

A SZÜLÉSZETI BEAVATKOZÁSOK HATÁSA A
GYERMEKTÁPLÁLÁSRA, VALAMINT A GYERMEKÁGYAS ANYA
TÁPLÁLKOZÁSA

Doktori (Ph.D.) értekezés

Hulman Anita

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

Pécs, 2024

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Kiss István

Programvezető: Prof. Dr. Bódis József

Témavezető: Dr. habil. Pakai Annamária

Társ témavezető: Prof. Dr. Varga Katalin

**A SZÜLÉSZETI BEAVATKOZÁSOK HATÁSA A
GYERMEKTÁPLÁLÁSRA, VALAMINT A GYERMEKÁGYAS ANYA
TÁPLÁLKOZÁSA**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Hulman Anita



Pécs, 2024

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	1
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	3
2.1 Az anyatejes táplálás jelentősége, magyarországi mutatói.....	3
2.2 A szoptatást befolyásoló szociodemográfiai tényezők.....	3
2.3 A szülészeti és az újszülött ellátás körülményeire és a szoptatásra vonatkozó nemzetközi ajánlások.....	5
2.4 A szülészeti és újszülött ellátás körülményeire és a szoptatásra vonatkozó hazai irányelvek	12
2.5 Szoptatási mutatók követési lehetősége (WBTi), alakulása.....	15
2.6 Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság (SZTNB)	18
2.7 A szülészeti beavatkozások és a szoptatás összefüggései	18
2.8 A szülés módjának és a postpartum körülmények kapcsolata a szoptatással.....	23
2.9 A gyermekágyas, laktáló anya táplálkozása	27
3. A VIZSGÁLAT CÉLJA ÉS CÉLKITŰZÉSEI.....	29
4. VIZSGÁLATI ANYAG ÉS MÓDSZER	30
4.1 A vizsgálat felépítése.....	31
4.2 A vizsgálat etikai vonatkozása	35
4.3 Alkalmazott statisztikai módszerek.....	35
5. EREDMÉNYEK.....	36
5.1 A vizsgalati minta szociodemográfiai jellemzői	36
5.3 A szociodemográfiai tényezők, valamint a szülés módjának kapcsolata a szoptatással	37
5.4 Az anya születése és szülése közötti összefüggések	39
5.5 A leggyakrabban végzett szülészeti beavatkozások	40
5.6 A szülés módjának és körülményeinek kapcsolata a csecsemő táplálásával	43
5.7 A cumi alkalmazásának kapcsolata a szoptatással	48
5.8 A szülés utáni kórházi ellátás körülményeinek összefüggései az anyatejes táplálással	49

5.9	A válaszkész (igény szerinti) és az időrend szerinti táplálás kapcsolata az anyatejes táplálás időtartamával	52
5.10	A Bababarát Kórház Kezdeményezés - A „Sikeresszooptatáshoz vezető tíz lépés” magyarországi megvalósulási aránya a szoptató anyák és a nem szoptató anyák körében	52
5.11	A szoptató- és a nem szoptató gyermekágyas anyák táplálkozási szokásainak vizsgálata	56
6.	MEGBESZÉLÉS	59
6.1	A kutatás limitációi.....	67
7.	KÖVETKEZTETÉSEK.....	68
8.	ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK	70
9.	JAVASLATOK	72
10.	MELLÉKLETEK.....	74
11.	IRODALOMJEGYZÉK	101
12.	PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK	113
13.	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	118

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

- I. táblázat: A WBTi szakpolitika és program tíz pontjának, valamint az öt gyakorlati kiegészítő pontjának összefoglalása
- II. táblázat: Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya 2015-2022 közötti finanszírozási évben Magyarországon
- III. táblázat: A „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” és a kérdőívünk elemeinek összehasonlítása
- IV. táblázat: A szoptató anyák (n=1346) és a nem szoptató anyák (n=662) szociodemográfiai jellemzői (n=2008)
- V. táblázat: A szoptató anyák (n=1346) és a nem szoptató anyák (n=662) szülési módjának jellemzői (n=2008)
- VI. táblázat: Az anya és a gyermeke születési módja közötti kapcsolat (n=2155)
- VII. táblázat: Az anyák és a gyermekeik gesztációs kor szerinti születési ideje közötti kapcsolat (n=1904)
- VIII. táblázat: Különböző szülészeti beavatkozások gyakorisága (n=2008)
- IX. táblázat: A szintetikus oxitocin alkalmazásának gyakorisága és összefüggései a szülés módjával (n=2008)
- X. táblázat: Egyéb szülészeti beavatkozások előfordulási aránya és kapcsolata a szülés módjával (n=2008)
- XI. táblázat: A táplálási formák összehasonlítása a szülés módja alapján a csecsemő féléves koráig (n=2008)
- XII. táblázat: A szülés módjának kapcsolata a bőr-bőr kontaktussal, a mellkasra helyezés idejével, a tápszeres táplálás előfordulásával és a cumi használatával (n=2008)
- XIII. táblázat: A cumi használatának összefüggései a féléves korig tartó kizárólagos szoptatással (n=2008)
- XIV. táblázat: A cumi használat kapcsolata a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időbeli alakulásával
- XV. táblázat: Az anya-újszülött bőr-bőr kontaktus létrejöttének kapcsolata az újszülött kiegészítő táplálásban részesítésével (n=1893)

- XVI. táblázat: Az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus 30 percen belüli és túli megvalósulásának kapcsolata a kizárólagos szoptatással
- XVII. táblázat: Az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus 2 órán belüli és túli megvalósulásának összefüggései az anyatejes táplálás időtartamával
- XVIII. táblázat: Az elhelyezés típusának kapcsolata a szülés módjával, az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejöttének idejével, a kiegészítő táplálással és a táplálás időbeli módjával
- XIX. táblázat: A bababarát lépések alapján a szoptató anyák (n=1346) és a nem szoptató anyák összehasonlítása (n=662) (n (%))
- XX. táblázat: A megvalósult bababarát lépések kapcsolata a kizárólagos szoptatással és az anyatejes táplálás időtartamával (n=2008)

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: 100 élveszületésre jutó császármetszések aránya 2017-ben Európában
2. ábra: Az anyák szülésének módja (n=2008)
3. ábra: A megvalósult bababarát lépések száma a nem szoptató (n=662 körében) és a szoptató (n=1346) anyák körében
4. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői a változatos táplálkozás vonatkozásában (n=2008)
5. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői az energia bevitel tekintetében (n=2008)
6. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői a vitamin- és ásványi anyag bevitel alapján (n=2008)
7. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői a rostbevitel tekintetében (n=2008)

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BBKK: Bababarát Kórház Kezdeményezés

EAR: Estimated Average Requirement [Becsült Átlagos Szükséglet]

EBM: Evidence Based Medicine [Bizonyítékon alapuló orvoslás]

EDA: Epidurális anesztézia: érzéstelenítési és fájdalomcsillapítási módszer, mely során eljárás gyógyszert juttatnak a gerincvelőt határoló térbe

ENSZ: Egyesült Nemzetek Szövetsége

EMKI: Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet

EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma

EUNUTNET: European Network for Health Nutrition: Networking, Monitoring, Intervention and Training [Európai Közegészségügyi Táplálkozási Hálózat: Hálózatépítés, Nyomonkövetés, Beavatkozás és Képzés]: az Európai Bizottság által finanszírozott projekt (SPC 2003320), amelynek koordinátora Agneta Yngve, a Karolinska Intézet Biotudományi Osztályának Preventív Táplálkozástudományi Osztálya

HIV: Human Immunodeficiency Virus [Emberi Immunhiány Vírusa]

IBCLC: International Board Certified Lactation Consultant [Nemzetközi Laktációs Szaktanácsadó]

IBFAT: Infant Breastfeeding Assessment Tool [Csecsemő Szoptatását Értékelő Eszköz - amely 4 szempont alapján és 0-3 pontozási skálán méri a csecsemők viselkedését a szoptatás során]

IBFAN: International Baby Food Action Network [Nemzetközi Csecsemőtáplálási Akcióhálózat]

NICE: The National Institute for Health and Clinical Excellence [Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete]

OSZNI: Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Kollégium

PIC - Perinatális Intenzív Centrum

pilot vizsgálat: olyan kutatási és/vagy fejlesztési tevékenység, amely egy komplex probléma megoldása érdekében, kis mintán, illetve szűk, de állandó résztvevői kör bevonásával történik

Rooming-in: az anya és az újszülött 24 órás együttes elhelyezése a szülészeti intézményben

SzTNB: Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság

UNICEF: United Nations Children's Fund [Egyesült Nemzetek Gyermekalapja]

WBTi: World Breastfeeding Trends Initiative [Világszintű Szoptatási Trendek Kezdeményezés]

WHA: World Health Assembly [Egészségügyi Világggyűlés]

WHO: World Health Organization [Egészségügyi Világszervezet]

xOT – szintetikus (exogén) oxitocin

1. BEVEZETÉS

A szoptatás a csecsemő táplálásának a legtermészetesebb, leghigiénikusabb és legfentarthatóbb formája. Az anyatej ideális arányban és mennyiségben tartalmazza a csecsemő megfelelő növekedéséhez, fejlődéséhez szükséges energiát, illetve tápanyagokat. A szoptatás nemcsak táplálékot jelent a gyermek számára, hanem biztonságot, valamint immunológiai védelmet is [1]. Az anyatej az átadott mikroRNS-ek révén szabályozni képes a csecsemő keringésének, idegrendszerének, hormonháztartásának, illetve immunrendszerének működését, valamint az anya és a gyermek pszichés jóllétét, hosszú távú egészségét egyaránt [2]. A szoptatási arány Európában általában alacsonyabb, mint az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization WHO) ajánlásai, illetve a nemzeti kormányok által kitűzött célok, melyek a csecsemő hat hónapos koráig tartó kizárólagos szoptatását, majd azt követően a hozzátáplálás megkezdése mellett a szoptatás folytatását javasolják kétéves korig vagy akár azon túl [3, 4]. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2023-as adatai alapján globálisan a csecsemők mindössze 48%-át szoptatják kizárólagosan fél éves korukig [5]. Az Európai Régióban a kizárólagos anyatejes táplálás rátája fél éves korig 13% [6].

A legtöbb nemzetközi szakmai szervezet a szoptatás folytatását addig javasolja, ameddig azt az anya és a gyermek úgy kívánja [7, 8, 9]. Az anyák 98%-a képes lenne a szoptatásra, ha megfelelő ismeretekkel és önbizalommal rendelkeznének, illetve megkapnák a szükséges támogatást az egészségügyi szakdolgozóktól, valamint a családtagoktól és a társadalomtól. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO), az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF) és nemzetközi szakmai grémiumok különféle ajánlások kidolgozásával támogatják a szoptatást. A szoptatást elősegítő nemzetközi ajánlások hatékonyabbak, ha egy átfogó nemzeti irányelvhez kapcsolódnak, amelyek magukba foglalják a gravitást, a szülést, valamint kiterjednek a csecsemő- és kisgyermektáplálásra egyaránt [10].

A szoptatást megannyi tényező befolyásolhatja. Külső tényezők lehetnek bizonyos szociodemográfiai faktorok, mint például az anyai életkor, a családi állapot, a lakóhely, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet, vagy a szülés körülményei, úgy, mint az elvégzett szülészeti beavatkozások, valamint a kórházi postpartum ellátás körülményei. Míg belső tényezőként említhetők többek között a hormonális és/vagy a pszichés hatások [11, 12, 13].

Bár a születési szakaszban nyújtott megfelelő szülészeti ellátás és beavatkozás hatékonyan bizonyulhat a szülési folyamatban számos szövődmény megelőzésében, azonban napjaink szülészeti gyakorlatában globálisan megannyi beavatkozást alkalmaznak rutinszerűen [14]. A szintetikus oxitocint (xOT) az 1950-es évektől kezdték el a méhösszehúzó hatása miatt

alkalmazni a túlzott vérzéseknél. Míg a XX. század közepén főként életmentő céllal adták, addig manapság leginkább a szülések indítására és/vagy gyorsítására alkalmazzák. Használata egyre kiterjedtebbnek bizonyul, 1990 és 2010 között duplájára emelkedett [15]. Varga és mtsa (2022) irodalmi áttekintésükben arról számoltak be, hogy egyre több kutatás bizonyítja, hogy a szülés indítására és/vagy gyorsítására alkalmazott szintetikus oxitocin hatást gyakorolhat a természetes oxitocin rendszerre, ezáltal kedvezőtlenül alakíthatja az anya-gyerek kapcsolatot és a csecsemő gondozásának örömteliségét [14]. A szintetikus oxitocin mellett a szüléseknél általánosnak tekinthető a szülészeti gyógyszeres fájdalomcsillapítás-, és érzéstelenítés, amelyek közül leggyakoribb az epidurális anesztézia (EDA). A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) által 2019-ben végzett kutatás arról számolt be a fájdalomcsillapító és az érzéstelenítés alkalmazásával összefüggésben, hogy azok az anyák vélekedtek pozitívabban a szülés utáni időszakról, akik nem kaptak fájdalomcsillapítót a szülésük alkalmával [16]. A szülés során alkalmazott beavatkozások legtöbbször együttesen történnek, ami megnöveli a császármetszés előfordulásának valószínűségét [17]. Az intrapartum EDA a feltételezett magzati veszélyeztetettség miatti sürgősségi császármetszés nagyobb kockázatával jár, a fájdalomcsillapítás nélkül, illetve alternatív fájdalomcsillapítás alkalmazásával történő szülésekkel összehasonlítva [18].

A császármetszéssel született újszülöttek, miként nem a természetes (hüvelyi) szülőcsatornán haladnak keresztül, számos számukra kedvező tényezőtől mentesülnek, többek között nem érintkeznek az anya hüvelyflórájával, amely elősegíti a saját mikrobiomjuk kialakulását, emellett esetükben gyakran késleltetve vagy egyáltalán nem jön létre szülés után az anyjukkal bőr-bőr kontaktus, ezáltal nem valósul meg a korai találkozás és a korai szoptatás sem. Ezt Stevens és mtsai is alátámasztják a 2014-es tanulmányukban, miszerint a császármetszés növeli a szoptatás megkezdése előtt eltelt időt, illetve jelentősen késlelteti a laktáció kezdetét, továbbá növeli a táplálékpótlás valószínűségét, valamint csökkenti a kizárólagos szoptatás előfordulását [19]. A családbarát ellátás és a szoptatás sikerességéhez nélkülözhetetlen az egységes szoptatási irányelvek alkalmazása az egészségügyi ellátás során. Ehhez elengedhetetlen az egészségügyi szakemberek alapképzése, illetve továbbképzése során a tudomány állásának megfelelő, bizonyítékokon alapuló ismeretek oktatása és azok gyakorlati alkalmazása [10, 20].

Kutatásunk célja, hogy összehasonlítsuk a magyar anyák születésének, valamint szülésének körülményeit, emellett megvizsgáljuk a szülészeti beavatkozásoknak, a szülés módjának és a postpartum körülményeknek a kapcsolatát egymással, illetve a szoptatással. Továbbá felmérjük a szoptató anyák és nem a szoptató anyák táplálkozási szokásait a puerperium időszakában.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1 Az anyatejes táplálás jelentősége, magyarországi mutatói

Az anyatej a legideálisabb táplálék a csecsemők számára, miként összetétele a csecsemő igényei szerint változik. A szoptatás számos előnnyel rendelkezik a gyermekre és az anyára nézve egyaránt. A gyermek esetében védelmet nyújt a fertőzésekkel szemben, valamint képes csökkenteni a különféle allergiák, a cukorbetegség és az obesitas kialakulásának esélyét. Az anya szempontjából preventív hatású lehet az emlő- és petefészekrák, a cardiovascularis betegségek, valamint a 2-es típusú diabetes mellitus tekintetében. Továbbá az anyát a gyermeke gondozására ösztönzi [21, 22]. Magyarországon a 2018 és 2019 között világra jött csecsemők 91,4%-át szoptatta meg édesanyja a születését követően, anyatejet pedig összesen 94,1%-uk kapott. A hat hónapos korig tartó anyatejes táplálás előfordulása 53,9% volt, míg a kizárólagos szoptatás 25,1%-os arányt mutatott [23]. Hasonló eredményeket taglalnak a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2022-ben kiadott jelentésében, amely szerint a csecsemők 57,3%-a kapott anyatejet legalább féléves koráig [24]. Mindkét kutatás arról számol be, hogy az anyák 76,8%-a táplálta válaszkészen (igény szerint) a gyermekét [23, 24].

Mindezek alapján, bár a szülés utáni korai anyatejes táplálás megvalósulása hazánkban magas arányúnak bizonyul, ennek ellenére a hat hónapos korig tartó kizárólagos szoptatás, illetve ezen túl az anyatejes táplálás rátája alacsonynak tekinthető.

2.2 A szoptatást befolyásoló szociodemográfiai tényezők

A szoptatás szempontjából meghatározóak bizonyos szociodemográfiai tényezők. Egy nemzetközi tanulmányban a nem elsőszülött gyermekek kizárólagos szoptatása magasabb arányúnak bizonyult, mint az elsőszülött gyermekeké [25]. Az idősebb anyai életkor pozitívan befolyásolja a szoptatást [26, 27, 28]. Emellett az anya alacsonyabb iskolai végzettsége, valamint alacsonyabb jövedelmi státusza hátrányos a csecsemő féléves koráig tartó kizárólagos szoptatási aránya szempontjából [29, 30].

Az utóbbi évtizedekben számos hazai tanulmányban is felhívják a figyelmet a szociodemográfiai faktorok és a szoptatás közötti kapcsolatra. A 24 hetes (féléves) korig tartó kizárólagos szoptatás kisebb arányúnak bizonyult az alacsonyabb iskolai végzettségű magyar anyák esetén, illetve a kutatók megállapították, hogy az alacsonyabb jövedelmi státusz szintén negatívan befolyásolja a szoptatás időtartamát. Továbbá a kizárólagos szoptatás gyakrabban fordult elő az anya életkorának növekedésével. A tanulmányban mindemellett részletezik, hogy

a kizárólagos szoptatás gyakorisága pozitív összefüggést mutat a születési sorrenddel, a párkapcsolati státusszal és a magas lélekszámú lakhellyel egyaránt, miként magasabb arányban fordult elő multipara, házas családi állapotú, valamint fővárosi lakhellyel rendelkezők körében [22]. Egy Magyarországon, a területi védőnők által szolgáltatott beszámolók alapján végzett, 2001 és 2018 közötti adatokat feldolgozó statisztikai vizsgálat eredménye szintén pozitív összefüggésről számol be az anya alacsonyabb anyagi helyzete és a féléves korig tartó kizárólagos szoptatási arány csökkenése között [31]. Az anya párkapcsolati státuszát tekintve, egyes kutatási eredmények alapján a házasságban élő anyák körében, míg más szakirodalmak alapján a hajadon családi állapotú anyák körében magasabb arányú a kizárólagos szoptatás előfordulása hat hónapos korig [32, 33].

Összefoglalva, az magasabb anyai életkor, illetve az egyes szakirodalmak szerint házas, míg mások szerint a hajadon családi állapot, emellett a magasabb iskolai végzettség és jövedelmi státusz, valamint a magas lélekszámú lakhely egyaránt pozitívan befolyásolhatják a csecsemők féléves korig tartó kizárólagos szoptatását.

A szülészeti beavatkozások idő előtti és/vagy orvosi szempontból indokolatlan alkalmazása káros hatással lehet a magzati és az anyai hormonális szekréció működésére, a szülés folyamatára és akár kiegészítő beavatkozásokat is igényelhet [34, 35, 36, 37]. A szülés/születés eseményei, valamint közvetlenül a születés után átélt percek, illetve napok történései, körülményei a szoptatásra gyakorolt hatásuk mellett hosszútávon az élet minőségét is számottevően befolyásolják [38]. Kevés tanulmány tárja fel, hogy a szülészeti beavatkozások, valamint a szülés során végzett általános gyakorlatok a későbbiekben milyen szövődményeket okoznak. A perinatális időszak egy különösen érzékeny periódus. Az epigenetikai szabályozás a magzati léttől egészen az élet végéig tart, amelynek során a különböző környezeti hatások aktiválnak és inaktíválnak bizonyos géneket, ezzel a genetikai állomány elérhetőségét módosítják, amely az utódokba öröklődhet. Döntően állatkísérletes eredmények alapján végzett kutatások rámutatnak arra, hogy a korai környezet, illetve az anyai gondoskodás (mothering) hatással van az egyedfejlődésre és beavatkozás nélkül, akár hosszútávú élettani változásokhoz vezet. Az előző generációban vagy a perinatális korban kódolt epigenetikai mintázatot a változások, illetve az új ingerek egyaránt megváltoztathatják. A szülés során az anyát és az utódot ért impulzusoknak közeli és távoli hatásai is lehetnek [39]. Ezeket a hatásokat kutatja többek között Prof. Dr. Varga Katalin pszichológus, hipnoterapeuta, az MTA doktora, aki a következő idézetben felveti a kérdést, hogy az anyánál a szüléskor alkalmazott szintetikus oxitocin vajon befolyásolhatja-e a gyermek felnőttkorában a szociális viselkedését.

„Napjaink szinglikultúráját már minden bizonnyal olyan gyerekek felcseperedett tagjai képviselik, akiknek születésekor a szülészetben már jelen volt a xOT. Vajon az elköteleződés hiánya, a társas kapcsolatokkal szembeni esetenként megfigyelhető averzió, az általános bizalmatlanság mennyiben függhet össze ezzel? [40]”

2.3 A szülészeti és az újszülött ellátás körülményeire és a szoptatásra vonatkozó nemzetközi ajánlások

Az alábbi fejezetben a szülés közbeni és szülés utáni ellátásra, az újszülött ellátásra, illetve a csecsemő és kisgyermektáplálásra, kiemelt tekintettel a szoptatásra vonatkozó, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF) által megfogalmazott globális-, valamint az Európában elismert szervezetek - Európai Közegészségügyi és Táplálkozási Hálózat [EUNUTNET], illetve az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete [NICE] - sikeres ajánlásait mutatjuk be kronológiai sorrendben.

2.3.1 WHO & UNICEF: Innocenti Kiáltvány (1990)

Az 1990-ben megalkotott Innocenti Kiáltvány (eredeti elnevezése: „Innocenti Declaration”) a szoptatás védelme, elősegítése és támogatása érdekében született meg a *Szoptatás a 90-es években: Globális kezdeményezés* című UNICEF/WHO találkozón. Az Innocenti Kiáltványban a csecsemő négy-hat hónapig tartó kizárólagos szoptatását javasolják, azt követően pedig a megfelelő hozzátáplálás mellett a szoptatás folytatását a gyermek kétéves koráig vagy azon túl. A Kiáltványban kiemelik, hogy ennek a célnak megvalósításához számos országban szükség van a „szoptató-kultúra” megerősítésére és a „cumisüveges-kultúra” elleni határozott ellenállásra. Említik, hogy intézkedések szükségesek annak érdekében, hogy a nők segítséget kapjanak a szoptatás fenntartásához. Mindemellett javasolják, hogy minden ország kormánya dolgozzon ki saját nemzeti szoptatási irányelveket és legyenek ezzel kapcsolatos céljaik. A szoptatás támogatására megalkotott irányelveket a nemzeti hatóságok tegyék az általános egészségügyi irányelvek részévé, illetve támogassanak minden olyan tevékenységet, amely védi, elősegíti, valamint támogatja a szoptatás megvalósulását. Az egészségügyi szakdolgozók számára rendszeres oktatás szükséges, hogy rendelkezzenek a megfelelő ismeretekkel a szoptatás segítéséhez. Az Innocenti Kiáltvány 2005-ben kiegészítésre került, amelyben megfogalmazták többek között, hogy olyan átfogó csecsemő- és kisgyermek táplálási irányelvet szükséges minden nemzetnek kidolgozni, fejleszteni, monitorozni és kiértékelni, amelyet a nemzeti táplálkozási, gyermek- és reprodukív egészségügyi szegénység elleni programokon

belül képes megvalósítani. Megerősítik, hogy biztosítani szükséges, hogy az egészségügyi és egyéb idetartozó szektorok védjék, támogassák, illetve elősegítsék a hat hónapos korig tartó kizárólagos szoptatást és a szoptatás folytatását kétéves korig vagy azon túl, miközben az anyákat támogatni szükséges a családban, a közösségben és a munkahelyen egyaránt, annak érdekében, hogy ezt a célt elérhessék. Kiemeli továbbá, hogy elő kell segíteni a megfelelő időben elkezdett, biztonságos kiegészítő táplálást a szoptatás folytatása mellett. Szorgalmazza, hogy a nemzeteknek át kell értékelnük, hogy milyen új törvényekre vagy egyéb eszközökre van szükségük ahhoz, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által 1981-ben kiadott Anyatej-helyettesítő Tápszerek Marketingjének Nemzetközi Kódexe, valamint az ahhoz kapcsolódó javaslatok érvényre jussanak [41].

2.3.2 UNICEF & WHO: Bababarát Kórház Kezdeményezés: Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés (1991)

Az Innocenti Kiáltványt (1990) alapul véve az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF) együttesen felismerték a szülés utáni kórházi napok körülményeinek jelentős befolyását a szoptatás kimenetelére. Ennek okán indították el 1991-ben a Bababarát Kórház Kezdeményezést (BBKK), amely a szülészeti intézményekben a „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” elveinek bevezetése révén, normaként támogatja a szoptatást. (Az ajánlás eredeti elnevezése: „Baby-Friendly Hospital Initiative: Ten steps to successful breastfeeding”.) A Bababarát Kórház Kezdeményezést és a „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” ajánlásait az elmúlt évtizedekben több alkalommal átfogalmazták a legújabb kutatási eredményeket figyelembe véve [42].

A BBKK első két lépése az intézmények vezetését és a szakdolgozókat érintő intézkedéseket taglal, míg a további nyolc lépés a nélkülözhetetlen klinikai gyakorlatokat foglalja össze. (A lépések pontos ismertetésének céljából az 1. számú melléklet tartalmazza ajánlás eredeti plakátját.) Az 1. lépés szoros kapcsolatban van az Anyatej-helyettesítők Marketing Nemzetközi Kódexével, amely alapján előírják, hogy a kórház rendelkezzen írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertessenek az egészségügyi dolgozókkal. Emellett megtiltják az anyatej-helyettesítő tápszerek várandós nők és megszült anyák számára történő népszerűsítését, valamint forgalmazását, továbbá, hogy a szülészeti intézmény rendelkezzen csecsemőtáplálási szabályzattal, amelyet ismertetnek az egészségügyi személyzettel és a szülőkkel. A 2. lépésben a humán erőforrások fejlesztését, szakmai képzését írják elő, hogy a szakdolgozók megfelelő ismeretekkel, kompetenciákkal, illetve készségekkel rendelkezzenek a szoptatás támogatásához. A 3. lépés szorgalmazza, hogy a várandós nők és családtagjaik megfelelő

tájékoztatást kapjanak a szoptatás fontosságáról, előnyeiről. A 4. lépésben elrendelik, hogy a születés után azonnal, de mindenképpen egy órán belül az újszülöttet az anyjával bőr-bőr kontaktusba szükséges helyezni a korai szoptatás megvalósulása érdekében. Az 5. lépésben a szoptatás megkezdésének, fenntartásának támogatását és a gyakori szoptatási nehézségek kezelését szorgalmazzák. A 6. lépés alapján nem engedélyezett orvosi indikáció nélkül, az újszülött étellel vagy itallal történő kiegészítő táplálása. A 7. lépés alapján korlátozás nélkül biztosítani szükséges a kórházi ellátás idején az anyák és az újszülöttek számára az együttes elhelyezés lehetőségét a nap 24 órájában (rooming-in). A 8. lépés előírja a Bababarát Kórház akkreditációval rendelkező intézményeknek, hogy támogassák az anyákat, hogy az újszülött éhségjeleit felismerjék és reagálni tudjanak rá (válaszkész táplálás). (Az éhségjelek bemutatását a 2.8.3. alfejezetben részletezzük.) A 9. lépésben javasolják, hogy segítsék az anyákat a szoptatásban, és tájékoztassák őket a cumik-, cumisüvegek használatának szoptatásra vonatkozó kockázatáról. Az utolsó, 10. lépésben kötelezik a szülészeti intézményeket, hogy koordinálják az elbocsátást, hogy a szülők és az újszülöttjeik időben hozzáférjenek a folyamatos támogatáshoz, valamint gondozáshoz.

Számos kutatás bizonyítja, hogy a Bababarát Kórház Kezdeményezés hatékonyan növeli a szoptatott csecsemők arányát, a kizárólagos- és a túlnyomó (másként: részleges) szoptatás időtartamát, valamint az egyik legköltséghatékonyabb egészségügyi intézkedés [43, 44]. Egy harmincegy fehéroroszországi szülészeti kórház és kapcsolt klinika közreműködésével végzett tanulmányban arról számoltak be, hogy a bababarát kórház tanúsítvánnyal rendelkező intézményekben született csecsemők körében szignifikánsan magasabb volt három hónapos korban a kizárólagos szoptatási arány (43,3%), mint a kórházak kontrollcsoportjában (6,4%), ahol nem követették a „Sikeresszoptatáshoz vezető tíz lépés”-t [45]. Lojander és mtsai (2022) szintén javasolják a szülészeti kórházaknak a Bababarát Kórház Kezdeményezés bevezetését, miként kutatásukban bebizonyították, hogy a BBKK-be való besorolás javítja a szoptatás támogatását a kórházban és jó alapot biztosít az anyáknak a szoptatáshoz a kórházi elbocsátás után is [46]. Thorley (2015) a tizedik lépés jelentőségét vizsgálta és megállapította, hogy a közösségbe való kibocsátásuk után az anyákat a legjobban a szakmai és laikus támogatás kombinációja segíti a szoptatásban. Hangsúlyozza, hogy a szülésznőknek, valamint a védőnőknek kiemelt szerepe van abban, hogy tájékoztassák az anyákat a szoptatás támogatással kapcsolatos lehetőségekről [47].

Magyarország 1992-ben csatlakozott a Bababarát Kórház Kezdeményezéshez, elsőként a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája vált bababaráttá Európában. 1998-ig további hét, majd 2009-2016 között húsz hazai kórház nyerte el a bababarát címet, amely

minősítéssel három évig rendelkezett egy intézmény, és amelynek lejárta után a kórház újra felmérése vált indokolttá (a 2. számú mellékletben részletezzük a bababarát címet korábban elnyerő kórházakat). Azonban hazánkban az utolsó bababarát akkreditáció 2019-ben érvényét veszítette, miként az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-ban nyilvánosságra hozta a BBKK-t áttekintő konszenzusának eredményét, viszont Magyarországon az újrafogalmazott lépéseknek és a végrehajtás ajánlott változásainak bevezetése nem történt meg. Mindannak ellenére, hogy jelenleg nincs Magyarországon bababarát kórház minősítéssel rendelkező intézmény, 2019. november 06 óta hatályos Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0-12 hónapos) táplálásáról című hazai irányelv, amely a lehető legtöbb szülészeti intézményben előírja a Bababarát Kórház Kezdeményezés „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” bevezetését és a Kódex releváns pontjainak betartását. (A hazai irányelvet a 2.4.3 alfejezetben tárgyaljuk részletesen.)

2.3.3 WHO & UNICEF: A Csecsemők és Kisgyermekek Táplálására Vonatkozó Globális Stratégia (2003)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO), valamint az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF) közösen dolgozta ki a csecsemők és kisgyermekek táplálására vonatkozó globális stratégiát (eredeti elnevezés szerint: „Global Strategy on Infant and Young Child Feeding”), amely a korábbi kezdeményezésekre, különösen az Innocenti Kiáltványra (WHO/UNICEF, 1990) és a Bababarát Kórház Kezdeményezésre (UNICEF /WHO, 1991) épül. A stratégia célja, hogy az optimális táplálás révén javítsa a csecsemők és kisgyermekek tápláltsági állapotát, növekedését, fejlődését és egészségét.

A globális stratégia konkrét célkitűzései a következők:

- a csecsemők és kisgyermekek táplálását érintő fő problémák tudatosítása, a megoldási megközelítések meghatározása, valamint az alapvető beavatkozások keretének biztosítása;
- a kormányok, a nemzetközi szervezetek és más érintett felek elkötelezettségének növelése a csecsemők és kisgyermekek optimális táplálási gyakorlatai mellett;
- olyan környezet megteremtése, amely lehetővé teszi az anyák, a családok és más gondozók számára, hogy minden körülmények között megalapozott döntéseket hozzanak - és hajtsanak végre - a csecsemők és kisgyermekek optimális táplálási gyakorlatáról.

Ez a csecsemők és kisgyermek táplálására vonatkozó globális stratégia egy új lendületet ad a csecsemők és kisgyermek megfelelő táplálásának előmozdítására, védelmére és támogatására irányuló erőfeszítéseknek. A gyermekek szükségleteivel foglalkozik, beleértve a nehéz körülmények között élőket is, mint például a HIV fertőzött anyák csecsemőit, az alacsony születési súlyú csecsemőket, illetve a vészhelyzetben lévő csecsemőket. Emellett nemcsak a kormányok, hanem a nemzetközi szervezetek, a nem kormányzati szervezetek és más érintett felek feladatait is meghatározza. A stratégia valamennyi érintett szereplőt bevon, és keretet biztosít a gyorsított cselekvéshez, összekapcsolva a releváns beavatkozási területeket, valamint felhasználva a különböző ágazatokban rendelkezésre álló forrásokat [6].

2.3.4 EUNUTNET: Csecsemő és kisgyermektáplálás: Standard Ajánlások az Európai Unió számára (2006)

Az Európai Közegészségügyi Táplálkozási Hálózat (EUNUTNET) által kiadott dokumentum (melynek eredeti elnevezése: „Infant and Young Child Feeding: Standard Recommendations for the European Union”) hasonló céllal jött létre, mint a fentebb taglalt, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF) által 2003-ban létrehozott A Csecsemők és Kisgyermek Táplálására Vonatkozó Globális Stratégia című dokumentum. Alapvető különbség köztük, hogy az EUNUTNET kifejezetten az Európai Unió számára fogalmaz meg ajánlásokat. Célkitűzése, hogy olyan ajánlásokat adjon, amelyek tájékoztatják az összes egészségügyi dolgozót - akár az egészségügyi alapellátásban, akár a kórházakban vagy más közösségi egészségügyi intézményekben -, akik szülőket és gyermekeket gondoznak a graviditás-, illetve a szülés ideje alatt, valamint az első három életévében, a csecsemők és kisgyermek optimális táplálásának védelmére, elősegítésére és támogatására szolgáló legjobb, bizonyítékokon alapuló gyakorlatokról a különböző munkakörülmények között.

Azonosítja a szoptatás megkezdésének és folytatásának leggyakoribb akadályait, amelyekként a következőket említi:

- A csecsemő- és kisgyermektáplálással kapcsolatos szülés előtti oktatás elégtelen lefedettsége és minősége;
- a szülészeti kórházi politikák és gyakorlatok nem optimálisak;
- az időben történő nyomon követés, illetve a megfelelő támogatás hiánya;
- az egészségügyi dolgozók félretájékoztatása, valamint az útmutatás és bátorítás hiánya;

- az anyatejpotló termékek forgalmazására vonatkozó Nemzetközi Kódex hiánya vagy rossz végrehajtása;
- korai visszatérés a munkahelyre a szoptatáshoz szükséges munkahelyi létesítmények és támogatás hiányában.

A dokumentum leginkább arra összpontosít, hogy mit szükséges tenniük az egészségügyi dolgozóknak, mintsem arra, hogy részletezze, hogyan szükséges végrehajtani az ajánlásokat, mivel ez utóbbi a helyi struktúráktól, kapacitásoktól és körülményektől függ. A dokumentum a standard gyakorlati útmutatókon kívül négy mellékletet is tartalmaz. Ezek támogató standard irányelvet és részleteket fogalmaznak meg azokról a helyzetekről, amikor a szoptatás ellenjavallt lehet, valamint a szoptatás mellőzésével kapcsolatos kockázatokról, továbbá a biztonságos alternatív táplálkozásról [8].

2.3.5 European Commission: Szoptatás Elősegítése, Védelme és Támogatása: Európai Cselekvési Terv (átdolgozott kiadás 2008)

A Szoptatás Elősegítése, Védelme és Támogatása: Európai Cselekvési Terv (átdolgozott kiadás 2008) (eredeti elnevezése: „Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008)”, amelyet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) valamennyi tagállama 2002 májusában, az 55. Egészségügyi Világggyűlésen (WHA: World Health Assembly) fogadott el, majd 2008-ban átdolgozásra került, alapot nyújt a szoptatás védelmére, előmozdítására és támogatására irányuló közegészségügyi kezdeményezésekhez. A kiterjedt tapasztalatok egyértelműen azt mutatják, hogy a szoptatást csak összehangolt és koordinált fellépéssel lehet védeni, előmozdítani, illetve támogatni. Ez a szoptatási cselekvési terv, amelyet az Európai Unió és a társult országok, valamint az érintett érdekcsoportok, köztük az anyák képviselőiben a szoptatással foglalkozó szakértők írtak, egy olyan mintaterv, amely felvázolja azokat az intézkedéseket, amelyeket egy nemzeti vagy regionális tervnek tartalmaznia és végrehajtania szükséges. Olyan konkrét beavatkozásokat és beavatkozások csoportjait tartalmazza, amelyek hatékonyságára vonatkozóan bizonyítékokkal alátámasztott adatok állnak rendelkezésre. A tervezet alkalmazásával Európa-szerte javulást várnak a szoptatási gyakorlat és a szoptatási arány (szoptatás megkezdése, kizárólagosság és időtartam) tekintetében. Céljuk, hogy több magabiztos, valamint több szoptatással elégedett szülő legyen, emellett, hogy javuljanak az egészségügyi szakdolgozók készségei és elégedettebbek legyenek a munkájukkal. A tervezeten alapuló nemzeti és regionális cselekvési tervek kidolgozásához szükséges figyelembe venni a mindenkori költségvetést, a struktúrákat, az emberi- és szervezeti

erőforrásokat. A cselekvési terveknek világos politikákra, erős irányításra, továbbá megfelelő finanszírozásra kell épülniük. A szoptatás védelmére, előmozdítására és támogatására irányuló konkrét tevékenységeket hatékony tájékoztatási, oktatási és kommunikációs tervvel, valamint megfelelő, a szoptatás előtti és alatti képzéssel szükséges támogatni. A hatékony tervezéshez elengedhetetlen a monitoring mellett az értékelés, valamint az elfogadott operatív prioritásokkal kapcsolatos kutatás. A tervezet hat címszó alatt – 1. politika és vezetés; 2. információ, oktatás, kommunikáció; 3. képzés; 4. védelem, ösztönzés és támogatás; 5. nyomon követés, 6. kutatás - ajánl célokat mindezen intézkedésekhez, meghatározza a felelősségi köröket, jelzi a lehetséges kimeneti és eredményességi intézkedéseket [8].

