

ILCA
INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION
SZOPTATÁSI TANÁCSADÓK NEMZETKÖZI SZÖVETSÉGE

A kizárólagos szoptatás elérésének irányelvei

2005. június

Fordította: dr. Cholnoky Péter

Revíziós munkacsoport – Második kiadás

Mary L. Overfield, MN, RN, IBCLC
Lactation Consultant, WakeMed
Hair, Professional Development Committee
International Lactation Consultant Association
Raleigh, North Carolina USA

Carol A. Ryan, MSN, RN, IBCLC
Director, Parenting Services
Perinatal Education & Lactation Services
Georgetown University hospital
Washington, DC USA

Amy Spangler, MN, RN, IBCLC
Affiliate Faculty, Emory University
Perinatal Education Instructor, Northside Hospital
Atlanta, Georgia USA

Mary Rose Tully, MPH, IBCLC
Adjunct Assistant Professor UNC School of Public Health
Director Lactation Services
UNC Women's & Children's Hospitals
Chapel Hill. North Carolina USA

Részlegesen támogatta:
Maternal and Child health Bureau
Health Resources and Services Administration
US Department of Health and Human Services

**A kiadvány magyarországi elkészítését támogatta:
a Szerencsejáték Zrt**

Előszó

Az anya és a gyermek egészsége már régóta világszerte az érdeklődés középpontjában áll. Az emberi jogok 1948-ban ratifikált nyilatkozata kimondja, hogy „az anyaságnak és a gyermeknek különleges gondozáshoz és segítséghez van joga.”¹⁸² A gyermeki jogokról szóló, 1989-ben ratifikált egyezmény szavatolja a gyermekeknek az egészség legmagasabb elérhető fokához való jogát. Egyéb egyezmények és nemzetközi egyetértési dokumentumok annak a nem szerinti megkülönböztetésnek a visszaszorítására összpontosítanak, amely alááshatja az egészséget, kivált fiatal lányok és nők körében. A globális közösség nemrég ünnepélyesen kötelezte el magát, hogy „nemzeti és globális szinten egyaránt olyan környezetet teremtsen, amely elősegíti a fejlődést és a szegénység kiküszöbölését.”²³⁰ A hat hónapig tartó kizárólagos szoptatás a leginkább költséghatékony intézkedések közé tartozik.

Számítások szerint az évente megszülető 130 millió csecsemő közül négy millió az élet első négy hetében, az újszülöttkorban meghal.¹⁴⁴ Ez az egész világ öt éven aluli gyermekhalálozásának 36%-át teszi ki.

Bőséges adatok bizonyítják a szoptatás áldásos voltát az édesanyák, a csecsemők és a társadalom egészsége szempontjából.^{1, 6, 9, 10, 36, 51, 99, 133, 138, 180, 250} Ugyanez vonatkozik a mesterséges táplálás egészségügyi kockázataira és gazdasági költségeire is.^{43, 46, 238} Még meggyőzőbbek az előnyök, ha a szoptatás mellőzésének az anyai és gyermeki morbiditásra és mortalitásra kifejtett hatását vesszük figyelembe.

Globális egészségügyi szervezetek, kormányzati és nem kormányzati intézmények és az egészségügy szakmai egyesületei a csecsemőtáplálás normális módjaként ajánlják az élet első hat hónapjára a kizárólagos szoptatást, valamint a szoptatás folytatását két éven keresztül, sőt azon túl is.^{9, 10, 36, 51, 250} Bár az 1990-es években általában javulás állt be a szoptatás megkezdésének arányszámában és átlagos tartamában, a világ összes csecsemőjének még a felét sem szoptatják kizárólagosan négyhónapos koráig. Habár globális szinten az egyéves korban fennálló szoptatás aránya viszonylag magas (79%), a kétéveseknek csak fele szopik. Tehát a jelenlegi szoptatási szokások messze vannak az ajánlottól.²²⁹

Számos egészségügyi szakember vélekedik úgy, hogy a fejlett országokban világra jövő szoptatott csecsemők alig-alig különböznek mesterségesen táplált társaiktól. Ez a beállítódás egyaránt tükröződik abban, hogy a szoptatással kapcsolatos eljárások oktatása hiányzik az egészségügyi szakemberek képzésének tananyagából és abban, hogy sokuk jártassága a szoptatás előmozdításában igencsak hiányos.^{72, 83, 86, 102, 103, 113, 118, 146, 147, 223}

1991-ben indította útjára az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF) a bababarát kórház mozgalmat. A *bababarát* címet annak a kórháznak vagy szülőintézménynek adják meg, amely megfelel *A tíz lépés a sikerse szoptatáshoz* címen közreadott irányelveknek.²⁴⁸ Az adatok szerint a szoptatás sikeres megkezdéséhez és megalapozásához a legtöbb anya az egészségügyi szakemberek részéről megfelelő tájékoztatásra és támogatásra szorul.²⁴⁸

Az anyatejpotló tápszerek korai bevezetéséhez és a szoptatás abbahagyásához vezető tényezők közt szerepel – különösen először szülő anyák esetében - az anya önbizalom hiánya, hogy képes lesz szoptatni a gyermekét, az egészségügyi szakemberek támogatásának elmaradása és a szoptatás kivételének számos nehézsége.^{76, 221} Ez a kiadvány az egészséges, időre született csecsemők kizárólagos szoptatásának elérésére összpontosít. Tárgyaljuk azokat a mindennapos nehézségeket, amelyek gyakran vezetnek az anyatejpotló tápszerek korai bevezetéséhez és az idő előtti elválasztáshoz. Azokat a körülményeket és állapotokat írjuk le, amelyek a szoptatás ügyeiben jártos szakemberhez történő utalást igényelhetik; ez lehet nemzetközi bizottság által minősített szoptatási tanácsadó (IBCLC, International Board Certified Lactation Consultant), vagy a szoptatás előmozdítására speciálisan kiképzett orvos, védőnő, szülésznő vagy dietetikus.

Az első lényeges lépés az édesanya és a csecsemő átfogó megítélése, többek közt az édesanya ismereteinek és vélekedésének megismerése. Még a megfelelő klinikai stratégia megvalósítása előtt tisztázandók a szülők elképzelései és hiedelmei. A szoptatás hosszú távú következményekkel járó egészségmagatartás⁹, amelyet át- meg átsző egyrészt a család, másrészt az egészségügyi személyzet személyes véleménye. Az egyik legértékesebb elem az egészségügyi szakembernek az a meggyőződése, hogy a csecsemő normális táplálásmódja a szoptatás, és hogy ehhez a standardhoz mérendő a csecsemőtáplálás valamennyi módszere. A kiadványban leírt stratégiák célja, hogy a szoptatással kapcsolatos optimális eljárást vázolja fel, és hogy az egészségügyi szakemberek világos képet alkothassanak mind a szoptatás művészetéről, mind pedig e művészet mögött megbúvó tudományról. Számos tekintélyes szakmai szervezet adott közre olyan állásfoglalást, amely kellő bizonyítékkal és indoklással szolgál amellet, hogy az egészségügyi szakemberek ismeretrendszerében és jártasságában igen nagy hangsúlyt kell helyezni a szoptatásra és az emberi tejelválasztásra.^{1, 6, 9, 10, 36, 51, 99, 133, 138, 180, 250}

A klinikai irányelvek alapuljanak bizonyítékokon, legyenek belső ellentmondástól mentesek, pontosak, kulturális szempontból megfelelőek, csak így képesek eredményesen befolyásolni a szoptatás megkezdését, tartamát és kizárólagosságát.^{133, 165, 187, 203} Akárcsak az egészségügy többi területe, a szoptatás ügyének kezelése is fejlődésben lévő szakterület. Ezért az alább leírt eljárási stratégiák a klinikai, oktatási és tudományos ismeretek pillanatnyi állását tükrözik.

A szoptatás gyakorlatának egyes vetületeit nem lehet az igazi kísérleti menetrend kontrollált és randomizált eszközeivel megközelíteni, de azért klinikai tapasztalaton és ismert tudományos tényekből levezethető következtetéseken alapulnak. Az e kiadványban leírt stratégiákat alátámasztó irodalmi utalások spektruma eredeti kutatásoktól a sokéves klinikai tapasztalatra épített közleményekig terjed. Az egyes művekben leírt bizonyítékok minőségét az US Preventive Services Task Force (~az Egyesült Államok Megelőzési Szolgálatának Munkacsoportja) által kialakított modell alapján osztályoztuk (lásd 1. függelék).²²⁷

E klinikai irányelvek azzal kívánják a nők és gyermekek javát szolgálni, hogy cselekvési keretet nyújtanak az őket ellátó egészségügyi szakembereknek. Az ellátás hézagmentességet sugalló megközelítésmódján alapszanak, annak felismerése tükröződik bennük, hogy az anya-gyermek páros egészsége és érdeke nem választható el egymástól. Az édesanya egészsége szabja meg legerősebben az újszülött sorsát, az egészséges újszülött viszont a jövő legbiztosabb záloga.

Tartalomjegyzék

Mit várunk a szoptatástól az édesanya illetve a csecsemő szempontjából?.....	5
Eljárási stratégiák	
1. Tegyük lehetővé a szoptatást a születés utáni első órán belül és gondoskodjunk az első szoptatás befejezéséig az édesanya és a csecsemő közti folyamatos bőrkontaktusról	6
2. Segítsük az édesanyát és a csecsemőt a kényelmes testhelyzet és a hatékony mellre tapadás elérésében.....	7
3. Tartsuk együtt az édesanyát és a csecsemőt az egész szülés utáni benttartózkodás során.....	8
4. Tanítsuk meg az édesanyát, hogyan ismerheti fel a csecsemő evés iránti igényének korai jeleit és hogyan reagáljon rájuk, bizonyosodjunk meg arról, hogy a csecsemő 24 óránként legalább nyolcszor szopik-e	9
5. Győződjünk meg arról, hogy az édesanya érti a tejtermelés élettanát, kivált a tej kiürülésének szerepét	10
6. Győződjünk meg arról, tudja-e az édesanya, hogyan lehet az aluszékony csecsemőt felébreszteni	10
7. Mellőzzük a mesterséges cumik (nyugtatócumi, etetőcumi, bimbóvédő), és pótlás használatát, kivéve ha orvosilag indokolt	11
8. Figyeljünk meg és dokumentáljunk nyolcóránként legalább egy szopást a szülést közvetlenül követő időszakban ...	12
9. Figyeljük meg az édesanyán és a csecsemőn a hatékony szoptatás jeleit és avatkozzunk be, ha nem jut át elég tej.....	13
10. Derítsük fel az édesanya és a csecsemő részéről fennálló olyan kockázati tényezőket, amelyek zavarhatják a kielégítő szoptatást, nyújtsunk megfelelő segítséget, gondoskodjunk nyomon követésről	14
11. Derítsük fel az anya illetve a csecsemő részéről esetleg fennálló szoptatási ellenjavallatot	15
12. Orvosi javallat fennállása esetén olyan pótlási módszerrel végzett táplálásról gondoskodjunk, amely várhatóan a legkevésbé zavarja a kizárólagos szoptatásra való áttérést	17
13. Bizonyosodjunk meg arról, hogy a csecsemőt a születése utáni öt-hét napon belül megbeszélt időpontban látni fogja alapellátó orvosa vagy védőnője.....	18
14. Lássuk el a családot szoptatással kapcsolatos megfelelő oktatóanyaggal	19
15. Az édesanya vagy a csecsemő betegsége vagy kórházi felvétele idején támogassuk a kizárólagos szoptatást	19
16. Tartsuk be <i>Az anyatejpótló tápszerek forgalmazásának nemzetközi kódexében</i> és az Egészségügyi Világszervezet többi közgyűlési határozatában foglaltakat, mellőzzük csecsemőtápszer-minták és az ilyen termékeket propagáló hirdetések osztogatását	20
17. Vonjuk be a család tagjait vagy egyéb fontos ismerőseit a szoptatással kapcsolatos oktatásba	20
18. Nyújtsunk előzetes eligazítást a kizárólagos szoptatást esetleg megzavaró gyakori problémákkal kapcsolatban	21
19. Győződjünk meg arról, hogy az édesanya ismeri-e a szopós csecsemő normális magatartásformáit és hogy valós elvárásokkal rendelkezik-e a csecsemő gondozására és szoptatására nézve.....	23
20. Beszéljük meg a fogamzásgátlás lehetőségeit és ezeknek a tejelválasztásra kifejtett lehetséges hatását	24
1. függelék: A bizonyíték minőségének értékelésére használt kritériumok	25
2. függelék: A revíziós bizottság tagjai	25
Irodalom	26

Mit várunk a szoptató édesanya illetve a csecsemő szempontjából?

