

**ABM Klinik Protokol #35:
Anne veya Çocuğun Hastaneye Yatışı Sırasında Emzirmenin Desteklenmesi**

Melissa Bartick, MD, MS¹, Maria Teresa Hernández-Aguilar, MD, MPH, PhD², Nancy Wight, MD³, Katrina B. Mitchell, MD⁴, Liliana Simon, MD, MS⁵, Lauren Hanley, MD⁶, Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH⁷, Robert M. Lawrence, MD⁸ ve Emzirme Tıbbı Akademisi

Çevirenler *:

Dr Ayça Kalkan, Dr Muharrem Çiçek, Prof Dr Nalan Karabayır

* Istanbul Medipol University, Institute of Health Science, Pediatrics Department

¹ Tıp Bölümü, Mount Auburn Hastanesi ve Harvard Tıp Fakültesi, Cambridge ve Boston, Massachusetts, ABD.

² Emzirme Klinik Birimi, Dr. Peset Üniversitesi Hastanesi, Valensiya, İspanya.

³ Emekli; Neonatoloji, Sharp Mary Birch Kadın ve Yenidoğan Hastanesi, San Diego, Kaliforniya, ABD.

⁴ Meme Cerrahi Onkolojisi, Ridley-Tree Kanser Merkezi, Sansum Kliniği, Santa Barbara, Kaliforniya, ABD.

⁵ Pediatri Bölümü, Maryland Üniversitesi Tıp Fakültesi, Baltimore, Maryland, ABD.

⁶ Psikiyatri Bölümü, UNC Duygudurum Bozuklukları Merkezi, Kuzey Karolina Üniversitesi Chapel Hill Tıp Fakültesi, Chapel Hill, Kuzey Karolina, ABD.

⁷ Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Massachusetts General Hastanesi ve Harvard Tıp Fakültesi, Boston, Massachusetts, ABD.

⁸ Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü, Pediatri Anabilim Dalı, Florida Üniversitesi, Gainesville, Florida, ABD.

Emzirme Tıbbı Akademisi'nin (Academy of Breastfeeding Medicine, ABM) temel hedeflerinden biri, emzirme başarısını etkileyebilecek yaygın tıbbi sorunların yönetimi için klinik protokoller geliştirmektir. Bu protokoller, yalnızca emziren anneler ve bebeklerin bakımı için birer rehber niteliğindedir ve tek başına bir tedavi yöntemi ya da standart tıbbi yaklaşım olarak kabul edilmemelidir. Bireysel hastanın ihtiyaçlarına göre tedavi yaklaşımlarında değişiklikler yapılması uygun olabilir. Emzirme Tıbbı Akademisi, tüm emziren bireylerin kendini kadın olarak tanımlamayabileceğinin farkındadır. Ancak cinsiyeti kapsayıcı bir dil kullanmak her dilde, her ülkede ve tüm okurlar için her zaman mümkün olmayabilir. Emzirme Tıbbı Akademisi'nin (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) yaklaşımı, klinik protokollerin, emziren, göğüste besleyen (chestfeeding) veya insan sütü ile besleyen tüm bireyleri kapsayıcı bir çerçevede yorumlanması yönündedir.

Giriş

Emziren anneler veya emzirilen bebekler ve çocuklar, doğum sırasında ya da bebeğin yaşamının ilerleyen dönemlerinde tıbbi veya cerrahi nedenlerle hastaneye yatmak zorunda kalabilir; ayrıca emziren annelerin bazen psikiyatri servisine yatırılması da gerekebilir. Ne yazık ki, emziren bir anne veya çocuğun hastaneye yatışı, emzirmenin kesintiye uğraması ve istenmeyen bir şekilde süttan kesilme¹⁻³ ve mastit⁴ gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Hastaneye yatış sırasında laktasyon yönetimine ilişkin sınırlı sayıda resmî kılavuz bulunmaktadır.⁵⁻¹¹ Bu protokol, hastaneye yatırılan emziren anne ve emzirilen çocuğa yönelik önerilen bakım ilkelerini ortaya

koyarak örnek politikaların uygulanması için gerekli standartları belirlemeyi amaçlamaktadır.

Obstetrik, pediatrik veya yenidoğan üniteleri dışında görev yapan personelin, emziren annelere bakım konusunda sınırlı deneyimi ve laktasyon fizyolojisi veya yönetimi hakkında bilgisi yetersiz olabilir. Ayrıca, laktasyonda meydana gelebilecek kesintilerin kısa ve uzun vadeli risklerini de tam olarak kavramayabilir.^{4,12-14} Yetersiz eğitim almış personel, kanıta dayalı uygulamalar yerine kendi emzirme deneyimlerini rehber olarak kullanabilir.⁵ Buna ek olarak, erişkin hastaların yattığı tıbbi veya cerrahi servislere, perioperatif alanlarda ya da yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) emzirilen bir bebek veya küçük çocuğun bulunması; çocuğun güvenliğiyle ilgili kaygıları tetikleyebileceği

gibi, hastanenin hukuki sorumluluğu konusunda da soru işaretleri yaratabilir. İlaçlar, tıbbi işlemler ve sıvılar açısından emzirmenin yönetimi de özel bir dikkat gerektirebilir. Son olarak, personel, emziren bir annenin laktasyona başlama veya sürdürme konusundaki isteklerini en uygun şekilde nasıl değerlendireceğini ve bu ihtiyaçların ortak karar verme süreci aracılığıyla nasıl karşılanacağını bilmeyebilir.¹⁵

ABM Protokolleri #7 (*Emzirmeyi Desteklemek İçin Model Doğum Politikası*),¹⁶ #15 (*Emziren Annede Analjezi ve Anestezi*),¹⁷ #25 (*Emzirilen Bebeğin İşlem Öncesi Açlık Süresi*),¹⁸ ve #31 (*Emziren Annede Radyoloji ve Nükleer Tıp*),¹⁹ bu protokole tamamlayıcı nitelikte yararlı kaynaklar olarak işlev görebilir.

Arka Plan

Emzirme, insan bebeklerinin beslenmesinde biyolojik açıdan normatif yöntemdir. Emzirmenin erken kesilmesinin oluşturduğu riskler arasında, çocuklarda enfeksiyon ve kronik hastalık insidansının artması, kadınlarda ise tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ile meme ve over kanseri riskinde artış sayılabilir.²⁰ Dünya genelinde, emzirmenin neredeyse evrensel düzeye çıkarılmasının, 5 yaş altındaki çocuklarda yılda 823.000 ölümü önleyebileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, optimal düzeyde emzirme, dünya çapında her yıl ek 98.243 annenin kanser ve tip 2 diyabet nedeniyle yaşamını yitirmesini engelleme potansiyeline sahiptir.^{12,14} Dünya Sağlık Örgütü ve çoğu sağlık otoritesi, yaşamın ilk 6 ayında yalnızca anne sütüyle beslemeyi, ardından en az 2 yaşına kadar tamamlayıcı gıdalarla birlikte emzirmeye devam etmeyi önermektedir.²¹ Anne sütüyle beslenme, özellikle prematüre bebekler için büyük önem taşır; çünkü bu bebekler, anne sütü yerine prematüre formülü ile beslendiklerinde nekrotizan enterokolit ve buna bağlı mortalite açısından daha yüksek risk altındadır.^{22,23} Özellikle yalnız anne sütü ile besleme, enfeksiyon bağlantılı ölümlerin, otitis media, gastrointestinal enfeksiyonların ve alt solunum yolu enfeksiyonuna bağlı hastaneye yatışların azaltılmasında kritik öneme sahiptir.^{20,24}

Fizyoloji

Hastanede yatan emziren anne ve emzirilen çocuğun yönetimini anlamak için, laktasyon fizyolojisine dair temel bir gözden geçirme

oldukça önemlidir. Emzirme, emziren anne ile bebeğin arasındaki karmaşık ve iç içe geçmiş bir etkileşim olup, harici müdahaleler, stres ve olumsuz kültürel etkiler tarafından olumsuz şekilde etkilenebilir.^{25,26} Anneyle bebeğin aynı odada kalması ve bebeğin yakınında bulunması, erken açlık belirtilerinde sık beslenmeye olanak sağlar.

