



Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik

Rinnaga toitmise strateegia aastateks 2026 - 2031

*Kinnitatud Naistekliiniku nõukogus
15.10.2025*

Tartu 2025

Rinnaga toitmise strateegia koostamise töörühm

Karolin Kõörna RM, MSc

Töörühma juht

Ämmaemand-imetamisnõustaja

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Maie Veinla MD

Vanemarst-õppejõud neonatoloogia osakonnas

pediaatria eriala

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Lastekliinik

Jaanika Kuld MD

Arst-õppejõud neonatoloogia osakonnas

pediaatria eriala

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Lastekliinik

Jekaterina Kalamees RM, MSc

Ämmaemand-imetamisnõustaja

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Anni Anastasia Pilvar RM, IBCLC

Ämmaemand-imetamisnõustaja

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Kärt Hüdsi RM

Ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Älis Riga RM

Ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Irina Daveynis RM

Ämmaemand

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Katerin Lohuväli RM

Lasteõde

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Lastekliinik

Kaija Piller RM

Lasteõde

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Lastekliinik

Sale-Liis Teesalu RM, MSc

Sünnitusosakonna ämmaemandusjuht

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Marrit Kanna RM, MSc

Perekeskuse ämmaemandusjuht

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Pille Teesalu RM, MSc

Kliiniku ämmaemandusjuht

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Naistekliinik

Marge Mahla RM, MSc

SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Ämmaemand

Naistekliinik

Retsensendid: Kaie Mikheim, Triinu Adlas, Kristiina Rull, Evelyn Evert, Airin Treiman-Kiveste.

1. Kasutatud mõisted ja lühendid

Alternatiivsed toitmisviisid - kui imiku rinnaga toitmine ei ole ajutiselt või püsivalt võimalik, kasutatakse ema rinna- või doonorpiima ning vajadusel piimasegu andmiseks erinevaid meetodeid. Valik sõltub lapse vanusest, seisundist, imemisoskusest ja perele sobivaimast lahendusest.

Antenataalne jälgimine - sünnitusele eelnev jälgimine, mida teostab madala riski raseduse korral ämmaemand. Kõrgriski raseduse jälgimine toimub üldjuhul jagatud hooldusena ämmaemanda ja naistearsti või eranditult naistearsti poolt.

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

<https://www.who.int/multi-media/details/ten-steps-5-support-mothers-with-breastfeeding>

Doonor-rinnapiim - heas tervislikus seisundis imetavalt emalt kogutud rinnapiim, mis on annetatud teise lapse toitmiseks. Piim pärineb doonorilt, kes vastab kinnitatud kriteeriumitele ning kelle piim on kogutud, säilitatud, transporditud ja töödeldud vastavalt kehtivatele nõuetele. Doonor-rinnapiima kasutatakse peamiselt olukordades, kus ema rinnapiim ei ole lapsele ajutiselt või püsivalt saadaval, ning MTO ja UNICEF soovitude kohaselt on see parim alternatiiv ema enda rinnapiimale.

Imetamisinõustaja – rinnaga toitmise nõustamise lisapädevust ja kliinilist töökogemust omav ämmaemand.

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

Känguruhooldus (ingl *Kangaroo Mother Care*, KMC, KH) - hooldusviis, mille käigus vastsündinu, eriti enneaegne või väikese sünnikaaluga laps, asetatakse vertikaalselt ema või teise vanema paljale rinnale nii, et lapse rindkere ja kõht on otsekontaktis katmata nahaga. Laps on kaetud tekiga sooja hoidmiseks, pea on pööratud küljele ja hingamisteed on vabad.

Nahk naha kontakt (NNK) - riieteta või mähkmega vastsündinu asetamine kohe pärast sündi või esimesel võimalusel pärast vastsündinu seisundi stabiliseerimist ema või teise vanema katmata rinnale või kõhule, kindlustades vahetu kokkupuude lapse ja vanema kehaga.

Perekool - on emadushooldust pakkuva asutuse juurde loodud teenus, mille eesmärk on pakkuda lapseootel peredele teavet, praktilisi oskusi ja tuge raseduse, sünnituse ning sünnitusjärgse perioodiga kohanemiseks.

Rinnaga toitmine – on lapse toitmine ema rinnapiimaga, mida laps saab rinnalt imedes või välja sõõrutatuna, ilma teiste vedelike või toidu pakkumiseta, välja arvatud meditsiiniliselt näidustatud vitamiinid, mineraalained või ravimid. MTO ja UNICEF määratlevad eranditult rinnaga toitmist, kui lapse toitmist üksnes rinnapiimaga esimese kuue elukuu jooksul.

Rinnapiima asendavate toodete turustamise rahvusvaheline koodeks - MTO ja UNICEF-i poolt 1981. aastal vastu võetud rahvusvaheline raamistik, mille eesmärk on kaitsta ja edendada rinnaga toitmist ning tagada imikute ohutu toitmine, kui rinnapiim ei ole kättesaadav. Koodeks sätestab põhimõtted ja reeglid, mis piiravad rinnapiima asendavate toodete, näiteks piimasegude, pudelite ja luttide turustamist ning reklaami, et vältida ebaetilist või eksitavat turundust, mis võib mõjutada imetamise algust või kestust.

2. RINNAGA TOITMISE STRATEEGIA UUENDAMINE

SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus moodustati rinnaga toitmise strateegia töörühm aastal 2012, et luua tõenduspõhisele kirjandusele toetuvad soovitusel, mis tugevdavad ja parandavad olemasolevat imetamise juhendamise praktikat. Strateegia esimene versioon kinnitati 2013.a kehtivusega 2013-2018, ning 2020.a kinnitati strateegia teine versioon kehtivusega 2020-2025.

Strateegia oli juhendmaterjalina kättesaadav Naistekliiniku kodulehel ning väljatrükina osakondades. Aastatel 2018 ning 2025 viidi läbi strateegia tulemushindamine, et saada terviklik ülevaade strateegia rakendamisest emade ning perede, tervishoiutöötajate ja osakondade tasandil. Vahehindamise tulemused võimaldasid tunnustada tehtut ning määratleda edasised tegevusvaldkonnad.

Töörühma koosseisu kuulusid aktiivselt praktiseerivad ämmaemandad, imetamisnõustajad, ämmaemandusjuhid, lasteõed ning neonatoloogid. Strateegia uuendamisel võeti aluseks vahehindamise tulemused, uuendatud MTO Beebisõbraliku Haigla 10 sammu edukaks imetamiseks (*BFHI The Ten Steps to Successful Breastfeeding, revised 2018*, tõlge lisas 1) ning kaasaegne teaduspõhine kirjandus. Täiendamisel jätkati olemasolevat süsteemi, kus strateegiliste eesmärkide saavutamiseks vajalikud tegevused kirjeldati põhjalikult iga sammu alajaotuses. Selge ja kriteeriumipõhine tegevuste kirjeldus aitab elluviijal eesmärke saavutada ja toetada kõiki personali uusi liikmeid praktilises tegevuses. Naistekliinik ja kõik struktuuriüksused, kellega koostööd tehakse on strateegiast teadlikud, mis omakorda aitab kaasa rinnaga toitmise teadlikkuse parandamisele.

3. IMETAMISE TOETAMINE JA RINNAGA TOITMISE STRATEEGIA ALUSPÕHIMÕTTED

1. Rinnapiim on vastsündinule sobivaim ja koostiselt kõige täiuslikum toit.
2. Rinnaga toitmine on osa lapse ja ema tervisekäitumisest, mis mõjutab lapse arengut ja ema-lapse lähedussuhet.
3. Kõigil vanematel on võimalus saada usaldusväärset, erapooletut ja toetavat teavet.
4. Vanemate poolt tehtud lapse toitmisvalikuid austatakse ning need ei ole mõjutatud kaubanduslikest huvidest.
5. Töötajad järgivad MTO rinnapiima asendavate toodete turustamise rahvusvahelist koodeksit.

3.1. Imetamise toetamine SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus

3.1.1. Rinnaga toitmise kasutegurid

Teaduspõhise kirjanduse andmetel on rinnapiim optimaalne ning liigiomane toit vastsündinutele ja imikutele. Toetudes teaduspõhiste uurimistöödele soovivad [Lapse tervise jälgimise juhendi](#) tööühm, MTO, UNICEF, Ameerika Pediaatrite Akadeemia (*The American Academy of Pediatrics*), *The Academy of Breastfeeding Medicine* ja teiste professionaale koondavate organisatsioonide esindajad pakkuda esimesel kuuel elukuul imikule eranditult rinnapiima ning jätkata imetamist paralleelselt tahke toidu andmisega lapse kaheaastaseks saamiseni või kauem.

Rinnapiim sisaldab kõiki vastsündinu ja imiku arenguks vajalikke toitaineid, välja arvatud vitamiinid (näiteks D- ja K-vitamiin), mida ei ole piisavalt ja on vaja anda lisaks. Uurimistulemused kinnitavad, et rinnaga toitmine omab lapsele märkimisväärset kasu nii toiteväärtuslikust, arengulisest, psühholoogilisest, immunoloogilisest, sotsiaalsest, majanduslikust kui keskkondlikust aspektist. Rinnapiim vähendab riski lapse haigestumiseks, sest sisaldab komponente, mida piimasegudes ei ole (hormoonid, kasvufaktorid, asendamatud rasvhapped, immunoloogilised kaitsefaktorid, inimpiima oligosahhariidid, ensüümid jm). Rinnapiima saavatel lastel esineb vähem seedeprobleeme, põletikulisi haigusi ja allergiaid. Rinnalt imemine rahustab last, toetab tema suuõõne arengut ja hambumuse kujunemist. Imetamiseks ei ole enamasti vaja abivahendeid ja last saab rinnaga toita praktiliselt kõikjal.

Imikud, keda toidetakse piimaseguga või kelle rinnaga toitmine lõpetatakse enne lapse kuue kuu vanuseks saamist, on hilisemas elus enam ohustatud ülekaalust, diabeedist, hingamisteede- ja kõrva infektsioonidest ning südame-veresoonkonna haigustest. Suure tõenäosusega vajavad need lapsed suuremas mahus tervishoiutöötaja visiite ja sagedasemat hospitaliseerimist.

Rinnaga toitmine on osa füsioloogilisest sünnitusjärgsest protsessist. Imetamine soodustab naise kiiremat sünnitusjärgset taastumist, toetab uue olukorraga kohanemist ning lähedussuhte loomist lapsega. Imetanud naistel on väiksem risk haigestuda rinnanäärme- või munasarjavähki, väheneb südame- ja veresoonkonna haiguste ja osteoporoosi haigestumise risk perimenopausis.

Rinnaga toitmise otsused on mõjutatud erinevatest teguritest, näiteks ema varasem imetamiskogemus, perekonna ja sotsiaalse võrgustiku toetus või selle puudumine, tööle või kooli naasmine ning ühiskondlik aktsepteeritus. Teaduskirjanduse andmetel on peamisteks põhjusteks, miks emad lõpetavad imetamise enne lapse kolme kuu vanuseks saamist: esimestel elupäevadel haiglas pakutud piimasegu, tajutud rinnapiima vähesus, valu imetamisel, ema ebakindlus ja vähene toetus. Lisaks tuuakse välja erinevaid imetamistehnikaga seotud probleeme, näiteks lapse vale imemisvõte või -asend rinnal, ema rinna anatoomilised iseärasused ja valulikud rinnanibud.

Eestis sünnib enamus lapsi haiglas, kus ema ja laps saavad oma esimese kogemuse rinnaga toitmisel. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliiniku sünnitus- ja sünnijärgses osakonnas on vastunäidustuste puudumisel tavapraktikaks varase nahk naha kontakti (NNK) loomine, esmase imetamise alustamine ning ema-lapse ööpäevaringne koosolemine. Ema ja lapse varane NNK ja ööpäevaringne koosolemine loob tingimused rinnaga toitmise alustamiseks ning edukaks jätkamiseks. Ema esmane toimetulek imetamisega ning tema pühendumus jätkata, hoolimata võimalikest probleemidest, on mõjutatud tervishoiutöötajate poolt pakutud toetusest ning imetamisega seotud hoiakutest. Ema esimene kogemus omab kehtvat mõju hilisemale imetamiskäitumisele, mistõttu on emadushooldust osutaval tervishoiuasutusel väga oluline roll rinnaga toitmise edukuse mõjutamises. Uurimistööde tulemused kinnitavad, et Beebisõbraliku Haigla Algatuse põhimõtete rakendamine mõjutab positiivselt eranditult rinnapiimaga toitmise määra.

