

Miskolci Egyetem

Egészségtudományi Kar

Egészségügyi Gondozás és Prevenció

Védőnő szakirány

A LAKTÁCIÓ SIKERESSÉGÉT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK A SZÜLÉS/SZÜLETÉS MINŐSÉGE TÜKRÉBEN



Simon Nóra

Papp Gyöngyi

2022

Tartalom

1. Bevezetés.....	2
1.1. Témaválasztás indoklása	2
1.2. Kutatás célkitűzései.....	3
2. Irodalmi áttekintés.....	4
2. 1. Az anyatej és a szoptatás jótékony hatásai.....	5
2. 2. A szoptatás maga a csoda.....	9
2. 2. 1. Lactogenesis	9
2. 2. 2. Mi van az anyatejben?.....	10
2. 2. 3. A csecsemő növekedése	12
2. 2. 4. A paradigmaváltás fontossága az egészségügyben	13
2. 2. 5. A szoptatás sikerességét befolyásoló tényezők	13
2. 2. 6. A kötődés kialakulása, mint a szoptatás sikerességének kulcsa.....	14
2. 2. 6. 1. A kötődés fogalma	14
2. 2. 6. 2. A perinatális bőr-bőr kontaktus elmulasztásával járó kockázatok:	17
2. 2. 6. 3. A perifériás oxitocin negatív hatásai	18
2 . 3. „Hands OFF!” Gátvédelem vagy gátmetszés?	20
2. 3. 1. A szülés is lehetne olyan természetes és szeretetteljes, mint a fogantatás	21
3. Anyag és módszer	24
4. Eredmények	25
4. 1. Kérdésfelvetések:	25
5. Következtetések:	38
6. Összefoglalás.....	40
7. Irodalomjegyzék:.....	41
7. 1. Ábrajegyzék.....	43
8. MELLÉKLET	44

1. Bevezetés

1.1. Témaválasztás indoklása

Témaválasztásomat arra az égető problémára építettem, ami jelenleg nagy nehézséget okoz nem csak Magyarországon, de az egész világon, hogy egyre kevesebb újszülött, csecsemő kap anyatejet, vagy csak néhány hétre korlátozódik a laktáció. A WHO 2018-as adatai alapján, világviszonylatban a gyermekek 41%-a kap kizárólag anyatejet életük első 6 hónapjában. Magyarországon a csecsemők kevesebb, mint 40%-a kap kizárólag anyatejet 0-6 hónapos korig. (1. és 2. számú mellékletek)

Talán nem túlzás kijelenteni, hogy előbb vagy utóbb, de minden nőt foglalkoztat valamilyen formában az anyaság kérdése és az ezzel járó témakörök. Ha megfigyeljük a kisgyermekes édesanyákat társaságban, a beszélgetés rövidesen a szülés és szoptatás központi kérdésére terelődik. Nem mintha másról nem tudnának beszélni, de olyan mértékben tölti ki a gondolatainkat, hogy nőtársaikkal, a megértés reményében, legszívesebben ezekről a témákról beszélgetnek. Ez a két fontos téma nemcsak a tapasztalatszerzés és cseréje miatt kerül központi helyre, nagyon fontos szerepet tölt be az esetleges traumák feldolgozásában is. Olyan személyeknek elmondani az átélt eseményeket, akik szintén átélték, gyógyító hatással lehet az egyén személyiségére. (Kun & Martinovichné Debulay, 2012)

Magára a laktációra nem lehet csak táplálási formaként tekinteni, ez egy komplex és sokrétű gondozási forma, ami nem magával a szoptatás folyamatával kezdődik. Az anyává válás sem a gyermek megszületése pillanatában kezdődik, hanem, amikor tudatosul a nőben, hogy egy másik életet hord a szíve alatt. A szoptatásra tudatosan készülni kell. Ezt a készülődést sok minden beárnyékolja, elsősorban magától a szüléstől való félelem is. Nem kapnak a nők megfelelő tájékoztatást, hogy mi fog velük történni, kire számíthatnak és mik azok a kérdések, történések, amiben a döntés joga őt illeti meg.

A perinatális pszichológia eredményeiből ma már tudjuk, hogy a magzat is érzékszervekkel és emlékezettel rendelkező „kompetens lény”.

Számos kutatás azt igazolja, hogy magzati korunkról, és születésünkről emléknymokkal rendelkezünk. A születés, a magzattól csecsemővé válás folyamata, az egész életünk során átélt első és egyben legradikálisabb átmenetet jelenti. Ugyan közvetlenül az élmény nem hozzáférhető a tudat számára, de a későbbi élet során az emléknymok megőrződnek, melyek az élmény elementáris erejének megfelelően, azonban észrevétlenül fejtik ki hatásukat az élet különböző területein. (Karádi, 2011)

Ezekre a tényekre alapozva elmondhatjuk, hogy a **szülés/születés élménye, minősége nagyban befolyásolja az életünk alakulását**, sőt transzgenerációsan átívelő hatása van utódainkra is. A jelenség lényege, hogy az utódgenerációk annak ellenére mutatnak a traumatizáltságra utaló tüneteket, hogy maguk nem voltak közvetlen áldozatai a traumának: depresszió, szorongás, alacsony önértékelés, a kulturális identitás sérülése, a kommunikációs készség sérülése, hiperaktivitás és pszichoszomatikus tünetek jelennek meg körükben. A transzgenerációs hatások legfontosabb háttéranyaga az **oxitocin**. (Varga és tsai, 2011) A korai hatások közvetlenül összefüggnek a perifériás oxitocin szinttel, amik generációkon átívelő hatásokat váltanak ki a kötődés és társas viselkedés jellegében. (Varga és tsai, 2019)

Feltételezésem szerint a jó szülés/születés élmény és a sikeres szoptatás maga a prevenció kulcsa, mind testi, lelki és mentális egészségünk megőrzésében.

1.2. Kutatás célkitűzései

-Elsődleges célkitűzésem a nők/anyák edukációja, a saját jogaiknak megismertetése, mert egy háborítatlan, biztonságos környezetben történt szülés is nagyon felforgatja a nő/anya lelkiállapotát.

-Szerettem volna választ kapni arra is, hogy van-e összefüggés a szülés minősége és a sikeres szoptatás között. Mik azok az attitűdök, amik pozitívan vagy negatívan befolyásolják a szülés lefolyását és ezáltal a szoptatás sikerességét.

2. Irodalmi áttekintés

Az anyatejes táplálás társadalmi jelentőségét, valamint a mindennapi életben betöltött szerepét alátámasztja, hogy számos művészeti alkotás maradt ránk az emberiség története során, melynek témája az anyatejes táplálás. Ezek bizonyítják, hogy az anyatejes táplálás kérdésköre nem a modern kor emberének felismerése, ez is „csupán” újbóli ráeszmélés a természet által alkotott dolgok értékelésének. (Wambach & Riordan, 2019)

Számos kutatás bizonyítja egészségügyi előnyeit az első 6 hónapban történő **kizárólagos** szoptatásnak és az anyák korai, személyre szabott támogatása biztosítja szoptatási céljaik elérését. (Wambach & Riordan, 2019)

Mára elmondhatjuk, hogy konszenzus van minden csecsemőssel, gyermekekkel foglalkozó szakterület képviselői között az anyatej és a szoptatás jótékony hatásaival kapcsolatban. Ám azzal talán még kevesen foglalkoznak, hogy hogyan jut el az anya a szüléstől a szoptatásig. Mik azok a hozzáállások, amik megerősítik szoptatási terveiben vagy derékba törik első próbálkozásait.

A pszichoszociális különbségek ellenére sok várandós nőt foglalkoztatnak egzisztenciális aggodalmak egyéni szabadságuk korlátozásával és az anya-gyermek páros szülés utáni szükségleteinek kiegyensúlyozatlanságával kapcsolatban. (Raphael-Leff, 2010) Ennek dacára a szülni vágyók gondolkodásmódjában nem történt valódi áttörés, mert a lehetőségeket erősen korlátozza az információhiány. (Kisdi, 2019) A nők egy rétegének igénye támadt a tudatos döntések meghozatalára, nagyrészt az otthoni szülést választotta, pedig a jogszabályban foglaltak alapján nagyon sok kritériumnak kell megfelelni, ami nagyon sok utánajárást, utána olvasást igényel.

A szülés igen erőteljes és nagy jelentőségű élmény, amely számos tényező függvényében alakul, és minden nő (és csecsemő) esetében más és más minőségű lehet. Átélethető aktívan vagy passzívan, jelenthet kudarcot vagy megerősítő tapasztalatot, gyógyítóvá vagy kárt okozóvá is válhat. (Sallay & Martos, 2015)

A modern szüléskultúrában elterjedt biomedicinális paradigma szerint a szülés biztonságos levezetéséhez szükséges feltételeket kell biztosítani. Azonban a nők nem

egészségügyi eseményként szeretnék a szülésre tekinteni, a kórház ne a szülés feltételeit és levezetését biztosítsa, ne egy egészségügyi szolgáltatás legyen, hanem a nőket **kísérjék** és **támogassák** ezen a fontos eseményen és csak akkor lépjenek közbe, ha szükség van rá. (Kisdi, 2019)

„A nők nem otthon szeretnék szülni, a nők biztonságban szeretnék szülni.” (Odent, 2021) Míg teljesen átveszik a kontrollt és az irányítást a beavatkozások sokaságával, -további beavatkozási kaszkádot indítva-, addig nem tudnak a nők tudatos döntéseket hozni és a saját megérzéseikre hagyatkozni a szülés során. A szülés, spontán létrejövő módosult tudatállapotként fogható fel, ami tükrözi a szülő nő figyelmének beszűkülését, a környezettel való kapcsolatának változását viselkedésének és érzelmi reakcióinak megváltozását. (Békési & Vértess, 2006)

Feltehető a kérdés, hogy van-e erre kapacitása a kórházi személyzetnek? Ha hagynának minden nőt a saját ritmusában vajúdni és szülni, sokkal kevesebb beavatkozásra lenne szükség, kevésbé lenne leterhelt a kórházi személyzet. Az „Elég jó” szülésélménnyel pedig meg lehetne előzni sok anyai mentális, és önértékelési problémát. (Karádi, 2011)

A XX. század kezdetén az ipari fejlődés hatására eljutottunk odáig, hogy bár egyre nagyobb tudás halmozódott fel az emberi testről és szükségleteiről, a folyamatosan fejlődő gyógyszer tudomány, a pontosabbá váló beavatkozási technikákkal egyre több egészségügyi helyzetre teremtett megoldást, a laktációról való tudás továbbra is hiedelmeken és ködös elképzeléseken alapult. (Hoover, 2019)

2. 1. Az anyatej és a szoptatás jótékony hatásai

Az anyatej a csecsemők számára a legmegfelelőbb tápanyagokat tartalmazza, a csecsemő könnyen emészt meg azt, illetve az anyatej antitesteket és számos egyéb védőanyagot tartalmaz, amely a csecsemők betegségekkel szembeni ellenállását növeli, továbbá a szoptatás során bensőséges anya-gyermek kötődés alakul ki. Az első napokban termelődő kolosztrum (előtej) lényegesen nagyobb fehérje- és alacsonyabb szénhidrát tartalmú, mint a későbbi érett tej. Az anyatej összetétele napszakos változást is mutat (délután és este a legnagyobb a zsírkoncentráció),

valamint az egyes szoptatások során szintén folyamatosan változik. A csecsemő mellrehelyezésekor elérhetővé váló, úgynevezett első tej vizesebb, a szoptatás végén pedig az úgynevezett hátsó tejhez fér hozzá a gyermek, melynek zsírtartalma akár két- háromszorosa is lehet az előbbinek. (Ballard & Morrow, 2013)

A szoptatás alapvető fontosságú a csecsemők egészsége és fejlődése, valamint az anyák egészsége szempontjából mind a fejlett, mind a fejlődő országokban. A szoptatás önmagában a leghatékonyabb eszköz az 5 év alatti gyermekek halálozásának megelőzésében. Az optimális növekedés és fejlődés elérésére az Egészségügyi Világszervezet azt javasolja, hogy a gyermekek kizárólag szoptanak életük első 6 hónapjában, majd pedig, megfelelő hozzátáplálás mellett, folytatódják a szoptatás legalább 2 éves korig. (WHO, Infant and young child feeding, 2014) A 3. számú mellékletben olvashatunk bővebben az anyatej további jótékony hatásairól.

A születés utáni első néhány perc, néhány óra, és a közvetlen kapcsolat kiemelkedő fontosságú. Ha az édesanya azonnal magához ölelheti, szoptathatja újszülöttjét, azzal vérenek oxitocin-szintje is emelkedik, ami serkenti a tejelválasztást. (Winberg, 2017)

Az anyatejre sokan úgy tekintenek, mint csupán egyetlen táplálékára a csecsemőnek, ami az életben maradásához szükséges. Azonban a kisbaba szükségletei nem csak a táplálék felvételében merülnek ki. Ennél sokkal többet jelent számára, még, ha ezt kifejezni szavakkal nem is tudja, jelzései sírásra korlátozódnak, amire, ha nem reagálnak az édesanyák, elveszíthetik a gyermekükkel azt a biztonságos kötődést, amit a köldökszínór elvágása után továbbra is fenn lehet tartani egy érzelmi síkon. (Várady & Gitidiszné, 2019)

Az embercsecsemő számára az édesanyja jelenléte maga a biztonság, az életben maradás kulcsa, fejti ki Jean Liedloff: „Az elveszett boldogság nyomában” című könyvében.

„Az író nő egy venezuelai őslakos törzsszel, a jekánákkal (yequana) töltött összesen két és fél évének tapasztalatairól számol be. A „kontinuum elv” arra utal, hogy egy olyan kultúrában, amelyet nem érintett a „Nagy Felejtés” (az a furcsa jelenség, hogy például az európaiak sokáig úgy gondolták, hogy ők, a civilizáció emberei, azok, akik igazán embernek valók, az embernek rendelt életmódot

folytatnak, és a mások: a feketék, indiánok, és egyéb természeti népek elfajzott emberek, vagy akár nem is igazán emberek), egy olyan életmódot találhatunk, amely az ember biológiai evolúciójával párhuzamosan alakult ki, és így az eredeti emberi igényeinkhez sokkal jobban illeszkedik. Ezen az úton ismerkedett meg a jekána indiánokkal. A jekána anyák körülbelül fél éves korukig folyamatosan hordozták és szoptatják a csecsemőiket, és velük együtt aludtak. Jean eleinte értetlenül figyelte meg, hogy a kisbabáik nem sírnak, egészen puha izomtónusúak és nyugodtak. Ez teljesen eltért az általa valaha látott „civilizált” babák viselkedésétől, akik bömböltek, és gyakran még miután fel is vették őket, megfeszítették a testüket, hátra görbítették a gerincüket, és mereven rúgkapáltak. És van egy erős evolúciós programja, hogy az anyja mellett van a helye. A legkisebb elválasztás is számára már az elveszés érzetét hordozza, és „vészhelyezések leadására” ösztönzi, mivel természetes környezetben az egyedüli biztonságos hely az anya vagy más gondozó mellett lehetett, és a csecsemők ösztönei ennek megfelelően alakultak az évmilliók során”. (Liedloff, 2008)

Számos tanulmány említi, hogy összefüggés mutatkozik a csecsemők későbbi intelligenciájának alakulása, és a csecsemőkor táplálás módja között. Az anyatejben sokféle, hosszú láncú, többszörösen telítetlen zsírsav (LCPUFA) található, melyek az összzsírtartalom 88%-át adják, és az anyatej legváltozatosabb összetevői. Ennek okaként az LCPUFA (hosszú szénláncú többszörösen telítetlen zsírsav), fontos szerepet játszanak a sejtmembránok felépítésében, long-chain polyunsaturated fatty acid-t említik, mint a DHA (dokozahexénsav) és az AA (arachidonsav), amelyeknek nagy mennyiségű beépülését figyelték meg a várandósság korai szakaszában, illetve a csecsemők életének első hónapjaiban a retina és az agykéreg lipidstruktúráiban. A fejlődő gyermek immunrendszere még nem képes maradéktalanul ellátni a szervezete védelmét. Jól ismert tény, hogy az anyatej bifidogén hatással rendelkezik, vagyis fiziológias körülmények között, ha a csecsemőt csupán anyatejjel táplálják, képes kialakítani egy bifidus túlsúlyú bélflórát. Ennek előnyei egyre nyilvánvalóbbá válnak napjainkban. Számos tanulmány foglalkozik az allergia és a probiotikumok kapcsolatával.