Az egészséges, időre született, szopós csecsemő:

- ◆ születési súlya legfeljebb 7 százalékkal csökken¹⁴,
149, 152, 155, 164, 201, 209, 224, 255
- ◆ 10 napos korára visszanyeri születési súlyát^{152, 209}
- ◆ az első életnapot* követően naponta legalább három székletet ürít, melynek színe korának felel meg (az első széklet általában az élet első nyolc óráján belül ürül)^{167, 255}
- ◆ a negyedik naptól kezdve naponta legalább 6-szor nedves a pelenkája, vizelete víztiszta vagy halványsárga (az első vizelet legtöbbször az első nyolc órán belül ürül)^{167, 178, 255}
- ◆ időkorlátozás nélkül szopik, naponta átlagosan nyolc ízben^{34, 60, 252}
- ◆ súlya korának megfelelő ütemben gyarapszik (az ötödik életnaptól naponta 20-35 g-ot)^{68, 69, 88}
- ◆ az első hat hónapban csak szopik^{9, 136, 137, 158, 179, 183, 233}

* Az első életnap alatt az első 24 óra értendő.

Az egészséges, időre született, szoptatott csecsemő édesanyja:

- ◆ felismeri a csecsemő evés iránti igényének korai jeleit és ennek megfelelően cselekszik¹⁵⁶
- ◆ képes arra, hogy kényelmes testhelyzetben biztosítsa a csecsemő hatékony mellre tapadását²⁴,
80, 175, 225
- ◆ felismeri a hatékony szoptatás jeleit^{193, 210}
- ◆ megfelelő ismeretekkel és gyakorlati jártassággal rendelkezik a szoptatással kapcsolatban²¹⁹
- ◆ ismeri a szoptatással kapcsolatos hozzáférhető forrásokat^{140, 202, 216}
- ◆ a csecsemőt első életévében, és azon túl is szoptatja, amíg ez mindkettőjüknek kívánatos⁹
- ◆ az első 6 hónapban kizárólagosan szoptat^{136, 137, 158, 179, 183, 233}

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 1

Tegyük lehetővé a szoptatást a születés utáni első órán belül és gondoskodjunk az első szoptatás befejezéséig az édesanya és a csecsemő közti folyamatos bőrkontaktusról.

- ◆ Halasszuk a rutin eljárásokat az első mellre tétel utánra

Magyarázat és irodalom

A megszületés utáni első órán belüli mellre tétel és a folyamatos kölcsönös bőrkontaktus a következőkkel mutat kapcsolatot:

- ◆ a hatékony szopási és táplálkozási magatartás korábban alakul ki^{195, 240, 257}
- ◆ erősebb az anya-csecsemő kapcsolat^{161, 189, 194, 239, 241}
- ◆ jobb az újszülött hőháztartása^{18, 35, 48}
- ◆ stabilabb a csecsemő anyagcseréje^{18, 48}
- ◆ stabilabb az újszülött vércukorszintje^{243, 254}
- ◆ megélnék az újszülött bélműködése, csökken az újszülöttkori sárgaság kockázata^{20, 205, 208, 252}
- ◆ hosszabb a szoptatási időszak tartama^{61, 168, 239, 252}
- ◆ az anyában oxytocin termelődik a szülés után, ez a méh összehúzódásában, a tej leadásában és az anya és a gyermek interakciójában játszhat szerepet¹⁶¹
- ◆ javul a csecsemő képessége állapotának rendezésére és mozgásrendszerének szabályozására⁸¹

A rutin eljárások, pl. K-vitamin és erythromycin profilaktikus beadása, megzavarják az anya és az újszülött közti interakciót és késleltetik a szoptatást^{15, 132, 195, 241}

A bizonyíték minősége

Righard II-3,
Widstrom II-2,
Zetterström II-2

Matthiesen II-3,
Prodromidis II-2,
Renfrew III,
Wiberg II-2,
Widstrom II-2

Bergman I,
Bystrova I,
Christensson I

Bergman I,
Christensson I

Williams III,
Yaumachi II-2

Bertini II-3,
Salariya II-2,
Semmekrot III,
Yaumachi II-2

de Chateau II-2,
Mikiel-Kostyra II-2,
Wiberg II-2,
Yamauchi II-2

Matthiesen II-3

Ferber I

Awi II-2,
Klaus III,
Righard II-3,
Widstrom II-2

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 2

Segítsük az édesanyát és a csecsemőt a kényelmes testhelyzet és a hatékony mellre tapadás elérésében.

Figyeljük a csecsemőn a megfelelő testhelyzet elérésének jeleit:

- ◆ a csecsemőt az anya biztosan, jól megtámasztva tartja az emlő szintjében (az anya vezérelte mellre tapadás)
- ◆ a csecsemő, akit az anya biztosan tart, az édesanyja emlői közt helyezkedik el (a kisbaba vezérelte mellre tapadás)

Figyeljük a csecsemőn a hatékony mellre tapadás* jeleit:

- ◆ nagyra tátott száj
- ◆ kifelé forduló ajkak
- ◆ álla eléri az emlőt
- ◆ aszimmetrikus tapadás (a baba szája fölött a bimbóudvar nagyobb része látható)

Figyeljük a csecsemőn a tej átjutásának jeleit:

- ◆ folyamatosan fennálló szívás/nyelés/légvétel ciklus, időszakos szünetekkel
- ◆ hallható nyelés
- ◆ ellazult karok és kezek
- ◆ nedves száj

Figyeljük az anyán a tej átjutásának jeleit:

- ◆ a szoptatás folyamán megpuhul a melle
- ◆ ellazult, álmos állapot
- ◆ szomjúság
- ◆ a szoptatás folyamán vagy után méhösszehúzódások vagy a lochia fokozott ürülése
- ◆ tejcsorgás a másik mellből a szoptatás alatt
- ◆ az emlőbimbó a szoptatás után megnyúlt, de nem ellapult vagy hámfosztott

Magyarázat és irodalom

Szilárd bizonyíték van arra, hogy a szakemberek támogatása hat a szoptatási időszak egészének tartamára, de bizonytalan, hogy milyen mértékben befolyásolja a kizárólagos szoptatás arányát.²¹³

A tej átjutása a csecsemő megfelelő testhelyzete és mellre tapadása mellett történik meg. Anya-csecsemő páronként más-más testhelyzet a legjobb az eredményes mellre tapadás elősegítéséhez.^{104, 173, 196}

A jó elhelyezés és mellre tapadás a minimumra csökkenti a mellbimbó fájdalmasságát és sérülését.^{104, 120}

A szoptatás eredményes technikája megnyújtja a szoptatás tartamát.^{41, 120, 196}

A bizonyíték minősége

Sikorski III

Henderson I,
Morton III,
Righard II-2

Henderson I,
Ingram II-2

Cernadas II-3,
Ingram II-2,
Righard II-2

*mellre tapadás (latch) nem azonos a mellretétellel, annál több: a csecsemő aktív mozdulatával az emlőre tapad (a fordító megjegyzése)

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 3**Tartsuk együtt az édesanyát és a csecsemőt az egész szülés utáni benttartózkodás során**

- ◆ Végezzük a vizsgálatokat és rutin próbákat úgy, hogy a csecsemő az édesanya szobájában, karjában vagy mellén tartózkodik.

Magyarázat és irodalom

Az együttes elhelyezés (rooming-in) elősegíti a szoptatást.^{33, 40, 148, 186, 253}

A szoptatás gyakorisága nagyobb és az anyatejpotló tápszerekkel történő pótlás ritkábban fordul elő, ha az édesanya és a csecsemő együtt van.^{84, 252, 253}

Az édesanya nem feltétlenül alszik többet, ha a csecsemőt éjjelre külön helységbe viszik el.¹²⁸

A kórházban uralkodó gyakorlat és szokások szerepet játszanak az eredményes szoptatás kialakításában.^{15, 30, 187, 218, 241, 248}

A születéskor és a három hónapos korban fennálló szoptatás erős összefüggést mutat az édesanya és a csecsemő egymás közelében való alvásával.^{25, 191}

A kölcsönös bőrkontaktus és a szoptatás fájdalomcsillapító hatással bír a fájdalmas eljárásokkal szemben.^{37, 91, 92}

A bizonyíték minősége

Buranasin II-3,
Centouri II-2,
Lindenberg II-2,
Perez-Escamilla I,
Yaumachi II-1

Flores-Huerta II-1,
Yaumachi II-1,
Yaumachi II-1

Keefe II-2

Awi II-2,
Braun II-2,
Philip II-3,
Strembel II-3,
Widstrom II-2,
WHO III

Blair II-2,
Quillin II-3

Carbajall,
Gray I,
Gray I

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 4

Tanítsuk meg az édesanyát, hogyan ismerheti fel a csecsemő evés iránti igényének korai jeleit és hogyan reagáljon rájuk, bizonyosodjunk meg arról, hogy a csecsemő 24 óránként legalább nyolcszor szopik

A csecsemő evés iránti igényének korai jelei:

- ◆ szopó mozgások
- ◆ szopó hangok
- ◆ kezét szájához viszi
- ◆ gyors szemmozgások
- ◆ finom hangadás vagy sóhajtozás
- ◆ nyugtalanság

A sírás az éhség késői jele és zavarhatja az eredményes szoptatást

Magyarázat és irodalom

Az evés iránti igény korai jeleihez igazodó szoptatás (a fix időrend szerinti etetéssel ellentétben):

- ◆ hasznos a mell kóros túltelítődésének megelőzésében¹⁹³
- ◆ csökkenti a bimbó fájdalmasságának gyakoriságát¹⁹³
- ◆ biztosítja, hogy az édesanya tejtermelése a csecsemő étvágyához igazodik⁵⁶⁻⁵⁸
- ◆ figyelembe veszi azt a tényt, hogy a kizárólag szoptatott csecsemő időrendje széles skálán mozog¹¹⁰
- ◆ csökkenti a sárgaság gyakoriságát^{20,153,206,208}
- ◆ stabilizálja az újszülött vércukorszintjét^{4,63,73,79,254}
- ◆ mérsékli az újszülött kezdeti súlyvesztését, és növeli a súlygyarapodás ütemét²⁰⁸
- ◆ siettetni az érett tej termelődését^{117,231,252}
- ◆ meghosszabbítja a szoptatás tartamát^{9,110,139,193}

A csecsemő emlékereső magatartásának korai stádiumait és magát a szopást kell megfigyelni.²⁴

A szopási készség korai jeleire való reagálás megkönnyíti az eredményes mellre tapadást és a szopást, ez pedig aztán megerősíti az édesanya érdeklődését csecsemője szoptatása iránt.^{156, 241}

A bizonyíték minősége

Renfrew II-2

Renfrew II-2

Daly III,
Daly III,
Daly III

Hornell II-2

Bertini II-3,
Maisels I,
Salariya II-2,
Semmekrot III

Adejuyigbe II-2,
de Rooy II-2,
Diwakar II-2,
Eidelman III,
Yamauchi II-2

Semmekrot III

Humenick II-3,
Uvnas-Moberg II-2,
Yamauchi II-2

AAP III,
Hornell II-2,
Kuriniy II-2,
Renfrew II-2

Blair II-2

Marchini II-3,
Widstrom II-2

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 5

Győződjünk meg arról, hogy az édesanya érti a tejtermelés élettanát, kivált a tej kiürülésének szerepét.

