

WYTYCZNE WHO 2017

Ochrona, promocja i wsparcie karmienia piersią w oddziałach sprawujących opiekę nad matką i noworodkiem.

(tłum. Paulina Potocka)

STRESZCZENIE:

Karmienie piersią jest kamieniem milowym przeżycia dzieci, odżywienia, ich rozwoju oraz zdrowia matki. WHO rekomenduje wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia oraz jego kontynuowanie z odpowiednim żywnościowym uzupełnieniem do 2 roku życia lub powyżej. W 2012r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (WHA) 65.6 zatwierdziło Kompleksowy Plan Wdrożeniowy Dotyczący Żywienia Matek, Niemowląt i Małych Dzieci, precyzując 6 Globalnych Celów Żywienia do 2025 r. Jednym z nich jest zwiększenie wskaźnika wyłącznego karmienia piersią w pierwszych 6 miesiącach życia do 50%.

W celu wsparcia kobiet i zoptymalizowania ich szans na karmienie piersią zgodnie z rekomendacjami WHO, WHO i UNICEF opublikowały w 1989 r. "Ochrona, promocja i wsparcie karmienia piersią: specjalna rola opieki położniczej", które wyłoniły 10 kroków do skutecznego karmienia piersią. Dziesięć kroków było ponownie podkreślone w Deklaracji Innocenti "O ochronie, promowaniu i wspieraniu karmienia piersią" podpisanej we Florencji w 1990 i w Deklaracji Innocenti z 2005 r. "O karmieniu niemowląt i małych dzieci". Zostały one częścią Inicjatywy "Szpital Przyjazny Dziecku" (BFH) opublikowanej w 1991 r. i zaktualizowanej wersji w 2009 r.

Inicjatywa BFH (Baby friendly Hospital) dostarcza wytycznych dotyczących wprowadzania, szkolenia, monitorowania, oceny i re-oceny 10 kroków do skutecznego karmienia piersią i Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce- zestaw rekomendacji regulujących marketing substytutów mleka kobiecego, butelek do karmienia i smoczków przyjętych przez 34-te WHA w 1981 i jego(WHA) kolejno przyjęte rezolucje.

Poniższe wytyczne analizują każdą z praktyk w 10 krokach do skutecznego karmienia piersią, w celu zebrania razem dowodów i rozważań mających na celu informowanie osób praktykujących. Zakres wytycznych jest ograniczony do specyficznych praktyk, które mogą być wprowadzone w oddziałach prowadzących opiekę nad matką i noworodkiem by chronić, promować i wspierać karmienie piersią.

Wytyczne te dopełniają przedstawione w: "Niezbędnym kursie pielęgnacji noworodka", "Opieka nad matką kangurującą: praktyczny przewodnik" "Cięża, poród i opieka nad noworodkiem: przewodnik po podstawowych praktykach", "Standardy poprawy jakości opieki nad matką i noworodkiem w placówkach służby zdrowia" i nie zastępują ich.

Cele wytycznych: dostarczają globalnych, opartych na dowodach naukowych rekomendacji o ochronie, promocji i wsparciu karmienia piersią w oddziałach noworodkowych jako interwencję zdrowia publicznego by chronić, wspierać i promować optymalne karmienie piersią i poprawić odżywienie, zdrowie i rozwój.

Wytyczne są przeznaczone dla szerokiej gamy odbiorców, włączając polityków, ich ekspertów- doradców, techniczny personel w rządowych instytucjach i organizacjach zaangażowanych w projektowanie, wprowadzanie programów dla niemowląt i dzieci w sprawie żywienia. Mogą też być użyte przez pracowników ochrony zdrowia (profesjonalistów zdrowia), klinicystów, uniwersytety i instytucje szkoleniowe by rozpowszechniać informacje.

Te wytyczne dotyczą kobiet rodzących w szpitalach, oddziałów położniczych lub innych oddziałów dostarczających opiekę nad matką i noworodkiem. To włącza pary: matka-dziecko, wcześniaki, dzieci z niską masą urodzeniową i te które przebywają w OITN (oddział intensywnej terapii noworodka). Istnieją dalsze wytyczne dotyczące noworodków z niską masą urodzeniową opracowane przez WHO " Wytyczne dotyczące optymalnego żywienia niemowląt o niskiej masie urodzeniowej w krajach o niskim i średnim dochodzie. Niemowlęta które są zarażone wirusem HIV lub których matki są zarażone HIV mogą dodatkowo odnieść się do aktualnych wytycznych dotyczących niemowląt z HIV

Wytyczne mają na celu pomoc państwom członkowskim WHO i ich partnerom by podejmować oparte na dowodach decyzje i odpowiednie akcje w ich staraniach by osiągnąć: "Cele zrównoważonego rozwoju", i wprowadzenie "Kompleksowego planu wdrożeniowego dotyczącego żywienia matek, niemowląt i małych dzieci" "Globalnej Strategii zdrowia kobiet, dzieci i młodzieży (2016–2030)" i "Globalnej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci"

REKOMENDACJE:

Natychmiastowe wsparcie by rozpocząć i ustabilizować laktację

- 1 Wczesny i niezakłócony kontakt skóra do skóry pomiędzy matką i noworodkiem powinien być ułatwiony i matka powinna być do niego zachęcana tak wcześnie jak to możliwe po urodzeniu
2. Wszystkie matki powinny być wspierane by rozpocząć karmienie piersią tak szybko jak to możliwe po urodzeniu, nie wyłączając pierwszych godzin po porodzie.
- 3 Matki powinny otrzymywać praktyczne wsparcie by ułatwić im rozpoczęcie i utrzymanie karmienia piersią i potrafić sprostać zwykłym problemom związanym z karmieniem piersią
- 4 Matki powinny być uczone jak uzyskać mleko jako utrzymanie laktacji w przypadku czasowego odseparowania od niemowlęcia
- 5 Oddziały które opiekują się matką i noworodkiem powinny umożliwiać matkom i ich niemowlętom pozostawanie razem i praktykowanie rooming-in w trakcie dnia i nocy. Nie dotyczy to okoliczności gdy niemowlęta muszą być przeniesione na oddziały specjalistycznej opieki nad noworodkiem
- 6 Matki powinny być wspierane by praktykować odpowiedzialne karmienie jako część opieki nad dzieckiem

Praktyki karmienia i dodatkowe potrzeby niemowlęcia

- 7 matki powinny być zniechęcane do podawania jakiegokolwiek jedzenia lub płynów innych niż pokarm matki, chyba, że są wskazania medyczne
- 8 Matki powinny być wspierane by rozpoznawać u ich dzieci wczesne oznaki głodu (zachowania które wskazują na potrzebę nakarmienia dziecka), potrzeby bliskości i komfortu, umożliwiające odpowiednie reakcje na te wskazówki uwzględniając różne z opcji jeszcze podczas pobytu na oddziale położniczo-noworodkowym

9 Dla wcześniaków, które nie są zdolne do karmienia piersią bezpośrednio, nieodżywcze ssanie i stymulacja oralna może być wartościowa dopóki karmienie piersią będzie możliwe
10 Jeżeli ściągnięte mleko lub inne pokarmy są wskazane medycznie dla noworodków urodzonych o czasie, metody karmienia jak kubeczki, łyżeczki, butelki do karmienia i smoczki mogą być użyte podczas ich pobytu na oddziale położniczo-noworodkowym
11 Jeżeli ściągnięte mleko lub inny pokarm jest medycznie wskazany dla wcześniaków, metody karmienia takie jak kubeczki lub łyżeczki są bardziej preferowane niż butelki do karmienia i smoczki

Kreowanie i włączanie środowiska

12 Oddziały opiekujące się matką i noworodkiem powinny posiadać jasno napisaną politykę karmienia piersią, która jest rutynowo przedstawiana personelowi i rodzicom

13 Pracownicy oddziałów które dostarczają usług żywienia niemowląt, włączając wsparcie karmienia piersią, powinni posiadać odpowiednią wiedzę, kompetencje i umiejętności by wspierać kobiety karmiące piersią.

14 Jeżeli oddziały dostarczają opieki przedporodowej to kobiety ciężarne i ich rodziny powinny mieć umożliwione doradztwo na temat korzyści i praktykowania karmienia piersią

15 Jako część ochrony, promocji i wsparcia karmienia piersią, wypisane z oddziału matki powinny mieć zaplanowaną i skoordynowaną opiekę by rodzice i ich niemowlęta mieli dostęp do ciągłego wsparcia i otrzymania odpowiedniej opieki

This guideline is an update of, and supersedes, (jak wyżej) the Ten Steps to Successful Breastfeeding, as published in a joint statement by WHO and UNICEF in 1989, Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. It complements the operational guidance of the Innocenti Declaration on the protection, promotion

and support of breastfeeding, adopted in Florence, Italy in 1990, and the Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding, published in 2005. It also complements some of the implementation guidance of the Baby-friendly Hospital Initiative, published in 1991 and updated in 2009 (only inasmuch as aspects of the Ten Steps to Successful Breastfeeding remain unchanged)

UWAGI

- celowana i optymalna natychmiastowa opieka by rozpocząć i utrzymać karmienie piersią w pierwszych godzinach i dniach życia ma pozytywne efekty daleko poza pobyt na oddziale położniczo-noworodkowym

-choć istnieją dowody na korzyści natychmiastowego i nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry (SDS), kontakt rozpoczynający się mniej niż 10 minut po porodzie, to ta praktyka może być często rozpoczynana znacznie wcześniej, w momencie porodu lub w ciągu 3 minut od porodu, w trakcie oceny, osuszania i odśluzowywania (jeżeli jest konieczne) można umożliwić kontakt SDS. Nieprzerwany kontakt SDS idealnie powinien trwać nie krócej niż godzina i dłuższy czas, jeżeli jest dobrze tolerowany przez matkę i dziecko powinno się do niego zachęcać

-podczas wczesnego kontaktu SDS przez co najmniej dwie pierwsze godziny po porodzie rozsądna czujność i środki ostrożności powinny być zachowane, tak by personel mógł obserwować, oceniać i zapobiegać jakimkolwiek oznakom dolegliwości.

-wczesne rozpoczęcie karmienia piersią ma pozytywne efekty jeżeli zostało przeprowadzone w pierwszej godzinie od porodu. Pośród zdrowych urodzonych o czasie noworodków oznaki

głodu mogą być widoczne w pierwszych 15-20 minutach po porodzie albo mogą być niewidoczne ponad ten czas.

- ponieważ jest efekt dawka-odpowiedź, we wczesnym rozpoczęciu karmienia piersią, większe korzyści u matek które nie rozpoczęły karmienia w 1 godzinie są gdy otrzymają wsparcie tak szybko jak jest to możliwe. Może to dotyczyć matek po cięciu cesarskim (CC), po znieczuleniu lub u tych które są medycznie niestabilne co opóźnia rozpoczęcie karmienia piersią w pierwszych godzinach po porodzie

- matki powinny być zdolne do osiągnięcia efektywnego karmienia piersią, włączając bycie zdolnym do przyjęcia pozycji i przystawienia swoich dzieci do piersi, odpowiadać na oznaki głodu i sytości niemowlęcia i uzyskać ściągnięte mleko kiedy jest to potrzebne

- pozyskiwanie mleka kobiecego jest często techniką do stymulowania więzi i efektywnego ssania podczas stabilizowania się karmienia piersią, nie tylko gdy matka i dziecko są od siebie odseparowani

- matki niemowląt które są przeniesione na OIT powinny być delikatnie wspierane by umożliwić im kontakt SDS z ich niemowlętami, rozpoznawania zachowań ich niemowląt i efektywne pozyskiwanie mleka

- dodatkowe pokarmy i płyny zamiast pokarmu kobiecego powinny być tylko podawane gdy istnieje medyczne uzasadnienie. Brak środków, czasu personelu lub wiedzy nie uzasadnia użycia dodatkowych pokarmów lub płynów

- odpowiednie wsparcie i konsultowanie matek i innych członków rodziny umożliwia im podejmowanie świadomych decyzji o użyciu lub unikaniu smoczków lub butelek do karmienia dopóki nie osiągnie się prawidłowego karmienia piersią

- wsparcie matek w odpowiedzi na wiele różnych sposobów na wskazówki dotyczące zachowania dotyczącego karmienia, komfort i bliskość umożliwiają im budować opiekuńczo-odżywczą relację z ich dziećmi i wzrost ich pewności siebie w karmieniu piersią i w trakcie wzrostu i rozwoju ich dzieci. Sposoby na odpowiadanie na wskazówki niemowląt włączając karmienie piersią, kontakt SDS, przytulanie, noszenie, rozmowa, uśmiech, śpiewanie itp.

- nie powinno być promocji substytutów pokarmu kobiecego , butelek do karmienia i smoczków, uspokajaczy w żadnej części oddziału dostarczającego opiekę nad matką i noworodkiem lub przez jakikolwiek inny personel

- oddziały zdrowia i ich personel nie powinni dawać butelek do karmienia i smoczków lub innych produktów w zakresie Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece

- kreowanie umożliwiającego karmienie piersią środowiska włącza politykę i wytyczne, które zawierają standardy promocji, ochrony i wspierania karmienia piersią w oddziałach położniczo-neonatologicznych.