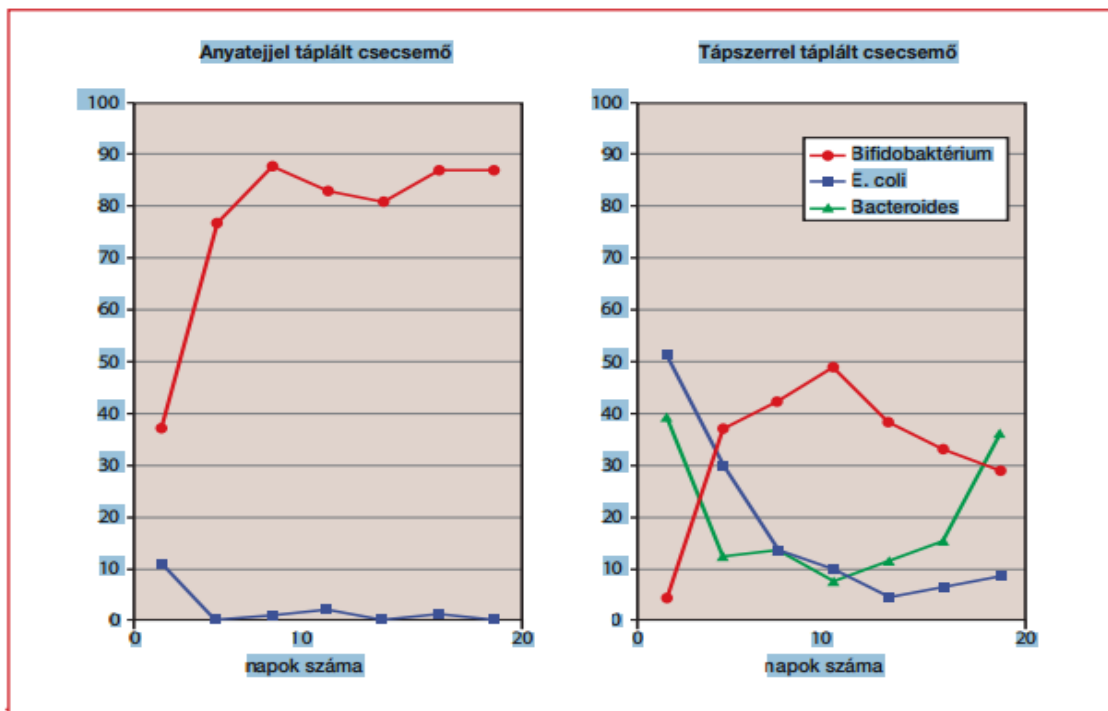
Az újszülött folyadékigénye egyhetes korban 150 ml/ttkg naponta. A napi energiaigény 110 kcal/ttkg. Az anyatej fehérjekoncentrációja 1,2-1,8%, ami

kazeinogénból, laktalbuminból és laktoglobulinból tevődik össze. Gazdag kalciumban és foszforban. A vas az egyetlen ásványi anyag, amely nincs elegendő mennyiségben jelen, viszont az anyatej laktoferrinjéhez kötött vas a vékonybél speciális receptorain keresztül jól felszívódik. A csecsemőkor intenzív növekedés időszakában a vörösvérsejtek száma is nő. (Papp, 2017)

Az anyatejes táplálás természetes formája a szoptatás. Az anyatej a szervezetbe történő bejuttatásának legjobb és élettanilag is leginkább indokolt módja, hogy az anya szoptassa gyermekét, hiszen a szopás ingere a legfontosabb a laktáció folyamán. A mell kiürítése ugyanis prolaktin elválasztást eredményez. Ennek hiányában csökken a tejelválasztás, ami folyamatosan kevesebb és kevesebb női tejet eredményez, aminek hatására egyre több tápszerre lesz szükség, hogy a gyermek fejlődése szinten tartható lehessen, ami pedig szintén egyre kevesebb szoptatást tesz lehetővé. A felsorolt élettani tényezőkön túl, természetesen nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a szoptatás rendkívül intim, bensőséges élmény mind az édesanyának, mind a gyermekének. Olyan kapcsolatot alakít ki anya és gyermeke között, ami egyedi és igen mély érzelmi köteléket jelent. Elmondható, hogy az emocionálisan stabil édesanyáknak és gyermeküknek ez a táplálási mód a legelőnyösebb érzelmi téren is.

Az anyatejes táplálás elmaradása, vagy nem kielégítő mértéke bizonyos táplálkozási hiánytünetekhez vagy akár megbetegedésekhez vezethet. Az anyatej pótló tápszer nem tartalmazza az anyatej számos egészségügyileg fontos összetevőjét, annak alkalmazása rövid távon megnövelheti egyes megbetegedések kockázatát, különös tekintettel a gyomor, - és bélrendszeri, valamint légzőszervi infekciókra. (1. ábra)

Az egészségügyi következményei a nem anyatejes táplálásnak kihatással lehetnek a gyermekkorra, tinédzserkorra, vagy akár még későbbi életkorokra is. (Stube, 2010) A nem megfelelő csecsemőtáplálás összefüggésbe hozható számos jelentős megbetegedéssel, mint az elhízás, az allergia a diabetes és a kardiovaszkuláris megbetegedések. (Wambach & Riordan, 2019)



1. ábra

Anyatejjel és tápszerrel táplált csecsemők bélflórájának különbsége. (Tulassay, 2004)

2. 2. A szoptatás maga a csoda

2. 2. 1. Lactogenesis

A várandósságból a szoptatásba történő átmenetet laktogenezisnek nevezik. A várandósság első felét a tejcsatorna rendszer növekedése és proliferációja, továbbá újabb lebenyek kialakulása jellemzi. A várandósság második felében felgyorsul a szekretoros aktivitás; az alveolusok egyre jobban kitágulnak a felgyülemelő kolosztrumtól. (Russo & Russo, 1989)

A laktogenezis **I. stádiumának** nevezett szakasz az emlőmirigy tejtermelő kapacitásának kifejlődése a várandósság félidejétől a 2. poszpartum napig. A placenta kilökődését követően a **laktogenezis II-t** a progeszteronszint esése és a prolaktin folyamatos jelenléte indítja be. (Wambach & Riordan, 2019)

A progeszteron a várandósság fenntartásához szükséges, szintje végig magasan marad, ez megakadályozza tejtermelést, a progeszteron nem tud hatni az alveoláris sejtek receptoraira. A progeszteron gátló hatása annyira erős, hogy, ha

szülés után placenta fragmentumok maradnak vissza a méhben, a szekretoros aktiválódás késik. (Neifert, McDonugh, & Nevile, 1981)

A szülést követő 4. napon a progeszteronszint a tizedére esik vissza. Ez a gyors esés a progeszteronszintben, a magas prolaktin szinttel együtt beindítja a laktogenezist. Miután a laktáció megindult, a legfontosabb hormon a tejtermelés fenntartásában a **prolaktin**.

A várandósság során a hipofízis elülső lebenyéből felszabaduló prolaktin fontos szerepet játszik az emlők tömegének növekedésében és a sejtes differenciálódásban.

Szülés után az ösztrogén- és progeszteronszint gyorsan csökken. Ezzel a hipofízis elülső lebenye felszabadul a gátlás alól, és 24 óra alatt 7-20 alkalommal szabadít fel prolaktint. (Wambach & Riordan, 2019) Ha az anya rendszeresen szoptat, a prolaktinszint a szülést követő 6 hónapban emelkedett marad. Hat hónap szoptatás után a prolaktinszint még mindig több mint kétszeresére emelkedik a szopás hatására. (Wambach & Riordan, 2019)

2. 2. 2. Mi van az anyatejben?

A humán tej a méhen belüli élet során a placentán keresztül a magzatba érkező vérhez hasonlóan strukturálatlan élő szövetnek tekinthető, amely tápanyagokat szállít, biokémiai rendszereket befolyásol, erősíti az immunrendszert és elpusztítja a kórokozókat. (Wambach & Riordan, 2019)

A humán tej, hasonlóan az összes állati tejhez, fajspecifikus. Az emberiség története során úgy alakult ki és változott az összetétele, hogy fedezze az embercsecsemő tápanyagszükségletét és biztosítsa fertőzésekkel szembeni védelmét, az optimális növekedés, fejlődés és túlélés érdekében. (Wambach & Riordan, 2019)

A humán tej fő alkotórészeit (fehérje, zsír, laktóz) az emlők szekretoros epithelialis sejtjei termelik, Cregen és Hartmann (1999) **laktocitáknak** nevezte el ezeket a sejteket. A várandósság ideje alatt a sejtek a prolaktin hatására további fejlődésen mennek keresztül. Az anyák által jelzett tej „belövellés” időpontja nagyon változó; a posztpartum 38-98 órában következik be, átlagosan 50-59 óra között.

Az érett tejjel összehasonlítva, a kolosztrum fehérjében és ásványi anyagokban gazdagabb, és kevesebb benne a szénhidrát, a zsír és egyes vitaminok. Születéskor a csecsemő bélrendszere steril, de ezután gyorsan kolonizálódik. A humán tej tápanyagfehérjékben, nem-protein nitrogénvegyületekben, zsírokban, oligoszacharidokban, vitaminokban és bizonyos ásványi anyagokban gazdag, emellett hormonokat, enzimeket, növekedési faktorokat és sokféle protektív összetevőt is tartalmaz. (Wambach & Riordan, 2019)

Az egészséges csecsemőknek, de még a koraszülött csecsemőknek is, akik energiaszükségletüknek megfelelő mennyiségű anyatejet fogyasztanak, elegendő számukra a kizárólagos szoptatás. (Almroth & Bidinger, 1990)

A csecsemők az anyatejet sokkal gyorsabban meg tudják emészteni, mint a tápszert. Anyatej fogyasztását követően a csecsemő gyomra (2. ábra) átlagosan 48 perc alatt ürül ki a felére, míg ugyanez az időtartam tápszer esetén 78 perc. Ezért nem indokolt a születést követő napokban erőltetni a tápszeres kiegészítést. (Wambach & Riordan, 2019)



2. ábra
Az újszülöttek és csecsemők gyomrának alkalmankénti befogadóképessége az első hónapban. (Babies First, 2013)

2. 2. 3. A csecsemő növekedése

A legnagyobb mértékű normális emberi növekedés csecsemőkorban tapasztalható. Négyhetes koráig a csecsemő napi 10 g/ttkg-ot gyarapszik, majd az első életév végére a gyarapodás napi 1 g/ttkg-ra csökken le. (Wambach & Riordan, 2019)

A szoptatott és tápszerrel táplált csecsemők növekedésében némi eltérést találtak. A szülést követő 3-4 hónapban a kizárólag szoptatott csecsemők ugyanúgy, vagy egy kicsit nagyobb mértékben gyarapodtak, mint a tápszerrel vagy vegyesen táplált társaik. Ezt követően azonban a vegyesen vagy cumisüvegből, tápszerrel táplált csecsemők lesznek „előnyben”. A legnagyobb különbség 6-20 hónap között tapasztalható, amikor a szoptatott csecsemők súlya alatta marad a vegyesen, vagy tápszerrel táplált csecsemőkének. Ez később befolyásoló tényező lehet a gyermekkori elhízás drasztikus növekedésében. Így elmondható, hogy az anyatejes táplálás preventív hatású lehet az obesitással kapcsolatban.

A humán tej leginkább változó összetevője a zsír, ami a kalóriatartalom kb. felét adja. A zsírtartalom egyénenként változó, valamint a szoptatás elején és végén is eltér. Az anyatej össz- zsírtartalma 22-62 g/l, és a szoptatás gyakoriságától független. (Wambach & Riordan, 2019)

Az anyatej lipidfrakciója esszenciális zsírsavakat tartalmaz. A zsírsavak bevitelével kapcsolatban fontos szempont az agy növekedésére gyakorolt hatásuk. Az agy a harmadik trimeszterben nő a leggyorsabb ütemben, és ez a növekedés az első életév során is folytatódik. A szoptatott és a tápszerrel táplált csecsemők szöveteiben a plazma zsírsavösszetétele egyértelműen különbözik.

El kell ismernünk, hogy ma már remek tápszereket gyártanak, ám tudnunk kell, hogy bizonyos fontos anyagok ezekben vagy nem is szerepelnek, vagy nem hasznosulnak kellőképpen a szervezetben. Fontos célkitűzés lehetne, hogy a tápszerhasználat indikációja lekorlátozódna a sürgős, életmentő esetekre, minden más helyzetben az anyatejes táplálás lehetne az első és legfontosabb iránymutatás. (Wambach & Riordan, 2019)

2. 2. 4. A paradigmaváltás fontossága az egészségügyben

Az egészségügyi szakembereknek megfelelő képzést kellene kapniuk, hogy felismerjék az elégtelen tejtermelés szempontjából veszélyeztetett anyákat és időben segítséget és támogatást nyújtsanak nekik. Így megelőzhetőek lennének a kiszáradt csecsemőkről szóló rémtörténetek, és az anyák sem jutnának el a teljes kétségbeesésig.

Több, és nagyobb anyatejgyűjtő állomásra van szükség, hogy donor női tejet adhassunk az anyatejet nem kapó csecsemőknek. Támogatnunk, segítenünk kell azokat az édesanyákat, akiknek nem sikerült szoptatniuk, hogy felül tudjanak emelkedni a büntudaton és veszteségen.

Nem minden anya tud tejet termelni, de a modern orvostudomány oldott már meg ennél összetettebb problémákat is. Akaraterőre és forrásokra van szükség a tejtermelési képtelenség okainak feltárásához és a megfelelő kezelés kidolgozásához, hogy minden anya elérje a saját szoptatási célkitűzését. Elszomorító tény, hogy az egészségügyi oktatásban nem kap központi szerepet a szoptatási ismeretek megszerzése. Előfordulhatnak mai modern könyvekben is több tíz évvel ezelőtti kutatások és információk az anyatejről és a szoptatásról. Legtöbb esetben, egy pályakezdő egészségügyi dolgozónak nincs saját tapasztalata a szoptatásról, a tankönyvekben fellelhető kevéske információ nem adja meg azt a tudást, amivel empatikusan tudnának hozzáállni egy segítséget kérő édesanyához. (Stube, 2010)

2. 2. 5. A szoptatás sikerességét befolyásoló tényezők

Korábban, míg több generáció élt egy fedél alatt, az újdonsült anyáknak volt kitől tanulnia, mindig volt, aki dajkálta a babáját, az sem volt ritka, hogy nővére szoptatta, a kisdedit, míg az anyának meg nem indult teljesen a tejtermelése, vagy míg lábadozott a szülés után. Segítették az édesanyákat a gyermeknevelés minden területén, mindig volt egy szabad kéz, aki ringatta a sírósebb csecsemőket.

Manapság, amikor az édesanya hazakerül a kórházból azt tapasztalja, hogy egymagára van hagyva. Az édesapák nem kapnak túl nagy szerepet a gyermek

gondozása körül, ugyanis a kétkeresős rendszer miatt a legtöbb család nem engedheti meg magának, hogy az apuka kimaradjon a munkahelyéről. Azokat a feladatokat, amit korábban 4-5 ember látott el, az ma egy ember nyakába szakad, akinek meg kell küzdeni az új helyzettel és a felelősséggel, ami az anyává válással együtt jár.

A pre- és perinatális időszak történései meghatározzák az egyén érzelmi kapacitását, gondolkodását, a környezetéhez való viszonyát, számos betegségét és kóros működését, egyszóval életének minőségét. Az élet kezdeti és korai szakaszának új szemléletű megértése jelentős felelősséget ró az ezt érintő szakmai tevékenységekre és a gyermeket vállalókra egyaránt. (Varga és tsai. 2019)

2. 2. 6. A kötődés kialakulása, mint a szoptatás sikerességének kulcsa

2. 2. 6. 1. A kötődés fogalma

A kötődés alapvetően egy ösztönalapú viselkedésmintázat, amelynek biológiai funkciója a biztonság és a védelem biztosítása. Bowlby szerint a kötődés a közelség keresése és fenntartása egy másik személlyel, és így jelenlétében nagyobb biztonság érzése. (Bowlby, 1969)

A kötődés szoros érzelmi kapcsolatot jelent, amelyet viszont számos motívum hozhat létre és tarthat fenn. Ezek közül a legfontosabbak a szeretet, a bizalom és a ragaszkodás. Ezek hiányában felbomolhat a kötődés. A kötődés célja az éretlen és tapasztalatlan utódot a biztonságot nyújtó szülő közelében tartani. A kötődés egy jól fejlett szabályozórendszer, melynek működése a gyermek mozgékonyságának növekedésével párhuzamosan válik hangsúlyossá. (Büki, 2010) (Cole & Cole , 2002) Másik fő funkciója a szocializáció, amely a kötődő személyek közötti szociális kölcsönhatások következménye. (Zsolnai, 2001)

Az anyai szenzitivitás, mint a gyermek későbbi fejlődésének számos területével összefüggő tényező is felvetődik. A születést követően, majd innentől folyamatosan hosszú éveken át meghatározó, hogy az anya mennyire érzékeny és válaszkész a gyerek reakcióira. Az anya, mint elsődleges gondozó nemcsak fizikai biztonságot és táplálékot ad gyermekének, hanem ő az első fontos társas élménye is (primary social experience).

Az ismerős melletti elköteleződés olyan vonás, amely viselkedésszervezésben a hosszútávú célokat tartja szem előtt. Ebben a tekintetben az alapokat a korai élmények fektetik le, megteremtve a világ megismerésének „biztos bázisát”.

