

Izzivi pri uvajanju načel Dojenju prijaznega neonatalnega oddelka

Pregledni članek /
Review article

Challenges in implementing the Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards

Jana Lozar Krivec

Izvleček

Namen pobude Dojenju prijazen neonatalni oddelek (*angl.* Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards, Neo-BFHI) je povečati delež dojenih in/ali z ženskim mlekom hranjenih bolnih, za gestacijsko starost premajhnih in/ali nedonošenih novorojencev. Dojenje ima številne ugodne vplive na otroka in mater, zato bi lahko s povečanjem deleža dojenih nedonošenčkov in bolnih novorojencev pomembno vplivali na njihov dolgoročni izid.

Za uspeh pobude Neo-BFHI je ključnega pomena njegova uspešna implementacija. Dojenje bolnih novorojencev, novorojencev, premajhnih za gestacijsko starost, in/ali nedonošenih novorojencev je velik izziv zaradi materinih in otrokovih fizioloških, psiholoških in okoljskih posebnosti. V prispevku predstavljamo in pojasnujemo številne dejavnike, ki vplivajo na uvajanje načel pobude Neo-BFHI, kot so dejavniki bolnišničnega okolja in bolnišnično osebje, otrokovi starši ter zdravstveno stanje novorojenca.

Ključne besede: dojenje, neonatalni oddelek, dojenju prijazen, novorojenec, nedonošenček, stik kože na kožo.

Abstract

The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (Neo-BFHI) aims to increase the proportion of breastfed and/or human milk-fed sick, small-for-gestation, and/or preterm newborns. Breastfeeding has many benefits for the child and mother, so increasing the proportion of breastfed premature and sick infants would have a significant impact on their long-term outcome.

Successful implementation is critical to the success of the Neo-BFHI initiative. Breastfeeding of sick, small-for-gestation, and/or premature infants presents multiple challenges because of both maternal and infant physiological, psychological, and environmental factors. The paper presents and explains numerous factors that influence the implementation of the Neo-BFHI principles, such as factors related to the hospital environment and healthcare providers, parents and the newborn's state of health.

Key words: breastfeeding, neonatal unit, breastfeeding-friendly, newborn, premature baby, skin-to-skin contact.

Uvod

Dojenje ima številne ugodne učinke na rast in razvoj otroka ter na zdravje matere, zato so programi za spodbujanje in pomoč pri dojenju velikega nacionalno-zdravstvenega pomena. Medtem ko je namen pobude Novorojencem prijazna porodnišnica in pobude Dojenju prijazna zdravstvena ustanova predvsem povečati delež dojenih, zdravih novorojencev in izključno dojenih dojenčkov do 6. meseca starosti, je namen pobude Dojenju prijazna neonatalni oddelk povečati delež dojenih in/ali z ženskim mlekom hranjenih razvojno najbolj ogroženih novorojencev – bolnih, premajhnih za gestacijsko starost in/ali nedonošenih novorojencev (1,2).

Dojenje bolnih novorojencev, novorojencev, premajhnih za gestacijsko starost in/ali nedonošenih novorojencev na neonatalnih oddelkih je velik izziv zaradi materinih in otrokovih fizioloških, psiholoških in okoljskih posebnosti. Ti novorojenci se po rojstvu pogosto ne morejo dojiti, a so kljub temu lahko deležni ugodnih učinkov ženskega mleka takoj, če jih enteralno hranimo z materinim ali darovanim mlekom, kasneje pa preidejo na dojenje. V sistematičnih pregledih literature so pokazali ugodne vplive strokovne in vrstniške podpore, stika koža na kožo, sobivanja (*angl.* rooming-in), posvečanja pozornosti začetku izbrizgavanja in vzdrževanju zadostne količine materinega mleka, svetovanja, uživanja kolostruma čim prej po rojstvu in uporabe darovanega mleka (1). Skupina strokovnjakov je zato 10 korakov do uspešnega dojenja iz pobude Dojenju prijazna zdravstvena ustanova prilagodila za uporabo v neonatalnih intenzivnih enotah (Tabela 1) (2,3). Ker rezultati raziskav dokazujejo ugodne učinke programov za spodbujanje in podporo dojenja na delež dojenih novorojencev ob odpustu iz neonatalnih intenzivnih enot (4–6), je uvedba teh programov na neonatalnih oddelkih zelo pomembna.

