

Moduuli 2

TEORIA 3

Vauvan syöttäminen

Sisältö

- Imetysvalmius
- Rintamaidon antaminen ruokintaletkun kautta



Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT)

Reprinted from: Matthews, M.K. (1988). Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), 154-165, with permission of Elsevier.

Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT)

Check the score which best describes the baby's feeding behaviours at this feed.

	3	2	1	0
In order to get baby to feed:	Placed the baby on the breast as no effort was needed.	Used mild stimulation such as unbundling, patting or burping.	Unbundled baby, sat baby back and forward, rubbed baby's body or limbs vigorously at beginning and during feeding.	Could not be aroused.
Rooting	Rooted effectively at once.	Needed coaxing, prompting or encouragement.	Rooted poorly even with coaxing.	Did not root.
How long from placing baby on breast to latch & suck?	0 – 3 minutes.	3 – 10 minutes.	Over 10 minutes.	Did not feed.
Sucking pattern	Sucked well throughout on one or both breasts.	Sucked on & off but needed encouragement.	Sucked poorly, weak sucking; sucking efforts for short periods.	Did not suck.

MOTHER'S EVALUATION

How do you feel about the way the baby fed at this feeding?

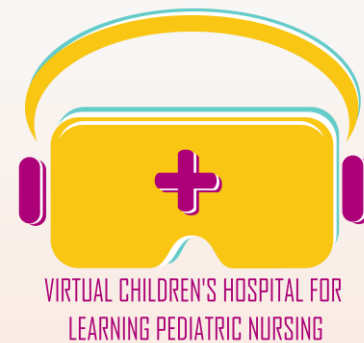
3 – Very pleased 2 – Pleased 1 – Fairly pleased 0 – Not pleased

IBFAT assigns a score, 0,1,2, or 3 to five factors. Scores range from 0 to 12.
The mother's evaluation score is not calculated in the IBFAT score.

Imetysvalmius

Imetysvalmius

Imetyksen arviointityökalu: Neonatal (UNICEF)



How you and your nurse/midwife can recognise that your baby is feeding well								*please see reverse of form for guidance on top-ups post-breastfeed
What to look for/ask about	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Your baby:								
Is not interested, when offered breast, sleepy (*A)								
Is showing feeding cues but not attaching (*B)								
Attaches at the breast but quickly falls asleep (*C)								
Attaches for short bursts with long pauses (*D)								
Attaches well with long rhythmical sucking and swallowing for a short feed (requiring stimulation) (*E)								
Attaches well for a sustained period with long rhythmical sucking and swallowing (*F)								
Normal skin colour and tone								
Gaining weight appropriately								
Your baby's nappies:								
At least 5-6 heavy, wet nappies in 24 hours								
At least 2 dirty nappies in 24hrs, at least £2 coin size, yellow and runny								
Your breasts:								
Breasts and nipples are comfortable								
Nipples are the same shape at the end of the feed as at the start								
Referred for additional breastfeeding support								
Date								
Midwife/nurse initials								
Midwife/nurse: If any responses not ticked: watch a full breastfeed, develop a care plan including revisiting positioning and attachment and/or refer for additional support. Consider specialist support if needed.								<p>Wet nappies: Day 1-2 = 1-2 or more in 24 hours Day 3-4 = 3-4 or more in 24 hours, heavier Day 6 plus = 6 or more in 24 hours, heavy</p> <p>Stools/dirty nappies: Day 1-2 = 1 or more in 24 hours, meconium Day 3-4 = 2 (preferably more) in 24 hours changing stools By day 10-14 babies should pass frequent soft, runny stools everyday; 2 dirty nappies in 24 hours being the minimum you would expect.</p> <p>Exclusively breastfed babies should not have a day when they do not pass stool within the first 4-6 weeks. If they do then a full breastfeed should be observed to check for effective feeding. However, it is recognised that very preterm babies who transition to breastfeeding later may have developed their individual stooling pattern before beginning to breastfeed, and therefore this may be used as a guide to what is normal for each baby.</p> <p>Feed frequency: Babies who are born preterm/sick may not be able to feed responsively in the way a term baby does. It is important that they have 8-10 feeds in 24 hours and they may need to be wakened if they don't show feeding cues after 3 hours. During this time it is important that you protect your milk supply by continuing to express.</p> <p>Being responsive to your baby's need to breastfeed for food, drink, comfort and security will ensure you have a good milk supply and a secure, happy baby.</p>

