



**Raskaana olevan sekä imeväisikäisen
lapsen äidin sekä perheen imetysohjaus
HOTUS-hoitosuositus**

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

Puheenjohtaja

LEENA HANNULA, TtT, lehtori, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Jäsenet

RIIKKA IKONEN, TtT, kansallinen imetyskoordinaattori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, post doc-tutkija, Tampereen yliopisto

MARJA KAUNONEN, TtT, hoitotieteen professori, Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yleishallinto

HETA KOLANEN, TtM, kehittämispäällikkö, HUS Tietohallinto

SIDONNAISUUDET: Suositustyöryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

Suosituksen versiohistoria

2010

Hannula Leena, Kaunonen Marja, Koskinen Katja, Tarkka Marja-Terttu. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus – Hoitotyön suositus.

ISSN 2489-5024

Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET	2
Johdanto	4
Suosituksen tarkoitus, tavoite ja keskeiset käsitteet	6
Suosituksen tarkoitus ja tavoite	6
Kohderyhmät	6
Keskeiset käsitteet	7
Menetelmät	8
Tiedonhaku	8
Tiedonlähteiden valinta	8
Näytön asteen arviointi	10
Suosituslauseet	10
1. Koulutuksen tarjoaminen terveydenhuollon ammattihenkilöille ja vertaistukijoille	10
2. Äidin ja perheen imetysohjaus ja -tuki	11
3. Tuen tarpeen tunnistaminen ja imetysohjauksen kohdentaminen	14
4. Vertaistuki imetyksen tukena	15
5. Vauvamyönteisysohjelman mukainen imetyksen tukeminen sairaalassa	17
Suosituksen luotettavuus	17
Suosituksen käyttöönotto	17
Suosituksen päivittäminen	18
Jatkotutkimusaiheet	18
Lähteet	19
Liitteet	29

Johdanto

Vuonna 2010 julkaistiin ensimmäinen imetykseen kohdentuva hoitosuositus: *Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus*. Tämän hoitosuosituksen julkaisun jälkeen tutkimusnäyttö tehokkaista imetysohjauksen interventioista on karttunut huomattavasti. Uuden tutkimusnäytön myötä tästä hoitosuosituksesta on tehty päivitys *Raskaana olevan sekä imeväisikäisen lapsen äidin sekä perheen imetysohjaus*.

Uudet tutkimukset imetyksen tärkeydestä ja vaikutuksesta äidin terveyteen antavat kiistattoman näytön siitä, että imetyksen edistäminen on vaikuttava keino lisätä kansanterveyttä.^{1,2} Imetys antaa suojaa lapsuusiän tyypillisiä infektioita vastaan, on yhteydessä joidenkin lapsuusiän syöpien alhaisempaan esiintyvyyteen ja metabolisen oireyhtymän esiintyvyyteen aikuisiällä sekä parempaan kognitiiviseen suorituskykyyn. Lisäksi imetys on yhdistetty äitien pienempään rintasyöpien ja munasarjasyöpien riskiin.^{1,3}

Englannissa on tehty laaja kustannusvaikutusanalyysi imetyksen ja imettämättömyyden kustannusvaikutuksista liittyen terveyteen, terveyspalvelujen käyttöön ja työkykyyn.⁴ Tutkimuksen mukaan terveydenhuollon kustannuksia olisi mahdollista säästää 3,6 miljoonaa puntaa (noin 4,1 miljoonaa euroa) sairaalahoitoja vaativien suolistoinfektioiden ja lääkärikäyntien määrien vähentymisen myötä, jos 45 % äideistä täysimettäisi 4 kuukauden ikään ja 75 % vauvoista imettäisiin lastenosastolta kotiutettaessa. Alahengitystieinfektioiden, korvatulehdusten ja nekrotisoivan enterokoliitin vähäisempi esiintyvyys toisi lisäksi 17 miljoonan punnan (noin 19,2 miljoonan euron) säästöt.¹ Kansanterveydellisten vaikutusten lisäksi imetys on myös ekologisin tapa antaa ravintoa imeväisikäiselle.

Imetys on taito, joka vaatii harjoittelua. Onnistunut imetys on lapsen, äidin, muun perheen ja lähipiirin yhteistyön tulos. Lähes kaikki suomalaiset odottavat äidit suunnittelevat imettävänsä vauvaansa⁵, mutta epätietoisuus maidon riittävydestä ja heikko tuki imetyksen jatkamiseen saattavat johtaa lisäruokien varhaiseen aloittamiseen⁶. Äidin omiin imetystavoitteisiin pääsemistä voivat edistää imettävän vauvan viestien tulkitseminen ja tarpeisiin (esim. tiheät ja pitkään kestävät imetykset) vastaaminen, hyvän imemisasennon ja -otteen löytäminen, muun elämän yhteensovittaminen imetyksen kanssa sekä lähipiiriltä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä saatu tuki. Imetystavoitteisiin pääsemistä voivat haitata imetystä hankaloittavat tai kyseenalaistavat kommentit tai ohjeet. Äidit saattavat kokea syyllisyyttä imetykseen ja pulloruokintaan liittyvistä asioista.⁷

Hoitokäytännöillä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamalla imetysohjauksella on suuri vaikutus imetyksen onnistumiseen². Kansainvälisesti imetystä on edistetty Vauvamyönteisyysohjelman (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) avulla. Tällä hetkellä Suomessa kuusi synnytysairaala 23:stä on sertifioitu vauvamyönteiseksi (26 %). Tätä kirjoitettaessa keväällä 2020 sertifikaatti oli voimassa Suomessa seuraavissa sairaaloissa: Lohjan ja Hyvinkään sairaaloissa, Vaasan keskussairaalassa, Seinäjoen keskussairaalassa, Satasairaalassa ja Keski-Suomen keskussairaalassa.⁸ Vuonna 2018, synnytyksistä 12 % hoidettiin vauvamyönteiseksi

sertifioidussa sairaalassa⁹. Lähes kaikki suomalaiset synnytyssairaalat valmistautuvat auditointiin ja kehittävät käytäntöjään vauvamyönteisiksi.

Suomessa imetetään suosituksia lyhyemmän aikaa ja vähiten verrattuna muihin Pohjoismaihin¹⁰. Erityisesti täysimetys on Suomessa vähäistä, tosin tuoretta selvitystä imetyksen yleisyydestä ei ole saatavissa. Kansainvälisen Vauvamyönteisyysohjelman suosituksen mukaan, muuta kuin oman äidin maitoa annetaan vastasyntyneille vain lääketieteellisin perustein. Lisämaidon anto vastasyntyneelle ilman lääketieteellistä perustetta vähentää täysimetyksen kestoa. Suomalaisissa synnytyssairaaloissa lisämaidon antaminen imetyksen ohella on hyvin tavallista.¹¹ Vuonna 2016 julkaistussa väitöskirjatutkimuksessa suomalaisäidit täysimettivät keskimäärin alle kaksi kuukautta⁶.

EU maissa keskimäärin vain 23 % (2–56 %) vauvoista täysimetetään vielä juuri ennen kuuden kuukauden ikää. EU maista eniten, yli 40 % vauvoista täysimetetään kuuden kuukauden ikään Slovakiassa (49 %) ja Unkarissa (44 %) ja vähiten Iso-Britanniassa (1 %), Suomessa (1 %) ja Kreikassa (1 %).¹⁰ Tuoreen kansallisen pilottitutkimuksen perusteella näyttää siltä, että Suomen imetyksluvut ovat aikaisempaa paremmat. Tutkimuksen mukaan 3–4 kuukauden ikäisistä vauvoista 87 % oli imettyjä ja 66 % oli saanut vain rintamaitoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen (s.o. täysimetys).¹²

Suomessa edistetään imetystä kansallisella tasolla. Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011)¹³ veloitetaan antamaan ravitsemukseen ja imetykseen liittyvää tukea osana määräaikaisiin terveystarkastuksiin sisältyvää terveysneuvontaa. Toinen kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma 2018–2022 julkaistiin vuonna 2017. Sen keskeisenä tavoitteena on nostaa Suomi imetyksen kärkimaaksi. Toimintaohjelma kuvaa tavoitteen saavuttamiseksi ehdotetut toimenpiteet ja vastuutahot. Siinä myös kuvataan Suomessa tähän mennessä tehtyä imetyksen edistämistyötä. Keskeiset keinot toimintaohjelman tavoitteisiin pääsemiseksi ovat Vauvamyönteisyysohjelman laajamittainen käyttöönotto synnytyssairaaloissa siten, että vuoteen 2022 mennessä vähintään 75 % sairaaloista on hakenut sertifikaattia ja vauva- ja perhemyönteisyysohjelman käyttöönotto lastenneuvoloissa siten, että vähintään 50 % äitiys- ja lastenneuvoloista on vuoteen 2022 mennessä aloittanut kehittämistyön kohti sertifikaattia.¹⁴ Kansallisen imetyскоordinaattorin toimi perustettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) alaisuuteen syksyllä 2018.

Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman lisäksi myös muut toimintaohjelmat ja oppaat ohjeistavat imetysohjausta kansallisella tasolla. Äitiysneuvolaoppaassa todetaan, että imetysohjausta annetaan suunnitelmallisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä ja se aloitetaan jo raskausaikana jatkaen vieroitukseen asti. Oppaassa korostetaan myös erityistä tukea tarvitsevien perheiden tunnistamista ja henkilökunnan riittävää imetysohjausta.¹⁵ Myös Kansallisessa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (2015) korostetaan imetyksen edistämistä¹⁶. THL julkaisi vuonna 2016 uudet kansalliset ruokasuositukset lapsiperheille. Niissä ohjataan siirtymään kiinteään ruokaan antamalla vauvalle maisteluannoksia 4–6 kuukauden iästä lähtien. Maisteluannokset ovat pieniä, korkeintaan muutaman

teelusikallisen kokoisia eikä niiden ole tarkoitus syrjäyttää rintaruokintaa.¹⁷ Tässä Suomen suositukset poikkeavat sekä aiemmista kansallisista suosituksista että kansainvälisistä suosituksista, joissa yksinomaista imetystä suositellaan jatkettavaksi kuuden kuukauden ikään¹⁸.

Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma luo kansalliset suositukset imetyksen edistämiseksi. Tämä hoitosuositus täydentää terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja vertaistukijoiden työkalupakkia tarjoamalla tutkittua tietoa siitä, millainen imetysohjaus ja -tuki on mahdollisimman tehokasta, ja miten imetysohjausta tulisi kehittää. Uusin versio Vauvamyönteisyysohjelmasta¹⁹ ja neuvoloiden Vauva- ja perhemyönteisyysohjelma taas sisältävät ne interventiot, joilla imetystä voidaan edistää.

Kansainvälisesti on kehitetty monia imetystä tukevia interventioita. Uudenlaisia ohjaustapoja on tulossa entisten rinnalle, kuten verkkopohjaisten mobiilisovellusten käyttö imetyksen tukemisessa. Näiden sovellusten vaikuttavuudesta ei kuitenkaan vielä ole käytettävissä riittävästi tutkimusnäyttöä. Ensimmäiset alustavat tulokset ovat brasilialaisesta katsauksesta (n = 9 tutkimusta), jossa arvioitiin kehitettyjen mobiilisovellusten avulla annetun tuen vaikutuksia imetykäytäntöihin. Katsauksen mukaan sovellusten avulla annettu tuki saattaa lisätä täysimetystä ja imetystä.²⁰

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden rooli imetyksymyönteisten asenteiden vahvistamisessa on ensiarvoisen tärkeä. Heidän käytössään tulee olla vaikuttavia keinoja tukea imetystä. Vuonna 2010 julkaistu hoitosuositus on ollut yksi käytetyimpiä suomalaisia hoitosuosituksia. Esimerkiksi Oulussa jalkautettiin kansallista imetyssuositusta laatimalla alueellinen ”Näyttöön perustuva imetysohjauksen yhtenäinen toimintamalli” (YIT) ja todettiin vuonna 2010 julkaistu hoitosuositus toimivaksi.¹⁴

Suosituksen tarkoitus, tavoite ja keskeiset käsitteet

Suosituksen tarkoitus ja tavoite

Raskaana olevan sekä imeväisikäisen lapsen äidin sekä perheen imetysohjaus on vuonna 2010 julkaistun hoitosuosituksen päivitys. Sen tarkoituksena on tarjota kriittisesti arvioituihin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä imetysohjausta tarjoavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön. Suosituksen tavoitteina ovat raskaana olevan sekä imeväisikäisen lapsen äidin ja perheen saaman imetystuen laadun parantaminen, imetykseen liittyvien ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen sekä ohjauksen yksilöllisyyden toteutuminen.

Kohderyhmät

Kansallinen hoitosuositus on tarkoitettu erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa raskaana olevien sekä imeväisikäisten lasten perheiden kanssa työskentelevien

terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön. Hoitosuositusta voidaan käyttää myös terveysalan koulutuksessa, ja sitä voivat hyödyntää myös muut perheiden parissa työskentelevät ammattihenkilöt ja vapaaehtoistyötä tekevät.

Keskeiset käsitteet

Suosituksessa käytetyt keskeiset käsitteet ovat yhdenmukaiset Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman 2018–2022¹⁴ kanssa. Etenkin täysimetykseen ja imetykseen liittyvät määritelmät vaihtelevat tutkimuksittain ja kyseisen tutkimuksen kohdalla on noudatettu tulosten raportoinnissa ko. tutkimuksen määritelmää.

Täysimetys

Täysimetetyn lapsen ainoana ravintona on äidin rintamaito, jota annetaan imettämällä tai lypsettyinä. Lisäksi lapselle annetaan D-vitamiinia sekä mahdollisesti muita lapsen tarvitsemia vitamiini- tai hivenainevalmisteita ja lääkkeitä.^{14,21}

Osittainen imetys

Lapsi saa rintamaidon ohella kiinteää soseruokaa, äidinmaidonkorviketta, imeväiselle tarkoitettua kliinistä ravintovalmistetta, velliä tai muuta ravintoa.^{14,21}

Vauvamyönteisyysohjelma

WHO:n ja Unicefin vuonna 1991 julkaisema toimintaohjelma (engl. Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI), jolla parannetaan imetyksen toteutumista maailmanlaajuisesti. Ohjelman ydin on ”Kymmenen askelta onnistuneeseen imetykseen”, joka on käytännönläheinen ohje imetyksen edistämiseksi ja tukemiseksi synnytysyksiköissä. Viime vuosina ohjelman pohjalta on laadittu tai ollaan laatimassa ohjelma perusterveydenhuoltoon ja lasten sairaanhoitoon.¹⁹

IBCLC

International Board Certified Lactation Consultant, laajan imetyksen erityisasiantuntijakoulutuksen ja –tutkinnon suorittanut henkilö²².

Imetyskouluttaja

Imetyskouluttaja voi toimia imetysohjaajien kouluttajana ja imetyskoordinaattorina sekä asiantuntijana ja kehittäjänä imetysohjaukseen ja -tukeen liittyvissä asioissa toimintayksikössään tai alueellisesti. Tällä hetkellä ammattikorkeakoulussa tarjotaan imetyskouluttajakoulutusta 7,5 opintopisteen laajuisena. Koulutukseen hakeutavalta edellytetään imetysohjaajan koulutusta.¹⁴

Imetysohjaaja

Vauvamyönteisyysohjelman mukaisen imetysohjaajakoulutuksen (20 h) suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilö¹⁹.

Imetyksen ohjaaminen ja tukeminen

Ohjaaminen ja tukeminen ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä. Ohjaus voidaan nähdä suunnitelmallisena, kontekstisidonnaisena toimintana, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö ja

ohjattava ovat aktiivisessa ja vuorovaikutteisessa suhteessa. Imetyksen tukeminen voi olla ime-tysmyönteisiä tekoja ja asenteita yleisesti ja yksilötasolla. Yksilötasolla imetyksen tukeminen voi olla tiedon välittämistä, rohkaisemista ja auttamista käytännön ongelmissa. Yksilötasolla molempiin käsitteisiin kuuluu kiinteästi myös emotionaalisen tuen antaminen. ^{Mukaillen 14}

Vertaistukija

Vertaistuki on samankaltaisten elämäkokemusten ja elämänvaiheiden läpikäyneiden ihmisten keskinäiseen tasa-arvoisuuteen ja solidaarisuuteen, kuulluksi ja ymmärretyksi tulemiseen sekä kohtaamiseen ja keskinäiseen tukeen perustuva vuorovaikutuksen muoto. Vertaistukeen osal-listuvat ovat tasavertaisia keskenään ja toimivat yleensä sekä tukijoina että tuettavina. Tässä hoitosuosituksessa vertaistukijalla tarkoitetaan imetystukea antavaa henkilöä, jonka ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö.²³

Terveydenhuollon ammattihenkilö

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan tässä suosituksessa perusterveydenhuol-lossa ja erikoissairaanhoidossa työskenteleviä terveydenhuollon ammattilaisia mukaan lukien sairaanhoitajat, kättilöt, terveydenhoitajat, suuhygienistit ja lääkärit, jotka hoitavat lasta odottavia tai imeväisikäisten perheitä²⁴.

Menetelmät

Hoitosuosituksen päivityksessä toteutettiin systemaattinen kirjallisuushaku noudattaen alkuperäisen suosituksen katsausten kulkua.

Tiedonhaku

Tiedonhauissa käytetyt tietokannat ja hakusanat on kuvattu liitteessä 1. Tiedonhaku toteutettiin yhteistyössä informaation kanssa. Haku rajattiin alkuperäisen suosituksen jälkeen ilmestyneisiin tutkimuksiin (so. vuosiin 2008–2015). Lisäksi tehtiin täydennyshaku vuosina 2015–2020 julkaistuihin järjestelmällisiin katsauksiin.

Tiedonlähteiden valinta

Alkuperäisestä hoitosuosituksesta poiketen, päivityksessä keskityttiin imetysohjauksen inter-ventioihin, joiden osalta tutkimus kykeni osoittamaan vaikuttavuutta. Näin ollen päivitykseen va-likoitiin määrällisiä tutkimuksia ja laadulliset tutkimukset rajattiin pois. Tähän lisärajaukseen pää-dyttiin tutkimusnäytön runsauden vuoksi.

Mukaanottokriteerit olivat:

- Tutkimus imetyksestä, imetysohjauksesta tai -tuesta.
- Kohderymänä terveet vastasyntyneet. Tavalliset terveysriskit ja -ongelmat (hyperbiliru-binemia, äidin ylipaino tms.) otettiin mukaan.

