

**Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi
naistekliinik**

**Rinnaga toitmise strateegia aastateks
2020 - 2025**

Kinnitamise kuupäev 19.02.2020

Tartu 2020

Rinnaga toitmise strateegia koostamise töörühm

Marge Mahla RM, MSc, IBCLC

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

ämmaemand

Naistekliinik

Pille Teesalu RM, MSc

ülemämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

Maie Veinla MD

Arst-õppejõud,

pediaatria eriala

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Lastekliinik

Anne Ilves RM

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

Triinu Adlas RM

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

Karolin Kõörna RM

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

Jekaterina Kalamees RM

ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

Aira Aleksejeva RM

vanemämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi

Naistekliinik

Kasutatud mõisted ja lühendid

Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) – Beebisõbraliku Haigla Algatus, millele pandi alus UNICEF-i ja MTO-i (Maailma Tervishoiu Organisatsioon) poolt 1991.a. BFHI koondab ridamisi tegevusi, mille eesmärgiks on kaitsta ja edendada laste rinnaga toitmist vähemalt nende kuue kuu vanuseks saamiseni. [Baby Friendly Hospital Initiative](#)

Naistekliinik – SA TÜK naistekliiniku personal

Kliinik– naistekliinikuga koostöösse haaratud kliinikumi struktuuriüksused, mille töötajad puutuvad oma töös kokku rasedate, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega. Käesoleva strateegia mõistes personal järgmistest struktuuriüksustest lastekliinik, neonatoloogia osakond; anestesioloogia ja intensiivravikliinik: lasteintensiivravi osakond, üldanestesioloogia osakond, erakorralise meditsiini osakond.

Kliiniline personal - kõik meditsiinilist haridust omavad kliiniku töötajad, kes puutuvad oma töös kokku rasedatega, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega – imetamisnõustajad, ämmaemandad, pediaatrid, günekoloogid, lasteanestesioloogid- ja anestesioloogid, lasteõed, lasteintensiivraviõed, intensiivraviõed, anestesistid, günekoloogia osakonnas töötavad õed.

Tugipersonal – hooldajad, põetajad, sotsiaaltöötajad, hingehoidja, psühholoog, raseduskriisinõustaja, jurist, sünnitusosakonna sekretär, kes puutuvad oma töös kokku rasedatega, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega.

Perekool - peredele lapseootuse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil rasedust, sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi toetavaid loenguid pakkuv naistenõuandla juurde kuuluv üksus.

Antenataalne periood - rasedusaegne, sünnitusele eelnev periood

Intranataalne – sünnitusaegne periood

Postnataalne periood – sünnitusele järgnev e sünnijärgne periood

Imetamisnõustaja – tõenduspõhist imetamisalast eriväljaõpet ja kliinilist töökogemust omav ämmaemand.

Imetamise tugigrupp – mitteformaalne vabatahtlik organiseeritud tegevus, mis koondab imetamist toetavaid kogemusnõustajaid, imetamiskogemustega emasid jt. ning mille tegevuse eesmärk on motiveerida ja toetada rinnaga toitvaid emasid.

Rahvusvaheline imiku piimasegude turustamise koodeks – reguleerib imiku piimasegude reklaami, turustamist ning kokkupuudet sihtrühmaga eesmärgiga kaitsta ja edendada rinnaga toitmist ning tagada õige ning eakohase toidu pakkumine imikule. [International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes](#)

International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) - rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustaja, kes on sooritanud vastavasisulise eksami ja tulemused on hinnatud rahvusvahelise organisatsiooni (***IBLCE***) ***International Board of Lactation Consultant Examiner*** esindajate poolt. Resertifitseerimine toimub iga viie aasta järel.

Hospital Self-Appraisal Tool – UNICEF-i ja WHO poolt tunnustatud BFHI rakendamise ja sertifitseerimise aluseks olev asutuse enesehindamise mõõdik.

[Hospital self-appraisal and monitoring](#)

1.Rinnaga toitmise toetamine SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus

1.1 Rinnaga toitmise kasutegurid

Teaduspõhise kirjanduse andmetel on rinnapiim optimaalne ning liigiomane toit vastsündinutele ja imikutele. Maailma Terviseorganisatsioon (MTO), UNICEF, Ameerika Pediaatrite Akadeemia (*The American Academy of Pediatrics*), *The Academy of Breastfeeding Medicine* ja paljud teised professionaale koondavad organisatsioonid soovivad esimesel kuuel elukuul pakkuda imikule eranditult rinnapiima ning jätkata imetamist paralleelselt lisatoidu andmisega vähemalt lapse esimese eluaasta lõpuni.

Tänapäevased soovitused, mis põhinevad aastakümneid kestnud teaduspõhistel uurimistööde tulemustel kinnitavad, et kõige ideaalsem imiku toit esimesel elupoolaastal on eranditult rinnapiim. Rinnapiim sisaldab kõiki vastsündinu ja imiku arenguks vajalikke toitaineid. Uurimistulemused kinnitavad, et imetamisel on märkimisväärne kasu nii toiteväärtuslikust, lapse arengulisest, psühholoogilisest, immunoloogilisest, sotsiaalsest, majanduslikust kui keskkondlikust aspektist. Rinnapiima saavatel lastel esineb vähem seedeprobleeme, põletikulisi haigusi ja allergiaid. Imetamine vähendab ülekaalulisuse ja südame-veresoonkonna ja krooniliste haiguste riski hilisemas elus. Rinnalt imemine rahustab last, toetab tema suuõõne arengut ja hambumuse kujunemist. Rinnapiim on alati õigel temperatuuril, puhas ja odav. Imetamiseks ei ole vaja ühtegi abivahendit ja last saab rinnaga toita praktiliselt kõikjal. Rinnapiim kaitseb last nakkuste eest, sisaldades komponente, mida imiku piimasegudes ei ole: hormoone, ensüüme, kasvufaktoreid, asendamatu rasvhappeid ja immunoloogilisi kaitsefaktoreid. Imikud, keda toidetakse piimaseguga või kelle rinnaga toitmine lõpetatakse varem, on enam ohustatud ülekaalust, diabeedist, hingamisteede- ja kõrva infektsioonidest ning imiku äkksurma sündroomist. Suure tõenäosusega vajavad need lapsed suuremas mahus tervishoiutöötaja visiite ja sagedasemat hospitaliseerimist.

Rinnaga toitmine on osa normaalsest sünnitusjärgsest protsessist ja sobib ideaalselt ka naisele. Imetamine soodustab kiiremat sünnitusjärgset taastumist. Imetanud naistel on väiksem risk haigestuda rinnanäärme- või munasarjavähki, väheneb osteoporoosi risk menopausi perioodil. Kiiremini väheneb ka rasedusaegne lisakaal.

Kaasaegsed uuringuraportid on ulatuslikult kirjeldatud erinevaid takistusi, mis ei võimalda imikuid toita ainult rinnapiimaga esimesel kuuel elukuul. Peamiste põhjustena, miks emad lõpetavad imetamise enne lapse kolme kuu vanuseks saamist kirjeldatakse tajutud rinnapiima vähesust, valu

imetamisel, esimestel elupäevadel haiglas pakutud piimasegu jpm. Lisaks tuuakse välja erinevaid imetamistehnikaga seotud probleeme, näiteks vale imemisvõte ja valulikud rinnanibud.

Imetamisega seotud otsused on mõjutatud paljudest erinevatest teguritest, näiteks ema varasem imetamiskogemus, perekonna ja sotsiaalse võrgustiku toetus või selle puudumine, tööle või kooli naasmine ning ühiskondlik aktsepteeritus.

Eestis sünnib enamus lapsi haiglas, kus ema ja laps saavad oma esimese rinnaga toitmise kogemuse. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku sünnitus- ja sünnijärgses osakonnas on nahk naha kontakti, esmase imetamise alustamist ja ema-lapse ööpäevaringset koosolemist toetatud 1990-datest aastatest ning sellest on saanud norm. Personal ja emad on teadlikud selle kasuteguritest. Ema ja lapse varane nahk naha kontakt ja ööpäevaringe koosolemine loob tingimused rinnaga toitmise alustamiseks ning edukaks jätkumiseks. Ema esmane toimetulek imetamisega ning tema pühendumus jätkata hoolimata võimalikest probleemidest, võivad suurel määral olla mõjutatud tervishoiutöötajate toetusest ning imetamisega seotud hoiakutest. Esimene kogemus omab kestvat mõju hilisemale imetamiskäitumisele, mistõttu on emadushooldust osutaval tervishoiuasutusel väga oluline roll rinnaga toitmise edukuse mõjutamises. Järjepidevad uurimistööde tulemused kinnitavad, et Beebisõbraliku algatuse rakendamine mõjutab laste vaid rinnaga toitmise määra positiivselt.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et rinnaga toitmise alustamine sünnitusjärgselt ning selle jätkumine vähemalt imiku esimesel elupoolaastal omab arvukalt kasutegureid lapse ja ema tervisele ning omab pikaajalist mõju rahvatervisele.

1.2 Strateegia uuendatud versiooni valmimine

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus moodustati rinnaga toitmise strateegia koostamise töörühm aastal 2012, et luua tõenduspõhisele kirjandusele toetuvad soovitused, mis tugevdavad ja parandavad olemasolevat imetamise juhendamise praktikat.

2013.a. kinnitati strateegia esimene versioon kehtivusega 2013-2018. Strateegia oli juhendmaterjalina kättesaadav Naistekliiniku kodulehel ning väljatrükina osakondades.

Aastal 2018 viidi läbi strateegia tulemushindamine mitmes etapis, et saada võimalikult terviklik ülevaade strateegia rakendamisest tervishoiutöötajate, emade ja osakonna töö tasandil.

Vahehindamise tulemused võimaldasid tunnustada tehtut ning määratleda edasised tegevusvaldkonnad. Tulemusi on arvestatud järgneva perioodi eesmärkide ja tegevuste planeerimisel.

Töörühma koosseisu kuulusid aktiivselt praktiseerivad ämmaemandad, ämmaemandimetamispõhised, ämmaemandusjuhendid ning pediatrid.

Strateegia uuendamisel võeti aluseks vahehindamise tulemused, uuendatud MTO Beebisõbraliku Haigla 10 sammu edukaks imetamiseks ning kaasaegne tõendus põhine kirjandus.

Strateegia täiendamisel jätkati olemasolevat süsteemi, kus strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalikud tegevused kirjeldati põhjalikult iga sammu alajaotuses. Selge ja kriteeriumipõhine tegevuste kirjeldus aitab elluviija eesmärke saavutada ja toetada kõiki personali uusi liikmeid tegevuste realiseerimisel. Naistekliinik ja kõik struktuuriüksused, millega koostööd tehakse peavad olema strateegiast teadlikud, mis omakorda aitab kaasa rinnaga toitmise seotud teadlikkuse parandamisele üldises plaanis.

1.3 Rinnaga toitmise strateegia eesmärgid

Käesoleva strateegiaga püütakse saavutada kolme eesmärki, mis panustavad rinnaga toitmise kaitsmise ja edendamise:

1. Julgustada ja toetada emasid väärtustama rinnaga toitmist, selle kasutegureid lapsele ja neile endile; julgustada neid alustama esmast imetamist võimalikult varakult peale sünnitust ning jätkama rinnaga toitmist vähemalt lapse kuue kuu vanuseks saamiseni ja muutma see endale positiivseks kogemuseks.
2. Osaleda aktiivselt rinnaga toitmise edendamisel ja kaitsmisel, väärtustades imetamist, kui normaalset vastündinu toitmiseviisi luues võimalused pakkuda emadele ja peredele toetust ning juhendamist, mõjutades seeläbi suuremat arvu emasid imetamisega alustama ja jätkama.
3. Panustada turvalise ja rinnaga toitmist toetava keskkonna loomisesse, tunnustades imetavate emade ja perede enesemääramisõigust.

1.4. Rinnaga toitmise edendamise strateegilised eesmärgid ja tegevused

Rinnaga toitmise strateegia aluseks on 2018.a uuendatud UNICEF-i ja MTO Beebisõbraliku Haigla Algatuse 10 sammu (*BFHI he Ten Steps to Successful Breastfeeding, revised 2018*).

1A. Järgige rahvusvahelist piimasegude turustamise koodeksit ja asjakohaseid Maailma Tervise Assamblee resolutsioone.

1B. Omake kirjalikku vastsündinu toitmist käsitlevat strateegiat, mida teadvustatakse reeglipäraselt kogu kliiniku personalile ja lapsevanematele.

1C. Looge järjepidevaks monitoorimiseks seire- ja andmehaldussüsteemid, mis on juhtimistasandi tööriistad.

2. Tagage, et töötajatel/personalil oleks piisavalt teadmisi, oskusi ja pädevus rinnaga toitmise toetamiseks.

3. Teavitage rasedaid ja nende pereliikmeid rinnaga toitmise tähtsusest ja imetamise juhendamise korraldusest.

4. Soodustage vahetu ja katkematu nahk naha kontaktiga alustamist ja toetage emasid rinnaga toitmise alustamisel nii kiiresti pärast lapse sündi kui võimalik.

5. Toetage emasid imetamise algatamisel ja jätkamisel ning sagedasemate muredega toimetulekul.

6. Ärge pakkuge rinnaga toidetud vastsündinule muud toitu ega vedelikke kui rinnapiim, välja arvatud juhul, kui see on meditsiiniliselt näidustatud.

7. Võimaldage emadel ja nende vastsündinutel olla koos ööpäevaringselt.

8. Julgustage/õpetage emasid ära tundma ja reageerima oma vastsündinu toitmiselele käitumisele.

9. Nõustage emasid lutipudelite ja luttide kasutamisega seotud riskide osas.

10. Korraldage haiglast kojukirjutamine viisil, mis tagab lapsevanematele ja nende vastsündinutele jätkupideva toetuse ja abi.