Rinnaga toitmise alustamine kohe pärast sünnitust ning selle jätkumisega vähemalt imiku esimese kuue elukuu jooksul, kaasneb arvukalt kasutegureid lapse ja ema tervisele ning see avaldab pikaajalist mõju rahvatervisele.

3.1.2. Rinnaga toitmise strateegia eesmärgid

Käesoleva strateegia eesmärk on tagada, et iga vastsündinu ja ema saavad parimat võimalikku toetust rinnaga toitmisel, tuginedes teaduspõhiste, eetiliste ja perekesksetele põhimõtetele. Strateegia aitab kindlustada järjepideva ja kvaliteetse toe pakkumise rinnaga toitmise alustamisel, jätkumisel ning vajadusel teadlikul alternatiivsete toitmisviiside rakendamisel.

Alameesmärgid:

1. Edendada ja väärtustada rinnaga toitmist vastavalt Beebisõbraliku Haigla Algatuse põhimõtetele.
2. Tagada lapseootel peredele teaduspõhise teabe kättesaadavus rinnaga toitmise kohta, sh. kasutegurid lapsele ja emale.
3. Julgustada alustama esmast imetamist võimalikult varakult pärast sünnitust ning jätkama rinnaga toitmist vähemalt lapse kuue kuu vanuseks saamiseni, muutes selle positiivseks kogemuseks.
4. Toetada, juhendada emasid/peresid rinnaga toitmise teekonnal pakkudes ühtsetel ja teaduspõhistel allikatel põhinevaid teadmisi ja toetust, ka pärast haiglast lahkumist.
5. Panustada turvalise ja rinnaga toitmist toetava keskkonna loomisesse, tunnustades imetavate emade ja perede enesemääramisõigust.

3.1.3. Rinnaga toitmise toetamise põhimõtted

Imetamise toetamisel lähtutakse järgmistest põhimõtetest:

1. Soodustatakse rinnaga toitmise õnnestumist 1. elutunnil.
2. Emadele selgitatakse lapse mikrobioomi väljakujunemise olulisust ja imetamise mõju sellele, iseäranis keisrilõikega sündinud laste puhul.
3. Imetamise kestvust ja sagedust ei piirata ilma näidustuseta. Soodustatakse alati nõudmisel ja mõlema rinnaga toitmist.
4. Rõhutatakse öise toitmise olulisust laktatsiooni käivitamiseks ja jätkumiseks.

5. Emasid õpetatakse ära tundma vastsündinu näljamärke.
6. Rõngaslutti ei kasutata näidustuseta.
7. Emasid informeeritakse, et sõltuvalt laktatsiooni käivitumisest ja rinnapiima kogustest on vajalik keskmiselt 10 (8-12) imetamiskorda ööpäevas efektiivset ja aktiivset imemist mõlemal rinnal.
8. Komplitseeritud sünnituse järgselt saavad emad rinnaga toitmise alustamisel tõhustatud imetamisnõustamist. Võimalusel toimub esmane imetamisnõustamine jälgimispalatis.
9. Personal jagab üheselt mõistetavat ja objektiivset informatsiooni ning rõhutab rinnaga toitmise olulisust.
10. Pere dele ei edastata tasuta näidiseid, kingitusi või kirjandust, mis reklaamivad otseselt või kaudselt imiku piimasegu.
11. Personal aktsepteerib ema otsust rinnaga mitte toita ja pakub igakülgset teavet valitud toitmismeetodi turvaliseks kasutamiseks.

4. RINNAGA TOITMISE EDENDAMISE PEAMISED TEGEVUSSUUNAD (lähtuvad 10 sammust)

1A. Järgige “Rinnapiima asendavate toodete turustamise rahvusvahelist koodeksi” ja asjakohaseid Maailma Tervise Assamblee resolutsioone.
Naistekliiniku personal on teadlik “Rinnapiima asendavate toodete turustamise rahvusvahelise koodeksi” sisust.
Piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate või turustajate töötajatele ei looda võimalusi otsese ega kaudse kontakti loomiseks rasedate, imetavate emade ja nende peredega.
Erialaste koolituste korraldamisel ja finantseerimisel ei kasutata piimasegu tootvate ja turustavate firmade toetust.
Naistekliiniku seintel ei kuvata visuaalseid näidismaterjale ja reklaame ning personal ei vahenda/kanna meeneid, mis viitavad koostööle piimasegusid tootvate ja turustavate firmadega.
Ooteruumide lugemismaterjalides ei kuvata piimasegusid, lutipudeleid, lutte ega neid tootvate ja turustavate firmade logosid, kodulehti jms.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Iga Naistekliiniku uus töötaja, kes puutub kokku rasedate, imetavate emade või vastsündinutega, läbib tööle asumisel koolituse, mis hõlmab koodeksi põhimõtteid ja kliinikusiseseid rakendamisjuhiseid. Vähemalt kord kahe aasta jooksul korraldatakse kogu personalile koolituspäev või e-kursus, et värskendada teadmisi koodeksi sätetest ja uuendustest ning nõuetest rakendamisele. Koodeksi peamised punktid on lühivormis teada kogu naistekliiniku personalile, kes järgib neid oma tööülesannete täitmisel. Koodeksi lühiversioon on leitav lisas 2.

Naistekliiniku personal ei võimalda ühelgi viisil piimasegude, lutipudelite ja luttide tootjate ning turustajate esindajatel kohtuda tulevaste või noorte vanematega. See aitab vältida otsest või varjatud reklaami ja mõjutamist, mis võiks seada rinnaga toitmise kahtluse alla või muuta vanemad ebakindlaks oma otsustes.

Personalile suunatud täiendkoolitusi (sh imetamise koolitused) ei rahasta ega korralda ettevõtted, mis toodavad või turustavad piimasegusid, lutte või lutipudeleid. Nii tagatakse, et koolituste sisu on sõltumatu, usaldusväärne ning ei täida kaubanduslikke huve. See aitab säilitada tervishoiutöötajate usaldusväarsust ja erapooletust.

Naistekliinikus ei ole nähtaval reklaame, plakateid, voldikuid, logodega esemeid (nt pastakad, kalendrid, sokid vms), mis viitavad koostööle või toetusele piimasegu tootjate või turustajate

poolt. See hõlmab nii otsest reklaami kui ka varjatud viiteid brändidele. Selline piirang aitab säilitada naistekliiniku sõltumatust ja väldib kaubandusliku mõju kandumist vanemate valikutesse. Eesmärk on luua imetamist toetav keskkond, mis ei suuna vanemate tähelepanu ega tekita kahtlust oma võimes last rinnaga toita.

1B Omage kirjalikku vastsündinu toitmist käsitlevat strateegiat, mida teadvustatakse reeglipäraselt kogu naistekliiniku personalile ja lapsevanematele.
Naistekliinikul on ajakohane laiapõhjaline kirjalik imetamist toetav strategiadokument, mis on koostatud multidistsiplinaarse meeskonna poolt ning ellu viidud üksustes, mis puutuvad kokku rasedate, imetavate emade, vastsündinute ning nende peredega.
Personal, kes töötab rasedate, imetavate emade, vastsündinute ja nende peredega, on teadlikud strateegia soovitustest ning rakendamisest.
Strateegia on kättesaadav kogu personalile, emadele ja peredele ning on tunnustatud juhendmaterjal.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Vastsündinu ja imiku toitmise toetamiseks on koostatud ametlik kirjalik dokument, mis kirjeldab rinnaga toitmise põhimõtteid ja toetavaid tegevusi. Rinnaga toitmise strateegia on laiapõhjaline teaduspõhine kirjandusel ja UNICEF-i ja MTO Beebisõbraliku Haigla Algatuse põhimõtetel tuginev juhendmaterjal. Strateegia sisaldab UNICEF-i ja MTO „10 sammu edukaks imetamiseks“ lähtuvaid strateegilisi eesmärke ning põhjalikke kirjeldusi tegevustest, mis võimaldavad püstitatud eesmärke tõhusalt saavutada.

Strateegia on koostatud multidistsiplinaarse meeskonna poolt, kuhu kuulusid ämmaemandad, neonatoloogid, imetamisnõustajad, lasteõed ja kvaliteedijuhtimise ettevalmistusega ämmaemandusjuht. Strateegia vaadatakse üle regulaarselt iga viie aasta tagant ja ajakohastatakse vastavalt rahvusvahelistele soovitustele, Eesti ravijuhistele, tagasisidele ning seireandmetele. Strateegia on kinnitatud naistekliiniku nõukogus ametlikult tunnustatud dokumendina.

Kõik strateegia rakendamisega seotud töötajad (sh arstid, õed, ämmaemandad) teavad strateegia põhisisu, järgivad selle põhimõtteid praktikas, teavad, kuidas strateegia teksti leida ja kuidas seda kasutada. Strategiadokument ning selle kokkuvõtted on kergesti leitavad Naistekliiniku osakondades QR-koodi vahendusel ja koduleheküljel.

1C Looge järjepidevaks monitoorimiseks seire- ja andmehaldussüsteemid.
Kaardistatakse olemasolevad andmeallikad ja monitooringusüsteemid, mis on seotud rinnaga toitmise toetamisega.
Määratletud on standardiseeritud näitajad rinnaga toitmise edendamise hindamiseks ja regulaarseks monitoorimiseks.
Seireandmed integreeritakse kvaliteedi- ja arendustegevusse, esitletakse osana kliiniku aastaaruandest.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Kindlaks on määratud indikaatorid, mis aitavad mõõta strateegia rakendamist ja tulemusi: eranditult rinnapiimaga toidetud laste määr haiglast lahkumisel (eesmärgkväärtus 80%), imetavate emade osakaal, juhendamist saanud perede arv, personali pädevushindamine jt. Andmed vastsündinute toitmise tulemuste kohta on jooksvalt kättesaadavad. Regulaarselt (vähemalt üks kord 6 kuu jooksul) jälgitakse piimasegu tellimise mahtusid ja kasutamise koguseid osakonnas. Vastsündinutele pakutud piimasegu näidustused ja kogused on dokumenteeritud ja analüüsitud, lähtudes kehtivatest juhistest ning meditsiinilistest vajadustest. Imetamisnõustamise protokollide täitmise ja imetamise tulemuse auditeerimine toimub kaks korda aastas.

Naistekliiniku ämmaemandusjuhi eestvedamisel viiakse strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamine läbi iga-aastaselt. Enesehindamise aluseks on Beebisõbraliku Haigla Algatuse [enesehindamise mõõdik](#) ja sihtgrupi rahulolu küsitlus, mis võimaldab analüüsida positiivseid trende ning arendamist vajavaid aspekte. Andmete kogumisel tagatakse konfidentsiaalsus ja tulemuste jälgitavus ajas.

Regulaarselt (kord kuue kuu järel) koostatakse seirearuanne, kus kajastuvad tegevuste tulemused ja arengukohad. Kokkuvõtted esitatakse juhtkonnale ja jagatakse personaliga aruteluks sihitatud sekkumiste planeerimiseks, praktika arendamiseks ning strateegia täiendamiseks. Seireandmeid kasutatakse koolituste planeerimiseks, juhendite ajakohastamiseks ning organisatsiooni kvaliteedijuhtimise suunamiseks. Tulemused võimaldavad praktika kitsaskohtade varajast märkamist ning parendusmeetmete kavandamist. Andmepõhine tegutsemine aitab tugevdada töökultuuri ja toetab järjepidevat arengut.

