

В.С. Олійник¹, О.В. Кулешов¹, Г.І. Мантак¹, Т.О. Ковтюх², Л.О. Ющенко¹

Підготовка до грудного вигодовування: як забезпечити успішний старт?

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

²Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2025). 7(151): 80-86; doi 10.15574/SP.2025.7(151).8086

For citation: Oliinyk VS, Kuleshov OV, Mantak GI, Kovtiukh TO, Yushchenko LO. (2025). Preparation for breastfeeding: how to provide a successful start? Modern Pediatrics. Ukraine. 7(151): 80-86. doi: 10.15574/SP.2025.7(151).8086.

Незважаючи на значні зусилля щодо захисту, сприяння і підтримання грудного вигодовування, менш ніж половина немовлят у всьому світі споживають винятково грудне молоко в першому півріччі, тому переважна більшість офіційних джерел рекомендує розпочати інформаційну підготовку подружжя уже під час першого триместру вагітності.

Мета — навести огляд сучасних рекомендацій, які забезпечують надійну підготовку до грудного вигодовування ще задовго до народження дитини.

Як правило, першу консультацію розпочинають з історії вигодовування, обговорення джерела підтримання, переваг і труднощів, з якими може зіткнутися жінка в період годування грудьми. З жінкою, котра не годувала грудьми, варто обговорити очікувані переваги і недоліки вигодовування малюка сумішшю, що могло б допомогти їй годувати попередніх дітей грудьми і запитати сімейний анамнез, у випадку якого, грудне вигодовування буде особливо важливим для дитини. Навчання вигодовуванню, проведене в антенатальному періоді, підвищує самоефективність матері та впливає на успішність і результат. Це означає впевненість і рішення матері у своїй здатності годувати дитину грудьми, зусилля, які вона докладає, тип її мислення та способи долаття труднощів. Ключова роль у налагодженні та підтриманні грудного вигодовування належить усім медичним працівникам, які доглядають за жінками та дітьми в післяпологовий період і після нього. Вирішальне значення в налагодженні грудного вигодовування має потужна планова практика догляду за вагітними компетентним медичним персоналом з метою навчання і підвищення сучасного рівня знань жінок про важливість природного вигодовування, популяризації цього виду вигодовування у країні, залучення родини для підтримання і створення позитивного мікроклімату в сім'ї.

У разі виявлення проблем, труднощів слід розглянути варіант направлення до лікаря, що спеціалізується на медицині грудного вигодовування, або до консультанта з грудного вигодовування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: грудне вигодовування, немовлята, підготовка до грудного вигодовування, самоефективність грудного вигодовування.

Preparation for breastfeeding: how to provide a successful start?

V.S. Oliinyk¹, O.V. Kuleshov¹, G.I. Mantak¹, T.O. Kovtiukh², L.O. Yushchenko¹

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

²Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukraine

Despite significant efforts to protect, promote, and support breastfeeding, less than half of infants worldwide are exclusively breastfed in the first six months, which is why the overwhelming majority of official sources recommend starting informational preparation for couples during the first trimester of pregnancy.

Aim — to provide an overview of current recommendations that ensure reliable preparation for breastfeeding long before the baby is born.

As usual, the first consultation starts with a history of feeding, discussing sources of support, benefits, and challenges a woman may face during the breastfeeding period. It is important to discuss with the woman who has not breastfed expected advantages and disadvantages of formula feeding, what might be helpful for her for breastfeeding older children, and to inquire about family history, in which case breastfeeding will be particularly essential for the child. Education about feeding conducted during the antenatal period increases the mother's self-efficacy and influences both success and outcome. This means the confidence and determination of the mother in her ability to breastfeed the child, the efforts she makes, her type of thinking, and ways of overcoming difficulties. A key role in establishing and maintaining breastfeeding belongs to all medical professionals who care for women and children in the postpartum period and thereafter. The effective establishment of breastfeeding is crucially dependent on robust planned care practices for pregnant women by competent medical staff aimed at educating and elevating women's awareness about the importance of natural feeding, promoting breastfeeding in the country, involving the family to provide support, and creating a positive microclimate within the family.