1A. Järgige rahvusvahelist piimasegude turustamise koodeksit ja asjakohaseid Maailma Tervise Assamblee resolutsioone

1. Piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate töötajatele või turustajatele ei looda võimalust saada otsest ega kaudset kontakti rasedate, imetavate emade ega nende peredega.

2. Koolituste finantseerimine toimub õiglastel alustel piimasegu tootvate ja turustavate firmade kaasamiseta.

3. Puuduvad visuaalsed näidismaterjalid ja reklaamid seintel, mis viitavad koostööle piimasegusid tootvate ja turustavate firmadega.

4. Ooteruumide lugemismaterjalides ei kuvata piimasegusid, lutipudeleid, lutte ega neid tootvate ja turustavate firmade logosid, kodulehti jms.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

1. Piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjatel/turustajatel puudub otsene ja kaudne kontakti rasedate naiste ega emadega. Kliinikus ei jagata tasuta näidiseid, reklaamikuponge ega firmade logosid kandvaid esemeid (kandekotte, plakateid, pastakaid vms). Naistekliinikus ei jagata reklaamikuponge, kirjandust, mis sisaldab piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjafirmade kohta teavet.

2. Koolituste ja konverentside korraldamisel ja nende rahastamisel ei ole kaasatud piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjafirmad.

3. Kliinikus ei ole nähtaval piimasegude, lutipudelite ja luttide firmade logosid kandvaid (tarbe)esemeid, pastakaid, kalendreid jne.

4. Ooteruumi lugemismaterjalides EI ole kasutusel kirjandus sh perioodika milles reklaamitakse piimasegusid, lutipudeleid ja lutte ja neid tootvate ja turustavate firmade logosid.

1B Omake kirjalikku vastsündinu toitmist käsitlevat strateegiat, mida teadvustatakse reeglipäraselt kogu kliiniku personalile ja lapsevanematele

1.1. Koostatud strateegia on laiaulatuslik ja lähtub UNICEF/MTO Beebisõbraliku Haigla Algatuse 10 sammu edukaks imetamiseks uuendatud versioonist.

1.2. Rinnaga toitmise strateegia uuendamiseks moodustatakse multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad spetsialistid kliiniku administratsioonist, arstid, ämmaemandad, imetamisnõustajad ja teised valdkonnaga seotud spetsialistid ning lapsevanemate esindajad.

1.3. Spetsialistid, kes töötavad imetavate emade, vastsündinute ja nende peredega on teadlikud strateegia soovitustest ning rakendavad neid parimal võimalikul viisil.

1.4. Strateegia on kättesaadav kõikidele spetsialistidele, emadele ja peredele ning tunnustatud kui haiglas kehtiv juhendmaterjal.

1.5. Strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamist viiakse läbi periooditi, kasutades Beebisõbraliku Haigla Algatuse enesehindamise mõödikut, mis on tegevusanalüüsi aluseks.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

1.1. Rinnaga toitmise strateegia on laiapõhjaline teaduspõhisele kirjandusele ja UNICEF-i ja MTO Beebisõbraliku Algatuse põhimõtetele tuginev juhendmaterjal. Strateegia sisaldab UNICEF-i ja MTO „10 sammust edukaks imetamiseks“ lähtuvaid strateegilisi eesmärke ning põhjalikke kirjeldusi tegevustest, mis võimaldavad püstitatud eesmärke efektiivselt saavutada. <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>

1.2. Rinnaga toitmise strateegia uuendamiseks moodustatakse töörühm, kes võtab uuendamise aluseks vahehindamise ja tagasiside tulemused ja töötab täiendamiseks läbi kaasaegse teaduspõhise Beebisõbraliku Haigla Algatusega seotud teaduskirjanduse.

1.3. Kinnitatud rinnaga toitmise strateegia lõppdokument on kättesaadav ja teadvustatud kõikidele kliiniku töötajatele ning sellest lähtutakse imetamise toetamisel. Rinnaga toitmist edendavate tegevuste ja sihtgrupi teavitamise kaudu perekooli loengutes, perekeskuse ämmaemanda vastuvõttudel, veebipõhises imetamisnõustamises on kogukond teadlikum imetamise kasuteguritest ning võimalikest toetussüsteemidest imetamise jätkupidevuse säilimiseks.

1.4. Strateegia on kättesaadav väljatrükina naistenõuandlas, perekeskuses, sünnieelses, sünnitus- ja sünnitusjärgses, günekoloogia, neonatoloogia, lasteintensiivravi- ja üldanestesioloogia osakonnas ning veebipõhiselt naistekliiniku kodulehel.

1.4.1. Strateegias sisalduvaid põhimõtteid tutvustatakse lapseootel peredele suunatud perekooli loengutes ning antenataalsetes vastuvõttudes. Strateegia punktid ja tegevused on kuvatud posteritena naistekliiniku osakondade seintel.

1.5. Püstitatud strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamiseks viiakse naistekliiniku ämmaemandusjuhi eestvedamisel iga aastaselt läbi enesehindamine kasutades Beebisõbraliku Haigla Algatuse enesehindamise mõõdikut – *Hospital Self-Appraisal Tool* – http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594998_eng.pdf) ja sihtgrupi rahulolu küsitlust, et analüüsida positiivseid ning arendamist vajavaid aspekte, püstitada/täpsustada strateegilisi eesmärke ning nende saavutamiseks vajalikke tegevusi.

1C Looge järjepidevaks monitoorimiseks seire- ja andmehaldussüsteemid

1. Strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamist viiakse läbi periooditi, kasutades Beebisõbraliku Haigla Algatuse enesehindamise mõõdikut, mis on tegevusanalüüsi aluseks.

2. Eranditult rinnaga toidetavate laste määr haiglast lahkumisel on 90%. Jooksvalt on kättesaadavad andmed vastsündinute toitmise tulemuste kohta.

3.Regulaarselt jälgitakse piimasegu tellimise mahtusid ja - kasutamise koguseid osakonnas. Dokumenteeritud ja jälgitud on vastsündinule pakutud piimasegu kogus.
4. Imetamisnõustamise protokollide täitmise ja imetamise tulemuse auditeerimine toimub üks kord aastas.
5.Imetava naise juhendamine sünnitusjärgses osakonnas algab esimese 6 tunni jooksul pärast sünnitust.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

1. Strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamist viiakse läbi periooditi, kasutades Beebisõbraliku Haigla Algatuse enesehindamise mõõdikut, mis on vahehindamiste ja tegevusanalüüsi aluseks. Vahehindamiste tulemustele toetudes püstitatakse uuendatud eesmärgid ning vajadusel viiakse sisse töökorralduslikke muutusi.
2. Eranditult rinnaga toidetavate laste määr haiglast lahkumisel on 90%. Jooksvalt on kättesaadavad andmed vastsündinute toitumise tulemuste kohta. Luuakse võimalused iga-aastaselt jälgida eranditult rinnaga toidetud laste osakaalude vahehindamiseks, sekkumiste planeerimiseks ja juhendamise tõhustamiseks.
3. Regulaarselt jälgitakse piimasegu tellimise mahtusid ja - kasutamise koguseid osakonnas. Osakonna ämmaemandusjuht teeb vahekokkuvõtteid ja analüüsib piimasegude tellimise ja pakutud piimasegu koguste põhjendusi. Dokumenteeritud ja jälgitud on vastsündinule pakutud piimasegu kogus.
4. Imetamisnõustamise protokollide täitmise ja imetamise tulemuse auditeerimine toimub üks kord aastas.
5. Imetava naise juhendamine sünnitusjärgses osakonnas algab esimese 6 tunni jooksul pärast sünnitust. Kõik osakonnas töötavad ämmaemandid jälgivad, et rinnaga toitumise alustamise juhendamine algab hiljemalt 6 tundi pärast sünnitust.

2. Tagage töötajate/personali piisavad teadmised, pädevused ja oskused rinnaga toitmise toetamiseks
2.1. Imetavate emade ja vastsündinute hooldusesse kaasatakse vähemalt üks põhjaliku imetamise füsioloogia ja juhendamise alase ettevalmistusega inimene, kes vastutab personali põhjaliku koolitamise ning efektiivse strateegia rakendumise eest.
2.2. Kogu kliiniku personali, kes on kaasatud imetavate emade, vastsündinute hooldusesse sünnitusjärgses perioodis, koolitatakse jätkupidevalt üks kord aastas imetamise füsioloogia, juhendamise ja edendamise osas lähtudes koolituskavast.
2.3. Emadushooldusesse on kaasatud vähemalt üks määratud tööajaga rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustaja (IBCLC), kes osaleb imetamisnõustamises ning toetab nii emasid kui personali.

2.4. Kogu kliiniku personal k.a. tugipersonal, kes puutuvad kokku rasedate, imetavate emade ja nende peredega omavad rinnaga toitmisega seonduvalt positiivseid hoiakuid.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

2. Rasedate, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega kokku puutuvate töötajate koolitusvajadus (teadmised ja praktilised oskused) hinnatakse lähtudes pädevusnõuetest ning koostatakse strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalike teadmiste, oskuste omandamiseks ja säilitamiseks koolituskava.

2.1.1. Tervishoiu Kõrgkoolides ämmaemanda õppekava läbinud ämmaemandad töötavad läbi kehtiva rinnaga toitmise strateegia ning täidavad veebipõhise hindamisvormi oma pädevuse kinnitamiseks tööle asumise esimesel poolaastal.

2.1.2. Koostatakse koolituskava imetavate emade toetamiseks ja juhendamiseks, mis käsitleb „10 sammu edukaks imetamiseks“, „Rahvusvahelise piimasegude turustamise koodeksit“ ja „Emasõbraliku hoolduse mudelit“. Emade adekvaatseks toetamiseks vajalike teadmiste ja oskuste omandamiseks peab läbitud koolituse maht olema vähemalt 20 tundi, sisaldades vähemalt 3 tundi juhendatud praktilist kogemust.

2.1.3. Koostatakse koolituskava, mis käsitleb mitteimetavate emade toetamist.

Kursusel käsitletavat teemat on:

- erinevate toitmisviiside kasutegurid ja riskid;
- toitmisviisi valikuid mõjutavad tegurid, sobiva toitmisviisi valik;
- imetamise vastunäidustused ja mitteimetavate emade juhendamine;
- nõuetekohane piimasegu valmistamine, toitmine ja säilitamine;
- juhendamine ja pedagoogika.

2.1.4. Kõik uued töötajad läbivad tööle asudes koolituse imetavate emade toetamise ja juhendamise läbiviimiseks vähemalt kuue kuu jooksul alates tööle asumisest.

2.1.5. Jätkupidevalt koolitatakse antenataalset hooldust osutavaid ämmaemandaid erinevate rinna seisundite tuvastamise, profülaktika, ennetamise, ravi ja jälgimise osas (rinna esmane vaatlus riski emade määratlemiseks, seeninfektsioon, vasospasm, lisarinnanäärmed, sissetõmbunud rinnanibud jms).

2.1.6. Sünnitusosakonnas toimuvad rinnaga toitmist puudutavad arutelud 2 korda kuus või vajaduspõhiselt sagedamini. Osakonnas on saadaval sõõrutamise juhend personalile ja juhend patsiendile andmiseks, mis kohandatakse personaalselt konkreetsele emale tema situatsiooni arvestades. Juhendi koostab ja tutvustab seda osakonna töötajatele tööühm kuhu kuuluvad nii ämmaemand-imetamispõustajad, osakonna vanemämmaemand ja neonatoloog.

2.2. Vähemalt üks kord aastas korraldatakse rinnaga toitmise edendamisega seonduv teabepäev, millel käsitletakse imetamise füsioloogiat, juhendamist ning keeruliste juhtumite arutelusid.

2.3. Naistekliinik toetab rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustajate ettevalmistust esmasel eksamil osalemiseks ning jätkuval sertifikaadi säilitamiseks vajalikku resertifitseerimisprotsessi. Luuakse võimalused imetamisnõustajate kaasamiseks koolituskava rakendumisse, sihtrühma teadlikkuse parandamisse ja imetamise edendamisse tervikuna.

2.4. Kogu kliiniku personal, kes puutuvad kokku rasedate, imetavate emade ja nende peredega on teadvustanud rinnaga toitmise strateegia eesmärges seoses rinnaga toitmise edendamisega, on teadlikud oma rollist imetamise õnnestumise mõjutajana ning omavad rinnaga toitmise seonduvalt positiivseid hoiakuid.

3. Teavitage rasedaid ja nende pereliikmeid rinnaga toitmise tähtsusest ja imetamise juhendamise korraldamisest.

3.1. Raseduse 24.-30. nädalal teostatakse antenataalsetes vastuvõttudes ämmaemanda poolt rindade läbivaatus ning antakse hinnang rindade arengule ning füsioloogilisele ettevalmistusele imetamiseks ja motiveeritakse emasid rinnaga toitma.

3.2. Kõikidele rasedatele ja nende peredele on tagatud osalemine Perekooli imetamise loengus, kus edastatakse struktureeritud, kallutamata (reklaamivaba) teavet imetamise füsioloogiast, kasuteguritest emale ja lapsele, vastunäidustustest, piimasegu kasutamise riskidest ning imetamise edendamisest viisil, mis võimaldab naisel langetada informeeritud otsus oma lapse toitmisviisi valikul.

3.3. Emadele soovitatakse ainult rinnapiimaga toitmist kui vastsündinule sobivaimat ja ideaalset toitmisviisi, kui ei ole näidustatud teisiti.

