

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR
Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés**

**CSÖRGÖNÉ POLGÁR ANDREA
A SZOPTATÁSTÁMOGATÁS MÓDJAINAK VIZSGÁLATA**

**TÉMAVEZETŐ:
DR. KUN JUDIT GABRIELLA, ORVOS, IBCLC
SUHAI GÁBOR, PSZICHOLÓGUS**

**BUDAPEST
2008/2009. tanév**

TARTALOM

1	BEVEZETÉS	4
2	SZOPTATÁS A KULTÚRÁKBAN – SZOPTATÁSI KULTÚRA	5
3	SZOPTATÁS ÉS EGÉSZSÉG – KÖZVETLEN ÉS KÖZVETETT HATÁSOK	7
4	A SZOPTATÁS ÉLETTANA	9
5	A LEGGYAKORIBB SZOPTATÁSI PROBLÉMÁK	10
6	A SZOPTATÁS HELYZETE EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON	13
6.1	STATISZTIKÁK, TRENDEK.	15
6.2	A SZOPTATÁS TÁMOGATÁSÁNAK SZAKMAI AJÁNLÁSAI.....	17
6.3	A SZOPTATÁS TÁMOGATÁSA MAGYARORSZÁGON.....	18
6.3.1	<i>A szoptatástámogatás intézményes helyszínei és résztvevői</i>	20
6.3.2	<i>Intézményen kívüli segítők</i>	22
6.4	A SZOPTATÁSI HAJLANDÓSÁGOT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	24
7	A SZOPTATÁSTÁMOGATÁS MÓDJAINAK VIZSGÁLATA	26
7.1	A VIZSGÁLAT KIINDULÓ GONDOLATAI	26
7.2	A VIZSGÁLATI MÓDSZER	27
7.2.1	<i>A vizsgálati személyek csoportjai</i>	27
7.2.2	<i>A vizsgálati eljárás bemutatása</i>	27
7.2.2.1	<i>A vizsgálat eszköze</i>	27
7.2.2.2	<i>Az adatfelvételi eljárás ismertetése</i>	28
7.2.2.3	<i>Kritikai megjegyzések</i>	29
7.2.3	<i>Az adatok feldolgozásának és elemzésének bemutatása</i>	30
7.3	EREDMÉNYEK.....	31
7.3.1	<i>A vizsgált minta szociáldemográfiai jellemzőinek elemzése</i>	31
7.3.2	<i>Szoptatással kapcsolatos adatok</i>	32
7.3.3	<i>Tájékozódás és segítségkérés a szoptatással kapcsolatban</i>	33
7.3.4	<i>A kizárólagos szoptatás hosszának és az erre ható tényezőknek vizsgálata</i>	39
7.4	MEGBESZÉLÉS	44
8	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	46

9	IRODALOM	46
10	FÜGGELÉKEK	50
10.1	BELEEGYZŐ NYILATKOZAT	50
10.2	KÉRDŐÍV	52
10.3	A SZOPTATÁSI TANÁCSADÁS ALGORITMUSA	61

csak belső használatra!

„Azok a nők, akik szándékuk ellenére idő előtt abbahagyják a szoptatást, kapjanak segítséget ahhoz, hogy átgondolhassák, miért történt így. Ha feldolgozzák az élményt, könnyebben elfogadják majd, hogy a tervezettnél rövidebb ideig szoptattak, csökken majd a veszteség- és kudarcérzésük, és sikeresebben szoptatják majd a következő gyermeküket.” (A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában)

1 Bevezetés

A szoptatástámogatás területén önkéntes segítőként tevékenykedőként gyakran merül fel bennem a kérdés, vajon mit tehetek a tőlem segítséget kérő édesanyákért? Mekkora hatással lehetek én, aki ismeretlenül csöppenek az anya életébe, a szoptatás sikerére? Ennek a dolgozatnak az elkészítésében személyes, szakmai indokok vezéreltek. A megfelelő segítségnyújtáshoz ugyanis számomra elengedhetetlen, hogy a szoptatásnak, a szoptatás kultúrájának minél több aspektusát ismerjem.

Dolgozatom elméleti, a téma szakirodalmát áttekintő részében elsőként arról lesz szó, hogy mi minden van befolyással arra, hogyan alakul egy társadalom szoptatási kultúrája. Ezt követi két fejezet a szoptatás biológiai szempontjairól, elsőként a laktáció élettanáról, majd a szoptatás hatásairól. Ezek a részek arra világítanak rá, milyen folyamatok zajlanak, és hogyan működik a laktáció, illetve hogyan támogatja az anya, a gyermek, és a társadalom egészségét a szoptatás.

Az elméleti rész ezután következő fejezetei a szoptatási kultúrát meghatározó legfontosabb tényezőket részletesen is tárgyalja. Kifejtem, hogyan alakul a szoptatás helyzete jelenleg Európában és Magyarországon, milyen szakmai ajánlások, és milyen intézményes és intézményen kívüli résztvevők segítik a szoptatást. Szó lesz a nemzetközi és a hazai szakmai protokollokról, és arról, hogyan támogatja a szoptatást a több mint 50 éves La Leche Liga szervezete. Végül a szoptatási hajlandóságot befolyásoló tényezők kapcsán a fejezetben néhány kutatási eredményt ismertetek, és kísérletet teszek a legfontosabb hatások összegzésére.

Empirikus kutatásom leírásában ismertetem a szoptatástámogatás módjainak vizsgálatát. Vizsgálom, hogy a szoptatást illetően tájékozódnak-e, és ha igen, honnan, az anyák a várandósságuk idején, a szülés után és honnan kérnek segítséget. Arra is választ keresek, hogy melyek azok a nehézségek, körülmények, amelyek befolyással vannak a szoptatás kimenetelére. Ugyan ez a dolgozat nem tudja feltárni valamennyi összefüggést, mégis kísérletet tesz arra, hogy az olvasó figyelmét felhívja néhány olyan összefüggésre, amely a hétköznapi életben nem kap elég figyelmet.

2 Szoptatás a kultúrákban – szoptatási kultúra

Egy társadalom gyermeknevelési és gyermekgondozási szokásait meghatározza, hogy milyen értékeket tartanak fontosnak, mire akarnak nevelni, milyen életre szeretnének felkészíteni. Ezen túl pedig az is döntő, hogy milyen tulajdonságokat tartanak a társadalom tagjai hasznosnak, és melyeket kevésbé előnyösnek, melyek azok az értékek, amelyeket a következő generáció számára át akarnak adni. A szoptatás mikéntje, mint a gyermekgondozás más formái is, tehát kultúrafüggő. A szülői viselkedés komponenseinek modellje felosztható hat univerzális területre: elsődleges gondozás (a szoptatás is ide tartozik), testkontaktus, motorikus stimuláció, szemkontaktus, tárgyjáték és beszéd. Ezek a kulturális környezettől függően kaphatnak különböző hangsúlyt. Ami az egyik helyütt normális, azt máshol patológiásnak tekintik. (Keller, 2008)

Idealizálni szokás a régmúltat vagy a természeti népek szokásait is, pedig éppen a régmúltban kellett annak az asszonynak félrevonulni a közösségtől, aki viselőssé vált. Ezt a máig ható kulturális tabut tükrözik a szopó csecsemőt ábrázoló képek is. A XX. század elején, a paraszti társadalomban például ugyanúgy előfordult, hogy a szülés utáni napokban az újszülöttel cukros vizet itattak, mint manapság. Sok helyen pedig már néhány hónapos korban szilárd étellel is etették őket. (Verebélyi, 1999)

Az idealizálás kiinduló gondolata a természet közelség, a természetesség. Ha a különböző kultúrákban a szoptatási szokásokat vizsgáljuk, azt láthatjuk, hogy minél kevésbé iparosodott egy társadalom, a szoptatás annál tovább tart, és annál kevesebb nőt sújtanak szoptatási nehézségek. Közelebbről vizsgálva viszont megállapítható, hogy ezekben a társadalmakban a szoptatás körül ugyanúgy élnek tévhitek és rítusok, mint a nyugati társadalmakban.

Sok helyütt a vallás szabályai is kitérnek a szoptatással kapcsolatos szokásokra. A Korán például előírja a 2 éves korig tartó szoptatást, de engedélyezi a dajkaságot is. Ez mégsem jelenti azt, hogy az iszlám országokban az egeket verné a szoptató nők aránya, éppen ellenkezőleg. Koreában a meconium távozásáig nem szoptatják meg az újszülötteket, ahogyan a szülés után közvetlenül Indiában sem szoptatnak, mert a vér és a szülőcsatorna tisztátalannak számít. Gyakori, hogy a szoptatás éveig eltart, az elválasztás mégis drasztikus. A gyermeket elkülönítik, vagy az anya csípős kenőccsel, korommal keni be mellét, hogy elvegye gyermeke kedvét a szopástól. (Dumitra, 2005)

A természeti népeknél mégis van néhány fontos különbség az iparosodott társadalmak csecsemőgondozási szokásaihoz képest. Az egyik ilyen különbség, – és talán ez bír a legnagyobb jelentőséggel – hogy az anya sosincs egyedül. Körülveszik őt, kultúrától függően a családtagok, vagy a törzs tagjai, más anyák és más nők. Manapság a mi kultúránkban a magány az, ami a legtöbb édesanyát, különösen az első szülőket sújtja.

Nem tekinthetünk el annak tényétől, hogy abban a módban, ahogyan az anya csecsemőjét és kisgyermekét gondozza, illetve kettejük kapcsolatában, számos olyan mechanizmus vesz részt, amely az evolúció során jött létre. Ezeknek lényeges funkciójuk van az utód túlélése szempontjából, illetve az anya szaporodásának adaptív eszközeként. Bereczkei Tamás így ír erről: „Tény, hogy az anya és gyerek kapcsolatát és kölcsönös egymásra hangolódását számos élettani és pszichológiai folyamat közvetíti, amelyekben fontos szerepet játszanak az evolúció során kialakult motoros reakciók, érzékszervi preferenciák és tanulási algoritmusok.” (Bereczkei 2003, 229.o.). Ilyenek például az anyáknak a csecsemő vokalizációjára, sírására adott differenciált reakciója, a szemkontaktus fontossága, az újszülöttnak az anyja hangja iránti preferenciája és sorolhatnánk még.

Ha a kultúrát, mint kommunikációt tekintjük (Hall, 1987), akkor a szoptatási kultúra alatt minden olyan hatást érhetünk, amely „közöl” valamit a szoptatással, a gyermekgondozással kapcsolatosan. Így a szoptatási kultúrát meghatározza:

- az anya (és az apa) saját családja,
- a társadalmi környezet,
- a hagyományok (rítusok),
- a személyiség (egyéni preferenciák).

Érdeklődésem tárgya tehát a szoptatási kultúra: az, hogy mit jelent a család, a saját tapasztalatok befolyása a szoptatás alakulásában, hogy milyen hatással van a szoptatási szokásokra a társadalom a médián, az egészségügy ellátórendszerén és a szűkebb-tágabb társas kapcsolatokon keresztül vagy éppen a modern rítusokban (babakelengye beszerzése).

A következő fejezetekben a szoptatási kultúra összetevőit, résztvevőit tekintem át a szoptatással kapcsolatos ismereteken keresztül, a szakmai irányelveken és jogszabályokon át a szoptatási hajlandóságot befolyásoló tényezőkhöz.

3 Szoptatás és egészség – közvetlen és közvetett hatások

Rögtön a fejezet elején szeretném leszögezni, hogy lévén a szoptatás a biológiai norma, nem beszélhetünk annak előnyeiről, csak a normához viszonyított, eltérő táplálási mód hátrányairól. Mégis szokás a szoptatás, az anyatejes táplálás előnyeit párhuzamba állítani a mesterséges táplálásnak az egészségre való kockázataival. Annak alátámasztására, hogy a szoptatás nem csupán egy a lehetséges táplálási módok közül, s sikeressége mindannyiunk – az egyén és a társadalom – érdeke is, érdemes áttekinteni, milyen hozadéka van rövid és hosszútávon egyaránt.

Az előnyök összefoglalásának egyik módja a La Leche League International oldalán található (Wall, 2007), amely a testi és a lelki szempontok szerint a kisbaba, és az édesanya számára érvényesülő valamint a társadalmi hatások alapján való felosztás. A csoportosításon felül ismerteti azokat a kutatásokat, amelyek alátámasztják a hatás érvényesülésének hipotézisét.

A kisbaba számára érvényesülő pozitív hatások területei:

- Fertőző betegségek,
- Csecsemő, - és kisgyermekkorai betegségek,
- Allergia,
- Fejlődés és intelligencia,
- Fájdalomra és fiziológiai hatásokra adott válasz a táplálás alatt,
- Hosszú távú hatások,

Az édesanya számára érvényesülő pozitív hatások területei:

- Daganatos megbetegedések,

- Szív- és érrendszeri megbetegedések,
- Cukorbetegség,
- Érzelmi (lelki) egészség,
- Termékenység,
- A menopausa tünetei,
- Osteoarthritis (csont-izületi gyulladás),
- Osteoporosis (csonttrikulás),
- Szülés utáni súlyvesztés,
- Rheumatoid arthritis,
- Lupus (SLE),
- Húgyúti fertőzések.

Társadalmi hatások:

- Gyermek-abúzus,
- Egymást követő terhességek közti idő,
- Környezet,
- A családot és a kormányt terhelő anyagi kiadások,
 - a táplálkozás költségei,
 - gyógyszerköltség,
- Oltóanyagok hatásossága.

A WHO honlapján megtalálható egy metaanalízis és szisztematikus irodalmi összegzés is (Horta, Bahl, Martines, Cesar, Victoria, 2007), mely részletesen beszámol néhány betegségre gyakorolt preventív hatásról.

Szakemberek azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy a szoptatás előnyeinek hangsúlyozása azt sugallja, mintha a mesterséges táplálás lenne a norma, és ehhez képest járna előnyökkel a szoptatás. (Berry, Gribble 2008) Ugyanakkor a tápszeres táplálásnak az egészségre gyakorolt kockázata túlságosan háttérbe szorul. Ez megakadályozza az anyák informált döntésének meghozatalát. Egy tanulmány szerint még azoknak a kutatásoknak a címében és összefoglalójában sem szerepeltetik a szerzők a tápszer hatásaival kapcsolatos kifejezéseket, amelyeknek témája éppen ez. Ez lehet az egyik lehetséges oka annak, hogy ez az információ az egészségügyben dolgozókhöz el sem jut. (Smith, Dunstone, Elliot-Rudder, 2008)

Mások arra figyelmeztetnek, hogy ha a szoptatás fontosságát a nyilvánosság előtt akarjuk tudatosítani, akkor nem támaszkodhatunk a mesterséges táplálás egészségre való kockázatának üzenetére. Heinig Wenzel és munkatársainak coping, illetve egészségviselkedési mechanizmusára hívja fel a figyelmet, és nagyobb jelentőséget tulajdonít a problémamegoldó menedzsmentnek. Ez segíthet megtalálni a megoldást azokra a körülményekre, akadályokra, amelyek frusztrációval, kétségekkel és stresszel töltik el az anyákat. Ezek a mesterséges táplálás kockázatait hangoztató üzenetek azonban nagyon is helyén valók akkor, ha szociális és intézményes kereteket érintő változásokat sürgetnek, vagy a családot, a környezetet hívják fel. (Heinig, 2009)

4 A szoptatás élettana

Ha a szoptatást, a szoptatási képességet élettani szempontból vizsgáljuk, leszögezhetjük, hogy a nők 98%-a képes szoptatni.

A primitív tejlec már magzati korban, a második hónapban kialakul, s mire a csecsemő megszületik, már emlőmirigyei vannak. Serdülőkorban indul újra fejlődésnek a tejmirigy, s a várandósság idején zajló hormonális változás teszi azt teljessé. Mindaddig azonban, míg a placenta termelte hormonok magas szintjének gátló hatása érvényesül, a tejelválasztás nem indul meg. Néhány betegség, kemoterápia, a mellkas terápiás besugárzása, mellkasi műtét vagy sérülés, valamint genetikai tényezők befolyásolhatják az emlő fejlődését, s ezzel befolyásolhatják a szoptatás sikerét, ez azonban az édesanyák nem egészen 2%-át érinti.

A tejtermelés megindulásának (laktogenezis) első szakaszában, a várandósság idején, az emlőmirigy képessé válik a tejtermelésre, a tejsatornák növekedésnek indulnak, kialakulnak a lebenyek. A második szakasz kezdetén, a szülés után, mikor a placenta is leválik, a gátló hormonok szintjének csökkenésével minden feltétel adott ahhoz, hogy a bőséges tejmennyiség megjelenhessen. Az első 72 órában mind minőségi, mind mennyiségi változás lezajlik, melyet a prolaktin felszabadulása vált ki. Végül, körülbelül 36 órával a szülés után, a tejmennyiség tízszeresére növekszik.