2.3.6 WHO: „WHO ajánlások pozitív szülésélményt célzó pozitív szülészeti ellátás” (2018)

Az ajánlás (eredeti elnevezése: („WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience”) egy naprakész, átfogó, valamint konszolidált iránymutatás a szülésen belüli ellátásról. Olyan új és meglévő WHO ajánlásokat egyesít, amelyek együttesen alkalmazva, bizonyítékon alapuló ellátást biztosítanak az egészségügyi ellátás körülményeitől vagy színvonalától függetlenül (3. számú melléklet). Ebben az irányelvben bemutatott ajánlások nem ország- vagy régió specifikusak, elismerik a globálisan fennálló eltéréseket - mind az országokon belül, mind az országok között - az elérhető egészségügyi szolgáltatások szintjét illetően. Az iránymutatás kiemeli a nőközpontú ellátás jelentőségét, a szülés-, és szünetés élményének optimalizálása érdekében, egy holisztikus, emberi jogokon alapuló megközelítésen keresztül. Bemutatja a szülésen belüli, a szülés utáni ellátások, illetve a szoptatás és az újszülött ellátás globális protokolljait. Figyelembe veszi a jelenleg létező modellek-, és a kortárs gyakorlat összetettségét, sokszínűségét, amelyeket táblázatba foglalva ismertet, valamint az adott beavatkozást *javasolja* vagy *nem javasolja*. Az útmutatóban szereplő ajánlások célja a vonatkozó nemzeti- és helyi szintű egészségügyi politikák-, és klinikai protokollok átalakítása. A célközönség az országos és helyi közegészségügyi politikai döntéshozók, az anya-, és gyermekegészségügyi programok végrehajtói, irányítói, az egészségügyi intézményvezetők, a civil szervezetek, az anya-, és gyermekegészségügyi szolgáltatások tervezésében-, illetve irányításában részt vevő szakmai társaságok, az egészségügyi szakemberek képzésében részt vevő oktatói személyzet és az egészségügyi szakemberek (beleértve a szülésznőket, az ápolónőket, a szülész-nőgyógyász szakorvosokat, illetve az általános orvosokat) [48].

2.3.7 NICE: Szülés közbeni ellátás (2023)

Az irányelv (eredeti megnevezése: „Intrapartum care”) előzménye a NICE „Intrapartum care for healthy women and babies” („Szülésen belüli ellátás az egészséges nők és csecsemők számára”) 2014-es ajánlása volt, azonban ez 2023-ban frissítésre került, és felváltotta a NICE új irányelve, ami az „Intrapartum care” („Szülés közbeni ellátás”) elnevezést kapta [49].

Az irányelv a szülő nők vajúdas alatti, továbbá közvetlenül a születés után, az anyák és az újszülöttjeik gondozására vonatkozik. A megújított iránymutatás segíti a nőket abban, hogy megalapozott döntéseket hozzanak. Célja mindemelett, hogy csökkentse az ellátás szempontjai közötti eltéréseket. Az egészségügyi szakembereknek az ajánlások végrehajtása során a klinikai megítélésüket szükséges alkalmazniuk, figyelembe véve az egyén körülményeit, szükségleteit, preferenciáit, valamint biztosítaniuk szükséges, hogy minden emberrel méltósággal és tiszteletteljesen bánjanak az ellátásuk során.

Az irányelv a következőkre vonatkozóan tartalmaz ajánlásokat:

- szülés előtti oktatás,
- születési hely tervezése, szülés,
- ellátások a szülés során, minden szülési körülmény között,
- az ellátás és a születési hely megváltoztatása,
- fájdalomcsillapítás vajúdas közben,
- burokrepesztés a szülés előtt,
- a vajúdas első, második, harmadik szakasza,
- az újszülött, - illetve a megszült nő gondozása,
- szolgáltató szervezet.

Az irányelv az egészségügyi szakembereknek és szolgáltatóknak, valamint azoknak az egészséges nőknek készült, akiknek komplikációmentes a várandósságuk, továbbá a várandósság 37. és a 42. hete között szülnek [50].

2.4 A szülészeti és újszülött ellátás körülményeire és a szoptatásra vonatkozó hazai irányelvek

Ebben az alfejezetben először a szülészeti- és újszülött ellátás körülményeire vonatkozó 1985-ös WHO ajánlást és az erre az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet (OSZNI) által megfogalmazott választ részletezzük, majd a jelenleg hatályos hazai irányelvet mutatjuk be. Ezt

követően az egészséges csecsemő táplálására vonatkozó irányelv előzményének ismertetésével és a jelenleg érvényben lévő irányelv taglalásával folytatjuk a felsorolást.

Magyarországon először az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által 1985-ben kiadott, a szülés humanizálására vonatkozó ajánlásait az Orvosi Hetilap jelentette meg 1986-ban, az OSZNI véleményével egyetemben. A WHO javaslatai alapján a szülés során az anyáknak minél nagyobb döntési lehetőséget szükséges biztosítani, melynek elérése érdekében a legszámottevőbb ajánlásai a következők voltak:

- alacsony szinten szükséges tartani a beavatkozások arányát,
- 10-15%-os gyakoriságnál magasabb császármetszési arány sehol sem indokolt,
- a gátmetszések rutinszerű alkalmazása szintén nem indokolt, helyette a gátvédelmet javasolt alkalmazni,
- elő kell segíteni a szülésznők képzését az élettani lefolyású szülések levezetéséhez,
- segíteni szükséges az újszülött minél korábbi mellre helyezését,
- biztosítani szükséges az újszülött és az anya együttes elhelyezését,
- előnyben kell részesíteni a szoptatást.

Ezzel szemben az OSZNI eltérő véleményt fogalmazott meg, amelyben az alábbiakat hangsúlyozták:

- a szülés körülményeit és a szülés alatti testhelyzetet a szülő nő nem választhatja meg,
- laikusokkal az intézmények szülészeti gyakorlatát nem célszerű, emellett felesleges megosztani,
- százalékosan nem lehet meghatározni a császármetszések szükségességét,
- minden esetben, amikor szükséges gátmetszést kell végezni,
- a szülésznők hazánkban nem vezethetnek szülést [51].

2.4.1 EMMI:., Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról” (2019)

Magyarországon „Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról” című, 2019-es irányelve az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-as WHO recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience („WHO ajánlások a pozitív szülésélményt célzó pozitív szülészeti ellátásért) elnevezésű és a NICE 2014-es Intrapartum care for healthy women and babies („Szülésen belüli ellátás az egészséges nők és csecsemők számára”) című

irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült. A hazai irányelv célja, hogy a bizonyítékon alapuló egészségügyi szakmai ajánlások alkalmazásával javítson az ellátás minőségén. Az ajánlások a magas színvonalú tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátásban részesülők és a hazai ellátó rendszer sajátosságai alapján készültek, szektorsemleges módon, emellett a szülés- illetve a születés közben átélt események közeli-, illetve távoli hatásaival összefüggő kutatási eredmények figyelembevételével kerültek kialakításra. Az irányelv a szülés, születés feltételeinek átalakításával támogatja a pozitív szülésélmény kialakítását, illetve a tudományos bizonyítékokon alapuló, és a mai kor elvárásainak megfelelő színvonalú ellátást, ezáltal növeli a szülő nők biztonságérzetét, továbbá javíthatja a szülési kedvet. Amennyiben megvalósulnak ezen szakmai irányelv javaslati, abban az esetben az egészségügyi ellátás minőségének lényeges javulása várható. Az irányelvet érintő felhasználói célcsoportként említi a szülészeti szakmai ellátásban részt vevő szakembereket, valamint az ilyen ellátást nyújtó intézmények vezetőit és munkatársait: orvosokat, szülésznőket, csecsemőgondozókat, pszichológusokat, gyógytornászokat, védőnőket, perinatális és laktációs szaktanácsadókat [52].

2.4.2 Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI): Az egészséges csecsemő táplálásának irányelvei (átdolgozott kiadás 2009)

Az átdolgozott irányelv előzménye az Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet: Az egészséges csecsemő táplálásának irányelvei című 2001 évi ajánlása. A Módszertani ajánlás átdolgozásának célja volt, a témával összefüggő új ismeretek alapján szükséges módosítások, valamint a szoptatással kapcsolatos kérdések bővebb ismertetése a gyermekgyógyászok és a védőnők egységes gondolkodásának támogatása érdekében. A módszertani ajánlás az érett, egészséges csecsemő táplálásával foglalkozik. Taglalja a standard Európai Unió számára megfogalmazott csecsemő és kisdetáplálási ajánlásokat, a csecsemőtáplálás definícióit, részletezi az anyatej összetételét és tápanyagtartamát, valamint a szoptatás és az anyatejes táplálás jótékony hatásait. Kitér a csecsemő fejlődésére, a szopás mennyiségére, a vitamin szupplementációra, 0-6 hónapos korban történő táplálásra és a szoptatást kiegészítő táplálásra egyaránt. Továbbá ismerteti a szoptató anya étrendjét, illetve a szoptatás kontraindikációit [10].

2.4.3 EMMI: „Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról” (2019)

Az irányelv a Bababarát Kórház Kezdeményezés: Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés elvein alapszik és legfőbb célja, hogy az anyák szakszerű és naprakész segítséget kapjanak a

szoptatással összefüggésben felmerülő nehézségek megoldásához, ezáltal növekedjen a körülbelül féléves korig a kizárólagosan-, valamint az egy éves korig, megfelelő hozzátáplálás mellett szoptatott csecsemők aránya. Mindemellett a kórházi ellátás, továbbá a hazabocsájtás idejére vonatkozóan is megfogalmaz ajánlásokat. Taglalja többek között, hogy a születést követően legalább egy órán át biztosítani szükséges az anya és az újszülött közötti bőr-bőr kontaktust, emellett a rutin eljárások (mérés, fürdetés) elvégzését csak ezt követően javasolja. Említi, hogy a szülőszobai tartózkodás alatt biztosítani szükséges olyan szoptatás támogatásban jártas szakember jelenlétét, aki szükség esetén hatékony segítséget nyújt az anya-újszülött párosnak a szoptatás létrejöttében, valamint megtanítja az anyának az újszülött korai éhségjeleinek felismerését, továbbá támogatja a szoptatás sikerét. Hangsúlyozza, hogy az újszülött számára helyettesítő folyadék (tea, felforralt és lehűtött víz) vagy tápszer adása kizárólag orvosi indok esetében, orvosi utasításra történjen. Kiemeli, hogy már a szülést követően, illetve a kórházi ellátás teljes ideje alatt biztosítani kell az újszülött és az anya 24 órás együttlétét (rooming-in). Mindazonáltal a válaszkész szoptatást ajánlja - hazaadást követően is -, továbbá a szoptatás megfelelő indulásának elősegítésére a cumi elkerülését javasolja [53].

2.5 Szoptatási mutatók követési lehetősége (WBTi), alakulása

A World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi vagyis A Szoptatási Trendek Világszintű Kezdeményezése) az International Baby Food Action Network (IBFAN vagyis Nemzetközi Csecsemőtáplálási Akcióhálózat) innovatív kezdeményezése, amelyet 2004-ben indítottak el azzal a céllal, hogy támogassák az országokat a csecsemők-, és kisgyermekek táplálására vonatkozó globális stratégia végrehajtásának értékelésében és az elért eredmények standardizált összehasonlításában. A WBTi segítséget nyújt az országoknak abban, hogy felmérjék az erősségeket és gyengeségeket a csecsemők-, és kisgyermekek optimális táplálási gyakorlatának védelmét, előmozdítását, valamint támogatását szolgáló politikák és programok tíz (további öt gyakorlati kiegészítő) pontja tekintetében [54] (I. táblázat).

I. táblázat: A WBTi szakpolitika és program tíz pontjának, valamint az öt gyakorlati kiegészítő pontjának összefoglalása

WBTi szakpolitika és a program tíz pontja	
1. Nemzeti politika, program és koordináció	A csecsemők és kisgyermekek táplálására vonatkozó átfogó politika nélkül, amelynek élén egy nemzeti koordinátor áll, kevésbé haladnak előre.
2. Az Anyatej-helyettesítő Tápszerek Marketingjének Nemzetközi Kódexének végrehajtása	A Kódex és a WHA-határozatok (WHA: World Health Assembly Egészségügyi Világggyűlés) - rendelkezéseit szükséges bevezetni a nemzeti jogszabályokba, és teljes mértékben érvényre kell juttatni.
3. Bababarát Kórház Kezdeményezés	A szoptatási arányok bizonyítottan magasabbak a Bababarát Kórházakban született csecsemők körében, mint a más kórházakban született csecsemők esetében.
4. Anyasági védelem a munkahelyen	Az egyik leggyakoribb ok, amit az anyák a szoptatás abbahagyásaként említenek, a munkába való visszatérés, emiatt a nőknek megfelelő fizetett szülési szabadságot és szoptatási szünetet szükséges biztosítani.
5. Egészségügyi és Táplálkozási Ellátórendszer	Egészségügyi szakemberek szoptatással kapcsolatos képzése.
6. Anyák támogatása és közösségi felvilágosítás	Közösségi alapú támogatás a várandós és szoptató anyák számára: hozzáférés anyatámogató csoportokhoz, illetve egyéb közösségi támogatáshoz.
7. Információs támogatás	Átfogó nemzeti tájékoztatási, oktatási, valamint kommunikációs stratégia a csecsemő- és kisgyermektáplálással kapcsolatos pontos információkkal, az országos, a helyi létesítményektől a helyi, a közösségi és a családi szintekig.
8. Csecsemőtáplálás és HIV	A HIV+ anyák táplálási döntéseinek támogatását célzó, naprakész bizonyítékokkal alátámasztott szakpolitikák és programok
9. Csecsemőtáplálás vészhelyzetekben	Katasztrófák és vészhelyzetek a legjobb felkészülés a helyes szoptatási gyakorlat.
10. A felügyeleti és értékelési rendszerek mechanizmusai	Rendszeresen gyűjtik és felhasználják-e a monitoring- és értékelési adatokat a csecsemők és kisgyermekek táplálási gyakorlatának javítására?

WBTi öt gyakorlati mutatója
1. A születéstől számított egy órán belül szoptatott csecsemők százalékos aránya.
2. A 0-6 hónapos korú csecsemők százalékos aránya, akiket az elmúlt 24 órában kizárólag szoptattak.
3. A szoptatás medián időtartama hónapokban.
4. A 6 hónaposnál fiatalabb szoptatott csecsemők százalékos aránya, akik egyéb ételeket vagy italokat kapnak cumisüvegből
5. A 6-9 hónapos korban kiegészítő táplálékot kapó szoptatott csecsemők százalékos aránya

Forrás: WBTi, 2004 [55].

A kezdeményezéshez már 98 ország csatlakozott – Magyarország mindeddig (2021 tavasza) nem szolgáltatott adatokat. A kezdeményezés célja, hogy minden ország 3-5 évente értékelje újra a kormányzati szoptatástámogatás színvonalát az indikátorrendszer segítségével. Ezzel lehetővé válik egy hosszú távú stratégia kidolgozása a globális adatbank adatai alapján, amely során a statisztikai adatelemzésből kiderül, melyek azok a lépések, amelyekkel kedvezően befolyásolható a szoptatási arány és időtartam [56].

Szoptatási mutatók alakulása

A Global Breastfeeding Scorecard a szoptatás jelenlegi gyakorlatát vizsgálja világszerte, figyelembe véve a szoptatás megkezdésének időpontját, az első hat hónapos korban a kizárólagosságot, valamint a szoptatás folytatását kétéves korig. A 2023-as eredménytábla alapján, világszerte a kizárólagos szoptatás aránya az élet első hat hónapjában 10%-kal emelkedett az elmúlt évtizedben, és 2023-ra 48%-ra nőtt, ami közel áll az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2025-re kitűzött 50%-os céljához. Az előrelépés különböző régiókban történik, számos afrikai-, ázsiai-, európai országban, illetve Óceániában is jelentős növekedést dokumentáltak a kizárólagos szoptatás terén, több mint 22 országban tíz százalékot meghaladó növekedést értek el a szoptatás tekintetében 2017 óta. Világszerte a hat hónaposnál fiatalabb, kizárólag szoptatott csecsemők aránya 48%. A kizárólagos szoptatás aránya 10%-kal magasabb, mint egy évtizeddel korábban. A 2016-2022-ben gyűjtött felmérési adatok alapján az újszülöttek 46%-ánál egy órán belül megkezdődött a szoptatás. Az anyák 71% -a szoptatja a csecsemőjét legalább egy évig, viszont a kétéves korig tartó szoptatási arány 45%-ra csökken. A Kollektíva célja, hogy a szoptatási arány elérje egy éves korig a 80%-ot, illetve kétéves korig a 60%-ot. [57].

2.6 Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság (SzTNB)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciójának megfelelően gyűjtött magyar adatok alapján, 2019-ben a kórházból hazabocsájtott újszülötteknek csupán 34,4%-a volt kizárólagosan anyatejjel táplálva féléves korig [58]. A szoptatás támogatása érdekében Magyarországon 2020-ban, kormányzati támogatással megújult a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság (SzTNB). A szervezet feladata egy komplex szoptatási stratégia kidolgozása a nemzetközi tapasztalatokra építve, és a hazai sajátosságokat – a szoptatási attitűdöt, gyakorlatot és az egészségügyi szolgáltató rendszert – figyelembe véve. Legfőbb célkitűzései, hogy hazánkban szoptatásbarát, családközpontú társadalmat hozzanak létre, valamint a szülészeti és újszülött ellátást biztosító intézményekben a Bababarát Kórház Kezdeményezés elveit vegyék alapul. A bizottság képviselőinek törekvése, hogy hatékony oktatással és tájékoztatással megváltoztassák a magyar társadalom szoptatással kapcsolatos megítélését, és növeljék a rövid- és a hosszú távon szoptatott csecsemők arányát. Emellett a Bizottság céljaként tűzte ki az egészségügyi szakemberek magas szintű képzését, akik naprakész ismeretekkel támogatják a természetes szülést, a családbarát egészségügyi ellátást, valamint a szoptatást [2].

2.7 A szülészeti beavatkozások és a szoptatás összefüggései

2.7.1 A leggyakrabban végzett szülészeti beavatkozások

Magyarországon nincs olyan adatbázis, amelyben a szülészeti ellátásra vonatkozóan információkat gyűjthetnénk az intervenciókról és/vagy a postpartum eseményekről. Mindössze a császármetszések alakulásának követésére van lehetőség a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS), a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) hivatalos jelentései révén. A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért 2019-es eredményei alapján az anyák 34,5%-ánál végeztek császármetszést valamelyik szülésük alkalmával [16]. A KSH 2022-es a KOHORSZ'18 vizsgálatban kimutatta, hogy Magyarországon a 2018-2019-es év vonatkozásában a szülések 42,9%-a fejeződött be császármetszéssel [24]. A NEAK 2023-as legutóbb a 2015-2022 közötti finanszírozási években mérte fel a szülésszámot és ezzel összefüggésben a császármetszések arányát. Ez alapján a császármetszés előfordulása hazánkban is évről-évre növekszik, miként 2015-ben 38,46% volt, addig 2022-ben már elérte a 40,72%-t [59] (II. táblázat).

II. táblázat: Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya 2015-2022 közötti finanszírozási évben Magyarországon

Év	Szülések száma összesen (db)	Császármetszés esetszám (db)	Császármetszés aránya (%)
2015	89152	34289	38,46
2016	89232	34999	39,22
2017	88632	35716	40,30
2018	86241	35437	41,09
2019	84749	35612	42,02
2020	88644	36328	40,98
2021	87210	35437	40,63
2022	82753	33700	40,72

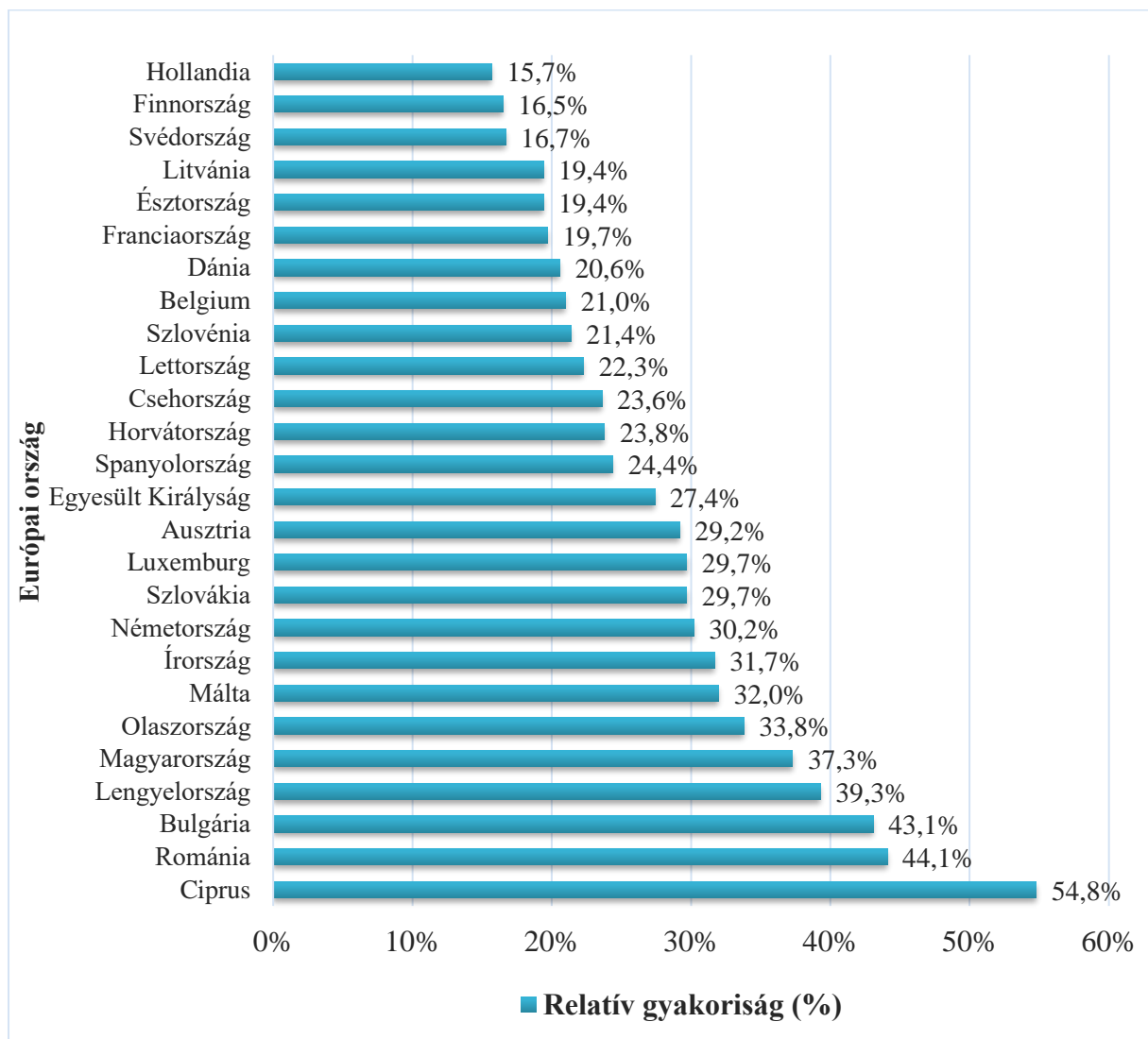
Forrás: NEAK, 2023 [50] alapján szerkesztett saját szerkesztésű táblázat)

A hazai arányszámok láthatóan (II. táblázat adatai alapján) minden évben jelentős mértékben eltérnek az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által javasolt 10-15%-tól [60]. A rutinszerű szülési beavatkozások gyakorlata világszerte növekedett az elmúlt évtizedekben, amelyet a következő szakirodalmak (a különbség szemléltetése érdekében egy régebbi és két újabb) ismertetésével is alátámasztunk. Egy 2000-ben publikált, alacsony kockázatú primiparák és multiparák bevonásával készült, szülészeti beavatkozások tekintetében végzett vizsgálatában arról számoltak be, hogy a primiparák 15,7%-ánál szülés indítást, 10,5%-ánál fogót, 6,8%-ánál vákuumot, 25,1%-ánál epidurális érzéstelenítést és 28,6%-ánál epiziotómiát (gátmetszést) végeztek [61]. Egy Törökországban készített tanulmányban számoltak be arról, hogy vajúdas közben a nők 19,9%-ánál burokrepesztés, 83,2%-ánál folyamatos magzati szívhang monitorozás történt, 36,1%-uk görcsoldó szert kapott, 88%-uk hólyag katéterezéssel esett át, továbbá 51,3%-uknál történt szülés indítás szintetikus oxitocinnal és 88%-uknál alkalmaztak gátmetszést [62]. Egy 2021-es tanulmány beszámolója alapján a szülés során a nők 79,9%-a kapott szintetikus oxitocint, 49,7%-a részesült burokrepesztésben, 47,7%-ánál végeztek gátmetszést, továbbá 30,7%-uk szülészeti fájdalomcsillapításban részesült, emellett 1,1%-ánál vákuum által fejezték be a szülést [63].

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2021-es adatai alapján a császármetszések száma világszerte folyamatosan növekszik, jelenleg az összes szülés több, mint egyötödét (21%) teszi

ki. Ez a szám a következő évtizedben vélhetően tovább fog növekedni és 2030-ra az összes születés közel egyharmada (29%) császármetszéssel fog történni [64]. Az Eurostat 2017-es, a világ születéseinek 98%-át lefedő, 169 ország szülési adatait elemző becslés hasonlóképpen arról számol be, hogy a szülések 21%-a fejeződött be császármetszéssel. Ez az arány 2000-ben 12%, míg 1990-ben mindösszesen 7% volt. A császármetszés aránya Latin-Amerikában és a Karib-térségben volt a legmagasabb (44%), míg a közép-, illetve a nyugat-afrikai régiókban a legalacsonyabb (4%). Az Európa Unió adatait tekintve Cipruson volt a legmagasabb a császármetszések aránya (54,8%), ezt követően Romániában (44,1%), Bulgáriában (43,1%), Lengyelországban (39,3%) és Magyarországon (37,3%). A legalacsonyabb Hollandiában (15,7%), Finnországban (16,5%), Svédországban (16,6%), Észtországban és Litvániában (mindkettő 19,4%) volt [65] (lásd: 1.ábra).

1. ábra: 100 éveszülétesre jutó császármetszések aránya 2017-ben Európában



Forrás: Eurostat, 2019 [56] (saját készítés)

A császármetszések előfordulása gyakoribbnak bizonyul a magasabb általános gazdasági fejlettségi mutatókkal rendelkező országok esetében, illetve ahol magasabb szintű a nők edukációja és az urbanizáció, továbbá, ahol magasabb az orvosok foglalkoztatási aránya, illetve alacsonyabb a fertilitási ráta [66].

2.7.2 Az oxitocin és a szoptatás kapcsolata

Az egyes reprodukciós folyamatok nélkülözhetetlen eleme a hipotalamusban termelődő oxitocin, amely a perifériás és a centrális történések finomhangolását végzi. Centrális hatását az agyon belül, mint neurotranszmitter fejt ki; az emóciók mellett a társas kapcsolatokat és a kognitív funkciókat hangolja, emellett hatással van a neuropszichiátriai betegségek kórfolyamataira. A periférián hormonként működve segíti a nemi aktust, a megtermékenyítést, a szülést és a szoptatást [15]. Egy 2023-as magyar tanulmányban olvasható, hogy azoknál az anyáknál, aki nem szoptatják gyermeküket, csökken az anyai gondoskodás jutalomértéke az oxitocin rendszer nyújtotta lehetőségek alacsonyabb kihasználtsága révén [67].

Egyes szülészeti beavatkozások – mint például a szintetikus oxitocin alkalmazása, az epidurális érzéstelenítés vagy a császármetszés – kedvezőtlenül befolyásolhatják a természetes oxitocin felszabadulást [15]. A szintetikus oxitocin befolyásolja a természetes oxitocin rendszert és közeli vagy távoli hatásként kihathat az anyára és a gyermekre, valamint kettejük kapcsolatára is [15]. A szisztematikus irodalomelemzések rámutatnak arra, hogy a nem spontán indult szüléseknél nagyobb arányú a kedvezőtlen kimenetel, mint az indított szüléseknél. Mindezen adatok ellenére az iparosodott országokban az exogén oxitocin szülés indításra és/vagy gyorsításra történő alkalmazása növekvő tendenciát mutat. Az Amerikai Egyesült Államokban 50–60%-ra becsülik az alkalmazását, amihez, ha a szülést követő, rutinszerű intramuscularis szintetikus oxitocin-injekciót is számításba vesszük, lényegében állítható, hogy azon nők aránya van többségben, akiknél a szülés során használnak szintetikus oxitocint [15]. Duffield és mtsai (2017) arról számolnak be, hogy a tervezett császármetszés során is oxitocin bólust használnak a megfelelő méhtónus elérése érdekében, majd oxitocin infúziót alkalmaznak a méh összehúzódásának fenntartására [68].

Cadwell és Brimdyr (2017) a szintetikus oxitocin alkalmazásának hátrányait mutatják be a szoptatás vonatkozásában: a negatív hatások között említik a csökkent anyai endogén (természetes) oxitocin szintet, a negatív újszülöttkori kimenetek megnövekedett kockázatát, a csökkent újszülöttkori pihenést az első órában, amely hátrányosan hat az újszülöttek memória konszolidációjára. Az újszülöttkori éhségjelek mellett csökkenhetnek az újszülött szopásához kapcsolódó reflexek is. Részletezik továbbá, hogy az exogén oxitocinban részesített anyák

újszülöttjei kisebb valószínűséggel kezdik meg a szopást az első órában [69]. További negatív tényezőként említik, hogy a szülés során alkalmazott szintetikus oxitocin dózisfüggő módon visszazabályozza a természetes oxitocin termelődését, ezáltal hátrányosan befolyásolhatja a szoptatást. Zhou és mtsai (2022) kutatásukban a vajúadás során beadott szintetikus oxitocin teljes dózisa alapján a résztvevőket alacsony, közepes vagy nagy dózisú csoportba és egy kontroll csoportba osztotta, akiknél nem alkalmaztak exogén oxitocint. A kutatók összefüggéseket találtak a szoptatás tekintetében a bimbóudvar lokalizálásában, a szopási aktivitás időtartamában, valamint a kizárólagos szoptatás tekintetében a négy csoport között az első-, a második- és a harmadik szülés utáni napon [70].

2.7.3 Az epidurális érzéstelenítés (EDA) és a szoptatás összefüggése

Az epidurális érzéstelenítés (EDA) alkalmazása – a szintetikus oxitocin használathoz hasonlóképpen - szintén gyakorinak bizonyul. Az epidurális anesztézia hatóanyagai a placentán keresztül átjutnak a magzatba, ezzel számos esetben hátrányosan befolyásolják a szülés kimenetelét, a szülés utáni napokat, valamint a postpartum időszakban az újszülött szopási készségét [34]. Az epidurális érzéstelenítés a fájdalomközvetítő idegek blokkolása mellett a Ferguson-reflexet mediáló idegekre is hasonlóan hat. Mindez az oxitocin szülést elősegítő perifériás és centrális hatásainak visszafogottabb érvényesülése miatt kedvezőtlen lehet a szülésre, a szoptatásra és a pszichoaffektív folyamatokra egyaránt [71]. A szintetikus oxitocin alkalmazása során a természeteshez képest fokozottabb a méhaktivitás, ami a magzati hypoxia arányát is növeli és ennek okán császármetszéshez vezethet. Az exogén oxitocin alkalmazásával történő szülések esetében növekedhet a császármetszéssel végződő szülések száma a normál hüvelyi szülésekhez képest [72]. Amennyiben az anya vajúadás nélkül kerül császármetszésre elmaradhat a természetes oxitocin szintjének emelkedése [70]. Ebben az esetben sem a bőr-bőr kontaktus, sem a szoptatás nem emeli az oxitocin szintet. Továbbá, a császármetszéssel szült anyák a szülés utáni második postpartum napon szignifikánsan kevesebb oxitocin termelést mutattak, amelyhez csökkent tejtermelés- és rövidebb ideig tartó szoptatás is társult. Ez főként azért jelent problémát, mivel az endogén oxitocin közreműködik a szülés utáni vérzéscsillapításban, mindezen túl a pszichoemotív hatáskör részeként segíti az anyát, illetve az újszülöttet az egymásra hangolódásban, az anyai érzés és gondoskodás létrejöttében, ezáltal kulcsfontosságú szerepe van a szoptatásban [58]. Ugyanakkor a szülés indítására és/vagy gyorsítására használt szintetikus oxitocin és az EDA együttes alkalmazása a magzaton szívritmuszavart okozhat, amely miatt indokoltá válik császármetszés [73]. Egy 1562 vajúadó nő bevonásával készített tanulmányban arról számoltak be, hogy EDA alkalmazása esetén

gyakran fordult elő kedvezőtlen magzati pozíció, amely elhúzódott szüléshez vezetett, mindazonáltal a kutatók összefüggést találtak az epidurális érzéstelenítés és a megnövekedett császármetszés előfordulása között is. Az epidurális anesztézia mellett született újszülötteknél rosszabb szopási készséget jegyeztek fel az Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) használatával, mint az efféle beavatkozástól mentesen született újszülötteknél [74]. Tan és mtsai (2018) felmérték az epidurális érzéstelenítésen átesett anyák körében a szoptatás gyakoriságát és megállapították, hogy a szülés után 5.-9. héten az anyák 20%-a hagyta abba a szoptatást, átlagosan 34 nap után, amelynek leggyakoribb okaként a résztvevők háromnegyede az elégtelen mennyiségű anyatejről számolt be [75].

2.7.4 A császármetszés és a szoptatás összefüggései

A császármetszéssel született újszülöttek esetében legtöbbször késleltetett a szoptatás megkezdése [76, 77]. Egy 2021-ben közölt irodalmi áttekintés, illetve egy 2018-as kutatás eredményei egyaránt rámutatnak a császármetszés és a szoptatás kezdete, valamint időtartama közötti összefüggésre [78, 79]. Összehasonlítva a hüvelyi szüléssel, a császármetszés késleltetheti a szoptatás megkezdését, valamint lerövidítheti a kizárólagos szoptatás időtartamát. A császármetszés utáni szoptatás aránya alacsonyabb, mint a hüvelyi szülés után. Mindemellett a tervezett császármetszés a szoptatást befolyásoló egyik legkritikusabb tényezőnek számít. A kizárólagos szoptatás tekintetében hat hónapos korig, illetve a túlnyomó szoptatás esetében is alacsonyabbnak bizonyult a császármetszéssel (akár tervezett, akár nem tervezett) szült anyák körében, a természetes úton szült anyákhoz képest [80]. Az orvosi szempontból rutinszerűen végzett, azaz nem individuálisan, az adott esetet figyelembe véve szükségszerűen alkalmazott beavatkozások (pl. intravénás infúzió adása, epidurális érzéstelenítés, a magzati szív működés folyamatos monitorozása, gyógyszeres fájdalomcsökkentés szintetikus oxitocinnal, gátmetszés stb.) elkerülése javasolt, miként mindezek csökkentik az anya képességét a szülésre és beavatkozási kaszkádot indíthatnak el, amellyel növelik a császármetszés előfordulásának valószínűségét [48, 81].

2.8 A szülés módjának és a postpartum körülmények kapcsolata a szoptatással

Ebben a fejezetben a szülés módjának, illetőleg a postpartumban az anyák és az újszülöttek által tapasztalt körülményeknek a szoptatással kapcsolatos összefüggéseit taglaló hivatalos ajánlásokat, valamint tudományos kutatási munkák eredményeit interpretáljuk.