A tejtermelés előmozdítása érdekében:

- ◆ szoptassa meg az édesanya a csecsemőt, amikor az evés iránti igényének korai jeleit nyilvánítja ki vagy körülbelül 1-3 óránként
- ◆ szoptasson az első mellből, amíg a csecsemő elégedettnek nem látszik (átlagosan 15-20 percig), ezután kínálja meg másik mellével

FIGYELEM: Egyes csecsemőknek elég az egyik mell, míg mások minden szopáskor mindkét mellből szopnak.

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 6

Győződjünk meg arról, tudja-e az édesanya, hogyan lehet az aluszékony csecsemőt felébreszteni

- ◆ Ébressze fel a csecsemőt, amikor az evés iránti igény korai jeleit mutatja (lásd 4. eljárási stratégia) vagy legalább nyolcszor napjában szoptassa meg.

A csecsemő felébresztésének módjai:

- ◆ az összes takaró eltávolítása
- ◆ tisztába tétel
- ◆ kölcsönös bőrkontaktus létesítése
- ◆ a csecsemő hátának, hasának, karjának és lábának masszírozása

Magyarázat és irodalom

A tejtermelés üteme a mell teltségéből származó gátló visszajelzés megszűnésétől, a tej eltávolításának mértékétől függ.^{55, 58, 185}

A tej kiürülésének gyakorisága valószínűleg nem befolyásolja közvetlenül a termelt tej térfogatát; a szoptatás gyakorisága az édesanya tárolóképeségével függhet össze.⁵⁶

A szoptatás teljes ideje pozitív kapcsolatban áll a csecsemő anyatej fogyasztásával és három hónapos korában mért súlyával.⁶⁷

Ha az édesanya teje kevesebb zsírt tartalmaz, a kellő kalória megszerzéséhez a csecsemő hosszabb ideig szopik.^{226, 246}

Magyarázat és irodalom

A csecsemőnek számos éberségi állapota van: mély alvás, felületes alvás, szenderegés, nyugodt éberség, nyűgösség vagy aktív ébrenlét és sírás.

A szoptatást akkor legkönnyebb megkezdeni, ha a csecsemő a szenderegő, nyugodt éber vagy aktív éber állapotban van.^{29, 32}

Némelyik csecsemő azért alszik el, mert így birkózik meg a kényelmetlen érzésekkel, a túlzott ingerekkel vagy az éhséggel.³¹

A bizonyíték minősége

Cregan II-3,
Daly III,
Peaker III

Daly III

Dewey II-1

Tyson I,
Woolridge II-2

A bizonyíték minősége

Brandt III,
Brazelton III

Brazelton III

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 7

Mellőzzük a mesterséges cumik (nyugtatócumi, etetőcumi, bimbóvédő) és a pótlás használatát, kivéve ha orvosilag indokolt.

Magyarázat és irodalom

A női tej a csecsemő optimális gyarapodásához szükséges összes folyadékot és tápanyagot tartalmazza.^{136, 137, 158, 233}

Jelentős kapcsolat van a hosszabb időtartamú kizárólagos szoptatás és az édesanya szoptatással kapcsolatos pozitív beállítottsága, a család megfelelő támogatása, a jó anya-gyermek kötődés, a megfelelő szopási technika és az emlőt érintő problémák elkerülése között.⁴¹

Az egészséges csecsemőnek megvan az a képessége, hogy más energiaforrásokhoz nyúljon, ha vércukorszintje alacsony. Nem szabad a tápszerez pótlást rutinszerűen ajánlani.⁶³

Pótlólagos vízre még nagyon meleg éghajlaton sincs szükség.^{13, 204}

A pótlás vagy cumi korai használata fokozza a korai elválasztás kockázatát.
17, 26, 39, 106, 114, 134, 139, 157, 197, 228, 234

Továbbra is vitatott a tápszerez pótlásnak a szoptatás gyakoriságára és tartamára kifejtett hatása.^{114, 207}

A bizonyíték minősége

Kramer I,
Kramer III,
Marques II-2,
van't Hof II-2

Cernadas II-3

de Rooy II-2

Ashraf II-2,
Sachdev I

Barros II-2,
Blomquist II-2,
Casiday II-2,
Hill II-2,
Howard II-2,
Kramer I,
Kuriniy II-2,
Marques II-2,
Righard II-2,
Ullah II-2,
Victoria II-2

Howard I,
Schubiger I

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 8

Figyeljünk meg nyolcóránként legalább egy szoptást a szülést közvetlenül követő időszakban.

Dokumentáljuk a következőket az eredményes mellre tapadás megítélésére:

- ◆ az édesanya kényelemérzetét
- ◆ mindkét emlő és emlőbimbó állapotát
- ◆ az emlőbimbó alakját, amikor a csecsemő elengedi
- ◆ a tej átjutásának jeleit
- ◆ a szoptatások számát
- ◆ a vizeletürítések számát
- ◆ a székletek számát és jellegét
- ◆ a napi súlygyarapodást vagy -vesztést

Magyarázat és irodalom

A közvetlen megfigyelés a szoptatás megítélésének lényeges része. A helyzetfelmérés elengedhetetlen a beavatkozáshoz, és alkalmul szolgál a pozitív megerősítésre és a megnyugtatóra^{97, 160, 198}

A bizonyíték minősége

Hall II-2,
Matthews III,
Riordan II-2

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 9

Figyeljük meg az édesanyán és a csecsemőn a hatékony szoptatás jeleit és avatkozzunk be, ha nem jut át elég tej.

A hatékony szoptatás csecsemőn megfigyelhető jelei:

- ◆ a súlyvesztés kisebb mint 7%
- ◆ az első nap* után naponta legalább három széklet
- ◆ kenőcsös sárga széklet az 5. naptól
- ◆ a 4. naptól naponta legalább hat vizelet, színe víztiszta vagy halvány sárga
- ◆ etetés után jóllakott, elégedett
- ◆ szopás közben hallható nyelés
- ◆ a 3. nap után nem csökken súlya
- ◆ az 5. naptól súlya gyarapodásnak indul
- ◆ a 10. napra visszanyeri születési súlyát

* Az első nap a születést követő első 24 óra.

A hatékony szoptatásnak az édesanyán megfigyelhető jelei:

- ◆ az 5. napra észrevehető az emlők feszességének, súlyának és méretének megnövekedése, látnivalóan több és érettebb a tej
- ◆ az emlőbimbón nem látszik sérülés
- ◆ az emlőben érzett teltség szoptatás alatt enyhül

Ha a kellő tejátvitelben megnyilvánuló eredményes szoptatás nem észlelhető az első 12 órában:

- ◆ vizsgáljuk felül a szoptatás technikáját (lásd 2. eljárási stratégia)
- ◆ kezdeményezzük a kézi vagy gépi fejést
- ◆ ha az orvos úgy rendeli, kezdjük pótlás adását (lásd 12. eljárási stratégia)
- ◆ halasszuk el a gondozásból való elbocsátást addig, amíg nem figyelhető meg eredményes szoptatás
- ◆ utaljuk szoptatási kérdésekben jártas szakemberhez: nemzetközi bizottság által minősített szoptatási tanácsadó (IBCLC), orvos, baba, védőnő, dietetikus
- ◆ hangoljuk össze az ellátást a csecsemő alapellátóival

Magyarázat és irodalom

Bár egyetlen jel fennállása nem feltétlenül utal eredménytelen szoptatásra, helyén való az ok kutatása és a nyomon követés.¹⁷⁴

Az egészséges, időre született csecsemő:

- ◆ az első három nap alatt 7%-nál kevesebb súlyt veszít^{14, 152, 155, 164, 201, 209, 255}
- ◆ az 5. naptól kezdve mintegy napi 20-35 g-ot gyarapszik^{68, 135}
- ◆ a 10. napra visszanyeri születési súlyát^{152, 209}

A széklet hiánya szoptatott csecsemőben az elégtelen kalóriabevitel fontos jelzője.^{167, 178, 209, 255}

A harmadik napon még folytatódó súlycsökkenés erős kapcsolatot mutat az idő előtti elválasztással.^{152, 164}

A szoptatás tartama megnyúlik, ha állandó a támogatás és a helyzetértékelés és ennek megfelelő a beavatkozás.^{9, 64, 140, 212, 213}

A kizárólag szoptatott csecsemő kellő szőlőcukor-tartalékkal rendelkezik és az első 48 órában nincs kitéve hypoglycaemia veszélyének.⁴

A tejtermelés üteme akkor a legnagyobb, ha a tej teljesen kiürül a mellből.⁵⁵

A pótlás adása csak ritkán indokolt orvosi szempontból, de ha az édesanya vagy a csecsemő részéről lehetetlen a szoptatás, más táplálási módhoz kell folyamodni.^{2, 26, 137, 251}

A bizonyíték minősége

Neifert III

Avoa II-2,
Macdonald II-2,
Marchini II-3,
Merlob II-2,
Rodriguez II-2,
Shrago II-2,
Yaseen II-2

Dewey II-1,
Kramer I

Macdonald II-2,
Shrago II-2

Metaj II-3,
Nyhan II-1,
Shrago II-2,
Yaseen II-2

Macdonald II-2,
Merlob II-2

AAP III,
Dennis I,
Labarere I,
Sikorski II-1,
Sikorski II-1

Adejuyigbe II-2

Cregan II-3

AAP III,
Blomquist II-2,
Kramer I,
WHO III

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 10

Derítsük fel az édesanya és a csecsemő részéről fennálló olyan kockázati tényezőket, amelyek zavarhatják a kielégítő szoptatást, nyújtsunk megfelelő segítséget, gondoskodjunk nyomon követéséről.