Ezt a hormonális szabályozás alatt álló folyamatot aztán a tartós tejtermelés váltja fel. Ekkor már helyi mechanizmusok lesznek felelősek a napról napra történő szabályozásért és a megtermelt tej mennyisége nem függ közvetlenül a plazma prolaktin

szintjétől. A tejtermelési képesség nem függ a mell méretétől sem. Kis- és nagymellű édesanya ugyanannyi tejet képes termelni 24 óra alatt. A két mellben a szabályozás független. A tejtermelés így csak az elfogyasztott tejmenyiségtől függ, tehát a gyermek saját maga szabályozza azt. Így a termelő tej mennyisége nem az anya tejtermelési képességét, hanem a csecsemő (kisgyermek) étvágyát tükrözi, a tejtermelés ütemét pedig a mell kiürítésének mértéke határozza meg: amíg a mellet rendszeresen ürítik, a tejtermelés folytatódik. Ezt nevezzük a „kereslet-kínálat elvének”. (Kun, 2007)

Ha a tejet nem ürítik ki, akkor a tejtermelés csökken, majd néhány nap alatt megszűnik. Egyes betegségek ugyan okozhatnak elégtelen tejtermelést, de mégsem ez az oka annak, hogy a szoptatási arány nem éri el a 98%-ot. A tejtermelés megalapozásának és fenntartásának egyedüli gátja ugyanis az igény szerinti és kizárólagos szoptatásba való beavatkozás. Ha az újszülött nem édesanyja mellével találkozik először, hanem a szülés után a kórházi személyzet által adott cumival, nyugtató cumival vagy bimbóvédővel, az rögtön a kezdetekkor nehezíti meg – ha nem teszi lehetetlenné – a szoptatást. Minden olyan tanács, amely a kizárólagos és a kisbaba igénye szerinti szoptatás ellenében hat (a szigorú szoptatási rend a 3-4 óránkénti etetéssel, az éjszakai szoptatás elhagyása, teáztatás, tápszerpótlás, a testközelség gondozás hiánya, ha a kisbaba túl távol van ahhoz, hogy az anya a korai éhségjeleket észlelhessen, a korai és a szoptatást felváltó, nem pedig kiegészítő hozzátáplálás) a szoptatás idő előtti felfüggesztését okozza.

Abban az esetben, ha a sorra fellépő szoptatási problémák megoldatlanok maradnak, valóban kialakul a szoptatási képtelenség, amely azonban – ahogyan láthattuk – korántsem tekinthető alkatinak, vagy szerencse dolgának, sokkal inkább iatrogén ártalomnak.

5 A leggyakoribb szoptatási problémák

A következőkben a leggyakrabban előforduló szoptatási problémákat tekintem át, elsősorban az észlelt tünetek oldaláról a Breastfeeding Answer Book (Mohrbacher, Stock 1991) és a Leader's Handbook (Mohrbacher, Torgus, 1989) alapján.

Gyakran van átfedés a tünetek mögött húzódó valódi nehézség tekintetében, ezért ennek felderítése megfelelő képzettségű szakember feladata. A tanácsadó első és legfontosabb dolga minden esetben az, hogy kizárja az anya, vagy a csecsemő betegségét

illetve meggyőződjön arról, hogy a kisbaba elegendő tejhez jut-e és nem fenyegeti-e a kiszáradás veszélye (pl. kevés tej, vagy rosszul gyarapodó csecsemő esetén).

A szoptatás során előforduló nehézségek egy része abból adódik, hogy a szoptatással, a kisbaba viselkedésével, és a szoptatós életformával kapcsolatosan az édesanyának (és gyakran a tanácsot adóknak is) téves elképzelései vagy tapasztalatai vannak. Annak, hogy milyenek ezek az előfeltevések, fontos szerep jut akkor, amikor az anya egy adott helyzetet ítél meg. Ilyenek például az éjszakai gondozás és szoptatás, a testközelségre és a gyakori mellre tételre való igény, a sokáig rendszertelen (vagy a korábbtól eltérő rendszerű) napirend, a sírás mint jelzés és az arra adott válasz, hogy az anya megszojtatja, felveszi-e a babáját. Van, akinek ez problémaként jelentkezik, és van olyan édesanya, akinél nem.

Előfordulhatnak azonban olyan nehézségek is, amelyek ettől a szubjektív felfogástól illetve a korábban megszerzett ismerettől függetlenek: bizonyos anatómiai eltérések, koraszülés, császármetszés, betegség akár az anyánál, akár az újszülöttnél, ehhez kapcsolódóan pedig a fejésnek és a tej tárolásának kérdése.

A fejés, mint nehézség, önállóan is felmerülhet, nem csak a szoptatás akadályoztatása miatt. Többen azért fordulnak ezzel kapcsolatban tanácsért, mert azt gondolják, hogy a sikeres szoptatáshoz folyamatos fejésre, „a mellek kiürítésére” van szükség, így a lefejt tej mennyisége összefüggésben van a termelt tejmennyiséggel.

A korai időszakban az édesanyák sebes, érzékeny mellbimbójuk miatt kérnek gyakran tanácsot. Az ok legtöbbször a rossz szopási technika, amihez nem ritkán felülfertőződés, vagy gombásodás is párosul. Az első napokban sokszor okoz az aluszékony, esetleg sárga újszülött ébresztése, megszojtatása nehézséget.

Ezen kívül tanácsot kérnek még az anyák saját táplálkozásukkal, életmódjukkal kapcsolatosan is, ezzel összefüggésben pedig – ami az első időszakban gyakori, az elfogyasztott allergénekre adott reakcióként – a kisbaba székletének változása okoz aggodalmat, melyet bőrtünet is kísérhet.

A legtöbb édesanya szembesül, vagy szembesülni vél, a szoptatás időszakában avval, hogy kevés a teje. Egy szoptatási tanácsadó egy éves tanácsadását felölelő, 254 esetet feldolgozó statisztikája szerint a telefonon segítséget kérők 40%-a ezzel kereste

meg őt, jellemzően (80%-ban) a csecsemő három hónapos koráig terjedő időszakban. (M. Debulay 2008)

A 4.-6. hónap körül gyakori a csecsemőknél, ami legtöbbször tipikus, a normális emésztéssel összefüggő jelenség, hogy csak ritkán van székletük. Mégis gyakran diagnosztizálják ezt kórosnak és kezelik is különböző módokon.

Hasonlóan jellemző erre az időszakra a szilárd ételek bevezetéséhez kapcsolódó nehézség, ami – ha a hozzátáplálás megkezdése még túl korai volt – egyszerűen a kisbaba emésztésének, vagy viselkedésének erre adott reakciója.

A gyakoribbá váló éjszakai ébredés sokszor életkori sajátosság (fokozott testközelségre való igény, változóban levő mozgásfejlődés és értelmi képesség, az alvási, elalvási képesség alakulása, fogzás, stb.), mégis sok szülőt megviselnek, ezért fordulnak tanácsért szakértőhöz.

Általánosan az egész időszakban megjelenhet az anya betegsége esetén az a kérdés, hogy vajon összeegyeztethető-e a gyógyszeresedés a szoptatással. Sajnos ritkán ismerik az orvosok azokat a forrásokat (szakkönyveket, internetes adatbázisokat), amelyek megbízható kutatásokra támaszkodó információval szolgálnak erről. Gyakran eltanácsolják a szoptatásról az anyákat teljesen veszélytelen kezelés esetén is.

A legtöbb, sokszor téves, információja az édesanyáknak a mellgyulladásról van. Keverednek benne a különböző tünetek (sebes bimbó, a bimbó érzékenysége, pirosság, láz, fájdalom, levertség, csomó a mellben) és azok oka. Így aztán ez is a gyakori nehézségek között szerepel, annak ellenére, hogy sokszor szó sincs valódi gyulladásról.

Ami az összetettsége miatt a leggyakorlottabb szoptatási tanácsadót is nehéz helyzetbe hozó és az édesanyáktól is a legnagyobb türelmet igénylő nehézség, az a szopási sztrájk. Lehetnek ennek egészen enyhe tünetei is, amelyek idejében felismerve és kezelve nem is vezetnek valódi sztrájkhoz, azaz a mell teljes elutasításához. Előfordulását tekintve a teljes szoptatási időszakban megtalálható. Oka a korai időszakban gyakran a szülést követő, korábban is említett szeparáció, mely sokszor az anyamellel való első találkozást megelőző cumisüveges táplálást is maga után vonja. A későbbiekben kialakuló sztrájk mögött is gyakran a kisbaba igénye szerint való szopás korlátozása húzódik, például a cumi vagy a cumisüveg használatának formájában. Ritkább esetben az ok

valamilyen pozicionálási, vagy más szoptatási gyakorlatbeli probléma, így a szoptatás halogatása, vagy a túl erős tejleadó reflex is lehet. Olykor pedig valamilyen megváltozott körülményre, illatra, szokásra, egy következő várandósságra, vagy az anya visszatérő menstruációjára reagál így a gyermek.

Szintén általános probléma a lassú, vagy nem kielégítő súlygyarapodás. Természetesen ezt ritkán diagnosztizálja az anya maga, legtöbbször a védőnő, vagy a gyerekorvos mondja ki a csecsemőre. Sokszor a gyarapodásnak csak a súlyt érintő adatait tekintik, a hosszt, a fej,- és mellkas körfogatot nem. Arra sem kérdezik rá, hogy elégszer kerül-e mellre 24 óra alatt a csecsemő, ahogyan az eltérő genetikai adottságokat, és az életkorral együtt (3 hónapos kor után) lassúbbodó gyarapodási ütemet sem mindig veszik figyelembe. Sőt, olykor éppen az orvosi javaslatra túl korán megkezdett hozzátáplálás, és a szilárd ételekre való túl gyors átállás okozza a nem kielégítő gyarapodást, mert az anyatej tápanyagtartalma még jobban szolgálná a csecsemő szükségleteit, így a gyarapodást is.

Ez az összefoglaló korántsem tekinthető teljesnek és természetesen az okok között sem szerepel minden szóba jöhető. Mégis jellemző felsorolása azoknak az eseteknek, amelyek a szoptatási időszakban akadályt jelenthetnek az édesanyáknak.

6 A szoptatás helyzete Európában és Magyarországon

Ebben a fejezetben a szoptatás európai és magyarországi helyzetéről, a szoptatástámogatás szakmai ajánlásairól és résztvevőiről lesz szó. Röviden említem azokat az indítványokat és egyezményeket, amelyek nemcsak a szakmai irányelveket igyekeznek szabályozni, de helyi rendeletekre is ösztönzik az egyes országok kormányzatát, politikusait.

Az Egészségügyi Világközgyűlés (WHA), felismerve a mesterséges táplálékok és marketingjük kedvezőtlen hatását a csecsemőtáplálásra, már 1981-ben elfogadta a WHO és az UNICEF által megfogalmazott nemzetközi ajánlást, „Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexét”. (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, World Health Organization, 1981) Az ENSZ Gyermek Jogairól szóló 1989-es New York-i Egyezménye, melyet Szomália és az Egyesült Államok kivételével a világ összes országa aláírt, a minél jobb egészséghez és

lehető legjobb egészségügyi ellátáshoz való jogot tételesen is definiálja. A kormányoknak teljesíteniük kell abban vállalt kötelezettségeiket a szoptatás védelme, támogatása és elősegítése érdekében.

A WHO/UNICEF az irányelveket kidolgozó találkozóján 1990-ben nyilatkozatot készített a szoptatás védelméről és támogatásáról (Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, 1990), amelyet az ENSZ 10 szervezete és 32 ország írt alá, köztük az Egyesült Államok is. A nyilatkozat lépéseket sürgetett a támogató környezet, a szoptatási kultúra, az önbizalom, a megfelelő táplálkozás és az információátadás támogatására, és nemzeti szoptatási irányelvek kidolgozására, illetve azok az általános egészségügyi irányelvekbe illesztésére.

A WHO tagállamai, 2002 májusában az 55. Egészségügyi Világtanács (World Health Assembly, WHA) alkalmával, egyhangúan elfogadták a Csecsemő- és kisgyermek-táplálási globális stratégiát (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, 2003), megteremtve ezzel az alapot minden közegészségügyi kezdeményezésnek, amely védeni, támogatni és elősegíteni kívánja a szoptatást.

A fentiekből is kitűnik, hogy a különböző nemzetközi szervezetek milyen nagy jelentőséget tulajdonítanak az egészségmegőrzés és a prevenció szempontjából a szoptatás támogatásának. Ennek megfelelően Európában is a közegészségügy kiemelt feladata a szoptatás védelme. A teendőket azonban még nem sikerült összehangolni. „A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában” című indítvány, melyet 2004-ben ismertettek „A szoptatásért Európában” c. konferencián, a következőkben foglalja össze az európai helyzetet (A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában, 2004):

- Az országok java részében ugyan gyűjtene az adatokat, de mivel az egyes országokban más fogalmakat használnak, ezek nem pontosak.
- A szoptatási mutatók és gyakorlatok általában elmaradnak a WHO és az UNICEF javaslataitól. Néhol már a szülés utáni mutatók is alacsonyok, máshol az első hat hónap után csökken le drasztikusan a szoptatott csecsemők száma. Általában elmondható, hogy igen kevesen szoptatnak kizárólagosan ebben az időszakban.
- Csupán 18 országban dolgoztak ki országos vagy regionális irányelvet, ugyan a lehetőségek adottak lennének, és 5 kivétellel ezek sem a legjobbnak tartott normákat tartalmazzák.

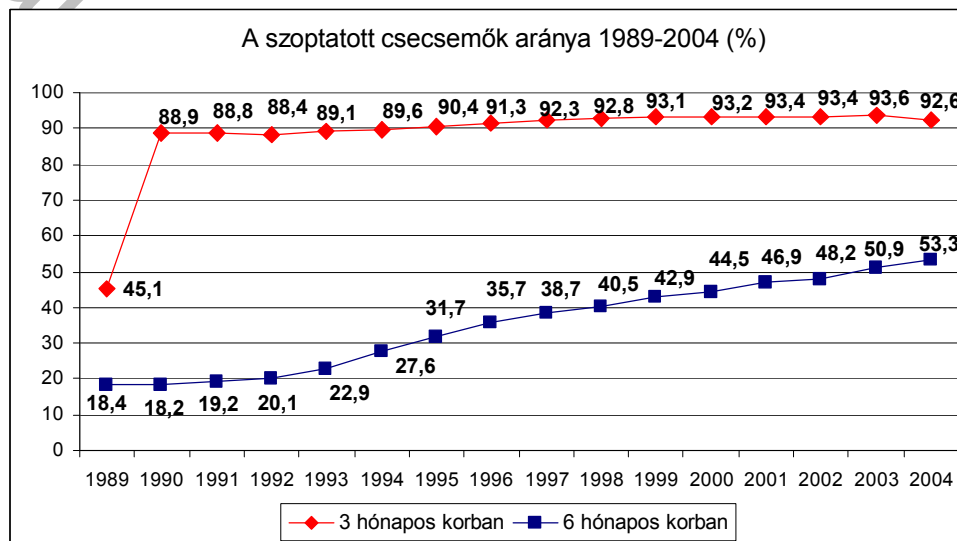
- Számos országban nem, vagy csak részben érték el az Innocenti Kiáltványban foglalt célkitűzéseket.
- Nagy különbség mutatkozik a „Bababarát kórházak” rendszerének bevezetésében. Ugyan néhol már a szüléseteken túl az egészségügyi ellátás más területén is megvalósítják, vannak országok, ahol még egyetlen kórház sem érte el a minősítéshez szükséges szintet.
- Az egészségügyi szakemberek alapképzési tanterve nem tűnik elégségesnek ahhoz, hogy biztosítsa a szoptatás támogatásához szükséges szakértelmet.
- Az alap- és továbbképzésbe épített szoptatási kurzusokat – ha egyáltalán léteznek – felül kell vizsgálni.
- Egyre több a nemzetközi vizsgát tett szoptatási szaktanácsadó (IBCLC).
- A Nemzetközi kódex előírásai nem érvényesülnek az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjére vonatkozó országos helyi törvényekben. Annak tartalma nem jut el kielégítő mértékben sem az egészségügyi dolgozókhöz, sem a nagyközönséghez, és nem működik hatékony ellenőrző rendszer.
- A legtöbb országban az anyaságvédelmi törvények (ILO egyezmény az anyaság védelméről) szoptatásra vonatkozó szakaszai ugyan korlátozott mértékben, de érvényesülnek.
- A legtöbb országban működnek önkéntes szoptatási tanácsadók, „anyák egymás közt” csoportok és egyéb tanácsadó szervezetek, de számuk még nem elegendő és a hatékony együttműködéshez nincs meg a kellő kapcsolatuk az egészségügyi rendszerrel.

6.1 Statisztikák, trendek

Jelen dolgozat keretei nem adnak rá lehetőséget, hogy bővebben kitérjek azokra a trendekre, amelyek hazánkban és Európában megfigyelhetők a szoptatással kapcsolatosan, mégis, néhány adatot, és annak összefüggéseit szükségesnek látom megemlíteni.

Az Európai Unióban a szoptatást megkezdő édesanyák aránya 60%. Ugyan 6 hónapos korban a csecsemők 44%-a szopik még, de a kizárólagosan szoptatottak aránya csak 20%. Ez a 2008-as becsült adat, IBCLC-k felmérése alapján. (Honigmann, 2008)

Hazánkban az édesanyák több mint 90%-a megkezdi a szoptatást. Az alábbi táblázatban az elmúlt évtizedek magyarországi szoptatási statisztikája olvasható, mely a nemzetközi szervezeteknek megküldött adatok alapján készült. (Dávid, 2008)



1. ábra: Szoptatási szokások Magyarországon

Ellentmondanak ennek a statisztikának a védőnői nyilvántartásban szereplő adatok, mely szerint a 3 hónapos korban kizárólag szopó csecsemők aránya 2004-ben 60%, 2005-ben 60,8%, 2006-ban pedig 62% volt országosan. Ugyanez az arány hat hónapos korban pedig 2004-ben 36%, 2005-ben 39,3 %, 2006-ban pedig 43% .