2.8.1 A bőr-bőr kontaktus és a szoptatás összefüggései

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-as ajánlása javasolja, hogy az anyák és az újszülöttek közvetlenül a hüvelyi szülés után és császármetszést követően, amint az anya éber és érzékeny érintkezzenek a bőrrel. Az azonnali bőr-bőr kontaktus a császármetszés után, spinális vagy epidurális érzéstelenítés esetén megvalósítható, mivel az anya éber marad [82]. Császármetszés esetén javasolt az újszülöttet az „aranyóra” időszakában az anya mellkasára, közvetlen bőr-bőr kontaktusba helyezni és betakarni, ezáltal már a placentáris szakaszban elsődlegesen a kötődés kialakulása és a korai szoptatás megkezdése. Az aranyóra alatt a szülés után közvetlenül létrejött és legalább egy, de valójában két órán át tartó anya-gyermek kapcsolatot értjük. Minden stabil állapotú újszülöttnél, aki képes a szopásra (még az alacsony testtömeggel születetteket is), javasolt az azonnali bőr-bőr kontaktus, valamint a szoptatás lehetőségének megteremtése. Amennyiben az anya állapota nem teszi lehetővé, az újszülöttet ajánlott az apa mellkasára helyezni [48]. A születés utáni közvetlen bőr-bőr kontaktusnak számos élettani, valamint pszichológiai hatása van. Többek között nem jön létre szeparációs distressz, nyugtató az anya- és az újszülött számára, növeli az anyai szenzitivitást, jobb szopási mintát, illetve szoptatási mutatókat eredményez [83]. Sandhi és mtsai (2020) tanulmányukban arról számoltak be, hogy a kizárólagos szoptatási arány féléves korban magasabbnak bizonyult azoknál az újszülötteknél, akik születésük után egy órán belül bőr-bőr kontaktusba kerültek anyjukkal [84]. A korai bőr-bőr kontaktus megnöveli a szoptatás időtartamát a normál hüvelyi szülés után [85]. A császármetszéssel szült anyák kisebb valószínűséggel kezdik meg a szülés után közvetlenül a szoptatást, az újszülötteket leggyakrabban fél óra elteltével, a kórházi protokoll elvégzését követően szoptatta meg először édesanyja [86, 87]. A korai, egy órán belüli szoptatás szorosan összefügg a szülés utáni bőr-bőr kontaktussal és az újszülött kiegészítő táplálásának elkerülésével [88].

2.8.2 A 24 órás együttes elhelyezés (rooming-in) jelentősége

A rooming-in ellátás alatt az újszülött és az anya egy kórteremben történő, a nap 24 órájában megvalósuló elhelyezését értjük. Az újszülött és az anya még a rutin ellátások és az orvosi vizsgálatok ideje alatt is együtt vannak. A 24 órás együttes elhelyezés révén megalapozódik a kötődés, emellett létrejöhet a sikeres szoptatás. A hazai irányelvek is támogatják az anya-gyermek páros együttes elhelyezését [2, 52, 53]. Az EMKI 2009-es átdolgozott kiadásában javasolják az anya-gyermek páros számára a szülés után közvetlenül megvalósuló bőr-bőr kontaktust, az újszülött első életórában mellre helyezését, továbbá a 24 órás együttes

elhelyezést. A hazai családbarát ellátást támogató 2019-es irányelvben olvasható, hogy az újszülöttet - amennyiben a tárgyi feltételek lehetővé teszik- az anya ágyában vagy az anya ágya mellett ajánlott elhelyezni [52]. Az egészséges csecsemő táplálásáról szóló irányelvben (EMMI, 2019) szintén javasolják, hogy a bababarát elvek alapján a szülészeti intézményekben biztosítsák a minimum feltételeket, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az anya és az újszülött rooming-in elhelyezése megvalósítható legyen [53]. A Bababarát Kórház Kezdeményezés hetedik lépése, a rooming-in megvalósulása pozitív összefüggést mutat a korai bőr-bőr kontaktussal, valamint a szoptatással [89]. Cadwell és Brimdyr 2017-es kutatásának eredményeképpen arról számoltak be, hogy a szoptatást negatívan befolyásolhatja az újszülött és az anya nem rooming-in rendszerben történő elhelyezése, mivel nagyobb arányban valósul meg a korai szoptatás a rooming-in elhelyezésben részesülő anyák esetén. A nem szeparált anya-gyermek párosoknál megfigyelt közel kétharmados kizárólagos szoptatási arány felére csökkenhet a szeparáció esetén és még az igen rövid elkülönítésnek is kimutatható káros hatása van [69].

2.8.3 A válaszkész (igény szerinti) és az időrend szerinti táplálás kapcsolata a szoptatással

Evolúciós szempontból, a túlélés érdekében a csecsemők olyan viselkedési formákkal születnek, amelyek az anyjuk/gondozójuk közelében tartják őket. Az ismerős szagokra, illetve a hangokra, a sírásra és a szoptatásra való orientációjuk mind a korai kötődési folyamat biológiai alapjainak részét képezik [90]. A csecsemőtáplálási minták biológiai alapjaival ellentétben, a nyugati országokban a csecsemőket átlagosan napi 6-11 alkalommal etetik [91]. A szoptatás gyakoriságára vonatkozó szakirodalom azonban nem rendelkezik egységes definícióval arról, hogy mi minősül szoptatásnak és a számok nem mindig összehasonlíthatók. Ezek a ritka szoptatási időközök részben az új gyakorlatok elterjedésével magyarázhatók a 20. század elején, amikor az anyákat és újszülöttjeiket különválasztották és szigorú szoptatási rendet vezettek be. A csecsemőket csak 6, 10, 14, 18 és 22 órakor szoptatták, emellett éjszaka egyáltalán nem volt megengedett a szoptatás [92]. A csecsemő jelzéseinek követése helyett az időrend szerint történő szoptatás lett az a modell, amelyre a gyermekegészségügy egyéb rutinjai, valamint gyakorlatai épültek. Azonban a szoptatás gyakorisága jelentős mértékben csökkent és majdnem elérte a nullát olyan országokban, mint az Egyesült Királyság [93]. A válaszkész szoptatást az 1980-as évek óta szorgalmazzák. A válaszkész szoptatás a csecsemő igényei szerint történik, ideje és időtartama nincs korlátozva, összhangban van a csecsemő

táplálkozási, immunológiai és pszichológiai szükségleteivel, emellett segíti az anyát a megfelelő tejellátásban [10]. A csecsemő életének első hat hónapjában folytatott kizárólagos szoptatás megvalósulásához elengedhetetlen a válaszkész táplálás, miként a tejtermelést a kereslet-kínálat elve határozza meg [10]. Napjainkban az egyik leggyakoribb oka a szoptatásról való lemondásnak, hogy az anyák a tejhiány jeleként értelmezik az újszülött elégedetlenségét, amely gyakran az anyatej helyettesítő tápszer bevezetéséhez és a szoptatás fokozatos megszüntetéséhez vezet [94]. Fontos, hogy az anyával ismertessék, hogy miből ismeri fel a csecsemőjénél a korai éhségjeleket, melyek a következők:

gyors szemmozgások figyelhetők meg a csecsemő szemhéja alatt, éber vagy fokozottan aktív, lágyan gügyög vagy sóhajtozik, kezét a szájához emeli, cuppog, szopó mozgásokat végez, nyugtalanná válik. Ha sírni kezd az már a késői jele az éhségnek, emiatt ösztönözzük az anyát, hogy ne várja meg, hogy csecsemője sírni kezdjen, mivel akkor nehezebb mellre helyezni. Az anyát továbbá kívánatos tájékoztatni, hogy nem minden szopás célja a táplálkozás (nutritív szopás). Fájdalom vagy diszkomfort érzet esetén a csecsemő megnyugtatása szintén történhet szoptatással (nem nutritív szopás vagy komfort szopás) [10].

A hazai csecsemőtáplálásra vonatkozó 2019-es irányelv - a nemzetközileg elismert szervezetek (WHO, UNICEF) ajánlásaival egyetértésben - a válaszkész táplálást javasolja. A válaszkész táplálás előnyeit számos hazai és nemzetközi tanulmány alátámasztja [1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 52, 53, 95]. Kopcsó és mtsainak 2022-es tanulmánya pozitív összefüggést tár fel a kizárólagos szoptatás és a válaszkész szoptatás között. Kutatásukban a csecsemők több, mint felét táplálták anyatejjel hat hónapos korukig, valamint egynegyedük kapott eddig az életkorig kizárólag anyatejet [23]. A szülők edukálása az újszülöttek szoptatási magatartásáról jelentősen csökkentheti az időrend szerinti szoptatást, mindemellett erősítheti a válaszkész szoptatás gyakoriságát [82].

2.8.4 A cumi használat összefüggései a szoptatással

Nemzetközi és hazai ajánlások nem javasolják a nyugtató vagy altató cumik és/vagy a cumisüveg alkalmazását, miként hátrányosan befolyásolhatja a szoptatást [42, 53]. A cumi alkalmazása bármely életkorban kockázatos a szoptatási probléma kialakulásának szempontjából, különösen akkor, ha a cumi használatára már a csecsemő életének első hónapjában sor kerül. Emellett összefüggés mutatható ki a cumi használat és a középfülgyulladás (otitis media), a későbbi fogproblémák (malocclusio) emelkedett kockázata, valamint a szoptatás rövidebb tartama között [96]. Egy 2020-ban készített metaanalízisben -

amely 26 évnyi angolul publikált, keresztmetszeti és kohorsz tanulmányt vizsgált – arról számoltak be, hogy a cumi alkalmazása összefügg a hat hónapos kor előtti kizárólagos szoptatás abbahagyásával, továbbá a túlnyomó szoptatás időtartamának lerövidülésével jár [97]. Buccini és mtsainak 2018-as kutatási eredményei alapján a cumi használat csökkenésével 5,5%-kal növekedett a kizárólagos szoptatási arány a hat hónapnál fiatalabb csecsemők körében. A cumi alkalmazásának időtartama befolyásolja a szoptatási időtartam lerövidülése és az elülső nyitott harapás alacsonyabb előfordulása közötti összefüggést, azonban valószínűsíthető, hogy a hosszan tartó cumihasználat csökkenti ennek az összefüggésnek a nagyságát [98, 99]. Egy 2023-as kutatásban összefüggést találtak a kizárólagos szoptatás abbahagyása, valamint a cumi használata között [100]. Egy 2022-es tanulmányban arról számoltak be, hogy a születés után hat hónappal alacsonyabb volt a nem kizárólagos szoptatás kockázata azon csecsemők esetében, akiket kizárólag anyatejjel tápláltak a szülés utáni első 48 órában, továbbá, akik nem kaptak cumit vagy cumisüveget [101].

2.9 A gyermekágyas, laktáló anya táplálkozása

A várandósság alatti, illetve a laktáció idején folytatott anyai, és a csecsemő-, valamint kisgyermekkorban kialakított táplálkozási szokások szintén befolyásolhatják a gyermek egész életen át tartó egészségét. Az anyák táplálkozási viselkedése, az anyai tápláltsági állapot, az anyai vashiány, a szoptatás egyaránt hatással lehetnek az anya és a gyermek egészségére [102]. A szoptatás alatt, kiemelt tekintettel a gyermekágyas időszakra, az anya szervezetének, illetve a tejelválasztás energia-, és tápanyag-igényének kielégítése az anya táplálkozása által, valamint a várandósság alatt kialakult raktáraiból történik. Bár a szoptató anya táplálkozása nem befolyásolja közvetlenül az anyatej fő összetevőinek (fehérje, zsír, oligoszacharidok, kalcium) mennyiségét, elégtelen bevitelük esetén az anya saját szervezetéből vonja el a tápanyagokat. A laktáció idején az anya energia szükséglete átlagosan naponta körülbelül 500 kilokalóriával, a fehérje szükséglete 20 grammal, a kalcium igénye pedig 300-400 milligrammmal nő. Az anya táplálékból történő zsírbevitel nincs kapcsolatban az anyatej zsírtartalmával, ugyanakkor módosíthat az anyatej zsírsavösszetételén. A vízben oldódó vitaminok mennyisége összefügg az anya étrendjével. Szoptatás alatt nő az anya tiamin, riboflavin, piridoxin, kobalamin, biotin, folsav, aszkorbinsav igénye. Ezen felül a szelén, jód, fluor, magnézium és cink a vas és a D-vitamin, A-vitamin és K-vitamin szükséglete is. Az anya elégtelen energia- vagy tápanyag bevitel csak hosszú idő elteltével módosítja az anyatej összetételét [103, 104]. Hu és mtsai (2019) arról számoltak be, hogy kutatásukban a nők több mint kétharmadának kalcium bevitel,

valamint jelentős hányadának C-vitamin, tiamin és riboflavin bevitele sem felelt meg a Becsült Átlagos Szükséglet (EAR) értéknek, emellett az élelmi rostbevitelük is alacsonynak bizonyult [105]. Táplálkozási hiányállapotok létrejöhetnek speciális diéták vagy ideológiai elvek követése miatt, ha az étrend összeállítása nem körültekintően és individuálisan történik. A szigorú vegetáriánus diétát folytató nők anyateje előfordulhat, hogy nem tartalmaz elegendő mennyiségben B₂- és B₁₂-vitamint, vasat, kalciumot és cinket. Esetükben az anyatej minőségi és mennyiségi fehérje összetétele sem mindig megfelelő, emiatt a gyermekben bizonyos esszenciális aminosavakból (pl. lizin és metionin) hiány alakulhat ki [10, 106]. A csecsemők allergia megelőzésének szempontjából a szoptatás szerepe tisztázatlan, nincs egyértelmű összefüggés a szoptatás alatt, az anyai étrendből történő allergén eliminálása és a csecsemőnél kialakuló ételallergiák kialakulásának megelőzése között [107]. Amennyiben a kizárólag szoptatott csecsemőn allergiás tünetek jelennek meg, ajánlott az allergiát kiváltó anyag megkeresése. Legtöbbször a tej-, tejtermék, valamint a tojás átmeneti kiiktatását, majd egyesével, növekvő mennyiségben történő visszavezetését javasolják a szakemberek [10].

3. A VIZSGÁLAT CÉLJA ÉS CÉLKITŰZÉSEI

- Exploratív kutatásként az anya születése és szülése közötti összefüggések feltárása.
- Felmérni az anyák szülése során alkalmazott beavatkozásokat, illetve azok arányát, továbbá feltárni a szintetikus oxitocin, az epidurális érzéstelenítés alkalmazásának és a szülés módjának kapcsolatát egymással, illetve a korai szoptatással, valamint a kórházi kiegészítő táplálás előfordulásával.
- Felmérni a szülés módjának összefüggéseit a postpartum körülményekkel (az anya-újszülött közötti bőr-bőr kontaktus megvalósulásával, a szülés után az újszülött anyja mellkasára helyezésének idejével, az újszülött kórházi kiegészítő táplálásban részesítésével és a rooming-in elhelyezéssel).
- Felmérni a szülés módjának a kapcsolatát a kizárólagos szoptatással és az anyatejes táplálás hosszával.
- Felmérni a szülés utáni kórházi körülmények (anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejötté, a szülés után az újszülött anyja mellkasára helyezésének ideje, a táplálás időbeli módja, az újszülött kórházi kiegészítő táplálásban részesítése és a rooming-in elhelyezés) kapcsolatát egymással, illetve a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időtartamával.
- Felmérni és összehasonlítani a Bababarát Kórház Kezdeményezés: „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” megvalósulásának magyarországi előfordulási arányát a szoptató anyák és a nem szoptató anyák körében, továbbá feltárni a megtapasztalt lépések számának összefüggéseit a szoptatás arányával és időtartamával.
- Felmérni és összehasonlítani gyermekágyas időszakban a szoptató anyák és a nem szoptató anyák táplálkozási szokásainak jellemzőit, a változatos táplálkozás-, az energia-, a vitamin-, és ásványi anyag bevitel, továbbá a rostbevitel tekintetében.

4. VIZSGÁLATI ANYAG ÉS MÓDSZER

A kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunk során részletesen felmértük a szülés-, és a szülészeti intézményben töltött postpartum időszak körülményeit, valamint eseményeit, kiemelve a szülészeti beavatkozások jellegét és előfordulási arányát, a szülés módját, a hazai szülészeti, valamint az újszülött ellátási protokollt, a gyermek táplálásának jellemzőit (a kórházi tartózkodás alatti-, illetve a hazabocsájtást követő időszakban, életkornak megfelelően), illetve a gyermekágyas időszakban az anyák táplálkozási szokásait.

A kutatás Magyarországon, online, Google kérdőív szerkesztővel készített önkitöltős kérdőívvel, célzottan gravidák és édesanyák számára létrehozott közösségi platformokon keresztül (Facebook) zajlott, 2021.03.26. - 2021.07.18. között. Nem véletlenszerű, célirányos, kényelmi mintaválasztást végeztünk, amelynek során a beválasztási kritériumoknak azok az anyák feleltek meg, akik a kérdőív kitöltésének időpontjában legalább egy, biológiailag saját gyermeket neveltek, akinek az életkora nem haladta meg a 60 hónapot (5 évet). Azokat az anyákat zártuk ki az adatfeldolgozás során, akik a megkérdezés idején nem voltak nagykorúak, akik az első gyermekükkel voltak gravidák, valamint, akik a kötelezően megválaszolendő kérdéseket hiányosan vagy nem értelmezhetően töltötték ki, ezzel esetlegesen torzítva az eredményeket. Mindezek mellett kizáró ok volt még a gyermek vagy az anya veleszületett vagy szerzett testi-, illetve mentális betegségéről való beszámoló, amely miatt a szoptatás nem megvalósítható. A kizárások után a beválasztási kritériumoknak 2172 fő felelt meg, melyből az exploratív kutatásunk elvégzését követően eltávolítottuk a koraszülötteket, vagyis a betöltött 37. gesztációs hét előtt születetteket, az eltérő ellátási protokoll miatt. Ezáltal a további elemzéseknél a teljes elemszámot végül 2008 fő alkotta (Lásd részletesen a következő, 4.1 fejezetben).

A kitöltés anonim módon, illetve önkéntesen zajlott. A kérdőívekben nem szerepeltek olyan kérdések, amelyek felfedték volna a kitöltő személyazonosságát. Amennyiben a résztvevő nem kívánta befejezni a kérdőív kitöltését vagy mégsem szeretett volna a kérdésekre válaszolni, abban az esetben lehetősége volt a kitöltést bármikor megszakítani, ezáltal a válaszai nem kerültek beküldésre. A kutatásban való részvételbe mind beleegyeztek, azok, akik végig kitöltötték a kérdőívet és a válaszaikat „beküldés” gombbal véglegesítették, ezáltal elküldték számunkra. A válaszok kizárólag az általam kezelt *hulmananita@gmail.com* Google fiókba érkeztek. A beérkezett válaszok esetében csakis a beküldés időpontja volt látható, a válaszoló e-mail címe nem került rögzítésre.

4.1 A vizsgálat felépítése

A kutatást megelőzően több hónapon keresztül, a választott témánk alapos megismerése érdekében, szisztematikus irodalomkutatást végeztünk az alábbi adatbázisokban: Pubmed, Medline, Google Scholar, Wiley, Scopus, BMC. Az alábbi kulcsszavakat alkalmaztuk a keresések során: szülészeti beavatkozások, szintetikus oxitocin, epidurális érzéstelenítés, császármetszés, bőr-bőr kontaktus, rooming-in, újszülött, csecsemő, válaszkész etetés, cumi, cumisüveg, hatás, Bababarát Kórház Kezdeményezés, szoptatás, kizárólagos szoptatás, postpartum, tápanyagszükséglet, táplálékallergia, táplálékintolerancia, szociodemográfia. Az általunk relevánsnak ítélt szakirodalmakat különböző szempontok alapján; először cím alapján, majd további logikai és tartalmi kritériumok alapján rendszereztük. A kutatási célunknak megfelelően felállítottuk a témacsoportok sorrendjét, valamint meghatároztuk a kérdéseket. Ezt követően 6 fő bevonásával pilot vizsgálatot végeztünk, annak érdekében, hogy a visszajelzések alapján az esetleges hibákat feltárjuk, illetve korrigáljuk. A végleges kérdőív 74 kérdést tartalmazott, amelyben zárt és félig nyitott kérdéseket fogalmaztunk meg, utóbbival lehetőséget biztosítva az önálló vélemény alkotásra (4. számú melléklet).

A kérdőív első szakaszában szociodemográfiai adatokat gyűjtöttünk, úgy, mint az életkor, lakóhely, családi állapot, iskolai végzettség, foglalkozás, jövedelmi státusz, biológiai gyermekek száma, majd a gyermeket-, valamint az anyát érintő antropometriai kérdések következtek.

A kérdőív második és harmadik szakaszában felsorolt kérdések megegyeztek, azzal az eltéréssel, hogy a kérdőív második szakaszában az anya születésére, míg a harmadik szakaszában az anya szülésére vonatkozóan tettük fel a kérdéseket a szülés módjáról, az elvégzett beavatkozásokról, a szülés eseményeiről, illetve a kórházi ellátás körülményeiről. Ezen két szakaszban alkalmazott kérdéseket az ELTE saját szerkesztésű „*Születésem körülményei*” c. kérdőívében szereplő kérdések alapján alkalmaztuk a saját kérdőívünkben [108] (5. számú melléklet).

A negyedik szakaszban a szoptatás idejéről, módjáról, a cumi-, illetve cumisüveg használatáról és egyéb etetéshez használható segédeszközök alkalmazásáról, emellett a szoptatással kapcsolatban a kórházban kapott javaslatokról, a kizárólagosságáról és a személyes hozzáállásról kérdeztük az anyákat.

Az ötödik szakaszban a csecsemő és kisgyermek táplálásra vonatkozóan tettünk fel kérdéseket. Az utolsó, hatodik szakaszban a gyermekágyas időszak alatti táplálkozási szokásairól; a változatosság -, az energia-, a vitamin-, és az ásványi anyag bevitelről, a rostbevitelről, a saját

vagy a gyermeke egészsége érdekében folytatott diétázási szokásokról kérdeztük az anyákat. Az adatelemzés során először feltáró kutatási szándékkal összehasonlítottuk a kérdőív második és harmadik szakasza alapján az anya születése és a szülése során alkalmazott beavatkozásokat, körülményeket, illetve eseményeket. A koraszülöttek az adatelemzések során a minta részét képezték, az elemszám 2172 fő volt. Ezt követően a mintából eltávolítottuk a betöltött 37. gesztációs hét előtt születetteket, miként a koraszülöttek ellátása más ellátási rend alapján, a koraszülött intenzív osztályon (PIC - Perinatális Intenzív Centrumban) történik, ezáltal torzítást jelentett volna az eredmények tekintetében. Ezután került sor a kérdőív további adatainak elemzésére, 2008 fő adatainak figyelembevételével. Megvizsgáltuk a szülészeti beavatkozások jellegét és előfordulási arányát. Felmértük többek között a szülés módjának - természetes (hüvelyi) szülés, tervezett császármetszés, sürgősségi császármetszés - kapcsolatát a szülészeti beavatkozásokkal (kiemelt tekintettel a szintetikus oxitocin és az epidurális érzéstelenítés vonatkozásában), a szülés utáni körülményekkel (anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejöttével, a szülés után az újszülött anyja mellkasára helyezésének idejével, a kórházban az újszülött kiegészítő táplálásban részesítésével és a rooming-in elhelyezéssel), valamint a cumi használatával és a kizárólagos szoptatás, valamint az anyatejes táplálás időtartamával. Továbbá a postpartum körülmények összefüggéseit egymással, valamint a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás hosszának időtartamával. Továbbá felmértük a csecsemő életének első hat hónapjában alkalmazott táplálási módokat, amely alapján két csoportot alkottunk; a szoptató anyák csoportját és a nem szoptató anyák csoportját, majd további elemzéseket folytattunk. Szoptató anyák csoportjába soroltuk azokat a kitöltőket, akik a válaszadás során arról számoltak be, hogy csecsemőjüket hat hónapos korig (kizárólag) szoptatással, anyatejjel cumisüvegből vagy anyatejjel egyéb segédeszközzel (például itatópohár, fecskendő) táplálták.

Mindemellett felmértük és összehasonlítottuk a gyermekágyas időszakra vonatkozóan (szülés utáni 6 hét) a szoptató anyák és nem szoptató anyák szociodemográfiai jellemzőit és táplálkozási szokásait. Mindemellett felmértük és összevetettük a Bababarát Kórház Kezdeményezés: „Sikeresszoptatáshoz vezető tíz lépés” elveinek megvalósulási arányát mindkét csoportban. A Bababarát Kórház Kezdeményezésben taglalt „Sikeresszoptatáshoz vezető tíz lépés” gyakorlataival tartalmi szempontból megegyező kérdéseket tettünk fel, melyet a III. táblázatban szemléltetünk.

Az első két lépést nehéz volt végrehajtani, mivel az első lépés arra vonatkozik, hogy a szülészeti ellátást biztosító intézet rendelkezik-e írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertetnek a dolgozókkal. Ebben a Kezdeményezés megtiltja a tápszerek ajánlását. Ennek felmérésére, arról kérdeztük az anyákat, hogy egészségügyi dolgozó javallatára adtak-e valaha

tápszert a gyermeküknek.

A második lépés a bababarat gyakorlatok személyzet általi naprakész ismeretének, képzettségének és végrehajtásának bemutatására szolgál. Ahhoz, hogy ezt felmérjük a kérdőívben arról tettünk fel kérdéseket, hogy szülés után gyermekükkel maradhattak-e bőr-bőr kontaktusban, létrejött-e a korai (egy órán belüli) szoptatás, illetve javasolta-e a személyzet, hogy válaszkészen táplálja a gyermekét.

A harmadik kérdés a BBKK politikája alapján, hogy tájékoztassák a várandós nőket és családjaikat a szoptatás előnyeiről, illetve módjáról. Ennek megfelelően, arról kérdeztük az anyákat, hogy mennyire tartották fontosnak gyermekük szoptatását.

A negyedik lépés az anyák támogatásra vonatkozik, annak érdekében, hogy a születést követően azonnal bőr-bőr kontaktusban kerüljenek gyermekükkel és minél előbb megkezdjék a szoptatást. Erre vonatkozóan arról kérdeztük az anyákat, hogy mennyi idővel a szülés után került a gyermekük a mellkasukra. A kérdés statisztikai elemzésénél a globálisan és Magyarországon is javasolt irányelvet alkalmaztuk, azaz, hogy a születéstől számított egy órán belül létrejött-e a korai szoptatás.

Az ötödik kérdésnél a helyes mellre helyezésben való segítségnyújtásról és a különböző szoptatási pozicionálásra tett javaslatokról tettünk fel kérdéseket.

A hatodik lépés esetében arról gyűjtöttünk információkat, hogy szülést követően, a kórházi tartózkodás idején, részesült-e az újszülött kiegészítő táplálásban, miként az ajánlás alapján csak orvosi indikáció esetén megengedett az újszülöttnak kiegészítő étel vagy ital adása.

A hetedik lépésben a 24 órán át tartó együttes elhelyezés (rooming-in) létrejöttéről kértük az anyákat, hogy nyilatkozzanak.

A nyolcadik lépésben az újszülött éhségjeleinek felismerését és a válaszkész táplálás megvalósulását mértük fel.

A kilencedik kérdésnél a cumi használati szokásokról, illetve a csecsemő első hat hónapban folytatott táplálás módjáról gyűjtöttünk adatokat, annak érdekében, hogy megtudjuk, cumisüvegből történt-e a táplálás. Emellett arról is kérdeztük az anyákat, hogy adtak-e játszó- vagy nyugtató cumit gyermeküknek (a nyugtató cumit másképpen altató cuminak is nevezik, és mindössze abban különbözik a játszó cumitól, hogy fluoreszkál a sötétben).

A tizedik lépésnél arra vonatkozóan tettünk fel kérdést, hogy a kórházból történő hazabocsájtás alkalmával részesült-e tájékoztatásban annak tekintetében, hogy kihez fordulhat segítségért, amennyiben otthonában nehézségei akadnak a szoptatással (III. táblázat).

III. táblázat: A „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” és a kérdőívünk elemeinek összehasonlítása

Tíz lépés a sikeres szoptatáshoz (WHO&UNICEF, 2023)	Kérdőívben szereplő kérdések
1. lépés: A kórház rendelkezék írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertessenek az egészségügyi dolgozókkal.	Adott valaha tápszert gyermekének egészségügyi dolgozó javaslatára?
2.lépés: A személyzet elegendő tudással, kompetenciával és készségekkel rendelkezik a szoptatás támogatásához.	Szülés után közvetlenül a gyermekével maradhatott bőr-bőr kontaktusban? Javasolták az igény szerinti táplálást?
3.lépés: Tájékoztassanak minden várandós nőt és családját a szoptatás fontosságáról és módjáról.	Fontosnak tartotta, hogy a gyermekét tudja szoptatni?
4. lépés: Segítsék elő az azonnali és megszakítás nélküli bőr-bőr érintkezést, és támogassák az anyákat, hogy a szülés után a lehető leghamarabb megkezdhessék a szoptatást.	Mennyi idővel a szülés után került gyermeke az Ön mellkasára?
5. lépés: Támogassák az anyákat a szoptatás megkezdésében és fenntartásában, valamint a gyakori nehézségek kezelésében.	A kórházban segítettek a helyek mellre helyezésben? A kórházban javasoltak különböző szoptatási pozíciókat?
6. lépés: Ne adjanak a szoptatott újszülöttnak az anyatejen kívül más ételt vagy italt, kivéve, ha orvosi szempontból nem indokolt.	Részesült gyermeke a születést követően anyatej mellett vagy helyett kiegészítő táplálásban?
7. lépés: Tegyük lehetővé az anyák és újszülöttjeik számára, hogy együtt maradjanak a nap 24 órájában (rooming-in).	Jelölje meg, hogy sor került vagy nem került sor az alábbi körülményre: Rooming-in-ben voltunk (vagyis együtt voltam a gyermekemmel a kórházi napok alatt)
8. lépés: Támogassák az anyákat, hogy felismerjék és reagáljanak csecsemőik éhségjeleire.	A kórházban javasolták, hogy válaszkészen szoptassa gyermekét és elmondták miből ismeri fel gyermeke éhségjeleit?
9. lépés: Támogassák az anyákat a szoptatásban és tájékoztassák a cumik, cumisüvegek használatának kockázatáról.	Kérem válaszolja meg hogyan táplálta/táplálja gyermekét az első 6 hónapban? Használt-e a gyermeke valaha játszó- vagy nyugtatócumit?
10. lépés: Koordinálják az elbocsátást, hogy a szülők és újszülöttjeik időben hozzáférjenek a folyamatos támogatáshoz és gondozáshoz.	A kórházban adtak információt, hogy kit tud keresni, ha otthonában nehézségei akadnak a szoptatással kapcsolatban?

4.2 A vizsgálat etikai vonatkozása

Az elkészült kérdőívet, valamint a tervezett kutatásunk részleteit az illetékes szombathelyi Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Regionális/Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága előtt mutattuk be. A tervezett tudományos munkát megfelelőnek és korszerűnek találták, melynek elkezdését az adatvédelmi szabályok szigorú betartása mellett, 2021. április 27-én engedélyezték számunkra. A vizsgálat iktatószáma:13/2021. (6. számú melléklet).

4.3 Alkalmazott statisztikai módszerek

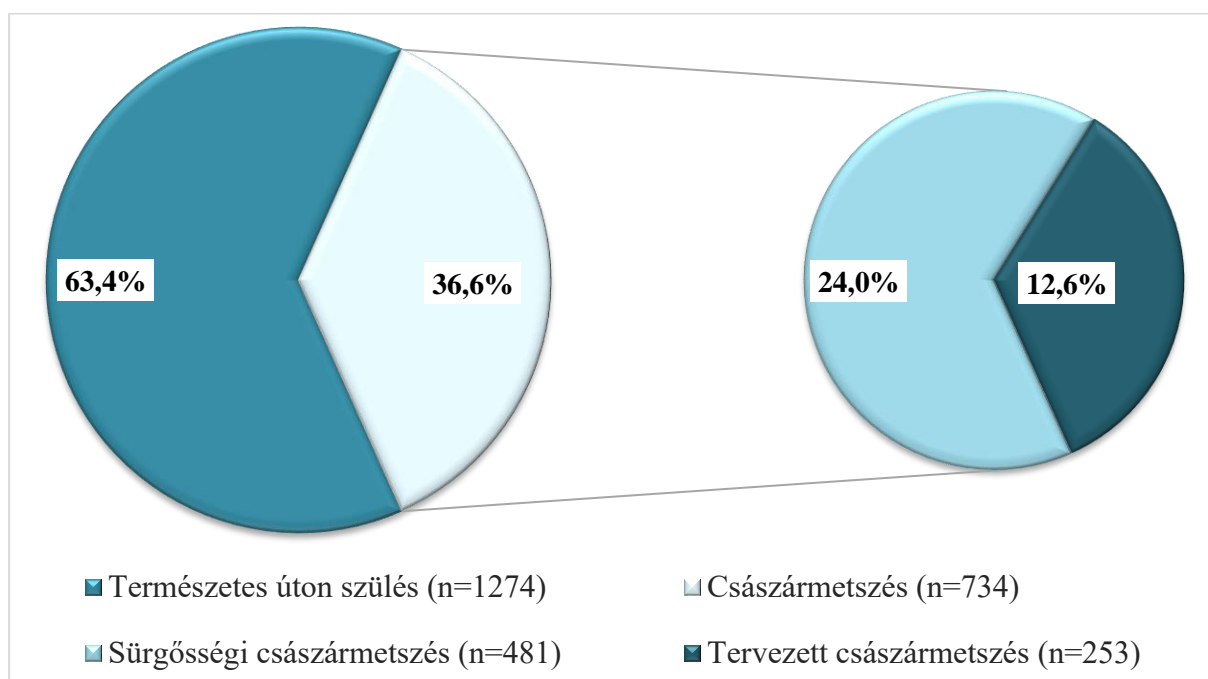
A statisztikai elemzést Microsoft Excel 365 és SPSS 25.0 program segítségével végeztük. A leíró statisztika során abszolút – és relatív gyakoriságot, átlagot, szórást, minimum – és maximum értékeket számoltunk. A vizsgált változók közti kapcsolat elemzéséhez kétmintás t-próbát, Khi-négyzet próbát és ANOVA-t alkalmaztunk. A szignifikancia szintet $p < 0,05$ értéknél határoztuk meg [109].

5. EREDMÉNYEK

5.1 A vizsgalati minta szociodemográfiai jellemzői

A szüléskor a kitöltők átlag életkora a 31,04 év (min=17 év, max=50 év, SD=4,933) volt. A résztvevők 28,7%-a (n=575) községben vagy faluban, 52,3%-a (n=1051) városban és 19,0%-a (n=382) fővárosban élt. A családi állapot alapján az anyák 4,8%-a (n=96) hajadon, 8,5%-a (n=170) bejegyzett élettárs, 85,2%-a (n=1711) házas, 1,2%-a (n=25) elvált, 0,3%-a (n=6) elvált bejegyzett élettárs státuszban volt a megkérdezés idején. Az iskolai végzettség alapján a kitöltők 61,9%-a (n=1242) főiskolát vagy egyetemet végzett, 31,9%-a (n=640) gimnáziumot vagy szakközépiskolát, további 4,8%-a (n=97) szakiskolát, míg 1,4%-a (n=29) 8 általános vagy annál alacsonyabb végzettséggel rendelkezett. Az anyák 36,9%-a (n=740) 40 000 Ft-160 000 Ft közötti egy főre jutó havi nettó jövedelemről, 46,8%-a (n=940) 161 000 Ft-300 000 Ft közötti jövedelemről, míg 16,3%-a (n=328) 330 000 Ft feletti jövedelemről számolt be. A gyermekek száma alapján a kitöltők 66,3%-ának (n=1332) egy, 26,4%-ának (n=529) kettő és 7,3%-ának (n=147) három vagy annál is több gyermeke volt. A válaszadók 73,3%-a (n=1472) az első, 20,4%-a (n=409) a második, 4,4%-a (n=88) a harmadik és további 2,6% (n=38) a többedik gyermekére vonatkoztatva válaszolta meg a kérdéseket. A gyermek neme alapján az anyák 51,3%-a (n=1030) fiúnak és 48,7%-a (n=978) lánynak adott életet. A résztvevők közel kétharmada természetes (hüvelyi) úton, csaknem egynegyede sürgősségi császármetszéssel, és alig több, mint egytizede tervezett császármetszéssel szülte gyermekét (2. ábra).

2. ábra: Az anyák szülésének módja (n=2008)



5.2 A szoptatási mutatók alakulása

A résztvevők 60,2%-a (n=1208) szoptatta meg a szülőszobán újszülöttjét. Az anyák 77,3%-a (n=1552) válaszkészen táplálta gyermekét. A csecsemők 67,0%-át (n=1346) kizárólagosan szoptatták az első hat hónapban. Azoknál a csecsemőknél tartott szignifikánsan hosszabb ideig az anyatejes táplálás időtartama, akiknél hosszabban valósult meg a kizárólagos szoptatás ($p < 0,001$). Az anyatejes táplálás átlagosan 10,73 hónapos (SD=8.36, min=0, max=60) korig valósult meg.

5.3 A szociodemográfiai tényezők, valamint a szülés módjának kapcsolata a szoptatással

Szignifikáns különbség volt a szoptató anyák és nem szoptató anyák csoportja között az életkor ($p < 0,001$), a lakóhely ($p < 0,001$), a családi állapot ($p < 0,001$), az iskola végzettség ($p < 0,001$), a jövedelmi státusz ($p < 0,001$), a gyermekek száma ($p = 0,005$), a szülés módja ($p = 0,018$) és annak tekintetében is, hogy hányadik gyermekükre vonatkoztatva töltötték ki a kérdőívet ($p = 0,021$). Az életkor alapján a 25 év alatti anyák alig több, mint 50 százaléka szoptatott ($p < 0,001$). Az életkor előrehaladtával a szoptatás aránya növekvő tendenciát mutatott, a 25 évnél idősebbek esetén már meghaladta a kétharmados arányt. A lakóhely alapján a legnagyobb arányban, a fővárosban élő anyák háromnegyede szoptatott, ezzel szemben, a faluban/községben élők alig kétharmada szoptatott ($p < 0,001$). A családi állapot tekintetében a hajadonok, illetve a házasok voltak a legnagyobb arányban, több, mint kétharmaduk szoptatott, míg a bejegyzett élettársi kapcsolatban élők, az elvált státuszúak és az elvált bejegyzett élettársi kapcsolatban élők alig felére volt jellemző a legalább fél éves korig tartó szoptatás ($p < 0,001$). Az iskolai végzettség vonatkozásában a legnagyobb arányban a főiskolai, egyetemi végzettséggel rendelkezők háromnegyedére volt jellemző, hogy szoptatták csecsemőjüket, míg a középszintű vagy alapszintű, illetve annál is alacsonyabb végzettségűek esetén ez az arány csupán 50 százalék körüli volt ($p < 0,001$). A jövedelmi státuszt figyelembe véve a 40 000-160 000 Ft egy főre jutó nettó átlag bevételűek körében volt a legkisebb a szoptatás aránya fél éves korig, nem érte el a kétharmadot sem, míg a 161 000 Ft-nál magasabb átlag bevétellel rendelkezők körében bőven meghaladta a kétharmados többséget ($p < 0,001$). Az egy gyermekkel rendelkezők alig kevesebb, mint kétharmada táplálta csecsemőjét szoptatással, ugyanakkor a kettő vagy több gyermekkel rendelkezők szoptatási aránya is csak alig haladta meg a kétharmados többséget ($p = 0,005$). A többedik gyermekükre kitöltők nagyobb arányban szoptattak, mint az első gyermekük vonatkozásában válaszolók ($p = 0,021$) (IV. táblázat).

