

ძუძუთი კვების მართვა
სამშობიარო სახლში აღრეულ
ნეონატალურ პერიოდში

ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2008 წლის 5 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის № 152/ო ბრძანებით.

ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში

1. დეფინიცია

ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივა (ბაკსი) ასახავს სამშობიარო სახლებში წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურის (გლობალური კრიტერიუმების) დანერგვის მეთოდოლოგიას.

ბაკსი ძუძუთი კვების მართვის ფუნდამენტური ინსტრუმენტია, რომელიც ორსულების, დედების და სამედიცინო პერსონალის სათანადო განათლების გზით, ხელს უწყობს ძუძუთი კვების ადრეული დაწყების, ხანგრძლივობისა და სიხშირის გაზრდას (WHO/UNICEF).

ბაკსის იდეა ფოკუსირებულია დედისა და ახალშობილის ბუნებრივ მოთხოვნილებებზე და გამიზნულია სამშობიარო დაწესებულებებში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ მოწოდებული წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურის დანერგვისათვის.

ძუძუთი კვების 10 საფეხური:

1. სამშობიარო სახლს უნდა ქონდეს ძუძუთი კვების პოლიტიკა წერილობითი სახით, რომელსაც რუტინულად გაეცნობა სამედიცინო პერსონალის სრული შემადგენლობა;
2. სამედიცინო პერსონალს გავლილი უნდა ქონდეს ძუძუთი კვების სასწავლო სემინარი, რაც აუცილებელია პოლიტიკის დანერგვისათვის;
3. ყველა ორსული უნდა იყოს ინფორმირებული ძუძუთი კვების სარგებლიანობისა და მისი მართვის პრინციპების შესახებ;
4. ყველა დედას უნდა გაუწიონ დახმარება ძუძუთი კვების დაწყებაში მშობიარობიდან 1-2 საათის განმავლობაში;
5. დედას უნდა ასწავლონ და აჩვენონ, როგორ კვებოს ბავშვი ძუძუთი და როგორ შეინარჩუნოს ლაქტაცია იმ შემთხვევაშიც კი, როცა დედა და ბავშვი დაცილებულია ერთმანეთისგან;
6. ბავშვს არ უნდა მისცენ არავითარი სხვა საკვები ან სითხე გარდა ქალის რძისა, სამედიცინო ჩვენებით დანიშნული მედიკამენტების გამოკლებით;
7. სამშობიარო სახლში აუცილებელია დედა-ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკის დანერგვა – დედას და ბავშვს მიეცეს შესაძლებლობა იყვნენ ერთად 24 საათის განმავლობაში;
8. მოთხოვნილებით ძუძუთი კვების ხელშეწყობა;
9. არ მიეცეს ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვს საწოგარა ან სატყუარა;
10. ძუძუთი კვების მხარდამჭერი ჯგუფების ჩამოყალიბების ხელშეწყობა და სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ დედების მათთან გაგზავნა (ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ასეთ ჯგუფად მოიაზრება პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, ასევე არასამთავრობო სექტორი, რომელიც მუშაობს ძუძუთი კვების ხელშეწყობისა და დანერგვის პრინციპებზე).

სამშობიარო დაწესებულების სამედიცინო პერსონალისთვის (ნეონატოლოგი, მეან-გინეკოლოგი, მედდა, ბებია-ქალი).

სამიზნე ჯგუფი:

ადრეული ნეონატალური პერიოდის ახალშობილები, მეძუძური დედები და ორსული ქალები.

ბამოყენებულ ტერმინოლოგია:

1. **ძუძუთი კვება** – კვების წესი, როდესაც ბავშვი იკვებება დედის რძით და იღებს ნებისმიერ სხვა სახის საკვებს, მათ შორის ქალის რძის შემცველებს;
2. **ექსკლუზიური ძუძუთი კვება ანუ მხოლოდ ძუძუთი კვება** - ჩვილის კვება ქალის (დედა /დონორი) რძით, ხსენით, გამოწვევლილი რძით 6 თვემდე, სხვა საკვებისა და სითხეების (მათ შორის წყლის) შემატების გარეშე (გამონაკლისს წარმოადგენს მედიკამენტები, ORS, ვიტამინები, მინერალური დანამატები);
3. **პრედომინანტული ძუძუთი კვება ანუ უპირატესად ძუძუთი კვება.** – დედის (დონორის) რძესთან ერთად მცირე რაოდენობის სითხეების მიღება (წყალი, ჩაი, წვენი);
4. **კომპლემენტური კვება** - ქალის რძესთან ერთად ნახევრადმყარი ან მყარი დამატებითი საკვების მიღება;
5. **პრელაქტაციური საკვები** – ქალის რძის შემცველი ან ნებისმიერი სითხე, რომელიც გამოიყენება ძუძუთი კვების დაწყებამდე;
6. **კანი კანთან კონტაქტი** – მშობიარობის შემდეგ ჯანმრთელი შიშველი ახალშობილის მოთავსება დედის სხეულზე;
7. **ქალის რძის შემცველი** – ბავშვთა კვების პროდუქტი, რომელიც გამოიყენება 6 თვემდე ასაკის ბავშვის საკვებად;
8. **საკვები ფორმულა** – ქარხნული წესით დამზადებული ქალის რძის შემცველი.

ბამოყენებულ შემოკლებები:

- **ILKA** – ლაქტაციის კონსულტანტთა საერთაშორისო ასოციაცია
- **IBFAN** – ბავშვთა კვების საერთაშორისო ქსელი
- **WABA** – ძუძუთი კვების მსოფლიო ალიანსი
- **Baby Milk Action** – ძუძუთი კვების ქსელი
- **WHO** – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
- **UNICEF** – გაეროს ბავშვთა ფონდი

2. ეპიდემიოლოგია

ბავშვთა კვების, ჯანმრთელობისა და განვითარების სფეროში ჩატარებული მრავალრიცხოვანი კვლევების თანახმად, ძუძუთი კვება ყველაზე ეფექტური

გზაა, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვს სრულყოფილი საკვებით, სიცოცხლისა და განვითარებისათვის საჭირო აუცილებელი ფაქტორებით, იცავს მას ალერგიის, ინფექციისა და სხვა დაავადებებისაგან.

ყოველწლიურად მსოფლიოში მილიონობით ბავშვი კვდება, მათ შორის 13 მილიონი სიცოცხლის პირველ თვეს და დიდი უმეტესობა ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში. ახალშობილთა სიკვდილის მიზეზები უმრავლეს შემთხვევაში პირდაპირ კავშირშია ძუძუთი კვების არასწორ პრაქტიკასთან და პერინატალური პერიოდის არაადეკვატურ მართვასთან.

0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, რომლებიც არ იკვებებიან ძუძუთი, აღენიშნებათ დიარეისა და პნევმონიის ლეტალობის 7-ჯერ უფრო მაღალი რისკი, ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებთან შედარებით. ესკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილებში, დიარეის და პნევმონიის ლეტალობის რისკი 2-ჯერ მცირეა, ვიდრე ჩვილებში, რომლებიც ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე არ იმყოფებიან. ^{1,2}

1990 წელს 32 ქვეყნის მთავრობამ და გაეროს 10 სააგენტომ შეიმუშავა და ხელი მოაწერა საერთო დეკლარაციას (ე.წ. “ინოსენტის დეკლარაცია”), რომელიც გამოხატავს ძუძუთი კვების პრინციპებისადმი ერთსულოვან მხარდაჭერას. დეკლარაცია ადასტურებს სამშობიარო დაწესებულებებში წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურის დანერგვის აუცილებლობას. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის და გაეროს ბავშვთა ფონდის განაცხადი სახელწოდებით - “ძუძუთი კვების დაცვა, ხელშეწყობა და მხარდაჭერა” - ადასტურებს სამშობიარო დაწესებულებების განსაკუთრებული როლს და ხაზს უსვამს ბაკსის პრინციპების დანერგვის აუცილებლობას სამშობიარო სახლებში.

ძუძუთი კვების მხარდაჭერის პირველი ეტაპი ქალთა კონსულტაციებსა და სამშობიარო სახლებში იწყება. მედიცინის მუშაკთა დამოკიდებულებას და მათ რეკომენდაციებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დედის მოტივაციისთვის ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებით. არსებობს მონაცემები, რომ ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებას წარმატებით ახორციელებენ ის დედები, რომლებმაც იმშობიარეს ისეთ სამშობიარო სახლებში სადაც სამედიცინო პერსონალს გავლილი ქონდა ძუძუთი კვების სასწავლო სემინარი.¹² კლასტერული კვლევებით გამოვლინდა, რომ ბაკსის ტიტულის მფლობელ სამშობიარო სახლებში დაბადებული ბავშვების უმეტესობა 12 თვის ასაკში აგრძელებს ძუძუთი კვებას. ბაკსის დანერგვის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ძუძუთი კვების სიხშირისა და ხანგრძლივობის მატებასთან ერთად მცირდება ჩვილ ბავშვთა ავადობის შემთხვევათა სიხშირე. ბაკსი ბავშვთა კეთილდღეობის უფრო ხარჯთეფექტურ ინტერვენციას წარმოადგენს, ვიდრე იმუნიზაცია და ორალური რეჰიდრატაცია. ^{13,14,15,16.}

დღეს მსოფლიოში 2000-მდე სამშობიარო სახლი ფლობს ბაკსის ტიტულს. 1997 წელს საქართველო შეურთდა ბაკსის მოძრაობას. 1999 წელს მიღებულ იქნა კანონი - „ძუძუთი კვების ხელშეწყობის და ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების” შესახებ, 2006 წლამდე საქართველოში 18-მა სამშობიარო სახლმა შესძლო წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურის დანერგვა და ბაკსის ტიტულის მოპოვება. 2005 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით მშობიარობიდან ერთ საათში ძუძუთი კვება იწყება - 64,1%-ში, 1-8 საათში - 23%-ში, 3 თვემდე ასაკის ბავშვთა 52,11% იკვებება ძუძუთი. სამშობიაროდან გამოწერილი ახალშობილების 90% იმყოფება ძუძუთი კვებაზე.

