



Open camera or QR reader
and scan code to access this
article and other resources
online

Клінічний протокол №2 Академії медицини грудного вигодовування (ABM):

Рекомендації щодо виписки з пологового будинку мам та дітей на грудному вигодовуванні. Редакція 2022 року.

Adrienne E. Hoyt-Austin,¹ Laura R. Kair,¹ Ilse A. Larson,² and Elizabeth K. Stehel³ ;

and the Academy of Breastfeeding Medicine

Анотація

Головна мета Академії медицини грудного вигодовування полягає у розробці клінічних протоколів для вирішення поширених медичних проблем, які можуть стати на заваді успіху грудного вигодовування. Ці протоколи є виключно рекомендаціями щодо догляду за матерями які годують грудьми та їх немовлятами. Вони не визначають єдиний курс лікування та не є стандартами медичної допомоги. Варіанти лікування можуть бути доречними відповідно до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Академія медицини грудного вигодовування визнає, що не всі хто годують грудьми, вважають себе жінкою. Однак використання гендерно-інклюзивної мови неможливе всіма мовами, у всіх країнах і для всіх читачів. Позиція Академії медицини грудного вигодовування (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) полягає в тому, щоб інтерпретувати клінічні протоколи в рамках інклюзивності всіх осіб, які годують грудьми, годують біля грудної клітки і годують грудним молоком.

Вступ

Підготовка до виписки та чітке планування переходу під час пологової госпіталізації рекомендовані як частина найкращої практики післяпологового та неонатального догляду та є важливими компонентами комплексної програми для покращення результатів грудного вигодовування та зниження смертності.^{1,2} У всьому світі близько 300 000 жінок помирають під час пологів або протягом тижнів після пологів щороку (211 на 100 000), а ризик смертності під час пологів оцінюється як 1 на 190 осіб.³ Для новонароджених віком <28 днів глобальний показник смертності становить 17 на 1000 живонароджених (1700 на 100 000) і переважна більшість цих смертей у віці до 5 років.⁴ Новонароджені мають великий ризик ранніх несприятливих результатів; у всьому світі 75% смертей новонароджених припадає на перший тиждень після народження.⁵ Виключно грудне вигодовування пов'язане з поліпшенням показників неонатальної смертності, зокрема в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.⁶⁻⁸ Ініціативи з грудного вигодовування, які включають контакт «шкіра до шкіри», не збільшують рівень дитячої смертності протягом першого тижня. Однак існують суперечки щодо того, чи варто рекомендувати матерям засинати, тримаючи своїх новонароджених «шкіра до шкіри».⁹ У багатьох країнах із високим рівнем доходів нерівномірність у здоров'ї, викликана структурним расизмом та іншими формами дискримінації, значною мірою сприяє погіршенню здоров'я матерів та дітей. Серед темношкірих жителів США та аборигенів Австралії

спостерігається вищий рівень неонатальної та материнської смертності.¹⁰⁻¹² Належне обстеження новонародженого та матері під час та після пологів важливе для зменшення несприятливих наслідків та забезпечення успішного тривалого грудного вигодовування.¹³ У всьому світі пологи відбуваються як у лікарняних умовах, так і поза ними. Деякі міркування в цьому протоколі можуть бути доречними (наприклад, фактори ризику для проблем з лактацією, втрати ваги та жовтяниці) для пологів в будь-яких умовах, але інші можуть бути невідповідними для пологів за межами лікарні. Незважаючи на те, що цей протокол зосереджується на готовності до виписки з точки зору безпеки новонародженого та можливості грудного вигодовування, необхідно також ретельно враховувати фізичне та психічне здоров'я матері з метою мінімізації розлучення матері та дитини. Більше інформації щодо безпечної виписки матері з лікарні можна знайти в рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Національного інституту здоров'я та настановах Великобританії.^{1,14} Наведені тут рекомендації стосуються виписки здорових доношених новонароджених, які перебувають на грудному вигодовуванні. Інформація про виписку новонароджених, які перебувають у відділенні інтенсивної терапії новонароджених, доступна в Протоколі ABM №12, про догляд за пізніми недоношеними новонародженими та ранніми доношеними новонародженими в Протоколі ABM №10, а про політику щодо материнства в Протоколі ABM № 7.¹⁵⁻¹⁷

¹Department of Pediatrics, University of California Davis Medical Center, Sacramento, California, USA

²Department of Pediatrics, University of California San Francisco, San Francisco, California, USA.

³Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA

Рекомендації

Для кожної рекомендації зазначається якість доказів (рівні доказів 1, 2 і 3) і сила рекомендації (А, В і С), як визначено критеріями таксономії сили рекомендації.¹⁸ Рекомендації зведені в таблицю 1.

Підтримка грудного вигодовування у стаціонарі

1. Підтримку грудного вигодовування слід продовжувати протягом усього періоду пологів і діада повинна бути залучена до додаткової підтримки після госпіталізації.^{2,19–24}

Академія медицини грудного вигодовування підтримує політику та процедури пологових лікарень, визначені ВООЗ та ЮНІСЕФ про Ініціативу лікарень доброзичливих до дитини (BFHI), Десять кроків до успішного грудного вигодовування.² Підтримку під час госпіталізації слід отримувати від медичного працівника, який пройшов підготовку з допомоги при грудному вигодовуванні.^{25,26}

Офіційна оцінка може включати оцінку положення та прикладання до грудей з особливою увагою до чутного ковтання, як ознаки отримання молока, ваги новонародженого, наявності жовтяниці та випорожнень (включаючи запис частоти, кольору та об'єму стулу, наявності кристалів уратів). Консультування має включати практичну демонстрацію прикладання до грудей і способів зціджування грудного молока.^{27,28} У ситуаціях, коли перебування в лікарні може тривати до тижня, оцінювання грудного вигодовування може тривати до тих пір, поки грудне вигодовування не буде успішно встановлено, а потім частота може зменшитися.

Рівні доказовості: 1–3. Сила рекомендації: А.

Ризики раннього припинення грудного вигодовування

2. Усі проблеми, такі як біль у сосках, неспроможність зцідити молоко, відчуття недостатнього вироблення та будь-яка передбачувана потреба в догодовуванні, мають бути негайно оцінені та вирішені.^{19,28,29}

У країнах, де виписка з стаціонару після пологів зазвичай відбувається через 1,5–2 дні після вагінальних пологів і через 2–4 дні після кесаревого розтину, існують важливі міркування.³⁰ Слід оцінити вагу новонародженого і втрату ваги відповідно до перцентилів або відсотків; частота оцінки залежатиме від передбачуваного часу виписки та національних рекомендацій.³⁰ Може знадобитися відкласти виписку, якщо втрата ваги новонародженого є вищою за очікувану, а план безпечного і устновленого годування та подальшого спостереження неможливий.