3.4. Ante- ja postnataalselt on jagamiseks ja kättesaadavad kirjalikud juhendmaterjalid.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

3.1. Edukas rinnaga toitmine sõltub ema poolt õpitust, kvalifitseeritud õpetamisest ja asjakohasest toetusest. Oluline roll imetamise edaspidisel õnnestumisel on rasedate rinnaga toitmise antenataalsel ettevalmistusel. Seega on vajalik, et rinnaga toitmist käsitletakse rasedusaegsete visiitide käigus.

Rinnaga toitmise teemat käsitletakse rasedust jälgiva ämmaemanda poolt antenataalsete vastuvõttude käigus 24.-30. rasedusnädalal. Vestluse käigus selgitatakse välja ema eelteadmised rinnaga toimisest, väärarusaamad ja hirmud seoses imetamisega. Naist ja tema pereliikmeid teavitatakse imetamise tähtsusest lapse ja ema jaoks ning imetamise juhendamise korraldamisest naistekliinikus.

Nõustamisvestluse käigus käsitletakse järgmiseid teemasid:

- rinnapiima kasulikkus lapsele ja emale;
- varase nahk naha kontakti olulisus;
- rinnaga toitmise sagedus, rõhutades lapse nõudmisel toitmist, kuid mitte vähem kui 8
- korda ööpäevas;
- öise toitmise olulisus rinnapiima tootmise käivitumisel ja jätkumisel, vähemalt kahel toitmiskorral öö jooksul;
- päeviku „Vastsündinu esimesed päevad“ tutvustamine, mis on kättesaadav paber kandjal
- ja elektroonselt;
- suunata patsiente antenataalsel vastuvõtul ja perekooli loengutes tutvuma „Imetamise strateegiaga“;
- kuidas hinnata õiget imemisvõtet;
- kuidas määratleda, kas laps saab piisavalt piima;
- probleemid, mille korral kontakteeruda imetamisnõustajaga;
- naisi teavitatakse raseduse ajal, et lutipudeli kasutamist naistekliinikus ei propageerita, vajadusel eelistatakse piimasegu pakkumiseks alternatiivseid võimalusi.

Võimalike imetamisprobleemide riskigruppi kuuluvad rasedad vajavad eraldi nõustamist järgmistel teemadel:

- kõrge KMI, gestatsioonidiabeediga rasedad: valmistada naine psühholoogiliselt ette, et laktatsiooni algus võib viibida ning selle kiirendamiseks soovitatakse sagedasemat rinnaga toitmist.
- Kui on tegu oodatava suurekaalulise lapsega, siis valmistada naine ette, et esimestel päevadel võib ilmnedada piimasegu pakkumise vajadus, kuid soovitada piimasegu pakkumiseks alternatiivseid võimalusi;
- vajadus piirata sünnitusjärgsel perioodil sünnijärgses osakonnas viibimise ajal küllastajate arvu ja külustusaja pikkust, mis võimaldab emal ja perel pühendada rohkem aega vastsündinu eest hoolitsemisele ja imetamisele;
- informatsioon sünnitusjärgsete tugiteenuste kohta.

3.1.1. Ämmaemanda poolt viiakse läbi rindade läbivaatus ning antakse hinnang rindade arengule ja füsioloogilisele ettevalmistusele imetamiseks. Rindade läbivaatuse eesmärgiks on selgitada tegureid, mis võivad häirida edukat imetamist: rindade hüpoplaasia, rinnanibude kõrvalekalded (sissetõmbunud või lamedad rinnanibud) ja eelnevad rindade kirurgilised operatsioonid. Rasedust jälgivatele ämmaemandatele õpetatakse rinna läbivaatuse tehnikat ning tulemuste interpreteerimist, samuti koolitatakse rinna erinevate seisundite tuvastamise, profülaktika,

ennetamise ja ravi osas (rinnasoor, vasospasm, lisanäärmed, sissetõmbunud rinnanibud jms). Probleemide ilmnemisel suunatakse patsient antenataalselt imetamisnõustaja konsultatsioonile, kuid eelnevalt peaks patsient olema läbinud perekooli imetamise loengu, mis annab teadmisi imetamise põhialustest. Rasedate imetamisnõustamisele suunamist rakendatakse ainult vajaduspõhiselt.

Enne varasem imetamiskogemus analüüsitakse ning varasemate probleemide olemasolu korral leitakse nende probleemide ilmnemise põhjused. Eelneva(te) negatiivse(te) imetamiskogemus(t)e korral soovitatakse naisele raseduse ajal imetamise tugirühmas või perekooli imetamise vestlusringis osalemist, kus saab jagada rinnaga toitmist puudutavaid hirme ja muresid, rääkida kogemustest, ootustest ja küsida erinevaid küsimusi. Vajadusel suunatakse patsient antenataalselt imetamisnõustaja konsultatsioonile, kes omakorda võib vajadusel patsiendi suunata edasi raseduskriisi nõustaja või mõne teise erialaspetsialisti juurde.

Naisele võimaldatakse antenataalsete konsultatsioonide käigus korduvalt arutleda rinnaga toitmise üle.

Ainult naistearsti jälgimisel olevad rasedad suunatakse raseduse 24.–30. nädalal ämmaemanda vastuvõtule imetamisega seonduva teabe saamiseks ja nõustamiseks. Oluline on kaasata naise partner või teised olulised tugisikud antenataalsesse õpetusse, sest pere pakub olulist toetust ja julgustust imetavale emale ning on oluline, et pereliikmed ja toetajad mõistavad imetava naise vajadusi.

Kõik kliiniku töötajad edastavad imetamisega seonduvat informatsiooni positiivses võtmes. Vastukäivate nõuannete jagamine ning ebapiisav ja mitteadekvaatne nõustamine võib imetamist negatiivselt mõjutada ja sellest hoidutakse. Osakonnas toimuvad aktuaalsete rinnaga toitmist puudutavate küsimuste osas regulaarsed arutelud.

3.2. Parim viis tulevaste emade ettevalmistamiseks on nende osalemine antenataalselt perekooli imetamise loengutes ja vestlusringides. Loengute käigus saadav informatsioon pakub rasedatele ja nende peredele võimalust õppida väärtustama rinnaga toitmist ning aidata naistel teha informeeritud otsus vastsündinu toitmise osas. Vestlusringides on võimalik arutada muresid, hirme, negatiivset rinnaga toitmise kogemust, analüüsida mis võis valesti minna ja milliseid samme teha edaspidise positiivse kogemuse saamiseks.

3.2.1. Perekooli loengutes ja/või antenataalsete visiitide käigus jagatakse informatsiooni:

- imetamise kasuteguritest lapsele ja emale;
- õigest imetamisasendist ja imemisvõttest;

- rinnapiima tootmise ja selle vallandumise mehhanismidest;
- imetamise sagedusest, sageda ning nõudmisel imetamise tähtsusest ja vastsündinu toitmise eripärast kolmel esimesel elupäeval;
- piimasegu kasutamise riskidest;
- rinnapiima käsitsi sõõrutamisest ja vajadusel rinnapumba kasutamisest;
- luttide ja lutipudelite kasutamise riskidest;
- kuidas hinnata, kas lapsel on kõht täis;
- sagedamini esinevatest probleemidest rinnaga toitmisel;
- sünnitusjärgsete tugiteenuste kohta.

3.3. Naistekliiniku personal soovitab emadele ainult rinnapiimaga toitmist, mis on vastsündinu jaoks sobivaim ja ideaalne toitmisviis. Emadele ja peredele selgitatakse, et terve ajaline vastsündinu ei vaja lisaks rinnapiimale lisavedelike ega toitu.

Naisi teavitatakse piimasegu pakkumise riskidest vastsündinule ning selgitatakse, et rinnapiim kaitseb last nakkuste eest, sisaldades komponente, mida imiku piimasegudes ei ole: hormoone, ensüüme, kasvufaktoreid, asendamatuid rasvhappeid ja immunoloogilisi kaitsefaktoreid.

Antenataalsete visiitide käigus selgitatakse võimalikud vastunäidustused imetamiseks, s.h. naise poolt krooniliste haiguste tõttu tarvitavad ravimid, mille tõttu võib olla vajalik rinnaga toitmise katkestamine või imetamisest loobumine (tsütotoksilised ja radioaktiivsed ained, mõningad psühhotroopsed ja antitüreoidsed ravimid). Emasid teavitatakse, et on vaid vähesed juhud, kui rinnaga toitmine tuleb meditsiinilistel põhjustel katkestada. Emadele on kättesaadav informatsioon ravimite kasutamise kohta imetamise ajal.

3.4. Antenataalsete konsultatsioonide käigus antakse rasedatele ja nende peredele teavet imetamisnõustamisvõimaluste ja imetamisteemaliste veebilehtede kohta. Naistekliiniku personal jagab kirjalikke infomaterjale rinnaga toitmisest, mis on koostatud imetamise spetsialistide poolt nii ante- kui postnataalselt. Infomaterjalid sisaldavad soovituslikke veebilinke artiklite, filmide jms informatsiooni leidmiseks. Infomaterjalid on saadaval nii ambulatoorse vastuvõtu kabinettides, perekeskuses, sünnieelses kui sünnitus- ja sünnijärgses osakonnas. Rinnaga toitmist puudutav informatsioon, sh informatsioon imetamisnõustamise võimaluste ja tugiteenuste kohta, on kättesaadav naistekliiniku koduleheküljel.

Naistenõuandlas ja perekeskuses on jagamiseks olemas infovoldikud:

- „Ema piim on lapsele parim“ I osa

- „Rinnaga toitmise nõustamine“

Antenataalselt soovitatakse lugeda erinevaid rinnaga toitmist puudutavaid artikleid:

- <https://perekool.ee/artiklid/emapiimatarkus/>

ja vaadata rinnaga toitmist käsitlevaid filme:

- „Imetamine“ <https://www.perekool.ee/artiklid/imetamine/>
- "Breast is Best" <https://www.youtube.com/watch?v=i1Yf15L04DU>

Antenataalselt ja naistekliinikus viibimise ajal informeeritakse emasid rinnaga toitmise eelistest ning imetamisnõustamise korraldamisest viisil, mis tagab tervishoiutöötajate ja kogukonnas tegutsevate imetamise tugigruppide toetuse kättesaadavuse.

4. Soodustage vahetu ja katkematu nahk naha kontaktiga alustamist ja toetage emasid rinnaga toitmisega alustamisel nii kiiresti pärast lapse sündi kui võimalik.
4.1. Sünnitusosakonnas soodustatakse ja teostatakse nahk naha kontakti kõikidele vastsündinutele (s.t. ajaliste ja enneaegsetele vastsündinutele) ema või isaga kohe pärast sündi, kui nende seisund seda võimaldab, sõltumata sünnitusviisist (vaginaalne sünnitus, keisrilõige).
4.2. Sünnijärgne vahetu (s.t. kohe või 5 minutit pärast sündi) ja katkematu nahk naha kontakt peaks kestma vähemalt 1 tund või rohkem. Nahk naha kontakti ei tohi katkestada vähemalt esimese 60 minuti jooksul pärast sünnitust.
4.3. Neonatoloogia osakonnas julgustatakse varast, sagedast ja pikaajast (s.t. rakendada kogu haiglasoleku vältel) ema-lapse nahk naha kontakti/känguruhooldust.
4.4. Emasid julgustatakse ja õpetatakse ära tundma viiteid lapse toitmisest käitumisest, lapse valmidust rinnalt imemiseks ning vajadusel abistatakse ema.
4.5. Vastsündinu kaalumise, mõõtmise ja profülaktilised protseduurid (K-vitamiini süste) teostatakse võimalusel vastsündinu teise elutunni möödumisel, et mitte katkestada ja häirida loodud nahk naha kontakti emaga/isaga ning esmast imetamist.
4.6. Toetatakse sünnitusaegseid tegevusi, mis soodustavad varast imetamist 30. eluminutist ja toetavad ema vastsündinuga suhtlemisel.
4.7. Kogu haiglas viibitud aja vältel julgustatakse emasid jätkama rinnaga toitmist, soodustama lapse toitmist rinnapiimaga ja imetamist igal võimalikul juhul, kui arst ei ole määranud teisiti.
4.8. Keisrilõikega sünnitanud emadele võimaldatakse nahk naha kontakti lapsega ja esimest imetamist nii kiiresti kui võimalik, kas operatsioonitoas või ärkamisruumis, operatsioonijärgses- või sünnitusjärgses palatis, vastavalt ema ja lapse tervislikule seisundile. Kui emaga nahk naha kontakti keisrilõikejärgselt ei saa teostada, võimaldatakse vastsündinule esmast nahk naha kontakti isaga, kas operatsioonitoas või sünnitustoas.
4.9. HIV positiivseid emasid julgustatakse ja toetatakse looma oma vastsündinuga füüsilist kontakti, hoidma ja hellitama oma last.
4.10. Vastsündinu arengulukku märgitakse nahk naha kontakti alguse ja lõpu aeg, esmase imetamise kestus. Dokumenteerida meditsiiniliselt õigustatud põhjused lühiaegselt, hilinenud või nahk naha kontakti mitterakendamiseks.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

4.1. Vahetult pärast sünni asetatakse vastsündinu emaga nahk naha kontakti vähemalt 1 tunniks või kauemaks, kuni on toimunud esimene imetamine (1-3 tundi) ja nahk naha kontakti rakendamist toetatakse kogu sünnitusjärgse perioodi jooksul eriti, kui on tegemist imetamisprobleemidega. Nahk naha kontakt algatatakse vahetult pärast sünni, sõltumata sünnitusviisist.

Nahk naha kontakti rakendamiseks kohe pärast sünni laps kuivatatakse ja pannakse riideteta või mähkmega kõhuli asendis (pikisuunas) ema või isa paljale kõhule või rindkerele. Ema on selili, ülakeha veidi tõstetud, poollamavas asendis, emal on mõlemad käed vabad, ta saab last toetada - sellises asendis võtab laps kõige kauem ja paremini rinda, selline asend on vajalik nahk naha kontaktiks sünnitusjärgselt. Külili asend ei ole sobilik nahk naha kontakti rakendamiseks. Laps kaetakse eelsoojendatud kahekordse suure froteerätikuga, pähe pannakse müts.

