。這項回顧發現婦女接觸愛嬰醫院行動的措施數量與改善母乳哺育結果可能有劑量反應相關性。避免讓嬰兒補充母乳以外的食物(措施6)是決定母乳哺育結果的重要因子,可能是因為要施行此措施,其他措施也需要施行就緒。社區支持(措施10)對維持在產科及新生兒科機構達成已改善的母乳哺育率也證實為很重要(42)。

美國有研究發現,遵循六項具體產婦照護實務可將早期停止哺餵母乳的機率降低13倍(見圖1)(43)。

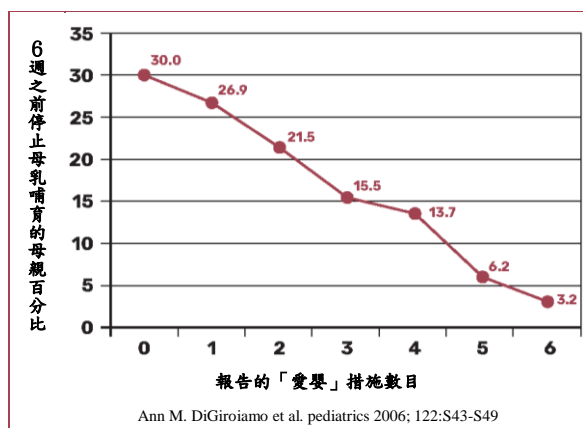


圖1：在開始母乳哺育且打算母乳哺育2個月以上的婦女中，依據她們經歷的愛嬰醫院措施數目，在6週前停止母乳哺育的百分比(43)

迄今施行愛嬰醫院行動的經驗顯示，國家領導(包括強力的國家參與和支持)是成功施行愛嬰醫院行動的關鍵。國家或機構層級的調整、持續進行的機構層級監測以及讓愛嬰醫院行動成為連續照護的一部分，這對愛嬰醫院行動來說都很重要(44)。

近期有一篇美國的文章回顧了二篇國家政策文件及16篇原創研究，確認愛嬰醫院行動可促進母乳哺育及純哺乳的成功(45)。當母親增加對愛嬰措施的接觸時，母乳哺育的持續時間也似乎增加；但目前追蹤母乳哺育的機制不佳，因此有關母乳哺育持續時間的可靠資料有限。在愛嬰醫院行動的十措施中，被提及施行時最具挑戰的措施是措施3(產前教育)及措施10(產後母乳哺育支持)(45)；然而這兩個措施有可能顯著影響母乳哺育實務。

在愛嬰醫院行動即將滿25週年時，世界衛生組織及聯合國兒童基金會著手對愛嬰醫院行動現況進行廣泛的評估。2016年6月到8月對所有世界衛生組織會員國進行國家層級的全球調查，收到117個國家回應(40)。在13個國家針對愛嬰醫院行動運作進行深度的案例研究調查，徵詢各衛生主管機關、非政府的愛嬰醫院行動協調員及聯合國兒童基金會工作人員以及與愛嬰醫院行動協調員(包括22個國家的政府官員及非政府組織

的工作人員)進行重要關鍵人物訪談，提供這25年來的行動挑戰和經驗等見解(40, 46)。

在案例研究及重要關鍵人物訪談收集的資訊(40, 46)顯示，大多數產科及新生兒科機構施行愛嬰醫院行動，可促使專業醫護人員能力改善及強化母乳哺育的保護、促進和支持，因此可能促成母乳哺育率在全球早期開始增加。許多行動者讚賞有系統的改善機構政策和作法，以及認證「愛嬰」可以提昇能見度並有激勵的性質。

對於認證過的機構來說，變成愛嬰的過程通常是經過變革、並改變了嬰兒餵食的相關環境。在許多國家中，獲得認證已成為機構轉變其作法的重要激勵因素。因此，在這些機構的照護變得更加以病人為中心、工作人員對嬰兒餵食的態度改善，且技能水準顯著增加。嬰兒配方奶的使用通常會顯著降低，且新生兒使用嬰兒室的情形大幅減少。在認證為「愛嬰」的機構中，母乳哺育的照護品質獲得明確改善。

案例研究及訪談也記錄到數項挑戰，將於下一節進行說明。

1.4 施行愛嬰醫院行動的挑戰

從上述評估中，浮現了幾項愛嬰醫院行動施行的重要挑戰。

總而言之，案例研究及重要關鍵人物訪談的回饋顯示，縱向和通常為計畫型的愛嬰醫院行動施行雖然有達成具體及短期目標的優點，但已證實這有礙於十措施的高涵蓋率及相關實務作法和行動監測的永續性。以下為提到的具體挑戰。

- 國家和機構層級的推動常仰賴堅定的個人或標竿機構，與建立和強化持續性推動機制關聯性較低。當標竿機構不再與愛嬰醫院行動有關聯時，介入措施的持續性經常受到影響。
- 提供機構技術協助、訓練和維持評估人員、施行評估及再評估，以及行動的溝通都需要持續的提供資源。在許多國家，這些資源是由外部捐贈者提供，並未納入政府常規經費中。當捐贈者將資金轉移到其他優先事項時，會對愛嬰醫院行動產生影響。
- 國家政府(特別是在中低收入國家)，一般僅著重在公家機構。
- 為了保護、促進及支持母乳哺育，建立和維持產科及新生兒科機構工作人員的能力是一個重要挑戰。雖然愛嬰醫院行動指引提及職前養成訓練和在職訓練同等重要，但認證過程和工具主要是著重於在職

訓練。在有回饋案例研究或重要關鍵人物訪談的所有國家及地區中，養成教育中納入的母乳哺育實際上是不足的（包括醫學及護理學校以及其他專業機構）。這對愛嬰醫院行動的施行和維持產生障礙，因為持續性的在職訓練需要非常密集的人力及財務資源。

- 此外，還需要招募培訓師。若培訓師和受訓者本身是醫療專業人員，會因為培訓課程而離開他們的常規工作。雖然課程有可能用電子和線上辦理，但發展這些可能需要許多費用，特別是當需要支付給商業實體參加者費用；這類課程無法完全取代面對面技能建立和技能評估的需求，課程仍會使受訓者離開他們的主要工作。研究也已證實當醫療專業人員以特定方式施行實務數年後，20小時的課程難以改變他們的行為。
- 著重在個別機構，而不是國家照護標準，對於要讓建議之機構實務作法達到高涵蓋率是一項挑戰。
- 在個別機構層級時，愛嬰醫院行動的重點經常是在達到「愛嬰」認證，要維持改變的部分經常是一項挑戰。許多機構似乎會為了取得認證改變他們的政策和實務作法，但隨著時間又轉回到舊的作法，特別是沒有設立定期監測系統時。因此，難以知道認證機構繼續遵循愛嬰醫院行動標準到什麼程度。
- 原本十措施的措施10(23)是促進母乳哺育支持團體的建立，已證實對大多數產科及新生兒科機構非常難以施行，因為許多機構沒有足夠的工作人員可在自己機構以外工作。在大多數的環境中，產婦及新生兒機構沒有負責擴大服務範圍到社區。
- 完全遵從「守則」(25-27)對於許多機構也是一項挑

戰。母乳代用品經銷商經常被發現違反「守則」，提供免費或減價的供應給機構、政府或是提供促銷資料給醫療照護機構或醫療專業人員（或兩者皆有）。面對緊縮的營運經費時，機構經常發現難以抗拒這樣的提供。行銷母乳代用品的公司經常在多重層級施加政治影響力、削弱保護母乳哺育的標準，讓機構難以達到愛嬰標準。

泛美衛生組織於2016年發表一份有關美洲愛嬰醫院行動的報告，他們檢查愛嬰醫院行動認證或再認證發生的年份(47)。報告顯示該地區大多數國家，愛嬰醫院行動認證或再認證幾乎發生在單一個5年間。有些國家在1990年代認證許多機構，但接著就停止；其他國家稍後開始認證，但接著停止；而一些國家僅在近期認證機構。但在10年高峰期過後，沒有國家進行超過少數的認證（見圖2兩個範例）。這些結果顯示國家很難持續進行認證或再認證計畫超過好幾年。

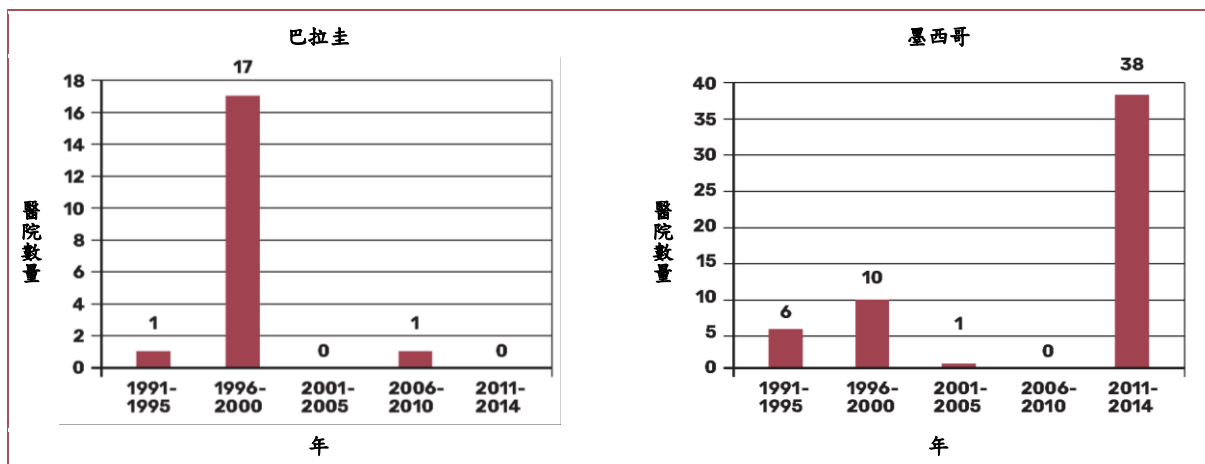


圖 2：巴拉圭及墨西哥每 5 年期間認證或再認證的醫院數量(47)。

取得出版社同意重製：Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas. The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

雖然十措施著重在健康、足月嬰兒的機構內照護，但已有許多國家依據2009年修訂版愛嬰醫院行動指引的建議(32)，將「愛嬰」概念擴大到產科及新生兒科機構外其他支持母乳哺育的領域。雖然這些計畫在許多國家已成功改善母親及嬰兒照護的品質，但目前尚未發展國際標準可針對計畫提供一套具體標準和評估工具，導致全世界應用的差異性。需要建立準則改善產科及新生兒科機構外的母乳哺育支持團體，因為他們具有無法在愛嬰醫院行動內處理的專屬層面。

大多數國家已施行愛嬰醫院行動，但認證機構的百分比偏低，顯示行動覆蓋面已廣，但產婦及新生兒照護仍需持續改善。只要十措施的遵循仍限制在選定的機構，新生兒健康照護品質的不平等就會持續存在。要達到所有機構都遵循，將需要加倍的努力和尋找新方法。

國家很難持續進行認證或再 認證計畫超過好幾年

由案例研究和重要關鍵人物訪談(40, 46)顯示，各國已依據國內現況和可行性調整愛嬰醫院行動指引。此已發展出數項傑出的管理和操作流程範例，可促進永續施行並擴大支持母乳哺育實務規模。這些範例及從案例研究和重要關鍵人物訪談中所學習到的經驗分享，與要大規模在產科及新生兒科機構內達到保護、促進和支持母乳哺育的建議，並結合外部審查小組的密集諮詢過程（請見第1.5節），形成了本次修訂施行指引的基礎。

1.5 成功哺乳十措施和施行指引的修訂

世界衛生組織和聯合國兒童基金會於2015年針對國家要如何在產科及新生兒科機構中保護、促進和支持母乳哺育，開始審查和修訂成功哺乳十措施和施行指引的過程。世界衛生組織使用標準世界衛生組織準則發展過程(48)，建立了一個準則發展小組。有關2017年世界衛生組織《準則：在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育》(3)發展過程的詳細說明，包括每個措施的系統性文獻回顧已在別處發表(3)。此外，世界衛生組織召集了一個外部審查小組，為準則發展小組提供額外的專家指引，以及擬定呈現在本文件中，給國家的修訂版施行指引。

外部審查小組進行了三次的面對面會議（2015年12月、2016年4月及2016年10月），以及舉行多次電話會議並透過電子郵件審查草稿文件。上列說明的案例研究以及與國家愛嬰醫院行動領導者訪談，為外部審查小組提供了重要的見解，形成本施行指引。本指引的初期

草稿在2016年10月的愛嬰醫院行動代表大會提出(49)。大約有300位來自超過130個國家的參與者以及20個發展夥伴（非政府組織、國際專業協會及捐贈者），在小型工作組中經過3天的討論，並為修訂提供廣泛意見。此更新指引在2017年10月透過線上諮詢會進行公布，並在本文件最後修訂版納入超過300位回應者的意見。

此更新指引僅涵蓋特定與在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育相關的活動。幼小、生病、早產或同時有以上情形的新生兒照護無法與足月嬰兒的照護分開，因為他們都在同一機構，多由相同的工作人員照護。因此，在新生兒加護病房或一般產婦或新生兒病房的新生兒照護都納入本文件範疇內。由於本文件著重在全球標準並且不是臨床準則，因此並未提供有關如何照顧幼小、生病、早產或同時有以上情形新生兒的全面指引，而僅概述為此群體母乳哺育及／或提供人乳的標準和重要措施。有關幼小、生病、早產或同時有以上情形新生兒的具體哺育指引可參考其他文獻(5, 50)。

雖然2009年愛嬰醫院行動指引建議包括著重於確保母親生理及心理健康的「母親友善」行動(32)，本次愛嬰醫院行動指引並未包括這些層面。本指引明確建議各國將十措施整合至其他針對母親及新生兒健康的計畫和認證制度中。有關母親健康照護品質的深入、相關、實證基礎指引可在別處取得(4)，但重要的是對於所有醫療專業人員，不論是負責生產或新生兒照護，都要十分清楚母親友善實務並了解他們可以如何影響母親、嬰兒及母乳哺育，讓他們確保這些措施都有施行並能達到預定的照護品質效益。本指引摘要列於第2節。

同樣的，本文件沒有涵蓋愛嬰社區、愛嬰兒科單位及愛嬰診所的標準。在所有這些環境支持母乳哺育皆非常重要，但不在本文件範疇內。

修訂成功哺乳十措施

2017年世界衛生組織《準則：在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育》(3)檢查最初發表於1989年原始十措施中每一項的證據(23)。本施行指引依據新準則改寫十措施，同時保持原基本主題。措施的核心涵義與1989年版十措施相同，即在產科及新生兒科機構保護、促進及支持母乳哺育。本指引將前兩個措施分開，它們提及為確保持續一致並合乎倫理地提供照護所必要的管理程序；其他八個措施有詳細說明母親及嬰兒臨床照護的標準。更新版十措施呈現於方框1。