A szülés utáni anya-gyermek szeparáció rutinszerű alkalmazása a 20. század jellemzője lett, míg korábban az anyához való folyamatos kapcsolódás volt a neonatális túlélés alapja. (Varga és tsai, 2019)

A korai kötődés kialakulásában fontos szerepe van a bőr-bőr kontaktusnak. Korábban csak koraszülött csecsemők gondozása során használták, ma már időre született csecsemők szüleinek is ajánlják, mivel az elmúlt 30 év során napvilágot látott számos kutatás és könyv egybehangzóan támogatja a bőr-bőr kontaktust. Ha ilyenkor az anyával bőr-bőr kontaktusba tud kerülni az újszülött, az első szoptatás meg tud történni, az számos előnnyel jár mindkettőjük számára. (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012) Jótékony hatással van az újszülött hőszabályozására, vércukorszint ingadozására, kevesebbet sír, pozitívan hat a későbbi szoptatásra, egyes kutatások szerint csökkenti az anyai poszttraumás stressz szindróma, szülés utáni hangulatzavar megjelenését, az anya könnyebben megtalálja a szinkront az újszülöttel, erősíti a kötődés kialakulását. (Varga és tsai, 2019)

Huffmeijer és munkatársai kutatásai szerint valójában az **oxitocin** segíti elő a kötődés kialakulását, a társas információk feldolgozását, az ismerősség kialakulását és a mellette való elköteleződést teszi lehetővé. (Wambach & Riordan, 2019)

Ezért is lényeges, hogy zavartalan legyen a születendő gyermek és az anya oxitocin háztartása, hogy az anya rá tudjon hangolódni a csecsemője jelzéseire. Levine és munkatársai szerint, már a várandósság során minél nagyobb az anya perifériás oxitocin szintje, annál erőteljesebb a kötődése a magzatához. (Varga és tsai, 2019)

Az oxitocin kulcsfontosságú szerepet tölt be a vajúdas-szülés ideje alatt és a posztpartum időszakban, mind testi, mind pszichoemotív hatásait tekintve. Az oxitocin szülés alatti perifériás hatása a méhösszehúzóásban, tejejekcióban már régóta ismeretes. Emellett a központi idegrendszerben neurotranszmitterként is megtaláljuk, ami által kifejti centrális hatását, befolyásolva a mentális állapotot és a viselkedést. (Varga és tsai. 2019)

Az oxitocinnak nyugtató és fájdalomcsillapító hatása van a vajúdás és a posztpartum időszak során, az anyában és az újszülöttben egyaránt. Segíti az anyai adaptációt, csökkenti a stresszt, örömezzetét társít a gyermekről való gondoskodás kapcsolatában. Ezért is szükséges, hogy az anya-gyermek egységet közvetlenül a születés után ne bontsuk meg.

Az „aranyóra” (aranyórak) a születés után nagyon érzékeny időszak, ilyenkor a bőr-bőr kontaktus, az anya-gyermek interakció elősegíti az oxitocintermelést. (Buckley, 2015)

Az újszülött természetes „élőhelye” az anya teste, ahol minden alapvető biológiai szükséglete kielégítésre kerül, ami a viselkedést is meghatározza. A megemelkedett oxitocin játékon hat a méh involúciójára, kitágítja az anyai mellkas ereit, ami természetes inkubátort nyújthat az újszülött számára. A szopás/szoptatás megkezdésének előmozdítója, mialatt tovább csökkenti az anya és az újszülött stresszintjét. Az oxitocin a hypothalamusban folyamatosan termelődik és a hypophysis hátsó lebenyéből **pulzálva** jut a véráramba, biztosítva a kedvező pszichés állapotot.

Számos tanulmány vizsgálta, hogy a bánásmód, a beavatkozások, változást idéznek elő a vér endogén oxitocin szintjében. (Varga és tsai, 2019)

Buckley 2015-ben végzett állatkísérletei szerint **a felfokozott stressz csökkenti az oxitocin elválasztást.** (Buckley, 2015)

A szülés, megszületés lényeges változást jelent az anya és gyermek kapcsolatában, ám semmi esetre sem jelenti kapcsolatuk kezdetét. A magzat mozgásának észlelése, amely a kapcsolat megerősödését, a kötődés intenzitásának növekedését hozza. Megtörténik a magzat „belsővé tétele”. Ugyancsak pozitív irányba hatnak mindazok a tényezők, amelyek növelik a szülők biztonságérzetét és csökkentik a szorongásaikat. Amint kialakul a kognitív kötés, amiben az anya személyes tulajdonságokkal ruházza fel magzatát, majd a várandósság végére különálló lényként tekint rá. Az altruisztikus kötődési dimenzió biztosítja, hogy az anya előtérbe helyezze a magzatát magával szemben, erőfeszítéseket tegyen magzata megóvására, bizonyos szempontból önfeladási szempontokat tartalmaz. (Varga és tsai, 2019)

2. 2. 6. 2. A perinatális bőr-bőr kontaktus elmulasztásával járó kockázatok:

- a csecsemő hőmérséklete instabil lesz (Bergman és tsai, 2004)
- a kizárólagos szoptatás rövidebb ideig tart (Vaidya és tsai, 2005)
- az anyának magasabb lesz a stressz-szintje (Anderson és tsai, 2004)
- a csecsemő szeparációs stressze növekszik
- az anya kevésbé kívánja magához ölelve tartani a csecsemőt (Anderson és tsai, 2004)
- a csecsemő kevésbé fogja érezni az anyatej természetes illatát (Marlier & Schhal, 2005) (Wambach & Riordan, 2019)

"Nem azért vannak a kisbabák inkubátorban, mert instabilak, hanem instabilak, mert inkubátorban vannak." Nils Bergman

Azok a csecsemők, akik születésük után anyjukkal közvetlenül bőr-bőr kontaktusba kerültek, nagyobb valószínűséggel fognak hatékonyan szopni, mint azok, akiket elválasztottak anyjuktól. (Wambach & Riordan, 2019)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1996-ban írt jelentésében ajánlásokat fogalmazott meg a normál szülés gondozásával kapcsolatban. (4. számú melléklet). Az ajánlások több pontban kitérnek a szülő nő érzelmi állapotára ható gondoskodás jelentőségére. Ezek az ajánlások összhangban vannak a hormonok működésével, a nő fizikai és lelki állapotának figyelembevételét a vajúdás és a szülés alatt. Támogatja a szülési terv, szülési helyszín és testhelyzet szabad megválasztását, kényszerű háton fekvés kerülését. Ajánlja továbbá tiszteletben tartani az anya igényét a szülés ideje alatt jelen lévő személyre tekintettel, korai bőrkontaktus megvalósulását, a szoptatás megkezdését a szüléstől számított egy órán belül, a WHO irányelveinek megfelelően. (WHO, Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018)

Addig nem beszélhetünk a szoptatásról, míg nem látjuk holisztikusan a perinatális történéseket. A szoptatás csak akkor lesz sikeres, ha a szülés lefolyása traumáktól mentes.

Hogy a probléma mélyére tekintsünk, vizsgáljuk meg azokat a tényezőket, amik perinatálisan befolyásolják a sikeres szoptatást. Ahhoz, hogy a szoptatás zökkenőmentesen kezdődjön és folytatódjon, hatalmas szerepe van a szülés/születés lefolyásának.

Az 1930-as évekig főként azok a nők szültek kórházban, akik valamilyen egészségügyi probléma miatt amúgy is bekerültek, s a kórházi szülés kifejezetten félelmetes hírű volt, hiszen a gyermekágyi láz miatt sokan meghaltak szülés után. Mégsem a kórház és a veszély, hanem a szülés és a veszély összefüggésének már korábban is létező képlete mélyült el. (Varga és tsai, 2019)

A technikai tudás fejlődésével nemcsak nagyobb biztonságban voltak a szülő nők és újszülöttjeik, de ezzel egyidőben kiszolgáltatottak is lettek, kialakult a szülés körül egy betegségcentrikus világkép, a test harmonikus működésének felbomlása. Ezzel szemben az egészségközpontú világkép a **prevencióra** teszi a hangsúlyt, a testi működés egyensúlyának megőrzésére. A KSH 2014-es adatai alapján hazánkban a szülésorvosok 87,78%-a férfi, ami lehetővé teszi, hogy a nők szülésről szóló természetes tudását, amelynek megélése egyszerre testi és lelki folyamat, a modern szüléskultúrában minden szempontból felülírja az orvos tanult tudása, aminek köszönhetően a nőket alárendelt helyzetben tartja. (Varga és tsai, 2019)

2. 2. 6. 3. A perifériás oxitocin negatív hatásai

A szülés üteme és dinamikája egy csodálatos dolog. Nem haladhat egy természetes szülés gyorsabban és erősebben mint amit az anya és a magzat el tud viselni. Nem lehetnek intenzívebbek a kontrakciók, mint amit a test el tud hordozni, és nem lehet a tempó gyorsabb, azaz a magzat nem születhet meg előbb, mint ahogy erre az anyai lélek fel tud készülni.

Az a nő aki szül, az életének egyik legmeghatározóbb szakaszába jutott. A perifériásan rosszkor adott oxitocin levágja az utat, és ezáltal sokszor mindent összezavar. A szülés megakadása, lelassulása ugyanis nem azt jelenti, hogy a női szervezet rosszul működik. A lassulás megállás az esetek legnagyobb részében azt jelzi, hogy még nincs itt az idő. Hogy valaminek még le kell zárulni, valamit még át

kell értelmezni, valaminek még a helyére kell kerülni ahhoz, hogy a folyamat tovább gördülhessen. Ilyenkor a felületes külső szemlélő számára a női test elromlott, és be kell avatkozni. Valóban ilyenkor segíteni, támogatni kell a kismamát, de nem mindegy hogyan. Személyre szabott együttműködés, jó tanács, egy jó szó, egy pohár víz, egy biztató ölelés sokszor csodákra képes. Azonban az oxitocin túlzott és felesleges adása átpréseli az anyát és a magzatot azon az úton amire még nincsenek felkészülve.

A perifériásan adott oxitocin a méhre hat, az összehúzódások intenzívebbek lesznek, sűrűbbek és erősebbek, de **az idegrendszeri hatás elmarad,** sőt egyes kutatások azt bizonyítják, hogy az addig termelődött saját oxitocin termelését is leállítják. Ennek oka az, hogy a női szervezetben termelődött oxitocin az agyban termelődik, és ott helyben is kifejti a hatást, valamint a véráramba kerülve az idegrendszeren kívül többek között a méh simaizomzatára is hatást gyakorol. A perifériásan beadott oxitocin azonban nem tud az agyba bejutni, mert az idegrendszernek van egy olyan védő mechanizmusa, ami megakadályozza a legtöbb anyag bejutását, ezt nevezzük **vér-agy gát**-nak. Azaz egy nagyobb, erősebb feladatot kell az oxitocin fájdalomcsillapító, szorongáscsökkentő hatása nélkül elviselni.

Az oxitocinnal szült édesanya átpréselődik egy keményebb úton és megérkezik oda, ahol kezébe adják babáját és hiányérzete marad. Nem érti hogy került ide, mi is történt vele. Azok az idegrendszeri oxitocin hatások, amik a babához való nagyon mély, elemi kötődést meghatározzák, sérülnek, vagy elmaradnak. Sokszor harag és düh érzése kevereg a kismamában, és a baba sírása és az „éjszakai üzemmód” is sokkal megterhelőbb. Sajnos a kezdeti kötődési zavarok akár hosszabb távúak is lehetnek, az anya és a csecsemő kötődése sérülést szenvedhet, ami a csecsemő felnőtt életére későbbi párkapcsolataira, barátságra, sőt munkavállalására, családalapítására is messzemenőkéig kihatnak.

Nem túlzás azt állítani, hogy a szülés ideje alatt feleslegesen adott oxitocinnal az anya és a gyermek olyan lelki (időnként testi) sérüléseket szenved, amelyek megoldása hosszú és sokszor nem könnyű feladat, a megoldás elmaradása pedig maradandó kapcsolati nehézségeket okoz a megszületett babának felnőtt korában is. Elgondolkodtató, hogy a 70-es évektől már rutinszerűen alkalmazott oxitocinnal

született, most már felnőtt generáció kapcsolati zavarai milyen nagy számban fordulnak elő.

Ezért van nagyon nagy felelőssége a szülés körüli segítőknek, hogy felismerjék azt az **elenyésző** számú esetet, amikor az oxitocin adása valóban elkerülhetetlen. Azonban biztos állíthatjuk, hogy a rutinszerűen adott oxitocin nagyon káros, és felesleges nehézségeket okoz a családoknak, nehezíti a laktáció beindulását is.

A szülés eseménye kiemelkedik a többi életforduló sorából, hiszen ilyen mértékű fizikai megterhelésen és változáson egyetlen másik sem ível keresztül. A szülés minősége a stresszel szembeni ellenállóképességet, az elindulással és megérkezéssel, a búcsúval és változással kapcsolatos első tapasztalatokat határozza meg. Az édesanyjától szeparált újszülött stressz-szintje a szülés utáni órákban is magas marad, ráadásul ez az első tapasztalási minta, egyfajta alapélmény kialakítója lesz számára a krízistérképen. (Varga és tsai, 2019.)

2 . 3. „Hands OFF!” Gátvédelem vagy gátmetszés?

A klinikai gát fogalma a gátmetszés jelenségével nyer értelmet. És összefüggésbe hozható a gyorsított szüléssel. Az orvosok régebben úgy tartották, hogy nagyon fontos, hogy az újszülött a lehető leggyorsabban jöjjön világra, a gátmetszés segítségével a szülés gyorsabb és könnyebb. Észak- Amerika és a világ más civilizált részein élő szülésorvosok több, mint egy évszázada végeznek rutinszerű gátmetszést. Úgy vélekedtek, hogy a gátmetszés megóvjá a nőt a gátrepedéstől. Ma már tudományos eredmények szólnak amellett, hogy a gátmetszés nem gyorsítja meg a szülést, sőt a szülést nem is szükséges meggyorsítani, kivéve, ha a magzat súlyos diszstressz állapotában van. Tudományos tények támasztják alá, hogy gátmetszésre csak nagyon ritkán van szükség. (Varga és tsai, 2019)

Ha nincs perifériás oxitocin, nincs burokrepesztés és gátmetszés, akkor a kismédencének a méhszájnak és a magzatnak is van elegendő ideje, arra, hogy felkészüljön a szülésre, születésre. Hormonálisan ilyenkor az történik, hogy a

kontrakciókat előidéző oxitocin mellett **adrenalin** kezd termelődni. Az oxitocin a vajúrást támogatja, a tejelválasztást, az érzelmi kötődést erősíti, ezzel szemben az adrenalin többek között a stressz, a félelem hormonja. Az adrenalin az oxitocin antagonistája, képes tőle a vajúrást lelassulni, sőt le is állni. Ha a folyamat zavartalan, az adrenalin helyett **endorfinok** kezdenek termelődni, amik a szervezet természetes fájdalomcsillapítói, jelenlétükben látszólag paradox jelenség következik be, a kontrakciók erősödnek, a fájdalom mégis csökken. (Noll, 2017)

Amikor gyorsító eljárásokat alkalmaznak, sok esetben reked meg a szülés folyamata, a fentebb említett módon, ami a beavatkozások nélkül nagy valószínűséggel zökkenőmentesen zajlana.

Gyakran alkalmaznak a beavatkozások miatt indokolatlanul Kristeller-műfogást, ami életmentő beavatkozás, csak sürgős esetben lehetne használni, pl. az édesanya tartós eszméletlensége miatt.

A szülés gyors befejezésére az anyai, és/vagy magzati javallat alapján kb. 10-15%-ban válhat szükségessé. A magyar szülészeti gyakorlatban az utóbbi évtizedekben a forceps (fogó), vagy vákuumextrakció helyett inkább a Kristeller-expresszió a meghonosodott gyakorlat. Mivel az eljárás nem kellően dokumentált az esetek túlnyomó többségében, így hiteles randomizált tanulmányok sem születhetnek a sikerességéről, vagy a szövődmények előfordulási gyakoriságáról. A jelenleg érvényben lévő hazai irányelvek sem javasolják a használatát, mégis gyakran folyamodnak hozzá a szülőszobán. (Papp, 2017)

2. 3. 1. A szülés is lehetne olyan természetes és szeretetteljes, mint a fogantatás

Varga Katalin, a perinatális tudományok doktora rávilágít arra a tényre, hogy ma a Magyarországon szülő nők mindössze 3%-a szül beavatkozásmentesen. Kevés olyan szülésznő és még kevesebb szülészorvos dolgozik ma Magyarországon, akik ténylegesen tudnak bánni a normális szülés körülményeivel. Kevés szakember **kíséri**, és nem pedig **vezeti** a szülést. Kevesen vannak, akik igazodni tudnak a különböző testhelyzetekhez, akik nem csak háton fekvő helyzetben tudják kísérni a szülést,

akiknek van türelmük, tudnak várni, rászánják az idejüket, és nem az a szempont vezérli őket, hogy minél hamarabb essenek túl a folyamaton. Akiket nem a félelem irányít, hanem a helyzetnek a szépségét, a folyamatnak a pozitív energiáit is meg tudják élni. Gyors és hatékony cselekvésre van szükség.

Minden egyes gyerekkel, aki nem úgy születik, vagy anyánál, aki nem úgy szül, ahogyan kéne, komoly veszteségeink vannak. Ezt a trendet egyedül szemléletváltással lehet megváltoztatni, noha ez a legnehezebb. Kedvesnek lenni, emberségesnek, türelmesnek, empátikusnak – ezeket nem lehet parancsszóra megtenni. Mechanikus mozdulatokat még meg lehet tanulni vagy tanítani, de azt a fajta tónust, azt a fajta emberi hozzáállást, ami a szülészetben kulcskérdés, nagyon nehéz előírásra, vagy utasításra előszedni valakiből.

