

Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához



A fedélen Tóth Imréné keramikus művész alkotása látható, melyet a laktációs szaktanácsadó képzés első évfolyamának végzős hallgatói készítették, okleveleik átvételének alkalmából.

Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához

Szerkesztők:

Dr. Török Szaboles János
Dr. Kun Judit Gabriella

Szaklektor:

Dr. Szücs Kinga Anita (USA, Indiana Univesity)
gyermekgyógyász, egyetemi tanár (Professor of Clinical Pediatrics)
az Amerikai Gyermekgyógyász Társaság Szoptatást Támogató Bizottságának vezetője
az Academy of Breastfeeding Medicine vezetője

Nyelvi lektor:

Alexáné Topál Katalin

Kiadó:

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet
2012

ISBN:

978-963-9129-78-8

Készült a „Geriátriai, laktációs szaktanácsadó és betegbiztonsági szakember képzés- és módszertani fejlesztés a Semmelweis Egyetemen” című, TAMOP-6.2.2/B-09/2-2010-0006 számú pályázat támogatásával.



Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujsechenyiterv.gov.hu
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ ÉS AJÁNLÁS.....	4
A SZERZŐKRŐL.....	5
A CSECSEMŐTÁPLÁLÁS SZOCIOKULTURÁLIS VONATKOZÁSAI.....	7
A szoptatás szociokulturális vonatkozásai.....	7
NEMZETKÖZI ÁLLÁSFOGLALÁSOK ISMERETE.....	28
A Bababarát Kórház Kezdeményezés kiterjesztése az újszülött ellátásra (NeoBBKK).....	28
A LAKTÁCIÓ BIOLÓGIAI ALAPJAI.....	40
Az emlő anatómiája – újabb ismeretek a laktáló emlő ultrahangos vizsgálatai alapján.....	40
A tejszintézis molekuláris biológiája.....	50
AZ EGÉSZSÉGES CSECSEMŐ ÉS TERMÉSZETES SZÜKSÉGLETEI.....	61
Igény szerinti szoptatás.....	61
A centrális oxitocin és gyakorlati jelentősége.....	81
Kötődésemélet és szoptatás.....	93
ANYAI KÓRÁLLAPOTOK LAKTÁCIÓS VONATKOZÁSAI.....	103
Kevés a tej – Nem szopik eleget a csecsemő.....	103
Masztitisz okai és kezelése szoptató anyáknál.....	126
LAKTÁCIÓS PROBLÉMÁK GYERMEKGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI.....	134
A koraszülöttek anyatejes táplálásának speciális szempontjai.....	134
A LAKTÁCIÓS SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEI.....	181
Laktóz túlterhelés.....	181
A RENDSZERSZEMLELETŰ CSALÁDKONZULTÁCIÓ ALAPJAI.....	191
A rendszerszemléletű családkonzultáció és a segítő beszélgetés lehetőségei a gyermekszületés körüli időszakban.....	191
Szoptatástámogatás és mentálhigiéné.....	200
A TANÁCSADÁS PSZICHOLÓGIÁJA ÉS PEDAGÓGIÁJA.....	207
A laktációs tanácsadás sajátosságai.....	207
A LAKTÁCIÓS SZAKTANÁCSADÓI TEVÉKENYSÉG ETIKAI VONATKOZÁSAI.....	216
A laktációs szaktanácsadó működését meghatározó etikai szempontok és a gyakorlatban való alkalmazásuk.....	216
PRIMER PREVENCIÓS PROGRAMSZERVEZÉS A LAKTÁCIÓS SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI GYAKORLATBAN.....	233
Primer preventív programszervezés a szoptatás támogatásáért – Várandós felkészítés, anyacsoport szervezése.....	233
KUTATÁSI EREDMÉNYEK ELEMZÉSE.....	268
Biostatistikai és kutatáseméleti alapfogalmak.....	268
A TESZTKÉRDÉSEK MEGOLDÁSAI.....	276

ELŐSZÓ ÉS AJÁNLÁS

Örömmel bocsátom útjára, és adom ajánló szavaimat a most megjelenő „*Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához*” című, az Új Széchenyi Terv keretében Európai Uniós támogatással fejlesztett friss tananyagunkhoz, mely a Semmelweis Egyetem legfiatalabb karán – az Egészségügyi Közszolgálati Karon – elindított legújabb képzésünk, a 'Laktációs Szaktanácsadó' szakirányú továbbképzés törzsanyagának fejlesztéséhez járul hozzá. A jelen tananyagban közreadott tanulmányok mindegyike, a képzés egy-egy megjelölt tantárgyához kapcsolódva, annak kötelező tananyagát képezi. Ezt karunk legfelső grémiumának, az Egészségügyi Közszolgálati Kar Kari Tanácsának akkreditációs döntése is megerősíti. A kifejlesztett tananyag – a szabad internetes hozzáférhetőség biztosítása révén – a más képzőhelyeken indított hasonló képzések számára is hozzáférhetővé válik majd, így a hazai társ egyetemek is beépíthetik képzéseik törzsanyagába.

Az egészséges életkezdést a jelenlegi népegészségügyi programoknak hangsúlyos pontja. A szoptatás, a bensőséges anya-gyermek kapcsolat lelki egészség szempontjából is kiemelt fontosságú. A laktációs szaktanácsadói szakképzés hazai bevezetésében egyetemünk Mentálhigiéné Intézete azért is vállalt örömmel úttörő szerepet, mert primer prevenciós szemléletével, a lelki egészséget is szem előtt tartó célkitűzéseivel az jól illeszkedik Intézetünk, az Egészségügyi Közszolgálati Kar, és joggal mondhatjuk az egész Semmelweis Egyetem prevenciót szem előtt tartó törekvéseihez. E prevenciós szemléletmódot erősítendő indult el többek között 2012 februárjában a minden egyetemi hallgató számára kötelezővé tett prevenciós kurzus (e-learning rendszerben) egyetemünkön.

A laktációs szaktanácsadó olyan specialista, aki a szoptató anya és a szoptatott csecsemő különleges igényeit szem előtt tartva megelőzi, felismeri, illetve segít megoldani a problémákat, és feladatköre kiterjed a gyermekvárás, csecsemőgondozás és családgondozás területére is. A külföldön már több évtizedes múltra visszatekintő laktációs szaktanácsadói szakma képviselőinek speciális helyzeteket is megoldani képes tudására, jól érzékelhetően, fokozódó igény mutatkozik hazánkban is. Jó példa erre, hogy 2009 óta összesen 17 kórház nyerte el „Bababarát Kórház” címet. A cím elnyeréséhez vezető lépések egyik központi eleme, hogy biztosítsák az édesanya számára mindazt a gyakorlati segítséget és információt, ami a sikeres szoptatáshoz szükséges. A Bababarát Kórházak hazai számának fentebb bemutatott emelkedése a közelmúltban jól jelzi az egészségügyi intézmények fokozódó igényét is az ezen készségekkel és képzettségekkel bíró egészségügyi szakdolgozók iránt, akik az ehhez kapcsolódó feladatokat magas szinten ellátni képesek.

A tananyag egyes fejezetei önállóan is felhasználhatók egy-egy téma elmélyültebb megismerésére, de a tananyag egésze is izgalmas olvasmány lehet nemcsak a laktációs szaktanácsadói végzettség megszerzésére törekvőknek, de minden, a téma iránt érdeklődő egészségügyi szakdolgozó számára is. Az ismeretek elsajátításának ellenőrzésére, korszerű oktatástechnikai elemként, önellenőrző tesztkérdések találhatók, melyek akár a fejezet elolvasása előtt – felmérendő a témával kapcsolatos előzetes ismereteket –, akár az adott fejezet áttanulmányozása után – megvizsgálandó a fejezetben foglalt legfontosabb ismeretek elsajátításának mértékét – megoldhatók, segítendő a hatékony, problémaközpontú és gyakorlati orientáltságú tanulási folyamatot.

Kívánom, hogy a most közreadott tananyagok által, az erre hivatott szakemberek humán laktációval kapcsolatos korszerű ismereteinek növekedése révén, növekedhessen hazánkban az anyatejjel táplált, mind teljesebb testi-lelki egészségben felnövekedő csecsemők és kisgyermekek száma.

Dr. Török Péter

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet
intézetigazgató

A SZERZŐKRŐL

Csóka Szilvia

Zoológus, korábban az MTA Pszichológiai Kutatóintézetében tanulmányozta az anya-gyermek kapcsolatot, később pedig a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében a felnőtt kötődés alvásélettani vonatkozásait kutatta doktori munkája során.