Рівні доказовості: 2, 3. Сила рекомендації: В.

3. Діада грудного вигодовування отримує користь від сімейно-орієнтованого підходу до освіти з грудного вигодовування, який фокусується на покращенні материнської, батьківської/партнерської підтримки грудного вигодовування з боку матері, батька/партнера та інших членів сім'ї.

Було продемонстровано, що такий підхід покращує результати грудного вигодовування через 6 місяців.^{31–35} Передбачення проблем з грудним вигодовуванням слід оцінювати на основі факторів ризику для матері та новонародженого, які розглядаються в Протоколі АВМ № 7 "Модельна політика щодо материнства" та Протоколі АВМ № 3 "Догодовування".^{17,36}

Рівні доказовості: 1, 2. Сила рекомендації: В.

4. У громадах з неоптимальними показниками грудного вигодовування, які страждають від несправедливості у сфері

охорони здоров'я, включаючи структурний расизм і фанатизм, важливо втручатися на багатьох рівнях, використовуючи інтегративні методи для кращої підтримки здоров'я матері та дитини за допомогою грудного вигодовування.^{11,12,37,38}

Інтегративні методи включають культурно прийнятну комунікацію, покращений доступ до допомоги, безперервність догляду та врахування питань материнського здоров'я під час консультування щодо наміру, винятковості та тривалості грудного вигодовування.

Люди, які стикаються зі складними труднощами на шляху до грудного вигодовування, отримують користь від інтегративного підходу, в якому комплексні стратегії замінюють нинішні розрізнені втручання, які не задовільняють соціальні та психологічні потреби. Ці стратегії повинні безперешкодно функціонувати в усьому суспільстві та в різних установах на індивідуальному, міжособистісному, громадському, політичному та макросистемному рівнях, а також враховувати соціально-історичний контекст.³⁴

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В

5. Усі проблеми, пов'язані з грудним вигодовуванням, виявлені персоналом лікарні або підняті матір'ю, повинні бути вирішені консультантом з лактації, консультантом або медичним працівником, обізнаним у питаннях грудного вигодовування, до виписки матері та новонародженого.^{39,40}

Існує багато факторів, які сприяють ранньому припиненню грудного вигодовування, деякі з яких включають відчуття недостатнього вироблення молока, розділення матері та дитини після пологів, вагінальні пологи за допомогою лікаря, кесарів розтин, куріння матері, вживання наркотиків матір'ю, відсутність підтримки з боку сім'ї або медичного персоналу, насильство з боку інтимного партнера, молодий вік матері, низький рівень освіти матері, відсутність оплачуваної декретної відпустки та повернення матері на роботу.^{41–46}

Існують численні фактори ризику затримки лактогенезу (початок лактогенезу II > 72 години після пологів), включаючи материнський діабет, вживання алкоголю під час вагітності, бал по Единбурзькій шкалі післяпологової депресії ≥ 10 та старший вік матері.^{47,48} Жінки, що годують груддю, які мають (або схильні до ризику) затримки лактогенезу II, мають вищий ризик раннього припинення грудного вигодовування.⁴⁹ Жінки з надмірною вагою (ІМТ ≥ 25 кг/м²) або ожирінням (ІМТ ≥ 30 кг/м²) рідше починають грудне вигодовування, рідше годують виключно груддю і мають вищий ризик раннього припинення грудного вигодовування.^{19,50–56}

Необхідно розглянути пов'язані з немовлям фактори ризику проблем з грудним вигодовуванням, включаючи анкілоглосію, анатомічні аномалії ротоглотки, гіпотонію, недоношеність та інші стани, а також розробити спеціальні плани підтримки перед випискою. Анкілоглосія обговорюється далі у відповідній АВМ Position Statement.⁵⁷

Рівні доказовості: 1–3. Сила рекомендації: В.

Ризики передчасної виписки

6. У новонароджених, які перебувають виключно на грудному вигодовуванні, слід ретельно розглянути можливість ранньої виписки, оскільки існує ризик повторної госпіталізації внаслідок неонатальної гіпербілірубінемії та зневоднення.^{58–61}

Таблиця 1. Резюме рекомендацій і класифікація сили рекомендацій

Рекомендація	SORT		Рекомендація	SORT	
	LOE	SOR		LOE	SOR
Підтримка грудного вигодовування в стаціонарі Підтримка грудного вигодовування повинна тривати протягом усього періоду перебування в пологовому будинку та повинен бути встановлений зв'язок з підтримкою грудного вигодовування після госпіталізації	1-3	A	Не слід розповсюджувати пакунки з дитячими сумішами, пустушками або комерційними рекламними матеріалами, що містять конкретні посилання на дитячі суміші та продукти харчування. Ці продукти можуть заохочувати до погіршення практики грудного вигодовування, що може призвести до передчасного відлучення від грудей.	1,2	A
Ризики для раннього припинення грудного вигодовування Усі проблеми, такі як біль у сосках, неможливість зцідження руками, відчуття недостатнього вироблення молока та будь-яка передбачувана потреба в догодовуванні, повинні бути негайно оцінені та вирішені.	2,3	B	Пропоновані поради щодо підготовки до пологів Використовуйте орієнтований на сім'ю культурно релевантний підхід до того, чого очікувати в післяпологовому періоді та як підтримувати матір, що годує грудьми.	1-3	B
Мати та дитина на грудному вигодовуванні отримують користь від сімейно-орієнтованого підходу до навчання грудному вигодовуванню, який фокусується на покращенні підтримки грудного вигодовування з боку матері, батька/партнера та родини.	1,2	B	Кожна мати, яка годує грудьми, повинна отримувати підтримку і навчання техніці зцідження молока, щоб полегшити нагрудання і отримати молоко для годування новонародженого, якщо відбувається відлучення або якщо новонароджений не в змозі годуватися безпосередньо з грудей.	2	B
У громадах з неоптимальними показниками грудного вигодовування, які страждають від несправедливості у сфері охорони здоров'я, включаючи расизм як у системі охорони здоров'я, так і за її межами, важливо використовувати інтегративні методи для кращої підтримки здоров'я матері та дитини за допомогою грудного вигодовування.	2	B	Безперервність та перехідний період у догляді за грудним вигодовуванням Координоване консультування та перенаправлення при проблемах з грудним вигодовуванням, які можуть виникнути після виписки з пологового будинку, є важливим для найкращої підтримки діади грудного вигодовування.	3	C
Усі проблеми, пов'язані з грудним вигодовуванням, повинні бути розглянуті та задокументовані консультантом з лактації, консультантом або медичним працівником, який має знання клінічного догляду за грудним вигодовуванням перед випискою матері та новонародженого.	1-3	B	Тип і час спостереження після госпіталізації Післяпологовий догляд за новонародженим та породіллею рекомендується здійснювати медичними працівниками та/або працівниками громадського здоров'я після виписки з пологового будинку/пологового стаціонару.	1-3	A
Ризики передчасної виписки Слід уважно поставитися до ранньої виписки дітей, які знаходяться на виключно грудному вигодовуванні, новонароджених, оскільки існує ризик повторної госпіталізації внаслідок неонатальної гіпербілірубінемії та дегідратації.	1-3	B	Догляд за діадою на грудному вигодовуванні після пологів/госпіталізації може здійснюватися в медичному кабінеті або вдома, оскільки немає різниці в результатах лікування в кабінеті та вдома.	1,2	B
Врахування втрати ваги у новонародженого Якщо догодовування показане за клінічними показаннями, надання догодовування альтернативними методами годування (наприклад шприцом, чашкою і т.д. замість пляшечки) захищає будь-яке і виключно грудне вигодовування недоношених дітей і може використовуватися для доношених дітей.	1,2	A	Новонароджені, які виписані до 48 годин життя, повинні бути оцінені протягом 24-48 годин після виписки.	2,3	C
Важливість догляду за діадою Діаду на грудному вигодовуванні не слід розлучати, якщо це можливо, мати повинна регулярно годувати грудьми, практикувати догляд за методом кенгуру і навчитися зціджувати грудне молоко при розлученні з немовлям.	1,2	B	Подальше спостереження для підтримки грудного вигодовування після госпіталізації новонароджених Після виписки сім'ї повинні бути підключені до підтримки грудного вигодовування на рівні громади, яка може надаватися особисто або за допомогою телемедицини.	2-3	B
Пакети для виписки/подарунки надані лікарнею Під час госпіталізації, виписки та після виписки сім'ї отримують користь від відповідних освітніх матеріалів про грудне вигодовування, що ґрунтуються на фактичних даних і не мають	2	B	Офісні, домашні, телефонні та відео візити до фахівця з грудного вигодовування та групи підтримки грудного вигодовування під керівництвом колег повинні бути частиною	1-3	B