Predpogoj za uspešnost programa za spodbujanje in podporo dojenja je

seveda njegova uspešna uvedba, na katero vplivajo številni dejavniki, med njimi bolnišnično okolje in bolnišnično osebje ter otrokovi starši in zdravstveno stanje novorojenca.

Bolnišnično okolje

Sistematični pregled literature je pokazal, da so ovire pri uvajanju načel »Dojenju prijazna zdravstvena ustanova« pogosto dejavniki bolnišničnega okolja in organizacijske strukture. Težave, povezane z vodenjem procesa uvajanja dojenju prijazne iniciative (pomanjkanje administrativne podpore, odsotnost vodje oz. koordinatorja programa, avtokratsko uvajanje procesa), z organizacijsko kulturo oz. filozofijo zdravstvene nege (nega, usmerjena v aktivno zdravljenje ter varnost bolnika in ne v preventivno delovanje; odsotnost bolniku osredotočene nege; privatne ustanove, usmerjene k izpolnjevanju potrošnikovih želja) ter razpoložljivostjo človeških in finančnih virov, so se izkazale kot najpogostejše težave, povezane z bolnišničnim okoljem in organizacijsko strukturo. Pomanjkanje in visoka fluktuacija osebja ter neustrezna izobrazba in preobremenjenost so pomembni dejavniki, ki onemogočajo strokovno in časovno ustrezno učenje in podporo dojenja. Pri uspešnem uvajanju procesa so pomembni tudi mehanizmi, s katerimi spremljamo napredek, revidiramo postopke in ocenjujemo uspešnost programa (7).

Drugi dejavniki bolnišničnega okolja so vezani neposredno na posamezne korake programa. To so predvsem kakovost bolnišničnih pravil o dojenju (1. korak), dostopnost obveznih izobraževalnih programov o dojenju za vse zaposlene (2. korak), vpliv bolnišnične infrastrukture in načina dela na stik matere in novorojenca ter možnost sobivanja (4. in 7. korak) ter odvisnost bolnišnice od brezplačnih ali cenovno ugodnih mlečnih formul (6. korak in Kodeks) (7).

Ločitev matere in otroka je v večini intenzivnih enot običajna praksa. Tudi v enotah, v katerih načeloma omogočajo sobivanje novorojencev in mater, je lahko ločitev nujna zaradi materinega stanja (npr. okrevanja po carskem rezu), premestitve otroka v oddaljeno enoto ali npr. odmika staršev med vizito in zdravstvenimi posegi. Izsledki anketnih raziskav dokazujejo, da je prav odsotnost stalne prisotnosti matere omejujoč dejavnik za neposreden prehod z enteralnega hranjenja po želodčni cevki na dojenje, saj mati v času njegovega hranjenja ni vedno prisotna ob otroku. Predvsem matere otrok, ki so premeščeni, so pogosto slabo poučene o pomenu zgodnjega izbrizgavanja mleka za uspešno dojenje (7,8). Oddaljenost materinega bivališča je lahko omejujoč dejavnik tudi za redno prinašanje izbrizganega mleka na neonatalni oddelk. Izbrizgavanje mleka je ponekod oteženo zaradi pomanjkanja učinkovitih in dragih električnih črpalk, matere, ki izbrizgavajo mleko dolgoročno, pa pogosto izgubijo motivacijo za izbrizgavanje in dojenje (8).

Ob premestitvi otroka v intenzivno enoto je zelo pomembna ustrezna in učinkovita komunikacija med oddelki in bolnišnicami. Poraja se namreč vprašanje, kdo dejansko skrbi za ustrezno edukacijo matere o izbrizgavanju mleka – osebje porodnišnice, kjer je mati hospitalizirana, ali osebje intenzivne enote, ki skrbi za otroka (9).

Fizično okolje intenzivnih in neonatalnih oddelkov je pogosto za ustrezno podporo družini neprimerno, saj onemogoča intimo in počitek ter je pogosto prostorsko zelo omejeno. Izsledki anketne raziskave dokazujejo, da je odsotnost intime pogost razlog, da se mati ne odloči za dojenje (9).

V obsežni mednarodni raziskavi, v kateri so proučevali skladnost delovanja neonatalnih enot z načeli in koraki pobude Neo-BFHI, so ugotovili, da imata prav možnost sobivanja in prenatalno informiranje mater o dojenju (7. in 3.

korak), ki sta močno vezana na organizacijo in infrastrukturo bolnišnice, najmanjše število točk, in sicer 67 točk in 63 točk od 100 točk (10).