IV. táblázat: A szoptató anyák (n=1346) és a nem szoptató anyák (n=662) szociodemográfiai jellemzői (n=2008)

Szociodemográfiai tényezők		Nem szoptató anyák (n (%))	Szoptató anyák (n (%))	Összesen (%)	χ^2 (df)	p
Anya életkora szüléskor	25 év alatti	111 (43,9%)	142 (56,1%)	253 (100%)	15,866(3)	<0,001
	25-29 év közötti	224 (32,1%)	473 (67,9%)	697 (100%)		
	30-34 év közötti	214 (30,9%)	478 (69,1%)	692 (100%)		
	34 év feletti	113 (30,9%)	253 (69,1%)	366 (100%)		
Lakhely	Község/Falu	212 (36,9%)	363 (63,1%)	575 (100%)	25,287(2)	<0,001
	Város	365 (34,7%)	686 (65,3%)	1051 (100%)		
	Főváros	85 (22,3%)	297 (77,7%)	382 (100%)		
Családi állapot	Hajadon	27 (28,1%)	69 (71,9%)	96 (100%)	25,287(2)	<0,001
	Bejegyzett élettárs	84 (49,4%)	86 (50,6%)	170 (100%)		
	Házasság	535 (31,3%)	1176 (68,7%)	1711 (100%)		
	Elvált	13 (52,0%)	12 (48,0%)	25 (100%)		
	Elvált bejegyzett élettárs	3 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (100%)		
Iskolai végzettség	8 általános iskola vagy annál kevesebb	13 (44,8%)	16 (55,2%)	29 (100%)	91,309(3)	<0,001
	Gimnázium/Szakközép iskola	282 (44,1%)	358 (55,9%)	640 (100%)		
	Szakiskola	53 (54,6%)	44 (45,4%)	97 (100%)		
	Főiskola/Egyetem	314 (25,3%)	928 (74,7%)	1242 (100%)		
Nettó 1 főre jutó nettó átlag bevétel	40 000-160 000 Ft	298 (40,3%)	442 (59,7%)	740 (100%)	28,338(2)	<0,001
	161 000-330 000 Ft	268 (28,5%)	672 (71,5%)	940 (100%)		
	330 000 Ft felett	96 (29,3%)	232 (70,7%)	328 (100%)		
Gyermek száma	1	471 (35,4%)	861 (64,6%)	1332 (100%)	10,485(2)	0,005
	2	147 (27,8%)	382 (72,2%)	529 (100%)		
	3 vagy több	44 (29,9%)	103 (70,1%)	147 (100%)		
Hányadik gyermekre tölti ki a kérdőívet	Első	507 (34,4%)	965 (65,6%)	1472 (100%)	5,313(1)	0,021
	Többedik	155 (29,0%)	380 (71,0%)	535 (100%)		
Gyermek neve	Fiú	351 (34,1%)	679 (65,9%)	1030 (100%)	1,178(1)	0,278
	Lány	311 (31,8%)	667 (68,2%)	978 (100%)		

A szülés módja alapján szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport tekintetében ($p=0,018$). A legnagyobb arányban a hüvelyi úton szülők szoptattak, 10 anyából 9, legkisebb arányban a tervezett császármetszéssel szülők szoptattak, 10 anyából 8 (V. táblázat). Nem volt szignifikáns különbség a gyermek neme tekintetében a két vizsgált csoport között ($p=0,278$).

V. táblázat: A szoptató anyák ($n=1346$) és a nem szoptató anyák ($n=662$) szülési módjának jellemzői ($n=2008$)

	Nem szoptató anyák (n (%))	Szoptató anyák (n (%))	Összesen (%)	χ^2 (df)	p
Hüvelyi úton szülés	153 (12%)	1121 (88%)	1274 (100%)	8,064(2)	0,018
Tervezett császármetszés	46 (18,2%)	207 (81,8%)	253 (100%)		
Sürgősségi császármetszés	72 (15%)	409 (85%)	481 (100%)		

5.4 Az anya születése és szülése közötti összefüggések

Szignifikáns különbség mutatkozott az anya és a gyermeke születési módja között ($p<0,001$). A hüvelyi úton született anyák legnagyobb - közel kétharmados - arányban hüvelyi úton szültek. A tervezett császármetszéssel világra jött anyák legnagyobb hányada - több, mint fele - természetes úton szülte gyermekét. A sürgősségi császármetszéssel született anyák is legnagyobb arányban - közel egykettedük – hüvelyi szüléssel hozták világra gyermeküket, viszont körükben magas, közel 40%-os arányban szültek sürgősségi császármetszéssel. Az anya születése utáni bőr-bőr kontaktus és a gyermeke születése utáni bőr-bőr kontaktus megvalósulása között nem mutatkozott szignifikáns különbség ($p=0,356$). Nem mutatkozott statisztikai szempontból jelentős különbség az anya mellkasára helyezés, a bőr-bőr kontaktus és a rooming-in elhelyezés tekintetében sem. Az anya és a gyermeke szoptatásának időtartama között szintén nem találtunk szignifikáns különbséget ($p=0,289$) (VI. táblázat).

VI. táblázat: Az anya és a gyermeke születési módja közötti kapcsolat ($n=2155$)

Gyermeke \ Anya	Hüvelyi úton (n (%))	Tervezett császármetszés (n (%))	Sürgősségi császármetszés (n (%))	χ^2 (4)	p
Hüvelyi úton	1201 (63,6%)	237 (12,6%)	449 (23,8%)	24,873	<0,001
Tervezett császármetszés	54 (59,3%)	13 (14,3%)	24 (26,4%)		
Sürgősségi császármetszés	88 (49,7%)	17 (9,6%)	72 (40,7%)		

A gesztációs kor alapján az anya születési ideje és gyermeke születési ideje között szignifikáns különbség mutatkozott ($p < 0,001$). A 37. gesztációs hét előtt született anyák legnagyobb aránya, több, mint a fele, a betöltött 37. és 40. terhességi hét között szült. A betöltött 37. és 40. terhességi hét között született anyák legnagyobb, közel kétharmados aránya gyermekeiket is a betöltött 37. és 40. gesztációs hét között szülték. A 40. gesztációs hét után született anyák legnagyobb aránya, egykettede, gyermekeiket is a 40. gesztációs hét után szülték (VII. táblázat).

VII. táblázat: Az anyák és a gyermekeik gesztációs kor szerinti születési ideje közötti kapcsolat (n=1904)

Gyermeke Anya	Betöltött 37. hét előtt (n (%))	Betöltött 37.- 40. hét között (n (%))	Betöltött 40. hét után (n (%))	$\chi^2(4)$	<i>p</i>
Betöltött 37. hét előtt	22 (14,5%)	85 (55,9%)	45 (29,6%)	77,089	<0,001
Betöltött 37.- 40. hét között	102 (7,5%)	863 (63,7%)	390 (28,8%)		
Betöltött 40. hét után	21 (5,3%)	175 (44,1%)	201 (50,6%)		

5.5 A leggyakrabban végzett szülészeti beavatkozások

A leggyakoribb szülészeti beavatkozás a szintetikus oxitocinnal történő szülés gyorsítás volt, amely az anyák közel felét érintette. Ezt követte a burokrepesztés, ami néhány százalékkal volt kevesebb, szintén csaknem a résztvevők felénél jelen volt. Emellett tíz anyából négyenél gátmetszést végeztek. Jelentős mértékűnek bizonyult az epidurális érzéstelenítés, amelyben az anyák egyharmada, illetve a szülés indítás exogén oxitocinnal, amelyben az anyák egynegyede részesült. Kábítógázt az anyák valamivel több, mint tíz százaléka kapott, altatásban és vákuum-, vagy fogóhasználatban a szülő nők, kevesebb, mint tíz százaléka részesült (VIII. táblázat).

VIII. táblázat: Különböző szülészeti beavatkozások gyakorisága (n=2008)

Szülészeti beavatkozás jellege	Igen (n (%))	Nem (n (%))
Szülés gyorsítása (exogén oxitocinnal)	967 (48,2%)	1041 (51,8%)
Burokrepesztés	917 (45,7%)	1091 (54,3%)
Gátmetszés	818 (40,7%)	1190 (59,3%)
Epidurális érzéstelenítés (EDA)	681 (33,9%)	1327 (66,1%)
Szülés megindítása (exogén oxitocinnal)	527 (26,2%)	1481 (73,8%)
Kábítógáz	227 (11,3%)	1781 (88,7%)
Altatás	86 (4,3%)	1922 (95,7%)
Vákuum- vagy fogóhasználat	72 (3,6%)	1936 (96,4%)

5.5.1 Az exogén oxitocin, az epidurális érzéstelenítés (EDA) és a szülés módjának kapcsolata

Az epidurális fájdalomcsillapítás alkalmazásának tekintetében és a szülés módja között szignifikáns különbséget találtunk ($p < 0,001$). A természetes úton szült anyák 14,5%-ánál ($n=185$), míg a sürgősségi császármetszéssel szült anyák 64,9%-ánál ($n=312$) alkalmaztak epidurális érzéstelenítést a szülés során.

Az exogén oxigénben részesültek és nem részesültek között szignifikáns különbség mutatkozott az epidurális érzéstelenítés alkalmazásának tekintetében ($p < 0,001$). A szintetikus oxitocinban részesültek 49,7%-ánál ($n=180$) történt epidurális fájdalomcsillapítás, míg akiknél nem alkalmaztak szintetikus oxitocint az EDA alkalmazása mindössze 31,5%-ban ($n=518$) fordult elő. Emellett szignifikáns különbség mutatkozott az exogén oxitocin kezelésben részesített és nem részesített, természetes úton szülő anyák esetében az epidurális anesztézia alkalmazásának tekintetében ($p < 0,001$). Az exogén oxitocinban részesültek 20%-a ($n=151$) kapott EDA-t is. Ezzel szemben, akiknél nem alkalmaztak szintetikus oxitocint csupán 6,4%-uk ($n=33$) részesült epidurális fájdalomcsillapításban.

A szülési mód és a szintetikus oxitocinnal történő szülés indítás között szignifikáns különbség mutatkozott ($p < 0,001$). Legnagyobb arányban a sürgősségi császármetszéssel szülők több, mint 40%-ánál, míg a legkisebb arányban a természetes úton szült anyák egyötödénél alkalmaztak szülés indítást. A hüvelyi úton szülők, valamint a sürgősségi császármetszéssel átesettek több, mint felénél történt exogén oxitocinnal szülés gyorsítás ($p < 0,001$). A hüvelyi szülések előfordulása jelentősen magasabb arányúnak bizonyult azoknál, akiknél az oxitocint a szülés gyorsítása céljából alkalmazták ($p < 0,001$). A sürgősségi császármetszéssel szült anyák körében fordult elő a legmagasabb arányban szülés indítás és gyorsítás is (IX. táblázat).

IX. táblázat: A szintetikus oxitocin alkalmazásának gyakorisága és összefüggései a szülés módjával ($n=2008$)

Szülészeti beavatkozás jellege	Hüvelyi úton szülés (n (%))	Tervezett császármetszés (n (%))	Sürgősségi császármetszés (n (%))	$\chi^2(2)$	<i>p</i>
Szülés indítás	263 (20,6%)	58 (22,9%)	206 (42,8%)	90,419	<0,001
Szülés gyorsítás	695 (54,6%)	19 (7,5%)	253 (52,6%)	192,103	<0,001
Szülés indítás és gyorsítás	203 (15,9%)	15 (5,9%)	144 (29,9%)	75,009	<0,001

Kutatásunkban kiegészítésként felmértük a szülés során alkalmazott egyéb beavatkozások összefüggéseit a szülés módjával. A résztvevők közel kétharmadánál alkalmaztak gátmetszést, és alig több, mint 5%-ánál fordult elő vákuum- vagy fogó használat. Burokrepesztésről a hüvelyi úton szült anyák több, mint fele számolt be, a sürgősségi császármetszéssel szült anyák körében közel 40%-os volt az előfordulási aránya, míg legkevésbé - alig több, mint 6%-os arányban - a tervezett császármetszés esetén fordult elő. Kábítógázt a sürgősségi császármetszéssel szült anyák kaptak legmagasabb arányban, több, mint 12%-uk, bár közel azonos százalékos arányt figyelhetünk meg a természetes szülések esetén is, míg a tervezett császármetszéssel szült anyáknál alkalmazták a legalacsonyabb arányban (X. táblázat).

X. táblázat: Egyéb szülészeti beavatkozások előfordulási aránya és kapcsolata a szülés módjával (n=2008)

Szülészeti beavatkozás	Hüvelyi úton szülés (n (%))	Tervezett császármetszés (n (%))	Sürgősségi császármetszés (n (%))	$\chi^2(2)$	p
Gátmetszés	815 (64,0%)	0 (0%)	3 (0,6%)	779,387	<0,001
Burokrepesztés	711 (55,8%)	16 (6,3%)	190 (39,5%)	218,008	<0,001
Vákuum- vagy fogóhasználat	69 (5,4%)	1 (0,4%)	2 (0,4%)	33,775	<0,001
Kábítógáz	153 (12,0%)	12 (4,7%)	62 (12,9%)	12,7	0,002

5.5.2 A szintetikus oxitocin, az epidurális érzéstelenítés (EDA) és a szülés módjának összefüggései a szülőszobai szoptatással, valamint az anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálással

Szignifikánsan magasabb arányban szoptattak a szülőszobán azok a hüvelyi úton szült anyák, akiknél nem alkalmaztak exogén oxitocint a szülés során ($p < 0,001$). A szülés során szintetikus oxitocinban nem részesült anyák 81,9%-a ($n=425$), míg a részesült anyák 72,5%-a ($n=547$) számolt be arról, hogy megvalósult a korai, szülőszobai szoptatás.

A szülőszobai szoptatás tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott a szülési módok között ($p < 0,001$). Az epidurális érzéstelenítésben részesült és nem részesült anyák újszülöttjei között szignifikáns különbség volt felfedezhető az anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálás előfordulásában ($p < 0,001$). A szülés során epidurális fájdalomcsillapításban részesített anyák újszülöttjeinek 55,3%-a ($n=365$), míg az EDA-ban nem részesített anyák

újszülöttjeinek mindössze 40,9%-a (n=509) kapott a kórházban kiegészítő táplálást. Emellett a szülés módja alapján az alkalmazott kiegészítő táplálás előfordulása között is szignifikáns különbség mutatkozott ($p < 0,001$). A legmagasabb, 61,3%-os (n=751) arányban a természetes úton született újszülöttek nem részesültek anyatej mellett vagy helyett kiegészítő táplálásban, míg a sürgősségi császármetszés útján világra jött újszülöttek voltak a legmagasabb arányban, 61,7% (n=271), akik részesültek kiegészítő táplálásban. A tervezett császármetszés útján született újszülöttek ennél valamivel kevesebb, 53,5%-a (n=129) kapott kiegészítő táplálást a kórházi tartózkodás ideje alatt.

5.6 A szülés módjának és körülményeinek kapcsolata a csecsemő táplálásával

5.6.1 A korai (szülőszobai) szoptatás összefüggései az anyatejes táplálás időtartamával

A természetes úton szült anyák esetében szignifikánsan magasabb arányban valósult meg a korai szoptatás, mint a császármetszéssel szült anyák esetében ($p < 0,001$). A hüvelyi úton szült anyák több, mint háromnegyede, 76,3%-a (n=972) megszojtatta gyermekét a szülőszobán, míg császármetszéssel szült anyák alig egyharmada: a tervezett császármetszés esetén az anyák 35,2%-a (n=89) és hasonló arányban, a sürgősségi császármetszéssel szült anyák 30,6%-a (n=147) számolt be arról, hogy a szülést követően azonnal megszojtatta újszülöttjét.

A szülőszobán megszojtatott csecsemőket tovább táplálták anyatejjel ($t(1940) = -4,27$, $p < 0,001$). Azoknál a csecsemőknél, akiknél megvalósult a korai szoptatás, átlagosan 11,38 hónapos korukig (SD=8,52, min=0, max=60), míg akiknél nem valósult meg, átlagosan 9,72 hónapos (SD=8,01, min=0, max=59) korukig részesültek anyatejes táplálásban.

5.6.2 A születési mód összefüggései a csecsemő táplálásának módjával hat hónapos korig

A kizárólagos szoptatás és a csecsemő születési módja között szignifikáns különbséget állapítottunk meg ($p = 0,014$). A fél éves korig tartó kizárólagos szoptatás a természetes úton született csecsemők körében meghaladta a kétharmados arányt, ugyanakkor a császármetszéssel született csecsemők aránya sem sokkal volt kevesebb, ugyanakkor nem érte el a kétharmados arányt, sem a tervezett-, sem a sürgősségi császármetszés esetén.

Az anyatejes táplálás arányának tekintetében szignifikáns különbség volt megfigyelhető a szülés módja alapján ($p < 0,001$). Az anyatejjel táplálás a hüvelyi úton szült anyák esetében bizonyult a legnagyobb, valamivel több, mint 60%-os arányúnak. A sürgősségi császármetszéssel szült anyák több, mint egykettede, míg a tervezett császármetszéssel szült

anyák kevesebb, mint fele táplálta anyatejjel csecsemőjét fél éves koráig.

Szignifikáns különbség mutatkozott az anyatejjel és tápszerrel vegyesen táplálás tekintetében a szülés módja alapján ($p=0,017$). Anyatejjel és tápszerrel egyaránt a természetes úton szült és a sürgősségi császármetszéssel szült anyák egyötöde táplálta csecsemőjét, míg a tervezett császármetszéssel szült anyák alig nagyobb, egynegyed arányban alkalmaztak vegyes táplálást csecsemőjükénél az első hat hónapban.

Jelentős különbséget állapítottunk meg a tápszeres táplálás tekintetében a szülés módja alapján ($p<0,001$). A tervezett császármetszéssel szült anyák legnagyobb hányadára, közel felére, a sürgősségi császármetszéssel szült anyák, több mint 40%-ára, míg a hüvelyi úton szült anyák közel egyharmadára volt jellemző, hogy anyatej-helyettesítő tápszeres táplálást alkalmazott a csecsemőjénél.

Az anyatejes táplálás mellett elkezdett hozzátáplálás és a szülési mód tekintetében szignifikáns különbséget állapítottunk meg ($p=0,024$). A természetes úton szülők körében volt a leggyakoribb a csecsemő fél éves kora előtt megkezdett hozzátáplálás, esetükben meghaladta, míg a mind a sürgősségi császármetszés, mind a tervezett császármetszéssel szült anyák esetében nem érte el a tíz százalékos arányt. A szülés módja alapján szignifikáns különbség volt felfedezhető az anyatej helyettesítő tápszer mellett elkezdett hozzátáplálás tekintetében is ($p<0,001$). A tápszer melletti hozzátáplálás a császármetszéssel szült anyák közül tízből egyre volt jellemző, leginkább a sürgősségi császármetszéssel szült anyák csecsemőinél, ugyanakkor alig fél százalékkal volt csak alacsonyabb arányú a tervezett császármetszéssel született csecsemők esetében. A hüvelyi úton szült anyák körében fordult elő a legkisebb arányban, kevesebb, mint tíz százalékukra volt jellemző a tápszeres táplálás mellett elkezdett hozzátáplálás (XI. táblázat).

XI. táblázat: A táplálási formák összehasonlítása a szülés módja alapján a csecsemő fél éves koráig (n=2008)

Táplálás módja	Hüvelyi úton szülés (n (%))	Tervezett császármetszés (n (%))	Sürgősségi császármetszés (n (%))	$\chi^2(2)$	p
Kizárólagos szoptatás	883 (69,3%)	156 (61,7%)	307 (63,8%)	8,531	0,014
Egyéb	391 (30,7%)	97 (38,3%)	174 (36,2%)		
Anyatejes táplálás	770 (60,4%)	123 (48,6%)	267 (55,5%)	13,418	<0,001
Egyéb	504 (39,6%)	130 (51,4%)	214 (44,5%)		
Anyatejjel és tápszerrel táplálás	234 (18,4%)	66 (26,1%)	99 (20,6%)	8,101	0,017
Egyéb	1040 (81,6%)	187 (73,9%)	382 (79,4%)		
Tápszeres táplálás	437 (34,3%)	125 (49,4%)	198 (41,2%)	23,431	<0,001
Egyéb	837 (65,7%)	128 (50,6%)	283 (58,8%)		
Anyatejes táplálás és hozzátáplálás	166 (13,0%)	20 (7,9%)	47 (9,8%)	7,475	0,024
Egyéb	1108 (87,0%)	233 (92,1%)	434 (90,2%)		
Tápszeres táplálás és hozzátáplálás	84 (6,6%)	29 (11,5%)	57 (11,9%)	15,805	<0,001
Egyéb	1190 (93,4%)	224 (88,5%)	424 (88,1%)		

*Egyéb: bármely másik a táblázatban előforduló táplálási forma, amely nem az adott soron belül helyezkedik el

5.6.3 A szülés módjának kapcsolata a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időtartamával

A különböző módon született csecsemők között jelentős különbség mutatkozott a kizárólagos szoptatás időtartamában ($p=0,005$). Megállapítottuk, hogy a természetes úton született csecsemők ($n=1077$) esetén a leghosszabban, átlagosan 5,05 hónapig ($SD=2,133$, $min=0$, $max=24$), míg a tervezett császármetszéssel született csecsemők ($n=200$) esetén a legrövidebb

ideig, átlagosan 4,49 hónapig (SD=2,273, min=0, max=11) valósult meg a kizárólagos szoptatás. A szülési mód alapján, ugyanakkor nincs jelentős különbség az anyatejes táplálás időtartamát tekintve ($p=0,081$). A hüvelyi úton született csecsemők esetén a leghosszabban, átlagosan 10,95 hónapig (SD=8,558, min=0, max=60), a sürgősségi császármetszéssel született csecsemők ($n=456$) esetén átlagosan 10,70 hónapig (SD=7,962, min=0, max=40), míg a tervezett császármetszéssel világra jött csecsemők ($n=240$) esetében a legrövidebb ideig, átlagosan 9,63 hónapig (SD=8,034, min=0, max=42) tartott az anyatejes táplálás időtartama.

5.6.4 A szülés módjának kapcsolata a bőr-bőr kontaktussal, a tápszeres táplálással és a cumi használattal

A szülés utáni anya-gyermek bőr-bőr kontaktus megvalósulásában szignifikáns különbség mutatkozott a különböző szülési módok alapján ($p<0,001$). A bőr-bőr kontaktus legnagyobb, több mint 90%-os arányban a hüvelyi úton szült anyák körében volt jellemző, míg a sürgősségi császármetszéssel szült anyák kevesebb, mint 30%-ánál valósult meg a bőr-bőr kontaktus közvetlenül a szülés után.

A születés módok alapján szignifikáns különbség volt felfedezhető az újszülött mellkasra helyezésének ideje tekintetében ($p<0,001$). A természetes úton szült anyák négyötöde a szülést követően azonnal együtt lehetett újszülöttjével, míg a tervezett császármetszéssel szült anyák közel negyede 30 percen belül vagy hasonló arányban, több, mint két órával a szülés után érintkezhetett először újszülöttjével. A sürgősségi császármetszéssel szült anyák esetén tartott a leghosszabban az anya-újszülött szeparáció, az anyák egyharmada arról számolt be, hogy több, mint két órán keresztül el voltak különítve az újszülöttjétől.

Mindemellett a tápszerrel táplálás tekintetében is szignifikáns különbség volt a természetes úton született és a császármetszés útján világra jött újszülöttek között ($p<0,001$). A tervezett császármetszéssel született gyermekek a legmagasabb, közel kétharmados arányban részesültek tápszeres táplálásban, míg a természetes úton született gyermekek legmagasabb közel 50%-os aránya soha nem kapott tápszert.

A cumi használat vonatkozásában is szignifikáns különbség mutatkozott a különböző módon született gyermekek között ($p<0,001$). A leginkább, több mint 60%-os arányban a sürgősségi császármetszéssel született gyermekekre volt jellemző a cumi használat, míg legkevésbé a természetes úton született gyermekek esetén volt megfigyelhető, valamivel több, mint 50%-os arányban a cumi használat (XII. táblázat).

XII. táblázat: A szülés módjának kapcsolata a bőr-bőr kontaktussal, a mellkasra helyezés idejével, a tápszeres táplálás előfordulásával és a cumi használatával (n=2008)

	Hüvelyi úton szülés (n (%))	Tervezett császármetszés (n (%))	Sürgősségi császármetszés (n (%))	$\chi^2(2)$	<i>p</i>
Anya – Újszülött közti bőr-bőr kontaktus megvalósulása					
Létrejött a bőr- bőr kontaktus	1157 (91,2%)	96 (38,7%)	131 (27,3%)	793,425	<0,001
Nem jött létre a bőr-bőr kontaktus	111 (8,8%)	152 (61,3%)	348 (72,7%)		
Az újszülött anyja mellkasára helyezéseinek ideje a szülést követően					
Azonnal	1027 (80,8%)	20 (8,2%)	12 (2,6%)	1300,787	<0,001
10 perc elteltével	144 (11,3%)	24 (9,8%)	39 (8,4%)		
30 perc elteltével	21 (1,7%)	59 (24,2%)	95 (20,4%)		
1 óra elteltével	24 (1,9%)	47 (19,3%)	100 (21,5%)		
2 óra elteltével	10 (0,8%)	30 (12,3%)	47 (10,1%)		
több, mint 2 óra elteltével	45 (3,5%)	64 (26,2%)	172 (37,0%)		
Gyermek tápszeres táplálásban részesítése					
Részesült	664 (52,1%)	171 (67,6%)	314 (65,3%)	37,420	<0,001
Nem részesült	610 (47,9%)	82 (32,4%)	167 (34,7%)		
Gyermek cumi használata					
Használ cumit	658 (51,6%)	151 (59,7%)	290 (60,3%)	13,393	0,001
Nem használ cumit	616 (48,4%)	102 (40,3%)	191 (39,7%)		

5.7 A cumi alkalmazásának kapcsolata a szoptatással

Szignifikáns különbség mutatkozott az anya szoptatástól való félelme és a gyermek cumi használata között ($p < 0,001$). A szoptatástól nem féltő anyák legnagyobb aránya, 94,3%-a ($n=901$) cumit sem alkalmazott gyermekénél, míg a szoptatástól féltő anyák többsége, 20,2%-a ($n=246$) használt cumit gyermekénél.

A cumit használó és a cumit nem használó csecsemők között szignifikáns különbség mutatkozott a kizárólagos szoptatás időtartamának tekintetében ($t(1657)=10,625$, $p < 0,001$). A cumit használó csecsemők átlagosan 4,38 hónapig ($SD=2,46$, $min=0$, $max=24$), ezzel szemben a cumit nem alkalmazó csecsemők átlagosan 5,51 hónapig ($SD=1,86$, $min=0$, $max=17$) voltak kizárólagosan szoptatva. Továbbá a szülés utáni első hat hónapban megvalósuló kizárólagos szoptatás tekintetében szignifikáns különbség állapítható meg a cumit használó és nem használó csecsemők között ($p < 0,001$). Azoknál a csecsemőknél, akiket életük első hat hónapjában kizárólag szoptattak, közel 60%-os többségben volt jellemző a cumi használat mellőzése (XIII. táblázat).

XIII. táblázat: A cumi használatának összefüggései a fél éves korig tartó kizárólagos szoptatással ($n=2008$)

	Nem használt cumit (n (%))	Használt cumit (n (%))	Összes	$\chi^2(1)$	p
Kizárólag szoptatott	682 (58,8%)	478 (41,2%)	1160 (100%)	202,775	<0,001
Nem kizárólag szoptatott	227 (26,8%)	621 (73,2%)	848 (100%)		

Mind a kizárólagos szoptatás, mind az anyatejes táplálás szignifikánsan hosszabb időtartamig valósult meg a cumit nem használó csecsemők esetén. A kizárólagos szoptatás átlagosan több, mint fél hónappal, míg az anyatejes táplálás időtartama átlagosan 5 hónappal tovább tartott a cumit nem alkalmazó gyermekek körében ($p < 0,001$) (XIV. táblázat).

XIV. táblázat: A cumi használat kapcsolata a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időbeli alakulásával

	Nem használt cumit		Használt cumit		$t(1657)$	p
	M	SD	M	SD		
Kizárólagos szoptatás időtartama (hónap)	5,51	1,86	4,38	2,47	10,626	<0,001
Anyatejes táplálás időtartama (hónap)	13,60	8,82	8,28	7,09	14,728	<0,001

5.8 A szülés utáni kórházi ellátás körülményeinek összefüggései az anyatejes táplálással

5.8.1 Az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus összefüggései az újszülött kiegészítő táplálásban részesítésével, a kizárólagos szoptatással és az anyatejes táplálással

A szülés után közvetlenül az édesanyjával bőr-bőr kontaktusban részesült és a nem részesült újszülöttek anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálásának tekintetében szignifikáns különbséget állapítottunk meg ($p < 0,001$). A bőr-bőr kontaktusban részesült újszülöttek több, mint 60%-ánál nem történt, míg a bőr-bőr kontaktusban nem részesültek több, mint 60%-ánál történt kiegészítő táplálás a kórházi tartózkodás ideje alatt (XV. táblázat).

XV. táblázat: Az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejöttének kapcsolata az újszülött kiegészítő táplálásban részesítésével (n=1893)

	Nem részesült kiegészítő táplálásban (n (%))	Kiegészítő táplálásban részesült (n (%))	Összes	$\chi^2(1)$	<i>p</i>
Nem jött létre a bőr-bőr kontaktus	198 (35,5%)	359 (64,5%)	557 (100%)	111,906	<0,001
Létrejött a bőr-bőr kontaktus	830 (62,1%)	506 (37,9%)	1336 (100%)		

A bőr-bőr kontaktus létrejöttének ideje és a kizárólagos szoptatás időtartama között szignifikáns különbséget fedeztünk fel ($p=0,003$). A 30 percen belül anyjukkal bőr-bőr kontaktust létesített csecsemők átlagosan 5 hónapig, míg akik több, mint 30 perc múlva kerültek anyjukkal bőr-bőr kontaktusba, átlagosan 4 hónapig voltak kizárólagosan szoptatva (XVI. táblázat).

XVI. táblázat: Az anya-újszülött bőr-bőr kontaktus 30 percen belüli és túli megvalósulásának kapcsolata a kizárólagos szoptatással

	Bőr-bőr kontaktus 30 percen belül		Bőr-bőr kontaktus 30 percen túl		<i>t</i> (1638)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Kizárólagos szoptatás időtartama (hónap)	5,05	2,16	4,64	2,49	3,205	0,003

Továbbá, szignifikáns különbséget állapítottunk meg az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejöttének ideje és az anyatejes táplálás időtartama között ($p=0,021$). A szülés után két órán belül anyjukkal bőr-bőr kontaktusba kerülő csecsemőket átlagosan közel 11 hónapig, míg azokat a csecsemőket, akik több, mint két óra múlva kerültek anyjukkal bőr-bőr kontaktusba, átlagosan 9,5 hónapig táplálták anyatejvel (XVII. táblázat).

XVII. táblázat: Az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus 2 órán belüli és túli megvalósulásának összefüggései az anyatejes táplálás időtartamával

	2 órán belül létrejövő bőr-bőr kontaktus		2 óra elteltével létrejövő bőr-bőr kontaktus		<i>t</i> (1913)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Anyatejes táplálás időtartama (hónap)	10,95	8,42	9,67	8,05	2,309	0,021

5.8.2 A 24 órás együttes elhelyezés (rooming-in) kapcsolata a bőr-bőr kontaktussal, az újszülött kiegészítő táplálásban részesítésével és a táplálás időbeli módjával

Szignifikáns különbséget állapítottunk meg a szülés módja és a rooming-in között ($p<0,001$). Legnagyobb, közel 95%-os arányban a természetes úton szült anyák esetében valósult meg a 24 órás együttes elhelyezés, míg a legkevesebb, 90%-nál kisebb arányban a sürgősségi császármetszéssel szült anyák részesültek újszülöttjükkel 24 órás együttes elhelyezésben. A szülés utáni bőr-bőr kontaktus létrejötte és a rooming-in között szignifikáns különbség mutatkozott ($p<0,001$). A nem rooming-in elhelyezésben levő anyák közel felénél több, mint két órán keresztül fennállt szülés után az újszülöttjüktől való elkülönítés, míg a rooming-in elhelyezésben lévő anyák háromnegyedénél egyáltalán nem történt szülés után szeparáció az újszülöttől.

A rooming-in és az újszülött anyatej helyettesítő/kiegészítő táplálásban részesítése között szignifikáns különbséget fedeztünk fel ($p<0,001$). A 24 órás együttes elhelyezésben részesülő újszülöttek több, mint felénél nem történt kiegészítő táplálás, ezzel szemben az anyától elkülönített újszülöttek közel 4/5-énél történt a kórházban kiegészítő táplálás.

Mindemellett a 24 órás együttes elhelyezés és a táplálás időbeli módja között is szignifikáns különbség mutatkozott ($p=0,007$). Bár a nem rooming-in elhelyezésben részesült anyák jelentős többsége is válaszkészen táplálta újszülöttjét, a rooming-in elhelyezésben részesült anyák esetén közel 10%-kal magasabb arányban valósult meg az újszülött igényei szerint történő (válaszkész) táplálás (XVIII. táblázat).

XVIII. táblázat: Az elhelyezés típusának kapcsolata a szülés módjával, az anya-újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejöttének idejével, a kiegészítő táplálással és a táplálás időbeli módjával

	Rooming-in elhelyezés (n (%))	Nem rooming-in elhelyezés (n (%))	$\chi^2(2)$	<i>p</i>
Szülés módja				
Hüvelyi úton szülés	1200 (94,8%)	66 (5,2%)	15,220	<0,001
Tervezett császármetszés	229 (91,2%)	22 (8,8%)		
Sürgősségi császármetszés	431 (89,8%)	49 (10,2%)		
Anya-Újszülött közti bőr-bőr kontaktus létrejöttének ideje				
Azonnal	1031 (74,8%)	23 (2,9%)	1248,625(5)	<0,001
10 percen belül	173 (12,6%)	34 (5,8%)		
30 percen belül	98 (7,1%)	76 (12,9%)		
1 órán belül	52 (3,8%)	116 (19,7%)		
2 órán belül	14 (1,0%)	73 (12,4%)		
több, mint 2 óra elteltével	10 (0,7%)	268 (45,4%)		
Anyatej helyettesítő/kiegészítő táplálásban részesítés a kórházi tartózkodás idején				
Nem részesült	1001(56,6%)	26 (20,8%)	60,123(1)	<0,001
Részesült	769 (43,4%)	99 (79,2%)		
Táplálás időbeli módja				
Igény szerinti	1468 (90,0%)	84 (81,6%)	7,241	0,007
Időrend szerinti	164 (10,0%)	19 (18,4%)		0,007

5.9 A válaszkész (igény szerinti) és az időrend szerinti táplálás kapcsolata az anyatejes táplálás időtartamával

Szignifikáns különbséget fedeztünk fel a táplálás módja (válaszkész vagy időrendhez kötött) és az anyatejes táplálás időtartama között ($t(1718)=6,444, p<0,001$). A válaszkészen tápláló anyák átlagosan több, mint négy hónappal (4,12 hónappal) szoptatták tovább csecsemőjüket. Az igény szerint táplált csecsemők átlagosan, 12,22 hónapig ($SD=8,39, \text{min}=0, \text{max}=60$), míg az időrend szerint táplált csecsemők átlagosan 8,10 hónapig részesültek anyatejes táplálásban ($SD= 5,68, \text{min}=0, \text{max}=31$).

5.10 A Bababarát Kórház Kezdeményezés - A „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” magyarországi megvalósulási aránya a szoptató anyák és a nem szoptató anyák körében

- 1. lépés:** A szoptatást támogató bababarát lépések között nem fedeztünk fel szignifikáns különbséget az egészségügyi dolgozó javaslatára történő tápszeres táplálás tekintetében a szoptató anyák ($n=1346$) és a nem szoptató anyák ($n=662$) között ($p=0,624$).
- 2. lépés:** A két csoport között szignifikáns különbség mutatkozott az egészségügyi dolgozó által tett szoptatásbarát ajánlások tekintetében. Közel kétszer annyian számoltak be a szoptató anyák csoportjában arról, hogy a szülés után újszülöttjükkel maradhattak bőr-bőr kontaktusban vagy javasolták számukra a válaszkész táplálást, mint a nem szoptató anyák csoportjában ($p=0,006$). Mindemellett 10%-kal magasabb arányban szoptattak azok, akiknek egészségügyi szakdolgozó javasolt szoptatást támogató lépéseket.
- 3. lépés:** A szoptató anyák és a nem szoptató anyák között szignifikáns különbség volt kimutatható a szoptatás fontosnak tartásának tekintetében, akik fontosnak tartották, hogy szoptassanak, valóban majdnem 40%-kal nagyobb arányban szoptattak is ($p<0,001$).
- 4. lépés:** A bőr-bőr kontaktus szignifikánsan magasabb arányban valósult meg a szoptató anyák csoportjában. A szoptató anyák kétharmadánál létrejött szülés után egy órán belül újszülöttjével a bőr-bőr kontaktus, míg a nem szoptató anyák csoportjában a bőr-bőr kontaktus megvalósulása az egyharmados arányt sem érte el ($p=0,002$). Emellett azok az anyák, akik bőr-bőr kontaktusba kerültek újszülöttjükkel a szülést követő egy órán belül, 10%-kal magasabb arányban szoptattak.
- 5. lépés:** Nem fedeztünk fel szignifikáns különbséget a kórházi ellátás alatt a mellre

helyezésben történő segítségnyújtás vagy a javasolt szoptatási pozíciók között a két csoport tekintetében ($p=0,413$). A szoptató anyák csoportján belül, akik a kórházi ellátás idején kaptak segítséget a helyes mellre helyezésben, valamint a különböző szoptatási pozíciók elsajátításában, mindössze 2,2%-kal szoptattak magasabb arányban.