In case of any issues or difficulties, it is necessary to consider of referring to a doctor specializing in breastfeeding medicine or to a breastfeeding consultant.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: breastfeeding, infants, preparation for breastfeeding, breastfeeding self-efficacy.

Вступ

Грудне вигодовування (ГВ) є нормативним стандартом для вигодовування немовлят. Короткострокові та довгострокові медичні й нейророзвиткові переваги роблять ГВ, або забезпечення грудним молоком, імперативом громадського здоров'я [22].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Американська академія педіатрії (ААП) та інші міжнародні медичні товариства рекомендують, щоб матері годували власних немовлят винятково грудним молоком протягом перших 6 місяців життя і продовжували годувати до 2 років або більше, доки є взаємне бажання в матері й дитини, у поєд-

нанні з відповідними додатковими продуктами прикорму, введеними приблизно в 6 місяців [4,22].

Незважаючи на значні зусилля щодо захисту, сприяння і підтримання ГВ, лише 48% немовлят у всьому світі споживають винятково грудне молоко в перші 6 місяців, а це не відповідає глобальній меті в 70%. Отже, мільйони немовлят втрачають ряд переваг, які забезпечує ГВ. Установлено, що недостатнє ГВ є причиною 16% дитячої смертності щорічно, а це понад 820 тис. дітей віком до 5 років, яких можна було б врятувати, розширивши вигодовування грудним молоком для всіх немовлят і маленьких дітей в усьому світі [20,35,36]. Низка втручань у сфері охорони здоров'я може забезпечити успішний початок і підтримання ГВ, зокрема, пренатальна освіта, індивідуальні консультації, що надаються медичними працівниками під час або після пологів, а також політика системного рівня й практика догляду за вагітними, у тому числі ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини».

На жаль, незважаючи на наполегливі рекомендації, реальна практика ГВ не досягає цих цілей у багатьох країнах і культурах. Винятково ГВ підтримує менше половини батьків до 3-місячного віку дитини і лише чверть до 6-місячного. Ці спостереження потребують співпраці між батьками, їхніми партнерами й родинами, спільнотами, клініцистами, закладами охорони здоров'я і роботодавцями для активного підтримання оптимального рівня ГВ [8].

Мета роботи – навести огляд сучасних рекомендацій, які забезпечують надійну підготовку до ГВ ще задовго до народження дитини.

Перші консультації з грудного вигодовування

Переважає більшість офіційних джерел рекомендує розпочати інформаційну підготовку подружжя уже під час першого триместру вагітності. Важливо рекомендувати винятково ГВ протягом перших 6 місяців життя дитини, а потім, поєднуючи з прикормом, продовжити до 2 років або довше за бажанням матері. Під час консультації або інформаційної зустрічі варто переконатися, що майбутні батьки усвідомлюють важливість ГВ для розвитку дитини і мають для цього достатньо знань. Бажано під час розмови враховувати і їхню точку зору, спробувати знайти перешкоди (та шляхи їхнього подолання) для успішного ГВ: часові й соціальні обмеження, проблеми з харчуванням і здоров'ям, відсутність со-

ціальної підтримки, особливості праці, занепокоєння щодо догляду за дитиною, страх болю, невпевненість у собі, збентеження та інші [7].

Важливим у процесі підготовки є залучення партнерів та інших осіб (рідних і друзів), які б підтримували матір. Вони також мають бути обізнаними щодо переваг ГВ як для матері, так і для дитини [13].

Більшої уваги з боку медичного персоналу потребують такі групи населення: підлітки, представники національних меншин, соціально неблагополучні сім'ї, матері з особливими потребами, а також матері, які народжують уперше [7,12]. Під час консультування слід звернути увагу на супутні захворювання жінки: безпліддя, тривале застосування ліків або харчових добавок, опромінення голови або грудної клітки, домашнє або партнерське насильство, невдачу в годуванні грудьми попередньої дитини, ожиріння, цукровий діабет, захворювання щитоподібної залози, операції або травми грудей, синдром полікістозних яєчників, особливості розвитку й анатомії грудей. Жінки з такими супутніми захворюваннями мають вищий ризик виникнення проблем із ГВ.

