

ABM Klinički protokol #2: Smjernice za bolničko otpuštanje majke i terminskog novorođenčeta koje se doji: “Protokol za odlazak kući”, Izmijenjeno 2014

Amy Evans,^{1,2} Kathleen A. Marinelli,^{3,4} Julie Scott Taylor,⁵ i Akademija medicine dojenja

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

Konačni uspjeh dojenja mjeri se dijelom trajanjem, a dijelom isključivosti dojenja. Anticipativnost na potrebe majke i djeteta u vrijeme otpusta iz bolnice je presudno kako bi se osiguralo uspješno i dugoročno dojenje. Sljedeća načela i prakse se preporučuju za razmatranje prije nego što se majku i njezino terminsko novorođenče pošalje kući.

Kliničke smjernice

1. Zdravstveni djelatnik obučan u formalnoj procjeni dojenja treba obaviti dokumentiranu procjenu učinkovitosti dojenja barem jednom u posljednjih 8 sati prije otpuštanja majke i djeteta iz rodilišta. Slične procjene trebaju biti provedene tijekom hospitalizacije, po mogućnosti barem jednom svakih 8-12 sati. U zemljama kao što je Japan gdje boravak u rodilištu može trajati i do tjedan dana, procjena se treba nastaviti sve dok se dojenje ne uspostavi uspješno te se tada mogu smanjiti učestalost. To bi trebalo uključivati procjenu položaja na dojci, hvatanje dojke, prijenos mlijeka, kliničku žuticu, boju i promjene stolice, količinu stolice i mokraće i evidentiranje kristala mokraćne kiseline ako su prisutni. Djetetova težina i postotak gubitka težine se trebaju procijeniti no ne trebaju se često provjeravati.

Na primjer, u Australiji se djeca važu pri rođenju i pri otpustu ili 3. dan po porodu, što prije nastupi. Sve zabrinutosti majke kao što su bolne bradavice, nemogućnost ručnog izdavanja, percepcija nedovoljne opskrbe mlijekom i zamišljene potrebe za nadokanom se također trebaju rješavati.¹⁻⁷ (I; II-3; III) (kvaliteta dokaza [razina dokaza I, II-1, II-2, II-3, i III] za svaku preporuku kako je definirano u Dodatku A radne skupine⁸ američke preventivne usluge je navedena u zagradama.) Važno je postavljati detaljna pitanja – mnoge majke neće spomenuti ono što ih brine ako ih se izravno ne pita.

2. Prije otpusta iz rodilišta potrebno je predvidjeti probleme s dojenjem te ih procijeniti na temelju faktora rizika majke i/ili djeteta. (Tablice 1 i 2). (III) Sve poteškoće s dojenjem, bilo da su primijećene od strane bolničkog osoblja ili od strane majke, se trebaju zbrinuti i dokumentirati u zdravstvenom kartonu prije otpusta majke i djeteta. Ovo uključuje brzo prepoznavanje i planove liječenja za moguću ankiloglosiju, što može utjecati na hvatanje, laktogenezu i buduće dojenje.^{9,10} (Ažurirani klinički protokol je u pripremi.) (I) Mora postojati plan djelovanja koji uključuje praćenje problema nakon bolničkog otpusta.¹¹⁻¹⁴ (II-3) Ako majčin i dječji zdravstveni skrbnik nisu ista osoba, postoji potreba koordinacije komunikacije o svim pitanjima

¹Sveučilište u Kaliforniji San Francisco—Fresno, Fresno, Kalifornija.

²Centar za medicinu dojenja i centar za majke u Regionalnom medicinskom centru, Fresno, Kalifornija.

³Odjel za neonatologiju i Connecticut istraživački centar ljudskog mlijeka, Dječji medicinski centar, Hartford, Connecticut.

⁴Medicinski fakultet Sveučilišta u Connecticutu, Farmington, Connecticut.

⁵Alpert Medicinski fakultet Brown Sveučilište, Providence, Rhode Island.