სამშობიარო დაწესებულების გარდაქმნა ბავშვისადმი კეთილგანწყობილ საავადმყოფოდ წარმოადგენს პროცესს, რომელიც იწყება დაწესებულებაში

არსებული ძუძუთი კვების პრაქტიკის ანალიზით, ძუძუთი კვების დანერგვის ხელშემშლელი ფაქტორების გამოვლენით, შესაბამისი ცვლილებების განხორციელებით და მთავრდება დაწესებულების გარე შეფასებით, რომელსაც ახორციელებენ ბაკსის გარე ექსპერტები. შეფასება ტარდება სპეციალური კითხვარით, ბაკსის გლობალური კრიტერიუმების მოთხოვნების შესაბამისად. დადებითი შეფასების შემთხვევაში სამშობიარო სახლი იღებს ტიტულს „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივა“. გადაწყვეტილების მიღება ტიტულის მინიჭების თაობაზე ხდება ნაციონალური ძუძუთი კვების კომიტეტის ან შესაბამისი პასუხისმგებელი საბჭოს/უწყების მიერ.

3. გლობალური კრიტერიუმები

საფურცელი 1

დაწესებულებას უნდა ქონდეს ძუძუთი კვების პოლიტიკა წერილობითი ფორმით, რომელსაც რუტინულად გაეცნობა სამედიცინო პერსონალის სრული შემადგენლობა.

სამშობიარო დაწესებულებაში არსებული ძუძუთი კვების პრაქტიკის გაუმჯობესება შეიძლება მიღწეულ იქნას სათანადო პოლიტიკის არსებობის შემთხვევაში.

სამშობიარო სახლის პერსონალმა თავად უნდა შეიმუშაოს დაწესებულებაში ძუძუთი კვების დანერგვის პოლიტიკის წერილობითი დოკუმენტი, რომელიც უნდა მოიცავდეს წარმატებული ძუძუთი კვების მართვის პრინციპებს. პოლიტიკა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს დაწესებულების მთელი პერსონალისთვის (WHO / UNICEF). ^{1,2,3}

I საფეხურის ძირითადი მოთხოვნები:

- სამშობიარო დაწესებულებაში ძუძუთი კვების არსებული პრაქტიკის გაუმჯობესების მისაღწევად საჭიროა დაწესებულებას გააჩნდეს შესაბამისი პოლიტიკა;
- პოლიტიკაში ასახული საკითხები ძუძუთი კვების შესახებ შეთანხმებული უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს და სამშობიარო დაწესებულების ავტორიტეტულ პირებთან.

საავადმყოფოს ხელმძღვანელობა (ადმინისტრაცია, უფროსი სამედიცინო პერსონალი) განუხრებლად უნდა ახორციელებდეს აღნიშნულ პოლიტიკას და მხარს უჭერდეს მას. საავადმყოფოს პერსონალსა და ხელმძღვანელობას შორის ურთიერთთანამშრომლობის ხარვეზები შეიძლება აღმოჩნდეს ერთ-ერთი წინააღმდეგობა ძუძუთი კვების 10 საფეხურის დანერგვისათვის.

დაწესებულებაში ძუძუთი კვების პოლიტიკის და სწორი პრაქტიკის არსებობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ეფექტური ძუძუთი კვების განხორციელებაზე. ⁴

დაწესებულებაში საჭირო პრაქტიკული ცვლილებების წარმატებით გასახორციელებლად, გარდა სათანადო პოლიტიკისა, აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის მიერ ამ პოლიტიკის აღიარებისა და გათავისების უზრუნველყოფა.

ძუძუთი კვების პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურს. პოლიტიკაში, თუნდაც ერთ-ერთი საფეხურის იგნორირებამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს სხვა საფეხურების დანერგვაზე. ⁴

მნიშვნელოვანია, დაწესებულებაში პოლიტიკის ფართოდ განხილვა და პერსონალის შესაბამისი მომზადება, პრაქტიკული ცვლილებების გატარების აუცილებლობის დასაბუთებით. ⁵

პოლიტიკის არსებობა აუცილებელია იმისთვის, რომ: 1,2,3

- უზრუნველყოფილ იქნას თანხმობა დაწესებულების ადმინისტრაციასა და პერსონალს შორის ძუძუთი კვების მხარდამჭერი პრაქტიკის დანერგვისა და გაუმჯობესების საკითხში;
- ფართოდ იყოს გაცნობილი ძუძუთი კვების პრინციპები სამედიცინო პერსონალისათვის;
- განისაზღვროს საჭირო რეკომენდაციები დაწესებულებაში ძუძუთი კვების პრაქტიკის დანერგვის დონის და თავისებურებების შესაბამისად.

პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

- ზოგადი ნაწილი, მიზნები და ამოცანები;
- არსებული ნაციონალური და საერთაშორისო პოლიტიკა, რომელიც საფუძვლად დაედო სამშობიაროს პოლიტიკას;
- ძუძუთი კვების სიხშირის შესახებ მონაცემები ნაციონალურ და ლოკალურ (სამშობიაროს) დონეზე;
- წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხური, როგორც მინიმალური რეკომენდაციები;
- პრაქტიკული საკითხები და რეკომენდაციები, რომლებშიც გათვალისწინებული იქნება სამშობიაროში არსებული სიტუაცია თითოეული საფეხურის მოთხოვნების შესაბამისად.

იმისათვის, რომ სამშობიარო დაწესებულება გარდაიქმნას „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილ საავადმყოფოდ“, მასში არსებული პრაქტიკა უნდა შეესატყვისებოდეს ქალის რძის შემცველთა მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსისა ^{32,56} და საქართველოს კანონის „ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ“ მოთხოვნებს. კერძოდ, ხელოვნური საკვები არ უნდა მისცენ ბავშვს სამედიცინო ჩვენებების გარეშე; აკრძალულია საწოვრების, სატყუარების გამოყენება, ხელოვნური კვების მხარდამჭერი ინფორმაციის გავრცელება, ხელოვნური საკვების ნიმუშების გადაცემა დედებისათვის, უფასო ან ფასდაკლებით ხელოვნური საკვების, საწოვრიანი ბოთლებისა და სატყუარების მომარაგების მიღება ხელოვნური კვების მწარმოებელი კომპანიებისგან. დაწესებულების პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს აღნიშნულ საკითხებს, სხვაგვარად შეიძლება სრულიად უშედეგო აღმოჩნდეს ძუძუთი კვების მხარდამჭერი ღონისძიებების გატარების პროცესი.

პოლიტიკის შემუშავების კოორდინაცია შეიძლება დაევალოს კონკრეტულ პიროვნებას ან მცირერიცხოვანი შემადგენლობის კომიტეტს, რომელსაც ნიშნავს დაწესებულების ხელმძღვანელობა. პოლიტიკის პროექტი შეიძლება შემუშავდეს

ერთი თანამშრომლის ან წინასწარ შერჩეულ თანამშრომელთა მცირერიცხოვანი ჯგუფის მიერ. შემდეგ უნდა მოხდეს პროექტის გავრცელება თანამშრომლებს შორის სანამ ყველა არ გაეცნობა მას და არ მოხდება სრული შეთანხმება. უფროსმა სამედიცინო პერსონალმა და ადმინისტრაციამ უნდა უზრუნველყოს პოლიტიკის დანერგვა მუდმივი მონიტორირებისა და საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო ადმინისტრაციული ღონისძიებების გატარების გზით.

რეკომენდაციები: 1,2,3,4,5

- სამშობიარო დაწესებულებას უნდა ქონდეს შემუშავებული ძუძუთი კვების პოლიტიკა (მტკიცებულების დონე II); II
- პოლიტიკა უნდა არსებობდეს წერილობითი სახით და მას უნდა იცნობდეს დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი (მტკიცებულების დონე II); II
- პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურს და მათი დანერგვისთვის საჭირო რეკომენდაციებს. (მტკიცებულების დონე II); II
- პოლიტიკაში გათვალისწინებული უნდა იყოს ქალის რძის შემცველთა საერაშორისო კოდექსის და საქართველოს კანონის „ბუნებრივი კვების დაცვის და ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების“ მოთხოვნები.

საფუნური II

სამედიცინო პერსონალს გავლილი უნდა ქონდეს ძუძუთი კვების სასწავლო სემინარი, რაც აუცილებელია პოლიტიკის დანერგვისათვის.