Як правило, першу консультацію в першому триместрі вагітності розпочинають з історії вигодовування, яка передбачає такий перелік запитань: вид вигодовування, початок і тривалість ГВ, чи було воно ексклюзивним, джерела попереднього підтримання, переваги і труднощі, з якими стикнулася жінка в період годування груддю, причину(и) і термін завершення ГВ.

З жінкою, котра не годувала грудьми, варто обговорити очікувані переваги й недоліки вигодовування малюка сумішшю, що могло б допомогти їй годувати грудьми попередніх дітей і запитати будь-який сімейний анамнез, у випадку якого ГВ буде особливо важливим для дитини (астма, екзема, цукровий діабет, ожиріння) і/або для мами (депресія, рак грудей або яєчників, ожиріння, діабет) [7].

Незважаючи на наміри жінок щодо ГВ, існує розрив між намірами і фактичною практикою. Існування бар'єрів на індивідуальному, груповому і суспільному рівнях заважає жінкам забезпечити ГВ протягом перших 6 місяців. Сприяння прогресу ГВ передбачає підтримання і забезпечення матерів навичками боротьби з можливою нестачею грудного молока і розпізнавання справжніх ознак голоду дитини. Крім того, важливу роль відігра-

ють лідери думок, впливові члени сім'ї та громади (спільноти), які мають підтримувати матерів у вигодовуванні грудьми [2].

Отже, на рішення про тип вигодовування впливають фізіологічні, психологічні та емоційні фактори. Проте не можна недооцінювати важливості оволодіння матерями необхідними знаннями для успішного ГВ. Дослідження показують, що зниження глобального рівня ГВ може бути пов'язане з відсутністю належної підготовки на пренатальному етапі.

Надзвичайно ефективною є техніка мотивації та підтримки впевненості майбутніх мам щодо ГВ, яку можна застосовувати під час першого візиту/консультації. Нижче наведено декілька прикладів мотиваційного інтерв'ю, які можуть допомогти залучити молодих матерів до розмови про годування немовлят.

Отримання дозволу. Перш ніж обговорювати годування немовлят, практикуючі консультанти/медичні працівники питають дозволу матері взяти участь у розмові. Це поважає автономію матері та зменшує захисну позицію. Наприклад: «Було б добре, якби ми поговорили про Ваші думки та почуття щодо грудного вигодовування».

Відкриті запитання. Такий тип запитань заохочує матерів вільніше висловлювати власні думки і почуття, забезпечуючи глибше розуміння їхньої точки зору. Наприклад: «Чи можете Ви розповісти мені про власний досвід годування дитини?».

Рефлексивне слухання. Передбачає розуміння і повторення того, що сказала мати, підтверджує її почуття та заохочує її ділитися більше. Наприклад: «Схоже, Ви відчували сильний тиск щодо годування грудьми, це було для Вас складно. Я правильно Вас розумію?».

Нормалізація. Допомогає зменшити відчуття ізоляції та сорому, запевняючи матерів у тому, що їхні почуття й переживання є загальними. Наприклад: «Багато «новоспечених» матерів відчують тиск щодо годування грудьми. Це не рідкість відчувати те, що відчуваєте Ви».

Надання зворотного зв'язку. Надається без засудження, пропонуючи інформацію та спостереження, не змушуючи матір змінитися. Наприклад: «Дослідження показують, що грудне вигодовування має багато переваг, але також важливо враховувати, що найкраще підходить для Вас і Вашої дитини» [11].

Результати багатьох досліджень показують, що підвищення знань про природне вигодову-

вання, позитивне ставлення і самоефективність серед матерів збільшують ймовірність успішного ГВ [17].