Imetysvalmius

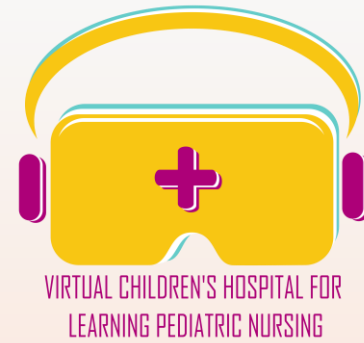
Imetyksen arviointityökalu: Neonatal (UNICEF) (jatkuu)



Score	Definition	Action
A	Offered the breast, not showing feeding cues, sleepy	Full top up
B	Some interest in feeding (licking and mouth opening/head turning) but does not attach	Full top up
C	Attaches onto the breast but comes on and off or falls asleep	Full top up
D	Attaches only for a short burst of sucking, uncoordinated with breathing and swallowing and/or frequent long pauses	Half top up if the mother is available for next feed. The baby may wake early
E	Attaches well, long, slow, rhythmical sucking and swallowing – sustained for a short time with breasts not softened throughout	Half top up if mother is not available for next feed. If mother is available for next feed do not top up, and assess effectiveness of next feed.
F	Attaches well, long, slow, rhythmical sucking and swallowing – sustained for a longer time with breasts feeling soft following feed	No top up



