

ABM клінічний протокол №19: Сприяння грудному вигодовуванню в допологовому періоді, перегляд 2015 року

Casey Rosen-Carole,¹ Scott Hartman,² and the Academy of Breastfeeding Medicine

Одним з основних завдань Академії медицини грудного вигодовування є розробка клінічних протоколів для вирішення поширених проблем, котрі можуть вплинути на успішність грудного вигодовування. Ці протоколи є лише настановами по догляду за немовлятами та матерями, що годують грудьми і не є стандартами медичної допомоги. Варіації в лікуванні можуть бути доцільні залежно від потреб конкретного пацієнта.

Вступ

ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ це ідеальне харчування для немовлят, є фізіологічним процесом для матерів та дітей.¹⁻⁴ Вагітні жінки часто приймають рішення щодо годування грудьми на початку вагітності, та багато хто вирішує чи годувати грудьми ще до зачаття. Заохочення та навчання медичними працівниками жінок, сприяло успішному початку виключно грудного вигодовування та його тривалості. Проте, медичні працівники постійно переоцінюють кількість і адекватність консультацій та підтримки, яку отримують жінки протягом вагітності. Незважаючи на те, що протокол зосереджений на пренатальному періоді, необхідно брати до уваги програми та втручання, що включають період до зачаття, пренатальний та постнатальний компоненти, так як вони чинять значний позитивний вплив на тривалість виключно грудного вигодовування. (Якість доказовості (рівні доказів I, II-1, II-2, II-3, і III) базується на Робочій Групі Профілактичних Служб США, Додаток А Рейтинги робочої групи²⁸ і зазначається в цьому протоколі в дужках.)

Рекомендації

1. Створіть простір і спільноту, що будуть дружні до грудного вигодовування.
 - A. Простір дружній до грудного вигодовування⁹:
 - Надавач медичних послуг на первинній ланці повинен брати участь в кожному з нижчеперелічених кроків в співпраці з мультидисциплінарною командою, яка включає інших медичних працівників (наприклад, включно з, але не обмежуючись лише ними, лікарями, медсестрами, акушерками, медичними асистентами, різноманітними спеціалістами та консультантами з лактації [IBCLC, якщо потрібна їхня експертиза], нутриціологами, доулами,

тренерами зі здоров'я та грудного вигодовування, однодумцями.

- Навчіть персонал сприяти грудному вигодовуванню, захищати та підтримувати його.
 - Забезпечте письмову політику щодо грудного вигодовування, щоб сприяти такій підтримці.⁹ (III)
 - Література та зразки, надані компаніями з виробництва штучного вигодовування для немовлят, не повинні використовуватися в медичних закладах, тому що така реклама зменшує ймовірність початку грудного вигодовування та скорочує його тривалість і також, це є порушенням Міжнародного кодексу заміників грудного молока Всесвітньої організації охорони здоров'я.²⁹⁻³³ (I, II-2, II-3, III).
 - Рекомендація годувати грудьми має бути присутня у всіх матеріалах, включаючи допологові записи, виписки з лікарень та пологових будинків.
 - Створіть простір, дружній до грудного вигодовування, що буде безпечним, чистим і комфортним для пацієнтів та персоналу, забезпечте умови для годування груддю та зцідження молока, також використовуйте постери та ілюстрації на тему підтримки грудного вигодовування. Детальніше дивіться в протоколі №14 Академії медицини грудного вигодовування: "Кабінет лікаря, дружній до грудного вигодовування."⁹ (III)
- B. Спільнота, дружня до грудного вигодовування:**
- Заходи на рівні спільноти показали значний успіх у показниках грудного вигодовування.³⁴⁻³⁸ (I, II-1, II-2, III)
 - Співпрацюйте з місцевими та регіональними організаціями, щоб покращити сервіс та надання підтримки пацієнтам (наприклад, місцеві, регіональні та національні організації для матерів та дітей, місцеві підрозділи Ла Лече Ліги, громадські діячі зі сфери медицини, департаменти охорони здоров'я, місцеві чи регіональні пологові будинки, некомерційні організації, програми