Дані численних систематичних оглядів показують, що жінки, які отримують пренатальну освіту щодо вигодовування дитини, частіше розпочинають ГВ, годують грудьми довше, частіше годують винятково грудним молоком, особливо коли пренатальна освіта надається разом із післяпологовою підтримкою [18,25,28,30]. Навчання вигодовуванню, проведене в антенатальному періоді, підвищує самоефективність матері та впливає на успішність і результат [5,27]. Самоефективність ГВ означає впевненість матері у своїй здатності годувати дитину грудьми. І це власне передбачає рішення матері щодо годування дитини грудним молоком, зусилля, які вона докладе, тип її мислення (самопідсилювальні або саморуйнівні моделі) та способи долаття труднощів ГВ [31]. Значною мірою на самоефективність ГВ впливають: попередні особисті досягнення (минулий досвід ГВ); сторонній успішний досвід ГВ як приклад для наслідування; словесне переконання (заохочення впливових осіб, таких як друзі, родина та консультанти з лактації); фізіологічні реакції (втома, стрес, тривога) [16]. Для оцінювання самоефективності ГВ зручною у застосуванні є шкала самоефективності. Жінці пропонують оцінити власні можливості, проаналізувавши нижченаведені твердження. Я думаю, що завжди можу:

- визначити, що моя дитина отримує достатньо молока;
- успішно впоратися з вигодовуванням, як і з іншими складними завданнями;
- годувати дитину грудьми, не використовуючи суміші як догодовування;
- переконатися, що моя дитина правильно прикладена протягом усього годування;
- керувати процесом ГВ так, щоб я була задоволеною;
- годувати грудьми, якщо моя дитина заплаче;
- у мене є бажання годувати грудьми;
- комфортно годувати грудьми в присутності членів моєї родини;
- бути задоволеною моїм досвідом ГВ;
- змиритися з тим, що вигодовування дитини може зайняти багато часу;
- закінчити годувати мою дитину однією груддю, перш ніж перейти на іншу;

- продовжувати годувати мою дитину грудьми під час кожного годування;
- встигати задовольняти вимоги моєї дитини щодо вигодовування;
- сказати, коли моя дитина завершить ГВ [21].

Взаємоповага, обмін інформацією, визнання емоцій співрозмовника сприяє самоефективності ГВ і допомагає досягти спільного рішення, тоді як моральне судження підриває самоефективність, і це є ключовим фактором для підтримання ГВ під час труднощів [32]. Самоефективність ГВ можна посилити, пропонуючи під час вагітності базові практичні, засновані на доказах, знання про те, як годувати грудьми, проілюстровані відео, щоб дати батькам реалістичне уявлення про ГВ. Так само важливо наголосити на популяризації раннього позитивного досвіду ГВ, щоб підвищити його самоефективність [24]. У випадку, якщо мати має запитання, потребує додаткової інформації, роз'яснення наведених тверджень, слід провести консультацію.

Підтримка вагітної під час другого триместру

Під час наступних зустрічей потрібно переглянути основи ГВ і нагадати про важливість винятково ГВ, взаємозв'язок «попиту і пропозиції», прикладання до грудей на вимогу, частоту годування, ознаки голоду і ситості, уникнення застосування дурників (пустушки) та ознаки ефективного прикладання [7].

Також необхідно заохочувати жінок знаходити приклади успішного ГВ, спілкуючись із рідними, друзями і колегами. Позитивно впливає на ГВ також відвідування курсів для майбутніх матерів і груп підтримання ГВ [34].

Сучасна література свідчить, що підтримка з боку однолітків у громаді, групи самодопомоги, освіта для підвищення самоефективності ГВ, пре-/післяпологові програми з навчанням професіоналів, а також програми підтримки – усе це поліпшує результати [1,26,29]. Корисним також є надання інформації про книги, телефони довіри, вебсайти з правдивими фактами, що вплинуть на обізнаність жінок у питаннях ГВ. Варто наголосити, що освітні матеріали, які випускають виробники молочних сумішей, є не завжди достовірними джерелами інформації про годування дітей [15].

Жінок, які планують повернутися до навчання або роботи поза межами дому, слід заохочувати ознайомитися з доступними засобами для зцідження і зберігання грудного молока.

Навчання під час третього триместру вагітності

Варто навчати і доступно демонструвати позиції ефективного прикладання дитини (на боці, колиска, перехресна колиска і клатч (з-під руки) за допомогою ляльки, макетів грудей та інших необхідних матеріалів під час третього триместру вагітності. Разом із вагітною лікар може переглянути фізіологію початку ГВ (вказати на ознаки нагрудання молочних залоз) та обговорити вплив необґрунтованого догодовування дитини сумішшю. Слід надати рекомендації щодо фізіологічного одягу, бюстгальтера для комфортного вигодовування. Підготовка до ГВ має бути частиною загальної підготовки вагітної до пологів [7].