Előttünk áll a feladat: hogyan lehet országos szinten szemléletet formálni, illetve miként lehet azt megértetni, hogy amiben a legtöbb szülészet jelenleg működik, nem családbarát. A „közvetlen eredmények” szintjén sikeres ugyan a rendszer, mert nem halnak meg a gyermekek és az anyák annyian, mint korábban, és talán kevesebb a testi szövődmény is. Ám a szülés nem hozza azokat az élményeket, azt a minőséget, ami életbevágóan fontos lenne.

Nagyjából ott tartunk, mintha minden gyermek csak asszisztált reprodukcióval foganna, és erről azt gondolnánk, hogy ez így rendben van, ez a norma. Akad még néhány ember, akik emlékeznek arra, hogy létezik a természetes szexualitás is, és az egészen más tónusú, egészen más élményt ad, mint az asszisztált reprodukció. Sőt, valójában az a norma. Bár túlzásnak tűnik, de nem az: jelenleg érvelni kell amellet, hogy a fogantatásnak és a szülésnek van egy olyan hangulati, energetikai, élménybeli, affektív velejárója, ami kulcseleme a folyamatnak, és ha ez rendben van, akkor a testi oldal is abszolút rendben működik az esetek messze túlnyomó többségében. Ez a szülészetben annyira alapvető váltás, mintha ott kellene kezdenünk, hogy el kell mesélni a most képződőknek vagy esetleg a továbbképződőknek, hogy létezik még szexualitás, és ne csak az asszisztált reprodukcióban gondolkodjunk.

A hazai szülészet rákfenéje, hogy a szülészorvosok saját magukon kívül senkit nem látnak kompetensnek a szülés kérdéseiben, pedig ez nagyon idejétmúlt hozzáállás. A szülészet interdiszciplináris terület, és nem csak attól a pillanattól

kezdve, hogy az újszülött tüdejébe levegő kerül, és a pici a szülészorvos helyett máris a neonatológus (csecsemőgyógyász) „fennhatósága” alá tartozik. Az anyának a saját és a magzata teste felett is önrendelkezési joga van az egészségügyi törvény szerint, de ezt aligha tudja érvényesíteni, a magzat érdekképviselőt a gyakorlatban a legtöbbször ugyanis a szülészorvos „látja el”. Az orvosok hegemoniája helyett a szülészet irányelveinek és gyakorlatának szakmaközi egyeztetésen kellene alapulnia, mert számos további szakmának lenne érdemi beleszólása abba, hogy mi történik. (Varga és tsai 2019)

3. Anyag és módszer

Kutatásom alanyait a szociális médián keresztül kértem fel, tematikus csoportok is részt vettek a felmérésben, de többnyire a téma iránt elkötelezett „átlagos” édesanyák voltak. Nem várt érdeklődés volt a kérdőív (5. számú melléklet) iránt, így **1000** kitöltésnél leállítottuk a felmérést.

Célcsoport: az elmúlt 10 évben szült anyák

Online kérdőív: demográfiai kérdések, a szülés körülményeivel kapcsolatos kérdések, szoptatásra vonatkozó tervek, szoptatási nehézségek és a támogatottságra, tájékoztatottságra vonatkozó kérdések.

Kérdőívem tartalmazott nyitott és zárt kérdéseket, rövid szöveges válaszok adására is volt lehetőség.

A válaszok rögzítése **2021. október 15. és október 17-e.** között zajlott. A nem várt érdeklődés is mutatja a kérdés fontosságát és aktualitását. Az adatok elemzését általános és leíró statisztikai módszerekkel végeztem.

4. Eredmények

A kérdőíveket a kérdésfelvetések alapján értékeltem ki, amiket táblázatokban és diagramokban foglaltam össze. A nyitott kérdéseknél adott válaszokból kulcsszavakat írtam össze és az alapján kategóriákat hoztam létre, amiket ezután táblázatba foglaltam.

A válaszadóim legnagyobb részt a **25-34** éves korosztályból való (**737** fő / **1000** fő), magas iskolai végzettségű (**703** fő / **1000** fő), házas, zömében **2-3** gyermekes nők, akik általában városban élnek (**741** fő / **1000** fő, Pest megye **322** fő).

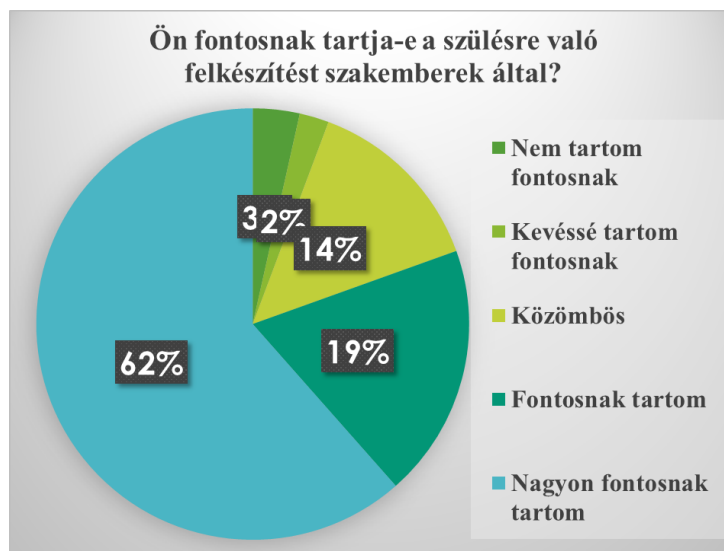
A válaszok és a demográfiai adatok között összefüggés van, a minta demográfiai jellemzői, azt mutatják, hogy egy tudatosabb, önmaga és gyermeke felől felelősen gondolkodó réteg töltötte ki a kérdőívet, ezek a nők zömmel készültek a szoptatásra, volt tervük jónéhányuknak az eseményekre és, volt, aki tervezetten otthon szült.

4. 1. Kérdésfelvetések:

1. A szülésre való felkészülés, a nő jogainak megismerése pozitívan befolyásolja a szoptatás sikerességét.
2. A szoptatásra való tudatos készülés nagyban befolyásolja a sikeres, hosszantartó szoptatást.
3. Az „aranyórák” megléte, magabiztos szoptatáshoz vezet.
4. A kezdeti támogatás hiánya, szoptatási problémákhoz vezethet.

1. A szülésre való felkészülés, a nő jogainak megismerése pozitívan befolyásolja a szoptatás sikerességét

Első kérdésfelvetésem arra irányult, hogy van-e összefüggés a szülésre való felkészülés és a szoptatás kimenetele között.



3. ábra

Ön fontosnak tartja-e a szülésre való felkészítést szakemberek által?



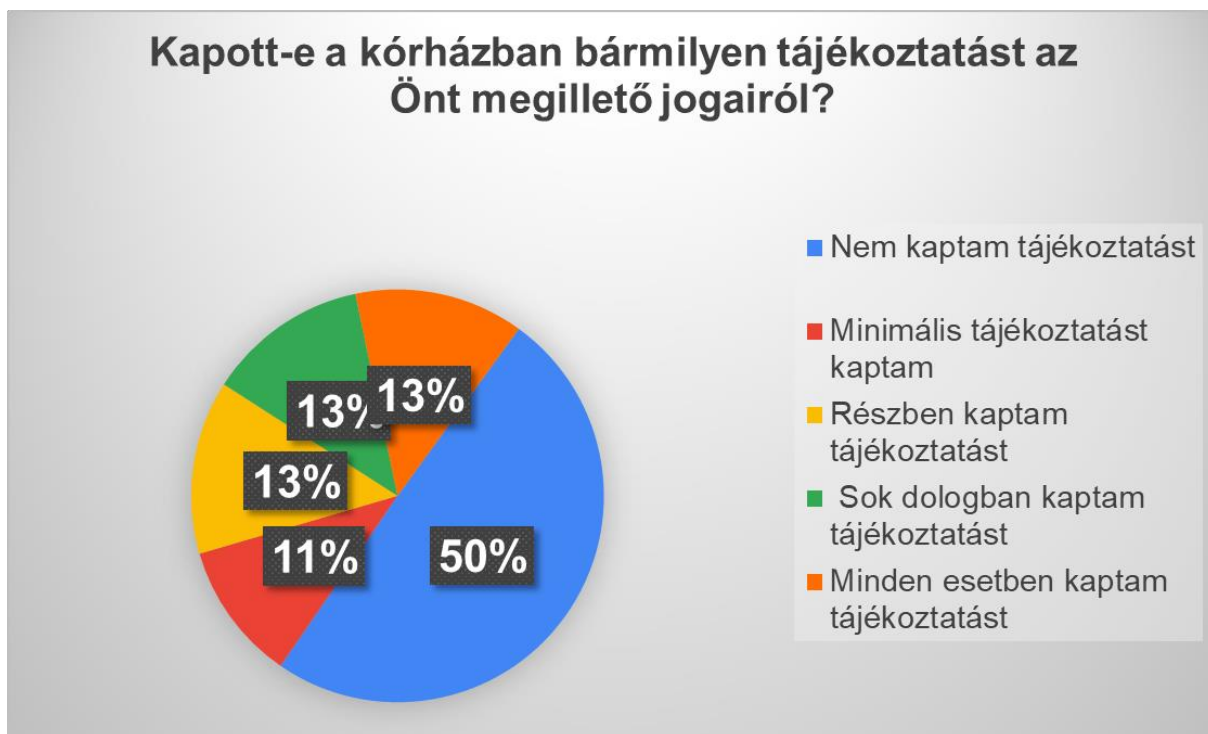
4. ábra

Milyen szakember által tartott szülésfelkészítőre menne el szívesen?

Ezen a két diagramon (3. ábra), (4. ábra) egyértelműen láthatjuk, hogy a nőknek van igényük arra, hogy minél több információhoz hozzájussanak a szüléssel kapcsolatban és szívesen informálódnak szakemberek által. A válaszadók **62%-a** jelölte az öt fokozatú skálán, hogy nagyon fontos, további **19%** szerint pedig azt, hogy fontos a szülésre való felkészítés.

Szülésre felkészítő szakemberként szülésznőt-bábát-dúlát (összesen **70%**) választanának a szülés előtt álló nők, szülész-nőgyógyászt mindössze **17%**. A védőnők helyzete a szakemberek között elég aggasztó, utolsó helyen vannak, mindössze **13%** jelezte, a védőnő lenne, akitől szüléssel kapcsolatban tájékoztatást kérnének.

A következő diagram (5. ábra) szoros összefüggésben van az első kettővel, itt is a tájékozottságot vizsgálom, csak a kórházi jogokról érdeklődöm a kérdőívet kitöltők között.



5. ábra
Kapott-e a kórházban bármilyen tájékoztatást az Önt megillető jogairól?

A válaszadók **50 %-a** nem kapott semmilyen tájékoztatást az őt megillető jogokról, és mindössze **26%-uk** kapott rész, vagy teljes felvilágosítást.

A következő megjegyzések a kórházi beleegyező nyilatkozatok kapcsán érkeztek, amik esetében nem biztosítanak elég időt és megfelelő körülményeket, hogy alaposan átolvassák őket:

„Én többször, több csatornán kértem - előre. Eredménytelenül. Ott helyben szerettem volna átolvasni, éreztem a furcsállást, kihúzkodtam, jegyzeteltem mellé, jogfenntartottam, utána átadás előtt lefotóztam. Eredmény: rutin ment.”

„Én megpróbáltam kikérni, eredménytelenül. 3 perces kontrakciókkal mentem be, úgy "kellett" aláírnom a papírokat. Volt annyi lélekjelenlétem, hogy felfogtam amit olvasok és ahol úgy éreztem, tettem kiegészítést.”

2. A szoptatásra való tudatos készülés nagyban befolyásolja a sikeres, hosszantartó szoptatást.



6. ábra
Fontosnak tartja-e a szoptatásra való felkészítést szakemberek által?



7. ábra
Milyen szakember által tartott szoptatásra felkészítő tanfolyamra menne el szívesen?

A válaszadók **73 %**-a tartja fontosnak a szoptatásra való felkészülést. További **14 %** jelölte az 5 fokozatú skálán a 4-es számot. (6. ábra) Olyannyira fontosnak tartják a válaszadók, hogy akár fizetnének is az információkért. **48 %** az, aki laktációs szaktanácsadó szolgáltatásait is igénybe venné.

A védőnőt a válaszadók **18 %**-a választaná szoptatási ismereteik bővítésére.

Megkérdeztem a kérdőív kitöltőit, hogy voltak-e terveik a szoptatással kapcsolatban, tudatosan készültek-e rá, hogy meddig szeretnék szoptatni. (7. ábra)



8. ábra
Voltak-e a szoptatás időtartamára vonatkozó terveik?

Volt, aki kiemelte a WHO ajánlását (2 éves korig vagy azon túl), de sok válaszolónak nem voltak terveik, csak azt tudta, hogy szoptatni szeretne. Az ezer kitöltőből **201** fő szoptatta a gyermekét 2 éves koráig, **186** fő 1 éves korig, **118** fő 3 éves korig, **133** fő jelenleg is szoptat. (8. ábra)

3. Az „aranyórák” megléte, magabiztos szoptatáshoz vezet.

Számos kutatás támasztja alá az „aranyórák” jótékony hatásait, mind a korai kötődés kialakulására, mind a szoptatás sikerességére vonatkozóan. Azok a csecsemők, akik születésük után anyjukkal közvetlenül bőr-bőr kontaktusba kerültek, nagyobb valószínűséggel fognak hatékonyan szopni, mint azok, akiket elválasztottak anyjuktól. (Wambach & Riordan, 2019)

Ám az „aranyórák” megléte sem biztos feltétele a szoptatásnak, de hatalmas előnnyel indul, akinek háborítatlanul megvalósul. Ha nem kommunikálnak megfelelően a frissen szült anyával, vagy az „aranyóra” csak néhány percre korlátozódik, nagyobb a valószínűsége, hogy akár szoptatási, akár kötődési zavarok lépnek fel. Sok feltételnek kell egyszerre megvalósulnia, hogy zavartalan legyen az adaptációs folyamat, az anya és az újszülött részéről egyaránt.

737 válaszadóból, 505 esetben valósult meg valamilyen formában az „aranyóra” és 232 esetben nem biztosítottak lehetőséget rá. (9. ábra)



9. ábra
Volt-e részük „aranyórákban”?



10. ábra
Tapasztaltak-e nehézséget a korai szeparáció miatt a szoptatásban?

Kiemelt hozzászólások:

„Sajnos második császáros gyermekemnél sem biztosítottak aranyórát, sírva könyörögtem hozzák be az őrzőbe megmutatni... rögtön mellre rakattam, de sokáig nem, pár percre tudták a kérésemet biztosítani. Egész éjjel nem kaphattam meg, 8-10 óra hátránnyal indultunk neki a szoptatásnak is.”

„Szülés után azonnal azt közölték velem, hogy ebből a mellből tuti nem tud majd szopni a baba. Azonnal szorongással és rossz érzéssel indult a szoptatás.”

„Nem szerettem szoptatni, egyszerűen lelkileg nem tudtam ráhangolódni. Gyermekem 23:15-kor jött a világra, akkor pár másodpercre megmutatták, majd elvitték. Az oxitocinos rásegítés annyira lefárasztott, hogy egy-két telefonálás után elaludtam. 2-kor vittek ki a szobámba és nem hozták be a kisfiamat, csak a reggeli szoptatásra. Ez a mai napig úgy vélem közrejátszhatott a szoptatás feladásában és a gyermekemhez való kötődés is sérült.”

„Igaz volt aranyóra, de nem segítettek mellre helyezni a kisbabámat.”

„Senki se volt segítőkész! A baba ödémás volt, ezér a születést követő napon másik kórházba vitték és csak 4 nap múlva mehettem utána. A másik kórházban már sokkal segítőkészebbek voltak és sokat segítettek a szoptatásban.”