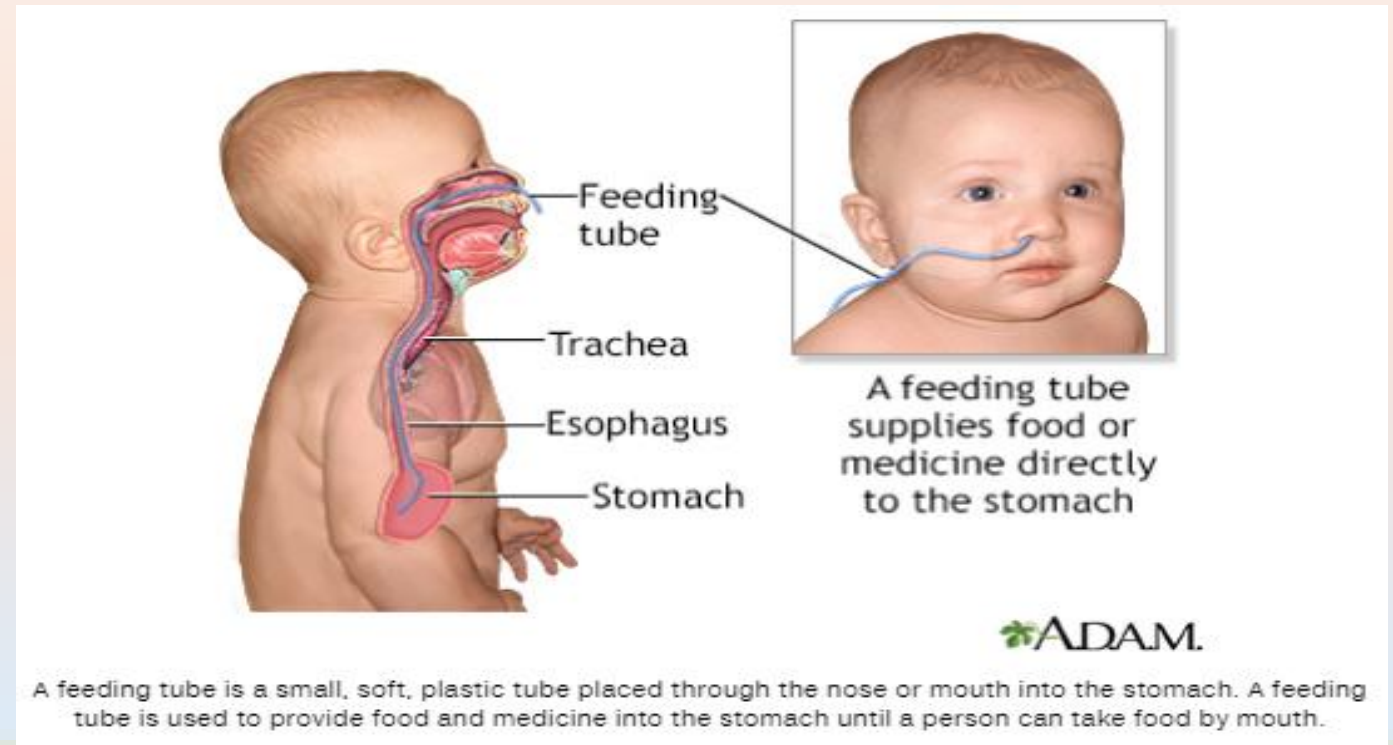
Imetysvalmius



- ✓ Nännit:
 - ✓ Nännien tulee olla samanmuotoisia imetyksen alussa ja lopussa.
 - ✓ Harkitset nännikumien käyttöä, jos äidillä on litteät tai kääntyneet nännit.
 - ✓ Vältä karkean kankaan tai harjan käyttöä nännien päällä sekä alkoholin, vaseliinin, bentsoiinitinktuuran käyttämistä, sillä ne voivat aiheuttaa ärsytystä tai haavoja.
- ✓ Rintojen ja nännien tulee olla mukavassa asennossa imetyksen aikana.

Rintamaidon antaminen ruokintaletkun kautta

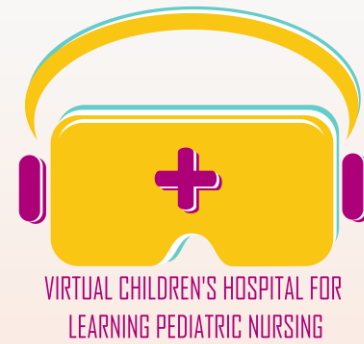
- Ruokintaletku voidaan asettaa **nenän** (nasogastrinen) tai **suun** (orogastrinen) kautta mahalaukkuun ruokintaa ja/tai lääkkeitä varten, kunnes vauva pystyy ottamaan ruoan kokonaan suullaan.
- Ennenaikaisilla vastasyntyneillä voi olla **vaikeuksia imeä tai niellä** hyvin pullosta, tai heillä voi olla imetyksessä. Ruokintaletku auttaa heitä siirtymään imetykseen tai pulloruokintaan.



Välineet

- Käsineet
- Rintamaito huoneenlämmössä
- Vettä
- pH-indikaattoriliuskat
- Oraaliruisku (ei luer lock -liitin) aspirointia varten: 2 ml vastasyntyneille < 1 000 g ja 5–10ml vastasyntyneille > 1 000 g
- Oraaliruisku (ei luer lock -liitin) maidon antamista varten: 10–20 ml

Tarkasta äidin nimi ja päivämäärä, jotka on kirjoitettu rintamaitopulloon!



Tarkista nenämahaletkun paikka ennen syöttämistä!