- Lopputulosmuuttujana (outcome) imetyksen tai täysimetyksen pituus tai yleisyys
- Alkuperäistutkimus tai järjestelmällinen katsaus
- Vertaisarvioitu
- Suomen- tai englanninkielinen julkaisu

Poissulkukriteerit olivat:

- Tutkimuksen aiheena imetystilastot, imetyksen terveysedut, vastasyntyneiden korvike-ruokinta tai nälänhädän ehkäisy/imetyksessä katastrofitilanteissa
- Kohderymänä vakavasti sairaat äidit, sairaat vastasyntyneet tai imeväiset tai keskoset (< 37 raskausviikkoa)
- Tehty kehitysmaassa (IMF:n luokitus)
- Ei tieteellinen artikkeli

Neljä työryhmän jäsentä osallistui tutkimusten valintaan. Otsikot listattiin aakkosjärjestykseen ensimmäisen tekijän sukunimen mukaan ja jaettiin puolivälistä kahteen osaan. Kaksi tutkijoista arvioi itsenäisesti listan toisen osan ja kaksi tutkijaa toisen osan. Molemmat tutkijaparit kävivät valinnat keskenään läpi konsensuksen saavuttamiseksi. Abstraktit ja kokotekstit luettiin samaa toimintatapaa hyödyntäen. Tutkijaparit olivat valintaprosessin ajan tiiviisti yhteydessä keskenään ja tarkensivat kriteerejä tarvittaessa. Kokotekstien valinnan jälkeen tutkijat kävivät läpi suositukseen valitut systemaattiset katsaukset ja poistivat suosituksen perustaksi valituksi tulleista tutkimuksista ne alkuperäistutkimukset, jotka olivat jo mukana suosituksessa osana systemaattista katsausta. Valintaprosessi on kuvattu liitteessä 2.

Aineiston laadunarviointi

Tutkimusten menetelmällinen laatu arvioitiin tutkimusasetelmaa vastaavalla kriteeristöllä (Joanna Briggs Instituutin (JBI) kriittisen arvioinnin tarkistuslistat eri tutkimusasetelmille). Työryhmä ei asettanut ennalta mukaan otettavien tutkimusten laadunarvioinnin hyväksymisrajaa. Tutkimusten laadun arvioi kaksi työryhmän jäsentä itsenäisesti, jonka jälkeen arviointeja verrattiin. Kaikki arvioidut tutkimukset osoittautuivat riittävän laadukkaiksi eikä niiden hyväksymisestä ollut tarpeen käydä keskustelua suositustyöryhmän kesken. Laadunarvioinnin tuloksen sanallisessa kuvauksessa hyödynnettiin seuraavia raja-arvoja: 86–100 % toteutuma kriteereistä: taksokas; 65–85 %: hyvä; 50–64 %: kelvollinen; alle 50 %: hylätty.

Aineiston analyysi

Mukaan valitut tutkimukset taulukoitiin. Tutkimukset järjesteltiin deduktiivisesti alkuperäisen suosituksen suosituslauseiden mukaisesti siten, että tutkimusten interventioista tunnistettiin ne elementit, jotka tukevat tai tuovat ristiriitaista näyttöä suosituslauseisiin. Tutkimusten interventiot olivat tyypillisesti usean intervention ohjelmia (esimerkiksi tehostettua ohjausta annettiin raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen ja yksilö- tai ryhmäohjaukseen yhdistettiin kirjallinen materiaali, vertaistuki tai myös isälle tarjottava ohjaus). Tällöin tutkimus kuvataan kaikissa niissä näytönastekatsauksissa, joissa tutkimuksen interventio tai sen osa koskee suosituslauseetta.

Näytön asteen arviointi

Suosituslauseiden näytönaste arvioitiin Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) hoitosuosituksen laadinnan käsikirjan²⁵ ohjeiden mukaisesti. Näytönasteen arvioinnissa käytettiin pohjana alkuperäistä suositusta siten, että arviointi aloitettiin kullekin lauseelle aiemmin määritellystä näytönasteesta. Jos suosituslauseeseen perusteluksi ei löytynyt uutta tutkimusnäyttöä, näytönaste säilytettiin ennallaan. Tämä on mainittu kunkin lauseen yhteydessä. Samoin, jos uutta näyttöä löytyi, mutta sen tarjoama näyttö (tutkimusasetelman mukainen näytön vahvuus, tutkimusten laatu, tulosten yhdenmukaisuus) ei antanut aihetta muuttaa lauseen näytönastetta, se säilytettiin ennallaan. Näytönastetta nostettiin, jos uusi tutkimusnäyttö tarjosi aikaisempaa vahvempaa näyttöä kyseisen suosituslauseeseen tueksi.

Suosituslauseet

Suosituslauseissa hyödynnettiin alkuperäisen suosituksen rakennetta. Rakenne päivitettiin vastaamaan nykyistä suosituspohjaa. Uutta tutkimusnäyttöä verrattiin aiemman suosituksen näyttöön. Suosituslauseiden perusteluksi löytynyt uusi tutkimusnäyttö löytyy näytönastekatsauksista (liitteet 1–5). Aiemmin (2010) julkaistun hoitosuosituksen tutkimusnäyttö on kuvattu tässä päivitetyssä versiossa suosituslauseiden alla. Uusi tutkimusnäyttö on vahvistanut tai heikentänyt suosituslauseiden näytönastetta tai näytönaste on pysynyt samana. Suosituslauseet on päivitetty vastaamaan rakenteeltaan ja sanoitukseltaan nykyistä ohjeistusta.²⁵

1. Koulutuksen tarjoaminen terveydenhuollon ammattihenkilöille ja vertaistukijoille

Imetyksestä ja imetysohjauksesta tarvitaan terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattua peruskoulutusta, jatkuvaa täydennyskoulutusta sekä hoidon laadun parantamiseen tähtäävää toimintaa,

➤ **sillä terveydenhuollon ammattihenkilöiden saama koulutus imetyksestä ja imetysohjauksesta ilmeisesti tukee imetystä^{26–29}. (B)**

- Raskaana olevien ja imeväisen vanhempien kanssa yhteistyötä tekevillä tulee olla asianmukainen koulutus imetysohjaukseen^{30–36}.
- WHO/Unicefin Vauvamyönteisyysohjelman mukainen imetysohjaajakoulutus on tehokas tapa kouluttaa henkilökuntaa³⁷.
- Ammattilaisten omat imetysasenteet vaikuttavat äitien imetykäyttäytymiseen. Ammattilaisten tulee tunnistaa asenteidensa merkitys^{34,38}.
- Terveydenhuoltohenkilöstön saama imetyškoulutus lisää äitien tyytyväisyyttä saamaansa ohjaukseen^{32,36}.
- Hoitajille ja lääkäreille tulee tarjota yhdenmukaista koulutusta imetyksestä ja imetysohjauksesta^{39,40}.

- Terveystuotohenkilösten imetyokoulutuksen tulee olla jatkuvaa, eikä se saa olla pelkästään yksilön omaan aktiviteettiin perustuvaa tai vapaaehtoista. Myös imetyokoulutusten laatua tulee arvioida.⁴¹
- Imetystä lisäävät sekä vuosittaisen imetyokoulutuksen järjestäminen osana jatkuvaa henkilösten täydennyskoulutusta että sairaalakäytäntöjen muuttaminen imetystä tukevaksi³⁹.

➤ **sillä vertaistukijoiden koulutus saattaa tukea imetystä ja tukiäitinä toimimista^{42–49}, (C)**

Päivityksessä ei löydetty uusia suositustausetta tukevia eikä ristiriitaisia tuloksia saaneita tutkimuksia. Näytön asteen arviointi perustuu alkuperäisessä (2010) suosituksessa oleviin tutkimuksiin.

- Vertaistukijat hyötyvät koulutuksesta, itseluottamus lisääntyy, ja he voimaantuvat^{42–44}.
- Vertaistukijana toimiminen voimaannuttaa vertaistukijakoulutuksen saaneita imettäviä äitejä^{42,44}.
- Vertaistukijoiden koulutuksessa kannattaa hyödyntää jo valmiiksi suunniteltuja koulutusohjelmia^{44–46} ja yhtenäistää koulutus- ja ohjausmateriaaleja⁴⁷.
- Äidit valitsevat mieluummin koulutetun ammattilaisen toteuttaman imetytutukiryhmän kuin kouluttamattoman vertaistukijan kotikäynnin^{48,49}.

➤ **sillä terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattu laadunparannusohjelma saattaa lisätä imetystä⁵⁰. (C)**

2. Äidin ja perheen imetysohjaus ja -tuki

Tarjota äidille imetysohjausta sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen,

➤ **sillä raskauden aikainen imetysohjaus ilmeisesti tukee imetystä^{51,53,54,56}, erityisesti yhdistettynä synnytyksen jälkeiseen ohjaukseen^{29,52,55,57,58}. (B)**

- Raskausaikana aloitettu imetysohjaus tukee täysimetystä ja imetyksen jatkumista varhaisvaiheessa^{30,32,59–63}.
- Raskausaikana toteutettu monimuotoinen ohjaus, jonka tavoitteena on imetystä koskevien tietojen lisääminen ja positiivisten asenteiden vahvistaminen, lisää imetystä^{32,59–63}.
- Terveystuotoajan antama raskausaikainen ohjaus lisää imetyksen aloitusta⁶⁴.
- Alkuraskaudessa alkavat ja synnytyksen jälkeen jatkuvat pienryhmätapaamiset koulutetun ammattilaisen johdolla parantavat äitien kokemusta saamastaan imetystiedosta sekä lapsen tarpeiden tunnistamista³².
- Raskausaikana vuorovaikutteinen ryhmämuotoinen ohjaus voi lisätä imetystä^{32,59–61,63}.