A csecsemő kockázati tényezői többek közt a következők lehetnek:

- ◆ beavatkozás és/vagy sérülés a születés folyamán
- ◆ 38 hetesnél rövidebb várandósság
- ◆ tökéletlen képesség az eredményes mellre tapadás fenntartására
- ◆ gyenge szopás
- ◆ állandó aluszékonyság vagy ingerlékenység
- ◆ hosszú időközök az egyes táplálások közt
- ◆ hyperbilirubinaemia vagy hypoglycaemia
- ◆ gesztációs korához képest kicsi (SGA), nagy (LGA) újszülött vagy a méhen belüli növekedési elmaradás
- ◆ rövid nyelvfék
- ◆ többes születés
- ◆ ideg- és mozgatószervi deficit
- ◆ kromoszómahibák, pl. Down szindróma
- ◆ szájüregi rendellenesség, pl. ajak- vagy szájpadhasadék
- ◆ akut vagy krónikus betegség, pl. szívbetegség
- ◆ cucli vagy tápszeres cumi használata

Az anya kockázati tényezői többek közt a következők lehetnek:

- ◆ nehézségek az előző szoptatáskor
- ◆ szülési beavatkozások
- ◆ elkülönítés a csecsemőtől
- ◆ a szülés előtti emlőelváltozások hiánya
- ◆ sérült, berepedt vagy vérző emlőbimbó
- ◆ enyhítetlen teltség vagy túltelítődés
- ◆ állandó emlőfájdalom
- ◆ a tej anya által vélt elégtelen mennyisége
- ◆ akut vagy krónikus betegség
- ◆ gyógyszersedés
- ◆ rendellenes emlő vagy emlőbimbó
- ◆ korábbi emlőműtét vagy –sérülés
- ◆ hormonbetegség, pl. polycystás petefészek szindróma

Magyarázat és irodalom

A kockázati tényező ugyan fokozott támogatás igényének jele, de csak ritkán jelent szoptatási ellenjavallatot.¹⁴⁵

A kockázati tényező felismerése nyomán a megfelelő és kellő időben nyújtott beavatkozás csökkenti a korai elválasztás valószínűségét.¹⁵⁰

Már a korai újszülöttkorban meg lehet jósolni, melyik az a csecsemő, akinél fennáll a korai elválasztás veszélye annak alapján, hogyan viselkedik mellre tételkor.¹⁶⁹

A megváltoztatható kockázati tényezők befolyásolhatják a csecsemő hatékony szopásra irányuló képességét.^{16, 70, 166}

Bizonyos szülés körüli események előrevetítik annak árnyékát, hogy az édesanya a szülés utáni 7-10. napra felhagy a szoptatással, ha nem kap megkülönböztetett támogatást.⁹⁷

A szoptatás körüli legtöbb nehézség és aggodalom leküzdhető kezeléssel és támogatással.^{27, 52, 89, 108, 215}

Az édesanya szoptatással kapcsolatos önbizalma a szoptatás tartamának jelentős előrejelzője.²⁷

Az egészségügyi szakemberek felelősek azért, hogy a nőket valamennyi gyermekük szoptatására biztassák, bármilyen tapasztalatuk volt a szoptatással korábban.¹¹⁹

Továbbra is vannak az elégtelen tejtermelésről szóló közlemények. A jelenség egyik lehetséges oka a polycystás petefészek szindróma.¹⁵⁴

A bizonyíték minősége

Lawrence III

Loughlin II-2

Mizuno II-2

Ballard II-2,
Dewey II-2,
Messner II-2

Hall II-3

Cooke II-e,
Giugliani II-2,
Hill II-3
Hillervik-Lindquist II-2
Souto II-2

Blyth II-3

Ingram II-3

Marasco III

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 11**Derítsük fel az anya illetve a csecsemő részéről esetleg fennálló szoptatási ellenjavallatot****Anyai ellenjavallatok:**

- ◆ HIV szeropozitivitás (ha biztonságos és kellő mennyiségű anyatejpotló tápszer áll rendelkezésre)
- ◆ HTLV-1 szeropozitivitás
- ◆ drog - vagy alkoholabúzus

- ◆ kemoterápia
- ◆ radioaktív izotóppal végzett kezelés (csak arra az időre szakítsuk meg a szoptatást, amíg az izotóp ki nem ürül az anyai szervezetből)

- ◆ aktív gümőkór (ha csak az anya fertőzött, addig különítendő el, amíg kezelést meg nem kezdik és az anya fertőzőképes; a csecsemő megkaphatja édesanyja lefejt tejt; ha az anya és a csecsemő egyaránt fertőzött, együtt különítendő el)

- ◆ aktív bárányhimlő (ha az anyán a kiütés a szülés előtti 5. naptól a szülés utáni 2. napig jelent meg, különítsük el az anyát, amíg fertőzőképes; a csecsemő megkaphatja lefejt tejt; ha mind az anya, mind a csecsemő fertőzött, együtt különítendő el)

- ◆ aktív herpeses elváltozás(ok) az emlőn (szoptasson az anya ép melléből vagy függessze fel a szoptatást az elváltozás(ok) meggyógyultáig)
- ◆ a dél-amerikai parazita okozta Chagas-betegség (csak az akut fázisban függessze fel az anya a szoptatást; a csecsemő megkaphatja az anya lefejt, pasztörizált tejt)

Gyermekei ellenjavallatok:

- ◆ galactosaemia

Magyarázat és irodalom

Bár a szoptatás ritkán ellenjavallt, vannak olyan helyzetek, amelyekben a lehetséges kockázat meghaladja a jótékony hatást^{7, 145}

A HIV átvihető anyatejjel. A szoptatás viszonylagos szerepe a HIV-fertőzés járványtanában még bizonytalan. Amíg nincs kellő információ, a HIV-fertőzött anyát le kell beszélni a szoptatásról, ha van elég biztonságos anyatejpotló tápszer.^{22, 54}

A HIV-pozitív anya tejét pasztörizálva megeheti a csecsemő.¹²⁴⁻¹²⁶

A HTLV-1 átvihető anyatejjel. A mélyhűtés-felolvasztás folyamata azonban képes kiküszöbölni a vírust az anyatejből. Ezért a HTLV-1-pozitív anya a fenti módon kezelt tejjel táplálhatja csecsemőjét.^{12, 38}

A legtöbb gyógyszer szedése összeegyeztethető a szoptatással. Fontos kivételek a daganatellenes szerek, a radioizotóp gyógyszerek és a drogabúzus.^{11, 45, 96}

Az aktív gümőkórban szenvedő egyén a gyógyszeres kezelés megkezdése után legalább két hétig fertőz.¹⁶³

A pasztörizálás megakadályozza a Chagas-kór átvitelét, ez lehetővé teszi, hogy a beteg anya saját pasztörizált tejjel táplálja csecsemőjét.^{23, 82}

A galactosaemia lényege, hogy a beteg a tejben lévő cukor egyik komponensét, a galaktózt nem képes anyagcseréjébe beépíteni.⁴⁷

A bizonyíték minősége

AAP III,
Lawrence III

Bertolli III,
Coutsoudis II-1

Jeffery II-3,
Jeffery II-3,
Jeffery II-3

Ando II-3,
Carles II-3

Anderson III,
Chaves III,
Hale III

Menzies III

Bittencourt III,
Ferreira III

Chen III

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 11**Magyarázat és irodalom****A bizonyíték minősége**

A környezeti vegyszerek anyatejben való jelenlétével kapcsolatos teendőkre vonatkozó ajánlásoknak gondosan kell mérlegelni a szoptatás illetve a mesterséges táplálás egészségre kifejtett káros és jótékony hatását.^{19, 90, 142}

Berlin III,
Grandjean II-2,
LaKind III

Figyelem: egyes betegségeket helytelenül sorolnak az ellenjavallatok közé. Ilyenek:

- ◆ az anya lázas állapota, amennyiben a fent felsorolt betegségek egyike sem áll fenn
- ◆ B vagy C hepatitis fertőzés
- ◆ alacsony szintű környezeti szennyezőanyagoknak történő expozíció
- ◆ alkohol használata (tanácsoljuk az anyának, hogy korlátozza fogyasztását alkalmi itallal)
- ◆ dohányzás (tanácsoljuk az anyának, hogy hagyja abba a dohányzást vagy ha erre képtelen, tegyen meg mindent azért, hogy a csecsemő másodlagosan ne szívjon be füstöt)
- ◆ cytomegalovírus (CMV) fertőzés

Az alkohol (bor, sör, tömény szeszes ital) könnyen megy át az anyatejbe. Bár az alkalmi ivást biztonságosnak tartják, további vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, mennyi az a minimális alkoholszint, amely káros hatást fejt ki a szoptató anyában és a csecsemőben.^{59, 162}

de Araujo Burgos III,
Mennella II-2

Az anyai dohányzás a kizárólagos és a vegyes táplálás mellett történő szoptatás tartamának megrövidülésével jár együtt.^{111, 244}

Horta II-2,
Wojdan-Godek II-2

A tüneteket is okozó CMV-fertőzés veszélye nagyobb igen kis súlyú koraszülöttekben. A vírusterhet csökkenti az anyatej pasztörizálása.^{98, 256}

Hamprecht II-3,
Yasuda II-3

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 12

Orvosi javallat fennállása esetén olyan pótlási módszerrel végzett táplálásról gondoskodjunk, amely várhatóan a legkevésbé zavarja a kizárólagos szoptatásra való áttérést.

A pótlás irányelvei:

- ◆ elsősorban az édesanya saját tejét használjuk
- ◆ pasztörizáljuk a tejét, ha az anya HIV-pozitív
- ◆ az anya saját teje után következő legjobb megoldás a pasztörizált donortej
- ◆ az utolsó lehetőség az anyatejpótló tápszer
- ◆ biztosítsuk az édesanyát, hogy csecsemőjének saját tejének bármilyen kis mennyisége is hasznos
- ◆ az anyatejpótló tápszer megválasztásakor vegyük figyelembe a család bármilyen allergiás megbetegedését

Magyarázat és irodalom

A mellen történő pótlás több szoptási ingerben részesíti az anyát és megrövidíti az etetéshez szükséges időt.^{77, 85}

További pótlási eszközök többek között a pohár, a kanál, a cseppentő vagy az üveg.^{114, 143}

A pohárból való etetés oktatást és gyakorlatot igényel.^{75, 114}

A kizárólagos szoptatás vagy a részlegesen hidrolizált írotápszerrel való táplálás csökkenti az atópiás betegség és az ételallergia gyakoriságát. Különösen erős ez a hatás atópiás előzménnyel rendelkező gyermekeknél.^{8, 42, 100, 232}

A bizonyíték minősége

Edgehouse III,
Frantz III

Howard I,
Lang III

Dowling II-2,
Howard I

AAP III,
Chandra I,
Hanson II-2,
van Odijk II-2

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 13

Bizonyosodjunk meg arról, hogy a csecsemőt a születése utáni öt-hét napon belül megbeszélte időpontban látni fogja alapellátó orvosa vagy védőnője.

Beszélgünk meg további látogatásokat, amíg csak a súlyfejlődés megnyugtatóan nem stabilizálódik.