Érdekes módon a nemzetközi nyilvántartás részére készült statisztikába 4 hónapos korban belevonták azokat a csecsemőket is, akik akár csak valamennyi anyatejet is kaptak, tehát nem kizárólagosan szoptak, hanem vegyesen táplálták őket.

Mivel a védőnőknek nincsen adatuk arról, hogy a hazabocsátott újszülött kapott-e, ill. milyen kiegészítést kapott a csecsemőosztályon, ezért ez az adat sem tekinthető megbízhatónak. Ugyanis, amelyik újszülött a kórházban bármilyen kiegészítést kapott, az a WHO ajánlása szerinti kategorizálás alapján már nem tekinthető kizárólagosan szoptatottnak.

Ezekre az eltérő tendenciákra többféle magyarázat is kínálkozik. Maga az Indítvány is kitér a különbségek lehetséges okaira, miszerint: „Még azokban az országokban is, ahol a szülés utáni szoptatási arány magasnak mondható, az első hat hónapon belül drasztikusan visszaesik a szoptatás aránya, ezen belül is főleg a kizárólagos

szoptatásé. A kizárólagos szoptatás mutatói jellemzően két időszakban esnek vissza: először miután az édesanya hazatér a kórházból, másodsor a gyermek négy hónapos kora körül – az utóbbi valószínűleg azzal függ össze, hogy az édesanya ekkortájt tér vissza a munkába, vagy azzal, hogy a közhit szerint ekkor már érdemes megkezdeni a kiegészítő táplálást. Az EU-n belül csak nagyon kevés nő szoptat még a gyermek egy éves kora után is.” (A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában, 2004, 30.o.)

Ezen kívül kereshetünk az eltérő családszociológiai trendekben is összefüggést. Hazánkban a tradicionális értékek ugyan modern vágyakkal párosulnak, mégis jobban hozzátartozik például a házasság, a családi munkamegosztás, a gyermeknevelés, mint női feladat, a legalább két gyermek vállalásának elképzelése az általános értékekhez, mint Nyugat-Európában.(Dávid, 2008) Ez is okozhatja azt a különbséget, hogy szerencsés módon nálunk még az asszonyok magas arányban tervezik a szoptatást. Erre az elemre építve talán kedvező változást lehet remélni.

6.2 A szoptatás támogatásának szakmai ajánlásai

A különböző nemzetközi szervezetek szakmai ajánlásait és protokolljait nem azok létrejöttének időrendjében ismertetem, hanem aszerint, hogy a szoptatástámogatás mely területét célozzák meg.

A fentiekben idézett „A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában” indítvány (A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában, 2004) olyan konkrét intézkedéseket illetve intézkedéssorozatokat ír le, melyek az összehangolt munkához szükségesek. Hat területen fogalmaz meg célkitűzéseket, ezek: irányelvek és tervezés; oktatás, kommunikáció és információ; képzés; a szoptatás védelme, támogatása és elősegítése; ellenőrzés; kutatás. Azokat az intézkedéseket modellezi, amelyeket az országos és regionális tervezeteknek tartalmazniuk kell.

A „Bababarát kórház” mozgalmat 1991-ben indította útjára a WHO és az UNICEF. Ezt a címet annak a kórháznak vagy szülőintézménynek adják meg, amely megfelel a „Tíz lépés a sikeres szoptatáshoz” (Saadeh R, Akre J , 1996) címen közreadott irányelveknek.

„Az első 14 nap” (Overfield, M.L., Ryan C.A., Spangler A., Tully M., 2005) című, a kizárólagos szoptatás irányelveit tartalmazó ILCA (Laktációs Szaktanácsadók

Nemzetközi Szövetsége) kiadvány már magyar nyelven is elérhető, hivatkozik rá a védőnői, a szülés utáni első látogatásról szóló protokoll. Részletesen ismerteti azokat az eljárási stratégiákat, amelyek a szülés utána első órától kezdve cselekvési keretet adnak az ellátás folyamán. Kitér a hatékony szopás jeleire és arra is, hogy a szopási nehézségek mögött rejlő lehetséges okokat mi módon lehet feltérképezni. A stratégiák mellett a megállapítások irodalmát és magyarázatát, illetve a bizonyítékok minősítését is táblázatba foglalva tartalmazza.

Az Academy of Breastfeeding Medicine 5. protokollja, „A szoptatás támogatása a szülés körüli időszakban egészséges anya és érett újszülött esetén” (ABM Clinical Protocoll/5, 2002), alapelveket fogalmaz meg, és kórházi gyakorlatot javasol a szülés körüli időszakra. Különös hangsúllyal említi a szoptatástámogatás és a segítségnyújtás folyamatosságát a várandósságtól kezdve a kórházból való hazatérés utáni időkre is.

6.3 A szoptatás támogatása Magyarországon

Az ENSZ fentebb említett, a Gyermek Jogairól szóló 1989-es egyezményéhez Magyarország is csatlakozott. Hazánkban a 2003-ban megjelent Népegészségügyi Program tűzte ki célul a 6 hónapos korig tartó kizárólagos szoptatás minél magasabb arányának elérését. A csecsemők és gyermekek egészségi helyzetéről és az ezzel kapcsolatos rövid- és középtávú teendőkről 2005-ben készített Nemzeti Csecsemő-, és Gyermekégeszségügyi Program „Közös Kincsünk a Gyermekek” (Nemzeti Csecsemő- és Gyermekégeszségügyi Program, 2005) címen a gyermekek egészséghez való alapvető jogából indul ki. A program I/9. pontjában a Bababarát Kórház kezdeményezést kiemelt szakmai célként jelöli meg a kórházi ellátásban.

A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság szintén ebben az évben alakult újra az Egészségügyi Minisztérium, a WHO, az UNICEF és az Országos Gyermekégeszségügyi Intézet közreműködésével. A 2001-ben odaítélt 10 Bababarát Kórház cím felülvizsgálata sajnálatos módon az elmúlt években nem történt meg, számuk nem növekedett. A kórházösszevonások pedig a bizonytalan állapotot még kevésbé ellenőrizhetővé tették. Jelenleg a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottságnál a címre idén (részben újra) jelentkezett kórházak pályáztatása folyik.

Mindenképpen meg kell említeni a Szoptatásért Magyar Egyesület tevékenységét, mely az elmúlt közel tíz esztendőben jelentős mértékben hozzájárult a szoptatás

támogatásához hazánkban. Az egyesület tagjai orvosok, védőnők, laktációs szaktanácsadók, pszichológusok és önkéntes segítők. Tevékenységeik közé tartozik a közvetlen tanácsadás, információs anyagok kiadása (A csecsemők védelmében, Szoptatós füzet, Szoptatás című könyv, Kistestvérem születik, Üvegbe zárva, Szoptatás című dvd / kazetta, Ajak,- és szájpadhasadékos gyermekek szoptatása, Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexe), tanfolyamok és továbbképzések keretein belül a gyakorlati ismereteken kívül nemzetközi kutatási eredmények és a szakmai standardok ismertté tétele. Ezen túl a „Bababarát kórház” kezdeményezéshez kapcsolódóan a cím megszerzésének elősegítésére tanfolyamokat szerveznek, illetve segítik a laktációs szaktanácsadói vizsgára készülők felkészülését.

Míg a laktációs szakma szakirodalma és a különböző nemzetközi szervezetek ajánlásai (WHO, VELB, ILCA, IBFAN) bőségesen tartalmaznak információt arra vonatkozóan, hogy a szülészeti intézményben dolgozók, és a laktációs szaktanácsadók munkájuk során milyen lépésekkel és milyen protokollt alkalmazva válhatnak hatékonyá a szoptatástámogatás tekintetében, az ehhez kapcsolódó magyar protokollok – mint majd látni fogjuk – már jóval szűkszavúbbak. Sajnos a szoptatás támogatásának gyakorlati megvalósulását a valóságban még csak nem is a szakmai protokoll, hanem a szokás, a helyi sajátosságok, a rendelkezésre álló ismeretek határozzák meg. Az egészségügyben dolgozók sokszor nem rendelkeznek ismerettel arra vonatkozóan, hogyan lehet a szoptatást fenntartani, a nehézségekre megoldást találni. Ez nem is csoda, hiszen ezeknek a szakembereknek korszerű ismeretekben való jártassága korántsem mondható általánosnak és egységesnek.

Az Egészségügyi Minisztériumnak a Kódexhez kapcsolódó rendelete (EüM 20/2008.(V.14.) rendelete) bizonyos szempontból hiányos. Nem pontosak benne a definíciók és a hat hónapos kor, mint a kizárólagos szoptatás minimális ideje, nem szerepel. Így aztán a Kódex ajánlásai kizárólag a kezdő tápszerekkel kapcsolatban érvényesülnek, a követő tápszerek, babatej, cumik, cumisüvegek népszerűsítését semmi sem szabályozza. Hatálya alól kiesnek a gyártók által 6 hós kor előtt ajánlott bébiételek, italok és tejpépek is, pedig azok a pontos definíciók esetén anyatej-helyettesítőnek minősülnének.

Mindent összevetve a magyarországi szoptatástámogatás helyzete – mint ahogyan azt a következő fejezetben látni fogjuk – meglehetősen szétszabdalt és korántsem egységes irányelvek szerint történik.

6.3.1 A szoptatástámogatás intézményes helyszínei és résztvevői

A terhesgondozásról szóló rendelet (33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról) a védőnő, a házi orvos feladata között is említi a szoptatás szorgalmazását. Hogy ez mit jelent, arról nem esik szó. A szülész-nőgyógyász szakorvos esetében pedig nem tesz említést sem a mellek vizsgálatáról, sem a szoptatásról. A védőnő alapfeladatai közé tartozik, hogy szaktanácsadást nyújtson a csecsemő egészséges táplálásáról, a hat hónapig tartó kizárólagos szoptatásról, és a szoptatás gyakorlatáról. Ugyanígy feladata a 6 hónapos kor alatti mesterséges táplálás rizikóiról, és a kiegészítő táplálásról való tájékoztatás is. (49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról) Ugyanakkor a kapcsolódó követelmények nem fogalmazzak egyértelműen. Idézet a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyvéből (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, 2007): „A *minél nagyobb arányú és minél hosszabb ideig tartó(?)* kizárólagos anyatejes táplálás érdekében fontos, hogy a védőnő tevékenysége és tanácsadása szoptatást támogató legyen.” A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumnak a szülőszobai és a gyermekágy idején való ellátásról szóló protokollja (Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, Egészséges újszülöttek ellátása szülőszobán és a gyermekágy ideje alatt, 2008) is mindösszesen két mondatot ejt a szoptatásról.

Az újszülött első látogatásáról szóló protokoll (Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A védőnő feladatai újszülött és gyermekágyas anya otthoni első látogatásáról – 2008), már bővebb, hivatkozik az ILCA irányelveire és a már korábban említett Academy of Breastfeeding Medicine protokollra. Részletesen azonban nem tárgyalja, hogy mit is kellene a védőnőnek megfigyelnie a szoptatás során. Megjegyzésben említi, hogy nehézség esetén laktációs szakemberre is szükség van.

A „Csecsemőkori hasi panaszok védőnői ellátása” védőnői protokoll (Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, Csecsemőkori hasi panaszok védőnői ellátása, 2008) az alapvető megfontolásoknál kiemeli a szoptatás fontosságát, a WHO ajánlását, és felhívja a figyelmet a szoptatástámogatás jelentőségére. A hasi panaszok,

mint csecsemőkori jellemző tünet, lehetséges okainak felsorolásakor említi a táplálási hibát is, aminek mibenlétét azonban nem írja le. A terápiák között pedig gyógyteákat említ, ami nem összeegyeztethető a kizárólagos szoptatás elvével. A nem hazai szakirodalom ezzel szemben részletesen is felsorolja a tennivalókat és felhívja a figyelmet a szoptatástechnikai hibákra, és az esetleges táplálék intoleranciára is. (Newman, 2003)

Az ÁNTSZ vezető védőnőinek PR munkacsoportja 2006-ban az önfelmérő kérdőívvel tartott szakfelügyeleti célvizsgálat eredményeit ismerteti (A szoptatás támogatásának szakmai felügyelete a WHO Kódex érvényesítése tükrében, 2006). Ebben felhívja a figyelmet a WHO-tól eltérő szoptatási fogalmak értelmezésének különbségeire, arra, hogy a védőnők nagy részének hiányos az ismerete a kódex tárgykörét illetően; a tanácsadóknak, várókban fellelhető szóróanyagok közel 31%-a pedig a mesterséges táplálást propagálja. Összehangolt együttműködést, közös szakmai felügyeletet és intézkedéseket sürget a szülész-nőgyógyászati, a gyermekgyógyászati, a házi gyermekorvosi, a háziorvosi és az ápolási szakterületek szakfelügyelőinek részvételével.

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium irányelve (Az egészséges csecsemő táplálása, Csecsemő,- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, 2003) ugyan kiemeli a szoptatás preventív erejét, felhívja a figyelmet a mesterséges táplálás hátrányaira, általánosságban megemlíti a kizárólagos és igény szerinti szoptatás fontosságát, és a 6 hónapos kor utánra ajánlja a hozzátáplálás megkezdését, mégis a következő konkrét javaslatok ellentmondanak ennek, és eltérnek a nemzetközi szakmai ajánlásoktól:

- A szoptatás gyakorlataként, az első 6 hétben, az „éhségsírás” esetében való szoptatást javasolja.
- Egy szoptatás hosszát 5 és 20 perc között limitálja.
- A szoptatás mennyiségeként elsősorban a háromóránkénti szoptatás ajánlja. Az ettől való eltérést csak az első két hétben engedi meg. A két óránál gyakoribb mellre tételt ellenjavallja.
- 6 hónapos kor után elválasztásról ír, és a szoptatások fokozatos elhagyását ajánlja.
- 5-6 hónapos kortól hús adását javasolja.
- A szoptatás lehetetlensége esetére nem ajánlja a donor női tejet, ellenben részletesen tárgyalja a különböző tápszerfajtákat.

Mellékletében (A szoptatás módszertana – gyakorlati útmutató) a helyes mellre tételt írja le. Egy másik mellékletben felsorolja a szoptatás mellett használható gyógyszereket. Érdekesség még, hogy Gyermekgyógyászat 2003. június 20-i számában, mely az irányelveket közzéteszi, itt egy tápszerhirdetés szakítja félbe a szöveget.

Ahogy láthattuk a szoptatás támogatását minden hivatalos résztvevő feladatának vallja, mégis a gyakorlatban a szakmai irányelvekben jelentős a lemaradás a nemzetközi ajánlásoktól.

6.3.2 Intézményen kívüli segítők

A következőkben részletesen is szó lesz arról, kik azok a szoptatási tanácsadók, önkéntes segítők, akik az ismert intézményi kereteken felül segítik az édesanyákat és családokat a szoptatás időszakában. Tevékenységük, kompetenciakörük kevésbé ismert, ezért indokoltnak tartom bővebben kitérni rá.

A La Leche Liga nemzetközi szervezete önkéntes tanácsadói révén 1956 óta támogatja az édesanyákat a szoptatásban. 1974-ben az Amerikai Orvosi Kamara olyan akkreditált szervezetté nyilvánította a Ligát, melynek joga van oktatási kreditpontokat adni az egészségügyi képzésben résztvevőknek, 1981-ben pedig bekerült az UNICEF tanácsadó szervezetei közé, ahol megalapította a tagszervezeti státuszt szervezeti struktúráján belül. 1993-ban a WHO Igazgatósági Tanácsa is hivatalos partnernek ismerte el. Az LLLI Szoptatási Információs Központjából elérhető szakmai cikkek, tudományos kutatások és könyvek száma meghaladja a 38.000-et.

A tanácsadók (Leader) az édesanyákat „mother to mother” módszerrel, saját személyes szoptatási tapasztalataikat, korszerű ismereteiket és segítő képességüket felhasználva támogatják. A LLL szoptatási tanácsadók jelentkezési előfeltételei között szerepel a megfelelő kommunikációs készség, a tiszteletteljes elfogadás, melegség és empátia mások iránt, azonosulás a Liga céljával és filozófiájával és a „Szoptatás női művészete” (Womanly Art of Breastfeeding) című mű ismerete. A képzést segítő tanácsadók a jelölt saját szülési, szoptatási, és gyermekgondozási tapasztalatait, valamint ismereteit és a kötelező és ajánlott olvasmányokkal kapcsolatos benyomásait beszélnek meg. A felkészülés nem utolsó sorban telefonos és személyes helyzetgyakorlatokat is tartalmaz. Hangsúlyt helyeznek arra is, hogy a jelölt megismerje azokat a forrásokat, ahol

a szoptatással kapcsolatos ismereteknek és aktuális kutatási eredményeknek utánanézhet. A képzési folyamat 1-2 évig is eltart.

A tanácsadók telefonon, e-mailben illetve személyesen kereshetők meg a havonta szervezett baba-mama találkozókra. Ezekon a tematikus alkalmakon a tanácsadó általános információkat ad át, az édesanyák pedig személyes tapasztalataikat osztják meg egymással. Magyarországon jelenleg 21 aktív tanácsadó és 11 baba-mama csoport működik.