Tablica 1. Čimbenici rizika majke vezani za poteškoće s dojenjem

Čimbenici

Anamneza/socijalni

- Prvorotka
- Namjera da se doji i hrani bočicom ili formulom prije navršenih 6 tjedana od rođenja
- Namjera da se koriste dudu varalice i/ili umjetne bradavice prije navršenih 6 tjedana od rođenja
- Rana namjera/potreba da se vrati u školu ili na posao
- Anamneza prethodnih poteškoća s dojenjem ili dojenče sa sporim prirastom težine
- Anamneza neplodnosti
- Začeće medicinski potpomognutom oplodnjom
- Značajni zdravstveni problemi (npr. neliječena hipotireoza, dijabetes, cistična fibroza, policistični jajnici)
- Ekstremi majčine dobi (npr. majka adolescent ili starija od 40 godina)
- Psihosocijalni problemi (npr. depresija, anksioznost, nedostatak socijalne podrške dojenja)
- Produženi porod
- Duga indukcija ili pojačavanje trudova
- Korištenje lijekova za vrijeme poroda (benzodiazepini, morfij, ili drugi koji mogu uzrokovati pospanost kod novorođenčeta)
- Peripartalne komplikacije (npr. postpartalno krvarenje, hipertenzija, infekcija)
- Namjera korištenja hormonske kontracepcije prije nego što je dojenje dobro uspostavljeno (6 tjedana)
- Prividni nedostatak mlijeka
- Majčino korištenje lijekova (neprimjereno savjetovanje o kompatibilnosti s dojenjem je učestala pojava)

Anatomski/fiziološki

- Nedostatak primjetnog povećanja dojki tijekom puberteta ili trudnoće
- Ravne, uvrnute ili vrlo velike bradavice
- Varijacije u izgledu dojki (značajna asimetrija, hipoplastične, tubularne)
- Prethodne operacije dojki, uključujući i kozmetičke zahvate (važno pitanje – nije uvijek očito tijekom pregleda)
- Prethodni apsces dojki
- Majčinska pretilost (indeks tjelesne težine $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)
- Iznimno ili konstantno bolne bradavice
- Neuspjeh "sekretorne aktivacije" laktogeneze II. (Mlijeko nije vidljivo "naišlo" nakon 72 sata od poroda. Ovo može biti teško za procijeniti ako su majka i dijete otpušteni iz bolnice u prvih 24-48 sati nakon poroda.)
- Majka nije u mogućnosti ručno izdajati kolostrum
- Potreba za uređajima ili pomagalima za dojenje (kao što su zaštitnici bradavica, izdajalice ili spremnik za nadohranjivanje) u trenutku otpusta iz rodilišta

Prilagođeno uz dopuštanje iz Neiferta^{51,p.285} i Priručnika za dojenje za liječnike.^{2,p.90} (III)

Tablica 2. Čimbenici rizika dojenčadi vezani za poteškoće s dojenjem

Čimbenici

Medicinski/anatomski/fiziološki

- Niska porođajna težina ili prijevremeno rođeno (<37 tjedana)
- Višeploidna trudnoća
- Poteškoće s hvatanjem za jednu ili obje dojke
- Neučinkovito ili neodrživo sisanje
- Oralne anatomske abnormalnosti (npr. rascjep usne/nepca, makroglosija, mikrognatija, kratki frenulum/ankiloglosija)
- Zdravstveni problemi (npr. hipoglikemija, infekcija, žutica, respiratorni distres)
- Neurološki problemi (npr. genetski sindromi, hipertonijska, hipotonija)
- Konstantna pospanost novorođenčeta
- Pretjerani gubitak težine novorođenčeta (>7–10% porođajne težine u prvih 48 sati)

Okolišni

- Razdvajanje majke-novorođenčeta
- Stalna uporaba izdajalice
- Nadohrana formulom
- Učinkovito dojenje nije uspostavljeno do otpusta iz rodilišta
- Otpuštanje iz bolnice <48 sati od poroda⁵⁰
- Rano uporaba dudu varalice

Prilagođeno uz dopuštanje iz Neiferta^{51,p.285} i Priručnika za dojenje za liječnike.^{2,p.91} (III)

između opstetričara i pedijatra radi optimalne skrbi praćenja pacijenta (pogledati Smjernice #10).