Kaksikute sünnil pannakse võimalusel esimene kaksik ema kõhule nahk naha kontakti, kuni ema hakkab teist last sünnitama. Siis antakse esimene lapse isale nahk naha kontakti, kuni teine laps on sündinud. Seejärel pannakse mõlemad lapsed pikisuunas ema kõhule ja aidatakse hiljem imetamisel.

4.2. Nahk naha kontakti ei tohi katkestada vähemalt esimese 60 minuti jooksul pärast sünnitust. Esmase imetamise alustamine ja õnnestumine on mittekatkestatud nahk naha kontakti otsene tagajärg, kuna enamus vastsündinutele on ise ema rinnani roomamine loomuliku käitumise osa. Ideaalis kestab ema ja lapse nahk naha kontakt 2 tundi kuni laps on ise rinnani jõudnud, rinnalt imema hakanud ning on toimunud esimene imetamine. Vältitakse lapse tagantkiirustamist rinnale või lapsele ise rinna suhu panemist! Ei avaldata survet emale ja lapsele, kui ruttu esimene imetamine peaks toimuma, kui kaua see peaks kestma, kui hästi laps rinna haarab või kui palju kolostrumit laps imeb.

Varane nahk naha kontakt ja edukas imetamine on doosist sõltuvad: mida pikem on esmane ema-lapse nahk naha kontakt esimese 3 tunni jooksul pärast sünnitust (ideaalis kestus minimaalselt 2 tundi) seda suurem on tõenäosus, et laps on ainult rinnapiimatoidul sünnitusmajas ja ka hilisemas perioodis (kogu imetamisperioodi õnnestumine, kvaliteet ja kestus on pikemad).

Ema ja lapse nahk naha kontakt vahetult peale sünni on väga tähtis ja vajalik, kuna hoiab ema keha soojusega lapse soojana, rahustab ema ja last, aitab stabiliseerida lapse südamegevust ja hingamist, toetab metaboolset adaptatsiooni, veresuhkru stabiliseerumist, võimaldab lapsel rinda otsida ja ise rinda haarata, koloniseerib lapse keha ja seedetrakti ema normaalsete keha bakteritega, vähendab lapse kisa ning sellega väheneb stressi ja energia kaotus, tugevneb lähedase

sideme ja kiindumuse teke ema ja lapse vahel. Kui laps stimuleerib puudutustega ema keha ja rinda ning hakkab rinda imema, tõuseb ema organismis endogeense oksütotsiini tase, mis soodustab emaka kontraktsioone ja kiirendab platsenta eraldumist ning väljutamist, seega väheneb sünnitusjärgse verejooksu risk.

Esmasel imetamisel saab laps ternespiima e kolostrumi, mis on kõrge toiteväärtusega, sisaldades olulisi antikehasid ja immuunaktiivseid aineid. Varane imetamine on oluline rinnapiima tootmise stimuleerimiseks ja laktatsiooni käivitamiseks.

Lapsed, kelle seisund sünnijärgselt ei ole stabiilne – saavad emaga nahk naha kontakti hiljem, seisundi stabiliseerumise järgselt.

4.2.1. Nahk naha kontakti ajal on võimalik üliharva esinev risk vastsündinu sünnijärgseks kollapsiks esimese 24 tunni jooksul (s.o. juhuslik, õnnetus asfüksia, mis on asendist tingitud hingamisteede obstruktsiooni tagajärg). Nahk naha kontakti ajal asfüktiline asend - s.t. laps on kõhu ema rindkerel, rinnal või külili asendis ema kõrval ning nägu (nina, suu) on surutud tihedalt ema rinna või kõhu vastu ja/või kaetud tekiga - võib põhjustada ülemiste hingamisteede takistust. Ohtlik on ka lapse selili asend voodis või ema kõrval!

See risk ei tohiks olla põhjuseks, et vähendada või vältida nahk naha kontakti, millel on selge teaduslikult tõestatud positiivne mõju emale ja lapsele.

Riskitegurid vastsündinu ootamatuks sünnijärgseks kollapsiks: esmassünnitaja – kogemuste puudus lapse õigeks jälgimiseks, õige asendi sättimiseks, ema ja lapse väsimus, unisus, uimasus, anesteesia või ravimite mõju, ülekaaluline ema, vanemate liigne mobiiltelefoni kasutamine - tähelepanu hajub, külastajad sünnitusjärgselt ema-lapse/perepalatis haiglasoleku ajal, ebapiisav personali arv ja väljaõpe. Väsinud ema kõrvale voodisse ei peaks laps magama jääma, panna voodisse, ema kõrvale, külili asendisse.

Oluline on teada riskitegureid ja kindlustada, et laps ja ema oleks esimesel 2-3 elutunnil ämmaemanda poolt sageli jälgitud. Ema võib jälgida lisaks tervishoiutöötajale pereliige, sõber või tugisõber. Lapse asend peaks olema ohutu nahk naha kontakti ajal – s.t. nina ja suu on vabad, hingamine vaba, ülemised hingamisteed mitte suletud ema kõhuga või rinnaga; vältida pikaajast lapse üleni (eriti näo) kaetuna teki all olemist.

4.3. Neonatoloogia osakonnas julgustatakse ja teostatakse varast, sagedast ja pikaajset (s.t. kogu haiglasoleku vältel) ema-lapse nahk naha kontakti/känguruhooldust enneaegsetele ja väikese sünnikaaluga lastele.

Känguruhooldus tähendab (KH):

1) nahk naha kontakti ema (NNK) ja vastsündinu vahel, mis on KH peamine komponent.

- Ema istub poollamavas asendis imetamistoolis.
- Laps pannakse vertikaalasendis alasti (või mähkmega) ema rindkerele rindade vahele, ema riiete alla või kaetakse tekiga, rätikuga, jms.
- KH korral laps pannakse NNK-i emaga või isaga või hoolitsejaga, lapse pea on pööratud küljele, hingamisteed peavad olema vabad, et vältida hingamisteede obstruktsiooni.
- Kehatemperatuuri säilitamiseks võib laps kanda mütsi, sokke või mähet ja pannakse hoolitseja riiete alla või kaetakse rätikuga.
- Elastse riidega võib siduda asendi säilitamiseks KH tegija külge.

2) sagedat imetamist ja ainult või valdavalt rinnaga toitmist.

3) võimalusel varane kojukirjutamine haiglast järelkontrolliga. NNK rakendatakse lapselekuni ema/laps seda taluvad. Ema võib NNK-i asendada lapse isaga.

Pidev NNKs.t.kestusega ≥ 20 tunni päevas; **vahelduv NNK** s.t. lühikesed episoodid üks või mitu korda päevas, päevade arv ja kestus võib olla erinev; varane koju kirjutamine või mitte.

- Pidevat NNK-i rakendatakse võimalusel ema/lapse vahel alates sünnist, vähemalt 40 nädalani, ideaaljuhul kogu imetamisega, haiglast väljakirjutamisega, kui laps on meditsiiniliselt stabiilne ja järelkontrollitud.
- Vahelduvat NNK-i kasutatakse kiindumussuhte soodustamiseks vanema ja lapse vahel, NNK-i tuleks rakendada lühemate perioodidena päeva jooksul, mida sagedamini, seda parem, erineval arvul päevadel ning NNK kestus peaks olema vähemalt üks tund korraga.
- Vahelduvat nahk naha kontakti ema ja isaga rakendada tervetele hilisenneaegsetele 34 0/7 – 36 6/7 GN-1 võimalikult sageli, eriti esimesel 48 elutunnil, millel on positiivne mõju imetamisele, lapsele ja vanematele. Isaga nahk naha kontaktil on positiivne mõju lapse käitumisvastusele, bio-füsioloogilistele näitajatele, valu ja temperatuuri regulatsioonile ja vanemate distressile, suhtlemiskäitumisele ja vanema rolli saavutamisele ning see omab positiivset mõju imetamisele.

Känguruhooldust võiks kasutada peamise hoolitsusviisina, niipea, kui lapse seisund on stabiilne (ei esine tõsisemad apnoesid, desaturatsioonid, bradükardiad). Oluline on tagada toetav asend ja hooldamine beebile, s.t. toetavat suukaudset toitumise kogemust, nahk naha kontakti, lapse puudutamist vanema poolt.

Nahk naha kontakti ja känguruhoolduse kasutamise korral esineb rohkelt tõendatud positiivseid toimeid enneaegsetele ja väikese sünnikaaluga lastele: madalam suremus /vähenenud suremuse risk, vähem nosokomiaalseid infektsioone (nekrootiline enterokoliit, pneumoonia, sepsis), parem kardiorespiratoorne stabiilsus, (parem temperatuuri regulatsioon, vähem hüpotermiat), vähem hüpopglükeemiat, soodustab imetamist, kasutatakse protseduuridest tingitud valu leevendamiseks.

Nahk naha kontakti ja känguruhooldust rakendatakse, sest selline hoolitsemisviis on

- kaitsva toimega paljude negatiivsete toimete eest, ei ole tõendatud kahjulikku toimet;
- palju positiivseid toimeid emale-lapsele;
- odav ja ohutu sekkumisviis, mida rakendatakse emaga ja/või isaga;
- peaks lubatama teha mõlemal vanemal, nii emal kui ka isal oma lapsega;
- universaalne kõikides haiglatüüpides, ei destabiliseeri juba stabiilset madala sünnikaaluga enneaegset;
- NNK läbiviimist peaks soodustama, praktiseerima rohkem, pikemate perioodidena;
- luua head tingimused rakendamiseks: privaatsus, füüsiline komfort, toetav suhtumine;
- vaginaalse sünnituse ja keisrilõikejärgselt alustatakse ema või isaga NNK-i kohe pärast esmast stabilisatsiooni kui lapse seisund võimaldab;
- NNK kestus - vähemalt 1 tund korraga;
- NNK-i kasutada transpordi ajal ühest osakonnast teise.

Enneaegsetele vastsündinutele, kes ei ole veel võimelised ise imema või on ebastabiilses seisundis, on oluline ema varane ja sagedane rinnapiima sõõrutamine/pumpamine piimaproduktsiooni stimuleerimiseks ja sekretsiooniks. Eesmärgiks on ainult rinnaga toitmine, alati kui vähegi võimalik ja pikaajase nahk naha kontakti toetamine ja rakendamine.

4.4. Emadel aidatakse ära tunda viited lapse toitumisele. Kui laps on emaga nahk naha kontaktis võib toitumisele käitumine kesta minuteid, tund ja rohkem. **Lapse toitumisele käitumine sisaldab:** lühikest puhkust peale sünni uue ümbrusega tutvumiseks, otsimisrefleksi vallandumisel aktiivselt suuga otsimist, käe suu juurde toomist, sõrmede imemist, imemisliigutuste tegemist, keele suust välja ajamist, häälitsemist, rinna ja nibu katsumist käega;

fokuseerimist rinna tumedale areoolile ja roomamist ema rinna suunas, jalgadega tõukamist, liikumist otse ja külgsuunas, rinnanibu leidmist ja laia suuga nibu haaramist.

4.5. Nahk naha kontakti mittevajalikuks katkestamiseks ja esmase imetamise õnnestumiseks oodatakse vastsündinule vajalike rutiinsete protseduuridega, mis vajavad emast eraldamist nagu kaalumine, mõõtmine, vannitamine, pediaatri läbivaatus, riietamine, teki sisse mähkimine või valuliku protseduuri, K-vitamiini süsti lihasesiseselt tegemisega enne ema kõhule panekut ning kuni on toimunud esimene imetamine. K-vitamiini süsti peaks tegema 6 tunni jooksul pärast sündi. Vajadusel tagatakse personali teadmised ja oskused läbivaatuse tegemiseks ema kõhul. Laps võib ka selleks ajaks ema kõhule jääda, kui õmmeldakse episiootomia või keisrilõike haava.

4.6. Toetatakse sünnitusaegseid tegevusi, mis soodustavad varast imetamist vähemalt 30. eluminutist.

4.6.1. Tegevused, mis toetavad ema vastsündinuga suhtlemisel: emotsionaalne sünnitusaegne toetus (tugiisik), limiteeritud invasiivsed protseduurid, tähelepanu pööramine ema valu leevendamisel ravimite toimest lapsele, varasel sünnitusaegsel perioodil lubada vähese riskiga naisel süüa kerget toitu ja jooki energiavarude säilitamiseks, liikumisvabadus sünnituse ajal, vältida mittevajalikke keisrilõikeid ja soodustada varast ema-lapse kontakti, esimest imetamist. Ema toetamine sünnituse ajal realiseerub: varase ja sagedase imetamisega, lapsega kergemini lähedase sideme tekkega; lapsel pikema ärkvelolekuga peale sündi, vähenenud riskiga hüpotermiaks, hüpoteermiaks, stressiks ja vähemaks energiakaoks.

4.6.2. Võimalusel välditakse tegevusi, mis pidurdavad, takistavad ema-lapse kontakti ja imetamist: voodis lamamise nõudmine sünnitustegevuse ajal ja sünnitusel, emotsionaalse toetuse puudumine, söögi- ja joogi mitte lubamine, valu leevendamiseks ravimite kasutamine, millel on sedatiivne toime emale ja lapsele, episiootomia teostamine, pidev loote monitooring. I/v infusioonravi - rakendada kindlatel näidustustel - piirab ema liikumist, liigse vedeliku infusioon emale võib vastsündinul sünnijärgselt tekitada elektrolüütide tasakaalutust ja suurt kaalukaotust; lapse kinnimähkimine peale sündi, lapse ja ema eraldamine sünnitusjärgselt.