Dr. Ittész András

Matematikus, mentálhigiénés szakember, a Kertészeti és Élelmiszeripari Egyetemen 1999-ben szerzett doktori (PhD) fokozatot. A Budapesti Corvinus Egyetemen matematikai és statisztikai, a Semmelweis Egyetemen elsősorban kutatómódszertani tárgyakat tanít. Mindkét helyen egyetemi docens. Egyebek mellett a Klinikai Biostatistikai Társaság és a Magyar Statisztikai Társaság tagja.

Dr. Kovács Judit

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségügyi Centrum Gyermekgyógyászati Intézetének gyermekgyógyásza, neonatológus szakorvosként több évtizede dolgozik a szülészeti újszülött-osztályon és részben a Neonatális Intenzív Centrumban. Egyetemi oktatóként részt vesz a hallgatók és szakorvosjelöltek képzésében. Anyatejes táplálás, szoptatás témakörben rendszeresen tart előadásokat. A „Szoptatásért” Magyar Egyesület alapító tagjai közé tartozik és tagja a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottságnak. Munkahelyén a szoptatás támogatásának elkötelezett híve, része volt abban, hogy a Debreceni Egyetem Szülészeti Klinikája két alkalommal elnyerte a Bababarát Kórház címet.

Dr. Kun Judit Gabriella

Orvos, LLL szoptatási tanácsadó, laktációs szaktanácsadó (IBCLC). A „Szoptatásért” Magyar Egyesület alelnöke, oktatásszervezője és tanfolyamainak oktatója. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság tagja. A Semmelweis Egyetem és A Szoptatásért Magyar Egyesület együttműködésével létrejött Laktációs szaktanácsadói vizsgára felkészítő posztgraduális képzés oktatója.

Dr. Martinovichné Debulay Bianca

Csecsemő és kisgyermek gondozó, nevelő, LLL szoptatási tanácsadó, laktációs szaktanácsadó (IBCLC). A La Leche Liga Magyarország Egyesület elnöke. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság tagja. A Semmelweis Egyetem és A „Szoptatásért” Magyar Egyesület együttműködésével létrejött Laktációs szaktanácsadói vizsgára felkészítő posztgraduális képzés oktatója.

Dr. Martos Tamás

Pszichológus, pszichodráma vezető, a pszichológiai tudományok doktora (PhD), a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének docense. A Magyar Családterápiás Egyesület és a Magyar Pszichológiai Társaság tagja.

Rózsa Ibolya

LLL szoptatási tanácsadó, IBCLC laktációs szaktanácsadó. A La Leche Liga Magyarország Egyesület alelnöke, La Leche League International szakmai összekötője, A „Szoptatásért” Magyar Egyesület vezetőségi tagja, tanfolyamainak oktatója, a Laktációs Szaktanácsadók Magyarországi Csoportjának vezetője. A Semmelweis Egyetem és A „Szoptatásért” Magyar Egyesület együttműködésével létrejött Laktációs szaktanácsadói vizsgára felkészítő posztgraduális képzés oktatója.

Sallay Viola

Pszichológus, családterapeuta, a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetének munkatársa. A Magyar Családterápiás Egyesület és a Magyar Pszichológiai Társaság tagja.

Schneiderné Diószegi Eszter

Pszichológus, La Leche Liga tanácsadó, IBCLC laktációs szaktanácsadó. A La Leche Liga Magyarország alelnöke, a La Leche Liga tanácsadók képzésének hazai koordinátora. A Szoptatásért Magyar Egyesület tagja és tanfolyamainak oktatója. A Semmelweis Egyetem és A Szoptatásért Magyar Egyesület kooperációjában létrejött Laktációs Szaktanácsadói Vizsgára Felkészítő posztgraduális képzés oktatója.

Dr. Török Szabolcs

Orvos, csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, mentálhigiénés szakember, IBCLC nemzetközi vizsgával rendelkező laktációs szaktanácsadó, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézetének egyetemi docense, doktori (PhD) fokozatát 2006-ban szerezte meg. A 2010 szeptemberében elindított Laktációs Szaktanácsadó Vizsgára Felkészítő Szakirányú Továbbképzési Szak szakfelelőse. Az Academy of Breastfeeding Medicine első magyarországi tagja.

Dr. Várady Erzsébet

Gyermekgyógyász, neonatológus, IBCLC nemzetközi vizsgával rendelkező laktációs szaktanácsadó, a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság tagja, a Semmelweis Egyetem és A Szoptatásért Magyar Egyesület együttműködésével létrejött Laktációs szaktanácsadói vizsgára felkészítő posztgraduális képzés szakmai vezetője és oktatója.

Dr. Varga Katalin

Varga Katalin Pszichológus, a pszichológiai tudományok doktora (PhD), habilitált egyetemi docens, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kara Pszichológiai Intézetének oktatója, az Affektív Pszichológia Tanszék vezetője. A Perinatális Szaktanácsadó szakirányú továbbképzési szak alapítója és felelős szakmai vezetője.

W. Ungváry Renáta

La Leche Liga szoptatási tanácsadó 2001 óta, laktációs szaktanácsadó (IBCLC) 2003 óta. A „Szoptatásért” Magyar Egyesület elnöke és tanfolyamainak oktatója. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság tagja. A Semmelweis Egyetem és A Szoptatásért Magyar Egyesület együttműködésével létrejött Laktációs szaktanácsadói vizsgára felkészítő posztgraduális képzés oktatója. Számos szoptatással, csecsemőtáplálással kapcsolatos kiadvány, könyv szerzője. Újságíró, szerkesztő.

A CSECSEMŐTÁPLÁLÁS SZOCIOKULTURÁLIS VONATKOZÁSAI

A szoptatás szociokulturális vonatkozásai

W. Ungváry Renáta

Riordan (2005) a szoptatásra, mint a **humán viselkedésformák egyikére** tekint, amely **érzékeny a kulturális befolyásokra és a szociális változásokra**. Ez indokolja, hogy a szoptatás egész folyamatát, a jellemző problémákat, kérdéseket és megoldásokat ezúttal ne a biológia, az élettan szemszögéből, hanem szociokulturális szemszögéből vizsgáljuk.

A probléma:

A szoptatás ma (mondhatjuk úgy is, hogy az utóbbi 100 évben egyre fokozódó mértékben) elsősorban az egészségügy kompetenciakörébe tartozik, egyértelműen egészségügyi kérdésnek számít, noha az emberiség története során sosem volt az. A múltban főként a család, a rokonság idősebb, tapasztaltabb nőtagjai segítették az anyákat, és ez két dolgot egészen biztosan garantált: **a saját tapasztalatot és a közösség támogatását, védelmét**. Ma ezzel szemben tény, hogy az egészségügyi dolgozó, aki az anya szoptatási problémáival vagy egyszerűen csak tapasztalatlanságával találkozik, véletlenszerűen rendelkezik vagy nem rendelkezik saját tapasztalattal, képzése során pedig minimális mértékben tanul a szoptatásról. Ehhez képest:

- A **várandósok** elméletileg a terhesgondozás során kapnak információkat a szoptatásról, **egészségügyi dolgozóktól**: védőnőtől, szülésznőtől. A védőnő feladata, hogy a rákérdezzon a szoptatás szándékára. Számos esetben ilyenkor hall életében először a várandós erről a témáról, először szembesül azzal a ténnyel, hogy valami számára gyökeres újdonság fogja meghatározni élete elkövetkező éveit.
- A szoptatás megkezdésekor, **a szülés körüli időszakban egészségügyi dolgozók veszik körül**, tőlük kellene megkapnia a gyakorlati segítséget a szoptatás konkrét megvalósítását illetően, a választ az első felmerülő kérdésekre. Nem lehet kétséges az első napok jelentősége: messze-menően befolyásolják a szoptatás sikerességét, időtartamát (*Susin, 1999; Albernaz, 2003*).
- A **kórházból való hazatérés után ismét két egészségügyi dolgozó**, a védőnő és a gyermekorvos hatókörébe kerül a szoptatás. Az édesanyák tőlük várják a választ az összes felmerülő kérdésre: miért sír a baba, elég-e neki a tej, meddig normális, ha felébred éjszaka, mit tegyenek, ha sebes a mellbimbó, szoptathatnak-e lázasan az anyák, mit tegyenek, ha a gyerek egyik napról a másikra elutasítja a szopást, és így tovább.

A kérdés:

Vajon pozitív változásnak tekinthetjük-e a szoptatás egészségügyi kérdéssé válását? Amikor a számok és a tapasztalatok világszerte egyértelműen azt bizonyítják, hogy a rendszer abban az állapotában, amiben jelenleg van, olyan személyi és képzettségbeli feltételek mellett, amelyek jelenleg adottak, **nem mindig ösztönzőleg, hanem épp ellenkezőleg, sokszor negatívan hat a szoptatásra**, a szoptatási időszak teljes hosszára. A Fülöp-szigetek példája jellemző a tradicionális értékek uralta társadalomban bekövetkező "modernizálódásnak" nevezett változások szoptatásra gyakorolt hatására: a terhesgondozás igénybevétele és a kórházi szülés összefüggést mutat a szoptatási időszak rövidebb voltával, a tápszerek használatával. Annyi bizonyos, hogy az egészségügyi rendszer az egyik leglényegesebb csatorna, amelyen keresztül a tápszergyártók elérik az anyák nagy tömegeit (*Abada, 2001*).