ძუძუთი კვების პოლიტიკის დანერგვისთვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის სათანადო მომზადება/სწავლება, რადგან სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება და ცოდნის დონე ძუძუთი კვების საკითხებზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ძუძუთი კვების ხანგძლივობაზე (მტკიცებულების დონე II).⁶ II

საგანმანათლებლო პროცესის ეფექტურობისთვის იგი უნდა იყოს სავალდებულო ყველა თანამშრომლისთვის და მასზე ვალდებულება უნდა აიღოს დაწესებულების ხელმძღვანელობამ.^{7,8,9}

სამედიცინო პერსონალის მიერ დედებისათვის არათანმიმდევრული ინფორმაციის მიწოდება ხშირად იწვევს დედის დაბნეულობას და შეიძლება ძუძუთი კვების ადრეული შეწყვეტის მიზეზი აღმოჩნდეს. (მტკიცებულების დონე II).¹⁰ II

სამშობიარო სახლის ყველა თანამშრომელს უნდა ქონდეს მიღებული შესაბამისი ინსტრუქცია დაწესებულებაში არსებული პოლიტიკის შესახებ. პერსონალის მომზადება ძუძუთი კვების საკითხებზე უნდა განხორციელდეს მინიმუმ 18 საათიანი სასწავლო პროგრამით, რომელიც უნდა მოიცავდეს 3 საათიან კლინიკურ სწავლებას (WHO / UNICEF 1992). თუმცა უფრო ხანგრძლივი სწავლება უფრო ეფექტურია მყარი შედეგების მიღწევის თავსაზრისით.¹¹

მიუხედავად იმისა, რომ ძუძუთი კვების შესახებ სწავლების მნიშვნელობა ფართოდ აღიარებული ფაქტია, მხოლოდ ბოლო პერიოდში დაიწყო მისი

ეფექტურობის გამოკვლევა. არსებობს მონაცემები, რომ ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებას წარმატებით ახორციელებენ ის დედები, რომლებმაც იმშობიარეს ისეთ სამშობიარო სახლებში სადაც სამედიცინო პერსონალს გავლილი ქონდა ძუძუთი კვების სასწავლო სემინარი.¹² კლასტერული კვლევებით გამოვლინდა, რომ ბაკისის ტიტულის მფლობელ სამშობიარო სახლებში დაბადებული ბავშვების უმეტესობა 12 თვის ასაკში აგრძელებს ძუძუთი კვებას, მაგალითად ექსკლუზიური ძუძუთი კვების სისშირე და დაბალია კუჭნაწლავის ინფექციების სისშირე **13,14,15,16**. დადგენილია, რომ სამედიცინო პერსონალის სწავლება აუმჯობესებს მათ დამოკიდებულებას ძუძუთი კვებისადმი ¹⁷, ხელს უწყობს ძუძუთი კვების დროულად დაწყებას და მის გახანგძლივებას,¹⁸ აგრეთვე, კონსულტირებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებას და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების სისშირის ზრდას. ¹⁹

რეკომენდაციები:

- რეკომენდებულია სამშობიარო დაწესებულების სამედიცინო პერსონალისათვის 18 საათიანი (3 დღიანი) სასწავლო კურსის ჩატარება, როგორც ოპეტიმალური ხანგძლივობის სწავლება (მტკიცებულების დონე II); ¹¹
- სამედიცინო პერსონალის სწავლება უნდა იყოს სავალდებულო და შერწყმული მკაცრ სპეციფიკურ პოლიტიკასთან (მტკიცებულების დონე II); ^{7,8,9}
- ძუძუთი კვების 10 საფეხურის დანერგვისთვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის გადამზადება 18 საათიანი სასწავლო კურსით (შესაძლებელია სწავლება განხორციელდეს ძუძუთი კვების 40 საათიანი სასწავლო პროგრამით (5 დღე) WHO/UNICEF)



საშენიშნო III

ყველა ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს ძუძუთი კვების სარგებლიანობისა და მართვის პრინციპების შესახებ.

ქალთა კონსულტაციებში სამედიცინო პერსონალმა უნდა განახორციელოს ორსული ქალების მომზადება და მათი მოტივირება ძუძუთი კვებისადმი. ანტენატალური საუბრები უნდა მოიცავდეს ძუძუთი კვების სარგებლიანობის და ძუძუთი კვების მართვის ბაზისურ პრინციპებს; ასევე ორსულმა ქალებმა უნდა მიიღონ განათლება ისეთ საკითხებზე როგორცაა ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება, კანი-კანთან კონტაქტი, დედა ბავშვის ერთად ყოფნა, მოთხოვნილებითი კვება, თუ როგორ შეინარჩუნონ რძის საკმარისი რაოდენობა. აუცილებელია ორსულის ინფორმირება სხვადასხვა პოზიციისა და ძუძუზე სწორი მოჭიდების ნიშნების შესახებ (WHO/ UNINICEF 1992). იკრძალება დედებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ქალის რძის შემცველების შესახებ, რაც საერთაშორისო კოდექსის და საქართველოს კანონმდებლობის დარღვევად ითვლება. ³²

ორსულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს სრულფასოვანი კონსულტაცია ბავშვის კვების საკითხებზე, რათა მან შეძლოს მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე სწორი არჩევნის გაკეთება (ე.წ. ინფორმირებული თანხმობა). იმისათვის, რომ გავლენა მოვახდინოთ დედის გადაწყვეტილებაზე და

არჩევანი გაკეთდეს ძუძუთი კვების სასარგებლოდ, უმჯობესია კონსულტირებასთან ერთად ვიზუალური (ნაბეჭდი/ვიდეო) მასალის გამოყენება (მტკიცებულების დონე - I) ^{6,21}. მნიშვნელოვანია მომავალი დედის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მისი დარწმუნება ძუძუთი კვების სარგებლიანობაში ხელოვნურ კვებასთან შედარებით, როგორც ბავშვის ისე დედის ჯანმრთელობისთვის.²⁰ მნიშვნელოვანია ასევე ოჯახის წევრების ჩართვა კონსულტირების პროცესში, მათი მხარდაჭერის მოსაპოვებლად, ექსკლუზიური ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ბავშვის მამის და ოჯახის სხვა წევრების ხელშეწყობაზე. (მტკიცებულების დონე - II). ²¹

I

II

ანტენატალურ პერიოდში დედების რწმენის განმტკიცება და განათლება სამედიცინო პერსონალის მიერ, პირდაპირ კორელაციაშია ძუძუთი კვების სახშირის ზრდასთან (მტკიცებულების დონე II), ^{22, 23}. ამ დროს მცირდება ძუძუთი კვების შეწყვეტის რისკი (მტკიცებულების დონე I, II). ²⁴ ორსულების არათანმიმდევრულმა და არაადეკვატურმა ინფორმირებამ შეიძლება ნეგატიურად იმოქმედოს ძუძუთი კვებაზე (მტკიცებულების დონე I) ²⁵. დედები, რომლებიც ესწრებიან ძუძუთი კვების სასწავლო სემინარებს ორსულობის პერიოდში უფრო ხანგრძლივად კვებავენ ბავშვებს ძუძუთი და წარმატებით ახორციელებენ ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებას 6 თვემდე ²⁵. დედების მომზადება, განსაკუთრებით ჯგუფური სწავლება ორსულობის პერიოდში წრმოადგენს ძუძუთი კვების მხარდაჭერის მნიშვნელოვან კომპონენტს, განსაკუთრებით იმ ქალებისათვის, რომლებსაც არ ქონდათ ძუძუთი კვების გამოცდილება. სწავლების პროცესი უნდა შეესაბამებოდეს კონკრეტული პიროვნებისა და ჯგუფის თავისებურებებს ^{21, 22, 23}.

II

I/II

I

ანტენატალურ პერიოდში ძუძუთი კვების 10 საფეხურის შესახებ ჯგუფური ინტერაქტიული სწავლების შემთხვევაში იზრდება ძუძუთი კვების ადრეული დაწყების სიხშირე და ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა ^{27,28,29,30}. ორსულების მომზადება ძუძუთი კვების პრობლემების და ძუძუზე სწორი მოჭიდების ნიშნების შესახებ ზრდის ძუძუთი კვების სიხშირეს პოსტნატალურ პერიოდში და ამცირებს დვრილების დაზიანების რისკს. ³¹

სარძევე ჯირკვლების შეფასებას დვრილების მდგომარეობის დადგენის მიზნით ანტენატალურ პერიოდში არ ენიჭება განსაკუთრებული მნიშვნელობა. დადგენილია, რომ დვრილების წოვადობის გასაუმჯობესებლად სხვადასხვა ვარჯიშების გამოყენება არ აისახება დვრილების მდგომარეობაზე, პირიქით, სარძევე ჯირკვლების რუტინულმა გალიზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს დედის თვითრწმენის დაქვეითება და უარყოფითად აისახოს ძუძუთი კვების პროცესზე ^{20,21}. დვრილის ანატომიური მდგომარეობა უმჯობესდება მშობიარობის მოახლოებასთან ერთად და ახალშობილის ძუძუზე სწორ მოჭიდებაში დახმარება უფრო ეფექტურია, ვიდრე ანტენატალური ჩარევა.

რეკომენდაციები:

- აუცილებელია დედების ანტენატალური სწავლება ძუძუთი კვების საკითხებზე. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ძუძუთი კვების ინიცირებაზე და ხანგრძლივობაზე;

- ანტენატალური სწავლება უნდა მოიცავდეს ძუძუთი კვების და ბაკსის ძირითად პრინციპებს, ემსახურებოდეს დედის რწმენის განმტკიცებას და მოტივირებას ძუძუთი კვებისადმი; **22, 23**
- ანტენატალური სწავლების პროცესში საჭიროა დედებისათვის კეთილგანწყობილი გარემოს შექმნა და მათი ოჯახის წევრების მხრივ სათანადო მხარდაჭერის მოპოვება; **21**
- აკრძალულია ორსული ქალებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ქალის რძის შემცველების შესახებ; **32,56**
- არ არის მიზანშეწონილი დერილების რუტინული გასინჯვა და მომზადება თუნდაც ბრტყელი დერილების არსებობის დროს. **20,21.**

IV საფეხური

დახმარება გაეწიოს დედებს ძუძუთი კვების დაწყებაში მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში.

ფიზიოლოგიური მშობიარობიდან პირველი ერთი საათის განმავლობაში ახალშობილმა უნდა დაიწყოს ძუძუთი კვება. ძუძუთი კვების ადრეული დაწყების პირველ ეტაპს კანი-კანთან კონტაქტი წარმოადგენს (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი), რომელიც მშობიარობიდან პირველი ერთი საათის განმავლობაში უნდა განხორციელდეს და გაგრძელდეს არა ნაკლებ 30 წუთისა (WHO/UNICEF).