- istotne szkolenie pracowników ochrony zdrowia jest kluczowe by umożliwić standardy jakości i by były wprowadzane efektywnie zgodnie z ich rolą

- rodzice powinni otrzymać przedporodową edukację na temat karmienia piersią, która jest skierowana na ich indywidualne potrzeby i łagodnie przekazywana biorąc pod uwagę ich społeczny i kulturalny kontekst. To przygotowuje ich na wyzwania które mogą ich czekać

- matki powinny być przygotowane, by móc im zapewnić karmienie i opiekę nad ich dziećmi i powinny posiadać dostęp do kontynuacji wsparcia karmienia piersią. Wsparcie karmienia piersią w kolejnych dniach i tygodniach będzie kluczowe do identyfikacji wczesnych wyzwań, które mogą wystąpić

- minimalizowanie przeszkód do karmienia piersią podczas pobytu w oddziale dostarcza matce i noworodkowi opiekę której wymagają i opiekę która umożliwia matce karmienie piersią w takiej ilości, tak często i tak długo jak sobie tego życzy

LUKI W BADANIACH (tu sporo nie zrozumiałam kontekstu wypowiedzi)

- Więcej badań z różnych regionów, krajów, grup populacji (np. poziomy edukacji, kulturalne i etniczne tło) i kontekst są potrzebne
- Dostępne dowody o karmieniu piersią, edukacji i treningu pracowników zdrowia z wiedzy, postawy, umiejętności i kompetencji są wymagane by pracować efektywnie z rodzicami karmiącymi piersią, badania te mają limity i mają słabą jakość. Nowsze badania są potrzebne do porównania różnych czasów trwania, istoty (włączając praktyczne i kliniczne umiejętności) i sposobów kształcenia w stosunku minimalnych kompetencji dotyczących zwykłych wyzwań karmienia piersią
- więcej badań jest potrzebnych nad zaawansowanymi kompetencjami wymaganymi do rozwiązywania bardziej złożonych problemów
- zaangażowanie rodziny w edukację, konsultacje i informacje zyskuje na korzyściach i rozwoju dziecka
- badania są wymagane na temat kontaktu SDS wśród mniej zdrowych lub niestabilnych par rodziców-niemowląt, biorąc pod uwagę stabilność indywidualną pary. Więcej badań jest potrzebnych dotyczących czasu interwencji inicjacji, efektów interwencji mikrobiomu i długoterminowego rozwoju nerwowego i wyników zdrowotnych
- trzeba więcej badań na temat wprowadzania bezpiecznego kontaktu SDS i systemu rooming-in ; takich jak czas, częstość oceny i metody by zmniejszyć niepożądane zdarzenia (upadki itp.)
- wprowadzenie badań na temat karmienia opartego na wczesnych oznakach głodu niemowlęcia może przynieść więcej jasności w szerszym procesie rozpoczynania karmienia piersią, gotowości do karmienia, głodu i karmienia oraz adekwatność informacji przekazywanym rodzicom. Dodatkowe wyniki oprócz wskaźników karmienia piersią obejmują matczyne czynniki (takie jak wyczerpanie, stres, brak snu, stres, znieczulenie, satysfakcja z karmienia piersią, pewność siebie) i czynniki niemowlęce (np. nagła śmierć łóżeczkowa noworodka, zakażenia i inne elementy bezpieczeństwa)
- wymagania medyczne i efekty dodatkowych pokarmów dla niemowląt i matek wymagają dalszych badań. Analiza tych efektów przez stan matki i dziecka, sposób porodu, wcześniactwo lub niska masa urodzeniowa, czas, typ posiłków i płynów i innych czynników mogą być użyteczne.
- konieczne są bardziej rzetelne badania na temat nieodżywczego ssania i stymulacji doustnej wcześniaków
- konieczne są wysokiej jakości badania dotyczące praktyk i wdrażania rekomendacji na oddziałach, jako baza dla doświadczalnych i obserwacyjnych badań, szczególnie dla wytycznych dla których dostępne dowody mają niską lub bardzo niską jakość

WYTYCZNE WHO 2017

Ochrona, promocja i wsparcie karmienia piersią w oddziałach sprawujących opiekę matką i noworodkiem

WSTĘP

Dowody na wagę karmienia piersią jako kamienia milowego w przeżyciu dzieci, ich odżywieniu i rozwoju oraz zdrowiu matki stale rosną. Seria systematycznych przeglądów ukazuje efekty karmienia piersią w zmniejszeniu infekcji u dzieci i wad dentystycznych oraz we wzroście inteligencji. Matki, które karmią piersią mają zmniejszone ryzyko raka piersi. Poprawa wskaźnika karmienia piersią globalnie może zapobiec ponad 800tys zgonom u dzieci poniżej 5 roku życia i 20 tys zgonom z powodu raka piersi rocznie. Nie-karmienie piersią jest związane z rocznymi ekonomicznymi stratami ponad 300 miliardów USD w skali świata lub 0,5% światowego dochodu brutto.

WHO rekomenduje wyłączne karmienie piersią w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia, kontynuowanie karmienia piersią z odpowiednim wprowadzaniem pokarmów uzupełniających do 2 lat lub dłużej. W 2012 rezolucja WHA 65.6 zatwierdziła Kompleksowy plan wdrożeniowy dotyczący żywienia matek, niemowląt i małych dzieci, precyzując 6 globalnych celów żywienia do 2025r, jednym z nich jest wzrost wskaźnika karmienia piersią w ciągu pierwszych 6 miesięcy przynajmniej do 50%. Obecnie, tylko 37% niemowląt młodszych niż 6 miesięcy są wyłącznie karmione piersią.

Kobiety potrzebują wsparcia w kierunku optymalizacji ich szans na karmienie piersią zgodnie z rekomendacjami WHO. Te dowody pokazują, że wprowadzenie 10 kroków do skutecznego karmienia piersią, które są wymienione w stanowisku UNICEFU i podkreślone w Inicjatywie BFH mają pozytywny wpływ na wyniki karmienia piersią ze związkiem dawka-odpowieź. Wytyczne sprawdzają każdą część 10 kroków by zebrać wszystkie dowody i rozważania dla osób praktykujących. To dostarcza globalne, oparte na dowodach rekomendacje do wspierania i poprawy opieki, promocji i wsparcia karmienia piersią w oddziałach neonatologicznych jako interwencja zdrowia publicznego, w stosunku do poprawy karmienia piersią, zdrowia i wyników odżywiania.

10 kroków:

- 1 Posiadanie napisanych wytycznych które są rutynowo przekazywane dla pracowników
- 2 Szkolenie dla wszystkich pracowników w umiejętnościach wystarczających by wprowadzić tę politykę
- 3 Informowanie wszystkich ciężarnych na temat zysków i możliwości karmienia piersią
- 4 Pomoc matkom w rozpoczęciu karmienia piersią w ciągu pół godziny od porodu
- 5 Okazanie matkom jak karmić piersią i jak utrzymać laktację, nawet jeżeli są odseparowane od ich niemowląt
- 6 Nie podawać noworodkom jedzenia i picia innego niż pokarm matki, chyba, że są medyczne wskazania ku temu
- 7 Praktykowanie rooming-in pozwala matce i dziecku na przebywanie razem 24h na dzień
- 8 Zachęcanie do karmienia piersią na żądanie
- 9 Nie podawanie smoczków lub uspokajaczy dzieciom karmionym piersią
- 10 Wspieranie grup wsparcia karmienia piersią i odsyłanie do nich matki po wypisaniu ze szpitala

CELE:

Te wytyczne dostarczają globalnych, opartych na dowodach rekomendacji w ochronie, promocji i wsparciu karmienia piersią w oddziałach neonatologicznych jako interwencja zdrowia publicznego i poprawa odżywienia, zdrowia i rozwoju.

Te wytyczne mają się przyczynić do dyskusji wśród decydentów przy wyborze lub ustalaniu priorytetowych interwencji, które należy podjąć w ich specyficznym kontekście.

Wytyczne te prezentują kluczowe rekomendacje, podsumowanie dowodów i opisów rozważań, które przyczyniły się do rozważania i podejmowania decyzji w drodze konsensusu. To nie ma stanowić kompleksowej instrukcji lub narzędzia wdrożenia dla BFH, lub innych programów.

Wytyczne mają na celu pomoc państwom członkowskim WHO i ich partnerom by podejmować oparte na dowodach decyzje i odpowiednie akcje w ich staraniach by osiągnąć: “Cele zrównoważonego rozwoju” , i wprowadzenie “Kompleksowego planu wdrożeniowego dotyczącego żywienia matek, niemowląt i małych dzieci” “Globalnej Strategii zdrowia kobiet, dzieci i młodzieży (2016–2030)” i “Globalnej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci”

ZAKRES

Zakres tych wytycznych ogranicza się do specyficznych praktyk które mogą być wprowadzone w oddziałach dostarczających opiekę matce i noworodkowi by chronić, promować i wspierać karmienie piersią.

Wytyczne te dopełniają przedstawione w: “Niezbędnym kursie pielęgnacji noworodka”, “Opieka nad matka kangurująca: praktyczny przewodnik” “Ciąża, poród i opieka nad noworodkiem: przewodnik po podstawowych praktykach”, “Standardy poprawy jakości opieki nad matką i noworodkiem w placówkach służby zdrowia” i nie zastępują ich.

CELOWANA GRUPA ODBIORCÓW:

Końcowi odbiorcy wytycznych to:

- krajowi i lokalni politycy
- realizatorzy i menedżerowie krajowych i lokalnych programów żywieniowych
- pozarządowe i inne organizacje i profesjonalne społeczności zaangażowane w planowanie i zarządzanie akcjami dotyczącymi odżywiania
- pracownicy zdrowia i administracji zaangażowani w tworzenie polityki, szerzenie informacji, edukację i szkolenie w szpitalach, oddziałach neonatologicznych i innych instytucjach które dostarczają usług położniczych
- pracownicy ochrony zdrowia, włączając menedżerów żywienia i programów zdrowotnych i pracowników publicznych odpowiadających za politykę zdrowotną w różnych placówkach
- pracownicy ochrony zdrowia w oddziałach opiekujących się matką i noworodkiem

ZAINTERESOWANA POPULACJA

Te wytyczne dotyczą koniet rodzących w szpitalach, oddziałach położniczych lub innych oddziałach dostarczających opieki nad matką i noworodkiem

To zawiera parę matka-dziecko włączając noworodki urodzone o czasie tak samo jak i wcześniaki, urodzone z niską masą urodzeniową lub chore i te wymagające intensywnej opieki medycznej. Istnieją dalsze wytyczne dotyczące noworodków z niską masą urodzeniową opracowane przez WHO “Wytyczne optymalnego karmienia noworodków z niską masą urodzeniową w krajach o niskim i średnim dochodzie” Niemowlęta które są lub które mają matki żyjące z HIV mogą dodatkowo odnieść się do aktualnych wytycznych dotyczących niemowląt z HIV

Noworodki urodzone w domu i te które z medycznych przyczyn nie są karmione piersią czasowo lub stale nie będą uwzględniane w tych wytycznych

OPIS INTERWENCJI:

Poniższa sekcja opisuje działanie i definicje używane do zbierania i syntetyzowania dowodów zawartych w rekomendacjach

NATYCHMIASTOWE WSPARCIE DO KARMIENTA PIERSIĄ

Kontakt skóra do skóry: jest gdy noworodek jest położony wzdłuż na matki brzuchu lub klatce piersiowej bezpośrednio brzuch do brzucha i w kontakcie skóra do skóry. Natychmiastowy SDS jest gdy jest to bezpośrednio po porodzie, mniej niż 10 minut po urodzeniu. Wczesny SDS jest definiowany jako rozpoczęty w jakimkolwiek czasie do 23 godzin od urodzenia. SDS powinien być nieprzerwany przez co najmniej 60 minut. Noworodek jest dokładnie wysuszony i trzymany ciepło (np. poprzez położenie ogrzanego koca). Wśród wcześniaków i noworodków z niską masą urodzeniową, kangurowa opieka matki angażuje podobne ułożenie noworodka skóra do skóry i noworodek jest mocno „przywiązany” do klatki piersiowej matki, często między piersiami tak szybko jak tylko niemowlę zdolne jest do tego. Opieka kangurowania może być dzielona z innymi, często z partnerami matek, innymi rodzicami dzieci, bliskimi krewnymi lub innymi osobami towarzyszącymi.

Wczesne rozpoczęcie karmienia piersią: zawiera inicjację karmienia piersią w czasie do 1 godziny po porodzie. Opóźniona inicjacja oznacza karmienie po pierwszej godzinie od porodu (2-23h lub dzień lub więcej od porodu). Noworodki kładzione w kontakcie SDS zwykle odnajdują swoją własną drogę do piersi i zjadają spontanicznie, chyba że uspokajają je środki znieczulające podane matce.