Пологовий і післяпологовий періоди

Під час усього періоду переймів і пологів жінкам буде важливою присутність близької людини (чоловіка/партнера або іншого члена родини або доули). Для консультанта з лактації необхідна інформація про тип і дозування анальгезії, так як інтранатальна анальгезія впливає на ГВ. Загалом, епідуральна анестезія, внутрішньом'язові опіоїди, екзогенний окситоцин і ергометрин асоціюються з нижчою частотою початку ГВ.

У ранній післяпологовий період дитину слід прикласти до грудей настільки швидко після народження, наскільки це можливо для матері й дитини, щоб забезпечити ГВ, ідеально це зробити протягом першої години після народження. Ранній контакт «шкіра-до-шкіри» збільшує тривалість ГВ взагалі і зокрема ексклюзивного ГВ [15].

Перше прикладання дитини до грудей матері наведено в наказі Міністерства охорони здоров'я України від 04.04.2005 № 152:

1. Мати має сидіти або лежати в зручному положенні і розслабитися. Вона може сидіти, тримаючи дитину перед собою, або лежати, поклавши дитину поряд. Якщо зручно, матір може покласти дитину на подушку.

2. Слід сісти поряд із матір'ю на одному рівні так, щоб було зручно, показати їй, як тримати дитину, щоб вона була повернута до неї обличчям.

3. Голова дитини має бути на одній лінії з тілом, а її живіт – навпроти живота матері.

4. Якщо необхідно, слід підтримувати дитину ззаду за плечі, але не за потилицю. Її голова має бути злегка відкинута назад.

5. Матері слід підняти груди рукою і дати дитині ареолу, а не тільки сосок. Не потрібно защем-

ляти пальцями сосок чи ареолу і намагатися заштовхнути сосок дитині в рот.

6. Мати може доторкнутися соском до губ дитини для стимулювання рефлексу захоплення.

7. Потрібно зачекати, поки дитина широко розкриє рот і захоче смоктати, а потім швидко прикласти дитину до грудей.

8. Необхідно прикласти дитину до грудей так, щоб її нижня губа була під соском. Таким чином підборіддя дитини прилягатиме до грудей. У такому положенні сосок розташовується трохи вище центру дитячого рота і стимулює піднебіння [23].

Кімната цілодобового спільного перебування матері і дитини розширює можливості для встановлення зв'язку та оптимального початку ГВ, часте годування новонародженого викликане підказками немовляти, а не графіком годування, пов'язане з довшою тривалістю ГВ, збільшенням споживання грудного молока і швидким відновленням маси тіла після народження [15,19].

Ключова роль у налагодженні й підтриманні ГВ належить усім медичним працівникам, які доглядають за жінками й дітьми в післяпологовий період і після нього. Як частину попередньої підготовки медичних працівників, що надають послуги для вагітних і новонароджених, можна застосовувати матеріали оновленого навчального курсу «Лікарня, доброзичлива до дитини» [33].

Перинатальний догляд за матір'ю і дитиною передбачає оцінювання положення дитини під час ГВ, оцінювання прикладання за допомогою шкали LATCH, надходження молока, набір маси тіла дитини, наявності жовтяниці, будь-яких проблем із боку матері, таких як біль у сосках або відчуття недостатньої кількості грудного молока [15]. Жіноче молоко забезпечує найбільш повноцінну форму харчування для немовлят, у тому числі передчасно народжених і хворих новонароджених.

Відповідно до рекомендації ААП, протипоказаннями до ГВ є класична галактоземія в немовлят (дефіцит галактозо-1-фосфатуридилтрансферази); інфікування матері вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), нелікований бруцельоз матері, підозра або підтверджена хвороба, викликана вірусом Ебола, вживання матерями опіатів, кокаїну і фенциклідину. За даними Центру з контролю та профілактики захворювань у США (CDC), якщо мати інфікована Т-клітинним лімфотропним вірусом людини I або II типу (HTLV-1/2), вона також не може годувати дитину власним грудним молоком

[3,6,10]. Надзвичайно важливо пам'ятати, що застосування медикаментів матір'ю-годувальницею не є протипоказанням до ГВ. За потреби в призначенні ліків можна скористатися додатком для перевірки сумісності препаратів із ГВ: LactMed, InfantRisk.com або e-lactancia.org.