Bolnišnično osebje

Dejavniki na ravni posameznika (npr. znanje, stališča in prakse) so pri uvažanju novih metod pogosto precej omejujoči.

Nad vse pomemben je odnos osebja do dojenja in dojenju prijaznih praks. V raziskavi o izvajanju načel pobude Neo-BFHI, ki je vključevala 36 držav, so ugotovili, da je skladnost s pobudo Neo-BFHI višja v neonatalnih intenzivnih oddelkih, ki so del tistih bolnišnic, ki so kadar koli imele naziv BFHI (10). Nenaklonjeni ali nevtralni pogledi na dojenje, odpor do uvajanja sprememb, neugodno mnenje o BFHI kot preveč dogmatično in časovno obremenjujoče so pomembni omejujoči dejavniki za uspešno uvajanje pobude Neo-BFHI.

Za kakovostno podporo in učenje dojenja v neonatalnih enotah so zelo pomembni znanje in praktična usposobljenost osebja ter njihova suverenost pri negi bolnih in nezrelih novorojencev in v načelih pobude Neo-BFHI, kot sta stik koža na kožo in izključno dojenje (7,9). Zaradi pomanjkanja znanja o dojenju osebje starše pogosto usmeri ali »odloži« k svetovalki za dojenje, ki naj bi starše poučila o dojenju ter o izbrizgavanju in vzdrževanju količine mleka (8). Ovira za uspešno dojenje so tudi razlike v poučevanju in prakticiranju dojenja med osebjem v intenzivnih enotah, ki izhajajo iz različnega znanja o dojenju.

Za uvedbo pobude Neo-BFHI so velik izziv ustaljena stališča osebja in prakse v zvezi s hranjenjem dojenčkov (npr. vsesplošna uporaba stekleničk in tolažilnih dud za hranjenje in pomiritev novorojencev), odpor do sprememb prakse ter pomanjkanje zaupanja in znanja za podporo dojenja pri zdravstveno ogroženih novorojencih (9). Osebje pogosto meni, da so novoro-

1. korak	Oddelek pripravi pisna pravila o dojenju v ustanovi, ki jih redno predstavlja zdravstvenemu osebju.
2. korak	Zdravstveno osebje izobrazimo in izurimo v specifičnih znanjih in spretnostih, ki omogočajo izvajanje pravil o dojenju.
3. korak	Vse hospitalizirane nosečnice s tveganjem za prezgodnji porod ali rojstvo bolnega novorojenca poučimo o prednostih dojenja ter o pravilnem vodenju laktacije in dojenja.
4. korak	Spodbujamo zgodnji, stalni in dolgotrajni stik koža na kožo med materjo in otrokom (t. i. kengurujčkanje).
5. korak	Materam pokažemo, kako naj začnejo in vzdržujejo laktacijo ter vzpostavijo zgodnje dojenje, pri čemer je edino merilo stabilnost novorojencev.
6. korak	Novorojencem razen dojke/materinega mleka ne ponujamo nobene druge hrane ali tekočine, razen če je medicinsko upravičeno.
7. korak	Materam in novorojencem omogočimo, da so skupaj 24 ur na dan.
8. korak	Spodbujamo dojenje po želji ali delno dojenje po želji kot prehodno strategijo pri nedonošenčkih in bolnih novorojencih.
9. korak	Spodbujamo alternativne metode dohranjevanja namesto stekleničk, dokler dojenje ni dobro vzpostavljeno, uporaba cuclev ali prsnih nastavkov pa je utemeljena le v upravičenih primerih.
10. korak	Starše pripravimo na nadaljevanje dojenja doma in jim po odpustu v domače okolje zagotovimo dostop do skupin za podporo dojenju.

TABELA 1. 10 KORAKOV DO NAZIVA DOJENJU PRIJAZEN NEONATALNI ODDELEK (28).