➤ **sillä synnytyksen jälkeinen imetysohjaus tukee imetystä^{29,52,57,58,64–66}. (A)**

- Yhtenäiset, imetystä tukevat hoitokäytännöt sairaaloissa ja perusterveydenhuollossa lisäävät imetystä^{32,40,60,68–71}.
- Kertaluontoiset interventiot synnytyssairaalassa tai neuvolassa eivät ole vaikuttavia. Tarvitaan monipuolista ja jatkuvaa tukea.^{72–78}
- Asiantunteva imetysohjaus synnytyssairaalassa lisää imetyksessä selviytymistä erityisesti niissä äitiryhmissä, joissa imetys on muutoin keskivertoa vähäisempää⁷⁹.
- Äitien sanallinen ohjaus (ns. hands off-ohjaus) imetystilanteissa sairaalassa vähentää imetysongelmia ja lisää täys- ja osittaisimetystä ainakin kuuteen viikkoon asti⁸⁰.
- Synnytyksen jälkeisten ensimmäisten viikkojen aikana annettu imetystuki on merkittävää imetysongelmien ennaltaehkäisyssä^{35,81,82}.
- Yksilöllinen ja kohdennettu ohjaus synnytyksen jälkeen tukee imetyksen jatkumista^{35,60,81}.
- Imetysohjauksella tuetaan äidin selviytymistä ja luottamusta imetykseen. Äidit, jotka kekevat selviytyvänsä hyvin imetyksestä ja luottavat kykyynsä imettää, imettävät todennäköisimmin vähintään neljä viikkoa.⁸³
- Imetysohjaus ei saa olla syyllistävä. Myös ne äidit, jotka lopettavat imetyksen, tarvitsevat ohjausta ja tukea.⁸⁴
- Pelkkä raskausaikana toteutettava lyhytkestoinen, luentotyyppinen ryhmäohjaus ei lisää imetyksen aloitusta tai jatkumista^{85,86}.
- Hoito yhden hengen tai perhehuoneessa sekä nimetty omahoitaja lisäävät täysimetystä. Äitien saaman ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja yhdenmukaista.³⁰

Tarjota äidille ja perheelle tehostettua imetystukea hyödyntäen eri tukimuotoja,

➤ **sillä tehostettu imetystuki ilmeisesti tukee imetystä^{87,88}, (B)**

- Terveystuon ammattilaisen tarjoama tehostettu imetyksen tuki lisää täysimetystä⁸⁹.

➤ **sillä äideille suunnatut erilaiset lisätuen muodot tukevat imetystä^{57,90–98}, (A)**

- Onnistuneessa tuki-interventioissa autetaan äitiä vauvan hyvän imuotteen ja hyvän imetysasennon oppimisessa. Onnistunut tuki voi vaatia useita kotikäyntejä ja pitempiaikaista seuranta.⁹⁷
- Kotikäynnit ja henkilökohtainen ohjaus tukevat imetystä^{99,100}.
- Imetysohjaus on vaikuttavinta silloin, kun käytetään useita eri menetelmiä^{59,101}.
- Kirjallinen tieto, kuten lehtiset tai internetsivustot, eivät ole yksinään vaikuttava keino imetyksen edistämässä^{59,102,103}.
- Kasvokkain annettu yksilöllinen ohjaus on tehokas tapa tukea imetystä^{37,59,89,101,102}.
- Kotikäynnit tukevat imetystä^{31,101}.
- Imetystukiryhmiä voidaan toteuttaa monella tavalla, kunhan osallistujien yksilöllisyys huomioidaan³⁸.

- Internetin kautta voidaan antaa tietoa ja tukea äideille, jotka imettävät poikkeuksellisissa tilanteissa¹⁰⁴.
- Ammatillaisen järjestämä imetystukiryhmä ja mahdollisuus yksilölliseen vertaistukeen lisäävät imetyksen aloitusta ja jatkumista⁴⁸.
- Psykososiaalisen tuen tarjoaminen sekä käytännöllinen imetysohjaus kotikäynneillä tukevat täysimetystä ja imetyksen jatkumista³¹.
- Asiantunteva synnytyksen jälkeinen puhelimitse annettu imetysohjaus ja -tuki lisäävät koulutettujen äitien täysimetystä. Pienituloisille äideille tarvitaan myös muita imetystuen muotoja.¹⁰⁵
- Perusterveydenhuollossa toimiva imetyspoliklinikka on yksi varteenotettava tukimuoto. Imetyspoliklinikalla voidaan yhdistää ammatillinen ja vertaistuki.⁸²

➤ **sillä raskaudenaikainen äitien imetysluottamuksen lisääminen ilmeisesti tukee imetystä^{106,107}, (B)**

➤ **sillä perheille tarjottu tuki tukee imetystä^{55,108,109}. (A)**

- Tehokkaassa ohjauksessa yhdistyy tiedollinen ohjaaminen ja tuki ja se, että sitä annetaan sekä raskaana olevalle naiselle että hänen puolisolleen tai perheelleen⁵⁵.
- Puolison ja isoäidin, erityisesti äidinäidin, imetysnäkemykset vaikuttavat äitien imetyspäätöksiin^{33,110,111–116}.
- Perheen arjessa mukana olevat läheiset otetaan mukaan imetysvalmennukseen. He hyötyvät ohjeista, joissa kerrotaan, miten he voivat konkreettisesti tukea imettävää äitiä.^{116,117}
- Ammatillisen ja vertaistuen yhdistelmä, jossa huomioidaan isä, muut perheenjäsenet ja ystävät, on tärkeää. Imetystukiryhmään osallistuvat äidit imettävät todennäköisemmin kauemmin (vähintään 2 kuukautta).¹¹⁰

➤ **sillä puolisolle suunnattu ohjaus ja tuki tukevat vauvojen imetystä^{88,118–120}. (A)**

- Puolisoille kannattaa järjestää koulutusta raskausaikana; jo kertaluonteinen imetyskoulutus raskausaikana lisää imetystä^{113,114}.
- Puolisoiden koulutuksessa kannattaa huomioida, että tehokkainta on kulttuurisensitiivinen, kasvokkain annettu informaatio käytännönläheisesti ohjeistaen, miten puolison kannattaa toimia imetyksen tukijana¹¹⁹.
- Puolisolta saatu apu ja rohkaisu lisäävät imetyksen aloitusta¹²¹.
- Puolison rooli herkästi reagoivana osana ”imetystiimiä” lisää äidin luottamusta omiin kykyihinsä ja itsenäisyyteensä, mikä vaikuttaa positiivisesti imetukseen¹²¹.
- Äitiä tukeva käyttäytyminen, joka edistää imetystä, voidaan luokitella tiedoksi, avuksi, rohkaisuksi ja herkäksi reagoinniksi¹²¹:
 - tiedolla tarkoitetaan imetystiedon kartuttamista ja kykyä havaita imetysongelmia¹²¹.

- avulla tarkoitetaan konkreettista käytännön apua kotitöissä, vauvan ja muiden lasten hoidossa sekä äidin hoitamisessa, erityisesti imetyksen aikana¹²¹.
- rohkaisulla tarkoitetaan rohkaisun ja arvostuksen osoitusta äidin imetystä kohtaan¹²¹.
- herkällä reagoinnilla tarkoitetaan herkkyyttä huomioida äidin tarpeet, kunnioitusta hänen valintojaan kohtaan, itsenäisyyden ja vanhemmuuden edistämistä sekä tiedon, avun ja rohkaisun tarjoamista äidille hyväksyttävällä tavalla¹²¹.

3. Tuen tarpeen tunnistaminen ja imetysohjauksen kohdentaminen

Tunnista erityisryhmien tuen tarpeet ja tarjoa kohdennetusti imetyksen lisätukea,

- **sillä lisäimetysohjaus saattaa tukea aiemmin imettämättömien tai vain lyhyen aikaa imettäneiden uudelleensynnyttäjien imetystä¹²², (C)**
- **sillä heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat ilmeisesti hyötyvät imetystuesta^{123,124}, (B)**
- **sillä lihavat* äidit hyötyvät kohdennetusta imetystuesta^{125,126}, (B)**
*painoindeksi yli 30, määrittelyssä käytetty Käypä hoito -suosituksen¹²⁷ määritelmää
 - Ylipainoisilla ja lihavilla äideillä imetyksen fyysisenä esteenä saattavat olla esimerkiksi kookkaat rinnat. Heidän voi olla myös vaikea löytää hyvä/oikea imetysasento, maidon nousu voi olla hidasta tai maitomäärä tuntua vähäiseltä. Myös keisarileikkaus voi aiheuttaa imetyksen ongelmia. Psyykkisinä esteinä voivat olla esimerkiksi alhainen imetysluottamus, kielteinen kehokuva, arkuus imettää julkisilla paikoilla sekä lihavuuteen liitetty stigma. Hyvin suunniteltu ja kohdennettu raskausaikana ja sen jälkeen annettu tuki voivat edistää ylipainoisten ja lihaviin äitien imetystä ja auttaa heitä erilaisissa ongelmissa.¹²⁸ Toistaiseksi ei kuitenkaan ole riittävästi tutkimusta siitä, minkälaiset imetyksen tuki-interventiot edistäisivät parhaiten lihaviin ja ylipainoisten äitien imetystä¹²⁹.
- **sillä tuen tarjoaminen kohdennetusti niille, joilla on imetykseen liittyviä ongelmia, ilmeisesti tukee imetystä¹³⁰, (B)**
 - Äidit, joilla on riski varhaiseen vieroittamiseen, tulee tunnistaa^{33,131}. Riskiryhmään kuuluvia äitejä ovat:
 - nuoret äidit^{132–134}.
 - äidit, joilla on alhainen koulutustaso ja heikko taloudellinen tilanne^{134–138}.
 - äidit, joiden kulttuuritausta poikkeaa valtaväestöstä^{137–142}.
 - tupakoivat äidit¹³⁴.