措施1有關機構母乳哺育政策，已修改成涵蓋三個組成部分。「守則」的應用(25-27)一直是愛嬰醫院行動的主要組成，但並未納入最初的十措施。本修訂將完全遵從「守則」合併作為一個措施。此外，遵循臨床實務作法進行持續內部監測的需求已合併至措施1。內部監測應幫助確保隨著時間仍持續採用十措施。

有些措施已簡化其應用，以確保這些措施可行，且可應用於所有機構。為確保出生於機構的每個嬰兒能公平獲得最佳照護品質，這些措施必須在每個機構可達到的範圍內，而不是在特定少數。例如：措施2有關工作人員訓練更著重於能力評估，以確保工作人員有知識、能力和技能可支持母乳哺育，而不是僅堅持一個特定課程。措施5有關提供母親如何母乳哺育的實際支持，這並非強調擠奶方法，而是著重在姿勢、吸吮及確保母親準備好面對可能的母乳哺育困難。

措施9中關於奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴的使用，著重在諮詢母親它們的用途，而不是完全禁用。完全禁止使用這些物品的證據很薄弱，因為在準則發展過程進行的系統性回顧發現，在產後使用奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴的健康足月嬰兒與未使用這些物品的嬰兒，兩者的母乳哺育率差異不大或幾乎沒有差異(51)。在早產嬰兒中，關於非營養性吸吮的系統性回顧資料尚未發現與母乳哺育相關結果的差異，只發現對住院時間有正相關(52, 53)。對於早產嬰兒，仍然不鼓勵使用奶瓶和奶嘴。

措施10中有關於出院後照護，更著重於規劃產科及新生兒科機構的出院安排及轉介，以及與社區協調並加強母乳哺育的支持，而不是建立母親之間的支持團體。

方框 1：成功哺乳十措施（2018 年修訂）

重要管理程序

1. a. 完全遵從《國際母乳代用品銷售守則》和世界衛生大會相關決議。
b. 有書面嬰兒餵食政策，並定期向工作人員及家長傳達。
c. 建立持續的監測及資料管理系統。
2. 確保工作人員有足夠的知識、能力和技能可支持母乳哺育。

關鍵臨床實務作法

3. 與懷孕婦女及家屬討論母乳哺育的重要性及處理。
4. 促進立即和不中斷的肌膚接觸，並支持母親在產後儘快開始母乳哺育。
5. 支持母親開始並維持母乳哺育及處理常見困難。
6. 除非有醫療必要，否則不要提供哺乳新生兒母乳以外的任何食物或液體。
7. 讓母親及其嬰兒能夠在一起、並實施一天 24 小時的親子同室。
8. 支持母親認識並回應嬰兒的餵食行為暗示。
9. 提供母親有關奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴的使用和風險的諮詢。
10. 協調出院事宜，讓家長及嬰兒可及時取得持續性支持和照護。

十措施的核心是要保護、促進和支持母乳哺育

國家層級施行指引的修訂

為促成全國擴大規模，並確保隨著時間的永續性，本指引對愛嬰醫院行動提出部分修訂。新指引著重於將保護、促進和支持母乳哺育更充分整合至健康照護系統（包括私人和公家機構）。調整及增加可行性的目的在於增加新生兒在所有機構獲得母乳哺育的機會，而不是只有少數新生兒能獲得母乳哺育。

本指引著重在更充分地整合至健康照護系統

本指引納入其他世界衛生組織或聯合國兒童基金會技術指引文件，包括《終止不當促銷嬰幼兒食品的指引》(54)、2016年世界衛生組織/聯合國兒童基金會《指引：HIV及嬰兒餵食更新》(55)、世界衛生組織《改善健康機構中母親及新生兒照護品質的標準》(4)，以及世界衛生組織《整合式以人為中心健康照護架構》(56)。

本更新指引目的在強化健康照護系統以及提出較少的縱向垂直管理和施行結構，以減少特別為針對行動所需要的資源。目標在協調整合式以人為中心服務的策略(56)以及強化愛嬰醫院行動既有的品質改善層面。

摘要施行愛嬰醫院行動的重要更新摘要請見方框2，將於第3節和第4節中詳細說明。

方框 2：愛嬰醫院行動更新摘要

1. 適當的照護以保護、促進和支持母乳哺育為每個產科及新生兒科機構的責任，包括私人機構和公家機構，以及大型和小型機構。
2. 國家需要依據更新的成功哺乳十措施及全球標準，建立所有產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育的國家標準。
3. 愛嬰醫院行動必須與針對母親和新生兒健康、健康照護改善、健康系統強化及品質保證的其他行動整合在一起。
4. 為確保健康照護提供者有能力可執行愛嬰醫院行動，本主題需要整合至職前養成訓練課程。此外，當能力尚未符合時，需提供在職訓練。
5. 大眾認可施行十措施並遵從全球標準的機構是激勵品質改善的一種方式，還有其他數項激勵措施，範圍包括遵守國家標準到依據績效的給予資金。
6. 定期內部監測是品質改善和持續品質保證之重要項目。
7. 外部評估是用於驗證產科及新生兒科服務品質的寶貴工具，應充分整併至能永續施行的既有機制。

2. 產科及新生兒科機構的角色

愛嬰醫院行動的核心目的是確保母親和新生兒在入住產科及新生兒科機構前和入住期間能接受及時和適當的照護，以便能使新生兒建立最佳的餵食方式，進而促進新生兒的健康和發展。基於已證實的母乳哺育重要性，愛嬰醫院行動將保護、促進及支持母乳哺育。在此同時，愛嬰醫院行動也致力於讓還未進行母乳哺育或純母乳哺育或無法接受母乳哺育的新生兒，能獲得適當的照護和餵食。

家屬應該要能夠獲得有品質且無偏差的嬰兒餵食相關資訊。產科及新生兒科機構有責任推動母乳哺育，但也必須尊重母親的喜好並提供她所需要的資訊，為她和她的嬰兒做出最佳餵食選項的知情決定。機構必須支持母親成功地以其選擇的方式餵食新生兒。

配合世界衛生組織《以人為本的整合式健康照護架構》(56)，重要的是確保「所有人有同等權利獲得優質的健康服務，該服務是以符合他們生命歷程需求及尊重其社會偏好的方式共同產生、在持續照護中協調好，是全面性、安全、有效、及時、有效率且可接受，並確保所有照護者是積極的、有專業技能的在良好支持的环境中工作。」這部分的特定層面是以符合民情文化的合宜方式提供照護，包括用所有對象瞭解的語言提供資料。

十措施並不包括優質產婦及新生兒照護的所有層面。已發現「母親友善」的生產及產後照護實務作法對於母親的自身安康以及尊重其尊嚴和權利非常重要(4)。這些「母親友善」實務作法中，有許多有助於母乳哺育(57)。重要的是，婦女在待產、生產及產後早期期間，不用承受非必要或有害的作法。這些常規做法包括（但不限於）非必要（即沒有醫療適應症）的使用下列項目：會陰切開術、器械輔助陰道生產及剖腹產。也應鼓勵婦女在待產期間採用她們選擇的姿勢。此外，必須尊重婦女及新生兒，維持他們的尊嚴和尊重他們的隱私；他們不可受到虐待(58)，他們必須能夠進行知情決定。婦女也需要能夠自己選擇陪產伴侶。

在2016年世界衛生組織/聯合國兒童基金會有關愛滋病及嬰兒餵食的準則(55)中，有建議國家或衛生主管機關應制定在愛滋病情境下對嬰兒餵食的建議，以及決定了健康服務對愛滋病母親提供的諮詢和支持主要將為：(i) 母乳哺育及接受抗反轉錄病毒藥物介入；或(ii) 避免所有母乳哺育。當主管機關建議母乳哺育加抗反轉錄病毒藥物治療（包括及早開始母乳哺育、前6個月純母乳哺育，以及添加適當安全的副食品後持續母乳哺育哺育至少12個月），其母乳哺育可持續至24個月或更長時間（與一般群體相同），可同時充分支持母親遵循抗反轉錄病毒藥物治療；若主管機關建議愛滋病母親須避免所有方式的母乳哺育時，對嬰兒餵食則需要有熟練和協調支持，以改善替代餵食的安全性。愛嬰醫院行動在這兩種情況下均可施行。

產科及新生兒科機構都需要遵從十措施。十措施2018年版分為重要管理程序、用於在機構內提供一個可持續施行的賦能環境及關鍵臨床實務作法，用於界定每位母親及嬰兒應接受的照護。關鍵臨床實務作法是實證基礎介入措施，支持母親成功建立母乳哺育。十措施列於方框1並在第2.1節及第2.2節詳細說明。新版世界衛生組織《準則：在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育》(3)中的具體建議也在文中呈現，加上相關建議編號。附件1顯示修訂版十措施如何整合全部的新版世界衛生組織準則(3)以及與原始十措施的關係。

雖然十措施的每一項都有助於改善母乳哺育的支持，但在全部十措施成套施行時才能達成對母乳哺育實務的最佳影響，及接續對母親及兒童安康的影響。應以此觀點閱讀下列內容。

2.1. 支持母乳哺育的重要管理程序

產科及新生兒科機構需要採用及維持四項重要管理程序，以確保全面及持續的應用關鍵臨床實務作法。前三項為應用「守則」(25-27)、發展書面政策及操作監測和資料管理系統，皆屬於措施1的機構政策。措施2與確保所有機構工作人員能力的需求有關。

措施 1：機構政策

《國際母乳代用品銷售守則》和相關世界衛生大會決議(25-27)

措施 1a：完全遵從《國際母乳代用品銷售守則》和世界衛生大會相關決議。

基本理由：家庭在整個產前、周產期及產後期間，正在做有關嬰兒餵食的決定，此時最容易受母乳代用品銷售的影響，世界衛生大會呼籲健康工作者及健康照護系統遵從《國際母乳代用品銷售守則》(25, 26)世界衛生大會相關決議(27)（統稱「守則」），以保護家庭免受商業壓力。此外，健康專業人員本身需要防止受到商業壓力影響他們的專業行為和判斷。產科及新生兒科機構遵從「守則」很重要，因為促銷母乳代用品是破壞母乳哺育最大因素之一(59)。目前已一再發現銷售母乳代用品、奶瓶及奶嘴的公司違背「守則」(60)。可預期母乳代用品的銷售在全球將會繼續增加，這對於兒童的存活及安康是不利的(13, 61)。此情況表示，在產科及新生兒科機構中需要持續一致地努力保護、促進及支持母乳哺育。

施行：「守則」(25-27)列出健康照護機構的明確責任：不促銷嬰兒配方奶、奶瓶或奶嘴，也不受「守則」規範產品的製造商和經銷商利用進行促銷。這包括所有產科及新生兒科機構必須透過正規採購管道取得其需要的任何母乳代用品、奶瓶或奶嘴，並且不接受免費或減價供應的條款（世界衛生大會決議39.28 (62)）。此外，產科及新生兒科機構的工作人員不應參與任何形式的促銷或允許展示母乳代用品任何類型的廣告，包括展示或發送帶有母乳代用品製造商品牌的任何設備、資料或折扣券，且不應提供嬰兒配方奶樣品給母親在機構中使用或帶回家。

配合世界衛生組織2016年出版且獲得世界衛生大會認可的《終止不當促銷嬰幼兒食品的指引》(54)，健康工作者及健康系統應避免與行銷嬰幼兒食品的公司發生利益衝突。健康專業人員會議不應由產業贊助，且該產業不應參與家長衛教。

全球標準：

- 在機構使用的所有嬰兒配方奶、奶瓶和奶嘴已透過

正規採購管道購買，且不應透過免費或減價的供應取得。

- 該機構沒有展示「守則」規範的產品，或帶有生產母乳代用品、奶瓶和奶嘴之公司標誌的物品，或「守則」規範的產品名稱。
- 該機構有政策說明機構內如何遵守「守則」，包括採購母乳代用品、不接受「守則」規範之產品生產者或經銷者的支持或禮物，以及不提供母乳代用品、奶瓶或奶嘴的樣品給母親。
- 至少有80%在提供產前、生產或新生兒照護的健康專業人員中，至少有80%能解釋至少二項「守則」的基本部分。

嬰兒餵食政策

措施 1b：有書面的嬰兒餵食政策，並定期向工作人員及家長傳達。

基本理由：要有政策推動實務作法。健康照護提供者和機構必須遵守制定的政策。在十措施中明確表達的臨床實務作法需整合至機構政策內，並保證能差別地提供適當照護給所有母親和嬰兒、不受每位照護提供者偏好影響。書面政策是一個確保病人接受一致實證基礎照護的手段，也是工作人員責任歸屬的必要工具。政策有助於持續維持臨床實務品質，並能傳達對所有健康工作者一致性的要求。

施行：產科及新生兒科機構應有一項明確的書面母乳哺育政策，定期向工作人員和父母親傳達（建議12）。機構的母乳哺育政策可以是一份獨立的文件，或含括在嬰兒餵食政策內，或整合至其他政策文件中。無論結構如何，該政策應包括各項臨床及照護實務的施行指引，以確保這些項目被一致性地應用於所有母親。該政策也應詳細說明管理程序如何施行，最好是透過已制度化的具體過程。

全球標準：

- 機構有書面嬰兒餵食政策，提及施行十措施的全部八項關鍵臨床實務作法、施行「守則」及定期能力評估。
- 在機構內觀察，確認政策摘要可讓懷孕婦女、母親及其家屬看到。
- 審查產科服務使用的母乳哺育和嬰兒餵食相關的所有臨床流程或標準，確認以上項目符合愛嬰醫院行動標準及當前實證基礎準則。
- 在提供產前、生產或新生兒照護的臨床工作人員中，至少有80%的人能說明影響他們在機構角色內的嬰兒餵食政策至少二項。

監測和資料管理系統

措施 1c：建立持續的監測及資料管理系統。

基本理由：產科及新生兒科機構需要將母乳哺育相關臨床實務的記錄和監測整合至他們的品質改善或監測系統（請見第2.4節）。

施行：以機構為主的關鍵臨床實務監測其建議指標列於附錄1，表1。早期開始母乳哺育及純母乳哺育這兩項指標被視為「警訊指標」，所有機構應定期針對每對母親及嬰兒這些指標表現。有關警訊指標的記錄應整合至醫療病歷並整理登錄。機構內協調愛嬰醫院行動的小組或委員會應至少每6個月審查進展。在專注於品質改善的期間內，需要每月一次進行審查。審查的目的是要持續追蹤這些指標數據、判定是否符合設定的目標；不符合時，要規劃及施行改善措施。此外，如果機構有進行母親的持續性出院調查系統、且可以新增問題時，可加入此一項或二項指標做為額外確認或定期查核。