კანი-კანთან კონტაქტის პროცესში აუცილებელია დედისა და ახალშობილის ხელშეწყობა ძუძუზე პირველი მოჭიდების განსახორციელებლად, თუმცა სამედიცინო პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ პირველი მოჭიდება უნდა მოხდეს ძალდატანების გარეშე, ახალშობილის მზაობის გათვალისწინებით და მხოლოდ სათანადო დახმარების გაწევის გზით. **33**

დედებისათვის პროფესიული დახმარება მნიშვნელოვანია ეფექტური ძუძუთი კვების ადრეული დაწყებისა და ხანგრძლივობის გაზრდის თვალსაზრისით. **34.**

დადგენილია, რომ კანი-კანთან კონტაქტის ადრეულ განხორციელებას და ძუძუთი კვების დაწყებას მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში მრავალმხრივი მნიშვნელობა აქვს (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი).

საკეისრო კვეთის შემთხვევაში (ზოგადი ნარკოზით) კანი-კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვება შეიძლება განხორციელდეს მოგვიანებით დედის ნარკოზიდან სრული გამოსვლის შემდეგ.³⁵ კოჰორტული კვლევითა და სისტემური მიმოხილვით გამოვლინდა, რომ კანი-კანთან კონტაქტის და ძუძუთი კვების ერთდროულად განხორციელება მეტად ეფექტურია ძუძუთი კვების გახანგრძლივების თვალსაზრისით. **36**

რეკომენდაციები 1,2,3,10

- კანი-კანთან კონტაქტი უნდა განხორციელდეს ფიზიოლოგიური მშობიარობიდან ნახევარ საათში და გაგრძელდეს არანაკლებ 30 წუთისა. (რეკომენდაცია - D);
- კანი-კანთან კონტაქტის პროცესში აუცილებელია ახალშობილის ძუძუზე პირველი მოჭიდების ხელშეწყობა, როცა ბავშვს გამოუვლინდება ძუძუთი კვების შესაბამისი მზაობის ნიშნები;
- არ არის რეკომენდებული ბავშვის იძულებით ან დაჩქარებული წესით ძუძუზე მოჭიდების განხორციელება;
- ძუძუთი კვება უნდა დაწყოს ფიზიოლოგიური მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში;
- ზოგადი ნარკოზით საკეისრო კვეთის შემდეგ კანი-კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვება უნდა განხორციელდეს დედისა და ბავშვის სრული გამოფხიზლების შემდეგ (დაახლოებით 2-3 საათში).

D

V საშეხურო

დედების განათლება (თეორიული/პრაქტიკული) ძუძუთი კვებისა და ლაქტაციის შენარჩუნების პრინციპებზე იმ შემთხვევების გათვალისწინებით, როცა დედა და ბავშვი დაცილებულია ერთმანეთისგან

დედა-ბავშვის პალატაში გადაყვანის შემდეგ სამედიცინო პერსონალმა 6 საათის განმავლობაში დედას უნდა გაუწიოს დახმარება ძუძუთი კვების განხორციელებაში: ასწავლოს და აჩვენოს დედას სწორი პოზიციების შერჩევა, ბავშვის ძუძუზე სწორი მოჭიდება (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი), რძის გამოწველის ტექნიკა.^{1,2,3} სამედიცინო პერსონალმა დედას უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია მოთხოვნილებითი და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების, ძუძუთი კვების შესაძლო პრობლემებისა და მათი პრევენციის შესახებ (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი), აგრეთვე, როგორ კვებოს ბავშვი სხვადასხვა ნევროლოგიური გადახრების ან თანდაყოლილი პათოლოგიების დროს მაგ: კურდღლის ტუჩი, მგლის ხახა.

აუცილებელია, სამედიცინო პერსონალმა ხელი შეუწყოს დედას ჩამოუყალიბდეს რწენა იმისა, რომ მას შესწევს უნარი სწორად მოაჭიდოს ბავშვი ძუძუს და განახორციელოს ძუძუთი კვება. დედას უნდა ასწავლონ სწორად ამოიცნოს ბავშვის ქცევა, შიმშილის ნიშნები და მათზე ადექვატური რეაგირება. ^{33,34,35} მშობიარობის შემდეგ დედებისთვის დახმარების გაწევა, განსაკუთრებული კეთილგანწყობილი დამოკიდებულება და სათანადო მხარდაჭერა დადებითად აისახება მის თვითრწმენაზე და აქედან გამომდინარე, ძუძუთი კვების ხანგრძლივობაზე. ასეთ დედებს იშვიათად აქვს ძუძუთი კვების პრობლემები. ^{1,2}

სამედიცინო პერსონალის მიერ არასწორი და არათანმიმდევრული რჩევების მიცემა, ძუძუთი კვების სწორი მართვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ხელშემშლელი ფაქტორია^{34,35} (მტკიცებულების დონე II).

II

ძუძუთი კვების სიხშირე და ხანგრძლივობა მეტია, თუ სამშობიარო სახლში დედებს ასწავლიან ძუძუზე ბავშვის სწორად მოჭიდებას და პირიქით, ხშირია ძუძუთი კვების პრობლემები, როცა დედებს არ ეძლევათ სათანადო კონსულტაცია და არ უტარდებათ საჭირო კორექცია.⁸ ძუძუთი კვების

წარმატებით განხორციელების შემთხვევების სიხშირე იზრდება, როცა ძუძუთი კვების ტექნიკის სწავლება შერწყმულია სამშობიაროში დედა-ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკასთან.

თუ სამედიცინო ჩვენებით დედა და ბავშვი დაცილებულია ერთმანეთს, ან ბავშვს აღენიშნება თანდაყოლილი ტუნის, სასის დეფექტი, ჰიპერტონული ან ჰიპოტონური პირის ღრუ, დედას უნდა ასწავლონ/აჩვენონ, როგორ კვებოს ბავშვი. უცილებლობის შემთხვევაში როგორ და რა სიხშირით გამოიწველოს რძე, რომ შეინარჩუნოს ლაქტაცია. როგორ კვებოს ბავშვი ფინჯნიდან, კოვზით, საწვეთურით ან შპრიცით (იხ. დანართი).⁵⁸

ლაქტაციის გასაზრდელად მნიშვნელობა აქვს ძუძუთი კვების სწორი ტექნიკის ცოდნას და რძის გამოწველას. რძის ხშირი გამოწველა ასოცირდება რძის პროდუქციის გაზრდასთან⁴⁰ (მტკიცებულების დონე II). დადგენილია მათ შორის პირდაპირი კორელაციური კავშირი. რძის პროდუქციის შესანარჩუნებლად აუცილებელია რძის გამოწველა 24 საათში მინიმუმ 6-ჯერ (შეიძლება 8-12-ჯერ დღეში), განსაკუთრებით მშობიარობიდან პირველი კვირის განმავლობაში⁴¹. თუ დედა და ბავშვი დაცილებულია ერთმანეთს მნიშვნელოვანია, რძის გამოწველა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე მშობიარობიდან.

II

რეკომენდაციები:

- სამედიცინო პერსონალის მიერ დედას უნდა გაეწიოს დახმარება ძუძუთი კვების სწორი პოზიციების შერჩევაში და ძუძუზე სწორი მოჭიდების განხორციელებაში;
- დედას უნდა ასწავლონ ბავშვის კვებასთან დაკავშირებული ქცევის და შიმშილის ნიშნების ამოცნობა და მათზე ადექვატური რეაგირება;
- დედას უნდა განემარტოს მოთხოვნილებითი და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების არსი და მნიშვნელობა;
- ყველა დედას უნდა ასწავლონ როგორ შეინარჩუნოს ლაქტაცია, როგორ გამოიწველოს რძე ხელით და როგორ კვებოს ბავშვი ფინჯნიდან, კოვზით, საწვეთურით ან შპრიცით;
- ყველა დედამ უნდა იცოდეს ხელით რძის გამოწველის ტექნიკა. მათ უნდა მიეწოდოს წერილობითი ინფორმაცია რძის გამოწველის ტექნიკის დეტალური აღწერით;
- რძის გამოწველა ლაქტაციის შენარჩუნების და გაზრდის მიზნით მიზანშეწონილია მინიმუმ 6-ჯერ დღეში (შეიძლება 8-12-ჯერ) განსაკუთრებით პირველი კვირის განმავლობაში.

VI საშენშენი

ბავშვს ქალის რძისა და სამედიცინო ჩვენებით დანიშნული მედიკამენტების გარდა არ მიეცეს არანაირი საკვები ან სითხე.

ახალშობილებს არ უნდა მიეცეს ქალის რძის გარდა სხვა საკვები ან სითხე, ვინაიდან ქალის რძე სრულიად აკმაყოფილებს ახალშობილის ორგანიზმის მოთხოვნილებას კვებით ინგრედიენტებზე და სითხეზე. ძუძუთი კვების დროს სხვა სითხის ან საკვების დამატება ამცირებს ძუძუთი კვების ხანგრძლივობას და სიხშირეს, განსაკუთრებით სიცოცხის პირველ კვირაში,^{10,42} იწვევს რძის გამომუშავების შემცირებას, სარძევე ჯირკვლის გაჯირჯეებას და ძუძუთი კვების ადრეულ შეწყვეტას.⁴³ თუ სხვა საკვების ან სითხის მიცემა ხდება ბოთლიდან ეს განსაკუთრებით უარყოფითად აისახება ძუძუს წოვის პროცესზე, კერძოდ, ბავშვი ვეღარ ახერხებს ძუძუზე სწორი მოჭიდების განხორციელებას და რძის სათანადო რაოდენობით გამოწვევას სარძევე ჯირკვლიდან. ამავე დროს ბოთლიდან კვება ზრდის ბავშვის დაინფიცირების რისკს – მაგ. დიარეა, მენინგიტი, ნეონატალური სეფსისი.⁴⁴ იმ შემთხვევებში, როცა არსებობს ძუძუთი კვების დროს სხვა საკვების, სითხის დამატების ან ხელოვნურ კვებაზე გადაყვანის სამედიცინო ჩვენება, აღნიშნული ფაქტი უნდა იყოს დაფიქსირებული ახალშობილის ისტორიაში და არგუმენტირებულად დასაბუთებული. ასეთ შემთხვევებში ბავშვის კვებისთვის უმჯობესია გამოყენებულ იქნეს არა ბოთლი, არამედ ალტერნატიული საშუალებები (ფინჯანი, კოვზი, საწვეთური, შპრიცი, ზონდი).