Gazdasági befolyásoló tényezők

Első olvasásra nyilván meghökkentő állítás ez, hiszen pontosan ellentétes az egészségügy deklarált szerepével. Annál is inkább, hiszen a szoptatás eredetileg népegészségügyi okokból került az egészségügy hatókörébe. Az egészségügyi szakemberek számára is, már több száz évvel ezelőtt is, nyilvánvaló volt ugyanis a szoptatott gyermek előnye a fajidegen tejjel tápláltakéhoz képest, ezért gondolták úgy, hogy szervezett formában, szakképzett személyzettel kell rábírní az anyákat arra, hogy szoptassanak.



Csak hogy az elmúlt száz évben a tápszergyártók is rájöttek arra, hogy termékeik leghatékonyabb népszerűsítői azok az egészségügyi dolgozók, akik az anyákkal kapcsolatba kerülnek. Ma már alig akad olyan tudományos konferencia, kongresszus (gyermekgyógyászoknak, szakdolgozóknak), amelynek fő szponzorai között ne lennének ott a tápszergyártók. Ugyanígy, a csecsemőtáplálással kapcsolatos független pontszerző továbbképzések száma is megdöbbentően alacsony. Ezekért ugyanis Magyarországon (is) fizetni kell, szemben a tápszergyártók által szponzorált, ajándékokkal és propaganda-anyagokkal elárasztott ingyenes vagy jelképes összegért kínált "továbbképzésekkel", ahol jelentős számban szponzorált előadások meghallgatásáért kapnak pontokat, ajándékokat, nyereményeket. A gazdasági válság miatt az egészségügyi dolgozók többsége előnyben részesíti az amúgy kötelező továbbképzések ingyenes lehetőségeit. Ugyanakkor a tápszerek terjesztése nem csak a fejlődő országokban dönti még mélyebb nyomorba a rossz körülmények között, igen alacsony jövedelmekből élő családokat. Ezzel kapcsolatban nemcsak a tápszereadás költségeit kell figyelembe venni, hanem az egészségkárosító hatás további költségeit: kórházi ápolás, gyógyszerek, kezelések.

Az egészségügy ésszerű finanszírozásának valójában ki kellene zárnia azt a lehetőséget, hogy a célközönség számára ártalmas termékek terjesztésének bármely formája a mai helyzethez hasonlóan zöld utat kapjon, és oktatásnak álcázva épüljön bele az egészségügyi dolgozók továbbképzésébe, oktatásába. Ez annál is inkább veszélyes tendencia, mert a szoptatás elhanyagolhatóan alacsony óraszámában szerepel az egészségügyi dolgozók oktatásában, miközben munkájuk 60-70 százalékát a szoptató anya-gyerek páros támogatása, segítése, ellátása jelenti. **Létezik már olyan ország, India, ahol a szakmai testület megtiltotta, hogy a gyermekorvosok tápszergyártók által szervezett konferenciákon, továbbképzéseken vegyenek részt** (Baumslag, 1995; Hausman, 2003; Palmer, 2009).

Egyoldalú kommunikáció a szoptatásról

Az egészségügyi dolgozó az esetek zömében a táplálás egyik lehetséges, előnyös formájaként tekint a szoptatásra, és ennek megfelelő az ezzel kapcsolatos kommunikáció is, amely rendszerint a következő, elsősorban számokkal jellemezhető témák köré rendezhető:

- **Hány óránként szopik a csecsemő?** Annak sugallása, hogy órát kell használni ahhoz, hogy megmondhassuk, mikor szükséges megszojttatni a csecsemőt, alaposan elbizonytalanítja és tévútra vezeti az anyát, aki ahelyett, hogy a gyereke jelzéseiből indulna ki és azokat próbálná értelmezni, átlaggyerekek átlagfogyasztásához méri saját csecsemője, és saját maga "teljesítményét". A teljesítmény-központú szemlélet aláássa a szülői kompetenciát azáltal, hogy külső mércéket alkalmaz a hatékonyság megítélésében az egyéni körülmények mérlegelése nélkül. Az igazsághoz az is hozzátartozik, hogy a modern kor emberében félrevezető tanácsok nélkül is megvan a napirend, a kiszámíthatóság, a szabályozás iránti igény. Ezért különösen fontos, hogy felhívjuk a figyelmet arra, léteznek más szabályozó tényezők is az órák múlásán kívül, és rendszeren nem csupán egy szabályos időközönként ismétlődő napirendet érthetünk, hanem a csecsemő életműködéseiből, egyéni igényeiből fakadó, saját rendszert is.
- **Mennyit szopott?** Jóllakott-e vele? A mennyiségi szemlélet tökéletesen uralja a szoptatásról való gondolkodást. Az anyatej összetételének, energiatartalmának cirkadián változásai többnyire ismeretlenek, a szopott tejmennyiség megállapítása pedig csak szopás előtti és utáni méréssel lehetséges, ami ismét csak bonyolulttá és jőszerűvé kivitelezhetetlenné teszi az igény szerinti szoptatást.
- **Kiürítette-e a mellet?** Ha nem, akkor sokan fejést javasolnak, "utolsó cseppig", hogy minél több tej termelődjék. Túl azon, hogy ezek a kérdések a tejtermelés mechanizmusának nem kellően alapos ismeretéről tanúskodnak, a fejés miatt, a kiürítettség mértékének nem pontos megállapíthatósága miatt szükségtelenül bonyolulttá és időigényessé tehetik a szoptatást, mint az egyik lehetséges táplálási formát (*Schmidt, 2003.*).

Ajánlott irodalom:

- Katherine A. Dettwyler (Editor), Patricia Stuart-Macadam (Editor): **Breastfeeding: Biocultural Perspectives**, 1995.

Régen szoptattak a nők?

Logikusnak tűnik a válasz, hogy igen. Minél régebbi korokba tekintünk vissza, annál nyilvánvalóbbak a nem szoptatás veszélyei a csecsemőhalandóság drámai növekedése miatt. Hajlamosak vagyunk huszadik századi jelenségnek tekinteni a szoptatási arányok drasztikus csökkenését, holott évszázadokkal korábban is jellemző volt a szoptatás teljes háttérbe szorulása bizonyos területeken. Már az időszámításunk előtti harmadik évezredben említ egy sumér bölcsődal "vidám szoptatós dajkát", és már az írott történelem előtti korokból maradtak fenn csecsemők etetésére szolgáló eszközök, leggyakrabban marhatülök. A különféle korok orvosi irodalmában nagyon vegyes, ellentmondásos, sokszor megdöbbenő gyógymódokat találunk ugyanazokra a problémákra, amelyek ma is foglalkoztatják az anyákat: mellgyulladás, tútelitődés, fájdalmas, érzékeny mellbimbó, sebesezés.

Szoptatási statisztikák ugyanakkor nem állnak rendelkezésünkre régi korokból, mert **a szoptatás egészen a 19. század végig nem képezte a tudományos vizsgálódás tárgyát**. Inkább szórványosan rendelkezésre álló forrásokból következtethetünk arra, milyen lehetett a kor hangadó rétegében a szoptatáshoz való hozzáállás. *W. A. Mozart* például, ahogy apjához írt levelében olvashatjuk, nem engedte feleségének, hogy szoptasson, és csak többek (anyós, bába) unszolására egyezett bele a szoptatós dajka alkalmazásába, terve az volt, hogy fia vízen nőjön föl, úgy, ahogy ő maga is. Elsőszülött gyermeke, Raimund nyolc hetesen halt meg. Bár az elemzők valószínűtlennek tartják, hogy valóban tiszta vízről lett volna szó, és sokkal inkább hígított, gabonával felfőzött állati tejet értettek rajta, az tény, hogy Mozart szülei öt gyermeküket is elveszítették, és ebben jelentős része lehetett az elhibázott táplálásnak is.

J. J. Rousseau a természethez való visszatérés jegyében természetesen szorgalmazta a szoptatást, de éppen abban a korban, Franciaországban ennek nem sok fogantója volt: a nők többsége szoptatós dajkához adta újszülött gyermekét, a csecsemőhalálozás pedig rendkívül magas volt. (Bővebben lásd a jelenség elemzését a 18. századi Franciaországban *Elisabeth Badinter: A szerető anya* című könyvében <http://moly.hu/konyvek/elisabeth-badinter-a-szereto-anya> (2011.11.29.), ugyanakkor Badinter szélsőségesen feminista álláspontjáról érdemes elolvasni ezt:

<http://budapest.cafebabel.com/hu/post/2010/10/07/Elisabeth-Badinter%3A-Anya-vagy-n%C5%91-vagy> (2011.11.29.)