„Nem rakták mellre. Aludt. Én akkor még nem tudtam mit kell tenni. Segítséget nem kaptam”

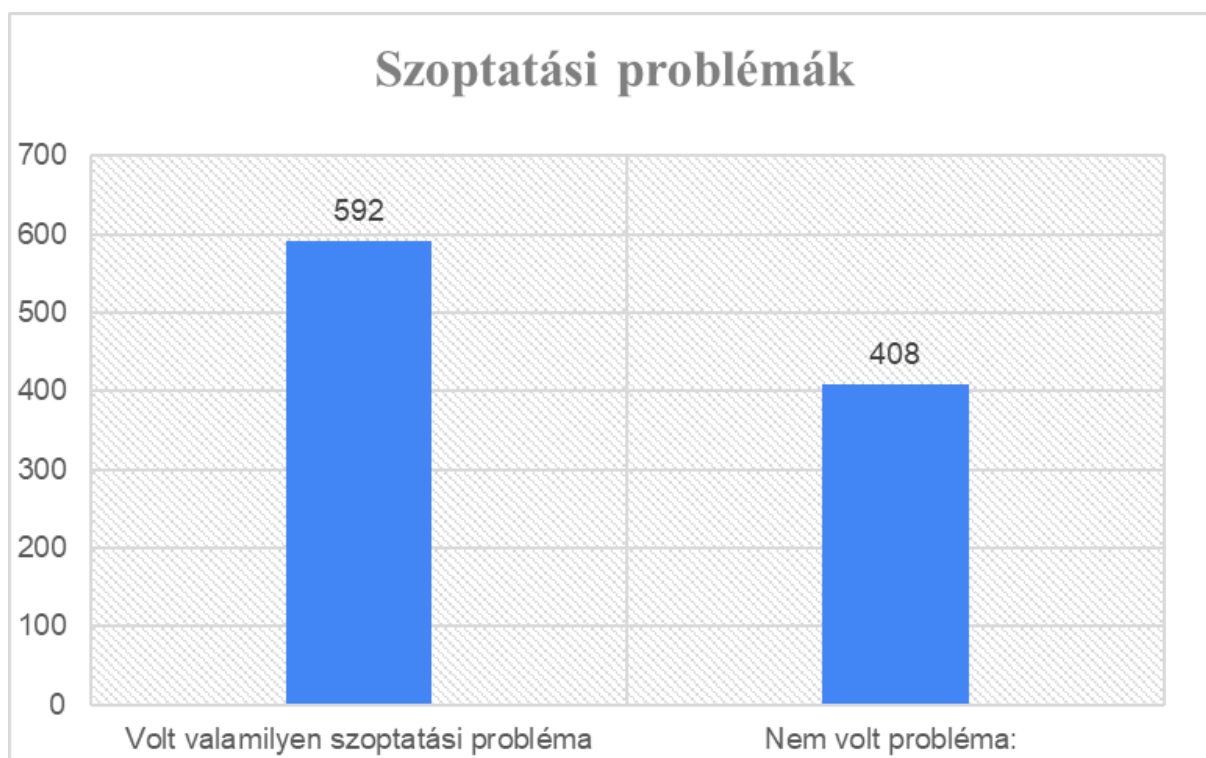
„Folyamatosan azon dolgozok, hogy a harmóniát megteremtsem kettőnk között. Most 5 éves és a születése után 2 napig nem volt velem. Nagyon megsínyli ezt a kapcsolatunk. Hiányzik az az ösztönös ragaszkodás, a bizalom.”

„Sajnos így nehezebben, később indult meg a tejelválasztás és persze tápszert is adtak (megkérdezésem nélkül) a csecsemős nővérek.” (10. ábra)

4. A kezdeti támogatás hiánya, szoptatási problémákhoz vezethet.

A várandós nőnek nyújtott érzelmi támogatás igen nagy jelentőségű, mert nagyban növelheti a nő szülésre vonatkozó (illetve később a szülés során átélt) kompetencia-, és kontrollérzését. Egy problémát mindig könnyebb megelőzni, mint megoldani. Ez a szoptatás sikerességére is igaz. A szülés utáni időszak problémamentességét a szoptatás prenatális oktatásával lehet megalapozni. (Varga és tsai, 2019)

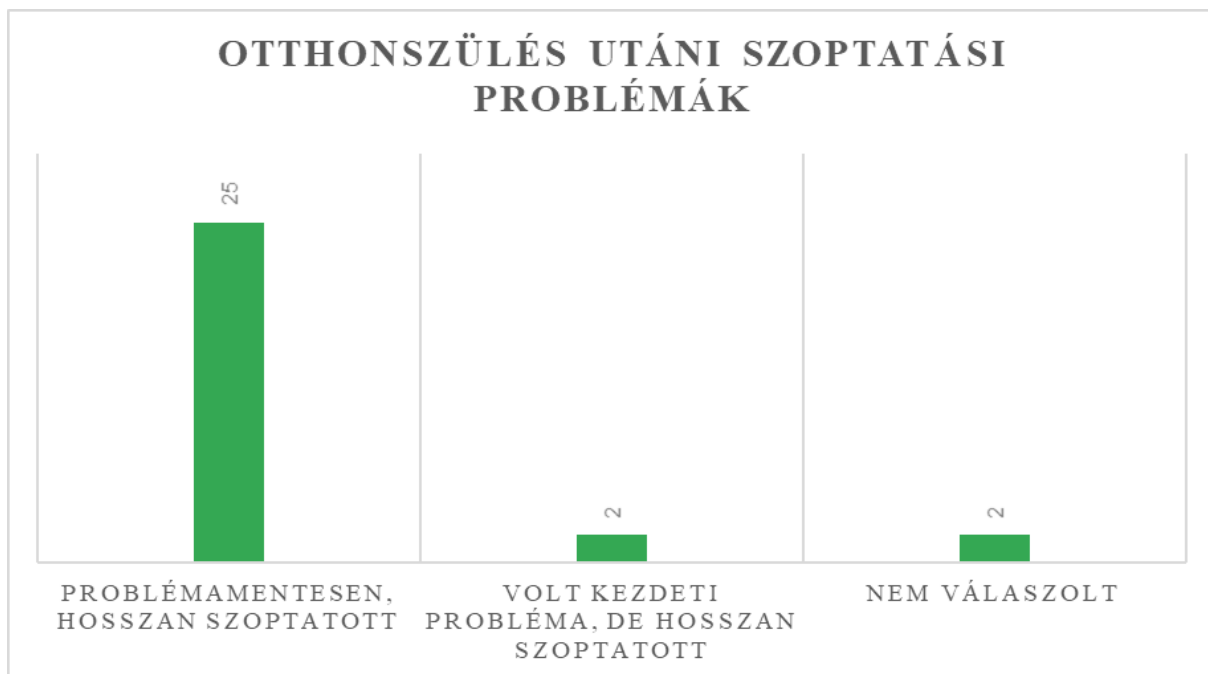
A válaszadók közül **592** fő jelezte, hogy volt valamilyen szoptatási nehézségük, ám ez nem tántorította el őket a szoptatástól. (11. ábra)



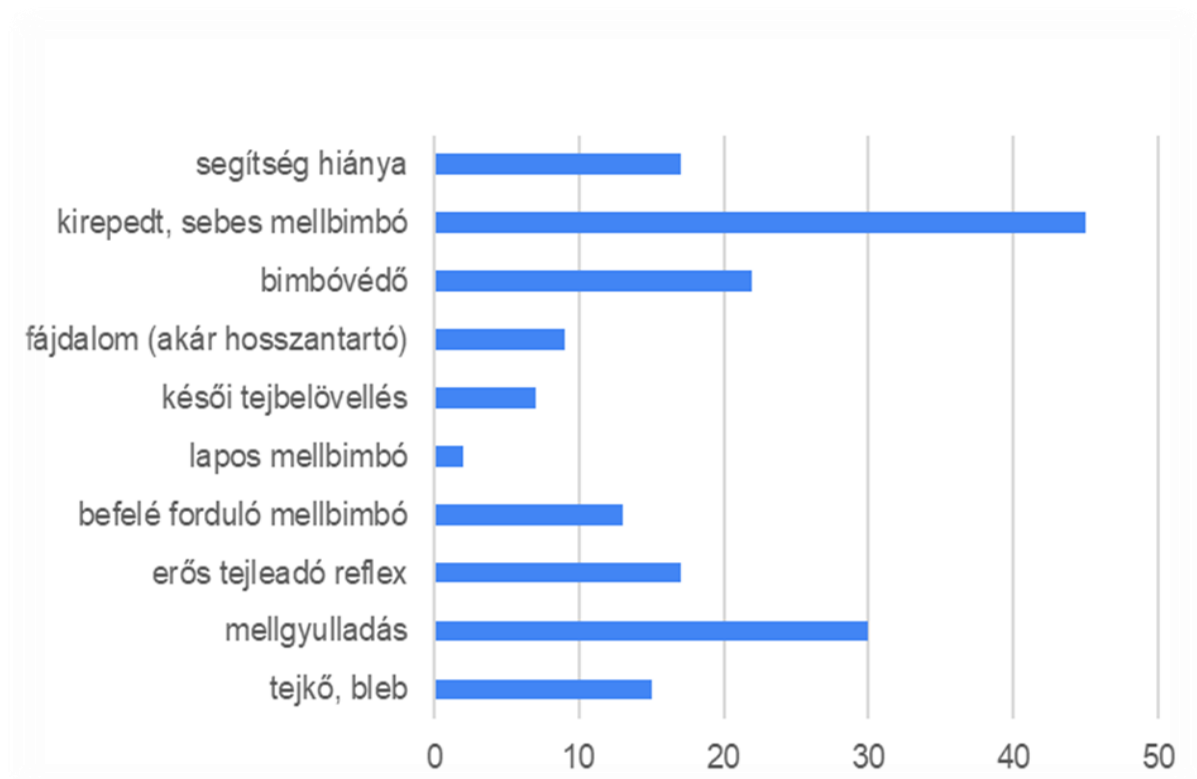
11. ábra
Szoptatási problémák

A segítségnyújtás, a biztatás, az asszertív kommunikáció szép kórházi élményeket szerezne a nőknek, pozitív élményként tekintenének vissza.

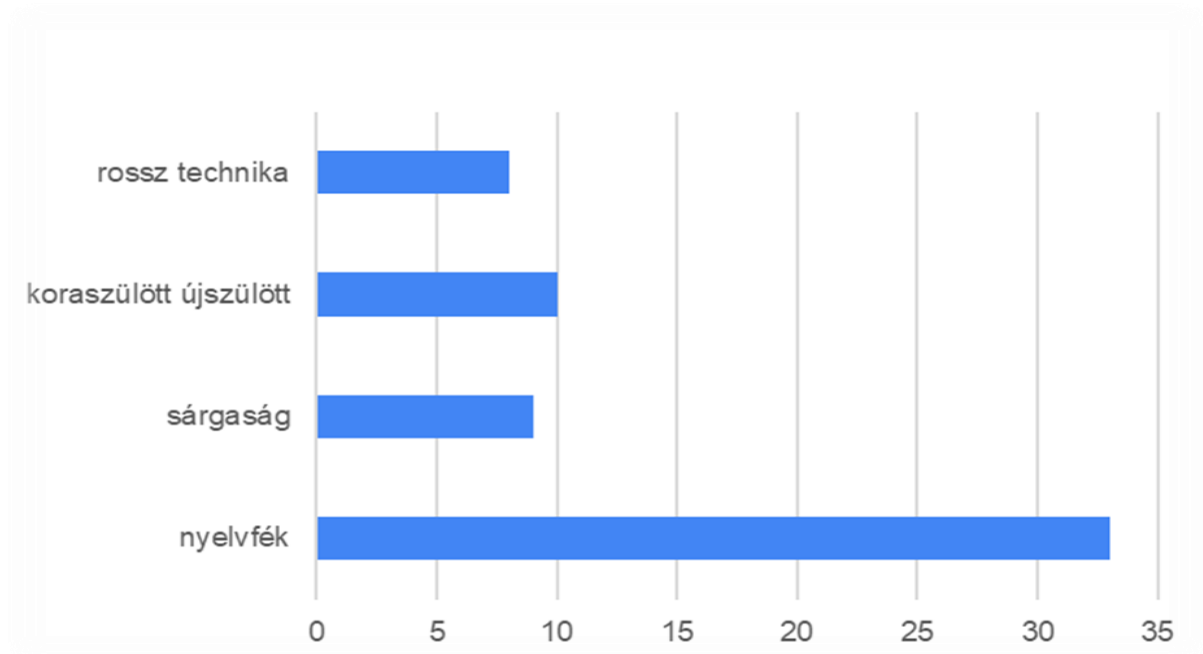
A válaszadók közül **29-en** otthon szültek, akikből **25 főnek** nem volt semmilyen szoptatással kapcsolatos problémája. (12. ábra)



12. ábra
Otthonszülés utáni szoptatási problémák



13. ábra
Szoptatási problémák, anyai oldal



14. ábra
Szoptatási problémák, csecsemő oldala

Az utolsó két (13. ábra) (14. ábra) diagramból kitűnik, hogy a kezdeti támogatás hiánya, nem megoldhatatlan szoptatási problémákat vet fel. A kirepedt mellbimbó, mellgyulladás vagy az újszülött lenőtt nyelve, nem jelentenek kihívást a kórházi szakembereknek, de valahogy mégis kikerülnek a látószögből.

Kiemelt hozzászólások:

„Sok mindenre nem voltam felkészülve az újszülöttel kapcsolatban, hiába kérdezősködtem a nővérektől, azt mondták majd otthon megtanulom, nekik arra nincs idejük, hogy magyarázzanak.”

„Csecsemős nővértől kaptam segítséget, mert kértem, de nem korszerű tanácsot (pl. 3 óránkénti etetés).”

„Nem igazán segítettek, csak amikor már nagyon magam alatt voltam és a gyermek súlya sem gyarapodott.”

„Az ápolónők embertelenül beszéltek velem.”

„A kórházban töltött időszak után, próbáltam kiheverni a csecsemős nővérektől elszenvedett traumatikus élményeket. Kibeszélni magamból és feldolgozni, de egy nyílt levélben szívesen megfogalmaztam volna a kórház igazgatónak, hogy nem csak egy laktációs tanácsadóra lenne szükség a kórházban, és hétvégén is legyen, és a csecsemős nővérek továbbképzése is nagyon szükséges lenne a sikeres szoptatások érdekében.”

„Nem kaptam segítséget, sőt méretközés után: „Anyuka ez nulla!”- Jó biztatás volt!”

„Az első napokban sosem tudtam nekik megfelelő mennyiséget produkálni, pedig hallottam, ahogy kortyol a babám.”

5. Következtetések:

A szakirodalmi áttekintésből és a kutatás eredményeiből is jól látszik, hogy a szülés lefolyása és a szoptatás sikeressége között szoros kapcsolat van. A pozitív szülésélmény kulcsfontosságú a laktáció beindulásában. Az eredményekből kiderült, hogy számos olyan tényező befolyásolja a szoptatást, ami a nőtől független. A szülészeti beavatkozások sokasága, a korai szeparáció, a rutinszerűen alkalmazott oxitocin infúzió és gátmetszés, mind-mind olyan akadályokat gördítenek a szoptatás útjába, amik nagyon nehezen küzdhetők le megfelelő szaksegítség nélkül. Hosszútávú célkitűzés lehetne a szakmai irányelvek mielőbbi lefektetése és pontos betartása. Egy olyan aranystandard jöhetne létre, ami minden perinatális szakember számára iránytű lehetne, amitől lehetőség szerint ne térjenek el.

Az első és második feltételezés, miszerint **a szülésre és a szoptatásra való felkészülés, a nő jogainak megismerése pozitívan befolyásolja a szoptatás sikerességét**, igazolást nyert, hisz az 1000 válaszadóból **670** főnek konkrét tervei voltak az 1 éven túli szoptatásra, amiből **638** főnek meg is valósultak a tervei.

Egyre nagyobb az a réteg, akik tervekkel, esetleg szülési tervvel, tudatosan vágnak bele a családalapításba. A nőknek hatalmas igényük van arra hogy minél több információhoz hozzájussanak a szüléssel-szoptatással kapcsolatban és szívesen informálódnak szakemberek által. Ez hihetetlen jó alapja lehetne egy egészségesebb társadalom kialakításának, de a szülés közeledtével valami megszakad, és az addig magabiztos családok felett átveszi az irányítást a kórházi személyzet. Nagyon nehéz úgy érvényesíteni a várandósság alatt megszerzett tudásukat, hogy valójában teljes mértékig alárendelt státuszban vannak jelen a szülő nők a kórházban. Nagyon sok esetben a fejük fölött hoznak meg olyan döntéseket, ami az ő kompetenciájuk lenne.

A válaszadók **62%-a** jelölte az öt fokozatú skálán, hogy nagyon fontos, a szülésre való felkészítés szakemberek által. Ez a szakember lehetne akár a védőnő is. Ám jelenleg nagyon kis százalékban választanák őket a szülésre, szoptatásra való felkészítésre. Mindössze **13%** jelezte, hogy a védőnő lenne az, akitől szüléssel, és **18%**, aki a szoptatással kapcsolatban tájékoztatást kérne. Érthetetlen, a védőnői

szakma ezirányú népszerűtlensége, hisz az egyik legkompetensebb személy a várandósgondozásban, a szülésre és az anyaságra való felkészülésben is.

A harmadik kérdésfelvetés, **az „aranyórák” megléte, magabiztos szoptatáshoz vezet.** Manapság már nincs olyan szakember, aki elvitatná a korai bőrkontaktus pozitív hatásait. A válaszadók **69%-a** nyilatkozott úgy, hogy valamilyen formában részesültek “aranyórákban”. Ez nagyon biztató arány lehetne, ám, ha mélyebbre ásunk, szembetűnik, hogy közelelről sem valósul meg olyan formában, ahogy az elvárható lenne. A WHO pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátási ajánlásai (*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.- 4. számú melléklet*) pontos iránymutatást adnak arra vonatkozóan, hogy a születést követő minimum egy órát az újszülött töltsen az anya mellkasán, ám a válaszadók a nyílt kérdésekre adott válaszaiból az derül ki, hogy az „aranyórák” a legtöbb esetben csak néhány percre korlátozódnak.