此外，也建議監測關鍵臨床實務遵循度的其他過程指標，這些指標在品質改善活動期間特別重要，應在過程中每月進行評估。一旦達到可接受的目標程度，則可減少這些額外指標資料的收集頻率，例如每年一次。但若警訊指標的程度落在低於80%（或低於國家標準），評估臨床實務和所有管理程序就相當重要，要找出瓶頸所在以及決定需要做什麼來達到必要的標準。

建議指標並未涵蓋上述的所有全球標準，因為監測系統應盡可能的簡單。國家或個別機構在可行時能夠納入其他指標。提議二個可選擇的驗證方法—新生兒登錄及母親出院調查（可以書面、口頭，或透過行動電話的簡訊服務進行）。不期待機構同時使用這二種方法，依據機構正在使用的其他監測系統，任一種可能會更實際和可行。

資料收集的頻率取決於驗證的方法，例如：如果問題新增至已經持續在進行的母親出院調查，其週期則預設為依循原出院調查的週期。如果資訊是透過新生兒登錄來收集，且該登錄已經被審核用來收集與警訊結果指標相關資料，建議可針對所有新生兒收集關鍵臨床實務相關的資料。或者可每6個月對登錄進行抽樣審查收集資訊、減少從登錄庫中選取、整理及審查大量資料的負擔。如果是設置新的母親出院調查系統，需至少每6個月定期辦理。無論如何，監測機制需在機構內的既有資源整併並能夠管理才行。

因此，除非有必要、或是需要定期確認，盡可能的不要施行新的資料收集方法。對於應收集的資料量也是一樣，如果沒有設置系統進行分析和使用資訊改善母乳哺育支持時，資料多不一定就是好。

對於關鍵臨床實務指標，依據母親報告做監測是最好的。部分指標的資料收集可透過電子醫療記錄或來自每對母親及嬰兒的書面報告，但是書面報告的風險是，工作人員可能會依照他們以往被教導的經驗，寫下言過其實的紀錄。母親資料收集的選擇包括：

- 與母親進行出院訪談（最好由非直接負責他們照護的人進行）；
- 在出院時，讓母親在保密的情況下完成簡短書面問卷；
- 透過簡訊服務寄送問題給母親。

建議每次資料審查時，每個指標至少要包括20對母親和嬰兒；小型機構如果無法取得20對，則可能需要決定多少人數才適當。

全球標準要求所有過程和結果指標須至少達到80%的遵從度，包括早期開始母乳哺育和純母乳哺育。但若許多婦女選擇不進行母乳哺育，這些指標可能難以達到這麼高的比率。國家或地區可能需要制定較低的標準，並期望隨著社區內其他母乳哺育支持層面的改善，這些標準會逐漸提高。機構應盡量讓每個指標經常性地達到至少80%的遵從度，若無法達標，應努力聚焦逐漸提升百分比。

全球標準：

- 機構具有持續監測及資料管理系統的相關流程，以遵從八項關鍵臨床實務作法。
- 機構的臨床工作人員至少應每6個月開會一次，以審查監測系統的施行狀況。

措施2：工作人員能力

措施2：確保工作人員有足夠的知識、能力和技能可支持母乳哺育。

基本理由：只有工作人員具備施行的知識、能力和技能時，才能夠完成給予哺乳母親即時和適當的照護。健康工作人員的訓練讓他們能夠發展有效技能、提供一致的訊息，以及施行政策的標準。工作人員若未接受訓練，就無法期望工作人員可以執行實務作法或衛教病人。

施行：提供嬰兒餵食服務（包括母乳哺育）的機構人員應具備足夠的知識、能力和技能支持婦女進行母乳哺育（建議13）。一般來說，建立這項能力的責任是屬於國家級的職前養成教育系統。但若工作人員缺乏能力，產科及新生兒科機構將需要採取矯正措施來強化該能力，例如透過在機構提供課程，或要求工作人員參加其他地方舉辦的課程。雖然有些資料可透過課堂講授來教導（包括電子資源），但有些受監督的臨床經驗是有必要加上能力測試的。重要的不是著重於特定課程，而是著重於知識和技能的取得。

應評估所有協助母嬰哺育的工作人員有以下能力（譯註：2020年世界衛生組織出版《能力驗證工具包：確保直接照護者執行愛嬰醫院措施的能力。》(94)，已經修正能力驗證項目為16項）：

1. 使用聆聽及了解技能為母親進行諮詢；
2. 使用建立信心和提供支持的技能為母親進行諮詢；
3. 為懷孕婦女進行有關母乳哺育的諮詢；
4. 評估母乳哺育；
5. 協助母親調整自身及嬰兒在哺乳時的姿勢；
6. 協助母親讓嬰兒含住乳房；
7. 向母親解釋關於母乳哺育的最佳餵食型態；
8. 協助母親擠乳；
9. 協助母親杯餵嬰兒；
10. 協助母親在產後第一個小時內開始母乳哺育；
11. 協助自認沒有足夠母乳的母親；
12. 協助嬰兒經常哭泣的母親；
13. 協助嬰兒拒絕母乳哺育的母親；
14. 協助乳頭平坦或凹陷的母親；
15. 協助乳房腫脹的母親；
16. 協助乳頭痠痛或破皮的母親；
17. 協助有乳腺炎的母親；
18. 協助母親為低出生體重或生病的嬰兒進行母乳哺育；
19. 為母親提供有關其自身健康的諮詢；
20. 在健康機構施行「守則」。

全球標準：

- 至少80%提供產前、生產或新生兒照護的健康專業人員，能夠說出他們在過去2年期間有接受過母乳哺育的職前或在職訓練。
- 至少80%提供產前、生產或新生兒照護的健康專業人員，能夠說出他們在過去2年接受過母乳哺育能力評估。
- 至少80%提供產前、生產或新生兒照護的健康專業人員，能夠正確回答四分之三的母乳哺育知識和支持母乳哺育技能的相關問題。

2.2. 支持母乳哺育的關鍵臨床實務作法

更新版愛嬰醫院行動依據2017年發布的世界衛生組織《準則：在產科及新生兒科機構中保護、促進及支持母乳哺育》(3)，強調八項關鍵臨床實務作法。這些關鍵實務作法說明如下：

措施3：產前資訊

措施3：與懷孕婦女及其家屬討論母乳哺育的重要性及處理。

基本理由：所有懷孕婦女必須有母乳哺育的基本概念，以便進行知情決策。回顧18篇質性研究的結果顯示，母親大都認為在產前沒有充分討論嬰兒餵食方式，也沒有充分討論母乳哺育可能面臨的情況(42)。母親想要有更實用的母乳哺育資訊。懷孕是讓婦女瞭解母乳哺育重要性、支持她們的決策及準備好讓她們瞭解可協助母乳哺育成功的產科照護實務之關鍵時刻。母親也需要知道生產措施對於母乳哺育的建立是有重大影響的。

施行：有提供產前照護的機構，應為懷孕婦女及其家屬提供有關母乳哺育益處和與母乳哺育相關的諮詢（建議14）。在許多環境中，產前照護主要是由基層健康照護診所或社區健康工作人員提供。如果產科及新生兒科機構沒有直接管轄這些照護提供者，則機構應與這些人合作，確保母親及家屬能充分了解母乳哺育的重要性，以及要能知道產婦在機構生產時可能面臨的事情。在其他情況中，機構直接提供產前照護服務或提供課程給懷孕婦女。在此情況下，提供母乳哺育資訊和諮詢是該機構的責任。

母乳哺育衛教應包括下列資訊：母乳哺育重要性、提供配方奶或其他母乳代用品的風險以及國家和專業人員對嬰兒餵食的建議。實用技能是產前諮詢的必要部分，如：姿勢和含乳、依需要餵食及認識餵食行為暗示等。產科及新生兒科機構應提供最佳實務的最新資訊給各個家庭，包括肌膚接觸、及早開始母乳哺育、使用補充物流程及親子同室。婦女也需要知道可能遇到的挑戰（如：乳房腫脹或自認沒有產生足夠母乳）以及要如何處理這些情況。

產前母乳哺育諮詢必須針對婦女及其家屬的個別需求量身制定，處理他們的任何顧慮和問題。這項諮詢需要以敏銳細膩的方式提供，並考量每個家庭的社會及文化情境。

盡可能在第一次或第二次產前檢查時開始談母乳哺育，這樣必要時，就有時間可討論任何挑戰。這對於產前就診次數很少或在懷孕晚期才開始就診的婦女特別重要。此外，若該談話延遲到懷孕晚期，則早產的婦女可能沒有適當的機會討論母乳哺育。

應以多種方式提供母乳哺育的資訊。以母親（包括未受教育者）熟悉的語言提供書面或線上資訊是確保涵蓋所有相關主題的一種方式，但無法保證所有婦女會閱讀這項資訊，且該資訊可能未直接提及她們的關鍵問題。有一對一或小團體的人際諮詢，讓婦女可以討論她們對於嬰兒餵食的感受、疑慮和問題，是很重要的。

所提供的資訊必須沒有利益衝突。依據《終止不當促銷嬰幼兒食品指引》的規定(54)，行銷嬰幼兒食品的公司不應「在健康機構直接或間接提供有關嬰幼兒餵食的衛教給家長或其他照護者」。

對於有早產或病嬰風險的婦女（例如青少年懷孕、高風險妊娠、已知先天性異常），有知識的服務提供者必須儘快開始與之討論關於早產、低出生體重或病嬰餵食的特殊情況(63)。

全球標準：

- 母乳哺育的產前討論流程至少包括：
 - 母乳哺育的重要性；
 - 全球建議，包括在出生後前6個月純母乳哺育、提供配方奶或其他母乳代用品的風險，及當6個月後提供其他食物時，繼續母乳哺育是重要的這項事實；
 - 立即和肌膚持續接觸的重要性；
 - 早期開始母乳哺育的重要性；
 - 親子同室的重要性；
 - 良好姿勢和含乳的基礎；
 - 認識餵食行為暗示。
- 至少有80%在該機構接受產前照護的母親，可說出曾接受有關母乳哺育的產前諮詢。
- 至少有80%在該機構接受產前照護的母親，能夠適當描述二項有關上述主題所討論的內容。

措施 4：產後即刻照護

措施 4：促進立即和不中斷的肌膚接觸，並協助母親在嬰兒出生之後儘快開始母乳哺育。

基本理由：立即肌膚接觸和早期開始母乳哺育是二項關係緊密的介入措施，需要一前一後地進行以獲得最佳效益。立即和不中斷的肌膚接觸可促進新生兒的自然尋乳反射，有助於留下尋找乳房和吸吮乳房行為的印象。此外，立即肌膚接觸有助於新生兒的正常微生物菌叢移居及防止體溫過低。早期吸吮乳房將觸發母乳產出及加速乳汁生成。許多母親因為母乳不足或認為她們無法進行母乳哺育而提早停止母乳哺育，所以建立母乳供應對於成功母乳哺育至關重要。此外，早期開始母乳哺育已被證實可減少嬰兒死亡的風險(10)。

施行：出生後應儘快促進和鼓勵母親與嬰兒之間早期和不中斷的肌膚接觸（建議1）。肌膚接觸是讓嬰兒俯臥置於母親的腹部或胸部，他們之間沒有衣物的區隔。無論生產方法為何，建議要立即開始肌膚接觸。肌膚接觸應不中斷並持續至少60分鐘。

開始母乳哺育通常是不中斷肌膚接觸的直接後果，因為大多數嬰兒的自然行為會朝向乳房緩慢扭動或爬行。如果想要的話，可以支持母親幫助嬰兒到達乳房。應幫助母親瞭解如何支持嬰兒以及如何確保嬰兒能夠含乳和吸吮乳房。在產後第一個小時內，應儘快支持所有母親開始母乳哺育（建議2）。

應注意的是，新生兒出生後立即喝的母乳是初乳，營養很高，且含有重要抗體及免疫活性物質。新生兒在最初幾次餵食中吃到的初乳量非常少，早期吸吮對於刺激母乳產出及建立母親母乳供應是很重要的。攝取的乳量相對來說就不甚重要。

立即肌膚接觸期間以及產後最初2小時，健康專業人員應明智警覺及採取安全注意事項，以便可以觀察、評估及處理任何窘迫徵象。對於睏倦或受麻醉劑或藥物影響的母親，需要密切觀察。當母親沒有完全清醒和有反應時，健康專業人員、陪產員、朋友或家屬應陪伴母親，以防止嬰兒受到意外傷害。

在局部麻醉（硬脊膜外麻醉）剖腹產後立即肌膚接觸及開始母乳哺育是可行的(64)。在全身麻醉剖腹產後，當母親足夠清醒可抱著嬰兒時，可以開始肌膚接觸和開始哺餵母乳。產後醫療狀況不適合立即哺餵母乳的母親或嬰兒，可能需要延遲開始。即使母親在出生後第一個小時內無法開始哺餵母乳，仍應支持她們能夠儘快進行肌膚接觸和母乳哺育(65)。

肌膚接觸對於早產及低出生體重嬰兒特別重要。袋鼠式照護涉及母親和嬰兒之間早期、持續和長時間的肌膚接觸(66)，且應在嬰兒穩定時（定義為沒有重度呼吸暫停、氧氣飽和度下降及心博過緩）儘快以此作為主要照護模式，因為袋鼠式照護已被證實對嬰兒存活、保持體溫及母乳哺育是有好處的。母親可採取半躺及有支撐的姿勢，嬰兒能全身穩定地被抱或支持在母親胸前（通常是在雙乳房之間）。

早產嬰兒最早在27週就能夠尋乳、含著乳房和吸吮(67)。只要嬰兒穩定，沒有重度呼吸暫停、氧氣飽和度下降或心博過緩的跡象，早產嬰兒可以開始母乳哺育。但若是吸吮反射尚未建立或母親尚未有豐富的母乳分泌，早期開始有效的母乳哺育對於這些嬰兒來說可能有困難。就還無法吸吮的早產兒而言，及早和經常地擠乳，對刺激母乳產出和分泌是很重要的。儘可能地以轉換到親餵和純母乳哺育為目標(50)，並透過長時間肌膚接觸來促進之。

全球標準：

- 至少有80%的足月嬰兒母親能說出嬰兒在出生後有立即（或5分鐘內）與她們進行肌膚接觸，而且這樣的接觸有持續1小時以上，如延遲接觸應有正當的醫療理由並有紀錄。
- 至少有80%的足月嬰兒母親能說出嬰兒在出生後1小時內就抱於乳房上；若非如此，應有正當的醫療原因並有紀錄。

