

ABM Klinički Protokol #5: Peripartalna skrb zdrave dojilje i donošenog djeteta, Izmijenjeno 2013.

Allison V. Holmes,¹ Angela Yerdon McLeod,² i Maya Bunik³

Središnji cilj Akademije medicine dojenja su klinički protokoli koji se izrađuju za rješavanje uobičajenih medicinskih problema koji mogu utjecati na uspješnost dojenja. Ovi protokoli služe samo kao smjernice za skrb o dojiljama i novorođenčadi te u njima nije istaknut isključiv tijek postupanja niti služe kao standardi za medicinsku skrb. Varijacije u postupanju mogu biti primjerene ovisno o potrebama pojedinog pacijenta.

Uvod

Bolnička pravila i prakse u velikoj mjeri utječu na uspjeh dojenja.¹⁻¹⁰ Inicijativa bolnica prijatelja djece (BFHI) je definirala Deset koraka do uspješnog dojenja, i 20 godina istraživanja je sada potvrdilo da "ostvarenje BFHI certifikacije dovodi do znatnog poboljšanja ishoda dojenja, osobito povećanju započinjanju dojenja i ekskluzivnosti."¹

Peripartalno bolničko iskustvo treba uključivati adekvatnu podršku, pouku i skrb kako bi se osiguralo uspješno započinjanje dojenja. Takva skrb je dio kontinuirane zaštite i obrazovanja koje počinje u prenatalnom razdoblju, promičući dojenje kao optimalnu metodu prehrane djece, a uključuje informacije o prednostima dojenja za majku i dijete. Sljedeća načela i prakse se preporučuju za njegu u peripartalnom bolničkom okruženju.

Preporuke

Kvaliteta dokaza (razina dokaza I, II-1, II-2, II-3, i III) za svaku preporuku kako je definirano u Dodatku A radne skupine američke preventivne usluge¹¹ je navedena u zagradama.

Prenatalno

1. Sve trudnice moraju dobiti poduku o prednostima i tehnici dojenja kako bi mogle donijeti informiranu odluku o prehrani djece.⁵⁻¹⁰ Sustavni pregled prakse koje poboljšavaju trajanje ili započinjanje dojenja je pronašao je da "kombinirana prenatalna i postnatalna intervencija učinkovitija od uobičajene skrbi za produljenje dojenja."¹² Informacije i savjeti zdravstvenih djelatnika rano u

trudnoći su također podržani od strane Američkog koledža opstetričara i ginekologa i Američke akademije obiteljskih liječnika u svojim smjernicama koje navode da su "Savjeti i poticanje ginekologa-opstetričara presudni su u donošenju odluke o dojenju"⁶ i "Skrb usredotočena na obitelj (vjerovanje da su zdravstveni djelatnici i obitelji partneri, koji rade zajedno kako bi najbolje zadovoljili potrebe svakog pacijenta) omogućuju potporu praksi dojenja tijekom životnog ciklusa za sve članove obitelji."⁹ (I, II-1, II-2, II-3, III)

2. Prenatalno obrazovanje treba uključivati podatke o prednostima isključivog dojenja za majku i dijete koje se započinje u prvom satu nakon poroda.⁵ Obrazovni materijali napravljeni od strane proizvođača formula su neprikladni izvori informacija o prehrani djece.^{13,14} (I, III)
3. Skrb trudnica uključuje procjenu bilo kakvog medicinskog ili fizičkog stanja koje bi moglo utjecati na sposobnost majke da doji svoje dojenče. U nekim slučajevima može biti korisno da se obavi prenatalno savjetovanje s djetetovim liječnikom, savjetnikom za dojenje ili stručnjakom te razviti plan praćenja koji se pokreće za vrijeme poroda.⁶⁻⁸ Žene će imati koristi prije porođaja od rasprave unutar moderirane skupine, grupnih prenatalnih posjeta, sustavnog vođenja slučaja ili upućivanja laičkim organizacijama za podršku.^{6-8,12} Također postoje dobri dokazi da savjetovanje majka-majci potiče započinjanje i održavanje dojenja.^{15,16} (I, II-3, III)

Radanje i porod

1. Žene će imati koristi od kontinuirane prisutnosti bliskih osoba (npr. doula, supružnik/partner, ili član

¹Odjel pedijatrije i obiteljske medicine, Geisel škola medicine, Dartmouth, New Hampshire.