- lyhyttä imetystä suunnittelevat äidit¹⁴³.
 - keisarileikkauksella synnyttäneet^{141,144}.
 - äidit, joilla on vaikea synnytyskokemus¹⁴⁵.
 - äidit, jotka kokevat selviytyvänsä heikosti imetyksestä ja joilla on imetysoongelmia synnytyssairaalassa^{32,85,145–147}.
 - äidit, jotka imetysongelmien takia lopettavat imetyksen aiemmin, kuin ovat alun perin suunnitelleet, tarvitsevat erityistä tukea¹⁴⁸.
 - äidit, joilla on tunne riittämättömästä maitomäärästä¹⁴⁹.
 - äidit, jotka eivät koe saavansa tukea imetykseen⁷¹.
 - varhain töihin tai opiskelemaan palaavat äidit¹⁰¹.
 - Kohdennettu imetystuki riskiryhmiin kuuluville:
 - Raskaudenaikainen valmennus ja yksilöohjaus, tiheät yhteydenotot äitiin sekä tarvittaessa kotikäynnit lisäävät imetyksen aloittavien ja sitä puoli vuotta jatkavien määrää⁶².
 - Räättälöidyt vertaistukiryhmät korkean (nuoret, vähän koulutetut, pienituloiset äidit) ja matalan (vanhemmat, koulutetut, korkeatuloiset äidit) riskin äideille lisäävät tyytyväisyyttä imetykokemukseen. Äidit hyötyvät ryhmäohjauksesta samassa elämäntilanteessa olevien ryhmäläisten kanssa.¹³²
 - Imettävien vertaisten mallista hyötyvät erityisesti äidit, jotka elävät ympäristössä, jossa imetetään vähän^{50,150,151}.
 - Ammatillisen ja vertaistuen yhdistäminen imetyspoliklinikalla tai tukiryhmässä lisää imetystä maahanmuuttajien ryhmässä¹³⁹.
 - Äidin kulttuurista tulee ottaa huomioon ohjauksessa^{137,138,140–142}.
 - Äidit hyötyvät omaa kulttuurista viiteryhmäänsä edustavan vertaistukijan tuesta^{139,151}.
 - Asiantunteva imetysohjaus synnytyssairaalassa lisää imetyksessä selviytymistä erityisesti niissä äitiryhmissä, joissa imetys on muutoin keskivertoa vähäisempää⁸¹.
 - Äidit tarvitsevat nopeaa ja ammattitaitoista apua imetysoongelmiin. He tarvitsevat erityisesti herkkää kuuntelua ja tukea ongelmatilanteisiin sopeutumisessa.¹⁴⁸
- **sillä imetystuki ei tarjonne lisähyötyä sairaalahoidossa olevien, hyperbilirubinemian vuoksi hoitoa saavien vauvojen imetykseen¹⁵². (C)**

4. Vertaistuki imetyksen tukena

Tarjoa äidille mahdollisuus vertaistukeen terveydenhuollon ammattihenkilöiden tarjoaman tuen rinnalla,

➤ **sillä vertaistuki ilmeisesti tukee imetystä^{31,153–155}, (B)**

- Raskaudenaikainen vertaistuki lisää imetystä synnytyssairaalassa, mutta sen vaikutus ei ole nähtävissä enää 6 viikkoa kotiutuksesta¹⁵⁶.

- Vertaisen puhelintukea käytetään helpommin kuin vertaisen kotikäyntejä¹⁵⁷.
- Kaikki äidit eivät käytä vertaistukea, vaikka sitä on tarjolla^{157–159}.

➤ **sillä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja vertaistukijoiden yhteistuki tukee imetystä parhaiten^{59,91}. (A)**

- Koulutettujen ja kokeneiden vertaistukijoiden ja ammattilaisten yhteistyössä toteuttama imetystuki lisää imetyksen aloitusta⁵⁹, jatkumista^{66,70,103,112,139,159–163} ja on tärkeää pienituloisille äideille. Ryhmän tarjoamia uusia ihmissuhteita arvostetaan¹⁶¹.
- Pelkkä vertaistuki ilman ammatillisen tuen osuutta ei ole riittävä¹⁶².
- Ammatillisen ja vertaistuen yhdistäminen imetyspoliklinikalla tai tukiryhmässä lisäävät imetystä maahanmuuttajien ryhmässä¹³⁹.
- Ammatillisen ja vertaistuen yhdistelmä, jossa huomioidaan isä, muut perheenjäsenet ja ystävät, on tärkeää. Imetystukiryhmään osallistuvat äidit imettävät todennäköisemmin kauemmin (vähintään 2 kuukautta).¹¹²
- Koulutetun vertaistukijan mukanaolo ammattilaisen ohjaamassa, raskauden aikana alkavassa ja riskiryhmät huomioivassa ryhmäohjauksessa lisää täysimetysten kestoa ja tyytyväisyyttä imetyskokemukseen¹³².
- Vertaistuen yhdistäminen ammatilliseen tukeen (BFHI) lisää imetyksen aloitusta^{41,160}.
- Vertaistuki osana sairaalan Vauvamyönteisyysohjelmaa on vaikuttavaa. Koulutetun vertaistukijan pitämä imetystukiryhmä sairaalassa ja rintapumppujen lainaaminen kotiin tukevat imetystä.⁴¹
- Toisiaan täydentävien imetystuki-interventioiden, kuten ammatillisen ja vertaistuen yhdistäminen, lisää imetystä. Vertaistuki voi olla hyödyksi sekä imetyksen aloittamiseen että keston.⁶¹
- Perusterveydenhuollossa toimiva imetyspoliklinikka on yksi varteenotettava tukimuoto. Imetyspoliklinikalla voidaan yhdistää ammatillinen ja vertaistuki.⁸⁴
- Terveydenhuollon ammattilaisen ja koulutetun vertaisen yhdessä järjestämän imetystukiryhmän tuki on tärkeää äideille ja lisää imetystä^{132,139,161}.
- Terveydenhoitajan ja vertaistukijan tuen yhdistelmä, joka käynnistyy jo sairaalassa ja jatkuu kotona, lisää täysimetystä ja imetyksen kestoa⁷⁰.
- Koulutettujen vertaisten antama puhelintuki synnytyksen jälkeen lisää imetyksen jatkamista⁶⁴.
- Sosiaalinen tuki puolisoilta ja vertaisilta lisää imetystä. Ammatillisen tuen interventiot lisäävät imetystä kahteen kuukauteen asti, vertaistuki vaikuttaa pidempään.⁷⁹
- Puhelintukea voivat antaa terveydenhuollon ammattilaiset⁶⁹ tai vertaiset¹⁵⁷.
- Vertaistukijan yksilöllinen tuki synnytyksen jälkeen ei ole vaikuttavaa, jollei tehostettua tukea tarjota raskauden aikana ja synnytyssairaalassa^{162,163}.
- Vertaistukea tulee olla saatavilla raskausajasta rinnasta vieroitukseen saakka^{35,48,132,158}.
- Raskaudenaikainen vertaistuki lisää imetystä synnytyssairaalassa, mutta sen vaikutus ei ole nähtävissä enää 6 viikkoa kotiutuksesta¹⁵⁶.

5. Vauvamyönteisyysohjelman mukainen imetyksen tukeminen sairaalassa

Toteuta Vauvamyönteisyysohjelman mukaista imetysohjausta,

- sillä Vauvamyönteisyysohjelman mukaisten imetystä tukevien hoitokäytäntöjen (välitön ihokontakti ja varhaisimetys tunnin sisällä syntymästä, täysimetys sairaalassa, ympärivuorokautinen vierihoito, lapsentahtinen imetys ja tutittomuus) noudattaminen ilmeisesti tukee imetystä^{31,164–168}. (B)
- Ensi-imetys tunnin sisällä synnytyksestä lisää täysimetyä sekä yleensä imetyksen kestoa^{32,169–171}.
- Imetyksen aloittaminen synnytyssalissa on yhteydessä sairaalassaoloajan täysimetykseen¹⁷².
- Täysimetys synnytyssairaalassa on yhteydessä täysimetykseen kotona ja yleensä imetyksen pidempään keston^{32,143,169–171,173,174}.
- Ympärivuorokautinen vierihoito lisää täysimetyä ja imetyksen kestoa^{32,169–171}.
- Lapsentahtinen imetys lisää täysimetyä ja imetyksen kestoa^{169,170}.
- Tutin käytön välttäminen synnytyssairaalassa on yhteydessä täysimetyksen ja yleensä imetyksen pidempään keston^{32,169–171}.
- Vauvamyönteisyysohjelman mukainen toiminta lisää imetyksen kestoa^{32,41,42,61,74,169,170}.
- Vauvamyönteisyysohjelman kaikkien askelten toteutuminen lisää imetyksen kestoa parhaiten^{136,169,170} ja pidentää täysimetyä sekä kyseisen että seuraavan lapsen kohdalla¹⁷⁵.