- підтримки грудного вигодовування в групах, програми з забезпечення додаткового харчування [така як Спеціальна програма забезпечення додаткового харчування для жінок, немовлят та дітей в США] та програми відвідувань вдома).
- Дізнайтеся про місцеві спільноти і професійні служби з підтримки грудного вигодовування та інформацію і послуги, які вони надають. Надайте перелік таких сервісів підтримки жінкам протягом вагітності.
 - Розгляньте можливість проведення програм допологового відвідування вдома, особливо в районах з недостатнім покриттям обслуговування, при цьому гарантуючи, що консультанти пройшли належну підготовку.^{34,30,39-40} (I, II-1, III)
2. Враховуйте походження, етнічну і культурну приналежність кожної жінки, сім'ї чи громади.
- Дізнайтеся про структуру сім'ї чи громади пацієнта. Соціальна підтримка чи її відсутність відіграють важливу роль у рішенні щодо вигодовування, особливо серед жінок-підлітків. 7,47 (I, II-2)
 - Враховуйте, що точка зору і переконання партнерів, або осіб, що підтримують, може впливати на успішність грудного вигодовування, тому навчайте, там, де це необхідно. 45,48-51 Увага до гендерної взаємодії та цілеспрямований поведінковий вплив (наприклад, навчання, консультування, розподіл домашніх обов'язків) може позитивно вплинути на тривалість виключно грудного вигодовування. 48 (I, II-2, III)
 - В деяких культурах заручення підтримкою впливового члена сім'ї може значно допомогти в сприянні грудному вигодовуванню. 51 (I)
 - Переконайтеся, що батьки з різних культур, розуміють важливість виключно грудного вигодовування для росту і розвитку їхньої дитини. 51 (I) Акультурація чи асиміляція іммігрантів має відбуватися з повагою до поточного вибору сім'ї щодо годування. 52 (I)
 - Потрібно поважати культурні звичаї і табу, пов'язані з лактацією, адаптуючи культурні переконання, що сприяють грудному вигодовуванню і водночас делікатно пояснювати про традиції, що можуть бути шкідливими для грудного вигодовування. 52,53 (I, II-1)
 - Коли можливо, надавайте всю інформацію та інструкції рідною мовою пацієнта та, за потребою, оцінюйте рівень обізнаності. При необхідності, для кращого порозуміння, використовуйте навчальні фотографії та малюнки.
 - Намагайтеся зрозуміти конкретні фінансові, робочі, часові та соціокультурні перешкоди для грудного вигодовування та працюйте з сім'ями, щоб їх подолати.
 - Медичні працівники повинні уникати впливу власних культурних переконань при взаємодії з пацієнтами. 2 (III)
3. Враховуйте поведінкові та психоосвітні підходи для підтримки грудного вигодовування.
- Впевненість у власній спроможності годувати грудьми відіграє важливу роль у початку і тривалості виключно грудного вигодовування.^{50,54-57} (I, II-2)
 - Когнітивно-поведінкове консультування, моделі впливу, які базуються на соціально-когнітивній теорії, теорія компетентності, а також інтервенції, які базуються на робочих зошитах чи груповому втручанні можна взяти до уваги, так як вони показали позитивний вплив на грудне вигодовування.^{7,52,58-63} (I, II-1, II-2)
 - Щоразу, коли можливо, медичні працівники повинні застосовувати техніку мотивації та підтримки впевненості в своїх силах, щодо грудного вигодовування, наприклад:
 1. Спонукайте вагітну жінку озвучити свої знання та аргументи щодо грудного вигодовування: "Що ви знаєте про грудне вигодовування?" або "Чому ви вирішили годувати грудьми свою дитину?"
 2. Допоможіть мислити в обхід перешкодам: "Можете подумати, що могло б стати вам на заваді у досягненні своєї мети?" або
 3. Допоможіть асоціювати грудне вигодовування з іншими успіхами в житті жінки: "Чи є інші сфери у вашому житті, де ви поставили собі мету і досягли успіху?" (II-3)
 - Розгляньте посилення регулярного допологового навчання як вплив на післяпологові симптоми (кровотечу, зміни настрою, біль, втрату волосся, нетримання, колики немовлят, грудне вигодовування) і можливості для соціальної підтримки та самонавчання, тому що дані показують недостатню підготовку матерів; ці поведінкові втручання збільшили тривалість грудного вигодовування в одній популяційній меншині. (I, III)
4. Інтегруйте навчання та підтримку з питань грудного вигодовування в допологове спостереження.
- Підтримка грудного вигодовування повинна бути активно заявлена ще до зачаття дитини⁶⁸ або якомога раніше протягом допологового супроводу з визнанням того, що існують ризики штучного вигодовування немовлят.² Сформулюйте твердження так: "Як ваш лікар, я рекомендую вам грудне вигодовування. Вигодовування сумішшю несе багато ризиків для здоров'я матері і дитини". (I, III)
 - Використовуйте дані медичних записів для послідовності надання підтримки.^{69,70} (I, III)
 - Розгляньте залучення консультанта з питань грудного вигодовування в допологовий супровід,⁷¹ оскільки було відмічено позитивний вплив цього на початок та виключно грудне вигодовування.^{69,70,72} (I, III)
 - Запропонуйте жінці груповий допологовий догляд або залучіть її до програми допологового догляду в групі, так як така групова підтримка, показала позитивний вплив на початок грудного вигодовування.^{73,74} (I, II-3)
 - На даний момент немає доказів, щоб визначити, яку роль відіграє навчання через інтернет в підтримці грудного вигодовування.⁷⁵ Але багато матерів будуть шукати інформацію в інтернеті і можуть знайти сайти без належної перевірки проте