TABLE 1. 10 STEPS TO BABY-FRIENDLY NEONATAL WARD (28).

jenci na neonatalnih oddelkih drugačni od novorojencev v porodnišnicah in da je uvajanje Neo-BFHI oteženo zaradi njihove krhkosti in ogroženega zdravja. V anketnih raziskavah kot omejujoč dejavnik za izvajanje stika koža na kožo pogosto navajajo fiziološko nestabilnost, strah osebja pred dislokacijo popkovnega ali perifernega venskega katetra ali endotrahealne cevke, hranjenje s skodelico, ki naj bi bila alternativa steklenički, pa je pogosto omejeno zaradi strahu pred aspiracijo. Osebje največkrat navaja, da ima zdravstvena oskrba prednost pred dojenjem. Zaradi nezrelosti novorojencev se osebje sooča tudi s številnimi izzivi učenja dojenja, kot so neprenašanje oralnega hranjenja zaradi negativnih izkušenj, vezanih na nego ustne votline (npr. aspiracij), ter šibko in nezrelo sesanje. Uporaba stekleničk in tolažilnih dud, ki ni v skladu z originalnimi načeli BFHI, je pogosto potrebna pri novorojencih, ki so bolni in se ne morejo hraniti neposredno pri prsih ali potrebujejo tolažilne ukrepe (8).

Pogost argument za oteženo uvajanje načel pobude Neo-BFHI je tudi osredotočenje na vnos hranil in zagotavljanje ustrezne rasti bolnih ali nedonošenih novorojencev. Hranjenje po urniku, strogo dokumentiranje telesne mase novorojenca, vnosa kalorij in količine zaužitega mleka ter bogatenje materinega mleka so običajna praksa v neonatalnih intenzivnih enotah, zato se osebje pri hranjenju ali dojenju na zahtevo počuti negotovo (8).

Osebje včasih ni pripravljeno spodbujati dojenja tudi zaradi skrbi, da bi matere občutile krivdo, če dojenje ni uspešno ali se zanj niso odločile zavestno oz. zaradi spoštovanja kulturnih prepričanj in praks (7).

Čeprav število, fluktuacijo in preobremenjenost osebja uvrščamo med dejavnike zdravstvene organizacije, močno vpliva na delovanje osebja v skladu z načeli pobude Neo-BFHI. Spodbujanje, učenje in izvajanje dojenja pri bolnih, premajhnih za gestacijsko starost in/ali nedonošenih

novorojencih je precej bolj zahtevno in časovno obremenjujoče kot spodbujanje dojenja pri zdravih novorojencih, zato osebje, ki je zaradi premajhnega števila zaposlenih in s tem večjega delovnega bremena preobremenjeno, pogosto odklanja uvajanje novih doktrin, saj so dodatno delovno breme (8).

Uvajanje dojenju prijaznega okolja v intenzivni enoti je zaradi načina dela in zahtevnosti dela zelo zapleteno. Pomoč pri začetkih laktacije in pri prehodu s hranjenja po urniku na hranjenje glede na povpraševanje ali na neposredno dojenje zahteva več časa v primerjavi s hranjenjem po steklenički ali želodčni cevki. Časovno zamudno je tudi nameščanje bolnega novorojenca pri stiku koža na kožo. V anketnih raziskavah so pokazali, da je osebje zaradi zahtevnosti dela in obremenitev pod velikim pritiskom, ker ne uspe posvetiti dovolj časa podpori dojenja, stiku koža na kožo in svetovanju pri izbrizgavanju mleka (8).

Starši

Za uspešno dojenje je pomemben odnos matere ter družinskega in socialnega okolja do dojenja (7,11). V obsežni italijanski raziskavi, v kateri so preučevali dejavnike, ki vplivajo na uspešnost dojenja, so opredelili naslednje dejavnike, ki so vezani na mater in pozitivno vplivajo na dojenje: 1) predhodna pozitivna izkušnja z dojenjem, 2) višja stopnja materine izobrazbe in 3) prenatalno izobraževanje o dojenju. Dejavniki matere, ki neugodno vplivajo na dojenje, pa so 1) višja starost matere, 2) porod s carskim rezom, 3) materino zaznavanje premajhne količine mleka, 4) mastitis in 5) razjede bradavic (12). Stopnja izobrazbe, materino znanje o dojenju, način poroda in kajenje so se izkazali kot pomembni materini dejavniki za uspešno dojenje tudi v sistematičnem pregledu literature iz leta 2018 (13).