A negyedik és egyben utolsó kérdésfelvetés, **a kezdeti támogatás hiánya, szoptatási problémákhoz vezethet.** A fenti 3 kérdésfelvetésből már élesen látszik, mennyi helyen sérül a háborítatlan szülés, adaptáció irányelve. A szülő nő nem hozhat semmilyen döntést a saját szülésével kapcsolatban, egészséges újszülöttjét elszakítják tőle, az oxitocin, prolaktin termelés sérül, ami egyenesen arányos a korai kötődés sérülésével és a tejtermelés nehezítettségével.

Ám azt sem jelenthetjük ki teljes mértékig, hogy nincsenek törekvések a változásra/változtatásra. Nagyon sok szakember dolgozik azon, hogy minél kisebb számban érje szülészeti trauma a nőket, újszülötteket. Még nem jutott el mindenhová ennek a nagyon fontos szemléletnek a gyakorlata, de bízunk benne, hogy a közeljövőben egyre több pozitív statisztikáról fogunk hallani.

6. Összefoglalás

Kutatásomban a szülés minősége és a szoptatás kapcsolatát vizsgáltam, mert feltételezésem szerint a szülés minősége nagyban befolyásolja a sikeres szoptatást. Egy olyan szülés, ahol a nő érvényesíteni tudja a jogait, nem érzi magát elnyomva, hatalmas önbizalmat ad a szoptatáshoz is.

Összességében elmondhatjuk, hogy az anyatej, a prevenció kulcsa. Az egészségügyi szakemberek fontos küldetése a szoptatás népszerűsítése, a családok törekvéseinek támogatása és értékelése. A tudatlanságból származó hitek és tévhitek eloszlatása, amivel egyben az egész társadalom egészségét megőrizhetjük és óvhatjuk. Ha ilyen összefüggésben nézzük a dolgokat, hatalmas spórolás ez a Társadalomnak, hisz az emberek kiegyensúlyozottabbak lehetnének. Kevesebb anyagi forrást kellene az egészség visszaszerzésére fordítani, megelőzhetőek lennének a civilizációs betegségek is. A megmaradt erőforrásokból egészségmegőrző programok és tanfolyamok indulhatnának, a védőnők és csecsemős nővérek számára, ingyenes szoptatási tanácsadói, IBCLC képzések. De addig nem beszélhetünk a szoptatásról, míg nem látjuk holisztikusan a perinatális történeteket. A szoptatás csak akkor lesz sikeres, ha a szülés lefolyása traumától mentes.

A legjobban úgy lehet felkészülni a szülésre és szoptatásra, ha még a gyermekvállalás előtt annyit megtanulnak róla, amennyit csak lehetséges. Ebben óriási szerepük van (lehetne) a védőnőknek. Hosszútávon megoldás lehetne az iskolavédőnői rendszer szélesebbkörű kialakítása. Ha minden oktatási intézményben lehetne főállású védőnő, az nagyban elősegítené egy olyan generáció kikerülését, akiknél már alap az egészségtudatosság, magabiztosság. A folyamatos jelenlét, egészségnevelés egyedülálló módon lenne szemléletformáló. A változást csak edukációval lehet elérni olyan kliensalappal, akik nem csak az információ birtokában vannak, hanem képesek a jogukat érvényesíteni is. A várandósgondozás során pedig a területi védőnővel egy olyan személyes, bizalmi kapcsolat alakul ki, amit egyik társszakma sem tud reprodukálni. Míg a szülészorvos, szülésznő részéről szinte semmilyen utókövetés nincs, addig a védőnő az, aki a családdá válás folyamatát végigkíséri, segíti és hosszú éveken át elérhető a családok számára.

7. Irodalomjegyzék:

Babies First: <https://www.amyneuhedel.com/baby-wont-latch/>

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 49-74.

Battin , D., Marrs, R., Fleiss, P., & Mishell, D. J. (1985). Effect of suckling on serum prolactin, luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, and estradiol during prolonged lactation. 785-788.

Békési, B., & Vértes, G. (2006). *Hipnózis a szülészetben és a nőgyógyászatban*. Budapest: Medicina Kiadó.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.

Buckley, S. (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. Washington: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women Families.

Büki, A. (2010). *Ölelj át! A kötődő nevelésről mindenkinek*. Budapest: Aposztróf Kiadó.

Cole, M., & Cole , S. (2002). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó.

Hoover, K. (2019). Perinatális és Intrapartum ellátás. In K. Wambach , & J. Riordan, *Szoptatás és humán laktáció* (old.: 233). Budapest: Semmelweis Kiadó.

Karádi, J. (2011). *Az "elég jó szülés", mint természetadta beavatási rítus*. (Szakdolgozat). ELTE PPK

Kisdi, B. (2019). A modern szülészeti gyakorlat kulturális antropológiai elemzése. In K. Varga , A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 83.). Budapest: Medicina Kiadó Zrt.

Kun, J. G., & Martinovichné Debulay, B. (2012). Primer prevenció programszervezés a szoptatás támogatásáért- Várandós felkészítés, anyacsoport szervezése. In S. J. Török , & J. G. Kun, *Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához* (old.: 233). Budapest: Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszerológiai Kar, Mentálhigiéné Intézet.

Liedloff, J. (2008). *Az elveszett boldogság nyomában*. Budapest: Kétezerregy Kiadó.

Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Noll, A. N. (2017). *Vajúdástámogatás mindenkinek*. Budapest: Jaffa Kiadó.
- Odent, M. (2021). *Születés és evolúció*. Budapest: Jaffa Kiadó.
- Raphael-Leff, J. (2010). *Másállapot: a várandósság pszichológiája*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Sallay, V., & Martos, T. (2015). *Fiatal nők szüléssel kapcsolatos attitűdjei*. Budapest: L'Harmattan.
- Stube, A. (2010). *When lactation doesn't work*. North Carolina School of Medicine: Obstetrics and Gynecology at the University.
- Tulassay, T. (2004). *Megelőzhetőek-e a civilizációs betegségek c. előadásából*. Mindentudás Egyeteme
- Várady, E., & Gitidiszné, G. K. (2019). A szoptatás és anyatejes táplálás jelentősége és támogatása. In K. Varga, A. Andrek, & J. E. Molnár, *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében* (old.: 298). Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Varga, K. (2011). A transzgenerációs hatások az epigenetikai kutatások tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 507-532.
- Varga, K., Andrek, A., & Molnár, J. E. (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Wambach, K., & Riordan, J. (2019). *Szoptatás és humán laktáció*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- WHO. (2014). Infant and young child feeding. *World Health Organization*.
- WHO. (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- Winberg, J. (2017). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior. *Dev Psycho-biol.*, 229.
- Zsolnai, A. (2001). *Kötődés és nevelés*. Budapest: Eötvös József Könyvkiadó.

7. 1. Ábrajegyzék

1. ábra Anyatejjel és tápszerrel táplált csecsemők bélfloájának különbsége. (Tulassay, 2004)	9
2. ábra Az újszülöttek és csecsemők gyomormérete az első hónapban. (Babies First, 2013)	11
3. ábra Ön fontosnak tartja-e a szülésre való felkészítést szakemberek által?	26
4. ábra Milyen szakember által tartott szülésfelkészítőre menne el szívesen?	26
5. ábra Kapott-e a kórházban bármilyen tájékoztatást az Önt megillető jogairól?	27
6. ábra Fontosnak tartja-e a szoptatásra való felkészítést szakemberek által?	28
7. ábra Milyen szakember által tartott szoptatásra felkészítő tanfolyamra menne el szívesen?	29
8. ábra Voltak-e a szoptatás időtartamára vonatkozó tervei?	30
9. ábra Volt-e részük „aranyórákban”?	31
10. ábra Tapasztaltak-e nehézséget a korai szeparáció miatt a szoptatásban?	32
11. ábra Szoptatási problémák	34
12. ábra Otthonszülés utáni szoptatási problémák	35
13. ábra Szoptatási problémák, anyai oldal	35
14. ábra Szoptatási problémák, csecsemő oldala	36

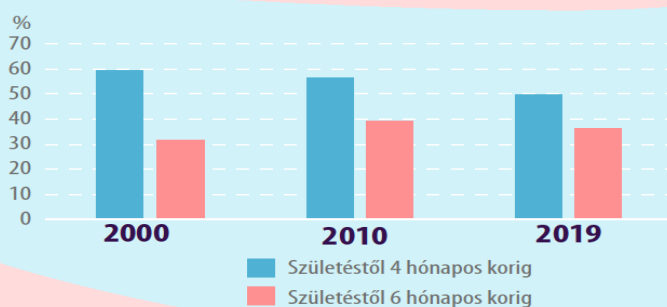
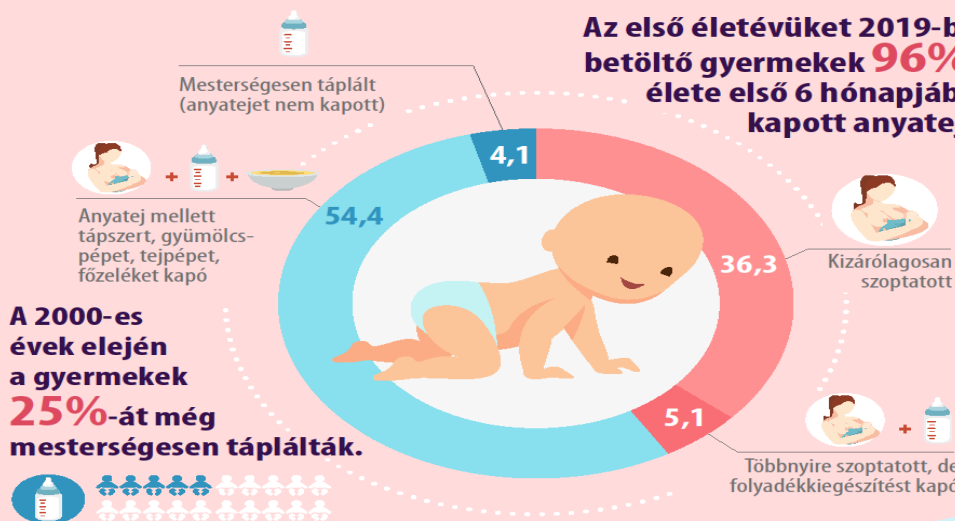
AZ ANYATEJ A „LEGÉDESEBB”

Az anyatejes táplálás világnapja

Augusztus 1.

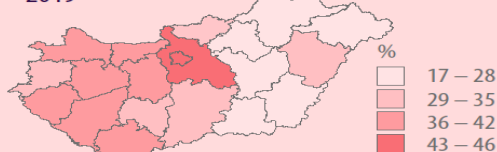


Az első életévüket 2019-ben betöltő gyermekek **96%-a** élete első 6 hónapjában kapott anyatejet.



Az adott évben első életévüket betöltő gyermekek felét 4 hónapos korukig kizárólag anyatejjel táplálták.

A 6 hónapos korig kizárólag szoptatott csecsemők aránya, 2019



A szoptatás a fővárosban és környékén, valamint a Dunántúlon elterjedtebb.



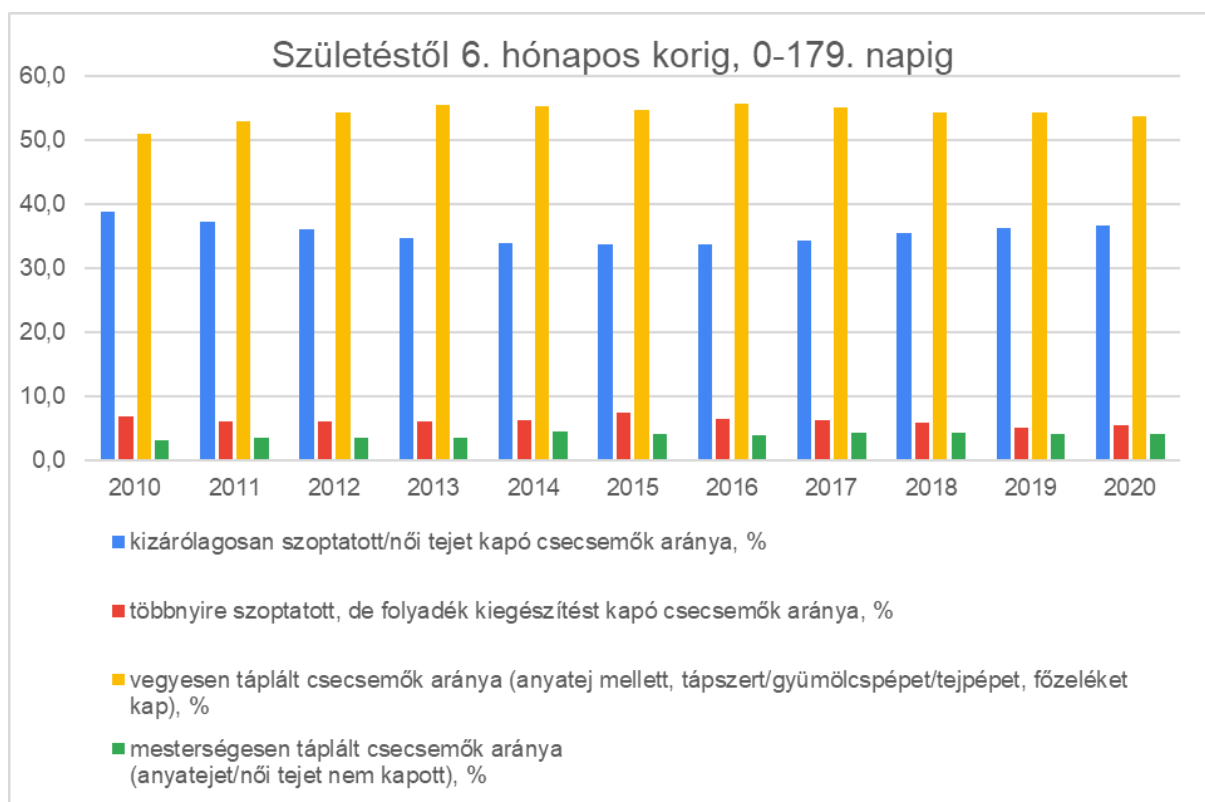
A WHO adatai szerint világviszonylatban a 6 hónap alatti gyermekeknek **41%-a** kap kizárólag anyatejet.

2018-as adat.

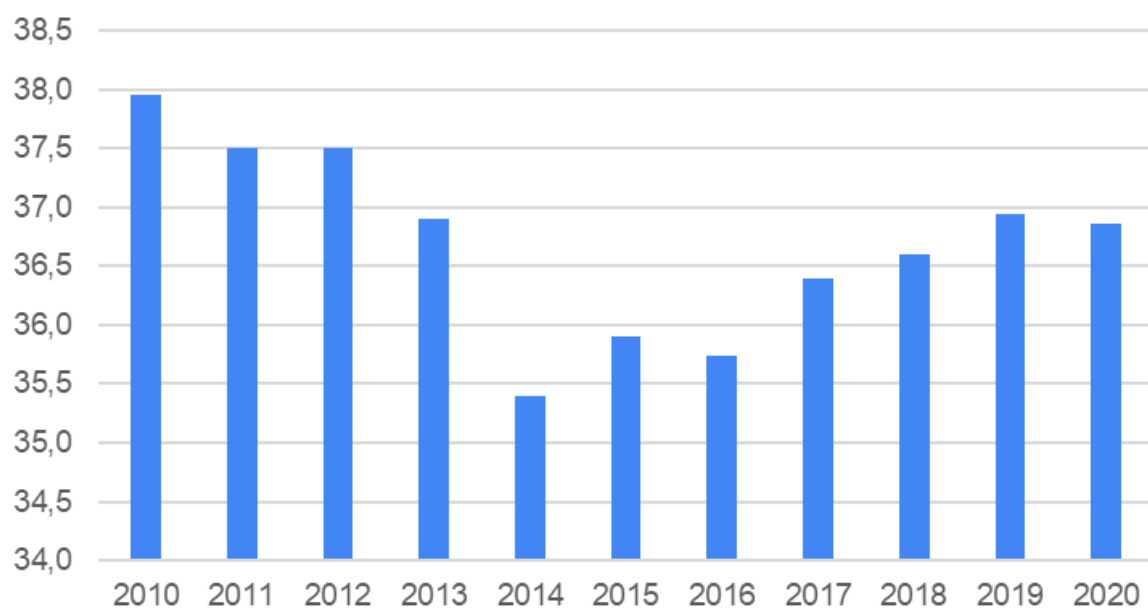


2. számú melléklet

Szojtatási mutatók Magyarországon a KSH adatai alapján



12. hó után is kapott anyatejet, %



Az anyatej legfontosabb tulajdonságai

1. Az anyatej a helyzetnek megfelelő és hosszú távú immunológiai védelmet biztosít a gyermeknek.
2. Az anyatej fajazonos fehérjét tartalmaz, így nem okoz allergiát, könnyen feldolgozható, és a növekedés szempontjából a leghatékonyabb mennyiségben van jelen.
3. Az anyatej a kizárólagos szoptatás időszakában tökéletes tápanyagellátást biztosít. A szilárd táplálékok bevezetése után is elsőrangú táplálékforrás marad.
4. Az anyatej ösztönzi a gyermek immunrendszerének fejlődését. Ezt immunmoduláló funkciónak nevezzük, és jelentősége nem csak csecsemőkorban, hanem sok évvel később is megmutatkozik.
5. Az anyatej emésztést segítő enzimeket is tartalmaz, ennek is köszönhető, hogy a lehető legkönnyebben és legteljesebben hasznosítható táplálék a gyermek számára.
6. Bár az intelligencia fejlődése nagyon sok tényezőtől függ, ezek között előkelő helyen áll az anyatejes táplálás, mert az anyatej speciális összetételénél fogva minden másnál hatékonyabban támogatja az agy fejlődését. A szoptatással összefüggő anyai magatartás és speciális kommunikáció a babával is közrejátszik a szoptatott gyerekeknél megfigyelhető magasabb intelligenciahányados kialakulásában. A hosszú távú szoptatás hatására 8 ponttal magasabb IQ szintet mértek 5 éves korban.
7. Az igény szerinti szoptatás elősegíti a gyermeknél a táplálékfelvétel feletti kontroll kialakulását: szükségletei szerint tanul meg enni. Másfelől az igény szerint szoptató anya megtanulja elfogadni a gyermek igényeit, nem törekszik túltáplálásra, ezért az igény szerint hosszú távon szoptatottaknál ritkábbak a későbbi élet során a táplálkozási zavarok és az elhízás.

