

Bevorderen educatieve en ondersteunende interventies de borstvoedingsduur bij primipare moeders?

Referentie

Wong MS, Mou H, Chien WT. Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2021;117:103874. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103874

Duiding

Serena Debonnet, vroedvrouw, BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative), FOD Volksgezondheid en lactatiekundige IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) en Mieke Embo, vroedvrouw, UGent en Arteveldehogeschool

Klinische vraag

Wat is het effect van educatieve en ondersteunende interventies op borstvoedingsduur, andere borstvoedingsgerelateerde uitkomsten en zelfredzaamheid bij gezonde primipare moeders die vaginaal bevielen van een gezonde baby na een zwangerschapsduur van minstens 37 weken?

Achtergrond

De WHO (2019) beveelt aan om uitsluitend borstvoeding te geven tot 6 maanden postpartum, gevolgd door een combinatie van borstvoeding met vaste voeding tot de leeftijd van 2 jaar (1). Nochtans krijgt wereldwijd slechts 40% van de baby's langer dan 6 maanden borstvoeding (2). Moeders stoppen om talrijke redenen zoals onvoldoende melkproductie (3-5), vroege werkhervatting (≤ 3 maanden postpartum) (3,5), onvoldoende informatie en ondersteuning (6) en socioculturele druk (6). Ook bleek uit onderzoek dat het vooral jonge (<25 jaar) primipare moeders zijn die vroegtijdig stoppen met borstvoeding (4,5). Om dit alles te voorkomen werden reeds talrijke pre- en/of postnatale borstvoedingsinterventies ontworpen maar systematische reviews en meta-analyses tonen inconsistente resultaten over het effect op borstvoedingsduur (7,8).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review met meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- EMBASE, Maternity and Infant Care, Cochrane Library, PubMed, PsycINFO, CINAHL, Scopus, Dissertations & Theses@Chinese University of Hong Kong, ProQuest Dissertations and Theses, China Journal Net, WanFang Data; tot 31 januari 2020
- handmatige zoektocht in referentielijsten van relevante artikels
- restrictie in publicatiedatum (alleen de laatste 20 jaar) en taal (alleen Engels en Chinees).

Geselecteerde studies

- 13 gerandomiseerde gecontroleerde studies, uitgevoerd tussen 1999 en 2019 in 8 landen (Canada, China, Hongkong, Iran, Jordanië, Thailand, Turkije, VS), die met een gemiddelde steekproefgrootte van 66 tot 733 deelnemers het effect onderzochten op de duur van borstvoeding en/of de zelfredzaamheid bij borstvoeding van een educatieve en ondersteunende

interventie tijdens het prepartum (N=2 studies), postpartum (N=8 studies) of gedurende beide periodes (N=3 studies)

- exclusiecriteria: $\geq 50\%$ kwetsbare vrouwen (zoals tienerzwangerschap, roken tijdens de zwangerschap), vrouwen met gecompliceerde zwangerschap of bevalling (zoals obesitas, meerlingzwangerschap, instrumentele en/of heelkundige verlossing), transfer van de baby naar neonatologie.

Bestudeerde populatie

- 3 360 primipare moeders die vaginaal bevielen van een à terme (≥ 37 weken) gezonde baby (Apgar Score ≥ 7 ; geboortegewicht tussen 2,5 en 4 kg).

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: borstvoedingsduur (zowel van exclusieve als gedeeltelijke borstvoeding)
- secundaire uitkomstmaten: zelfredzaamheid, kennis, tevredenheid bij de moeder, borststuwning, zuigtechniek, gezondheid van de baby, kostprijs van de interventie
- pooling volgens het **random effects model** van studies met dezelfde uitkomstmaten; weergave van **categorische** resultaten met odds ratio (OR) en van **continue** resultaten met **gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD)**
- subgroepanalyse van statistisch significante resultaten naargelang tijdsperiode, format, manier van aanbieden, belangrijkste componenten, gebruik van een theoretisch raamwerk, aantal sessies van de interventie.