V sistematičnem pregledu literature so pokazali, da je za uspešno dojenje ključno znanje mater o dojenju (7). Dodatna

težava pri hranjenju nedonošenčkov je zato pomanjkanje znanja o dojenju pri materah, ki se zaradi prezgodnjega rojstva niso uspele udeležiti šole za starše (7,8,14). Pomanjkanje znanja o dojenju pripomore tudi k predčasnemu prenehanju dojenja in nerealističnim pogledom na dojenje ter zakasnenemu začetku in premajhni pogostosti izbrizgavanja mleka mater, katerih otroci se ne morejo hraniti pri dojki (7).

Zaradi prezgodnjega rojstva ali nepričakovane bolezni novorojenca so starši pogosto v hudi stiski, zato je skrb staršev pogosto prvenstveno usmerjena v otrokovo zdravje, prizadevanje za dojenje pa je sekundarnega pomena (7). V sistematičnem pregledu literature o izkušnjah mater nedonošenčkov o izbrizgavanju in dojenju so pokazali, da je spoprijemanje staršev nedonošenčkov z novo situacijo težavno in da je oskrba z mlekom svojega nedonošenčka lahko podporni in hkrati negativni dejavnik. Dojenje nedonošenčka je tudi priložnost za ponovno vzpostavitev povezanosti med otrokom in materjo, ki je bila zaradi intenzivnega zdravljenja pogosto motena. V raziskavi so matere nedonošenčkov navajale težave z izbrizgavanjem in dojenjem zaradi spopadanja z novo situacijo in zahtevami ter zaradi motečega okolja intenzivnih enot (15).

Za uspešno dojenje so lahko omejujoča tudi tradicionalna prepričanja, prakse in rituali okolja (potreba po posebni prehrani doječe matere, prednost počitka matere pred dojenjem, prepričanja o slabi kakovosti materinega mleka ipd.) (7).

Zdravstveno stanje in fiziološke posebnosti nedonošenih in bolnih novorojencev

V avstralski in kanadski raziskavi med zaposlenimi v neonatalnih intenzivnih enotah so pokazali, da je pri uvajanju pobude Neo-BFHI pomembna

težava krhkost zdravja novorojenca (8,9). Osebe pogosto navaja pomanjkanje zaupanja v BFHI in časa za podporo dojenju pri zdravstveno ogroženih novorojenkih, kar pomembno vpliva na implementacijo Neo-BFHI (9).

V neonatalnih intenzivnih enotah so najpogostejše hospitalizirani nedonošenčki. Pri prehodu z enteralnega hranjenja na dojenje zelo nedonošenih novorojencev oz. pri uvajanju dojenja blago nedonošenih novorojencev se osebe sooča s številnimi praktičnimi izzivi, kot so odpor do oralnega hranjenja zaradi negativnih izkušenj med invazivnimi posegi v ustni votlini (npr. aspiraciji), šibko in nezrelo sesanje, slabo prenašanje hranjenja, moteno uravnavanje stanj čuječnosti, slabo pridobivanje telesne mase, povečana potreba po energijskem vnosu zaradi kronične bolezni pljuč nedonošenčka itd. (16,17).

Pri bolnih novorojenkih, ki niso nedonošeni, je dojenje oteženo ali onemogočeno zaradi otrokovega zdravstvenega stanja. Neposredno dojenje ni možno predvsem pri otrocih z akutno dihalno stisko in pri novorojenkih, ki so sistemsko prizadeti zaradi splošnega kliničnega stanja ob okužbi, prirojeni srčni napaki, možganski krvavitvi itd.

Novorojenci s prirojeno srčno napako so za implementacijo načel Neo-BFHI velik izziv, saj je njihov tekočinski vnos omejen, potrebe po energiji pa povečane, kar omejuje dojenje po želji. Ti otroci imajo pogosto tahipnejo in se pri dojenju utrujajo, zaradi pomanjkljive orofaringealne koordinacije pa je prisotna nevarnost aspiracije. Lahko so hemodinamsko nestabilni, kar pogosto onemogoča ali vsaj omejuje dojenje. Dojenje je pri teh otrocih lahko oteženo zaradi nameščenega monitoringa in osrednjih venskih katetrov. V raziskavah ugotavljajo, da nekatere omejitve za dojenje pri otrocih s prirojeno srčno napako lahko premagamo s tehtanjem podojev (18), alternativa pa je hranjenje z materinim mlekom po želodčni cevki. Pojavnost nekrotizirajočega enterokolitisa je pri otrocih s prirojeno srčno