комерційної спрямованості. Продукти з комерційною заангажованістю можуть захоочувати погіршення практики грудного вигодовування і можуть призвести до передчасного відлучення від грудей.

регулярного спостереження і, як було доведено, сприяють збільшенню винятковості та тривалості грудного вигодовування, а також є економічно ефективними.

Освітні матеріали, в тому числі ті, що надаються через Інтернет або мобільні пристрої, також можуть сприяти успіху грудного вигодовування і можуть бути найбільш ефективними, коли вони надаються в середовищі з низьким початковим рівнем грудного вигодовування.

1-3 B

LOE, рівень доказовості; SOR, сила рекомендації; SORT, таксономія сили рекомендації.

Більш тривале перебування в пологовому будинку та медикаментозне лікування новонароджених не обов'язково пов'язані з покращенням результатів грудного вигодовування.⁶²⁻⁶⁴ Мінімальна тривалість госпіталізації новонародженого та матері повинна становити 24 години після пологів.^{13,65,66} Для закладів, які випускають додому раніше цього терміну, слід вжити заходів для забезпечення адекватного подальшого спостереження.

Перед випискою важливо переконатися, що стан матері та дитини стабільний. Немовля має отримати рекомендовані втручання та скринінг відповідно до місцевого або національного протоколу (наприклад вітамін К, імунізація проти гепатиту В, еритроміцинова очна мазь, скринінг новонароджених та початок прийому вітаміну D). Іншими аспектами є полегшення болю у матері, успішний початок грудного вигодовування, надання сім'ї послідовних і практичних порад від усіх лікарів (наприклад лікаря, акушерки, спеціаліста з передової практики, медсестри і консультанта з лактації), а також надання професійної підтримки після виписки.⁶⁷ Виписку може знадобитися відкласти до вирішення цих питань і організації подальшого спостереження.

Рівні доказовості: 1-3. Сила рекомендації: B.

Розгляд втрати ваги у новонародженого

7. Якщо догодовування є клінічно показаним, його надання альтернативними методами годування (наприклад шприцом, чашкою тощо, замість пляшечки) захищає будь-яке і виключно грудне вигодовування у недоношених дітей і може використовуватися у доношених дітей.^{2,68,69}

У новонароджених надмірна втрата ваги (наприклад >75% тилу за шкалою ранньої втрати ваги новонароджених або втрата ваги >10% від маси тіла при народженні), або <1 випорожнення на добу життя повинні спонукати до ретельної оцінки грудного вигодовування.⁷⁰ Більшість, але не всі новонароджені, відновлюють масу тіла при народженні протягом 7-14 днів після пологів.

Швидкість відновлення ваги залежить від способу пологів (вагінальні або кесарів розтин). Деяким новонародженим потрібно більше 14 днів, щоб відновити вагу при народженні, особливо якщо вони народилися шляхом кесаревого розтину.^{71,72} Докорм за медичними показаннями бажано здійснювати в наступному порядку: власне молоко матері, якщо воно недоступне, то донорське людське молоко, якщо воно недоступне, тоді формула, як зазначено в Протоколі ABM № 3.³⁶

Рівні доказовості: 1, 2. Сила рекомендації: A

Важливість догляду за діадою

8. Якщо мати з медичної точки зору готова до виписки з лікарні, а новонароджений - ні, або навпаки, новонароджений і мати повинні продовжувати 24-годинне перебування в одній палаті, щоб сприяти грудному вигодовуванню та оптимізувати здоров'я діади на грудному вигодовуванні. Слід захоочувати матір проводити якомога більше часу з госпіталізованим новонародженим, регулярно прикладати його до грудей, практикувати догляд методом кенгуру, а також навчити техніці зцідження грудного молока, щоб зціжене молоко можна було давати госпіталізованому новонародженому, якщо відбудеться розлучення.^{19-21,23}

Забезпечити матері доступ до молоковідсмоктувача або навчити ручному зцідженню грудного молока, якщо молоковідсмоктувач недоступний, а також забезпечити якісну освіту щодо використання молоковідсмоктувача.⁷³ Повинні існувати програми, що дозволяють матері позичати молоковідсмоктувач для використання вдома, якщо вона не має до нього доступу в інший спосіб. Якщо виникають труднощі зі зцідженням та/або проблеми з виробленням молока, показано раннє звернення до консультанта з лактації та/або лікаря, який має досвід медичного ведення грудного вигодовування.

Усі лікарні та пологові будинки повинні розробити політику підтримки госпіталізованих немовлят і матерів-годувальниць, як зазначено в Протоколі ABM № 35.⁶⁹ Дані щодо забезпечення молоковідсмоктувачами під час або після госпіталізації нерозлучених діад "мати-немовля" та покращення показників виключно грудного вигодовування є непереконливими.^{74,75} Рівень доказовості 1, 2. Сила рекомендації: B.