2. Tagage töötajate/personali piisavad teadmised, oskused ja pädevused rinnaga toitmise toetamiseks.
Rasedate jälgimist, imetavate emade ja vastsündinute hooldust osutava personali koolituste ning strateegia rakendamise korraldamises osaleb vähemalt üks põhjaliku imetamise füsioloogia ja juhendamise ettevalmistusega sertifitseeritud imetamisnõustaja (IBCLC).
Regulaarselt viiakse läbi personali rinnaga toitmise toetamise koolitusi ja pädevushindamist.
Naistekliiniku personal sh tugipersonal, kes puutuvad kokku rasedate, vastsündinute, imetavate emade ja nende peredega omavad rinnaga toitmise osas positiivseid hoiakuid.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Naistekliiniku töötajate koolitusvajadust (teadmised ja praktilised oskused) hinnatakse lähtudes rinnaga toitmise pädevusnõuetest. Strateegiliste eesmärkide saavutamise toetamiseks koostatakse vajalike teadmiste, oskuste omandamiseks ja säilitamiseks koolituskava, mis sisaldab MTO/UNICEF soovitusi, vajalikke praktilisi oskusi (nt imemisvõtete hindamine, probleemide lahendamine) ning nõustamissoovitusi imetavate ja imetamisest loobunud emade toetamiseks.

Naistekliinik toetab rahvusvaheliselt sertifitseeritud imetamisnõustajate ettevalmistust esmase eksami sooritamiseks ning sertifikaadi säilitamiseks vajalikku taastaotlemise protsessi.

Kõik uued töötajad läbivad vähemalt kuue kuu jooksul tööle asumisest e-kursuse imetavate emade toetamise ja juhendamise läbiviimiseks. Emade adekvaatseks toetamiseks vajalike teadmiste ja oskuste omandamiseks sisaldab koolitus nii teoreetilist kui juhendatud praktilise tegevuse osa. Tervishoiu Kõrgkoolides ämmaemanda õppekava läbinud ämmaemandad töötavad läbi kehtiva rinnaga toitmise strateegia ning läbivad Naistekliinikus pädevushindamise tööle asumise esimesel poolaastal. Teadmiste kaasajastamiseks viiakse läbi regulaarseid koolitusi, infopäevi, osakonna koosolekuid ja arutelusid.

Igal teisel aastal toimub Naistekliiniku personali rinnaga toitmise pädevuste hindamine. Hindamise aluseks on MTO/UNICEF-i mõõdik “Tervishoiutöötajate pädevuse tagamine Beebisõbraliku Haigla Algatuse rakendamisel“. Tulemused annavad sisendi täiendkoolitusteks või täiendavaks juhendamiseks.

Kõik Naistekliiniku töötajad edastavad imetamisega seonduvat informatsiooni positiivses võtmes. Vastukäivate nõuannete jagamine ning ebapiisav nõustamine võib imetamist negatiivselt mõjutada ja sellest hoidutakse.

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

Raseduse jälgimise käigus käsitleb ämmaemand rinnaga toitmise ettevalmistust, sh vastab vastsündinu toitmise seonduvatele küsimustele.

Infomaterjalid on visuaalselt selged, lihtsasti arusaadavad ja vajadusel mitmekeelsed (nt voldikud, plakatid, videoesitlused ooteruumides). Info on kättesaadav Naistekliiniku kodulehel ning võimalusel sotsiaalmeediakanalites.

Rasedale ja tema pereliikmetele tutvustatakse enne sünnitust Naistekliinikus toimivat imetamise tugisüsteemi.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Naistekliiniku personal soovib emadele eranditult rinnapiimaga toitmist, mis on vastsündinu jaoks sobivaim toitmiseviis. Edukas rinnaga toimine sõltub ema ja pere poolt õpitust, kaasaegsest juhendamisest ja asjakohasest toetusest. Lapseootel pere rasedusaegne juhendamine ja nõustamine rinnaga toitmise teemadel loob olulise aluse imetamise edasisele õnnestumisele. Naistekliinikus antenataalselt jälgitud rasedad saavad teavet rinnapiima tähtsusest ja kasulikkusest, imetamise olulisusest ja selle mõjust lapse ja ema tervisele, vahetu ja püsiva nahk naha kontakti ning imetamise varase alustamise olulisusest, lapse “näljamärkide” äratundmisest, ema ja lapse pideva koosolemise (*rooming-in*) olulisusest ning imetamisasenditest ja hea imemisvõtte tagamisest. Teavitus viiakse läbi antenataalsetel visiitidel ning rühmapõhiselt (nt sünnituseks ettevalmistavatel loengutel). Jagatakse abistavaid infomaterjale, mis sisaldavad soovituslikke veebilinke artiklite, filmide jms informatsiooni leidmiseks. Infomaterjalid on saadaval nii ambulatoorse vastuvõtu kabinettides, perekeskuses, sünnieelses, kui ka sünnitus- ja sünnijärgses osakonnas. Naisele ja tema pereliikmetele antakse ülevaade, kuidas on tagatud imetamise juhendamine, imetamisnõustamine ning selle kättesaadavus ja teised sünnitusjärgsed tugiteenused.

Rinnaga toitmise edenemine ei ole vaid ema ülesanne, oluline on pereliikmete, eriti teise vanema kaasamine. Vanemate soov vastsündinu toitmise osas arvestatakse, kuid samal ajal tagatakse teaduspõhise info jagamine ning toetatakse teadlike otsuste tegemist. Vestluse käigus selgitatakse vanemate eelteadmised rinnaga toimisest, väärarusaamad ja hirmud seoses vastsündinu toimisega. Nõustamisvestluste ning perekooli loengute teemad on loetletud lisas 3.

Imetamiseks valmistumise osana viiakse naise nõusolekul läbi rindade vaatlus, et anda tagasisidet füsioloogilisele ettevalmistusele imetamiseks. Rindade vaatuse eesmärgiks on selgitada tegureid, mis võivad häirida edukat imetamist: rindade hüpoplaasia, rinnanibude

eripärad (sissetõmbunud või lamedad rinnanibud) ja eelnevad rindade kirurgilised operatsioonid. Rasedust jälgivad ämmaemandad on läbinud koolituse rinna vaatlustehnika ning tulemuste interpreteerimise, rinna erinevate seisundite tuvastamise, nende ennetamise ja ravi osas (rinnasoor, vasospasm, lisanäärmed, sissetõmbunud rinnanibud jms). Probleemide ilmnemisel kaasatakse imetamisnõustaja ning vajadusel teised spetsialistid nt raseduskriisi nõustaja. Eelneva negatiivse imetamiskogemuse korral soovitatakse naisele juba raseduse ajal osalemist imetamise tugirühmas või vestlusringis, et maandada rinnaga toitmist puudutavaid hirme ja muresid, jagada kogemusi, ootusi ja saada vastuseid tekkinud küsimustele.

Ainult naistearsti jälgimisel olevad riskirasedad suunatakse raseduse jooksul ämmaemanda vastuvõtule imetamisega seonduva teabe saamiseks ja juhendamiseks.

Antenataalsete visiitide käigus selgitatakse võimalikud vastunäidustused imetamiseks, sh. naise kaasuvate haiguste tõttu tarvitavad [ravimid](#), mille tõttu võib olla vajalik rinnaga toitmise katkestamine või imetamisest loobumine (tsütotoksilised ja radioaktiivsed ained, mõningad psühhotroopsed ja antitüreoidsed ravimid).

Kõikidel rasedatel ja nende kaaslastel on võimalus osaleda vanemlust toetavates sh imetamise loengutes, kus edastatakse struktureeritud ning kallutamata teavet imetamise füsioloogiast, kasuteguritest emale ja lapsele, vastunäidustustest, piimasegu kasutamise riskidest ja imetamise edendamisest. Loengute käigus saadav informatsioon pakub rasedatele ja nende peredele võimaluse õppida väärtustama rinnaga toitmist ning aidata teha informeeritud otsus vastsündinu toitmise osas.

4.Soodustage vahetu ja katkematu nahk naha kontakti loomist ja toetage emasid alustama rinnaga toitmist esimesel võimalusel pärast lapse sündi.
Sünnitusosakonnas soodustatakse ja teostatakse nahk naha kontakti kõikidele (ajalistele ja enneaegsetele) vastsündinutele ema või teise vanemaga kohe pärast sündi, kui mõlema seisund seda võimaldab, sõltumata sünnitusviisist (vaginaalne sünnitus, keisrilõige).
Emasid julgustatakse ja õpetatakse ära tundma lapse näljamärke e. lapse valmidust rinnalt imemiseks, tegevusi vastsündinuga suhtlemiseks ning vajadusel pakutakse abi.
Kogu haiglas viibitud aja vältel julgustatakse emasid last toitma rinnapiimaga ja jätkama imetamist igal võimalikul juhul, kui arst ei ole määranud teisiti.
Vastsündinu arengulukku märgitakse nahk naha kontakti alguse ja lõpu ning esmase imetamise alguse aeg.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Vahetu nahk naha kontakt (NNK) pärast sündi aitab kaasa vastsündinu stabiilsele kohanemisele, toetab varase imetamise alustamist ning suurendab eduka ja jätkusuutliku rinnaga toitmise tõenäosust. Pikaajaline vahetu kontakt loob parimad tingimused esmaseks imetamiseks, mis omakorda soodustab laktatsiooni ning tugevdab ema-lapse lähedussuhet ja imetamise õnnestumist.

Esmase imetamise alustamine ja õnnestumine on mitte katkestatud NNK otsene tulemus, sest enamikule vastsündinutest on ema rinnani roomamine loomulik sünnijärgse käitumise osa. NNK võiks kesta nii kaua kui võimalik või vähemalt kaks tundi, mille jooksul toimub esimene imetamine. Välditakse rutiinset lapse tagantkiirustamist rinnale jõudmiseks või lapsele ise rinna suhu panemist, kuna see võib emale põhjustada rinnanibu valu või nibulõhede teket. Emale ja lapsele ei avaldata survet esimese imetamise toimumiseks. Oodatakse vastsündinule rutiinsete protseduuride tegemisega, mis vajavad emast eraldamist nagu kaalumine, mõõtmine, neonatoloogi läbivaatus, riietamine, teki sisse mähkimine jms. Vajadusel tagatakse personali teadmised ja oskused lapse läbivaatuse tegemiseks ema kõhul. Laps võib ka selleks ajaks jääda ema rinnale, kui taastatakse sünnitusteede terviklikkus või ömmeldakse keisrilõike haava.

Esmasel imetamisel saab laps ternespiima ehk kolostrumi, mis on kõrge toiteväärtusega ja sisaldab olulisi antikehasid ja teisi immuunaktiivseid aineid. Varane imetamine on oluline rinnapiima produktsiooni stimulatsiooniks, laktatsiooni käivitumiseks ning rinnaga toitmise jätkumiseks.

Enneaegsetele, abistamist või jälgimist vajavatele vastsündinutele on oluline, et ema alustaks varakult ja regulaarselt kolostrumi sõõrutamist või pumpamist rinnapiima tootmise stimuleerimiseks. Kolostrumit võib alternatiivmeetodil (nt süstla või lusikaga) kanda lapse suu limaskestale, et toetada tema immuunsüsteemi. Eesmärgiks on alati eranditult rinnaga toimine, kui see on võimalik, ning järjepidev NNK soodustamine.

NNK ajal võib vale (asfüksiat teket soodustav) asend põhjustada ülemiste hingamisteede takistust. Ootamatu kollapsi risk ei tohiks siiski olla põhjuseks NNK vältimiseks või piiramiseks, kuna kontaktist saadav kasu on võimalikest riskidest suurem. Riskitegurid vastsündinu ootamatuks sünnijärgseks kollapsiks on loetletud lisas 7. Olukordades, kus laps ja ema liiguvad Naistekliinikust Lastekliinikusse, jätkatakse vanemate julgustamist NNK ja

känguruhoolduse pakkumiseks kogu haiglas viibimise vältel. Känguruhoolduse eelised ja rakendamise põhimõtted on kirjeldatud lisas 5.

Emadele õpetatakse, kuidas ära tunda lapse toitmiseelse käitumise e näljamärke. NNKs võivad need märgid ilmned juba loetud minutite, aga ka alles paari esimese elutunni vältel. Lapse füsioloogilised toitmiseelse käitumise tunnused ning ema-lapse suhtlemise toetamise põhimõtted on kirjeldatud lisas 6. Kui laps ei alustanud rinnalt imemist sünnitustoas, siis tagatakse emale lapsega NNK jätkumine sünnitusjärgses palatis. Suure töökoormuse või vabade sünnitustubade puuduse tõttu võib ema ja lapse transportida nahk-naha kontaktis olles palatisse, kus kontakt saab turvaliselt jätkuda.