Pokazywanie matce jak karmić: jest kompleksowym zestawem interwencji wsparcia (praktyczne, emocjonalne, motywacyjne i informacyjne, które pozwala matce karmić z sukcesem. To wsparcie zwykle zawiera pokazanie matce jak trzymać i w jakiej pozycji dziecko przy piersi oraz prezentowanie możliwości do dyskusji i asystowania z możliwością zadawania pytań.

Pokazywanie matce jak odciągnąć mleko: może być użyteczne by uspokoić matki, że ich piersi produkują mleko (szczególnie w pierwszych kilku dniach po porodzie) i ewentualnie by umożliwić matce dostarczanie mleka z piersi w przypadku gdy będzie odseparowana od jej niemowlęcia. Ściąganie mleka jest głównie wykonywane i nauczane poprzez ręczne ściąganie, z użyciem mechanicznych laktatorów tylko gdy jest niezbędne. Systematyczny przegląd ściągania mleka zawiera badania, które dostarczają instrukcji protokołu) wsparcia dla ręcznego lub mechanicznego odciągania pokarmu

Rooming-in zakłada trzymanie matek i noworodków w tym samym pomieszczeniu po opuszczeniu sali porodowej po normalnym porodzie na oddziale lub od czasu gdy matka jest zdolna by „reagować” na niemowlę przed wypisem. Znaczy to, że matka i noworodek są razem przez dzień i noc, oprócz krótkich przerw gdy matka ma specyficzne potrzeby, np. by skorzystać z toalety. Przeciwstawną interwencją jest gdy matka i dziecko są w osobnych salach przez cały lub większość czasu i główną opieką dla noworodka jest personel pielęgniarski podczas pobytu w szpitalu.

Karmienie na żądanie (lub karmienie w odpowiedzi lub karmienie prowadzone przez dzieci) angażuje rozpoznawanie i reagowanie na pokazywane wskazówki głodu i nasycenia przez niemowlę i gotowość do karmienia, jako część naturalnej relacji między matką i

noworodkiem. Żądanie, odpowiedź lub karmienie prowadzone przez dzieci nie jest restrykcyjne względem częstości i długości karmienia, lub użycia jednej lub obu piersi podczas karmienia i matkom jest doradzane by karmiły piersią gdy tylko dziecko okazuje oznaki głodu lub tak często jak tylko dziecko tego chce. Przeciwstawieństwem jest karmienie zgodne z harmonogramem, który obejmuje z góry, jest zwykle ograniczony czasowo częstością i programem karmień.

PRAKTYKI KARMIENTA I DODATKOWE POTRZEBY NIEMOWLĘCIA

Interwencje, które są związane z praktykami karmienia i dodatkowymi potrzebami na wczesnym etapie dotyczą dodatkowych pokarmów lub płynów, smoczków lub uspokajaczy oraz karmieniem butelką i smoczkiem.

Wczesne wprowadzanie pokarmów lub płynów to podawanie jakiegokolwiek jedzenia przed 6 miesiącem życia, rekomendowanym czasem wyłącznego karmienia piersią. W oddziałach można to rozumieć jako podawanie pokarmów przed pierwszym karmieniem, wody, wody z glukozą lub modyfikowanego mleka podawanego poza rekomendacjami WHO w przypadkach w których są akceptowalne medyczne przyczyny do podawania substytutów mleka kobiecego.

Unikanie smoczków zakłada doradzanie matkom unikanie oferowania smoczków i można dodatkowo matki uczyć alternatywnych metod uspokajania dzieci. Nieograniczone użycie smoczków oznacza swobodne oferowanie smoczków noworodkom do ssania podczas ich pobytu w oddziale. Nieodżywcze ssanie lub oralna stymulacja wśród wcześniaków, które występuje w nieobecności przepływu składników odżywczych, aby ułatwić zachowanie ssania, często obejmuje stosowanie smoczków, palców w rękawiczkach lub piersi, która jeszcze nie produkuje mleka.

Unikanie karmienia butelkami i smoczkami obejmuje oferowanie pokarmów doustnych (pokarm kobiecy lub mieszanka gdy są medyczne wskazania) bez stosowania butelek z smoczkiem, a zamiast tego użycie kubeczka, zakraplacza, palca lub łyżeczki gdy dziecko nie jest „podłączone” do piersi.

TWORZENIE SPRZYJAJĄCEGO ŚRODOWISKA

Efektywna i trwała poprawa w praktykach często wymaga odpowiedniej polityki i wsparcia środowiska. W oddziałach neonatologicznych, interwencje rozpatrywane w ramach domeny tworzenia środowiska umożliwiającego matkom karmienie piersią obejmują spisanie polityki karmienia piersią, szkolenie pracowników ochrony zdrowia, przedporodową edukację i przygotowanie matek i planowanie po wypisie z oddziału powiązania do kontynuacji wsparcia karmienia piersią.

Polityka karmienia piersią w oddziałach dostarcza matkom i noworodkom usług potrzebnych by pokryć całe standardowe ustanowione praktyki, w pełni wprowadzone, publicznie i regularnie przedstawiane pracownikom. Pomaga to skupić się na społecznych, środowiskowych i praktycznych czynnikach, które wpływają na zdolność matki do karmienia. Systematyczny przegląd polityki karmienia piersią w oddziałach obejmuje wszystkie randomizowane, kontrolowane badania, nierandomizowane i obserwacyjne badania oceniające oddziały z pisemną polityką karmienia piersią.

Szkolenie pracowników pozwala im na budowanie na istniejącej wiedzy umiejętności ich i rozwój, przekazywanie spójnych komunikatów i wdrażanie standardów polityki zgodnie z ich rolą.

Przedporodowa edukacja na temat karmienia piersią może zachęcać do dyskusji, pomóc przygotować przyszłe matki praktycznie i promować rozpoczęcie karmienia piersią po porodzie. To może zawierać konsultowanie i przekazywanie informacji na różne sposoby. Przedporodowa edukacja różni się od wsparcia laktacyjnego gdyż wsparcie laktacyjne jest dawane po porodzie dla indywidualnych matek, które tego potrzebują w tym czasie i obejmuje: psychologiczne, fizyczne, finansowe lub celowane informacje. Dwa systematyczne przeglądy były wykonane na temat przedporodowej edukacji, włączające badania ze wsparciem ze strony profesjonalistów nie związanych z opieką zdrowotną.

Planowanie wypisu i kontynuacji wsparcia: przed wypisem z oddziału jest niezbędne by zaplanować karmienie piersią i by dostarczyć kontynuację i konsekwentnego wsparcia poza oddziałem, by pomóc matkom by utrzymać karmienie piersią. support made by the facilities

DOWODY I REKOMENDACJE

WYKONALNOŚĆ: Opierając się na informacjach z 70 krajów w 2010-2011 i z 61 krajów w 2006, dla całkowitej liczby 131 krajów, liczba oddziałów na całym świecie, które kiedykolwiek miały status BFH to 21 328. Ta liczba reprezentuje 27,5% wszystkich oddziałów neonatologicznych na całym świecie, 8,5 % w wysoko-rozwiniętych krajach i 31% w nisko i średnio rozwiniętych. Nowsze dane z 2016 i 2017 z przeglądu Global Nutrition Policy z 155 krajów pokazuje, że 71% krajów mają programy dla Inicjatywy BFH. To znaczy, że 10% narodzin w 2016 roku było przeprowadzonych w oddziałach określanych jako BFH. A zatem od ponad 25 lat od początku powstania inicjatywy 10 kroków do skutecznego karmienia , procent narodzin w oddziałach BFH pozostaje niska. Wyzwania zawierają: zrównoważony rozwój, źródła i konkurencyjne priorytety. Włączenie interwencji które promują, chronią i wspierają karmienie piersią do standardów jakości oddziałów może być drogą do zapewnienia zrównoważonej integracji optymalnego zarządzania laktacją w podstawowej opiece.

SŁUSZNOŚĆ I PRAWA CZŁOWIEKA

Jak w innych dziedzinach aktywności ludzkiej i społecznej interakcji, karmienie piersią też jest przedmiotem debaty z perspektywy praw człowieka, porusza fundamentalne pytania na temat praw kobiet i niemowląt, praw w szerszej perspektywie wzajemnych powiązań i niepodzielności praw człowieka

W 2016 United Nations Special Rapporteurs on the Right to Food and the Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in Law and Practice i Committee on the Rights of the Child stworzyły wspólne oświadczenie we wsparciu rosnących działań by chronić, promować i wspierać karmienie piersią. Oświadczenie nakreśla zasady i dostarcza przewodnik oparty na prawach człowieka dla Państw Członkowskich, które wzywają do wspierania i ochrony karmienia piersią:

- karmienie piersią jest kwestią praw człowieka zarówno dla matki jak i niemowlęcia
- dzieci mają prawo do życia, przetrwania i rozwoju i do najlepszych osiągalnych standardów zdrowia, spośród których karmienie piersią musi być rozważane jako integralna składowa, tak samo jak bezpieczeństwo i odżywcze jedzenie
- kobiety mają prawo do odpowiedniej, bezinteresownej informacji potrzebnej do podejmowania świadomego wyboru o karmieniu piersią. Ponadto mają prawo do dobrej opieki medycznej, włączając wszechstronną opiekę zdrowotną: seksualna, reprodukcyjna i położniczą. Mają prawo do odpowiedniej ochrony macierzyństwa w miejscu pracy i przyjaznego środowiska i odpowiednich warunków w publicznych przestrzeniach dla karmienia piersią, które są istotne do zapewnienia skutecznego karmienia piersią
- Państwom przypomina się o ich zobowiązaniach dotyczących międzynarodowych praw człowieka które mówią o dostarczaniu całkowitego niezbędnego wsparcia dla ochrony matki, niemowlęcia i małego dziecka by ułatwić im optymalne praktyki żywieniowe. Państwa powinny podjąć wszystkie niezbędne środki by chronić, promować i wspierać karmienie piersią i zakończyć nieodpowiednią promocję substytutów mleka lub innych posiłków przeznaczonych dla niemowląt i małych dzieci.
- Państwa muszą rozpoznawać i dostarczać wsparcia do ochrony potrzebnej kobietom by podejmować świadome decyzje dotyczące optymalnego żywienia ich niemowląt i małych dzieci jako rdzenia zobowiązań praw człowieka.
- Ograniczenia kobiecej autonomii w podejmowaniu decyzji o ich własnym życiu prowadzi do naruszenia praw kobiety do zdrowia i godzi w kobietą godność i integralność ciała. W pomocy kobietom w podejmowaniu świadomych wyborów o karmieniu piersią, powinna być ostrożność by nie potępiać lub nie oceniać kobiet które nie chcą lub które nie mogą karmić piersią.

Organizacje społeczno-obywatelskie muszą ponadto ukazywać karmienie piersią jako prawa człowieka zarówno niemowlęcia jak i matki. Te organizacje muszą być również kluczem w rozwoju praw człowieka w perspektywie karmienia piersią.

Liczba przeglądów i głównych badań pośród wysoko-, średnio i nisko-rozwiniętych krajów przedstawiły, że wczesne rozpoczęcie karmienia piersią prowadzi do osiągnięcia sprawiedliwości i że konsultacyjne interwencje promujące karmienie piersią mają lepsze efekty w nisko-rozwiniętych populacjach

W odniesieniu do czasu trwania karmienia piersią, dostępność dowodów jest mieszana, lecz zwykle ukazują, że podgrupy populacji u których dzieci są bardziej narażone na śmiertelność i zwiększoną umieralności z powodu nie-karmienia piersią są najmniej prawdopodobne by poprawić wśród nich czas trwania karmienia, co podkreśla potrzebę przedstawienia ukierunkowanego podejścia na wyrównanie w interwencjach karmienia piersią, w stosunku do stopniowego zamykania niesprawiedliwych luk między grupami populacji. Inne dowody sugerują, że kobiety z różnych środowisk i kultur do których kierowane są różne publiczne programy zdrowotne takie jak przedporodowa opieka są bardziej za karmieniem piersią i są bardziej zaangażowane w dłuższe karmienie piersią, co przyczynia się do zmniejszania zdrowotnych nierówności.

NATYCHMIASTOWE WSPARCIE DO ROZPOCZĘCIA I UTRZYMANIA KARMIENIA PIERSIĄ

Dowody które formowały rekomendacje na temat natychmiastowego wsparcia dla karmienia piersią dla kobiet i ich dzieci są oparte na 9 systematycznych przeglądach z Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, Cochrane neonatal review group i niezależnych autorów.

Sekretariat WHO dodatkowo wykonał ocenę jakościową syntezy dowodów opublikowanej literatury, aby zidentyfikować i podsumować wyniki badań jakościowych na temat wartości i preferencji matek

Przeгляд opublikowanej literatury był wykonany aby informować o źródłach wykonalności, sprawiedliwości i praw człowieka dla każdej interwencji. te informacje są umieszczone powyżej.