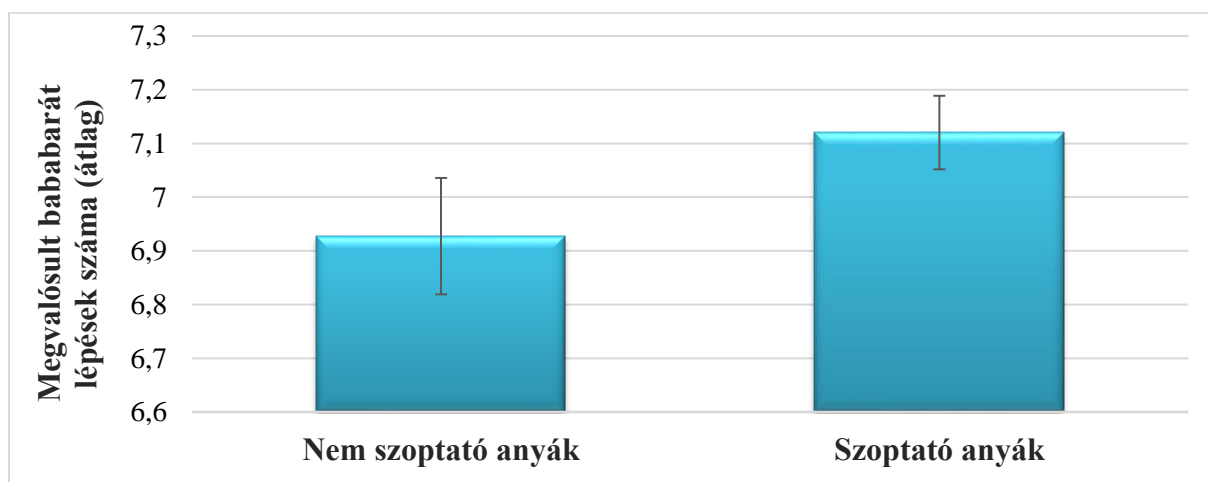
- 6. lépés:** Szignifikáns különbséget állapítottunk meg a szoptató anyák és a nem szoptató anyák között az újszülöttjeik kiegészítő táplálásban részesítésében ($p<0,001$). A szoptató csoportban szignifikánsan magasabb arányban számoltak be arról, hogy a kórházban nem részesítették újszülöttjüket anyatej helyettesítő vagy kiegészítő táplálásban, mint a nem szoptató csoportban. Továbbá, 20%-kal magasabb arányban szoptatták a kiegészítő táplálásban nem részesített, mint a részesített újszülötteket.
- 7. lépés:** A két csoport között szignifikáns különbség mutatkozott a rooming-in tekintetében. A 24 órás együttes elhelyezés a szoptató anyák csoportjában jelentősen magasabb arányban - közel 70% - míg a nem szoptató anyák csoportjában - alig több, mint 30% - valósult meg ($p<0,001$). Továbbá 15%-kal magasabb arányú volt a szoptatási arány a 24 órás együttes elhelyezésben részesült anyák esetében.
- 8. lépés:** A szoptató anyák csoportjában szignifikánsan magasabb arányban számoltak be válaszkész táplálásról és/vagy arról, hogy a kórházban ismertették vele, hogy miből ismeri fel gyermekénél az éhségjeleket, mint a nem szoptató anyák csoportjában ($p<0,001$). Közel 30%-kal magasabb arányúnak bizonyult a szoptatás a válaszkészen tápláló és/vagy az éhségjelek felismerésére megtanított anyák esetén. Az igény szerint tápláló vagy gyermekük éhségjeleinek felismerésében tájékozott anyák közel háromnegyede, míg az időrend szerint tápláló vagy gyermekük éhségjeleinek felismerésében nem tájékozott anyák kevesebb, mint fele szoptatta gyermekét.
- 9. lépés:** A szoptató anyák jelentősen nagyobb arányban mellőzték a gyermeküknél a cumi/cumisüveg alkalmazását, mint a nem szoptató anyák ($p<0,001$). Mindazonáltal a sem cumisüveget, sem cumit nem használó gyermekek 10%-kal magasabb arányban voltak szoptatva, mint akik bármelyik eszközt használták.
- 10. lépés:** Szignifikánsan magasabb arányban nyilatkozták a szoptató anyák arról, hogy a kórházból hazabocsájtáskor kaptak elérhetőséget szoptatási nehézségek esetére, mint a nem szoptató anyák ($p=0,005$). Emellett a szoptató anyák csoportjában 6,5%-kal többen voltak azok, akik a szoptatás támogatáshoz kaptak elérhetőséget, mint akik nem kaptak (XIX. táblázat).

XIX. táblázat: A bababarátló lépések alapján a szoptató anyák (n=1346) és a nem szoptató anyák összehasonlítása (n=662) (n (%))

BBKK lépéseinek megfeleltethető kérdések a kérdőívünkben			Nem szoptató anyák (n (%))	Szoptató anyák (n (%))	Összesen (n (%))	$\chi^2(1)$	p
1. lépés	Egészségügyi dolgozó javaslatára tápszert adott gyermekének	Nem	630 (33,1%)	1274 (66,9%)	1904 (100%)	0,24	0,624
		Igen	32 (30,8%)	72 (69,2%)	104 (100%)		
2. lépés	Volt bőr-bőr kontaktusban, vagy a kórházban javasolták az igény szerinti szoptatást	Nem	97 (41,6%)	136 (58,4%)	233 (100%)	7,572	0,006
		Legalább egyik	551 (32,5%)	1142 (67,5%)	1693 (100%)		
3. lépés	Fontosnak tartotta, hogy tudjon szoptatni	Nem	98 (68,1%)	46 (31,9%)	144 (100%)	86,419	<0,001
		Igen	564 (30,3%)	1300 (69,7%)	1864 (100%)		
4. lépés	Bőr- bőr kontaktusba került gyermekével és megszoptatta a szülést követően 1 órán belül	Nem	145 (39,4%)	223 (60,6%)	368 (100%)	9,74	0,002
		Igen	499 (31,0%)	1113 (69,0%)	1612 (100%)		
5. lépés	A kórházban segítettek a helyes mellre helyezésben vagy a kórházban javasoltak szoptatási pozíciókat	Nem	139 (35,4%)	254 (64,6%)	393 (100%)	0,671	0,413
		Legalább egyik	514 (33,2%)	1035 (66,8%)	1549 (100%)		
6. lépés	Szülést követően anyatej mellett vagy helyett kiegészítő táplálásban részesült gyermeke	Nem	240 (23,3%)	791 (76,7%)	1031 (100%)	90,703	<0,001
		Igen	383 (43,8%)	491 (56,2%)	874 (100%)		
7. lépés	Gyermekeivel a kórházi ellátás ideje alatt rooming-in-ben volt	Nem	65 (47,4%)	72 (52,6%)	137 (100%)	14,206	<0,001
		Igen	591 (31,8%)	1269 (68,2%)	1860 (100%)		
8. lépés	Igény szerint szoptatott vagy ismertették a gyermek éhségjeleit	Nem	58 (53,2%)	51 (46,8%)	109 (100%)	39,268	<0,001
		Legalább egyik	400 (25,5%)	1166 (74,5%)	1566 (100%)		
9. lépés	Cumisüveget, játzó vagy nyugtató cumit használt	Nem	41 (25,0%)	123 (75,0%)	164 (100%)	6,131	0,013
		Legalább egyik	612 (34,6%)	1159 (65,4%)	1771 (100%)		
10. lépés	A kórházban adtak elérhetőséget szoptatási nehézségek esetére	Nem	473 (35,7%)	852 (64,3%)	1325 (100%)	7,903	0,005
		Igen	180 (29,2%)	436 (70,8%)	616 (100%)		

A szoptató anyák csoportja és a nem szoptató anyák csoportja között szignifikáns különbség mutatkozott a bababarát lépések megvalósulásának tekintetében ($p < 0,001$). A nem szoptató anyák esetében átlagosan 6,92 (SD=1,35, min=2, max=10), míg a szoptató anyák körében 7,12 (SD=1,208, min=1, max=10) bababarát lépés valósult meg (3. ábra). Emellett a több, mint 7 gyakorlatban részesülés pozitív kapcsolatban volt a 9%-kal nagyobb arányú szoptatással, miként a 7-nél kevesebb gyakorlati lépést tapasztalt anyák 60,5%-a ($n=308$) szoptatott.

3. ábra: A megvalósult bababarát lépések száma a nem szoptató ($n=662$) és a szoptató ($n=1346$) anyák körében



Emellett a szoptató anyák, akik hétnél több bababarát lépést tapasztaltak a kórházi ellátás során, nem különböztek jelentősen a hét vagy hétnél kevesebb bababarát lépésről beszámolt anyáktól a kizárólagos szoptatás időtartama tekintetében, amely átlagosan, közel 5 hónapig tartott ($p=0,25$), valamint az anyatejes táplálás időtartamának tekintetében sem, amely átlagosan több, mint 10 hónapon át folytatódott mindkét csoportban ($p=0,795$) (XX. táblázat).

XX. táblázat: A megvalósult bababarát lépések kapcsolata a kizárólagos szoptatással és az anyatejes táplálás időtartamával ($n=2008$)

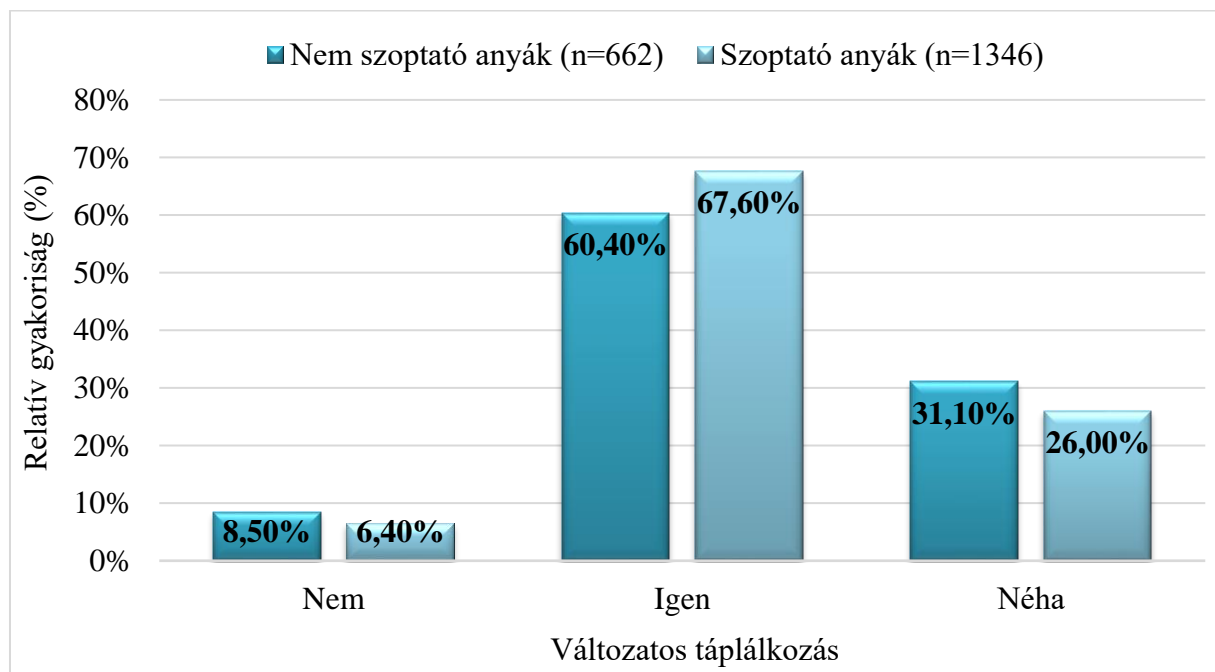
Bababarát lépések	<=7 lépés		>7 lépés		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Kizárólagos szoptatás időtartama (hónap)	4,91	2,33	4,94	2,26	-259(1475)	0,795
Anyatejes táplálás időtartama (hónap)	10,19	8,73	10,70	7,96	-1,15(1730)	0,25

5.11 A szoptató- és a nem szoptató gyermekágyas anyák táplálkozási szokásainak vizsgálata

A gyermekágyas időszak alatt a szoptató anyák és a nem szoptató anyák által, egészségügyi okból folytatott eliminációs diéta tartása között nem állapítottunk meg szignifikáns különbséget ($p=0,126$). A nem szoptató anyák 21,3%-a ($n=141$), míg a szoptató anyák 24,4%-a ($n=328$) nyilatkozta, hogy saját vagy a gyermeke egészsége érdekében valamilyen speciális eliminációs diétát folytatott.

A változatos táplálkozás szignifikánsan magasabb arányban volt jellemző a gyermekágyas időszakban a szoptató anyák körében ($p=0,006$). Legnagyobb arányban a szoptató anyák, több, mint kétharmada odafigyelt, egynegyedük néha, alig 6%-uk pedig nem figyelt arra, hogy változatosan táplálkozzon a szülést követő első hat hétben. A nem szoptató anyák szintén többségben, bár kisebb arányban, kevesebb, mint kétharmaduk odafigyelt a változatos táplálkozásra, majdnem egyharmaduk néha és kevesebb, mint 10%-uk nem táplálkozott tudatosan a gyermekágyas időszakban (4. ábra).

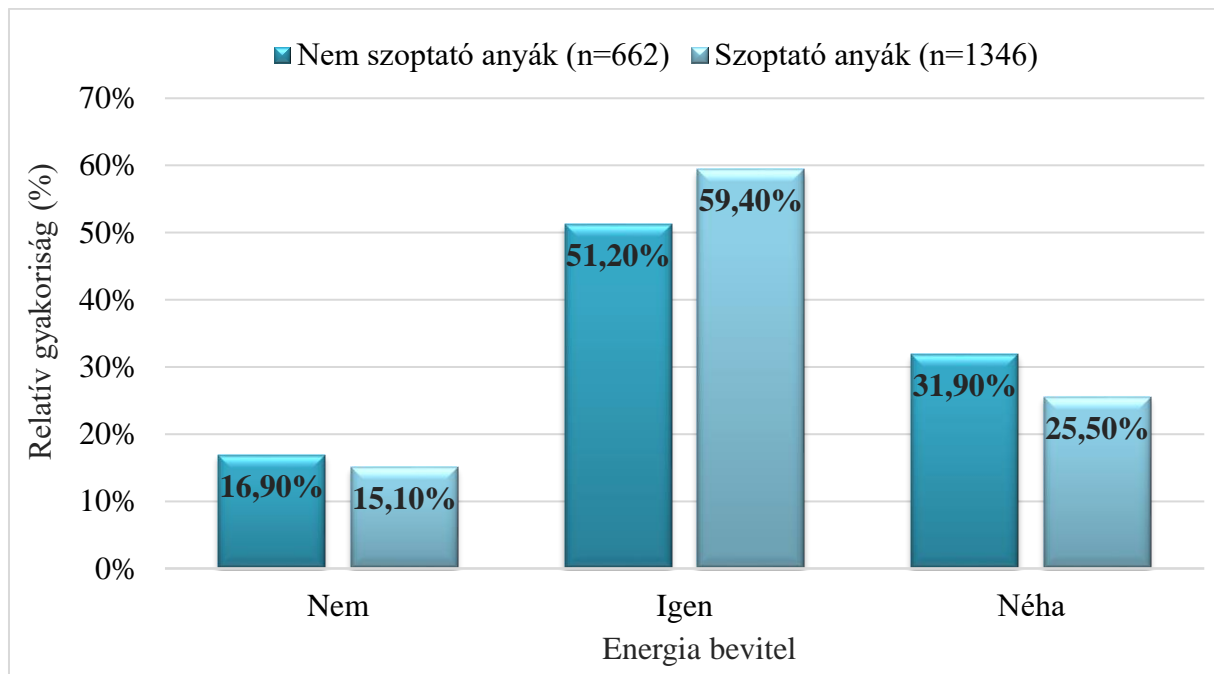
4. ábra: A nem szoptató ($n=662$) és a szoptató ($n=1346$) anyák odafigyelésének jellemzői a változatos táplálkozás vonatkozásában ($n=2008$)



Szignifikáns különbséget fedeztünk fel az energia bevitel tekintetében is a két csoport között ($p=0,002$). A szoptató anyák legnagyobb aránya, közel 60%-a követte, egyharmada néha, valamint alig több, mint 15%-a nem figyelt az energia bevitelre. Ezzel szemben a nem szoptató

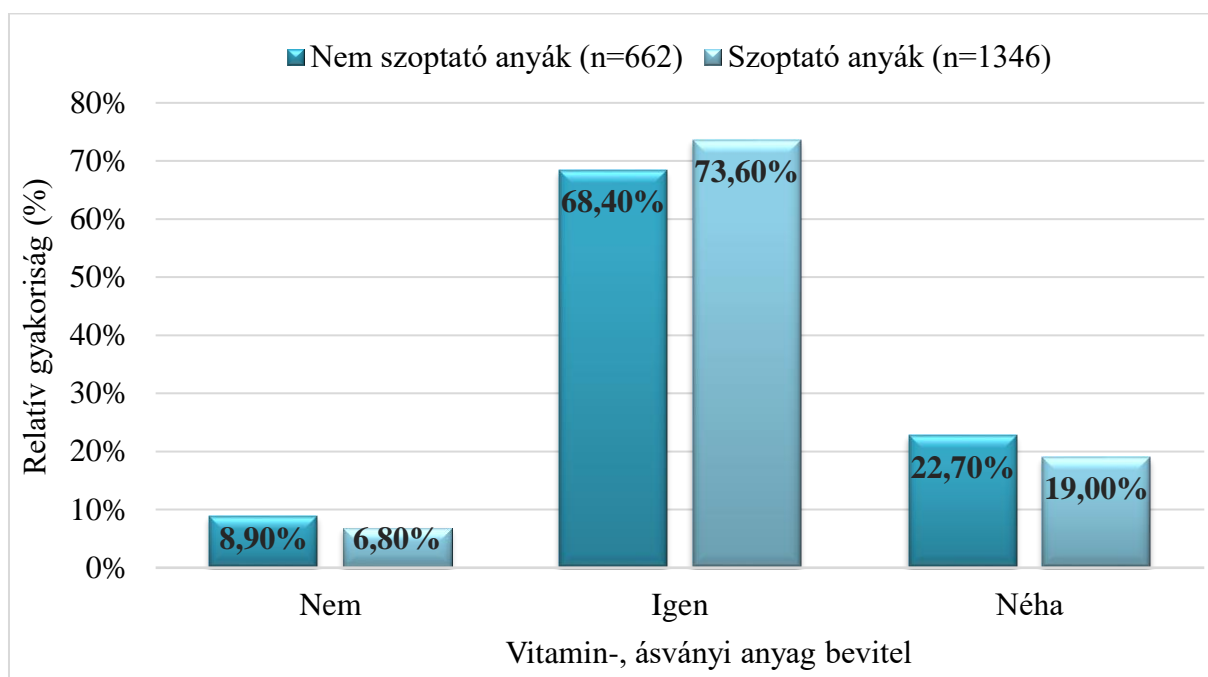
anyák alig több, mint felére volt csak jellemző, hogy odafigyelt, csaknem egyharmada néha, illetve kevesebb mint egyötöde nem figyelt oda a napi energia bevitelére (5.ábra).

5. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői az energia bevitel tekintetében (n=2008)



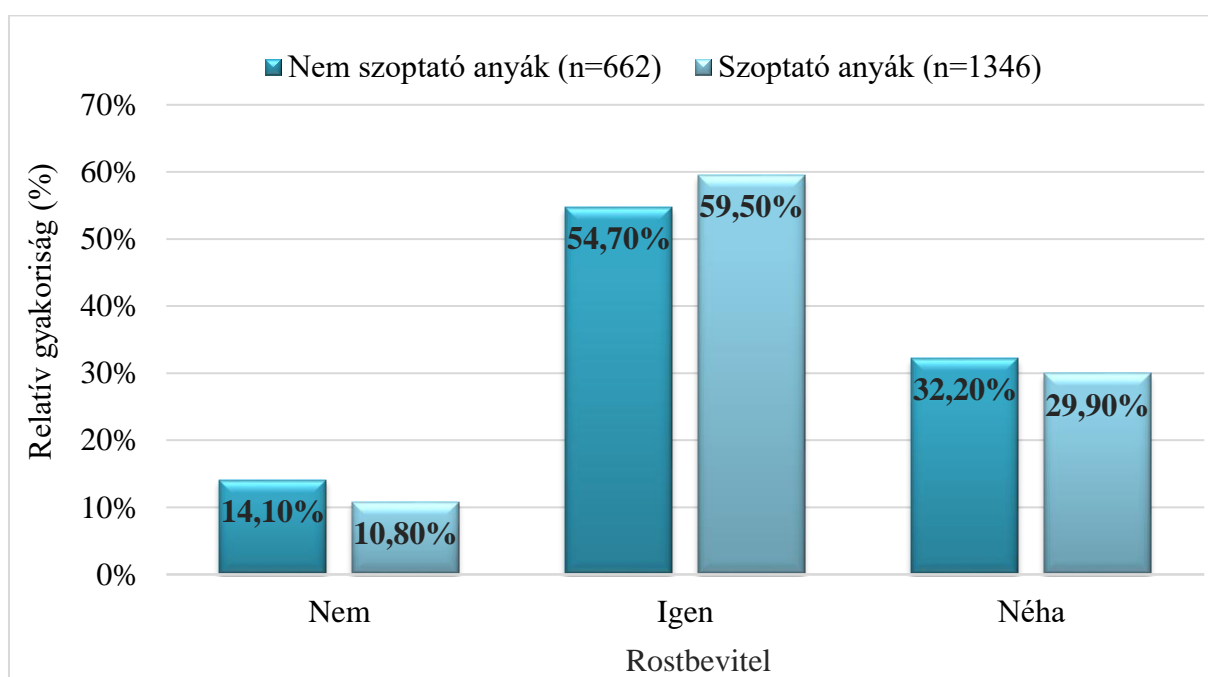
A szoptató anyák szignifikánsan magasabb arányban követték a napi vitamin-, ásványi anyag fogyasztásukat ($p=0,044$). A szoptató csoportban az anyák csaknem háromnegyede odafigyelt, kevesebb, mint egyötöde néha, míg kevesebb, mint 7%-a nem figyelt a napi vitamin-, ásványi anyag bevitelére. Ezzel szemben a nem szoptató csoportban az anyák alig több, mint fele követte tudatosan, majdnem egyharmada néha és kevesebb, mint 9%-a nem tartotta számon a mikrotápanyagok bevitelét (6. ábra).

6. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői a vitamin-, és ásványi anyag bevitel alapján (n=2008)



A rostbevitel tekintetében nem fedeztünk fel szignifikáns különbséget a szoptató anyák és a nem szoptató anyák között ($p=0,100$). Mindkét csoportban leginkább az volt jellemző, hogy figyelemmel kísérték a rostbevitelüket, őket követték egységesen azok, akik néha és végül, azok, akik nem követték a napi rostfogyasztásukat (7.ábra).

7. ábra: A nem szoptató (n=662) és a szoptató (n=1346) anyák odafigyelésének jellemzői a rostbevitel tekintetében (n=2008)



6. MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk célja volt egy exploratív kutatás elvégzése az anya születése és szülése közötti összefüggések meghatározására.

Célul tűztük ki az elvégzett szülészeti beavatkozások arányának felmérését, annak érdekében, hogy feltárjuk a szintetikus oxitocin és az epidurális anesztézia alkalmazásának és a szülés módjának kapcsolatát, illetve utóbbi összefüggéseinek kimutatását a postpartum körülményekkel, továbbá a csecsemő táplálásának módjával hat hónapos korig.

Mindazonáltal célunk volt meghatározni a szülés utáni körülmények összefüggéseit egymással, valamint a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időtartamával.

További céljaink közt szerepelt az Egészségügyi Világszervezet (WHO) & Egyesült Nemzetek Gyermekalapja (UNICEF), által megfogalmazott Bababarát Kórház Kezdeményezés (1991) – „Sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” magyarországi megvalósulásának felmérése a szoptató anyák és a nem szoptató anyák körében, illetve a megtapasztalt lépések számának szoptatással kapcsolatos összefüggéseit feltárni.

Végső célul tűztük ki a szoptató anyák és nem szoptató anyák táplálkozási szokásainak összehasonlítását a gyermekágyas időszakban.

A szociodemográfiai tényezők alapján az eredményeink hasonlóak az említett szakirodalmakhoz. Az idősebb anyai életkor és a szoptatás között pozitív kapcsolat fedezhető fel, amelyről hazai és nemzetközi kutatások egyaránt beszámolnak [23, 26, 27, 28]. Ezekhez a tanulmányokhoz hasonló következtetésre jutottunk, miként az anyai életkor előrehaladtával a szoptatás gyakorisága növekedést mutatott. A 25 év alatti anyák valamivel több, mint fele (56,1%) szoptatott, míg a 25-29 év közötti anyák esetén már meghaladta a kétharmadot (67,9%), végül a 30-34 év közötti anyák (69,1%) és a 34 év feletti anyák (69,1%) esetén volt a legmagasabb arányban jellemző a szoptatás előfordulása. A nem elsőszülött gyermekek kizárólagos szoptatása magasabb arányú az elsőszülött gyermekekhez képest [25]. Ez az állítás kutatásunkban is bebizonyosodott, miszerint a kizárólagos szoptatás magasabb arányúnak bizonyult a nem elsőszülött csecsemők tekintetében (71%), mint az elsőszülött csecsemők esetén (65,6%). Számos nemzetközi tanulmányban arról számolnak be, hogy az anya alacsonyabb iskolai végzettsége, illetve alacsony jövedelmi státusza hátrányosan befolyásolhatja a csecsemő fél éves koráig tartó kizárólagos szoptatási arányát [26, 29, 30]. Moravcsik-Kornyicki és mtsai (2021) által készített, illetve Kopcsó és mtsai (2022) közreműködésével készült magyarországi felmérés eredményei szintén rámutatnak az anya alacsony anyagi helyzete és a fél éves korig tartó anyatejes táplálás arányának a negatív

összefüggéseire [23, 58]. Eredményeink az idézett szakirodalmakhoz hasonló adatokat tükröznek, miként a főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkező anyák legmagasabb aránya, közel háromnegyede szoptatta gyermekét (74,7%) hat hónapig emellett a legalacsonyabb szoptatási arány (59,7%) a legkevesebb nettó, egy főre jutó átlag jövedelem esetében volt jellemző. Ennek hátterében állhat, egyfelől, hogy a magasabb iskolai végzettségű anyák átfogóbb ismerettel rendelkezhetnek a szoptatás előnyeiről. Másfelől, a magasabb iskolázottság révén feltételezhetően magasabb pozíciójú munkahelyi státusszal és jobb anyagi helyzettel rendelkeznek, ami miatt magasabb összegű Csecsemőgondozási díjra (CSED) és Gyermekgondozási díjra (GYED) jogosultak. Ez lehetővé teszi számukra, hogy anyagi okból kifolyólag ne váljanak ismét aktív munkavállalókká, valamint hosszabb ideig táplálják anyatejjel gyermeküket. A párkapcsolati státusz és a szoptatás tekintetében a kutatások eltérő eredményekről számolnak be. Hazai és nemzetközi tanulmányok alapján a házaspárkapcsolati státusszal rendelkező anyák esetén magasabb a kizárólagos szoptatás előfordulása [23, 32]. Kutatásunk alapján, bár magas arányú volt a házaspárkapcsolati státuszúak körében a szoptatás (68,7%), a hajadon anyák körében magasabbnak bizonyult (71,9%), hasonlóan Tambe és mtsai 2018-as tanulmányának beszámolójához [33].

A szülés módjának, valamint körülményeinek az anyára és a magzatra gyakorolt rövid- és hosszútávú hatásaival egyre több kutatás foglalkozik [34, 35, 36, 37, 38, 39]. Az anyát ért impulzusok megváltoztathatják az utód epigenetikai mintázatát [35]. A feltáró jelleggel végzett kutatásunk során eredményeinkben szignifikáns különbséget állapítottunk meg az anya és a gyermeke születési módja között. A természetes úton születés esetén volt a legmagasabb a hüvelyi szülés aránya. Bár a tervezett- és a sürgősségi császármetszéssel született anyák is legtöbbször természetes úton születtek, a sürgősségi császármetszéssel született anyák körében volt a legmagasabb (majdnem 40%-os) a sürgősségi császármetszéssel születés aránya. Az anya és a gyermeke születésének tekintetében kutatásunk során nem tártunk fel szignifikáns különbséget az alábbi körülményeiben: anya-gyermek közti bőr-bőr kontaktus létrejötte, rooming-in elhelyezés és a szoptatás időtartama.

Az elmúlt évek szisztematikus irodalomelemzése rámutatnak arra, hogy a nem spontán indult szüléseknél magasabb arányú a kedvezőtlen kimenetel a szülés módja és a szoptatás szempontjából [71, 81]. A császármetszések aránya rohamosan emelkedik, az Eurostat 2017-es felmérésének adatai alapján, a szülések 21%-át teszi ki, Magyarország vonatkozásában ennél jóval magasabb, 37,3%-os arányt említ, amellyel gyakoriság szempontjából Európában az ötödik helyet foglaljuk el [65]. Egy 2019-es magyar kutatás eredményei alapján az anyák 34,5%-ánál végeztek császármetszést valamelyik szülésük során [16]. A Központi Statisztikai

Hivatal (KSH) a KOHORSZ'18 vizsgálatban hasonló arányt említ a 2018-2019-es év vonatkozásában, miként a szülések 42,9%-a fejeződött be császármetszéssel. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) 2023-as adatai szerint, Magyarországon 2022-ben a császármetszések aránya 40,72% volt [24, 59]. Kutatásunkban az említett nemzetközi és hazai hivatalos jelentések adataival közel azonos eredményt kaptunk, miként a résztvevők 36,6%-ánál alkalmaztak császármetszést. Kutatási eredményeink is alátámasztják, hogy a gyakorlati tapasztalat sok esetben ellentmond az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-ban „Pozitív szülésélményt nyújtó szülészeti ellátás” címmel kiadott ajánlásának, amelyben a szükségtelen szülészeti beavatkozások, köztük a szülés indítás mellőzésére hívják fel a figyelmet [48]. Varga és mtsa 2022-es publikációjukban arról számoltak be, hogy a rutinszerűen szülés indításra vagy gyorsításra alkalmazott exogén oxitocin alkalmazásának mértéke - a császármetszések arányához hasonlóan - folyamatosan növekszik [15]. Kutatási eredményeink ezt az állítást alátámasztották, miként a felmérésben résztvevő anyák több, mint felénél használtak szintetikus oxitocint a szülés során, ebből a résztvevők több, mint negyedénél szülés indítás céljából, míg közel felénél szülés gyorsítás céljából került sor az alkalmazására. Kétszer olyan gyakori a császármetszés előfordulása azokban az esetekben, ahol az anyák szintetikus oxitocint kapnak a szülés során, mint ahol nem kapnak [72]. Buckley 2015-ös tanulmányában szintén rámutat a szintetikus oxitocin használat és a gyakoribb császármetszések közötti kapcsolatra [73], amelyet kutatási eredményeink is alátámasztanak, mivel a szülés indítások esetében, illetőleg ahol szülés indítás és gyorsítás céljából egyaránt alkalmaztak szintetikus oxitocint, szignifikánsan magasabb arányban történt császármetszés, mint akiknél nem történt szülés indítás, illetve indítás és gyorsítás érdekében exogén oxitocin adagolás. Eredményeinkből kiderült, hogy a tervezett császármetszéssel szült anyák csekély hányadánál történt szintetikus oxitocin adagolás, amelynek jelentőségét (megfelelő méhtónus kialakítása) indokolja Duffield és mtsainak 2017-es tanulmánya [68]. Zhou és mtsainak 2022-es kutatásához hasonló eredményeket kaptunk, miszerint a szintetikus oxitocin kezelésben részesült anyák újszülöttjeinél kisebb arányban jött létre a korai, szülőszobai szoptatás [70]. Cadwell és Brimdyr 2017-es közleménye a szintetikus oxitocin alkalmazásának szoptatásra gyakorolt negatív hatásaként említik többek között a csökkent újszülöttkori éhségjeleket- és a szopási reflexeket is, amely miatt az újszülöttek kisebb eséllyel szopnak az első életében [69]. Kutatásunk eredményeiből hasonló következtetésre jutottunk, miként azok a természetes úton szült anyák, akiknek a szülés során szintetikus oxitocint adagoltak, kisebb arányban szoptatták meg újszülöttjüket a szülőszobán, mint akiket nem részesítettek szintetikus oxitocin kezelésben. Az epidurális érzéstelenítés (EDA) alkalmazása szintén számottevő a szülések során, amit

eredményeink is alátámasztanak, mivel a kutatásunkban résztvevő minden harmadik anya részesült epidurális anesztéziában. Több nemzetközi tudományos közlemény tárja fel az epidurális fájdalomcsillapítás, valamint a kedvezőtlenül alakuló szülés, szoptatás és pszichoaffektív folyamatok összefüggéseit, illetve mutatnak rá az EDA és a megnövekedett császármetszés közti kapcsolatra [74, 75]. Ezen beszámolókat kutatási eredményeink is alátámasztják, mivel az epidurális érzéstelenítésben részesült anyák kétharmada sürgősségi császármetszéssel hozta világra gyermekét. Szignifikáns különbséget találtunk a természetes úton szült anyák esetén a szülés során alkalmazott epidurális érzéstelenítés, valamint az újszülöttjüknél a kórházban alkalmazott kiegészítő táplálás között. Emellett az epidurális fájdalomcsillapításban részesült anyák újszülöttjei esetében szignifikánsan nagyobb arányban fordult elő az anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálás, mint az EDA-ban nem részesült anyák újszülöttjei esetében. Ezen kutatási eredményeinket támasztja alá két nemzetközi tanulmány is, amelyekben arról számolnak be, hogy az epidurális érzéstelenítés alkalmazása mellett született újszülötteknek rosszabb a szopási készsége, mint azoknak az újszülötteknek, akiknek születésénél az anya nem részesült epidurális anesztéziában [74, 75].