措施5：支持母乳哺育**措施5：支持母親開始並維持母乳哺育及處理常見困難。**

基本理由：雖然母乳哺育是一種自然的人類行為，但大多數母親需要提供實際幫助並學習如何進行母乳哺育。即使有經驗的母親，在為新生兒進行母乳哺育時也會遇到挑戰。已有證據顯示，產後母乳哺育諮詢及支持，可增加嬰兒的母乳哺育率達6個月或6個月以上(68)。早期調整姿勢和含乳可避免後期發生母乳哺育問題。經常教導和支持可幫助建立母親信心。

施行：母親應接受實際支持，讓他們能夠開始和維持母乳哺育，以及處理常見的母乳哺育難題（建議3）。實際支持包括提供情緒和激勵的支持、告知資訊及教導具體技能，讓母親能夠成功母乳哺育。產科及新生兒科機構的住院期間是一個獨特地機會，可以討論和協助母親處理與母乳哺育相關的疑慮或問題，以及建立對母親對哺育能力的信心。

所有母親應受到個別的關注，但是新手母親和以前未曾母乳哺育的母親更需要額外支持。已曾生育過的母親可能有負面的母乳哺育經驗，需要靠支持來避免重蹈覆轍。剖腹產及肥胖的母親，應給予額外的姿勢和含乳協助。

實際支持對於早產兒（包括晚期早產兒）特別重要，以便建立和維持母乳產出。許多早產兒的母親本身有健康問題，需要擠乳的鼓勵和額外支持。晚期早產兒大都能夠在乳房上進行純母乳哺育，但是比足月嬰兒有更高風險會發生黃疸、低血糖和餵食困難，因此需要提高警覺(69)。雙胞胎的母親也需要額外協助，特別是在姿勢和含乳方面。

衛教母親進行母乳哺育時應包括一些主題。必須示範良好姿勢和含乳，這對於刺激母乳產出及確保嬰兒獲得足夠母乳很重要。直接觀察哺育是必要的，以確保嬰兒能夠含乳和吸吮乳房，還有讓乳汁有效移出。此外，機構工作人員需要衛教母親乳房腫脹的處理，確保良好母乳供應的方法、防止乳頭破皮和痠痛，以及評估母乳攝取情形。

在母親和嬰兒暫時分離的情況下，應教導母親擠乳以保持泌乳（建議4）。目前沒有足夠證據顯示哪種擠乳方法（手擠乳、手動或電動擠奶器）更有效(70)，因此，擠乳方法可依據母親的情況決定。不過，手擠乳具有無論母親身在何處都可行的優點，以及讓母親在無法取得擠奶器時可舒緩壓力或擠乳。擠奶器如果不容易清潔，則可能會有微生物污染。除此之外，也需要支持協助母親收集和儲存所擠出的母乳。

全球標準：

- 至少有80%的足月嬰兒哺乳母親，能說出在產後6小時內，有工作人員提供母乳哺育的協助。
- 至少有80%的早產兒或病嬰母親，能說出在產後1-2小時內，有人幫助她們擠乳。
- 至少有80%的足月嬰兒哺乳母親，能夠示範如何抱嬰兒進行母乳哺育，讓嬰兒可以吸吮和移出母乳。
- 至少有80%的足月嬰兒哺乳母親，能夠描述至少二種促使母乳分泌方式。
- 至少有80%的足月嬰兒哺乳母親，能夠描述至少二個嬰兒有喝到足夠母乳的指標。
- 至少有80%的母乳哺育早產兒或足月嬰兒的母親，能正確示範或描述如何擠乳。

措施6：補充

措施6：除非有醫療上的必要性，否則不要提供哺乳新生兒母乳以外的任何食物或液體。

基本理由：在出生後最初幾天內給予新生兒母乳以外的任何食物或液體，會干擾母乳分泌。新生兒的胃非常小且容易裝滿，被餵了其他食物或液體的新生兒吸吮乳房較不起勁、無法刺激母乳產出，將造成母乳不足和補充餵食的惡性循環，進而導致母乳哺育失敗。研究發現，在機構出院前有補充餵食的嬰兒，在最初6週內完全停止母乳哺育的可能性是原來的兩倍(43)。此外，食物及液體可能含有害的細菌，並帶有疾病風險。補充人工乳品明顯地改變腸道微生物群(71)。

施行：除非有醫療必要，否則應勸阻母親不要給予母乳以外的任何食物或液體（建議7）。極少數嬰兒或母親的情況不能哺餵母乳，必需使用母乳代用品。世界衛生組織/聯合國兒童基金會的《使用母乳代用品之可接受醫療原因》文件中有描述將母乳哺育視為禁忌的各種狀況(72)。此外，有些母乳哺育嬰兒需要補充餵食。母乳哺育醫學會制定了臨床流程，處理可能有必要為嬰兒補充母乳以外食物的情況(73)。應評估嬰兒是否有母乳攝取不足的徵象並視需要補充，但在出生後最初幾天常規補充幾乎是不必要的。資源不夠、人員時間或知識不足並非早期使用額外食物或液體的正當理由。

對於打算「混合餵食」（結合母乳哺育及餵食母乳代用品）的母親，應在出生後最初幾週內進行有關純母乳哺育重要性、如何建立母乳量以及確保嬰兒能夠吸吮並從乳房移出母乳的諮詢。使用補充餵食可在後來母親做這樣選擇時再介紹。當母親表達選擇不要母乳哺育，應對其進行有關母乳哺育重要性的諮詢。但若

她們仍然不想要餵母乳，就有必要使用母乳代用品餵食。對於有必要或選擇哺育母乳代用品的母親，必須教導她們安全調配、儲存配方奶(56)以及如何適當回應嬰兒的餵食行為暗示。

無法用母親自己的母乳餵食或需要補充餵食的嬰兒，特別是低出生體重嬰兒（包括極低出生體重的(5, 75)和其他脆弱的嬰兒），應使用捐贈母乳餵食。如果無法取得捐贈母乳或文化上無法接受，則需要使用母乳代用品。在大多數情況下，母乳代用品只是暫時的，直到新生兒能夠進行母乳哺育或母親方便且能夠進行母乳哺育。即使曾經歷直接母乳哺育是頗具挑戰的一段時間，也是要支持和鼓勵母親擠乳，以便持續刺激母乳產出，以及優先使用她們自己的母乳哺餵嬰兒。

全球標準：

- 至少有80%的嬰兒（早產和足月）在其住院期間只喝母乳（來自自己的母親或母乳庫）。
- 至少有80%已經決定不進行母乳哺育的母親說，工作人員曾與她們討論各種餵食選項並幫助她們決定適合她們情況的選項。
- 至少有80%已經決定不進行母乳哺育的母親說，工作人員曾與她們討論母乳代用品的安全調配、餵食及儲存。
- 至少有80%曾接受補充餵食的足月母乳哺育嬰兒，在其醫療記錄上有載明補充餵食的醫療適應症。
- 至少有80%無法餵食母親自身母乳的早產兒及其他脆弱的新生兒，有使用捐贈的母乳進行哺育。
- 在嬰兒接受特殊照護的母親中，有至少80%能說出，在嬰兒出生後1-2小時內有人提供她們開始第二階段乳汁生成（開始豐富的母乳分泌）以及追上乳汁量的相關協助。

措施7：親子同室**措施7：讓母親及其嬰兒能夠在一起，並實施一天24小時的親子同室。**

基本理由：親子同室是有必要的，能夠讓母親練習回應性餵食，如果將母親和嬰兒分開，母親無法學習認識和回應嬰兒的餵食行為暗示。當母親和嬰兒從白天到晚上都在一起時，母親很容易學習認識和回應餵食行為暗示。再加上母親靠近嬰兒，有利於母乳哺育的建立。

施行：產科及新生兒科機構應讓母親和新生兒能夠在一起，並從白天到晚上實施親子同室（建議5）。親子同室涉及將母親和嬰兒保持在同一個房間內，在陰道產或剖腹產後立即進行，或從母親能夠回應嬰兒時開始進行，直到出院為止。這表示該母親和嬰兒從白天到晚上都在一起。

產後病房需要經過設計，才能有足夠的空間讓母親及嬰兒在一起。機構工作人員需要定時訪視病房，確保嬰兒安全。應僅限有正當醫療及安全原因時，嬰兒才能和母親分離。住院期間應盡量減少中斷母乳哺育，需要健康照護實務作法讓母親能夠儘可能如嬰兒需要的多、頻繁以及足夠時間地母乳哺育。

當母親從剖腹產復原住在特別病房時，嬰兒應和母親住在同一個房間，靠近母親。她需要實際協助調整嬰兒的姿勢以進行母乳哺育，特別當嬰兒是在嬰兒床時。

在嬰兒需要轉送進行特別醫療照護的情況下，就不可能進行親子同室（建議5）。如果早產或生病的嬰兒需要在個別房間進行治療和觀察，必須盡可能讓母親和嬰兒一起做產後療養，或不限制母親對嬰兒的探訪。母親應有足夠的空間可在嬰兒旁邊擠乳。

全球標準：

- 至少有80%的足月嬰兒母親描述，她們的嬰兒從出生就和她們待在一起，沒有分開超過1小時。
- 在產後病房及健康嬰兒觀察區的觀察確認，至少有80%的母親和嬰兒是在一起，若如果沒有在一起，則有醫療正當理由採行母嬰分離。
- 至少有80%的早產兒母親能說明，她們有被鼓勵與嬰兒保持親近，包括白天和晚上。

措施 8：回應性餵食

措施 8：支持母親們認識並回應她們的嬰兒之餵食行為暗示。

基本理由：母乳哺育涉及認識和回應嬰兒的飢餓表現和餵食行為暗示以及準備要餵食，這是母親和嬰兒之間滋養關係的一部份。回應性餵食（又稱為依需求餵食或嬰兒主導式餵食）對於嬰兒餵食的頻率或時間長短沒有限制，同時建議母親在嬰兒飢餓或只要嬰兒想要的任何時候就可哺餵母乳。不建議定時餵食，定時餵食規定一個事先決定以及通常有時間限制的餵食頻率和時間表。母親務必要知道嬰兒哭泣已是晚期徵象，最好早一點哺餵嬰兒，因為當嬰兒感到焦躁不安時，更難調整適當的哺乳姿勢和含乳。

施行：應支持母親練習回應性餵食，作為滋養性照護的一部分（建議6）。在她們住在產科及新生兒科機構期間，不論是否進行母乳哺育，應支持母親認識和回應嬰兒餵食、親近和舒適的行為暗示，同時能夠使用多種選項適當回應這些行為暗示（建議8）。支持母親以多種方式回應餵食、舒適或親近的行為暗示，能讓她們和嬰兒建立關愛、滋養性關係，以及增加她們對自身、母乳哺育及嬰兒生長和發展的信心。

當母親和嬰兒因為醫療原因（剖腹產後、早產或生病嬰兒）不在同一個房間時，機構工作人員需要支持母親儘可能經常探訪嬰兒，讓她可以認識餵食行為暗示。工作人員注意到有餵食行為暗示時，他們應讓母親和嬰兒在一起。

全球標準：

- 至少有80%的足月嬰兒哺乳母親，可以敘述至少二項餵食行為暗示。
- 至少有80%的足月嬰兒哺乳母親，可說出機構有建議她們要儘可能經常以及只要嬰兒想要時就餵食她們的嬰兒。

措施 9：奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴

措施 9：諮詢母親有關奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴的使用和風險。

基本理由：提供母親及其他家屬適當指引和諮詢，讓他們能在成功建立母乳哺育之前，對決定使用或避免安撫奶嘴、奶瓶或奶嘴時做出知情決定。雖然世界衛生組織準則(3)沒有要求足月嬰兒絕對避免奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴，但有一些原因需要留意這些用具的使用，包括清潔衛生、口腔結構及辨識餵食行為暗示。

施行：足月嬰兒如果有醫療適應症需要使用擠出的母乳或其他餵食方式，在住院期間可使用的餵食方法有杯子、湯匙或奶瓶和奶嘴（建議10）。然而，重要的是，工作人員切勿依賴奶嘴以輕鬆應對吸吮困難，而是要提供母親諮詢，讓她們能夠適當地讓嬰兒含乳及有效吸吮。

機構工作人員務必要確保在清潔這些用具時有適當的清潔衛生，因為這些用具會成為細菌的繁殖淵藪。機構工作人員也應告知母親及家屬未適當清潔餵食用具的風險，讓他們對於餵食方法可以做出知情選擇。

吸吮乳房的生理學與吸吮奶瓶和奶嘴的生理學不同(76)。使用奶瓶和奶嘴有可能導致母乳哺育困難，特別如果是長時間使用。但唯一對此的研究並未證實從吸吮奶瓶、奶嘴到吸吮乳房的有特定的持續性影響(77)。

安撫奶嘴長久以來用於安撫生氣的嬰兒。在某些情況下，安撫奶嘴具有治療目的，例如在醫療處置過程中，如果無法進行母乳哺育或肌膚接觸時，可用安撫奶嘴來減少疼痛。但如果安撫奶嘴取代吸吮並因此減少嬰兒生理上刺激母親乳房的次數，會導致母乳產出減少。使用奶嘴或安撫奶嘴可能干擾母親辨識餵食行為暗示的能力。若使用安撫奶嘴妨礙母親觀察嬰兒咂嘴唇嘖嘖作響或尋乳，她可能會延遲餵食，直到嬰兒哭泣和激動。

有證據證實對於早產兒使用奶瓶和奶嘴會干擾學習吸吮乳房。早產兒若是因為醫療需求需食用擠出的母乳或其他食物，則建議用杯子或湯匙餵食會比奶瓶和奶嘴更好（建議11）。另一方面，對於無法直接母乳哺育的早產兒，在建立母乳哺育模式之前，非營養性吸吮及口腔刺激可能有益處（建議9）。非營養性吸吮或口腔刺激可能要使用安撫奶嘴、戴手套的手指或尚未泌乳的乳房。

產科及新生兒科機構的任何單位或任何工作人員不應促銷奶瓶或奶嘴。正如母乳代用品的情況一樣，這些產品屬於「守則」的規範內(25-27)。

全球標準：

- 至少有80%的早產或足月嬰兒的哺乳母親，能說出她們曾獲得使用奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴風險的相關衛教。

措施 10：出院後照護

措施 10：協調出院，讓家長及嬰兒可及時取得持續的支持和照護。

基本理由：母親需要持續支持以延續母乳哺育。雖然在產科及新生兒科機構時應提供母親基本母乳哺育技能，但是極有可能直到出院後，母親的母乳供應還未完全建立。母乳哺育的支持在出院後的幾天和數週內是非常關鍵的，可以發現和處理發生的早期母乳哺餵的挑戰。她會經歷母乳製造、嬰兒生長和自身情況（如：回職場工作或就學）的幾個不同階段，她將需要以不同方式應用她的技能，同時也需要額外的支持。出院後及時獲得支持有助於維持母乳哺育率。產科機構必須知道並轉介母親至社區中既有的各種資源。

施行：作為保護、促進及保護母乳哺育的一部分，應規劃和協調從產科及新生兒科機構出院，讓父母及嬰兒可取得持續性的支持和接受適當照護（建議15）。出院時，每位母親應與社區中泌乳支持資源取得聯繫。機構需要提供適當轉介，確保母親和嬰兒在出生後2-4天及第二週時有被健康照護人員診視，以評估餵食情況。書面或線上資訊可能有助於在遇到問題、疑問或困難時提供支持聯絡資訊，但這些不應取代熟練專業人員的主動追蹤照護。

產科及新生兒科機構需要找出適當的社區資源，以用於持續和一致的母乳哺育支持，可在文化和社會上適時回應她們的需求。機構有責任參與周圍社區，提升這類資源。社區資源包括基層健康照護中心、社區健康工作人員、居家訪視員、母乳哺育診所、護理師／助產師、泌乳顧問、同儕顧問、母親對母親支持團體或電話專線（「熱線」）。機構應儘可能多與提供支持的團體和個人保持聯繫，並在可行時邀請他們到機構...(做什麼)...