A Nemzetközi Laktációs Szaktanácsadói (International Board Certified Lactation Consultant – IBCLC) oklevél 1985 óta szerezhető meg, elsősorban az egészségügyben dolgozók számára. A vizsgán tudásukról az alábbi témakörökből kell számot adniuk: anatómia, élettan, endokrinológia, táplálkozástan, biokémia, immunológia, farmakológia, toxikológia, pszichológia, szociológia, antropológia, a csecsemő növekedése és fejlődése, kutatási eredmények értékelése, a tanácsadáshoz kapcsolódó jogi és etikai ismeretek, szoptatással kapcsolatos technikai tudnivalók, szoptatást segítő eszközök használata, egészségnevelés, a WHO és egyéb nemzetközi szervezetek munkájának és ajánlásainak ismerete. A jelentkezés feltétele több ezer óra gyakorlat, az oklevelet pedig ötévente meg kell újítani. Magyarországon jelenleg 35 IBCLC (közülük hatan egyben LLL tanácsadók is) dolgozik. Nagyrésztük ugyan intézményben tevékenykedik védőnőként, orvosként vagy szülésznőként, mégis az intézményen kívüli segítők között említem őket, mert a nehézségek esetén laktációs szaktanácsadót kereső édesanyák elsősorban nem az őket foglalkoztató intézményen keresztül kerülnek velük kapcsolatba. Nagyobb az igény ugyanis annál, mint amennyit a munkahelyükön a szaktanácsadók ellátni képesek. Mindez ideig önálló laktációs ambulancia nem került kialakításra, egyes kórházakban azoban (Szent István Kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán, a nyíregyházi Jósa András oktatókórház szülészeti-nőgyógyászati osztályán és az ózdi Almási Balogh Pál kórház gyermekosztályán) kérhető ambulánsan szoptatási segítség. Néhány intézményben már IBCLC-ket kérnek fel a szülésre-szoptatásra felkészítő tanfolyam egyes előadásaira, bár ez korántsem általános még.

Doulák és önkéntes segítők is támogatják az édesanyákat a várandósság és a szoptatás időszakában, igaz, még meglehetősen keveseket. Ők szoptatási ismereteik egy részét saját tapasztalattal, másik részét a szabadon hozzáférhető szakirodalomból, nem kis mértékben a LLL Magyarország elnökségi tagjainak segítségével, illetve a Szoptatásért

Magyar Egyesület tanfolyamain szerezhetik meg. Segítséget abban tudnak adni, hogy felismerik azokat a szoptatási nehézségeket, amelyek feltétlenül szakember bevonását igénylik, egyébként pedig támogatják az anyákat a szoptatás időszakában.

6.4 A szoptatási hajlandóságot befolyásoló tényezők

Szoptatási hajlandóság alatt az anya szoptatás iránti elkötelezettségét, elhatározását szokás érteni, mégis sokan a szoptatási képességet értik alatta. Mint azt a szoptatás élettanáról szóló fejezetben bővebben is kifejtettem, a szoptatásra a nők 98%-a lenne képes. Annak oka, hogy mégsem szoptatnak ilyen magas arányban már több tényező együttes hatásának köszönhető. Nyilvánvalóan más-más kultúrában, más-más társadalmi berendezkedés esetén eltérők lehetnek ezek az okok, legalábbis befolyásukat tekintve. Azokban a preindusztriális kultúrákban például, ahol a szoptatás gyakorlata az asszonyok és lányok (leendő anyák) számára a mindennapi tapasztalaton alapuló tudás, ott az iskolázottságnak, és a hozzáférhető tudásnak, információknak kisebb szerepe van, mint például a nyugati, ipari társadalmakban.

Az alábbi tényezők tehát a magyar társadalomra is jellemzően a szoptatásra kockázatot jelentő tényezők:

- alacsony iskolázottság,
- 20 év alatti életkor,
- rossz anyagi helyzet (munkanélküliség),
- egyedülálló anya.

A szoptatási készség hiányának okairól 1980-ban publikált magyar vizsgálat 120 anyát kérdezett ki, és vizsgált pszichológiai teszttel, akik csecsemőjüket sem szoptatással, sem saját lefejt tejjel nem tudták táplálni. Kontrollcsoportként 30 olyan anyát kérdeztek ki, akik szoptatták gyermekeiket, és ezen felül, az anyatej ellátó részére saját lefejt tejjüket adták le. A két csoportban a pszichológiai vizsgálatok néhány esetben szignifikáns különbséget mutattak: a nem szoptatók csoportjában magasabb volt a szomatizálási hajlam, és sokkal alacsonyabb pontot értek el az anyasági attitűdre vonatkozó vizsgálatban. A szerzők a tejhiány egyik lehetséges okaként a neurózisra, a szomatizálásra való hajlamot említik, ugyanakkor azt is leszögezik, hogy a szorongásnak nem látszik számottevő hatása. Értelmezésük szerint a civilizált társadalmakban a szoptatási készség hiánya az anyai szerep kevésbé intenzív megéléséből következik.

A vizsgálat másik fontos eredményére, a tejhiány megállapításának körülményeit vizsgálva bukkanhatunk: 38%-ban 1-2 napos korban (tehát még a tejbelövellés előtt), 30%-ban 1-2 hetes korban és 2%-ban 2-3 hetes korban diagnosztizálják. A diagnózis felállítója 38%-ban orvos, 24%-ban egészségügyi dolgozó, 28%-ban pedig a vizsgált személy, vagy annak családja. Így a következő megállapítást teszik: „a korai „tejhiány” leggyakoribb oka a tejtermelés élettani folyamatának nem ismerése, figyelmen kívül hagyása, az anya nem segítése folytán felelőtlenül elkezdett mesterséges táplálás... a szoptatási készség hiánya... tulajdonképpen iatrogén ártalom.” (Molnár és mtsai 1980, 3139. oldal)

Ezt támasztják alá azok a kutatási eredmények is, amelyek arról számolnak be, hogy a nehézségek előfordulása milyen hatással van a szoptatás kimenetelére. Az első négy hónap szoptatási nehézségeinek előfordulása, és meg nem oldottsága ezek szerint 4,5-szeresére emeli annak a kockázatát, hogy a negyedik hónap végére a szoptatást felfüggeszék. (Schwegler, 2008)

375 várandós asszonyt vizsgáltak egy horvát kutatásban 2006 és 2007 között szocioökonómiai státusz tekintetében és a csecsemőtáplálással kapcsolatos beállítottságot mérő iowai skála segítségével (Iowa Infant Feeding Attitude Scale, IIFAS). A következő tényezők korreláltak pozitívan a szoptatás kimenetelével:

- magasabb iskolai végzettség (15 évnél több),
- szülésre felkészítő tanfolyamon való részvétel,
- megelőző szoptatási tapasztalat,
- egy, az anya számára fontos személy támogatása (elsőszülők esetében ez a hatás bizonyult a legerősebbnek),
- pozitív hozzáállás a szoptatáshoz.

Negatív befolyással volt a szoptatás kimenetelére az újszülött alacsony születési súlya és koraszülöttsége, a szoptatási nehézségek, többes szülés, és a várandósság alatti dohányzás. (Guic, 2008)

A La Leche Liga szerint a szoptatás sikere a helyes információ, a személyes elhatározás, és a megfelelő támogatás együttes meglétét feltételezi. (Gotsch, G., Torgus, J. 2004) Bármelyik elem hiányával, vagy nem kielégítő voltával az egyensúly megbillen.

Dolgozatom empirikus részében arra a kérdésre keresem a választ, befolyásolja-e a szoptatás kimenetelét az a mód, ahogyan a La Leche Liga tanácsadói támogatják az édesanyákat a szoptatásban.

7 A szoptatástámogatás módjainak vizsgálata

7.1 A vizsgálat kiinduló gondolatai

A dolgozat empirikus részének tárgyát képező vizsgálat kiinduló gondolatát a mai, magyarországi szoptatástámogatás ellentmondásos helyzete szolgáltatta. Az egészségügyi felsőoktatás tananyagában nem szerepelnek a korszerű szoptatási ismeretek, azok elsősorban tudományos cikkekből önképzéssel, illetve akkreditált továbbképző tanfolyamon szerezhetők meg. A szoptatástámogatás intézményes, és intézményen kívüli résztvevőinek informáltsága, segítői attitűdje meglehetősen különböző.

Az elvégzett vizsgálatban lehetőségeimhez mérten feltérképeztem, hogy honnan, milyen forrásból tájékozódtak az édesanyák a szoptatással kapcsolatosan, és hogyan értékelik a kapott információt, illetve segítséget.

Ezen túl választ kerestem arra a kérdésre, hogy vajon a szoptatási tanácsadás különböző módjai közül mi az, ami az édesanyák számára a problémák megoldásában a legértékesebb, leghasznosabb. Egyfelől szubjektíven hogyan ítélik meg a segítséget, másfelől hogyan mutatkozik meg a támogatás hatékonysága a kizárólagos szoptatás hosszában. Vizsgáltam, hogy az édesanyák számára az ismeretek átadásának, a segítő beszélgetésnek, illetve a gyakorlati segítségnyújtásnak az aránya válik-e a leghasznosabbnak a szoptatás segítésében, amelyet a La Leche Liga szoptatási tanácsadói adnak. Hipotézisem szerint az a mód, ahogyan a konkrét információk átadásán felül figyelembe veszik a tanácsot kérő speciális helyzetét, érzéseit, a megoldással kapcsolatos lehetőségeit, és gyakorlati tanácsot is adnak, megnövelheti a szoptatás hosszát és a kizárólagos szoptatás időtartamát.

Mivel a szoptatási problémák megoldása, a szoptatás sikere összetett és több tényező együttes hatása alatt áll, nehéz egyértelmű összefüggéseket találni. Mégis megtalálhatók azok a vezérfonalak, amelyek nagyobb, erősebb befolyással bírnak, ezért támpontot adhatnak ahhoz, hogy láthassuk, milyen hatások érvényesülnek a szoptatási hajlandóságban, a szoptatás kimenetelében.

7.2 A vizsgálati módszer

Dolgozatomnak ebben a fejezetében ismertetem az elvégzett vizsgálat módszereit, az adatok feldolgozásának módját és a vizsgálattal kapcsolatosan levont módszertani tanulságokat.

7.2.1 A vizsgálati személyek csoportjai

Összesen 74 kérdőív került feldolgozásra. Az adatközlők mindannyian első szülők, akiknek gyermeke 6 és 12 hónapos kor között volt. Azért választottam ezt a csoportot, mert az anyák a legtöbb szoptatási nehézségen már ugyan túl vannak, lévén hogy azok túlnyomó részben az első 6 hónapban jelentkeznek, mégis, esetlegesen még szoptatnak, illetve elég közel vannak még időben a kérdéses időszakhoz.

Az 1. csoportba azok az édesanyák kerültek, akiknek várandósságuk alatt, vagy a szülést követően volt folyamatos kapcsolata La Leche Liga szoptatási tanácsadóval, rendszeresen információt, segítséget kértek. A feltétel pontosan az volt, hogy az anya legalább kétszer járt LLL baba-mama csoportban, vagy legalább ugyanennyiszor váltott levelet, illetve beszélt telefonon LLL szoptatási tanácsadóval. 25 rekord tartozott ebbe a csoportba.

A 2. és a 3. csoportba olyan asszonyok kerültek, akiknek nem volt folyamatos kapcsolata LLL szoptatási tanácsadóval. Itt a vizsgálati személyeket két további alcsoportba soroltam, aszerint, hogy jártak-e a területi védőnők vagy a szülészeti intézmény szervezésében szülésre/szoptatásra felkészítő tanfolyamra, vagy sem. Amennyiben részt vettek felkészítésen, akkor a 2. csoportba kerültek, ide 26 főt soroltam, amennyiben pedig nem, akkor a 3. csoportba, itt a rekordok száma 23 lett.

7.2.2 A vizsgálati eljárás bemutatása

A vizsgálatot saját összeállítású kérdőívvel folytattam le.

7.2.2.1 A vizsgálat eszköze

Beleegyező nyilatkozat: az informált hozzájárulást elvét és a személyiségi jogok védelmét követve készült. (lásd. Függelékek)

Kérdőív a szoptatástámogatási módszerek hatékonyságáról (lásd. Függelékek)

1. rész: Ebben a szocioökonómiai státusszal kapcsolatos adatok szerepelnek, illetve a szoptatással kapcsolatosan a kórházi kiegészítésről, a kizárólagos szoptatás hosszáról, a hozzátáplálás megkezdéséről és a szoptatás hosszáról tartalmaz kérdéseket.

2. rész: Kérdések a szoptatással kapcsolatos tájékozódásról. Ez a rész a szoptatással kapcsolatos tájékozódás irányára kérdez rá, felsorolva azokat a csatornákat, amelyekből tájékozódhattak. Minden csatorna mellett a kapott információnak, illetve segítségnek egy ötfokú skálán való értékelése szerepel, külön részben a várandósság idején, a szülés után és szoptatási probléma esetén.

3. rész: Érzelmek a szoptatással kapcsolatosan. Ebben a részben a McGarth és mtsai (1985) által kidolgozott affektív intervallumskálát (arcskála) használtam, mely jellegénél fogva alkalmasabbnak tartok a szoptatással kapcsolatos élmények mobilizálására és kifejezésére, mint a hagyományos skálázási eljárásokat. Ugyanezt az arcskálát használtam a gyermeknek a szoptatással kapcsolatosan az édesanyja által vélt érzelmeinek jelöltetésére is.

4. rész: Szoptatási problémára kapott segítség összetevőiről. Ebben a részben a leggyakrabban előforduló szoptatási problémákat, illetve az azokhoz kapcsolódó tüneteket soroltam fel. Az instrukció szerint azoknál a nehézségeknél, amelyek az anyánál előfordultak, jelölnie kellett a kapott segítség összetevőinek arányát. Az instrukció tartalmazta a három összetevő (Információ, Segítő beszélgetés, Gyakorlati segítség) részletes leírását. Ezek után kellett az egész segítséget megjelenítő kört annak arányában három szeletre osztani, hogy szerinte milyen arányban tartalmazta ezeket.

5. rész: A kapott tájékoztatás, és segítség összefoglaló értékelése: a kérdőív zárásaként a várandósság idején, majd a szülés után kapott információ, illetve a szoptatási problémára kapott segítség értékelése következett egy ötfokú skálán.

7.2.2.2 Az adatfelvételi eljárás ismertetése

Az adatgyűjtést részben az édesanyák otthonában, részben postán eljuttatva, részben pedig elektronikus formában végeztem. A három csoportba tartozó vizsgálati személyek bevonása a következő módon történt:

1. csoport: Az édesanyákkal az LLL szoptatási tanácsadók segítségével vettem fel a kapcsolatot. Ők közvetítették a felhívást a kutatásban való részvételről. A kérdőívek azután a kitöltés módjáról, a kutatásban való részvétel körülményeiről való személyes egyeztetés után kerültek kitöltésre.

2.-3. csoport: Az édesanyákkal az egyik százhalombattai gyermek házi orvos segítségével vettem fel a kapcsolatot, illetve különböző internetes oldalakon tettem közzé felhívást.

A telefonon történő egyeztetés után, amennyiben a távolság ezt lehetővé tette, személyesen kerestem fel az édesanyákat. Amennyiben ez nem volt kivitelezhető, a kérdőívet és a beleegyező nyilatkozat két példányát egy felbélyegzett válaszborítékkal együtt postán adtam fel. Az így elküldött kérdőívek 100%-a két héten belül visszaérkezett.

Egyes esetekben elektronikus formában küldtem el a kérdőívet, melyet az anyák kinyomtatás után szkennelve, vagy fotó-fájl formátumban jutattak vissza. Úgy tűnt, hogy ez a forma sokaknak volt kényelmesebb, gyorsabb, ezért választották ezt.

A vizsgált mintát képező 76 kérdőívből mindössze kettő volt feldolgozásra alkalmatlan.

A kérdőív kitöltése név nélkül történt, az adatfeldolgozás során, a vizsgálati személyek által kitöltött kérdőívek kódot kaptak.

7.2.2.3 Kritikai megjegyzések

A kontroll csoportok esetében, a minta kiválasztásánál eredetileg a véletlenszerűség elvét szerettem volna követni. Ez megghiúsult, mivel nem sikerült bevonnom, illetve kellően motiválnom a területi védőnőket. Így aztán elsősorban felhívás alapján találtam édesanyákat. Ez a tény felveti annak a lehetőségét, hogy akik jelentkeztek a vizsgálatban való részvételre, azokat feltehetőleg valamilyen belső indíték motivált erre. Ez a körülmény úgy vélem a vizsgálat előnyére vált, mivel az 1. vizsgálati csoportba került édesanyákra ugyanez a motiváltság jellemző. Így a két (három) csoport meglehetősen hasonló tulajdonságokkal bír ebből a szempontból.

A kérdőív feldolgozásakor, illetve a kitöltés során az anyáktól kapott visszajelzések alapján több pontban is szükségesnek találtam volna egyes instrukciókon változtatni. Ezek azonban nem tudni, hogy milyen mértékben befolyásolták volna az eredményt. Az adatfelvitel közben igyekeztem ezeket a kisebb anomáliákat ellensúlyozni. Például, a kérdőív 2.2, 2.4, és 2.7. kérdéseinél, mivel alig néhányan válaszoltak a kérdésre, nem vezettem be új változót, hanem megemeltem az adott pontszámot a szövegesen is kiemelt forráshoz kapcsolódó skála értékénél.