Ema loobumine lapse hoidmisest või nahk naha kontaktist võib olla oluliseks riskiteguriks sünnitusjärgse depressiooni, vanemlikust hoolest hoidumise või lapse väärkohtlemise kujunemisel. Lähedane füüsiline kontakt pärast sündi soodustab ema ja lapse vahelise sideme arengut ning võib vähendada negatiivsete peresuhete ja kahjustava käitumise riski nii emal kui lapsel.

Kõiki imikuid, sh ka väikeseid, haigeid ja/või enneaegseid, toidetakse esimesel kuuel elukuul, kui see vähegi võimalik on, alati inimese rinnapiimaga. Kui vastsündinu ei ole tervisliku seisundi tõttu kohe pärast sündi võimeline rinnalt imema, pakutakse lapsele ema rinnapiima või selle puudumisel doonor-rinnapiima ja esimesel võimalusel jätkatakse rinnalt toitmiseega. Rinnapiimas sisalduvad bioaktiivsed ühendid omavad soolestiku arengut toetavat toimet, mis vähendab oluliselt enneaegsusega seotud tüsistusi (nt. nekrotiseeriv enterokoliit, infektsioonid) ja tõhustab toitainete omastamist.

Ema ja vastsündinut ei lahutata ilma põhjuseta ka keisrilõike järgselt. Kui ema viibib intensiivravi osakonnas pärast keisrilõiget, on tal võimalus oma last imetada ja kaisutada ning vajadusel tagatakse abi, kuni ema on võimeline ise lapse eest hoolitsema. Üldanesteesia korral luuakse NNK ema ja lapse vahel ärkamisruumis niipea, kui ema on piisavalt ärkvel ja adekvaatne. Seni rakendatakse NNK lapse ja teise vanema vahel. Keisrilõike järgselt aidatakse emal leida sobiv imetamisasend: selili lamades, laps ema rindkerel; külili või istuvas asendis. Vastsündinu arengulukku märgitakse NNK alguse ja lõpu ning esmase imetamise alguse aeg.

NNK teostamisega hilineamise ja/või mitte rakendamise põhjused on meditsiiniliselt õigustatud ja dokumenteeritud.

5. Toetage emasid imetamisega alustamisel ja jätkamisel ning sagedasemate muredega toimetulekul.
Kõiki imetavaid emasid õpetatakse ja toetatakse rinnaga toitmise alustamisel (sh laktatsiooni stimuleerimine) esimese kuue sünnitusjärgse tunni jooksul ning tagatakse nõustamise järjepidevus osakonnas.
Neonatoloogia osakonnas ravil viibiva vastsündinu ema julgustatakse käima oma last rinnaga toitmas või viima lapsele väljasõõrutatud rinnapiima juhul, kui ema seisund ei võimalda emal viibida lapse juures.
Emasid teavitatakse sagedamini esinevate imetamisaegsete murede (piimapais, umbunud piimajuha, rinnanibulõhed, mastiit) põhjustest ja leevendusviisidest ning suunatakse leidma toetavaid infomaterjale.
Emale, kes meditsiinilistel põhjustel ei saa või ei soovi last rinnaga toita, tagatakse individuaalne nõustamine lapse toitmiseks
Kõik lapse toitmise seonduv dokumenteeritakse ema ja vastsündinu haigusloos.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Ämmaemandad toetavad varajast rinnaga toitmise alustamist. Naise ja pere toetamiseks selgitatakse imetamise füsioloogiat ja antakse praktilisi soovitusi rinnapiima tekke toetamiseks, imetamiskordade sageduseks ning kestuseks. Soovituste andmisel võetakse arvesse laktatsiooni pidurdavaid tegureid, mis on kirjeldatud lisas 8. Sünnitanud naistele ja teisele vanemale näidatakse, kuidas laps rinnale asetada ja kuidas tagada ning ära tunda tõhus imemisvõte.

Perele ei anta piiravaid soovitusi toidukordade ajalise kestvuse suhtes, välja arvatud juhtudel, kui see on ema ja/või lapse seisundit arvestades oluline. Soovituslik aktiivse imemisega toidukordade arv on 8-12 korda ööpäevas. Personal julgustab ema imetama lapse vajadustest lähtuvalt, annab nõu, kuidas tulla toime sagedasemate raskustega, näiteks lapse unisus rinnal ja/või rahutus. Sünnitus- ja sünnitusjärgses osakonnas pakutakse personali poolt abi ööpäevaringselt, kontrollitakse imemisvõtte õigsust (vähemalt 1 kord päevas), lapse imemise efektiivsust ning antakse vajadusel juhiseid asendi või võtte korrigeerimiseks. Vanematega suheldes ollakse toetav ja julgustav, kõiki vanemaid nõustatakse rinnapiima tekke stimulatsiooni osas (NNK, õige imemisvõte, sage regulaarne toimine/sõõrutamine ööpäevaringselt, valutustamine). Nõustamisel luuakse turvaline ja hinnanguvaba õhkkond, kus ema saab oma muresid ja kahtlusi jagada ning tunnustatakse ema pingutusi ja saavutusi.

Suhtlemisel arvestatakse iga pere individuaalse olukorra ja vajadustega. Iga ema/pere julgustatakse murede/küsimuste tekkimisel pöörduma palati ämmaemanda poole.

Imetavate emade ja vastsündinutega töötav personal õpetab kõikidele sünnitanud naistele laktatsiooni stimuleerimist rinnapiima sõõrutamise või pumpamise teel, juhendab selle vajaduse, sageduse, regulaarsuse, tehnika ning vajadusel rinnapumba käsitlemise ja hooldamise osas. Sõõrutamine peaks toimuma sarnaselt toitmiskordadega vähemalt 8-10, soovituslikult 8-12 korda ööpäevas, sealhulgas vähemalt üks kord öösel. Lisaks toetatakse enese eest hoolitsemist: selgitatakse puhkuse, piisava toidu ja joogi olulisust taastumiseks ning laktatsiooni käivitumiseks. Kui ema ja laps peavad viibima eri osakondades, toetab personal ema laktatsiooni stimuleerimisel ja lapsega kontakti loomisel (pumpamistarvikute võimaldamine, osakondade vaheline transport jm).

Emasid teavitatakse sagedamini esinevatest imetamisega seotud raskustest, nagu piimapais, ummistunud piimajuha, rinnanibulõhed ja mastiit. Personal selgitab rinnaseisundite võimalikke põhjuseid ning pakub praktilisi nõuandeid sümptomite leevendamiseks ja olukorra lahendamiseks. Emasid suunatakse leidma ja kasutama toetavaid infomaterjale, mis aitavad leida soovitusi ja suuniseid erakorraliseks pöördumiseks.

Sünnitusosakond teeb koostööd neonatoloogia ja laste intensiivravi osakonnaga. Ravi vajavate vastsündinute vanemad liiguvad esimesel võimalusel neonatoloogia osakonda. Vajadusel tagatakse ravil viibivate vastsündinute emadele võimalus käia oma last rinnaga toitmas esimesel võimalusel ja/või, et laps saaks väljasõõrutatud rinnapiima. Kui ema tervislik seisund lubab, saab ta kohe pärast sünnitust liikuda lapse juurde neonatoloogia või intensiivravi osakonda. Neonatoloogia osakonnas töötab igapäevaselt ämmaemand, kes toetab vanemaid vastsündinu toitmise ning sünnitusjärgse kohanemise õnnestumiseks. Kui ema on lapsega uuesti sünnijärgsesse või neonatoloogia osakonda hospitaliseeritud, siis tagatakse ema ja lapse pidev koosolemise võimalus. Sel perioodil toetatakse imetamise ja rinnapiimaga toitmise jätkumist arvestades ema ja/või lapse seisundit.

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

Personal on teadlik ternespiimaga toitmise vajalikkusest, imetamise kasuteguritest, piimasegu andmise näidustustest ja piimasegu pakkumise riskidest.

Kõiki peresid informeeritakse piimaseguga toitmise võimalikust negatiivsest mõjust imetamisele, rinnapiima tekkele ja imetamise edenemisele.

Pere valik imetamise või rinnapiimaga toitmise osas dokumenteeritakse ema ja lapse haigusloos.

Piimasegu pakutakse ainult meditsiinilisel näidustusel.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Naistekliiniku personal omab ettevalmistust, et tagada emadele asjakohane imetamise toetus ja nõustamine. Ilma meditsiinilise näidustusega ei soovitata vastsündinule pakkuda muud toitu ega jooki kui rinnapiim. Vanemaid informeeritakse piimasegu kasutamise riskidest ja mõjust imetamisele ja vajadusel juhendatakse piimaseguga toitmise osas sh alternatiivsed toitmismeetodid. Jagatakse teaduspõhist teavet, et emadel oleks võimalik langetada teadlik otsus. Vajadusel pakutakse vanematele tõhustatud imetamisnõustamist.

Terved ja ajalised vastsündinud, kes on sünnitusjärgses osakonnas koos emadega ning kellel ei ole meditsiinilist näidustust, ei vaja piimasegu. Kõikidele naistele pakub esmast imetamisnõustamist osakonna ämmaemand, keerulisematel juhtudel kaasatakse imetamisnõustaja. Imetamisnõustamise põhimõtted ja riskid piimasegu pakkumiseks on kirjeldatud lisas 11. Imetamisnõustamise käigus antakse emadele imetamise ajal ravimite tarvitamisega seotud teavet tuginedes teaduspõhiste allikatele (*Lactmed* andmebaas jm). Ema kasutatud ravimid (sh raseduse ja sünnituse ajal tarvitatud ravimid) ja nende kokkusobivus imetamisega dokumenteeritakse ema ja lapse haigusloos. Juhtudel, kui rinnaga toitmine tuleb meditsiinilistel põhjustel ajutiselt katkestada või lõpetada, pakutakse naistele asjakohast teavet laktatsiooni säilitamise või lõpetamise võimaluste kohta.

Kui laps vajab ravi neonatoloogia või intensiivraviosakonnas, järgitakse toitmisplaani ja arvestatakse lapse eripärasid. Esmajärjekorras eelistatakse toitmist oma ema rinnapiimaga, selle puudumisel doonor-rinnapiimaga ja viimase võimalusena piimaseguga. Meditsiinilised põhjused doonorpiima või piimasegu kasutamiseks on kirjeldatud lisas 10.

Iga laps vajab individuaalset hindamist piimasegu pakkumise näidustuste ja koguste osas. Kui last ei saa rinnaga toita või ema seda ei soovi, veendub personal, et vanemad on teadlikud lutipudeli ja luti kasutamisega seotud riskidest. Piimasegu kasutamisel nõustatakse vanemaid piimasegu valmistamise, säilitamise, manustamise, koguste ja tarvikute hügieeni osas. Lapse toitmiseviis, selle näidustused, kogused ning ema/vanemate eelistused dokumenteeritakse ema ja lapse haigusloos.

7.Võimaldage emadel ja vastsündinutel olla koos ööpäevaringselt.
Kõikidele sünnitusjärgsetele naistele on loodud tingimused oma lapsega ööpäevaringseks koosolemiseks, kui mõlema tervislik seisund seda lubab.
Vanematele pakutakse tuge, et nad saaksid iseseisvalt oma vastsündinu eest hoolitseda.
Imetavaid emasid informeeritakse öiste toitmiskordade vajalikkusest.
Välditakse vastsündinu lahutamist emast lapse tervisekontrolli ja protseduuride ajaks.
Vastsündinu emast eraldamine toimub vaid juhul, kui laps viibib ravil või ema tervislik seisund ei võimalda lapse eest hoolitseda.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Sünnitusjärgses osakonnas on emadele ja lastele loodud tingimused ööpäevaringseks koosolemiseks. Ema ja last ei tohiks rutiinselt teineteisest eraldada ka keisrilõike järgselt ning võimalusel tagatakse nende koosolemine esimesel võimalusel. Keisrilõike teel sünnitanud emad vajavad sagedamini abi imetamisel, samuti emotsionaalset ja füüsilist toetust lähedastelt ning personalilt. Lapsega koos olles õpib ema märkama lapse söömissoovi ning saab vastavalt reageerida, hõlbustades imetamise alustamist ning emadusega kohanemist. Koosolemine toetab ema-lapse lähedase kiindumussuhte teket, seda nii enneaegsete kui ka ajaliste vastsündinute puhul.