Egy szisztematikus irodalmi áttekintésben a császármetszés szoptatásra gyakorolt negatív hatására hívják fel a figyelmet, miként a császármetszéssel szült anyák esetén csökkent tejtermelést és rövidebb ideig tartó szoptatást állapítottak meg [91]. Emellett több tudományos szakirodalomban a császármetszés és a késleltetve megkezdett szoptatás közti összefüggésről számolnak be [86, 87, 90]. Egy 2021-es irodalmi áttekintés, valamint egy 2018-as kutatás eredményei szintén rámutatnak a császármetszés és a szoptatás kezdete, valamint időtartama közötti összefüggésre. Összehasonlítva a természetes szüléssel, a császármetszés hátrányosan befolyásolja a szoptatás megkezdését, továbbá lerövidítheti a kizárólagos szoptatás időtartamát [78, 79]. Ezen tanulmányok alátámasztják eredményeinket, miszerint szignifikáns különbséget fedeztünk fel a szülés módja, valamint a szoptatás között. A természetes úton szült anyák esetén kétszer gyakoribb volt az aranyórában (szülés után két órán belül) megvalósuló szoptatás, mint a császármetszéssel szült anyák esetében. Unvas-Moberg és mtsai 2020-as kutatásukban arról számoltak be, hogy a császármetszéssel szült anyák csupán egyötöde szoptatta meg újszülöttjét a szülőszobán [71]. Kutatásunk során ezen megállapításához hasonló, bár kissé kedvezőbb eredményt kaptunk; a császármetszéssel szült anyák közel egyharmada szoptatott a szülőszobán. Eredményeink alapján jelentősen magasabb arányban részesültek a kórházban kiegészítő táplálásban a császármetszéssel született csecsemők, mint a természetes úton világra jött újszülöttek. (Ám még az utóbbiak esetén is jelentős mértékű, és az ajánlásokkal ellenmondóan magas a tápszer adása). Ennek a hátterében a közhiedelemmel ellentétében -

mely szerint a császármetszés visszaveti a tejtermelést - az „anyaság” (mothering) beindulásának nehezítettsége, az anyai gondoskodás feltehetően kevésbé örömteli volta, az anya-gyermek szinkron, kötődés nehezítettsége és megannyi más pszichoaffektív tényező állhat [39]. Kutatásunkban a természetes úton született csecsemők esetében hosszabb ideig és magasabb arányban valósult meg a kizárólagos szoptatás, illetve a csecsemők életének az első hat hónapjában az anyatejes táplálás aránya is magasabbnak bizonyult, mint a császármetszéssel született csecsemők esetében. Ezáltal eredményeinket alátámasztja Beake és mstainak 2017-es kutatási eredménye, amelyben arról számoltak be, hogy a császármetszéssel született csecsemők kizárólagos szoptatása az első hat hónapban, emellett a túlnyomó szoptatás aránya is alacsonyabbnak mutatkozott a természetes úton született csecsemőkhöz képest. Eredményeinkből kiderült, hogy a császármetszéssel született újszülöttek esetében kisebb arányban, valamint késleltetve valósult meg az anyával a bőr-bőr kontaktus, mint a természetes úton született újszülötteknél, amelynek hiánya kedvezőtlen hatással lehet a szoptatási mutatókra, amit számos nemzetközi tanulmány is igazolt [23, 63, 78, 79, 80, 83, 86]. Akyildiz és mtsai 2021-es tanulmányukban arról számoltak be, hogy születés után közvetlenül csak minden második újszülött került anyjával bőr-bőr kontaktusba [63]. Kutatásunk során mi is hasonlóan magas arányt kaptuk, a szülés után az újszülöttek alig több, mint kétharmada létesített anyjával bőr-bőr kontaktust. Továbbá eredményeink alapján az arányóra alatt (a megszületés utáni két óra) a legmagasabb arányban a hüvelyi szülés esetén valósult meg a bőr-bőr kontaktus az anya és az újszülött között, a legalacsonyabb arányban pedig a császármetszés esetén jött létre. A természetes úton szült anyák négyötöde azonnal bőr-bőr kontaktusba került újszülöttjével, ugyanakkor ez az arány, se a tervezett császármetszéssel szült anyák, se a sürgősségi császármetszéssel szült anyák esetén még a tíz százalékot sem érte el. Ezen eredményüket támasztják alá azok a nemzetközi szakirodalmak, amelyek arról számolnak be, hogy a császármetszéssel szült anyák később kezdik meg újszülött gyermekük szoptatását, emellett azok az újszülöttek, akik születésük után anyjukkal bőr-bőr kontaktusba kerültek, jelentősen kisebb arányban részesültek anyatej helyettesítő vagy kiegészítő tápszeres táplálásban, mint akik nem kerültek anyjuk mellkasára [23, 83, 86, 87]. Felmérésünkben azt az eredményt kaptuk, hogy az anyák kétharmadánál valósult meg - a nemzetközi és hazai irányelvek által javasolt - a szülés után azonnal létrejövő bőr-bőr kontaktus, valamint szintén az anyák kétharmadára volt jellemző, hogy - az ajánlásoknak megfelelően - kizárólagosan szoptatta csecsemőjét fél éves koráig [3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 42, 49, 50, 52, 53]. Egy hazai kutatás alapján a 2018 és 2019 között született csecsemők 91,4%-át szoptatta meg anyja a szülést követően [23]. Hasonló eredményt kaptunk, miként az anyák 84,6%-a nyilatkozta, hogy szülést

után két órán belül megszojtatta újszülöttjét. Kutatási eredményeink alapján a szülést követően 30 percen belül anyjukkal bőr-bőr kontaktusba kerülő újszülöttek esetében szignifikánsan hosszabb ideig valósult meg a kizárólagos szoptatás, mint akik 30 percet meghaladóan kerültek anyjukkal bőr-bőr kontaktusba. Ezen eredményeinket támasztja alá Sandhi és mtsainak 2020-as tanulmánya, miszerint a kizárólagos szoptatási arány magasabbnak bizonyult a szülés után egy órán belül megszojtatott újszülöttek esetében, emellett - a kutatásunkhoz hasonlóan - a féléves korig tartó kizárólagos szoptatás tekintetében kétharmados arányról számoltak be [84]. Moore és mtsainak (2016), Boakye-Yiadom és mtsainak (2021), illetve Ahmed és mtsainak (2023) kutatási eredményei szintúgy jól tükrözik a saját eredményeinket, miként arról számoltak be, hogy a bőr-bőr kontaktus növeli a szoptatás időtartamát [83, 85, 88]. Mindemellett kutatásunk során bebizonyosodott, hogy tovább tartott az anyatejes táplálás időtartama azoknál a csecsemőknél, akik szülés után két órán belül-, mint azoknál, akik csak két órán túl kerültek anyjukkal bőr-bőr kontaktusba. Emellett az anyával bőr-bőr kontaktusban részesült újszülöttek esetében kevésbé volt jellemző az anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálás a kórházi tartózkodás ideje alatt, mint bőr-bőr kontaktusba két óra elteltével került újszülöttek esetében.

A rooming-in rendszer jelentőségét hazai- és nemzetközi irányelvekben és tanulmányokban is hangsúlyozzák [3, 4, 8, 9, 10, 42, 52, 53, 82]. Kutatásunk eredményei alapján, a rooming-in ellátásban részesült anyák esetében újszülöttjüktől rövidebb elkülönítés volt jellemző, mint a nem rooming-in ellátásban lévő anyák esetében. Eredményeinket alátámasztotta Cadwell és Brimdyr 2017-es, továbbá Hakala 2018-as tanulmánya is, amelyek beszámolója alapján, a rooming-in rendszerben magasabb arányban valósult meg a korai szoptatás, emellett említik, hogy a nem rooming-in elhelyezés hátrányosan befolyásolja az anyatejes táplálás időtartamát [69, 89]. Cadwell és Brimdyr 2017-es tanulmányukban továbbá arról is beszámoltak, hogy a kizárólagos szoptatási arány csökkenhet a nem rooming-in elhelyezés esetén, melyről eredményeink is számot adtak, miként azok a csecsemők, akik anyjukkal 24 órán át együtt voltak elhelyezve, nagyobb arányban nem kaptak anyatej mellett vagy helyett kiegészítő táplálást, míg az anyjuktól külön elhelyezett újszülöttek, akik jelentős többsége kiegészítő táplálásban részesült. Kutatásunk eredményei alapján a rooming-in elhelyezésben részesített csecsemőket átlagosan egy hónappal hosszabb ideig táplálták anyatejjel, mint a nem rooming-in rendszerben elhelyezett csecsemőket. Ezen eredményünket alátámasztja Cadwell és Brimdyr 2017-es kutatása, amelyben arról írnak, hogy az anya-újszülött szeparáció kedvezőtlenül befolyásolja a szoptatás alakulását [69]. Hazai és nemzetközi tanulmányok egyaránt rámutatnak az igény szerinti táplálás előnyeire és javasolják a válaszkész etetést [3, 4, 6, 8, 9, 10, 48, 50,

53, 95, 101, 102]. Eredményeink alapján a résztvevő anyák háromnegyede (77,3%) válaszkészen táplálta gyermekét, amelyet két hazai felmérés eredményei is (mindkettő 76,8%) alátámasztanak [23, 24]. Ugyanakkor a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időtartamának tekintetében is eltérő eredményeket taglálnak a kutatások, amelyek szerint a féléves korig tartó kizárólagos anyatejes táplálás előfordulása a magyar anyák valamivel több, mint felére (53,9% és 57,3%), ezzel szemben kutatásunk eredményei alapján az anyák kétharmadára (67,0%) volt jellemző [23, 24]. Eredményeinkből kiderült, hogy az anyatejes táplálás átlagos időtartama nem tartott a csecsemő egy éves koráig (átlagosan 10,73 hónapig), vagyis a felmérésünkben résztvevő anyák kevesebb ideig táplálták gyermeküket anyatejjel, mint a magyar, illetve a nemzetközi ajánlások. [3, 6, 8, 9, 10, 51, 53, 82].

Nemzetközi tanulmányok arról számoltak be, hogy a cumi használata a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás idejének lerövidülésével jár [96, 97, 98, 99, 100, 101]. Az említett hivatkozásokhoz hasonló eredményeket kaptunk, amelyek alapján a kizárólagos szoptatás szignifikánsan hosszabbnak bizonyult a cumit mellőző gyermekek esetén. Mindemellett azokat a csecsemőket, akiket életük első hat hónapjában kizárólagosan szoptattak szignifikánsan kisebb arányban használtak cumit, mint akiket nem kizárólagosan szoptattak. A cumit nem alkalmazó csecsemők esetében a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás egyaránt szignifikánsan hosszabb ideig tartott, mint a cumit használó csecsemők esetében.

A kutatásunkban az anyák jelentős hányada számolt be a Bababarát Kórház Kezdeményezés (BBKK) megvalósulásáról a szülése alkalmával. A "Sikeressé szoptatáshoz vezető tíz lépés" magasabb arányban valósult meg a szoptató anyák csoportjában (n=1346), mint a nem szoptató anyák csoportjában (n=662). A BBKK 1. lépésének felmérése során nem fedeztünk fel szignifikáns különbséget az egészségügyi dolgozó által adott tápszer javaslat tekintetében egyik csoportban sem. A BBKK 2. lépésének gyakorlati megvalósulásának felmérésekor megállapítottuk, hogy a szoptató csoportban több, mint kétszer annyian számoltak be arról, hogy a szülést követően gyermekükkel maradhattak bőr-bőr kontaktusban vagy javasolta számukra az egészségügyi személyzet a válaszkész táplálási formát. Ugyanakkor a különbség még a szoptató anyák csoportján belül is számottevőnek bizonyult, miként közel 10%-kal magasabb arányban szoptattak, akiknél legalább az egyik említett pont megvalósult. A BBKK 3. lépésének vizsgálatakor szignifikáns különbséget állapítottunk meg a két csoport között a szoptatás fontosnak tartása tekintetében. A szoptató anyák legnagyobb, több mint kétharmados aránya fontosnak tartotta-, míg a nem szoptató anyák, szintén kétharmados aránya nem tartotta fontosnak, hogy tudja gyermekét szoptatni. A BBKK 4. lépése az egy órán belül létrejött bőr-bőr kontaktus és a korai szoptatás szignifikánsan magasabb arányban valósult meg a szoptató

anyák körében. A BBKK 5. lépésével kapcsolatban megállapítottuk, hogy magasabb arányban tapasztaltak a szoptató csoportban segítségnyújtást a szoptatással kapcsolatban és/vagy javasoltak számukra különböző szoptatási pozíciókat, ugyanakkor a különbség nem bizonyult szignifikánsnak. Emellett mindössze néhány százalékkal (2,2%) szoptattak kevesebben azok, akik kaptak segítségnyújtást és/vagy különböző szoptatási pozíciókra javaslatot. A BBKK 6. lépése, amely az orvosi szempontból nem indokolt kiegészítő táplálás elkerülését támogatja, a szoptató csoportban szignifikánsan magasabb arányban teljesült. Legnagyobb arányban, a szoptató anyák háromnegyede azt nyilatkozta, hogy újszülöttje nem részesült kiegészítő táplálásban a kórházi ellátás ideje alatt, míg a nem szoptató anyák többsége ennek ellenkezőjéről számoltak be, miszerint az újszülött gyermekük részesült kiegészítő táplálásban. A BBKK 7. lépése, a rooming-in elhelyezés, szignifikánsan magasabb arányban valósult meg a szoptató anyák esetében, míg a nem szoptató anyákra magasabb arányban volt jellemző a nem rooming-in elhelyezés. Az BBKK 8. lépésének létrejöttének vizsgálata során megállapítottuk, hogy a szoptató csoportban az anyák háromnegyede számolt be arról, hogy válaszkészen táplálja gyermekét vagy képes felismerni gyermeke éhségjeleit, míg a nem szoptató csoportban az anyák mindössze negyede nyilatkozott ugyanerről. A BBKK 9. lépésével összefüggésben, a kutatásunkban a szoptató anyák lényegesen többen számoltak be arról, hogy a gyermekük nem használt cumit, illetve nem alkalmaztak a tápláláshoz cumisüveget, mint a nem szoptató anyák. A BBKK utolsó, 10. lépése a hazabocsajtást követően fellépő szoptatási nehézségek esetére kapott elérhetőség, szignifikánsan magasabb arányban valósult meg a szoptató anyák csoportjában, mint a nem szoptató anyák csoportjában.

A szoptató anyák legtöbben hét vagy annál több bababarát lépésről számoltak be, míg a nem szoptató anyák hét lépésnél kevesebbet tapasztaltak meg a kórházi ellátás során. Mindazonáltal a szoptatási arány is magasabbnak bizonyult a hét vagy hétnél több bababarát lépés megvalósulása esetén, ugyanakkor a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időhosszában az eredményeink alapján nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között.

Egy 2023-as tanulmányban arról számoltak be, hogy az anyatejvel táplált, ételallergiában vagy ételintoleranciában szenvedő csecsemők anyjai nem folytattak magasabb arányban speciális, eliminációs diétát, mint a nem anyatejvel táplált, ételallergiás vagy ételintoleranciás csecsemők anyjai [107]. Kutatásunkban szintén nem mutatkozott statisztikai szempontból kimutatható különbség az anya gyermekágyas időszak alatt, egészségügyi okból folytatott elimináló diétázása és a szoptatás között.

A szoptatás időszakában megnő az anya szervezetének energiaigénye és bizonyos

nutriensekből is fokozódik a szükséglete [10, 107]. Eredményeink alapján a változatos táplálkozásra, az energia bevitelre, továbbá a vitamin-, és az ásványi anyag bevitelre szignifikánsan nagyobb figyelmet fordítottak a szoptató anyák a gyermekágyas időszakban a nem szoptató anyákhoz képest, ugyanakkor a rostbevitel vonatkozásában nem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között. Kutatásunkban a szoptató anyák kétharmada számolt be arról, hogy változatosan táplálkozott, valamint alig kevesebb mint 60%-uk nyilatkozta, hogy odafigyelt a gyermekágyas időszakban az energiabevitelre. Egy 2019-es kutatás alapján az anyák kalcium-, és bizonyos vízoldékony vitaminok (C-vitamin, tiamin, riboflavin) bevitele nem felelt meg a Becsült Átlagos Szükségleti értéknek, emellett a rostbevitelük is alacsonynak bizonyult [105]. Eredményeink ugyanakkor ezzel csak részben egyeznek meg, miként a gyermekágyas időszakban lévő szoptató anyák valamivel több, mint 70%-a tudatosan követte a napi vitamin-, és ásványi anyag bevitelét, viszont - az említett kutatáshoz hasonlóan- a rostbevitelre az anyák valóban számottevően kisebb aránya figyelt tudatosan.

6.1 A kutatás limitációi

A kutatás limitációi között említjük, hogy minden adatunk önbevallásos, ami nem feltárt hibákat, torzításokat okozhat, azonban Magyarországon nincs olyan adatbázis, amelyben ugyanazon szülésre vonatkozóan követhetnénk az intervenciókat és a postpartum eseményeket. Bár az online adatfelvétel nem ad reprezentatív mintát, jelentősen megnöveli a válasz-számot, miként demográfiai és földrajzi helyzettől függetlenül lehetséges a részvétel, továbbá lehetőséget biztosít a független válaszadásra is (például egy intézményben gyűjtött adattal szemben).

7. KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatásunk kvantitatív adatok elemzésén keresztül mutatja be a magyar anyák körében a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás kapcsolatát a szociodemográfiai faktorokkal, a szülészeti beavatkozásokkal, a szülés módjával, valamint a szülés utáni postpartum körülményekkel. Emellett a kapott eredményeinket összevetettük a hazai és a nemzetközi adatokkal. Ezen új ismereteink révén lehetőségünk nyílik a szoptatás szempontjából kiemelt rizikótényezőket meghatározni.

A féléves korig tartó kizárólagos szoptatás, majd azt követően, a megfelelő hozzátáplálás mellett folytatott anyatejes táplálás megvalósulását jelentős mértékben befolyásolhatják bizonyos szociodemográfiai faktorok. Az anya magasabb életkora, a magasabb lélekszámú lakóhelye, a hajadon, illetve a házassági állapota, illetőleg a főiskolai vagy egyetemi szintű végzettség, a 161.000-330.000 Ft közé eső jövedelmi státusz, valamint a természetes szülési mód egyaránt pozitívan befolyásolhatják a szoptatást. Emellett a kettő vagy több gyermekes anyák esetében szintén magasabbnak bizonyul a szoptatási arány. A kizárólagos szoptatás, illetve a minél tovább tartó anyatejes táplálás elősegítése érdekében fontos szerepe van a várandós nők és a szült anyák edukációjának a szoptatás előnyeiről, jelentőségéről.

Eredményeinkből arra a következtetésre jutottunk, - a bemutatott szakirodalmakhoz hasonlóan - hogy a gyakori intrapartum beavatkozások kedvezőtlen szoptatási eredményekkel járhatnak. A kutatásunkban bebizonyosodott, hogy hazánkban is jelentős a szülészeti beavatkozások előfordulása, főként a szintetikus oxitocin és az epidurális érzéstelenítés (EDA) alkalmazásának mértéke, valamint rendkívül magas a császármetszések aránya. Az említett beavatkozási kaszkád a kutatásunk során is megfigyelhető volt, miként a szülés indítás és gyorsítás, valamint az epidurális érzéstelenítés együttes alkalmazása esetén magasabb arányúnak bizonyult a sürgősségi császármetszés előfordulása. Az indított szülések közel fele császármetszéssel végződik. A szülés módja összefügghet többek között a szoptatás kezdetével, időtartamával és az újszülött anyatej helyettesítő/kiegészítő táplálásban részesítésével. A tápszeres táplálás szignifikánsan magasabb arányban fordul elő az epidurális fájdalomcsillapításban részesített, valamint a császármetszéssel átesett anyák újszülöttjei esetében, továbbá azon újszülöttek esetén is, akik nem kerültek édesanyjukkal a szülést követő két órán belül bőr-bőr kontaktusba és akiknél nem valósult meg a korai szoptatás. Ez megerősíti annak jelentőségét, hogy csakis szükség esetén történjen beavatkozás a szülés természetes folyamatába. Javasolt a farmakológiai módszerek helyett a nem-farmakológiai fájdalom management [18, 110].

A sikeres szoptatás megvalósulását elősegíti a szülés után két órán belül (még az aranyórában)

megvalósuló bőr-bőr kontaktus, valamint az anya és az újszülött 24 órás együttes elhelyezése (rooming-in), amelyek a legkorábban, illetve a legmagasabb arányban a természetes úton szülés esetén valósulnak meg. Mindemellett a válaszkész táplálás, illetve a cumihasználat mellőzése szintén előnyösen befolyásolja a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás időtartamát. Mindazonáltal a szülés módja jelentősen befolyásolhatja az anyatejes táplálás időtartamát a csecsemő hat hónapos koráig. A természetes úton született csecsemők körében jellemző a legmagasabb arányban, valamint a leghosszabb ideig-, míg a tervezett császármetszéssel született csecsemők körében a legkisebb arányban és a legkevesebb ideig a kizárólagos szoptatás előfordulása. Az első hat hónapban a legmagasabb arányban, továbbá a leghosszabb ideig szintén a természetes úton született csecsemőkre jellemző az anyatejes táplálás.

Kutatásunk eredményei arra engednek következtetni, hogy a Bababarát Kórház Kezdeményezés „Sikeresszoptatáshoz vezető tíz lépés” betartása pozitív összefüggésben lehet a szoptatással. Hazánkban azok az anyák, akik szoptatnak, a szülészeti intézményben több bababarát lépés megtapasztalásáról számolnak be, mint a nem szoptató anyák.

A gyermekágyás időszakban a szoptató anyák szignifikánsan nagyobb figyelmet fordítanak a változatos táplálkozásra, a fokozott energia-, vitamin-, ásványi anyag- és nyomelem bevitelre, valamint - bár nem szignifikánsan - a rostfogyasztásra is, mint a nem szoptató anyák.

A szülészeti-, illetőleg a szoptatási mutatóink javítása érdekében kiemelt szerepe van az egészségügyi szakemberek képzésében, illetve továbbképzésében a naprakész, tudományos kutatási eredmények és az azon alapuló hazai, valamint nemzetközi ajánlások ismeretének, továbbá gyakorlati alkalmazásának. A szülészeti és újszülött, valamint a neonatológiai osztályok szakmai protokollját, mindazonáltal ellátását, a nemzetközi és a hazai családbarát szülészeti és neonatológiai ellátást célzó irányelvek, illetve a csecsemő táplálási irányelvek betartásával kellene megvalósítani [3, 4, 6, 8, 9, 10, 48, 50, 52, 53, 82, 95].

Fontos felhívni a figyelmet a várandósgondozás és a családbarát szülészeti ellátás jelentőségére, amelyek hatékonyan képesek elősegíteni a szülések minél természetesebb, illetve minél kevesebb beavatkozással járó folyamatát, emellett a kizárólagos szoptatás és az anyatejes táplálás megvalósulásának eredményességét, valamint időtartamának javítását.

8. ÚJ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

1. Több, mint kétezer magyar anya bevonásával igazoltuk, hogy a 37. gesztációs hét előtt, illetve a betöltött 37. és 40. gesztációs hét között született anyák legmagasabb aránya a betöltött 37. és 40. terhességi hét között, míg a betöltött 40. gesztációs hét után született anyák legmagasabb aránya a betöltött 40. gesztációs hét után szüli gyermekét.
2. Nagyszámú magyar mintán mutattuk ki, hogy a hüvelyi úton, a tervezett császármetszéssel és a sürgősségi császármetszéssel született anyák legmagasabb aránya hüvelyi úton szüli gyermekét. A sürgősségi császármetszéssel született anyák körében magasabb arányú a sürgősségi császármetszés előfordulása, mint a hüvelyi úton született vagy a tervezett császármetszéssel született anyák esetében.
3. Magyar mintán bebizonyítottuk, hogy a szülés indítása, valamint a szülés indítása és gyorsítása céljából egyaránt alkalmazott szintetikus oxitocin használata esetén magasabb arányú a sürgősségi császármetszés előfordulása. Hazai mintán elsőként mutattuk ki, hogy a természetes módon történő szülések előfordulása magasabb arányú azoknál, akiknél csak szülés gyorsítás céljából történik exogén oxitocin adagolás.
4. Több, mint kétezer biológiai anya bevonásával Magyarországon először mutattuk ki, hogy a szintetikus oxitocin adagolás esetén magasabb arányú az epidurális érzéstelenítés alkalmazása. Az epidurális anesztéziában részesített anyák újszülöttjei esetében magasabb arányú az anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálás előfordulása, mint az epidurális fájdalomcsillapításban nem részesített anyák újszülöttjeinél.
5. Nagyszámú magyar mintán igazoltuk, hogy a szintetikus oxitocin adagolásban részesült, hüvelyi úton szült anyák, alacsonyabb arányban szoptatják meg az újszülöttjüket a szülőszobán, mint a szintetikus oxitocinban nem részesített anyák.
6. Magyar mintán kimutattuk, hogy a császármetszéssel született újszülöttek nagyobb arányban részesülnek a szülészeti intézményben anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálásban, továbbá kisebb arányban és kevesebb ideig valósul meg esetükben a kizárólagos szoptatás, mint a természetesen úton született csecsemők esetén.
7. Magyar mintán bebizonyítottuk, hogy szignifikáns különbség van a szülés módja alapján az anya-gyermek közti bőr-bőr kontaktus megvalósulásának idejében. A hüvelyi úton szült anyák jellemzően a szülést követően azonnal együtt lehetnek újszülöttjükkel. A tervezett császármetszéssel szült anyák legmagasabb aránya, több, mint két órával, ugyanakkor alig

kiseb aránya harminc percen belül érintkezhetnek először újszülöttjükkel. A sürgősségi császármetszés esetén a leghosszabb és a legmagasabb arányú az anya-újszülött szeparáció, az anyák jellemzően, több mint két órán keresztül el vannak különítve az újszülöttjüktől.

8. Nagyszámú magyar mintán mutattuk ki, hogy a szülőszobán megszojtatott csecsemők esetében hosszabb ideig valósul meg a szoptatás, azokkal a csecsemőkkel szemben, akiket a szülőszobán nem szoptat meg az édesanyja.

9. Magyar mintán elsőként támasztottuk alá, hogy a nem rooming-in elhelyezés gyakoribb a császármetszéssel befejezett születek esetében. A nem rooming-in elhelyezés esetén magasabb arányú az anyatej mellett vagy helyett alkalmazott kiegészítő táplálás, valamint az időrend szerinti táplálás előfordulása, mint a rooming-in esetén.

10. Hazánkban először igazoltuk, hogy a cumi használat leginkább a sürgősségi császármetszéssel született gyermekekre, míg legkevésbé a természetes úton született gyermekekre jellemző. Azok az anyák, akik félnek a szoptatástól, magasabb arányban adnak cumit a gyermeküknek. A cumit nem használó csecsemők esetében szignifikánsan hosszabb ideig tart a kizárólagos szoptatás, illetve az anyatejes táplálás hossza, mint a cumit használó csecsemők esetében.

11. Hazánkban először mértük fel a WHO & UNICEF: Bababarát Kórház Kezdeményezés – „Sikeresszojtatáshoz vezető tíz lépés” magyarországi megvalósulási arányát és hasonlítottuk össze a lépések létrejötte alapján a szoptató anyákat a nem szoptató anyákkal. Statisztikai elemzésekkel igazoltuk a szoptató anyák és a nem szoptató anyák közti szignifikáns különbségeket az egészségügyi szakdolgozó által tett szoptatásbarát ajánlások (a személyzet naprakész ismeretei és gyakorlati alkalmazása) a szoptatás fontosnak tartása; az egy órán belül megvalósuló bőr-bőr kontaktus; a kiegészítő táplálásban részesítés mellőzése; a rooming-in, a válaszkész táplálás és az éhségjelek felismerése; a cumi/cumisüveg használat mellőzése és a szoptatás támogatásához kapott elérhetőség tekintetében.

12. Magyarországon vizsgálatunk az első olyan felmérés, amelyben a gyermekágyas időszakban lévő szoptató és nem szoptató anyák táplálkozási szokásainak összehasonlítására sor került. A puerperium idején a szoptató anyák körében szignifikánsan magasabb arányú a változatos táplálkozás előfordulása, valamint nagyobb figyelmet fordítanak az energia-, a vitamin-, és az ásványi anyag bevitelükre, mint a nem szoptató anyák.

9. JAVASLATOK

- Jelentős előre lépésnek számítana Magyarországon egy olyan egységes adatbázis létrehozása, amely által ugyanazon szülésre vonatkozóan követhetnénk az intervenciókat és a postpartum eseményeket.
- Egy reprezentatív mintán történő, szülésenként ismétlődő, kvantitatív adatgyűjtés lehetőséget adna a klinikai paraméterek elemzésével a szülészeti beavatkozások rövid-, és hosszútávú hatásait érintő vizsgálatok elvégzésére.
- A további szempontok alapján történő kutatások elvégzésének tekintetében új irányt adhat az állami-, és privát szülészeti és újszülött ellátás alapján történő adatgyűjtés, illetve adatelemzés.
- Egy kvalitatív vizsgálat lehetőséget nyújtana a szoptatás elutasításának pszichológiai vonatkozásának megértéséhez, valamint jellemzéséhez, egyidejűleg alapul szolgálhatna egy kvantitatív kutatáshoz, amellyel döntési alternatívákat és javaslatokat lehetne felállítani.
- Javasolnánk IBCLC laktációs szaktanácsadók, védőnők, szülésznők, dietetikusok, mentálhigiénés, illetve pszichológus szakemberek együttes szervezésével összeállított, különféle, akár online-, hibrid-, vagy offline formában elérhető, interaktív és ismertető programsorozat létrehozását. Az előadások során az említett szakemberek egyéni kompetenciájuk-, valamint gyakorlati tapasztalataik alapján támogatnák a szülőszerepre készülést, a szülést és a szoptatást.

A (leendő) anyák ezáltal ismereteket szereznének a szoptatás jelentőségéről, előnyeiről, továbbá a szoptatást hátrányosan befolyásoló rizikófaktorokról (például: a szülés során alkalmazott lehetséges gyógyszeres és fizikális beavatkozásokról, illetve a szülési módokról, a szülészeti intézmények protokolljairól, az újszülött-, a csecsemő- és a kisgyermek táplálási módokról, illetve a cumi-, cumisüveg alkalmazásának kockázatáról etc.).

A szülést követően, a kórházi tartózkodás idején, egy dietetikai konzultáció során, az anyák tájékoztatásban részesülnének a szervezetük fokozott energia- és tápanyagigényéről a gyermekágyas időszakban, valamint a szoptatás idején. A személyre szabott étrendi tanácsadás révén segítséget kapnának az egyéni igényeiket, valamint a szükségleteiket fedező étrend kialakításában.

- Javasolnánk, hogy a szülést követően a kórházi tartózkodás során, illetve ambuláns módon biztosított legyen az anyáknak, hogy IBCLC laktációs szaktanácsadó segítségét kérjék a szoptatásban. A tanácsadás részeként a szoptató édesanyák a különböző szoptatási nehézségek esetén (például: alacsony tejtermelés, mellgyulladás, szoptatási pozíciók elsajátítása, testi vagy mentális problémák etc.) esetén ezáltal szakembertől kapnának segítségnyújtást.
- Célzott edukációt és kiemelt figyelmet javaslunk fordítani azon gravidák és/vagy megszült anyák számára, akikre bármely, a szoptatást hátrányosan befolyásoló vizsgált szociodemográfiai tényező - úgy, mint az alacsonyabb életkor, a kis lélekszámú lakóhely, a nem házas családi állapot, az alacsony iskolai végzettség, az alacsony jövedelmi státusz, az első szülőség - jellemző. Ebben a védőnők szerepe kulcsfontosságú és elengedhetetlen, hiszen már a várandósság kezdetétől egészen a gyermekkor végéig támogatják, valamint figyelemmel kísérik a családokat.
- Javasolnánk olyan applikációk/programok fejlesztését, amelyen keresztül a védőnők hozzáférnének a várandós nők vizsgálati dokumentációjához, emellett lehetőséget kapnának a várandósgondozási kiskönyv online vezetésére is. A felületen keresztül a védőnők tájékoztathatnák az általuk gondozott várandós nőket az aktuálisan következő vizsgálatokról, továbbá azok jelentőségéről, illetve biztosított lenne számukra a személyes konzultáció során elhangzottak dokumentálása is. A szülést követően a gyermekegészségügyi kiskönyvvel bővíthetne az alkalmazás, amelyben a kötelező újszülöttkori, csecsemőkori és kisgyermekkori vizsgálatok ismertetése, valamint rögzítése történhetne.
- További vizsgálatok hozzájárulhatnának az iker várandósság-, illetőleg a prenatális és posztnatális szövődmények szoptatásra gyakorolt befolyásának felméréséhez.

10. MELLÉKLETEK

1. melléklet: WHO-UNICEF: The ten steps to successful breastfeeding (2023)

„A sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” eredeti plakátja [38]



2. melléklet: Bababarát címmel korábban rendelkező kórházak Magyarországon [111]

Kórház neve	Utolsó felmérés éve	Esedékes újra felmérés	Felmérés megtörtént?	Bababarát cím érvényes?
Ajka, Magyar Imre Kórház	2015	2018	Nem	Nem
Budapest, Szent István Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Debrecen, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	2013	2016	Nem	Nem
Dombóvár, Dombóvári Szent Lukács Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Eger, Markhot Ferenc Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Esztergom, Vaszary Kolos Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Győr, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Kazincbarcika, Kazincbarcikai Városi Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Kistarcsa, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház	2016	2019	Nem	Nem

Miskolc, BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Miskolc, Miskolci Simmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház	2013	2016	Nem	Nem
Ózd, Almási Balogh Pál Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Pécs, Pécsi TE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	2015	2018	Nem	Nem
Salgótarján, Szent Lázár Megyei Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Siófok, Siófoki Városi Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Székesfehérvár, Fejér Megyei Szent György Kórház	2015	2018	Nem	Nem
Szolnok, Hetényi Géza Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Vác, Jávorszky Ödön Kórház	2013	2016	Nem	Nem
Zalaegerszeg, Zala Megyei Kórház	2013	2016	Nem	Nem

3. Egészségügyi Világszervezet (WHO): Pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátás
(2018) [44]

WHO ajánlások – Pozitív szülésélményt célzó szülészeti ellátás

*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.
Geneva: World Health Organization; 2018.*

Ellátás	Javaslat	Javaslat típusa
Ellátás a vajúadás és a szülés során		
Tiszteletteljes szülészeti ellátás	1. A javasolt tiszteletteljes szülészeti ellátás azt jelenti, hogy az ellátást oly módon szervezik és nyújtják minden nőnek, hogy megőrizzék az emberi méltóságukat, biztosítják a magánszférához, titoktartáshoz való jogot, a tájékozott döntés lehetőségét, valamint az ártalomtól és rossz bánásmódtól való mentességet végig a vajúadás és a szülés során.	Javasolt
Hatékony kommunikáció	2. Javasolt a szülészeti ellátást nyújtók és a vajúadó közötti hatékony kommunikáció megvalósítása egyszerű és kulturálisan elfogadható módszerekkel.	Javasolt
Kísérő jelenléte a vajúadás és a szülés során	3. A vajúadás és a szülés során szabadon választott kísérő jelenléte javasolt minden asszony számára.	Javasolt
Az ellátás folytonossága	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 vajúadás, a szülés és a gyermekágy időszakát. ^a	Körülményfüggő ajánlás
A szülés első szakasza (tágulási szak)		
A látens és az aktív tágulási szak definíciója	5. A gyakorlatban a következő definíciók javasoltak a látens és az aktív tágulási szak meghatározására. – A látens tágulási szak az az időszak, ami fájdalmas méhösszehúzódadásokkal és a méhszáj valamilyen mértékű változásával jellemezhető. Ez jelentheti a méhszáj bizonyos mértékű kifejtődését, valamint lassabb tempójú tágulását öt cm-ig először és többször szülők esetében egyaránt. – A tágulási szak aktív fázisát rendszeres, fájdalmas méhösszehúzódadások jellemzik, a méhszáj jelentős mértékű kifejtődésével és gyorsabb tágulásával 5 cm-es méhszajtagasságtól a méhszáj teljes eltűnéséig először és többször szülők esetében egyaránt.	Javasolt
A tágulási szak tartama	6. Az asszonyokat tájékoztatni kell, hogy a tágulási szak látens szakaszának normál időtartama nincs meghatározva és hogy jelentős különbséget mutathat a vajúadók között. Ugyanakkor a tágulási szak aktív fázisának időtartama (5 cm-es méhszajtagasságtól eltűnt méhszájig) általában nem tart tovább 12 óránál először szülők és 10 óránál többször szülők esetében.	Javasolt
Progresszió a tágulási szak során	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 vajúadót fenyegeti kedvezőtlen szülészeti kimenetel – ezért annak alkalmazása nem javasolt erre a célra.	Nem javasolt

^a Forrás: WHO várandósgondozási ajánlásai a pozitív várandóssági élményért

	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.	Nem javasolt
	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.	Nem javasolt
A szülőszobai felvétellel kapcsolatos szabályozás	10. Spontán induló vajúdas miatt jelentkező egészséges várandósok esetében a szülőszobai felvétel elhalasztása a vajúdas aktív szakának eléréseig csak szigorú kutatási keretek között javasolt.	Kutatási keretek között javasolt
Klinikai medencemérés felvételnél	11. Rutinszerű klinikai medencemérés egészséges vajúdok szülőszobai felvételekor nem javasolt.	Nem javasolt
A magzati jóllét rutinszerű értékelése a vajúdo szülőszobai felvételekor	12. A CTG rutinszerű alkalmazása nem javasolt a magzati jóllét értékelésére spontán induló vajúdas miatt jelentkező egészséges várandós szülőszobai felvételekor.	Nem javasolt
	13. A magzati jóllét értékelésére Doppler ultrahangos eszközzel vagy Pinard-féle magzati sztetoszkóppal végzett szívhanghallgatás javasolt a vajúdo szülőszobai felvételekor.	Javasolt
A gát/szeméremtest borotválása	14. A gát/szeméremtest rutinszerű borotválása nem javasolt hüvelyi szülés előtt. ^a	Nem javasolt
Beöntés felvételnél	15. A fájáserősítők használatának csökkentése céljából nem javasolt beöntés alkalmazása. ^b	Nem javasolt
Hüvelyi vizsgálat	16. Alacsony rizikójú várandósok esetében hüvelyi vizsgálat végzése négy órás időközönként javasolt az aktív tágulási szak rutinszerű értékelésére. ^a	Javasolt
Folyamatos CTG-monitorizálás vajúdas alatt	17. Egészséges várandósok spontán vajúdas során nem javasolt a folyamatos CTG-monitorizálás a magzati jóllét értékelésére.	Nem javasolt
Időszakos magzati szívhang hallgatás vajúdas alatt	18. Egészséges várandósok vajúdas során Doppler ultrahangos eszközzel vagy Pinard-féle magzati sztetoszkóppal végzett időszakos magzati szívhanghallgatás javasolt.	Javasolt
Epidurális érzéstelenítés fájáscsillapítás céljából	19. A várandós preferenciáitól függően epidurális érzéstelenítés javasolt egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdas alatt.	Javasolt
Opiátok használata fájdalomcsillapítás céljára	20. A várandós preferenciáitól függően opiátok (mint a fentanyl, diamorfin és pethidin) vénás adása javasolt lehetőség egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdas alatt.	Javasolt
Relaxációs technikák a fájdalom kezelésére	21. 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 vajúdas alatt.	Javasolt

a Forrás: WHO ajánlások az anyai peripartum fertőzések megelőzése és kezelése céljából

b Forrás: WHO ajánlások a szülés gyorsítására

Manuális technikák a fájdalom kezelésére	22. A várandós preferenciáitól függően manuális technikák (mint masszázs vagy meleg borogatás) alkalmazása javasolt egészséges várandósoknak, amennyiben fájdalomcsillapítási igény felmerül vajúdás alatt.	Javasolt
Fájdalomcsillapítás a vajúdás elhúzódsának megelőzésére	23. A fájáserősítők használatának csökkentése és a vajúdás elhúzódsának megelőzése céljából nem javasolt fájdalomcsillapítás alkalmazása. ^b	Nem javasolt
Étel és ital fogyasztása	24. Alacsony kockázatú várandósok vajúdása során javasolt az evés és az ivás. ^a	Javasolt
Anyai mozgás és pozíció	25. Alacsony kockázatú várandósok vajúdása során javasolt a mozgás és a függőleges testhelyzet felvételének ösztönzése. ^a	Javasolt
A hüvely kitörlése	26. A hüvely rutinszerű klórhexidines kitörlése vajúdás alatt nem javasolt a fertőzőes jelleű megbetegedések megelőzése céljából. ^b	Nem javasolt
A szülés aktív vezetése	27. A vajúdás elhúzódsának megelőzésére nem javasolt aktív szülésvezetési protokoll használata. ^a	Nem javasolt
Rutinszerű burokrepesztés	28. Pusztán a vajúdás elhúzódsának megelőzése céljából a burokrepesztés nem javasolt. ^a	Nem javasolt
Korai burokrepesztés és oxytocin adása	29. A korai burokrepesztés oxytocinnal végzett korai fájáserősítéssel együtt a vajúdás elhúzódsának megelőzésére nem javasolt. ^a	Nem javasolt
Oxytocin epidurális érzéstelenítésben részesülő vajúdnak	30. Oxytocin használata a vajúdás elhúzódsának megelőzése céljából nem javasolt olyan asszonyok esetében, akik epidurális érzéstelenítésben részesülnek. ^a	Nem javasolt
Görcsoldó szerek	31. Görcsoldó szerek használata a vajúdás elhúzódsának megelőzése céljából nem javasolt. ^a	Nem javasolt
Intravénás folyadékpótlás a vajúdás elhúzódsának megelőzése céljából	32. Intravénás folyadékpótlás a vajúdás hosszának lerövidítése céljából nem javasolt. ^a	Nem javasolt
A szülés második szakasza (kitolási szak)		
A kitolási szak definíciója és tartama	33. 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 vajúdnak akaratlan nyomási késztetése van a méhösszehúzódsok 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.	Javasolt
A szülési pozíció (epidurális érzéstelenítés nélkül)	34. Az epidurális érzéstelenítés nélkül szülő asszonyokat bátorítani kell, hogy saját igényük szerinti szülési pozíciót vegyenek föl, beleértve a függőleges pozíciókat.	Javasolt
A szülési pozíció (epidurális érzéstelenítésben)	35. Az epidurális érzéstelenítésben szülő asszonyokat bátorítani kell, hogy saját igényük szerinti szülési pozíciót vegyenek föl, beleértve a függőleges pozíciókat.	Javasolt
A nyomás módja	36. A kitolási szak aktív nyomási fázisában levő asszonyokat bátorítani és támogatni kell, hogy saját nyomási késztetésüket kövessék.	Javasolt

a Forrás: WHO ajánlások a szülés gyorsítására

b Forrás: WHO ajánlások az anyai peripartum fertőzések megelőzése és kezelése céljából