²Obiteljska medicina, Concord, New Hampshire.

³Odjel pedijatrije, Sveučilište u Coloradu, Aurora, Colorado.

obitelji) za vrijeme poroda i rađanja. Poznato je da prisutnost doule pospješuje započinjanje i trajanje dojenja.¹⁷ Mnogi faktori rizika su povezani s ranim prestankom dojenja, uključujući i prosječnu duljinu trajanja poroda, potrebu za kirurškom intervencijom te korištenje intervencija za smanjenje boli kao što je epiduralna i drugi lijekovi. Ti rizici se mogu smanjiti uz prisutnost doule.^{18–20} (I, II-2, III)

2. Intrapartalna analgezija također može imati utjecaja na dojenje te se treba razmotriti vrsta i doza analgezije.^{6,21–23} Epiduralna analgezija, intramuskularni opijati, egzogeni oksitocin i ergometrin su sve povezane s nižim stopama započinjanja dojenja.²⁴ (I, II-2, III)

Odmah po porodu

1. Zdravo novorođenče se treba odmah postaviti u kontakt kože-na-kožu s majkom dok ne završi prvi obrok. Dijete se može osušiti te mu se dodijeliti Apgar skor, a prvi pregled se može obaviti dok se dijete postavlja na majku. Takav fizički kontakt pruža djetetu optimalnu fiziološku stabilnost, toplinu i mogućnosti za prvo hranjenje.^{10,25–29} Produljen kontakt kože na kožu će vjerojatno povećati trajanje i isključivost dojenja.^{27–35} Odbađanje postupaka kao što su vaganje, kupanje, mjerenje, davanje kapi u oči, kao i vitamin K, do 6 sati nakon rođenja poboljšava ranu interakciju roditelja-djeteta.^{10,36} Dojenčad treba staviti blizu dojke, koliko god je moguće brzo nakon rođenja, kako bi se omogućilo hvatanje i hranjenje, idealno u roku od jednog sata nakon rođenja.^{28,31–35} Ova praksa se treba započeti u rađaonici, operacijskoj dvorani ili sobi za oporavak, a svakoj majci se trebaju dati informacije o pravilnim tehnikama dojenja.^{5,10,31,37–41} (I, II-2, II-3, III)
2. Zajednički boravak u sobi majke i djeteta 24 sata dnevno omogućava mogućnosti za povezivanje i optimalni početak dojenja. Kad god je moguće, majka i dijete trebaju ostati zajedno tijekom boravka u bolnici.^{10,30,35,42–45} Idealno bi bilo provesti pregled novorođenčadi u neposrednom postpartalnom periodu kao i naknadne preglede u sobi s majkom kako bi se izbjeglo nepotrebno odvajanje. Dokazi sugeriraju da majke imaju istu količinu i kvalitetu sna bez obzira jesu li djeca s njima u sobi ili u dječjoj sobi preko noći.^{42–44} (II-1, II-2, II-3, III)
3. Obrazovanje o prednostima 24-satnog zajedničkog boravka u sobi potiče roditelje da to prihvate kao standardni način bolničke skrbi obitelji. U isto vrijeme, sa stajališta osoblja, osoblje treba organizirati vrijeme kako bi mogli biti dostupni da procijene i dokumentiraju stanje i prehranu novorođenčadi dok je dijete u obiteljskoj sobi.^{5,10,41,45,46} (I, II-3, III)
4. Žena će možda trebati pomoć zdravstvenih djelatnika kako bi se osiguralo da je u stanju pravilno položiti i postaviti dijete na dojku. Ona koja su rođena carskim rezom će možda trebati dodatnu pomoć osoblja za postizanje udobnog položaja. Obučeni promatrač treba procijeniti i dokumentirati učinkovitost dojenja barem jednom svakih 8-12 sati nakon poroda dok majka i dijete nisu otpušteni iz bolnice. U zemljama u kojima boravak u bolnici nakon poroda može trajati i do tjedan dana, tada se procjena treba nastaviti sve dok se dojenje uspješno ne uspostavi.^{1,10} Peripartalna skrb majke i djeteta treba obuhvatiti i dokumentirati pozicioniranje i postavljanje djeteta na dojku, prijenos mlijeka, djetetovu težinu, kliničku žuticu te sve probleme koje majka iznese, kao što su bol u bradavicama ili percepcija neadekvatne količine mlijeka. Formalni program uputa dojenja u rodilištu se treba pažljivo procijeniti radi učinkovitosti i najbolje prakse.^{38–41} Neka novorođenčad je pospana u prvih 24 sata nakon poroda. Novorođenčad koja dobro sišu će do drugog dana doći na zahtjev. Hranjenja su obično u rasponu od 8 do 12 puta ili više u 24 sata, uz minimum od 8 hranjenja svakih 24 sata. Ograničavanje vremena koje dijete provodi na dojci nije potrebno te može čak biti i štetno za dobru uspostavu dotoka mlijeka. Dojenče često zaspi ili spontano otpusti dojku kada je sito. (I, II-2, II-3, III)