追蹤照護對於早產和低出生體重嬰兒特別重要。在這些情況下，缺乏明確的追蹤計畫可能導致顯著的健康危害。需要由熟練專業人員持續提供支持。

全球標準：

- 至少有80%的早產和足月嬰兒的母親，能說出工作人員曾告知他們可在社區何處取得母乳哺育的支持。
- 機構能夠舉證其與社區提供母乳哺育／嬰兒餵食支持服務的協調，包括臨床管理和母親對母親支持。

2.3. 協調

每個機構需要建構一個組織，以協調保護、促進和支持母乳哺育。建議將此工作範疇整合至既有委員會或工作小組的職責中，此組織內要有母親及新生兒健康、品質保證和管理領域的決策者。如果沒有既有組織能夠用於實踐此目的，可考慮建立一個個別單位。此單位必須要與母親及新生兒健康、品質保證和管理組織以及決策者有強力的聯繫關係。

2.4. 品質改善過程

改變健康照護實務的過程需要時間。有證據充分的方法可用於落實改變和建立系統，以便在達到特定目標後維持該項改變。品質改善是一項管理方法，健康專業人員可用於重組照護以確保病人接受優質的健康照護(78)。品質改善可以定義為「在目標病人族群的健康照護服務及健康狀態產生可測量的系統性及持續性的改善行動」(79)。品質改善過程已經過廣泛研究，發展出完善的健康照護品質改善模型，包括世界衛生組織東南亞地區辦公室(78, 80)、美國健康照護促進協會(IHI) (81, 82)及美國衛生及公共服務部(79)。

品質改善過程是週期性的，包含下列步驟：(i) 規劃品質照護措施的改變；(ii) 施行該項改變；(iii) 測量照護實務作法的改變或結果；(iv) 分析已改變的情況，以及採取行動以進一步改善或維持該實務作法。在美國健康照護促進協會模型中，這些步驟稱為計畫 (plan)、施行 (do)、研究 (study) 和改善 (act) (PDSA)，並在圖3具體呈現。

在愛嬰醫院行動情境中，PDSA循環能夠用於改善十措施中每一項的施行。對機構而言，其特別困難的措施或尚未達到全球標準的措施，如何應用品質改善方法將更為重要。一旦達到預期的程度，執行團隊就能專注在監測警訊指標的績效。品質改善方法與愛嬰醫院行動有很好的關聯性，強烈鼓勵各國都能應用此方法。這有助於改善永續性，因為標準過程需要較少的外部資源或額外的工作人員。愛嬰醫院行動相關層面可和機構內新生兒健康或母親及兒童健康部門中已在持續進行的其他品質改善行動結合。

不論使用什麼品質改善模式，品質改善的核心關鍵原則為：

- 規劃、改善及控管三要素是方法的核心：推動團隊需要指引如何經由這些步驟來轉動；
- 主要服務提供者或一線施行者的主動參與：機構中工作人員團隊應審視自身的實務作法和系統，並決定需要改變的過程或行動方案；日常服務提供者（如護理師或一位或多位醫師）最瞭解何者方案可行及他們所面對的執行困難；
- 領導人員的參與：機構行政主管、醫療部門主管及精神領袖需要確信保護、促進及支持母乳哺育，以及達到高比率的早期開始母乳哺育和純母乳哺育的重要性；他們需要鼓勵一線施行者適時的調整實務作法，同時促進和主動支持必要的改變；機構主管在施行重要管理程序中扮演著關鍵角色；
- 隨著時間測量及分析進展：使用資料發現問題發生時，能用更聚焦的方法解決問題（請見附錄1，表1可能指標列表）；除了二項警訊指標外，團隊需要決定要測量的關鍵指標。
- 外部評估：由國家或去中心化管理機關施行、有約定頻次規律的品質保證系統能夠與驗證結果及維持約定標準相關；附錄1，表1和表2的指標可用於外部評估。

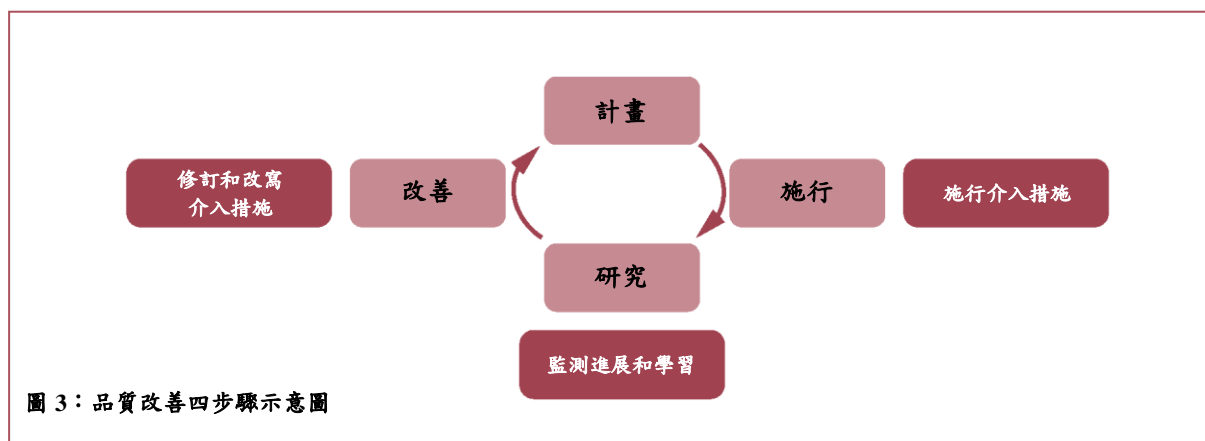


圖 3：品質改善四步驟示意圖

3. 國家層級的施行和永續性

改變臨床照護和維護支持性母乳哺育環境取決於每個產科及新生兒科機構，同時，需要有國家領導確保所有母親及新生兒接受及時和實證基礎的照護和適合其需求的服務。在所有機構將服務品質轉變至保護、促進和支持母乳哺育需要採取健康系統的方法。世界衛生組織已經發展一項健康系統架構，描述6項核心組成部分，或稱為「基石」：服務提供、健康勞動力、健康資訊系統、基本藥物的取得、經費支援及領導／治理(83)。每一項均與愛嬰醫院行動的施行相關。

國家愛嬰醫院行動計畫的主要目標應是擴大規模至100%的涵蓋率，以及持續維持建議作法。呼籲各國施行國家愛嬰醫院行動計畫的九項關鍵責任（請

見方框3）。這些說明可見圖4。

國家領導和協調對於達到高涵蓋率和永續性至關重要。雖然九項責任是相互關聯，整合至國家政策及標準、改善所有健康照護專業人員的訓練、外部評估過程、激勵改變，以及提供改變過程需要的技術協助對於達到全面涵蓋尤其重要。國家監測、持續溝通和倡導，以及保證經費支援對於永續性尤其重要。這些責任將在本節全文更詳細說明。

方框 3：國家愛嬰醫院行動計畫的九項關鍵責任

1. 建立或強化國家母乳哺育協調單位。
2. 將十措施整合至國家相關政策文件及專業照護標準。
3. 確保健康專業人員及管理人員施行十措施的能力。
4. 使用外部評估系統定期評估十措施的遵循度。
5. 發展及施行對十措施遵從的激勵措施，或不遵從的懲罰。
6. 對於做出改變要採用十措施的機構提供技術協助。
7. 監測行動的施行。
8. 向相關受眾倡導愛嬰醫院醫院行動。
9. 確定和分配足夠的資源，以確保行動有持續的經費。

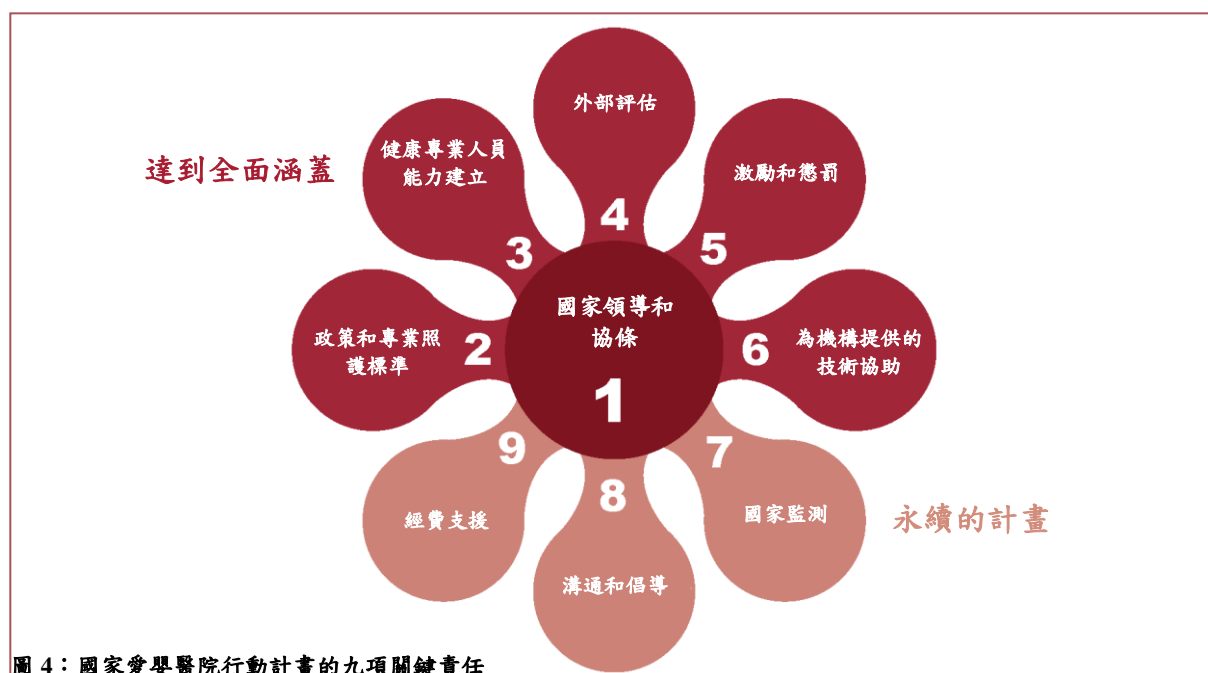


圖 4：國家愛嬰醫院行動計畫的九項關鍵責任

3.1 國家領導和協調

建立或強化國家母乳哺育協調單位。

每個國家應有主動的國家協調單位，負責整體的母乳哺育以及保護、促進和支持母乳哺育，特別是在產科及新生兒科機構。此國家母乳哺育協調單位應是跨部門，並包括來自政府（包括健康和營養、經費支援和社會服務）、學術、專業組織、非政府組織及社區團體的代表。在政府內外部負責母親和新生兒照護的組織均需要參與母乳哺育協調單位。有些國家發現，將消費者組織或母親團體的代表納入，有助於確保目標族群的觀點被列入考量。

有利益衝突的行動者，特別是製造或行銷嬰幼兒食品或奶瓶和奶嘴的公司，不能擔任協調單位的成員。此同樣適用於曾接受來自在「守則」(25–27)規範產品之製造者或經銷者，或來自其母公司或子公司經費支援的健康專業人員、研究人員和其他人。利益衝突的情況下，愛嬰醫院行動的利益可能會受到夥伴利益衝突的不適當影響，而影響或可能合理地認為會影響在特定國家愛嬰醫院行動的廉正性、獨立性、可信性及大眾的信賴度，以及其在產科及新生兒科機構中保護、促進和支持母乳哺育的能力。前述來自母乳代用品產業的壓力將有可能持續存在，並試圖在不同層面上削弱愛嬰醫院行動的努力。

最實際的是，協調單位的功能得以加入至既有政府部門或既有機構或非政府組織的功能。此有助於避免愛嬰醫院行動變成一項縱向介入措施，以獨立行動或沒有和其他母親和兒童健康和營養介入措施連結的「孤立」方式施行。同時也建議將母乳哺育協調單位整合在涵蓋愛嬰醫院行動的國家策略中。

在健康系統是以去中心化方式管理的國家中，來自去中心化層級的成員可整合在一個國家單位，或可建立次國家協調單位。可將世界衛生組織和聯合國兒童基金會納入協調單位擔任成員，提供技術支援和指引。

建議有一位明確的被授權人，可負責在產科及新生兒科機構進行保護、促進和支持母乳哺育。被授權人可以是政府工作人員，而這本就屬於他的部分職責；或是在需要且可行時，指定一人專做這項任務。在某些國家中，此人可能是被指定為愛嬰醫院行動協調組織的非政府組織主管。

協調單位需要有職權範圍，以及一項至少五年的策略計畫及年度工作計畫。國家母乳哺育協調單位整體負責計畫和協調如方框3敘述的所有國家愛嬰醫院行動計畫的主要功能，並確保適合國家情境。

3.2. 政策及專業照護標準

將十措施整合至國家相關政策文件及專業照護標準。

鼓勵各國探索所有可能的途徑來要求強制執行愛嬰標準，讓每對母親和嬰兒可以從適合他們需求的及時實證基礎照護和服務中獲益。產科及新生兒科機構最強大的激勵通常是政府的要求。透過立法、規定、評鑑或認證，政府要求健康照護機構遵循特定政策和程序，例如：立法要求所有機構具備母乳哺育政策以及禁止他們接受母乳代用品的捐贈。可以依據一套完整臨床標準及特定管理程序的遵循狀況進行對機構進行評鑑。

在產科及新生兒科機構保護、促進和支持母乳哺育，需要整合至所有相關政策和計畫，例如在國家營養政策及行動計畫與針對母親、新生兒和兒童健康或醫院評鑑的行動計畫。

更廣的發展計畫（如減少新生兒死亡的國家策略或國家發展策略）應明確納入產科及新生兒科機構保護、促進和支持母乳哺育。這樣將促進服務施行的整合及納入（國家）經費中。務必也要確保發展其他支持政策文件，包括施行「守則」(25–27)。