A nyomás módja (epidurális érzéstelenítésben)	37. Az epidurális érzéstelenítésben vajdó, 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.	Helyzet-függő javaslat
A gátsérülés megelőzésének technikái	38. A kitolási szakban javasolt olyan technikák alkalmazása, amelyek mérsékelik a gátsérülést és elősegítik a spontán szülést (ideértve a gátmasszázs, meleg borogatások alkalmazását, és a gát közvetlen manuális védelmét), a szülő nő preferenciái és az elérhető lehetőségek függvényében.	Javasolt
A gátmetszésre vonatkozó szabályozás	39. A gátmetszés rutinszerű vagy szabályozatlan alkalmazása nem javasolt spontán hüvelyi szülések esetében.	Nem javasolt
A méh fundusára gyakorolt nyomás	40. A szülés elősegítése céljából a méh fundusára gyakorolt manuális nyomás a kitolási szakban nem javasolt.	Nem javasolt
A szülés harmadik szakasza (lepényi szak)		
Méhösszehúzó alkalmazása megelőzés céljából	41. A postpartum vérzés megelőzése céljából a lepényi szak során adott uterotonikumok használata javasolt minden szülés esetén. ^a	Javasolt
	42. A postpartum vérzés megelőzése céljából a javasolt méhösszehúzó az oxytocin (10NE im/iv). ^a	Javasolt
	43. 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. ^a	Javasolt
Késleltetett köldökzsinór elszorítás	44. A jobb anyai és újszülött egészség és tápláltsági állapot elérése céljából javasolt a késleltetett – a szülést követő egy percen túli – köldökzsinór elszorítás. ^b	Javasolt
A köldökzsinór ellenőrzött húzása	45. Ahol képzett szülészsidők elérhetők, a köldökzsinór ellenőrzött húzása javasolt hüvelyi szülés esetén, amennyiben az ellátást nyújtó és a szülő nő úgy ítéli meg, hogy a vérvesztés kismértékű csökkenése és a lepényi szak idejének kismértékű megrövidülése fontos. ^a	Javasolt
Méhmasszázs	46. A méh tartós masszírozása, mint postpartum vérzést megelőző beavatkozás nem javasolt oxytocin profilaxisban részesült asszonyok esetében. ^a	Nem javasolt
Az újszülött ellátása		
Rutinszerű orr- és szájüregi leszívás	47. A tiszta magzatvízből született, maguktól lélegzetet vevő újszülöttek száj- és orrüregének leszívását nem kell elvégezni. ^c	Nem javasolt
Bőr-bőr kontaktus	48. A szövődménymentes újszülöttek bőr-bőr kontaktusban legyenek édesanyjukkal a szülést követő egy órán át a kihülés megelőzése és a szoptatás elősegítése céljából. ^d	Javasolt
Szoptatás	49. 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. ^e	Javasolt

a Forrás: WHO ajánlások a szülést követő vérzés megelőzése és kezelése céljából

b Forrás: WHO iránymutatás: késleltetett köldökzsinór ellátás a jobb anyai és újszülött egészség és tápláltsági állapot elérése céljából

c Forrás: WHO iránymutatás az alapszintű újszülött újraélesztéshez

d Forrás: WHO ajánlások a gyakori gyermekkori betegségekhöz: a zsebkönyv-ajánlások technikai aktualizálásához tartozó bizonyítékok

e Forrás: WHO ajánlások az újszött egészségre vonatkozóan

K-vitamin a vérzéssel járó betegségek megelőzésére	50. Minden újszülöttnak 1mg K-vitamin im. adandó szülést követően. Csak az első órát követően, amit az újszülött és az édesanya bőr-bőr kontaktusban és a szoptatás megkezdésével töltsön. ^d	Javasolt
Fürdetés és más a szülést követő haladéktalan újszülött ellátás	51. 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 és ugyanabban a szobában legyen napi 24 órában. ^a	Javasolt

A gyermekágyas szülést követő ellátása

A méh tónusának észlelése	52. A szülést követően a méh tónusának hasi ellenőrzése javasolt minden asszonynál a méh ellazulásának (atonia) korai észlelésére. ^b	Javasolt
Antibiotikum-használat szövődmenymentes hüvelyi szülést követően	53. A rutinszerű antibiotikum-profilaxis adása nem javasolt a szövődmenymentes hüvelyi szülésen átesett asszonyoknak. ^c	Nem javasolt
Rutinszerű antibiotikum profilaxis a gátmetszéshez	54. A rutinszerű antibiotikum-profilaxis adása nem javasolt a gátmetszésen átesett asszonyoknak. ^b	Nem javasolt
Az anya rutinszerű megfigyelése a szülést követően	55. 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. ^d	Javasolt
Hababocsátás szövődmenymentes hüvelyi szülést követően	56. Egészségügyi intézményben lezajló, szövődmenymentes hüvelyi szülést követően az egészséges édesanyák és újszülöttek a szülést követően legalább 24 órán keresztül kapjanak ellátást. ^{c,e}	Javasolt

Fordította Dr. Dweik Diána

Lektorálta: Babcsányi Judit

a Forrás: WHO ajánlások az édesanya és az újszülött szülést követő ellátásához

b Forrás: WHO ajánlások a szülést követő vérzés megelőzése és kezelése céljából

c Forrás: WHO ajánlások az anyai peripartum fertőzések megelőzése és kezelése céljából

d Forrás: WHO ajánlások az édesanya és az újszülött szülést követő ellátásához

e Az újszülött számára ez a szülést követő azonnali értékelést, körülbelül egy órával a szülést követően, valamint hababocsátáskor egy teljes klinikai vizsgálatot jelent.

4. melléklet: A szülés módjának hatása a gyermektáplálásra, valamint a gyermekágyas
anya táplálkozása c.

Kutatásunkban felhasznált, saját szerkesztésű kérdőív

A szülés módjának hatása a gyermektáplálásra, valamint a gyermekágyas anya táplálkozása

Kedves Édesanya!

A következő kérdőív doktori disszertációm kutatás részét képezi, amelynek címe:
A szülés módjának hatása a gyermektáplálásra, valamint a gyermekágyas anya
táplálkozása.

A kérdőív teljesen anonim.

A könnyű és gyors kitöltés érdekében 6 szakaszra tagoltam.

Az 1. részben általános információkat gyűjtök,
a 2. részben a SAJÁT születésének körülményeiről kérdezem,
a 3. részben a GYERMEKE SZÜLETÉSÉNEK körülményeiről,
a 4. részben a gyermektáplálás alakulásáról,
a 5. részben a hozzátáplálás jellemzőiről,
az 6. részben pedig a gyermekágyas időszak alatti saját táplálkozásáról tájékozodom.
A kérdőív kitöltése körülbelül 15 percet vesz igénybe.

Kérem, amennyiben Önnek több gyermeke van, a kitöltésnél csak 1 gyermekre
vonatkoztatva válaszoljon.

Bármilyen felmerült kérdéssel kapcsolatban forduljon hozzám bizalommal a
hulmananita@gmail.com e-mail címen.

TÜRELMÉT ÉS SEGÍTSÉGÉT ELŐRE IS KÖSZÖNÖM!!!

Köszönettel:

Hulman Anita

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar doktorandusz hallgató

*Kötelező

1. RÉSZ ÁLTALÁNOS ADATOK

A kérdőív első részében általános adatokról kérdezem, melyre azért van szükségem, hogy a beérkezett
válaszokat tudjam kategorizálni vagy csoportosítani bizonyos szempontok alapján (pl életkor, lakóhely stb...).

1. Mennyi az Ön életkora? Kérem egész számmal válaszoljon! *

2. Ön hol lakik? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

Község/Falu

Város

Főváros

3. Milyen az Ön családi állapota? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

Hajadon

Házas

Özvegy

Elvált

Bejegyzett élettárs

Özvegy bejegyzett élettárs

Elvált bejegyzett élettárs

4. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- 8 általános iskola vagy annál kevesebb
 Szakiskola
 Gimnázium/ Szakközép iskola
 Főiskola/Egyetem

5. Mi az Ön foglalkozása? (Több választ is megjelölhet.) *

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Tanuló CSED/GYED/GYES-
 en van Munkanélküli
 Alkalmazott
 Vállalkozó

Egyéb: _____

6. Mennyi az Ön háztartásában az 1 főre jutó havi NETTÓ átlag bevétele? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- 40 000-160.000 Ft
 161.000- 330.000 Ft
 330.000 Ft felett

7. Hány édes gyermeke van? Kérem egész számmal válaszoljon! *

8. Hányadik gyermekére vonatkozóan tölti ki a kérdőívet? Kérem egész számmal válaszoljon! *

9. Hány hónapos jelenleg a gyermek? Kérem egész számmal válaszoljon! *

10. Mi a gyermek neve? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Lány
 Fiú

11. Mennyi volt a gyermek születési súlya (gramm)? *

12. Hány centiméterrel született a gyermek? *

13. Jelenleg mennyi a gyermek testtömege (gramm)? *

14. Ön hány éves volt a gyermek születésekor? *

2. RÉSZ: AZ ÖN SAJÁT SZÜLETÉSÉNEK KÖRÜLMÉNYEI

Kérem az 2. részben szereplő kérdéseket a SAJÁT SZÜLETÉSE alapján válaszolja meg!

15. Születés ideje: *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Időre születtem. (Kérem ugorjon a 18. kérdéshez!)
- Betöltött 37. hét előtt születtem.
- Betöltött 40. hét után születtem. (Kérem ugorjon a 17. kérdéshez!)
- Nem tudom. (Kérem ugorjon a 18. kérdéshez!)

16. Amennyiben Ön koraszülött volt kérem írja le hányadik hétre született!

17. Amennyiben Önt túlhordák, kérem írja le hány nappal!

18. Születésének helye: *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Kórházban
- Otthon

Egyéb: _____

19. Születés módja: *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Természetes (hüvelyi) úton születtem.
- Sürgősségi császármetszéssel születtem.
- Tervezett császármetszéssel születtem.
- Nem tudom.

20. Milyen beavatkozásokra került sor? *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	Sor került rá	Biztosan nem került rá sor	Nem tudom
Gátmetszés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Burokrepesztés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vákuum- vagy fogóhasználat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülészeti fájdalomcsillapítás (epidurális vagy spinális anesztézia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülés megindítása (pl. oxitocinnal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülés gyorsítása (pl. oxitocinnal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altatás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kábítógáz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Egyéb, éspedig:

21. Események, körülmények *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	Sor került rá	Biztosan nem került rá sor	Nem tudom
Apás szülés volt (édesapám is jelen volt a születésemnél)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülés után közvetlenül édesanyjammal maradhattam bőr-bőrkontaktusban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Mennyi idővel a szülés után került Ön az édesanyja mellkasára? *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

- Azonnal
- 10 percen belül
- 30 percen belül
- 1 órán belül
- 2 órán belül
- Több, mint 2 óra elteltével
- Nem tudom. (Kérem ugorjon a 24. kérdéshez!)

23. Mennyi ideig volt ott megszakítás nélkül? (Kérem percben adja meg azidőtartamot!)

24. Esemény, körülmények *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	Sor került rá	Biztosan nem került rá sor	Nem tudom
Lehetőség volt korai szoptatásra az első néhány életórában	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rooming-in-ben voltam (vagyis együttvoltam édesanyámmal a kórházi napok során)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szoptattak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Amennyiben Önt szoptatták kérem írja le hány hónapos koráig!

3. RÉSZ: A GYERMEKE SZÜLÉSÉNEK KÖRÜLMÉNYEI

Kérem az 3. részben szereplő kérdéseket a SZÜLÉSE alapján válaszolja meg!

26. Szülés ideje: *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

- Időre szültem. (Kérem ugorjon a 29. kérdéshez!)
- Betöltött 37. hét előtt szültem.
- Betöltött 40. hét után szültem. (Kérem ugorjon a 28. kérdéshez!)
- Nem tudom. (Kérem ugorjon a 29. kérdéshez!)

27. Amennyiben gyermeke koraszülött volt, kérem írja le hányadik hétreszületett!

28. Amennyiben túlhordta gyermekét, kérem írja le hány nappal!

29. A szülés időpontjában Ön fertőzött volt a Covid-19 vírussal?

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Talán
- Nem tudom

30. Hol adott életet gyermekének? Amennyiben otthon szült, kérem ugorjon a 33. kérdéshez. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

- Kórházban
- Otthon
- Egyéb: _____

31. Amennyiben kórházban szült, meddig viselt orrot és száját eltakaró maszkot?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Egyáltalán nem viseltem.
 Szüléskoráig viseltem.
 Szüléskorában, végig a vajúadás alatt viseltem.
 A szülés végéig és azt követően a kórházban tartózkodás alatt végig viseltem.

32. Amennyiben a szüléskorában maszkot kellett viselnie, kérem jelölje be az alábbi skálán, hogy mennyire érezte magát emiatt korlátozva!

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem éreztem magam korlátozva a maszk miatt. Teljes mértékben korlátozva éreztem magam a r

33. Szülésének módja: *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Természetesen (hüvelyi úton) szültem.
 Sürgősségi császármetszéssel szültem.
 Tervezett császármetszéssel szültem.

34. Milyen beavatkozásokra került sor? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Sor került rá	Biztosan nem került rá sor	Nem tudom
Gátmetszés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Burokrepesztés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vákuum- vagy fogóhasználat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülészetű fájdalomcsillapítás (EDA, epidurális anesztézia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülés megindítása (pl. oxitocinnal) vagyis programozott szülés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülés gyorsítása (pl. oxitocinnal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altatás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kábítógáz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Egyéb, és pedig:

35. Események, körülmények

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	Sor került rá. Nem került rá sor.	
Apás szülés volt (édesapa jelen volt a gyermeke születésénél)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szülés után közvetlenül a gyermekével maradhatott bőr-bőr kontaktusban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rooming-in-ben voltunk (vagyis együtt voltam gyermekemmel a kórházi napok során)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Mennyi idővel a szülés után került gyermeke az Ön mellkasára? *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Azonnal
- 10 percen belül
- 30 percen belül
- 1 órán belül
- 2 órán belül
- Több, mint 2 óra elteltével
- Nem tudom.

37. Mennyire érezte úgy, hogy a járvány miatt bevezetett korlátozások (maszkhasználat, korlátozott kísérői jelenlét, látogatási tilalom) hatással voltak a szülése kimenetelére?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem voltak hatással a korlátozások szülésemre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljes mértékben hatással voltak a korlátozások szülésemre.

4. RÉSZ: A GYERMEKTÁPLÁLÁS ALAKULÁSA

Kérem abban az esetben is kezdje el ennek a résznek a kitöltését, amennyiben Ön nem szoptatott!

38. Fontosnak tartotta, hogy a gyermekét tudja szoptatni? *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Mindegy, a tápszert ugyanolyan jónak gondolja.

39. Ön megszojtatta a gyermekét a szülőszobán? *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen (Kérem ugorjon a 41. kérdéshez!)
- Nem

40. Amennyiben az előző kérdésre nemmel választott kérem válasszon az alábbi lehetőségek közül!

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem szerettem volna egyáltalán szoptatni.
- Covid-19 vírussal fertőzött voltam, emiatt nem szoptattam.
- Az Ön egészségi állapota nem tette lehetővé (pl.császármetszés miatt).
- A gyermek egészségi állapota nem tette lehetővé.
- Nem, mert nem volt rá lehetőség, mert elvitték a kisbabát.
- Nem, mert volt rá lehetőség, de nem jutottak el a szoptatásig.
- Egyéb: _____

41. Részesült gyermeke a születést követően anyatej mellett vagy helyett kiegészítő táplálásban? *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem
- Nem tudom

42. Erre a kérdésre csak akkor válaszoljon, ha kórházban született. A kórházban...

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	Igen	Nem
segítettek a szoptatásnál a helyes mellrehelyezésben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
javasolták, hogy igény szerint szoptassa gyermekét?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
javasoltak különböző szoptatási pozíciókat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
elmondták miből ismeri fel gyermekénél az éhség jelleit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
javasolták, hogy korlátozza a szoptatás idejét (ne legyen több, mint 20 perc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ellátták tanáccsal a helyes mellkiürítésre vonatkozóan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mondták, hogy bizonyos élelmiszereket érdemes elkerülni szoptatás alatt? (pl: puffasztó ételek)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
adtak információt, hogy kit tud keresni, ha otthonában nehézségei akadnak a szoptatással kapcsolatban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Kérem válaszolja meg hogyan táplálta/táplálja gyermekét az első 6 hónapban? (Több választ is megjelölhet.) *

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Szoptatással (kizárólag).
- Anyatejet kap(ott) cumisüvegből.
- Anyatejet kap(ott) segédeszközzel (fecskedőből, itatópohárból stb...).
- Szoptatott és adott tápszert is.
- Tápszert kap(ott) cumisüvegből.
- Tápszert kap(ott) segédeszközzel (fecskedőből, itatópohárból stb...)
- Szoptatott és elkezdte a hozzátáplálást.
- Tápszert adott és elkezdte a hozzátáplálást.
- Szoptatott, tápszert adott és elkezdte a hozzátáplálást.

Egyéb: _____

44. Amennyiben anyatejjel táplálta gyermekét cumisüvegből vagy segédeszközzel segítségével, kérem válassza ki milyen okból! (Több választ is megjelölhet.)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Sok anyateje van, amit utólag így ad a gyermekének.
- Donor anyatejet kap a gyermek.
- Ha elmennek otthonról így táplálja.
- Melle kialakítása miatt nem tudta/tudja szoptatni.
- Gyermelem egészségi állapota miatt nem tudja mellből táplálni.
- Könnyebb számontartani, hogy mennyit evett a gyermeke.
- Kényelmesebb.
- Mellének esztétikáját szeretné megőrizni.

Egyéb: _____

45. Kapott a gyermeke valaha tápszert? *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen.
- Nem. (Kérem ugorjon a 47. kérdéshez!)

46. Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt kérem válasszon az alábbi felsorolásból válassza ki, hogy Ön miért adott tápszert a gyermekének! (Több választ is megjelölhet.)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Nem szerettem volna szoptatni.
- Kiegészítő táplálék volt az anyatej mellett.
- A gyermekének nehézségei voltak a szopással.
- Fájdalmas volt a szoptatás.
- Könnyebb volt számontartani mekkora mennyiséget evett a gyermek.
- Betegség vagy gyógyszeresedés miatt nem szoptathattam.
- A gyermeke leválasztotta magát.
- Nem szeretett volna nyilvános helyen szoptatni.
- Vissza kellett térnie a munkába.
- Egészségügyi dolgozó javaslatára.
- Csak, hogy kipróbálja, ha a későbbiekben szükség lenne rá.

47. Amennyiben Ön nem szoptatott, kérem röviden indokolja meg! (Pl. Nem akartam.; Nem tudtam, mert..)

48. Használt-e a gyermeke valaha játszó- vagy nyugtatócumit? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
 Nem

49. Kérem számmal jelölje, hogy jelenleg egy nap hányszor kap anyatejet a gyermeke? (Amennyiben nem kap O-át írjon be.) *

50. Kérem számmal jelölje, hogy jelenleg egy nap hányszor kap tápszert a gyermeke? (Amennyiben nem kap O-át írjon be.) *

A további kérdések a csak szoptatásra vonatkoznak. Amennyiben Ön tápszerrel táplálta gyermekét, kérem ugorjon az 5. szakaszhoz!

51. Voltak félelmei a szoptatással kapcsolatban? (Több választ is megjelölhet.)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Nem voltak.
 Igen, félttem, hogy nem elég a tejem.
 Igen, félttem a fájdalomtól.
 Igen, félttem, hogy megváltozik a mellem alakja.
 Igen, félttem, hogy nem tudom szoptatni a mellem tulajdonsága(i) miatt: befelé forduló/lapos mellbimbó, mell(bimbó) méret
Egyéb: _____

52. Mennyi időig tartott a kizárólagos szoptatás vagy anyatejes táplálás, tehát ameddig anyatejen kívül semmi mást (még teát és vizet sem) kapott a gyermeke?

53. Meghatározott időrend vagy igény szerint szoptatta/ szoptatja gyermekét? (Kérem az igény szerinti opciót csak abban az esetben válassza, ha nem korlátozta a szoptatások számát és idejét.)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Időrend szerint
 Igény szerint

54. Otthonán kívül Ön hogyan oldotta/oldja meg a szoptatást?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Bárhol és bármikor szoptattam/szoptatom a gyermekemet.
- Fétrevonultunk (autóba, wc-be, öltözőbe stb.) és úgy szoptattam.
- Idegen helyen sosem szoptattam.

55. Ön szerint mennyire fogadják el az emberek a nyilvános szoptatást?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Egyáltalán nem fogadják el. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teljes mértékben elfogadják. | | | | | |

56. Ön kapott olyan tanácsot környezetében élőtől vagy egészségügyi dolgozótól, hogy hagyja abba a szoptatást? (Több választ is megjelölhet.)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Igen, környezetemben élőtől.
- Igen, egészségügyi dolgozótól.
- Nem kapott. (Kérem ugorjon a 58. kérdéshez!)

57. Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt, abban az esetben Ön megfogadta a tanácsot?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem

58. Milyen élmény (volt) Önnek a szoptatás?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Nagyon jó élmény.
- Jó élmény.
- Közömbös.
- Rossz élmény.

59. Annyi ideig szoptatott, ameddig szeretett volna?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Még szoptatok.
- Igen.
- Nem, tovább szerettem volna.
- Nem, kevesebb ideig szerettem volna.

5. SZAKASZ: HOZZÁTÁPLÁLÁS ALAKULÁSA

60. Hány hónapos koráig kapott gyermeke anyatejet? Amennyiben jelenleg iskap anyatejet, kérem a gyermek jelenlegi kora (hónapban számolva) alapján egész számmal válaszoljon.

61. Hány hónapos koráig kapott gyermeke tápszert? Amennyiben jelenleg is kap tápszert, kérem a gyermek jelenlegi kora (hónapban számolva) alapján egész számmal válaszoljon.

62. A gyermeke hány hónapos korában kezdte meg a hozzátáplálást? Kérem egész számmal válaszoljon! *

63. Ön szerint mikor érdemes bevezetni az alábbi élelmiszereket a gyermek étrendjébe: *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	3-6 hó között	6 hónapos kor után	7 hónapos kor után	8 hónapos kor után	9 hónapos kor után	10-12 hónapos korban	1 éves kor után	1,5 éves kor után
Tehéntej	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tejtermékek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tojásfehérje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tojássárgája	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halak, tenger gyümölcsei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aprómagvas gyümölcsök	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Citrusfélék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gabonafélék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Földimogyoró	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olajos magvak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

64. Milyen állagú élelmiszerekkel kezdte el gyermeke hozzátáplálását? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Folyékony
- Pépes
- Darabos
- Még nem kezdtem el a hozzátáplálást.

65. Hogyan viszonyult gyermeke a hozzátáplálás kezdetén az ételekhez? (Több választ is megjelölhet.)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Még nem kezdtem el a hozzátáplálást.
 Bizalmatlanul
 Lelkesen
 Undorral
 Egykedvűen
 Kíváncsian

66. Kérem egész számmal válaszoljon, hogy a gyermek hány hónapos korára váltotta ki az összes étkezését (reggeli, tízórai, ebéd, uzsonna, vacsora)? Amennyiben még nem váltotta ki ugorjon a következő kérdéshez.

67. Kérem, az alábbi sorokban jelölje meg, hogy inkább Ön, vagy inkább a gyermeke határozza meg az étkezés alábbi jellemzőit!

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Ön dönti el.	Közösen döntik el.	Gyermeke dönti el.
Mikor eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mennyit eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Holeszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. AZ ÖN TÁPLÁLKOZÁSI SZOKÁSAI A GYERMEKÁGYAS IDŐSZAKBAN

68. Ön odafigyelt a(z) alábbiakra gyermekágyas időszak alatti táplálkozására vonatkozóan? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	Igen	Néha	Nem
Változatos táplálkozás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energiabevétel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamin/ásványi anyag/nyomelem bevétel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rostbevétel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folyadékbevétel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finomított szénhidrát bevétel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

69. Alakult ki gyermekénél ételallergia vagy ételintolerancia? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
 Nem (Kérem ugorjon a 71. kérdéshez!)

70. Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszol, kérem nevezze meg milyen ételallergiája vagy ételintoleranciája van gyermekének!

71. Kérem jelölje be, ha volt/ van olyan élelmiszer, amit NEM ÉTELALLERGIA VAGY INTOLERANCIA MIATT mellőzött a szoptatás alatt, hanem mert úgy tudja/tjüt az anyatejjel és problémát okozhat a gyermekének, pl hasfájás, megváltozik az anyatej íze stb... (Több választ is megjelölhet.)

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- Puffasztó ételek
- Citrusfélék
- Csípős élelmiszerek
- Alkohol
- Gomba
- Aromás sajtok
- Hagyma
- Szénsavas üdítőital

Egyéb: _____

72. Tartott Ön bármilyen diétát a gyermekágyas időszakban? *

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Igen
- Nem (Kérem küldje be a kérdőívet! Köszönöm a kitöltést!)

73. Amennyiben az előző kérdésre igennel válaszolt, abban az esetben a diétát Önmaga vagy gyermeke miatt tartotta?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- Önmagam miatt.
- Gyermelem miatt.
- Mindkettőnk miatt.

74. Amennyiben igen, kérem nevezze meg a diétát! (Pl. tejmentes diéta, gluténmentes diéta)

Köszönöm szépen a kitöltést!

Google Űrlapok

5. melléklet: Születésem Körülményei Kérdőív

ELTE saját szerkesztés

Az alábbiakban az ön születésével kapcsolatos kérdéseket talál. Az utóbbi években egyre több kutatás foglalkozik azzal, hogy a születés körülményei és egyéb változók (például személyiségjellemzők) között keressen összefüggéseket.

Kérjük, **tegyen X-et** a megfelelő állítás mellé, ami az ön születésére igaz, és **ha szükséges, egészítse ki** a kért adatokkal (amennyiben azokat ismeri)! Sokan nem tudják ilyen részletességgel saját születésük körülményeit, ezért több helyen lehetősége van a „nem tudom” választ adni.

Születés ideje:

- Időre születtem**
 Koraszülött voltam hónapra születtem
 Túlhordtak nappal
 Nem tudom

Születés módja:

- Természetes (hüvelyi) úton születtem**
 Császármetszéssel születtem
 Tervezett császármetszés volt
 Sürgősségi császármetszés volt
 Nem tudom

Milyen beavatkozás(ok)ra került sor?

Beavatkozás	Sor került rá	Biztosan nem került rá sor	Nem tudom
Gátmetszés			
Burokrepesztés			
Vákuum- vagy fogóhasználat			
Szülészeti fájdalomcsillapítás (EDA, epidurális anesztézia)			
Szülés megindítása (pl. oxitocinnal) vagyis programozott szülés			
Szülés gyorsítása (pl. oxitocinnal)			
Egyéb, éspedig:.....			

Korai élmények

Esemény, körülmények	Sor került rá	Biztosan nem került rá sor	Nem tudom
Papás szülés volt (édesapám is ott volt a születésemkor)			
Közvetlenül a szülést követően édesanyámmal maradhattam (bőr-bőr kontaktusban)	kb. percig		
Lehetőség volt korai szoptatásra (az első néhány életórában)			
Rooming-in-ben voltam (vagyis együtt voltam édesanyámmal a kórházi napok során)			
Szoptattak hónapos koromig		

6. melléklet: Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Regionális /Intézményi és Tudományos Kutatásetikai Bizottság által kiállított Döntési Űrlap a kutatásunk engedélyezéséről

MARKUSOVSZKY EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ
REGIONÁLIS/ INTÉZMÉNYI TUDOMÁNYOS ÉS KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG
9700. Szombathely, Markusovszky út 5.

DÖNTÉSI ŰRLAP

Az Etikai Bizottság 2021 április 27. (év) (hó) (nap) tartott ülésen megvizsgálta az alábbi protokollt:

vizsgálat címe:

A szülés módjának hatása a gyermektáplálásra, valamint a gyermekágyas anya táplálkozása.

vizsgálat protokoll száma:

vizsgálat fázisa:

vizsgálat ikt. száma:

..... -

..... tudományos vizsgálat

..... 13 /2021

A vizsgálat:

1. Beavatkozással járó klinikai vizsgálat
2. Beavatkozással nem járó prospektív, regiszter vizsgálat
3. Termásvíz gyógyvízzé engedélyezése
4. Tudományos vizsgálat

Vizsgálatvezető neve, beosztása, munkahelye

Témavezető:

Karamánné Dr. habil Pakai Annamária
Egyetemi docens, képzési igazgató, tanszékvezető
PTE Egészségtudományi Kar Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet
Védőnői és Prevenció Tanszék

Kutató:

HULMAN ANITA doktorandusz hallgató
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

A vizsgálatban részt nem vevő független orvos (név és munkahely cím)

.....
.....

vizsgálati kérelem benyújtásának dátuma: 2021.04.22

Multicentrikus-e a vizsgálat? igen - nem

Szponzoráló gyógyszer cég neve, címe:

.....
.....

Az alábbi dokumentumokat vizsgálta meg a bizottság:

ikt. szám: 13/2021

tudományos munka

Hulman Anita

Intézetvezető engedélye

Szabályozó hatóság jóváhagyása (ETT KFEB, OGYEI, TUKEB engedély)

Protokoll összefoglaló (magyar nyelvű), kérdőívekkel

prot. szám:

dátum: 2021.

Betegtájékoztató (magyar nyelvű)

dátum:

Beteg-beleegyezési űrlap (magyar nyelvű)

dátum:

Biztosításról szóló nyilatkozat (Fedezet igazolás)

Nyilatkozat arról, hogy a kutatásvezető a Helsinkai deklaráció értelmében végzi a vizsgálatot.

Kutatási terv közérdekű adatainak kivonata

Az etikai bizottság döntése a protokoll és a kapcsolt dokumentumok felülvizsgálata után

A tervezett tudományos munkát a Regionális Kutatásetikai Bizottság megfelelőnek és korszerűnek tartja. A tudományos munka az adatvédelmi szabályok szigorú betartása mellett kezdhető meg.

döntéshozatalban résztvevő etikai bizottsági tagok:

ikt. szám: 13 / 2021

Dr. Lőcsei Zoltán titkár

(osztályvezető főorvos, Általános Belgyógyászat)

Prof. Dr. Rácz Péter tag

(főorvos, tudományos tanácsadó, Szemészet)

Prof. Dr. Garzuly Ferenc tag

(főorvos, tudományos tanácsadó, Patológia)

Dr. Schneider Ferenc tag

(osztályvezető főorvos, Infektológiai Osztály)

Dr. Csákváry Violetta tag

(osztályvezető főorvos, Csecsemő-és Gyermekeosztály)

Dr. Zimmerman Katalin tag

(főgyógyszerész, Kórház Gyógyszertára)

Dr. Vecseiné Kocsis Eszter tag

(szakpszichológus, Család és Nővédelmi Szakrendelés, Szhely.)

Szabó Péterné tag

(egyetemi okleveles ápoló, Általános Sebészeti Osztály)

Molnár Árpád tag

(kórházi lelkész, Szombathely, Szent Márton u.40)

Tóthné Dr. Nagy Eleonóra tag

(jogász, osztályvezető, Nyilvántartási Osztály)

(Jóváhagyás esetén)

É jóváhagyás hatályban tartásához a kérelmező feladata értesíteni a Regionális Kutatásetikai Bizottságot módosításokról, kiegészítésekről, komoly vagy várható káros eseményekről, a vizsgálat megszüntetéséről vagy bármely jelentős döntésről, amely kihatással van a kockázathaszon arányra. A vizsgálat menetére vonatkozó rutin tájékoztatást éves jelentésben kell megadni.

Az elnök neve: Prof. Dr. Márkus Béla (főorvos, tudományos tanácsadó)

Az elnök aláírása:

Dátum:2021.április27.nap

11. IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Amna, AA. (2023). *The role of breastfeeding as a protective factor against the development of the immune-mediated diseases: A systematic review*. *Frontiers in Pediatrics*, 11:1086999. doi: 10.3389/fped.2023.1086999.
- [2] Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság (SZTNB). (2020). [Látogatva: 2024. 01. 03.] <https://sztnb.hu>.
- [3] World Health Organization (WHO). (2014). *Infant and young child feeding. 2014*. [Látogatva: 2022.09.17.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- [4] European Commission. (2018). *Promoting, protecting and supporting breastfeeding: an action plan for Europe. (2018)*. [Látogatva: 2024.01.03.] https://ibclcl.hu/wp-content/uploads/2018/09/Blueprint_short_version.pdf.
- [5] World Health Organization. (2023). *Joint statement by UNICEF Executive Director and WHO Director-General on the occasion of World Breastfeeding Week*. [Látogatva: 2023.12.06.] <https://www.who.int/news/item/01-08-2023-joint-statement-by-unicef-executive-director-catherine-russell-and-who-director-general-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-on-the-occasion-of-world-breastfeeding-week>.
- [6] World Health Organization. (2023). *Promoting breastfeeding and complementary foods*. [Látogatva: 2023.12.06.] <https://www.who.int/europe/activities/promoting-breastfeeding-and-complementary-foods>.
- [7] World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). (2003). *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. Geneva Switzerland. [Látogatva: 2024. 01.03.] <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>.
- [8] Networking, Monitoring, Intervention and Training (EUNUTNET). (2006). *Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union*. [Látogatva: 2024. 01.03.] <https://ibclcl.hu/wp-content/uploads/2018/09/EUpolicy06.pdf>.
- [9] EU Project Contract N.SPC 2002359. (2008). *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008)*. [Látogatva: 2024.01.03.] https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf.

-
- [10] Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI). (2009). *Az egészséges csecsemő táplálásának irányelvei (átdolgozott kiadás)*. [Látogatva: 2023.12.06.] <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/83>.
- [11] Golan, I., Assaraf GY. (2020). *Genetic and Physiological Factors Affecting Human Milk Production and Composition*. *Nutrients*, 12(5). 1500. doi: 10.3390/nu12051500.
- [12] Huang, P., Ren, Jianhua., Liu, Y., Luo, B., Zhao, X. (2017). *Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers: A multicenter study*. *Medicine (Baltimore)*, 96(38), e:7619. doi: 10.1097/MD.00000000000007619.
- [13] Eksioğlu, A., Unal, I., Akyar, A. (2023). *Factors Affecting Breastfeeding in Births Given During the Day and at Night; A Cross-Sectional Comparative Study*. *Breastfeeding Medicine*, 12, 913-920. doi: 10.1089/bfm.2023.0228.
- [14] Varga, K. (2019). *A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai* In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, JE. *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 277.
- [15] Varga, K., Bálint, B. (2022). *A természetes és a szintetikus oxitocin szüléskor és szoptatáskor*. *Orvosi Hetilap*, 163(41), 1629–1638. doi: 10.1556/650.2022.32513.
- [16] Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS). (2019). *A szülés körülményei kutatás*. Dusa, Á., Markos, V., Engler, Á., Várfalvi, M. (2019). *KAPOCS 2019/3-4*. 26-51. <https://www.kapocsfolyoirat.hu/lapszamaink/2019>. [Letöltve: 2023.10.30] https://www.koppmariaintezet.hu/docs/KINCS_szules_korulmenyei_20191202.pdf.
- [17] Varga, K. (2019). *A szülés/születés módjának távolra nyúló hatásai*. In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, JE. (2019). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 283.
- [18] Damhuis, SE., Groen, H., Thilaganathan, B., Ganzevoort, W., Gordijn, SJ. (2023). *Effect of intrapartum epidural analgesia on rate of emergency delivery for presumed fetal compromise: nationwide registry-based cohort study*. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 62(5), 668-674. doi: 10.1002/uog.26309.
- [19] Stevens, J., Schmied, V., Burns, E., Dahlen, H. (2014). *Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature*. *Matern Child Nutr.*, 10(4), 456–473. doi: 10.1111/mcn.12128.