Yenidoğanların ve küçük bebeklerin, 24 saatlik bir dilimde 8 ila 12 kez emzirilmesi beklenir. Yaşamın yaklaşık ikinci veya üçüncü gününde, süt kolostrumdan olgun süte geçiş yaparken bebekler, daha sık ve yoğun şekilde beslenebilir. Anne, bebeğin emmesi, ten tene temas ve bebeğin göğüs üzerindeki el hareketlerine yanıt olarak oksitosin hormonu salgılar; ayrıca bebeği görme, duyma, koklama veya bebeği düşünme gibi uyaranlar da oksitosin salgısını tetikleyebilir.^{27,28} Oksitosin salgısı, sütün meme başı ve areola bölgesindeki süt kanallarına aktif olarak akmasını (“let-down refleksi”) tetikler; bu süt, bebeğin emmesi yoluyla alınır.²⁹ Söz konusu hormonun, anne ve bebek arasındaki bağlanmayı güçlendirme, kişide rahatlama ve sakinlik hissi sağlama, gevşemeyi artırma, ağrı eşliğini yükseltme, nabızı ve kan basıncını düşürme gibi birçok psikolojik ve fizyolojik etkisi vardır.³⁰ Öte yandan, doğum sırasındaki tıbbi müdahaleler, korku ve kaygı, oksitosin salınımını engelleyerek emzirmeye olumsuz yönde etki edebilir.^{28,30,31}

Araştırmalar, anne-bebek ayrılığının yenidoğanlarda önemli düzeyde stres yarattığını göstermektedir.^{32,33} Ayrıca, anne bebek çifti, kortizol seviyeleri açısından sirkadiyen fizyolojiyi paylaşmaktadır.^{34,35}

Anne-bebek ayrılığı, istenmeyen erken süten kesilmeye ve yalnızca anne sütüyle beslemenin azalmasına yol açmaktadır.³ Prolaktin hormonu, doğumdan sonra ilk zamanlarda süt üretimini uyarır. Ancak birkaç hafta içinde prolaktinin bu etkisi azalır ve süt üretimini büyük ölçüde “arz-talep” dengesi belirler. Gece beslemeleri, süt üretiminin korunmasında özellikle önem taşır.³⁶ Eğer memeler dolu kalırsa süt üretimi yavaşlayacaktır; tam tersine anneler sık emzirdiğinde süt üretimi artar. Dolayısıyla, gece boyunca da dahil olmak üzere sık emzirme, yeterli süt üretimini sağlamak açısından kritik önemdedir.³⁶

Anne-bebek ayrılığı nedeniyle emzirmenin ani kesintiye uğraması, memede rahatsızlık ve dolgunluğa yol açabilir.^{4,29,37} Ayrıca, pompayla

yapılan fizyolojik olmayan emzirme, süt üretiminin azalması ve mastit açısından ek bir risk faktörü oluşturur.³⁷

Anne-bebek ayrılığı, çocuğun enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklık kazanmasını engeller.^{38,39} Bunun nedeni, annenin maruz kaldığı patojenlere karşı geliştirdiği antikoları ve diğer immünomodülatör maddeleri bebeğine aktarmasıdır.³⁸ Sütteki lökosit ve sekresyonel IgA (sIgA) ³⁸ düzeyleri de çocuktaki bir enfeksiyona yanıt olarak artar,³⁹ bu durum doğrudan emzirme sırasında anne çocuk arasında gerçekleştiği düşünülen iletişimi gösterir.³⁸ Anne ve çocuğun bir arada tutulması, özellikle hastanede yatan bir çocuk için nozokomiyal enfeksiyonlara karşı korunmada büyük önem taşımaktadır.³⁸

Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda süt sağma veya elle sağım, süt üretimini sürdürmek için faydalı bir yöntem olabilir.⁴⁰ Ancak, süt sağma veya elle sağım işlemi, anne-çocuk ayrılığının gerekliliği dikkatlice değerlendirildikten sonra uygulanmalıdır. Sağlıklı bir çocuk emerken, pompa ya da elle sağım ile elde edilenden daha fazla süt alabilir.⁴¹ Bu nedenle süt sağımı, süt üretiminin azalmasına yol açabilir ve annenin çocuğunu başarılı bir şekilde emzirebildiğine dair güvenini kaybetmesine neden olabilir.⁴² Ayrıca, araştırmalar, sağılmış sütün doğrudan emzirme ile verilen sütle aynı immünolojik korumayı sağlamayabileceğini göstermektedir; çünkü sütteki hücreler ve hücresel aktivite, saklama ve dondurma işlemleriyle azalabilmektedir.^{43,44}

Öneriler

Her bir öneri için, kanıt kalitesi (kanıt düzeyleri 1, 2 ve 3) ve önerinin gücü (A, B ve C), öneri gücü sınıflandırma kriterlerine göre belirlenmiş ve belirtilmiştir.⁴⁵

1. Emziren anne ve emzirilen çocuğu destekleyen bir politika oluşturun.

a. Doğurganlık çağındaki kadınları veya 2 yaşından küçük çocukları kabul eden her kurumun bu tür bir politikaya sahip olması gerekmektedir. Bir sağlık kuruluşu, doğum veya yenidoğan servisleri dışındaki bir bölümde hastaneye yatırılan emziren anne veya emzirilen çocuğun emzirme yönetimi ile ilgili yazılı bir politikaya sahip olmalıdır.^{6,8} Bir politika, tıbbi bir kontrendikasyon olmadığı sürece çocuğun ve emziren annesinin mümkün olduğunca birlikte kalmasını sağlayacak ilkeleri

içermelidir. Bebeğin hangi alanlarda bulunmasına izin verildiği, hangi sağlık personelinin rutin olarak bebekle ilgileceği, annenin hasta olması durumunda bebeğin bakım sorumluluğunu kimin üstleneceği, sınırsız ziyaret hakkına sahip olması gereken bir bebek bakıcısı için hangi düzenlemelerin yapıldığı gibi konular net bir şekilde belirtilmelidir. Ayrıca, anne-bebek ikilisine uygun oda türü (örneğin, mevcutsa özel oda) gibi tercihler belirlenebilir. Politika, bebeğin güvenli uyku düzenlemeleri hakkında da talimatlar içermelidir. Örneğin, kurumun bu tür ekipmanı sağlama durumu ve ebeveynlerin kendi uyku ekipmanlarını getirip getiremeyeceği gibi hususlar açıkça ifade edilmelidir. Eğer bir sağlık kuruluşu rutin olarak doğum hizmeti ya da yatarak pediatrik bakım hizmeti sunmuyorsa ya da nitelikli emzirme destek personeline ve diğer yerel hastanelerde genellikle bulunan temel ekipmanlara (örneğin, süt pompaları, anne sütü saklama kapları, beşikler veya karyolar) erişimi yoksa, politika, hastaların ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanabileceği yakındaki bir sağlık kuruluşuna sevk düzenlemelerini içermelidir.⁸

Emziren anneler, bazen evlerinden veya çocuklarından uzak bir hastanede yatış gerektirebilir. Eğer hem anne hem de çocuk hastaneye yatış gerektiriyorsa, politika, bu durum bir sevki gerektirse bile onların aynı sağlık kuruluşunda bulunmalarını sağlamak için hızlandırılmış düzenlemeleri içermelidir. Eğer çocuğun hastaneye yatışı gerekiyorsa, sağlık kuruluşu emziren annenin temel ihtiyaçlarını (beslenme, hijyen, konaklama vb.) karşılayabilecek bir altyapıya sahip olmalıdır.

Hastane içindeki temel paydaşlar, bu politikanın oluşturulma sürecine dahil edilmelidir.⁸

Kanıt düzeyi: 3. Öneri gücü: C.

b. Politika, yeterli emzirme desteği sağlamak için gerekli unsurları içermelidir. Annelerin ve çocukların birlikte tutulmasına yönelik bir politikanın yanı sıra, emzirme desteğine erişim, süt sağma, saklama ve gerektiğinde kullanıma yönelik planlar,^{5,8} gerekli ekipmanlar⁴ ve personelin ilaç güvenliği konusunda yüksek kaliteli kaynaklara erişimi⁵ gibi öğeleri içermelidir. Ayrıca, politika hasta bakım ekibindeki tüm üyelerin emzirme veya süt sağma planından haberdar olmasını sağlamak amacıyla devir teslimlere yönelik iletişim stratejilerini içermelidir.⁵ Örneğin,

cerrahi bir müdahale planlanıyorsa, yatan hasta biriminin multidisipliner ekibi, özellikle hasta anne ise, annenin emzirme veya süt sağma planını cerrahi ve anestezi ekiplerine iletmelidir.^{5,17} Son emzirme veya süt sağma zamanı ile bir sonraki emzirme veya süt sağma tahmini zamanı, vardiya değişimleri veya bakım ekipleri arasındaki rutin devir sürecinin bir parçası olmalı ve hasta çocuk ise, bu bilgiler anne ile paylaşılmalıdır.

Kanıt düzeyi: 3. Öneri gücü: C.

2. Emziren anne ve bebekleri bir arada tutun

Emzirilen bebekler, emziren annelerine sınırsız erişime sahip olmalıdır.^{29,33,34,38,41} ve emziren annenin beslenme ve temel ihtiyaçlarını sağlık kuruluşu tarafından mümkün olduğunca karşılamalıdır. Anne, bebeğin temel besin kaynağıdır ve anne sütü terapötik etkilere sahiptir. Emzirme, özellikle bebeklerin alışık oldukları ortamdan uzak olduğu, hasta, yaralı olduğu veya herhangi bir tıbbi ya da cerrahi işlem gerektirdiği durumlarda hayati önem taşımaktadır.

Bebek ne kadar küçükse, emzirilenin devamlılığının sağlanması ve sürdürülmesi için anne ve bebeğin mümkün olduğunca birlikte olması o kadar kritik öneme sahiptir.^{16,21,46,47} Emziren annelerin ve bebeklerin bir arada tutulması, doğrudan emzirilenin sağlanması,^{38,39,43,48} bebeğin beslenme ipuçlarına yanıt verilmesi,²¹ anne ve bebeğin patojenlere karşı bağışıklık yanıtını paylaşması,³⁸ meme dolgunluğu ve mastitin önlenmesi,²⁹ hem anne hem de bebekte stresin azaltılması,^{35,49} anne sütü üretiminin korunması²⁹ ve anne ile bebek arasındaki ortak sirkadiyen ritmin sürdürülmesi³⁴ ve son olarak yalnızca anne sütüyle beslenmenin devamı^{1,2} açısından büyük önem taşır. Eğer hem anne hem de bebeğin hastaneye yatışı gerekiyorsa, aynı sağlık kuruluşunda bulunmalı ve mümkünse aynı odayı paylaşmalıdırlar.