Liječnici, primalje, medicinske sestre i ostalo osoblje treba poticati majke da isključivo doje u prvih 6 mjeseci djetetovog života te da nastave dojiti tijekom prve godine te po mogućnosti do druge godine života i dalje.^{3,15,16} (III) Ovo je preporuka Svjetske zdravstvene organizacije, kao i organizacija iz mnogih pojedinih zemalja kao što je Nacionalno zdravstveno vijeće za medicinska istraživanja u Australiji.¹⁷ Zajedničko povjerenstvo, organizacija koja akreditira bolnice i zdravstvene ustanove u SAD-u i diljem svijeta sada nalaže dokumentaciju o isključivom dojenju kao dio svog postupka akreditacije za bolnice i centre rađanja u SAD-u. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti u SAD-u ima slične preporuke.^{14,18-21} (III)

Dodatak odgovarajuće dodatne hrane bi se trebao uključiti nakon 6 mjeseci života.²² (I) Majke imaju koristi od obrazovanja o načelima i praktičnim savjetima o isključivom dojenju. Potrebno je naglasiti medicinske, psihosocijalne i društvene prednosti za majku i dijete te zašto se ne preporučuje nadomjestak umjetnim mlijekom. Takvo obrazovanje je standardna komponenta anticipativnog pristupa majci gdje se njezina vjerovanja i praksa razmatraju na kulturno osjetljiv način.²³⁻²⁵ Posebno savjetovanje je potrebno za one majke koje namjeravaju se vratiti na posao izvan kuće ili u školu (vidi Smjernice #7).²⁶ (II-2)

4. Obitelji će imati koristi od prikladnih, nekomercijalnih edukativnih materijala o dojenju (kao i drugim aspektima dječje zdravstvene njege).²⁷ (I) Otpusni paketi koji sadrže dječju formulu, dude, komercijalne promotivne materijale koji se posebno odnose na dječju formulu i hranu te drugi materijali koji nisu primjereni za majke koje doje se ne bi trebali dijeliti. Ovi proizvodi mogu poticati loše prakse dojenja, koje mogu dovesti do prijevremenog prekida.²⁷
5. Majke koje doje i odgovarajuće druge osobe (očevi, partneri, bake, osobe od podrške, itd.) imaju koristi od pojednostavljenih anticipativnih uputa prije otpusta iz rodilišta vezano za ključna pitanje neposredne budućnosti. (I) Pri tom treba voditi računa da se majku ne preopteretiti. Specifične informacije se trebaju dostaviti u pisanom obliku svim roditeljima vezano za:
 - a. prevenciju i liječenje zastojne dojke
 - b. tumačenjem djetetovog ponašanja i hranjenja "na zahtjev"
 - c. indikatore adekvatnog unosa (potpuna evakuacija mekonijske stolice, tri do četiri stolice dnevno do 4. dana, prijelaz na žutu stolicu do petog dana, najmanje 5-6 mokrih pelena dnevno do 5. dana, i povrat porođajne težine najkasnije do 10.-14. dana)
 - d. znakovi prekomjerne žutice^{4,28} (III)
 - e. obrasci spavanja novorođenčadi, uključujući sigurne prakse spavanja²⁹ (III)
 - f. majčino korištenje lijekova, cigareta i alkohola
 - g. individualni obrasci hranjenja, uključujući normalna češća večernja hranjenja

h. vezano za korištenje dude varalice (u zajednicama u kojima se uporaba dude varalice obično preporučuje za sprječavanje sindroma iznenadne dojenačke smrti [SIDS]), obeshrabruje se njihovo korištenje dok se ne uspostavi dojenje, barem 3-4 tjedna. (Ove preporuke su u skladu s preporukama Američke akademije pedijatarata za korištenje dude kao moguće prevencije SIDS-a. Dojenje samo po sebi se smatra preventivnom mjerom SIDS-a. Japansko Ministarstvo zdravstva, rada i socijalne skrbi podržava dojenje, nepušenje i spavanje na leđima, ali ne potiče korištenje dude.)³⁰⁻³⁴ (I)