5. Nadohrana se ne treba davati dojenčadi, osim ako postoji medicinska indikacija.^{10,13,47–49} Nadohrana može spriječiti ili odgoditi uspostavu majčine opskrbe mlijeka te imati negativne učinke na dojenje (npr. odgađanje laktogeneze, zastoje dojke). Nadohrana može preinačiti i dječju crijevnu floru, senzibilizirati dijete na alergene (ovisno o sadržaju hranjenja i metodi koja se koristi), ometati povezivanje majke i dojenčeta te ometati povećanje težine dojenčeta.^{14,47–49} Ne postoji opravdanje za rutinsku nadohranu nedehidrirane dojenčadi s vodom ili dekstrozom vode; u stvari, ova praksa može doprinijeti hiperbilirubinemiji.⁵⁰ Prije nego što započne bilo kakva dodatna nadohrana, važno je da se izvrši formalna evaluacija svake dijade majke-novorođenčeta, uključujući i izravna promatranja dojenja od strane pružatelja koji je obučen za laktaciju.¹⁴ (I, II-2, III)
6. Duda se u neonatalnom razdoblju trebaju koristiti s oprezom. Neka ranija istraživanja su pokazala da korištenje duda u neonatalnom razdoblju može biti štetno za ekskluzivno i ukupno dojenje,^{51,52} dok je nedavni Cochrane pregled utvrdio da upotreba dude kod novorođenčadi rođene u terminu koje je započelo kod rođenja ili nakon početka dojenja nije značajno utjecalo na učestalost ili trajanje isključivog dojenja te djelomično dojenje do 4 mjeseca starosti.⁵³ Druge nedavne studije ukazuju na to da je odnos između dude, dojenja i nadohrane složeniji nego što se prethodno mislilo.⁵⁴ (I)
7. Općenito, akutne zarazne bolesti, nedijagnosticirana groznica i učestale postpartalne infekcije kod majke nisu kontradiktorne za dojenje, ukoliko se takve bolesti mogu lako kontrolirati i liječiti. Novorođenčad se ne treba dobiti u slučaju neliječene aktivne tuberkuloze ili herpes simplexa kada postoje lezije dojki.^{55–57} U slučaju majčinske infekcije HIV-om, Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje da “nacionalna tijela u svakoj zemlji odluče koju praksu prehrane djece, tj. dojenja s antiretrovirusnom intervencijom, kako bi se smanjio prijenos, ili izbjegavanje bilo kakvog dojenja, treba poticati i podržavati od strane njihove službe za majku i dijete.”⁵⁵ Peripartalna zaraza varicelom može zahtijevati odvajanje majke i novorođenčeta, ograničavajući direktno dojenje, međutim, može se

- koristiti izdvojeno mlijeko.¹⁰ Pored zaraznih bolesti, popis svih kontradikcija je izvan dosega ovog dokumenta, ali pouzdani izvori informacija su dostupni i uključuju informacije o lijekovima i radioaktivnim spojevima.⁵⁶⁻⁶³ (III)
8. Sva dojena novorođenčad se treba pregledati od strane zdravstvenih djelatnika pri 3-5 dana života ili u roku od 48-72 sata od otpusta kako bi se procijenilo djetetovo stanje i uspješna uspostava dojenja.^{10,64-66} Ovisno o dužini bolničkog boravka ili zemlji podrijetla, ove postpartalne prakse se mogu razlikovati. Na primjer, majke i novorođenčad u Japanu i Australiji u bolnici borave 4-5 dana, a u Ujedinjenom Kraljevstvu primalje posjete majke u kućnoj posjeti otprilike deset dana. (I, III) Podrška majka-majci se također treba ponuditi te je dokazano da je korisna u promicanju uspjeha dojenja.^{16,46} (I, I-2)