4.7. Kui laps ei alustanud rinna imemist sünnitustoas, siis tagatakse emale lapsega nahk naha kontakti jätkumine sünnitusjärgses palatis. Kui sünnitustoas on kiire, kohtade puudus, võib ema ja lapse transportida nahk naha kontaktis olles palatisse, kus kontakt jätkub, et toetada imetamist.

Kui ema ei soovi oma last hoida, võib see olla sünnitusjärgse depressiooni, lapsest loobumise või väärkohtlemise suuremaks riskiks. Julgustades nahk naha kontakti võib see vähendada ema poolt lapsele kahju tekitamist.

4.8. Keisrilõike järgselt rutiinseks praktikaks on varane ema-lapse nahk naha kontakt ja abistamine imetamisel. Keisrilõike järgselt julgustatakse esmast imetamist alustama nii kiiresti kui võimalik operatsioonitoas või ärkamisruumis.

4.8.1. Spinaal- või epiduraalanesteesia korral toimub vahetu nahk naha kontakt emaga operatsioonitoas ja imetamise alustamine toimub 1. elutunnil nagu vaginaalse sünnituse korral. Laps pannakse riideteta mähkmega risti ema rindkerele, näoga ema südame poole (lapsele rahustav, ema näeb last paremini), kaetakse rätikuga, pähe pannakse müts.

4.8.2. Üldanesteesia korral teostatakse nahk naha kontakti ärkamisruumis, kui ema on adekvaatne, võib olla veel unine, seni rakendatakse nahk naha kontakt isaga. Tavaliselt ~4 tundi pärast üldanesteesias keisrilõiget on ema adekvaatne ja võib alustada nahk naha kontaktiga. Terve, heas seisundis ajaline vastsündinu võib ~4 tundi esimese toitmis korraga oodata, vältida põhjendamatut piimasegu pakkumist. Aidata ema, kui laps näitab valmisolekut imemiseks - otsib, leiab rinna ja imeb . juhul kui ema on veel unine.

4.8.3. Isaga nahk naha kontakt - on rutiinselt rakendatav alternatiivne sünnijärgne lapse eest hoolitsemise viis, kui ema-lapse nahk naha kontakt ei ole võimalik (ema raske seisund, erakorraline keisrilõige). Isa istub seljatoega mugavale toolile või sünnitustoas heidab palja ülakehaga pikali voodisse. Laps pannakse riideteta mähkmega pikisuunas isa paljale rindkerele, kaetakse tekiga, pähe pannakse müts. Isaga nahk naha kontakt suurendab lapse rahulolu, soodustab suhtlemist ja vokaalset kommunikatsiooni vastsündinuga, aitab lapse keha temperatuuri hoida, laps nutab vähem ning hiljem õnnestub ema juures esmane imetamine paremini.

4.8.4. Keisrilõike järgselt aidatakse emal leida sobiv imetamisasend: selili lamades, laps ema rindkerel; ema külili asendis - aitab emal valu vähendada esimestel tundidel keisrilõike järgselt ja võimaldab imetada isegi kui ema lamab lõdvalt ka spinaalanesteesia järgselt, padi panna selja taha, kui ema lamab külili; istuv asend, padi haavast kõrgemal või laps hoituna ema küljel käega, mis on rinnale lähemal; istuv asend, padi ema põlvede alla või ühe põlve alla.

4.8.5. Ema ja vastsündinu on keisrilõike järgselt ühes ruumis, vajadusel koos abistamisega, kuni ema on võimeline ise lapse eest hoolitsema.

4.9. Kui emal on HIV infektsioon, ema ei imeta last, võib laps ikka ema juurde jääda. HIV positiivne ema peaks kindlasti oma last hoidma, hellitama, olema temaga füüsilises kontaktis.

4.10. Vastsündinu arengulukku märgitakse nahk naha kontakti alguse ja lõpu aeg, kuna laps rinda võttis, mis näitab, et nahk naha kontakt on sama tähtis kui teisedki tegevused, mida peab fikseerima haigusloos. Nahk naha kontakti teostamisega hiline misel, mitte rakendamisel meditsiiniliselt õigustatud põhjused peaks olema dokumenteeritud.

5. Toetage emasid imetamise algatamisel ja jätkamisel ning sagedasemate muredega toimetulekul.
5.1. Kõiki imetavaid emasid õpetatakse ja toetatakse rinnaga toitmise alustamisel esimese kuue sünnitusjärgse tunni jooksul ning tagatakse nõustamise järjepidevus osakonnas. Jagatakse informatsiooni, kuidas saada vajadusel edaspidi kontakti imetamisnõustajaga.
5.2. Kõiki emasid juhendatakse rinnapiima tootmise stimuleerimise alustamise vajalikkuse osas esimese kuue sünnitusjärgse tunni jooksul, ka siis kui ema ja laps asuvad eraldi ning tagatakse nõustamise järjepidevus osakonnas.
5.3. Kõikidele emadele õpetatakse käsitsi rinnapiima sõõrutamist. Kui rinnaga toitmine ei ole võimalik, püütakse tagada, et laps saab oma ema väljasõõrutatud rinnapiima vähemalt 8 korda ööpäevas.
5.4. Kui ema ja lapse seisund lubab, püütakse tagada, et intensiivravil viibivate vastsündinute emad saavad käia oma last rinnaga toitmas.
5.5. Kui imetav ema on sünnitusjärgselt rehospitaliseeritud, luuakse võimalused ja toetatakse rinnaga toitmise jätkamist.
5.6. Emadele ei anta piiravaid soovitusi toidukordade kestuse ja arvu suhtes.
5.7. Kogu personali seas on vähemalt üks koolitatud imetamisnõustaja, kes on kättesaadav ning, kes omab valmidust imetavate emade toetamiseks ja õpetamiseks.
5.8. Osakonnas pakutakse personali poolt ööpäevaringselt abi imetamisel ning kontrollitakse korduvalt (vähemalt 1 kord päevas) imetamisvõtte õigsust ja lapse imemise efektiivsust.
5.9. Kõiki rinnaga toitvaid emasid juhendatakse ja jagatakse kirjalikke juhendmaterjale.
5.10. Kui last ei saa erinevatel põhjustel rinnaga toita (nt. ema või lapse haigus), siis juhendatakse ema last toitma alternatiivsete meetoditega lutipudelit vältides.
5.11. Kõik lapse toitmisega seonduv dokumenteeritakse vastsündinu arenguloos
5.12. Tagatakse piisav informatsioon (sh. piimasegu valmistamisjuhised ja toitmistehnikad) ja individuaalne nõustamine emadele, kelle puhul rinnaga toitmine on vastunäidustatud või kui lisatoidu andmise vajadus on põhjendatud ja dokumenteeritud;
5.13. Tagatakse individuaalne nõustamine ning piisav informatsioon (sh. piimasegu valmistamisjuhised ja toitmistehnikad ning rindade hooldus) emadele, kes ei ole plaaninud ja/või ei soovi last rinnaga toita. Nõustamise läbiviimine ja ema otsus on nõuetekohaselt dokumenteeritud.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

5.1. Antenataalselt teavitatakse kõiki lapseootel naisi imetamise kasuteguritest, füsioloogiast, rinnapiima koostisest ja mikroobioomist jms. Jagatakse vastava sisulisi infomaterjale. Sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas on kättesaadavad infovoldikud, mis sisaldavad konkreetset teavet imetamise alustamisel sagedamini esineda võivate probleemide ja nende lahenduste kohta. Osakonna seintele on paigaldatud rinnaga toitmist kajastavad postrid. Sealhulgas õige ja vale imemisvõte, imetamisasendid, käsitsi sõõrutamine. Infovoldikute ja postrite koostamiseks, perioodiliseks ülevaatamiseks ja/või täiendamiseks moodustatakse töörühm. Emadele antakse materjal "Vastsündinu esimesed päevad" ja juhendatakse selle täitmist ning rõhutatakse selle täitmise kasutegurit emale endale. Sissekandeid kontrollib palati ämmaemand või vajadusel imetamisnõustaja. Nii ämmaemand kui imetamisnõustaja julgustab küsimuste - murede korral oma palati ämmaemanda poole pöörduma. Emad saavad osakonnas viibides infomaterjali, kust leiavad imetamisnõustamiseks vajalikud kontaktid kui selleks vajadus tekib. Lisaks on imetamisnõustajate kontaktid leitavad ka naistekliiniku kodulehel.

5.2. Ämmaemand oskab hinnata laktatsiooni pidurdavaid tegureid (GD, DM, KMI > 25 kg/m², enneaegne sünnitus, erakorraline keisrilõige, suur verekaotus) ja hinnata sellega seoses rinnaga toitmise kulgemise erisust. Olla toetav ja julgustav ning abistada ja nõustada kõiki emasid rinnapiima tekke stimulatsiooni osas (nahk naha kontakt, õige imemisvõte, sagedas regulaarne toitmine /sõõrutamine ööpäevaringselt, valutustamine).

5.3. Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi ja väljaõpet rinnapiima sõõrutamise tehnika ja väljasõõrutatud rinnapiima säilitamise kohta.

5.4. Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi ja väljaõpet rinnapiima tootmise stimuleerimiseks ka siis kui ema ja laps asuvad eraldi ja õpetab seda sünnitanud naistele.

5.5. Sünnitus- ja sünnitusjärgne osakond teeb tihedat koostööd neonatoloogia osakonnaga, et tagada intensiivravil viibivate vastsündinute emadele võimalus käia oma last rinnaga toimas esimesel võimalusel ja/või, et laps saaks väljasõõrutatud rinnapiima.

5.6. Soovitused peavad arvestama ema-lapse psühhoemotsionaalset ja tervislikku seisundit. Emadele ei anta piiravaid soovitusi toitmiskordade kestuse ja kordade arvu suhtes. Soovituslik

toidukordade arv on vähemalt 8 korda ööpäevas ja lapse rinnal oleku aeg aktiivse imemisega keskmiselt 30 minutit.

5.7. Igal tööpäeval on tööl ambulatoorset vastuvõttu teostav imetamisnõustaja ning vähemalt kolmel korral nädalas on lisaks tagatud imetamisnõustaja sünnijärgses osakonnas, kes lisaks palati ämmaemandale nõustab vajadusel mitmike, keisrilõikega sündinutanud ja teisi suuremat tähelepanu vajavaid rinnaga toitvaid emasid (s.h noor esmassünnitaja) esimesel sünnitusjärgsel päeval. Imetamisnõustaja lahendab jooksvalt osakonnas tekkinud rinnaga toitmist puudutavaid küsimusi ja annab palati ämmaemandale juhiseid edasiseks edukaks rinnaga toitmise juhendamiseks.

5.8. Palati ämmaemand teostab igapäevaselt rindade vaatluse, hindab imetamise edenemist ning täidab vastava dokumentatsiooni; lahendab tekkinud rinnaga toitmist puudutavad küsimused oma pädevuse piires ja vajadusel konsulteerib imetamisnõustajaga. Vajadusel lepitakse kokku korduv imetamisnõustaja visiit palatisse või tagasikutsena perekeskusesse.

5.9. Imetamisnõustajad koos ämmaemandatega koostavad ja /või täiendavad rinnaga toitmist puudutavad infomaterjalid emadele/peredele jagamiseks. www.kliinikum.ee/naistekliinik kuvatud materjalid käsitlevad järgmisi teemasid:

- nahk naha kontakt;
- rinnapiima positiivne mõju lapsele;
- rinnaga toitmise positiivne mõju emale;
- lapse õige asendi rinnal;
- õige imemisvõte;
- efektiivse imemise tunnused;
- toitmiskordade sagedus;
- nälja- ja täiskõhutundele viitavad lapse kehamärgid;
- nõudmisel imetamine;
- käsitsi rinnapiima välja sõõrutamine;
- imiku/lapse eakohane urineerimine ja roojamine;
- imetamisnõustaja, ämmaemanda või lastearsti poole pöördumise põhjused ja kontaktid
- luttide ja lutipudelite vältimine;
- lisatoidu (joogi) rutiinselt pakkumisest hoidumine;
- rindade hooldus;

- sagedasemad probleemid rinnaga toitmisel ja nende lahendamine;
- sagedasemad rinnaprobleemid rinnaga toitmise ajal ja nende lahendamine;
- tööseadusandlus imetamispauside õiguse kohta tööl.

5.9.1. Imetamisnõustajad koostavad materjale/tegutsemisjuhiseid ämmaemandatele ühtsete seisukohtade reguleerimiseks ja järgimiseks.

5.10. Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal omab piisavalt teadmisi ja väljaõpet väljasõõrutatud rinnapiima või vajadusel näidustatud lisatoidu alternatiivsete manustamisviiside kasutamiseks lutipudelit vältides ning õpetab seda sünnitanud naistele.

Alternatiivsed toitmismeetodid:

- suu kaudsed meetodid (tassist, lusikast, süstlast, otse rinnast piima suhu tilgutamine, pipetist, sõrmelt toimine sondiga);
- “Soft cup”;
- “CALMITA”, “CALMA” lisatoitmissüsteem;
- intragastraalse sondiga toimine.

5.10.1. Naistekliiniku kodulehe “Imetamisnõustamise” rubriik kajastab teavet, mis teavitab peresid osakonnas lapsele lisatoitmise vajaduse tekkimisel alternatiivsete toitmismeetoditest.

5.10.2. Juhul kui pere nõuab vaatamata eelnevale nõustamisele lapse toitmist lutipudelist, siis see dokumenteeritakse, juhendatakse ning kontrollitakse pudelist toitmise õigsust.