A szoptatás/nem szoptatás jelenségének leginkább árnyalt, evolucionista elemzését Sarah Blaffer-Hrdy antropológus *Mother Nature* című alapművében találjuk (Blaffer Hrdy, 2000). Érdekesítő nyomon követni, hogy egyrészt melyek azok a mechanizmusok, amelyek az anya-gyerekek kötődést, a közös életben maradást elősegítik, másfelől pedig melyek azok a tényezők, amelyek ezek érvényesülését gátolják – az állatvilágban is. Szélsőséges példa az államalkotó rovatok esete, ahol egy egész hadsereg áll az anya és a kicsinyek szolgálatában. Blaffer-Hrdy elemzéséből kiderül, hogy **a legmeghatározóbb tényező az, hogy az anya kiktől, mekko-**

ra, milyen hatékony segítséget kap az utód felneveléséhez.

A modern társadalomban, amikor a családon, nagycsaládon belüli "helyettes anyák" már csak igen ritkán állnak rendelkezésre, előtérbe kerülnek azok a társadalmi szolgáltatások, amelyek a család, az anya biztonságérzetét növelik: például anyavédelmi törvények, anyabarát munkahelyek, részmunkaidő, rugalmas munkaidő, bölcsődék, gyermekes családok számára előnyös adózási és egyéb intézkedések, a családon belüli tapasztalt nők szerepét átvevő önszervező csoportok, civil szervezetek.

Ilyen szempontok alapján érdemes megközelíteni az olyan megdöbbentő jelenségeket is, mint például a szoptatási arányok szélsőséges különbségeit egyazon időszakban a német nyelvterületen. A 19. század elejére Dél-Bajorországban, Lausitzban, Tirolban és Csehország németek lakta területein alig szoptatott valaki, a szoptatás átlagos időtartama mindössze 3,5 hét volt. Münchenben ugyanekkor az időszakban a csecsemők nagyjából kilencven százalékát soha nem szoptatták. Ellenben *Tacitus Germania-jában*, i.sz. 100 körül elismeréssel állapítja meg, hogy minden anya szoptat, nem szokás szolgálókra, dajkákra bízni a gyermeket (ahogy a korabeli Rómában széles rétegek tették).

Roppant tanulságos az az elemzés, amely a szórványosan rendelkezésre álló szoptatási adatok és a csecsemőhalandóság összefüggéseit vizsgálja: bajor statisztikákból kiderül, hogy a bajor-sváb fennsíkon, ahol 4-500 éven keresztül jóformán alig szoptattak a nők, más német területekhez képest, ahol általános volt a szoptatás, csaknem kétszeres volt a csecsemőhalandóság (Knodel, 1977). A lakosság száma ugyanakkor két ilyen terület összehasonlításakor nagyjából állandó. Ennek magyarázata, hogy az adott korban az alacsony szoptatási arányok lényegesen magasabb születésszámmal, csecsemőhalandósággal és anyai halálzással járnak, míg a fejlett szoptatási kultúrával rendelkező területeken a születések közti idő hosszú, a születésszám, a halálzási mutatók pedig sokkal alacsonyabbak. A nem szoptatás jelenségének magyarázatát az elemzők abban látják, hogy a szoptatást a túlzásba vitt szemérem (a szoptatás obszcénnek tartásával, állatiassággal) gátolta, valamint a gyermek sem volt komoly érték számos egyéb tényező miatt sem, halálát, mely mindennapos volt, természetes egykedvűséggel vették tudomásul, ebben pedig felekezeti tényezők is szerepet játszottak.

Hogyan befolyásolja a politika a szoptatást?

A szoptatást másrészt gyakran összefüggésbe hozták az elkényeztetéssel, túlzott dédelgetéssel is: egészen a mai napig él a német nyelvben és köztudatban (is) a majomszeretet (*Affenliebe*) kifejezés, amely szerint létezik olyan, hogy túlságosan odaadó, elkényeztető, kártékony anyai szeretet (*Tönz*, 2003).

Amikor a huszadik században az autoriter társadalmakban újra fennen kezdtek hangoztatni, sőt, oktatni a majomszeretet károságát, lényegében évszázadok óta ismert közhelyekhez nyúltak vissza (*Holt*, 1894). A szándék az volt, hogy ellenőrzést gyakoroljanak a népesség növekedése és egészségi állapota felett, hogy legyen utánpótlás, egészséges emberanyag a katonaság számára (főként a 19. század második felétől, a 20. században szempont), legyen elegendő adó- és járulékfizető állampolgár, akik majd eltartják az egyre idősödő lakosságot, ez a fejlett országok nagy problémája. A náci Németország ezzel a módszerrel akart ellenőrzést gyakorolni a családon belüli kapcsolatrendszeren (ne családtagok, hanem a Führer, a haza iránt alakuljon ki mély kötődés), miközben népegészségügyi célok is vezérelték.

Bevezették a védőnői rendszert, a szülőknek rendezett kötelező tanfolyamokat. A szándék (szoptasson a nő) azonban sokszor megbukik a gyakorlaton, amely a laktációs ismeretek hiánya miatt inkább akadályozza, mint segíti a sikeres szoptatást (*Dill*, 1999).



Jó példa erre *László Magda-Pikler Emmi: Anyák könyve (1972)* című műve, amely lényegében ugyanilyen alapokra épül. Csak egyetlen példa sok közül: ugyanúgy tiltja a csecsemő pusztogatását, mint az egykori náci plakát, és hasonlóan a náci időszak fő művéhez, (*Johanna Haarer: Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind*, mely egyébként egészen a 1970-es évek derekáig bestseller volt a németeknél), a gondozási műveletekre helyezi a hangsúlyt, a fürdetés leírásának több teret szentelve, mint a szoptatásnak. A szerzők szerint tilos utcai ruhában kézbe venni a csecsemőt (egyébként is csak akkor szabad, ha épp dolgunk van vele, mondjuk pelen-

kacsere), tilos éjszaka szoptatni az első hetek elteltével, tilos úgy szoptatni, hogy felhúzzuk az inget, és végül, szoptatási kérdésekben csakis egészségügyi dolgozóra szabad hallgatni.

Az anyák könyve mind a mai napig népszerű, az interneten így ajánlják a gyanútlan vásárló figyelmébe: "A könyv szerzőinek legfőbb törekvése a segítség. Segíteni az előkészítő időszakban, az első napokban, az első években, az indulásnál. Szerzői nemzetközileg elismert szakemberek, akiknek előadásaiból, írásaiból szülők számos nemzedéke tanulta a csecsemő és a kisgyermek megértését. A könyv több mint 30 éve kézikönyve a kisgyermekes szülőknek, ez a 14. átdolgozott, bővített kiadása." (<http://moly.hu/konyvek/laszlo-magda-dr-pikler-emmi-anyak-konyve>; 2011. 11. 29.)

Erről a témáról bővebben: *W. Ungváry Renáta: Politik und Kindererziehung. Laktation und Stillen* 2005/03, valamint az ezt követő vita: 2005/04 a német Pikler társaság egyik tagjával.

Tabuk és babonák a szoptatással kapcsolatban

A világszerte legerjedtebb, és károsága miatt legsúlyosabb hatású hiedelem a **kolosztrum károsnak tartása**, és ebből következően az újszülött későn megkezdett szoptatása, úgynevezett prelaktációs etetése. Számos kultúrában évszázadok óta elterjedt gyakorlat. Az újszülöttet legtöbbször hashajtó szándékkal etetik-itatják a tejbelövellésig vagy tovább a következő anyagokkal: édesített víz, tea, méz, olaj, vaj, állatok teje, gabonafőzetek, történeti távlatban nézve még: édesített vörösbor, rózsavíz, ánizstea, rebarbara stb. Magyarozatként például német nyelvterületen ezt az érvet hozták fel: a magzatszurok és a kolosztrum nem lehet jelen egyidejűleg az újszülöttnél. Rosszabb esetben prelaktációs ételt kapott az újszülött számos német nyelvterületen egészen a 18. század végéig, jobb esetben szoptató dajkára bízták a csecsemőt mindaddig, amíg az anya elkezdte a szoptatást. Ez persze felvetette azt a problémát is, hogy mi történjék az anyával tejbelövelléskor, illetve hogyan lehet hatékonyan eltávolítani a károsnak tartott kolosztrumot az anya melléből. Megdöbbentő, hogy korabeli német orvosi tankönyvekben megemlítik azt a gyakorlatot is, hogy fiatal kutyakölyköket használtak a kolosztrum eltávolítására az anya melléből (*Solingen, 1693*).