Problemi i komplikacije

- Majke i djeca, s povećanim rizikom od poteškoća s dojenjem, imaju koristi od ranog prepoznavanja i pomoći. Savjetovanja sa stručnjakom za dojenje može biti korisno u situacijama koje uključuju, ali nisu ograničeni na sljedeće:
 - Zahtjev/anksioznost majke
 - Prethodno negativno iskustvo dojenja
 - Majka ima ravne/uvučene bradavice.
 - Majka je prethodno operirala dojku.
 - Višepodne trudnoće (blizanci, trojke, trudnoće višeg reda)
 - Rano donesena novorođenčad (37–38 6/7 tjedana gestacije) ili nedonoščad (<37 tjedana).
 - Dojenčad ima prirodenu anomaliju, neurološka oštećenja ili druga medicinska stanja koja utječu na sposobnost dojenja djeteta.
 - Medicinsko stanje majke ili dojenčeta zbog kojeg se dojenje mora privremeno odgoditi ili zbog kojeg je potrebno izdajati mlijeko.
 - Evidencija, nakon prvih nekoliko hranjenja, da postoje poteškoće u uspostavi dojenja (npr. loše hvatanje, pospano dijete, itd.)
 - Hiperbilirubinemija
- Otpuštanje majke i djece iz rodilišta unutar 48 sati od rođenja zahtijeva da se identificiraju rizici dojenja pravovremeno kako bi se vrijeme provedeno u bolnici maksimalno iskoristilo.⁶⁴ Preporuke za blisko praćenje su osobito važne za dijade s ranim bolničkim otpuštanjem.
- Ukoliko se novorođenče treba prebaciti na odjel srednje ili intenzivne njege, potrebno je poduzeti mjere za održavanje dojenja. Kada je to moguće, potrebno je prebaciti majku na odjel srednje ili intenzivne njege kako bi se nastavilo dojenje. Ako dojenje nije moguće, potrebno je poduzeti mjere da se nastavi hranjenje dojenčeta ljudskim mlijekom. Majkama se mora pokazati kako da održavaju laktaciju kroz ručno i mehaničko izdajanje.^{5,10} Postoje dokazi da možda postoji veća proizvodnja majčinog mlijeka uz korištenje električne pumpe za izdajanje u usporedbi sa samim ručnim izdajanjem.^{67,68}

- Kombinacija ručnog i mehaničkog izdajanja⁶⁹ će možda dati optimalnu proizvodnju mlijeka. (I, I-2, III)
- Ako se novorođenče ne hrani dosljedno i učinkovito na dojci u trenutku otpuštanja iz bolnice, majci se mora pokazati kako da održava laktaciju kroz ručno i mehaničko izdajanje te joj se pokazati kako da prazni dojke prije nego što ju se otpusti kući.^{67,68} Moguća potreba za dopunske obroke za dijete se treba razmotriti te je potrebno voditi računa o izboru dodataka koji će se koristiti kao i načinu hranjenja. Bilo koje i svo mlijeko koje majka izdoji se treba iskoristiti te se treba nadopuniti samo ako je majčinska opskrba nedovoljna. Hranjenje na šalicu može pomoći u očuvanju trajanja dojenja među onima koji zahtijevaju više dopunskih obroka, zbog zabrinutosti vezane za konfuziju bradavica ili sklonosti bočicama.⁵² Majku i dijete će trebati uputiti na stručnjaka za dojenje radi daljnje pomoći i podrške.

Preporuke za daljnja istraživanja

- Kontroverze i dalje postoje vezano za učinke lijekova tijekom poroda na ishode dojenja. Potrebno je više istraživanja za procjenu učinaka različitih lijekova za porod na kratkoročne i dugoročne ishode dojenja.
- Unatoč dokazima da je odgađanje postpartalnih intervencije kod novorođenčadi povezano s poboljšanjem dojenja, mnoge bolnice i dalje obavljaju neposredno vaganje, mjerenje, davanje profilakse oka i vitamina K te ranu početnu kupku, a sve ometaju rani i kontinuirani kontakt kože-na-kožu i uspostavi dojenja. Opsežna implementacija i/ili multicentrična ispitivanja su vjerojatno potrebna kako bi se u konačnici utjecalo na promjene u bolničkim praksama, ako se ovakvi običaji nastave.
- Odnos između dode i dojenja je složeniji nego što se prethodno mislilo. Više istraživanja je potrebno kako bi se procijenio utjecaj dode na kratkoročne poteškoće s dojenjem i dugoročni učinak na trajanje dojenja.
- Kako sve više bolnica usvaja Deset koraka te su certificirane kao bolnice prijatelji djece, mora se nastaviti s prikupljanjem podataka o tome koje su koraci najvažniji za postizanje željenih ishoda dojenja.