-
- [20] Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: Examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 216(4), 297–305. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x.
- [21] Cesar, GV., Bahl, R., Barros, AJD., Franca, GVA., Horton, S., Krasevec, J., Walker, N. (2016). *Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. *Lancet*, 387(10017), 475-490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- [22] Ságodi, L., Sólyom, E., Kiss-Tóth, E. (2017). *A csecsemőkori táplálás összefüggése a gyermekkori elhízással*. *Orvosi Hetilap*, 158(24), 938–943. doi: 10.1556/650.2017.30779.
- [23] Kopcsó, K., Borosm J., Leitheiserm F., Verosztá, Zs. (2022). *A szoptatás és a kizárólagos anyatejes táplálás gyakorisága és korrelátumai a csecsemő születésétől hat hónapos koráig*. *Statisztikai Szemle*, 100(5), 468-490. doi: 10.20311/stat2022.5.hu0468.
- [24] Központi Statisztikai Hivatal (KSH). (2022). *Csecsemőkor Magyarországon Jelentés a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat 2. hullámáról*. [Letöltve: 2023.10.30.] <https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/kutatasijelentesek/article/view/2847>.
- [25] Kaneko, A., Kaneite, Y., Yokoyama, E., Miyake, T., Harano, S., Suzuki, K., Ibuka, E., Tsutsui, T., Yamamoto, Y., Ohida, T. (2006). *Factors associated with exclusive breastfeeding in Japan: For activities to support child-rearing with breast-feeding*. *Journal of Epidemiology*, 16(2), 57–63. doi: 10.2188/jea.16.57.
- [26] Mundagowa, PT., Chadambuka, EM., Chimberengwa, PT., Mukora-Mutseyekwa, F. (2019). *Determinants of exclusive breastfeeding among mothers of infants aged 6 to 12 months in Gwanda District, Zimbabwe*. *International Breastfeeding Journal*, 14(30), 1–8.
- [27] Jones, JR., Kogan, MD., Singh, GK., Dee, DL., Grummer-Strawn, LM. (2011). *Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States*. *Pediatrics*, 128(6), 1117–1125. doi: 10.1542/peds.2011-0841.
- [28] Amin, T., Hablas, H., Al, Qader, AA. (2011). *Determinants of initiation and exclusivity of breastfeeding in Al Hassa, Saudi Arabia*. *Breastfeeding Medicine*, 6(2), 59–68. doi: 10.1089/bfm.2010.0018.
- [29] Chimoriya, R., Scott, JA., John, JR., Bhole, S., Hayen, A., Kolt, GS., Arora, A. (2020). *Determinants of full breastfeeding at 6 months and any breastfeeding at 12 and 24 months among women in sydney: Findings from the HSHK Birth Cohort Study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5384. doi: 10.3390/ijerph17155384.

-
- [30] Jama, A., Gebreyesus, H., Wubayehu, T., Gebregyorgis, T., Teweldemedhin, M., Berhe, T., Berhe, N. (2020). *Exclusive breastfeeding for the first six months of life and its associated factors among children age 6–24 months in Burao district, Somaliland*. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 5. doi: 10.1186/s13006-020-0252-7.
- [31] Hajdu, T., Kertesi, G. (2021). *Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében. KRTK-KTI Műhelytanulmányok (CERS-IE WP – 2021/8)*. Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-Tudományi Intézet. Budapest. 56-58. [Letöltés ideje: 2023.06.12.] <https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2021/02/CERSIEWP202108-1.pdf>.
- [32] Indigo, N., Mutorwa, K. (2017). *The practice of exclusive breastfeeding in Namibia*. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 36(1), 159–169.
- [33] Tambe, BA., Mimboe, CS., Nchung, JA., Bakwo CB., Nyobe, EC., Pauline, N., Leonie DN. (2018). *The determinants of exclusive breastfeeding in Cameroon, Sub-Saharan Africa*. *Trends Gen Pract.*, 1(3), 1–6. doi:10.15761/TGP.1000113.
- [34] Begley, CM. (2014). *Intervention or interference? The need for expectant care throughout normal labour*. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(4), 160–164. doi: 10.1016/j.srhc.2014.10.004.
- [35] Leal, MDC., Pereira, APE., Domingues, RMSM., Filha, MMT., Dias, MAB., Nakamura-Pereira, M., Bastos, MH., Gama, SGND. (2014). *Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women*. *Cadernos de Saude Publica*, 30(1), 1–16. doi: 10.1590/0102-311X00151513.
- [36] Rossen, J., Økland, I., Nilsen, OB., Eggebø, TM. (2010). *Is there an increase of postpartum hemorrhage, and is severe hemorrhage associated with more frequent use of obstetric interventions?* *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(10), 1248–1255. doi: 10.3109/00016349.2010.514324.
- [37] Yeygel, Özcan, Ç., Aluş, Toka, M. (2021). *Vajinal doğumda verilen oksitosin indüksiyonun emzirmeye etkisi: Literatür incelemesi. [The effect of oxytocin induction given during vaginal birth on breastfeeding results: Literature review]*. *IZTU Journal of Medical and Health Sciences*, 1(1), 19-27.
- [38] Novák, J. (2019). *A Szülés/születés Magyarországon a 20. századtól napjainkig*. In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, JE. *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok*

megközelítésében. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 201.

[39] Csóka Sz. (2019). *Gondoskodás és génszabályozás-perinatális epigenetika*. In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, JE. *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 150-156.

[40] Varga, K. (2019). *A szülés/ születés módjának távolra nyúló hatásai* In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, JE. *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 283.

[41] United Nations Children's Fund (UNICEF). (2006). Innocenti Research Centre. 1990-2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. *Past achievements, present challenges and priority actions for infant and young child feeding (second edition)*. [Látogatva: 2023.11.11.] <https://www.unicef-irc.org/publications/434-1990-2005-celebrating-the-innocenti-declaration-on-the-protection-promotion-and-support.html>.

[42] World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). (1991). Baby-Friendly Hospital Initiative. *Ten steps to successful breastfeeding, from UNICEF and the World Health Organization*. [Látogatva: 2023.04.30.] <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>.

[43] Merten, S., Dratva, J., Ackermann-Liebrich, U. (2005). *Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level?* Pediatrics, 116(5), 702-708. doi: 10.1542/peds.2005-0537.

[44] Declercq, E., Labbok, MH., Sakala, C., O'Hara, M. (2009). *Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed*. Am J Public Health, 99(5), 929-935. doi: 10.2105/AJPH.2008.135236.

[45] Kramer, MS., Fombonne, E., Igumnov, S., Vanilovich, I., Matush, L., Mironova, E., Bogdanovich, N., Tremblay, RE., Chalmers, B., Zhang, Xun., Platt, RW., Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. (2008). *Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial*. Pediatrics, 121(3), 435–440. doi: 10.1542/peds.2007-1248.

[46] Lojander, J., Axelin, A., Bergman, P., Vilén-Niela, H. (2022). *Maternal perceptions of breastfeeding support in a birth hospital before and after designation to the Baby-Friendly Hospital Initiative: A quasi-experimental study*. Midwifery, 110(103350). doi:

10.1016/j.midw.2022.103350.

[47] Thorley, V. (2015). *The Tenth Step of the BFHI: What midwives need to know about optimal support for mothers, post-discharge*. *Midwifery*, 31(9), 829-833. doi: 10.1016/j.midw.2015.06.006.

[48] World Health Organization (WHO). (2018). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018. [Letöltve: 2022.11.22.] <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

[49] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. 2014. [Látogatva: 2022.11.10.] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.

[50] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023). *Intrapartum care*. 2023. [Látogatva: 2023.11.02.] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>.

[51] Novák, J. (2019). *Szülés/születés Magyarországon a 20. századtól napjainkig*. In: Varga, K., Andrek, A., Molnár, JE. *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 206-207.

[52] Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI). (2019). *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról*. [Letöltve: 2022.11.24] https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/3016/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelv_csaladbarat.pdf.

[53] Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI). (2019). *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról*. [Letöltve: 2023.01.09.] https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2981/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_%20csecsem%20.pdf.

[54] International Baby Food Action Network (IBFAN). (2004). *World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)*. (2004). [Látogatva: 2024.01.26.] (<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/>).

[55] World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). (2004). *WBTi indicators*. [Látogatva: 2024.01.26.] <https://ukbreastfeeding.org/wbti-indicators/>.

[56] Bóné, V., Ungváry, R., Kun, JG., Kutas, K., Gyetván, K., Gárdos, L. (2021.) *Nemzeti és nemzetközi szoptatási stratégiák tanulságai*. *Egészség-Társadalom*, 20(1), 39-44. doi: 10.53020/ime-2021-106.

[57] Global Breastfeeding Collective, United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO). (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 2023*. [Látogatva: 2024.01.26.]

<https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>.

[58] Moravcsik-Kornyicki, Á., Fedor, A. R. (2021). *A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei*. *Statisztikai Szemle*, 99(8), 759–782. doi: 10.20311/stat2021.8.hu0759.

[59] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK). (2023). *Szülésszám és ezzel összefüggésben a császármetszések aránya*. [Letöltve: 2023.11.02.] https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/indikatorok/Szules_csaszarmet_szes_2015_2022&inline=true.

[60] World Health Organization (WHO). WHO statement on caesarean section rates. [Látogatva: 2024.01.26.] <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>.

[61] Roberts, CL., Tracy, S., Peat, B. (2000). *Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: Population based descriptive study*. *BMJ*, 321(7254), 137–141. doi: 10.1136/bmj.321.7254.137.

[62] Balçık, M. (2014). *Master's Thesis. National Thesis Center; Assessment of the effect of the delivery room admission process to delivery process*. [Látogatva: 2023.05.10.] https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Master%E2%80%99s+Thesis&author=M+Bal%C3%A7%C4%B1k&publication_year=2014&.

[63] Akyıldız D, Çoban A, Gör Uslu F, Taşpınar A. (2021). *Effects of obstetric interventions during labor on birth process and newborn health*. *Florence Nightingale J Nurs.*, 29(1), 9-21. doi: 10.5152/FNJN.2021.19093.

[64] World Health Organization (WHO). (2021). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. 2021*. [Látogatva: 2023.04.14.] <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.

-
- [65] Eurostat. (2019). *Large differences in share of caesarean births*. [Letöltve: 2023.06.04.] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1>.
- [66] KORFA. (2021). *Császármetszések növekvő trendje a világban és Magyarországon*. Népesedési Hírlevél, 21(1), 1-4. [Letöltve: 2023.07.17.] <https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/korfa/article/download/2811/2699/2799>.
- [67] Varga, K. (2023). *A sokarcú oxitocin: a reprodukciótól a türelemig*. LAM, 33(1-2), 9–18. doi: 10.33616/lam.33.0009.
- [68] Duffield, A., McKenzie, C., Carvalho, B., Ramachandran, B., Yin, V., El-Sayed, YY., Riley, ET., Butwick, AJ. (2017). *The Effect of a High rate vs. a Low rate Oxytocin Infusion for Maintaining Uterine Contractility during Elective Cesarean Delivery: A Prospective Randomized Clinical Trial*. Anesth Analg., 124(3), 857–862. doi:10.1213/ANE.0000000000001658.
- [69] Cadwell, K., Brimdyr, K. (2017). *Intrapartum administration of synthetic oxytocin and downstream effects on breastfeeding: elucidating physiologic pathways*. Ann Nurs Res Pract., 2(3), 1024.
- [70] Zhou, Y., Liu, W., Xu, Y., Zhang, X., Miao, Y., Wang, A., Zhang, Y. (2022). *Effects of different doses of synthetic oxytocin on neonatal instinctive behaviors and breastfeeding*. Scientific Reports, 12(1), 16434. doi: 10.1038/s41598-022-20770-y.
- [71] Unvas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Buckley, S., Massarotti, C., Pajalic, Z., Luegmair, K., Kotlowska, A., Lengler, L., Olza, I., Grylka-Baeschlin, S., Leahy-Warren, P., Hadjigeorgiu, E., Villarme, S., Dencker, A. (2020). *Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding – a systematic review*. PLOS ONE, 15(8), e0235806. doi: 10.1371/journal.pone.0235806.
- [72] Raba, G., Baran, P. (2009). *Obstetric outcomes in oxytocin-related and spontaneous deliveries – analysis of 2198 cases*. [Wyniki położnicze porodów wspomaganych oksytocyna oraz porodów przebiegających spontanicznie – analiza 2198 porodów.] Ginekol Pol., 80(7), 508–511.
- [73] Buckley, SJ. (2015). *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. J Perinat Educ., 24(39), 145-153. doi: 10.1891/1058-1243.24.3.145.

-
- [74] Lieberman, E., Davidson, K., Lee-Parritz, A., Shearer, E. (2005). *Changes in fetal positioning during labor and their association with epidural anesthesia*. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5 Pt 1), 974-982. doi: 10.1097/01.AOG.0000158861.43593.49.
- [75] Tan, DJA., Lew, JP., Jumhasan, MB., Pang, C., Sultana, R., Sng, BL. (2018). *Investigating factors associated with success of breastfeeding in first-time mothers undergoing epidural analgesia: a prospective cohort study*. *International Breastfeeding Journal*, 13(42), 2-9. doi: 10.1186/s13006-018-0184-7.
- [76] Raihana, S., Alam, A., Huda, TM., Dibley, MJ. (2021). *Factors associated with delayed initiation of breastfeeding in health facilities: secondary analysis of Bangladesh demographic and health survey 2014*. *International Breastfeeding Journal*, 16(14), 1-13. doi: doi.org/10.1186/s13006-021-00360-w.
- [77] Getaneh, T., Negesse, A., Dessie, G., Desta, M., Temesgen, H., Getu, T., Gelaye, K. (2021). *Impact of cesarean section on timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis*. *International Breastfeeding Journal*, 16(51), 1-10. doi: 10.1186/s13006-021-00399-9.
- [78] Li, L., Wan, W., Zhu, C. (2021). *Breastfeeding after a cesarean section: A literature review*. *Midwifery*, 103, (103117). doi: 10.1016/j.midw.2021.103117.
- [79] Wu, Y., Wang, Y., Huang, J., Zhang, Z., Wang, J., Zhou, L., Ni, Z., Hao, L., Yang, N., Yang, X. (2018). *The association between caesarean delivery and the initiation and duration of breastfeeding: a prospective cohort study in China*. *Scientific Reports*, 72(12), 1644-1654. doi: 10.1038/s41430-018-0127-9.
- [80] Beake, S., Bick, D., Narracott, C., Chang, Y-S. (2017). *Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review*. *Matern Child Nutr.*, 13(12390). doi: 10.1111/mcn.12390.
- [81] Lothina, J.A. (2014). *Healthy Birth Practice #4: Avoid Interventions Unless They Are Medically Necessary*. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 198-206. [Látogatva: 2023.05.10.] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235054/pdf/JPE_Vol023-004_A8_198-206.pdf.
- [82] World Health Organization (WHO). (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative 2018*. [Látogatva: 2023.05.10.]

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>.

[83] Moore, ER., Bergman, N., Anderson, GC., Medley, N. (2016). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11(11), CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

[84] Sandhi, A., Lee, GT., Chipojola, R., Huda, HM., Kou, SY. (2020). *The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: a cross-sectional study*. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 65. doi: 10.1186/s13006-020-00310-y.

[85] Boakye-Yiadom, AP., Nguah, SB., Ameyaw, E., Enimil, A., Wobil, PNL., Plange-Rhule, Gy. (2021). *Timing of initiation of breastfeeding and its determinants at a tertiary hospital in Ghana: a cross-sectional study*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(468), 1-9. doi: 10.1186/s12884-021-03943-x.

[86] Hauck, YL., Fenwick, J., Dhaliwal, SS., Butt, J. (2011). *A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns*. *Maternal & Child Health Journal*, 15(2), 260–268. doi: 10.1007/s10995-009-0554-2.

[87] Tahsina, T., Hossain, AT., Ruysen, H., Rahman, AE., Day, LT., Peven, K., Rahman, QS., Khan, J., Shabani, J., KC, A., Mazumder, T., Zaman, SB., Ameen, S., Kong, S., Amouzou, A., Lincetto, O., Arifeen, SE., Lawn, JE., EN-BIRTH Study Group. (2021). *Immediate newborn care and breastfeeding: EN-BIRTH multi-country validation study*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 237. doi: 10.1186/s12884-020-03421-w.

[88] Ahmed, S., Mahmud, N., Farzana, N., Parvin, MI., Alauddin, Md. (2023). *Early Initiation of Breastfeeding (EIBF) and Its Associated Factors Among Mothers With Infants Aged 0 to 6 Months in Jashore District, Bangladesh: A Cross-Sectional Study*. *J Am Nutr Assoc.*, 42(8), 737-745. doi: 10.1080/27697061.2022.2161663.

[89] Hakala, M., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Bloigu, R., Hannula, L., Elo, S. (2018). *Implementation of Step 7 of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Finland: Rooming-in according to mothers and maternity-ward staff*. *European Journal of Midwifery*, 2(9), 1-11. doi: 10.18332/ejm/93771.

[90] Hofer, M. (2005). *The psychobiology of early attachment*. *Clin Neurosci Res*, 4(5–6), 291–300. doi:10.1016/j.cnr.2005.03.007.

-
- [91] Oras, P., Ljungberg, T., Hellström-Westas, L., Funkquist, EL. (2020). *A breastfeeding support program changed breastfeeding patterns but did not affect the mothers' self-efficacy in breastfeeding at two months*. *Early Human Development*, 151(105242). doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.105242.
- [92] Ohrlander, K. (1992). *I barnens och nationens intresse: socialliberal reformpolitik 1903–1930*. Stockholm University: Almqvist & Wiksell International [distributör]. <https://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1358326&dswid=-1639>.
- [93] Victora, CG, Bahl, R., Barros, A.J.D., França, GVA., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, MJ., Walker, N., Rollins, NC., Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. *Lancet Lond Engl.*, 387(10017), 475-490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
- [94] Morrison, A.H., Gentry, R., Anderson, J. (2019). *Mothers' reasons for early breastfeeding cessation*. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs.*, 44(6), 325-330. doi: 10.1097/NMC.0000000000000566.
- [95] World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*. [Látogatva: 2023.06.24.] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340706>.
- [96] O'Connor, NR., Tanabe, KO., Siadaty, MS., Hauck, FR. (2009). *Pacifiers and breastfeeding: a systematic review*. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 163(4), 378-82. doi: 10.1001/archpediatrics.2008.578.
- [97] Karabulut, E., Yalcin, SS., Ozdemi-Geyik, P., Karağaoğlu, E. (2009). *Effect on pacifier use on exclusive and any breastfeeding: meta analysis*. *Turkish Journal of Paediatrics*, 1(1), 35-43.
- [98] Deus, VF., Gomes, E., Silva, FC., Giugliani, ERJ. (2020). *Influence of pacifier use on the association between duration of breastfeeding and anterior open bite in primary dentition*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 396. doi: 10.1186/s12884-020-03054-z.
- [99] Buccini, G., Pe' rez-Escamilla, RD'Aquino., Benicio, MHD., Justo- Giugliani, ERJ., Isoyama VS. (2018). *Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use*. *PLoS ONE*, 13(12), e0208261. doi: 10.1371/journal.pone.0208261.
- [100] Branco, J., Manuel, AR., Completo, S., Marques, J., Antao, RR., Gago, CP., Paulino, E., Voutsen, O., Barroso, R. (2023). *Prevalence and Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding*

in the First Six Months of Life. Acta Med Port., 36(6), 416-423. doi: 10.20344/amp.18692.

[101] Sing, JS., Lok, KY., Fong, DY., Fan, SH., Chow, CL., Tarrant, M. (2022). *The Influence of the Baby-Friendly Hospital Initiative and Maternity Care Practices on Breastfeeding Outcomes*. Journal of Human Lactation, 38(4), 700-710. doi: 10.1177/08903344221086975.

[102] Huang, LT. (2020). *Maternal and Early-Life Nutrition and Health*. Int J Environ Res Public Health, 17(21), 7982. doi: 10.3390/ijerph17217982.

[103] Rodler I. (2005). *Új Tápanyagtáblázat*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 120-121.

[104] Bzikowska, A., Czerwonogrodzka-Senczyna, A., Wesolowska, A., Weker, H. (2017). *Nutrition during breastfeeding - impact on human milk composition*. Pol Merkur Lekarski, 43(258), 276-280.

[105] Hu, R., Fei, J., Zhai, Y., Feng, Y., Warren, J., Jin, Y., Papi, B., Stahl, B., Wang, Z., Li, J. (2019). *The dietary intake of two groups of lactating women in Shanghai during the puerperium*. Asia Pac J Clin Nutr., 28(1), 106-115. doi: 10.6133/apjcn.201903_28(1).0015.

[106] Papp, F., Rácz, G., Lénárt, I., Kóbor, J., Bereczki, Cs., Karg, E., Baráth, Á. (2017). *Anyai és újszülöttkori B12-vitamin-hiány felismerése kiterjesztett újszülöttkori szűréssel*. Orvosi Hetilap, 158(48), 1909–1918. doi:/10.1556/650.2017.30901.

[107] Abrams, EM., Shaker, MS., Chan, ES., Brough, HA., Greenhawt, M. (2023). *Prevention of food allergy in infancy: the role of maternal interventions and exposures during pregnancy and lactation*. Lancet Child Adolesc Health, 7(5), 358-366. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00349-2.

[108] Varga, K., ELTE, Eötvös Loránd Tudományegyetem. (2020). *Születésem körülményei*. ELTE, Eötvös Loránd Tudományegyetem saját szerkesztésű kérdőíve.

[109] Pakai, A., Kíves, Zs. (2013). *Research for Nurses. Part 2: Methods of sampling and data collection in health science research*. A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice, 26(3), 20-43.

[110] Varga, K. (2021). *A szülési fájdalom kezelése – Nem farmakológiai módszerek*. Medicina Kiadó, Budapest.

[111] Szoptatásinfó. (2024). *Bababarát kórházak Magyarországon*. [Látogatva: 2023.11.10.] https://szoptatas.info/bababarat_kezdemenyezés/korhaz/bababarat_korhazak_magyarorszagon

12. PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

Az értekezés témájával összefüggő publikációk:

Hulman, A., Pakai, A., Csákvári, T., Varga, K. (2024). *Impact of Different Obstetric Interventions and Types of Delivery on Breastfeeding: A Cross Sectional Study.* [A különböző szülészeti beavatkozások, valamint a szülés módjának összefüggései a szoptatással, keresztmetszeti tanulmány]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2024(24), 473. doi: 10.1186/s12884-024-06666-x

Hulman, A., Varga, K., Csákvári, T., Pakai, A. (2024). *Assessing the implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Hungary: a cross-sectional study.* [A Bababarát Bórház Kezdeményezés megvalósulásának felmérése Magyarországon, keresztmetszeti tanulmány]. *Children*, 2024(11), 412. doi: 10.3390/children11040412

Hulman, A., Varga, K., Csákvári, T., Keczeli, V., Pakai, A. (2024). *The impact of mode of delivery and postpartum conditions on breastfeeding: a cross-sectional study.* [A szülés módjának és a postpartum körülmények összefüggéseinek vizsgálata szoptatással, keresztmetszeti tanulmány.] *Healthcare*, 2024(12), 248. doi: 10.3390/healthcare12020248.

Hulman, A., Tisza, BB., Karácsony I., Pakai, A. (2024). *A szülészeti események és az anyatejes táplálás összefüggései.* *AranyPajzs*, 2023(3), 6-14.

Hulman, A., Varga, K., Keczeli V., Pakai, A. (2023). *A postpartumban lévő anyák táplálkozásának jellemzése és a laktációt befolyásoló demográfiai faktorok.* *Táplálkozástudományi és Dietetikai Szemle*, 3(1), 60-61.

Hulman, A., Varga, K., Ádám, Zs., Pakai, A. (2023). *A szoptató és a nem szoptató gyermekágyas anyák táplálkozási szokásainak összehasonlítása, valamint az anyatejes táplálást befolyásoló szociodemográfiai tényezők.* *Orvosi Hetilap*, 164(43), 1693-1700. doi: 10.1556/650.2023.32885.

A disszertáció témájával összefüggő publikációk impakt faktora: 8,3

Konferenciák idézhető absztrakttal:

Hulman, A., Varga, K., Csákvári, T., Sántha, E., Karácsony, I., Póhr, K., Boncz, I., Pakai, A. *Assessing the Implementation of the „Baby-Friendly Hospital Initiative” in Hungary.* [A

„Bababarát Kórház Kezdeményezés” magyarországi megvalósulásának értékelése]. ISPOR Patient-Centered Research Summit, Atlanta, GA, USA, 2024, May 5, (2024).

Hulman, A., Varga, K., Keczeli, V., Pakai, A. (2023). *A postpartumban lévő anyák táplálkozási szokásainak jellemzése és a laktációt befolyásoló demográfiai faktorok.* Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola. Aktualitások a táplálkozástudományokban konferencia. Pécs. 2023. december 8. (2023).

Hulman, A., Varga, K., Pakai, A. (2023). *A „Sikeresszoptatáshoz vezető tíz lépés” avagy a Bababarát Kórház Kezdeményezés magyarországi gyakorlata.* Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, XIII. TUDOMÁNYOS FÓRUMA-„Tudomány: Válaszok a globális kihívásokra”. Pécs, 2023. november 3. (2023).

Hulman, A., Varga, K., Keczeli, V., Tisza, B., Pakai, A. (2023). *A szoptató és a nem szoptató gyermekágyas anyák táplálkozási szokásainak összehasonlítása, valamint az anyatejes táplálást befolyásoló szociodemográfiai tényezők.* Magyar Táplálkozástudományi Társaság XLVI. Vándorgyűlése, Győr, 2023. október 5-7., In: Bíró, L., Gelencsér, É., Lugasi, A., Rurik, I. (szerk.). Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, Magyar Táplálkozástudományi Társaság. 20-20. (2023).

Hulman, A., Varga, K., Ádám, Zs., Keczeli, V., Pakai, A. (2023). *A szülés módjának és a szülés utáni ellátás körülményeinek szoptatásra gyakorolt hatásának vizsgálata.* Táplálkozástudományi Kutatások XI. PhD konferencia. Budapest, 2023. május 5. In: Bíró, L., Gelencsér, É., Lugasi, A., Rurik, I., Sarkadi, L. (szerk.). Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, Magyar Táplálkozástudományi Társaság. TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNYI KUTATÁSOK XI. PhD konferencia PROGRAMJA ÉS AZ ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI. 20-20. (2023).

Hulman, A., Pakai, A., Ádám, Zs., Keczeli, V., Varga, K. *A csecsemőtáplálás alakulása az első 6 hónapban a szülészeti események tükrében.* XXI. Szentágotthai János Multidiszciplinális Tudományos Nemzetközi Konferencia és Hallgatói verseny (JSMC-2023). Online Konferencia előadás. 2023. április 21. (2023).

Hulman, A. *A szülés módjának hatása a gyermektáplálásra.* A szombathelyi felsőfokú szülésznőképzés 20 éves jubileuma és konferenciája, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Szombathelyi Képzési Központ, MS TEAMS, 2021.június 24-25. In: Betlehem, J., Pakai, A. (szerk.) A szombathelyi felsőfokú szülésznőképzés 20 éves jubileuma és konferenciája: absztrakt kötet. 45-45. (2021).

Poszter:

Hulman, A., Varga, K., Pakai, A. (2024): *Investigating the Association of Mode of Delivery and Postpartum Conditions with Breastfeeding, Cross-Sectional Study. [A szülés módjának és a postpartum körülmények összefüggéseinek vizsgálata a szoptatással, keresztmetszeti tanulmány].* ISPOR Europe 2024, Barcelona, 2024. november 17-20. (2024). [Megjelenés alatt]

Hulman, A., Varga, K., Csákvári, T., Karácsony, I., Keczei, V., Miszory, EV., Boncz, I., Pakai, A. (2024). *The Effect of Obstetric Interventions on Breastfeeding: A Cross-Sectional Study. [A szülészeti beavatkozások hatása a szoptatásra: Keresztmetszeti tanulmány].* ISPOR 2024, Atlanta, 2024. május 5-8. (2024).

Az értekezéstől független publikációk:

Hulman, A., Pakai, A., Tisza, BB., Keczei, V., Varga, K. (2024). *A magyar várandósok étrend-kiegészítő fogyasztási szokásainak vizsgálata.* Új Diéta: A magyar Dietetikusok Lapja (2001-), (32)(1), 42-49.

Hulman, A., Varga, K., Keczei, V., Pakai, A. (2024). *Élelmiszerfogyasztási gyakoriságok vizsgálata a várandósság idején.* AranyPajzs, 2024(1), 26-37.

Hulman, A., Varga, K., Keczei, V., Tisza, BB., Pakai, A. (2023). *Várandósok tápláltsági Állapotának Vizsgálata a várandósság előtt és után.* Nővér, 36(6), 1-40.

Hulman, A., Varga, K., Keczei, V., Pakai, A., (2024). *A várandósság leggyakoribb betegségeinek és gastrointestinalis tüneteinek prevalenciája és étrendi kezelése.* LAM, [Megjelenés alatt]

Keczei, V., Laki, Sb., Tisza, BB., **Hulman, A.,** Osgyáni-Balogh, G., Kisbenedek, A., Raposa, LB., Verzár, Zs. (2023). *A fenntartható táplálkozás és az Okostányér- ajánlás kapcsolata.* Új Diéta: A magyar Dietetikusok Lapja (2001-), 32(2), 5-8.

Tisza, BB., Radics, D., Keczei, V., **Hulman, A.,** Osgyáni-Balogh G., Gerencsér, G., Kisbenedek, A. (2023). *Észak-Nyugat Magyarországon termesztett almafajták antioxidáns tartalmának meghatározása.* Új Diéta: A magyar Dietetikusok Lapja (2001-), 32(4), 26-29.

Szabó-Galiba, L., **Hulman A.,** Kisbenedek, A., Verzár, Zs., Horváth, L., Keczei, V. (2024). *A váltott műszak hatásai a stressz-szintre és az élelmiszerválasztásra.* AranyPajzs [Elbírálás alatt]

Értekezéstől független folyóiratcikk, könyvrészlet:

Keczeli, V., Laki, SB., Tisza, BB., **Hulman, A.**, Pakai, A., Kisbenedek, A., Verzár, Zs. (2023). *A fenntartható táplálkozásról Magyarországon, Távoli jövőkép, vagy már a mindennapok része?.* In: Csákvári, T., Varga, Z. (szerk.) VI. Zalaegerszegi Nemzetközi Egészségturizmus Konferencia: Tanulmánykötet. Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 87-94.

Értekezéstől független posztterek:

Szabó-Galiba, L., **Hulman, A.**, Gubicskóné, Kisbenedek, A., Tisza, BB., Verzár Zs., Pakai A., Boncz I., Keczeli, V. *Effects of Shift Work on Food Choice Habits and Stress Levels of Nurses and Paramedics: A Cross-Sectional Study. [A műszakos munka hatása az ápolók és mentősök ételválasztási szokásaira és stressz-szintjére: keresztmetszeti vizsgálat].* ISPOR Europe 2024, Barcelona, 2024. november 17-20. (2024). [Megjelenés alatt]

Szabó, A., Csákvári, T., Karácsony, I., **Hulman, A.**, Máté, O., Keczeli, V., Boncz, I., Pakai, A. *Experiences of Hungarian Mothers about Breastfeeding Support from Health Visitor. [Magyar anyák tapasztalatai az egészségügyi látogató által nyújtott szoptatási támogatásról].* ISPOR Europe 2024, Barcelona, 2024. november 17-20. (2024). [Megjelenés alatt]

Tisza, BB., Radics, D., Tisza, LÁ., Keczeli, V., **Hulman, A.**, Gerencsér, G., Pakai, A., Gubicskóné, Kisbenedek, A. *Influence of Fruit and Vegetable Prices and Consumption in Hungary Since the COVID-19 Pandemic. [A zöldség- és gyümölcsárak és a zöldségfogyasztás hatása Magyarországon a COVID-19 járvány óta].* ISPOR Europe 2024, Barcelona, 2024. november 17-20. (2024). [Megjelenés alatt]

Karácsony, I., Bognár, B., Csákvári, T., Sántha, E., **Hulman, A.**, Lukács, M., Verzár, Z., Boncz, I., Pakai, A. *The Impact of Fathers' Supportive Role, Mood State Changes on Long-Term Breastfeeding in the Postpartum Period. [Az apák támogató szerepének, hangulati állapotváltozásainak hatása a hosszú távú szoptatásra a szülés utáni időszakban].* ISPOR 2024, Atlanta, 2024. május 5-8. (2024).

Miszory, EV., Járomi, M., Karácsony, I., **Hulman, A.**, Lukács, M., Verzár, Z., Boncz, I., Pakai, A. *Comparison of the Quality of Life and Socio-Demographic Characteristics of Women with Physical Disabilities. [A mozgássérült nők életminőségének és szocio-demográfiai jellemzőinek összehasonlítása].* ISPOR 2024, Atlanta, 2024. május 5-8. (2024)

Értekezéstől független konferenciák:

Keczeli, V., Verzár, Zs., Kisbenedek, A., **Hulman, A.**, Osgyáni-Balogh, G., Ihász, F., Tisza, BB., Alföldi, Z. (2023) *Az evészavarok prevalenciája az evezős versenyzők között – első eredmények*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola. Aktualitások a táplálkozástudományokban konferencia. Pécs. 2023. december 8. (2023).

Keczeli, V., Verzár, Zs., Kisbenedek, A., **Hulman, A.**, Osgyáni-Balogh, G., Ihász, F., Tisza, BB., Alföldi, Z. (2023). *Étkezési Zavarok prevalenciája sportolók körében, fókuszban az evezősök*. VI. Sporttudományi Konferencia. Pécs, 2023. október 27. (2023).

Keczeli, V., Laki, SB., Tisza, BB., **Hulman, A.**, Pakai, A., Kisbenedek, A., Verzár, Zs. (2023). *A fenntartható táplálkozásról Magyarországon, Távoli jövőkép, vagy már a mindennapok része?* VI. Zalaegerszegi Nemzetközi Egészségturizmus Konferencia. Zalaegerszeg, 2023. március 3. In: Csákvári, T., Varga, Z. (szerk.) VI. Zalaegerszegi Nemzetközi Egészségturizmus Konferencia: Absztrakt kötet. Zalaegerszeg, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, p. 21.

Keczeli, V., Laki, SB., Tisza, BB., Máté, O., **Hulman, A.**, Pakai, A., Verzár, Zs., Kisbenedek, A. (2022). *A fenntartható fogyasztás és a magyar vásárlók attitűdje. Hogyan is állunk jelenleg?*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola XII. TUDOMÁNYOS FÓRUMA-., Egészségtudomány: út a világ megismeréséhez”. Pécs, 2022. november 18. (2022).

13. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretném hálámat kifejezni témavezetőmnek, Dr. habil Pakai Annamária Docens Asszonynak és társtémavezetőmnek, Dr. Varga Katalin Professzor Asszonynak a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskolájában végzett tanulmányaim során nyújtott támogatásukért és szakmai segítségnyújtásukért a tudományos munkám során.

Köszönetem fejezem ki Molnárné Dr. Csákvári Tímeának segítségéért a publikációk angol nyelvre történő fordításában.

Köszönettel tartozom a PTE-ETK és az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetőségének és munkatársainak, hogy doktori tanulmányaim során minden szükséges segítséget megadtak számomra.

Végül nagy hálával tartozom családomnak türelmükért, valamint motiválásukért, hogy mellettem álltak tanulmányaim során.

7. sz. melléklet

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT
EREDETISÉGÉRŐL**

Alulírott

név: Hulman Anita

születési név: Hulman Anita

anyja neve: Grabarics Mónika

születési hely, idő: Körmend, 1995.01.16.

**A szülészeti beavatkozások hatása a gyermektáplálásra, valamint a gyermekágyas
anya táplálkozása** című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

PR-5 REPRODUKCIÓS EGÉSZSÉGTUDOMÁNY Programjához/témacsoportjához

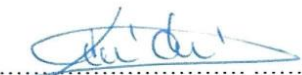
Témavezető(k) neve: Dr. habil Pakai Annamária, Prof. Dr. Varga Katalin

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet
- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az
irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy
hamisított adatokat nem használtam.

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok a doktori értekezésem DOI azonosító
igényléséhez.

Dátum: Pécs, 2024. július 18.


.....
doktorvárományos aláírása


.....
témavezető aláírása


.....
társtémavezető aláírása

7. sz. melléklet

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT
EREDETISÉGÉRŐL**

Alulírott

név: Hulman Anita

születési név: Hulman Anita

anyja neve: Grabarics Mónika

születési hely, idő: Körmend, 1995.01.16.

**A szülészeti beavatkozások hatása a gyermektáplálásra, valamint a gyermekágyas
anya táplálkozása** című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

PR-5 REPRODUKCIÓS EGÉSZSÉGTUDOMÁNY Programjához/témacsoportjához


Témavezető(k) neve: Dr. habil Pakai Annamária, Prof. Dr. Varga Katalin

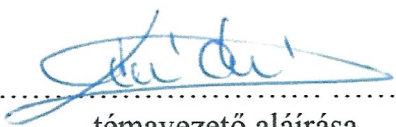
Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet


- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok a doktori értekezésem DOI azonosító igényléséhez.

Dátum: Pécs, 2024. július 18.


.....
doktorvárományos aláírása


.....
témavezető aláírása


.....
társtémavezető aláírása