Érdekes, hogy az egészségügyben még ma is makacsul, minden evidencia ellenére sok helyütt tartja magát a **cukros víz itatás** gyakorlata, mely abból a feltételezésből indult ki, hogy az újszülött a tejbelövellésig éhezik és szomjazik, valamint, hogy a cukros víz adása elősegíti a fiziológiás sárgaság lezajlását. Különösen sajnálatos, hogy a cukros víz itatása sok helyütt helyettesíti és/vagy megzavarja a szoptatás megkezdését, az újszülött kellően gyakori mellre tevését. Miután olyan eljárással állunk szembe, amelynek hasznosságát nem támasztják alá kutatások, károságát azonban igen, a prelaktációs etetés babonájának egészségügyben való továbbélését érhetjük benne tetten (mint ahogy a cukros, vagy más módon édesített víz valóban a tradicionális prelaktációs italok közé tartozik) (*Krawinkel, 2003*).

Szoptatást akadályozó tévhitek Magyarországon

Ha gond van, mindenről a szoptatás tehet: a lista szinte vég nélkül folytatható. Kihullik tőle az anya haja, kilyukad a foga, túlságosan elfárad, vitaminhiányt okoz, a *laktációs pszichózis* még mindig használatos szakkifejezése arról a tévhitről tanúskodik, hogy a szoptatás akár az örületbe is kergetheti az anyát, karrier félbemaradása, magatartászavar a gyereknél, alvászavar anyánál és gyereknél ("az igény szerinti szoptatás miatt senki sem tud eleget pihenni"), nem lehet csinosan öltözni, szaunázni, haját festeni. Vagyis mindez azt sugallja, hogy a szoptatás lényegében súlyos áldozat az anya részéről, amely a modern világban sok lemondással jár. Ami azonban kedvet ébreszthetne a szoptatáshoz, netán praktikussága, kötődést elősegítő szerepére utalna, az rendszerint károsnak, veszélyesnek, nevelési hibának van beállítva. Néhány példa a bőséges, úton-útfélen hallható választékból:

1. Általánosságban

- „*a jó anya szoptat*”: kártékonyága abban rejlik, hogy teljesítménykényszer elé állítja az anyát, aki ugyanakkor nem kap meg minden segítséget a sikeres szoptatáshoz. Az anyákat versenyezteti: ki a jobb, ki szoptat tovább?

- „szoptatni mindenki tud”: ez a kijelentés az önbizalom erősítése helyett éppen azoknál okoz komoly problémákat, akiknek valami oknál fogva nincs könnyű dolga a szoptatással. Üzenete: csak te vagy ilyen szerencsétlen, ügyetlen, biztos nem is akarod a sikert.

2. Hátrányt okozó tévhitek

- „minden átmegy a tejbe, nem ehetsz bármit”: körülményessé, kevésbé egészségessé, kevésbé változatosá teszi az étrendet, elszigeteli az anyát a családi étkezésektől.
- „szoptató nő nem szedhet gyógyszert”: ugyanakkor táplálékkiegészítőktől, gyógynövénytől nem tartanak, holott okozhatnak gondot!
- „a szoptatás nagyon intim dolog”: ez a felfogás akadályozza az anya-csecsemő páros mozgásszabadságát a nyilvánosság előtti szoptatás megkérdőjelezése miatt.
- „a szoptatás komoly előkészületeket igényel, sterilitás szükséges”: túlságosan bonyolulttá tesz valamit, ami pedig nagyon egyszerű, és sterilitás nélkül is, bármilyen körülmények közt is kivitelezhető.
- „szoptató nő nem úszhat, nem sportolhat, - szoptató nő nem fogyókúrázhat, - szoptatás és munka nem egyeztethető össze”: ez a három tévhit úgy állítja be a szoptatást, mintha a modernnek tekintett nő életvitelével nem volna összeegyeztethető.

3. Egészségügyi tévhitek:

- ráetetés káros, előbb meg kell várni a gyomor kiürülését
- legalább 2-3 órát várni két etetés közt
- előbb találd ki, miért sír
- ne kényeztesd (lásd *Pikler Emmi* „Anyák könyvéről” írottakat), az anyatej egyéves kor után elveszíti jelentőségét (nincs benne semmi)
- az igény szerint szoptatás összevisszaságot jelent, kóros evési magatartás kialakulásához vezet
- az egyéves koron túli szoptatás kóros kötődést eredményez anya és gyermeke közt.

Az egészségügyi tévhitek kártékonyosságát abban foglalhatjuk össze, hogy terjesztésük a szoptatás feletti teljes kontroll megszerzésére irányul, szabályozni szándékozik egy teljesen természetes folyamatot, amely az esetek többségében nem szorul külső szabályozására, legalábbis nem ebben a kívülről beavatkozó formában.

A szoptatás társadalmi szintű akadályozó tényezői

A legalapvetőbb akadályozó tényező az, ha **az adott társadalom nem a szoptatást tekinti biológiai normának**. Ez persze sosem nyíltan deklarált álláspont, de számos árulkodó jelből következtethetünk erre:

- cumit, cumisüveget ábrázoló piktogramok elterjedt használata
- mesekönyvekben, filmekben, játékokban minduntalan a cumisüveges etetés, a cumihasználat bukkan fel csecsemőkkel összefüggésben. A csecsemőbabákat cumival, cumisüveggel együtt árusítják, a mesekönyvekben még az állatkölyköket is cumival ábrázolják. Például: *Zdenek Miler: A kisvakond és a sas*, amelyben a csőrös sasfiókat cumisüvegből eteti a vakond, az etetések közt pedig cumit dug a szájába, vagy *Richard Scarry: Tesz vesz a világ*, amelyben Fityula nővér, a kenguru cumisüvegből eteti a csecsemőosztályra begyűjtött újszülött koalákat.
- a nyilvános szoptatás ambivalens vagy negatív megítélése, a szoptatás látványának obszcénné, szeméremsertővé, zavaró tényezővé nyilvánítása, miközben a mell egyértelműen szexuális szimbólumként van jelen a közgondolkodásban.

- a hosszú távú szoptatás negatív megítélése szakmai körökben is (például Magyarországon számos pszichológus hangoztatja az egyéves koron túli szoptatás káros voltát a „kórosan erős” anya-gyerek kötődés kialakulásának veszélye miatt, noha a biológiai norma egyértelműen a hosszú távú szoptatás).

- a szoptatás védelmének törvényi háttere részben vagy teljes egészében hiányzik (például a szoptató, dolgozó nőknek járó munkaidő kedvezmény, az anya otthonmaradását lehetővé tevő intézkedések, a gyermekes munkavállalókat védő törvények, adókedvezmények).

- az anyatejes táplálást, szoptatást segítő intézkedések hiánya. Erre jellegzetes példa, hogy Magyarországon a mellszívó kölcsönzés, a szoptatási segédeszközök egyike sem élvez TB támogatást, szemben a tápszerezés táplálással, függetlenül attól, hogy a használat miatt válik szükségessé, és függetlenül attól is, hogy az anyatejes táplálástól milyen további egészségügyi előnyök várhatók. Koraszülöttek, fejlődési rendellenességgel született csecsemők esetében ez a támogatás különösen fontos volna, hiszen mellszívó hosszú távú bérlésének költségei, a szoptatásbarát etetési eszközök beszerzése nagy anyagi terhet ró a családokra.

- a szoptatással kapcsolatos ismeretek teljes egészében hiányoznak az alapoktatásból, a középfokú oktatásból és csak említés szintén szerepelnek az anyákkal kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók oktatásában.

- a szoptatást aláásó termékek szabad reklámozása, az egészségügy bevonása a fogyasztás növelésébe (termékminták, tájékoztatók adása eu. dolgozóknak, szakmai szervezetek ajánlása tápszerek, szoptatást aláásó termékek mellett), zöld jelzés a tápszermarketing legkülönbözőbb stratégiáinak, például annak, hogy szakmai továbbképzéseket szponzorálhatnak, kiállíthatnak, előadhatnak.

Mi befolyásolja a szoptatás időtartamát?

A legfontosabb tényező **az anya döntése**, amely a családi autoritás, illetve a közösségben érvényesülő **értékrend** alapul. A második legfontosabb tényező az, hogy eljutnak-e az anyához azok a módszerek, amelyek a szoptatás fenntartását elősegítik. Jó példa erre a szilárd táplálékok bevezetése: ha túl hamar történik, és a szoptatás rovására (egy-egy szoptatás kihagyása, helyette szilárd étel, szemben az előnyösebb, szoptatás után adott szilárd étellel, amelynek így kiegészítő funkciója van, és lehetővé teszi a fokozatos, csecsemő igényei szerinti haladást), akkor az anyatejes táplálásnak a kívánatosnál hamarabb vége szakadhat. Az anyának tisztában kell lennie azokkal a tényezőkkel, amelyek a szoptatás fenntartását ezeken túlmenően, illetve ezek mellett messzemenően befolyásolják:

- a szoptatás nem csupán táplálási módszer, hanem a megnyugtatás, elcsendesítés, kötődés és az anya-gyerek kommunikáció hatékony és kívánatos eszköze
- az éjszakai szoptatás pozitívan befolyásolja a tejmennyiséget, míg a túlságosan hosszú szoptatási szünetek csökkentik a tejmennyiséget.