Пакети для виписки/подарунки від лікарні

9. Сім'ї отримують користь від відповідних доказових освітніх матеріалів, вільних від комерційної упередженості щодо грудного вигодовування під час госпіталізації, виписки та після виписки.^{74,76,77}

Міжнародний кодекс ВООЗ з маркетингу заміників грудного молока повинен дотримуватися в країнах, де кодекс набув чинності закону, і в установах, що мають статус BFHI, і залишається найкращою практикою в усіх умовах.⁷⁸

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: B.

*10. Не слід розповсюджувати пакети, що містять дитячі суміші, пустушки або комерційні рекламні матеріали, які безпосередньо стосуються дитячих сумішей та продуктів харчування, оскільки вони не відповідають Міжнародному кодексу маркетингу заміників грудного молока.*⁷⁸Ці

продукти перешкоджають нормальному початку та продовженню грудного вигодовування, що може призвести до передчасного відлучення від грудей.^{76,79-82}

Рівні доказовості: 1,2. Сила рекомендації: А.

Пропоновані попереджувальні рекомендації

11. Сімейно-орієнтований підхід до того, чого очікувати в післяпологовому періоді, може підтримати діаду на грудному вигодовуванні, оскільки відсутність сімейної та соціальної підтримки, як добре описано, є фактором ризику раннього припинення грудного вигодовування.^{29,45,83-86}

Перед випискою слід обговорити культурно релевантні попереджувальні вказівки мовою, якій сім'я віддає перевагу, і надати письмові додаткові матеріали. Онлайн-форуми та мобільні додатки, рекомендовані або розроблені медичним персоналом, можуть зменшити плутанину та ризик отримання неточної інформації.⁸⁷

Рівні доказовості: 1-3. Сила рекомендації: В.

12. Кожна мати, яка годує груддю, повинна отримувати підтримку та тренування з техніки зцідження молока вручну, щоб полегшити нагубання та отримати молоко для годування новонародженого, якщо відбувається розлучення або якщо новонароджений не в змозі годуватися безпосередньо з грудей.^{2,27,87}

Теми випереджувальних вказівок можуть включати питання, яких слід очікувати, та потенційні ситуації, що потребують негайної оцінки:

- Профілактика та лікування нагубання
- Інтерпретація сигналів голоду новонароджених, швидке годування на основі сигналів та очікування частоти годувань
- Показники адекватного споживання та гідратації
- Ознаки надмірної жовтяниці
- Безпека сну та спільне використання ліжок - переваги та ризики, див. Протокол АВМ №6⁸⁸

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В

Безперервність та перехідний період у догляді за грудним вигодовуванням

13. Зокрема скоординоване консультування та перенаправлення при проблемах з грудним вигодовуванням, які можуть виникнути після ранньої виписки з пологового будинку, є важливим для найкращої підтримки діади на грудному вигодовуванні.⁸⁹

Якщо лікар, який веде полого/роділлю, і лікар, який веде новонародженого, не є однією і тією ж особою, необхідно забезпечити скоординовану комунікацію з метою оптимізації подальшого догляду за дитиною. Більш детальну інформацію про пізніх передчасно народжених та ранніх вчасно народжених дітей див. у Протоколі АВМ №10.¹⁶

Рівень доказовості: 3. Сила рекомендації: С.

Тип і час спостереження після пологів у стаціонарі

14. Післяпологові візити для обох членів діади рекомендуються незалежно від місця пологів.

Візити після виписки можуть відбуватися в кабінеті лікаря або вдома у пацієнтки. З 2013 року рекомендації ВООЗ щодо післяпологового догляду за матір'ю та новонародженим включають оцінку стану матері та новонародженого протягом 24 годин після пологів у домашніх умовах. Для вагінальних пологів у стаціонарі ВООЗ рекомендує 24 годинне спостереження після пологів.⁹⁰ Післяпологову оцінку стану здоров'я матері та дитини рекомендується проводити на 3-й день життя новонародженого (48-72 години), через 1-2 тижні та 6 тижнів після будь-якого виду пологів.⁹⁰

У країнах з більшою тривалістю госпіталізації під час пологів може бути рекомендоване рутинне спостереження через різні проміжки часу. Післяпологовий догляд на дому медичними працівниками та/або працівниками громадської охорони здоров'я асоціюється зі зниженням неонатальної смертності, вищими показниками виключно грудного вигодовування, більшою задоволеністю матерів післяпологовим доглядом, зменшенням використання медичної допомоги новонародженим і є економічно ефективним, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу.⁹¹⁻⁹⁶ У дослідженнях, проведених у США, не було доведено, що домашні візити є економічно ефективними.^{97,98}

Рівні доказовості: 1-3. Сила рекомендації: А

15. У багатьох ситуаціях можуть відбуватися офісні або домашні візити діади на грудному вигодовуванні, оскільки докази вказують на відсутність різниці в результатах лікування в кабінеті лікаря та вдома.^{99,100}

Подальше спостереження за породіллю може здійснюватися її лікуючим лікарем (наприклад лікарем-акушером, сімейним лікарем або акушеркою) або лікарем загальної практики який, можливо, не був присутній при пологах.

Рівні доказовості: 1, 2. Сила рекомендації: В.

16. Новонароджені, виписані до 48 годин життя, повинні бути оцінені протягом 24-48 годин після виписки.^{65,66,101}

У країнах, де виписка з лікарні є поширеною практикою протягом 72 годин після пологів, перед випискою новонародженого і матері слід призначити зустрічі, на яких можна оцінити грудне вигодовування (в кабінеті лікаря або вдома). Медичні працівники повинні знати, що багато новонароджених, яких виписують протягом 48 годин після народження, не отримують раннього спостереження, як це рекомендовано.^{102,103} Перешкодами для проведення спостереження новонароджених після пологів можуть бути хвороба матері, відсутність надійного транспорту та недостатнє розуміння важливості подальшого спостереження за здоровими новонародженими.^{102,104}

Новонароджені, які не були оглянуті протягом рекомендованого часу після госпіталізації, мають вищі показники повторної госпіталізації в пологовий будинок.¹⁰⁵ Інноваційні методи комунікації з сім'ями, такі як обмін текстовими повідомленнями, моніторинг в Інтернеті та телефонне спілкування, продемонстрували підвищену ймовірність своєчасного спостереження після виписки та підтримки грудного вигодовування.¹⁰⁶⁻¹⁰⁹ У країнах, де перебування в лікарні після народження триває довше (наприклад, 5 днів), стан здоров'я новонародженого та грудного вигодовування можна оцінити з часом; більшість новонароджених досягають свого піку втрати ваги та фізіологічного рівня білірубину до виписки. Таким чином, перший візит після виписки може бути запланований у більш старшому віці (наприклад, у віці 2 тижнів).

Рівні доказовості: 2, 3. Сила рекомендації: С.