Kisebbségi fennakadást okozott az is, hogy a 4. résznél az instrukciónál nem szerepelt elég világosan az utasítás, miszerint csak a ténylegesen felmerült nehézségre kapott segítséget kell részletezni. Így többször vissza kellett kérdeznem az adatközlőktől a pontos válasza. Nagyobb jelentőségét látom most már emiatt – akár külső együttműködők segítségének igénybevételével is – az azonos adatfelvételi formának minden rekordnál.

A kizárólagos szoptatásra vonatkozó adat az Európai Unióban használatos, szakmai fogalmak szerint nem valid. Ugyanis, amelyik újszülött a kórházban bármilyen kiegészítést kapott, már nem tekinthető kizárólagosan szoptatottnak. Az elemzésnél kitérek arra, hogy e szerint a követelmény szerint a gyermekek hány százaléka lenne megfelelő ennek a kitételnek.

Mivel egyértelmű és bizonyított kapcsolat van a kizárólagos szoptatás hossza és a kórházi kiegészítés között, úgy véltem, hogy ez torzíthatja a többi hatást. Úgy gondoltam, ennek a ténynek kiiktatásával más hatások érvényesülését jobban tudom majd vizsgálni, ezért nem vettem figyelembe jelen esetben ezt a szigorúbb kategorizálási rendet.

7.2.3 Az adatok feldolgozásának és elemzésének bemutatása

A kérdőívek feldolgozását követően az adatok statisztikai elemzése SPSS 14.0 for Windows számítógépes programmal történt. Az adatelemzés során a nominális változók elemzéséhez χ^2 -próbát, a skála és a kategória típusú változók összehasonlításához egyszempontú varianciaanalízist (ANOVA), valamint független mintás t-próbát használtam. Egyes változóknál Pearson-féle korrelációs együtthatót is számoltam. Több változó bevonásával regressziós analízist végeztem.

7.3 Eredmények

Az alábbiakban az adatfeldolgozás során kapott eredményeket ismertetem. Tekintettel arra, hogy nagy számú változót vizsgáltam, illetve képeztem is ilyeneket, itt csak azokra térek ki, amelyek a hipotézisem szempontjából releváns információval szolgáltak.

Az eredmények bemutatása során a vizsgálati csoportokra az alábbi rend szerint fogok hivatkozni:

vizsgált csoport specifikuma	hivatkozás a szövegben
LLL szoptatási tanácsadó által támogatott	1. csoport
szülésre felkészítő tanfolyamra járt	2. csoport
nem vett részt felkészítő tanfolyamon	3. csoport

7.3.1 A vizsgált minta szociáldemográfiai jellemzőinek elemzése

A vizsgált mintában a nők átlagos életkora 30,22 év; a legfiatalabb anya 23, a legidősebb 44 éves volt. Az egyes csoportok között szignifikáns különbség az életkor tekintetében nem mutatkozott. Ezek az adatok a társadalmunkra jellemző tendenciát mutatják, miszerint az első gyermek születésének ideje fokozatosan tolódik ki egyre későbbre.

A vizsgált csoportokat primiparák alkották. Az anyák között voltak négyen, akik a második várandósságukat hordták ki és ketten, akik már háromszor voltak várandósak.

A gyermekek átlagéletkora 37,62 hét.

Iskolai végzettség tekintetében többen voltak a felsőfokú végzettségűek. Szemben a 14 középiskolát végzettel számuk 60. Közülük is az egyetemet végzettek képviseltettek nagyobb számban (41). A vizsgálati csoportok között azonban különbség nem állapítható meg.

A jövedelem szempontjából jellemzően a második két kategóriában oszlott meg az adatközlők száma. A vizsgálati csoportok között e tekintetben sem volt számottevő különbség.

A családi állapotot tekintetében a csoportok szintén nem mutattak számottevő különbséget. Két egyedülálló kivételével a válaszadók kapcsolatban, illetve házasságban élnek. Egy válaszadó özvegy, egy pedig nem válaszolt erre a kérdésre.

7.3.2 Szoptatással kapcsolatos adatok

A kórházban 74-ből 51 újszülött kapott valamilyen kiegészítést (cukros vizet / teát / tápszert). A csoportonkénti százalékos eloszlást az alábbi tábla szemlélteti. A kapcsolat a csoportba tartozás a kórházi kiegészítés között 5%-os szignifikancia szint esetén szignifikáns. (Sig.=0,02) Sajnos nincsenek összehasonlításra alkalmas adatok, így nem tudjuk, hogy ez mennyire alatta, vagy felette van az országosnak.

csoport	kiegészítést kapott
1. csoport	60 %
2. csoport	57,7 %
3. csoport	91,3 %
Összesen	68,9 %

2. ábra: A kórházi kiegészítés aránya csoportonként

Mivel a vizsgált mintában olyan édesanyák szerepelnek, akiknek a gyermeke 6 és 12 hónapos kor közötti, a szoptatás hossza elsősorban úgy vizsgálható, hogy a kérdőív kitöltésének időpontjában szoptat-e még az édesanya. A kapcsolat a csoportba sorolással most is szignifikáns 5%-os szignifikancia szinten. (Sig.=0,031)

csoport	szopik még
1. csoport	96%
2. csoport	88,5%
3. csoport	69,6%
Összesen	85,1%

3. ábra: A kizárólagos szoptatás hosszának megoszlása a csoportok között

7.3.3 Tájékozódás és segítségkérés a szoptatással kapcsolatban

Annak feltárására, hogy voltak-e olyan homogén csoportok az adatközlők között, akik azonos forrásokból tájékozódtak, klaszterelemzést használtam. Így megvizsgálható, hogy milyen egymáshoz leginkább hasonló csoportok alakultak a tájékozódás szempontjából.

A várandósság idején

A változók az eredeti formájukban szerepelnek, a válaszadók 1-től 5ig terjedő skálán jelölték a kapott tájékoztatás értékét, aki nem válaszolt, annál a felvett az érték 0.

A táblázatban fel nem tüntetett változóknál a képződött csoportok átlagai között nincs szignifikáns különbség (5%-os szignifikancia szint esetén), azok nem vettek részt jelentősen a csoportok képzésében. Tehát mindhárom csoport hasonlóképpen tájékozódott a következő forrásokból: könyvekből, újságokból, internetes fórumokon más édesanyáktól és barátnőtől. A táblázatban azokhoz a forrásokhoz tartozó klaszterközéppontokat tüntettem fel, és emeltem ki az egyes csoportokban, amelyek megkülönböztetik azt a többi csoporttól.

Megfigyelhetjük, hogy a szülészorvoshoz és az IBCLC-hez kapcsolódó változók milyen erős csoportképző változók, előbbi az első, utóbbi a harmadik klaszter vezérfonalát viszi.

A 1. klaszterbe (mesterségesen képzett csoportba), az „egyeszségügyre támaszkodó” adatközlők kerültek. Itt a tájékozódás ugyanis elsősorban az egészségügy résztvevői felé irányul, úgymint védőnő, szülészorvos, szülésznő, de ugyanilyen értékesnek ítélik a családtagtól kapott információt is. Ebbe a csoportba 5 édesanya került. Érdekesség, hogy közülük nem volt senkinek sem doulája, hiszen a klaszterközéppont itt nulla. A 2. klaszterben, melynek a „nem érdeklődő” elnevezést adtam, kevésbé tájékozódtak az édesanyák, megfigyelhető az általánosan alacsonyabb pontszám. Ez a 74 adatközlő nagytöbbségére, 65%-ára jellemző. A 3. klaszterben az első kettőhöz képest gyakoribb a laktációs szaktanácsadóktól, a szoptatásban járatos ismerőstől és a LLL szoptatási tanácsadóktól kért információ, így ez a csoport a „szoptatási tanácsadótól tájékozódó” nevet kapta. Szintén jellemző, az 1. klaszterhez hasonlóan, a családtagtól kapott tájékoztatás.

honnan tájékozódott			klaszterközéppont		
Változó elnevezése	F-próba	szign.	1	2	3
Védőnő	7,834	0,001	4,4	1,31	1,76
Gyerekorvos	17,041	0	2,6	0,06	1
Szülészorvos	69,2	0	4,6	0,13	0,71
Szülésznő	14,433	0	3,4	0,27	1,38
Doula	8,868	0	0	0,13	1,33
Családtag	13,756	0	4,4	1,27	3,05
IBCLC	58,072	0	0	0,02	3,38
szoptatásban járatos ismerős	8,654	0	1,6	0,38	2
LLL füzetek	11,756	0	1,2	0,094	3,33
Adatközlők száma a csoportban			5	48	21

4. ábra: Csoportképzés a várandósság alatti, szoptatással kapcsolatos ismeretszerzés alapján

Az elvégzett χ^2 -teszt (df=4, Sig.=0,429) azt mutatta ki, hogy a mesterségesen képzett csoportok nem esnek egybe a kérdőívek besorolása szerinti csoportokkal. (Az eredményt óvatossággal kell kezelni, mert a cellák 33%-ban az elemszám 5-nél kevesebb.)

Ez az eredmény első ránézésre meglepő lehet, hiszen azt várnánk, hogy a „szoptatási tanácsadótól tájékozódó”-kat dominánsan az első csoportban találjuk majd. Annak, hogy közel azonos számban oszlanak meg a három csoport között, több oka is lehet. Az egyik, hogy a kérdőív felvétele szerinti 2. csoportból, a szülésre felkészítő tanfolyamon részt vettek csoportjából több édesanya is volt az Alternatal Alapítvány által szervezett előadásokon, ahol LLL szoptatási tanácsadó és IBCLC is szerepel az előadók között. A másik ok, hogy lehetnek olyanok, akiknek a közelében nem szerveztek ugyan előadásokat, mégis fontosnak tartották a szoptatásról való tájékozódást már a várandósság alatt, így azt más módon tették.

Ha jobban belegondolunk, akkor érthető a kapott eredmény, mely alátámasztja azt az általános tapasztalatot, amiről az adatközlők egyébként maguk is beszámoltak és nyomatékosították: többségük a várandósságuk idején nem gondolta, hogy a szoptatásra

készülnie kellene, illetve nem számítottak nehézségekre. A terhesekkel foglalkozók is azt tapasztalják, hogy elsősorban a szülés az, amire a figyelem irányul, az azt követő időszakról már kevésbé informálódnak a várandósok.

Tájékozódás a szülés után

A változók az eredeti formájukban szerepelnek, a válaszadók 1-től 5-ig terjedő skálán jelölték a kapott tájékoztatás értékét, aki nem válaszolt, annál az érték 0.

A szülés utáni tájékozódás tekintetében a táblázatban fel nem tüntetett változóknál a képződött csoportok átlagai között nincs szignifikáns különbség (5%-os szignifikancia szint esetén). Azok nem vettek részt jelentősen a csoportok képzésében. Tehát mindhárom csoport közel azonos módon tájékozódott a szülést követően a következő forrásokból: szóróanyagokból, védőnőtől, szülészorstól, szülésznőtől, amennyiben volt doulája, akkor tőle, és La Leche Liga szoptatási tanácsadótól.

Ez utóbbi eredmény meglepő, mert a La Leche Liga tanácsadóit jellemzően a többedik gyermek esetében szokták segítségül hívni, ismertségük meglehetősen alacsony. Ezt feltehetően a vizsgált minta összetételében az országos átlaghoz képest nagyobb számban szereplő magasabb iskolai végzettségűek, és a szoptatás iránti elkötelezettségük magyarázza.

Itt is azokat a klaszterközpontokat tüntettem fel kiemelve, amelyek megkülönböztetők a többi csoporthoz képest. Látható, hogy az első és a harmadik csoport nagyon hasonló egymáshoz, ezért mindkettőnek a „szoptatási tanácsadótól tájékozódó” nevet adtam. A két klaszter között csak kevés különbség figyelhető meg. Az egyik különbség az első klaszter általánosan magasabb adott pontszáma az információkra, a másik pedig az, hogy ők több irányban is érdeklődtek.

honnan tájékozódott			klaszterközéppont		
Változó elnevezése	F-próba	szign.	1	2	3
könyv	15,351	0	3,96	0,45	3,62
újság	12,004	0	3,19	0,36	2,81
internet - szakértője	12,159	0	3,77	1,18	3,14
internet - fórum	10,965	0	3,19	2,45	2,48
gyerekorvos	8,983	0	1,73	3	1
családtag	14,703	0	3	3,91	3,05
IBCLC	6,038	0,004	3,08	1,36	3,38
szoptatásban járatos ismerős	11,585	0	1,73	1,27	2
LLL füzetek	19,337	0	3,96	2,18	3,33
Adatközlők száma a csoportban			26	11	37

5. ábra: Csoportképzés a szülés utáni, szoptatással kapcsolatos ismeretszerzés alapján

Megfigyelhető, hogy a szülés utáni tájékozódás már minden csoportban több irányú, mint az a várandósság idején volt. Ebben minden bizonnyal szerepet játszik, hogy a szülés utáni időszakban a védőnők gyakran látogatják az édesanyákat, illetve az egészséges csecsemő tanácsadáson a gyermekorvossal együtt gondozzák őket, ahol a szoptatás is hangsúlyt kap. Így azok, akik a várandósságuk idején még kevésbé támaszkodtak egészségügyi dolgozókra, most már inkább kaptak információt ebből a forrásból is – mondhatni kérve, kéretlenül.

A két csoportot összevetve itt már mintha valamiféle különbség mutatkozna a csoportok eloszlása között, de az elvégzett χ^2 -teszt szerint ($df=4$, $Sig.=0,285$) a két csoport elemei itt sem esnek egybe, a két változó függetlenségének nullhipotézisét nem lehet visszautasítani. (Az eredményt óvatossággal kell kezelni, mert a cellák 33%-ban az elemszám 5-nél kevesebb.)

A „szoptatási tanácsadótól tájékozódó1.” klaszterből 12 anya jut az 1. csoportba és 7-7 a másik kettőbe. A „szoptatási tanácsadótól tájékozódó2.” klaszterből pedig 16 jut a 2. csoportba, 8 az 1.-be és 13 a 3. csoportba. A 2. csoportra eső „szoptatási tanácsadótól tájékozódó” édesanya magas száma ezek szerint összesen a kétféle klaszterből 23 fő.

klasztercsoportok neve	kérdőív felvételének csoportjai			összesen
	1.csoport	2.csoport	3.csoport	
szoptatási tanácsadótól tájékozódó1.	12	7	7	26
egyeszségügyre támaszkodó	5	3	3	11
szoptatási tanácsadótól tájékozódó2.	8	16	13	37
összesen	25	26	23	74

6. ábra: Keresztábra a mesterségesen képzett és a besorolás szerinti csoportok összetételéről a szülés után

Ennek a meglepő eredménynek többféle magyarázata lehet. Egyfelől, a már említett Alternatal alapítványnál felkészült édesanyák nagyobb száma a 2. csoportban, másfelől, hogy néhány szülészeti intézményben már dolgozik IBCLC, akivel az édesanya a szülés után is kapcsolatban maradhatott. Mindenesetre kevés az adat ahhoz, hogy pontosabb következtetést vonhassunk le erre vonatkozóan.

Segítség kérése nehézség esetén

A változók az eredeti formájukban szerepelnek, a válaszadók 1-től 5-ig terjedő skálán jelölték a kapott tájékoztatás értékét. Aki nem válaszolt, annál a felvett érték 0.

A harmadik klaszterelemzéssel a szoptatási problémára kért segítséggel kapcsolatban kerestem homogén csoportokat. A táblázatban fel nem tüntetett változóknál a képződött csoportok átlagai között nincs szignifikáns különbség (5%-os szignifikancia szint esetén), azok nem vettek részt jelentősen a csoportok képzésében. Tehát mindhárom klaszterben hasonló módon kértek segítséget a gyerekorvostól, a szülésznőtől, családtagtól, és barátnőtől.

Megfigyelhető, hogy az első klaszterben a klaszterközpont sehol sem vesz fel 1,7-nél nagyobb értéket. Ezt a csoportot „nem érdeklődő”-nek neveztem el, mert ahogyan a táblázatból kitűnik, vagy többfelé próbálkozott segítséget kapni, de nem túl intenzíven, vagy nem értékelte magas pontszámmal egyiket sem, és nem talált / keresett értékesebb segítséget.

A második klaszter azokat mutatja, akik jellemzően szoptatási szakemberektől kértek segítséget, ezért ez a csoport a „szoptatási tanácsadóhoz fordult” nevet kapta. Megfigyelhető, hogy milyen magas pontszámot mutat az IBCLC-hez tartozó változó.