Modell-követő tanulás

Ezzel kapcsolatosan rövid és velős összefoglaló található az érvényes csecsemőtáplálási módszertani ajánlásban, amely itt található:

<http://www.mave.hu/uploads/file/VSZK%20protokoll%20csecsemo%20taplalasa%200-12%20ho.pdf> (2011.11.29.)

A globalizáció hatása szoptatásra

Az uralkodó kultúra (ez napjainkban szinte kizárólag az angolszász hatás érvényesülését jelenti) folyamatos befolyást gyakorol az iparosodás (multinacionális cégek), az internet- és televízióhasználat és sok más csatorna révén a fejlődő országokra. A hagyományos viselkedésmintákkal szemben ez a "haladást" jelképezi, azt, amihez hasonlítani érdemes. Az így közvetített értékek átvételét azért részesítik előnyben, mert ezektől várható a jólét, a modern társadalmi mobilitás megvalósulása.

Ez előbb-utóbb felveti a bevándorlók, kisebbségek kultúrájának megőrzése és az asszimiláció közötti konfliktust, amikor is a jól bejáratott, teljes családi, közösségi támogatást élvező modell helyett egy kezdetben többnyire marginalizálódással járó modellt kínál. A modern világban az információ azok számára hozzáférhető legalább elméletben, akik iskolázottak, míg bevándorlók, kisebbségek esetében nagyon sokszor éppen a kommunikációs nehézségek teszik képtelenné az információk átadását.

WHO/UNICEF az egész világra vonatkozó ajánlásokat fogalmaz meg, ugyanakkor gyakori tapasztalat, hogy a fejlett országok egészségügyi dolgozói ellenállást tanúsítanak ezekkel szemben. Ez felveti a kérdést, hogy létezhetnek-e egyáltalán egységes ajánlások a különböző kultúrákban? A biológiai tényezők előbbre valók vagy a kulturális sajátosságok? Egységes ajánlásokra természetesen szükség van, ezeknek bizonyítékokon, a családok számára előnyös gyakorlaton kell alapulniuk, miközben a helyi kivitelezésben, kommunikációban mindenkor figyelembe kell venni az egyéni tényezőket, a speciális helyzetek sajátosságait. Jó példa erre a mai magyar gyakorlatból a gluténajánlással kapcsolatosan 2011 végére kialakult helyzet: függetlenül attól, hogy a glutén 4-6 hónapos kor közötti bevezetését alátámasztja-e elegendő, megfelelő színvonalú tudományos bizonyíték, mérlegelni kell az ajánlás megfogalmazásakor az egyéb hatást is, jelen esetben a kizárólagos szoptatás időtartamának csökkenését, és az egész szoptatási időszak hosszának csökkenését, ami nem pusztán aggodalom, az ajánlás kibocsátása óta eltelt időszak adatai sajnos egyértelműen alátámasztják. Egy új ajánlás bevezetése nem csökkentheti a szoptatásnak, az anya és a csecsemő számára lehető leghatékonyabb prevenció eszköznek az időtartamát, hatékonyságát.

Lásd erről bővebben:

http://www.ill.hu/szakirodalmi_osszefoglalo_es_javaslat_a_gluten_bevezetesevel_kapcsolatban (2011.11.29.)

és

http://os.mti.hu/hirek/66786/a_sztnb_tagjai_elhatarolodnak_a_keksz_ajanlasatol (2011.11.29.)

Tendenciák világszerte

A **kizárólagos szoptatás időtartama és teljes szoptatási időszak hossza is csökkenő** tendenciát mutat, ha a Föld erre vonatkozó, hozzáférhető adatainak átlagát nézzük. A fejlett országokban mindkét kategóriában enyhe növekedés tapasztalható az amúgy nagyon kedvezőtlen adatokban, bár főként a magasabb képzettségű anyák körében. **A nőknek csupán egy része kezdi meg a szoptatást, a hat hónapos korban még kizárólag szopó csecsemők aránya rendkívül alacsony, az egyéves kor felett szopóké úgyszintén.** Az enyhe növekedés a legtöbb fejlett országban a szoptatással kapcsolatos információterjesztő kampányoknak, az egészségügyi ajánlások szoptatás szempontjából kedvező változásának és a szoptatással kapcsolatos nonprofit szervezetek (*La Leche Liga*) munkájának, és az onnan kiinduló kezdeményezéseknek köszönhető.

A fejlődő országokban ezzel szemben a tendencia egyértelműen romló: enyhén csökken a szoptatást megkezdők aránya, továbbra is nagyon alacsony a hat hónapos korig kizárólag szoptatók aránya, és drasztikus csökkenést mutat az egyéves koron túl is szoptatók aránya, annak ellenére, hogy a fejlődő országokban ez még mindig nagyon elterjedt gyakorlat a fejlett országokhoz képest. Az adatokat és tendenciákat elemezve kiderül, hogy a szoptatás pozíciói azokban a hagyományos értékeken alapuló népességcsoportokban is meginognak a globalizáció hatására, ahol korábban jellemző volt a hosszú éveket tartó szoptatás ennek valamennyi pozitív hatásával együtt.

A globalizáció hatásai közül itt elsősorban a tápszer- és bébiétel-marketing negatív következményeit érdemes kiemelni. A hazai gyakorlat elemzését lásd: *Üvegbe zárva*. A Szoptatásért Magyar Egyesület kiadványa a 2004-es év magyarországi tápszermarketingjének elemzéséről, melyre részletes Kódex monitorizálás (annak vizsgálata, hogy betartják-e a WHO Kódex intézkedéseit a gyártók, forgalmazók) alapján került sor. A kizárólag anyagi érdeket szem előtt tartó, a középosztálybeli, fehér nő mintáját előtérbe helyező marketing káros, számokban is jól kifejezhető hatása miatt nagyon sok fejlődő országban szigorú törvények szabályozzák a tápszerek reklámozását és forgalmazását. A felvevő piac hatalmas, fogyasztóvédelem gyakorlatilag nem létezik, az üzleti lehetőségek szinte korlátlanok, így elmondhatjuk, hogy a **tápszermarketing is hozzájárul**:

- **a nyomor elmélyítéséhez:** a családok anyagi lehetőségeit messze meghaladja a tápszerzés költsége
- **a gyermekhalandóság növeléséhez:** nagyon sok helyen nincs megfelelő mennyiségű és minőségű ivóvíz a tápszerkészítéshez, hiányoznak a minimális higiénés feltételek, így tápszerrel tápláltak körében jelentősen nő a gasztrointesztinális fertőzések aránya, súlyossága
- **a születések közötti időtartam csökkenéséhez:** a szoptatás fogamzásgátló hatása számos fejlődő országban, ahol más fogamzásgátlás anyagi és/vagy vallási okokból nem hozzáférhető, növelte a szülések közti időszak hosszát, hatásosan szabályozta a túlnépesedést.

Statisztikai adatok

A legátfogóbb, de sajnos roppant hiányos adatbázis az adatszolgáltatás hiánya miatt az Egészségügyi Világszervezeté (www.who.int/topics/breastfeeding : Infant and Child Nutrition). Az adatgyűjtéssel kapcsolatos egyik probléma az, hogy a WHO által javasolt egységes definíciók (kizárólagos szoptatás, túlnyomó szoptatás, szoptatás hozzátáplálás mellett) nem elég széles körben ismertek, a másik gond, hogy a WHO javaslata ellenére az adatgyűjtés időpontjaiban is nagy eltérés mutatkozik. Például egyáltalán nem mindegy, milyen adatot gyűjtünk és elemzünk: a hat hónaposan még szoptatott vagy a hat hónaposan még kizárólag szoptatott csecsemőkét! Az egyéves koron túli szoptatással kapcsolatos adatgyűjtés sem egységes, így azokban az országokban, ahol a két-hároméves gyerek szoptatása is norma, nehéz egységes, összevethető adatokhoz jutni, mivel a fejlett országokban nem is gyűjtenek kétéves koron túli szoptatásról adatot.

A másik nagy probléma az adatgyűjtés maga. Nem mindenhol létezik olyan egészségügyi ellátórendszer, amely minden anyához, családhoz eljut, és még a szükséges technikai eszközöknek is birtokában van, különösen a fejlődő országokban. A fejlett országokban, ahol mindez rendelkezésre áll, más tényezők nehezítik a reális kép alkotását. A fejlett országok többségében például nem nézik jó szemmel a kisgyermek szoptatását, ezért sok anya eltitkolja ezt, és a statisztikába valótlan adatok kerülnek.