Ööpäevaringselt lapsega koos olemine võimaldab sagedast ema-lapse NNK ja/või känguruhooldust, mis suurendab imetamissagedust, tõstab ema enesekindlust ning toimetulekut, soodustab rinnapiima hulga suurenemist, pikendab imetamise kestust ja toetab eranditult rinnapiimaga toitmist haiglast koju kirjutamisel. Ema ja lapse eraldamine avaldab negatiivset mõju imetamisele, sh. on emade rahulolu madalam ning lapsed nutavad rohkem.

Vanemaid julgustatakse iseseisvalt oma vastsündinu eest hoolitsema, pöörates tähelepanu ka ema vajadusele une ja puhkuse järele. Perekonna kaasamine sünnitusjärgsesse hooldusesse on oluline, et toetada kestvat positiivset mõju vastsündinu füüsilisele, kognitiivsele ja psühhosotsiaalsele arengule, sh neil juhtudel, kui laps vajab ravi Lastekliinikus.

Vanemaid informeeritakse öiste toidukordade vajalikkusest, mis on olulised lapse energiavajaduse katmiseks, sünnijärgse kaaluübe reguleerimiseks ja rinnapiima tootmise säilitamiseks. Emad võivad muretseda või kahelda, kas öine toitmine on vajalik, või püüavad seda vältida, pidades seda väsitavaks. Selge ja toetav teave aitab vanematel mõista, et öine toitmine on lapse loomulik vajadus, toetab rinnaga toitmist ning sünnijärgset kohanemist. Personal jagab praktilisi soovitusi öiste toitmiskordadega kohanemiseks sh. mugavad imetamisasendid.

Kui laps vajab ravi neonatoloogia osakonnas, saavad mõlemad vanemad tulla koos lapsega neonatoloogia osakonna perepalatisse. Lastekliiniku personal aitab leida parima lahenduse lapsega koos olemiseks ja tema eest hoolitsemiseks. Kui lapse ema vajab ravi ja asub teises osakonnas, saab teine vanem tulla neonatoloogia osakonna perepalatisse lapse eest hoolitsema kuni ema tervislik seisund võimaldab tal liituda. Neonatoloogia osakonnas rakendatakse perekeskset ravi ja hooldust, eesmärgiga toetada lapse arengut ning tugevdada vanema ja lapse lähedust ning emotsionaalset sidet. Vanemaid informeeritakse lapse seisundist ning nad saavad osaleda igapäevastes tegevustes, nt. känguruhooldus, toitmine, baastoimingud hügieeni tagamisel jms. Uuringud näitavad, et selline lähenemine mõjub positiivselt lapse arengule, vähendab haiglastressi ja vanemate ärevust ning soodustab lapse rinnapiimaga toitmist.

Lapse meditsiinilisi läbivaatusi neonatoloogi või ämmaemanda poolt ning vaksineerimisi tehakse võimalusel koos vanemaga või vanema juuresolekul. Ainevahetushaiguste sõeluuringu jaoks vereproovi võtmise ajal soovitatakse ebamugavuse leevendamiseks pakkuda lapsele rinda, samal ajal NNK säilitades. Kui imetamine pole võimalik, võib kasutada ka rõngasluti imemist kombinatsioonis sukroosi või glükoosilahusega, vastavalt [Vastsündinutelt, imikutelt, lastelt ja täiskasvanutelt kapillaarvere võtmise juhendile](#).

8.Toetage vanemaid ära tundma lapse märguandeid söömise soovist ja neile vastama.
Emasid julgustatakse vastsündinut toitma nõudmisel, vastates lapse toitmisevajadusele.
Lamedate või sissepoole pöördunud rinnanibude puhul pakutakse emadele individuaalset juhendamist ja tuge.
Sünnitusjärgselt õpetatakse emasid leidma sobiv imetamisasend ning ära tundma vastsündinu õiget imemisvõtet ja efektiivset imemist rinnal.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Vastsündinu imemissoovi ja rinnale saamise vajaduse märkideks on esmajoones rahutus ja ärkamised, pea liigutamine otsivalt vasakule-paremale, käte suhu panemine või suu juurde viimine, sealjuures tehes suuga imemisliigutusi ja avades suud. Need varajased toitmiseelsed käitumismustrid näitavad, et laps on valmis rinda haarama ning imema hakkama. Lapse nutt on näljamärkide hilisem väljendumine, siis on laps ärritunud ja rahutu. Personal juhendab, kuidas last enne toitmist rahustada ning rinnale asetada.

Rinnaga toitmise sagedus ja kestus põhineb iga vastsündinu individuaalsetel vajadustel. Eelistada esialgu mõlema rinna pakkumist sama toidukorra ajal. Ämmaemand pakub emadele personaalset ja empaatilist tuge, et aidata neil märgata lapse toitmisevajadusi ning nii tagada imetamise edukus. Emade enesekindluse toetamiseks kontrollitakse imemisvõtte õigsust ja imemise efektiivsust, antakse soovitusi ning pakutakse igakülgset ööpäevaringset abi normaliseerides tihedaid toitmiskordi esimestel elunädalatel.

Lamedate või sissepoole pöördunud rinnanibude puhul pakutakse emadele individuaalset juhendamist ja tuge ning tutvustatakse vahendeid ja võtteid, mis aitavad imetamist edukalt alustada ja jätkata. Esmalt enne toitmist soovitatakse nibu stimuleerida – näiteks kergelt väljapoole masseerides. Abivahendiks võib olla nibukaitse, mis aitab lapsel paremini haarata nibu ja võimaldab sügavat haaret, kuid selle valik ja kasutamine kooskõlastatakse imetamisnõustaja või ämmaemandaga. Mõnel juhul kasutatakse ka rinnapumpa või spetsiaalseid nn. nibu vormijaid, mis aitavad mehaaniliselt nibu vormida ja soodustavad lapse õiget imemisvõtet. Samuti võib abi olla rindade U- või C-võttega vormimine ja erinevate imetamis-asendite katsetamine.

9.Nõustage peresid lutipudelite ja luttide kasutamise ja riskide osas ning informeerige nende võimalikust negatiivsest mõjust imetamisele.
Personal ei soovita tervetele ja ajalistele vastsündinutele imetamise algusperioodil lutti ega lutipudelit.
Vanemaid nõustatakse rõngasluti ja lutipudelite kasutamise võimalikust negatiivsest mõjust imetamise alustamisele ja jätkamisele.
Lapsevanematele õpetatakse alternatiivsete toitmiseviiside kasutamist (näiteks toitmist tassist, topsist, sõrm-süstlast või lusikast)

Tegevuseesmärkide saavutamine

Personal ei soovita tervetele ja ajalistele vastsündinutele rinnaga toitmise alustamise perioodil luti ega lutipudeli kasutamist. Väljapumbatud rinnapiima või piimasegu pakkumisel eelistatakse lutipudelile alternatiivseid toitmisi, et kujuneks õige imemisvõte. Ülevaade alternatiivsetest toitmisi viisidest on leitav lisas 9. Tervete ajaliste vastsündinute emasid teavitatakse varajase rõngasluti ja lutipudeli kasutamise võimalikust pidurdavast mõjust laktatsiooni käivitamisele, häiritud võib olla õige imemistehnika kujunemine, “näljamärkide” äratundmine, lüheneda võib rinnaga toitmise kestvus ja sagedus. Vajadusel arutletakse vanematega nende motiivide üle kasutada luti või lutipudelit, et mõista pere vajadusi ja pakkuda individuaalselt parimat sobivaimat lahendust.

Rõngasluti kasutuselevõttu soovitatakse edasi lükata eduka imetamise väljakujunemiseni, mis on tavaliselt 3-4 nädalat pärast lapse sündi. Lutipudeli ja luti kasutamise võimalikud riskid ja probleemid on kirjeldatud lisas 11.

Oluline on silmas pidada, et MTO ei toeta luttide täielikku keelustamist, sest luti kasutamine magamise ajal võib vähendada imiku äkksurma sündroomi (SIDS) riski. Haiglas kasutatakse rõngaslutti vahetul sünnijärgsel perioodil ja piiratud meditsiinilistel näidustustel – näiteks lapse rahustamiseks, protseduuride ajal, ravimite manustamisel või ravi vajavatel ning enneaegsetel lastel oraalmotoorse funktsiooni toetamiseks, sh apnoehoogude korral.

10. Korraldage haiglast koju kirjutamine viisil, et vanematele ja lastele on tagatud edasine jälgimine ja tugi.
--

Haiglast koju kirjutamisel pööratakse tähelepanu pere toimetulekule, vastsündinu toitmiskustadele ning vajadusel koostatakse kirjalik individuaalne plaan imetamise jälgimiseks.
--

Imetavatele emadele jagatakse infomaterjale võimalikest probleemidest rinnaga toimise ajal ja nende võimalikest lahendustest.

Koju kirjutamisel planeeritakse võimalusel perele koduviisit.

Rinnaga toitmise edendamiseks ja lapsevanemate toetamiseks on loodud erinevaid võimalusi.

Tegevuseesmärkide saavutamine

Haiglast koju kirjutamise hetk on pere jaoks üleminekuaeg, mil nad liiguvad toetatud keskkonnast iseseisva tegutsemise juurde. Sel perioodil on suur risk, et sellised probleemid nagu imetamisraskused, lapse vähene kaaluviive või ema halvenenud enesetunne võivad jääda

märkamata ja lahendamata, kui puudub süsteemne ja selge toetusteedkond. Hästi korraldatud väljakirjutamine loob silla haigla ja koduse elu vahel, tagades peredele kindlustunde ja järjepideva suhtluse tervishoiutöötajatega. 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 saab pöörduda. Peamine põhjus varasele piimasegu kasutamisele üleminekul on emade poolt tajutud raskused rinnaga toitmisel ning emade ebakindlus. Sagedasemad imetamisprobleemid on kirjeldatud lisa 12 ja 13.

Tervishoiutöötajate toetus ja professionaalsed nõuanded soodustavad imetamise alustamist ja jätkamist. Eelneva negatiivse imetamiskogemusega emadele, kellel haiglas viibimise ajal ilmnesid imetamisprobleemid, pakutakse nõustamist enne haiglast lahkumist, et toetada võimalike probleemidega toimetulekut. Imetamise toetamiseks broneeritakse ämmaemanda sünnitusjärgne koduviit või vajadusel imetamisnõustaja visiit. Imetamisprobleemide korral koostatakse individuaalne kirjalik plaan imetamise jälgimiseks, ema ja pere toetamiseks kaasatakse vajadusel ka teisi spetsialiste.

Varajasel koju kirjutamisel kutsutakse ema/pere tagasi perekeskuse ämmaemanda ja/või neonatoloogi sünnitusjärgsele visiidile. Visiidi eesmärk on toetada ema ja vastsündinu sünnitusjärgset kohanemist ning anda soovitusi vastsündinu eest hoolitsemiseks ja rinnaga toitmise edenemiseks. Varajane kojukirjutamise rakendamine sõltub ema ja lapse tervislikust seisundist ning kojukirjutamise kriteeriumitest.

Rinnaga toitvatele emadele tagatakse sünnitusjärgse hoolduse järjepidevus haiglast lahkumise järgselt: informeeritakse imetamisnõustaja, ämmaemanda ja naistearsti kontaktidest. Kui sünnitusjärgses osakonnas viibimise ajal on olnud vajadus anda lapsele lisaks piimasegu või kasutatakse nibukaitset, siis arutatakse ema/perega läbi edasine tegutsemisplaan, vajadusel antakse toitmiseks kaasa juhised. Perede teadlikkuse toetamiseks antakse kaasa juhendmaterjalid/viited, mis käsitlevad erakorralise pöördumise näidustusi, võimalusi ning ajastust.