Keressük meg a szoptatást támogató lehetőségeket a család környezetében, ilyenek:

- ◆ nemzetközi bizottság által minősített szoptatási tanácsadó (IBCLC)
- ◆ védőnő, a szoptatás támogatására kiképzett egyéb egészségügyi szakember
- ◆ szoptatással foglalkozó klinikai személyzet
- ◆ népegészségügyi személyzet
- ◆ önkéntes szoptatástámogató csoport
- ◆ szoptatásban jártas anya mint tanácsadó
- ◆ szoptatási ügyekben hívható telefonközpont
- ◆ mellszívó pumpát kölcsönző vagy árusító üzletek

Magyarázat és irodalom

Folyamatosan kell figyelni a csecsemő súlyfejlődését és az eredményes szoptatás egyéb klinikai jeleit.^{3, 9}

A szoptatás kellő ismereteken és gyakorlaton alapuló támogatása növeli a szoptatás megkezdésének, tartamának és kizárólagos voltának gyakoriságát.^{5, 44, 62, 65, 95, 131, 140, 172, 212, 213, 235}

Az egészségügyi személyzet által adott ellentmondásos vagy pontatlan tájékoztatás megzavarja az anyát és hozzájárul a korai elválasztáshoz.⁸⁷

Az egészségügyi szakemberek beállítottsága befolyásolhatja a szoptatás tartamát.⁷²

A tanácsadó részéről kifejtett bátorítás az összes szociális réteghez és etnikai csoporthoz tartozó amerikai nők körében jelentősen növeli a szoptatás megkezdésének gyakoriságát.^{151, 221, 223}

A rutin prevenció tanácsadáson kapott szoptatási tanácsokról megkérdezett anyák arról számolnak be, hogy néhány területen akaratlan kommunikációs hézagok lehetnek, többek között a szoptatás tartamára vonatkozóan.^{127, 222}

A bizonyíték minősége

ABM III,
AAP III

Albernaz II-1,
Chapman I,
Dennis II-2,
Dennis I,
de Oliveira III,
Haider I,
Kistin I,
Labarere I,
Morrow I,
Sikorski II-1
Sikorski II-1
Vittoz II-3

Freed II-3

DiGirolamo II-3

Lu II-2,
Taveras II-2,
Taveras II-2

Johnston I,
Taveras II-2

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 14	Magyarázat és irodalom	A bizonyíték minősége
<p>Lássuk el a családot szoptatással kapcsolatos megfelelő oktatóanyaggal.</p>	<p>Az oktatási program a leghatékonyabb olyan beavatkozás, amely önmagában is növeli a szoptatás megkezdésének gyakoriságát és a szoptatás tartamát.⁹⁴</p>	<p>Guise II-2</p>
<p>A megfelelő tájékoztató anyag:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ klinikai szempontból pontos ◆ belső ellentmondástól mentes ◆ pozitív beállítottságú ◆ az anya olvasási szintjéhez igazodó ◆ kulturálisan érzékeny ◆ kereskedelmi hirdetésektől mentes ◆ összhangban van <i>Az anyatejpotló tápszerek forgalmazásának nemzetközi kódexével</i> és a WHO közgyűlésének későbbi határozataival 	<p>A szoptatás melletti döntést befolyásoló tényezők és a szoptatás elterjedtsége az adolezcens anyák körében a rassz és az etnikum szerint változóak.²⁴²</p>	<p>Wiemann II-3</p>
	<p>A szoptatás előmozdítására irányuló stratégiák fontos eszköze a bizonyos célcsoportokhoz tartozó anyák és támogatási rendszereik meghatározása, a várandósság előtt és alatt történő oktatása, a szoptatás előnyeinek kihangsúlyozása és a téves nézetek eloszlata.²¹</p>	<p>Bertini II-3</p>
	<p>A szoptatással kapcsolatos írásos oktatóanyagok elemzése a szoptatást negatív színben feltüntető, aggodalomra okot adó üzeneteket hoz felszínre.²³⁶</p>	<p>Vnuk III</p>
	<p>A kereskedelmi hirdetéseket tartalmazó anyagok gyakran rejtett, nem kívánatos üzeneteket közvetítenek, erősítik a hibás sztereotípiákat és/vagy ellentmondanak a szóban közölt tanácsoknak.²³⁷</p>	<p>Walker III</p>
	<p>Ha az anya tápszert népszerűsítő kiadvánnyal kerül kapcsolatba, ez jelentősen fokozza a szoptatás első két hétben való abbahagyásának gyakoriságát. Ezenfelül megrövidül a kizárólagos és részleges szoptatás tartama, ha az anya bizonytalan a szoptatással kapcsolatos céljaiban vagy eleve 12 hétnél rövidebb időre tervezi a szoptatást.¹¹²</p>	<p>Howard I</p>

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 15

Az édesanya vagy a csecsemő betegsége vagy kórházi felvétele idején támogassuk a kizárólagos szoptatást.

Magyarázat és irodalom

Mind az édesanya, mind pedig a csecsemő jólléte szempontjából fontos, hogy a szoptatás betegség vagy kórházi felvétel folyamán is folytatódjék.^{9, 115}

A bizonyíték minősége

AAP III,
Howard II-2

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 16

Tartsuk be *Az anyatejpótló tápszerek forgalmazásának nemzetközi kódexében és az Egészségügyi Világszervezet többi közgyűlési határozatában foglaltakat, mellőzzük csecsemőtápszer- minták és az ilyen termékeket propagáló hirdetések osztogatását.*

Magyarázat és irodalom

A csecsemőtápszerek osztogatása megrövidíti a szoptatás tartamát.^{112, 237, 247}

A bizonyíték minősége

Howard I,
Walker III,
WHA III

Az anya kórházi elbocsátásakor osztogatott kereskedelmi csomagok minden népességben csökkentik a kizárólagos szoptatás tartamát.⁷⁴

Donnelly III

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 17

Vonjuk be a család tagjait vagy egyéb fontos ismerőseit a szoptatással kapcsolatos oktatásba.

Magyarázat és irodalom

A családtagok és egyéb fontos hozzátartozók támogatása megnyújtja a szoptatás tartamát.^{122, 213, 245}

A bizonyíték minősége

Ingram II-2,
Sikorski II-1,
Wolfberg I

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 18

Nyújtsunk előzetes eligazítást a kizárólagos szoptatást esetleg megzavaró gyakori problémákkal kapcsolatban.

A mellbimbó fájdalmassága:

- ◆ sok édesanya számol be a szoptatás megkezdésekor megjelenő enyhe kényelmetlenségről, amikor a csecsemő rátapad az emlőre
- ◆ minden fájdalomnak utána kell nézni
- ◆ a fájdalom gyakran a csecsemő helytelen testhelyzetének és nem megfelelő mellre tapadásának következménye
- ◆ gondoljunk egyéb okokra is, mint amilyen a bakteriális vagy gombás fertőzés

Az emlő megkeményedése (a normális teltségével szembeállítva):

- ◆ a normális teltséget a gyakori, hatékony szoptatás enyhíti
- ◆ a túltelítődés néhány anyánál a szülés után 3-5 nappal alakul ki (a mellek fájdalmasak és duzzadtak)
- ◆ a nem enyhülő duzzadás (túltelítődés) kezelést igényel
- ◆ elsősorban olyan eljárások jönnek szóba, amelyek csökkentik a duzzanatot és csillapítják a fájdalmat; ilyen a mellmasszázs, a kézi vagy gépi fejtés, az intermittáló nyomás (visszafelé irányuló nyomással történő puhítás), hideg alkalmazása, gyulladás ellenes gyógyszerek
- ◆ mellőzzük meleg alkalmazását, ha az emlőből nem folyik szabadon a tej

Elégtelennek vélt tejtermelés:

- ◆ lehet, hogy az édesanya azért gondolja, hogy kevés a teje, mert szülés után puha a melle
- ◆ a tej mennyisége több nap alatt emelkedik meg, ezt a mell teltsége szokta kísérni

Magyarázat és irodalom

Az egészségügyi gondozószemélyzet által nyújtott előzetes tájékoztatás fokozza az édesanya önbizalmát, bővíti a szoptatással kapcsolatos tapasztalatait és csökkenti a korai elválasztás kockázatát.^{28, 89, 105, 127, 188}

A csecsemő normális szopótevékenysége a mellbimbóban olyan változásokat idézhet elő, amelyeket egyes nők fájdalmasnak éreznek.²⁵⁸

Az újszülött testhelyzetével és mellre tapadásával kapcsolatos ellentmondó vagy pontatlan tájékoztatás negatív módon befolyásolhatja a szoptatást.¹⁰⁴

Az emlő candidiasis (gombás fertőzése) a korai elválasztás jelentős tényezője lehet.¹⁷¹

Az édesanya szoptatással kapcsolatos előzetes tapasztalata és az aktuális szoptatási rutin fontos szerepet játszhat az emlő túltelítődésének időpontjában és mértékében. Az előzetes tájékoztatás csökkentheti a túltelítődés gyakoriságát és kibővítheti az anya szoptatással kapcsolatos tapasztalatát.^{105, 170}

Az intermittáló nyomás bizonyítottan csökkenti a duzzanatot.^{53, 217}

Kimutatták, hogy a hideg alkalmazása mérsékli a duzzadást és a fájdalmat, a mell túltelítődésének enyhítésében kifejtett hatását eddig nem tanulmányozták kellően.²¹⁴

Széles körben használják a káposztalevelet és a hűtött zselét a túltelítődés enyhítésére.^{177, 199, 200, 214}

Az a gondolat, hogy kevés a teje, az összes szoptató anya akár 50%-ának fejében is megfordul, ez a korai elválasztás jelentős oka.^{52, 107}

A bizonyíték minősége

Blyth II-3,
Giugliani II-2,
Hill I-3,
Johnston I,
Porteus II-2

Ziemer II-3

Henderson I

Morrill II-2

Hill II-3,
Moon II-3

Cotterman III,
Stockle I

Snowden II-2

Nikodem I,
Roberts II-2,
Roberts II-2,
Snowden II-2

Cooke II-3,
Hillervik-Lindquist II-3

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 18

- ◆ a szülés utáni második héten a mell teltségének érzése mérséklődik, de ez nem jelenti a tejtermelés csökkenését
- ◆ a csecsemő gyarapodása és étvágya nem egyenletes, amikor többször igényli a szopást, megnövekszik a tejtermelés és ezzel a csecsemő kalóriabevitel
- ◆ ha a nyugós csecsemő széklet- és vizeletürítése normális és súlya gyarapszik, a nyugósság oka nem lehet elégtelen tejtermelés

Sír a csecsemő:

- ◆ a sírásra mindig oda kell figyelni
- ◆ a sírás éhség és feszültség jele egyaránt lehet – ha a csecsemőn nem látszanak az evés iránti igény jelei, a szülők megpróbálhatják valamilyen más módon megvigasztalni, mielőtt az anya mellre teszi

Az anya étrendje:

- ◆ ritkán van szükség étrendi korlátozásokra; néhány csecsemőre hatással vannak az anya által elfogyasztott ételek
- ◆ egyék az édesanya változatosan, igyék annyit, amennyi szomját csillapítja

A szoptatás nem szabja meg, hogy a csecsemővel együtt vagy nélküle mehet el hazulról az édesanya**A kizárólagos szoptatás a következőkkel tartható fenn:**

- ◆ a szoptatások legyenek az anya vagy a család tevékenységei köré szervezve
- ◆ szoptasson az édesanya bármely időben és helyen
- ◆ feje le, gyűjtse össze és tárolja tejét arra az esetre, amikor más gondozóra kell hagynia gyermekét