A harmadik klaszterbe tartozó adatközlők megkülönböztető forrása a védőnő, a csoportnak az „egészségügyre támaszkodó” nevet adtam.

honnan kért segítséget	F-próba	szign.	klaszterközep		
			1	2	3
internet - szakértője	18,812	0	0,13	2,24	0,13
internet - fórum	14,73	0	0,67	2,52	0,09
védőnő	27,554	0	0,53	1,67	3,48
szülészorvos	5,983	0,004	0	0,57	0
IBCLC	42,574	0	0,17	4,48	1,74
LLL tanácsadó	15,475	0	1,33	3,19	0,13
Adatközlők száma a csoportban			30	21	23

7. ábra: Csoportképzés a szoptatási problémára kért segítség alapján

Az elvégzett χ^2 -teszt (Pearson-érték=22,446, df=4, sig.=0,00) azt mutatja, hogy a klaszterek (mesterségesen képzett csoportok) és a vizsgálati csoportok szignifikánsan különbözöek. Kimondható tehát, hogy meglehetősen sok a közös a két csoportképző változó között, azaz nem függetlenek egymástól. A „szoptatási tanácsadóhoz forduló” elsősorban az első csoportban fordulnak elő. Ők azok, akik többször is voltak kapcsolatban LLL szoptatási tanácsadóval. Nem meglepő tehát a kapott eredmény. Az „egészségügyre támaszkodó” klaszter adatközlői pedig jellemzően a második és a harmadik csoportban vannak, azaz a kontrollcsoportban: egy részük járt szülésre készítõ tanfolyamon, másik részük azonban nem. Meglepõ azonban, hogy egyenletesen oszlanak el a három csoport között azok az édesanyák, akik jellemzően „nem érdeklõdõ”-k, illetve nem kértek segítséget a szoptatásuk során.

Ennek egyik oka lehet, hogy nem kerestek elég intenzíven segítséget a problémáikra. Információ hiányában ugyanis egy édesanya gondolhatja úgy, hogy nehézségei mögött olyan ok húzódik, aminek nincs megnyugtató megoldása a szoptatás folytatásával, ezért aztán segítséget sem kér. Az is lehet azonban, hogy egyeseknél a szoptatás idején komoly nehézségek jellemzően fel sem merültek, ezért nem volt

problémája, amivel segítséget keresett volna. Felmerül tehát a kérdés: vajon aki kapott megfelelő információt a szoptatásról megelőzőleg, azt kevésbé sújtották egyes nehézségek? Vagy az információ helyett valami más hatott megerősítésként ezekre az anyákra? Vajon milyen hatással volt a megfelelő időben kapott információ, az önbizalom megerősítése, a segítség a szoptatás kimenetelére, vagyis a kizárólagos szoptatás és a teljes szoptatás hosszára? A választ ezekre a kérdésekre részben a további elemzések adják majd meg.

Egy másik érdekes megfigyelést tehetünk akkor, ha azt nézzük, hogy a szülés utáni tájékozódás esetében még a két klaszterben, akiket a „szoptatási tanácsadótól tájékozódó” névvel illettünk, magas számban szerepelnek az anyák, számuk a konkrét segítség kérése esetében azonban már csak 21 fő. Valamiért a probléma felmerülésekor már nem támaszkodtak az addigi forrásokra. Vagy azért, mert az nem volt számukra elérhető, vagy pedig azért mert nem feltételezték, hogy számukra haszonnal járhat.

	kérdőív felvételének csoportjai			
klasztercsoportok neve	1.csoport	2.csoport	3.csoport	összesen
nem érdeklődő	9	11	10	30
szoptatási tanácsadóhoz fordult	15	3	3	21
egészségügyre támaszkodó	1	12	10	23
összesen	25	26	23	74

8. ábra: Keresztábra a mesterségesen képzett és a besorolás szerinti csoportok összetételéről segítségkérés esetén

7.3.4 A kizárólagos szoptatás hosszának és az erre ható tényezőknek vizsgálata

A kizárólagos szoptatás leíró statisztikája

Az adatközlő édesanyák átlagosan 21,41 hétig szoptattak kizárólagosan. Ez 2 és fél héttel rövidebb idő, mint a WHO által ajánlott időtartam.

Az egyes csoportokban az átlagok szignifikánsan eltérnek egymástól, amit az elvégzett ANOVA is megerősít ($df=2$, $Sig.=0,006$). A 3. csoportban 16,5 hétig szoptattak, szemben az 1. és 2. csoporttal, amelyben 23, illetve 24 hétig. A varianciák homogenitását vizsgálva látható, hogy a varianciák is szignifikánsan különböznek ($df=2$, $Sig.=0,00$).

Ez az eredmény várható volt, ha a vizsgálat kiinduló hipotézisének alátámasztását várjuk, hiszen az 1. csoportban jellemzően szoptatási szakemberektől kértek segítséget az anyák, és ahogyan az előbbieken láttuk a 2. csoportban is meglehetősen gyakran fordult elő, hogy kapcsolatban álltak IBCLC-vel, illetve a La Leche Liga információs füzeteiből tájékozódtak. A későbbiekben azonban más összefüggéseket is megismerhetünk.

Itt kell leszögezni, hogy a kizárólagos szoptatásra vonatkozó adatok felvételekor a kérdőívben nem érvényesültek a WHO javaslatai. A hazánkban használatos módon eltekintettem a kórházi kiegészítéstől, annak változóját csak a szoptatás kimenetelére való hatása tekintetében vizsgáltam. Ha ragaszkodunk a WHO által használt kategóriákhoz, akkor– mivel az újszülöttek 68%-a kapott kiegészítést a kórházban – csak a csecsemők 32%-a szoptott kizárólagosan. Ebben az esetben a kizárólagos szoptatás átlaga 7,74 hét. A csoportok között még markánsabb különbség mutatkozik, az 1. csoportban 9,84 hét, a 2. csoportban 10,5 hét, a 3. csoportban ezzel szemben csak 2,34 hét a kizárólagos szoptatás idejének átlaga.

Mivel nagy különbség mutatkozik az első két és a harmadik csoport átlaga között, ezért képeztem egy olyan változót, amely akkor vesz fel 1-es értéket, ha az adott rekord a 3. csoportba tartozik. A későbbiek folyamán látni fogjuk, hogy a további elemzések során ez a változó (3. csoport néven) szignifikáns hatással bír majd a kizárólagos szoptatás hosszának tekintetében.

A 3. csoport az 1. és a 2. csoport összevonásához képest az elvégzett T- próbával szignifikáns különbséget mutat a kizárólagos szoptatás hosszának tekintetében. ($F=22,786$, $Sig.=0,00$, $df=72$)

Összefüggések vizsgálata a kizárólagos szoptatás hosszára való hatás tekintetében

A következőkben korrelációval vizsgáltam, hogy van-e lineáris kapcsolat az egyes változók és a kizárólagos szoptatás hossza között.

Az idősebb anyák ugyan valamivel tovább szoptattak, mint a fiatalabbak, de a különbség nem szignifikáns ($korr.=0,183$, $sig.=0,119$), ezért nem állítható, hogy az anya kora kimutatható befolyással bírna.

A várandósságok száma 10%-os szignifikancia szint esetén szignifikáns kapcsolatban van a kizárólagos szoptatás hosszával ($korr.=0,229$, $sig.=0,051$). Mivel a

várandósságok száma pár értéket vesz csak föl, ezért varianciaanalízist is végeztem. Eggyel több várandósság, durván 4 héttel növelte meg a kizárólagos szoptatás hosszát. Ugyan az átlagokban 3-4 hét különbség mutatkozik a várandósságok számának tekintetében, de az átlagok különbözőségét az F-teszt nem igazolja. A teszt alkalmazásánál óvatosságra int, hogy a csoportok varianciája szignifikáns különbséget mutat.

Az iskolai végzettség tekintetében a kizárólagos szoptatás hosszának átlagában 3 hét eltérés mutatkozik a csoportok között. A középiskolát végzettek 17,7 hétig szoptattak kizárólagosan, a főiskolát végzettek 20,6 hétig, az egyetemet végzettek pedig 23 hétig. Azonban nem mondhatjuk, hogy az iskolai végzettség szignifikáns befolyással bírna, mert az F-teszt ezt nem igazolja ($df=2$, $Sig.=0,162$)

A kórházi kiegészítés tekintetében azonban azt látjuk, hogy 51 édesanya, akiknek az újszülöttje kapott az első napokban teát, cukros vizet, vagy tápszert, átlagosan 19,8 hétig szoptatott kizárólagosan. Az a 23 pedig, akinek a gyermeke nem kapott kiegészítést, 5 héttel tovább, tehát 24,9 hétig. A szokásos szignifikancia szinteken a t-teszt szerint, ez a különbség szignifikáns ($Sig.=0,02$)

A szoptatás során felmerült problémákat (kérdőív 4. rész) regresszióval vizsgálva azt kerestem, hogy melyeknek van hatása a kizárólagos szoptatás hosszára. Itt a szoptatási problémák felsorolásánál, aki nem jelölte a segítségre kapott összetevőket, annak értelemszerűen nem volt ilyen problémája.

Két olyan nehézséget találtam, amelyek ha felmerültek, akkor lényeges befolyással bírtak: a fejés ($Sig.=0,086$) és a nem kielégítő súlygyarapodás ($Sig.=0,021$). Előbbi közel 4 héttel, utóbbi 5,5 héttel rövidítette meg az átlagot.

	Nem sztenderdizált együttható		Sztenderdizált együttható	t-érték	Sig.
	B	Szt.hiba	Beta		
3 csoport	13,596	3,819		3,560	,001
várandósságok száma	-6,707	1,934	-,347	-3,468	,001
kért segítséget szoptatási probléma esetén	4,443	1,636	,269	2,717	,008
nehézség a fejéssel	8,384	3,398	,257	2,468	,016
lassú gyarapodás	-3,483	1,881	-,191	-1,852	,068
	-5,569	1,907	-,297	-2,920	,005

9. ábra: A regresszióba vont változók hatásáról

Az elemzésben az látszik, hogy a vizsgált változók a többi változó hatásával való együttállásukon túl, önmagukban is erős befolyással bírnak. A standardizált béta értékek alapján a legerősebb változók:

- a már korábban említett **3. csoport** (hogy az adatközlő a kérdőív felvételének besorolása alapján a 3. csoportba tartozik-e), ami minden más változatlansága esetén közel 7 héttel rövidíti meg a kizárólagos szoptatás hosszát
- közel azonos erősségű hatása van a **várandósságok számának**, amely egyenként 4 héttel megnöveli annak idejét,
- a szoptatási **problémára kért segítség** pedig 8 héttel szintén megnöveli,
- a **lassú súlygyarapodás** problémájának felmerülése, amely közel 6 héttel, de rövidít azon csakúgy, mint
- a **fejés** nehézségének előfordulása, amely több mint 3 héttel rövidíti meg azt.

Ezen túl vizsgáltam azt is, hogy az adott segítség szakszerű-e vagy sem. Új változókat képeztem úgy, hogy az egyes szoptatási problémáknál összeállítottam a szakszerű segítség lehetséges összetételét százalékos arányban (Információ, Segítő beszélgetés, Gyakorlati segítség) figyelembe véve a szoptatási tanácsadás során használt algoritmusokat és a La Leche Liga alapelveit, melyeket a tanácsadók követnek. Ennek részletesebb leírása a mellékletben található. Így ezzel a változóval kiegészítve annak a hatását is vizsgálhattam, hogy a szakszerű segítség az adott nehézség esetén milyen befolyással bírt. Meggyőző eredményt azonban nem találtam. Erre többféle magyarázat is kínálkozik. Egyfelől a kérdőív nem mérte a kapott információ és segítség helyességét. A

szakszerűség meghatározása egyedül annak összetételére, tudniillik az információtartalom, a támogató jelleg és a gyakorlati segítség arányára vonatkozott. Így nincs arról értesülésünk, hogy a nehézség valójában milyen megoldást nyert. Az is lehetséges, hogy a megoldást az adott helyzetben a tápszeres kiegészítés jelentette, ami valóban lerövidíti a kizárólagos, ezzel együtt pedig a teljes szoptatás idejét.

Ezek után egy másik regressziós analízist végeztem, amely abban különbözött az előzőtől, hogy nem azt a változót szerepeltettem benne, amelyik azt mutatja, hogy az anya kért-e segítséget egy nehézség esetén, hanem hogy a kapott segítséget hogyan értékelte. Így azt is vizsgáltam, hogy a szoptatás kimenetelére a segítség szubjektív értékelése milyen hatással bír. Az ehhez kapcsolódó leíró statisztika azt mutatja, hogy az anya minél pozitívabban értékelte a kapott segítséget, annál tovább szoptatott kizárólagosan. Aki a legnagyobb pontot adta a segítségre, az 25 hétig szoptatott, aki csak 2 pontot adott, az ezzel szemben csak 6 hétig. A segítségre adott pontszámokat és a kizárólagos szoptatás hosszának átlagát részletesen az alábbi tábla mutatja.

értékelés	1	2	3	4	5
átlag	0	6,25	16,7	23,57	25
elemszám	1	4	10	26	28

10. ábra: A segítség értékelés és a kizárólagos szoptatás hosszának átlaga

Ez a változó a regresszióban kilöki a sorból annak erősségét, hogy az anya kért-e segítséget egy adott szoptatási probléma esetében, ez a változó a regressziós elemzésben erősebb hatást mutat.

	Nem sztenderdizált együttható		Sztenderdizált együttható	t-érték	Sig.
	B	Szt. hiba	Beta		
(Constant)	2,734	3,660		,747	,458
3 csoport	-6,419	1,487	-,345	-4,318	,000
várandósságok száma	4,010	1,215	,261	3,300	,002
nehézség a fejéssel	-2,807	1,365	-,165	-2,056	,044
lassú gyarapodás	-3,390	1,423	-,194	-2,382	,020
a segítség értékessége	4,499	,720	,506	6,251	,000

11. ábra: A regresszióba vont változók hatása a segítség értékelésével

7.4 Megbeszélés

A vizsgálat eredménye alátámasztani látszik azt az elméleti részben már ismertetett elképzelést, miszerint a szoptatás sikere a helyes információ túl, nagymértékben múlik az anya elhatározásán, illetve a szűkebb és tágabb környezet támogatásán. Ennek a három tényezőnek az egymásra hatása is megfigyelhető, így aztán egy bonyolult hatásrendszer érvényesül.

A kizárólagos szoptatás hosszának átlaga a vizsgált mintában 21,4 hét. A rendelkezésre álló adatok szerint 2006-ban a három hónapos korban még kizárólag szopó csecsemők aránya országosan 62% volt. Ez az arány a vizsgált mintában 87%. Az eltérés magyarázható a mintát szolgáltató anyák magas motiváltságával, tehát már csak ezért sem beszélhetünk reprezentativitásról. Eltekintettünk azonban a kórházban kapott kiegészítéstől azokban az esetekben, ahol a kórházból hazatérve folytatódott a szoptatás. Ha ezt is figyelembe vesszük, akkor a kizárólagos szoptatás átlagos hossza a vizsgált mintában nem éri el a 8 hetet. Ez a megdöbbentő adat felhívhatja a figyelmet arra, hogy a magyarországi szoptatási szokások helyzete, és a szoptatástámogatás hatékonysága, közel sem olyan jó, mint az a köztudatban szerepel.

Jelen vizsgálatban a választ keresve arra a kérdésre, hogy vajon a várandósok tájékozódnak-e a szoptatással kapcsolatosan, és ha igen, honnan, milyen forrásból, különböző eredményeket kaptam. Míg nagy részük nem gondol arra, hogy a szoptatás nehézségekbe ütközhet, és csak a szülésre készül, addig az anyák egy csoportja tudatosan, szoptatási szakemberek segítségét igénybe véve készül fel rá. Azt azonban nem állíthatjuk, hogy a vizsgálati csoportok között különbség lenne e tekintetben. Az 1. csoportban, akik LLL szoptatási tanácsadók támogatásával éltek rendszeresen, ugyanolyan gyakori a kezdeti alul tájékozódás, mint a másik két csoportban.

A vizsgálati csoportok között más hasonlóságot is megállapíthatunk, így például azt, hogy a szoptatási tanácsadótól tájékozódó édesanyák nem konzekvensen ezektől a szakemberektől kértek segítséget nehézség esetén (már ha fellépetek egyáltalán ilyenek). Valami miatt azonban mégis erősen befolyásolja a szoptatás hosszát a 3 csoportba tartozás. Az előbbieket miatt elvethető a kézenfekvőnek tűnő magyarázat informáltságról, szakértői segítség el nem éréséről, ezért feltételezhető, hogy valami olyan hatás érvényesül, amit ez a vizsgálat nem derített fel. Lehet ez akár az anyai attitűdnek, a

személyiségnek, vagy a környezeti hatásoknak, a társas támasznak valami olyan tulajdonsága, aminek felmérésére jelen dolgozat nem tért ki. Érdeemesnek látszik ezért a jövőben ebből az aspektusból is megvizsgálni a hatásokat.

A szoptatási problémákat vizsgálva, az elméleti részben ismertetettekkel összhangban megállapítható, hogy a csecsemőt illető külső orvosi diagnózisnak, vagyis, a súlygyarapodás lassúvá, nem kielégítővé minősítésének, meghatározó jelentősége van a szoptatás folytatására. Az sem lehet meglepő ezek után, hogy a másik, még az előzőt is meghaladóan fontos hatással bíró nehézség a fejsz. Sokan tekintenek ugyanis úgy a fejszre, mint a tejtermelés kielégítő voltának egyértelmű külső bizonyítékára. Így aztán ennek a két problémának a fennállása előrevetíti a szoptatás képtelenségét és az adatok szerint korai hozzátápláláshoz vezet. Feltételezhetően a szoptatás képtelenségét, az anyai-gyermeki betegségek alacsony előfordulási százaléka miatt, ezekben az esetekben nem egy objektíven fennálló orvosi-biológiai képtelenség, hanem a szoptatási probléma, a hibás szoptatási gyakorlat meg nem oldottsága okozza.