Kanıt düzeyi: 1–3. Öneri gücü: B

3. Sütün sağılması ve saklanması için kanıta dayalı kılavuzlar kullanın.

a. Doğrudan emzirme, süt pompası veya elle sağmaya göre tercih edilir: Mümkün olduğunda, normalde doğrudan emziren anne-bebek çifti için, süt pompası kullanımı veya elle sağma yerine doğrudan emzirme öncelikli olarak tercih edilir.^{38,39,43} Hastalık nedeniyle zayıf veya bitkin düşmüş bir anne bile, özellikle emziren bir anne ise, bebeğini emzirmek için memeye yerleştirebilir. Bazı emziren anneler, süt pompasını yardımsız kullanamayacak kadar

güçsüz veya bitkin olabilir. Süt sağma işlemi, her seans için ekipmanın hazırlanmasını, kullanılan malzemelerin temizlenmesini ve sağılmış sütün uygun koşullarda saklanması gerektirir. Mevcut pompa, anne tarafından bilinmeyen bir cihazsa, bu durum ek bir zorluk yaratabilir, kullanımı göstermek için bilgili bir personel hazır bulunmalıdır. Bazı emziren anneler, süt sağma veya pompa ile süt akışını sağlamada zorluk, yetersiz süt sağımı ya da süt inme refleksini başlatmada güçlük yaşayabilir veya sütü etkili bir şekilde boşaltamayabilir.⁴² Bu nedenlerle, doğrudan emzirme özellikle önem taşımaktadır.

Kanıt düzeyi: 1–2. Öneri gücü: B.

b. Süt Sağma Sıklığı: Emziren bir anneden, kendisi ve/veya çocuğu hastaneye yatırılmamış veya ayrı kalmamış olsaydı normalde emzireceği sıklıkta emzirmesi veya süt sağması beklenmelidir. Benzer süt sağma sıklığının korunması, anne sütü üretiminin devamlılığını sağlamak, meme dolgunluğu ve rahatsızlığı önlemek^{29,50} ve bebeğe yeterli miktarda süt sağlamak⁵¹ açısından önemlidir. Yalnızca anne sütüyle beslenen altı aydan küçük bir bebek, genellikle 24 saat içinde 8 ila 12 kez emzirilirken, altı ila on iki aylık bir bebek günde 5 ila 6 kez, on iki aylık bir bebek ise günde 3 ila 4 kez emzirilebilir.⁵² Ayrıca, süt sağımı hedefi için normal hacim aralığına ilişkin kılavuzların sağlanması da önemlidir. Genellikle doğumdan sonraki 10 ila 14. günler arasında günlük 700–980 mL (25–35 oz) süt üretimi hedeflenmeli ve bu hacmin, bebeğin ilk altı ayı boyunca sürdürülmesi beklenmelidir.⁵³

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

c. Süt pompası tipi: Anne sütüyle beslenen ancak bebeklerinden ayrılmış ve emzirilenin tamamen süt sağma yoluyla sağlanması gereken anneler için, hastane tipi çift taraflı elektrikli süt pompası en ideal yöntem olarak kabul edilmektedir.^{40,41} Emziren anneler kendi süt pompalarına sahip olabilir ve bunları kullanmayı tercih edebilirler. Pompa parçalarının temizliği, kanıta dayalı kılavuzlar^{54,55} ve/veya üretici talimatlarına uygun şekilde yapılmalıdır. Tek kullanıcı için tasarlanmış pompalar birden fazla kişi tarafından kullanılmamalıdır. Süt sağma işlemi sırasında, nazik meme masajı ile pompa kullanımı birleştirildiğinde sağılan süt miktarının artabileceği gösterilmiştir.⁴⁰ Eğer ne bebek ne de süt pompası mevcutsa, elle sağım uygulanabilir. Ancak, yalnızca elle sağım süt sağımında pompa kadar etkili değildir.⁴¹ Elle

sağım konusunda bilgilendirici video kaynakları bulunmaktadır ve erişime açıktır.⁵⁶

İdeal olarak, manuel bir pompa yedek olarak bulundurulmalıdır, çünkü emziren anne her zaman elektrikli bir göğüs pompasına erişemeyebilir. Daha az verimli olmasına rağmen, manuel pompa taşınabilir ve kullanımı kolaydır, ayrıca uzun süreli hastanede yatiş durumunda annenin hastaneden ayrılması gerektiğinde anneye süt sağma konusunda daha fazla esneklik sağlar. Eğer anne çoğunlukla evde olarsa, mümkünse çift taraflı elektrikli bir pompanın ev ortamında kullanımı için düzenlemeler yapılmalıdır.

Kanıt düzeyi: 1–2. Öneri gücü: A.

d. Anne sütünü artırmaya yardımcı faktörler: Rahatlama, sıcak uygulama, nazik masaj ve müzik, süt hacmini artırmaya yardımcı olabilir.⁴⁰ Bebeğin görüntüleri, ses veya kokusu, süt inne refleksini tetikleyebilir.²⁸ Buna ek olarak, stresin ve dikkat dağıtıcı unsurların mümkün olduğunca azaltılması önemlidir.³¹

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

e. Sağılmış sütün saklanması: Anne sütü oda sıcaklığında (20–22°C, 68–72°F) en fazla 4 saat boyunca saklanabilir, bu sürenin ardından buzdolabına kaldırılmalıdır.⁵⁶ İdeal olarak, sağılmış süt, emziren annenin veya emzirilen çocuğun odasında (eğer yenidoğan ünitesinde değilse) bir buzdolabında saklanmalıdır. Ayrıca, jel paket (veya eridiğinde değiştirilen buz) içeren yalıtımlı bir soğutucu çantada saklanabilir ve istenilen yere taşınana kadar 24 saate kadar saklanabilir.^{10,57} Saklama protokolleri ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Tüm sağılmış sütler, sağım tarihi ve hasta kimlik bilgileriyle etiketlenmeli ve yerel düzenlemelere veya ilgili hastane akreditasyon kuruluşlarının standartlarına uygun şekilde saklanmalıdır. Süt, jel paket (veya daha önce açıklandığı gibi buz) içeren soğutucu çantalar gibi soğutulmuş kaplarda taşınmalıdır. Sağılmış süt belirlenen varış noktasına ulaştığında, derhal buzdolabına kaldırılmalı, dondurulmalı veya kullanılmalıdır. Kanıt düzeyi: 3. Öneri gücü: C.

4. Emziren annenin çocuğuna bakım desteği

Hastaneye yatırılan bir emziren anne, emzirmek dışında çocuğuna bakamayacak kadar hasta olabilir ya da uygulanacak tıbbi işlemler veya tetkikler nedeniyle bebeğinin bakımını üstlenemeyebilir. Eğer anne emzirmeye devam etmek istiyorsa, bebeğinin bakımını üstlenecek özel bir bakım sağlayıcısı, annenin yatağı yanında bulunmalıdır. Çoğu

zaman, hastane politikaları gereği bebek bakıcısı varlığı zorunlu olabilir.⁵ Hastane personeli, emzirilen bebeğin bakımından sorumlu değildir. Bu nedenle, destek verecek kişinin hastaneye sınırsız ziyaret hakkına sahip olması ve konaklama imkânı sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Kanıt düzeyi: 3. Öneri gücü: C.

5. Gerekli ekipmanı sağlayın.

Kurumlar, yerel doğumevlerinin bakım standartları arasında yer alıyorsa, hastanede yatan emziren annelere çift elektrikli süt pompası sağlamalıdır.^{40,41} (Çift taraflı elektrikli pompalar bu tür durumlar için en uygun seçenek olsa da, dünyanın her bölgesinde erişilebilir olmayabilir.) Hastaneye yatırılan emziren annelerin bebekleri için beşik veya karyola gibi güvenli bir uyku alanı sağlanmalıdır. Emziren annelerin bakımını üstlenen sağlık kuruluşları, doğum hizmetleri veya yatan hasta bebek bakımı sağlayan yerel hastanelerde bulunan ekipmanların aynısını temin etmelidir. Birçok hastane yatağı anne ile bebeğin aynı yatakta yatmasına uygun olmayabilir ve hastanelerin, yataklarının bebekler için güvenli olup olmadığını belirlemek amacıyla özel politikalar geliştirmesi gerekebilir. Araba koltukları, pusetler veya bebek koltukları güvenli ve yeterli uyku alanları olarak kabul edilmemektedir.⁵⁸ Anne tetkik veya tıbbi bir işlem sırasında bebeğin yanında olamayacaksa ya da bebek doğrudan emzirilemiyorsa, bebeğin beslenmesi için ek besleme ekipmanları gerekli olabilir. Genel olarak, emzirme süreci henüz tam olarak yerleşmemiş yenidoğanların emzik veya biberon başlıkları ile beslenmemesi önerilmektedir.²¹ Bunun yerine, doğrudan emzirme yoluyla yeterli süt sağlanamıyorsa, parmakla besleme, küçük kaşıklar, şırıngalar veya emzirme destek sistemleri gibi alternatif yöntemlerin kullanılması tercih edilmelidir.