Magyarázat és irodalom

Sok anya valószínűleg tartja azt a vélekedését, hogy kevés a teje, pedig ez a legtöbb esetben nem a valóságon alapszik. Ha támogatással átsegítjük az édesanyát a tejtermelés vélt elégtelen voltának „krízisében”, a szoptatás tartama megnyúlik anélkül, hogy a csecsemő ennek kárát látná a növekedésében.¹⁰⁸

Az első 24 órában az anya 30-100 ml colostrumot termel; ez az első napon etetésenként 2-10 ml-t jelent, a másodikon pedig 5-15 ml-t.¹¹⁶

A csecsemőnek fájhat valamije.⁴⁹

A szoptatás fájdalomcsillapítóként képes hatni.^{37, 92}

Az anyának a szülés alatt adott fájdalomcsillapító megzavarhatja a csecsemő spontán melkereső és szopó magatartását, megemelheti a csecsemő testhőmérsékletét, fokozhatja síráshajlamát.¹⁹²

A rendkívül sírósnak tartott csecsemők esetében kisebb annak valószínűsége, hogy két hetes korukban szopjanak.¹⁵⁰

Az étkezési babonák akadályozhatják a szoptatást és csak ritkán van tényszerű alapjuk.¹²³

Az anya fokozott folyadékfogyasztása nem befolyásolja a termelt tej mennyiségét.⁷⁶

A anyai testsúly szoptatással kapcsolatos csökkenése minimális lehet.²¹¹

Az anya tejével való táplálás a legtöbb olyan helyzetben megvalósítható, amelyben az édesanyának el kell mennie gyermeke mellől.¹⁷⁶

Az anya munkavállalása kevésbé akadályozza a szoptatást, ha a munkahelyén támogatják a szoptatást.^{50, 184}

A bizonyíték minősége

Hillervik-Lindquist II-3

Humenick II-2

Clifford II-3

Carbajal I, Gray I

Ransjo-Arvidson II-3

Loughlin II-2

IOM III

Dusdieker I

Sichieri II-2

Neilsen III

Cohen II-3, Ortiz II-3

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 19

Győződjünk meg arról, hogy az édesanya ismeri-e a szopós csecsemő normális magatartásformáit és hogy valós elvárásokkal rendelkezik-e a csecsemő gondozására és szoptatására nézve.

Az etetés gyakorisága és tartama:

- ◆ tipikus esetben a csecsemő naponta 8-12-szer szopik; de a szopások gyakorisága változó
- ◆ egyes csecsemők időben egyenetlenül táplálkoznak (2-6 órán át óránként szopik, ezután hosszabb időn át alszik), mások éjjel nappal minden 2-3 órában szopnak
- ◆ A csecsemő étkezésenként átlagosan 15-20 percig szopik egy-egy mellből; némelyek hosszabban szopnak; és néhányan megelégszenek egyszerre egy mellel
- ◆ az aluszékony csecsemőt fel kell ébreszteni az etetéshez, amíg a kellő súlygyarapodás nem stabilizálódik

A csecsemő ürítése:

- ◆ naponta legalább három széklet, színe a korának megfelelően változik (az első székletet a születés után nyolc órán belül szokták üríteni)
- ◆ a negyedik naptól kezdve naponta legalább 6 vizeletürítés, színe víztiszta vagy halvány sárga (az első vizeletürítés a megszületés után nyolc órán belül szokott megtörténni)
- ◆ A széklet minősége kezdetben fekete, tapadós, a negyedik napra sárgává, kenőcsössé, híggyá válik

Az újszülött súlyának változása:

- ◆ az első héten 7%-nál kisebb súlyvesztés várható
- ◆ elvárható, hogy születési súlyát a 10. napra visszanyeri
- ◆ az első három hónapban mintegy napi 20-35 g súlygyarapodás várható

Magyarázat és irodalom

A szülőknél a normális szopós csecsemő viselkedéssel kapcsolatos ismeretei egyenes arányban állnak a szoptatási gyakorisággal.²¹⁹

A valós elvárások megelőzhetik a korai elválasztást.¹⁷⁴

A bizonyíték minősége

Susin II-2

Neifert III

ELJÁRÁSI STRATÉGIA 20

Beszéljük meg a fogamzásgátlás lehetőségeit és ezeknek a tejelválasztásra kifejtett lehetséges hatását.

A fogamzásgátlás módja lehet:

- ◆ laktációs amenorrhoea módszer (LAM)
- ◆ barrier eszközök
- ◆ hormonális módszerek
- ◆ műtéti eljárások
- ◆ a termékenységi időszak tudatosítása
- ◆ megtartóztatás

Magyarázat és irodalom

A laktációs amenorrhoea módszer (LAM) 98%-ban hatékony a teherbeesés megelőzésében a szülés utáni 6 hónap folyamán, ha az anya a csecsemőt kizárólag szoptatja, az egyes szoptatások közti időköz mindig rövidebb hat óránál és az anya menstruációja még nem tért vissza.^{130, 141, 249}

A cumi és a tápszer alkalmazása a menstruáció korábbi visszatéréssel jár együtt.¹²¹

A barrier eszközök általában nem tartalmaznak szintetikus hormonokat, ezért nem zavarják a tejtermelést.¹⁰¹

A szintetikus hormonkészítmények csökkentik a tejelválasztást, ezért megzavarhatják a csecsemő súlygyarapodását.^{101, 190, 220}

Részletezve:

- ◆ az ösztrogént tartalmazó pirula képes csökkenteni a tejtermelést
- ◆ a csak progeszteront tartalmazó pirula, gyűrű, tapasz, injekció vagy implantátum akkor gátolhatja a tejtermelést, ha a laktogenezis II. fázisa előtt alkalmazzuk – a legtöbb gyártó előírata a szülés után legkorábban hat héttel tanácsolja az alkalmazás megkezdését.^{71, 159}
- ◆ a hat hét után megkezdett, csak progeszteront alkalmazó módszerek többnyire nem befolyásolják a tejtermelést; tanácsosabb azonban a tablettás készítmény alkalmazása, ezzel bármikor könnyen félbeszakítható próbaszakaszt lehet bevezetni, ellentétben az injekcióval vagy implantátummal, melynek hatása visszafordíthatatlan.¹²⁹

A műtéti meddővé tétel nem befolyásolja a szoptatást.¹⁰¹

A bizonyíték minősége

Kennedy II-1,
Labbok II-2,
WHO II-2

Ingram II-2

Harcher II-2

Hatcher II-2,
Queenan III,
Tankeyoon II-2

Diaz II-3,
Massai II-2

Kennedy II-2

Hatcher II-2

1. függelék

A bizonyíték minőségének értékelésére használt kritériumok (az US Preventive Services modellje alapján)²²⁶

Kód	Kritérium
I	A bizonyíték legalább egy megfelelően randomizált vizsgálatból származik
II-1	A bizonyíték jól szervezett, kontrollált, de nem randomizált vizsgálatból származik
II-2	A bizonyíték jól megtervezett analitikus kohorsz- vagy esetkontroll-vizsgálatból származik, lehetőleg egynél több központból vagy kutatási programból.
II-3	A bizonyíték több időpontban, a beavatkozással vagy anélkül végrehajtott sorozatokon alapszik. Kontrollálatlan kísérletek látványos eredménye (mint amilyen a penicillinkezelés 1940. évi bevezetése) ugyancsak ebbe a bizonyítékcsoportba sorolható.
III	Megalapozott tekintélyű személyek klinikai tapasztalatra, leíró vizsgálatokra és esettanulmányokra alapított véleménye, vagy szakértői bizottságok megnyilatkozásai

2. függelék

A revíziót végző bizottság

Doraine Bailey, MA, IBCLC, RLC	Cathy Carothers, BLA, IBCLC, RLC
Suzanne Cox, AM, RH, RM, IBCLC	Maureen Fjeld, PT/OT, IBCLC, RLC
Elsa Giugliani, MD, PhD, IBCLC	Jacki Glover, RN, MN, IBCLC, RLC
Larry Grummer-Strawn, PhD	Heather Jackson, RGON, RM, IBCLC, MA
Judith Lauwers, BA, IBCLC, RLC	Rebecca Mannel, BS, IBCLC, RLC
Angela Smith, RN, BA, IBCLC	Anna Swisher, MBA, IBCLC
Virginia Thorley, OAM, DipEd, MA, IBCLC	Nancy E. Wight, MD, IBCLC, FABM, FAAP

Irodalom

1. Academy of Breastfeeding Medicine. Mission Statement. 2005.
2. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplemental Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate; 2003.
3. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term; 2003.
4. Adejuyigbe EA, Fasubaa OB, Ajose OA, Onayade AA. Plasma glucose levels in exclusively breastfed newborns in the first 48 hours of life in Ile-Ife, Nigeria. *Nutr Health* 2001;15(2):121-6.
5. Albernaz E, Giugliani ER, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact* 1998;14(4):283-5.
6. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy and Position Statement. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2001.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Disease. Transmission of infectious agents via human milk. In: LK P, editor. Red Book 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Hypoallergenic infant formulas. *Pediatrics* 2000;106(2):346-349.
9. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496-506.
10. American Dietetic Association. Breaking the barriers to breastfeeding - Position of ADA. *J Am Diet Assoc* 2001;101:1213.
11. Anderson P, Pochop S, Manoguerra A. Adverse drug reactions in breastfed infants: less than imagined. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42(4):325-40.
12. Ando Y, Ekuni Y, Matsumoto Y, Nakano S, Saito K, Kakimoto K, et al. Long-term serological outcome of infants who received frozen-thawed milk from human T-lymphotropic virus type-I positive mothers. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30(6):436-8.
13. Ashraf RN, Jalil F, Aperia A, Lindblad BS. Additional water is not needed for healthy breast-fed babies in a hot climate. *Acta Paediatr Scand* 1993;82:1007-1011.
14. Avoa A, Fischer PR. The influence of perinatal education about breastfeeding on neonatal weight loss. *Pediatrics* 1990;86(11):313-5.
15. Awi DD, Alikor EA. The influence of pre- and postpartum factors on the time of contact between mother and her new-born after vaginal delivery. *Niger J Med* 2004;13(3):272-5.
16. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110(5):e63.
17. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-499.
18. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-85.
19. Berlin CM, Briggs GG. Drugs and chemicals in human milk. *Semin Fetal Neonatal Med* 2005;10(2):149-59.
20. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001;107(3):E41.
21. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(4):447-52.
22. Bertolli J, Hu DJ, Nieburg P, Macalalad A, Simonds RJ. Decision analysis to guide choice of interventions to reduce mother-to-child transmission of HIV. *Aids* 2003;17(14):2089-98.
23. Bittencourt AL. Possible risk factors for vertical transmission of Chagas' disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1992;34(5):403-8.
24. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11(2):5-10.
25. Blair PS, Ball HL. The prevalence and characteristics associated with parent-infant bed-sharing in England. *Arch Dis Child* 2004;89(12):1106-10.
26. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1122-6.
27. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29(4):278-84.
28. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact* 2004;20(1):30-8.
29. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother-infant interaction and breastfeeding outcome 6 weeks after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27(2):169-74.
30. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003;93(8):1277-9.
31. Brazelton TB. Psychophysiologic reaction to birth. *J Pediatr* 1961;58:513-518.

32. Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assessment Scale, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippencott; 1984.
33. Buranasin B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health* 1991;5(3):217-20.
34. Butte NF, Garza C, Smith EO, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984;104(2):187-95.
35. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6.
36. Canadian Paediatric Society Nutrition Committee, Dietitians of Canada, Health Canada. Nutrition for Healthy Term Infants; 1998.
37. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326(7379):13.
38. Carles G, Tortevoeye P, Tuppin P, Ureta-Vidal A, Peneau C, El Guindi W, et al. [HTLV1 infection and pregnancy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2004;33(1 Pt 1):14-20.
39. Casiday RE, Wright CM, Panter-Brick C, Parkinson KN. Do early infant feeding patterns relate to breastfeeding continuation and weight gain? Data from a longitudinal cohort study. *Eur J Clin Nutr* 2004;58(9):1290-6.
40. Centuori S, Burmaz T, Ronfani L, Fragiaco M, Quintero S, Pavan C, et al. Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact* 1999;15(2):125-30.
41. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact* 2003;19(2):136-44.
42. Chandra RK. Five-year follow-up of high-risk infants with family history of allergy who were exclusively breast-fed or fed partial whey hydrolysate, soy, and conventional cow's milk formulas. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;24(4):380-8.
43. Chandra RK. Food allergy and nutrition in early life: implications for later health. *Proc Nutr Soc* 2000;59(2):273-7.
44. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(9):897-902.
45. Chaves RG, Lamounier JA. [Breastfeeding and maternal medications]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S189-98.
46. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics* 2004;113(5):e435-9.
47. Chen Y-T. Defects in galactose metabolism. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p. 413-414.
48. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992;81(6-7):488-93.
49. Clifford PA, Stringer M, Christensen H, Mountain D. Pain assessment and intervention for term newborns. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):514-9.
50. Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breastfeeding by employed mothers. *Am J Health Promot* 1994;8(6):436-41.
51. College of Family Physicians of Canada. Infant Feeding Policy Statement 2004. 2004:1-3.
52. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003;19(2):145-56.
53. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact* 2004;20(2):227-37.
54. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L, Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003;92(8):890-5.
55. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE. Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol* 2002;87(2):207-14.
56. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):27-37.
57. Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. *J Hum Lact* 1995;11(1):21-6.
58. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Exp Physiol* 1996;81(5):861-75.
59. de Araujo Burgos MG, Bion FM, Campos F. [Lactation and alcohol: clinical and nutritional effects]. *Arch Latinoam Nutr* 2004;54(1):25-35.
60. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983; 72(3):307-11.
61. de Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. III. Follow-up at one year. *Scand J Soc Med* 1984;12(2):91-103.

62. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19(4):365-73.
63. de Rooy L, Hawdon J. Nutritional factors that affect the postnatal metabolic adaptation of full-term small- and large-for-gestational-age infants. *Pediatrics* 2002;109(3):E42.
64. Dennis CL. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. *Birth* 2002;29(3):169-76.
65. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31(1):12-32.
66. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Cmaj* 2002;166(1):21-8.
67. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels. *Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth. J Pediatr* 1991;119(4):538-47.
68. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA, Peerson JM, Lonnerdal B. Breast-fed infants are leaner than formula-fed infants at 1 y of age: the DARLING study. *Am J Clin Nutr* 1993;57(2):140-5.
69. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, et al. Growth of breastfed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *World Health Organization Working Group on Infant Growth. Pediatrics* 1995;96(3 Pt 1):495-503.
70. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):607-19.
71. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception* 1997;56(4):223-32.
72. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 2003;30(2):94-100.
73. Diwakar KK, Sasidhar MV. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002;87(1):F46-8.
74. Donnelly A, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2001;Update Software(1).
75. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact* 2002;18(1):13-20; quiz 46-9, 72.
76. Dusdieker LB, Stumbo PJ, Booth BM, Wilmoth RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breastfeeding. *Pediatrics* 1990;86(5):737-40.
77. Edgehouse L, Radzysinski SG. A device for supplementing breast-feeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1990;15(1):34-5.
78. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. [Premature discontinuation of breastfeeding]. *Arch Pediatr* 2003;10(1):11-8.
79. Eidelman AI. Hypoglycemia and the breastfed neonate. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(2):377-87.
80. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4(25):1-171.
81. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2004;113(4):858-65.
82. Ferreira CS, Martinho PC, Amato Neto V, Cruz RR. Pasteurization of human milk to prevent transmission of Chagas disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2001;43(3):161-2.
83. Finneran B, Murphy K. Breast is best for GPs—or is it? Breastfeeding attitudes and practice of general practitioners in the Mid-West of Ireland. *Ir Med J* 2004;97(9):268-70.
84. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. [Mother-infant rooming-in and exclusive breast feeding]. *Salud Publica Mex* 1997;39(2):110-6.
85. Frantz KB. The slow-gaining breastfeeding infant. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3(4):647-55.
86. Freed GL, Clark SJ, Curtis P, Sorenson JR. Breast-feeding education and practice in family medicine. *J Fam Pract* 1995;40(3):263-9.
87. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273(6):472-6.
88. Garza C, Butte NF. Energy intakes of human milkfed infants during the first year. *J Pediatr* 1990;117(S):S124-31.
89. Giugliani ER. [Common problems during lactation and their management]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(5 Suppl):S147-54.
90. Grandjean P, Budtz-Jorgensen E, Steuerwald U, Heinzow B, Needham LL, Jorgensen PJ, et al. Attenuated growth of breast-fed children exposed to increased concentrations of methylmercury and polychlorinated biphenyls. *Faseb J* 2003;17(6):699-701.
91. Gray L, Watt L, Blass EM. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000;105(1):e14.

92. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002;109(4):590-3.
93. Guise JM, Freed G. Resident physicians' knowledge of breastfeeding and infant growth. *Birth* 2000;27(1):49-53.
94. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. 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(2):70-8.
95. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial [see comments]. *Lancet* 2000;356(9242):1643-7.
96. Hale T. Medications and Mothers' Milk. ninth ed. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
97. Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, et al. A breast-feeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002;141(5):659-64.
98. Hamprecht K, Maschmann J, Muller D, Dietz K, Besenthal I, Goelz R, et al. Cytomegalovirus (CMV) inactivation in breast milk: reassessment of pasteurization and freeze-thawing. *Pediatr Res* 2004;56(4):529-35.
99. Hanson L. Immunobiology of Human Milk: How Breastfeeding Protects Babies. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
100. Hanson LA, Korotkova M, Telemo E. Breast-feeding, infant formulas, and the immune system. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003;90(6 Suppl 3):59-63.
101. Hatcher R. Contraceptive Technology. New York: Ardent Media, Inc.; 1998.
102. Hellings P, Howe C. Assessment of breastfeeding knowledge of nurse practitioners and nurse midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000;45(3):264 - 269.
103. Hellings P, Howe C. Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners. *J Pediatr Health Care* 2004;18(1):8-14.
104. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28(4):236-42.
105. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10(2):79-86.
106. Hill PD, Humenick SS, Brennan ML, Woolley D. Does early supplementation affect long-term breastfeeding? *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36(6):345-50.
107. Hillervik-Lindquist C. Studies on perceived breast milk insufficiency. A prospective study in a group of Swedish women. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1991;376:1-27.
108. Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjolín S. Studies on perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for breast milk consumption and growth. *Acta Paediatr Scand* 1991;80(3):297-303.
109. Hillervik-Lindquist C. Studies of perceived breast milk insufficiency. II. Incidence and causes. *Naringsforskning* 1990;34:15-19.
110. Hornell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1999;88(2):203-11.
111. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146(2):128-33.
112. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBlicke E, Weitzman M. Office prenatal formula advertising and its effect on breastfeeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296-303.
113. Howard CR, Schaffer SJ, Lawrence RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth* 1997;24(4):240-6.
114. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511-8.
115. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95.
116. Humenick S. The clinical significance of breastmilk maturation rates. *Birth* 1987;14(4):174-81.
117. Humenick S, Mederios D, Wreschner T, Walton M, Hill P. The Maturation Index of Colostrum and Milk (MICAM): a measurement of breast milk maturation. *J Nurs Meas* 1994;2(2):169-86.
118. Humenick S, Hill P, Spiegelberg P. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14(4):305-10.
119. Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby. *Lancet* 2001;358(9286):986-7.
120. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 2002;18(2):87-101.
121. Ingram J, Hunt L, Woolridge M, Greenwood R. The association of progesterone, infant formula use and pacifier use with the return of menstruation in breastfeeding women: a prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114(2): 197-202.
122. 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(4):367-79.
123. Institute of Medicine. Nutrition During Lactation. Washington, DC: National Academy Press; 1991.
124. Jeffery BS, Mercer KG. Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr* 2000;46(4):219-23.

125. Jeffery BS, Webber L, Mokhondo KR, Erasmus D. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *J Trop Pediatr* 2001;47(6):345-9.
126. Jeffery BS, Soma-Pillay P, Makin J, Moolman G. The effect of Pretoria Pasteurization on bacterial contamination of hand-expressed human breastmilk. *J Trop Pediatr* 2003;49(4):240-4.
127. Johnston BD, Huebner CE, Tyll LT, Barlow WE, Thompson RS. Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care; Effects on parental well-being, practice, and satisfaction. *Am J Prev Med* 2004;26(4):356-66.
128. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17(2):122-6.
129. Kennedy KI, Short RV, Tully MR. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997;55(6):347-50.
130. Kennedy KI. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol* 2002;503:207-16.
131. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994;10(1):11-5.
132. Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *N Engl J Med* 1972;286(9):460-3.
133. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:327-45.
134. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(3):322-6.
135. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics* 2002;110(2 Pt 1):343-7.
136. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5.
137. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:63-77.
138. Kunz C, Rodriguez-Palmero M, Koletzko B, Jensen R. Nutritional and biochemical properties of human milk, Part I: General aspects, proteins, and carbohydrates. *Clin Perinatol* 1999;26(2):307-33.
139. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 1991;88(4):745-50.
140. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):e139-46.
141. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 1997;55(6):327-36.
142. LaKind JS, Amina Wilkins A, Berlin CM, Jr. Environmental chemicals in human milk: a review of levels, infant exposures and health, and guidance for future research. *Toxicol Appl Pharmacol* 2004;198(2):184-208.
143. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;71(4):365-9.
144. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365(9462):891-900.
145. Lawrence RA. Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A review of medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States. Washington, DC: US Government Printing Office; 1997.
146. Lazzaro E, Anderson J, Auld G. Medical professionals' attitudes toward breastfeeding. *J Hum Lact* 1995;11(2):97-101.
147. Lee A, Moretti ME, Collantes A, Chong D, Mazzotta P, Koren G, et al. Choice of breastfeeding and physicians' advice: a cohort study of women receiving propylthiouracil. *Pediatrics* 2000;106(1 Pt 1):27-30.
148. Lindenberg CS, Cabrera Artola R, Jimenez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breastfeeding. *Int J Nurs Stud* 1990;27(3):179-86.
149. Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G. Neonatal hypernatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. *Cmaj* 2000;162(5):647-52.
150. Loughlin HH, Clapp CNE, Gehlbach SH, Pollard JC, McCutchen TM. Early termination of breast-feeding: identifying those at risk. *Pediatrics* 1985;75(3):508-13.
151. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):290-5.
152. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88(6):F472-6.
153. Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J. The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(3):880-3.
154. Marasco L, Marmet C, Shell E. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact* 2000;16(2):143-8.