ABM PROTOCOL

- з серйозними помилками. Пацієнтів потрібно
- знайти інформацію і підтримку, такі як сайт про грудне вигодовування Всесвітньої організації
- Розгляньте можливість використання нових технологічних підходів, як навчання та спілкування за допомогою текстових повідомлень/мобільних телефонів, так як попередні дані свідчать про збільшення тривалості та виключно грудного вигодовування за допомогою цього підходу^{76,77} (I)

5. Зберіть детальну історію грудного вигодовування як частину пренатального анамнезу.^{2,9,78} (III)

- Щодо кожної попередньої дитини запитайте про початок, тривалість, чи було виключно грудне вигодовування, джерела попередньої підтримки, переваги та проблеми, з якими зустрілися жінки, а також причину(и) завершення грудного вигодовування.
- Жінку, котра не годувала грудьми, варто запитати які очікувані переваги та недоліки вигодовування малюка формулю. Слід уточнити, що б могло допомогти їй годувати грудьми попередніх дітей.
- Також варто уточнити будь який сімейний медичний анамнез, у випадку якого, грудне вигодовування буде особливо важливим дитині (наприклад, астма, екзема, цукровий діабет, ожиріння) і/чи мамі (наприклад, ожиріння, діабет, депресія, рак грудей чи яєчників).¹⁻³ (I)

6. Включіть грудне вигодовування як важливий компонент первинного допологового огляду грудей.⁷⁹ (II-3)

- Оцініть чи відповідний розвиток та анатомія грудей.
- Зверніть увагу на дані анамнезу чи фізикального обстеження, які можуть вказувати, що вагітна жінка має високий ризик проблем з грудним вигодовуванням (наприклад, невдача у годуванні грудьми попередньої дитини, тривалий прийом ліків або харчових добавок, безпліддя, операції чи травми грудей, опромінення голови чи грудної клітки, домашнє чи партнерське насильство; плоскі або втягнуті соски, які видно під час медичного огляду, гіпоплазія залозистої тканини, ожиріння; анамнез або дані огляду, що вказують на цукровий діабет, захворювання щитовидної залози, синдром полікістозних яєчників).¹ (I)
- При виявленні проблеми, розгляньте варіант направлення до лікаря, що спеціалізується на медицині грудного вигодовування або до консультанта з лактації (Міжнародний сертифікований спеціаліст з лактації (IBCLC).

7. Обговорюйте питання грудного вигодовування під час кожного допологового консультування.^{1,2} (I)

- Розгляньте можливість 3-етапного консультування Найкращий старт:
 - Заохочення до відкритого діалогу про грудне вигодовування, починаючи з відкритих запитань.
 - Підтвердження почуттів пацієнта.
 - Забезпечення цільового навчання.^{64,80} (II-2, II-3)
- Вирішуйте проблеми та розвіюйте міфи під час кожного візиту.
- Надавайте інформацію про безпеку використання ліків під час вагітності та годування груддю.

направляти на відповідні джерела, де вони можуть охорони здоров'я: www.who.int/topics/breastfeeding (II-2)

- Розгляньте можливість використання у вашій практиці набору навчальних матеріалів, таких як "На старт, Увага, Малюк" (www.tinyurl.com/readyssetbaby), які складаються з матеріалів для пацієнтів та гайдлайнів для освітан.