Якщо дитина не годується грудьми регулярно й ефективно до виписки з пологового будинку, матері слід показати, як підтримувати лактацію за допомогою ручного або механічного зціджування, розглянути питання про можливу потребу в догодовуванні дитини з акцентом на виборі типу і методу догодовування [15].

Виділяють основні завдання педіатра/сімейного лікаря в налагодженні вигодовування та поширенні знань про ГВ:

1. Пропагувати ГВ як норму вигодовування немовлят.

2. Володіти знаннями про принципи ГВ.

3. Розвивати навички для оцінювання адекватності ГВ.

4. Підтримувати навчання медичного персоналу з ГВ.

5. Сприяти лікарняній політиці, сумісній із політикою ААП, Академії медицини грудного вигодовування та «Десятьма кроками до успішного грудного вигодовування» ВООЗ/ЮНІСЕФ.

6. Співпрацювати з акушерським співтовариством для розроблення оптимальних програм підтримання ГВ.

7. Демонструвати підтримку ГВ у своєму офісі та усунути практики, які заважають ГВ (безкоштовні молочні суміші, які будуть обов'язково використані).

8. Співпрацювати з консультантами з ГВ [4].

В окремих ситуаціях для раннього виявлення і вирішення проблем із ГВ, а також за запитом матері може знадобитися консультація консультанта з ГВ. Рекомендувати варто за підвищеної тривожності, негативного попереднього досвіду матері, за наявності плоских/втягнутих сосків, багатоплідної вагітності та операцій на молочних залозах в анамнезі. Також консультації потребують матері, у яких дитина народилася передчасно, із вродженими аномаліями, неврологічними порушеннями тощо [15].

Коли мати і дитина залишають пологовий будинок, рівень ГВ падає повільно, але стабільно, що свідчить про те, що сім'ї потребують постійної додаткової підтримки [9]. Розрізняють проактивну і реактивну підтримку ГВ. Проактивна – це заплановані профілактичні послуги (консультації, лек-

ції, обговорення певних питань ГВ), а реактивна – це підтримка, яка надається, коли виникають труднощі, що загрожують продовженню ГВ. Саме проактивна підтримка демонструє вищий рівень ефективності в налагодженні ГВ [14].

Висновки

Постійне зниження винятково ГВ з місяця в місяць вказує на те, що сім'ї матерів, які годують груддю, потребують потужніших систем підтримки для досягнення цілей щодо ГВ.

Пренатальна освіта щодо ГВ має вагомий вплив. Матері, обізнані завчасно про вигодовування дитини та позитивно налаштовані, мають тенденцію починати ГВ і продовжувати його протягом тривалого періоду. Впевненість матері

в ГВ (самоефективність) є одним із потенційно модифікованих факторів для підвищення успішності ГВ.

Вирішальне значення в налагодженні ГВ має планова практика догляду за вагітними компетентним медичним персоналом із метою навчання і підвищення сучасного рівня знань жінок про важливість ГВ і його популяризації в країні, залучення родини для підтримання й створення позитивного мікроклімату в сім'ї.