napako, ki so hranjeni z materinim mlekom, nižja (podobno kot pri nedonošenčkih), zato je hranjenje z materinim mlekom, čeprav po želodčni cevki, zaželeno (19). Uspešno dojenje oz. zadostna količina materinega mleka je pri teh otrocih pogosto težavna tudi zaradi drugih dejavnikov, kot so ločitev matere in otroka po rojstvu, stresno okolje in veliko psihološko breme staršev novorojenca, ki v neonatalnem obdobju potrebuje kirurški poseg (20). Raziskave kažejo, da težave s hranjenjem pogosto vztrajajo tudi po neonatalnem obdobju, saj je kar 44 % (6–80 %) novorojencev s hudo prirojeno srčno napako ob odpustu iz bolnišnice hranjenih preko želodčne cevke (21).

Na neonatalnih oddelkih so hospitalizirani tudi otroci s prirojenimi nepravilnostmi ustno-žrelnega področja, npr. razcepi. Otroci z razcepom ustnice med dojenjem težko dosežejo zaporo ust, otroci z razcepom neba pa težko vzpostavijo negativni tlak, kar vodi v oralno-motorično disfunkcijo ter v težave pri dojenju in hranjenju. Moteča sta tudi zahajanje mleka skozi nos ter nizka učinkovitost pri hranjenju (22,23).

Nevrološke in živčno-mišične bolezni, ki lahko povzročajo motnje sesanja in požiranja, so pogosto razlog za hospitalizacijo novorojencev. Medtem ko je osnovna težava bolnikov z živčno-mišičnimi boleznimi mišična šibkost ter z njo povezani utrujanje pri hranjenju, slaba zapora ust in nevarnost aspiracije (24–26), so težave pri hranjenju novorojencev s hipoksično-ishemično encefalopatijo bolj kompleksne, saj je najverjetneje motena tudi kontrola sesanja, pojavnost orofaringealne disfagije, ki pogosto onemogoča varno dojenje, pa je zelo visoka (27).

Zaključek

Bolni in nedonošeni novorojenci imajo večje tveganje zaostanka v rasti in razvoju, pojava okužb ter višje smrtnosti, zato sta hranjenje z materinim

mlekom in dojenje, s katerima lahko ugodno vplivamo na zmanjšanje omejenih težav, ključnega pomena.

Izvajanje programa »10 korakov za uspešno dojenje«, s katerim varujemo, spodbujamo in podpiramo dojenje, bi pri tej krhki skupini novorojencev moralo postati standard oskrbe matere in novorojenca. Ob uvajanju korakov pri bolnih novorojenkih, novorojenkih, premajhnih za gestacijsko starost, in/ali pri nedonošenih novorojenkih se soočamo s številnimi težavami, ki pa jih ob ustrezni javnozdravstveni podpori, sodelovanju med različnimi ustanovami, podpornem vodstvu, ki omogoča pogoje za izvedbo sprememb, in predanemu zdravstvenemu timu lahko enostavno rešimo.

Literatura

1. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Dosegljivo na: <https://breastfeeding-canada.ca/wp-content/uploads/2020/08/BHFI-Guidance-for-Babies-in-NICU-eng-1.pdf>.
2. Bratanič B, Vettorazzi R. Pobuda Dojenju prijazni neonatalni oddelki (DPNO). In: Vettorazzi R, ed. Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah: modularni tečaj. Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF, 2022: 193–7.
3. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *J Hum Lact* 2013; 29(3): 300–9. Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E, Nantini B, D'Agostino G, Dotta A. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr* 2007; 96(11): 1626–31.
4. Maastrup R, Rom AL, Walloe S, Sandfeld HB, Kronborg H. Improved exclusive breastfeeding rates in preterm infants after a neonatal nurse training program focusing on six breastfeeding-supportive clinical practices. *PLoS One* 2021; 16(2): e0245273.
5. Omid A, Rahmani S, Amini R, Karami M. The effect of a planned lactation education program on the mother's breastfeeding practice and weight gain in low birth weight infants: a randomized clinical trial study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022; 22(1): 482.
6. Semenic S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *J Hum Lact* 2012; 28(3): 317–34.
7. Benoit B, Semenic S. Barriers and facilitators to implementing the Baby-Friendly hospital initiative in neonatal intensive care units. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2014; 43(5): 614–24.
8. Taylor C, Gribble K, Sheehan A, Schmied V, Dykes F. Staff perceptions and experiences of implementing

the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40(1): 25–34.