Varane imetamisnõustamine toetab rinnaga toitmise ja toimetuleku edukust. Sünnitusjärgne koduviit tagatakse võimalusel kõigile Tartu linna ja lähikümbruse sünnitusjärgsetele naistele ja nende vastsündinutele kuni 7 päeva pärast sünnitust, vajadusel korduvalt. Haiglas esinenud probleemid saavad sageli koduses keskkonnas toetuse abil lahenduse ning eduelamus

motiveerib emasid kauem last rinnaga toitma ja paremini toime tulema. Sünnitusjärgne koduviit broneeritakse ka teiste piirkondade naistele vastavalt teenusepakkuja võimalustele. Koduviidi eesmärk on märgata piiranguid naise ja pere toimetulekus, anda tagasisidet vastsündinu toitmise edenemisele ja juhendada ema ja peret sünnitusjärgse kohanemise ajal.

Naistekliinikus viibimise ajal informeeritakse emasid imetamisnõustamise korraldamisest viisil, mis tagab tervishoiutöötajate ja kogukonnas tegutsevate imetamise tugigruppide toetuse kättesaadavuse: naistekliiniku veebinõustamine, imetamise vestlusring, imetamisnõustajate vastuvõtud ja sünnitusjärgne koduviit.

1. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G.(2020). Relationship between breastfeeding and malocclusion: a systematic review of the literature. *Nutrients*.12: 36–51.
2. Abrams S.A. Breastfeeding the preterm infant. UpToDate, May, 2024.
3. Australian Breastfeeding Association (2022).
<https://www.breastfeeding.asn.au/resources/feeding-cues>
4. Bahorski J.; Romano M.; McDougal J.M.; Kiratzis E ; Pocchio K; Paek I (2023). Development of an Individualized Responsive Feeding Intervention—Learning Early Infant Feeding Cues: Protocol for a Nonrandomized Study. *JMIR Publications*.
<https://www.researchprotocols.org/2023/1/e44329>
5. Balice-Bourgeois C, Zumstein-Shaha, M.,Vanoni, Federica M.,Jaques C., Newman, CJ., Simonetti, GD. (2020). A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain on Neonates. *The Clinical Journal of Pain* 36(5):p 390-398, May.
6. Brimdyr K., Stevens J., Svensson K., Blair A., Turner-Maffel C., Grady j., Bastarache L., Alfy A., Crenshaw JT., Giugliani ERJ., Ewald U., Halder R., Jonas W., Kagawa M., Lilliesköld S., Maastrup R., Sinclair R., Swift E., Takahashi Y., Cadwell K. (2023). Skin-to skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatr.*, 112:1633-1643.
7. Buldur E, Yalcin Baltaci N, Terek D, Yalaz M, Altun Koroglu O, Akisu M, *et al.* (2020). Comparison of the finger feeding method versus syringe feeding method in supporting sucking skills of preterm babies. *Breastfeed Med*.15(11):703–708. doi: 10.1089/bfm.2020.0043. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
8. Charpak N., Montealegre-Pomar A., Bohorquez A.(2021). Systematic review and meta-analysis suggest that the duration of Kangaroo mother care has a direct impact on neonatal growth. *Acta Paediatr.*, 110 (1): 45-49.
9. Dessì A., Pianese G., Mureddu P., Fanos V., Bosco A. (2024) From Breastfeeding to Support in Mothers' Feeding Choices: A Key Role in the Prevention of Postpartum Depression? DOI: 10.3390/nu16142285 <https://www.mdpi.com/2072-6643/16/14/228>

10. Douglas P. (2022) Re-thinking benign inflammation of the lactating breast: Classification, prevention, and management.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17455057221091349>
11. Drugs and Lactation Database (LactMed®). National Library of medicine.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
12. Enteral Nutrition in Preterm Infants (2022). A Position Paper from the ESPGHAN Committee on Nutrition and invited experts Short title: Enteral Nutrition in Preterm Infants: ESPGHAN Position Paper.
13. Flint A, New K, Davies MW.(2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. Cochrane Database Syst Rev. 2016 doi: 10.1002/14651858.CD005092.pub3. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
14. Funai E.F., Norwitz ER.(2025). Labor and delivery: Management of the normal third stage after vaginal birth. UpToDate, Apr.
15. Gavine A, Shinwell S C, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, Marshall J, Cumming S E, Dare S, McFadden A. (2022). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Oct 25; 10:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub6
16. Gianni M L, Lanzani M, Consales A, Bestetti G, Colombo L, Bettinelli M E, Plevani L, Morniroli D, Sorrentino G, Bezze E, Zannota L, Sannino P, Cavallaro G, Villamor E, Marchisio P, Mosca F. (2020). Exploring the Emotional Breastfeeding Experience of First-Time Mothers: Implications for Healthcare Support. Front Pediatr. May 7;8:199. doi: 10.3389/fped.2020.00199
17. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, COMMITTEE ON NUTRITION, SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY.(2019). The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. Pediatrics.143(4) Epub 2019 Mar 18.
18. Gupta N., Deierl A., Hills E., Banerjee J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. Acta Paediatr..
19. Harting, K. M., Singer, D., and Heiter, J. (2025). Optimizing breastfeeding for hospitalized newborns: A narrative review of midwifery-led interventions. European Journal of Midwifery, 9 (February), pp.1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/200341>

20. Hauck AGV., Vaart M., Adams E., Baxter L., Bhatt A., Crankshaw D., Dhami A., EvansFry R. Freire M. BO.,Hartley C., Mansfield RC., Marchant S.,Monk V.,Moultrie F.,Peck M., Robinson S.,Yong J., Poorun R.,Cobo MM†, Slater R.(2024). Effect of parental touch on relieving acute procedural pain in neonates and parental anxiety (Petal): a multicentre, randomised controlled trial in the UK. *The Lancet Child & Adolescent Health*, Vol. 8.No. 4p 259–269 Published: February 16.
21. Infant and young child feeding (2023) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
22. Joan Younger Meek and The Academy of Breastfeeding Medicine. Educational Objectives and Skills for the Physician with Respect to Breastfeeding, Revised 2018.
23. Joan Y. M., Lawrence N. (2022). Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. American Academic of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057989>
24. Juan J., Zhang X., WangX., Liu J., Cao Yinli, Tan L., GaoY., QiuY., Yang H. (2022). Association between Skin-to.Skin Contact Duration after Caesarean Section and Breastfeeding Outcomes. *Children*.
25. Kanellopoulos AKm Costello AE (2024) The effects of prolonged pacifier use on language development in infants and toddlers. PMID: 38445061 PMCID: PMC10912588 DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1349323
26. Kellams, A. Breastfeeding: Parental education and support. (2025). <https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support>
27. Kellams A.(2024) Initiation of breastfeeing. UpToDate.
28. Kristoffersen L., Bergseng H., Engesland H., Bagstevold A., Aker K., Stoen R. (2023). Skin-to-skin contact in the delivery room for very preterm infants: a randomised clinical trial, *BMJ*.
29. Lapse tervise jälgimise juhend. RJ-Z/29.2-2022. <https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/191/lapse-tervise-jalgimise-juhend>
30. Lawrence RA and Lawrence RM. (2022). Breastfeeding, a guide for the medical professional, Ninth Edition.
31. Lilliesköld S., Lode-Kolz K., Rettedal S., Lindstedt J., Linner A., Markhus P., Björkroth S.A-, Aden U., Jonas W. (2023). Skin-to-skin Contact at Birth for Very

- Preterm Infants and Mother-Infant Interaction Quality at 4 Months. JAMA, Nov, 30;6(11):e2344469.
32. Linner A., Kolz KL., Klemming S., Bergman N., Lilliesköld S., Pike H.M., Westrup B., Rettedal S., Jonas W. (2022). Immediate skin-to-skin contact may have beneficial effects on the cardiorespiratory stabilisation in very preterm infants. RCT. Acta Paediatr. Aug.
 33. Lojander J., Axelin A. Niela-Vilén H. (2024). Breastfeeding exclusivity, difficulties, and support in the first days after hospital discharge: A correlational study. [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(24\)00087-3/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(24)00087-3/fulltext)
 34. Lord L.G., Harding J.E., Crowther C.A., Lin L.(2023). Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy and Childbirth.
 35. Margaret G. Parker, Lisa M. Stellwagen, Lawrence Noble, Jae H. Kim, Brenda B. Poindexter, Karen M. Puopolo. (2021). Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. American Academic of Pediatrics. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/5/e2021054272/181366/Promoting-Human-Milk-and-Breastfeeding-for-the> <https://doi.org/10.1542/peds.2021-054272>
 36. Martinez-Hortelano J.A., Saz-Lara A., Gonzalez JLG., Cristobal-Aguado S., Iglesias-Rus L., MartinezVizcaino V., Garrido-Miguel M. (2025). Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. Intern J of Nurishing Studies, Vol. 166.
 37. Martinez-Rodriguez S., Rodriguez-Almagro J., Bermejo-Cantarero A., Laderas-Diaz E., Sanchez-Millan N., Hernandez-Martinez. (2025). A. Efficacy of skin-to-skin contact between mother and infant on maternal outcomes during the third stage of labour: A systematic review and meta-analysis. Int.J of Nursing Studies, Vol. 162, Feb.
 38. McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J.L. *et al.* (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 14, 42. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
 39. Mehler K., Hucklenbruch-Rother E., Trautmann-Villalba, Becker I., Roth B., Kribs.(2020). A Delivery room skin-to.skin contact for preterm infants. A randomized clinical trial. Acta Paediatr.; 109(3):518.

40. Orovou E, Tzitiridou-Chatzopoulou M *et al* (2022). Correlation between Pacifier Use in Preterm Neonates and Breastfeeding in Infancy: A Systematic Review. *Children* 1585; <https://doi.org/10.3390/children9101585>. PMID: 36291521 PMCID: PMC9600199 DOI: 10.3390/children9101585 [PMC free article] [PubMed]
41. Pavlyshyn H., Sarapuk I., Horishna I., Slyva V., Skubenko N.(2022). Skin-to-skin contact to support preterm infants and reduce NICU-related stress. <https://doi.org/10.1002/jdn.10216>. July.
42. Rosalia R., Marina M., Valentina L., Gabriele G., Elena C., Rosalba Q., Salvatore C., Vincenzo G. (2021). Factors Influencing Uptake of Breastfeeding: The Role of Early Promotion in the Maternity Hospital. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8124212/>
43. Say B, Büyüktiryaki M, Okur N, Şimşek GK, Canpolat FE, Uraş N, *et al.* (2019). Evaluation of syringe feeding compared to bottle feeding for the transition from gavage feeding to oral feeding in preterm infants. *J Pediatric Res.* 6(2):94–98. doi: 10.4274/jpr.galenos.2018.98698. [DOI] [Google Scholar]
44. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, Bosch C, Verna C. (2018). The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Progress in Orthodontics*; 19: 8.
45. Shah PS, Torgalkar R, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023, Issue 8. Art.No.:CD004950.
46. Sivanandan S, Sankar MJ. (2022). KMC for preterm or LBWI: a systematic review and meta analysis. *medRxiv.* 2022, WHO recommendation for care of the preterm or LBWI.
47. Ten steps to successful breastfeeding. <https://www.who.int/multi-media/details/ten-steps-5-support-mothers-with-breastfeeding>
48. Tolppola O, Renko M *et al* (2022) Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns—a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr* 181(9):3421–3428. . doi: 10.1007/s00431-022-04559-9. PMCID: PMC9395499 PMID: 35834044 [DOI] [PMC free article] [PubMed]
49. United Nations Children’s Fund (UNICEF). 2021. Implementation Guidance on Counselling Women to Improve Breastfeeding Practices. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/1501/file/UNICEF-WHO-BF-Counseling-Guidance-2021.pdf>

50. Wang Y., Zhang L., Dong W., Zhang R. (2023). Effects of Kangaroo Mother Care on Repeated Procedural Pain and Cerebral Oxygenation in Preterm Infants. *Am J Perinatol*;
51. World Health Organization and UNICEF (2020). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns.
52. World Health Organization (2018). Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> [PubMed]
53. World Health Organization and UNICEF (2020). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns.
54. World Health Organization. (2018).Ten steps to successful breastfeeding. <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
55. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff: customisation Guide
56. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). 2020. Competency verification toolkit: Ensuring competency of direct care providers to implement the Baby-Friendly Hospital Initiative
57. World Health Organization. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization, 2018.
58. Yamada J, Bueno M, Santos L, Haliburton S, Campbell-Yeo M, Stevens B. (2023). Sucrose analgesia for heel-lance procedures in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art.No.:CD 014806.
59. Yasmeen T, Yasmeen A., Trower K. (2023). Oral sucrose for procedural pain. GGC Paediatric Guidelines NHS GGC.