6. Radyolojik tanı ajanları da dahil olmak üzere ilaçlar için kanıta dayalı güvenlik önerileri kullanın.

Çoğu ilaç emzirme sırasında güvenlidir. İlaç yönetimini etkileyen çeşitli faktörler arasında, bebeğin aktüel ve gebelik yaşı ile beslenmedeki anne sütü miktarı ve oranı yer almaktadır. Bir ilacın kullanımıyla ilişkili olası riskler, emzirmenin kesilmesinin anne ve bebek üzerindeki olası olumsuz etkileriyle karşılaştırılmalı ve uygun olduğu takdirde alternatif ilaçlar veya tedavi yöntemleri değerlendirilmelidir. Bu nedenle, tıbbi personelin emzirme döneminde ilaç güvenliği

ile ilgili güvenilir kaynakları bilmesi ve bunlara erişiminin olması büyük önem taşımaktadır. Güvenilir kaynaklar küresel bölgeler arasında farklılık gösterebilir, ancak LactMed,⁵⁹ InfantRisk Center⁶⁰ ve e-lactancia⁶¹ gibi kaynaklar bu amaçla kullanılabilir. Ayrıca, ilaçların bebeği ve/veya süt üretimini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalı ve sağlık profesyonelleri her iki etkiye de dikkat etmelidir.

İntravenöz iyotlu kontrast maddeler ve intravenöz gadolinyum kontrast maddeleri, emzirmenin kesilmesini veya sağılmış sütün atılmasını gerektirmez.^{19,62} Ancak, tanısal veya terapötik radyoaktif ajanlar genellikle, ajana bağlı olarak yeterli radyoaktivite azalınca kadar emzirmeye veya sağılmış süte ara verilmesini gerektirir.⁶¹ Ayrıntılı bilgi için ABM Protokolü #31, "Emziren Kadınlarda Radyoloji ve Nükleer Tıp Çalışmaları"na başvurulmalıdır.¹⁹ Bazı durumlarda, radyoaktif ajan kullanılan tanısal testlere alternatif yöntemler tercih edilebilir. Örneğin, kalp iskemisinin değerlendirilmesi için, radyoizotop stres testi yerine stres ekokardiyografi düşünülebilir.

İlaç önerileri, radyolojik ajanlar da dahil olmak üzere, yüksek kalitede güvenilir kaynaklara dayanarak yapılmalıdır. Emziren anneye, uygulanan her ilacın güvenliği açısından değerlendirildiği konusunda güvence verilmelidir.^{10,63,64}

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

7. Emziren annede sıvı gereksiniminin farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurun.

Emziren annelerin sıvı gereksinimi, emzirmeyen annelere kıyasla genellikle daha yüksektir. Yalnızca anne sütüyle beslenen altı aylık bir bebeği emziren bir anne, günde yaklaşık 800 mL süt üretebilir ve bu miktar 450 ila 1200 mL arasında değişebilir.⁵³ Hiç emzirmeyen annelerde süt üretimi genellikle daha azdır. Bir annenin sıvı ihtiyacı hesaplanırken, özellikle ağızdan beslenmesine veya sıvı alımına izin verilmeyen durumlarda, bu süt üretim miktarlarının toplam sıvı gereksinimine eklenmesi önemlidir. Sıvı almasına izin verilen annelerin ise susuzluklarını giderecek kadar içmelerine izin verilmesi gerekir, çünkü oksitosin salınımı susama hissini tetiklemektedir.

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

8. Emziren annelerin bebeklerinin uygun ortamlarda kalmasının sağlayın.

a. Tıbbi-cerrahi birimler ve perioperatif alanlar: Anneye ait spesifik bir enfeksiyon kontrol protokolü bunu engellemediği sürece emziren bir annenin tıbbi-cerrahi birimde bebeğinin yanında kalması güvenlidir.

b. Yetişkin YBÜ: Bir YBÜ’de, ekipman, enfeksiyon kontrolü, annenin hayati bulgularının korunması ve emziren annenin devam eden bakımı gibi ek endişeler bulunmaktadır. Bu faktörler, bebeğin YBÜ’de bulunmasını zorlaştırabilir. Ancak, annenin bebeğinin varlığı, onun sakinleşmesine, hayati bulgularının dengelenmesine ve çocuğu için iyileşme arzusunun güçlenmesine katkı sağlayabilir.⁸ Emzirme sırasında oksitosin salınımı ve bebeğin anneye cilt teması, emziren anne üzerinde terapötik fizyolojik etkiler yaratabilir. Öte yandan, annenin bebeğinden sürekli ayrılması, mevcut kritik hastalığına ek olarak kaygısını artırabilir. Bilinci tam olarak açık olmasa bile, bir anne bebeğinin dokunuşunu, kokusunu ve seslerini algılayarak bundan fayda görebilir.⁸

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

9. Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesini göz önünde bulundurun.

Annelerinden ayrılan bebekler, emziren annenin spesifik antikor üretmediği farklı patojenlere maruz kalabilirler.³⁸ Benzer şekilde, anne-bebek çifti ayrıldığında, emziren anne belirli bir bebek enfeksiyonuna doğrudan yanıt olarak lökosit açısından zengin süt üretemez.³⁸ Birkaç istisna dışında, bebeklerin annelerinden ayrılması veya enfeksiyon nedeniyle emzirmenin kesintiye uğratılması genellikle gerekli değildir.

Emzirmenin veya sağılmış sütün verilmesinin kontrendike olduğu enfeksiyonlar, tedavi edilmemiş bruselloz (tedavi edilene kadar), Ebola virüsü ve etkilenen memede aktif herpes simpleks enfeksiyonudur (tüm lezyonlar kapatıldığı sürece etkilenmemiş memeden emzirmek veya sağılmış süt vermek kabul edilebilir).⁶⁵ Otoriteler, genellikle insan T hücreli lenfotropik virüs tip 1 veya 2 enfeksiyonu olan annelerin emzirmesini veya sağılmış süt vermesini önermemektedir, ancak bazı durumlarda faydanın riskten ağır basabileceği durumlar olabilir.^{65,66} Annelerin emzirmesinin önerilmediği ancak sağılmış süt verebileceği enfeksiyonlar, doğumdan 5 gün önce veya doğumdan sonraki 2 gün içinde gelişen anneye ait perinatal varisella (su çiçeği) enfeksiyonudur.⁶⁵ HIV enfeksiyonu için, Dünya Sağlık Örgütü bebek beslenmesiyle ilgili

yönergeleri belirli koşullara bağlı olarak düzenlemiştir.⁶⁷ Tedavi edilmemiş veya hala bulaşıcı olan tüberküloz durumunda, sağlanmış süt vermek güvenlidir (annenin aldığı ilaç kontrendike değilse), ancak anne-bebek ayrılığına dair yönergeler, annenin çoklu ilaca dirençli bir enfeksiyon taşıyıp taşımadığı ve anne-bebek ikilisinin düşük kaynaklı bir ortamda yaşayıp yaşamadığı gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir.⁶⁸

SARS-CoV-2 enfeksiyonu durumunda, solunum izolasyonu ve el hijyeni sağlanarak emzirmeye devam edilebilir.⁶⁹ Eğer anne çok hasta ise, bebeğin bakımına yardımcı olacak bir destek kişisine ihtiyaç duyulabilir. Bazı enfeksiyonların, viral hepatit türleri ve sağlık çalışanlarının temas önlemleri aldığı enfeksiyonlar (örneğin *Clostridium difficile* ve vankomisine dirençli enterokoklar) gibi, emzirmeye engel teşkil etmediği ve bebek için özel önlemler gerektirmediği unutulmamalıdır. Hastane yataklı servisinde bulunan diğer hastaların, bebeğe bulaş riski oluşturması beklenmez. Ancak tedbir amacıyla, hastane personeli bebeğe dokunmayı en aza indirmeli ve yalnızca gerekli bakım hizmeti sunan sağlık çalışanları (örneğin laktasyon danışmanları veya pediatri uzmanları) bebeğe temas etmelidir.

Kanıt düzeyi: 3. Öneri gücü: C.

10. *Cerrahi yetişkin hastaya laktasyon desteği sağlayın.*

Emziren anneler planlı veya acil cerrahi prosedürlerden geçebilirler.

a. Planlanmış prosedürler: Planlı cerrahi işlemler, laktasyonun devamlılığını sağlama konusuna dikkat edilerek yürütülmelidir. Bu, Simon ve ark.'ı ile Rieth ve ark.'ı tarafından Memorial Sloan Kettering Kanseri Merkezi'nde (New York) geliştirdiği perioperatif bakım planında açıklanmıştır.^{5,6} Bu süreç preoperatif dönemde emziren annelerin belirlenmesini; preoperatif bekleme alanında bebek beslenmesine ve/veya süt sağımına özel dikkat gösterilmesini, ameliyat sırasında dikkatli sıvı yönetimini ve mümkün olduğunda narkotik olmayan ağrı kesicilerin kullanımını, ayrıca tıbben güvenli olduğu anda iyileşme odasında anne ve bebeğin bir araya getirilmesini içerir. Anestezi maddeleri merkezi sinir sisteminden temizlendiğinde, süttten de temizlenmiş olduğundan, emziren anne, uyandığında ve bilinçli hale geldiğinde bebeğini emzirebilir.⁵⁹ Anestezi uzmanları, anestezi ajanlarını emzirme döneminde güvenli kullanımı

hakkında bilgi sahibi olmalı ve emzirme için önerilen analjezikleri tercih etmelidir (Bkz. ABM Protokol #15: Emziren Anne İçin Analjezi ve Anestezi).¹⁷

Ek olarak cerrah, postoperatif entübasyon ve/veya cerrahi YBÜ'de kalmayı gerektirebilecek komplike yataklı cerrahi işlemler için hastanın ekibiyle koordinasyon sağlayarak laktasyonu desteklemek ve komplikasyonları en aza indirmek için bir plan oluşturmalıdır. Bu ekip, anestezi uzmanları, perioperatif hemşireler (preoperatif ve iyileşme odası), ameliyathane hemşireleri, cerrahi yoğun bakım uzmanları, yoğun bakım hemşireleri, servis hemşireleri, emzirme tıbbi uzmanları ve laktasyon danışmanları gibi hekimler ve sağlık personeli içermelidir ancak bunlarla sınırlı değildir. Yoğun ilaç yönetimi gerektiren hastalar (örneğin, organ nakli hastaları) için emzirme sırasında ilaç güvenliği konusunda uzmanlaşmış bir eczacı belirlenmelidir. Örneğin, LactMed⁵⁹, e-lactancia⁶¹, InfantRisk Center⁶⁰ gibi emzirme ile ilgili ilaç veri tabanları kullanılabilir. Sağlık personeli, emzirme sırasında antibiyotik güvenliği konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Bkz. "İlaçlar" bölümü). Ayrıca, antikoagülanlar gibi yaygın perioperatif ilaçlar olgu bazında değerlendirilmelidir. Örneğin, heparinin emzirme sırasında güvenli olduğu kanıtlanmıştır, ancak yeni nesil antikoagülanlar hakkında henüz net veriler bulunmamaktadır.