У разі виявлення проблем і труднощів слід розглянути варіант направлення до лікаря, що спеціалізується на медицині ГВ, або до консультанта ГВ.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Addicks SH, McNeil DW. (2019). Randomized controlled trial of motivational interviewing to support breastfeeding among Appalachian women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 48(4):418-432. doi: 10.1016/j.jogn.2019.05.003.
2. Ahishakiye J, Bouwman L, Brouwer ID, Vaandrager L, Koelen M. (2020). Prenatal infant feeding intentions and actual feeding practices during the first six months postpartum in rural Rwanda: a qualitative, longitudinal cohort study. *Int Breastfeed J*. 15(1): 29. doi: 10.1186/s13006-020-00275-y.
3. American Academy of Pediatrics. (2021). Contraindications to Breastfeeding. URL: <https://www.aap.org/en/patient-care/breastfeeding/contraindications-to-breastfeeding/#:~:text=The%20only%20true%20contraindications%20to,or%20confirmed%20Ebola%20virus%20disease.>
4. American Academy of Pediatrics. (2022). Newborn and Infant Breastfeeding. URL: <https://www.aap.org/en/patient-care/newborn-and-infant-nutrition/newborn-and-infant-breastfeeding/#:~:text=For%20the%20best%20health%20outcomes,and%20beyond%20as%20mutually%20desired.>
5. Araban M, Karimian Z, Kakolaki ZK, McQueen KA, Dennis CL. (2018). Randomized controlled trial of a prenatal breastfeeding self-efficacy intervention in primiparous women in Iran. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 47(2): 173-183; doi: 10.1016/j.jogn.2018.01.005.
6. Barska L, Oliinyk V, Babych L, Shypenko O, Khakimova M, Podorozhna V. (2024). Pozytsiynyi dokument No.4 orhanizatsiia hrudnoho vyhodovuvannia. Ukrainska akademiia medytsyny hrudnoho vyhodovuvannia. [Барська Л, Олійник В, Бабич Л, Шипенко О, Хакімова М, Подорожна В. (2024). Позиційний документ №4 організація грудного вигодовування. Українська академія медицини грудного вигодовування]. URL: https://drive.google.com/file/d/1CI0t_XU5Q_zMBg1WkviO11grihVW83N/view.
7. Burtner M, Jack A, Mullin C, Brown E, Standish KR, Fields A et al. (2024). Breastfeeding Promotion in the Prenatal Setting (Revised 2024). *Breastfeeding Medicine*. 19(8). doi: 10.1089/bfm.2024.0203.
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Breastfeeding Report Card: United States, 2022. (Accessed on August 23, 2024). URL: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>.
9. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Breastfeeding Report Card. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10116907/>.
10. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). Contraindications to Breastfeeding. URL: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/Contraindications-to-breastfeeding.html>.
11. De Foor M, Darby W. (2020). «Motivate to Lactate»: Utilizing Motivational Interviewing to Improve Breastfeeding Rates. *J Perinat Educ*. 29(1): 9-15. doi: 10.1891/1058-1243.29.1.9.
12. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. (2019). Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev*. 9(9): Cd012099. doi: 10.1002/14651858.CD012099.pub2.
13. Gebremariam KT, Mulugeta A, Gallegos D. (2023). Theory-based mHealth targeting fathers and mothers to improve exclusive breastfeeding: A Quasi-Experimental Study. *Int Breastfeed J*. 18(1): 2. doi: 10.1186/s13006-022-00537-x.
14. Grimes HA, Forster DA, Shafiei T, Amir LH, McLardie-Hore F, McLachlan HL. (2020). Breastfeeding peer support by telephone in the RUBY randomised controlled trial: A qualitative exploration of volunteers' experiences. *PLoS One*. 15(8): e0237190. doi: 10.1371/journal.pone.0237190.
15. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. (2013). ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 2013. *Breastfeeding medicine ABM Protocol*. 8(6): 469-473. doi: 10.1089/bfm.2013.9979. PMID: 24320091; PMCID: PMC3868283.
16. Huang Y, Ouyang Y-Q, Redding SR. (2019). Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: a systematic review. *Women Birth*. 32(4): 303-309. doi: 10.1016/j.wombi.2018.09.003.
17. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. (2023, Mar). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery* 118: 103579. doi: 10.1016/j.midw.2022.103579.
18. Kehinde J, O'Donnell C, Grealish A. (2024). A qualitative study on the perspectives of prenatal breastfeeding educational classes in Ireland: Implications for maternal breastfeeding decisions. *PLoS One*. 19(12): e0315269. doi: 10.1371/journal.pone.0315269.
19. Kellams A. (2025). Initiation of breastfeeding. Up to Date. URL: https://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding?topicRef=4978&source=see_link.
20. Lynn Z, Chuemchit M. (2024). Determinants of prenatal breastfeeding knowledge, attitudes and self-efficacy among Burmese migrant pregnant mothers in Samut Sakhon Province,