<p>6. Ärge pakkuge rinnaga toidetud vastsündinule muud toitu ega vedelikke kui rinnapiim, välja arvatud juhul, kui see on meditsiiniliselt näidustatud</p>
<p>6.1. Kogu kliiniku personal ja emad on teadlikud ternespiima koostisest ja imetamise kasuteguritest ning mittevajalikust lisavedeliku andmisest. Emasid informeeritakse lisavedeliku ja lutipudeli kasutamise potentsiaalsest negatiivsest mõjust. Vastsündinutele ei pakuta steriilset vett, glükoosilahust või piimasegu ilma näidustuseta.</p>
<p>6.2. Naise rinnaga toitmise soov ja realiseerumine dokumenteeritakse sünnitus- ja vastsündinu arenguloos.</p>
<p>6.3. Kõiki naisi informeeritakse lisatoidu (-joogi) kasutamisest ning selle võimalikust negatiivsest mõjust imetamise alustamisele, et emadel oleks võimalik langetada infomeeritud otsus lisatoidu kohta. Otsuse langetamise järgselt kliiniku personal aktsepteerib ja toetab ema poolt tehtud valikut.</p>
<p>6.4. Kliinikus ei ole imetavatele emadele lubatud jagada tasuta piimasegude kuponge, näidiseid ja reklaamesemeid.</p>

6.5. Piimasegu pakkumise vajadus näidustusel hinnatakse ja põhjendatakse haigetele ja erivajadustega lastele ning dokumenteeritakse vastsündinu arenguloos.

6.6. Piimasegusid ja valmistamiseks vajalikke vahendeid hoitakse eraldi selleks ettenähtud ruumis, kuhu emad ei pääse.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

6.1. Kõik kliiniku töötajad omavad piisavat ettevalmistust, et tagada emadele asjakohane toetus ja nõustamine. Terved ja ajalised vastsündinud, kes on sünnitusjärgses osakonnas koos emadega ei vaja lisatoitu, seega välditakse mittevajaliku lisatoidu pakkumist. Kui esineb probleeme rinnaga toitmisel on vajalik ema aidata, nõustada, mitte anda kiirustades lisatoitu. Kliiniku töötajal, kes pakub lisatoitu probleemide lahendamiseks (rahutu laps, valulik imetamine, vms) võivad olla puudulikud teadmised ja oskused rinnaga toitmise toetamiseks. Lisatoidu sage kasutamine võib viidata stressirohkele keskkonnale, kus valitakse kiire, ajutine lahendus, kuid probleemi ise jääb lahendamata. Emasid teavitatakse, et on väga vähesed juhud, kui rinnaga toitmine tuleb meditsiinilistel põhjustel katkestada. Imetamisnõustamise käigus pakutakse emadele vajadusel rinnaga toitmise ajal ravimite tarvitamisega seotud teavet.

Rasedusaegne ja sünnitusjärgne hooldus on personaalne ja lähtub individuaalsetest vajadustest. Vanematele suunatud teave peab andma ülevaate rinnapiima kasulikkusest, rinnaga toitmise tehnikast ja kui imetamine ei ole võimalik, siis piimasegu ja lutipudeliga toimisest. Imetamise toetamisel lähtutakse järgmistest põhimõtetest:

- soodustada, aidata kaasa rinnaga toitmise õnnestumisele 1.elutunnil;
- rõhutada/ selgitada emadele ja personalile mikrobioomi väljakujunemise olulisust;
- imetamise kestvust ja sagedust ei tohiks piirata. Soodustatakse nõudmisel toitmist ja vajadusel toita mõlemast rinnast;
- rõhutada öise toitmise olulisust laktatsiooni käivitamisel ja jätkamisel, vähemalt kaks toitmiskorda öösel;
- emadele antakse nõu, kuidas ära tunda näljast imikut (millal imik annab märku, et teda tuleks toita).
- Toitmise kestvus ja sagedus on lastel erinev, kuid kõigil ühine visioon ja soovitus on 8-12 toitmiskorda ööpäevas vähemalt 15-20 minutit aktiivset imemist kummalgi rinnal.
- Emad kellel on olnud instrumentaalne sünnitus või keisrilõige peaksid saama lisatoetust rinnaga toitmise alustamisel. Võimalusel imetamisnõustamine intensiivravi palatis.
- Personal jagab üheselt mõistetavat ja objektiivset informatsiooni, rõhutab rinnaga toitmise olulisust.

- Tasuta näidised, kingitused või kirjandust, mis kajastavad otseselt imiku piimasegu ei edastata rasedatele või nende lähedastele.
- Personal peab olema toetav kui ema on otsustanud rinnaga mitte toita ja nendele emadele pakutakse igakülgselt toetust nende poolt valitud toitmismeetodi kasutamiseks.

6.2. Naise rinnaga toitmisest soov ja õnnestumine dokumenteeritakse sünnitus- ja vastsündinu arenguloos igapäevaselt lähtuvalt imetamise füsioloogiast.

6.3. Praktikas esineb olukordi, mil ilmneb meditsiiniline vajadus pakkuda tervele ajalisele vastsündinule lisa- või laktatsioonieelset toitu. Lisatoitu, laktatsioonieelse toidu pakkumine võib põhjustada järgmisi olukordi:

- vastsündinu kõht on täis ja ta imeb vähem või keeldub rinnast;
- vastsündinul on raskusi rinna õige haaramisega, sest teda on eelnevalt lutist toidetud;
- vastsündinu imeb ja stimuleerib vähem rinda;
- rinnapiim tekib hiljem ning esineb raskusi imetamise väljakujunemisel;
- vastsündinu võib kergemini haigestuda seedetrakti nakkustesse;
- vastsündinul võib kergemini välja kujuneda piimavalgu talumatus;
- vastsündinul võivad kujuneda allergilised haigused;
- väheneb ema eneseusaldus, kui lisatoitu kasutatakse nutva lapse rahustamiseks;
- lisatoidu pakkumine on sageli ebavajalik ja võimalikku kahju tekitav kulutus.

Rinnapiima kasulikkus enneaegsetele lastele on leidnud kinnitust, seetõttu julgustatakse ja toetatakse emasid rinnaga toitmisel. Kui laps vajab ravi, jälgimist lastekliinikus ja/või laste intensiivravi osakonnas nõustatakse ema, et lapsest lahusolek ei takista/välista rinnaga toitmist ning personal toetab ema rinnapiima tootmise alustamisel ning laktatsiooni säilitamisel. Personalil on ühised teadmised ema rinnapiima sõõrutamise alustamisest ja jätkamisest, sagedusest, säilitamisest ja transportimisest. Lähtuda MTO soovistest, rinna stimuleerimine peab toimuma vähemalt 6 korda ööpäevas, ka öösel vähemalt üks kord. Kui laktatsioon mingil põhjusel ei õnnestu, alustada rinna stimuleerimist hiljemalt 5 tundi peale sünnitust.

6.5. Raskelt haiged, kirurgilist ravi vajavad ja väga väikese sünnikaaluga lapsed vajavad ravi neonatoloogia või lasteintensiivravi osakonnas. Nende toitmisel arvestatakse nende vajadusi ja erisusi, kuid rinnapiima püütakse anda igal võimalusel.

Erihooldust vajavate laste hulka kuuluvad sageli ka < 1500g või < 32 rasedusnädalal sündinud ja väga ebaküpsed, raske hüpoglükeemia ohuga või hüpoglükeemia tõttu ravi vajavad lapsed, kelle seisund rinnaga toitmise intensiivistamise või rinnapiima pakkumise järel ei parane.

Meditiinilised põhjused/näidustused lisatoidu või vedelike pakkumiseks:

- ema on raskelt haige (psühhoos, sepsis, lahtine tuberkuloos, eklampsia või šokk);
- ema eelnev rinna/rindade kirurgiline sekkumine, mis takistab rinnaga toitmist;
- ulatuslik verekaotus;
- lapse kaasasündinud ainevahetushäire (galaktoseemia, fenüülketonuuria, vahtrasiirupitõbi);
- äge vedeliku kaotus (n: fototeraapia korral, kui rinnaga toitmise intensiivistamine ei taga adekvaatset hüdratatsiooni);
- laps, kelle ema saab ravimeid, mille korral on rinnaga toitmine vastunäidustatud (tsütotoksilised või radioaktiivsed ained, antitüreoidsed preparaadid peale propüültiouratsiili).
- Kui ema haigusest tulenevalt rinnaga toitmine ei ole ajutiselt võimalik, siis tuleb ema juhendada laktatsiooni säilitamise osas.

6.5.1. Järgmised vastsündinud võivad 1.-3. elupäeval vajada lisatoitu:

- ebaküps laps (dehüdreeritud, kõhn, turgor langenud);
- ülirutatud laps (närviline);
- enneaegne laps;
- sünnikaal <2500g või SGA (s.o. üsasisese kasvupeetusega);
- sünnikaal >4500g või LGA (s.o. liiga suur gest. aja kohta);
- janupalavikuga laps (alati mõtle, kas pole tegemist infektsiooniga);
- lapse hüpoglükeemia;
- lapse hüperbilirubineemia;
- lapse kaasasündinud anomaalia.

NB! Alati on vaja iga last individuaalselt hinnata!

6.5.2. Järgmised vastsündinud võivad vajada lisatoitu pärast 3. elupäeva:

- kaalulangus >10%;
- lapsed, kes keelduvad imemast või on imevad loiult;
- otsida põhjust, miks ta ei ime efektiivselt;
- lapsel ikterus, bilirubiin > 300 mmol/l;

- kehatemperatuuri tõus (janupalavik või infektsioon?)

7. Võimaldage emadel ja nende vastsündinutel olla koos ööpäevaringselt
7.1. Kõikidele sünnitusjärgsetele naistele luuakse võimalus oma lapsega koos olemiseks ööpäevaringselt, et ema saaks imetamise soodustamiseks last rinnaga toita vastavalt lapse nõudmisele ja võimalikult sageli kogu haiglas viibimise ajal.
7.2. Ema innustatakse hoolitsema iseseisvalt oma vastsündinu eest, pereliikmeid motiveeritakse osalema vastsündinu eest hoolitsemisel võimaldades emal puhata.
7.3. Imetavaid emasid informeeritakse öiste toidukordade vajalikkusest kinnitades, et see on normipärane vastsündinu ja imiku vajaduste rahuldamine.
7.4. Meditsiinilisi protseduure/läbivaatusi teostatakse ema palatis, kui see on võimalik ning praktiliselt teostatav. Kui laps on rinnal, loobutakse nii ema kui vastsündinu läbivaatustest/protseduuridest.
7.5. Vastsündinu emast eraldamine toimub vaid juhul, kui laps viibib ravil intensiivravipalatis või ema tervislik seisund on raske ja/või ei võimalda lapse eest hoolitseda.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

7.1. Kõikidel emadel ja lastel võimaldatakse koos olla ööpäevaringselt, et ema saaks imetamise soodustamiseks last rinnaga toita vastavalt lapse nõudmisele ja võimalikult sageli kogu haiglas viibimise ajal. Lapsega päeval ja öösel koos olles õpib ema ära tunda viited lapse toitmiseelsele käitumisele ja vastab neile, mis hõlbustab imetamise alustamist. Laps on kas voodikeses ema voodi kõrval, et ema näeks kergesti last ja saaks last enda juurde võtta või emaga ühes voodis, kui voodi on lai ja kõvema madratsiga. Perekonna kaasamine sünnitusjärgselt on oluline ja vajalik, et realiseerida potentsiaal kauakestvateks positiivseteks mõjudeks:

- vastsündinute füüsilisele, kognitiivsele ja psühhosotsiaalsele arengule,
- k.a. nendele, kes on ravil neonataalses intensiivravi osakonnas.

7.2. Ema innustatakse hoolitsema iseseisvalt oma vastsündinu eest, pereliikmeid motiveeritakse osalema vastsündinu eest hoolitsemisel võimaldades emal puhata. Neonatoloogia osakonnas ravil olevatele vastsündinutele soodustatakse perekesket ravi: sekkumisi, mis soodustavad lähedussidet, emotsionaalset sidet ema/isa ja lapse vahel. Rakendatakse rahustavaid sessioone, kui laps on intensiivraviosakonnas ja kuvöösis, mis aktiveerivad ema ja last vastastikku füüsilistes, sensorsetes ja emotsionaalsetes kogemustes. Nendeks on ema ja lapse lõhnaga vastastikune puuvillase riideeseme vahetus, pikemaegne lapse puudutamine (üks käsi jalgadel, teine kõhul), häälega rahustamine, silmside kontakti loomine. Kui laps on stabiilses üldseisundis, rakendatakse nahk naha kontakti, lisaks kaasatakse ema/isa võimalikult palju igapäevasesse lapse hooldamisse.

7.3. Imetavaid emasid informeeritakse öiste toidukordade vajalikkusest kinnitades, et see on normipärane vastsündinu ja imiku vajaduste rahuldamine.

7.4. Lapse meditsiinilisi läbivaatusi pediaatri või ämmaemanda poolt, vaksineerimisi teostatakse koos emaga/isaga (või ema/isa juuresolekul) selleks ettenähtud läbivaatustoas. Skriiningvere võtmine ainevahetushaiguste diagnostikaks toimub ema palatis, valu leevendamiseks soovitatakse pakkuda lapsele rinda nahk naha kontaktis.

7.5. Ema ja lapse eraldamisel on negatiivne mõju imetamisele, lapsed kisavad rohkem, emade rahulolu on väiksem, võib esineda psühholoogiline trauma nii emale kui lapsele. Kui enneaegne või haige laps tuleb raviks emast eraldada eraldi ravipalatisse, peab vanematel olema võimalus last külastada.

Lapse stabilisatsioonil vahetult peale sündi:

- peaks lapsel olema võimalus olla oma vanemate lähedal enne neonatoloogia osakonda viimist;
- lubada emal last kallistada lühikese aja jooksul, tagades vajadusel hingamisabi;
- sõltuvalt kohalikest oludest, lapsevanem võiks aidata last kaaluda, panna kuvöösi, ja olla kaasas lapse viimisel neonatoloogia osakonda.