Ekip için diğer dikkate alınması gereken hususlar şunlardır:

- Annenin bebekten ve/veya süt pompasından ayrılmasının tahmini tam süresinin hesaplanması, nakil, entübasyon, pozisyonlandırma ve ameliyat öncesi hazırlıklara dikkat edilmelidir. Ayrılığın 4 saatten uzun sürmesi beklenen durumlarda, ameliyat sırasında süt sağımı için bir plan oluşturulmalıdır.

- Kesinin emziren memelerle ilişkili konumu dikkate alınmalıdır. Örneğin, torasik cerrahi prosedürleri, memeye kan akışını ve drenajını etkileyebilecek kesiler gerektirebilir. Cerrahlar, emziren memede artmış damar yapısına bağlı olarak güçlü bir vaskülariteyle karşılaşmaya hazırlıklı olmalıdır.

- Eğer yapay greftler (örn. vasküler prosedürler) kullanılması öngörülüyorsa, greftin anne sütü ile kontaminasyonunu önlemek için özel önlemler alınmalıdır.

- YBÜ yönetimi aşağıda belirtilen şekilde yürütülmelidir.

b. İvedi veya acil durum gerektiren prosedürler (örn. travma cerrahisi):

İvedi veya acil müdahale gerektiren durumlar, kolesistit, bağırsak tıkanıklığı ve çoklu organ travması gibi çeşitli şiddet düzeylerinde olabilir ve bu durumlar laktasyon yönetimi açısından zorluklar yaratabilir. Daha önce belirtildiği gibi, mümkünse süt sağımının devamlılığına, emzirme sırasında ilaç güvenliğinin anlaşılmasına ve tıbben güvenli olduğu anda anne ile bebeğin bir araya getirilmesine dikkat edilmelidir. Travma cerrahları, emzirilen memedeki güçlü damar ağının nedeniyle, emziren kadınların emniyet kemeri veya hava yastığı travmasına bağlı olarak meme hematomu geliştirme riskinin daha yüksek olduğunun farkında olmalıdır. Ayrıca, kadınların göğüs duvarında geniş damar kolateralleri olabileceğinden, santral venöz kateter, göğüs tüpü ve diğer girişimsel/izlem cihazlarının yerleştirilmesi sırasında kanama riskine dikkat edilmelidir. (İlgili bölümler: "İlaçlar," "Emziren Anneyi ve Bebeğini Birlikte Tutma," ve "Süt Sağımı")

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

11. Bilinci kapalı emziren annenin doğum sonrası desteklenmesi

Daha önce ivedi veya acil cerrahi işlemler bölümünde açıklandığı gibi, annenin iletişim kuramaması veya bilinçsiz olması, emzirmenin onun için önemli olmadığı veya gelecekte önemli olmayacağı anlamına gelmez. Eğer varsa sağlık vekilinin, annenin kendisi için verebileceği düşünülen kararları alması beklenmelidir. Doğum sonrası süt sağımına hızla başlanmazsa, annenin daha sonra yalnız anne sütü ile emzirerek besleme ihtimali zorlaşabilir veya imkânsız hale gelebilir.^{51,70} Anne ve bebeğin bir araya getirilmesi için laktasyon ve pediatri ekibinin koordineli çalışması gerekebilir, ancak bu süreç hem annenin hızlı iyileşmesine hem de bebeğin sağlığına fayda sağlayabilir.⁸ Sedasyon altındaki veya bilinçsiz bir annenin, bebeğinin varlığıyla hayati bulgularında düzelme görülebilir ve iyileşme süreci kolaylaşabilir.⁷¹ Eğer anne kendi süt sağımını gerçekleştiremiyorsa, deneyimli bir kişinin bu işlemi yapması için gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Süt sağan veya süt sağımı konusunda yardıma ihtiyaç duyan hastalarla ilgilenen sağlık personeline uygun eğitim verilmelidir. Bu eğitim, pompa ayarları, pompa

başlığı ile meme uyumu ve meme ucu hasarı belirtileri hakkında bilgi sahibi olmayı içermelidir. Bu hususların ihmal edilmesi, önemli anatomik hasara, ağrıya ve potansiyel enfeksiyonlara yol açabilir.⁷²

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

12. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında emziren annenin desteklenmesi

Emziren bir annenin akut psikiyatri servisine yatışını gerektiren birçok endikasyon olabilir. Ancak, psikiyatri ünitesinin türü ne olursa olsun, hastane ekibinin, hastanın isteğine göre emzirmenin devamını desteklemesi standart protokol olmalıdır.

a. Psikiyatri ünitesinde yatan emziren anneleri desteklemek için yazılı bir politika veya protokol oluşturulmalıdır. Tüm yatan hastalar için yazılı bir emzirme politikası oluşturmak, başarılı emzirme ve laktasyonun devamlılığını sağlamak açısından önemlidir.^{6,8} Ancak, psikiyatri ünitesinde yatan emziren annelerin desteklenmesi daha karmaşıktır ve ek personel desteği ile hasta gözetimi gerektirir. Bu nedenle, psikiyatri servislerine özel olarak hazırlanmış bir yazılı politika veya protokol, laktasyonun başarılı bir şekilde sürdürülmesi açısından kritik öneme sahiptir. Çocuğun ziyaretine izin veren protokoller, anne-bebek bağlanmasını teşvik edebilir, annenin genel iyilik halini iyileştirebilir ve bağlanmayı güçlendirebilir. Ziyaret, güvenli bir şekilde desteklenebildiği durumlarda hedef olmalıdır. (Bkz. "Emziren Anneyi ve Bebeğini Birlikte Tutma" ve "Emziren Anneyi Destekleyen Bir Politika Oluşturma" bölümleri)

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

b. Anne-bebek ünitelerinin tercih edilmesi. Dünya genelinde, perinatal dönemdeki kadınların ağır psikiyatrik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış gerektiren tedavi aldığı farklı psikiyatri üniteleri bulunmaktadır. Bu üniteler, genel bir psikiyatri ünitesini, yalnızca kadınları tedavi eden bir psikiyatri ünitesini veya özel bir perinatal psikiyatri ünitesini içerebilir. Bu üniteler arasında perinatal kadınlar için en iyi seçenek, özel perinatal psikiyatri üniteleridir. Sonuncusu, perinatal kadınlar için en iyi seçenektir.⁷³ Genellikle Anne-Bebek Birimleri (MBU'lar) olarak adlandırılan, perinatal dönemdeki kadınlar için uzmanlaşmış psikiyatri birimleri ilk olarak 1948'de Birleşik Krallık'ta geliştirilmiştir. Şu anda Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, ABD, Avustralya, Yeni Zelanda ve dünyanın diğer bölgelerinde bulunmaktadır.⁷⁴⁻⁷⁶ Anne-bebek üniteleri,

annelerin psikiyatrik hastalıklarını değerlendirirken, anne işlevselliğini ve özellikle anne-bebek bağlanmasını ön planda tutan bir tedavi yaklaşımı sunar.^{74,76-78} Önemli bir nokta, perinatal kadınlara yönelik özel yataklı ünitelerde, emzirmenin korunma olasılığı çok daha yüksektir.⁷⁹ ABD’de ilk özel perinatal psikiyatri ünitesi 2011 yılında açılmıştır. Fakat diğer birçok anne-bebek ünitesinin aksine, ABD’deki perinatal psikiyatri üniteleri bebeklerin gece boyunca anneleriyle birlikte kalmasına izin verilmez, ancak daha uzun ziyaret saatleri, hastane tipi süt pompaları ve annenin bebeğini güvenli bir şekilde ziyaret edip emzirebileceği bir alan mevcuttur.⁷⁷ Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

c. Hastanede yatış süresince annenin çocuğuyla temasının desteklenmesi. Anne-bebek üniteleri en ideal seçenektir.⁷³ Eğer anne-bebek üniteleri mevcut değilse, güvenli olduğu durumlarda annenin çocuğunu ziyaret etmesi veya bebeğin anneye buluşması sağlanmalıdır. (Bkz. "Emziren Anneyi ve Bebeğini Birlikte Tutma" ve "Emziren Anneyi Destekleyen Bir Politika Oluşturma" bölümleri.) Çocuğun, hastaneye yatırılmış psikiyatri hastasını güvenli bir şekilde ziyaret edebilmesi, öncelikle güvenliğe odaklanan çeşitli faktörlere bağlıdır. Bu faktörler arasında, annenin çocukla uygun şekilde etkileşim kurabilme yeteneği ve psikiyatri ünitesinde veya yakınında anne-çocuk ziyaretleri için uygun bir ortamın bulunması yer alır. Birçok durumda, anne-çocuk etkileşiminin güvenliğini sağlamak için personelin gözetiminde gerçekleşen ziyaretler önerilmelidir. Çoğu psikiyatri ünitesinde, reşit olmayan bireylerin ziyareti yasaktır, ancak emziren bir anne ve bebeğinin mümkünse ayrı bir alanda bir araya getirilmesi düşünülmelidir. Bu nedenle, hedef, uygun durumlarda emziren tüm hastaların güvenli ve gözetimli ziyaretlere erişebilmesi olmalıdır.