8. Az anyatej segíti a gyermek túlélését nehéz helyzetekben. A koraszülő anya tejének összetétele például különbözik az időre szülőkétől, több immunanyagot tartalmaz. Ezért a koraszülő anya kolosztruma jelentősen hozzájárul a koraszülött túléléséhez, fertőzésekkel szembeni védelméhez. A szoptatott/anyatejjel táplált koraszülöttek körében ritkább a nekrotizáló enterokolitisz, a sepszis, a húgyúti fertőzés.
9. A szoptatás csökkenti a hirtelen bölcsőhalál kockázatát. Feltételezhető, hogy ebben eddig pontosan nem azonosított tényezők mellett az is szerepet játszik, hogy az igény szerinti, gyakori szoptatás miatti gyakori testközelség és együttlét az anyával ösztönzőleg hat a csecsemő valamennyi életműködésére, légzésére.
10. A szoptatás rövid és hosszú távon is csökkenti a hasmenéses megbetegedések kockázatát, a gyomor-bélrendszeri fertőzések lefolyásának súlyosságát. A betegség alatti gyakori szoptatás nem csak az immunanyagok miatt jelentős védőhatású, hanem azért is, mert megakadályozza a kiszáradást és a jelentős súlyvesztést. A gyermekek többsége ösztönösen visszatér ilyenkor a kizárólagos szopásra még akkor is, ha korábban bőven evett már szilárd ételeket.
11. Az anyatejben lévő immunanyagok csökkentik a tüdőgyulladás kockázatát.
12. Az anyatej elősegíti az egészséges növekedést, ami kis súlyú újszülötteknél, koraszülötteknél különös jelentős tényező.
13. A szoptatás csökkenti az anyánál a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát.
14. A szoptatás csökkenti a gyermeknél a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát.
15. A szopással járó komoly és összetett izommunka elősegíti a szájizomzat egészséges fejlődését. Ez az egyik oka annak, amiért például még hasadékos babák szoptatását is érdemes elkezdeni és fenntartani, még akkor is, ha emellett a nem elég hatékony szopás miatt kiegészítésre is szükség van.
16. Hosszú távon szoptatott gyerekeknél ritkább a rosszul záródó fogsor. Ez részben a ritkább cumihasználatból és a ritkább ujjszopással függ össze.
17. A szülés után közvetlenül megkezdett szoptatás gyorsítja a szülés után a méh összehúzódását, mérsékeli az anya vérvesztését. Ezért császármetszés után IS, anyai érdek IS a mielőbbi és gyakori szoptatás.

18. A szoptatás a szoptatási időszak hosszától függően csökkenti az anyánál bizonyos típusú mellrák fajták és a petefészekrák előfordulását. Minél hosszabb ideig szoptat valaki, annál inkább.
19. A hosszú távú szoptatás csökkenti a csonttritkulás kockázatát az anyánál, mivel a közhiedelemmel ellentétben nem elvonja a csontokból (fogakból) a kalciumot, hanem egyrészt javul a kalcium hasznosítás hatásfoka a táplálékból, másrészt segíti a kalcium beépülését a csontokba.
20. A szoptatás csökkenti az anyai vasvesztést: a szülést közvetlenül követően a vérzés mérsékelése miatt, a kizárólagos szoptatás idején és azután a menstruációs ciklus szünetelése miatt, valamint a szoptatás alatt megfigyelhető jobb vashasznosítási képesség miatt.
21. A hosszú távú szoptatás csökkenti az anyánál a kettes típusú diabétesz kockázatát.
22. A hosszú távú szoptatás optimalizálja az anya szervezetének működését, különösen az agyét.
23. A szoptatás elősegíti a kötődést, természetesen bőséges testkontaktust biztosít.
24. A hosszú távú szoptatás jelentősen növeli a nő önbizalmát, magabiztosságát, erősíti testtudatát.
25. A hosszú távú szoptatás során megvalósuló fokozatos elválasztódás elősegíti a gyermek szocializációját: természetes módon gyakorolja a kompromisszumok kötését, a kívánságok teljesülésének időbeli elhalasztását, mások szempontjainak figyelembe vételét.
26. A hosszú távú szoptatás megalapozza a gyermek biztonságérzetét, mert megtanulja, hogy jelzéseire kiszámítható válasz érkezik.
27. A hosszú távú szoptatás során megvalósuló elválasztódási folyamat fejleszti a gyermek önirányítását, empátiáját, kompromisszumkészségét, önállóságát.
28. Szoptatott gyerekek esetében a kizárólagos szoptatás és a teljes szoptatás időtartamával arányosan csökkennek az egészségügyi, ápolási költségek, mivel a szoptatott gyerekek ritkábban betegek, ha kórházba kerülnek kevesebb az ápolási napok száma, ritkábbak a szövődmények.

29. A szoptatás a lehető legkörnyezetbarátabb, mivel gyakorlatilag nem termel hulladékot.
30. A kizárólagos szoptatás és a hosszú távú szoptatás nagyobb családi jólétet tesz lehetővé, mivel egyáltalán nem kell tápszerre, cumisüvegre és egyéb tartozékokra költeni és a kevesebb, kevésbé súlyos betegség miatt a gyógyszerköltségek, orvosi költségek is jóval alacsonyabbak.
31. Szoptatott gyerekeknél alig fordul elő vérszegénység
32. Az anyatej összetétele a szoptatási időszak során változik. Ez NEM azt jelenti, hogy az anyatej minősége romlik, hanem azt, hogy alkalmazkodik a gyermek igényeihez. Fokozatos elválasztódás esetén ill. 6-15 hónapos kor között: glukóz, citrát, foszfát, kalcium csökken; lipid, kálium, magnézium nő. Amikor a tejmenyiség 400 ml/nap alá csökken: fehérje, klorid, nátrium tartalma nő; az immunológiai összetevők koncentrációja nő a második évben.
33. A szopó baba az ízek széles skálájával ismerkedik meg már a hozzátáplálás megkezdése előtt az anyatej révén: éppen azokkal az ízekkel, amelyek a család étkezését jellemzik. Ezért szívesen fogadja majd azokat az ételeket, amelyekkel a család étrendjéből megkínálják, ha eljön az ideje. Az üveges bébiételek íze mindig egyforma!
34. A szoptatás pozitívan befolyásolja az anya viselkedését: a tejleadó reflexet kiváltó oxitocin hatására megértőbbé, türelmesebbé teszi az anyát az unalmas, ismétlődő feladatokat jobban tolerálja, felismeri a gyermek szükségleteit és a sajátja elé tudja helyezni.
35. Az anyatej gyorsítja a bélhám érését. Az immunglobulin A, amely bevonja a bélnyálkahártyát, gátolja az idegen fehérjék felszívódását, így megelőzheti az allergizálódást és különféle fertőzéseket. Ellenben a szoptatási gyakoriság csökkenésével az allergia előfordulása egyértelműen nő.
36. Az anyatej egyéves kor után is kiváló, minőségi tápanyagforrás, immunanyagokban továbbra is gazdag. Sőt, a mennyiség csökkenésével párhuzamosan nő az immunanyagtartalom. *(A Szoptatás Világhete alkalmából összeállította W. Unváry Renáta-2012.)*

WHO ajánlások – Pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátás

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.

Geneva: World Health Organization; 2018.

Ellátás a vajúdás és a szülés során:

1. A javasolt tiszteletteljes szülészeti ellátás azt jelenti, hogy az ellátást oly módon szervezik és nyújtják minden nőnek, hogy megőrzik az emberi méltóságukat, biztosítják a magánszférához, titoktartáshoz való jogot, a tájékozott döntés lehetőségét, valamint az ártalomtól és rossz bánásmódtól való mentességet végig a vajúdás és a szülés során.
2. Javasolt a szülészeti ellátást nyújtók és a vajúdo közötti hatékony kommunikáció megvalósítása egyszerű és kulturálisan elfogadható módszerekkel.
3. A vajúdás és a szülés során szabadon választott kísérő jelenléte javasolt minden asszony számára.
4. Azon várandósok számára, akik számára elérhető valamilyen jól működő szülésznői ellátás, szülésznő által nyújtott folytonos ellátási modell igénybevétele javasolt, ami azt jelenti, hogy egyetlen, általuk ismert szülésznő vagy szülésznők kis csoportja kíséri végig a várandósság, a vajúdás, a szülés és a gyermekágy időszakát.
5. A gyakorlatban a következő definíciók javasoltak a látens és az aktív tágalási szak meghatározására. – A látens tágalási szak az az időszak, ami fájdalmas méhösszehúzódásokkal és a méhszáj valamilyen mértékű változásával jellemezhető. Ez jelentheti a méhszáj bizonyos mértékű kifejtődését, valamint lassabb tempójú tágalását öt cm-ig először és többször szülők esetében egyaránt. – A tágalási szak aktív fázisát rendszeres, fájdalmas méhösszehúzódások jellemzik, a méhszáj jelentős mértékű kifejtődésével és gyorsabb tágalásával 5 cm-es méhszájtágasságtól a méhszáj teljes eltűnéséig először és többször szülők esetében egyaránt.
6. Az asszonyokat tájékoztatni kell, hogy a tágalási szak látens szakaszának normál időtartama nincs meghatározva és hogy jelentős különbséget mutathat a vajúdok között.

Ugyanakkor a tágulási szak aktív fázisának időtartama (5 cm-es méhszájtágasságtól eltűnt méhszájig) általában nem tart tovább 12 óránál először szülők, és 10 óránál többször szülők esetében.

7. Spontán induló szülések esetében a tágulási szak aktív fázisában a méhszáj tágulására vonatkozó 1cm/órás küszöbérték (ahogyan azt a partogram figyelmeztető vonala jelzi) túl pontatlan ahhoz, hogy meg tudjuk állapítani, melyik vajúdót fenyegeti kedvezőtlen szülészeti kimenetel – ezért annak alkalmazása nem javasolt erre a célra.

8. A méhszáj tágulásának legalább 1cm/órás sebessége a tágulási szak aktív fázisában irreálisan gyors néhány vajúdo számára, ezért nem alkalmas a normál vajúdas előrehaladásának megítélésére. Az 1cm/óránál lassabb progresszió önmagában nem lehet szülészeti beavatkozás rutin indikációja.

9. Előfordulhat, hogy a szülés előrehaladásának tempója nem gyorsul a méhszáj 5cm-es tágasságáig. Ezért a vajúdas és a szülés gyorsítása érdekében alkalmazott orvosi beavatkozások – mint az oxytocinnal végzett fájáserősítés vagy a császármetszés – nem javasoltak ennek a küszöbértéknek az elérése előtt feltéve, hogy mind a magzat, mind az anya állapota megnyugtató.

10. Spontán induló vajúdas miatt jelentkező egészséges várandósok esetében a szülőszobai felvétel elhalasztása a vajúdas aktív szakának eléréséig csak szigorú kutatási keretek között javasolt.

11. Rutinszerű klinikai medencemérés egészséges vajúdok szülőszobai felvételekor nem javasolt.

12. A CTG rutinszerű alkalmazása nem javasolt a magzati jóllét értékelésére spontán induló vajúdas miatt jelentkező egészséges várandós szülőszobai felvételekor.

13. A magzati jóllét értékelésére Doppler ultrahangos eszközzel vagy Pinard féle magzati sztetoszkóppal végzett szívhanghallgatás javasolt.

14. A gát/szeméremtest rutinszerű borotválása nem javasolt hüvelyi szülés előtt.

15. A fájáserősítők használatának csökkentése céljából nem javasolt beöntés alkalmazása.

16. Alacsony rizikójú várandósok esetében hüvelyi vizsgálat végzése négy órás időközönként javasolt az aktív tágulási szak rutinszerű értékelésére.

17. Egészséges várandósok spontán vajúdása során nem javasolt a folyamatos CTG-monitorizálás a magzati jóllét értékelésére.
18. A várandós preferenciáitól függően epidurális érzéstelenítés javasolt egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdás alatt.
19. A várandós preferenciáitól függően opiátok (mint a fentanyl, diamorfin és pethidin) vénás adása javasolt egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdás alatt.
20. A várandós preferenciáitól függően különböző relaxációs technikák (mint a progresszív izomrelaxáció, légzőgyakorlatok, zene, mindfulness és más technikák) alkalmazása javasolt egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdás alatt.
21. A várandós preferenciáitól függően manuális technikák (mint masszázs vagy meleg borogatás) alkalmazása javasolt egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdás alatt.
22. A fájáserősítők használatának csökkentése és a vajúdás elhúzódásának megelőzése céljából nem javasolt fájdalomcsillapítás alkalmazása.
23. Alacsony kockázatú várandósok vajúdása során javasolt az evés és az ivás.
24. Alacsony kockázatú várandósok vajúdása során javasolt a mozgás és a függőleges testhelyzet felvételének ösztönzése.
25. A hüvely rutinszerű klórhexidines kitörlése vajúdás alatt nem javasolt, a fertőzőes jellegű megbetegedések megelőzése céljából.
26. A vajúdás elhúzódásának megelőzésére nem javasolt aktív szülésvezetési protokoll használata.
27. Pusztán a vajúdás elhúzódásának megelőzése céljából a burokrepesztés nem javasolt.
28. A korai burokrepesztés oxytocinnal végzett korai fájáserősítéssel együtt a vajúdás elhúzódásának megelőzésére nem javasolt.
29. Oxytocin használata a vajúdás elhúzódásának megelőzése céljából nem javasolt olyan asszonyok esetében, akik epidurális érzéstelenítésben részesülnek.
30. Görcsoldó szerek használata a vajúdás elhúzódásának megelőzése céljából nem javasolt.

31. Intravénás folyadékpótlás a vajúdas hosszának lerövidítése céljából nem javasolt.
32. A gyakorlatban a következő definíciók javasoltak a kitolási szak, és annak hosszának meghatározására. – A kitolási szak a méhszáj eltűnése és az újszülött megszületése közti időszak, melynek során a vajúdónak akaratlan nyomási késztetése van a méhösszehúzóerők hatására. – A várandósokat tájékoztatni kell, hogy a kitolási szak hossza mindenkinél más és más lehet. Az először szülők esetében általában három óra alatt lezajlik, míg többedik szülés esetén általában két órán belül.
33. Az epidurális érzéstelenítés nélkül szülő asszonyokat bátorítani kell, hogy saját igényük szerinti szülési pozíciót vegyenek föl, beleértve a függőleges pozíciókat.
34. Az epidurális érzéstelenítésben szülő asszonyokat bátorítani kell, hogy saját igényük szerinti szülési pozíciót vegyenek föl, beleértve a függőleges pozíciókat.
35. A kitolási szak aktív nyomási fázisában levő asszonyokat bátorítani és támogatni kell, hogy saját nyomási késztetésüket kövessék.
36. Az epidurális érzéstelenítésben vajúdó, kitolási szakban levő asszonyok számára a nyomás egy-két órával történő késleltetése a méhszáj eltűnése után, vagy a nyomási inger érzékelésének visszanyeréséig ott javasolt, ahol rendelkezésre állnak az erőforrások a hosszabb kitolási szakhoz és a magzati oxigénhiányos állapot kellően észlelhető és kezelhető.
37. A kitolási szakban javasolt olyan technikák alkalmazása, amelyek mérsékelik a gátsérülést és elősegítik a spontán szülést (ideértve a gátmasszázszt, meleg borogatások alkalmazását, és a gát közvetlen manuális védelmét), a szülőnő preferenciái és az elérhető lehetőségek függvényében.
38. A gátmetszés rutinszerű vagy szabályozatlan alkalmazása nem javasolt spontán hüvelyi szülések esetében.
39. A szülés elősegítése céljából a méh fundusára gyakorolt manuális nyomás a kitolási szakban nem javasolt.
40. A postpartum vérzés megelőzése céljából a lepényi szak során adott uterotonikumok használata javasolt minden szülés esetén.
41. A postpartum vérzés megelőzése céljából a javasolt méhösszehúzó az oxytocin (10NE im/iv).