Resultaten (zie tabel)

- de gemiddelde studieuitval bedroeg 13,3% (variërend tussen 3,3% en 35,7%)
- educatieve en ondersteunende interventies hadden een statistisch significant effect:
 - op de duur van exclusieve* borstvoeding ≤ 2 maanden (N=8) en ≥ 6 maanden (N=5) postpartum
 - op de duur van partiële borstvoeding ≤ 2 maanden postpartum (N=8)
- educatieve en ondersteunende interventies hadden geen statistisch significant effect tussen 3 en 5 maanden op de duur van zowel exclusieve als partiële borstvoeding (N=4) noch ≥ 6 maanden postpartum op de duur van partiële borstvoeding (N=7)
- voor zelfredzaamheid was er een statistisch significante stijging van de gemiddelde **BSES-SF**-score (SMD=1,20 met 95% BI van 0,51 tot 1,88; $p=0,0006$) ≤ 2 maanden postpartum (N=5); ook zag men een statistisch significante toename van de kennis over borstvoeding na 37 weken zwangerschap, zowel ≤ 2 maanden als 6 maanden postpartum (N=3), minder borststuwning 3 dagen postpartum (N=1) en betere zuigtechniek (N=1); er was geen statistisch significant effect op tevredenheid van de moeder (N=2) en gezondheid van het kind (N=3); postpartum huisbezoeken waren duurder dan telefonische follow-up.

* Negen van de 13 studies refereerden naar de definitie van de WHO om exclusieve borstvoeding te definiëren.

Tabel. Statistisch significante effecten van educatieve en ondersteunende borstvoedingsinterventies op borstvoedingsduur ≤ 2 maanden en ≥ 6 maanden postpartum, zowel voor gedeeltelijke als voor exclusieve borstvoeding; met belangrijkste resultaten van de subgroepanalyse.

	Gedeeltelijke borstvoeding		Exclusieve borstvoeding	
	≤ 2 maanden postpartum	≥ 6 maanden postpartum	≤ 2 maanden postpartum	≥ 6 maanden postpartum

Gepoold resultaat	OR=1,24; 95% BI 1,04-1,48; p=0,02	/	OR=1,68; 95% BI 1,20-2,34; p= 0,002	OR=1,37; 95% BI 1,01-1,86, p= 0,04
Tijdsperiode van aanbieden	Postnataal OR=1,35; 95% BI 1,10-1,65; p= 0,004	/	Prenataal of combinatie pre- en postnataal OR=1,55; 95% BI 1,00-2,39; p=0,05	Combinatie pre- en postnataal OR=3,06; 95% BI 1,22-7,66; p=0,02
Type interventie	Postnatale telefonische follow-up OR=1,40; 95% BI 1,05-1,87; p=0,02	/	Postnataal huisbezoek OR=3,00; 95% BI 1,05-8,60; p=0,04	Combinatie prenatale workshop en telefonische follow-up; of prenataal gesprek met directe coaching en postnatale telefonische follow-up OR=3,06; 95% BI 1,22-7,66; p=0,02
Vorm interventie (individueel of in groep)	Individueel OR=1,21; 95% BI 1,01-1,46; p=0,04	/	In groep OR=2,34; 95% BI 1,32-4,15; p=0,004	Combinatie individueel en groep OR=3,06; 95% BI 1,22-7,66; p=0,02
Wijze interventie (face-to-face of indirect contact)	Indirect OR=1,40; 95% BI 1,05-1,87; p=0,02	/	Direct OR=1,66; 95% BI 1,01-2,72; p=0,05	Combinatie direct en indirect OR=3,06; 95% BI 1,22-7,66; p=0,02
Theoretisch kader	/	/	Zelfredzaamheidtheorie OR=2,50; 95% BI 1,55-4,03; p=0,0002	Zelfredzaamheidtheorie of gezondheidspromotiemodel OR=3,06; 95% BI 1,22-7,66; p=0,02
Aantal interventies	≥3 sessies OR=1,29; 95% BI 1,05-1,60; p=0,02	/	≥3 sessies OR=1,53; 95% BI 1,16-2,01; p=0,002	/