Suosituksen luotettavuus

Tämän suosituksen luotettavuutta heikentävät seuraavat seikat:

- Hoitosuosituksen täydennyshaku vuosille 2015–2020 tehtiin järjestelmällisiin katsauksiin. Näin ollen yksittäisiä, vuosina 2015–2020 julkaistuja sisäänottokriteerit täyttäviä alkuperäistutkimuksia on voinut jäädä hoitosuosituksen ulkopuolelle.
- Tutkimusten interventiot olivat tyypillisesti laajahkoja ohjelmia, joissa oli yhdistetty useita imetysohjauksen toteuttamistapoja. Interventiot olivat myös pitkäaikaisia, jatkuen parhaimmillaan raskaudenaikaisesta vaiheesta vauvan syntymän jälkeiseen vaiheeseen. Yksittäisen intervention osan vaikutusta lopputulokseen on mahdotonta määrittää tarkasti.

Suosituksen käyttöönotto

Terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän antamansa imetysohjaus ovat avainasemassa imetyksen edistämässä. Suomessa toimii aktiivisesti laaja imetyškouluttajien ja IBCLC

tutkinnon suorittaneiden verkosto, joka tekee yhteistyötä THL:n kansallisen imetyскоordinaattorin, Imetyksen edistämisen kansallisen seurantaryhmän, Imetyksen tuki Ry:n ja muiden imeytystä tukevien tahojen kanssa. Imetyškouluttajien verkosto tulee olemaan tärkeässä asemassa suosituksen käyttöönotossa.

Näyttöön perustuvan imetysohjauksen implementoinnista on julkaistu erillinen käsikirja¹⁷⁶. Tämän hoitosuosituksen käyttöönotto edellyttää moniammatillista ja organisaatioiden rajat ylittävää yhteistyötä ja yhteistä sitoutumista imetyksen edistämiseen. Terveystuon ammattihenkilöillä tulee olla riittävä koulutus suosituksen mukaisen imetysohjauksen antamiseen. Vähimmillään kaikilla vauvaperheitä hoitavilla tulee olla suoritettuna WHO:n mukainen 20 tunnin imetysohjaajakoulutus. Lisäksi yksiköissä tulee olla nimetyt henkilöt, jotka vastaavat imetysohjauksen kehittämisestä (ns. yksiköiden tai alueelliset imetyскоordinaattorit, tai vauvamyönteisyysvastaavat). Näillä henkilöillä tulee olla joko imetyškouluttaja- tai IBCLC-tutkinto. Myös johdon tuki on ensiarvoisen tärkeää.

Tämän suosituksen ja WHO:n Vauvamyönteisyysohjelman esittämät hoitokäytännöt tulee ottaa käyttöön hallitusti. Eryteisesti lisämaidonantokriteerejä tarkistettaessa tulee ensin huomioida muiden imetystä edistävien interventioiden toteutuminen.¹⁸ Hallittu käyttöönotto lisää myös perheiden mahdollisuuksia saada tasalaatuista ja yhteneväistä imetysohjausta eri ammattilaisilta. Imetysohjauksen ja tässä esitettyjen suositusten tulisi toteutua koko hoitopolun ajan: äitiystuonosta synnytyssairaalan kautta lastenneuvolaan.

Suosituksen päivittäminen

Suosituksen päivittämistä suositellaan 5 vuoden kuluessa. Runsaan tutkimusnäytön vuoksi tiedonhaku on hyvä keskittää järjestelmällisiin katsauksiin jatkossakin.

Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheina ehdotetaan:

1. Riskiryhmiin (esim. ylipainoiset äidit ja hyperbilirubinemiaan hoitoa tarvitsevat vauvat) kuuluvien tunnistaminen ja heille kohdennetun imetysohjauksen ja –tuen tehokkuus.
2. Uusimpien synnytyssairaalan perhekeskeisten hoitokäytäntöjen ja riskisynnyttäjien hoitopolkujen eriyttäminen terveistä synnyttäjistä syntymän hoitotyössä (esim. potilashotelli, kättilöiden kotikäynnit) vaikutus imetykseen.
3. Vertaistukijoiden koulutuksen vaikutus heidän antamansa imetystuen vaikuttavuuteen. Eryteisesti tutkimusasetelmat, joissa verrataan koulutettujen ja kouluttamattomien vertaistukijoiden antamaa imetystukea.
4. Laajennetun perheen (vanhempien ja vauvan isovanhemmat, vanhempien sisarukset) rooli imetyksen tukijana ja vaikutus imetykseen.
5. Verkkopohjaisten interventioiden käyttö ja vaikutukset imetykseen

Lähteet

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. 2016. Y Rollins NC for the Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 387, 475–490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines J, Victora CG. 2016. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 387, 491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
3. American Academy of Pediatrics. 2012. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129: 600–603. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3552>.
4. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 16(5), CD001141.
5. Laanterä S. 2011. Breastfeeding counseling at the maternity health care. Dissertations in Health Sciences. University of Eastern Finland. Kuopio.
6. Vaarno J. 2016. Parental influences and mothers' experiences on infant and young child feeding. *Annales Universitatis Turkuensis D 1233*. University of Turku. Turku.
7. Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. 2015. Shame if you do--shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Maternal and Child Nutrition* 11(1), 33–46. doi: 10.1111/mcn.12148.
8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lapset, nuoret perheet. Kasvun kumppanit. Vauva-myönteisyys ja vauvamyönteisyyssertifikaatti. Saatavissa: https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/vauvamyonteisyys
9. Gissler M, Kiuru S. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. Tilastoraportti 49/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
10. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TMA, Breda J. 2015. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region member states. *Public Health Nutrition* 19(4), 753–764. doi:10.1017/S1368980015001767
11. Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Raportti 8/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
12. Klemetti R, Vuorenmaa M, Ikonen R, Hedman L, Ruuska T, Kivimäki H, Rajala R. Mitä vauvaperheille kuuluu? LTH-tutkimuksen 3–4-kuukautisten vauvojen ja heidän perheidensä pilotitutkimuksen peruseräraportti. Työpaperi 18/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
13. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
14. Hakulinen T, Otronen K, Kuronen M (toim). Kansallinen imetyksen edistämisen toimintaohjelma vuosille 2018–2022. Ohjaus 24/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
15. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.) & Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T (toim.). Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
16. Klemetti R, Raussi-Lehto E. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
17. Syödään yhdessä - ruokasuositukset lapsiperheille. Kide 26/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
18. WHO. 2016. Infant and young child feeding. Saatavissa: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/World Health Organization](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/World_Health_Organization). National implementation of the Baby-

- Friendly Hospital Initiative 2017. Switzerland. Saatavissa: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>
19. WHO. 2017. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services Guideline. Saatavissa: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
 20. Menino Diniz CM, Pedrosa Leal L, Gomes Guedes T, Pereira Linhares FM, Pontes CM. 2019. Contributions of mobile applications on the breastfeeding practice: Integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem* 32(5), 571-577. doi: 10.1590/1982-0194201900079.
 21. WHO. 2002. The World Health Organization's infant feeding recommendation. Saatavissa: https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/
 22. International Lactation Consultant Association. What is an IBCLC? Saatavissa: <https://www.ilca.org/why-ibclc/ibclc>
 23. Imetyksen tuki ry. Koulutettu imetyksen vertaistuki. Saatavissa: <https://imetyks.fi/koulutettu-imetyksen-vertaistuki/>
 24. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
 25. Siltanen H, Heikkilä K, Parisod H, Tuomikoski A, Tuomisto S, Holopainen A. 2019. Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja työryhmille. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hoitosuosituskasikirja-final-26022019-1.pdf>
 26. Ekström A, Kylberg E, Nissen E. 2012. A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: An intervention study. *Breast-feeding Medicine* 7(2), 85–92.
 27. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, Williams T, Naylor A, Lawrence RA. 2010. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 126(2), 289–297.
 28. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. 2017. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. Art. No.: CD009326.
 29. Kim SK, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. 2018. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies* 80, 94–105.
 30. Hannula L, Leino-Kilpi H, Puukka P. 2006. Imetyksestä selviytyminen ja lisäruoan käyttö synnytysaikaalassa – äitien näkökulma. *Hoitotiede* 18(4), 175–185.
 31. Kronborg H, Væth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. 2007. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster randomized community based trial. *Acta Paediatrica* 96, 1064–1070.
 32. Ekström A, Nissen E. 2006. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 118, e309–e314.
 33. Dennis CL. 2002. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 31(1), 12–32.
 34. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. 2001. Provider encouragement of breast-feeding: evidence from a national survey. *Obstetrics & Gynecology* 97(2), 290–295.
 35. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Schelstraete C, Vittoz JP, Francois P, Pons JC. 2005. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 115(2), e139–146.
 36. Shinwell ES, Churgin Y, Shlomo M, Shani M, Flidel-Rimon O. 2006. The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeeding Medicine* 1, 247–252.

37. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. 2007. Support for breastfeeding mother (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 1*: Art. No. CD001141.
38. Hoddinott P, Roisin P, Chalmers M. 2007. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Family Practice* 24, 84–91.
39. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS, Cimo S, Cook JT. 2001. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 108(3), 677–681.
40. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E & PROBIT Study Group. 2001. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 285(4), 413–420.
41. McFadden A, Renfrew MJ, Wallace LM, Dykes F, Abbot S, Burt S, Kosmala-Anderson J. 2006. Does breastfeeding really matter? A national multidisciplinary breastfeeding knowledge and skills assessment. *MIDIRS Midwifery Digest* 17, 85–88.
42. Dennis CL. 2002. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. *BIRTH* 29, 169–176.
43. Raine P. 2003. Promoting breast-feeding in a deprived area: the influence of a peer support initiative. *Health and Social Care in the Community* 11, 463–469.
44. Rossmann B. 2007. Breastfeeding peer counselors in the United States: helping to build a culture and tradition of breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52(6), 631–637.
45. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. 2004. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 897–902.
46. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. 2005. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 159, 836–841.
47. Meier ER, Olson BH, Benton P, Eghtedary K, Song WO. 2007. A qualitative evaluation of a breastfeeding peer counselor program. *Journal of Human Lactation* 23(3), 262–268.
48. Hoddinott P, Lee AJ, Pill R. 2006. Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. *Birth* 33(1), 27–36.
49. Hoddinott P, Chalmers M, Pill R. 2006. One-to-one or group-based peer support for breast-feeding? Women's perceptions of a breastfeeding peer coaching intervention. *Birth* 33(2), 139–146.
50. Bick D, Murrells T, Weavers A, Val R, Wray J, Beake S. 2012. Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12, 41. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/41>
51. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. 2008. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. *MCN, American Journal of Maternal Child Health* 33(5), 315–319.
52. Meedya S, Fahy K, Yoxall J, Parratt J. 2014. Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: A quasi-experimental study. *Midwifery* 30(3), e137–144.
53. Wong KL, Tarrant M, Lok KYW. 2015. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: A systematic review. *Journal of Human Lactation* 31(3), 354–366.

54. Wong KL, Fong DYT, Lee ILY, Chu S, Tarrant M. 2014. Antenatal education to increase exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 124(5), 961–968.
55. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. 2017. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative step 3: Prenatal breastfeeding education. *Journal of Human Lactation* 33(1), 50–82.
56. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. 2016. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12. Art. No.: CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4
57. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard L-C, Symon A, MacGillivray S. 2019. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal* 14(42), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
58. Meedy S, Fernandez R, Fahy K. 2017. Effect of educational and support interventions on long-term breastfeeding rates in primiparous women, *Journal of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(9), 2307–2332. doi: 10.11124/JSIRIR-2016-002955
59. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. 2000. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 4(25), 1–171.
60. Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. 2007. Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *Western Journal of Nursing Research* 29, 708–723.
61. Reeve JR, Gull SE, Johnson MH, Hunter S, Streather M. 2004. A preliminary study on the use of experiential learning to support women's choices about infant feeding. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 113(2), 199–203.
62. Ryser FG. 2004. Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: the effect of the best start program. *Journal of Human Lactation* 20(3), 300–305.
63. Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. 2006. Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 616–624.
64. Martens PJ. 2002. Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *Journal of Human Lactation* 18(3), 236–246.
65. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Parides M, Bickell N. 2014. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(229), e1–5.
66. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. 2018. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5).
67. Kassianos AP, Ward E, Rojas-Garcia A, Kurti A, Mitchell FC, Nostikasari D, Payton J, Pascal-Saadi J, Adams Spears C, Notley C. 2019. A systematic review and meta-analysis of interventions incorporating behaviour change techniques to promote breastfeeding among postpartum women. *Health Psychology Review* 13(3), 344–372. DOI: 10.1080/17437199.2019.1618724
68. Pugh L, Milligan R, Frick K, Spatz D, Bronner Y. 2002. Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth* 29(2), 95–100.
69. Porteous R, Kaufman K, Rush J. 2000. The effect of individualized professional support on duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant* 16(4), 303–308.

70. Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, McKee D. 2005. Randomized, controlled trial of a pre-natal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breast-feeding up to 12 months. *Pediatrics* 116(6), 1413–1426.
71. Manhire KM, Hagan AE, Floyd SA. 2007. A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breastfeeding experiences. *Midwifery* 23, 372–381.
72. Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C & the Millenium Cohort Study Child Health Group. 2006. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *International Journal of Epidemiology* 35, 1178–1186.
73. Henderson A, Stamp G, Pincomb J. 2001. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: a randomized trial. *Birth* 28(4), 236–242.
74. Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons J. 2003. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 110(9), 847–852.
75. Di Napoli A, Di Lallo D, Fortes C, Franceschelli C, Armeni E, Guasticchi G. 2004. Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized controlled trial in a population of Italian women. *Acta Paediatrica* 93, 1108–1114.
76. Kools EJ, Thijs C, Kester AD, van den Brandt PA, de Vries H. 2005. A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands. *SO: Preventive medicine* 40(1), 60–70.
77. Wallace LM, Dunn OM, Alder EM, Inch S, Hills RK, Law SM. 2006. A randomized controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breastfeeding duration. *Midwifery* 22, 262–273.
78. Wilhelm SL, Flanders Stepan MB, Hertzog M, Callahan Rodehorst TKC, Gardner P. 2006. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 340–348.
79. Castrucci BC, Hoover KL, Lim S, Maus KC. 2006. A comparison of breastfeeding rates in urban birth cohort among women delivering infants at hospital that employ and do not employ lactation consultants. *Journal of Public Health Management Practice* 12, 578–585.
80. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. 2002. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery* 18(2), 87–101.
81. Porter Lewallen L, Dick MJ, Wall Y, Taylor Zickefoose K, Hensley Hannah S, Flowers J, Powell W. 2006. Toward a clinically useful method of predicting early breast-feeding attrition. *Applied Nursing Research* 19, 144–148.
82. Adams C, Berger R, Conning P, Cruikshank L, Dore K. 2001. Breastfeeding trends at a Community Breastfeeding Center: an evaluative survey. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 30(4), 392–400.
83. Kingston D, Dennis CL, Sword W. 2007. Exploring breastfeeding self-efficacy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 21, 207–215.
84. Hailes, Wellard. 2000. Support for breastfeeding in the first postpartum month: perceptions of breastfeeding women. *Breastfeeding Review* 8(3), 5–9.
85. Foster D, McLachlan H, Lumley J, Beanland C, Waldenström U, Amir L. 2004. Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: a randomized controlled trial. *Birth* 31(3), 176–182.
86. Lavender T, Baker L, Smyth R, Collins S, Spofforth A, Dey P. 2005. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112(8), 1047–1053.

87. Hannula L, Kaunonen M, Puukka P. 2013. A study to promote breast feeding in Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery* 30(6), 696–704. DOI:10.1016/j.midw.2013.10.005. Epub 2013 Oct 16.
88. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Manawadu PM, Senanayake SJ. 2018. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 18, 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6037-x>
89. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. 2003. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 17(4), 407–417.
90. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori S. 2013. Schedules for home visits in early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev.* 23(7) CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub2.
91. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies *Cochrane Database Syst Rev.* 16(5) CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
92. Lavender T, Richens Y, Milan S J, Smyth R, Dowswell T. 2013. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 18(7) DOI: 10.1002/14651858.CD009338.pub2.
93. Pollard DL. 2011. Impact of a Feeding Log on Breastfeeding Duration and Exclusivity. *Maternal & Child Health Journal* 15(3), 395–400.
94. Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. 2011. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica* 100, 534–537.
95. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, Rissel C, Flood VM. 2011. Effectiveness of an Early Intervention on Infant Feeding Practices and “Tummy Time”: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165(8), 701–707.
96. Balogun OO, O’Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. 2016. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11).
97. Cheng LY, Wang X, Mo PK. 2019. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: A systematic review. *International Journal of Public Health* 64(7), 999–1014.
98. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan B, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. 2017. Support for health breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
99. Johnston ML, Esposito N. 2007. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 36, 9–20.
100. Hoyer S, Horvat L. 2000. Successful breast-feeding as a result of a health education programme for mothers. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1158–1167.
101. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. 2001. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation* 17(4), 326–343.
102. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA. 2003. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 1(2), 70–78.
103. Hauck Y, Hall WA, Jones C. 2007. Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. *Journal of Advanced Nursing* 57, 306–317.

104. Gribble KD. 2001. Mother-to-mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: a new method for an old model. *Breastfeeding Review* 9(3), 13–19.
105. Fallon AB, Hegney D, O'Brien M, Brodribb W, Crepinsek M, Doolan J. 2005. An evaluation of a telephone-based postnatal support intervention for infant feeding in a regional Australian city. *Birth* 32(4), 291–298.
106. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis C-L, Price I. 2009. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. *Health Education & Behavior* 36(2), 250–259.
107. Otsuka K, Taguri M, Dennis C-L, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. 2014. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Maternal Child Health Journal* 18, 296–306. Doi 10.1007/s10995-013-1265
108. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, Watson W, Dennis C-L. 2015. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 135(1), 102–110.
109. Oliveira IBB, Leal LP, Coriaolano-Marinus MWL, Santos, AHS, Horta BL, Pontes CM. 2017. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed for women and her social network. *Journal of Advanced Nursing* 73(2), 323–335.
110. Kruske S, Schmied V, Cook M. 2007. The 'Earlybird' gets the breastmilk: findings from an evaluation of combined professional and peer support groups to improve breastfeeding duration in the first eight weeks after birth. *Maternal & Child Nutrition* 3(2), 108–119.
111. Ekstrom A, Widstrom A, Nissen E. 2003. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *BIRTH* 30, 261–266.
112. Ingram J, Johnson D. 2004. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 20(4), 367–379.
113. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. 2004. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 191, 708–712.
114. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D' Amora S, Continisio P. 2005. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 116(4), e494–498.
115. Swanson V, Power KG. 2005. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing* 50(3), 272–282.
116. Grassley JS, Eschiti VS. 2007. Two generations learning together: facilitating grandmothers' support of breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education* 22(3), 23–26.
117. Lavender T, McFadden C, Baker L. 2006. Breastfeeding and family life. *Maternal and Child Nutrition* 2, 145–155.
118. Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, Howat P. 2013. Education and Support for fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Human Lactation* 29(4), 484–490.
119. Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis C. 2019. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery* 75, 41–51.
120. Ngoenthong P, Sansiriphun N, Fongkaew W, Chaloumsuk N. 2020. Integrative review of fathers' perspectives on breastfeeding support. *JOGNN - Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 49(1), 16–26.
121. Davidson EL, Ollerton RL. 2020. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women and Birth* 33(1), e15-e23.

122. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. 2008. Factors associate with the duration of exclusive breast-feeding in astmatic families. *Health Education Research* 23(1), 158–169.
123. Pugh LC, Serwint JR, Frick KD, Nanda JP, Sharps PW, Spatz DL, Milligan RA. 2010. A randomized controlled community-based trial to improve breastfeeding rates among urban low-income mothers. *Academic Pediatrics* 10(1), 14–20.
124. Petrova A, Ayers C, Stechna S, Gerling J A, Mehta R. 2009. Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: A Randomized Controlled Study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine* 4(2), 63–69.
125. Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, Cortes D, Michaelsen KF, Pryds O. 2013. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *The American Journal of Clinical Nutrition* 98(5), 1226–1232.
126. Jarlenski MP, Bennett WL, Bleich SN, Barry CL, Stuart EA. 2014. Effects of breastfeeding on postpartum weight loss among U.S women. *Preventive Medicine* 69, 146–150. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.09.018. Epub 2014 Oct 5
127. Lihavuus aikuisilla. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/khp00017>
128. Chang Y-S, Galaria AA, Davie P, Beake S, Bick D. 2020. Breastfeeding experiences and support for women who are overweight or obese: A mixed-methods systematic review. *Maternal and Child Nutrition* 16, e12865. <https://doi.org/10.1111/mcn.12865>
129. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. 2019. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9. Art. No.: CD012099. DOI: 10.1002/14651858.CD012099.pub2.
130. Lamontagne C, Hamelin A, St-Pierre M. 2009. An assessment of the impact of breastfeeding clinic attendance on women's breastfeeding experiences. *Journal of Human Lactation* 25(1), 42–54.
131. Porter Lewallen L. 2006. A review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. *The Journal of Perinatal Education* 15, 26–41.
132. Vari PM, Camburn J, Henly SJ. 2009. Professionally mediated peer support and early breastfeeding. *Journal of Perinatal Education* 9(1), 22–30.
133. Greenwood K, Littlejohn P. 2002. Breastfeeding intentions and outcomes of adolescent mothers in the Starting Out program. *Breastfeeding Review* 2002;10(3), 19–23.
134. Kools EJ, Thijs C, Kester ADM, de Vries H. 2006. The motivational determinants of breastfeeding: Predictors for the continuation of breast-feeding. *Preventive Medicine* 43, 394–401.
135. Cricco-Lizza R. 2006. Black non-hispanic mothers' perceptions about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 173–180.
136. Haneuse S, Sciacca J, Ratliff M, Alexander D, Rivero ME. 2000. Factors influencing breastfeeding rates among Arizona WIC participants. *American Journal of Health Behavior* 24(4), 243–253.
137. Dulon M, Kersting M, Bender R. 2003. Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatrica* 92(6), 653–658.
138. Singh GK, Kogan MD, Dee DL. 2007. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *Pediatrics* 119, S38–S46.

139. Finigan V. 2003. Providing breastfeeding support to ethnically diverse groups of mothers. *Professional Nurse* 18(9), 524–528.
140. Loisel CG, Semenic SE, Cote B, Lapointe M, Gendron R. 2001. Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community. *Canadian Journal of Nursing Research* 33(3), 31–46.
141. Chertok IR, Shoham-Vardi I, Hallack M. 2004. Four-month breastfeeding duration in postcesarean women of different cultures in the Israeli Negev. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 18(2), 145–160.
142. Glover M, Manaena-Biddle H, Waldon J. 2007. Influences that affect Maori women breastfeeding. *Breastfeeding Review* 15, 5–14.
143. Sheehan D, Watt S, Krueger P, Sword W. 2006. The impact of a new universal program on breastfeeding outcomes. *Journal of Human Lactation* 22, 398–408.
144. Baxter J. 2006. Women's experience of infant feeding following birth by caesarean section. *British Journal of Midwifery* 14, 290–295.
145. Dennis C-LE. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in Nursing & Health* 29, 256–268.
146. Hall WA, Hauck Y. 2007. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 44, 786–795.
147. Merewood A, Patel B, Nile Newton K, MacAuley LP, Chamberlain LB, Francisco P, Mehta SD. 2007. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an inner-city US Baby-friendly hospital. *Journal of Human Lactation* 23, 157–164.
148. Kvist LJ, Wilde Larsson B, Hall-Lord ML. 2006. A grounded theory study of Swedish women's experiences of inflammatory symptoms of the breast during breastfeeding. *Midwifery* 22, 137–146.
149. Hill PD, Aldag JC. 2007. Predictors of term infant feeding at week 12 postpartum. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 21, 250–255.
150. Scott JA, Mostyn T. 2003. Women's experiences of breastfeeding in a bottle-feeding culture. *Journal of Human Lactation* 19, 270–277.
151. Anderson AK, Damio G, Chapman DJ, Perez-Escamilla R. 2007. Differential response to an exclusive breastfeeding peer counseling intervention: the role of ethnicity. *Journal of Human Lactation* 23(1), 16–23.
152. Pound CM, Moreau K, Rohde K, Barrowman N, Aglipay M, Farion KJ, Plint AC. 2015. Lactation support and breastfeeding duration in jaundiced infants: A Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE* 10(3), e0119624.
153. Srinivas GL, Benson M, Worley S, Schulte E. 2015. A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: Interaction with breastfeeding attitude. *Journal of Human Lactation* 31(1), 120–128.
154. Reeder JA, Sibley K, Arnold D, Altindag O. 2014. Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 134(3), e700–709.
155. Olson BH, Haider SJ, Vangjel L, Bolton TA, Gold JG. 2010. A quasi-experimental evaluation of a breastfeeding support program for low income women in Michigan. *Maternal & Child Health Journal* 14(1), 86–93.
156. McInnes RJ, Love J, Stone D. 2000. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. *Journal of Public Health Medicine* 22, 138–145.
157. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. 2004. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ (Clinical research ed)* 328, 26–31.

158. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. 2002. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal* 166, 21–28.
159. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. 2004. Effectiveness of breast-feeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158, 897–902.
160. Ahluwalia IB, Tessaro I, Grummer-Strawn LM, MacGowan C, Benton-Davis S. 2000. Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics* 105(6), E85.
161. Alexander J, Anderson T, Grant M, Sanghera J, Jackson D. 2003. An evaluation of a support group for breast-feeding women in Salisbury, UK. *Midwifery* 19(3), 215–220.
162. McInnes RJ, Stone DH. 2001. The process of implementing a community-based peer breast-feeding support programme: the Glasgow experience. *Midwifery* 17(1), 65–73.
163. Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. 2006. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial. *British Journal of General Practice* 56, 191–197.
164. DiGirolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. 2008. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 122, S43–S49.
165. Pincombe J, Baghurst P, Antoniou G, Peat B, Henderson A, Reddin E. 2008. Baby Friendly Hospital Initiative practices and breastfeeding duration in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* 24(1), 55–61.
166. Broddrib W, Kruske S, Miller Y. 2013. Baby-Friendly Hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics* 131(4), 685–692.
167. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. 2009. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *American Journal of Public Health* 99(5), 929–935.
168. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. 2016. Effect of restricted pacifier use in breast-feeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. Art. No: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.
169. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. 2001. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 28(2), 94–100.
170. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. 2005. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 116(5), Supplement: e702–708.
171. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. 2007. Hospital practices that increase breastfeeding duration. *BIRTH* 34, 202–211.
172. Kamara C, Simpson D, Teasdale C, Whalen G, Bell S, Giovanetto L. 2007. Intervening to promote early initiation of breastfeeding in the LDR. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 32, 117–121.
173. Petrova A, Hegyi T, Mehta R. 2007. Maternal race/ethnicity and one-month exclusive breastfeeding in association with in-hospital feeding modality. *Breastfeeding Medicine* 2, 92–98.
174. Dodgson JE, Codier E, Kaiwi P, Oneba MFM, Pagano I. 2007. Breastfeeding patterns in a community of native Hawaiian mothers participating in WIC. *Family & Community Health* 30, S46–S58.
175. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mirinova E, Bogmatovich N, Tremblay RE, Chalmers B, Zhang X, Platt RW. 2008. Effect of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics* 121, 435–440.
176. Ikonen R, Parisod H, Tuomikoski A, Siltanen H, Hakulinen T, Holopainen A. *Vauvamyön- teisyysohjelma käyttöön – käsikirja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen*

kehittämiseen. Raportti 1/2019. Hoitotyön tutkimussäätiö & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/10/netti-vauvamyonteisyys-kasikirja.pdf>

Liitteet

Liitteet pääsääntöisesti erillisinä tiedostoissa