Протягом першого триместру

- Якщо протипокази відсутні, рекомендуйте виключно грудне вигодовування протягом перших 6 місяців життя, а потім поєднуючи з прикормом протягом 1-2 років або скільки забажає мама та малюк.⁸¹ (II-2) Доведено, що виключно дані рекомендації покращують показники грудного вигодовування.
- Залучайте партнерів і осіб, що підтримують матерів, та навчайте їх перевагам грудного вигодовування для мами та дитини.⁸² (II-2)
- Допоможіть подолати звичні перешкоди, такі, як невпевненість у собі, збентеження, часові та соціальні обмеження, проблеми з харчуванням та здоров'ям, відсутність соціальної підтримки, працевлаштування, занепокоєння щодо догляду за дитиною та страх болю.^{65,79} (I, II-3). Візьміть до уваги соціальні фактори та спосіб життя, що може бути особливо важливим серед підлітків, жінок з ожирінням та представниць національних меншин.

Протягом другого триместру

- Заохочуйте жінок знаходити приклади грудного вигодовування, спілкуючись із родичами, друзями та колегами, які успішно годували грудьми.
- Рекомендуйте вагітним жінкам та їхнім партнерам відвідувати курси та групи підтримки з грудного вигодовування та/або групи підтримки вагітних на додаток до звичайного навчання в лікарнях.^{73,74,85-90} (I, II-1, II-3)
- Перегляньте основи грудного вигодовування, такі як важливість виключно грудного вигодовування, взаємозв'язок попиту та пропозиції, прикладання на вимогу, частота годувань, ознаки голоду та ситості, уникнення використання дурників, доки малюк не почне добре прикладатись, а також важливість ефективного прикладання.
- Жінок, які планують повернутися до навчання або роботи поза межами дому, заохочуйте ознайомитись з доступними засобами для зцідження та зберігання грудного молока, скільки часу триватиме декретна відпустка і яка підтримка передбачена умовами трудового договору та законодавством.^{1,2} (III)
- Заохочуйте жінок залучати навченого асистента пологів (доулу) піклуватись під час пологів та в післяпологовому догляді, оскільки це значно покращує результати грудного вигодовування.^{90,91} (I)

Протягом третього триместру

- Подумайте про демонстрацію за допомогою ляльок і реквізиту механізмів ефективного прикладання і поширених позицій для прикладання дитини, таких як на боку, колиска, перехресна колиска та клатч (з-під руки).⁹² (I)
- Перегляньте фізіологію початку грудного вигодовування та вплив добавок.^{1,2,65} (II-3, III)
- Рекомендуйте обирати відповідний одяг та бюстгальтер для грудного вигодовування.
- Заохочуйте ще раз відвідати групи підтримки грудного вигодовування, оскільки інтереси і цілі жінок можуть змінитися від початку вагітності.^{3,26,32,36,79} (I, II-3)
- Розгляньте можливі варіанти знеболення під час пологів та їх вплив на грудне вигодовування, так як багато знеболюючих можуть негативно впливати на грудне вигодовування.⁹³⁻⁹⁵ (I, III)
- Обговоріть важливість раннього контакту шкіра-до-шкіри одразу після народження (незалежно від способу пологів та протягом післяпологового періоду) для успішного грудного вигодовування та загального стану здоров'я новонародженого.^{93,96-98} (I, II-3) Обговоріть біологічну позу прикладання дитини, включаючи рефлекс “повзання і пошуку грудей” і як посприяти цьому в пологовій залі.^{99,100} (III)
- Рекомендуйте вагітним жінкам обговорювати питання догляду за немовлям та підтримки грудного вигодовування з медичним працівником.¹⁰¹ (I)
- Наголошуйте на необхідності раннього спостереження після пологів, якщо є ризик проблем з грудним вигодовуванням у жінки або у новонародженого.

8. Створіть належні умови пологів, що сприяють успішному грудному вигодовуванню.

- Інформуйте пацієнок про десять кроків успішного грудного вигодовування та пропагуйте лікарню дружню до грудного вигодовування.¹⁰¹ (I)
- Обговоріть підтримку грудного вигодовування у випадку кесаревого розтину.⁹⁶⁻⁹⁸ (I, II-3) Заохочуйте матерів звертатись по допомогу до спеціаліста з лактації в пологовому будинку та/або незабаром після виписки, особливо якщо у них виникають труднощі.
- Рекомендуйте після виписки з пологового будинку, якнайшвидше звернутися до лікаря для огляду новонародженого та контролю грудного вигодовування (III), особливо для немовлят, виписаних у перші 1–3 дні життя.
- Переконайтеся, що жінка має підтримку протягом післяпологового періоду та знає, як отримати допомогу.
- Надайте попередні рекомендації щодо таких ситуацій, як нагрубання, часті годування та годування вночі.