- i. praćenje i kontakt podaci.
6. Svaka majka koja doji treba dobiti upute o tehničkom izdavanju (bez obzira koristi li izdajalicu) kako bi bila u mogućnosti ublažiti zastoj u dojka, povećati količinu mlijeka, održavati količinu mlijeka te dobiti mlijeko za hranjenje dojenčadi ukoliko su ona i dijete razdvojeni ili ako ne može hraniti dijete izravno s dojke.³⁵⁻³⁷ (II-1)
7. Svako dojlji se trebaju dati brojevi telefona i imena osoba i zdravstvenih službi koje joj mogu pružiti savjete i zdravstvenu pomoć vezano za dojenje, idealno 24 sata dnevno.^{1,3} (I)
8. Svako dojlji treba dati popis lokalnih grupa podrške i usluga (npr. grupe majki kao što je La Leche Liga, Australijska udruga dojenja, bolničke/kliničke grupe podrške, nevladine grupe podrške [npr. Posebni dopunski program ishrane za žene, dojenčad i djecu (WIC) u Sjedinjenim Američkim Državama] s telefonskim brojevima, imenima i adresama. (II-1; III) Majke treba poticati da kontaktiraju i pridruže se jednoj od tih grupa.³⁸⁻⁴⁴ (II-3; III)
9. Ako majka planira povratak u školu ili na posao izvan kuće ubrzo nakon poroda, ona može imati koristi od dodatnih podataka.^{36, 37} (II-1) To uključuje potrebu trajne socijalne podrške, moguće probleme opskrbe mlijekom, izdavanje i skladištenje mlijeka daleko od kuće, mogućnost pauza za dojenje s djetetom te informacije o svakom relevantnom regionalnom i/ili nacionalnom zakonu vezano za dojenje i izdavanje na radnom mjestu. Razumno je pružiti ove informacije u pisanom obliku tako da ona ima resurse kada dođe vrijeme za njezin povratak u školu ili na posao izvan kuće.
10. U zemljama gdje je otpust iz rodilišta uobičajen u roku od 72 sata nakon poroda, pregled za novorođenče i majku, kada će se provjeriti dojenje, se trebaju dogovoriti prije otpuštanja iz bolnice. Pregled treba dogovoriti u ordinaciji ili kućnoj posjeti unutar 3-5 dana od poroda od strane liječnika, primalje ili zdravstvenog djelatnika obučenog za dojenje pod nadzorom liječnika. Svu novorođenčad treba pregledati unutar 48-72 sata nakon otpusta; novorođenčad otpuštena prije prvih 48 sati se trebaju pregledati 24-48 sati nakon otpuštanja.^{1,3} (III) U zemljama u kojima je bolnički otpust 5-7 dana nakon rođenja, novorođenče se može pregledati nekoliko puta od strane liječnika prije otpusta.

U Japanu, gdje je to slučaj, sljedeći rutinski pregled se preporučuje s 2 tjedna, osim ako postoji problem. Na temelju izbora majke, njezin poslijeporođajni pregled može biti dogovoren prije otpusta, ili joj se daju potrebni podatci kako bi sama dogovorila posjet kada se smjesti kod kuće. U mnogim zemljama ovaj posjet će biti s opstetričarom, obiteljskim liječnikom ili primaljom koji su sudjelovali u rođenju njezinog djeteta. U drugim zemljama, kao što je Australija, ako je rodila u državnoj bolnici, pregled će biti sa svojim liječnikom opće prakse ili obiteljskim liječnikom koji nije prisustvovao njezinom porodu.