Chociaż kwestie dotyczące implikacji zasobów? są podobne dla wielu interwencji, niektóre są bardziej specyficzne i są prezentowane dla poszczególnych interwencji. To powinno być zauważalne w całym tekście, chociaż karmienie piersią ma krótko i długoterminowe zdrowotne, ekonomiczne i środowiskowe zalety dla dzieci, kobiet i społeczeństwa.

Ekonomiczne straty nie-karmienia były szacowane na 302 miliardy USD rocznie w skali światowej. Inwestycje w kierunku ochrony, promocji i wsparcia karmienia piersią są konieczne by zrealizować te korzyści.

WCZESNY KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Systematyczny przegląd porównujący natychmiastowy (do 10 min) i wczesny (od 10 min do 23h) kontakt sds między matką a zdrowym noworodkiem zawierał 46 prób z 3850 parami matka-dziecko (62). Przegląd ukazał że natychmiastowy lub wczesny kontakt prawdopodobnie poprawia wyłączone karmienie piersią od wypisu do szpitala do 1 miesiąca życia (risk ratio [RR]: 1.30; 95% confidence

interval [CI]: 1.12 to 1.49; 6 studies, n = 711; moderate

quality of evidence) i może poprawić wyłączone karmienie piersią od 6 tygodni do 6 miesięcy (RR: 1.50; 59% CI: 1.18 to 1.90; 7 studies, n = 640; low quality of evidence).

natychmiastowy lub wczesny sds prawdopodobnie poprawia karmienie piersią w wieku 1-4 m.ż (RR: 1.24; 95% CI: 1.07 to 1.43; 14 studies, n = 887; moderate quality of evidence), porównując do standardowej opieki. Nie ma istotnej statystycznie różnicy w efekcie kontaktu sds porównując do standardowej opieki. Nie było statystycznie istotnych różnic w efekcie SDS porównując standardową opiekę na prawdopodobieństwo karmienia piersią w wieku 1-4 miesiące związanego z czasem rozpoczęcia SDS (natychmiastowego (w ciągu 10 min od porodu) i wczesnego (między 10 min i 23 godz po porodzie) test for subgroup difference $\chi^2 = 1.13$; P = 0.29).

Tylko jedno badanie mówiło o ssaniu podczas pierwszych 2 godzin od porodu i wykazało, że natychmiastowy lub wczesny SDS może nieznacznie lub w ogóle nie wpływać na ssanie w trakcie pierwszych 2 godzin, porównując do standardowej opieki (RR: 1.06; 95% CI: 0.83 to 1.35; 1 study, n = 88; low quality of evidence).

Wśród dzieci z niską masą urodzeniową w szpitalach był przeprowadzony systematyczny przegląd na temat kangurowania (główną składową którego jest SDS, tak długo jak matka i dziecko są w stanie to tolerować), porównując do standardowej opieki. Przegląd zawierał 21 badań na 3042 noworodkach. Wyłączone i jakiegokolwiek karmienie piersią wśród kangurowanych noworodków z niską masą urodzeniową jest prawdopodobnie lepsze podczas wypisu, podczas osiągnięcia 40-41 tygodnia życia (płodowego) (exclusive breastfeeding: RR: 1.16; 95% CI: 1.07 to 1.25; 6 studies, n = 1453; moderate quality of evidence; any breastfeeding: RR: 1.20; 59% CI: 1.07 to 1.34; 10 studies, n = 1696;

moderate quality of evidence), w porównaniu do tych objętych standardową opieką neonatologiczną. matki kangurujące mogą poprawić wyłączne lub jakiegokolwiek karmienie piersią w ciągu 1-3 miesięcy (exclusive breastfeeding: RR: 1.20; 95% CI: 1.01 to 1.43; 5 studies, n = 600; low quality of evidence; any breastfeeding: RR: 1.17; 95% CI: 1.05 to 1.31; 9 studies, n = 1394; low quality of evidence). Kangurowanie może prawdopodobnie sprzyjać w niewielkim stopniu lub wcale karmieniu w wieku 6-12 miesięcy (RR: 1.12; 95% CI: 0.98 to 1.29; 5 studies, n = 952; moderate quality of evidence) and may make little or no difference to exclusive breastfeeding at 6–12 months' follow-up (RR: 1.29; 95% CI: 0.95 to 1.76; 3 studies, n = 810; low quality of evidence).

Tylko jedno badanie porównało wczesne kangurowanie (do 23 godzin po porodzie) z późnym (od 24 godzin i więcej) u relatywnie stabilnych noworodków z niską masą urodzeniową i wykazało, że prawdopodobnie jest niewielka lub żadna różnica we wskaźniku wyłącznego karmienia piersią w ciągu 24h życia (RR: 1.02; 95% CI: 0.67 to 1.57; 1 study, n = 73; low quality of evidence), w 2 tygodniu życia (RR: 1.00; 95% CI: 0.89 to 1.04; 1 study, n = 71; moderate quality of evidence), w 4 tygodniu życia (RR: 0.94; 95% CI: 0.85 to 1.04; 1 study, n = 67; moderate quality of evidence) i w 6 miesiącu życia (RR: 2.69; 95% CI: 0.99 to 7.31; 1 study, n = 55; low quality of evidence).

Jakość dowodów

The overall quality of evidence for early skin-to-skin contact on the critical outcomes is moderate.

Bilans ryzyka i korzyści

Przegląd Conde-Agudelo and Díaz-Rossello wykazał zmniejszenie ryzyka śmiertelności (RR: 0.67; 95% CI: 0.48 to 0.95; 12 studies, n = 2293) i ciężkich infekcji lub sepsy (RR: 0.5; 95% CI: 0.36 to 0.69; 8 studies, n = 1463) w ostatniej obserwacji wśród niemowląt które były kangurowane. Przegląd nie wykazał różnicy w długości pobytu w oddziale (mean difference [MD]: -1.61 days; 95% CI: -3.41 to 0.18; 11 studies, n = 1057).

Przegląd by Moore et al. wykazał klinicznie znaczący wzrost glukozy we krwi u noworodków które otrzymały natychmiastowy kontakt SDS (blood glucose mg/dL at 75–180 minutes after birth MD: 10.49; 95% CI: 8.39 to 12.59; 3 studies, n = 144). Był też niewielki wzrost u niemowląt w temperaturze mierzonej pod pachą po porodzie (MD: 0.30 °C; 95% CI: 0.13 to 0.47; 6 studies, n = 558) chociaż żadne z dzieci nie było w hiper-hipotermii. Jest zainteresowanie przypadkami nagłej zapaści, zwykle raportowanej wśród noworodków matek pierworódek, które nie były obserwowane przez personel podczas kontaktu SDS z noworodkiem w pozycji pronacyjnej lub na boku na klatce piersiowej matki. Nagła, nieoczekiwana zapaść widocznie zdrowego noworodka występująca w ciągu 2 godzin po porodzie występuje u 1,6 a 5 przypadków na 100000 żywych urodzeń ze wskaźnikiem śmiertelności 0-1,1 na 100 000 żywych urodzeń.

W świetle jasnych korzyści na wskaźnik umieralności i korzyści karmienia piersią, pożądane efekty przewyższają niepożądane skutki. Jednakże, w trakcie wdrażania natychmiastowego SDS na co najmniej 2 godziny od porodu, personel powinien obserwować na sali porodowej lub poporodowej i oceniać jakiegokolwiek oznaki pogorszenia się noworodka, niezależnie czy jest urodzony o czasie, wcześniakiem czy z niską masą urodzeniową,.

Wartości i preferencje

Przegląd literatury dotyczący oceny i preferencji matek w kierunku wczesnego SDS dotyczył 13 badań z 9 krajów (Australia, Kolumbia, Egipt, Włochy, Palestyna, Rosja, szwecja, UK i Irlandia Północna i USA). Generalnie, większość matek docenia natychmiastowy SDS i czuje się szczęśliwa wykonując to. Te odkrycia były zgodne z matkami, które urodziły naturalnie o czasie, z tymi z CC i tymi, których noworodki były przekazane do OIT lub były

urodzone przedwcześnie lub z niską masą urodzeniową. Było tam umiarkowane zaufanie do dowodów.

Akceptowalność

Przeegląd literatury o akceptowalności wczesnego SDS wśród pracowników opieki zdrowotnej oceniło 15 badań, przeprowadzonych w 7 krajach (Australia, Kanada, Chiny, Francja, Indie, Nowa Zelandia i USA). Trzy tematy były poruszane podczas tych badań: 1. pracownicy cenili i mieli korzystne poglądy na temat wczesnego SDS (małe zaufanie do dowodów) 2. pracownicy mieli obawy co do bezpieczeństwa SDS po CC lub znieczuleniu, uważali, że jest to niepraktyczne i niebezpieczne i może wpływać na ich pracę (średnia jakość dowodów) 3. Pracownicy mieli obawy co do wczesnego SDS i karmienia piersią dzieci które były przekazywane na OIT, czuli, że ryzyko fizjologicznej niestabilności wśród wrażliwych niemowląt będzie za duże.

1 czas spędzony z matką 2. wydolność personelu 3 wiedza personelu dotycząca karmienia piersią. Często jest niewystarczająca ilość czasu dla personelu by obserwować i wspierać matkę w trakcie wczesnego SDS. Limitowana wydajność personelu redukuje jakość czasu, który personel może spędzić z matkami i braki w wiedzy personelu dotyczące karmienia piersią i wczesnego SDS zmniejszają ich poczucie własnej wartości i mogą prowadzić do bardziej specjalistycznego szkolenia

Rekomendacje

1 Wczesny, nieprzerwany kontakt sds pomiędzy matką a dzieckiem powinien być wdrożony i podtrzymany tak wcześnie jak jest to możliwe po urodzeniu

WCZESNE ROZPOCZĘCIE KARMIENTA

Podsumowanie dowodów

Systematyczny przegląd wczesnej inicjacji karmienia piersią (poniżej 1 godziny po porodzie) porównuje z opóźnioną (2-23 h lub 24 i więcej) włącza 5 badań z 136 047 noworodkami. W porównaniu do noworodków które rozpoczęły karmienie piersią w 2-23 h po porodzie lub te które rozpoczęły karmienie piersią po 1 dniu częściej umierają w ciągu 28 dni po porodzie. (initiated breastfeeding 2–23 hours after birth: RR: 1.33; 95% CI: 1.13 to 1.56; 5 studies, n = 136 047; initiated breastfeeding 24 hours or more after birth: RR: 2.19; 95% CI: 1.73 to 2.77; 5 studies, n = 136 047; high quality of evidence) Karmienie piersią w ciągu pierwszej godziny po porodzie może poprawiać przeżycie 3 miesięcy i do 6 miesięcy, w porównaniu do tych które zaczęły karmienie piersią później. (niska jakość dowodów)

Rozpoczęcie karmienia piersią po 1 godzinie prawdopodobnie zwiększa niewyłączne karmienie piersią w 1 miesiącu (initiated breastfeeding 2–23 hours after birth: RR: 1.15; 95% CI: 1.13 to 1.17; 1 study, n = 87 576; initiated breastfeeding 24 hours or more after birth: RR: 1.27; 95% CI: 1.24 to 1.31; 1 study, n = 87 576; moderate quality of evidence) i w 3 miesiącu (initiated breastfeeding at 2–23 hours after birth: RR: 1.05; 95% CI: 1.04 to 1.06; 1 study, n = 86 692; initiated breastfeeding 24 hours or more after birth: RR: 1.06; 95% CI: 1.04 to 1.08; 1 study, n = 86 692; moderate quality of evidence), w porównaniu do tych które zaczęły w ciągu 1 godziny po porodzie. Późniejsza inicjacja karmienia piersią prawdopodobnie zwiększa wskaźnik nie- karmienia piersią w 1 miesiącu i może zwiększać wskaźnik nie- karmienia piersią w 3 miesiącu, w porównaniu do tych z 1 godziny.

Jakość dowodów

Ogólna jakość dowodów na wczesne rozpoczęcie karmienia piersią w krytycznych wynikach jest wysoka. .

Bilans korzyści i ryzyka

Przegląd by Smith et al. ukazuje, że noworodki które rozpoczynają karmienie piersią 24 godz lub więcej po porodzie mają zwiększone ryzyko noworodkowej śmiertelności w porównaniu do tych które zaczęły przed 24 godz. (RR: 1.70; 95% CI: 1.44 to 2.01; 6 studies, n = 142 729). To powiązanie było spójne z ograniczeniem populacji do dzieci karmionych piersią (RR: 1.85; 95% CI: 1.29 to 2.67; 4 studies, n = 62 215) lub gdy populacja była ograniczona do niemowląt z niską masą urodzeniową. (RR: 1.73; 95% CI: 1.38 to 2.18; 4 studies, n = 21 258).

Wartości i preferencje

nie było badań. ale badacze oceniają, że mogą być powiązane z wczesnym SDS

Akceptowalność

Przegląd literatury o akceptowalności pracowników wykazuje te same badania co te które opisują akceptowalność wczesnego SDS. Ogólnie doceniają ale mają wątpliwości co do bezpieczeństwa po CC, znieczuleniu i na OIT.