10 sammu edukaks imetamiseks (BFHI *The Ten Steps to Successful Breastfeeding*, revised 2018)

1A. Järgige „Rinnapiima asendavate toodete turustamise rahvusvahelist koodeksit“ ja Maaailma Terviseassamblee asjakohaseid 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 kontakti loomist ja toetage emasid alustama rinnaga toitmist nii kiiresti pärast lapse sündi kui võimalik.

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

6. Ärge pakkuge rinnaga toidetud vastsündinuile muid toite ega vedelikke kui rinnapiim, välja arvatud juhul, kui see on meditsiiniliselt näidustatud.

7. Võimaldage emadel ja nende vastsündinutel olla koos ööpäevaringselt.

8. Toetage vanemaid ära tundma oma lapse märguandeid söömise soovist ja neile vastata.

9. Nõustage peresid lutipudelite ja luttide kasutamise ja riskide osas ning informeerige nende võimalikust negatiivsest mõjust imetamisele.

10. Korraldage haiglast koju kirjutamine viisil, et vanematele ja lastele oleks tagatud õigeaegne edasine jälgimine ja tugi.

Rinnapiima asendavate toodete turustamise rahvusvaheline koodeks (lühikokkuvõte)

Eesmärk: Kaitsta ja edendada rinnaga toitmist ning aidata kaasa imikute ohutule toitmisele ja rinnapiima asendavate toodete näidustatud kasutamisele.

Põhimõtted:

- **Keelatud on avalikkusele reklaamida** piimasegusid, pudelite ja luttide kasutamist.
- **Keelatud on jagada tasuta näidiseid** rasedatele, emadele ja nende peredele.
- **Keelatud on tootjate kingitused ja sponsorlus** tervishoiutöötajatele või -asutustele.
- **Nõutud on objektiivse info** edastamine imikute toitmise kohta – ilma tootjapoolse mõjutuseta.
- **Keelatud on tootjate reklaamimaterjale** kuvada haigla seintel, ootesaalides ja lugemismaterjalides.
- **Keelatud on soodushinnaga ja/või tasuta toodete jagamine** tervishoiuasutustes.
- **Tervishoiutöötajad teavad ja järgivad** koodeksi nõudeid igapäevatoos.

Meelespea:

Koodeks ei keela toodete imiku toitmiseks mõeldud piimasegude kasutamist, kui see on **meditsiiniliselt näidustatud!** See keelab ainult turundusviisid, mis võivad kahjustada imetamist.

Nõustamisvestluse ja perekooli loengute käigus käsitletud teemad

- Rinnapiima ja imetamise kasulikkus lapsele ja emale;
- varase nahk naha kontakti olulisus;
- rinnapiima tootmise ja selle vallandumise mehhanismid;
- õige imemisasend ja -võte, kuidas neid hinnata;
- vastsündinu toitmise eripära kolmel esimesel elupäeval;
- rinnaga toitmise sagedus, rõhutades lapse nõudmisel toitmist, kuid mitte vähem kui 8 korda ööpäevas;
- öise toitmise olulisus rinnapiima tootmise käivitumisel ja jätkumisel,
- piimasegu, luttide ja lutipudelite kasutamise riskid;
- rinnapiima käsitsi sõõrutamise õpetus ja vajadusel rinnapumba kasutamine;
- „Imetamise strateegia“ tutvustamine ja suunised materjali leidmiseks;
- kuidas hinnata, kas laps saab piisavalt piima?
- probleemid, mille korral kontakteeruda imetamisnõustajaga;
- informatsioon sünnitusjärgsete tugiteenuste kohta.

Nahk naha kontakti kasutegurid ja rakendamine

Ema ja lapse nahk naha kontakt (NNK) vahetult pärast sündi on väga oluline, kuna see aitab hoida last soojas ema keha soojuse abil, rahustab nii ema kui ka last ning soodustab lapse südametegevuse ja hingamise stabiliseerumist. Kohe pärast sündi laps kuivatatakse, kaetakse eelsoojendatud kahekordse suure froteerätikuga, pähe pannakse müts ning asetatakse riideteta või mähkmega kõhuli asendis (pikisuunas) ema või teise vanema paljale kõhule või rindkerele. Ema või teine vanem on selili, ülakeha veidi tõstetud, poollamavas asendis, mõlemad käed on vabad, et last hästi toetada. Külili asend ei ole sobilik NNK rakendamiseks.

NNK toetab vastsündinu metaboolset kohanemist ja veresuhkru stabiliseerumist, vähendades hüpoglükeemia riski riskirühmadesse kuuluvatel lastel. Samuti võimaldab see lapsel rinda otsida ja iseseisvalt haakuda, toetab imetamise edukat algust, soodustab lapse keha ja seedetrakti koloniseerumist ema mikroflooraga, lühendab nutmisaega, vähendades sellega stressi ja energia kaotust. Lisaks tugevdab NNK lähedussuhet ja kiindumuse teket ema ja lapse vahel. Varane NNK ja edukas imetamine on doosist sõltuvad: mida pikem on esmane ema-lapse NNK esimese 3 tunni jooksul pärast sünnitust, seda suurem on tõenäosus, et laps on eranditult rinnapiimatoidul ja kogu imetamisperioodi kestus on pikem.

2023. a MTO juhendi kohaselt peab NNK vahetult pärast sünnitust olema standardne käsitusviis emadele ja vastsündinutele. Selle rakendamine eeldab kardiorespiratoorset stabiilsust ning on soovitatav võimalusel alates ~1000 g / 28+ rasedusnädalast, väljaõppinud abistava personali juuresolekul. NNK on soovitatav ka kaasasündinud südameriketega laste, mitmike ning sügavalt enneaegsete vastsündinute puhul. Vastsündinud esmase abistamise vajadusel, saab 2025. aastast alates kasutada sünnitustoas spetsiaalset Concordi stabiliseerimislauda, mis võimaldab alustada hingamistoetust ning teisi vastsündinu stabiliseerimiseks vajalikke toiminguid vanemate vahetus läheduses. Vastsündinu abistamise alustamine vanemate juures on seotud positiivse mõjuga emale, aidates vähendada sünnitusjärgse depressiooni riski ning tagab parema kiindumussuhte kujunemise.

Kui vastsündinu on emaga NNKs ja alustab rinnalt imemist, tõuseb ema organismis endogeense oksütotsiini tase. See soodustab emaka kontraktsioone, kiirendab platsenta terviklikku eraldumist ja väljutamist ning lühendab sünnituse III perioodi. Selle tulemusena väheneb vajadus uterotooniliste ravimite järele ning alaneb sünnitusjärgse verejooksu risk.

NNK on ohutu ning selle laialdase rakendamisega on samaaegselt vähenenud äkksurma esinemine vastsündinutel esimese 6 elupäeva jooksul.

Kaksikute sünni korral püütakse võimaluse korral tagada kohe pärast sünni NNK lapse ja ema vahel. Teine vanem võib olla esimese lapsega nahk naha kontaktis ajal, mil teine laps sünnib ning pärast teise lapse sünni pakutakse perele tuge kaksikute imetamisega alustamisel nii, et mõlemad kaksikud saaksid olla samaaegselt nahk naha kontaktis rinnal imemas.

Keisrilõike järgselt on rutiinseks praktikaks varane ema-lapse NNK ja abistamine imetamisel. Keisrilõike järgselt julgustatakse esmast imetamist alustama nii kiiresti kui võimalik operatsioonitoas või ärkamisruumis. Keisrilõikeaegne ja keisrilõikejärgne NNK lapsega vähendab ema stressi taset, suurendab ema heaolutunnet, oksütotsiini- ja antioksidantide taset, parandab imetamise õnnestumist ja ainult rinnaga toitmist haiglasoleku ajal. Keisrilõike teel sündinud lapsed ei omanda ema vaginaalseid mikroobe, mistõttu on lapsele oluline kohene nahk naha kontakt keisrilõike ajal, mis aitab vastsündinu mikroobidega kolonisatsiooni ema naha mikrobiootaga.

Üldanesteesia korral luuakse NNK ema ja lapse vahel ärkamisruumis niipea, kui ema on piisavalt ärkvel ja adekvaatne. Seni rakendatakse NNK lapse ja teise vanema vahel. NNK teise vanemaga omab positiivset mõju lapse käitumisvastusele, valu ja temperatuuri regulatsioonile, rinnalt imemisele, vanemate distressile ja imetamisele tervikuna. Ema toetatakse imetamisel kohe, kui laps ilmutab imemisvalmidust, isegi juhul, kui ema on veel unine. Terve, heas seisundis ajaline vastsündinu võib oodata imetamist, põhjendamatut piimasegu pakkumist tuleks sel ajal vältida.

Spinaal- või epiduraalanesteesia korral toimub vahetu NNK emaga operatsioonitoas keisrilõike ajal ja imetamise alustamine toimub 1. elutunnil nagu ka vaginaalse sünnituse korral.

Lapsed, kelle seisund sünnijärgselt ei ole stabiilne – saavad luua ema või teise vanemaga NNK hiljem, seisundi stabiliseerumise järgselt, esimesel võimalusel. Intensiivravil olevad enneaegsed vastsündinud (2022a. 71 EA uuringus <34+0/7) kogevad märkimisväärset stressi.

NNK aitab parandada hormonaalset stressi enneaegsetel vastsündinutel, aktiveerides oksütotsiini vabanemisega kortisooli sekretsiooni vähenemise.

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 hüpoglükeemiat,
- kasutatakse protseduuridest tingitud valu leevendamiseks,
- paraneb une kvaliteet,
- stimuleerib aju kasvu ja arengut,
- soodustab imetamist ja ainult rinnapiimaga toitmist,
- samuti lühendab haiglas oleku aega ja vähendab korduvat haiglaravi vajadust,
- soodustab ema-lapse omavahelist suhtlemist,
- soodustab lapse motoorika ja hääle arengut,
- paremat emotsioonide regulatsiooni, mis on oluline sotsiaalses suhtluses.

Känguruhoolduse kasutegurid ja rakendamine

Känguruhooldus (KH) tähendab:

1) **Nahk naha kontakti (NNK) vanema ja vastsündinu** vahel, mis on KH peamine komponent.

- Vanem istub poollamavas asendis imetamistoolis.
- Laps pannakse vertikaalasendis alasti (või mähkmega) ema rindkerele rindade vahele, ema riiete alla ja kaetakse tekiga, rätikuga, vms.
- KH korral laps pannakse NNK-i emaga või teise vanemaga või muu lähedasega, lapse pea on pööratud küljele, hingamisteed peavad olema vabad, et vältida hingamisteede obstruktsiooni. NNK rakendatakse vähemalt 8 tundi päevas enneaegsetele ja väikese sünnikaaluga <2500g lastele, kombinatsioonis ainult imetamise toetamisega.
 - Kehatemperatuuri säilitamiseks võib laps kanda mütsi, sokke või mähe.
 - Elastse riidega võib siduda asendi säilitamiseks KH tegija külge. KH on efektiivne ja soodustab lapse kasvamist, kui seda teha vähemalt 6 tundi päevas.

2) **Sagedat imetamist** ja ainult või valdavalt rinnaga toitmist.

3) **Võimalusel varast kojukirjutamist** haiglast koos järelkontrolliga.

MTO soovitused enneaegsetele ja väikese sünnikaaluga lastele 2022a.:

Sünnijärgselt KH: enneaegsetele ja väikese sünnikaaluga vastsündinutele (<2500g) alustada KH niipea kui võimalik pärast sündi (*tugev soovitus, kõrge tõenduspõhisus*) WHO, 2022.