რეკომენდაციები:

- ახალშობილს არ უნდა მიეცეს სხვა საკვები ან სითხე გარდა ქალის რძისა. (რეკომენდაცია B);⁶
- ძუძუთი კვების დროს დამატებითი საკვების მიცემა უნდა მოხდეს მხოლოდ მკაცრი სამედიცინო ჩვენებების არსებობისას და დაფიქსირდეს ახალშობილის ისტორიაში.

VII საშენშენი

დედა-ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკა – დედა-ბავშვს მიეცეს შესაძლებლობა იყვნენ ერთად 24 საათის განმავლობაში.

სამშობიარო სახლში დედა და ახალშობილი, მათ შორის საკეისრო კვეთის შემთხვევაშიც, უნდა იმყოფებოდეს ერთ პალატაში როგორც დღისით, ისე ღამით, გარდა იმ პერიოდისა (დაახლოებით 1-2 საათი), რომელიც საჭიროა სხვადასხვა ჰიგიენური, თუ სამედიცინო პროცედურების ჩასატარებლად.

დედა-ბავშვის ერთად ყოფნა საშუალებას აძლევს დედას კვებოს ბავშვი როცა იგი ამუღავნებს შიმშილის ნიშნებს, მისი მოთხოვნილების შესაბამისად (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი).

დადგენილია, რომ დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნა ხელს უწყობს დედისა და ბავშვს შორის მჭიდრო ფსიქო-ემოციური კავშირის დამყარებას, დედობრივი გრძნობის ჩამოყალიბებას, დადებითად აისახება დედის დამოკიდებულებაზე ძუძუთი კვებისადმი, (მტკიცებულების დონე II)⁴⁵ აუმჯობესებს ძუძუთი კვების პროცესს, ასევე ხელს უწყობს ძუძუთი

კვების ხანგრძლივობის გაზრდას⁸ და ძუძუთი კვების ეფექტურ განხორციელებას (მტკიცებულების დონე II),⁴⁶ ზრდის ძუძუთი კვების სიხშირეს და ამცირებს ქალის რძის შემცველულების დამატების საჭიროებას⁴⁷. ამ დროს შეიძლება მხოლოდ უმწიფელოდ დაირღვეს დედის ძილი, მაგრამ უმჯობესდება ბავშვის ძილი, ბავშვები უფრო მშვიდად არიან და ნაკლებად ტირიან (მტკიცებულების დონე II)⁴⁷

II

დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნა წარმოადგენს აუცილებელ პირობას მოთხოვნილებით ძუძუთი კვების წარმატებით განხორციელებისთვის (მტკიცებულების დონე I).^{1,2}

I

რეკომენდაციები:

- სამშობიარო სახლში აუცილებელია დედა-ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკის დამკვიდრება. დედა და ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს ერთ პალატაში როგორც დღისით, ისე ღამით;
- ბავშვების გაყვანა პალატიდან დასაშვებია მხოლოდ აუცილებელი პროცედურების ჩასატარებლად (დაახლოებით 1 საათი დღე-ღამის განმავლობაში).

VIII საფეხური

მოთხოვნილებით ძუძუთი კვების ხელშეწყობა

დედას უნდა ურჩიონ კვებოს ბავშვი მაშინ, როცა ის გამოხატავს შიმშილის ნიშნებს, მისი მოთხოვნილების შესაბამისად, როგორც დღისით, ისე ღამით. თუ კვებათა შორის ხანგრძლივობა აღემატება 3 საათს ან დედა იგრძნობს სარძევე ჯირკვლების გადავსებას ბავშვი უნდა გაადვიდოს და შესთავაზოს ძუძუ (რეკომენდაცია D)^{1,2}.

D

მოთხოვნილებითი ძუძუთი კვების დროს, ყველა ბავშვის კვების სიხშირე და ხანგრძლივობა განსხვავებულია და დღითიდღე იცვლება, თუმცა ჩვეულებრივ იგი არ აჭარბებს 8-12 კვებას დღე-ღამეში. მოთხოვნილებითი კვების განხორციელება შესაძლებელია დედა-ბავშვის ერთად ყოფნის პირობებში, რაც დედას აძლევს დროული რეაგირების შესაძლებლობას, როცა ბავშვი გამოხატავს კვებისადმი მზადყოფნას (მტკიცებულების დონე I, II).

I, II

მოთხოვნილებითი კვების დროს ბავშვები წარმატებით ახორციელებენ ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებას, ნაკლებია ძუძუთი კვების პრობლემები. მოთხოვნილებითი კვება ასოცირდება ძუძუთი კვების გახანგრძლივებასთან⁴⁸ ბავშვის მოთხოვნილებით, შეუზღუდავი კვება არ შეიძლება იყოს დვრილების დაზიანების გამომწვევი მიზეზი. დადგენილია, რომ დვრილების დაზიანებას იწვევს ბავშვის ძუძუზე არასწორი მოჭიდება და არა ხანგრძლივი კვება (მტკიცებულების დონე I, II);⁴⁰ მოთხოვნილებით ხშირი ძუძუთი კვება მშობიარობის პირველი დღიდან კორელირდება ჰიპერბილირუბინემიის შემცირებასთან, ასევე რძის პროდუქციის გაძლიერებასთან⁴⁹ (იხ. „ახალშობილთა ჰიპერბილირუბინემია“ და „2 წლამდე ბავშვის კვება“)

I, II

რეკომენდაცია:

- ძუძუთი კვება უნდა განხორციელდეს ბავშვის მოთხოვნების მიხედვით;
- მოთხოვნებითი ძუძუთი კვება უნდა განხორციელდეს როგორც დღისით, ისე ღამით;
- თუ კვებათა შორის ინტერვალი აჭარბებს 3 საათს, დედამ უნდა გააღვიძოს ბავშვი და შესთავაზოს ძუძუ;
- დაუშვებელია ძუძუთი კვება საათობრივი რეჟიმით.

IX საწესწერი

ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებს არ მიეცეს საწოვარა ან სატყუარა.

სამშობიარო დაწესებულებებში ბავშვის კვებისათვის არ უნდა იქნეს გამოყენებული საწოვრიანი ბოთლები, ახალშობილს არ უნდა მისცენ სატყუარა.^{32,56} დადგენილია, რომ არსებობს მექანიკური და დინამიკური სხვაობა ძუძუს წოვისა და საწოვრიდან წოვის მექანიზმებს შორის და საწოვარას გამოყენება (მტკიცებულების დონე II)⁵⁰ ხელს უშლის ბავშვის სახის კუნთების ნორმალურ განვითარებას, შესაბამისად ძუძუზე სწორი მოჭიდების განხორციელებას (იხ. ძუძუთი კვების გაიდლაინი). ბავშვების უმრავლესობას, რომლებსაც სამშობიაროში კვებავენ ბოთლიდან, თუნდაც ეპიზოდურად, სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ აღენიშნებათ ძუძუთი კვების პრობლემები. საწოვარას გამოყენება ზრდის ოტიტის განვითარების რისკს. (რეკომენდაცია – A)⁵⁰

II

A

იმ შემთხვევაში, თუ ძუძუთი კვება დროებით შეფერხებულია, სამშობიარო სახლში ბავშვის კვების ოპტიმალურ მეთოდად მიჩნეულია ალტერნატიული საშუალებების გამოყენება (ფინჯანი, კოვზი, საწვეთური, შპრიცი, ზონდი), მითუმეტეს თუ ძუძუთი კვების გაგრძელებაზე გადაწყვეტილება მიღებულია.⁵¹

ფინჯნიდან კვებას ესაჭიროება სათანადო უნარ-ჩვევები და ამის შესახებ დედა უნდა იყოს ინფორმირებული.

ჩვეულებრივ, სატყუარებს იყენებენ ბავშვის დასამშვიდებლად. შესაბამისად, ბავშვები, რომლებიც სატყუარებს წოვენ, შედარებით ნაკლები სიხშირით ითხოვენ ძუძუს. იშვიათი კვება ამცირებს სარძევე ჯირკვლის სტიმულირებას⁵² და ხელს უწყობს ბავშვს თავი დაანებოს ძუძუთი კვებას. ძუძუთი კვების პრობლემების სიხშირე უფრო მაღალია იმ დედეებში, რომლებიც იყენებენ სატყუარას.^{52,53}

საწოვრებისა და სატყუარების გამოყენება ბავშვის ჯანმრთელობაზე უარყოფით გავლენას ახდენს. ადრეულ ასაკში ეს შეიძლება გამოხატოს სუნთქვის დარღვევით, მოგვიანებით კი თანკბილვის დარღვევით, დამოუკიდებლად იმისა საწოვრიანი ბოთლიდან ბავშვს ხელოვნურ საკვებს აძლევენ თუ გამოწვეული რძეს.²⁰

რეკომენდაციები:

- არ არის რეკომენდებული ბავშვთა კვებისთვის საწოვრებისა და სატყუარების გამოყენება;⁵⁰
- საჭიროების შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იქნეს კვების ალტერნატიული მეთოდები (ფინჯანი, კოვზი, საწვეთური).⁵¹
- სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს სათანადო უნარ-ჩვევებს ალტერნატიული კვების განსახორციელებლად და დედებისთვის დახმარების გასაწევად;
- საწოვრები და სატყუარები არ უნდა არსებობდეს სამშობიარო დაწესებულებაში;
- საწოვრების გამოყენება მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი, მათი გამოყენება დასაშვებია, მხოლოდ ხელოვნური კვების დროს.