Rekomendacje

2. Wszystkie matki powinny być wspierane w rozpoczęciu karmienia piersią tak szybko jak to możliwe po urodzeniu włączając pierwszą godzin po porodzie

INSTRUKTAŻ MATKI W KARMIENIU

Streszczenie dowodów

Systematyczny przegląd udzielania matkom praktycznego, emocjonalnego, edukacyjnego i społecznego wsparcia w karmieniu piersią, dodatkowo do standardowej opieki porównujący wyłączną standardową opiekę włączał 100 badań z 83246 parami: matka-noworodek. Doradztwo i wsparcie laktacyjne zarówno przed porodem jak i po prawdopodobnie poprawiło jakiegokolwiek karmienie piersią przed ostatnią oceną badania w wieku 6 miesięcy (RR: 0,89, 95% CI: 85 to 0,93; 51 studies, n=21708 moderate quality of evidence), mogło poprawić wyłączne karmienie piersią przed ostateczną oceną w 6 mż (RR: 0.89; 95% CI: 0.86 to 0.93; 46 studies, n = 18 303; low quality of evidence), poprawić jakiegokolwiek karmienie piersią w okresie 4–6 tygodni (RR: 0.86; 95% CI: 0.79 to 0.93; 33 studies, n = 10 776; high quality of evidence) i mogły poprawić wyłączne karmienie piersią w wieku 4-6 tygodni ((RR: 0.79; 95% CI: 0.69 to 0.89; 32 studies, n = 10 271; low quality of evidence), w porównaniu do standardowej opieki. Doradztwo laktacyjne i wsparcie po narodzinach (bez opieki przedporodowej) też prawdopodobnie poprawia wyłączne karmienie piersią przed 6 m.ż, w porównaniu do matek które miały standardową opiekę. Systematyczny przegląd oceniający różne metody uzyskiwania mleka zawierały 41 badania z 2293 uczestniczkami. Dzięki heterogeniczności w interwencjach i wynikach, większość zawartych wyników było dostarczonych z pojedynczych badań. Nie były pewne metody technik relaksacyjnych, masażu piersi lub podgrzewania piersi,one czy wpływają na wzrost ilości odciągniętego mleka, jako jakość dowodów było to ocenione jako bardzo niskie. Żadna technika odciągania pokarmu (ręczne, laktator ręczny lub elektryczny) nie była ukazana jako zwiększająca objętość uzyskanego mleka.

Bilans korzyści i ryzyka

Nie było zdarzeń niepożądanych w nauce matek karmiących piersią donoszonych noworodków lub ocenie gotowości wcześniaków do karmienia piersią.

Karmienie piersią i dostarczanie ludzkiego mleka dla ludzkiego potomstwa jest naturalną biologiczną czynnością. Podkreślając to, odciąganie mleka może być kompleksową i indywidualną aktywnością spoza normy. Nie ma dowodów by jakiś typ laktatora był związany z większą kontaminacją mleka, sepsą niemowląt lub "przeniesieniem karmienia na pierś". Niepożądany efekt związany z matką taki jak ból sutków, był zgłaszany w 3 z 41 badań włączonych do przeglądu i nie ukazywał różnic między metodami odciągania, chociaż aktualna liczba tych zdarzeń była mała.

Wartości i preferencje

8 badań z 3 państw (Kanada, UK, USA) Matki dzieci urodzonych o czasie uważały, że pokaz jak karmić był pomocny ale czasami nieadekwatnie wykonany, z niespójnościami lub niesystematycznym wsparciem. (niska jakość dowodów). Uznały też, że nauka odciągania była użyteczna i pozwala nakarmić dziecko gdy one są niedyspozycyjne. (niska jakość) Matki noworodków z OITN uznały, że odciąganie mleka jest paradoksalnym doświadczeniem, podczas którego czuły intensywną niechęć do odciągania mleka a z drugiej strony dostarczały ich dzieciom mleko jako źródło cennego połączenia z dzieckiem.

Akceptowalność

21 badań w 8 krajach (Australia, Kanada, UK, Irak, Irlandia, Pakistan, Południowa Afryka, USA). 3 tematy: 1 Bariery pokazywania matkom jak karmić 2. Różne poziomy pewności siebie w pokazywaniu matkom jak karmić 3. Negatywna postawa personelu. Pracownicy uznawali, że jest za dużo barier, głównie związanych z czasem i dostępnością personelu, by adekwatnie pokazać matkom jak karmić. Niektórzy pracownicy czują, że nie mają wystarczających umiejętności i uważają, że ktoś z większym doświadczeniem i bardziej wyspecjalizowany w laktacji byłby bardziej odpowiedni. Trzeci temat poruszał negatywny stosunek personelu, przyczyny cytowane przez pracowników: brak prywatności, osłabianie kobiet i czynienie ich mniej samowystarczalnymi, stwarzanie, że nie-karmiące kobiety w tym samym oddziale czują się winne oraz występujący strach o pogorszenie relacji z matkami.

Nie było badań dotyczących akceptowalności ukazywania matkom jak odciągać pokarm.

Rekomendacje:

3. Matki powinny otrzymać praktyczne wsparcie by umożliwić im inicjację i utrzymanie karmienia piersią i pomoc w zmaganiu ze zwykłymi trudnościami w karmieniu piersią
4. Matki powinny być nauczane jak odciągać mleko w przypadku gdy będą czasowo oddzielone od dziecka

ROOMING-IN

Systematyczny przegląd porównujący pozostawanie matek razem z dziećmi i osobno zawiera tylko jedno badanie z 176 członkami. Rooming in prawdopodobnie poprawia karmienie piersią w 4 dobie (RR: 1.92; 95% CI: 1.34 to 2.76; 1 study, n = 153; moderate quality of evidence) lecz prawdopodobnie w niewielkim stopniu lub wcale wpływa na karmienie w 6 miesiącu życia (RR: 0.84; 95% CI: 0.51 to 1.39; 1 study, n = 153; moderate quality of evidence).

Dodatkowa analiza prospektywnych badań niezrandomizowana kontrolowana próba oceniająca rooming-in i oddzielne przebywanie matki i dziecka zawierała 3 badania, które oceniły karmienie piersią w 3-4 miesiącu. Było niepewne czy rooming-in poprawia karmienie piersią w 3-4 m.ż, ale jakość badań była bardzo niska. (RR: 1.18; 95% CI: 1.00 to 1.40; 3 studies, n = 553; very low quality)

of evidence).

Bilans korzyści i ryzyka

Przegląd Jaafar et al. ukazał, że całkowity średni czas trwania wyłącznego karmienia piersią w 4 miesiącu nie wykazuje znaczącej różnicy między grupami. W badaniu też wykazano, że średnia ilości karmień wynosiła: 8,3 razy dziennie w grupie rooming-in i 7 w grupie odseparowanej.

Wyniki i preferencje

Zostało przeprowadzonych 7 badań z 7 państw (Indonezja, Irlandia, Norwegia, Rosja, Szwecja, UK, USA): pokazują, że matki preferują rooming-in ale też ukazują znaczącą proporcję tych które preferowałyby oddzielenie w nocy.

Akceptowalność:

Zostało przeprowadzonych 7 badań z 4 państw (Australia, Kanada, Indie, USA). Niektórzy pracownicy patrzą przychylnie na rooming-in i podkreślają tę praktykę ale większość czuje, że nie jest to niezbędne. Większość deklaruje, że często zaproponowałiby matce oddzielną opiekę, by pozwolić matce odpocząć. Pracownicy OITN zgłaszają, że są liczne limity które nie pozwalają matkom przebywać 24 godziny z dzieckiem.

Rekomendacje

5. Matki powinny mieć możliwość przebywania ze swoimi dziećmi zarówno w dzień jak i w nocy, nie dotyczy to dzieci, które muszą być przeniesione na specjalistyczny oddział.

KARMENIE NA ŻĄDANIE

nie ma badań porównujących karmienie na żądanie i według określonego grafiku czasowego

Bilans korzyści i strat

Przegląd Watsona i McGuire wśród wcześniaków ukazał, że noworodki karmione na żądanie porównując te które były karmione zgodnie z grafikiem, miały niższy wskaźnik masy ciała. (MD: -1.36 g/kg/day; 95% CI: -2.44 to -0.29 ; 4 studies; n = 305), opierając się na 4 badaniach z umiarkowanym ryzykiem stronniczości (żaden uczestnik lub oceniający wyniki nie był zaślepiony i dwa badania miały niejasne lub wysokie ryzyko stronniczej selekcji.) Są też 3 inne badania, które nie potwierdzają istotnych różnic we wskaźniku wagi pomiędzy dwoma grupami ale czas trwania interwencji był niższy niż tydzień.

Noworodki z tych dwóch grup też nie różniły się statystycznie jeżeli chodzi o długość pobytu w szpitalu opierając się na 2 badaniach, zarówno z niejasną stronniczością selekcji i nie zaślepione. Dwa inne badania nie wykazały różnicy w długości hospitalizacji ale nie wykazały danych liczbowych. Jedno dodatkowe badanie ukazało czas hospitalizacji 31 dni wśród noworodków karmionych na żądanie i 33 dni u tych według grafiku ale nie określiło czy ta różnica była statystycznie istotna i nie wykazało odchyłeń standardowych.

Wyniki i preferencje

Zostały przeprowadzone 4 badania (Japonia, Rosja, Szwecja, UK). Matki doceniają karmienie na żądanie ale czują, że potrzebują więcej wsparcia. Niektóre czują się niepewnie, inne zaniepokojone głodem u ich dzieci. Matki dzieci przeniesionych na OIT zgłaszały, że potrzebują więcej wsparcia w przechodzeniu na karmienie na żądanie gdy ich dzieci wykazywały oznaki głodu.

Akceptowalność

Zostało przeprowadzonych 7 badań (Australia, Kanada, Chiny, Indie, Irlandia, USA). Pracownicy mają różne poglądy na ten temat. Niektórzy byli nieświadomi pojęcia karmienia na żądanie, odpowiadającego lub zależnego od dziecka lub normalnych wzorców karmienia niemowląt w pierwszych dniach życia. Niektórzy czuli się niekomfortowo promując karmienie na żądanie (szczególnie przeciwko istniejącej praktyce bardziej doświadczonego personelu w karmieniu według schematów), podczas gdy inni uznają karmienie na żądanie jako standardową opiekę wykluczając OITN gdzie restrykcyjna dokumentacja karmienia jest wymagana (niska siła dowodów)

Rekomendacje

6. Matki powinny być wspierane w karmieniu na żądanie.

UZASADNIENIA DLA NATYCHMIASTOWEJ INICJACJI I STABILIZACJI KARMIENIA

Poniższe czynniki były brane pod uwagę podczas rozważań:

- Najsilniejsze dowody na zapobieganie śmiertelności i pozytywne wyniki karmienia piersią poza oddziałem. Wczesny SDS i inicjacja laktacji mogą zwiększyć prawdopodobieństwo jakiegokolwiek lub wyłącznego karmienia piersią do 3-6 miesiąca życia. Pokazanie matkom jak karmić natychmiast po porodzie zwiększa ich szanse na kontynuację karmienia piersią do 6 m.ż. Matki i niemowlęta, które są w systemie rooming-in mają dwukrotnie większe szanse na wyłączone karmienie piersią w okresie pobytu na oddziale. Wspieranie wrażliwości, wzajemności i relacji podczas żywienia daje korzyści zarówno dla matki jak i dziecka.
- wspieranie matek w kształtowaniu wczesnej i bliskiej relacji z ich dziećmi jest doceniane przez matki. Matki, które doświadczyły SDS lub te które mają pozytywne doświadczenia we wczesnym okresie są wdzięczne i powtórzyłyby te doświadczenia. Matki które otrzymują sprzeczne informacje z mechaniczną manierą czują się osłabione
- Wielu pracowników zgłasza niewielką wiedzę na temat karmienia piersią i nie są oni pewni siebie w ich umiejętnościach wspierania matek w karmieniu. Wytyczne dla pracowników na temat minimalnego wsparcia wszystkich matek są niezbędne i wtedy kompetencje do rozwiązywania częstych problemów w karmieniu piersią mogą być odpowiednie. To pomoże ocenić pracownikom zdrowie i karmienie niemowląt jak również zapewnić wsparcie dostosowane do ich indywidualnych potrzeb, przekazane z wyczuciem i biorąc pod uwagę ich społeczny i kulturalny kontekst. Współpraca lub skierowanie pod konkretny adres bardziej skomplikowanych wyzwań dotyczących karmienia piersią mogą być użyteczne.