Kõik emad, kelle lapsed vajavad erilist hooldust, peavad olema teadlikud rinnapiima tähtsusest/vajalikkusest lapsele. Emadele tuleks õpetada: regulaarset rinnapiima sõõrutamist ja kogumist, laktatsiooni säilitamist, enese eest hoolitsemist, selgitatakse puhkuse, piisava toidu ja joogi vajalikkust, õigeid imetamisvõtteid.

7.5.1. Laps ja ema on koos ühes toas ka keisrilõike järgselt, laps ema lähedal, et ema saaks last sageli imetada. Ema peaks abistama imetamisel, eriti, kui laps on eraldi voodikeses.

8. Julgustage/õpetage emasid ära tundma ja reageerima oma vastsündinu toitmiseelsele käitumisele

8.1. Emasid julgustatakse nõudmisel imetama. Rinnaga toitmise sagedus ja kestus põhineb iga vastsündinu individuaalsetel vajadustel, kuid mitte harvem kui 8 korda ööpäevas. Rõhutatakse öise imetamise vajalikkust.

8.2. Sünnitusjärgselt õpetatakse emasid ära tundma vastsündinu imemissoovi ja õiget asendit rinnal; kontrollitakse imemisevõtte õigsust ja imemise efektiivsust; ööpäevaringselt pakutakse igakülgselt abi imetamisel.

8.3. Sünnitusjärgseks kohanemiseks uue olukorraga ning imetamiskäitumise omaks võtmiseks lühendatakse sünnitusjärgseid külastustunde.

8.4. Kõiki emasid julgustatakse piimapaisu ja/või mastiidi puhul sageli imetama. Antakse juhiseid võimalike rinna probleemide korral katkematu ja jätkusuutliku imetamise õnnestumiseks.

8.5. Kõik imetamisnõustamisega seonduv dokumenteeritakse vastsündinu arenguloos.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

8.1. Emadele on esimesel sünnitusjärgsel päeval kättesaadav igakülgne rinnaga toitmise juhendamine sünnijärgses osakonnas ämmaemanda ja vajadusel imetamisnõustaja poolt ning vajalikud infomaterjalid imetamise kasuteguritest ja füsioloogiast. Juhendatakse igapäevaselt “Vastsündinu esimesed päevad” täitmist, et tagada emade teadlikkus ning vastsündinule küllaldane rinnal viibimise aeg ja rindade stimulatsioon.

8.2. Kogu kliiniku personal omab teadmisi vastsündinu kohanemisest imetamisega, õigetest imetamisasenditest ja –võtetest. Emasid õpetatakse ära tundma lapse imemissoovi väliste tunnuste alusel ning korrigeerima enda ja lapse imetamisasendit.

8.3. Antenataalse ettevalmistuse ja visiitide käigus vesteldakse perega vajadusest haiglas oleku ajal külastusaja lühendamisest, mis võimaldab emal ja perel pühendada rohkem aega vastsündinu eest hoolitsemisele, imetamisele ning puhkusele. Soovitatakse teha oma lähedasema suhtlusringkonnaga juba sünnituseelselt külastamist välistavad või piiravad kokkulepped.

8.4. Personal omab vastavat erialast ettevalmistust, et nõustada ema imetamise alguses ning selle jätkudes võivate rinda või rinnaga toitmist puudutavate probleemide osas. Füsioloogiast erinevate seisundite (soori ja/või vasospasmi) kahtlusel on vajalik imetamisnõustaja konsultatsioon, tema poolt patsiendile individuaalselt kohandatud raviskeemi järgimine ning tagasikutse/tagasiside korraldamine.

8.4.1. Sagedasemad rindadega esinevad probleemid koos tegutsemise juhistega on käsitletud ja kättesaadavad naistekliiniku kodulehel “Imetamisnõustamise” rubriigis, mida täiendatakse/korrigeeritakse vajaduspõhiselt.

9. Nõustage emasid lutipudelite ja luttide kasutamisega seotud riskide osas

9.1. Kliiniku personal on teadlik luttide ja lutipudelite võimalikust negatiivsest mõjust imetamise edenemisele. Personal ei soovita tervetele ja ajalistele vastsündinutele rinnaga toitmise käivitumise perioodil lutti, lutipudelit ega rinnanibukaitsmeid; ka lisatoitmise vajadusel.

9.2. Emasid nõustatakse rõngasluti ja rinnanibukaitsmete võimalikust negatiivsest mõjust imetamise alustamisele ja jätkamisele.

9.3. Lapsevanematele õpetatakse alternatiivseid lisatoidu pakkumise viise (nt toitmine tassist/topsist/ süstlast/ lusikast). Meditsiinilise näidustuse korral õpetatakse alternatiivina

lutipudeliga toitmist. Enneaegsete vastsündinute puhul eelistatakse lutipudelist toitmisele teisi alternatiivseid lisatoiduandmise viise, kuni imetamine õnnestub hästi.

9.4. Vastsündinule ebamugavust põhjustavate protseduuride ajal soovitatakse kasutada nahk naha kontakti ja imetamist.

9.5. Kliinik ei kasuta ega reklaami tasuta lutipudeleid ega lutte ei otseselt ega kaudselt.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

9.1. AAP (*The American Academy of Pediatrics*) Ameerika Pediaatrite Akadeemia ei toeta kategoorilist rõngasluttide keelustamist, kuna luttide kasutamine võib vähendada riski SIDS-i (*sudden infant death syndrome*) imiku äkksurma sündroomi tekkeks ja neil on kasulik analgeetiline toime valulike protseduuride korral, kui imetamine ei saa tagada analgeesiat. Rõngasluttide kasutamine haiglas neonataalperioodis peab olema limiteeritud eriliste meditsiiniliste näidustustega, näiteks: valu vähendamine ja lapse rahustamine ravimitega kokku puutumisel või oraalse motoorse funktsiooni parandamine haigel lapsel.

Kliiniku personal ei soovita emadele ja väldib rõngasluttide ja lutipudelite kasutamist tervetel ajalistel vastsündinutel rinnaga toitmise ja laktatsiooni väljakujunemisperioodi esimestel nädalatel.

Tervete ajaliste vastsündinute emasid teavitatakse, et varajane rõngasluttide kasutamine on seotud vähem eduka imetamisega ja on vajalik edasi lükata kuni eduka imetamiseni, tavaliselt 3-4 nädalat peale lapse sünni, kui rõngaslutti võib kasutada lapse uinumisel või une ajal selili asendis magamisel.

9.2. Emasid nõustatakse varase rõngasluti ja kunstliku lutiga pudelist toitmise ebasoovitava, kahjuliku mõju eest imetamise alustamisele, vaid rinnaga toitmise edukusele ja kogu imetamisperioodi lühemale kestusele.

Rinnanibukaitsmeid ei kasutata rutiinselt imetamisprobleemide sh rinnanibulõhede vältimiseks või raviks, lamedate ja sissepöördunud rinnanibude korral. Rinnanibukaitsmeid kasutatakse ainult kooskõlastatult imetamisnõustajaga, kui teised võtted probleemi lahendamiseks on ebaõnnestunud.

9.2.1. Rõngasluttide kasutamist tuleks vältida ja mitte soovitada, kuni ei ole edukas imetamine väljakujunenud.

- Lapsed eelistada lutti ja keelduda imemast ema rinda.

- Kui laps imeb rõngaslutti, ei tunne ema õigeaegselt ära lapse toitmiselset käitumist, imetamine hilineb ja on raskendatud.
- Kui näljasele lapsele pakutakse söögi asemel lutti, siis imeb ta vähem ja harvem ema rinda, mille tõttu stimulatsioon on puudulik ja laktatsioon hilineb. Laps kulutab energiat ja kaotab rohkem kaalu, mis suurendab piimasegu pakkumise riski.
- Lutid ja pudelid võivad kanda edasi nakkust.
- Imikul võib tekkida probleeme õige imemisvõtte ja tehnika osas, kui teda on eelnevalt lutipudelilist toidetud.
- Lutipudeliga toitmisel muutub suulihaste funktsioon nõrgemaks, mistõttu on lapse huvi rinnalt imemise vastu kesine.
- Lutipudeliga toidetud või lutti saavatel imikutel võib esineda lapse -ja koolieas rohkem kõrvapõletikke, kõnehäireid ja hambumuse probleeme.
- Üksikutel juhtudel, kui on vajalik pakkuda lisatoitu on soovitatav toita topsist, kuna seda on kergem puhastada ja kindlustab selle, et laps on hoitud õigesti (süles, näoga ema poole) ja teda jälgitakse toitmise ajal. Topsiga toitmine ei võta kauem aega kui pudeliga.

9.3. Lapsevanematele tutvustatakse ja õpetatakse vajadusel sõõrutatud rinnapiima või piimasegu pakkumiseks (näiteks hüpopglükeemia korral) kasutama alternatiivseid lisatoidu andmise viise (topsist, süstlast, tassist, lusikast, sondiga sõrmelt toitmist). Meditsiinilise näidustuse korral õpetatakse alternatiivina lutipudelilist toitmist (näit. ema haiguse tõttu, kui imetamine on vastunäidustatud).

9.3.1. Enneaegsetele vastsündinutele kasutada lutipudelilist toitmisele teisi alternatiivseid lisatoidu pakkumise viise (topsist, intragastralse sondiga, lusikast, süstlast, jne.), kuni imetamine õnnestub hästi ja kasutada lutte ja nibukaitsmeid ainult õigustatud põhjustel. Enneaegsete lutipudelilist toitmise raskendab hilisemat rinnalt imemise õppimist. Enneaegsetele vastsündinutele, kes ei ole võimelised otse rinnalt imema, võib olla kasulik oraalseks stimulatsiooniks mitte-toitumuslik tühja luti imemine.

9.4. Valu leevendamiseks ja ebamugavust põhjustavate protseduuride ajaks soovitatakse kasutada nahk naha kontakti ja imetamist. Mittefarmakoloogilised meetodid valu leevendamiseks on: nahk naha kontakt/känguruhooldus ja rõngasluti imemine, võib kasutada kombinatsioonis glükoosiga valu vähendamiseks või valu vältimiseks.

Enneaegsetel ja ajalistel vastsündinutel kasutada võimalusel imetamist või rinnapiima pakkumist (suu kaudselt süstlaga, sondiga) protseduuriaegse valu leevendamiseks. Kui imetada ei saa, kasutada alternatiivina 20-30% -st glükoosilahust suu kaudselt. Glükoos vähendab valu ja kisa ühekordse kannatorke ja veenipunktsiooni korral, 20%-30% glükoosilahusel on valuvaigistav toime ja tuleb kasutada protseduuri valu leevendamiseks tervetele ajalistele ja enneaegsetele vastsündinutele.

Lapse rahustamiseks luti asemel soovitatakse kasutada nahk naha kontakti ja imetamist, süles hoidmist, kõndimist, massaaži, rahulikku muusikat.

9.5. Kliiniku personal ei reklaami rinnapiima alternatiive, lutipudeleid ega lutte ei otseselt ega kaudselt. Samuti ei kasuta kliiniku personali rinnapiimaasendajaid tootvate firmade logosid kandvaid reklaamtooteid, näiteks postreid, kalendreid, kruuse, kirjutusvahendeid, märkmikke jm.

10. Korraldage haiglast kojukirjutamine viisil, mis tagab lapsevanematele ja nende vastsündinutele jätkupideva toetuse ja abi

10.1. Riskigrupi kuuluvatele emadele koostatakse vajadusel kirjalik plaan imetamise jälgimiseks. Haiglast kojukirjutamisel broneeritakse aeg sünnitusjärgseks koduvisiidiks või imetamisnõustamiseks.

10.2. Imetavatele emadele jagatakse informatsiooni võimalikest probleemidest rinnaga toimise ajal ja nende lahenduste leidmiseks, mis julgustaks ja toetaks imetamise õnnestumist. Naistekliinik tagab kättesaadava imetamisnõustamise kõikidele imetavatele emadele, luues selleks erinevaid võimalusi – veebinõustamine, imetamisnõustajate vastuvõttud, sünnitusjärgne koduvisiit jms.

10.3. Haiglast kojukirjutamisel pakutakse ämmaemanda sünnitusjärgse koduviisi võimalust, mis julgustaks ja toetaks emasid laktatsiooni käivitamise perioodil, seeläbi suureneks rinnaga toitvate laste hulk.

10.4. Rinnaga toitmise edendamiseks kogukonnas arendatakse süsteemset imetamisnõustajate võrgustiku koostööd.

Tegevused eesmärkide saavutamiseks

10.1. Päevad, mis järgnevad haiglast lahkumisele, otsustavad rinnaga toitmise õnnestumise või ebaõnnestumise. Seetõttu on oluline, et ema on teadlik, kelle poole ta rinnaga toitmisel tekkivate probleemide korral pöörduda saab. Peamine põhjus varasele piimasegu kasutamisele üleminekul on emade poolt tajutud raskused rinnaga toitmisel ning emade ebakindlus. Kõige sagedamini kirjeldatud imetamisprobleemid esimesel sünnitusjärgsel kuul on: magav laps, valulikud rinnanibud, piimapaisu tõttu turses rinnad, rinnapiima tagasiheide, lapse liiga sagedane rinnale

nõudmine, mis tekitab ebakindlust piisava rinnapiima koguse osas, ema meeleolulangus. Sagedasema rinnaga toitmisest loobumise põhjusena mainitakse siiski ebapiisavat rinnapiima kogust. Kirjanduse andmetel on enamus emasid füsioloogiliselt võimelised tootma oma lapse vajaduste tarbeks piisavas koguses rinnapiima, seega on emade poolt tajutud rinnapiima vähesuse põhjuseks pigem ebaõiged imetamisvõtted, ebapiisav imetamise nõustamine ning jätkupidev toetuse puudumine haiglast lahkumise järgselt.