11. Dodatni posjeti za majku i dijete se preporučuju čak i ako se otpust dogodi nakon 5 dana od rođenja, sve dok se sva klinička pitanja, kao što je dostatan broj stolica i mokraće, žutica te djetetovo vraćanje porođajne težine do 10-14 dana starosti, ne riješi.

Dijete koje se ne vrati na porođajnu težinu u prvih 10 dana života, ali koje je pokazalo stalan, odgovarajući dobitak na težini nekoliko dana je vjerojatno u redu. To se dijete treba nastaviti pomno pratiti, no vjerojatno neće trebati nikakvu intervenciju.

Svako novorođenče koja pokazuje gubitak težine koji je otprilike 7% porođajne težine do 5-6 dana života se treba pažljivo promatrati dok se povećanje težine ne utvrdi dobro. Ukoliko se primijeti 7% ili više gubitka težine nakon 5-6 dana života, mora se primijeniti više brige i pažnje. Ova dojenčad zahtijeva pažljivu procjenu. Od 4.-6. dana novorođenčad bi trebala početi dobivati dnevno na težini, što njihov postotak smanjenja težine čini još značajnijim kada se manjak dnevnog povećanja težine uzme u obzir. Pored ovih pitanja, dojenčad s bilo kojim od ovih poteškoća se mora dodatno obraditi za probleme s dojenjem i prijenosom mlijeka.¹⁻⁷ (III)

12. Ako je majka spremna za otpust kući a dijete nije, potrebno je učiniti sve što je moguće da majka ostane u bolnici kao pacijent ili kao "majka-u-kući" s pristupom djetetu kako bi se podržalo isključivo dojenje. Održavanje 24-satnog zajedničkog boravka majke i djeteta u sobi radi održavanja odnosa s novorođenčetom je optimalno za vrijeme produženog boravka u bolnici.^{19,20,43} (II-1)
13. Ako je majka otpuštena iz bolnice prije nego što je dijete otpušteno (u slučaju bolesnog djeteta), majku se treba poticati da provodi što više vremena je moguće s djetetom, da prakticira tehniku kontakta kože-na-kožu i klokan njege s dojenčetom kad god je moguće te da nastavi s redovitim dojenjem.⁴⁵⁻⁴⁹ (I; II-2) Tijekom razdoblja kada majka nije u bolnici treba ju se učiti da izdaja svoje mlijeko te ga donese novorođenčetu u bolnicu. U najmanju ruku bi trebala pokazati uspješno izdavanje mlijeka prije otpusta iz bolnice. Ako ima problema s opskrbom mlijeka, indicirano je rano upućivanje savjetniku za dojenje i/ili liječniku koji je obučan za medicinu dojenja. (III) Mlijeko se može izdojiti i kod kuće te donijeti u bolnicu da dijete koristi. Neke zemlje ne podržavaju ovu praksu, ali ne postoje dokazi koji bi bili u suprotnosti s ovim preporukama a postoji puno dokaza koji podržavaju korištenje majčinog mlijeka za ovu krhku dojenčad.³

Prijedlozi za daljnja istraživanja

Iako je većina kliničkih preporuka u ovom protokolu čvrsto utemeljena na dokazima, uvijek postoji prostor za buduća istraživanja. Znamo da su u nekim dijelovima svijeta stope započinjanje dojenja visoke u bolnicama, međutim strmoglavo padaju nakon otpusta iz bolnice. Kada majke i novorođenčad dobiju nabolje podatke utemeljene na dokazima u bolnicama, koje najbolje prakse se trebaju uspostaviti kako bi proces "odlaska kući" bio gladak? Koje kulturno odgovarajuće sigurnosne mreže podrške, pomoći i savjeta trebaju biti jednostavno na raspolaganju za njih, bez obzira na to gdje žive i koji je njihov socioekonomski ili stupanj obrazovanja? Postoji dosta posla koji se može obaviti na ovom području za razvoj i testiranje modela politike i planova koji bi se mogli replicirati u sličnim područjima kako bi se utvrdile najbolje prakse podrške za isključivo dojenje.