UWAGI

- optymalne natychmiastowe wsparcie by zapoczątkować i utrzymać laktację ma pozytywne skutki znacznie dalej niż tylko podczas pobytu w oddziale
- chociaż są dowody na korzyści dla SDS rozpoczynającego się poniżej 10 min po porodzie, ta praktyka może zacząć się znacznie wcześniej, w trakcie sekund lub trzeciej minuty po porodzie i ocena dziecka może być kontynuowana w trakcie SDS. Nieprzerwany SDS idealnie trwa ponad godzinę i dłużej gdy jest tolerowany zarówno przez matkę jak i dziecko
- podczas SDS, przez przynajmniej 2 godziny powinna być wzmożona opieka i obserwacja personelu

- wczesne rozpoczęcie karmienia piersią ukazuje pozytywne efekty gdy jest rozpoczęte w trakcie godziny od porodu. Wśród noworodków donoszonych sygnały do rozpoczęcia karmienia piersią mogą się pojawiać w ciągu 15-20 minut lub mogą się nie pojawiać nawet później
- ponieważ istnieje efekt dawki; wczesna inicjacja laktacji skutkuje w większych korzyściach. Matki, które nie miały możliwości zainicjować karmienia w ciągu 1 godziny, powinny być wspierane by zrobić to jak najszybciej. To może się odnosić do matek po CC, po znieczuleniu, lub niestabilnych medycznie.
- matki powinny mieć możliwość osiągnąć efektywne karmienie piersią
- odciąganie mleka jest częstą techniką do stymulacji laktacji, nie tylko gdy matka jest oddzielona od dziecka
- matki dzieci z OITN powinny być delikatnie wspierane by umożliwić im SDS, rozpoznawać wskaźniki głodu i efektywnie odciągać mleko po porodzie

PRAKTYKI ŻYWIENIA I DODATKOWE POTRZEBY NOWORODKÓW

Dowody które formułują rekomendacje w praktykach żywieniowych i dodatkowych potrzebach są oparte na 7 systematycznych przeglądach z Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, St Luke's International University (as part of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group in Tokyo, Japan) i Cochrane Neonatal Review Group (80–86). Kluczowe pytania i wyniki w aneksie nr 1, szczegóły wytycznych w aneksie nr 2 i podsumowanie wyników w tabelach w aneksie nr 3

Wczesne wprowadzanie pokarmów i płynów

Systematyczny przegląd dotyczący dodatkowych pokarmów (sztucznego mleka) lub płynów (woda lub glukoza) innych niż pokarm matki dla donoszonych noworodków w pierwszych dniach życia dotyczy 11 badań z 2542 randomizowanymi parami matka-dziecko. Trzy badania (270 par) przyczyniły się do uzyskania dowodów. Dodanie sztucznego mleka w pierwszych dniach po porodzie prawdopodobnie stwarza niewielki lub żaden wpływ na karmienie piersią po wypisie. (RR: 1.02; 95% CI: 0.97 to 1.08; 1 study, n = 100; moderate quality of evidence), w porównaniu do tych, które nie dostały sztucznego pokarmu po porodzie, biorąc pod uwagę okres 3 miesięcy życia. Było to niepewne by podawanie sztucznego mleka w pierwszych dniach ma wpływa na karmienie piersią w 3 miesiącu, ale jakość dowodów jest oceniona na bardzo niską.

Podaż dodatkowo wody w pierwszych dniach prawdopodobnie zmniejsza karmienie piersią w 4 tygodniu (RR: 0.83; 95% CI: 0.73 to 0.94; 1 study, n = 170; moderate quality of evidence), 12 tygodniu (RR: 0.68; 95% CI: 0.53 to 0.87; 1 study, n = 170; moderate quality of evidence)

i w 20 tygodniu (RR: 0.69; 95% CI: 0.50 to 0.95; 1 study, n = 170; moderate quality of evidence), w porównaniu do tych które nie dostawały wody

Jakość dowodów

całościowa jakość dowodów jest umiarkowana.

Bilans zysków i strat

Przegląd Smitha i Beckera ukazał klinicznie istotne różnice w występowaniu gorączki, stężeniu glukozy w 2 dniu i zmianą wagi w 3 dniu u dzieci które dostały glukozę i u tych które były wyłącznie karmione piersią.

W przeglądzie też było badanie, które ukazało zmniejszenie ryzyka objawów alergii w 18 miesiącu wśród dzieci które były karmione mieszanką co 4 godziny zanim nie rozpoczęła się "produkcja mleka" porównując do tych które nie dostawały sztucznego mleka. To badanie ma wysokie ryzyko stronniczości wyboru, wysokie ryzyko stronniczości wykrywania i niejasny reporting bias? Było więcej pacjentów z dodatnim rodzinnym wywiadem alergii wśród pacjentów karmionych piersią niż u dzieci karmionych sztucznym mlekiem (58% versus 46%)

Dowody na wpływa karmienia piersią wynikające z systematycznego przeglądu dodają do już istniejących dowodów na wyłączenie karmienie piersią w sześciu miesiącach jako optymalna praktykę żywienia dzieci później, włączając wprowadzanie dodatkowych pokarmów kontynuując karmienie piersią do końca 2 r.ż i powyżej.

Akceptowalność

12 badań z 6 państw (Australia, Kanada, Chiny, Indie, UK i USA). Pracownicy uważają mleko matki za dobre ale dodatkowe pokarmy też. Kilka badań ukazuje że pracownicy uznają sztuczne mleko jako akceptowalną opcję, która nie szkodzi noworodkowi. Niektóre badania opisują , że pracownicy twierdzą, że dawanie przez matki sztucznej mieszanki to jest wybór matki i że jest to wybór matki jeżeli matka tego chce lub jako odciążenie matki w nocy karmiąc noworodki sztucznym mlekiem też było akceptowalne.

Rekomendacje

7. Matki powinny być zniechęcane do dawania jakichkolwiek innych pokarmów lub płynów, dopóki nie ma do tego wskazań medycznych.

UNIKANIE SMOCZKÓW USPOKAJACZY

Streszczenie dowodów

Przegląd zawiera randomizowaną kontrolowaną próbę z 1915 noworodkami. Trzy randomizowane badania zawierały dwie próby gdzie interwencja była wprowadzona podczas pobytu na oddziale, a jedna rozpoczęła się 2 tygodnie po porodzie. Ograniczone używanie uspokajaczy podczas pobytu w oddziale mają nieznaczący lub w ogóle nie mają wpływu na karmienie piersią podczas wypisu. (RR: 1.01; 95% CI: 1.00 to 1.03; 1 study, n = 541; high quality of evidence), w 3-4 miesiącu (RR: 1.02; 95% CI: 0.95 to 1.11; 2 studies, n = 799; high quality of evidence) i w 6 miesiącu (RR: 1.06; 95% CI: 0.92 to 1.23; 1 study, n = 541; high quality of evidence). Ograniczone użycie uspokajaczy prawdopodobnie wpływa w niewielkim lub wcale na wyłączenie karmienie piersią w 3-4 miesiącu życia.(RR: 1.08; 95% CI: 0.77 to 1.51; 1 study, n = 258; moderate quality of evidence).

Ogólna jakość dowodów dla tych krytycznych wyników z randomizowanego kontrolowanego badania była wysoka dla unikania używania uspokajaczy wśród noworodków.

Dwa badania były wykonane dla wcześniaków. Systematyczny przegląd by Foster et al. o efekcie nie odżywczego ssania na stabilność psychiczną i odżywianie u wcześniaków dotyczył 12 badań z 746 wcześniakami. Nieodżywcze ssania może mieć niewielki lub żaden wpływ na wyłączenie karmienie piersią podczas wypisu. (RR: 1.08; 95% CI: 0.88 to 1.33; 1 study, n = 303; low quality of evidence), i prawdopodobnie wywiera niewielki lub żaden

wpływ na jakiegokolwiek karmienie piersią podczas wypisu (RR: 1.16; 95% CI: 0.88 to 1.17; 1 study, n = 303; moderate quality of evidence). Było to niepewne czy nieodżywcze ssanie ma efekt na karmienie piersią w 3 miesiącu po wypisie (RR: 0.92; 95% CI: 0.69 to 1.23; 1 study, n = 283; bardzo niska jakość dowodów) lub jakiegokolwiek karmienie piersią 6 miesięcy po wypisie. (RR: 0.80; 95% CI: 0.54 to 1.17; 1 study, n = 281; very low quality of evidence), as the quality of the evidence has been assessed as very low.

Przegląd Greene et al. na wcześniakach które były wystarczająco zdrowe by otrzymywać karmienie doustne zawierał 19 badań z 823 członkami. Było niepewne czy oralna stymulacja ma efekt na wyłączne KP bezpośrednio po wypisie. (RR: 1.83; 95% CI: 0.96 to 3.48; 1 study, n = 59; very low quality of evidence) lub jakiegokolwiek karmieni epiersią po wypisie (RR: 1.24; 95% CI: 0.58 to 2.66; 2 studies, n = 110; very low quality of evidence), jakość dowodów była oceniona jako bardzo niska.

Kolejne badania obserwacyjne były wykonane. Dwa istotne badania obserwacyjne były wykonane. Badanie w Polsce w 1995 w którym użyto ankiety wypełnionej przez personel dotyczącej praktyk żywienia z liczbą różnych zmiennych takich jak czas trwania ciąży, sposób porodu, wagę urodzeniową, hiperbilirubinemię, czas pierwszego karmienia, SDS, rooming-in, odseparowanie od noworodka, używanie kapturków i uspokajaczy- na 11973 parach matka-dziecko. Wśród tych, które rozpoczęły karmienie 11 422 , 7870 karmiło wyłącznie piersią. te które były nie tylko karmione piersią podczas wypisu częściej używały smoczka uspokajacza. (unadjusted odds ratio [OR]: 4.97; 95% CI: 3.83 to 6.45; n = 11 422). W badaniu w Szwajcarii w 1999, położne i pielęgniarki w 28 oddziałach zbierały informacje o noworodkach i ich praktykach żywieniowych takich jak urodzeniowa masa ciała, wiek ciążowy, typ porodu, czas pierwszego karmienia piersią, inicjacja i użycie sztucznych smoczków i uspokajaczy. Z 5790 wypełnionych kwestionariuszy, 4351 były użyte po wykluczeniu wcześniaków lub dzieci z niską masą urodzeniową, tych które ze wskazań medycznych potrzebowały substytutów mleka, tych które były przeniesiona na OIT i te których informacje były niepełne. U noworodków, które otrzymywały dodatkowo płyny lub sztuczne mleko podczas hospitalizacji nie było statystycznie istotnej różnicy w użyciu uspokajacza. (OR: 1.11; 95% CI: 0.93 to 1.31; n = 4351).gdy był włączony iloraz szans? (odds ratio) dla wieku, rooming-in, narodowości, wagi urodzeniowej, czasu inicjacji laktacji i miejsca urodzenia, te które otrzymywały suplementy(adjusted odds ratio [aOR]: 1.85; 95% CI: 1.47 to 2.33; n = 4186) częściej używały smoczka uspokajacza podczas pobytu w oddziale

Biorąc pod uwagę te badania, dzieci, które nie były wyłącznie karmione piersią dostawały częściej smoczek uspokajacz.

Badania obserwacyjne ukazujące te powiązania nie są w stanie jasno ukazać tego. Epidemiologiczne i etnograficzne prospektywne badanie było wykonane w Brazylii w 1993r (karmienie piersią a użycie smoczków) w którym wzięło udział 650 matek, 450 nie było wykluczonych z powodu zaprzestania karmienia w 1 miesiącu, zgłaszania problemów z karmieniem i niekompletnej oceny.Wśród nich powiązanie smoczek-zaprzestanie karmienia piersią w 6 mż (dodanie mieszanki mlecznej, użycie butelki, wiek, kolor skóry, niska waga urodzeniowa, płeć, typ porodu, karmienie przy wypisie, karmienie na żądanie w 1 m.ż , opinia matki o wpływie smoczków na karmienie piersią) was aOR: 2.5 (95% CI: 1.40 to 4.01; n =439). Etnograficzna analiza kohorty 80 matek u których zostały pogłębione wywiady i obserwacja uczestników ukazała, że użycie smoczków jest szeroko akceptowalne, matki stymulują swoje dzieci do akceptacji smoczka, i to że używały uspokajacza do zwiększania przerw między karmieniami piersią lub by odstawić kompletnie od piersi. Matki które oferowały smoczek swoim dzieciom częściej miały problemy z karmieniem piersią i były

bardziej zaniepokojone i mniej pewne siebie w trakcie karmienia piersią i o rozwój ich niemowląt.

Jakość dowodów: wysoka na temat użycia uspokajaczy wśród urodzonych o czasie niemowląt. Niska u wcześniaków: stymulacja ustna, nieodżywcze ssania.

Bilans strat i zysków

Przegląd Foster et al ukazał, że nieodżywcze ssania a brak nieodżywczego ssania nie wpłynęło istotnie na liczbę dni pełnego karmienia piersią od urodzenia (MD: -1.0 days; 95% CI: -6.7 to 4.7; 1 study; n = 303) lub wzrost wagi (MD: -1.6 g/day; 95% CI: -3.5 to 0.4; 3 studies; n = 103). Wcześniaki które otrzymywały nieodżywcze ssanie miały statystycznie istotny krótszy pobyt w szpitalu w porównaniu do tych które nie otrzymywały. (MD: -4.6 days; 95% CI: -8.1 to -1.1; 6 studies; n = 501). Autorzy podsumowali, że obecnie nie ma żadnych krótkotrwałych skutków negatywnych a obecnie nie są dostępne długoterminowe skutki.