Priznanja

Ovaj rad je podržan u sklopu dodijeljene potpore Zavoda za majku i dijete američkog Ministarstva zdravlja i ljudskih službi.

Reference

- Holmes AV. Uspostavljanje uspješnog dojenja u novorođenom razdoblju. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:147–168.
- UNICEF razmjena inicijative dojenja. Inicijativa bolnica prijatelja djece. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (pregledano 31. listopada, 2013).
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Intervencijsko ispitivanje promicanja dojenja (PROBIT): klaster randomizirano ispitivanje u Republici Bjelorusiji. *JAMA* 2001;285:413–420.

4. Martens PJ. Što nam Kramer PROBIT ispitivanja bolnica prijatelja djece pokazuju? Pregled desetljeća istraživanja. *J Hum Lact* 2012;28:335–342.
- Svjetska zdravstvena organizacija, UNICEF, Wellstart International. Inicijativa bolnica prijatelja djece. Izmijenjeno, ažurirano i prošireno za integriranju njegu. 2009. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf (pregledano 31. listopada, 2013).
5. Američki koledž opstetričara i ginekologa liječnika ženskog zdravlja: Odbor za zdravstvo podzastupljenih žena; Committee on Health Care for Underserved Women. Mišljenje odbora br. 570: Dojenje podzastupljenih žena: Povećanje početka i nastavka dojenja. *Obstet Gynecol* 2013; 122:423–428.
6. Rotundo G. Centriranje trudnoće: Prednosti grupne prenatalne skrbi. *Nurs Womens Health* 2011;15:508–517.
7. Caine VA, Smith M, Beasley Y, et al. Utjecaj prenatalne edukacije o promjenama u ponašanju prema dojenju i prestanku pušenja u zdravom početku populacije. *J Natl Med Assoc* 2012;104:258–264.
8. Američka akademija obiteljskih liječnika. Podrška biteljski liječnika dojenju, mišljenje www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html (pregledano 31. listopada, 2013).
9. Odjeljak o dojenju. Dojenje i korištenje ljudskog mlijeka. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
10. Dodatak A Ocjena radne skupine. Izvješće za kliničke preventivne usluge: Izvješće američke preventivne radne skupine. 2. izdanje. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (pregledano 31. listopada, 2013).
11. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za promicanje dojenja: dokazni pregled radne skupine Američke preventivne usluge. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
12. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. Učinak oglašavane prenatalne formule liječničkog ureda na dojenje. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
13. Odbor protokola Akademije medicine dojenja. ABM klinički protokol #3: Bolničke smjernice za korištenje dodatnih obroka kod zdrave terminske novorođenčadi, izmijenjeno 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182. Erratum in: *Breastfeed Med* 2011;6:159.
14. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Pregled: Savjetovanje dojenja: Od učinkovitosti do povećanja. *J Hum Lact* 2010;26:314–332.
15. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Vršnjačka podrška i ekskluzivno trajanje dojenja u zemljama niskih i srednjih primanja. Sustavni pregled i meta-analiza. *PLoS One* 2012;7:e45143.
16. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Hardeman RR, et al. Doula njega podržava gotovo univerzalno dojenje među različitim ženama s niskim prihodima. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:378–382.
17. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, et al. Kontinuirana podrška za žene tijekom poroda. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
18. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, et al. Doula njega, rezultati ranog dojenja i status dojenja kod 6. tjedana postpartum među niskim prihodima. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:157–173.