修訂版十措施的關鍵臨床實務作法和全球標準應寫入專業團體的照護標準內，至少應針對護理學、助產學、家庭醫學、產科學、兒科學、新生兒科學、營養學及麻醉學制定標準，作為所有新生兒的照護基礎。愛滋病母親的嬰兒餵食國家協定以及使用捐贈母乳的協定，也需要整合至這些標準內。此外，修訂版十措施的管理程序需要反映在臨床專業的相關準則文件內，國家需要發展工具來監測是否有符合照護標準（請見第3.7節）。

將關鍵臨床實務作法整合至照護標準的相關準則文件是《改善健康機構中母親及新生兒照護品質的標準》(4)，此文件已提供明確標準並已整合大部分的十措施。有些國家已經努力在照護品質活動的情境中施行這些標準(84)。

政策和照護標準應明確指出需要維持在產科及新生兒科機構保護、促進和支持母乳哺育，以及在有必要的地方加強人道救援的設置。

3.3. 健康專業人員能力建立

確保健康專業人員及管理人員施行十措施的能力。

在健康照護系統的所有層級，健康專業人員需要有足夠的知識、能力和技能施行全球建議的實務作法和程序，在產科及新生兒科機構中保護、促進和支持母乳哺育。個別機構有責任評估能力，並確保當不符標準時，機構內的工作人員擁有適當的知識和技能。

需要安排有適當資格、教育和經驗的指定教學人員進行教學，必要時可改寫或發展新的資料和課程。這對長期永續的能力強化是一項必要投資。

與懷孕婦女、生產及新生兒有互動的所有專業人員之職前養成訓練，需有適當的時間和關注在母乳哺育（包括十措施）上，也應包括理論和實作課程。由於目前關於母乳哺育的職前養成訓練在許多國家是不足的，可能需要發展新的能力基礎課程並確保其品質。世界衛生組織的《醫學生及相關健康專業人員教科書章節範本》是實用的基礎(85)。母乳哺育課程需要包括與保護、促進和支持母乳哺育相關的臨床和行政管理實務，以及在「守則」下健康工作者的責任(25-27)。可以瞭解更新課程通常是一項漫長的過程，特別是在國家課程，其涉及許多不同的利益相關者，這些利益相關者通常不參與母乳哺育相關活動（例如：教育部及相關的其他政府機構，以及個別高等教育機構和授予專業認證的組織）。

雖然職前養成訓練是長期改變產科實務作法的關鍵，實務作業中，與懷孕婦女、母親和嬰兒一起工作的所有健康專業人員也需要接受及時和適當照護的教育。在所有專業和技術領域中，新訓專業人員畢業前的繼續教育和在職訓練是非常重要的。在已經有健康專業人員在職訓練的國家準則或國家課程中，臨床實務和「守則」(25-27)需要整合至課程內，這也可確保各個機構不需要發展他們自己的教材或程序。許多國家已經改寫2009年版愛嬰醫院行動施行準則的20小時課程(86)。世界衛生組織和聯合國兒童基金會正在依據本文件中更新版十措施和全球標準修訂該課程，也正在建立一套的整合嬰幼兒哺育的諮詢訓練。（譯注：世界衛生組織已於2020年公告《產科工作人員愛嬰醫院行動訓練課程》(95)）

在職訓練須視為短期解決方案，而不是持續能力發展的方法。工作中更新的訓練課程和繼續教育需要定期進行，且能夠以模組化方式完成，以免過度干擾服務的提供。訓練需要以能力為基礎，著重在實際技能，而不只是理論知識。

在所有相關學校和大學的教學人員以及參與在職訓練和繼續教育的講師，都需接受新資料的訓練；這是長期永續能力強化的一項必要投資，也是國家母乳哺育協調單位的重要任務。以訓練講師的方式建立全國各地大批愛嬰醫院行動專家，就宣傳十措施相關深度資訊而言，可能是項具有成本效益的策略。

很多產婦及新生兒照護所需要的教育資料，可透過電子或線上課程教導。這是有效率及低成本的教育，也允許健康專業人員以自己的步調學習，以及在他們稍後需要更新知識時複習。有些國家已經有現存資源，也許可以分享。健康專業人員需要有學習時間以進行自行學習課程。

然而，某些技能的教導需要面對面互動。有些工作人員也從面對面及小組學習中獲益，在有困難的母乳哺育個人經驗之後，或因為他們曾經有在工作中無法提供有效、實證基礎照護的情境時，可以幫助他們檢討。此外，技能評估時也需要直接觀察。因此，課程仍然需要有些一對一的學習及能力評估。

機構主管在產科及新生兒科機構中保護、促進和支持母乳哺育的角色至關重要，以一般母乳哺育率或特別以愛嬰醫院行動施行為目標的績效基礎契約可能有助於強化責任歸屬。機構主管需要適當瞭解母乳哺育及愛嬰醫院行動，讓他們可以在機構層級指引和監督愛嬰醫院行動的施行。

機構行政管理者及醫療主管的積極主動式教育，加上視需要的技術協助，可能足以刺激許多實務的改變。施行大部分愛嬰標準並不會花費更多錢（有時候在初步投入採用新作法之後，甚至可節省機構經費），但是需要有意識地選擇做改變。如果主管瞭解建議標準的基本理由、能夠解答他們的問題，以及幫助他們解決挑戰，可能足以激勵他們做出改變。

3.4. 外部評估

使用外部評估系統定期評估十措施的遵循度。

所有產科及新生兒科機構有責任配合愛嬰指引(32)和國家實證基礎的品質標準，為母親和新生兒提供及時適當的照護。如上述說明，機構需要發展內部監測機制，以確保遵循品質標準。但是，外部評估對於品質保證亦至關重要。外部評估的主要目的是促進技術協助和修正不適當的作法。外部評估員本身不一定提供技術協助。在某些國家中，外部評估員會向特定團體回報，該團體接著提供回饋給機構。

相較於機構內的監測員，機構外部的監測員能更容易驗證結果，並發現照護差距和未遵從標準之處。因此，各國需要維持持續的外部評估過程（包括評估和再評估），以驗證十措施的遵循情況和提供各機構改善的回饋。

建議將外部評估過程與其他品質保證過程整合，例如機構認證、評鑑或健康保險方案的評估。在某些認證系統中，被認證為愛嬰醫院意味著已達到品質保證的特定層面，因此可減少認證費用。將愛嬰醫院行動臨床標準整合至機構認證程序可能有助於將其制度化以及減少整體計畫的費用。但是，十措施的評估（包括臨床評估和行政管理評估），若將愛嬰醫院行動評估整合至既有評估中，可能需要一些額外訓練。

外部評估應審查所有附錄1表1所提的臨床作法指標之文件紀錄，包括警訊指標。如果機構定期收集資料，資料可由外部審查團隊審查，評估是否有一致性地遵循臨床措施。外部評估應包括驗證監測資料，可透過與工作人員、懷孕婦女及母親進行訪談。可應用特別閾值（例如目標族群的80%）決定機構是否「通過」每個措施。

此外，遵循重要管理程序的指標應與標準指標一起評估。附錄1表2提供這些管理實務指標及其驗證方法的建議清單，驗證方法包括觀察、與臨床工作人員訪談以及審查紀錄。有些指標容易驗證，例如機構有書面母乳哺育政策以及政策摘要讓懷孕婦女、母親及其家屬看得到。

外部評估應定期進行；應至少每5年進行一次，但最好更經常施行。外部評估的深度和頻率取決於內部監測的品質和頻率，以及向更高層級報告資訊內容。

為了融入其他認證或品質保證系統，可能有必要減少指標數量。不過早期開始母乳哺育以及住院期間純母乳哺育率這二個警訊指標應包括在這類系統中，因為母乳哺育在所有產婦及新生兒照護中已是常態。

如果外部評估整合至其他品質評估系統還不足以保證母乳哺育標準的遵從度，可以發展一項縱向獨立評估取代，或者是附加至整合式評估。支持縱向評估的論點是：這或許能夠包括更多母乳哺育的具體指標，但縱向評估可能需要更多費用且更難長期維持。

或者可使用突擊檢查的方式。如果有足夠的資源，一個衛生主管機關可管理外部評估系統。將其嵌入既有專業組織或功能完備的非政府組織，在某些環境下可能也是一個選項。在後者的情況中，衛生主管機關和非政府組織共同合作、施行有效的方案是很重要的。

3.5. 激勵和懲罰

發展及施行對十措施遵從的激勵措施，或對不遵從的懲罰。

健康照護機會依據許多考量來決定其政策和程序，包括回顧科學證據、國家或國際建議、規定、費用、工作量、顧客滿意度及公眾認知。國家計畫需要考量什麼激勵或懲罰最適合讓產科及新生兒科機構做出必要改變，以完全保護、促進和支持母乳哺育。公家和私人機構的激勵措施可能不同。表1列出激勵遵從愛嬰醫院行動標準的數個選項，預期各國將採用這些選項作為國家標準，並列出了各個選項的主要益處和考量。

在已經是這樣做的國家中，強大的激勵措施應是在財務上將產科及新生兒科機構的支付與外部評估過程結合。例如：相較於完全遵從所有標準的機構，被評斷在實務上有較多不足之處的機構可能每次生產獲得給付比例較低。這種健康照護給付的「績效本位經費」（performance-based financing）或「依績效給付」模型越來越常用於激勵品質和效率(87)。回顧10個國家的12篇依績效支付案例研究可發現，結論顯示依績效給付：「無法導致任何計畫中『突破性』的績效改善。但是大多數計畫確實促成更多著重於健康系統目標、提升資訊生成和使用，更有當責，以及在某些情況下，健康購買者和提供者之間能更有效的對話。這也可描述為更有效的健康行業治理及更有策略的健康購買。」(88)

表 1：激勵遵從愛嬰醫院行動標準的選項

| 描述 | 益處 | 挑戰 | 本選項最適合的國家類型 |
|--------------|---|---|-------------------------|
| 績效本位經費 | 符合標準讓機構獲得財務益處 | 必須從外部監測遵從度 如果方案針對符合標準要「額外」支付，則費用昂貴 | 已經針對其他相關介入措施應用績效本位經費的國家 |
| 納入績效合約 | 明確責任歸屬 | 需要有助於確保機構持續採取適當實務的指標（以及不只是符合一個特定目標） | 已經使用績效合約的國家 |
| 公眾認可卓越／獎項／認證 | 工作人員努力受到認可 激勵工作人員 符合標準可能改善機構的形象及增加顧客人數，因此增加收入 | 必須從外部監測遵從度 經常被國家、機構主管和工作人員設定為最後一個關卡終點 需要向公眾傳達認證的意義 只在某段時間有相關，遵從度搖擺不定時就會被移除 與「母乳哺育為常態」這項原則不一致；允許將不遵從標準視為「正常照護」 | 有成功愛嬰醫院行動認證計畫的國家 |
| 公開報告品質指標和結果 | 可能不需要特定頻率的外部評估 | 依靠自我報告可能有偏差（雖然外部的突擊檢查可能會改善品質） 需要公眾瞭解什麼是良好的實務作法和結果 | 將公眾意見視為健康照護的重要驅動因子之國家 |

另外，第三方支付單位或保險公司可能優先考慮對國家標準遵從性較好的機構。

有些國家針對公家服務的主管或工作人員使用績效合約，其中包括要實現的具體目標。在這些合約中包括一項或多項與產科及新生兒科機構保護、促進和支持母乳哺育相關的指標，將會有幫助。

公眾對卓越的認可也能激勵改善照護品質的。當醫院獲得外部評估的特定卓越獎項時，可獲得尊重。公眾認可在遵循更新版十措施的卓越表現，可能激勵機構遵從愛嬰標準。使用這種激勵，務必要讓內部和外部品質的保證系統在達到預期程度後仍可維持服務品質。這些需要由國家主管機關（國家協調單位）設計，以便在現有的財務和人力資源下可行。

傳統愛嬰模式大部分是繞著認證愛嬰機構安排。雖然認證是國家可考量用於鼓勵產科及新生兒科機構進行改變的一個選項，然而，這只是許多可考量的有效選項之一。

公開報告品質指標和結果是另一種方式，讓產科及新生兒科機構為其提供之照護品質負責任，以及激勵改善。一個國家所有產科及新生兒科機構出院時純母乳哺育率的公開清單，有可能鼓勵比率最低的機構進行改善。同樣地，公開肌膚接觸率可能會強調此實務作法的重要性，並鼓勵個別機構趕上其他機構。消費者和病人團體或顧客團體在此責任歸屬過程中也能夠扮演重要角色。

各國需要審視在這些激勵中，哪些是最適合他們的情境。有些需要更大的政治意志，但可有長久的影響。其他可能在政治上更加可行，但需要持續的參與和資源。

3.6. 為機構提供技術協助

為正在採用十措施進行改變的機構提供技術協助。

機構採用十措施做為照護標準時，需要從外部，如在其他機構管理改變過程的專家或極詳細瞭解各措施錯綜複雜情況的專家獲得協助。個別地提供機構技術協助，可能是資源密集，因此可能需要幾年的時間才能涵蓋國家的所有機構。這同樣適用於公家和私人機構。

各國應發展或強化及更新一批受過訓練的專業人員幹部，提供技術協助讓機構渡過改變過程。要確保受過訓練之專業人員和其組織（相關時）對特定資源和時間的投入。

各個機構組成團體合作，在改變過程中互相支持，可以非常有效。美國健康照護促進協會（IHI）發展出一個透過「協作」或參與政策和實務改變的相似機構組成團體，透過團體學習和互相支持改善品質的過程(89)。團體的形成可能依據地理區域（例如省/縣市級團體）、官僚機構（例如所有軍方機構一起），或其他分組方式而組成。在某些國家中，擁有和經營一系列機構的醫院系統，有權利同時對許多醫院制定政策。這類系統提供了用更簡單的方法，在相同時間內改變許多機構的機會。

在資源有限的情況下，可能需要隨著時間分階段提供技術協助，並制定明確的計畫，才能達到在設定時間內實現全國覆蓋的目標。有各種策略可用於考量讓哪個機構成為首要目標：

- 策略性聚焦於地理區域，例如從每個省（縣市）的一家機構開始，可確保整個國家內全部機構都有鄰近機構可提供作為施行建議政策和實務作法的榜樣。

- 首先著重在最可能遵從建議的機構（例如：先前認證為「愛嬰」的機構、有品質改善成功歷史的機構），可提供早期成功，並向其他機構展示這些建議的可行性。
- 大型機構也是重要的早期目標，因為僅在一個地方就可以有很多母親和嬰兒的健康能隨著改變而獲得改善。再者，大型機構經常作為小型機構的比較重點，所以在這些機構施行最佳實務有助於擴大推動規模。
- 以教學醫院為目標可能特別有效，確保新的健康專業人員在分配到全國各機構之前，在十措施方面都受過良好的基礎訓練。