OR: odds ratio; BI: betrouwbaarheidsinterval; p: significantieniveau 0.05; / : geen significant resultaat

Besluit van de auteurs

De resultaten suggereren dat een theoriegebaseerde multi-componente interventie in drie of meer sessies aangeboden via persoonlijk en telefonisch contact, zowel pre- als postpartum effectief kunnen zijn om exclusieve borstvoeding ≥ 6 maanden postpartum alsook partiële borstvoeding en zelfredzaamheid bij borstvoeding 2 maanden postpartum te verbeteren.

Financiering van de studie

Geen externe financiële fondsen ontvangen.

Belangenconflicten van de auteurs

Geen belangenconflicten vermeld.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

De selectie van artikels in deze systematische review gebeurde door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Bij discussie zocht een derde onderzoeker naar consensus. Twee onderzoekers screenen de methodologische kwaliteit van de studies met de Cochrane risk of bias tool. Drie studies hadden een hoog risico van bias en voor de overige tien studies was voor een of meerdere domeinen een onduidelijk risico van bias aanwezig. Zo was er voor vijf studies onvoldoende informatie over de toewijzing van de interventie. Op één na was geen enkele studie geblindeerd uitgevoerd waardoor we niet kunnen uitsluiten dat er van de toegewezen interventie afgeweken werd. Ook rapporteringsbias is voor 9 studies niet uitgesloten. De geïncludeerde studies waren klinisch heterogeen in studieopzet, steekproefgrootte, kenmerken van de interventies en follow-up.

Interpretatie van de resultaten

De resultaten van deze studie tonen aan dat educatieve en ondersteunende interventies een significant effect hebben op de duur van exclusieve borstvoeding binnen de 2 maanden en na 6 maanden postpartum, maar niet tussen 3 en 5 maanden postpartum. Volgens de auteurs is deze contradictie te wijten aan het feit dat men in de twee studies die het effect na 3 maanden postpartum onderzochten, vrouwen includeerde die al sterk gemotiveerd waren om exclusieve borstvoeding te geven. Bovendien was de interventie beperkt tot de pre- of postpartumperiode. Wat partiële borstvoeding betreft, zag men alleen een effect binnen de 2 maanden postpartum. Volgens de auteurs is dit het gevolg van het feit dat de meeste moeders na 2 maanden het werk hervatten en daarom ook stopten met borstvoeding. Naast een toename in borstvoedingsduur nam ook de zelfredzaamheid toe op korte termijn (≤ 2 maanden postpartum). Dit resultaat liep zoals verwacht parallel met meer exclusieve borstvoeding binnen twee maanden postpartum. Voor de statistisch significante gepoolde resultaten kon men met een subgroepanalyse aantonen dat het grootste effect bereikt kon worden wanneer de interventie: 1) gedurende een lange periode (van pre- tot postpartum) werd uitgevoerd, 2) bestond uit een combinatie van groepssessies, individuele coaching en telefonische follow-up; 3) gekenmerkt werd door een combinatie van face-to-face en indirect contact; 4) theoretisch onderbouwd was met focus op zelfredzaamheid; en 5) minstens uit 3 sessies bestond (*zie tabel*). Het aantal geïncludeerde studies voor andere uitkomstmaten was beperkt. Daarom moet het positieve effect op kennis over borstvoeding, borststuwing en zuigtechniek voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Niettegenstaande de bevindingen van deze studie waardevol zijn voor professionals die een effectieve en efficiënte borstvoedingspromotiestrategie moeten ontwikkelen bevat deze studie ook belangrijke beperkingen. Generaliseerbaarheid van de resultaten is beperkt omdat men alleen gezonde primipara die vaginaal bevielen van een gezonde baby includeerde. Bovendien werden alle studies uitgevoerd buiten Europa en werd er geen rekening gehouden met cultuur, epidemiologie noch organisatie van de gezondheidszorg. Ook beschikken we momenteel over onvoldoende gegevens om het effect van de interventies op langere termijn (>6 maanden) te bepalen, alsook om de invloed van bepaalde karakteristieken van de interventie (zoals aantal, duur en interval tussen de sessies) te bepalen. We stellen een aanzienlijke studie-uitval vast, tot 35%. Dit kan erop wijzen dat borstvoeding niet altijd als positief ervaren werd door vrouwen, zelfs wanneer zij in studieverband goed ondersteund worden. Misschien kan dit in verband gebracht worden met het feit dat de tevredenheid van de moeder, die slechts in twee studies is bestudeerd, statistisch significant niet verbeterde. We moeten echter erkennen dat deze gegevens te zwak zijn om er solide conclusies uit te kunnen trekken.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Volgens de meest recente richtlijnen van de Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) dient elk zwangerschapstrimester aangewend te worden om borstvoeding op een interactieve manier te bespreken (9). Deze richtlijn wordt ook uitvoerig beschreven in de handleiding van het Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) (10). De WHO en UNICEF lanceerden het BFHI om wereldwijd zorginstellingen met een kraamafdeling te motiveren om de Tien Vuistregels voor het welslagen van borstvoeding toe te passen. Deze tien vuistregels bundelen kort een aantal beleidsmaatregelen en