KH on soovitatav rutiinse hoolitsemisviisina kõikidele enneaegsetele ja väikese sünnikaaluga vastsündinutele (<2500g); alustada haiglas või kodus, 8-24 tundi päevas (nii palju tunde kui võimalik) (*tugev soovitus, kõrge tõenduspõhisus*) WHO, 2022

Känguruhooldust võiks kasutada peamise hoolitsusviisina, niipea, kui lapse seisund on stabiliseeritud või stabiilne (ei esine tõsisemad apnoesid, desaturatsioonid, bradükardiat, vererõhu kõikumisi). Oluline on tagada toetav asend ja hooldamine lapsele, s.t. toetavat suukaudset toitmise kogemust, NNK, lapse puudutamist vanema poolt.

Lapse füsioloogilised toitmiseelse käitumise tunnused ja ema toetamine lapsega suhtlemisel

Lapse füsioloogiline toitmiseelne käitumine sisaldab: lühikest puhkust pärast sündi 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; fookusseerimist rinna tumedale areoolile ja roomamist ema rinna suunas, jalgadega tõukamist, liikumist otse ja külgsuunas, rinnanibu leidmist ja laia suuga nibu haaramist.

Tegevused, mis toetavad ema vastsündinuga suhtlemisel:

- emotsionaalne sünnitusaegne toetus (tugiisik),
- limiteeritud invasiivsed protseduurid,
- tähelepanu pööramine ema valu leevendamisel ravimite toimest lapsele,
- sünnitusperioodi vältel tagada naisele toit ja jook energiavarude säilitamiseks,
- liikumisvabadus sünnituse ajal,
- vältida mittevajalikke keisrilõikeid ja soodustada varast ema-lapse kontakti,
- esimene imetamine.

Oluline tagada ema piisav valuravi sünnitusjärgselt, et toetada oksütotsiinirefleksi vallandumist.

Ema toetamine sünnituse ajal realiseerub:

- varase ja sagedase imetamisega,
- lapsega kergemini lähedase sideme tekkega;
- lapsel pikema ärkvelolekuga pärast sündi,
- vähenenud riskiga hüpotermiaks,
- vähenenud riskiga hüpoglükeemiaks,
- stressiks ja vähemaks energiakaoks.

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,
- episiotomia 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. Võimalusel vältida lapse kinni mähkimist pärast sündi, lapse ja ema eraldamist sünnitusjärgselt.

Riskitegurid vastsündinu ootamatuks sünnijärgseks kollapsiks

Riskitegurid vastsündinu ootamatuks sünnijärgseks kollapsiks on:

- esmasünnitaja – kogemuste puudus lapse õigeks jälgimiseks,
- vale asend,
- 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 tohiks last magama jätta. Oluline on teada riskitegureid ja kindlustada, et laps ja ema oleks esimesel 2-3 elutunnil ämmaemanda poolt sageli jälgitud. Ema võib jälgida lisaks tervishoiutöötajale täisealine pereliige, sõber või tugiisik. Lapse asend peaks olema ohutu NNK ajal – s.t. nina ja suu on vabad, hingamine vaba, ülemised hingamisteed mitte suletud ema kõhuga või rinnaga; vältida lapse üleni (eriti näo) kaetuna teki all olekut.

Laktatsiooni hilineamise riskifaktorid

Ämmaemand teab laktogeneesi hilineamise tunnuseid, oskab hinnata rinnaga toitmise kulgemise erisusi järgmiste olukordade puhul ning nõustada lapsevanemaid:

- rinnaoperatsioon ja/või -plastika anamneesis;
- suitsetamine;
- esmasünnitaja;
- kilpnäärme alatalitus, ajuripatsi alatalitus;
- polütsüstiliste munasarjade sündroom anamneesis;
- psühhosotsiaalne stress/valu;
- ema ülekaalulisus ($KMI > 25 \text{ kg/m}^2$);
- I või II tüüpi diabeet, gestatsioonidiabeet;
- hüpertensioon;
- antenataalne antidepressantravi, antipsühhootikumide ja rahustite kasutamine;
- viljatusravi/ IVF rasedus;
- stressirohke ja/või traumaatiline eelnev või käesolev sünnituskogemus;
- sünnituse II perioodi pikenemine;
- erakorraline keisrilõige;
- enneaegne sünnitus;
- epiduraalanalgeesia;
- sünnituse stimulatsioon oksütotsiiniga;
- sünnitusaegne- ja/või -järgne verejooks;
- laktatsioonieelne toitmine;
- viibinud esmane imetamine ja/või harv imetamine;
- peetunud platsenta ja/või lootekestad.

Alternatiivsed toitmismeetodid

Eristatakse suukaudseid meetodeid (tassist, topsist, lusikast, süstlast, otse rinnast piima suhu tilgutamine, pipeti abil, nt sõrm-süstal, toitmine sondi abil sõrm-sond; rind-sond meetod, lutipudel) ja intragastraalse sondiga toitmist.

1. Suukaudsed meetodid

Kasutatakse sageli imiku imemisrefleksi treenimiseks või säilitamiseks ning rinnaga toitmise jätkumise toetamiseks. Välja sõõrutatud rinnapiima või piimasegu pakkumiseks kasutatakse:

1. **tassist toitmist** – väike tass või topsi-laadne anum, millest laps joob või limpsib piima. Sobib nii vastsündinutele kui imikutele;
2. **topsist toitmist** – sarnane tassist toitmisele, kuid kasutatakse väiksemat mõõdutopsi täpsema koguse jälgimiseks;
3. **lusikast toitmist** – piim antakse väiksest lusikast;
4. **sõrm-süstla- toitmist** – piim kantakse sõrm-süstla meetodi abil otse lapse suhu väikeste kogustena, soodustab lapse imemist ja treenib lapse imemistehnikat;
5. **otse rinnast piima suhu tilgutamist** – käsitsi sõõrutades tilgutatakse rinnapiim otse lapse suhu, eriti kasulik nõrga imemisrefleksi korral.
6. **pipeti abil toitmist** – piim imetakse pipetti ja lastakse kontrollitult lapse suhu tilkhaaval.
7. **Sondi abil suukaudne meetod:**
 - a. **Sõrm-sond meetod** – pehme sond kinnitatakse hooldaja sõrme külge; laps imeb sõrme ja saab sondi kaudu piima.
 - b. **Rind-sond meetod** – pehme sond kinnitatakse ema rinnanibu külge, laps imeb rinda ja saab lisapiima sondist.
8. **Lutipudelist toitmine** – spetsiaalne pudel, mis võimaldab imikul imeda ja neelata sarnaselt rinnaga toitmisele (vajadusel spetsiaalse voolukiirust reguleerivad või kujuga lutid).
9. **Intragastraalse sondiga toitmine** - rinnapiim või piimasegu viiakse nina või suu kaudu asetatud pehme sondiga otse lapse makku.

Meditiinilised põhjused/näidustused doonorpiima või piimasegu pakkumiseks

- Ema ei ole oma tervisliku seisundi tõttu võimeline last imetama ega rinnapiima pumpama;
- emal on eelnevalt teostatud rinna/rindade operatsioon ja see takistab rinnaga toitmist;
- laktatsiooni hiline mine mistahes põhjusel;
- ema saab ravimeid, mille korral on rinnapiimaga toitmine vastunäidustatud;
- ema tarvitab narkootikume;
- ema ei soovi rinnapiimaga toita;
- patoloogiliselt suure kaalulangusega laps;
- suurenenud vedeliku kaotusega laps (näit. fototeraapia korral, kui rinnaga toitmise intensiivistamine ei taga adekvaatset hüdratatsiooni);
- laps sünnikaaluga $<2500\text{g}$ (enneaegne või ajaline üsasise kasvupeetusega = SGA);
- laps sünnikaaluga $>4500\text{g}$ (ülekantud või liiga suur gestatsiooniaja kohta = LGA);
- hüpoglükeemiaga laps;
- hüperbilirubineemiaga laps;
- lapsel esineb kaasasündinud väärarend, mis takistab rinnast söömist;
- muu mistahes ravi vajav haige vastsündinu.

Piimasegu pakkumise, luti ja lutipudeli kasutamise riskid

Piimasegu pakkumine võib põhjustada järgmisi olukordi:

- vastsündinu kõht on täis ja ta imeb vähem või keeldub rinnast;
- vastsündinul on raskusi õige imemisvõtte saavutamise, sest teda on eelnevalt lutist toidetud;
- vastsündinu imeb rinda vähem, mistõttu rind ei saa vajalikku stimulatsiooni;
- laktatsiooni vallandumine hilineb;
- suureneb risk lapse ületoitmiseks ja sellega kaasnevateks negatiivseteks kaugtagajärgedeks;
- väheneb NNK, mis võib häirida lapse adaptatsiooni ning ema ja lapse kiindumussuhte kujunemist;
- väheneb ema eneseusaldus kui piimasegu kasutatakse nutva lapse rahustamiseks;
- perele tekivad lisakulutused;
- vastsündinul tekib võimalus lehmapii-ma-avalgu talumatuse/allergia kujunemiseks.

Probleemid, mis võivad ilmned a luti ja lutipudeli kasutamisel:

- Lapsed võivad eelistada luti ja keelduda imemast ema rinda.
- Lapsevanem ei tunne õigeaegselt ära lapse näljamärke, imetamine hilineb ja on raskendatud.
- Imikul võib tekkida probleeme õige imemisvõtte ja -tehnik a osas, kui teda on eelnevalt lutipudelist toidetud. Lutipudeliga toitmisel kasutab laps teist imemistehnikat, mille tõttu muutub suu lihaste funktsioon nõrgemaks ja rinnast imemine ei ole enam efektiivne.
- Pudelist toitmine nõuab vastsündinult vähem lihastööd ning seeläbi soodustab vale hambumuse teket ja kitsa suulae kujunemist. Ka luti pikaaegne ja intensiivne kasutamine võib olla väära hambumise kujunemise riskiteguriks. Luti maksimaalseks kasutamiseks loetakse 2 aastat.

- Luti pakkumisel rinna asemel imeb laps vähem ja harvem ema rinda. Selle tõttu on stimulatsioon puudulik ning laktatsioon hilineb. Laps kulutab energiat ja kaotab rohkem kaalu, mis omakorda suurendab piimasegu pakkumise riski.
- Lutipudelist toidetud lastel jääb see harjumus kauaks püsima.
- Lutipudeliga toidetud või lutti saavatel imikutel võib esineda lapse- ja koolieas rohkem kõrvapõletikke, kõnehäireid ja hambumuse probleeme.

Sagedamini kirjeldatud imetamisprobleemid esimesel sünnitusjärgsel kuul

- Valulik imetamine;
- lapse vähene aktiivsus rinnal;
- toitmise ajal rinnal kiire uinumine;
- valulikud ja lõhedega rinnanibud;
- piimapais ja sellest tingitud rindade hellus, mille tõttu on lapsel haaramine keeruline;
- lapse lühiajaline, harv ja/või sage rinnal söömine, mis tekitab emas ebakindlust rinnapiima koguse osas;
- ema meeleolulangus.

Kirjanduse andmetel on enamus emasid füsioloogiliselt võimelised tootma oma lapsele piisavas koguses rinnapiima. Vale asend ja imemisvõtte rinnal tekitavad valu pärssides piisavat piimateket. Imetamise ühe ebaõnnestumise põhjusena on kirjeldatud ka tervishoiutöötaja poolset vähest huvi imetamise õnnestumise ja imetamisprobleemide käsitlemisel, mis võib olla tingitud puudulikest teadmistest ja ebakindlusest nende lahendamisel.

Imetamisprobleemide riskigrupi nõustamisteemad

Eraldi nõustamist võivad vajada:

- Kõrge KMI, gestatsioondiabeediga rasedad: valmistatakse naine psühholoogiliselt ette, et laktatsiooni algus võib viibida ning selle kiirendamiseks soovitatakse sagedasemat rinnaga toitmist.
- Kui on tegu oodatava hüpotroofse, suurekaalulise lapsega, mitmikega või muu lapse tervises seisundiga (nt südamerike, huule-suulaelõhe) siis nõustatakse naist, et esimestel päevadel võib ilmneda piimasegu pakkumise ja täiendava sõõrutamise/pumpamise vajadus, soovitatakse piimasegu pakkumiseks alternatiivseid võimalusi;
- Rinna anatoomiast tingitud võimalikud probleemid (nt lamedad, sissetõmbunud rinnanibud, rinnaoperatsioonid);