Cochrane sustavni pregled iz 2002.⁵⁰ je sagledao učinke "ranog otpusta" (manje od 48-72 sata) na ishode majke/dojenčeta, uključujući dojenje do 6 mjeseci. Rezultati su dvosmisleni, bez razlike u intervencijskoj i kontrolnoj skupini, ali nije bilo standardizacije definicije ili bilo kojeg pokušaja da se kvantificira učenje u bolnici i ponovni pregled pri "odlasku kući." Ovo je područje zrelo za istraživanje dok pokušavamo razlučiti kada je dijada spremna za bolnički otpust kući.⁵ U konačnici, ako buduća istraživanja namjerno koriste iste primarne i sekundarne mjere ishoda trenutno opisane u literaturi, onda će meta-analiza tih podataka postati moguća.⁴⁹

Priznanja

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

Reference

- Langan RC. Postupci bolničkog otpusta zdrave novorođenčadi. *Am Fam Physician* 2006;73:849-852.
- Schanler RJ, Krebs N, Mass S, eds. Priručnik dojenja za liječnike, 2. izdanje Elk Grove Village, IL: Američka akademija pedijatrije i Američki koledž opstetričara i ginekologa, 2014.
- Američka akademija pedijatrije, Odjeljak o dojenju. Izjava pravilnika: Dojenje i korištenje ljudskog mlijeka. *Pediatrics* 2012;129:e327-e341.
- Gartner L. ABM Klinički protokol #22: Smjernice za upravljanje žuticom kod dojene novorođenčadi koje su 35 ili više tjedana gestacije. *Breastfeed Med* 2010;5: 87-93.
- Američki koledž opstetričara i ginekologa. Mišljenje odbora br. 570. Dojenje kod podzastupljenih žena: povećanje inicijacije i nastavka dojenja. *Obstet Gynecol* 2013;122:323-428.
- Uprava akademije medicine dojenja. Stav o dojenju. *Breastfeed Med* 2008;3:269-70.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Dojenje: Vodič za zdravstvene djelatnike, 7. izdanje Philadelphia: Saunders, 2010.
- Dodatak A Radne skupine. Vodič za preventivne kliničke usluge: Izvješće američke radne skupine preventivnih usluga. 2. izdanje www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (pregledano 15. prosinca, 2013).