- ❖ On erittäin tärkeää **testata aina**, että ruokintaletku on mahalaukussa **ennen** ruoan ja/tai lääkkeiden antamista ruokintaletkulla. Jos letku ei ole oikeassa asennossa, ruokaa ja/tai lääkkeitä voi joutua vastasyntyneen keuhkoihin.
- **Tarkasta merkkejä letkun siirtymisestä:** Onko letkun pituus sama kuin aiemmin? Onko teippi löystynyt vai kiinni?
- **Tarkasta mahan sisältö:**
 - Poista letkun korkki, ja kiinnitä oraaliruisku aspirointia varten.
 - Aspiroi pieni määrä nestettä.
 - Arvioi aspiroimasi nesteen väri ja laatu.
 - Aseta neste pH-indikaattoriliuskalle (0,2–1 ml mahanestettä riittää yksöis-, kaksois- tai kolmois-pH-liuskoille).
 - Jos $\text{pH} < 5,5$, syöttöletku on mahalaukussa, ja vauvaa voi ruokkia. Jos pH on > 5 , vauvaa ei saa ruokkia.

Tarkasta, onko aiemmin annettu rintamaito sulanut?



❖ **Vatsan sisältö** tulee mitata **ennen ruokintaa**.

- Palauta aspiroitu neste takaisin mahalaukkuun.
- Jos vastan sisältö on alle 10 % vauvan viimeisestä ateriasta, voit jatkaa vauvan ruokintaa.

Rintamaidon antaminen nenämahaletkun kautta



- Jos vastasyntyneen tila on vakaa ja vanhempi on tarkkaillut prosessia jo aiemmin, voit **kannustaa vanhempia osallistumaan** pitämällä ruiskua paikallaan, kun annat vastasyntyneelle letkun kautta ruokaa.
- Kiinnitä oraaliruisku (10–20 ml) syöttöletkuun.
- On erittäin tärkeää, **ettei syöttöletkuun pääse ilmaa**. Tämän varmistamiseksi purista letkua aina, kun irrotat ruiskun syöttöletkusta. Täytä ruisku myös äidinmaidolla, kun se on lähestyy loppua, eikä silloin, kun ruisku on täysin tyhjä.
- **Ruokkiessasi käytä painovoimaa, älä paina**. Tämä vähentää vatsan seinämään kohdistuvaa painetta.
- Kun olet valmis, pese letku 10 ml:lla vettä.

Dokumentointi

- **Hoitoraportti:** Dokumentoi vauvan ruokintatapa, määrä ja mahdollisesti havaitut komplikaatiot tai vaikeudet.
- **Saadun ruoan ja virtsaamisen/ulostamisen kirjaaminen:** Dokumentoi äidinmaidon ja veden määrä.

Syöttämisen arviointi

- Nenän ja suun ärsyyntyneisyyden arviointi
- Mahdollisen hengitysvaikeuden arviointi ruokintaprosessin aikana ja sen jälkeen
- Vastasyntyneen ruokinnan edistymisen arviointi
- Verensokerin säännöllinen mittaaminen
- Vastasyntyneen saaman ruoan ja virtsaamisen/ulostamisen arviointi
- Päivittäinen punnitseminen

Viitteet



- Child and adolescent health service: Neonatology. (2023). Guideline: gastric tube feeding in the NICU. Saatavilla osoitteesta: <https://www.cahs.health.wa.gov.au/-/media/HSPs/CAHS/Documents/Health-Professionals/Neonatology-guidelines/Gastric-Tube-Feeding-in-the-NICU.pdf>
- East of England Benchmarking group. (2021). Clinical guideline: gastric tube feeding guideline for staff on neonatal units. Saatavilla osoitteesta: <https://www.eoeneonatalpccsicnetwork.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/Gastric-tube-feeding-guideline-1-2.pdf>
- Saint Mary's Hospital Newborn Services. (2020). Tube feeding your baby on the neonatal unit. Saatavilla osoitteesta: <https://mft.nhs.uk/app/uploads/sites/4/2018/04/16-82-Tube-feeding-your-baby-on-the-neonatal-unit-Nov-18.pdf>