3.7 國家監測

監測行動的施行。

正如個別機構需要監測他們在保護、促進和支持母乳哺育以及餵食行為的活動，國家需要監測他們在國家層級（以及適當時在次國家層級）的活動和母乳哺育結果。在國家和次國家層級要監測的母乳哺育結果、臨床實務和愛嬰醫院行動計畫活動的主要指標列於附錄1表3。

世界衛生組織已擬定一項《全球營養監測架構》，於2015年由世界衛生大會核准(37, 38)。世界衛生大會建議所有國家依據架構中的指標進行報告。二項與愛嬰醫院行動特別相關的指標為：6個月大或以下嬰兒的純母乳哺育盛行率以及在愛嬰機構出生的百分比。

後者已定義為該日曆年出生在目前認證為「愛嬰」機構的嬰兒百分比。選擇不操作「認證」計畫的國家，將需要有其他指標反映在該日曆年出生且接受符合十措施照護的嬰兒百分比。這可從通過國家評估標準的機構中發生的出生數量，或從母親對其產後經驗的報告中，計算出這項數字。除了向世界衛生組織報告，建議各國在給食物權利委員會、兒童權利委員會以及「擴大營養」運動的報告中說明愛嬰醫院活動涵蓋的進展。

各國可使用各種資料來源評估對十措施的遵循情形：

- 人口統計和健康調查的家庭調查可用於估計其產婦經驗遵循建議標準的母親百分比。人口統計和健康調查(90)已納入早期開始母乳哺育及住在機構期間純母乳哺育及肌膚接觸的相關問題。許多國家會定期進行顧客滿意度調查或出院訪談，也可提供做為產婦照護層面之國家資料。
- 在產科及新生兒科機構有定期向健康管理資訊系統報告資料的地區，機構層級所收集的資料可報告至行政區、省級或國家資料庫。這些報告可用於記錄接受建議照護嬰兒的整體百分比，或符合可接受實務做法設定閾值的機構百分比。
- 有些國家已經發展持續調查機制，機構的主要報告人報告他們遵循十措施的情形。報告可能依據實際的臨床紀錄或對平常實務或機構政策的認知。雖然這類調查可能會發生報告偏差，仍可能有助於記錄趨勢以及發現弱點。這些調查可能是機構隨機取樣，或是對國家所有機構的全面評估。

3.8. 溝通和倡導

向相關受眾倡導愛嬰醫院醫院行動。

國家協調單位將需要承擔持續溝通和倡導的努力，確保持續施行愛嬰醫院行動。溝通計畫應包括下列基本部分。

1. 找出關鍵受眾

- 政府及非政府的機構領導者（如醫院主管和產科主任）是施行十措施的重要決策者。
- 護理師、助產師、兒科醫師、產科醫師、新生兒科醫師和營養師的專業學會直接受到母乳哺育照護標準改變的影響，因此需要成為溝通和倡導的重要對象。醫院協會能夠成為倡導系統改變的重要盟友。
- 立法者和資助者（包括財務部門和捐贈者）是需要持續地廣泛了解愛嬰醫院行動和母乳哺育計畫的重要受眾，以確保他們能不間斷參與和投資愛嬰醫院行動計畫。
- 懷孕婦女、家屬和其他社區成員是關鍵受眾，以增加對產科及新生兒科機構中改善保護、促進和支持母乳哺育的要求。
- 其他對於母乳哺育計畫和愛嬰醫院行動的重要受眾應由各國來定義。

2. 確定既有的知識和態度

- 在發展溝通介入措施前，務必瞭解目標受眾已瞭解母乳哺育和愛嬰醫院行動內容。受眾研究將發現行動者預備好要採取行動的重要機會，以及需要改變認知或填補知識空缺的挑戰區域。

3. 發展／改寫關鍵訊息

- 訊息要針對每個受眾進行調整，也要依據每位受眾的知識和態度及他們在支持或施行愛嬰醫院行動的預期角色來告知。在參考文獻中有一組母乳哺育重要性的訊息範例(91)。對於某些受眾，用簡單的語言傳達十措施是重要的（附錄2提供可行的範例）。施行十措施以達到最佳健康結果的重要性是核心訊息。對於尚未達成的國家，務必強調將愛嬰醫院行動擴展至所有產科及新生兒科機構的必要性。

4. 發現關鍵溝通管道

- 每個受眾都需要透過他們最依賴的管道被觸及到。對於向公眾傳達，使用大眾媒體通訊和社交媒體可能是較恰當的方式，亦可輔助人際溝通管道。邀請既有的消費者和婦女組織或與社區領導合作，可能是向立法者倡導的重要管道。要在專業學會開會或會議時定期演講，以維持健康專業人員的持續支持。透過直接郵件或在有計畫的（區域）會議中有目標地傳達訊息給機構領導者，將有幫助。

3.9. 經費支援

確定和分配足夠資源，以確保行動有持續的經費。

對於產科及新生兒科機構保護、促進和支持母乳哺育的經費支援應主要來自政府資源，需要有多年的投入。活動需要整合至政府定期預算，讓他們能夠有持續的經費支援。政府需要確保策略和活動的設計方式是能夠以可持續的方式進行經費支援，不論是短期或中期。低成本及具成本效益方法的建議包括：

- 投資在所有相關專業人員（護理師、助產師、兒科醫師、產科醫師、新生兒科醫師、營養師等）的職前養成課程，更新和強化母乳哺育及十措施所需技能的涵蓋；隨著時間，將會減少在職訓練的需求；
- 如果需要在職訓練，找出講師需要較少時間（包括交通時間），以及進行時時數有彈性（可能包括電子或線上訓練）的選項，同時確保品質和技能建立；
- 將愛嬰醫院行動相關指標整合至醫院發照、監測、品質保證或評鑑的既有系統。

可行的話，進行愛嬰醫院行動標準外部評估的費用可由產科及新生兒科機構支付。然而，重要的是這些費用不會成為參與評估過程的阻礙。

雖然愛嬰醫院行動應為政府的責任，但如果因為競爭優先權或資源不足使得國家經費無法維持行動時，可能需要額外的資助者。愛嬰醫院行動相關特定介入措施或持續的運作費用可能需要外部經費資源，例如國際捐贈者、基金會或非政府組織。但應盡可能一致努力轉向政府的經費支援，因為外部經費支援通常是無法持續的。愛嬰醫院行動的經費支援不能與母乳哺育有利益衝突，且絕對不應接受來自行銷嬰幼兒食品或奶瓶和奶嘴公司的經費支援。

4. 在產科及新生兒科機構外，愛嬰醫院行動和其他母乳哺育支持行動的協調

很明確的是，產科及新生兒科機構僅是保護、促進和支持母乳哺育工作眾多切入口之一。產前照護、產後照護、社區和工作場所需要許多其他介入措施，關鍵是致力在產科及新生兒科機構改善政策和計畫的人，要將他們的工作和在其他區域的工作整合在一起。

例如：健康專業人員的母乳哺育教育通常相當薄弱需要強化。有關愛嬰醫院行動標準的訓練需要整合至更廣泛、針對健康專業人員職前養成的母乳哺育教育。世界衛生組織的《醫學生及相關健康專業人員教科書章節範本》提供有關母乳哺育的標準資訊(85)。一般來說，發展醫學院的母乳哺育課程不是愛嬰醫院行動協調單位的責任，但是對這類課程提供有關愛嬰醫院行動標準的資訊可能就是。

同樣的，雖然愛嬰醫院行動協調單位不會負責改善在基層健康照護機構或產前診所的母乳哺育諮詢，但協調單位可能需要確保產前照護的國家標準能確實在母親進入產科及新生兒科機構之前，提供她們足夠的母乳哺育相關知識。

愛嬰醫院行動計畫需要與既有計畫和行動合作，以確保社區中有足夠的母乳哺育支持組織能讓母親從機構出院時保持連結，即使該計畫本身並不在社區中施行服務。改善的社區母乳哺育支持，包括改善的基層健康照護品質及強大的同儕網絡相當重要，確保母親可以成功餵哺母乳。Pérez- Escamilla (2016) 發現社區支持是出生頭幾週後，持續母乳哺育的關鍵措施(42)。增加母乳哺育率的介入措施已顯示，健康服務介入措施結合社區介入措施時會更加有效(92)。

聯合國兒童基金會和世界衛生組織主導的全球母乳哺育團體(93)已經發現健康機構和社區之間的連結，以及鼓勵社區保護、促進和支持母乳哺育網絡為當務之急。國家愛嬰醫院行動協調單位應透過基層健康照護中心、社區健康工作人員、居家訪視員、母乳哺育診所、護理師／助產師、泌乳顧問、同儕諮詢者及母親對母親支持團體來促成社區內發展多種母乳哺育型態。

改善社區對母乳哺育的支持
對於母親是否能夠成功進行
母乳哺育是相當重要的

5. 愛嬰醫院行動施行的轉變

本愛嬰醫院行動計畫施行指引描述十措施的實質改變，以及介紹一些針對國家行動和機構施行的新策略。因此，國家需要依照這些改變，檢視如何轉變與愛嬰醫院行動相關的既有活動。

5.1. 愛嬰醫院認證計畫運作良好的國家

本更新施行指引讓愛嬰醫院行動遠離傳統模式，傳統模式著重於將機構認證作為主要結果和實務改變的驅動因子。對於那些目前有運作良好認證計畫而能夠觸及全國大多數產科及新生兒科機構的國家，本新指引不應被視為停止成功計畫的原因。

在本類別國家中的協調單位應發展計畫，將更新的十措施整合至國家愛嬰醫院行動標準。需要有一項轉變計畫，說明預期機構何時可遵循更新的標準以及使用新工具。在新標準變成強制之前，已獲得認證及正在進行認證過程的機構，需要獲得合理的時間改變他們的作法。協調單位需要：

- 修訂有關十措施的公開資料；
- 修訂訓練課程和資料；
- 發展或更新資料，協助機構進行內部監測；
- 修訂外部評估標準。

在過去，當認定機構為「愛嬰」時，許多國使用畢卡索畫作《母與子》作為獎牌或海報。目前世界衛生組織和聯合國兒童基金會不再提供此圖像重製，而將認證通過當作愛嬰醫院行動獎勵措施的國家需要發展他們自己的圖像。

已將超出十措施範圍之「母親友善」標準整合至認證標準的國家仍可保留這些項目，除非有需要進行更新。

在維持認證計畫同時，這些國家也需依據第3節敘述，努力將十措施整合至國家政策以及品質改善和母親與兒童健康計畫。無論國家是否有管理認證計畫，摘要於方框3的國家母乳哺育或愛嬰醫院行動協調單位責任同樣適用。

5.2. 沒有積極或成功推動愛嬰醫院行動計畫的國家

對於目前未施行愛嬰醫院行動或愛嬰認證無法觸及大多數機構的國家，建議重點可著重在十措施的整合和制度化，並加上機構層級的品質改善方法和一個穩固、支持的政策環境，以及監測和責任歸屬機制。第3節的活動有列出優先考慮的行動，以可持續方式來振興愛嬰醫院行動。很久以前認證通過的機構工作人員和主管需要知悉政策改變項目和更新標準，以遵從這些標準所要進行的行動。

附錄 1：2018 年修訂的成功哺乳十措施和十措施原始版及世界衛生組織 2017 年新版準則的比較

| 成功哺乳十措施 (2018年修訂) | 來自世界衛生組織 《準則：在產科及新生兒科機構中 保護、促進及支持母乳哺育》 (2017) 的對應建議(3) | 在《在產科機構中保護、促進 及支持母乳哺育》(1989) 的十措施(23) |
|---|---|---|
| 重要管理程序 | | |
| 1a. 《國際母乳代用品銷售守則》 (25–27)：完全遵從《國際母乳代用品銷售守則》和世界衛生大會相關決議。 | 不適用 | 不適用（已整合在醫院自我評價和監測準則以及外部評估） |
| 1b. 嬰兒餵食政策 ：有書面嬰兒餵食政策，並定期向工作人員及家長傳達。 | 建議12 ：產科及新生兒科機構應有書面的母乳哺育政策，並定期向工作人員和父母親傳達。 | 措施1 ：有書面的母乳哺育政策，並定期向所有健康照護工作人員傳達。 |
| 1c. 監測和資料管理系統 ：建立持續的監測及資料管理系統。 | 不適用 | 不適用 |
| 2. 工作人員能力 ：確保工作人員有足夠的知識、能力和技能可支持母乳哺育。 | 建議13 ：提供嬰兒餵食服務（包括母乳哺育支持）的健康機構人員應具備足夠的知識、能力和技能支持婦女進行母乳哺育。 | 措施2 ：訓練所有健康照護人員施行本政策所必要的技能。 |
| 關鍵臨床實務作法 | | |
| 3. 產前資訊 ：與懷孕婦女及其家屬討論母乳哺育的重要性及處理。 | 建議14 ：提供產前照護的機構，應為懷孕婦女及其家屬提供有關母乳哺育好處和處理的諮詢。 | 措施3 ：告知所有懷孕婦女有關母乳哺育的好處和處理措施。 |
| 4. 產後即刻照護 ：促進立即和不中斷的肌膚接觸，並支持母親在產後儘快開始母乳哺育。 | 建議1 ：出生後應儘快促進和鼓勵母親與嬰兒之間早期和不中斷的肌膚接觸。 | |
| | 建議2 ：在分娩後第一個小時內，應儘快支持所有母親開始母乳哺育。 | 措施4 ：幫助母親在產後半小時內開始母乳哺育。 |
| 5. 支持母乳哺育 ：支持母親開始並維持母乳哺育及處理常見困難。 | 建議3 ：母親應接受實際支持，讓他們能夠開始和維持母乳哺育，以及處理常見母乳哺育困難。 | 措施5 ：向母親展示如何母乳哺育及維持泌乳，即使他們必須與嬰兒分開。 |
| | 建議4 ：應教導母親如何擠乳，做為當他們和嬰兒暫時分離時維持泌乳的方式。 | |

| <p>成功哺乳十措施 (2018年修訂)</p> | <p>來自世界衛生組織 《準則：在產科及新生兒科機構中 保護、促進及支持母乳哺育》 (2017) 的對應建議(3)</p> | <p>在《在產科機構中保護、促進 及支持母乳哺育》(1989) 的十措施(23)</p> |
|---|---|---|
| <p>6.補充：除非有醫療必要，否則不要提供哺乳新生兒母乳以外的任何食物或液體。</p> | <p>建議7：除非有醫療必要，否則應勸阻母親不要給予母乳以外的任何食物或液體。</p> | <p>措施6：除非有醫療必要，否則不提供新生兒母乳以外的食物或液體。</p> |
| <p>7.親子同室：讓母親及嬰兒能夠在一起，並實施一天24小時的親子同室。</p> | <p>建議5：產科及新生兒科機構應讓母親和新生兒能夠在一起，從白天到晚上實施親子同室。當嬰兒需要轉到特別醫療照護時可能不適用。</p> | <p>措施7：實施親子同室—讓母親和嬰兒持續在一起—一天24小時。</p> |
| <p>8.回應性餵食：支持母親認識並回應嬰兒的餵食行為暗示。</p> | <p>建議6：應支持母親採取回應性餵食，作為滋養性照護的一部分。</p> <p>建議8：在母親住在產科及新生兒科機構期間，應支持他們辨認嬰兒需要餵食、親密和舒適的行為暗示，並能使用各種選項回應這些行為暗示。</p> | <p>措施8：鼓勵依需求母乳哺育。</p> |
| <p>9.奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴：諮詢母親有關奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴的使用和風險。</p> | <p>建議9：對於無法直接母乳哺育的早產兒，直到建立母乳哺育前，非營養性吸吮及口腔刺激可能有益處。</p> <p>建議10：如果足月嬰兒住在機構期間有醫療需求需使用擠出的母乳或其他餵食方式，可能使用的餵食方法有杯子、湯匙、奶瓶及奶嘴。</p> <p>建議11：如果早產兒有醫療需求需使用擠出的母乳或其他餵食方式，以杯子或湯匙餵食要比奶瓶及奶嘴更好。</p> | <p>措施9：不給母乳哺育嬰兒人工奶嘴或安撫奶嘴。</p> |
| <p>10.出院後照護：協調出院，讓家長及嬰兒可及時取得持續的支持和照護。</p> | <p>建議15：作為保護、促進及保護母乳哺育的一部分，應規劃和協調產科及新生兒科機構的出院，讓家長及其嬰兒可取得持續的支持和適當照護。</p> | <p>措施10：協助母乳哺育支持團體的建立，並在母親從醫院或診所出院時，轉介給他們。</p> |