9. Buryk M, Bloom D, Shope T. Učinkovitost neonatalnog otpuštanja ankyloglossia: randomizirano ispitivanje. *Pediatrics* 2011;128: 280–288.
10. Ballard J, Odbor protokola Akademije medicine dojenja. ABM Klinički protokol #11: Smjernice za procjenu i upravljanje neonatalnom ankyloglossijom i njegove komplikacije u dijadi dojenja, 2004 [Stranica samo za članove]. <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/ankyloglossia.pdf> (Pregledano 19. prosinca, 2013).
11. Yanicki S, Hasselback P, Sandilands M, et al. Sigurnost kanadskih smjernica za bolnički otpust. *Can J Public Health* 2002;93:26–30.
12. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Zašto žene prestaju dojit? Rezultati procjene rizika trudnoće i sustava nadzora. *Pediatrics* 2005;116:1408–1412.
13. Britton JR, Baker A, Spino C, et al. Preferencijalno postpartum bolničko otpuštanje. *Pedijatra: rezultati nacionalnog istraživanja* *Pediatrics* 2002;110:53–60.
14. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC). Vitalni znakovi: bolnička praksa potpore dojenju, Sjedinjene Američke Države 2007 i 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60:1020–1025.
15. Američka akademija bolničkih liječnika. Izjava o dojenju, 2013. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html (pregledano 13. prosinca, 2013).
16. James DC, Dobson B; Američka udruga nutricionista. Stav Američke udruge nutricionista: Promicanje i podržavanje dojenja. *J Am Diet Assoc* 2005;105:810–818. Nacionalno vijeće zdravlja i medicinskog istraživanja. Smjernice za hranjenje novorođenčadi. Canberra: Nacionalno vijeće zdravlja i medicinskog istraživanja, 2012.
17. Svjetska zdravstvena organizacija, UNICEF. Zaštita, promicanje i potpora dojenja: posebna uloga usluge trudnicama (zajednička WHO/UNICEF izjava). *Int J Gynaecol Obstet* 1990;31:171–183.
18. Američko ministarstvo zdravlja i ljudskih usluga. Poziv glavnog kirurga na akciju podrške dojenju. Washington, DC: Ured glavnog kirurga, Američko ministarstvo zdravlja i ljudskih usluga, 2011.
19. Zajedničko povjerenstvo perinatalnih osnovnih mjera. <http://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/PerinatalCare.html> (pregledano 13. prosinca, 2013).
20. Svjetska zdravstvena organizacija. Optimalno trajanje isključivog dojenja: Izvješće ekspertnog savjetovanja. Ožujak 2001. www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf (pregledano 13. prosinca, 2013).
21. Kramer MS, Kakuma R. Optimalno trajanje isključivog dojenja. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1): CD003517.
22. Setrakian HU, Rosenman MB, Szucs K. Dojenje i Bahá'í vjera. *Breastfeed Med* 2011;6:221–225.
23. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti. Rasne i etničke razlike u započinjanju dojenja i trajanju po državama – Nacionalna anketa cijepljenja, Sjedinjene Američke Države 2004–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:327–334.
24. Segawe M. Budizam i dojenje. *Breastfeed Med* 2008; 3:124–128.
25. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, et al. Žongliranje rada i dojenja: Utjecaj porodiljnog dopusta i profesionalnih osobina. *Pediatrics* 2009;123:e38–e46.
26. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Bolničke torbe za otpust i dojenje nakon 6 mjeseci: Podaci o studiji prehrane djece. II. *J Hum Lact* 2013 Dec 4 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1177/0890334413513653. <http://jhl.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0890334413513653.full.pdf+html> (pregledano 19. prosinca, 2013).
27. Pododjelje hiperbilirubinemije Američke akademije pedijatrije. Upravljanje hiperbilirubinemijom u novorođenčadi s 35 ili više tjedana gestacije. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
28. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical pr Odbor protokola Akademije medicine dojenja. ABM Klinički protokol #6: Smjernice o spavanju i dojenju. Izmijenjeno, ožujak, 2008. *Breastfeed Med* 2008; 3:38–43.
29. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Korištenje dude, rano odvikavanje i nemirno ponašanje. *JAMA* 2001;286:322–326.
30. Radna skupina za sindrom iznenadne smrti novorođenčadi. Tehničko izvješće: SIDS i smrti povezane sa snom: širenje preporuke za sigurno okruženje spavanja dojenčadi. *Pediatrics* 2011;128:1030–1039.
31. Radna skupina za sindrom iznenadne smrti novorođenčadi. Tehničko izvješće: SIDS i smrti povezane sa snom: širenje preporuke za sigurno okruženje spavanja dojenčadi. *Pediatrics* 2011;128:e1341–e1367.
32. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al. Opasno okruženje spavanja i faktori rizika pogodni za promjenu: kontrolna studija slučaja SIDS u jugozapadnoj Engleskoj. *BMJ* 2009;339:b3666.
33. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Dojenje i smanjeni rizik sindroma iznenadne smrti novorođenčadi: meta-analiza. *Pediatrics* 2011;128:1–8.
34. Eglash A; Odbor protokola Akademije medicine dojenja. ABM Klinički protokol #8: Podaci o skladištenju ljudskog mlijeka za kućnu uporabu s terminskom dojenčadi (izvorni protokol, ožujak 2004; izmjena #1 ožujak 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:127–130.
35. Eldridge S, Croker A. Akreditacija priteljskog radnog mjesta za dojenje. Stvaranje radnog mjesta za podržavanje žena koje doje. *Breastfeed Rev* 2005;13:17–22.
36. Uprava resursa zdravlja i usluga. Poslovni slučaj za dojenje. Koraci za stvaranje prijateljskih radnih okruženja za dojenje: osnovne koristi. 2008. <http://mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/breastfeeding/> (pregledano 13. prosinca, 2013).
37. Phillip BL. Svaki poziv je prilika. Podrška dojiljama preko telefona. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:525–532.
38. Anderson AK, Damio G, Young S, et al. Ranomizirano ispitivanje učinkovitosti vršnjačkog savjetovanja o isključivom dojenju u pretežito latinoameričkoj zajednici niskih prihoda. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:836–841.
39. Graffy J, Taylor J. Koje informacije, savjete i podršku žene žele s dojenjem? *Birth* 2005;32:179–186.
40. Bronner Y, Barber T, Vogelhut J, et al. Vršnjačko savjetovanje dojenja: Rezultati nacionalnog WIC istraživanja. *J Hum Lact* 2001;17:119–168.
41. Bronner Y, Barber T, Davis S. Vršnjačko savjetovanje dojenja: političke implikacije. *J Hum Lact* 2001;17:105–109.
42. Mickens AD, Modeste N, Montgomery S, et al. Vršnjačka podrška i namjere dojenja: među crnim WIC sudionicima. *J Hum Lact* 2009;25:157–162.
43. Gross SM, Resnik AK, Nanda JP, et al. Rano postpartum razdoblje: Kritično razdoblje za postavljanje uspjeha dojenja. *Breastfeed Med* 2011;6:407–412.
44. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Učinci prakse porodiljne skrbi na dojenje. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.