საშეხური X

ძუძუთი კვების მხარდამჭერი ჯგუფების ჩამოყალიბების ხელშეწყობა და სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ დედების მათთან გაგზავნა

სამედიცინო პერსონალი ინფორმირებული უნდა იყოს დედების მხარდამჭერი ჯგუფების არსებობის თაობაზე (თუ ასეთი არსებობს) ან პერსონალმა უნდა იცოდეს ალტერნატიული დამხმარე სისტემის არსებობის შესახებ (პჯდ), სადაც უნდა გაგზავნონ დედები სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ (მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ მოწოდებული ბაკის გლობალური კრიტერიუმები 1992).

სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ, არც ისე იშვიათად მცირდება ძუძუთი კვების სიხშირე, განსაკუთრებით ექსკლუზიური ძუძუთი კვების მაჩვენებელი. ამის ძირითადი მიზეზები, რომლებსაც ასახელებენ დედები, არის ძუძუთი კვების პრობლემები, პირველ რიგში „რძის ნაკლებობა“. ასეთ შემთხვევებში ძირითად მიზეზს წარმოადგენს დედისთვის სათანადო მხარდაჭერის არარსებობა.

ძუძუთი კვების ეფექტურად გაგრძელებას სჭირდება მომდევნო მხარდაჭერა და შეფასება (მტკიცებულების დონე III)⁵⁴ გამოცდილი და სათანადო უნარ-ჩვევების მქონე პერსონალის მიერ, რაც ზრდის ძუძუთი კვების ხანგრძლივობას და ექსკლუზიური ძუძუთი კვების სიხშირეს (მტკიცებულების დონე I, II).⁵⁴

III

I, II

ძუძუთი კვების სიხშირე იზრდება იმ შემთხვევაში, როცა დედებს უტარდებათ დამატებითი კონსულტაციები. სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ დედებისთვის დახმარების გაწევა, ინდივიდუალური კონსულტაციების ჩატარება და ბინაზე ვიზიტები დადებითად აისახება ძუძუთი კვების, კერძოდ ექსკლუზიური ძუძუთი კვების სიხშირეზე.^{6,21,55}

სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ დედების მუდმივი მხარდაჭერა შეიძლება სხვადასხვა გზით განხორციელდეს. ტრადიციულად ამას აკეთებენ ქალის გარემოცვაში მყოფი ახლობლები, თუმცა ასეთი პრაქტიკა ყოველთვის არ არის ოპტიმალური. ზოგიერთ ქვეყნებში არსებობს დედა-დედის მხარდამჭერი

ჯგუფები, რომლებიც ძირითად როლს ასრულებენ ძუძუთი კვების ხელშეწყობის საქმეში.

ამრიგად, ეს საფეხური გულისხმობს მხარდაჭერის ყველა ფორმას, რომელიც შეიძლება იყოს ხელმისაწვდომი.

რეკომენდაციები

- მიზანშეწონილია ძუძუთი კვების მხარდაჭერის სხვადასხვა ფორმების გამოყენება ძუძუთი კვების შენარჩუნებისა და გახანგრძლივებისათვის და შესაძლო პრობლემების თავიდან ასაცილებლად;
- სამშობიაროდან გაწერისას ყველა დედას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია არსებული მხარდაჭერი ჯგუფების შესახებ, მათ შორის რეალურად არსებული სპეცილიზირებული დახმარების სამედიცინო სისტემის თაობაზე, როგორცაა ჯანდაცვის პირველადი რგოლი.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ძირითადი შემაჯებელი რეკომენდაციები

რეკომენდაცია	განხორციელების გზა	მტკიცებულების დონე
ბაკსის პრინციპების დანერგვა	ძუძუთი კვების პოლიტიკის შემუშავება /გადახედვა. პერსონალის მომზადება. ნეგატიური გარემოს შეცვლა, ძუძუთი კვების მხარდამჭერი გარემოს ჩამოყალიბება, ორსულთა ინფორმირება	I
ორსულთა განათლება ბაკსის პრინციპებზე ანტენატალურ პერიოდში	ანტენატალური ზრუნვის სახელმძღვანელოს/გეგმის შემუშავება. ორსულთა განათლების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	II
ანტენატალურ პერიოდში ორსულთა მცირე ჯგუფების განათლება	სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი, სათანადო მასალების მომზადება, ორსულთა განათლება	II
დედებისთვის დახმარების გაწევა, მშობიარობიდან 1 საათის განმავლობაში	პოლიტიკის გადახედვა, რუტინული არასწორი მიდგომების შეცვლა	II
სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს სათანადო უნარჩვევებს ძუძუთი კვების ადრეული დაწყების განსახორციელებლად	პერსონალის ტრენინგი ძუძუთი კვების პრინციპების, ძუძუზე სწორად მოჭიდების, რძის გამოწვევის მეთოდების შესახებ	I
ხელოვნური საკვები ფორმულის და გლუკოზის დამატების აღმოფხვრა (გარდა სამედიცინო ჩვენებებისა)	პოლიტიკის გადახედვა, არასწორი პრაქტიკის შეცვლა, დედების ინფორმირება	II
დედა ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკა (24 საათი ერთ პალატაში)	პოლიტიკის გადახედვა, სათანადო გარემოს ჩამოყალიბება, დედების ინფორმირება	III
მოთხოვნილებითი ძუძუთი კვება	პოლიტიკის გადახედვა, სათანადო გარემოს ჩამოყალიბება, დედების ინფორმირება	I
დაუშვებელია ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებთან საწოვრებისა და სატყუარების გამოყენება	პოლიტიკის გადახედვა, სათანადო გარემოს ჩამოყალიბება, დედების ინფორმირება	II
ქალის რძის შემცველთა მარკეტინგის საერთაშორისო კოდექსის და შესაბამისი საქართველოს კანონის „ძუძუთი კვების დაცვისა და ხელოვნური საკვების კონტრილირებადი მოხმარების შესახებ“	წერილობითი პოლიტიკის შემუშავება, საზოგადოების ინფორმირება	II

4. ბაიბლიის მიღების ხერხი/წყარო

ბაიბლიის შემუშავების მეთოდოლოგია

- აღრეული ნეონატალური პერიოდის ახალშობილთა ბუნებრივი კვებისა და ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივის შესახებ არსებობს სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე შექმნილ რეკომენდაციათა საკმარისი რაოდენობა. მოცემული გაიდლაინის შექმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოძიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციები. მოხდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც ერთის მხრივ პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს;
- რეკომენდაციათა მოძიება ხორციელდებოდა ელექტრონული მონაცემთა ბაზის გამოყენებით.

ქვეყანა და რესურსის დასახელება	ინტერნეტ-მისამართი
აშშ	
US National Guideline Clearinghouse (NGC)	http://www.guideline.gov
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	http://www.phppo.cdc.gov/CDCRecommends/AdvSearchV.asp
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgsix.htm
Health Services Technology Assessment Text (HSTAT) and National Library of Medicine (NLM)	http://hstat.nlm.nih.gov
Institute of Clinical Systems Improvement (ICSI)	http://www.icsi.org
American Medical Association	http://www.ama-assn.org
Canadian Medical Association (CMA)	http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
Health Canada – Population and Public Health Branch (PPHB)	http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/dpg_e.html
დიდი ბრიტანეთი	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	http://www.nice.org.uk
Sheffield Evidence for Effectiveness and Knowledge (SEEK)	http://www.shef.ac.uk/seek/guidelines.htm
National electronic Library for Health (NeLH)	http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder
PRODIGY Clinical Guidance	http://www.prodigy.nhs.uk/ClinicalGuidance
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	http://www.sign.ac.uk
German Guideline Information Service (GERGIS)	http://www.leitlinien.de/english/english/view;
ავსტრალია	

Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)	http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cp-home.htm
ახალი ზელანდია	
New Zealand Guidelines Group (NZGG)	http://www.nzgg.org.nz/library.cfm
მტკიცებითი მედიცინის სპეციალისტთა რეგიონთაშორისი საზოგადოება	http://www.osdm.org

კლინიკური რეკომენდაციების და მტკიცებულებების მოძიების დამატებითი წყაროები და მეთოდები

- კოხრეინის ბიბლიოთეკა - *The Cochrane Library 2006, Issue 2*,
- ამერიკის სამედიცინო ბიბლიოთეკის მიერ შექმნილ ელექტრონულ ბიბლიოგრაფიულ მონაცემთა ბაზა - მედლაინი – *MEDLINE*

პუბლიკაციების ჩართვის/გამორიცხვის კრიტერიუმები

- არჩეულ იქნა კვლევები შემდეგი დიზაინით: რანდომიზებული, კონტროლირებადი, სისტემური მიმოხილვები და მეტა-ანალიზი, ერთმომენტური, კოჰორტული კვლევები;
- რეკომენდაციის მომზადებისას ძირითადად დადგენილი იყო დროის 12 წლიანი შეზღუდვა. თუმცა ზოგჯერ გამოყენებული იყო უფრო ადრეული პუბლიკაციები, რომლებიც დღესაც აქტუალურია და საფუძვლად უდევს სხვა თანამედროვე მტკიცებულებებს;
- დადგენილი იყო ენობრივი შეზღუდვები, რადგანაც სამუშაო ჯგუფს შესაძლებლობა ჰქონდა ლიტერატურის წყაროები შეესწავლა მხოლოდ ინგლისურ და რუსულ ენებზე.

მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

- სამუშაო ჯგუფის მიერ ტარდებოდა მოძიებული წყაროების ანალიზი. ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია ახალშობილთა ახალშობილთა ბუნებრივი კვების მართვისა და ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივის საკითხებზე, რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას. ამ რეკომენდაციების შეფასებისას გამოყენებული იყო რეკომენდაციათა ატესტაციისა და ექსპერტიზის კითხვარი - *AGREE (94,96-98)*. შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო ქვემოთ ჩამოთვლილი ორგანიზაციების გაიდლაინები:
 - ⇒ მსოფლო ჯანდაცვის ორგანიზაცია
 - ⇒ ამერიკის პედიატრთა აკადემია
 - ⇒ კანადის პედიატრთა საზოგადოება
 - ⇒ ლაქტაციის კონსულტანტთა საერთაშორისო ასოციაცია (*ILKA*).