附錄 2：成功哺乳十措施，通俗用語版

| | 醫院支持母親進行母乳哺育，透過... | 因為... |
|---------------|--|-------------------------|
| 1. 醫院政策 | <ul style="list-style-type: none"> 不促銷嬰兒配方奶、奶瓶或奶嘴 讓母乳哺育照護成為標準作法 持續追蹤對母乳哺育的支持情形 | 醫院政策幫助確保所有母親和嬰兒都接受到最佳照護 |
| 2. 工作人員能力 | <ul style="list-style-type: none"> 訓練工作人員支持母親母乳哺育 評估健康照護工作人員的知識和技能 | 訓練有素的健康照護工作人員提供母乳哺育最佳支持 |
| 3. 產前照護 | <ul style="list-style-type: none"> 討論母乳哺育對嬰兒和母親的重要性 讓婦女準備如何餵食他們的嬰兒 | 大多數婦女在正確支持下能夠進行母乳哺育 |
| 4. 產後即刻照護 | <ul style="list-style-type: none"> 產後不久，鼓勵母親和嬰兒肌膚接觸 幫助母親於一小內將他們的嬰兒抱於乳房上 | 肌膚間的依偎有助於開始母乳哺育 |
| 5. 支持母親母乳哺育 | <ul style="list-style-type: none"> 檢查姿勢、含乳和吸吮 提供實際的母乳哺育支持 幫助母親處理常見母乳哺育問題 | 母乳哺育是自然的，但是大多數母親剛開始需要幫助 |
| 6. 補充 | <ul style="list-style-type: none"> 僅給予母乳，除非有醫療原因 需要補充時，優先給予捐贈母乳 幫助想要使用配方奶餵食的母親安全地使用 | 在醫院給予嬰兒配方奶，會讓母乳哺育難以進行 |
| 7. 親子同室 | <ul style="list-style-type: none"> 讓母親和嬰兒從早到晚待在一起 確保生病嬰兒的母親可以待在嬰兒附近 | 母親需要靠近他們的小嬰兒，以注意和回應餵食暗示 |
| 8. 回應式餵食 | <ul style="list-style-type: none"> 幫助母親知道他們的嬰兒何時飢餓 不要限制母乳哺育次數 | 任何時候嬰兒準備好時就餵哺母乳幫助每個人 |
| 9. 奶瓶、奶嘴及安撫奶嘴 | <ul style="list-style-type: none"> 諮詢母親有關奶瓶及安撫奶嘴的使用和風險 | 要進到嬰兒嘴巴的任何東西都需要清潔 |
| 10. 出院 | <ul style="list-style-type: none"> 將母親轉介至社區的母乳哺育支持資源 與社區合作，改善母乳哺育支持服務 | 學習母乳哺育需要時間 |

附錄 3：外部審查小組成員

Ms Genevieve Becker (2016 年 6 月止)

國際顧問

BEST Services – 母乳哺育教育支持和訓練

愛爾蘭

Dr Ala Curteanu

週產期醫學部門主任

母親及兒童研究所

摩爾多瓦

Dr Teresita Gonzalez de Cosío (2016 年 4 月起)

健康部門主管

伊比利亞美洲大學

墨西哥

Dr Rukhsana Haider

創辦人及主席

健康和營養訓練和協助基金會

孟加拉

Dr Miriam H Labbok (2016 年 8 月止)

發起者教授和主管

卡羅萊納全球母乳哺育研究所 (CGBI)

北卡羅萊納大學教堂山分校

美國

Dr Duong Huy Luong

品質管理處副處長

衛生部

越南

Dr Chessa Lutter (2016 年 11 月起)

獨立顧問

美國

Dr Cria G Perrine (2016 年 4 月起)

營養分部嬰兒餵食團隊組長

營養、體能活動及肥胖部門

疾病管制與預防中心

美國

Ms Randa Saadeh

獨立顧問

黎巴嫩

Dr Isabella Sagoe-Moses

副主任

生殖及兒童健康，迦納健康服務

迦納

Ms Julie Stufkens

紐西蘭母乳哺育聯盟 (NZBA) 執行長

紐西蘭

參考文獻

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund, Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380>, accessed 7 March 2018).
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
3. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>, accessed 7 March 2018).
4. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1>, accessed 7 March 2018).
5. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).
6. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf>, accessed 7 March 2018).
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>, accessed 7 March 2018).
8. United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>, accessed 7 March 2018).
9. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180722. doi:10.1371/journal.pone.0180722.
10. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75. doi:10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
11. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/NHD01.09, WHO/FCH/CAH/01.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).
12. Salmon L. Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy? *Int Breastfeed J*. 2015;10:7. doi:10.1186/s13006-015-0029-6.
13. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al., *The Lancet* Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387:491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
14. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e199–e205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.

15. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr.* 2015;101(3):579–86. doi:10.3945/ajcn.114.092775.
16. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr.* 2016;13(1). doi:10.1111/mcn.12366.
17. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot.* 1995;10(2):148– 153. doi:10.4278/0890-1171-10.2.148.
18. Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (<http://ibfan.org/docs/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>, accessed 7 March 2018).
19. Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers, version 3.0 Oxford: IFE Core Group; 2017 (<http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>, accessed 7 March 2018).
20. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2016 (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871>, accessed 7 March 2018).
21. United Nations. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>, accessed 7 March 2018).
22. United Nations Children’s Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Joint UNICEF/WHO database 2016 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>, accessed 7 March 2018).
23. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>, accessed 7 March 2018).
24. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York: United Nations Children’s Fund; 1991 (http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf, accessed 7 September 2018).
25. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf, accessed 7 March 2018).
26. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>, accessed 7 March 2018).
27. World Health Organization. Code and subsequent resolutions (<http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/>, accessed 7 March 2018).
28. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/CHD/98.9; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf, accessed 7 March 2018).

29. Resolution WHA47.5. Infant and young child nutrition. In: Forty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2–12 May 1994. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1994 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5_iycn_en.pdf, accessed 7 March 2018).
30. Resolution WHA49.15. Infant and young child nutrition. In: Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20–25 May 1996. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1996 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA49.15_iycn_en.pdf, accessed 7 March 2018).
31. Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding, 22 November 2005, Florence, Italy. Geneva: United Nations Children’s Fund; 2005 (http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf, accessed 7 March 2018).
32. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>, accessed 7 March 2018).
33. Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2012:12–13 (WHA65/2012/REC/1; http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_en.pdf, accessed 7 March 2018).
34. World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition (<http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>, accessed 7 March 2018).
35. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Second International Conference on Nutrition, Rome, 19–21 November 2014. Conference outcome document: framework for action. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2014 (<http://www.fao.org/3/a-mm215e.pdf>, accessed 7 March 2018).
36. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016–2025. Frequently asked questions. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016 (<http://www.fao.org/3/a-i6137e.pdf>, accessed 7 March 2018).
37. Decision WHA68(14). Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators. In: Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 18–26 May 2015. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2015:94 (WHA68/2015/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf, accessed 7 March 2018).
38. Indicators for the Global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/nutrition/topics/indicators_monitoringframework_miyen_background.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).
39. Labbok MH. Global Baby-friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med.* 2012;7:210–22. doi:10.1089/bfm.2012.0066.
40. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>, accessed 7 March 2018).
41. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001;285:413–20.
42. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17. doi:10.1111/mcn.12294.

43. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122(Suppl. 2):S43–9. doi:10.1542/peds.2008-1315e.
44. Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) 20 years on: facts, progress and the way forward. *J Hum Lact*. 2012. doi:10.1177/0890334412446690.
45. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med*. 2016;11:222–30. doi:0.1089/bfm.2015.0135.
46. United Nations Children’s Fund, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. New York: United Nations Children’s Fund; 2017 (https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf, accessed 7 March 2018).
47. Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas. The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 7 March 2018).
48. WHO handbook for guideline development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf>, accessed 7 March 2018).
49. World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Baby-friendly Hospital Initiative Congress: 24–26 October 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_24to26oct/en/, accessed 7 March 2018).
50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A et al. Neo-BFHI: the Baby- friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Three guiding principles to protect, promote and support breastfeeding. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015 (http://epilegothilasmogroup.com/wp-content/uploads/2017/04/Neo_BFHI_Core_document_2015_Edition.pdf, accessed 7 March 2018).
51. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(8):CD007202. doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4.
52. Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(10):CD001071. doi:10.1002/14651858.CD001071.pub3.
53. Greene Z, O’Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(9):CD009720. doi:10.1002/14651858.CD009720.pub2.
54. Maternal, infant and young child feeding. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 12.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/7 Add 1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).
55. World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding. The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>, accessed 7 March 2018).
56. Framework on integrated people-centred health services. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Provisional agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1, accessed 7 March 2018).

57. Smith LJ, Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding, 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2010.
58. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization; 2015. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1, accessed 7 March 2018).
59. Piwoz E, Huffmann S. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull.* 2015;36:373–86. doi:10.1177/0379572115602174.
60. Breaking the rules stretching the rules 2014. Evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013. Penang: International Baby Food Action Network International Code Documentation Centre; 2014 (http://www.ibfan-icdc.org/wp-content/uploads/2017/03/1_Preliminary_pages_5-2-2014.pdf, accessed 7 March 2018 [Executive summary]).
61. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutr.* 2016;19(14):2540–50. doi:10.1017/S1368980016001117.
62. Resolution 39.28. Infant and young child feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1986 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28_icycn_en.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).
63. US Department of Health and Human Services National Institutes of Health. What are the risk factors for preterm labor and birth? (https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/Pages/who_risk.aspx, accessed 7 March 2018).
64. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10:456–73. doi:10.1111/mcn.12128.
65. Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. Washington (DC): Alive & Thrive; 2014 (A&T Technical Brief Issue 8, February 2014; <http://aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2014/11/Insight-Issue-8-Cesarean-Delivery-English.pdf>, accessed 7 March 2018).
66. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>, accessed 7 March 2018).
67. Nyqvist KH, Sjoden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev.* 1999;55(3):247–64.
68. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5.
69. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(6):579–87.
70. 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.pub5.
71. Salvatori G, Guaraldi F. Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol.* 2012;2:94. doi:10.3389/fcimb.2012.00094.

72. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Acceptable medical reasons for use of breast- milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO/NMH/NHD/09.1, WHO/FCH/CAH/09.1; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf, accessed 7 March 2018).
73. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12(1):188–98. doi:10.1089/bfm.2017.29038.ajk.
74. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf, accessed 7 March 2018).
75. DeMarchis A, Israel-Ballard K, Mansen KA, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. J Perinatol. 2017;37(5):469–74. doi:10.1038/jp.2016.198.
76. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. Dev Med Child Neurol. 1990;32:669–78.
77. Woolridge MW. Problems of establishing lactation. Food Nutr Bull. 1996;17(4):316–23.
78. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: coaching manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255876/1/9789290225485-eng.pdf>, accessed 7 March 2018).
79. Quality improvement. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services Health Resources and Service Administration; 2011 (<https://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf>, accessed 7 March 2018).
80. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: learner manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (<https://www.newbornwhocc.org/POCQI-Learner-Manual.pdf>, accessed 7 March 2018).
81. Institute for Healthcare Improvement. How to improve (<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>, accessed 7 March 2018).
82. Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit (<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>, accessed 7 March 2018).
83. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1, accessed 7 March 2018).
84. Quality, Equity, Dignity. A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health. Quality of care (<http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc>, accessed 7 March 2018).
85. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/, accessed 7 March 2018).
86. Baby-friendly Hospital Initiative: revised updated and expanded for integrated care. Section 3: breastfeeding promotion and support in a Baby-friendly hospital. A 20-hour course for maternity staff. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009. (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/en/, accessed 7 March 2018).

87. Baird C. Top healthcare stories for 2016: pay-for-performance. Arlington (VA): Committee for Economic Development; 2016 (<https://www.ced.org/blog/entry/top-healthcare-stories-for-2016-pay-for-performance>, accessed 7 March 2018).
88. Cashin C, Chi YL, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editors. Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf, accessed 7 March 2018).
89. The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003 (<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>, accessed 7 March 2018).
90. DHS Program. Demographic and Health Surveys: Model Woman's Questionnaire. Rockville (MD): DHS Program; 2017 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSQ7/DHS7-Womans-QRE-EN-07Jun2017-DHSQ7.pdf>, accessed 7 March 2018).
91. United Nations Children's Fund, World Health Organization, 1000 Days, Alive & Thrive. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. New York and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1>, accessed 7 March 2018).
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar M, Martines J, Teneja S, Mazumder S et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:114–34. doi:10.1111/apa.13127.
93. United Nations Children's Fund. The Global Breastfeeding Collective (https://www.unicef.org/nutrition/index_98470.html, accessed 7 March 2018).
94. Competency verification toolkit: ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
95. Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff: trainer's guide. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