45. Browne JV. Early relationship environments: Fiziologija kontakta kože-na-kožu za roditelje i njihovu nedonoščad. *Clin Perinatol* 2004;31:287–298.
46. Carfoot S, Williamson PR, Dickson R. Sustavni pregled randomiziranih kontroliranih ispitivanja procjene učinaka njege kože-na-kožu majke/bebe na uspješnost dojenja. *Midwifery* 2003;19:148–155.
47. Kirsten GF, Bergman NJ, Hann FM. Klokkan majčinska njega na dječjem odjelu . *Pediatr Clin North Am* 2001;48:443–452.
48. Moore ER, Anderson GC, Bergman NJ. Rani kontakt kože-na-kožu majki i zdrave novorođenčadi. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(3):CD003519.
49. Brown S, Small R, Argus B, et al. Rani postnatalni otpust iz bolnice zdravih majki i terminske novorođenčadi. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
50. Neifert MR. Prevencija tragedija dojenja. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.

ABM protokoli ističu 5 godina nakon datuma objave. Sadržaj ovog protokola je ažuriran u trenutku objave. Izmjene na osnovi dokaza 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

Ovaj članak je citiran u:

1. Irena Zakarija-Grković, Olga Šegvić, Ana Vučković Vukušić, Toni Lozančić, Toni Božinović, Anamarija Čuže, Tea Burmaz. 2016. Prediktori suboptimalnog dojenja: prilika za intervencije javnog zdravstva. *The European Journal of Public Health* 26:2, 282-289. [[CrossRef](#)]
2. Garner Christine D., Ratcliff Stephannie L., Devine Carol M., Thornburg Lorelei L., Rasmussen Kathleen M.. 2014. Iskustvo zdravstvenih stručnjaka u pružanju njege vezane za dojenje kod pretilih žena. *Breastfeeding Medicine* 9:10, 503-509. [[Abstract](#)] [[Full Text HTML](#)] [[Full Text PDF](#)] [[Full Text PDF with Links](#)]
3. Lawrence Ruth A.. 2014. Preispitane prepreke u dojenju. *Breastfeeding Medicine* 9:1, 1-2. [[Citation](#)] [[Full Text HTML](#)] [[Full Text PDF](#)] [[Full Text PDF with Links](#)]