გათვალისწინებული იყო ბავშვთა კვების საერთაშორისო ქსელის (IBFAN), ძუძუთი კვების მსოფლიო ალიანსის (WABA), Baby Milk Action ძუძუთი კვების ქსელის მასალები.

სამუშაო ჯგუფი ხელმძღვანელობდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ნაციონალური გაიდლაინების გზამკვლევით.

- რეკომენდაციების მტკიცებულებათა დონეების განსაზღვრისას გამოყენებული იყო საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული მტკიცებულებების დონისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა.

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების ხარისხის სქემა

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევა	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთი სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევა	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსესუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

5. გაიდლაინის განახლების ვადა - 4 წელი

კლინიკური რეკომენდაციების პილოტური გამოცდა

სამედიცინო პერსონალი, რომელიც უშუალოდ მუშაობს ახალშობილთან (შარაშიძის სამედიცინო ცენტრი, ახალშობილთა რეანიმაციის და გადაუდებელი დახმარების განყოფილებები, სამშობიარო სახლი „ბიბიდა“, IBFAN საქართველოს ჯგუფი არასამთავრობო ორგანიზაცია „კლარიტას XXI“) გაეცნო კლინიკურ გაიდლაინს. გაიდლაინის შემუშავების პროცესში გათვალისწინებული იყო მათი შენიშვნები და პრაქტიკული რეკომენდაციები.

ბუნებრივი კვების ხელშეწყობის პროგრამა საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ აღიარებულია სახელმწიფო პროგრამად და საერთაშორისო ორგანიზაციების ხელშეწყობით საქართველოს - გაეროს ბავშვთა ფონდი „UNICEF“, „UMCOR“ WABA, IBFAN ფინანსური ხელშეწყობით და არასამთავრობო ორგანიზაცია „კლარიტას XXI“ მიერ ინერგება 1996 წლიდან. მოცემული პერიოდის განმავლობაში გაუმჯობესდა ძუძუთი კვების მაჩვენებლები: სამშობიაროდან გამოწერილი ახალშობილთა საშუალოდ 90% იმყოფება ძუძუთი კვებაზე სახელმწიფო სტატისტიკის 2000-2005 წლის მონაცემებით. დაინერგა ექსკლუზიური ძუძუთი კვების პრაქტიკა, რომლის მაჩვენებელმაც გაეროს ბავშვთა ფონდის და ACTS ის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებით შეადგინა 36%. საქართველოში ბაკისის პრინციპები დანერგილია 18 სამშობიარო სახლში. 1999 წელს საქართველოს პარლამენტის მიერ დამტკიცდა საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ”.

6. ალტერნატიული ბაილანდი არ არსებობს

7. გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO Protection , promoton and support of Breastfeeding in Europe: review of interventions May 2004;
2. World Health Organization. Global strategy:breastfeeding critical for child survival— UNICEF and WHO call for increased commitment to appropriate feeding practices for all infants and young children. *Indian J Med Sci* 2004; 58(3):138-9;
3. World Health Organization. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy duringbreast-feeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertil Steril* 1999;72(3):431-40;
4. Reiff MI.Essock-Vitale SM Hospitale inlnce on early infant feeding practices. 1985. *Pediatrics*, 76:2-879;
5. Garforth S, Garcia JBraest Feeding policies in practice - „No wonder they get confuthsed” 1989,*miwfery*,5:75-83;
6. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB.Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 2003;30(2):94-100;
7. Winikoff B et al., Overcoming obstaclesto breast-feeding in a large municipal hospital: Appications of lessons learned. *Paediatrics* 1987; 80(3):423-433;
8. Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V, The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding, *international journal of nursing studies*, 1990, 27(3):179-186;
9. Iker Ce, Mogan J, Supplementation of breastfeed ifans: Does continuinig aducation for nurses make a difference? *Journal of human lactation* 1992, 8 (3):131-135;

10. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):108-15;
11. Armstrong Hc Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International Journal of gynecology and obstetrics* 1990, 31: 91-103;
12. Altobelli L, Baiocchi-Ureata N, Larson E, A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Final report. The Johns Hopkins University, Cayetano Heredia University and the population Council 1991;
13. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:327-45;
14. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 month of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5;
15. Dulon M, Kersting M, breastfeeding promotion in non – UNICEF-Certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatrica* 2003; 92; 653-8;
16. Kersting M, Dulon M. Assessment of breastfeeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother – infant pairs in Germany; the SuSe Study. *Public Health Nutr*.2002;5;547-52;
17. Westphal Mf et al, Breastfeeding for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the world health Organization* 1995; 73,4: 461-468;
18. Bradley Je, Meme J 1992. Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge. Attitudes and practices, 1982-1989. *Journal of tropical pediatrics*, 1992; 38: 228-234;
19. Haider R et al, Breastfeeding counseling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World health Organization* 1996, 7,2 173-179;
20. Matchew OP, Bhatia J, Sucking and breathing patterns during breast and bottle-feeding in term neonates *American journal of diseases of children*, 1989,143;588-592;
21. International Lactation consultant association (ILCA). Clinical Guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding June 2005 Mary L. Overfield;
22. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1122-6;
23. Giugliani ER. [Common problems during lactation and their management]. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (5 Suppl):S147-54;
24. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 2001; 28(4):236-42;
25. Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. *J Hum Lact* 1994;10(2):79-86;
26. Long Dg et al peer counselor program increase breastfeeding rates in Utah native American WIC population. *Journal of lactation*, 11,4,279-284;
27. Fairbank L, O' Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, SoWden AJ, Lister-Sharp d. a systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* 2000;4:1-171;
28. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions *J Hum Lact* 2001;17:326-43;
29. Widstrom A-M, Thingstrom-Pauisson J The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta paediatrica* 1993;82;281-83;
30. Volpe EM, Bear M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the breastfeeding rates are increasing in Scotland. *Health Bull* 2001;59;102-13;
31. Duuffy EP, Percival P, Kershaw . positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997;13;189-96;

32. საქართველოს კანონი „ძუძუთი კვების დაცვის და ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების” 1999;
33. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91(12):1301-6;
34. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;
35. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;
36. Aderson GC, Moore E, Hepwort J, bergman N, early skinto-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;
37. Marchini G, Fried G, Ostlund E, Hagenas L. Plasma leptin in infants: relations to birth weight and weight loss. *Pediatrics* 1998;101(3 Pt 1):429-32;
38. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev* 2003;11(2):5-10;
39. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273(6):472-6;
40. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4): 185-9;
41. Meier P. breast feeding the prematre baby: a research rview. *News brief*, 91;2-5;
42. Nylander G at al. Unsupplemeted brestfeeding in the maternity Ward. Positive long-term effects. *Acta obstetrician ginecologika Scandinavica*, 1991: 70;205-209;
43. Blomquist HK et al . Supplementary feeding in the maternity Ward shortens the duration and choice of infants feedin method. *Birth*, 1997; 24; 90-97;
44. de Zoysa I, Rea M, Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programes? *Health policy and planning*, 1991, 6; 371-79;
45. Procianoy R et al ,the influence of rooming on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 1983; 29; 112-114;
46. Perez-EscamillaR, Pollitt E, LonerdaB, Dewey KG. Infan feeding policies n the maternity Wards and their fect on breast-feeding success: an analitial overview. *Am J public health* 1994;84:-89-97;
47. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988;17(2):122-6;
48. Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MW. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000043;
49. Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF. Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? *Pediatrics* 2001;107(3):E41;
50. Cronventt L. et al. Singlle daly botle use in the early weeks postpartum and brest-feeding outcomes. *pediatrics* 1992. 90,5; 760-766;
51. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lact* 2002;18(1):13-20; quiz 46-9, 72;
52. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-499;
53. VictoraCG et al ,Pcifier use and shot restfeeding duration; cause, consequence or coinfedence? *Pediatrics*, 1997, 99, 3; 445-453;
54. Albernaz E, Giugliani ER, Victora CG. Supporting breastfeeding: a successful experience. *J Hum Lact* 1998;14(4):283-5;
55. Chapman DJ, Damio G, Young S, Perez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(9):897-902;

56. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981;
57. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95. Howard CR, Howard FM. Management of breastfeeding when the mother is ill. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47(3):683-95.

8. ავტორთა ჯგუფი:

პედიატრთა და ნეონტოლოგთა კავშირი „ალტერნატივა“

სამუშაო ჯგუფი:

- ⇒ მედეა ბელეშაძე – მედიცინის დოქტორი, საერთაშორისო ორგანიზაცია IBFAN-ის საქართველოს ჯგუფი – არასამთავრობო ორგანიზაცია „კლარიტას XXI“, პრეზიდენტი. ბაკსის ექსპერტი-გარე შემფასებელი (UNICEF), საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ” – ავტორი;
- ⇒ ნინო კიკნაძე – მედიცინის დოქტორი; სს კურაციო, ოჯახის ექიმი; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის მოწვეული პედაგოგი; საერთაშორისო ორგანიზაცია IBFAN-ის საქართველოს ჯგუფი – არასამთავრობო ორგანიზაცია „კლარიტას XXI“.

მასპირტები:

- ⇒ ქეთევან ნემსაძე – მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ზოგადი პედიატრიის დეპარტამენტის უფროსი, საერთაშორისო ორგანიზაცია IBFAN-ის არასამთავრობო ორგანიზაცია „კლარიტას XXI“, საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ” – ავტორი;
- ⇒ თამარ მანჯავიძე – მედიცინის დოქტორი, ბაკსის ექსპერტი/გარე შემფასებელი (UNICEF), საქართველოს კანონი “ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების კონტროლირებადი მოხმარების შესახებ” – ავტორი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტი.