procedures die zorginstellingen met een kraamafdeling en postnatale diensten zouden moeten toepassen om borstvoeding aan te moedigen. Tot deze vuistregels behoren dat alle zwangere vrouwen voorgelicht moeten worden over de voordelen en de praktijk van borstvoeding geven, dat zorginstellingen met een kraamafdeling contacten onderhouden met andere instellingen en disciplines over de begeleiding van borstvoeding, alsook dat zij de ouders verwijzen naar borstvoedingsorganisaties (11).

Besluit van Minerva

Deze methodologisch goed uitgevoerde meta-analyse van 13 heterogene studies met vaak een onduidelijk risico van bias voor meerdere domeinen toont aan dat een multicomponente educatieve en informatieve interventie de borstvoedingsduur - exclusieve borstvoeding binnen de twee maanden en ≥ 6 maanden postpartum, gedeeltelijke borstvoeding alleen binnen de 2 maanden postpartum - verlengt bij gezonde primipare vrouwen na vaginale bevalling van een gezonde baby. Uit een subgroepanalyse blijkt bovendien dat een lange interventietijd (zowel pre- als postnataal), een combinatie van groepssessies, individuele coaching en telefonische follow-up, een face-to-face en indirect contact, theoretische onderbouwing en minstens 3 sessies het resultaat positief beïnvloeden, maar dit vraagt om verder onderzoek.

Referenties

1. WHO. Breastfeeding. Retrieved 16 November 2021 from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. WHO. Infant and young child feeding. 9 June 2021. Url: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
3. Brown CR, Dodds L, Legge A, et al. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health* 2014;105: e179-e185. DOI: 10.17269/cjph.105.4244
4. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health J* 2011;15:260-8. DOI: 10.1007/s10995-009-0554-2
5. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci* 2018;32:451-65. DOI: 10.1111/scs.12489
6. Keevash J, Norman A, Forrest H, Mortimer S. What influences women to stop or continue breastfeeding? A thematic analysis. *Br J Midwifery* 2018;26:651-8. DOI: 10.12968/bjom.2018.26.10.651
7. Kim SK, Park S, Oh J, et al. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2018;80:94-105. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004
8. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2019;14:42. DOI: 10.1186/s13006-019-0235-8
9. Rosen-Carole C, Hartman S, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol# 19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeeding Medicine* 2015;10:451-7. DOI: 10.1089/bfm.2015.29016.ros
10. World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative 2018. 22 March 2018.
11. Tien vuistregels. Stichting zorg voor borstvoeding 2012. Url: <https://www.borstvoeding.com/artikelen/voorjebegint/voorbereiding/10vuistregels/>