19. Mottl-Santiago J, Walker C, Ewan J, et al. Bolnički doula program i ishodi porođaja u urbanom, multikulturnom okruženju. *Matern Child Health J* 2008;12:372–377.
20. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Učinci porođajne epiduralne anestezije s i bez fentanila na dojenje dojenčadi. Prospektivno, randomizirano, dvostruko slijepo istraživanje. *Anesthesiology* 2005;103:1211–1217.
21. Gizzo S, DiGangi S, Saccardi C, et al. Epiduralna analgezija tijekom poroda: utjecaj na ishod poroda, neonatalno blagostanje i rano dojenje. *Breastfeed Med* 2012;7:262–268.
22. Montgomery A, Hale TW; Odbor protokola Akademije medicine dojenja. ABM klinički protokol #15: Anestezija i anestezija za majke koje doje, izmijenjeno 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
23. Jordan S, Emery S, Watkins A, et al. Poveznica lijekova koji se rutinski daju pri porodu s dojenjem pri 48 sati: Analiza Cardiff ankete rođenja. *BJOG* 2009;116:1622–1629.
24. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperatura, metabolička adaptacija i plač kod terminske novorođenčadi s dodiranjem kože-na-kožu ili u krevetiću. *Acta Paediatr* 1992; 81:488–493.
25. Marin-Gabriel MA, Llana-Martin I, Lopez-Escobar A, et al. Randomizirano kontrolirano istraživanje ranog kontakta kože-na-kožu: Učinci na majku i novorođenče. *Acta Paediatr* 2010; 99:1630–1634.
26. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtruszek I, et al. Učinci ranog kontakta kože-na-kožu nakon rođenja na trajanje dojenja: prospektivna grupna studija. *Acta Paediatr* 2002;91: 1301–1306.
27. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Rani kontakt kože-na-kožu za majke i zdravu novorođenčad. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
28. Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. Učinci ranog kontakta kože-na-kožu tijekom prva 3 sata nakon rođenja na isključivo dojenje tijekom porodiljnog bolničkog boravka. *J Hum Lact* 2010;26:130–137.
29. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al. Rana performansa dojenja kod prvorođkinja i višerođkinja u odnosu na različite majčinske kućne prakse. Randomizirano ispitivanje u St. Petersburgu. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.
30. Hung KJ, Berg O. Rani kontakt kože-na-kožu nakon carskog reza za poboljšanje dojenja. *Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324; quiz 325–326.
31. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Heim SB. Učinci prakse-trudničke skrbi na dojenje. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
32. Mahmood I, Jamal M, Khan J. Učinci ranog kontakta kože-na-kožu majke i djeteta na status dojenja: randomizirana kontrolirana studija. *J Coll Physicians Surgeons Pakistan* 2011;21:601–605.
33. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Rani kontakt kože-na-kožu i ponašanje dojenja kod novorođenčadi: randomizirana kontrolirana studija. *Neonatology* 2012;102:114–119.
34. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Bolničke prakse kojima se povećava trajanje dojenja. Rezultati studije na temelju populacije. *Birth* 2007;34:202–211.
35. Preer G, Pisegna JM, Cook JT, et al. Ogdoda kupanja i stopa bolničkog dojenja. *Breastfeed Med* 2013;8:485–490.
36. Righard L, Alade MO. Učinci rutina rađaonica na uspjeh prvog dojenja. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
37. Righard L, Alade MO. Tehnika sisanja i njezin utjecaj na uspješnost dojenja. *Birth* 1992;19:185–189.
38. Cordova do Espirito Santo L, Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER. Faktori povezani s niskom incidencijom isključivog dojenja u prvih 6. mjeseci. *Birth* 2007;34: 212–219.

39. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum pozicioniranje i obrazovanje za povećanje dojenja: ranodomizirano ispitivanje. *Birth* 2001;28:236–242.
40. Kervin BE, Kemp L, Pulver LJ. Vrste i vrijeme podrške dojenja i utjecaj na ponašanje majke. *J Paediatr Child Health* 2010;46:85–91.
41. Keefe MR. Dojenčev boravak u istoj prostoriji noću i njegov učinak na majčino spavanje. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1988;17:122–126.
42. Waldenstrom U, Swenson A. Boravak u istoj prostoriji noću u postpartum odjelu. *Midwifery* 1991;7:82–89.
43. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomizirano ispitivanje mjesta spavanja dojenčadi u postnatalnom odjelu. *Arch Dis Child*. 2006;91:1005–1010.
44. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Politika hranjenja novorođenčadi u rodilištima i njihov učinak na uspješnost dojenja: analitički pregled. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
45. Renfrew MJ, McCormick FM, Quinn WA, et al. Podrška zdravom dojenju majki s zdravim terminskim bebama. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
46. Bystrova K, Matthiesen AS, Widström AM, et al. Učinak rutina ruskih rodnih kuća na dojenje i neonatalni gubitak težine s posebnim osvrtom na umatanje. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.
47. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, et al. Dodatno hranjenje u rodilištu skraćuje trajanje dojenja. *Acta Paediatr* 1994;83:1122–1126.
48. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Praksa bolnica prijatelja djece i udovoljavanje namjera dojenja. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
49. Pododjel za hiperbilirubinemiju Američke akademije pedijatrije. Upravljanje hiperbilirubinemijom kod novorođenčadi s 35 ili više tjedana gestacije. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
50. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Dude i dojenje: sustavni pregled. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
51. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomizirano kliničko ispitivanje upotrebe dude i hranjenja na bočicu ili hranjenja na šalicu te njihov utjecaj na dojenje. *Pediatrics* 2003;111: 511–518.
52. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, et al. Utjecaj ograničene uporabe dude u dojenju terminske novorođenčadi za povećanje trajanja dojenja. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7: CD007202.
53. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Ograničenje dude i isključivo dojenje. *Pediatrics* 2013;131:e1101–e1107.
54. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/ (pregledano 30. listopada, 2013).
55. Lawrence RM. Okolnosti kada je dojenje kontraindicirano. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:295–318.
56. Lawrence RA, Lawrence RM. Dojenje: Vodič za medicinsku profesiju, 7. izdanje. Elsevier/Mosby, Philadelphia, 2011.
57. Sachs HC; Odbor za lijekove. Prijenos lijekova u majčino mlijeko: ažuriranje odabranih tema. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
58. Toxnet: Mreža podataka toksikologije: Baza podataka lijekova i dojenja. (LactMed). <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (pregledano 31. listopada, 2013).
59. Hale TW. Lijekovi i majčino mlijeko, 15 izdanje. Pharmasoftware, Amarillo, TX, 2012.
60. Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK, et al. Korištenje jodiranog i gadolijevog kontrastnog medija za vrijeme trudnoće i dojenja. *Eur Radiol* 2005;15:1234–1240.
61. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Smjernice za kompjutorsku tomografiju i magnetsko korištenje rezonance tijekom trudnoće i dojenja. *Obstet Gynecol* 2008;112:333–340.
62. Radna skupina za radiojodnu sigurnost Američkog društva za štitnjaču, Sisson JC, Freitas J, et al. Sigurnost od zračenja u liječenju bolesnika s bolestima štitnjače radioaktivnim jodom ¹³¹I: Preporuka prakse Američkog društva za štitnjaču. *Thyroid* 2011;21:335–346.
63. Odbor kliničkog protokola Akademije medicine dojenja. ABM klinički protokol #2 (2007 izmjena): Smjernice za bolnički otpust novorođenčeta koje se doji i majke: “protokol za odlazak kući.” *Breastfeed Med* 2007;2:158–165.
64. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS. Učinkovitost podrške dojenja koju pruža obučeni zdravstveni djelatnik za vrijeme rane rutine preventivnog posjeta: prospektivno, randomizirano, otvoreno ispitivanje 226 parova majki i beba. *Pediatrics* 2005; 115:e139–e146.
65. Odbor za fetus i novorođenče Američke akademije pedijatrije. Boravak u bolnici za zdravu novorođenčad. *Pediatrics* 2010;125:405–409.
66. Becker GE, Cooney F, Smith HA. Metode izdavanja mlijeka za dojilje. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12):CD006170.
67. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomizirano ispitivanje s usporedbom ručnog izdavanja i pumpanja za majke s terminskom novorođenčadi koja se loše hrani. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.
68. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Kombiniranje ručne tehnike i električnog pumpanja povećava proizvodnju mlijeka kod majki nedonoščadi. *J Perinatol* 2009;29:757–764.

ABM protokoli ističu 5 godina nakon datuma objave. Izmjene, utemeljeni na dokazima, se izrađuju unutar pet godina ili ranije ukoliko postoje značajne promjene u dokazima.

Odbor protokola Akademije medicine dojenja
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Predsjednica
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Dopredsjednica
 Larry Noble, MD, FABM, Predsjednik prijevoda
 Nancy Brent, MD
 Amy E. Grawey, MD
 Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

Za korespondenciju: abm@bfmed.org