Bár a WHO javasol egységes kritériumokat, fogalmakat, és az adatgyűjtésben tekintettel van az országon belüli, nemek szerinti, iskolázottság szerinti különbségekre is, az adatgyűjtés során ezt nagyon sokszor nem veszik figyelembe. Jellemző, hogy a fejlett szoptatási kultúrával rendelkező országokból van a legtöbb adat, Európa kivétel, még a skandináv országok is, ahonnan csak szórva-nyos adatok érkeznek.

Az adatgyűjtés magyarországi helyzete

A nemzetközi összehasonlításban nagyon jónak tűnő magyar adatok elemzésekor azt is figyelembe kell venni, hogy az adatgyűjtést a védőnők kezdik meg az anya-csecsemő páros kórházból való hazatérése után. Az első életnapokban adott tápszert, cukros víz, ami elterjedt gyakorlatnak számít, nagyon gyakran nem szerepel a zárójelentésben (ott az elvárt állapotot tüntetik fel: kizárólag szopó újszülött, jól laktáló emlők stb.), és mivel a 24 órás rooming-in sem elterjedt gyakorlat, sem a védőnő, sem az anya nem rendelkezik erről a korai időszakról, az éjszaka adott kiegészítésről pontos információkkal. **Sok olyan csecsemő, aki kizárólag szoptatottként szerepel a statisztikában, valójában legfeljebb csak az ötödik, hatodik életnaptól volna kizárólag szoptatottnak tekinthető.** Torzítja a képet az is, hogy sok védőnő érezheti úgy, hogy munkájának hatékonyságát a szoptatási mutatók alapján is megítélik, ezért a valóságosnál ideálisabb számok kerülnek a statisztikába. Az adatok az anya közlésén alapulnak, aki sokszor a vélt elvárásokhoz igazodik, például ha tudja, hogy védőnője kizárólagos szoptatást javasolt az első félévben, akkor hajlamos lehet arra, hogy a kiegészítő ételleket, tápszert ne említse meg az adatszolgáltatáskor. Magyar adatokat a szoptatásról az Országos Szakmódszertani Központ honlapján találhatunk: www.oszmk.hu

Magyarország 2009:

- kizárólagos szoptatás 4 hós korig 57,5%
- kizárólagos szoptatás 6 hós korig 37,7%
- 12 hónapos koron túl is szoptat 36,9%

Japán 2001:

- kizárólagos szoptatás 6 hós korig 21%

Gabon 2005-6:

- tápszert kap 0-12 hós kor között 35%
- valaha is szoptatott (ever breastfed) 86,2%
- szoptatás átlagos időtartama 13-15 hó
- kizárólagos szoptatás 6 hós korig 6,9%

Brazília 2006:

- valaha is szoptatott 96,4%
- kiz. szoptatás átlagos időtartama 2,2 hó
- szoptatás átlagos tartama 9,5 hó

1996-hoz képest szignifikáns növekedés: átlagos tartam 2,5 hóval nőtt, a kizárólagos szoptatás pedig kétszeresére (96-ban 1,1 hó) 1996-ban a 0-11 hós csecsemők 51,8 %-a kap tápszert.

Ausztrália 2005-6:

- kizárólagos szoptatás 3 hónaposan 57,1%
- 6 hósan 18,6%

Afganisztán 2003:

- egyévesen még szopik 91,5%
- kétévesen még szopik 53%
- kizárólagos szoptatás 4 hósan: 30,6%

Növekvő tendencia!

Ausztria 2005-6:

- kizárólagos szoptatás 6 hós korig 9,7%

Kanada 2005-6:

- kizárólagos szoptatás 6 hóig 14,4%

Csökkenő tendencia!

India 2005-6:

- valaha is szoptatott 95,7%
- medián kizárólagos 2 hó
- átlagos szoptatási időtartam 24,4 hó
- cumisüveg 0-11 hóig 15%

Csökkenő tendencia! 2000-ben a kétévesek 66%-a még szopik!

Mongólia 2005:

- kizárólagos szopt. 4 hós korig 68,7%
- kizárólagos szopt. 6 hósan 57,2%
- kétévesen még szopik 64,9%

Norvégia 2005:

- kizárólagos szoptatás 6 hósan 9%

Románia 2004:

- kizárólagos szoptatás 6 hónan 15,8%
- valaha is szoptatott 86,3%

Svédország 2007:

- valaha is szoptatott 97%
- kizárólagos szoptatás 1 hetesen 90%
- kizárólagos szoptatás 2 hónan 71,9%
- kizárólagos 4 hónan 56,2%
- kizárólagos 6 hónan 12,3%
- kizárólagos 9 hónan 0,7%

Svájc 2005-6:

- valaha is szoptatott 94%
- 6 hóig kizárólag szoptatott 14%

Szaúd-Arábia 2004-5:

- kolosztrumot ad 91,9%
- 3 hónan cumisüveget (is) ad 76,1%

Tádzsikisztán 2005:

- kizárólagos szoptatás 4 hónan 35,9%
- kizárólagos 6 hónan 25,4%
- egyévesen még szopik 74,9%
- kétévesen még szopik 34,2%
- valaha is szoptatott 97%

Két évvel korábbi adatokhoz képest csökkenés!

Vietnam 2006:

- kizárólagos szoptatás 4 hónan 20,5%
- kizárólagos 6 hónan 13,8%
- egyévesen még szopik 77,7%
- kétévesen még szopik 22,9%

Jelentős csökkenés 2000 óta: akkor a 6 hónan kizárólag szoptatott 39% volt!

Jellemző, hogy a távoli, zárt közösségekben általános a szoptatás (Central Highland).

Nepál 2006:

- valaha is szoptatott 98,4%
- medián kizárólagos 2,5 hó
- medián időtartam 34,3 hó
- 6 hóig kizárólagos 53%
- 4 hóig kizárólagos 69,8%
- egyévesen még szopik 97,5%
- kétévesen még szopik 96%

Folyamatosan csökkenő tendencia a 6 hóig tartó kizárólagos szoptatásban. 1996 még 74% szopik kizárólag hat hónan, 2001-ben 68,3%. Magas hegyekben, elzárt közösségekben 99%.

Zimbabwe 2005-6:

- valaha is szoptatott 98,1%
- medián időtartam 18,8 hó
- kizárólagos medián 0,6 hó!!!!!!
- 6 hóig kizárólag szoptat 22,2%
- 4 hóig kizárólagos 24,1

1999 óta erőteljes csökkenő tendencia a kizárólagos szoptatás időtartamában, ami a kialakult AIDS/HIV helyzet miatt is tragikus. A térség legrosszabb szoptatási adatai. Magas csecsemő-halandóság.

Egyesült Államok:

Részletes adatok www.cdc.gov AAP Survey 2008. Infant Feeding Practices Study II. nagyon érdekes és sokféle adatfelvételi szempont részletesen, szemléletesen feldolgozva, ld melléklet!

- az újszülöttek 38,8 százalékát szoptatják
- kizárólagos szopt. 4 hónan 27,7%
- kizárólagos szoptatás 6 hónan 4,3%
- cumihasználat újszülött korban 80%
- 12 hónan még szopik 25,2%

Egyesült Királyság 2000-2005:

Javuló tendencia, hét százalékkal nőtt a szoptatást megkezdők aránya.

- kizárólagos szoptatás egy hetesen 35%
- kizárólagos 6 hetesen 21%
- kizárólagos 4 hónan 7%
- kizárólagos 5 hónan 3%

A vallás befolyásoló szerepe

Néhány példa:

1. Iszlám és szoptatás

A Korán két évig tartó szoptatást javasol. A tejtestvéreket ténylegesen rokonságban állónak tekintik, így nem is házasodhatnak egymással. A szoptatós dajka intézménye ismert, szükség esetén a nagymamák is szoptathatják unokáikat (*Janicke, 2003*).

A középkorban és egyes területeken ma is elterjedt a prelaktációs etetés, az anya a tisztulás teljes lezajlásáig, ami akár negyven napot is igénybe vehet, nem szoptathat (*Mazaheri, 1989*).

Ramadán és szoptatás:

Rendszerint szoptató nők is betartják a böjtöt, amely napközben semmilyen táplálék és folyadék-felvételt nem tesz lehetővé, de ha úgy tűnik, ez negatívan hat a szoptatásra, fel is függeszthetik. Törökországban a szoptató nők körülbelül hetven százaléka tartja a böjtöt. Egyes vizsgálatok azt mutatják, hogy a böjt, amely a folyadékbevitelben is jelentős korlátozást ír elő, változást idéz elő az anyatej összetételében és ozmolaritásában, valamint hiány keletkezhet bizonyos mikrotápanyagokban, míg más kutatások szerint épp ebben az időszakban tapasztalható kiemelkedő gyarapodás a csecsemőnél. A rövid összefoglaló további kutatásokat tart szükségesnek (*Rashid, 2007*).