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

d. Doğrudan emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda, annenin süt sağmasına yardımcı olunmalıdır. Çiftli elektrikli bir süt pompası erişilebilir olmalıdır (eğer yerel doğum hastanelerinde standart bakım olarak kullanılıyorsa; zira bu tür pompalar dünyanın her yerinde mevcut değildir). Sağlık personeli, süt pompalarının kullanımı konusunda bilgi sahibi olmalı veya hastanede bu konuda yardımcı olabilecek başka personelden destek alınmalıdır. Sağılan süt, uygun şekilde etiketlenmeli ve daha önce belirtildiği gibi ünite

içindeki uygun bir buzdolabında saklanmalıdır (Bkz. "Süt Sağımı ve Depolama" bölümü).

Psikiyatri ünitesinde süt sağmanın zorluklarından biri de hastanın kendine zarar verme riskidir. Süt pompasının hortumu, boğma yoluyla intihara teşebbüs için kullanılabileceğinden bir bağlama riski olarak kabul edilir. Bu nedenle, yatarak psikiyatri tedavisi gören emziren kadınların çoğu zaman süt sağımı sırasında gözetim altında olması gerekecektir. Ancak, bu durum kadınların genellikle özel olarak yapmayı tercih ettiği bir aktivite olduğundan rahatsız edici olarak algılanabilir. Psikiyatri ekipleri bu zorluğun farkında olmalı ve kendine zarar verme riski ile mahremiyet hakkını dikkatlice değerlendirmelidir. Mahremiyet hakkı, genellikle hasta tarafından sağım sırasında tercih edilen bir durum olacaktır. Sağım tamamlandıktan sonra, tüpler bir sonraki seansa kadar hastanın erişiminden alınmalıdır. Eğer elektrikli pompa kullanımı anne için bir güvenlik riski oluşturuyorsa ve sağım sırasında gözetim sağlanamıyorsa, manuel pompa kullanımı düşünülebilir veya anneye elle süt sağımı öğretilmelidir.

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

e. Eğer anne süt sağımını kendi başına yapamıyorsa, ona bu konuda yardımcı olunmalıdır. Psikiyatrik bir tanı ile hastaneye yatırılan emziren anne, teşhisinin doğası gereği süt sağımını kendisi gerçekleştiremeyebilir. Örneğin, akut psikotik, düzensiz veya katatonik olabilir. Bu durumda, ona bu süreçte en iyi desteği sağlamak için emzirme hedefleri sağlık vekili ile görüşülmelidir. Laktasyon ekibinden veya konu hakkında bilgili başka bir personelden destek alarak süt sağımına yardımcı olmak gerekebilir. Eğer süt sağımı uzun süre gerçekleşmezse, emzirmeye ilgili başka komplikasyonlar ortaya çıkabilir (bkz. "Bilinçsiz Hasta İçin Destek").

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

f. Psikotrop ilaç rejimleri planlanırken emzirme göz önünde bulundurulmalıdır. Etkili olan ve emziren kadınlar için en uygun güvenlik profiline sahip psikotrop ilaçların risk ve faydalarının dikkatlice değerlendirilmesi, tedavi planının önemli bir parçası olmalıdır. Psikiyatrik hastalıkların güçlü bir şekilde tedavi edilmesi esastır ve en yüksek öncelik olmalıdır. Bu ilaçların birçoğu emzirme döneminde güvenli kabul edilse de bazen birden fazla psikiyatrik ilacın kombinasyonu çocuk için endişe verici olabilir. İlaçların güvenliği hem

bireysel olarak hem de tüm ilaç rejimi bağlamında değerlendirilmelidir ve çocuk olası yan etkiler açısından gözlemlenmelidir (bkz. "İlaçlar" bölümünde önerilen kaynaklar). Ayrıca, antipsikotik ilaçlar prolaktin seviyelerini artırarak süt üretimini artırabilir. Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

13. Hastaneye yatırılan emziren bebekler ve çocuklar için emzirmenin kolaylaştırılması

Emzirme, hastaneye yatırılan bebekler ve çocuklar için son derece önemlidir. Ancak, çocuğun hastalığı nedeniyle iştahsızlık yaşaması, testler veya prosedürler için aç kalması ve emziren annesinden ayrılması gibi durumlar önemli zorluklar yaratabilir. Eğer emziren bebekler veya çocuklar hastaneye yatırılırsa, annelerinin onlara sınırsız erişim sağlaması için tüm çaba gösterilmeli ve annelerin yiyecek ve temel ihtiyaçları karşılanmalıdır. Hastaneye yatırılan bir bebeğin annesinde oluşan stresin emzirmeyi etkilediği gösterilmiştir.^{4,26} Eğer anne ve bebek ayrılırsa veya bebek iştahsızlık nedeniyle emzirmeyi reddederse, emziren annenin süt üretimini sürdürmek ve bebeği için süt bulundurmamak amacıyla çift elektrikli bir pompa ile bebeğin normalde emdiği sıklıkta süt sağması ideal olacaktır. Bu süreçte nitelikli laktasyon desteği gerekli olabilir (bkz. "Süt Sağımı"). Eğer annenin sağdığı süt miktarı düşük görünüyorsa, annelerin bu konuda güvenceye, teşvike ve rehberliğe ihtiyacı olabilir. Bebek doğrudan emziremiyorsa, ten teması hem doğrudan emzirmeyi teşvik edebilir hem de sağılmış süt miktarını korumaya yardımcı olabilir.⁸⁰ Online kaynaklar mevcuttur.^{81,82} Kronik hastalıkları olan çocuklar ek zorluklar yaşayabilir ve özel destek, sağlık personeli eğitimi, becerileri ve ekipman gerektirebilir.⁴

Bazen hastaneye yatırılan pediatrik hasta, emzirilen bir bebeğin daha büyük kardeşi olabilir ve emziren anne, emzirdiği bebekle birlikte hastanede bulunabilir. Bu gibi durumlarda, emzirilen bebeğin, annenin ve hastaneye yatırılan kardeşin bulunduğu odada kalmasına izin verilmelidir, ancak belirli enfeksiyon kontrol protokolleri bunu engelliyorsa istisnalar uygulanabilir. Emzirilen bebek için beşik veya karyola gibi güvenli bir uyku alanı sağlanmalıdır. Eğer üniteye emzirilen bebeğin bulunması belirli riskler veya lojistik kısıtlamalar nedeniyle mümkün değilse, emziren annenin süt sağımı ve laktasyonun devamı için nitelikli laktasyon desteğine ihtiyaç duyulabilir.

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

Özel Durumlar:

a. **Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde (PICU) Yatan Çocuklar:** Bebekler ve küçük çocuklar, enfeksiyonlar, kanserler, doğuştan gelen anormalliklerin düzeltilmesi veya travmalar gibi ciddi hastalıkların tedavisi için hastaneye yatırılabilir. Bu hastalıkların herhangi biri karmaşık cerrahi prosedürler ve/veya uzun süreli hastanede yatış gerektirebilir. Çoğu zaman, bu bebekler veya çocuklar başlangıçta emziremeyecek kadar hasta olabilir ve/veya herhangi bir enteral beslenme alacak kadar stabil olmayabilir. Buna ek olarak, emziren anne, bebeğin veya çocuğun sağlığıyla ilgili yoğun endişe duyduğu için emzirme ile ilgili konulara odaklanamayabilir.⁴ Bu nedenle, emziren annenin süt sağımını teşvik etmek ve süt üretimini sürdürmesini sağlamak büyük önem taşır.⁸³ (bkz. yukarıda). Süt üretimini korumak için, anne tıbbi sistemle ilk temasa geçtiği andan itibaren, ister acil servis ister klinik ya da hastane yatışı olsun, süt sağımı yapması için teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Eğer emziren bir bebek veya çocuk, başka bir hastaneden PICU'ya bir nakil ekibi tarafından transfer ediliyorsa, annenin gerektiğinde zamanında süt sağımını tamamlamasına olanak sağlamak için tüm ekipler arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

b. **Solunum desteği:** Entübasyon ve mekanik ventilasyon gerektiren pediatrik hastaların yaklaşık üçte biri belirli bir derecede disfaji geliştirebilir. Bu durum, özellikle 25 aydan küçük çocuklarda daha yaygındır.⁸⁴ Hastaneye yatıştan önce bebek emziriliyor olsa bile, yeniden memeye geçiş ek bir zorluk oluşturabilir ve bu süreç, uzman laktasyon desteği ve rehberliği gerektirebilir.