Przegląd Greene et al wśród wcześniaków ukazał, że wcześniaki z ustną stymulacją nie różnią się istotnie od tych bez ze względu na przyrosty masy ciała. (MD: 0.73 g; 95% CI: -1.05 to 2.51; 2 studies; n = 81). Te z stymulacją istotnie częściej wymagały mniej czasu na pełne karmienie doustne (MD: -5.2 days; 95% CI: -6.9 to -3.6; 8 studies; n = 376) i krócej były w szpitalu. (MD: -5.3 days; 95% CI: -7.3 to -3.2; 7 studies; n = 301).

Wartości i preferencje

5 badań na ten temat: Australia, Brazylia, Egipt, Nowa Zelandia i Szwecja). Matki cenią użycie uspokajaczy. Używają ich ponieważ sądzą, że to uspokaja, uczy ssania, pomaga w odpoczynku pomiędzy karmieniami i pomaga w odstawieniu dziecka. Matki wcześniaków i bardzo wczesnie urodzonych niemowląt sugerują dołączenie jako kroku zalecenia : oferuj smoczek by zmniejszyć ból, stres, niepokój i dla stymulacji pobierania pokarmów podczas karmienia sondą. Tylko niewiele matek nie dawały smoczka z obawy, że to przeszkodzi w karmieniu piersią. Niektórzy unikali smoczka ze względu na wygląd lub troskę o tworzenie nawyku lub mówili, że jest to niepotrzebne lub nienaturalne (wolą raczej nosić dziecko by je uspokoić). Pojawiły się też obawy o higienę, problemy z utratą smoczka i wpływ na zęby (umiarkowane zaufanie do jakości dowodów).

W randomizowanej kontrolowanej próbie wśród noworodków urodzonych o czasie w przeglądzie Jaafar t al, wskaźnik niezgodności w grupie w której doradzono unikanie smoczka wynosił 24% (70/294) (91), 40% (188/471) (92) and 61% (78/127) (90).

(jest to procent matek które dały smoczek mimo, że powiedziano im by tego nie robiły). Z badania Foster et al wśród wcześniaków wskaźnik niezgodności wynosił 31%. Przyczyną były trudności w uspokojeniu i nauka ssania.

Akceptowalność

9 badań w 6 krajach: Australia, Kanada, Niemcy, Indie, UK, USA. Badania wykazywały prawie uniwersalną ambiwalencję personelu w stosunku do używania smoczków.

Rekomendacje

8. Matki powinny być wspierane w rozpoznawaniu oznak głodu u niemowląt, potrzeby bliskości i komfortu i by były zdolne odpowiadać odpowiednio na te potrzeby w różny sposób podczas ich pobytu w oddziale

9. Dla wcześniaków które nie są zdolne być karmione piersią, nieodżywcze ssanie i stymulacja oralna mogą nieść korzyści dopóki karmienie piersią nie będzie osiągnięte.

UNIKANIE BUTELEK I SMO CZKÓW DO KARM IENIA

Systematyczny przegląd użycia butelek i smoczków jako alternatywnej metody karmienia zdrowych, urodzonych o czasie noworodków, których matki chcą wyłącznie karmić piersią zawiera dwa badania z 1241 uczestniczkami. Podaż mleka matki przy użyciu butelki podczas pobytu w oddziale prawdopodobnie w niewielkim stopniu lub wcale nie wpływa na karmienie piersią w czasie wypisu ze szpitala. (RR: 1.01; 95% CI: 1.00 to 1.02; 1 study, n = 541; moderate quality of evidence) lub na jakiegokolwiek karmienie w 2 miesiącu (RR: 1.00; 95% CI: 0.94 to 1.07 1 study, n = 541; moderate quality of evidence). Podaż mleka matki przez butelkę może wpływać w niewielkim stopniu lub wcale w 6 miesiącu (RR: 1.07; 95% CI: 0.92 to 1.24; 1 study, n = 505; low quality of evidence) lub na długość trwania jakiegokolwiek karmienia (hazards ratio [HR]: 1.06; 95% CI: 0.88 to 1.27; 1 study, n = 481; low quality of evidence) lub wyłącznego KP (HR: 0.92; 95% CI: 0.76 to 1.12; 1 study, n = 481; low quality of evidence).

Systematyczny przegląd dotyczący użycia kubeczka zamiast butelki składał się z 5 badań z 971 uczestnikami. Wszystkie badania były przeprowadzane na wcześniakach. Karmienie wcześniaków które były niezdolne do karmienia piersią przez kubeczek prawdopodobnie poprawia wyłączne karmienie piersią przy wypisie. (RR: 0.61; 95% CI: 0.52 to 0.71; 4 studies, n = 893; moderate quality of evidence), prawdopodobnie poprawia jakiegokolwiek karmienie piersią w 3 miesiącu (RR: 0.83; 95% CI: 0.71 to 0.97; 3 studies, n = 883; moderate quality of evidence) i prawdopodobnie poprawia jakiegokolwiek karmienie piersią w 6 miesiącu (RR: 0.83; 0.71 to 0.95; 2 studies, n = 803; moderate quality of evidence).

Systematyczny przegląd całkowitego unikania butelki (zamiast tego użycie alternatywnych metod: zgłębników, łyżeczek, kubeczków, kroplomierzy lub karmienia na palcu) podczas przechodzenia na karmienie piersią u wcześniaków zawiera 7 badań z 1152 uczestnikami. Prawdopodobnie poprawia to wyłączne karmienie piersią przy wypisie (RR: 1.47; 95% CI: 1.19 to 1.80; 6 studies, n = 1074; moderate quality of evidence), w 3 miesiącu (RR: 1.56; 95% CI: 1.37 to 1.78; 4 studies, n = 986; moderate quality of evidence) i w 6 miesiącu (RR: 1.64; 95% CI: 1.14 to 2.36; 3 studies, n = 887; moderate quality of evidence), w porównaniu do butelki. Alternatywne metody też prawdopodobnie poprawiają jakiegokolwiek karmienie piersią przy wypisie, w 3 miesiącu i w 6 miesiącu.

Jakość dowodów

Całkowita jakość dla wcześniaków i donoszonych niemowląt jest umiarkowana

Bilans strat i korzyści

Przeгляд Flint et al zauważył, że żadne z badań nie zgłaszało liczby zadławień, aspiracji, infekcji lub śmierci. Collins et al nie zgłaszali działań niepożądanych. Yilmaz et al i Rocha et al nie zgłaszali przypadków aspiracji, bezdechów i różnic w saturacji pomiędzy tymi karmionymi butelką. Przeгляд Collinsa ukazał brak różnic między karmionymi butelką i tymi niekarmionymi butelką w przypadku: dni osiągnięcia pełnego karmienia piersią (MD: 2.56 days; 95% CI: -7.17 to 12.28; 3 studies; n = 429); długość pobytu w szpitalu (MD: 2.25 days; 95% CI: -3.36 to 7.86; 4 studies; n = 1004); i epizody infekcji (RR: 0.70; 95% CI: 0.35 to 1.42; 3 studies; n = 500). Liczba incydentów infekcji: 12/250 (4,8%) wśród tych nie karmionych butelką i 17/250 (6,8%) wśród karmionych butelką,

Wartości i preferencje

3 badania w Australii, Szwecji i UK. Dwa dotyczyły oceny matek dotyczącej użycia kubeczków.

Matki uważały butelki za proste i wygodne. Wśród matek wcześniaków i niemowląt z bardzo niską masą urodzeniową była opinia, że karmienie piersią jest najlepszym wyborem ale

karmienie butelką też może być dobre. Matki też uważały, że kubeczki są trudne, niechlujne i pochłaniające czas i że niemowlęta mogą być nieusatysfakcjonowane.

W badaniach był duży wskaźnik niezgodności. W badaniu Collinsa 56% niemowląt z grupy karmienia kubeczkiem było karmionych butelką. Według matek było tak ponieważ dzieci miały problemy z kubeczkiem, takie jak nie radzenie sobie z kubeczkiem, rozlewanie dużych ilości, brak satysfakcji lub karmienie trwało za długo. Wśród tych które były w grupie butelek: 0,7% (1/152) karmiło kubeczkiem. W badaniu Yilmaz 10% (26/254) w grupie karmionych kubeczkiem i 8% (21/268) w grupie butelek było wykluczonych ze względu na brak zgodności. W badaniu Schubiger et al 11% (28/250) w grupie kubeczka lub łyżeczki naruszyło protokół: 19 matek odmówiło butelki, 9 niemowląt zgłosiło niepowodzenie w karmieniu kubeczkiem lub łyżeczką.

Akceptowalność

10 badań w 5 państwach: Kanada, Niemcy, Indie, UK i USA). Pracownicy zdrowia nie lubią kubeczków i mają ambiwalentne odczucia co do butelek. W kilku badaniach uważali, że nie ma różnicy jak dziecko jest karmione i czasami jest lepiej jeżeli dziecko ma butelkę. W OITN butelki są zgłaszane jako niezbędne z odczuciem, że wynika to z priorytetyzacji opieki medycznej nad karmieniem piersią.

Wiele badań pokazuje, że pracownicy wolą butelki niż inne metody.

Rekomendacje

10. Jeżeli odciągnięte mleko lub inne pokarmy są wskazane medycznie dla donoszonych noworodków, użycie metod takich jak kubeczki, łyżeczki lub butelki i smoczki do karmienia mogą być użyte podczas pobytu w oddziale.

11. Jeżeli odciągnięte mleko lub inne pokarmy są wskazane medycznie dla wcześniaków, metody karmienia jak kubeczki lub łyżeczki są bardziej preferowane niż butelki ze smoczkami.

Uzasadnienie dla potrzeb żywieniowych i dodatkowych potrzeb noworodków

Poniższe czynniki były brane pod uwagę:

-wczesne wprowadzanie pokarmów innych niż mleko matki ukazało zmniejszenie wskaźnika karmienia do 20 tygodni po porodzie

-unikanie uspokajaczy lub butelek do karmienia i smoczków podczas pobytu w oddziałach (w pierwszych 5 dniach życia) sprawiało małą lub żadną różnicę we wskaźniku jakiegokolwiek karmienia piersią przy wypisie i jakiegokolwiek lub wyłącznego karmienia piersią w 3 lub 6 miesiącu

Wśród wcześniaków, użycie nieodżywczego ssania lub stymulacji oralnej nie dawało istotnego efektu na wyniki ale było związane z krótszym pobytem w szpitalu

Gdy dodatkowe pokarmy były wskazane medycznie lub gdy bezpośrednio karmienie piersią nie było możliwe, unikanie użycia butelek wśród wcześniaków zwiększało prawdopodobieństwo jakiegokolwiek lub wyłącznego karmienia piersią do 6 miesięcy po wypisie.

Wiele matek docenia uspokajacze i i znaczna liczba wprowadziłaby je nawet gdy były zniechęcane do tego. Wiele też ceni wygodę korzystania z butelki do karmienia mlekiem gdy ich dzieci nie ssą piersi. Matki mogą być wspierane w celu podejmowania świadomych decyzji dotyczących użycia smoczków i butelek podczas pobytu w oddziale, przez zapewnienie, że są ostrzegane o niewielkim ryzyku wpływającym na karmienie piersią w tych wczesnych dniach.

uwagi

- dodatkowe pokarmy i płyny powinny być tylko podawane gdy są akceptowane ze względów medycznych. Brak środków, czasu personelu lub wiedzy nie są usprawiedliwieniem dla użycia wczesnego dodatkowych pokarmów lub płynów
- odpowiednie poradnictwo dla matek i członków rodziny by mogli tworzyć świadome decyzje dotyczące użycia lub unikania smoczków/butelek do czasu udanego wprowadzenia karmienia piersią
- wspieranie matek w odpowiadaniu na różne rodzaje oznak zachowań dotyczących karmienia, komfortu lub bliskości umożliwia im budowanie opiekuńczej, odżywczej relacji z dzieckiem, zwiększa ich pewność siebie w karmieniu, wzrost i rozwój ich dzieci. Drogi odpowiedzi na wskazówki zawierają karmienie piersią, SDS, przytulanie, noszenie, rozmowę, śpiew itd.
- nie powinno być promocji substytutów mleka kobiecego, butelek do karmienia, smoczków, uspokajaczy w żadnej części oddziału lub przez żadnego z pracowników
- pracownicy nie powinni podawać butelek do karmienia, smoczków lub innych produktów w zakresie Międzynarodowego Kodeksu marketingowego substytutów mleka kobiecego i rezolucji WHA

KREOWANIE SPRZYJAJĄCEGO ŚRODOWISKA

6 systematycznych przeglądów z Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, St Luke's International University (as part of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Group in Tokyo, Japan) and independent authors (41–45, 100).