Úgy tűnik, hogy a várandósságok száma erősen, az iskolai végzettség pedig, ugyan nem szignifikánsan, de valamelyest megnöveli a kizárólagos szoptatás hosszát. A kórházi kiegészítés és a szoptatási nehézség felmerülése pedig drasztikusan csökkenti azt.

Az elemzésben használt korrelációs stratégiának, mely a fentieket kimutatta, előnye, hogy objektív összefüggéseket talál. Hátránya viszont, hogy nem veszi figyelembe a jelenségek kontextustól való függését. Így nem állítható határozottan, hogy ezek a hatások más hatásoktól függetlenül befolyással bírnának minden szoptató édesanya esetében.

Ezt támasztja alá az is, hogy az eredmények szerint a szoptatási nehézségre kapott segítség szubjektív értékelésének döntő szerepe van abban, hogy egy édesanya meddig szoptatja gyermekét. Kérdéses viszont, hogy ha a minta jobban reprezentálta volna az átlagot, akkor az alacsonyabb motiváltság, az iskolai végzettség, az elérhető, hozzáférhető információ mennyire bírt volna befolyással.

Úgy tűnik, arra vonatkozólag, hogy a La Leche Liga szoptatási tanácsadói által nyújtott segítség milyen mértékben befolyásolja a szoptatás kimenetelét, nem sikerült egyértelmű választ kapni. Az azonban biztosan látszik a vizsgálatból, hogy az ez irányú kérdésfeltevésnek nem a segítség és az információ szakszerűségének vizsgálatára, hanem

az anyai attitűdre, a társas támaszra, és más szubjektív tényezőkre gyakorolt hatására kell irányulnia.

8 Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani konzulenseimnek, Dr. Kun Judit Gabriellának és Suhai Gábornak a folyamatos biztatásért és építő megjegyzéseikért.

Köszönettel tartozom továbbá Ágoston Andreának és Ágoston Kolos Csabának, akik a statisztikai elemzések elkészítésében pótolhatatlan segítséget nyújtottak. Hasonló módon dr. Benedek László gyermekorvosnak és asszisztensének, a „Mamami” internetes fórum és a százhalmattai Anya-tej-klub édesanyáinak, akik a kérdőív felvételéhez felhívásom továbbításával segítséget nyújtottak.

Mindenekelőtt azonban a férjemnek és gyermekeimnek köszönöm türelmüket, megértésüket, amivel azt az időszakot kísérték, amit a dolgozat megírásával töltöttem.

9 Irodalom

A La Leche Liga célja és filozófiája

A szoptatás támogatásának szakmai felügyelete a WHO Kódex érvényesítése tükrében (2006), ÁNTSZ vezető védőnők PR (Public Relation) munkacsoportja efirrk.antsz.hu/pest/Nemfertozoepid/3szam/2_szoptatas_felugyelet.doc, letöltés 2008.12.01.

A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában (2004): Indítvány
Szerzői: A Szoptatás Védelme Európában c. projekt résztvevői (EU Project Contract N. SPC 2002359) www.iblce-europe.org/Download/Blueprint/Blueprint%20HUNGARIAN.pdf letöltés 2008.12.01.

Az anyatejet helyettesítő anyagok nemzetközi kódexe (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, World Health Organization, 1981)

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, A védőnő feladatai újszülött és gyermekágyas anya otthoni első látogatásáról, www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/vedono-ujszulott, letöltés 2009.04.01.

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, Csecsemőkori hasi panaszok védőnői ellátása, www.eum.hu/ved-csecsemokori-hasi, letöltés 2009.04.01.

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja, Egészséges újszülöttek ellátása szülőszobán és a gyermekágy ideje alatt, www.eum.hu/csecsemo-ger-ujszulott, letöltés 2009.04.01.

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium rendelete a területi védőnői ellátásról 49/2004. (V. 21.)

Az egészséges csecsemő táplálása, Csecsemő,- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, in: *Gyermekgyógyászat*, 2003. június, letöltés 2009.04.01.

Berry, N. J., Gribble, K.D. : Breast is no longer best: promoting normal infant feeding, *Matern Child Nutrition* 2008 Jan;4(1):74-9. letöltés: 20008. 12.05.

Berezkei Tamás(2003): Evolúciós pszichológia, Osiris kiadó, Budapest

Dávid B. (2008): Csecsemőtáplálással kapcsolatos ismeretek és ajánlási szokások feltérképezése - Szakirodalmi áttekintés, MTA SZKI, kézirat

Dumitra, N.(2005): Stillen in anderen Lander, in: Infobrief der LLL Österreich, Wien

Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, 2003, WHO Geneva, www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html, letöltés 2007.11.20.

Gotsch, G., Torgus, J. (2004): Womenly Art of Breastfeeding, La Leche League International

Guic, M. M. (2008): Vorzeichen für Initiierung und Dauer des Stillens bei schwangeren Frauen in Split, Kroatien, poszterelőadás, elhangzott a Velb És Ilca közös kongresszusán, Bécs, 2008. 10.02.

Hall, E. T.(1987): Rejtett dimenziók, Gondolat kiadó, Budapest

Heinig, M. J. (2009): Are There Risks to Using Risk-Based Messages to Promote Breastfeeding? *J Hum Lact* 2009; 25; 7, <http://jhl.sagepub.com> letöltés 2009. 04.01.

Honigmann, S.: Stillen in Europa – aus der Sicht der Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC, előadás, elhangzott a Velb és Ilca közös kongresszusán, Bécs, 2008. 10.03.

Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J.C., Victora C.G., World Health Organization 2007: Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses, www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/index.html letöltés 2008.12.01.

Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union www.iblce-europe.org/Other/european_blueprint.htm - 35k letöltés 2009. 04. 15.

INNOCENTI DECLARATION: On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. (The Innocenti Declaration was produced and adopted by participants at the WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, co-sponsored by the United States Agency for International Development (A.I.D.) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August 1990. The Declaration reflects the content of the original background document for the meeting and the views expressed in group and plenary sessions.)

Keller, H.(2008) : Kulturelle Einflüsse auf das Stillverhalten und die Säuglingspflege, előadás, elhangzott a Velb És Ilca közös kongresszusán, Bécs, 2008. 10.01.

„Közös kincsünk a gyermek”, Nemzeti Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Program, 2005, www.eum.hu/egeszsegpolitika/kozos-kincsunk-gyermek-6, letöltés 2008.12.01.

Kun J. G.(2007): Az emlő anatómiája és a laktáció élettana, előadás, Korszerű szoptatási ismeretek, Szoptatásért Magyar Egyesület tanfolyama 2007. március 22.

McGrath, P.(1987): An assesment of childrens pain – a rewiew of behavioural, physiological and direct scaling techniques, 1987. 31. 147-176.

M. Debulay B. (2008): A szoptatás hatása a csecsemő és kisgyermek testi-lelki fejlődésére, szakdolgozat, Apor Vilmos Katolikus Főiskola, Neveléstudományi és Módszertani Intézet, kézirat

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) 2007. október 5. letöltés 2009.02.10.

Mohrbacher, N., Stock, J. (1991): *The Breastfeeding Answer Book*, La Leche League International

Mohrbacher, N. , Torgus, J.(1989): *Leader's Handbook*, La Leche League International

Molnár M., L. Inác P., Joó Zs. és Bíró Á. (1980): A szoptatási készség hiányának okairól, in: *Orvosi Hetilap* 1980. 121. évfolyam, 51. szám 3136-3140.

Newman, J. (2003): *Colic in the Breastfed Baby*, kézirat www.gentlemothering.ca/DRNewmanHandouts.html - 74k letöltés 2009.03.30.

Overfield, M.L., Ryan C.A., Spangler A., Tully M.(2005): „Az első 14 nap”- A kizárólagos szoptatás elérésének irányelvei ILCA, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Saadeh R, Akre J: Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. [Review]. *Birth* 23:154–160, 1996. www.babyfriendlyusa.org/eng/docs/BFUSAreport.pdf letöltés 2008. 12. 04.

Smith, J.P, Dunstone, M. D., and Elliott-Rudder, M.E: ‘Voldemort’ and health professional knowledge of breastfeeding - do journal titles and abstracts accurately convey findings on differential health outcomes for formula fed infants?, *ACERH Working Paper* Number 4,December 2008, letöltés: 2009. március 20.

Schwegler, U. (2008): Einfluss der Stillbedingungen in den ersten Lebenstagen auf die Dauer des ausschliessliches Stillens, előadás, elhagzott a Velb És Ilca közös kongresszusán, Bécs, 2008. 10.02.

Szoptatás támogatása a szülés körüli időszakban egészséges anya és érett újszülött esetén ABM Clinical Protocoll/5: peripartum breastfeeding management for healthy

mother and infant at term - Academy of Medicine 5. sz. protokollja, In: Academy of Breastfeeding Medicine Protocoll Committee 2002. november 16. www.bfmed.org/Resources/Download.aspx?filename=Protocol_5.pdf letöltés 2008.10.20. www.szoptatasportal.hu/abm_protokol5 - 34k, letöltés 2008.10.11.

Verebélyi K. (1999): A kisgyermek a magyar paraszti társadalmakban a XX. században, In: Várandósság, születés és gyermeknevelés a magyarországi kultúrában, Kongresszusi tanulmánykötet, Magyar Pre- és Perinatális Pszichológiai és Orvostudományi Társaság, Animula kiadó, Budapest

Vinter, T.D. (2007): A szoptatás – hogyan segítsük a sikert, gyakorlati útmutatás egészségügyi dolgozóknak, Országos Gyermkegészségügyi Intézet www.sztnb.hu/A%20Szoptatas%20-%20sikere%20-konyv.pdf, letöltés 2009.04.07.

Wall, G. (2007): Outcomes of breastfeeding versus formula feeding, <http://www.llli.org/cbi/Biospec.htm> letöltés 2008.12.10.

20/2008. (V.14.) EüM r. az anyatej helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerekről, In: Egészségügyi Közlöny12.szám 3429-3434

33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhsgondozásról, www.medimagister.hu/data/upload/docstore/NM92.33.pdf, letöltés 2009.04.01.

10 Függelék

10.1 Beleegyező nyilatkozat

Tájékoztató beleegyező nyilatkozat kérdőív kitöltéséhez

(a vizsgálati személy példánya)

Jelen kutatás célja a szoptatástámogatás módjának vizsgálata, mely egy kérdőív kitöltését igényli. Mindazzal, amit megtudunk, segíteni szeretnénk azoknak a munkáját, akik ezen a területen dolgoznak.

Alulírott a vizsgálatra vonatkozó tájékoztatást megértettem, annak tartalmával egyetértek, és a kérdésekre ennek tudatában válaszolok. A kérdések megválaszolásával hozzájárulok

ahhoz, hogy Csörgőné Polgár Andrea, az ELTE PPK Perinatális szaktanácsadó képzésének hallgatója a kapott válaszokat dolgozatához névtelenül, személyes adatok nélkül felhasználhassa.

További kérdésem nincs, beleegyező nyilatkozatomat önként, befolyástól mentesen, annak tudatában teszem, hogy azt bármikor, szóban, vagy írásban, jogomban áll indoklás nélkül visszavonni. A vizsgálatban részt kívánok venni:

Igen Nem

Dátum:2009.

.....

a vizsgálatban résztvevő személy sajátkezű aláírása

.....

a vizsgálatvezető aláírása

Tájékoztatót beleegyező nyilatkozat kérdőív kitöltéséhez

(a vizsgálatvezető példánya)

Jelen kutatás célja a szoptatástámogatás módjának vizsgálata, mely egy kérdőív kitöltését igényli. Mindazzal, amit megtudunk, segíteni szeretnénk azoknak a munkáját, akik ezen a területen dolgoznak.

Alulírott a vizsgálatra vonatkozó tájékoztatást megértettem, annak tartalmával egyetértek, és a kérdésekre ennek tudatában válaszolok. A kérdések megválaszolásával hozzájárulok ahhoz, hogy Csörgőné Polgár Andrea, az ELTE PPK Perinatális szaktanácsadó képzésének hallgatója a kapott válaszokat dolgozatához névtelenül, személyes adatok nélkül felhasználhassa.

További kérdésem nincs, beleegyező nyilatkozatomat önként, befolyástól mentesen, annak tudatában teszem, hogy azt bármikor, szóban, vagy írásban, jogomban áll indoklás nélkül visszavonni. A vizsgálatban részt kívánok venni:

Igen Nem

Dátum:2009.

.....

a vizsgálatban résztvevő személy sajátkezű aláírása

.....

a vizsgálatvezető aláírása

10.2 Kérdőív

Kitöltés dátuma:

Kód:

1. Általános kérdések
 - 1.1. Az Ön kora: év
 - 1.2. Várandósságok száma:
 - 1.3. Szülések száma:
 - 1.4. Gyermeke(k) kora: hét
 - 1.5. Legmagasabb iskolai végzettsége:

Húzza alá a megfelelő választ!

általános iskola középiskola főiskola egyetem

- 1.6. A család egy főre jutó havi jövedelme:

Húzza alá a megfelelő választ!

50.000 Ft alatt 50.000Ft - 100.000Ft 100.000Ft – 200.000Ft

1.7. Családi állapot:

Húzza alá a megfelelő választ!

házas kapcsolatban egyedül él

1.8. Gyermek melyik kórházban született?

.....
.....

1.9. Tudomása szerint kapott-e gyermeke teát, cukros vizet vagy tápszert az ellátó személyzettől a kórház csecsemőosztályán?

Húzza alá a megfelelő választ!

Igen Nem

1.10. Gyermek mennyi idős koráig kapott kizárólag anyatejet?

(kizárólagos anyatejes táplálás: a gyermek sem vizet, sem teát, sem pedig más ételt vagy italt nem kap az anyatejen kívül)

..... hét

1.11. Gyermek mennyi idős korában kapott már az anyatejen kívül mást is?

..... hét

1.12. Mennyi idős koráig szopott a gyermek?

..... hét

2. rész

2.1. Kérem, húzza alá azokat a forrásokat, amelyekből/akiktől tájékozódott a szoptatásról a várandóssága idején!

Mellette jelölje a megfelelő szám bekarikázásával, mennyire találta hasznosnak azokat!

(1 - egyáltalán nem; 5 - tökéletesen kielégítő segítséget adott)

Könyv(ek) 1 2 3 4 5

Újság(ok) 1 2 3 4 5

Szóróanyag(ok) (pl. Felicitas csomagból, reklámanyagból) 1 2 3
4 5

Internetes oldal(ak) 1 2 3 4 5

Internetes fórum(ok)–más várandósok/édesanyák 1 2 3 4
5

Védőnő(k) 1 2 3 4 5

Gyerekorvos(ok) 1 2 3 4 5

Szülészorvos(ok) 1 2 3 4 5

Szülésznő(k) 1 2 3 4 5

Doula(k) 1 2 3 4 5

Családtag(ok) (pl. édesanya/testvér) 1 2 3 4 5

Barátnő(k) 1 2 3 4 5

Szoptatási tanácsadó(k) (IBCLC) 1 2 3 4 5

Szoptatásban járatos ismerős(ök) 1 2 3 4 5

La Leche Liga vezető(k) (baba-mama csoport) 1 2 3 4
5

Szoptatást támogató önszorgató csoport(ok) 1 2 3 4 5

Szoptatásról szóló kiadvány(ok) (pl. La Leche Liga füzetek,
Szoptatásfüzet) 1 2 3 4 5

Egyéb:.....

..... 1 2 3 4 5

2.2. Amennyiben személyesen tájékozódott, kérem, írja le pontosan hányszor és hol/kitől?

.....
.....
.....

2.3. Kérem, húzza alá azokat a forrásokat, amelyekből/akitől tájékozódott a szoptatásról a szülés után!

Mellette jelölje a megfelelő szám bekarikázásával, mennyire találta hasznosnak azokat!

(1 - egyáltalán nem; 5 - tökéletesen kielégítő segítséget adott)

Könyv(ek) 1 2 3 4 5

Újság(ok) 1 2 3 4 5

Szóróanyag(ok) (pl. Felicitás csomagból, reklámanyagból) 1 2 3
4 5

Internetes oldal(ak) 1 2 3 4 5

Internetes fórum(ok)–más várandósok/édesanyák 1 2 3 4
5

Védőnő(k) 1 2 3 4 5

Gyerekorvos(ok) 1 2 3 4 5

Szülészorvos(ok) 1 2 3 4 5

Szülésznő(k) 1 2 3 4 5

Doula(k) 1 2 3 4 5

Családtag(ok) (pl. édesanya/testvér) 1 2 3 4 5

Barátnő(k) 1 2 3 4 5

Szoptatási tanácsadó(k) (IBCLC) 1 2 3 4 5

Szoptatásban járatos ismerős(ök) 1 2 3 4 5

La Leche Liga vezető(k) (baba-mama csoport) 1 2 3 4
5

Szoptatást támogató önszorgató csoport(ok) 1 2 3 4 5

Szoptatásról szóló kiadvány(ok) (pl. La Leche Liga füzetek,
Szoptatásfüzet) 1 2 3 4 5

Egyéb:.....
..... 1 2 3 4 5

2.4. Amennyiben személyesen tájékozódott, kérem, írja le pontosan hányszor és hol/kitől?

.....
.....
.....

2.5. Kért-e segítséget nehézség esetén a szoptatással kapcsolatban?

Húzza alá a megfelelő választ!