9. Maastrup R, Haiek LN. Neo-BFHI Survey Group. Compliance with the „Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards“ in 36 countries. *Matern Child Nutr* 2019; 15(2): e12690.
10. Khasawneh W, Kheirallah K, Mazin M, Abdulnabi S. Knowledge, attitude, motivation and planning of breastfeeding: a cross-sectional study among Jordanian women. *Int Breastfeed J* 2020; 15(1): 60.
11. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients* 2018; 10(1): 48.
12. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Caban MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr* 2018; 203: 190–6.e21.
13. Nyqvist KH, Kylberg E. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *J Hum Lact* 2008; 24(3): 252–62.
14. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Adv Neonatal Care* 2015; 15(6): 394–406.
15. Black A. Breastfeeding the premature infant and nursing implications. *Adv Neonatal Care* 2012; 12(1): 10–1.
16. Lapillonne A, Bronsky J, Campoy C, Embleton N, Fewtrell M, Fidler Mis N, et al. Feeding the Late and Moderately Preterm Infant: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019; 69(2): 259–70.
17. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: a best practice implementation project. *JBH Database System Rev Implement Rep* 2018; 16(11): 2224–45.
18. Cognata A, Kataria-Hale J, Griffiths P, Maskatia S, Rios D, O'Donnel A, et al. Human Milk Use in the Pre-operative Period Is Associated with a Lower Risk for Necrotizing Enterocolitis in Neonates with Complex Congenital Heart Disease. *J Pediatr* 2019; 215: 11–6.e2.
19. Martini S, Beghetti I, Annunziata M, Aceti A, Galletti S, Ragni L, et al. Enteral Nutrition in Term Infants with Congenital Heart Disease: Knowledge Gaps and Future Directions to Improve Clinical Practice. *Nutrients* 2021; 13(3): 932.
20. Alten JA, Rhodes LA, Tabbutt S, Cooper DS, Graham EM, Ghayanem N, et al. Perioperative feeding management of neonates with CHD: analysis of the Pediatric Cardiac Critical Care Consortium (PC4) registry. *Cardiol Young* 2015; 25(8): 1593–601.
21. Burca ND, Gephart SM, Miller C, Cote C. Promoting Breast Milk Nutrition in Infants With Cleft Lip and/or Palate. *Adv Neonatal Care* 2016; 16(5): 337–44.
22. Jelenc N, Eberlinc A, Hočevlar-Boltežar I. Motnje hranjenja in požiranja pri otrocih z razcepi v orofacialnem področju. *Zdrav Vestn* 2019; 88(9/10): 405–15.
23. den Engel-Hoek L, de Groot IJ, de Swart BJ, Erasmus CE. Feeding and Swallowing Disorders in Pediatric Neuromuscular Diseases: An Overview. *J Neuromuscul Dis* 2015; 2(4): 357–69.
24. van der Heul AMB, Cuppen I, Wadman RI, Asselman F, Schoenmakers MAGC, van de Woude DR, et al. Feeding and Swallowing Problems in Infants with Spinal Muscular Atrophy Type 1: an Observational Study. *J Neuromuscul Dis* 2020; 7(3): 323–30.
25. Paro Panjan D, Lozar Krivec J. Posebnosti hranjenja pri novorojenčku. In: Groleger Sršen K, Homan M. *Otrok z motnjami večine hranjenja in požiranja*.

Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. 2022: 27–37.

26. Krüger E, Kritzinger A, Pottas L. Oropharyngeal Dysphagia in Breastfeeding Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy on Therapeutic Hypothermia. *Breastfeed Med* 2019; 14(10): 718–23.
27. Dosegljivo na: <https://dojenje.unicef.si/dojenju-prijazen-neonatalni-oddelek/>.

dr. Jana Lozar Krivec, dr. med.

Klinični oddelek za neonatologijo,
Pediatrična klinika, UKC Ljubljana,
Ljubljana, Slovenija
jana.lozar@guest.arnes.si

prispelo / received: 28. 8. 2022
sprejeto / accepted: 27. 11. 2022

Lozar Krivec J. Izzivi pri uvajanju načel Dojenju prijaznega neonatalnega oddelka. *Slov Pediatr* 2022; 29(4): 200–205. <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2022-4-05>.