Подальше спостереження для підтримки грудного вигодовування після пологів у стаціонарі

17. При виписці сім'ї повинні бути підключені до підтримки грудного вигодовування на рівні громади, яка може надаватися в медичних установах, вдома або за допомогою телемедицини.^{2,110,111}

Типи доступної підтримки дуже різноманітні і залежать від місця розташування, місцевих ресурсів та уподобань пацієнток. Продовження BFHI через Ініціативу "Громада, дружба до дитини" - систему підтримки грудного вигодовування від матері до матері та на рівні громади - асоціюється зі зниженням дитячої смертності, покращенням показників грудного вигодовування та зменшенням кількості випадків прелактаційного вигодовування.¹¹² Підтримка доули вдома може зміцнити батьківські переконання та призвести до більш позитивної взаємодії з системою охорони здоров'я.^{113,114} Рівні доказовості: 2, 3. Сила рекомендації: В

18. Візит фахівця з грудного вигодовування в кабінеті лікаря або вдома повинен бути частиною регулярного спостереження.

Зокрема, підтримка грудного вигодовування, яка включає особисті візити та часте спілкування, може запобігти ранньому припиненню грудного вигодовування.¹¹⁵⁻¹¹⁷ В усьому світі було доведено, що проактивна телефонна або відео інформація з питань лактації після виписки новонароджених, яку проводять медичні працівники, обізнані в питаннях лактації, добре сприймається сім'ями та медичними працівниками і демонструє підвищення рівня виключно грудного вигодовування.¹¹⁸⁻¹²¹ Також доведено, що групи підтримки грудного вигодовування під керівництвом "рівних", як очні, так і онлайн, сприяють збільшенню винятковості та тривалості грудного вигодовування та є економічно ефективними.¹²²⁻¹³² Рівні доказовості: 1-3. Сила рекомендації: В.

19. Освітні матеріали, в тому числі ті, що надаються через Інтернет або мобільні пристрої, також можуть сприяти успіху грудного вигодовування і можуть бути найбільш ефективними, коли вони надаються в середовищі з низьким початковим рівнем грудного вигодовування.¹³³

Ці втручання можуть підтримувати материнську самооцінку, зв'язок з медичними працівниками, допомагати з прикладанням до грудей і підтримувати грудне вигодовування.¹³⁴⁻¹³⁷ Нарешті, онлайн-форуми підтримки та мобільні додатки часто використовуються молодими сім'ями, хоча якість контенту, кількість навчального матеріалу та увага до різноманітності варіюються в різних продуктах.¹³⁸⁻¹⁴⁵ Рівні доказовості 1-3. Сила рекомендації: В

Напрямки майбутніх досліджень

Багато клінічних рекомендацій, наведених у цій політиці, ґрунтуються на доказах, але залишаються сфери для подальших досліджень. Методи підтримки жінок, які годують груддю, та новонароджених під час перебування в пологовому будинку добре описані в медичній літературі, а також у стандартних практиках та політиці ВООЗ BFHI "10 кроків до успішного грудного вигодовування". Очевидно, що будь-яка підтримка грудного вигодовування після виписки з пологового будинку асоціюється з покращенням показників будь-якого/виключно грудного вигодовування; однак існують обмеження щодо узагальнення, оскільки існує не так багато добре контрольованих досліджень, які вивчають вплив державної або широкої системної політики щодо підтримки грудного вигодовування після виписки з пологового будинку.¹¹⁰

Крім того, не існує глобального стандартизованого методу спостереження за жінками та новонародженими після пологів. Там, де такі системи існують, вони не застосовуються повсюди; існують відмінності в наданні допомоги залежно від раси,

етнічної приналежності, соціально-економічного статусу, рівня освіти та типу платника (застраховані чи не застраховані). Ми рекомендуємо провести подальші добре сплановані дослідження, як пропонують Tiguneh та ін., для з'ясування та стандартизації післяпологових візитів на дому та догляду за новонародженими.⁹¹

Необхідно провести добре сплановані дослідження з використанням телемедицини після госпіталізації у зв'язку з пологами, зокрема, вивчити безпеку та клінічну ефективність надання загальної педіатричної, акушерської та лактаційної допомоги. Необхідні дослідження і співпраця з громадськістю для вирішення проблем материнської та дитячої захворюваності і смертності в групах населення, які відчують брак справедливості в охороні здоров'я.¹⁰⁻¹² Нарешті, потрібні дослідження, які вивчають довгостроковий вплив пандемій, епідемій і стихійних лих на результати пологів, госпіталізацію при пологах і виписку з пологового будинку.

Інформація про фінансування

Робота д-ра Хойт-Остіна була підтримана Програмою дослідження якості, безпеки та порівняльної ефективності в первинній медичній допомозі (QSCERT-PC), що фінансується HRSA T32HP30037, доктора Робота Хойта-Остіна та доктора Каїра також підтримується Національним центром розвитку трансляційних наук Національного інституту охорони здоров'я через номер гранту UL1 TR001860. Зусилля доктора Каїра також були підтримані нагородою «Побудова міждисциплінарних дослідницьких кар'єр у сфері жіночого здоров'я» (K12 HD051958), що фінансується Національним інститутом здоров'я дитини та людського розвитку (NICHD), Управлінням досліджень здоров'я жінок, Управлінням дієтичних добавок та Національним інститутом старіння.

Заява про розголошення інформації

Жодних конкуруючих фінансових інтересів не існує. Відповідальність за зміст несуть виключно автори, і він не обов'язково відображає офіційну точку зору NIH.

Переклали українською: Павлів Анастасія, Матейчук Анна, Гудімова Катерина, Андрійко Алла

Список використаних джерел

1. WHO Safe Childbirth Checklist Collaboration Evaluation Report. Geneva, 2017. Available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259953/9789241511490-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed March 24, 2021).
2. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services—the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018. Available at <http://apps.who.int/bookorders> (accessed February 5, 2021).
3. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva, 2019. Available at <http://apps.who.int/bookorders> (accessed April 6, 2021).
4. Sharrow D, Hug L, Liu Y, et al. Levels & Trends in Child Mortality: Estimates Developed by the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. New York, New York, 2020. Available at: <https://www.unicef.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report2020.pdf.pdf> (accessed March 1, 2022).
5. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365:891–900.
6. 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;1–186. DOI: 10.1542/gr.18-2-15.