42. Ahol az oxytocin nem hozzáférhető, más injekciós méhösszehúzó (ergometrin, metilergometrin vagy az oxytocin és az ergometrin fix gyógyszerkombinációja) vagy szájon át adott misoprostol (600 µg) használata javasolt.

43. A jobb anyai és újszülött egészség és tápláltsági állapot elérése céljából javasolt a késleltetett – *a szülést követő egy percen túli* – köldökzsinór elszorítás.

44. Ahol képzett szüléskísérők elérhetők, a köldökzsinór ellenőrzött húzása javasolt hüvelyi szülés esetén, amennyiben az ellátást nyújtó és a szülő úgy ítéli meg, hogy a vérvesztés kismértékű csökkenése és a lepényi szak idejének kismértékű megrövidülése fontos.

45. A méh tartós masszírozása, mint postpartum vérzést megelőző beavatkozás nem javasolt oxytocin profilaxisban részesült asszonyok esetében.

46. A tiszta magzatvízből született, maguktól lélegzetet vevő újszülöttek száj- és orrüregének leszívását *nem kell elvégezni*.

47. A szövődmenymentes újszülöttek bőr-bőr kontaktusban legyenek édesanyjukkal a szülést követő egy órán át a kihülés megelőzése és a szoptatás elősegítése céljából.

48. Minden szopni képes újszülött, ideértve az alacsony súllyal születetteket is, a szülést követő lehető leghamarabb legyen mellre helyezve, amint klinikailag stabil és az édesanya és az újszülött erre készen állnak.

49. Minden újszülöttnak 1mg K-vitamin im./per os / 2mg Konakion/, adandó szülést követően. Csak az első órát követően, amit az újszülött és az édesanya bőr-bőr kontaktusban és a szoptatás megkezdésével töltson.

50. A fürdetést halasszuk el a szülést követően 24 órával. Amennyiben ez kulturális okok miatt nem lehetséges, akkor legalább a szülést követően hat órán át ne történjen meg. A baba felöltöztetése a környező hőmérsékletnek megfelelően javasolt. Ez egy vagy két réteggel többet jelent, mint amennyit a felnőttek viselnek, és fejfedő/sapka viselését. Az édesanya és a baba ne legyen elválasztva, ugyanabban a szobában legyen napi 24 órában.

51. A szülést követően a méh tónusának hasi ellenőrzése javasolt minden asszonynál a méh ellazulásának (atonia) korai észlelésére.

52. A rutinszerű antibiotikum-profilaxis adása nem javasolt a szövődmenymentes hüvelyi szülésen átesett asszonyoknak.

53. A rutinszerű antibiotikum-profilaxis adása nem javasolt a gátmetszésen átesett asszonyoknak.

54. A szülést követő első órától kezdve az első 24 órában minden asszonyt rutinszerűen és rendszeresen ellenőrizni kell a hüvelyi vérzés mennyisége, a méh összehúzódása, a méhfundus magassága, a testhőmérséklet és a pulzus tekintetében. (Röviddel a szülést követően történjen meg az első vérnyomásmérés. Amennyiben rendben van, a következő mérés hat órán belül történjen meg. Legyen dokumentált vizeletürítés **hat** órán belül.)

55. Egészségügyi intézményben lezajló, szövődménymentes hüvelyi szülést követően az egészséges édesanyák és újszülöttek a szülést követően legalább 24 órán keresztül kapjanak ellátást.

Fordította Dr. Dweik Diána

Lektorálta: Babcsányi Judit

Források:

- *WHO ajánlások az anyai peripartum fertőzések megelőzése és kezelése céljából*
- *WHO ajánlások a szülést követő vérzés megelőzése és kezelése céljából*
- *WHO iránymutató: késleltetett köldökzsinór ellátás a jobb anyai és újszülött egészség és tápláltsági állapot elérése céljából*
- *WHO iránymutatás az alapszintű újszülött újraélesztéshez*
- *WHO ajánlások a gyakori gyermekkori betegségekhez: ajánlások aktualizálásához tartozó bizonyítékok*
- *WHO ajánlások az újszülött egészségére vonatkozóan*
- *WHO ajánlások az édesanya és az újszülött szülést követő ellátásához*

Kérdőív:

Cím: A laktáció sikerességét befolyásoló tényezők a szülés/születés minősége tükrében

Bemutakozás: Papp Gyöngyi vagyok a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának IV. éves védőnő hallgatója. Ezzel a kérdőívvel szeretnék rálátást nyerni a szülés lefolyása és a szoptatás közötti kapcsolatra, ami remélhetőleg segíti majd a kutatási céljaim megvalósítását.

Nem eltitkolt szándékom a nőket megismertetni az őket megillető jogaikkal, amiket szülés alatt és után is érvényesíthetnek. Szerettem volna választ kapni arra is, hogy van-e a szülés lefolyása és a szoptatás sikeres kimenetele között összefüggés. Hosszútávú céljaim között szerepel a családok támogatása a sikeres szoptatás útján.

Ehhez azonban minél több anya-gyermek történetet kell megismernem, hogy hatékonyan, és mindenkinek személyre szabottan tudjak segíteni a háborítatlan szülésben és sikeres szoptatásban.

Útmutató a kitöltéshez:

Kérem csak azok töltsék ki, akik az elmúlt **10 évben MAGYARORSZÁGON** hozták világra gyermekeiket!

Amennyiben több gyermeke van, kérem minden szülést/születést külön kérdőíven töltsön ki, hogy az aktuális gyermek születésekor **ÖN** éppen hány éves volt és milyen történések kapcsolódnak hozzá.

Kedves Kitöltő! Köszönöm szépen, hogy időt szán a kérdőív kitöltésére!

A kitöltés **anonim** módon történik és maximum 10 percet vesz igénybe!

Demográfiai adatok: Kérem, a jelenlegi élethelyzetének megfelelően adja meg az adatokat!

1. kérdés: Kérem adja meg hány éves volt a gyermeke születésekor:

Kötelező

- 18-24
- 25-34
- 45-54

Kérdés típusa: feleletválasztós

2. kérdés: Mi az Ön iskolai végzettsége?

Kötelező

- Befejezett 8 osztály
- szakmunkásképző
- Érettségi
- Főiskolai vagy egyetemi diploma
- Jelenleg felsőoktatási tanulmányaimat végzem
- Egyéb

Kérdés típusa: feleletválasztós

3. A település típusa, ahol Ön él:

Kötelező

- Tanya
- Falu, község
- Kisváros
- Nagyváros
- Megyeszékhely
- Főváros

Kérdés típusa: feleletválasztós

4. Ön jelenleg melyik megyében él?

Kötelező

Kérdés típusa: rövid szöveges válasz

5. Mi az Ön családi állapota?

Kötelező

- Házas
- Házas, de külön élnek
- Egyedülálló anya
- Élettársi kapcsolatban él
- Elvált
- Szülőkkel/nagyszülőkkel élnek egy háztartásban
- Szülőkkel/nagyszülőkkel élnek külön háztartásban
- Özvegy

Kérdés típusa: feleletválasztós

6. Hány gyermeke van?

Kötelező

- 1 gyermek
- 2 gyermek
- 3 gyermek
- 4 gyermek
- 5 vagy több gyermek

Kérdés típusa: feleletválasztós

Kérem adja meg az Ön által kiválasztott gyermekére vonatkozó adatokat!

Ahány gyermeke van, kérem annyiszor töltse ki a kérdőívet.

7. Gyermeke milyen módon jött a világra?

Kötelező

- Kórházban, természetes szülés
- Sürgősségi császármetszés
- Otthon szaksegítséggel
- Kórházban VBAC (császármetszés utáni hüvelyi szülés)
- Elektív császármetszés (tervezett, programozott)

Kérdés típusa: feleletválasztós

Minden kérdés esetében ugrás a következő szakaszra: **Volt-e valamilyen szoptatással kapcsolatos nehézsége?**

Kérdés típusa: Bekezdés (hosszú szöveges válasz)

8. Amennyiben kórházban szült, volt-e valamilyen szülésbefejező beavatkozása?

- Fogó
- Vákuum
- Kristeller-műfogás *(a méh felső részének, úgynevezett fundusának a nyomása a szülés kitolási szakaszában.)*



Kép forrása: <https://www.otthonszules.hu/kristeller-mufogas/>

- Nem

- Talán
- Egyéb

Kérdés típusa: jelölőnégyzet

9. Volt-e részük „aranyórákban”?

- Igen

Kérdés típusa: feleltválasztós

- Nem → Ugrás a következő szakaszra: **tapasztalt-e nehézséget a korai szeparáció („aranyórák” elmaradása) miatt a szoptatásban?**

Kérdés típusa: hosszú válasz (nem kötelező)

10. Kapott-e oxitocint a szülés indítására vagy gyorsítására?

- Igen → ugrás a következő szakaszra: **Okozott-e érzékelhető nehézséget a szoptatás sikerében vagy a kötődés kialakulásában az oxitocin?**

Egy kis információ az oxitocinról:

https://szoptatas.info/fejezetek_a_laktacios_szaktanacsado_kepzes_torzsanyagahoz/a_centralis_oxitocin_es_gyakorlati_jelentosege)

Kérdés típusa: hosszú szöveges válasz

- Nem
- Talán

11. Melyik kórházban hozta világra gyermekét?

Kérdés típusa: rövid szöveges válasz

12. A gyermek édesapja jelen volt-e a szülés alatt?

Kötelező

- Igen
- Nem

Kérdés típusa: feleltválasztós

13. Ön szerint az apás szülés pozitívan befolyásolja-e a szoptatás sikerességét?

- Igen
- Nem

Kérdés típusa: feleletválasztós

14. Volt-e lehetőségük Rooming-in elhelyezésre?

- Igen
- Nem

Kérdés típusa: feleletválasztós

15. Amennyiben megvalósult, megnyugtató volt-e Önnek a Rooming-in elhelyezés?

- 1. Nagyon fárasztó volt, inkább pihenni szerettem volna
- 10. Számomra ez a természetes és a legkézenfekvőbb

Kérdés típusa: lineáris skála

16. Részt vett-e szülésfelkészítőn?

Kötelező

- Igen
- Nem

Kérdés típusa: feleletválasztós

17. Szülés előtt tájékozódott-e az Önt megillető jogokról, ami a kórházi tartózkodás idejére vonatkozik?

Kötelező

- Igen
- Nem

Kérdés típusa: feleletválasztós

18. Ön fontosnak tartja-e, hogy tisztában legyen a jogaival egy kórházi kezelés/szülés során, vagy teljesen megbízik a kórházi személyzetben?

- Teljesen ráhagyatkozom a kórházi protokollra
- Számomra fontos, hogy ismerjem a jogaimat

Kérdés típusa: lineáris skála

19. Kapott-e a kórházban bármilyen tájékoztatást az Önt megillető jogairól?

- 1. Nem, senki nem hívta fel rá a figyelmemet
- 5. Igen, minden esetben kaptam tájékoztatást

Kérdés típusa: lineáris skála

20. Kapott-e tájékoztatást a kórházban arról, hogy minden beavatkozáshoz amit Önön vagy a gyermekén elvégeznek a beleegyezésére van szükség?

- 1. Nem, soha senki nem mondta el, mi miért történik
- 5. Minden esetben teljeskörű tájékoztatást kaptam

Kérdés típusa: lineáris skála

21. Vannak-e információi arra vonatkozóan, hogy a korai szeparáció (újszülött elválasztása az anyától szülés után, „aranyórak” elmulasztása) milyen következményekkel járhat, kihat-e a szoptatás sikerességére?

Kötelező

- 1. Erről korábban nem hallottam
- 5. Igen tisztában vagyok vele, hogy befolyásolhatja a szoptatás sikerét

Kérdés típusa: lineáris skála

22. Meddig tervezte a szoptatást?

Kötelező

- Első 6 hét
- Első 6 hónap
- A gyermek 1 éves koráig
- A gyermek 2 éves koráig
- A gyermek 3 éves koráig
- 3 éven túl

- Nem voltak terveim
- Egyéb

Kérdés típusa: feleletválasztós

23. Ha tervezte a szoptatás időtartamát, ebből hány hónap/év valósult meg?

Kérdés típusa: rövid szöveges válasz

24. Hány hónapos korban tartja ideálisnak a hozzátáplálás megkezdését?

Kötelező

Kérdés típusa: rövid szöveges válasz

25. Ön szerint fontos-e, hogy az első 6 hónapban kizárólag anyatejet kapjon a gyermek?

Kötelező

- 1. Annyira nem fontos
- 5. Nagyon fontosnak tartom

Kérdés típusa: lineáris skála

26. Ön szerint az anyatej hosszútávú fenntartásában szerepet játszik-e az igény szerinti szoptatás?

Kötelező

- 1. Én nem tapasztaltam, azonos időben etettem
- 5. Nagyon fontosnak tartom, nemcsak etetés a szoptatás, hanem egy gondozási forma

Kérdés típusa: lineáris skála

27. Volt-e szüksége fejésre a tejtermelés fenntartása miatt?

- Igen → ugrás a következő szakaszra: **Miért tartotta fontosnak a fejést?** → *leírás nem kötelező*

Kérdés típusa: hosszú szöveges válasz

- Nem

Kérdés típusa: feleletválasztós

**28. Amennyiben kellett fejnie, hogyan kapta meg a gyermek a lefejt tejet?
Okozott-e a továbbiakban nehézséget a mellből való szoptatásban?**

Kérdés típusa: bekezdés, hosszú szöveges válasz

29. Amennyiben kórházban szült, kapott-e gyermeke tápszeres kiegészítést?

- Igen → ugrás a következő szakaszra: **Okozott-e szoptatási nehézségeket? (Például: Cumi-mellbimbó zavar, tejtermelési zavar...stb)**

Kérdés típusa: hosszú szöveges válasz

- Nem
- Talán

Kérdés típusa: feleletválasztós

30. A kórházi szülés során kapott-e segítséget a szoptatáshoz az ottlétük alatt? Ha igen, kitől?

- Csecsemős nővér
- Kórházi védőnő
- Szülész-nőgyógyász szakorvos
- Nem kaptam segítséget
- Kórházi laktációs szaktanácsadó
- Szülésznő
- Gyermekorvos-neonatólógus
- Otthon szültem
- Egyéb

Kérdés típusa: jelölőnégyzet

31. Mennyire tartja fontosnak, hogy a szülés/születés háborítatlan legyen?

Kötelező

- 1. Számomra nem szempont
- 5. Nagyon fontosnak tartom

Kérdés típusa: lineáris skála

32. Ön szerint befolyásolja-e a szülés lefolyása a sikeres szoptatást?

Kötelező

- 1. Semmi köze a kettőnek egymáshoz
- 5. Nagyban befolyásolja

Kérdés típusa: lineáris skála

33. Tapasztalt-e gyermeke fejlődésében nehézséget, amit szülési/születési traumára tud visszavezetni?

Kötelező

Kérdés típusa: hosszú szöveges válasz

34. Fontosnak tartja-e a szülésre való felkészítést szakemberek által?

Kötelező

- 1. Nem tartom fontosnak
- 5. Fontosnak tartom

Kérdés típusa: lineáris skála

35. Fontosnak tartja-e a szoptatásra való felkészítést szakemberek által?

Kötelező

- 1. Teljesen fölösleges
- 5. Nagyon hasznos

Kérdés típusa: lineáris skála

36. Milyen szakember által tartott szülésfelkészítőre menne el szívesen?

Kötelező

- Védőnő
- Bába
- Szülésznő
- Szülész-nőgyógyász szakorvos

- Dúla

Kérdés típusa: jelölőnégyzet

37. Milyen szakember által tartott szoptatásra felkészítő tanfolyamra menne el szívesen?

Kötelező

- Laktációs szaktanácsadó (akár fizetős)
- Saját körzeti védőnő
- Gyermekgyógyász
- Dietetikus
- Perinatális szaktanácsadó

Kérdés típusa: jelölőnégyzet

38. Szoptatással kapcsolatos kérdésekben honnan tájékozódott/tájékozódik?

Kötelező

- Szakkönyvek
- Internet
- Védőnő
- Gyermekorvos
- Saját édesanya
- Anyós
- Barátnő
- Tapasztalt édesanya az ismerősi körből
- Laktációs szaktanácsadó

Kérdés típusa: jelölőnégyzet

39. Volt-e valamilyen segítsége a gyermeke gondozásában?

Kötelező

- A gyermek édesapja
- Nagyszülők
- Barátok

- Fizetett gyermekágyas segítő
- Babysitter

Kérdés típusa: jelölőnégyzet

40. Fontosnak tartja-e a családtagok támogatását a szoptatás sikerességében?

Kötelező

- 1. Nem fontos
- 5. Nagyon fontos

Kérdés típusa: lineáris skála

41. Ön szerint mennyire befolyásolja a szoptatás sikerességét a gyermek édesapjának a szoptatáshoz való hozzáállása?

Kötelező

- 1. Nem befolyásolja
- 5. Nagyban befolyásolja

Kérdés típusa: lineáris skála

42. Tapasztalt-e szülés utáni depressziót?

Kötelező

- Igen
- Nem
- Gyakran voltam rosszkedvű

Kérdés típusa: feleletválasztós