**სამშობიარო სახლში წარმატებული ძუძუთი კვების 10 საფეხურის
დანერგვის შეფასების კრიტერიუმები**

შეფასება ხორციელდება სპეციალური კითხვარით, ბაკსის გლობალური კრიტერიუმების მოთხოვნების შესაბამისად:

I საფეხური

ძუძუთი კვების პოლიტიკის დოკუმენტი

სამშობიარო სახლში უნდა არსებობდეს ძუძუთი კვების პოლიტიკის წერილობითი დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს დაწესებულებაში ძუძუთი კვების (ძ.კ.) 10 საფეხურის დანერგვის პრინციპებს, უზრუნველყოფს ძუძუთი კვების პრაქტიკის ხელშეწყობას და დაცვას. დაწესებულების ერთერთი წევრი, რომელიც არჩეულია ძუძუთი კვების პოლიტიკის განხორციელებაზე პასუხისმგებელ პირად, უნდა ფლობდეს პოლიტიკის დოკუმენტს. პასუხისმგებელი პირი ვალდებულია გააცნოს თანამშრომლებს პოლიტიკის განხორციელების ძირითადი მექანიზმები.

პოლიტიკის ამსახველი დოკუმენტი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა თანამშრომლისათვის. იგი უნდა არსებობდეს/გამოფენილი იყოს დაწესებულების განყოფილებებში, ქალთა კონსულტაციის ჩათვლით.

პოლიტიკის დოკუმენტი დაწერილი უნდა იყოს პერსონალისა და პაციენტებისათვის გასაგებ ენაზე.

II საფეხური

სამედიცინო პერსონალის ინფორმირების დონე

სამშობიარო სახლის სამედიცინო პერსონალისთვის პერიოდულად უნდა ტარდებოდეს საგანმანათლებლო სემინარები ბაკსის 10 პრინციპის დანერგვის თაობაზე.

დაწესებულებას უნდა ქონდეს სასწავლო სემინარის გეგმა, როგორც ძირითადი შემადგენლობის, ისე ახალი თანამშრომლებისთვის. სასწავლო სემინარის ხანგრძლივობა - არანაკლებ 3 საათისა, 3 საათიანი კლინიკური მუშაობის ჩათვლით (კლინიკური გამოცდილების მისაღებად).

პასუხისმგებელმა პირმა უნდა შეძლოს ძუძუთი კვების სასწავლო გეგმის/კურსის მოკლე აღწერა.

დაწესებულების ხელმძღვანელმა უნდა დაადასტუროს, რომ სამშობიარო სახლის მთელმა პერსონალმა მიიღო მონაწილეობა ბაკსის პრინციპების სწავლების პროცესში, ხოლო ახალ თანამშრომლებს მიეცა სათანადო მითითება და ჩართულია სასწავლო გეგმაში უახლოესი 6 თვის მანძილზე.

თანამშრომელთა 80%-მა უნდა დაადასტუროს, რომ მათ გაიარეს ზემოთაღნიშნული სასწავლო კურსი ან თუ ისინი მუშაობენ სამშობიაროში 6 თვეზე ნაკლები პერიოდი, მათ მიიღეს შესაბამისი ინსტრუქცია.

80%-ს უნდა შეეძლოს ძ.კ. პრინციპების შესახებ 5 კითხვიდან 4-ზე სწორი პასუხის გაცემა.

III საფეხური

ორსულთა ინფორმირების დონე

თუ სამშობიაროს აქვს ქალთა კონსულტაცია ან მშობიარობის შემდგომი განყოფილება, ორსულებს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება ძუძუთი კვების საკითხებზე. აღნიშნული უნდა დაადასტუროს პასუხისმგებელმა პირმა და წარმოადგინოს საგანმანათლებლო კურსის გეგმა.

კონსულტირება ორსულობის პირველი 6 თვის განმავლობაში უნდა ჩატარდეს ძუძუთი კვების მნიშვნელობაზე, უპირატესობასა და ძუძუთი კვების მართვის ძირითად პრინციპებზე.

10 ორსული ქალიდან 80%-მა, რომელთა გესტაციური ასაკი ტოლია ან მეტი 32 კვირაზე, და რომლებიც სარგებლობენ მშობიარობამდე ანტენატალური სამსახურით, უნდა დაადასტუროს, რომ ჩაუტარდა კონსულტირება ძუძუთი კვების უპირატესობაზე და უნდა დაასახელოს დ.კ., თუნდაც 2 უპირატესობა, დაახასიათონ დ.კ. მართვის ზოგიერთი პრინციპი (მაგ: მოთხოვნილებითი კვება, რძის რაოდენობის შენარჩუნება, სწორი მოჭიდება, სხეულის პოზები და სხვა.) უნდა დაადასტუროს, რომ მათ არ ჩატარებიათ საუბრები ხელოვნური საკვების გამოყენების შესახებ.

IV საფეხური

კანი-კანთან კონტაქტი და პირველი მოჭიდების განხორციელების სიხშირე

მელოგინეთა 80%-მა 10-დან უნდა დაადასტუროს, რომ ნორმალური ვაგინალური მშობიარობიდან, პირველ 0,5/1 საათში მათ მიუყვანეს ახალშობილი, განხორციელდა კანი-კანთან კონტაქტი არანაკლებ 30 წუთისა. პერსონალი დაეხმარა ძუძუთი კვების განხორციელებაში.

მელოგინეთა 50%-მა 5-დან საკეისრო კვეთის შემდგომ უნდა დაადასტუროს, რომ ნარკოზიდან გამოფხიზლების შემდეგ ნახევარი საათის განმავლობაში, მათ მიუყვანეს ბავშვი და განხორციელდა კანი-კანთან კონტაქტი არანაკლებ 30 წუთისა, პერსონალი დაეხმარა ძუძუთი კვების განხორციელებაში.

V საფეხური

დედის ინფორმირება ძუძუთი კვების განხორციელების ტექნიკის შესახებ

მელოგინეთა 80%-მა 15-დან უნდა აღნიშნოს, რომ საშუალო მედპერსონალმა შესთავაზა დახმარება ძუძუთი კვების განხორციელებაში მშობიარობიდან 6 საათის განმავლობაში. მიაწოდეს სიტყვიერი/წერილობითი ინფორმაცია ძუძუთი კვების ტექნიკისა და რძის გამოწვევის შესახებ.

მელოგინეთა 80%-მა 5-დან უნდა აღნიშნოს, რომ მათ გაუწიეს დახმარება რძის გამოწვევის პრინციპების დაუფლებასა და განხორციელებაში ლაქტაციის შესანარჩუნებლად.

სამედიცინო პერსონალის 80%-მა 10-დან უნდა აღნიშნოს, რომ ისინი ასწავლიან დედებს, როგორ მოაჭიდონ ბავშვი ძუძუს და ხელით რძის გამოწვევის ტექნიკას.

თანამშრომლების 80%-მა უნდა შეძლოს სწორი მოჭიდების და სხეულის პოზიციის სწავლების დემონსტრირება ერთ დედასთან. თანამშრომლების 80% - მა უნდა შეძლოს აღწეროს რძის გამოწვევის ტექნიკა, რომელსაც ასწავლიან დედებს.

VI საშეხვედრის

სამშობიაროში დამატებითი საკვების ან სხვა სითხის გამოყენება

დამატებითი საკვების ან სითხის გამოყენების დროს, შემთხვევათა 80%-ში უნდა არსებობდეს სამედიცინო ჩვენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მშობიარე თავად აცხადებს უარს ძუძუთი კვებაზე.

უფროსმა ექთანმა და თანამშრომლებმა უნდა შეძლონ ძუძუთი კვების სამედიცინო წინააღმდეგ ჩვენებების დაასახელება.

VII საშეხვედრის

დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნის პრაქტიკა

მელოგინეთა 80%-მა 15-დან (საკეისროს ჩათვლით - 5) უნდა დაადასტუროს, რომ მშობიარობის შემდეგ (საკეისროს შემთხვევაში როცა დედებს შეუძლიათ გამოფხიზლების შემდეგ ბავშვთან კონტაქტი) მათი ჩვილები იმყოფებიან მათთან ერთად პალატაში მუდმივად 24 საათის განმავლობაში, გარდა იმ პერიოდისა, რომელიც საჭიროა სხვადასხვა პროცედურებისთვის (1 საათი).

VIII საშეხვედრის

ძუძუთი კვების განხორციელება მოთხოვნის მიხედვით

მელოგინეთა 80%-მა 15-დან (5 საკეისრო) უნდა დაადასტუროს, რომ ბავშვს კვებას მოთხოვნის მიხედვით. 80%-მა უნდა დაადასტუროს, რომ უნდა გააღვიძოს ბავშვი კვებისთვის თუ ძილის ხანგრძლივობა აღემატება 3 საათს ან თუ დედას სარძევე ჯირკვალის გადავსებული აქვს.

IX საშეხვედრის

საწოვრიანი ბოთლისა და სატყუარას გამოყენება

მელოგინეთა 80%-მა 15-დან უნდა დაადასტუროს, რომ მათი ბავშვების კვების დროს არ ყოფილა გამოყენებული საწოვრიანი ბოთლი და სატყუარა.

პასუხისმგებელი პირი ადასტურებს, რომ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებში არ იყენებდნენ საწოვრიან ბოთლებს და სატყუარებს.

X საშეხვედრის

ძუძუთი კვების მხარდაჭერა სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ

მელოგინეთა 80%-მა 15-დან (5 საკეისრო) უნდა დაადასტუროს, რომ გაწერისას მიიღო რეკომენდაცია, ვის მიმართონ ძუძუთი კვების შემდგომი მხარდაჭერისა და პრობლემების მოგვარებისთვის (პირველადი ჯანდაცვის რგოლი, არასამთავრობო სექტორი, დედა-დედის დამხმარე ჯგუფი, თუ ასეთი არსებობს).