7. Edmond K, Newton S, Hurt L, et al. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016;4:266–275.
8. Liang LD, Kotadia N, English L, et al. Predictors of mortality in neonates and infants hospitalized with sepsis or serious infections in developing countries: a systematic review. *Front Pediatr* 2018;6:277.
9. Bartick M, Boisvert ME, Philipp BL, et al. Trends in breastfeeding interventions, skin-to-skin care, and sudden infant death in the first 6 days after birth. *J Pediatr* 2020;218:11–15.
10. Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L, et al. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020; 117:21194–21200.
11. Sivertsen N, Anikeeva O, Deverix J, et al. Aboriginal and Torres Strait Islander family access to continuity of health care services in the first 1000 days of life: A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2020;20. DOI: 10.1186/s12913-020-05673-w
12. Chen L, Xiao L, Auger N, et al. Disparities and trends in birth outcomes, perinatal and infant mortality in Aboriginal vs. non-aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada 1996–2010. *PLoS One* 2015;10:e0138562.
13. Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, et al. Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants \geq 35 weeks. *Pediatrics* 2020;145:e20183696.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical Guideline. Nice 2017:1–90. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (accessed March 25, 2021).
15. Noble LM, Okogbule-Wonodi AC, Young MA, et al. ABM clinical protocol #12: Transitioning the breastfeeding preterm infant from the neonatal intensive care unit to home, revised 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:230–236.
16. Boies EG, Vaucher YE. ABM clinical protocol #10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:494–500.
17. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–575.
18. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature—American family physician. Vol 69; 2004. Available at www.aafp.org/afp (accessed March 25, 2021).
19. Gubler T, Krahenmann F, Roos M, et al. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: A Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med* 2013;41:331–339
20. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD006641.
21. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
22. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0180722.
23. Cottrell BH, Detman LA. Breastfeeding concerns and experiences of African American mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013;38:297–304.
24. Yotebieng M, Labbok M, Soeters HM, et al. Ten steps to successful breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* 2015;3:e546–e555.
25. WHO/UNICEF. Ensuring competency of direct care providers to implement the baby-friendly hospital initiative. 2020:1–40. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854> (accessed March 1, 2022).
26. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). BFHI-Training-Course-for-Maternity-Staff. 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915> (accessed March 1, 2022).
27. Hennessy M, Byrne M, Laws R, et al. “They just need to come down a little bit to your level”: A qualitative study of parents’ views and experiences of early life interventions to promote healthy growth and associated behaviours. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:3605.
28. Witt AM, Bolman M, Kredit S. Mothers value and utilize early outpatient education on breast massage and hand expression in their self-management of engorgement. *Breastfeed Med* 2016;11:433–439.
29. Yilmaz E, Dog˘a O˘cal F, Vural Yilmaz Z, et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obs Gynecol* 2017;14:1–9.
30. Kilpatrick Lu-Ann Macones, George A. SJP, ed. Guidelines for Perinatal Care, 8th Edition. Elk Grove Village, IL; Washington, DC: American Academy of Pediatrics; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017.
31. Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-centered breastfeeding education to promote primiparas’ exclusive breastfeeding in China. *J Hum Lact* 2018;34:365–378.
32. Fu I, Fong D, Heys M, et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: A multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG* 2014;121:1673–1683.
33. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice—Results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr* 2019; 15(Suppl 1). DOI: 10.1111/mcn.12705.
34. Martin SL, McCann JK, Gascoigne E, et al. Mixed-methods systematic review of behavioral interventions in low- and middle-income countries to increase family support for maternal, infant, and young child nutrition during the first 1000 days. *Curr Dev Nutr* 2020;4:nzaa085.
35. Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, et al. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women Birth* 2017;30:146–152.
36. Kellams A, Harrel C, Omega S, et al. ABM clinical protocol #3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:188–198.
37. Johnson A, Kirk R, Rosenblum KL, et al. Enhancing breastfeeding rates among African American women: A systematic review of current psychosocial interventions. *Breastfeed Med* 2015;10:45–62.
38. Morrow AL, McClain J, Conrey SC, et al. Breastfeeding disparities and their mediators in an urban birth cohort of black and white mothers. *Breastfeed Med* 2021;16:452–462.
39. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact* 2016;32:530–541.
40. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2019;14:42.
41. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med* 2010;5:159–164.
42. Coy KC, Haight SC, Anstey E, et al. Postpartum marijuana use, perceptions of safety, and breastfeeding initiation and duration: an

- analysis of PRAMS data from seven states, 2017. *J Hum Lact* 2021;37:803–812.
43. Zitkute V, Snieckuviene V, Zakareviciene J, et al. Reasons for breastfeeding cessation in the first year after childbirth in Lithuania: A prospective cohort study. *Medicina* 2020;56:226.
44. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J* 2017;12. DOI: 10.1186/s13006-017-0110-4.
45. Mangrio E, Persson K, Bramhagen A-C. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: A systematic review. *Scand J Caring Sci* 2018;32:451–465.
46. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients* 2019;11:2266.
47. De Bortoli J, Amir LH. Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabet Med* 2016;33:17–24.
48. Rocha BO, Machado MP, Bastos LL, et al. Risk factors for delayed onset of lactogenesis II among primiparous mothers from a Brazilian baby-friendly hospital. *J Hum Lact* 2020;36:146–156.
49. Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, et al. Delayed onset of lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *J Pediatr* 2012;161:608–614.
50. Preusting I, Brumley J, Odibo L, et al. Obesity as a predictor of delayed lactogenesis II. *J Hum Lact* 2017;33: 684–691.
51. Garcia AH, Voortman T, Baena CP, et al. Maternal weight status, diet, and supplement use as determinants of breastfeeding and complementary feeding: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev* 2016;74:490–516.
52. Marchi J, Berg M, Dencker A, et al. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: A systematic review of reviews. *Obes Rev* 2015;16:621–638.
53. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, et al. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2014;10:166–183.
54. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;9:CD012099. ABM PROTOCOL 203 Downloaded by Mary Ann Liebert, Inc., publishers from www.liebertpub.com at 05/19/22. For personal use only.
55. Lepe M, Bacardi Gasco'n M, Castaneda-Gonzalez LM, et al. Effect of maternal obesity on lactation: Systematic review. *Nutr Hosp* 2011;26:1266–1269.
56. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:9.
57. LeFort Y, Evans A, Livingstone V, et al. Academy of breastfeeding medicine position statement on ankyloglossia in breastfeeding dyads. *Breastfeed Med* 2021;16:278–281.
58. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, et al. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics* 2015;135:314–321.
59. Jones E, Taylor B, Rudge G, et al. Hospitalisation after birth of infants: Cross sectional analysis of potentially avoidable admissions across England using hospital episode statistics. *BMC Pediatr* 2018;18:390.
60. Flaherman V, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Health care utilization in the first month after birth and its relationship to newborn weight loss and method of feeding. *Acad Pediatr* 2018;18:677–684.
61. Blumovich A, Mangel L, Yochpaz S, et al. Risk factors for readmission for phototherapy due to jaundice in healthy newborns: A retrospective, observational study. *BMC Pediatr* 2020;20:248.
62. Knudsen RK, Kruse AR, Lou S. Parents' experiences of early discharge after a planned caesarean section: A qualitative interpretive study. *Midwifery* 2020;86:102706.
63. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women Birth* 2017;30:e281–e291.
64. Jones E, Taylor B, MacArthur C, et al. Early postnatal discharge for infants: A meta-analysis. *Pediatrics* 2020; 146:e20193365.
65. Benitz WE, Watterberg KL, Aucott S, et al. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics* 2015;135:948–953.
66. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatr Child Health* 2018;23:515–531.
67. James L, Sweet L, Donnellan-Fernandez R. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women Birth* 2017;30:87–99.
68. McKinney CM, Glass RP, Coffey P, et al. Feeding neonates by cup: A systematic review of the literature. *Matern Child Health J* 2016;20:1620–1633.
69. Bartick M, Hernandez-Aguilar M, Wight N, et al. ABM clinical protocol #35: Supporting breastfeeding during maternal or child hospitalization. *Breastfeed Med* 2021;16:664–674.
70. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
71. Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, et al. Weight change nomograms for the first month after birth. *Pediatrics* 2016;138:e20162625.
72. Wilboux M, Kasser S, Gromann J, et al. Personalized weight change prediction in the first week of life. *Clin Nutr* 2019;38:689–696.
73. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. Sources of education about breastfeeding and breast pump use: What effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. *Matern Child Health J* 2012;16:1421–1430.
74. Bai Y, Wunderlich SM, Kashdan R. Alternative hospital gift bags and breastfeeding exclusivity. *ISRN Nutr* 2013; 2013:560810.
75. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
76. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Hospital discharge bags and breastfeeding at 6 months: Data from the infant feeding practices study II. *J Hum Lact* 2014;30: 73–79.
77. Waite WM, Christakis D. The impact of mailed samples of infant formula on breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2016;11:21–25.
78. WHO/UNICEF. Marketing of Breast Milk Substitutes: National Implementation of the International Code, Status Report 2020. Geneva: World Health Organization, 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240006010> (accessed March 1, 2022).
79. Hermanson A°, A°strand LL. The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. *Women Birth* 2019. DOI: 10.1016/j.wombi.2019.10.001.
80. Manhire KM, Williams SM, Tipene-Leach D, et al. Predictors of breastfeeding duration in a predominantly Maori population in New Zealand. *BMC Pediatr* 2018;18:299.
81. Mauch CE, Scott JA, Magarey AM, et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: An observational study. *BMC Pediatr* 2012;12:7.
82. 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.
83. Nilsson IMS, Kronborg H, Rahbek K, et al. The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one