Рекомендації щодо подальших досліджень

1. Хоча багато досліджень продемонстрували ефективність конкретних пренатальних втручань, необхідні економічно обґрунтовані дослідження, щоб визначити, яким з цих втручань варто

2. приділити найбільшу увагу в рутинній клінічній практиці.
2. Потрібні дослідження, що вивчають економічну обґрунтованість створення амбулаторної практики, дружньої до грудного вигодовування.
3. Необхідні додаткові дослідження щодо впливу навчання грудному вигодовуванню в пренатальному періоді, на багато груп населення, таких як жінки різного соціально-економічного статусу і етнічного походження. Наприклад, результати досліджень значно відрізняються географічно, на це впливають фактори соціально-культурного середовища.
4. Потрібні дослідження для вивчення ролі технологій (електронних медичних записів, текстових повідомлень, онлайн-ресурсів, груп та інших) у покращенні результатів грудного вигодовування та досвіду жінок.
5. За останні 5 років було опубліковано багато досліджень щодо допологового втручання, що мали значний успіх. Необхідні подальші трансляційні дослідження щодо впровадження та підтримки [допологового втручання] серед організації охорони здоров'я, громадських організацій і політичних систем.

Подяки

Ця робота була частково підготовлена завдяки гранту Бюро охорони здоров'я матері та дитини Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб США.

Перекладали українською: Вікторія Дебела (Київ, Україна), Вікторія Сіротіна (Київ, Україна)

Посилання

1. Eidelman A, Schanler R. AAP executive summary: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:600–603.
2. AAFP Breastfeeding Advisory Committee. Position paper: Breastfeeding, family physicians supporting. Updated 2014. Available at www.aafp.org/about/policies/all/breastfeedingsupport.html (accessed November 2, 2015).
3. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;(153):1–186.
4. Horta B, Victora C. Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review. Geneva: World Health Organization, 2013.
5. Izatt SD. Breastfeeding counseling by health care providers. *J Hum Lact* 1997;13:109–113.
6. Gurka KK, Hornsby PP, Drake E, et al. Exploring intended infant feeding decisions among low-income women. *Breastfeed Med* 2014;9:377–384.
7. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, et al. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res* 2011;33: 486–505.
8. Guise JM, Palda V, Westhoff C, et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003; 1:70–78.
9. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV. ABM clinical protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office: Optimizing care for infants and children, revised 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:237–242.
10. Mansbach IK, Palti H, Pevsner B, et al. Advice from the obstetrician and other sources: Do they affect women's breast

ABM PROTOCOL

feeding practices? A study among different Jewish groups in Jerusalem. *Soc Sci Med* 1984;19:157–162.

11. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17:1132–1143.

12. Lu MC, Lange L, Slusser W, et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.

13. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.

14. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.

15. Mekuria G, Edris M. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2015;10:1.

16. Jahan K, Roy SK, Mihrshahi S, et al. Short-term nutrition education reduces low birthweight and improves pregnancy outcomes among urban poor women in Bangladesh. *Food Nutr Bull* 2014;35:414–421.

17. Cross-Barnet C, Augustyn M, Gross S, et al. Long-term breastfeeding support: Failing mothers in need. *Matern Child Health J* 2012;16:1926–1932.

18. Pound CM, Williams K, Grenon R, et al. Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *J Hum Lact* 2014;30:298–309.

19. Demirci JR, Bogen DL, Holland C, et al. Characteristics of breastfeeding discussions at the initial prenatal visit. *Obstet Gynecol* 2013;122:1263–1270.

20. Archabald K, Lundsberg L, Triche E, et al. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: Are they being addressed? *J Midwifery Womens Health* 2011;56:2–7.

21. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med* 2009;4:31–42.

22. Miracle DJ, Fredland V. Provider encouragement of breastfeeding: Efficacy and ethics. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:545–548.

23. Dusdieker LB, Dungey CI, Losch ME. Prenatal office practices regarding infant feeding choices. *Clin Pediatr (Phila)* 2006;45:841–845.

24. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113: e405–e411.

25. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: A systematic review. *J Hum Lact* 2015;31:354–366.

26. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: A systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17:326–343.

27. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.

28. Appendix A Task Force Ratings. Guide to clinical preventive services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd ed. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed November 2, 2015).

29. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.

30. Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, et al. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD002075.

31. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, et al. Marketing infant formula through hospitals: The impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98:290–295.

32. Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, et al. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: Does it make a difference? *J Hum Lact* 2012;28:380–388.

33. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, 1981, Resolution WHA34. 22. Available at www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf (accessed September 10, 2015).

34. Memon ZA, Khan GN, Soofi SB, et al. Impact of a community-based perinatal and newborn preventive care package on perinatal and neonatal mortality in a remote mountainous district in Northern Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:106.

35. Brunton G, O'Mara-Eves A, Thomas J. The 'active ingredients' for successful community engagement with disadvantaged expectant and new mothers: A qualitative comparative analysis. *J Adv Nurs* 2014;70:2847–2860.

36. Lassi ZS, Das JK, Salam RA, et al. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: Interventions and findings. *Reprod Health* 2014;11(Suppl 2):S2.

38. Muhajarine N, Ng J, Bowen A, et al. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: A quantitative evaluation. *Can J Public Health* 2012;103(7 Suppl 1):eS26–eS31.

39. Edwards RC, Thullen MJ, Korfmacher J, et al. Breastfeeding and complementary food: Randomized trial of community doula home visiting. *Pediatrics* 2013;132(Suppl 2): S160–S166.

40. Khan AI, Hawkesworth S, Ekstrom EC, et al. Effects of exclusive breastfeeding intervention on child growth and body composition: The MINIMat trial, Bangladesh. *Acta Paediatr* 2013;102:815–823.

41. Karp SM, Howe-Heyman A, Dietrich MS, et al. Breastfeeding initiation in the context of a home intervention to promote better birth outcomes. *Breastfeed Med* 2013;8: 381–387.

42. Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, et al. Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: A cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:2184–2192.

43. Ochola SA, Labadarios D, Nduati RW. Impact of counselling on exclusive breast-feeding practices in a poor urban setting in Kenya: A randomized controlled trial. *Public Health Nutr* 2013;16:1732–1740.

44. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: A systematic review. *Bull World Health Organ* 2010;88: 658–666B.

45. Ingram J, Johnson D. Using community maternity care assistants to facilitate family-focused breastfeeding support. *Matern Child Nutr* 2009;5:276–281.

46. Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. *J Hum Lact* 2009;25:404–411.

47. Apostolakis-Kyrus K, Valentine C, DeFranco E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *J Pediatr* 2013;163:1489–1494.

48. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, et al. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun* 2014;19(Suppl 1): 122–141.

49. Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Breastfeeding among minority women: Moving from risk factors to interventions. *Adv Nutr* 2012;3:95–104.
50. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, et al. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J* 2012;7:15.
51. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev* 2008;16:9–19.
52. Schlickau JM. Prenatal Breastfeeding Education: An Intervention for Pregnant Immigrant Hispanic Women. Lincoln, NE: University of Nebraska Medical Center, 2005.
53. Bevan G, Brown M. Interventions in exclusive breastfeeding: A systematic review. *Br J Nurs* 2014;23:86–89.
54. Meedy S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth* 2010;23:135–145.
55. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, et al. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:546–555.
56. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29: 278–284.
57. Hundalani SG, Irigoyen M, Braitman LE, et al. Breastfeeding among inner-city women: From intention before delivery to breastfeeding at hospital discharge. *Breastfeed Med* 2013;8:68–72.
58. Sikander S, Maselko J, Zafar S, et al. Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: A cluster RCT. *Pediatrics* 2015;135:e424–e431.
59. Hildebrand DA, McCarthy P, Tipton D, et al. Innovative use of influential prenatal counseling may improve breastfeeding initiation rates among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2014;46:458–466.
60. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, et al. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J* 2014; 18:296–306.
61. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, et al. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Educ Behav* 2009;36:250–258. ABM PROTOCOL 455
62. Olenick P. The Effect of Structured Group Prenatal Education on Breastfeeding Confidence, Duration and Exclusivity to Twelve Weeks Postpartum [PhD thesis]. Toronto: Toronto University International, 2006.
63. Kronborg H, Maimburg RD, Vaeth M. Antenatal training to improve breast feeding: A randomised trial. *Midwifery* 2012;28:784–790.
64. Best Start Social Marketing. Using Loving Support[®] to Implement Best Practices in Peer Counseling. Updated 2004. Available at www.nal.usda.gov/wicworks/Learning_Center/research_brief.pdf (accessed July 3, 2015).
65. Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:868–871.
66. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, et al. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J* 2014;18:707–713.
67. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, et al. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210:239–248.
68. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, et al. Preconception care: Closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reprod Health* 2014;11(Suppl 3):S1.
69. Andaya E, Bonuck K, Barnett J, et al. Perceptions of primary care-based breastfeeding promotion interventions: Qualitative analysis of randomized controlled trial participant interviews. *Breastfeed Med* 2012;7: 417–422.
70. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, et al. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Public Health* 2014;104(Suppl 1):S119–S127.
71. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 361: Breastfeeding: Maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol* 2007;109: 479–480.
72. Hartman S, Barnett J, Bonuck K. Implementing international board-certified lactation consultants intervention into routine care: Barriers and recommendations. *Clin Lact* 2012;3–4:131–137.
73. Ickovicks JR, Kershaw TS, Westdahl C. Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110:330–339.
74. Tanner-Smith E, Steinka-Fry K, Lipsey M. Effects of CenteringPregnancy group prenatal care on breastfeeding outcomes. *J Midwifery Womens Health* 2013;58: 389–395.
75. Giglia R, Binns C. The effectiveness of the internet in improving breastfeeding outcomes: A systematic review *J Hum Lact* 2014;30:156–160.
76. Gallegos D, Russell-Bennett R, Previte J, et al. Can a text message a week improve breastfeeding? *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:374.
77. Flax VL, Negerie M, Ibrahim AU, et al. Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases Nigerian women's adherence to international breastfeeding recommendations. *J Nutr* 2014;144:1120–1124.
78. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians*, 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2013, p. 337.
79. Issler H, de Sa MB, Senna DM. Knowledge of newborn health care among pregnant women: Basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *Sao Paulo Med J* 2001;119:7–9.
80. Humenick SS, Hill PD, Spiegelberg PL. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998; 14:305–310.
81. Lu MC, Lange L, Slusser W, et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.
82. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20: 367–379.
83. Martin J, MacDonald-Wicks L, Hure A, et al. Reducing postpartum weight retention and improving breastfeeding outcomes in overweight women: A pilot randomised controlled trial. *Nutrients* 2015;7:1464–1479.
84. Chapman DJ, Morel K, Bermudez-Millan A, et al. Breastfeeding education and support trial for overweight and obese women: A randomized trial. *Pediatrics* 2013; 131:e162–e170.
85. Pitcock N. Evaluation of an Initiative to Increase Rates of Exclusive Breastfeeding Among Rural Hispanic Immigrant Women [PhD thesis]. Charlottesville, VA: University of Virginia, 2013.
86. Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: Its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lact* 1997;13:121–125.

ABM PROTOCOL

87. Wong KL, Fong DY, Lee IL, et al. Antenatal education to increase exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014;124:961–968.
88. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD006425.
89. Chapman DJ, Damio G, Perez-Escamilla R. Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly Latina population. *J Hum Lact* 2004;20:389–396.
90. Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:897–902.
91. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
92. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997; 13:189–196.
93. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:469–473.
94. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122:423–428.
95. Montgomery A, Hale TW, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553. 456 ABM PROTOCOL
96. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. *Neonatology* 2012;102:114–119.
97. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324.
98. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak* 2011; 21:601–605.
99. Henderson A. Understanding the breast crawl: Implications for nursing practice. *Nurs Womens Health* 2011;15: 296–307.
100. Klaus M. Mother and infant: Early emotional ties. *Pediatrics* 1998;102(5 Suppl E):1244–1246.
101. Loh NR, Kelleher CC, Long S, et al. Can we increase breast feeding rates? *Ir Med J* 1997;90:100–101.

ABM protocols expire 5 years from the date of publication. Evidence-based revisions are made within 5 years or sooner, if there are significant changes in the evidence.

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee:
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-chairperson
Larry Noble, MD, FAMB, Protocols Committee
Translations Chairperson
Nancy Brent, MD
Cadey Harrel, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Kate Naylor, MBBS, FRACGP
Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD, MPH
Tomoko Seo, MD, FABM
Rose St. Fleur, MD
Michal Young, MD

For correspondence: abm@bfmed.org