Eelneva negatiivse imetamiskogemusega ja emasid, kellel on haiglas viibimise ajal ilmnunud imetamisprobleemid, nõustatakse enne haiglast lahkumist põhjalikult probleemidega toimetuleku osas. Sünnijärgses osakonnas võimaldatakse nendele emadele imetamisnõustaja konsultatsioon. Naise kojukirjutamise eelselt hinnatakse naise rinnaga toitmise toimetulekut „Imetamise eneseefektiivsuse skaalaga“. Vajadusel kutsutakse naine koos lapsega rinnaga toitmisega toimetuleku jälgimiseks imetamisnõustaja konsultatsioonile haiglast lahkumise järgselt 2–4 päeva möödudes. Vastavalt vajadusele kutsutakse naine imetamisnõustamisele korduvalt. Vajadusel koostatakse imetamisprobleemide korral individuaalne kirjalik plaan imetamise jälgimiseks, mille meeskonda kaasatakse vajadusel ka teisi spetsialiste. Vajadusel jagatakse vastavasisulisi infomaterjale.

Rinnaga toitva ema nõustamisel arvestatakse imetamise alustamist ja jätkamist mõjutavaid tegureid: ema vanus, haridustase, sotsiaal-majanduslik staatus, perekonnaseis, tööhõive, kahjulikud harjumused, imetamisega seonduvad teadmised ja hoiakud, varasem imetamiskogemus ning sotsiaalse tugivõrgustiku olemasolu. Erilist tähelepanu tuleb pöörata väga noortele, madala sotsiaal-majandusliku staatusega ja tugivõrgustiku toetuseta naistele.

10.2. Rinnaga toitvate emade jaoks tagatakse hoolduse järjepidevus sünnitusjärgselt haigla personali poolt ja haiglast lahkumise järgselt kogukondlike tugivõrgustike ja imetamisnõustajate poolt. Naistekliiniku eesmärk on tagada, et imetamisnõustamine on kättesaadav kõikidele. Kõiki rinnaga toitvaid emasid informeeritakse, kuidas saada vajadusel kontakti imetamisnõustaja, ämmaemanda ja naistearstiga. Kui naisel ei ole võimalik pöörduda imetamisnõustamisele naistekliinikusse, siis informeeritakse teda imetamisnõustamise võimalustest elukohajärgselt. Sünnitusjärgses kontrollis küsitleb ämmaemand imetamise edenemise kohta ja dokumenteerib selle.

Nõustamise järjepidevuse tagamiseks rakendatakse järgmisi meetmeid:

- naistekliiniku koduleheküljel on võimalus veebipõhiseks imetamisnõustamiseks;

- rinnaga toitmist puudutav informatsioon, sh informatsioon imetamisnõustamise võimaluste kohta, on kättesaadav naistekliiniku koduleheküljel;
- naistekliinikus toimuvad igal tööpäeval imetamisnõustajate vastuvõttud, kuhu kõik imetamisprobleemidega naised saavad etteregistreerimisel pöörduda;
- kliiniku personali positiivne suhtumine ja hoiak aitab hajutada hirme;
- haiglas oleku ajal toimub igapäevane ämmaemanda poolne hinnang imetamise õnnestumisele ja edenemisele, probleemide korral põhjalik nõustamine;
- naistekliinikust kojukirjutamisel antakse emadele kaasa kirjalik informatsioon imetamisnõustajate kontaktidega.

10.3. Emadushoolduse jätkupidevuse loomiseks, rinnaga toitmise edendamiseks ning imetavate emade ja perede sünnitusjärgseks toetamiseks ja kohanemiseks on naistekliinikus loodud võimalus ämmaemanda sünnitusjärgseteks koduviisitideks.

Kui sünnitusjärgses osakonnas viibimise ajal on olnud vajadus anda lapsele lisaks piimasegu või kasutatakse nibukaitset, siis arutatakse ema/perega läbi edasine tegutsemisplaan, vajadusel antakse kaasa juhised toitmiseks.

10.4. Toetus rinnaga toitvatele emadele on väga oluline esimestel päevadel pärast haiglast kojukirjutamist. Emasid informeeritakse raseduse ajal ja peale haiglast lahkumist erinevatest imetamisnõustamise võimalustest. Naistekliinikus viiakse regulaarselt läbi imetamise vestlusringi, kus väikeses vabas õhkkonnas saab jagada rinnaga toitmist puudutavaid hirme ja muresid ning rääkida kogemustest ja ootustest.

Varajane kojukirjutamine peab olema paindlik ning selle rakendamine sõltub ema ja lapse tervislikust seisundist, naise individuaalsetest vajadustest ning valmisolekust. Haiglast varajane kojukirjutamine võib olla eduka imetamise riskiteguriks, sellega seoses kutsutakse varakult kojukirjutatud emad tagasi Perekeskusesse ämmaemanda ja/või lastearsti vastuvõtule, vajadusel pakutakse sünnitusjärgset koduviisiti ja/või imetamisnõustaja vastuvõttu.

Jätkupidev toetusüsteem tagab rinnaga toitmise edukuse!

Kasutatud allikad

1. Abdulghani N., Edvardsson K., Amir LH.(2018) Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review, PLOS ONE.
2. ABM Position on Breastfeeding—Revised 2015 Caroline J. Chantry,1–3 Anne Eglash,4 and Miriam Lobbok5 <https://www.bfmed.org/statements>
3. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #7 (ABM #7): Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Medicine*, Volume 5, Number 4, 2010. <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx>
4. American Academy of Pediatrics Policy Statement (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk, *Pediatrics*, 129(4): e827-e841.
5. Andres V, Garcia P, Rimet Y, et al.(2011) Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*.
6. Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015 (2009).
7. Australian National Breastfeeding Strategy: 2019 and Beyond. <http://www.coaghealthcouncil.gov.au/Portals/0/Australian%20National%20Breastfeeding%20Strategy%20-%20FINAL%20.pdf>

8. Barros, F. C., Victoria, C. G., Semer, T. C., Filho, S. T., Tomasi, E., & Weiderpass, E., (1995). Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics*, 95(4): 497-499.
9. Batista, C.L.C, Ribeiro, V.S., Nascimento, MdeD., Rodrigues, V.P.(2018). Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *Journal sw Pediatria*, Vol. 94, Issue 6, 596-601.
10. Beake S., Bick D., Narracott C., Chang Y.-S.(2016). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review Wiley Maternal and Child Nutrition,
11. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ.(2011). Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*;
12. Bramson L., Lee JW., Moore E., Montgomery S., Neish C., Bahjri K., Melcher CL.(2010). Effect of Early Skin-to-skin Mother-Infant Contact During the First 3 Hours Following birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. *Journal of Human Lactation*.
13. Breastfeeding Promotion and Support in a Baby Friendly Hospital - 20 hour course for staff. Section 3. Birth practices and breastfeeding – STEP 4 (WHO/UNICEF 2009).
14. Bueno,M., J Yamada, D Harrison, S Khan, A Ohlsson, T Adams-Webber, J Beyene, B Stevens. (2013). A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Res Manag*.
15. Chezem, J., Friesen, C., & Boettcher, J. (2003). Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: Effects on actual feeding practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(1): 40-47.
16. Clinical Midwifery Consultant Breastfeeding Centre. (2016) Breastfeeding: Antenatal Education and Counselling. Clinical Practice Guideline,. Government of Western Australia North Metropolitan Health Service.
17. Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J.(2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby Review article *Journal of Perinatology*,.
18. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL.(2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD002771.

19. Declercq, E., Lobbok, M., Sakala, C., & O'Hara, M. (2009). Hospital Practices and Women's Likelihood of Fulfilling Their Intention to Exclusively Breastfeed. *American Journal of Public Health*, 99(5): 929-935.
20. Delli Fraine, J., Langabeer, J., Williams, J., Gong, A., Delgado, R., & Gill, S. (2011). Cost Comparison of Baby Friendly and Non-Baby Friendly Hospitals in the United States. *Pediatrics*, 127(4): e989-e994.
21. Dennis, C.-L.(2002). Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31 (1).
22. DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. (2001). Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *Birth*, 28(2): 1523-1536.
23. DiGirolamo, A. M., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. (2008). Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics*, 122(2): S43-S49.
24. East Riding of Yorkshire Primary Care Trust Breast Feeding Strategy (2007). <http://www.erypct.nhs.uk/upload/HERHIS/East%20Riding%20PCTs/Document%20Store/Policies/Breast%20Feeding%20Strategy.pdf>
25. Encouraging mothers to choose breastfeeding – the antenatal period. Health Service Executive (2008). <http://www.breastfeeding.ie/uploads/files/factsheet02.pdf>
26. Enneaegse sünnituse ja enneaegse vastsündinu perinataalperioodi käsitus. Eesti ravijuhend, TÜ, Eesti haigekassa, 2017.
27. Erlandsson K., Dsilna A., Fagerberg I., Christensson K. (2007). Skin-to.Skin care with the Father arter Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior. *Birth*.
28. Feldman-Winter L., Goldsmith JP. (2016). Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics*.
29. Fleming, PJ.(2011). Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child*.
30. Hospital Support for Breastfeeding: Preventing Obesity Begins in Hospitals. CDC VitalSigns; August 2011. <http://www.cdc.gov/VitalSigns/Breastfeeding/index.html>
31. Howard CR., Howard FM, Lanphear B., Eberly S., deBlieck EA., Oakews D., Lawrence RA. (2003). Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-Feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics*.

32. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. World Health Organization 2018. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>
33. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union, 2006.
34. Johnston C, Campbell-Yeo M, Disher T, Benoit B, Fernandes A, Streiner D, Inglis D, Zee R. (2017).Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews
35. Journal of Sichuan University (Medical Science Edition). (2019) Jul;50(4):609-614. Effect of Individualized Intervention on Postpartum Breast-feeding Behavior after Cesarean Section.
36. Karimi F.Z., Heidarian Miri H., Salehian M., Khadivzadeh T., Bakhishi M. (2019).The Effect of Mother-Infant Skin to Skin Contact after Birth on Third Stage of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis, Iran J Public Health, Vol. 48, No.4, Apr.
37. Karimi F.Z., Sadeghi R., Maleki-Saghooni N., Khadivzadeh T. (2019).The Effect of Mother-Infant Skin to Skin Contact on success and duration of first breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis, Taiwanese J of Obstetrics and Gynecology 58.
38. Kramer M. S., Barr, R.G., Dagenais, S., Yang, H., Jones, P., Ciofani, L. & Jane F. (2001). Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286(3): 322-326. Department of Health and Mental Hygiene | Maryland Hospital Breastfeeding Policy Recommendations 8
39. Lawn JL, Mwansa-Kambafwile J, Bernardo LH, Fernando CB, Cousens S (2010).‘Kangaroo mother care’ to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications Systematic review/metaanalysis International Journal of Epidemiology.
40. Lawrence RA and Lawrence RM (2011) Breastfeeding, a guide for the medical professional, Seventh Edition
41. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2016).Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants The Cochrane Database Syst Review
42. Mori R, Khanna R, Debbie P, Nakayama T. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers Pediatrics International.

43. Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak (2014).Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800 g: randomized control trial, A Journal of Perinatology.
44. Nyqvist KH, and Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care: Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström A-M (2010). State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. COMMITTEE REPORT Acta Pædiatrica.
45. Nyqvist KH., Rosenblad A., Volgsten H., Funkquist E.-L., Mattson E. (2017).Early skin-to-skin contact between healthy late preterm infants and their parents: an observational cohort study, Peer J.
46. Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. (2011).Sudden deaths and Severe Apparent Life-Threatening Events in Term infants Within 24 Hours of Birth. Pediatrics.
47. Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns. *Safe and Healthy Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians' Offices*. American Academy of Pediatrics; 2009.
48. Schanler, R.J., Potak, D.C. (2018). Breastfeeding: Parental Education and Support. UpToDate, Oct.
49. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. (2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database Syst Rev.
50. Shorey S, He HG, Morelius E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review, Midwifery 40.
51. Stevens J, Schmied V., Burns E., Dahlen H. (2014).Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. Maternal and Child Nutrition.
52. Ten Steps to Successful Breastfeeding. <http://www.tensteps.org/step-3-successful-breastfeeding.shtml>
53. The American College of Obstetricians and Gynecologists.(2018). Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. Obstetrics & Gynecology, vol.132, No. 4, October.
54. UNICEF Publications (2018). Breastfeeding: A Mothers Gift, for every Child. https://www.unicef.org/publications/index_102824.html

55. United States Breastfeeding Committee (USBC). *Implementing the Joint Commission Perinatal Care Core Measure on Exclusive Breast Milk Feeding*. Revised. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee, 2010. <http://www.usbreatfeeding.org/HealthCareSystem/HospitalMaternityCenterPractices/ToolkitImplementingTJCCoreMeasure/tabid/184/Default.aspx>
56. U.S. Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011. <http://surgeongeneral.gov>
57. Velandia M., Uvnas-Moberg K., Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatrica*, 2012.
58. Walker, M. (2012) *Breastfeeding Management for the Clinician: using the Evidence*, Second Edition
59. Welch MG, Hofer MA, Stark RI, Andrews HF, Austin J, Glickstein SB, Ludwig RJ Myers MM and the FIN trial Group. (2013). Intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety Randomized controlled trial of Family Nurture *BMC Pediatrics*.
60. World Alliance for Breastfeeding. Waba Activity Sheet: Breastmilk – A World Resource. <https://www.waba.org.my/resources/activitysheet/acsh1.htm>
61. World Health Organization. (2017). Recommendations on Newborn Health, in Guidelines on Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, Geneva:WHO
62. World Health Organization. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization, 2018.
63. World Health Organization. (2016). International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (Document WHA34/1981/REC/1, Annex 3). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