- week postpartum. *Matern Child Nutr* 2020;16. DOI: 10.1111/mcn.12986.
84. Feenstra MM, Nilsson I, Danbjørg DB. "Dad—a practical guy in the shadow": Fathers' experiences of their paternal role as a father during early discharge after birth and readmission of their newborns. *Sex Reprod Healthc* 2018; 15:62–68.
85. Houghtaling B, Byker Shanks C, Jenkins M. Likelihood of breastfeeding within the USDA's food and nutrition service special supplemental nutrition program for women, infants, and children population: A systematic review of the literature. *J Hum Lact* 2017;33:83–97.
86. Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, et al. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17. DOI: 10.3390/ijerph17020413.
87. Orbatu D, Karaca SY, Alaygut D, et al. Educational feat 205 Youtube videos depicting breastfeeding: quality, utility, and reliability analysis. *Breastfeed Med* 2021;16: 635–639.
88. Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, et al. Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, revision 2019. *Breastfeed Med* 2020;15:5–16.
89. McLelland G, Hall H, Gilmour C, et al. Support needs of breastfeeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery* 2015;31:e1–e6.
90. WHO Recommendations on: Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/. 204 ABM PROTOCOL Downloaded by Mary Ann Liebert, Inc., publishers from www.liebertpub.com at 05/19/22. For personal use only.
91. Tiruneh GT, Shiferaw CB, Worku A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:507.
92. Zhao P, Han X, You L, et al. Effect of basic public health service project on neonatal health services and neonatal mortality in China: A longitudinal time-series study. *BMJ Open* 2020;10. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034427.
93. Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, et al. Going home with baby: Innovative and comprehensive support for new mothers. *Prim Heal Care Res Dev* 2018;20. DOI: 10.1017/S1463423618000932.
94. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants through Teaching and Assessment after the Nursery (NITANY) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
95. Janmohamed A, Sohani N, Lassi ZS, et al. The effects of community home visit and peer group nutrition intervention delivery platforms on nutrition outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and metaanalysis. *Nutrients* 2020;12. DOI: 10.3390/nu12020440.
96. Lassi ZS, Kedzior SGE, Bhutta ZA. Community-based maternal and newborn educational care packages for improving neonatal health and survival in low- and middleincome countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD007647.pub2.
97. Escobar G, Braveman P, Ackerson L, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001;108:719–727.
98. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, et al. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics* 2000;105:1058–1065.
99. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane database Syst Rev* 2017;8:CD009326.
100. Verpe H, Kjellevoid M, Moe V, et al. Early postpartum discharge: Maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scand J Caring Sci* 2019; 33:85–92.
101. Jing L, Bethancourt C-N, McDonagh T. Assessing infant and maternal readiness for newborn discharge. *Curr Opin Pediatr* 2017;29:598–605.
102. Milambo JPM, Cho K, Okwundu C, et al. Newborn follow-up after discharge from a tertiary care hospital in the Western Cape region of South Africa: A prospective observational cohort study. *Glob Heal Res Policy* 2018;3. DOI: 10.1186/s41256-017-0057-4.
103. Kaplan M, Zimmerman D, Shoob H, et al. Post-discharge neonatal hyperbilirubinemia surveillance. *Acta Paediatr* 2020;109:923–929.
104. Goyal NK, Hall ES, Kahn RS, et al. Care coordination associated with improved timing of newborn primary care visits. *Matern Child Health J* 2016;20:1923–1932.
105. Shakib J, Buchi K, Smith E, et al. Timing of initial wellchild visit and readmissions of newborns. *Pediatrics* 2015; 135:469–474.
106. Hannan J, Brooten D, Page T, et al. Low-income first-time mothers: effects of APN follow-up using mobile technology on maternal and infant outcomes. *Glob Pediatr Heal* 2016;3:2333794X1666023.
107. Ahmed AH, Roumani AM, Szucs K, et al. The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy, term infants after hospital discharge. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2016;45:143–154.
108. Grylka-Baesclin S, Iglesias C, Erdin R, et al. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: A mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2020;20. DOI: 10.1186/s12913-020-05359-3.
109. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;2020. DOI: 10.1002/14651858.CD011942.pub2.
110. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA* 2016;316:1694–1705.
111. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal Care (NICE Guideline 194). 2021. www.nice.org.uk/guidance/ng194. Accessed May 18, 2021.
112. Kavle JA, Ahoya B, Kiige L, et al. Baby-friendly community initiative—From national guidelines to implementation: A multisectoral platform for improving infant and young child feeding practices and integrated health services. *Matern Child Nutr* 2019;15(Suppl 1). DOI: 10.1111/mcn.12747.
113. Munns A, Watts R, Hegney D, et al. Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: A comprehensive systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep* 2016;14:167–208.
114. Ka°ks P, Ma°lqvist M. Peer support for disadvantaged parents: A narrative review of strategies used in home visiting health interventions in high-income countries. *BMC Health Serv Res* 2020;20:1–15.
115. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
116. Kimani-Murage EW, Griffiths PL, Wekesah FM, et al. Effectiveness of home-based nutritional counselling and support on exclusive breastfeeding in urban poor settings in Nairobi: A cluster randomized controlled trial. *Global Health* 2017;13. DOI: 10.1186/s12992-017-0314-9

117. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: A systematic review. *Int J Public Health* 2019;64:999–1014.
118. Uscher-Pines L, Ghosh-Dastidar B, Bogen DL, et al. Feasibility and effectiveness of telelactation among rural breastfeeding women. *Acad Pediatr* 2019;20:652–659.
119. Puharić D, Malic̃ki M, Borovac JA, et al. The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: A randomised controlled trial. *Matern Child Nutr* 2020;16:e12948.
120. Patel A, Kuhite P, Puranik A, et al. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatr* 2018;18:337.
121. Jerin I, Akter M, Talukder K, et al. Mobile phone support to sustain exclusive breastfeeding in the community after hospital delivery and counseling: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J* 2020;15:1–11. ABM PROTOCOL 205 Downloaded by Mary Ann Liebert, Inc., publishers from www.liebertpub.com at 05/19/22. For personal use only.
122. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0177434
123. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, et al. Ringing up about breastfeeding: A randomised controlled trial exploring early telephone peer support for breastfeeding (RUBY)— trial protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:177.
124. McLardie-Hore FE, McLachlan HL, Shafiei T, et al. Proactive telephone-based peer support for breastfeeding: A cross-sectional survey of women’s experiences of receiving support in the RUBY randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020;10:e040412.
125. Ara G, Khanam M, Papri N, et al. Peer counselling improves breastfeeding practices: A cluster randomized controlled trial in urban Bangladesh. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12605.
126. Assibey-Mensah V, Suter B, Thevenet-Morrison K, et al. Effectiveness of peer counselor support on breastfeeding outcomes in WIC-enrolled women. *J Nutr Educ Behav* 2019;51:650–657.
127. Buckland C, Hector D, Kolt GS, et al. Interventions to promote exclusive breastfeeding among young mothers: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2020;15:102.
128. Burns ES, Duursma L, Triandafilidis Z. Breastfeeding support at an Australian Breastfeeding Association drop-in service: A descriptive survey. *Int Breastfeed J* 2020;15. DOI: 10.1186/s13006-020-00345-1
129. Camacho EM, Hussain H. Cost-effectiveness evidence for strategies to promote or support breastfeeding: A systematic search and narrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20. DOI: 10.1186/s12884-020-03460-3
130. Clark A, Baker SS, McGirr K, et al. Breastfeeding peer support program increases breastfeeding duration rates among middle- to high-income women. *Breastfeed Med* 2018;13:112–115.
131. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery* 2019;75:5–11.
132. McCoy MB, Geppert J, Dech L, et al. Associations between peer counseling and breastfeeding initiation and duration: An analysis of Minnesota participants in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children (WIC). *Matern Child Health J* 2018;22:71–81.
133. Palmer MJ, Henschke N, Bergman H, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane database Syst Rev* 2020;8:CD013679.
134. Mbuthia F, Reid M, Fichardt A. mHealth communication to strengthen postnatal care in rural areas: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:N.PAG-N.PAG.
135. Martinez-Brockman JL, Harari N, Segura-Pe’ rez S, et al. Impact of the lactation advice through texting can help (LATCH) trial on time to first contact and exclusive breastfeeding among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2018;50:33–42.e1.
136. Martinez-Brockman JL, Harari N, Goeschel L, et al. A qualitative analysis of text message conversations in a breastfeeding peer counselling intervention. *Matern Child Nutr* 2020;16. DOI: 10.1111/mcn.12904
137. Almohanna AA, Win KT, Meedy S. Effectiveness of internet-based electronic technology interventions on breastfeeding outcomes: Systematic review. *J Med Internet Res* 2020;22:e17361.
138. Regan S, Brown A. Experiences of online breastfeeding support: Support and reassurance versus judgement and misinformation. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12874.
139. Robinson A, Davis M, Hall J, et al. It takes an E-village: Supporting African American mothers in sustaining breastfeeding through Facebook communities. *J Hum Lact* 2019;35:569–582.
140. Robinson A, Lauckner C, Davis M, et al. Facebook support for breastfeeding mothers: A comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. *Digit Health* 2019;5. DOI: 10.1177/2055207619853397
141. Lebron CN, St. George SM, Eckembrecher DG, et al. “Am I doing this wrong?” Breastfeeding mothers’ use of an online forum. *Matern Child Nutr* 2020;16:e12890.
142. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. “I did a lot of Googling”: A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women Birth* 2019;32: 147–156.
143. Cavalcanti DS, Cabral CS, de Toledo Vianna RP, et al. Online participatory intervention to promote and support exclusive breastfeeding: Randomized clinical trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12806.
144. Sidhu S, Ma K, Sadovnikova A. Features and educational content related to milk production in breastfeeding apps: Content analysis informed by social cognitive theory. *JMIR Pediatr Parent* 2019;2:e12364.
145. Shieh C, Khan I, Umoren R. Engagement design in studies on pregnancy and infant health using social media: Systematic review. *Prev Med Reports* 2020;19:101113.

Термін дії протоколів з АВМ закінчується через 5 років від дати публікації. Зміст цього протоколу є актуальним на момент публікації. Доказові зміни вносяться протягом 5 років або раніше, якщо є значні зміни в доказовій базі.

Adrienne E. Hoyt-Austin, DO, MAS, lead author

Laura R. Kair, MD, MAS

Ilse A. Larson, MD

Elizabeth K. Stehel, MD

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol

Committee Members:

Elizabeth Stehel, MD, Chair

Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM

Sarah Calhoun, MD

Laura Kair, MD, MAS, FABM

Susan Lappin, MD, FABM

Ilse Larson, MD

Yvonne LeFort, MD, FABM

Nicole Marshall, MD, MCR

Katrina Mitchell, MD

Susan Rothenberg, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Gina Weissman, DMD

Nancy Wight, MD, FABM

Lori Feldman-Winter, MD, MPH

Adora Okogbule-Wonodi, MD

Michal Young, MD, FABM

Deena Zimmerman, MD, MPH