Polityka karmienia piersią w oddziałach sprawujących opiekę nad matką i noworodkiem

Podsumowanie dowodów

Systematyczny przegląd na temat pisemnej i regularnej polityki dotyczącej karmienia piersią i innych ważnych wyników dotyczyły badań na 916 noworodkach. Nie jest pewne czy noworodki urodzone w oddziałach gdzie jest taka polityka częściej są wyłącznie karmione piersią, ponieważ jakość dowodów jest oceniana bardzo nisko (RR: 1.05; 95% CI: 0.87 to 1.27; 1 study, n = 916; very low quality of evidence).

Bilans strat i korzyści

nie było odnotowanych żadnych działań niepożądanych

Akceptowalność

6 badań: Australia, Nowa Zelandia, RPA, UK, Chiny, USA.

Były poruszane dwa tematy: treść polityki i jej wprowadzenie. Jedno badanie ukazało że położne głównego szpitala obszaru w UK czują, że polityka w oddziale powinna być neutralna (nie podkreślająca metody karmienia) lub powinna nie być jedyną. Czują one, że to pomoże im wspierać matki w jakiegokolwiek metodzie, którą wybiorą (bardzo niska jakość dowodów). Większość pracowników czuje, że wprowadzenie polityki karmienia piersią było zadaniem zniechęcającym i wymagałoby częstej komunikacji. Zidentyfikowali potrzebę opracowania źródeł do kreowania i wprowadzania takiej polityki, szczególnie jeżeli administracja miała w tym niewielkie doświadczenie.

Rekomendacje

12. Oddziały powinny mieć jasno napisaną politykę karmienia piersią, która jest rutynowo przedstawiana pracownikom i rodzicom

SZKOLENIE PRACOWNIKÓW

Podsumowanie dowodów

Zostały wykonane 2 badania, oba odnotowały niejednorodność pomiaru wyników z użyciem niezatwierdzonych "instrumentów". Wykazały, że pracownicy dążą do poprawy wiedzy we wdrażaniu inicjatywy BFH ale ma to niekonsekwentny wpływ na ich postawę. Niska jakość dowodów.

Nie było zdarzeń niepożądanych

Nie było badań na temat oceny przez matki

Akceptowalność

6 badań: Kanada, Irlandia, Nowa Zelandia, USA. Pracownicy czują, że szkolenie mogłoby być pomocne ale jest mało czasu ze względu na inne obowiązki. Wielu zgłasza konflikt interesów, szkolenie ma niższy priorytet w porównaniu do opieki nad matkami z komplikacjami.

Rekomendacje

13. Pracownicy sprawujący opiekę dotyczącą karmienia niemowląt, włączając wsparcie karmienia piersią, powinni posiadać odpowiednią wiedzę, kompetencje i umiejętności by wspierać kobiety podczas karmienia piersią.

EDUKACJA PRZEDPORODOWA

Podsumowanie dowodów

Przeprowadzono 24 badania z 10056 członkami. Edukacja przedporodowa prawdopodobnie wpływa w niewielkim stopniu lub wcale na inicjację karmienia piersią. (RR: 1.01; 95% CI: 0.94 to 1.90; 8 studies, n = 3503; moderate quality of evidence), wyłącznie karmienie piersią w 3 miesiącu (RR: 1.06; 95% CI: 0.90 to 1.25; 3 studies, n = 822; high quality of evidence) i w 6 mż (RR: 1.07; 95% CI: 0.87 to 1.30; 4 studies, n = 2161; moderate quality of evidence), w porównaniu do tych bez szkolenia. Prawdopodobnie nie ma to też wpływu na jakiegokolwiek karmienie piersią w 3 i 6 mż.

Systematyczny przegląd dotyczący promocji inicjacji karmienia piersią przed pierwszym karmieniem zawiera 28 badań z 107 362 kobietami. Interwencje promujące karmienie piersią mogą poprawić inicjację laktacji gdy wsparcie jest zarówno ze strony personelu (RR: 1.43; 95% CI: 1.07 to 1.93; 5 studies, n = 564; low quality of evidence) lub profesjonalistów nie związanych z opieką zdrowotną (RR: 1.43; 95% CI: 1.07 to 1.93; 5 studies, n = 564; low quality of evidence)

Nie było pewne, czy przedporodowa promocja ma wpływ na wczesną inicjację karmienia piersią, ponieważ jakość dowodów została uznana za bardzo niską. (RR: 1.64; 95% CI: 0.86 to 3.13; 3 studies, n = 5560; very low quality of evidence).

Bilans korzyści i ryzyka

Przegląd Lumbiganon et al dotyczył 2 badań na temat powikłań karmienia piersią. Duffy et al zanotowali mniej bólu i mniej urazów sutków oraz to, że więcej matek wciąż karmiło w terminie 6 tygodni wśród kobiet które były uczone pozycji i jak przystawiać dzieci do piersi przez konsultanta laktacyjnego. Kronborg et al. nie zanotowali różnic w grupach w kwestii odpowiedzi "tak" na pytania o problemy z karmieniem piersią.

Wartości i preferencje

18 badań w 10 krajach: Australia, Brazylia, Kanada, Irlandia, Meksyk, Rosja, Szwecja, Uganda, UK i USA). Synteza jakościowych danych zidentyfikowała dwa tematy, pierwszy dotyczący treści, drugiego przekazywania. Matki czuły, że karmienie niemowląt nie było wystarczająco przedyskutowane w okresie przedporodowym i edukacja przedporodowa na temat karmienia była niewystarczająca lub zbyt rzadka. Niektóre matki uważały, że treść edukacji przedporodowej była zbyt nastawiona na karmienie piersią bez odpowiedniej dyskusji na temat innych opcji. Niektóre też mówiły, że nie były poruszane treści czego oczekiwać (np. jak trudne i bolesne może być karmienie piersią) i wystąpiło niedopasowanie między oczekiwaniami a doświadczeniami kobiet.

Synteza dowodów też pokazała, że matki czuły, że przedporodowa edukacja nie była wykonana optymalnie. Wiele matek narzekało na negatywne nastawienie lub niezrozumienie z pracownikami zdrowia. Niektóre matki mówiły o swoich doświadczeniach z pracownikami, którzy wspominali o tym, że karmienie piersią jest proste ze względu, że wymagała tego ich praca, z niewielką szczerością lub pozytywnymi uczuciami. Wiele kobiet uważało, że pracownice z własnym doświadczeniem wydawały się najbardziej szczerze i efektywne.

Akceptowalność

Wykonano 17 badań w 7 krajach: Australia, Kanada, Irak, Południowa Afryka, Szwecja, UK, USA), które wyłoniły 2 tematy: postrzeganie roli pracowników opieki zdrowotnej w edukacji przedporodowej i drugi: pewność siebie w doradztwie.

Pracownicy mieli różną pewność siebie i byli różnie postrzegani względem ich efektywności w przedporodowej edukacji. Podczas gdy niektóre badania pokazując, że czują się pewnie w doradztwie laktacyjnym, inne ukazują, że pracownicy są niepewni i nieefektywni w ich doradztwie. Wielu uważa, że słaby feedback (informacje zwrotne) i poczucie, że nie są w stanie się dowiedzieć czy czy adekwatnie wspierają matki w karmieniu piersią.

Rekomendacje

14. W oddziałach kobiety ciężarne i ich rodziny powinny być konsultowane na temat korzyści i sposobu przeprowadzania karmienia piersią

PLANOWANIE WYPISU I KONTYNUACJA WSPARCIA

Podsumowanie dowodów

Systematyczny przegląd: dwie randomizowane kontrolowane próby. Jedna w Demokratycznej Republice Konga: 965 par matka-dziecko. Obie grupy, kontrolna (nazywana krokami 1-9 i interwencyjna (nazywana kroki 1-10) miały 2 dniowe intensywne szkolenie dla przedporodowej opieki personelu klinicznego, personelu na sali porodowej i na oddziale poporodowym. Grupa interwencyjna włączyła również personel z (well-baby clinic??) oddziału donoszących noworodków? w intensywny trening. Dodatkowo, ulotki dotyczące karmienia piersią były rozpowszechnione na oddziale poporodowym i wśród personelu well-baby clinic w grupie interwencyjnej. Nie było żadnego skierowania do jakiegokolwiek wsparcia w karmieniu piersią po wypisie z oddziału poporodowego. Nie było pewności czy włączenie personelu well-baby clinic w intensywne szkolenie i dystrybucja ulotek miało efekt na wyłączenie karmienia piersią w 14 tygodniu (RR: 0.64; 95% CI: 0.42 to 0.98; 1 study, n = 671; very low quality of evidence) lub w 24 tygodniu (RR: 0.39; 95% CI: 0.20 to 0.79; 1 study, n = 617; very low quality of evidence) w porównaniu do intensywnego szkolenia wyłącznie personelu opieki przedporodowej, personelu na sali porodowej i oddziału poporodowego, Jakość dowodów była oceniona bardzo nisko.

Drugie badanie było przeprowadzone w Australii w grupie 4625 par matek-dziecko. Kontrolna grupa (HV) i interwencyjna (HV+ drop in) miały wizyty szpitalnej położnej w domu w 1-2 dniu od wypisu, wizytę pielęgniarki w 10-14 dniu po wypisie, rozmowę telefoniczną by ustalić wizytę pielęgniarki wcześniej niż 10 dni jeżeli było to potrzebne i dostęp do całodobowej linii telefonicznej w serwisie zdrowotnym dotyczącym macierzyństwa i zdrowia dzieci. Grupa interwencyjna miała również pisemne informacje na temat lokalnej społeczności zajmującej się karmieniem piersią. Posiadanie informacji dostępu do drop-in center dla przyszłego wsparcia po wypisie stwarzało niewielką lub żadnej różnicy na jakiegokolwiek karmienie piersią w 4 miesiącu życia. (RR: 0.87; 95% CI: 0.67 to 1.14; 1 study, n = 4625) (very low quality of evidence).

Wartości i preferencje

Przeprowadzono 22 badania z 11 krajów (Australia, Kanada, Dania, Francja, Irlandia, Rosja, Hiszpania, szwecja, Szwajcaria, UK i USA). Ogólnie matki doceniały połączenie ze wsparciem karmienia piersią po wypisie, niezależnie od typu tego połączenia, dawało to im większe poczucie bezpieczeństwa w opiece nad ich noworodkami.

Akceptowalność

6 badań w 3 krajach: Kanada, Nowa Zelandia, USA). Pracownicy opisują luki i brak komunikacji pomiędzy pracownikami zdrowia w kontynuacji opieki po wypisie kobiety ze szpitala.

Rekomendacje

15. Jako część ochrony, promocji i wsparcia karmienia, wypis z oddziału powinien zaplanować i skoordynować dostęp do ciągłej odpowiedniej opieki i wsparcia.

Uzasadnienie tworzenia sprzyjającego środowiska

- kilka interwencji na temat kreowania sprzyjającego środowiska ukazuje pozytywny efekt na krótko i długoterminowe wyniki w karmieniu piersią
- dostarczanie przedporodowej edukacji (bez dostarczania innych form wsparcia karmienia piersią) nie ma znaczącego efektu na wskaźnik karmienia piersią, chociaż są dowody, że wsparcie celowane specyficznie ukierunkowane na promocję i inicjację; dane przed pierwszym karmieniem może mieć pozytywne rezultaty
- posiadanie pisemnej polityki, szkolenie pracowników ochrony zdrowia i planowanie wypisu z zapewnieniem ciągłego wsparcia nie może samo w sobie zmienić praktyki karmienia piersią, jednakże pomagają kreować efektywny system dostarczania zdrowia z oddziałami które mogą odpowiadać na potrzeby matki i dziecka.

UWAGI

-Kreowanie odpowiedniego środowiska dla karmienia piersią zawiera politykę i wytyczne, które wspierają standardy jakości dla promocji, ochrony i wsparcia karmienia piersią w oddziałach. Zawierają one przepisy Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Substytutów Mleka Kobiecego i rezolucji WHA.

- Odpowiednie szkolenia dla pracowników opieki zdrowotnej są niezbędne w celu umożliwienia wdrożenia norm jakości zgodnie z ich rolami.
- Rodzice powinni mieć oferowaną przedporodową edukację, która jest skierowana na ich indywidualne potrzeby i jest odpowiednio przekazana biorąc pod uwagę ich społeczny i kulturowy kontekst. To przygotowuje ich na zmagania z którymi mogą się zmierzyć
- Matki powinny być przygotowane do wypisu poprzez zapewnienie im, że potrafią karmić i opiekować się swoimi dziećmi i że mają dostęp do kontynuacji wsparcia w karmieniu piersią. Wsparcie w karmieniu piersią w dniach i tygodniach po wypisie może być krytyczne w identyfikowaniu wczesnych wyzwań z karmieniem, które mogą wystąpić
- Minimalizowanie zakłóceń w karmieniu piersią podczas pobytu w oddziale może wymagać praktyk, które umożliwiają matkom karmić tak intensywnie, często i tak długo jak one tego sobie życzą.
- Koordynacja systemu klinicznego w oddziałach, tak by wsparcie w karmieniu piersią było koordynowane przez położników, położne, pediatrów, pomaga rozwijać usługi, które poprawiają wyniki tych, którzy ich używają.