Akut hastalık öncesinde iyi emen bebekler, solunum veya nörolojik durum açısından henüz tamamen normale dönmemiş olabilir ve bazen nazal kanül veya yüksek akışlı nazal kanül gibi bazı solunum desteğine ihtiyaç duyabilir. Yüksek akışlı nazal kanül gerektiren bronşiolitli çocuklarda, beslenmeye bağlı olumsuz olaylar, beslenme yöntemi ne olursa olsun nadir görülmektedir.⁸⁵ Doğrudan emzirme, bebeğin memedeki süt akışını daha iyi düzenlemesine olanak tanıdığı için tercih edilebilir ve ayrıca bebeğin sakinleşmesine de yardımcı olabilir.²⁸ Ek olarak, doğrudan emzirme, sağılmış süt vermektten üstün olup, bu avantajlar daha önce açıklanmıştır (bkz. "Süt Sağımı").

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

c. Konjenital hastalığı olan bebekler: Doğuştan gelen kalp, böbrek, sindirim veya akciğer hastalıkları gibi ciddi konjenital hastalıkları olan yenidoğanlar ve bebekler, pediatrik servislerde veya pediatrik yoğun bakım ünitelerinde sık veya uzun süreli hastaneye yatışlara ihtiyaç duyabilir. Bu hastalar, enfeksiyon komplikasyonları, nekrotizan enterokolit, beslenme güçlükleri ve büyüme geriliği açısından artmış risk altındadır ve bu nedenle emzirme ve anne sütü onlar için özel bir koruma sağlayabilir. Aynı zamanda, hipotoni, aşırı uyku hali, zayıf kilo alımı gibi bazı kronik durumları olabilir ve bu durumlar ek zorluklar yaratabilir, bu da uzman laktasyon desteği ve/veya özel ekipman gerektirebilir.⁴ Birçok bebek, laktasyon süreci henüz tam yerleşmeden hastaneye yatırılmaktadır ve başlangıçta doğrudan emzirme mümkün olmayabilir. Kanıta dayalı laktasyon eğitimi ve bakımı, annelere ve ailelere doğum öncesinden itibaren sağlanmalı ve bebeğin hastanede kaldığı süre boyunca devam etmelidir.²¹ Doğrudan emzirebilen bebekler, emzirme sırasında klinik olarak daha stabil hale gelebilir, stresleri azalabilir ve ağrı veya kan basıncı kontrolü için ilaç ihtiyacı düşebilir.^{28,30} Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

d. Cerrahi işlem geçiren bebek veya çocuk için laktasyon desteği: Cerrahi müdahale geçiren bebekler, belirli bir süre boyunca hiç beslenemeyebilir veya sadece sınırlı bir süre beslenmelerine izin verilebilir. Bu nedenle, annenin süt sağması gerekebilir (bkz. yukarıda ve ABM Protokol #25, İşlem Öncesi Açıklık¹⁸). Eğer bir bebek, laktasyon süreci yerleştikten sonra ameliyat için hastaneye yatırılıyorsa, doğrudan emzirme mümkün olan en kısa sürede teşvik edilmeli ve kolaylaştırılmalıdır. Bu bebeklerin veya çocukların bazıları, ameliyat sonrası dönemde çeşitli tüpler, damar yolu ve dren sistemleri taşıyabilir. Anneler, bu hatların, tüplerin ve drenlerin yerinden çıkmasını önlemek için nitelikli destek olarak bebeklerini emzirmeye teşvik edilmelidir. Ayrıca, bebeğin ağrı kontrolüne özel dikkat gösterilmelidir. Memeye geri dönüş süreci yavaş olabilir ve bu süreçte tüm bu faktörleri göz önünde bulunduran çok disiplinli bir ekibin varlığı, anne-bebek ikilisinin bakımı için gereklidir.⁴ Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

e. Hasta bebek için sıkı sıvı dengesi ve emzirme: Kritik derecede hasta çocuklar, hayati organ fonksiyonlarını sürdürebilmek için çok

sıkı bir sıvı dengesi gerektirebilir ve bu durum, doğrudan emzirilen bir bebek için yönetilmesi zor olabilir. Buna rağmen, sıvı alımının daha hassas bir şekilde ölçülmesine olanak tanıyan diğer beslenme yöntemleri yerine, doğrudan emzirmenin teşvik edilmesi ve desteklenmesi daha tercih edilir bir yaklaşımdır.⁸⁶ (Bkz. "Süt Sağımı" ve "Solunum Desteği"). Küçük bir çalışma, bir pediatrik kardiyak geçici bakım ünitesinde konjenital kalp hastalığı olan bebekler arasında emzirme test ağırlıklarının emzirmeyi desteklemede ve alımın daha doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve sıvı dengesinin optimize edilmesini sağlamada yardımcı olduğunu göstermiştir.⁸⁷

Kanıt düzeyi: 2. Öneri gücü: B.

14. Ortak karar almayı teşvik edin.

Bazen emziren bir annenin hastalığı, onu emzirmeyi bırakma konusunda zor bir karar vermekle karşı karşıya bırakabilir. Bebeğin yaşı ve annenin yaşam koşullarına bağlı olarak, anne hastalanmadan önce de emzirmeyi bırakmayı düşünüyor olabilir. Bu kararı verirken, özellikle hastalığının tedavisinde gerekli ilaçların güvenliği konusunda doğru bilgilere sahip olması son derece önemlidir. Bazı hastalar, yanlış bir şekilde hastalıkları nedeniyle emzirmeyi bırakmaları gerektiğini düşünebilir. Bazen de bir sağlık çalışanı hatalı bir şekilde emzirmeyi bırakmalarını önerebilir. Anneler, erken emzirme kesilmesinin kendi sağlıkları ve bebeklerinin sağlığı üzerindeki riskleri konusunda bilgilendirilmelidir¹⁵ (ya da istenirse bu durum "emzirmeye devam etmenin faydaları" şeklinde de ifade edilebilir). Buna karşılık, bazı anneler emzirmeye devam etmeyi güçlü bir şekilde arzulayabilir, ancak bunun mümkün olmayacağını düşünmüş olabilir. Bazı anneler ise, bebekten ayrılma veya hastalık nedeniyle süt sağımındaki kesintiler sonucunda ciddi bir süt üretimi azalması yaşayabilir. Bu annelerin, bebeklerinin yeterli kilo alımını güvence altına alarak emzirmeye güvenli bir şekilde devam edebilmeleri için profesyonel laktasyon desteğine ihtiyaçları olacaktır. Her durumda, annelerin kararlarını, anne ve bebek açısından tüm riskler ve faydalar tam olarak açıklanarak ve gerektiğinde profesyonel laktasyon desteğine erişim sağlanarak vermesi sağlanmalıdır.

Kanıt düzeyi: 3. Öneri gücü: C.

Özet

Hastaneye yatış sürecinde emziren bir annenin veya emzirilen bir bebek ya da çocuğun desteklenmesi önemlidir ve özellikle kritik hastalıklardan iyileşme sürecinde onlara yardımcı olabilir. SARS-CoV-2 pandemisi gibi hastane ziyaretçilerinin kısıtlanmasını gerektiren zor koşullar altında bile, annenin çocuğuna yakınlığını koruyabilmesi için bir destek kişinin varlığı güçlü bir şekilde göz önünde bulundurulmalıdır. Mümkün olduğunda, emziren anne ve emzirilen çocuğun

Kaynaklar

1. Courtois E, Thibault P. [Impact of hospitalization of an infant during breast-feeding: Mother-child investigation]. *Rech Soins Infirm* 2010;102:50–58.
2. Heilbronner C, Roy E, Hadchouel A, et al. Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children: A telephone survey. *BMJ Paediatr Open* 2017;1:e000158.
3. Bartick MC, Valdes V, Giusti A, et al. Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19: The COVID mothers study. *Breastfeed Med* 2021;16:189–199.
4. Hookway L, Lewis J, Brown A. The challenges of medically complex breastfed children and their families: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2021:e13182.
5. Simon JA, Carabetta M, Rieth EF, et al. Perioperative care of the breastfeeding patient. *AORN J* 2018;107:465–474.
6. Rieth EF, Barnett KM, Simon JA. Implementation and organization of a perioperative lactation program: A descriptive study. *Breastfeed Med* 2018;13:97–105.
7. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding and hospitalisation. Australian Breastfeeding Association. 2017. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-andhospitalisation> (accessed January 29, 2021).
8. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health* 2013;17:188–196.
9. Dumphy D. The breastfeeding surgical patient. *AORN J* 2008;87:759–766; quiz 767–770.
10. Wenner L. Care of the breastfeeding mother in medicalsurgical areas. *Medsurg Nurs* 2007;16:101–104.
11. Shanahan H, Ashton J. Breastfeeding Women Admitted to Hospital Clinical Guideline V3.1. Truro, United Kingdom: NHS Royal Cornwall Hospitals, 2020.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017;181:49–55 e46.
14. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy Plan* 2019;34:407–417.
15. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Shared decisionmaking for infant feeding and care during the

aynı sağlık kuruluşunda bakım alması sağlanmalıdır. Bu nedenle, hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları, emziren aileleri yeterince destekleyebilmek için altyapılarını uyarlamak üzere çalışmalıdır.

Gelecek Araştırma Alanları

Bu konu hakkında çok az yayın yapılmış olduğundan, örnek politikalar ve vaka serileri de dahil olmak üzere daha fazla deneyimin yayınlanması faydalı olacaktır.

- coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021; e13129.
16. Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol#7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–574.
 17. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L, et al. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017; 12:500–506.
 18. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol#25: Preprocedural fasting for the breastfeeding infant: “NPO” guidelines. *Breastfeed Med* 2012;7:197–202.
 19. Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO, et al. ABM clinical protocol #31: Radiology and nuclear medicine studies in lactating women. *Breastfeed Med* 2019;14:290–294.
 20. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017;13:3–6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017;2013(2012):null.
 21. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities: Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.
 22. Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *J Pediatr* 2016; 175:100–105 e102.
 23. O’Connor DL, Gibbins S, Kiss A, et al. Effect of supplemental donor human milk compared with preterm formula on neurodevelopment of very low-birth-weight infants at 18 months: A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;316: 1897–1905.
 24. Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: Effects on neonatal mortality and morbidity— A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* 2015;19:468–479.
 25. Gyamfi A, O’Neill B, Henderson W. Black/African American breastfeeding experience: Cultural, sociological, and health dimensions through an equity lens. *Breastfeed Med* 2021;16:103–111.
 26. Foligno S, Finocchi A, Brindisi G, et al. Evaluation of mother’s stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate: Experience in intensive and non intensive departments. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1298.

27. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28:13–19.
28. Uvna's Moberg K. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013;9:201–206.
29. Boss M, Gardner H, Hartmann P. Normal human lactation: Closing the gap. *F1000Res* 2018;7:F1000 Faculty Rev-801.
30. Uvna's-Moberg K, Ingemar A, Magnusson D. The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *Int J Behavioral Medicine* 2005;12:59–65.
31. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131:3012S–3015S.
32. Vetulani J. Early maternal separation: A rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep* 2013;65:1451–1461.
33. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee On Fetus and Newborn, Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
34. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. The role of breastfeeding in the association between maternal and infant cortisol attainment in the first postpartum year. *Acta Paediatr* 2018;107:1205–1217.
35. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: Keep mother and newborn together—It's best for mother, newborn, and breastfeeding. *J Perinat Educ* 2019;28:108–115.
36. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006;117:e387–e395.
37. Johnson HM, Mitchell KB. Lactational phlegmon: A distinct clinical entity affecting breastfeeding women within the mastitis-abscess spectrum. *Breast J* 2020;26:149–154.
38. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, et al. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunology* 2013;2:e3.
39. Riskin A, Almog M, Peri R, et al. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res* 2012;71: 220–225.
40. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD006170.
41. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother: An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36:493–499.
42. Felice JP, Geraghty SR, Quaglieri CW, et al. "Breastfeeding" without baby: A longitudinal, qualitative investigation of how mothers perceive, feel about, and practice human milk expression. *Matern Child Nutr* 2017;13:e12426.
43. Felice JP, Rasmussen KM. Breasts, pumps and bottles, and unanswered questions. *Breastfeed Med* 2015;10:412–415.
44. Lawrence RA. Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:14–18.
45. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Family Pract* 2004;17:59–67.
46. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD006641.
47. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *PLoS One* 2019;14:e0215869.
48. Fewtrell M, Kennedy K, Lukoyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
49. Silberman SL. Pioneering in family-centered maternity and infant care: Edith B. Jackson and the Yale rooming-in research project. *Bull Hist Med* 1990;64:262–287.
50. Lee S, Kelleher SL. Biological underpinnings of breastfeeding challenges: The role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2016;311:E405–E422.
51. World Health Organization.(2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
52. Centers for Disease Control and Prevention. Table 3.2. Median number of feedings of each food in the past 7 days by infant age, among babies who consumed each food. U.S. Department of Health and Human Services. Infant Feeding Practices Survey II Web site. 2008. https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/ifps/data/ifps2_tables_ch3.pdf (accessed February 20, 2021).
53. Institute of Medicine (US), Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. 5: Milk volume. In: *Nutrition During Lactation*. Washington, DC: National Academies Press (US), 1991.
54. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. US Department of Health and Human Services. 2020. <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed January 29, 2021).
55. Flores-Anto'n B, Martin-Cornejo J, Morante-Santana MA, et al. Comparison of two methods for cleaning breast pump milk collection kits in human milk banks. *J Hosp Infect* 2019;103:217–222.
56. Stanford Medicine Newborn Nursery, Morton J. Hand expression of breastmilk. Stanford University. 2006. <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html> (accessed January 29, 2021).
57. Centers for Disease Control and Prevention. Proper storage and preparation of breast milk. Department of Health and Human Services. 2020. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm (accessed January 29, 2021).
58. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162938.
59. LactMed: Drugs and Lactation Database. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed September 20, 2006).
60. Texas Tech University Health Sciences Center. InfantRisk Center at Texas Tech University Health Sciences Center: Breastfeeding. Texas Tech University Health Sciences Center. 2021.

<https://www.infantrisk.com/category/breastfeeding> (accessed January 29, 2021).

61. e-lactancia. Is it compatible with breastfeeding? Association for the Promotion of and Scientific and Cultural Research in Breastfeeding of Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (World Health Organization).2021. www.e-lactancia.org/ (accessed February 20, 2021).
62. Sachs HC, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
63. Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726–e732.
64. Brown A, Finch G, Trickey H, et al. ‘A Lifeline When No One Else Will Give You the Answer’: An Evaluation of the Breastfeeding Network kdrugs in Breastmilk Service. Scotland: Breastfeeding Network, 2019.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to breastfeeding or feeding breast milk to infants. US Department of Health and Human Services. 2019. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-specialcircumstances/contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed January 29, 2021).
66. Carneiro-Proietti AB, Amaranto-Damasio MS, Leal-Horiguchi CF, et al. Mother-to-child transmission of Human T-Cell Lymphotropic Viruses-1/2: What we know, and what are the gaps in understanding and preventing this route of infection. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014;3 Suppl 1:S24–S29.
67. World Health Organization. Updates on HIV and Infant Feeding. Geneva: World Health Organization, 2021.
68. Loveday M, Hlangu S, Furin J. Breastfeeding in women living with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020;24:880–891.
69. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19. Scientific Brief. 2020. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19> (accessed October 16, 2020).
70. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980;65:236–242.
71. Turner T. Why North Carolina mom believes newborn saved her life. ABC News [Internet]. 2015. Available from: <https://abcnews.go.com/Health/north-carolina-mom-believes-newborn-saved-life/story?id=34836156> (accessed August 22, 2021).
72. Eglash A, Malloy ML. Breastmilk expression and breast pump technology. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:855–867.
73. Wisner KL, Jennings KD, Conley B. Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:479–493.
74. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:53–58.
75. Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopoulos D, et al. Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia: Similarities, strengths and recommendations. *Australas Psychiatry* 2019;27:112–116.
76. Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, et al. Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:645–653.

77. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, et al. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2014;17: 107–113.
78. Buist A, Minto B, Szego K, et al. Mother-baby psychiatric units in Australia—The Victorian experience. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:81–87.
79. Hill R, Law D, Yelland C, et al. Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit: Do both mother and baby benefit? *Australas Psychiatry* 2019;27:121–124.
80. Vittner D, McGrath J, Robinson J, et al. Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent-infant relationship. *Biol Res Nurs* 2018;20:54–62.
81. Children’s Hospital of Philadelphia. Maintaining your milk supply while your baby is hospitalized. Children’s Hospital of Philadelphia. 2021. <https://www.chop.edu/pages/maintaining-your-milk-supply-while-baby-hospitalized> (accessed February 15, 2021).
82. Children’s Wisconsin. Breastfeeding your hospitalized child. Children’s Wisconsin. 2021. <https://childrenswi.org/medical-care/neonatology/breastfeeding-resources/breastfeeding-your-hospitalized-child> (accessed February 15, 2021).
83. Ben Gueriba K, Heilbronner C, Grimaud M, et al. Simple actions to support breastfeeding can avoid unwanted weaning in infants younger than 6 months hospitalized for bronchiolitis: A before/after study (Bronchilact II). *Arch Pediatr* 2021;28:53–58.
84. Hoffmeister J, Zaborek N, Thibeault SL. Postextubation dysphagia in pediatric populations: Incidence, risk factors, and outcomes. *J Pediatr* 2019;211:126–133 e121.
85. Shadman KA, Kelly MM, Edmonson MB, et al. Feeding during high-flow nasal cannula for bronchiolitis: Associations with time to discharge. *J Hosp Med* 2019;14:E43–E48.
86. Combs VL, Marino BL. A comparison of growth patterns in breast and bottle-fed infants with congenital heart disease. *Pediatr Nurs* 1993;19:175–179.
87. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: A best practice implementation project. *JBIR Database System Rev Implement Rep* 2018;16:2224–2245.

ABM protokolleri, yayın tarihinden itibaren 5 yıl içinde geçerliliğini yitirir. Bu protokolün içeriği, yayınlandığı tarihte günceldir. Kanıta dayalı revizyonlar, 5 yıl içinde veya önemli bilimsel değişiklikler olduğunda daha erken bir tarihte yapılmaktadır.

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM, lead
author
Maria Teresa Herná'ndez-Aguilar, MD, MPH,
PhD
Nancy Wight, MD, FABM
Katrina B. Mitchell, MD
Liliana Simon, MD, MS
Lauren Hanley, MD
Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH
Robert M. Lawrence, MD
The Academy of Breastfeeding Medicine
Protocol
Committee Members:
Elizabeth Stehel, MD, Chair
Lawrence Noble, MD, FABM, Translations
Chair
Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM
Sarah Calhoun, MD
Laura Kair, MD, MAS, FABM
Susan Lappin, MD, FABM
Ilse Larson, MD
Yvonne LeFort, MD, FABM
Nicole Marshall, MD, MCR
Katrina Mitchell, MD
Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM
Tomoko Seo, MD, FABM
Gina Weissman, DMD, RN
Nancy Wight, MD, FABM
Lori Feldman-Winter, MD, MPH
Adora Okogbule-Wonodi, MD
Michal Young, MD, FABM
Deena Zimmerman, MD, MPH

Yazışmalar için: abm@bfmed.org