- Thailand: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 14(7): e084609. doi: 10.1136/bmjopen-2024-084609
21. Maurer L, Schultz A, McQueen K. (2024). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF): German Translation and Psychometric Assessment. *Journal of Human Lactation*. 40(3). doi: 10.1177/08903344241254108.
 22. Meek JY, Noble L. (2022). Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 150(1): e2022057988. doi: 10.1542/peds.2022-057988.
 23. MOZ Ukrainy. (2005). Pro zatverdzhennia protokolu medych-noho dohliadu za zdorovoio novonarodzhenoio dytnoiu. Na-kaz MOZ Ukrainy vid 04.04.2005 No. 152. [МОЗ України. (2005). Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною. Наказ МОЗ України від 04.04.2005 №152]. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/93451___93451.
 24. Nilsson I, Busck-Rasmussen M, Rossau HK, Villadsen SF. (2022, Oct). Breastfeeding trajectories of young and short-term edu-cated mothers and their partners; experiences of a journey fac-ing tailwind and headwind. *Midwifery*. 113: 103436. doi: 10.1016/j.midw.2022.103436.
 25. Olufunlayo TF, Roberts AA, MacArthur C, Thomas N, Odey-emi KA, Price M et al. (2019). Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review. *Ma-tern Child Nutr*. 15(3): e12788. doi: 10.1111/mcn.12788.
 26. O'Toole L, McGovern LM, Laws RA, Skinner TC, McAuliffe FM, O'Reilly SL. (2024). An exploration of prenatal breastfeeding self-efficacy: a scoping review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 21(1): 95. doi: 10.1186/s12966-024-01641-3.
 27. Öztürk R, Ergün S, Özyazıcıoğlu N. (2022). Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: a quasi-experimental study *Rev Esc Enferm USP*. 56: e20210428. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0428.
 28. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whit-lock EP. (2016, Nov 25). Primary Care Interventions to Sup-port Breastfeeding: Updated Evidence Report and System-atic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 316(16): 1694-1705. doi: 10.1001/jama.2016.8882. Erratum in: *JAMA*. 316(20): 2155. doi: 10.1001/jama.2016.17260. PMID: 27784101.
 29. Reno R. (2018). A pilot study of a culturally grounded breast-feeding intervention for pregnant, low-income African Ameri-can women. *J Hum Lact*. 34(3): 478-484. doi: 10.1177/0890334418775050.
 30. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Mar-tines JC et al. (2016). Why invest, and what it will take to im-prove breastfeeding practices? *Lancet*. 387(10017): 491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
 31. Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. (2020). The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and fre-quency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health* 20, Article number: 94. doi: 10.1186/s12905-020-00947-1.
 32. Thorpe K, Danby S, Cromack C, Gallegos D. (2020). Support-ing, failing to support and undermining breastfeeding self-effi-cacy: Analysis of helpline calls. *Maternal & Child Nutrition*. 16(2). doi: 10.1111/mcn.12919.
 33. World Health Organization. (2020). Baby-friendly Hospital Ini-tiative training course for maternity staff: customisation Guide. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>.
 34. World Health Organization. (2023). Breastfeeding. URL: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.
 35. World Health Organization. (2023). Infant and young child feed-ing. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
 36. World Health Organization. (2023). United Nations Children's Fund Global Breastfeeding scorecard 2023: rates of Breast-feeding increase around the world through improved protec-tion and support. URL: <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>.

Відомості про авторів:

Олійник Вікторія Сергіївна – к.мед.н., доц. каф. пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. <https://orcid.org/0000-0002-6822-4591>.

Кулешов Олександр Вячеславович – д.мед.н, проф., зав. каф. пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. <https://orcid.org/0000-0003-0149-3452>.

Мантак Галина Іванівна – к.мед.н., доц. каф. педіатрії № 2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. <https://orcid.org/0000-0002-5387-8605>.

Ковтюх Тетяна Олександрівна – к.мед.н., доц. каф. клінічної медицини КНУ ім. Т. Шевченка. Адреса: м. Київ, вул. Володимирська, 60.

<https://orcid.org/0000-0003-0447-4222>.

Ющенко Леся Олександрівна – к.мед.н., доц. каф. пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. <https://orcid.org/0000-0003-0112-8260>.

Стаття надійшла до редакції 05.06.2025 р., прийнята до друку 09.11.2025 р.