Igen Nem

2.6. Ha igen, kitől?

Mellette jelölje a megfelelő szám bekarikázásával, mennyire találta hasznosnak azokat!

(1 - egyáltalán nem; 5 - tökéletesen kielégítő segítséget adott)

Internetes oldal szakértője(i) 1 2 3 4 5

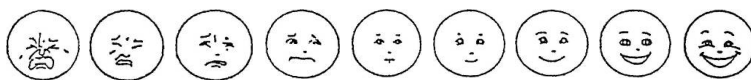
Internetes fórum(ok)–más várandósok/édesanyák	1	2	3	4	5
Védőnő(k)	1	2	3	4	5
Gyerekorvos(ok)	1	2	3	4	5
Szülészorvos(ok)	1	2	3	4	5
Szülésznő(k)	1	2	3	4	5
Doula(k)	1	2	3	4	5
Családtag(ok) (pl. édesanya/testvér)	1	2	3	4	5
Barátnő(k)	1	2	3	4	5
Szoptatási tanácsadó(k) (IBCLC)	1	2	3	4	5
Szoptatásban járatos ismerős(ök)	1	2	3	4	5
La Leche Liga vezető(k) / (baba-mama csoport)	1	2	3	4	5
Szoptatást támogató önszolgáltató csoport(ok)	1	2	3	4	5
Egyéb:.....					
.....	1	2	3	4	5

2.7. Amennyiben személyesen kért segítséget, kérem írja le, pontosan hányszor és hol?

.....

3. rész

3.1. Karikázza be azt az arcot, amelyik jelenleg leginkább kifejezi az Ön szoptatással kapcsolatos érzéseit!



3.2. Karikázza be azt az arcot, amelyik jelenleg leginkább kifejezi gyermekének a szoptatással kapcsolatos érzéseit!



4. rész

A következő részben azzal kapcsolatban szeretnénk többet megtudni, jellegét tekintve milyenek találja azt a segítséget, amelyet Ön egy konkrét szoptatási probléma esetében kapott.

Információ – A segítő az adott problémáról való általános tudnivalókat közöl. Kérdései a gyakorlatias dolgokra vonatkoznak, válaszai elméleti tájékoztató jellegűek. A választható megoldások következményeiről, azok rövidtávú és hosszú távú hatásairól is beszámol.

Segítő/támogató beszélgetés – A segítő kérdéseket tesz fel arra vonatkozóan, hogy melyek az édesanya érzései a helyzetben, hogyan látja a lehetőségeit, és mit szeretne elsősorban, mi lenne számára a megnyugtató. A kérdésekre adott választ is meghallgatja, együttérzését, megértését fejezi ki. Kérdései a gyakorlati dolgokon túl a probléma érzelmi hátterének feltárására és megoldására irányulnak. Ezzel segít, hogy az édesanya a különböző lehetőségek közül a számára legmegfelelőbbet választhassa.

Gyakorlati segítség – Konkrét és részletes megoldást ad, pl. testhelyzet pontos bemutatásával, leírásával. A kérdések és válaszok gyakorlatiasak, praktikusak, kézzelfoghatóak, hangsúlyuk a megvalósításra esik, részletesen elmagyarázza, bemutatja, gyakoroltatja a megoldást.

Ossza az alábbi kört a középpontból kiinduló vonalakkal szeletekre úgy, hogy az egyes szeletek mérete kifejezze, hogy a kapott segítségnek mekkora része volt informatív, segítő-támogató, és gyakorlati jellegű! Ezeket a szeleteket jelölje I, S, és GY betűkkel!

- 4.1. Aluszékony, sárga újszülött
- 4.2. Sebes mellbimbó
- 4.3. Duzzadt, fájdalmas mellek, láz
- 4.4. Kevés tej
- 4.5. Nehézségek a fejéssel
- 4.6. Hasfájós csecsemő
- 4.7. Sokat síró csecsemő
- 4.8. Gyakori éjszakai ébredések
- 4.9. A kisbaba nyűgös a mellen
- 4.10. Szopási sztrájk (a kisbaba nem fogadja el a mellet)
- 4.11. Nem kielégítő súlygyarapodás
- 4.12. Rendszertelen napirend – a kisbaba gyakori igénye a szoptatásra
- 4.13. Kiütések a babán, híg, esetleg véres széklet

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

○

4.14. Ritka széklet a csecsemőnél

4.15. Szilárd ételek bevezetésével kapcsolatos nehézség

4.16. Anyai betegség, láz, gyógyszereszedés

4.17. Kérdés az anya táplálkozásával, életmódjával kapcsolatban

4.18. Egyéb:.....

5. rész

5.1. Hogyan értékeli összességében, mennyire volt segítségére a szülés előtt a szoptatásra való felkészülésben az a tájékoztatás, amelyet kapott? Jelölje a megfelelő szám bekarikázásával!(1 – semennyire, 5 - minden kérdésemre választ adott) 1 2 3 4 5

5.2. Hogyan értékeli összességében, mennyire volt segítségére az a tájékoztatás, amelyet a szülés után kapott a szoptatással kapcsolatosan? Jelölje a megfelelő szám bekarikázásával!(1 – semennyire, 5 - minden kérdésemre választ adott) 1 2 3 4 5

5.3. Hogyan értékeli összességében, mennyire volt Önnek hasznára az a segítség, amelyet a szoptatás során felmerülő probléma konkrét megoldására kapott? Jelölje a megfelelő szám bekarikázásával!(1 – semennyire, 5 - minden kérdésemre választ adott) 1 2 3 4 5

Köszönöm az együttműködést!

10.3 A szoptatási tanácsadás algoritmusa

1 Aluszékony, sárga újszülött – kezdeti nehézség

Információ 46%

- hányszor kerüljön mellre 24 óra alatt
- széklet/vizelet per nap (volt-e már anyatejes széklete, ha újszülött)
- Kolosztrum fontossága / kifejni, ha nem szopik, odaadni szoptatás barát módon
- 2 óránál több ne teljen el
- mellre tenni hogyan/mikor? Korai éhségjelek
- ébreszteni hogyan?

Segítő beszélgetés 23%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (lehet, hogy épp kórházban/infúzió van a baba...stb....) Mi a nehéz ebben a helyzetben?
- Kire számíthat? Kitől kérhetne segítséget?

Gyakorlati segítség 31%

- Kolosztrum fontossága/kifejni, ha nem szopik, odaadni szoptatás barát módon
- mellre tenni hogyan/mikor?
- Korai éhségjelek
- Ébreszteni hogyan?

2 Sebes mellbimbó – általánosan előforduló nehézség

Információ 42%

- helyes mellre tétel / mellszívó használata / lenőtt nyelv – anatómiai eltérés/ mellbimbó (októl függően)
- cumi/cumisüveg/csőrös pohár/bimbóvédő hatása
- felülfertőződés kizárása
- harapó/akrobatikus szopó
- igény sz. szoptatás

Segítő beszélgetés 25%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? Mi a nehéz ebben a helyzetben? (ha cumi stb...okozta, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- Kire számíthat? Kitől kérhetne segítséget?

Gyakorlati segítség 33%

- helyes mellre tétel
- szoptatási pozíció
- Harapás/akrobatikus szopás esetén tennivaló
- Bimbóvédőről, cumiról leszokás

3 Duzzadt, fájdalmas mellek, láz – általánosan elforduló nehézség

Információ 50%

- Mióta tart? Kap-e már kezelést?
- Tudnivalók a mellgyulladásról: láz van-e? felülfertőződés van-e? tejsatorna elzáródás?
- Kezelés, ha elzáródás/tútelődés, ha még nincs láz, nincs felülfertőződés
- Szoptatás folytatásáról
- igény szerinti szoptatás

Segítő beszélgetés 20%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet? (lehet, hogy ritkította a mama a szoptatást, éjszakait elhagyta, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit? Vagy túlterhelt, ideges, állandó stressz –oka?)
- Kire számíthat? Kitől kérhetne segítséget? Mi segítene?

Gyakorlati segítség 30%

- Kezelés, ha elzáródás/tútelődés, ha még nincs láz, nincs felülfertőződés

- Szoptatási pozíció
- Kihez forduljon? Mikor, Orvos

4 Kevés tej – általánosan elforduló nehézség

Információ 46%

- -anyai betegség/mirigyelégelenség kizárása
- -hányszor kerüljön mellre 24 óra alatt / igény sz. szoptatás/ gyakoribb szoptatás – több tej (fejés, ha beteg baba, vagy császár, v. koraszülött)
- -hozzátáplálás ? / bimbóvédő / Terhesség / menstruáció / Lepénydarab visszamaradása
- hatékony szopás (szopási technika, beteg, gyenge baba)
- Miből gondolja? Fejlődés, állapot - széklet/vizelet per nap
- A mell állapotának változása/ a baba igényének változása – növ.ugrás / stb.. annak megfelelően, hogy mi az adott helyzet

Segítő beszélgetés 23%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, vagy éjszakai elhagyta, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- Kire számíthat? Kitől kérhetne segítséget? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 31%

- Hatékony szopás, mellre helyezés, orvosi vizsgálat (szopási technika, beteg, gyenge baba)
- (fejés, ha beteg baba, vagy császár, v. koraszülött)
- a nap menete, mikor szoptat?...éjszakai gondoskodásra megoldások közös keresése – ennek megfelelő gyakorlati tanács
- hozzátáplálásról/bimbóvédőről leszokás/ gyakorlati tanács attól függően, mi volt az ok

5 Nehézségek a fejéssel – kezdeti nehézség

Információ 42%

- Miért szükséges / szükséges-e egyáltalán
- Fejés géppel / kézzel
- Eredményes fejés, tejleadó reflex
- Tej tárolása
- Miből/hogyan kapja meg a baba

Segítő beszélgetés 25%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (lehet, hogy épp kórházban/infúzió van a baba...stb....) Mi a nehéz ebben a helyzetben?
- Kire számíthat? Kitől kérhetne segítséget?

Gyakorlati segítség 33%

- Fejés géppel / kézzel
- Eredményes fejés, tejleadó reflex
- Tej tárolása
- Miből/hogyan kapja meg a baba

6 Hasfájós csecsemő – kezdeti nehézség

Információ 46%

- Anya táplálkozása – allergének, tea,
- hányszor kerüljön mellre 24 óra alatt (– ritkán szopik –mohón nyel – bukás)
- Valóban hasfájás-e /igény jelzése szoptatásra, testközelségre: igény szerinti szoptatás
- Milyen gyakran vált mellet? / a kisbaba széklete – túl sok első tej
- Orvosi vizsgálat

Segítő beszélgetés 27%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? Mi a nehéz ebben a helyzetben? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz.

szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)

- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 27%

- igény jelzése szoptatásra, testközelségre – gyakrabban szoptatás, ringatás, hordozás, megoldások közös keresése – ennek megfelelő gyakorlati tanács
- táplálkozási tanácsok
- orvosi vizsgálat

7 Sokat síró csecsemő – kezdeti nehézség

Információ 40%

- anyai betegség/mirigyelégtelenség kizárása
- Igény szerinti szoptatásról / hányszor kerüljön mellre 24 óra alatt / jut-e elegendő tejhez a baba?
- Testközelen gondozásról
- betegség / érzékenység allergénekre

Segítő beszélgetés 30%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 30%

- igény jelzése szoptatásra – gyakrabban szoptatás,
- testközelség - ringatás, hordozás
- táplálkozási tanácsok

8 Gyakori éjszakai ébredések – 4-6 hó körül előforduló nehézség

Információ 33%

- Igény szerinti szoptatásról: éjszakai szoptatás jelentősége

- testközelen gondozásról: változó életkor, változó igények, képessége, alvási szokások

Segítő beszélgetés 50%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, éjszakai gondozásról, alvásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 17%

- éjszakai gondoskodásra megoldások közös keresése – ennek megfelelő gyakorlati tanács

9 A kisbaba nyugós a mellen – általánosan elforduló nehézség

Információ 45%

- Túl erős/túl gyenge tejleadó reflex/türelmetlen csecsemő
- Cumi-zavar
- Kizárólagos, igény sz. szoptatás
- Fülgyulladás / fogzás / betegség

Segítő beszélgetés 33%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 22%

- Cumiról, cumisüvegről leszoktatás
- Túl gyors / túl lassú tejleadó reflex – szoptatási pozíció, lazítás, melegítés.../türelem

10 Szopási sztrájk (a kisbaba nem fogadja el a mellet) – általánosan elforduló nehézség

Információ 38%

- Ok felderítése közösen: mi változott meg a korábbiakhoz képest?
- Van-e valamilyen fájdalom (fül, fogzás) / a tej ízének megváltozása: menzesz, terhesség
- Cumizavar – igény sz. szoptatásról /Tejleadó reflex túl erős
- Szopás korlátozása – igény sz. szoptatás
- Teljes sztrájk esetén fejés

Segítő beszélgetés 24%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, éjszakai gondozásról, alvásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 38%

- Cumizavar cumiról leszokás
- Tejleadó reflex túl erős – szoptatási pozíció, fejés,
- Félálomban szoptatás, hordozás, bőr-bőr kontaktus, bensőséges érintések,
- Szoptatási pozíció megváltoztatása
- Eredményes fejés, tejleadó reflex / Tej tárolása / Miből/hogyan kapja meg a baba

11 Nem kielégítő súlygyarapodás – általánosan elforduló nehézség

Információ 36%

- hányszor kerüljön mellre 24 óra alatt / széklet/vizelet per nap (volt-e már anyatejes széklete, ha újszülött) - 2 óránál több ne teljen el - mellre tenni hogyan/mikor? Korai éhségjelek
- jut-e elegendő tejhez/hatékony-e a szopás/betegség
- anyai betegség/mirigyelégtelenség kizárása/

- hozzátáplálás

Segítő beszélgetés 28%

- - Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- - Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, éjszakai gondozásról, alvásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást. Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?)
- - Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 36%

- hányszor kerüljön mellre 24 óra alatt, 2 óránál több ne teljen el - mellre tenni hogyan/mikor? Korai éhségjelek
- hozzátáplálás ütemezése / éjszakai szoptatás
- mellre helyezés, szopás hatékonysága
- orvosi vizsgálat

12 Rendszertelen napirend– általánosan elforduló nehézség

Információ 33%

- Igény szerinti szoptatásról
- A kisbaba igénye, változó életkor, változó igények

Segítő beszélgetés 50%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? Mi akadályozza meg a mamát abban, hogy így gondozza a kicsit?
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 17%

- igény jelzése szoptatásra – gyakrabban szoptatás, megoldások közös keresése – ennek megfelelő gyakorlati tanács

13 Kiütések a babán, híg, esetleg véres széklet – kezdeti nehézség

Információ 50%

- Betegség, fertőzés – orvos látta-e?
- Anya táplálkozása– allergének, betegsége, gyógyszereszedés, seb a mellbimbón
- Szoptatási rend, mellek váltása (túl sok első tej – híg székletnél)

Segítő beszélgetés 17%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?

Gyakorlati segítség 33%

- Anya táplálkozása– allergének, tanácsok diétára
- Kihez milyen esetben forduljon - orvos

14 Ritka széklet a csecsemőnél –4-6 hó körül előforduló nehézség

Információ 33%

- Szoptatásról – emésztésről: Fejlődés – gyarapodás /más panaszok, ha nincsenek
- Ha van hozzátáplálás már, hozzátáplálásról

Segítő beszélgetés 50%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a szoptatásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni az igény sz. szoptatást.)
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 17%

- Hozzátáplálás ütemezéséről, ételféleségekről

15 Szilárd ételek bevezetésével kapcsolatos nehézség – 4-6 hó körül előforduló nehézség

Információ 37%

- Igény szerinti szoptatásról
- A hozzátáplálás megkezdésének időzítése
- A szoptatás jelentőségéről a második félévben és azon túl

Segítő beszélgetés 37%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban? (Lehet, hogy rossz tanácsot kapott a hozzátáplálásról, akkor feltétlenül lehet rá számítani, hogy át kell beszélni)
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 26%

- Hozzátáplálás ütemezéséről, ételféleségekről
- A tejtermelés fenntartása 6 hón túl

16 Anyai betegség, láz, gyógyszeresedés – általánosan elforduló nehézség

Információ 50%

- A legtöbb betegségnek van szoptatás mellett folytatható terápiája
- Előny/kockázat mérlegelésére figyelmet felhívni
- Láz esetén nem kell abbahagyni a szoptatást
- Ha szükséges, fejéssel a tejtermelés fenntartása/fejésről, tárolásról,....
- Nagyobb gyermeknél info arról, hogy hogyan viselkednek édesanyjuktól külön, megnyugtató környezetben a kisbabák/gyermek

Segítő beszélgetés 30%

- Miért /mikor alakult ki ez a helyzet?
- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban?
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 20%

- Szakember ajánlása
- Gyakorlati szempontok, lépések közös felvetése

17 Kérdés az anya táplálkozásával, életmódjával kapcsolatban – kezdeti nehézség

Információ 40%

- Teljes értékű táplálkozásról
- Allergének/ alkohol/ dohányzás/ drog/ koffein

Segítő beszélgetés 40%

- Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban?
- Kire számíthat? Ki támogatja?

Gyakorlati segítség 20%

- Konkrét táplálkozási tanácsok

Információ aránya: min 33% max 50%

Segítő beszélgetés aránya: min 17% max 50%

Gyakorlati segítség aránya: min 17% max 38%