155. Marchini G, Fried G, Ostlund E, Hagenas L. Plasma leptin in infants: relations to birth weight and weight loss. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 1):429-32.
156. Marchini G, Persson B, Berggren V, Hagenas L. Hunger behaviour contributes to early nutritional homeostasis. *Acta Paediatr* 1998;87(6):671-5.
157. Marques NM, Lira PI, Lima MC, da Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics* 2001;108(4):E66.
158. Marques RF, Lopez FA, Braga JA. [Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80(2):99-105.
159. Massai R, Diaz S, Jackanicz T, Croxatto HB. Vaginal rings for contraception in lactating women. *Steroids* 2000;65(10-11):703-7.
160. Matthews MK. Assessments and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. *J Hum Lact* 1993;9(4):243-8.
161. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28(1):13-9.
162. Mennella JA, Pepino MY, Teff KL. Acute Alcohol Consumption Disrupts the Hormonal Milieu of Lactating Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005;90(4):1979-1985.
163. Menzies D. Effect of treatment on contagiousness of patients with active pulmonary tuberculosis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997;18(8):582-6.
164. Merlob P, Aloni R, Prager H, Jelin N, Idel M, Kotona J. Continued weight loss in the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning. *Isr J Med Sci* 1994;30(8):646-8.
165. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact* 2004;20(1):9-17.
166. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126(1):36-9.
167. Metaj M, Laroia N, Lawrence RA, Ryan RM. Comparison of breast- and formula-fed normal newborns in time to first stool and urine. *J Perinatol* 2003;23(8):624-8.
168. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-6.
169. Mizuno K, Fujimaki K, Sawada M. Sucking behavior at breast during the early newborn period affects later breast-feeding rate and duration of breastfeeding. *Pediatr Int* 2004;46(1):15-20.
170. Moon JL, Humenick SS. Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989;18(4):309-15.
171. Morrill JF, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey KG. Risk factors for mammary candidosis among lactating women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(1):37-45.
172. Morrow AI, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-1231.
173. Morton JA. Ineffective suckling: a possible consequence of obstructive positioning. *J Hum Lact* 1992;8(2):83-5.
174. Neifert MR. The optimization of breast-feeding in the perinatal period. *Clin Perinatol* 1998;25(2):303-26.
175. Neifert MR. Breastmilk transfer: positioning, latchon, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):656-75.
176. Neilsen J. Return to work: practical management of breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):724-33.
177. Nikodem VC, Danziger D, Gebka N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. *Birth* 1993;20(2):61-4.
178. Nyhan WL. Stool frequency of normal infants in the first week of life. *Pediatrics* 1952;10(4):414-25.
179. O'Brien B. Prolonged and exclusive breastfeeding of infants did not reduce growth by 12 months of age. *Evid Based Nurs* 2003;6(2):42.
180. Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeed Rev* 2001;9(2):11-8.
181. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 1989.
182. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25. Geneva, Switzerland: United Nations; 1997.
183. Onayade AA, Abiona TC, Abayomi IO, Makanjuola RO. The first six month growth and illness of exclusively and non-exclusively breast-fed infants in Nigeria. *East Afr Med J* 2004;81(3):146-53.
184. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004;30(2):111-9.
185. Peaker M, Wilde CJ. Feedback control of milk secretion from milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1996;1(3):307-15.
186. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Hum Dev* 1992;31(1):25-40.
187. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. *Pediatrics* 2003;112(3 Pt 1):e234-6.

188. Porteous R, Kaufman K, Rush J. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: A randomized controlled trial. *J Hum Lact* 2000;16(4):303 - 309.
189. Prodromidis M, Field T, Arendt R, Singer L, Yando R, Bendell D. Mothers touching newborns: a comparison of rooming-in versus minimal contact. *Birth* 1995;22(4):196-200; discussion 201-3.
190. Queenan JT. Contraception and breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):734-9.
191. Quillin SI, Glenn LL. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(5):580-8.
192. Ransjo-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth* 2001;28(1):5-12.
193. Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000090.
194. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043.
195. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336(8723):1105-7.
196. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4):185-9.
197. Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth* 1997;24(2):116-20.
198. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 2001;17(1):20-3.
199. Roberts KL. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact* 1995;11(1):17-20.
200. Roberts KL, Reiter M, Schuster D. Effects of cabbage leaf extract on breast engorgement. *J Hum Lact* 1998;14(3):231-6.
201. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* 2000;77(1):12-6.
202. Rossiter JC, Yam BM. Breastfeeding: how could it be enhanced? The perceptions of Vietnamese women in Sydney, Australia. *J Midwifery Womens Health* 2000;45(3):271-6.
203. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996;23(3):154-60.
204. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK, Satyanarayana L, Kumar S. Water supplementation in exclusively breastfed infants during summer in the tropics. *Lancet* 1991;337(8747):929-33.
205. Salariya EM, Easton PM, Cater JJ. Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet* 1978;2(8100):1141-3.
206. Salariya EM, Robertson CM. Relationships between baby feeding types and patterns, gut transit time of meconium and the incidence of neonatal jaundice. *Midwifery* 1993;9(4):235-42.
207. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *Neonatal Study Group. Eur J Pediatr* 1997;156(11):874-7.
208. Semmekrot BA, de Vries MC, Gerrits GP, van Wieringen PM. [Optimal breastfeeding to prevent hyperbilirubinaemia in healthy, term newborns]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(41):2016-9.
209. Shrago L. The relationship between bowel output and adequacy of breastmilk intake in neonates' first weeks of life. In: *Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN)*; 1996; Anaheim, CA; 1996.
210. Shrago LC. The breastfeeding dyad: early assessment, documentation, and intervention. *NAACOG Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992;3(4):583-97.
211. Sichiari R, Field AE, Rich-Edwards J, Willett WC. Prospective assessment of exclusive breastfeeding in relation to weight change in women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(7):815-20.
212. Sikorski J, Renfrew MJ. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2001;Oxford Update Software(1).
213. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003;17(4):407-17.
214. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(2):CD000046.
215. Souto GC, Giugliani ER, Giugliani C, Schneider MA. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding performance. *J Hum Lact* 2003; 19(1):43-9; quiz 66-9, 120.
216. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004;18(4):385-96.
217. Stockle U, Hoffmann R, Schutz M, von Fournier C, Sudkamp NP, Haas N. Fastest reduction of posttraumatic edema: continuous cryotherapy or intermittent impulse compression? *Foot Ankle Int* 1997;18(7):432-8.
218. Strembel S, Sass S, Cole G, Hartner J, Fischer C. Breastfeeding policies and routines among Arizona hospitals and nursery staff: results and implications of a descriptive study. *J Am Diet Assoc* 1991;91(8):923-5.
219. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC. Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth* 1999;26(3):149-56.

220. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, Koetsawang S, Saibiang S, Sas M, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception* 1984;30(6):505-22.
221. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):108-15.
222. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113(5):e405-11.
223. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113(4):283-90.
224. Tjon ATWE, Kusun JA, de With C. Early postnatal growth of Basotho infants in the Mantsonyane area, Lesotho. *Ann Trop Paediatr* 1986;6(3):195-8.
225. Tobin DL. A breastfeeding evaluation and education tool. *J Hum Lact* 1996;12(1):47-9.
226. Tyson J, Burchfield J, Sentance F, Mize C, Uauy R, Eastburn J. Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk. *Pediatrics* 1992;89(2):215-20.
227. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2nd Ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1996.
228. Ullah S, Griffiths P. Does the use of pacifiers shorten breastfeeding duration in infants? *Br J Community Nurs* 2003;8(10):458-63.
229. UNICEF. *Breastfeeding and complementary feeding; 1990-2000*.
230. United Nations General Assembly. *United Nations Millennium Declaration*. In: 8th Plenary Meeting; 2000: United Nations; 2000.
231. Uvnas-Moberg K, Widstrom AM, Werner S, Matthiesen AS, Winberg J. Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women. Correlation with milk yield and duration of breast-feeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990;69(4):301-6.
232. van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy* 2003;58(9):833-43.
233. van't Hof MA. The Influence of Breastfeeding and Complementary Foods on Growth Until Three Years of Age in the Euro-Growth Study. *Pediatrics* 2000;106(5):1281.
234. Victora CG BD, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: Cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics* 1997;99:445-453.
235. Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004;31(4):302-7.
236. Vnuk AK. An analysis of breastfeeding print educational material. *Breastfeed Rev* 1997;5(2):29-35.
237. Walker M. *Selling Out Mothers and Babies, Marketing of Breast Milk Substitutes in the USA*. Weston, MA: NABA REAL; 2001.
238. Weimer J. *Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 2001 March.
239. Wiberg B, Humble K, de Chateau P. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. V. Follow-up at three years. *Scand J Soc Med* 1989;17(2):181-91.
240. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson AB, Christensson K, Matthiesen AS, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Gastric suction in healthy newborn infants. Effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatr Scand* 1987;76(4):566-72.
241. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev* 1990;21(3):153-63.
242. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Racial/ethnic differences in the decision to breastfeed among adolescent mothers. *Pediatrics* 1998;101(6):E11.
243. Williams A. *Hypoglycemia of the newborn: Review of the literature*. Geneva: World Health Organization; 1997. p. 1-56.
244. Wojdan-Godek E, Mikiel-Kostyra K, Mazur J. [Factors associated with exclusive breastfeeding of infants in Poland]. *Med Wieku Rozwoj* 2000; 4 (3 Suppl 1):15-24.
245. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):708-12.
246. Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD. Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 1990;336(8712):395-7.
247. World Health Assembly. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva: World Health Organization; 1981.
248. World Health Organization. *Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*, Revised Ed. In: WHO/CHD/98.9; 1998.
249. World Health Organization. *The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding*. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72(3):431-40.
250. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: World Health Organization; 2003.

251. World Health Organization. Global strategy: breastfeeding critical for child survival—UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004;58(3):138-9.
252. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breastfeeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86(2):171-5.
253. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990;79(11):1017-22.
254. Yamauchi Y. Hypoglycemia in healthy, full-term, breast-fed neonates during the early days of life: preliminary observation. *Acta Paediatr Jpn* 1997;39 Suppl 1:S44-7.
255. Yaseen H, Salem M, Darwich M. Clinical presentation of hypernatremic dehydration in exclusively breast-fed neonates. *Indian J Pediatr* 2004;71(12):1059-62.
256. Yasuda A, Kimura H, Hayakawa M, Ohshiro M, Kato Y, Matsuura O, et al. Evaluation of cytomegalovirus infections transmitted via breast milk in preterm infants with a real-time polymerase chain reaction assay. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 1):1333-6.
257. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88(430):1-6.
258. Ziemer MM, Pigeon JG. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22(3):247-56.

A SZOPTATÁSI SZAKEMBEREK EGÉSZ VILÁGRA KITERJEDŐ HÁLÓZATA

INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION SZOPTATÁSI TANÁCSADÓK NEMZETKÖZI SZÖVETSÉGE

1500 Sunday Drive, Suite 102 * RALEIGH, NC * 27607 * USA
TEL: 919.861.5577 * FAX: 919.787.4916 * E-MAIL: INFO@ILCA-ORG * WEB: WWW.ILCA.ORG