2. Zsidó vallás és szoptatás

A Talmud nem szabályozza részleteiben a szoptatás kérdéseit, ezért az ajánlások rabbinikus értelmezéseken nyugszanak. Az igény szerinti szoptatást ajánlják, és a szoptatás folytatását 18-24 hónapos korig, egyes ajánlások szerint akár ötéves korig is, kiegészítő táplálás mellett. A beteges gyerekeket és a lányokat hagyományosan hosszabb ideig szoptatták.

Rizikópopulációk oktatása a szoptatásról

A kulturális különbségek jól áthidalhatók, ha tágabb perspektívából szemléljük az eseményeket. Amikor az előnyösnek tekintett (általunk képviselt) eljárástól eltérő gyakorlattal találkozunk a szoptató nőnél, tegyük fel a kérdést:

1. *Segíti-e a szoptatás fenntartását ez a gyakorlat?* Ide tartoznak a szoptatással kapcsolatos hiedelmek, mítoszok (például Pápua Új-Guineában a szoptató nő nem tarthat fenn szexuális kapcsolatot, mert úgy tartják, az ondó megmérgezi a tejet. A tévhit értelme, hogy a következő terhesség bekövetkeztét kitolja, ezzel a szoptatás időtartama nő.) Ugyanígy értékelendők a hordozásra, szoptatás gyakoriságára vonatkozó szokások is.
2. *Ártalmatlan-e ez a gyakorlat?* Ide tartozik a különböző amulettek, védő nyakláncok babára aggatása, rituális ételek fogyasztása stb.
3. *Ártalmas-e ez a gyakorlat?* A legelterjedtebb ártalmas gyakorlat a kolosztrum megvonása az újszülöttől, lásd feljebb. Ugyanakkor nálunk ártalmas gyakorlat az anya és a csecsemő elválasztása. **Ne abból induljunk ki, hogy a mi kultúránk és gyakorlatunk a tökéletes!** Ártalmas lehet, ha az anyától megvonnak olyan élelmiszereket, amelyek szükségesek az egészséges táplálkozáshoz, abban a hitben, hogy az a tejen keresztül árt a csecsemőnek.
4. Fogalmazzuk meg, milyen lépéseket szükséges, érdemes tenni!

Munkánk vezérfonala a kulturális relativizmus legyen, szemben az etnocentrikus gondolkodás móddal! (Riordan, 2005) Példák:

- Anya táplálkozása

Ha az anya táplálkozásával kapcsolatba ütközünk megkérdőjelezhető gyakorlatba, például hot/cold ételek az ázsiaiaknál és a mediterráneumban, speciális diéták (vegán), köménymag-leves, madártej stb, akkor érdemes első lépésben megismerkedni a speciális diéta indokaival. Meg kell ismerkedni azoknak a kisebbségeknek az étkezési kultúrájával, akikkel naponta foglalkozunk. Egészen biztosan léteznek egészséges alternatívák, amelyek szerintük is elfogadhatóak.

- Kolosztrum ártalmasnak tartása

Mutassunk érdeklődést az anya kultúrája, szokási iránt, tegyünk fel sok kérdést, hogy kitapasztaljuk, milyen félelmek rejlenek a tiltás mögött? Tudjuk meg, ki számít a családban autoritásnak, kinek a véleménye nyom legtöbbit a latban! Kezdjük az információk átadását vele! Biztassuk, hogy minél előbb szoptat, annál hamarabb lesz sok teje!

- Szoptatás a nyilvánosság előtt

Tudakoljuk meg, mit gondol erről, mitől tart! Segítsük a kompromisszumok keresését, ajánljuk baba-mama csoport felkeresését!

- Korai hozzátáplálás

Mi szokás az anya környezetében? Mi befolyásolja a döntését? Mi a családi autoritás véleménye és személyes tapasztalata?

- A szoptatás időtartama

Kérdezzünk rá, mit tervez, és miért, meddig szoptattak mások a környezetében! Milyen tényezők befolyásolják a döntését? Mondjuk el a hosszan tartó szoptatás előnyeit anyai és gyerek szempontjából is!

Romák és szoptatás Magyarországon

A hagyományos roma gondolkodásmód a szoptatással kapcsolatosan kifejezetten kedvező, mert az igény szerint szoptatáson, a kötődés elősegítésén, a válaszkész gondozáson alapul. A csecsemőt nem hagyják sírni, sokat hordozzák, az anya és a csecsemő szétválaszthatatlan egységet alkot, a szoptatást és magát az anyát idősebb, tapasztalt nőrokonok támogatják. Jellemző az évekig tartó szoptatás, ugyanakkor szokás a viszonylag korai szilárd étel adása is. Szoptatási problémával inkább akkor találkozunk, ha a hagyományos közösségből, életmódból már kiszakadt családdal van dolgunk, ahol már nem a régi, hagyományos minták érvényesülnek, hanem akár öntudatlanul is, a társadalmi szempontból elfogadottnak érzékelt norma: a cumisüveges etetés, a tápszer adása. Rossz szociális körülmények között élő családoknál ennek súlyos negatív hatásai ahhoz a folyamathoz hasonlóak, amelyet a fejlődő országok kapcsán említettünk, beleértve a szülések közt eltelt idő drasztikus csökkenését, a kórházi ápolási napok számának növekedését, nem is beszélve a mesterséges táplálás költségeiről.

Ha a szoptatást segítő személy roma családdal kerül kapcsolatba, vegye figyelembe, hogy a szoptatást asszonyok dolgának tartják, vizsgálatra, szoptatás megfigyelésre ne az apa jelenlétében kerítsünk sort. Az információk átadásánál, a szokások feltérképezésénél messzemenően a családi autoritás személyére, az ő megnyerésére építsünk, aki, különösen először szülő anya esetében, az anyós.

A kommunikációt csak a másik iránt megnyilvánuló érdeklődés, tisztelet jellemezheti, amely alapvetően egyenrangú felek közötti kommunikáció kell, hogy legyen.

Összefoglalás

A szoptatás jelenlegi helyzetét számos tényező befolyásolja, amelyek hatásukban összeadódnak. Az ideálisnak tekintett szoptatási gyakorlat (hat hónapig kizárólag anyatej, majd a szoptatás folytatása kétéves korig vagy azon túl) megvalósulását a következő tényezők akadályozzák, illetve befolyásolják:

- eljut-e az anyákhoz elegendő mennyiségű, minőségű, független forrásból (nem a bébiüzletágban bármely szinten érdekelt) származó információ a szoptatásról
- ha szoptatási nehézségbe ütközik az anya, kap-e hatékony segítséget a megoldáshoz
- a mell szexuális szimbólummá vált
- az anyák munkába állása, a munkahelyek nem szoptatásbarát működése
- az anyavédelmi törvények, társadalmi juttatások hiánya
- a csecsemőt, kisgyereket nevelő anyák társadalmi elismertségének, támogatásának hiánya, a konkrét gyakorlati segítség hiánya a nagycsaládok felbomlása miatt
- a globalizáció részeként terjedő tápszermarketing negatív hatása
- a hagyományos társadalmak felbomlása, bizonytalan átmeneti állapot
- egyoldalú, a szoptatást csupán a táplálás egyik lehetséges módjaként beállító kommunikáció

A pozitív változások lehetséges irányvonalai

- Az egészségügyi dolgozók képzésük során kapjanak bizonyítékokon alapuló információkat a laktációról, valamint elegendő gyakorlati ismeretet az anyák hatékony támogatásához.
- A WHO Kódex hatálya alá tartozó termékek reklámozásának teljes tilalma, a tápszercegek által szponzorált és szervezett továbbképzések leállítása, szakmai szervezetek ne támogassanak tekintélyükkel tápszerkampányokat, egyes termékeket.
- Támogassák az anyák társadalmi megbecsülését, védjék hatékony intézkedésekkel a szoptatást.
- Már az alapfokú közoktatásban szerepeljen a szoptatás témája, mint biológiai norma.

Irodalomjegyzék

1. Abada TS, Trovato F, Lalu N.: Determinants of breastfeeding in the Philippines: a survival analysis. *Soc Sci Med.* 2001 Jan;52(1):71-81.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11144918> (2011.11.29.)
2. Albernaz E, Victora CG, Haisma H, Wright A, Coward WA.: Lactation counseling increases breast-feeding duration but not breast milk intake as measured by isotopic methods. *J Nutr.* 2003 Jan;133(1):205-10.
<http://jn.nutrition.org/content/133/1/205.long> (2011.11.29.)
3. Baumslag N: *Milk, Money, and Madness: The Culture and Politics of Breastfeeding.* Praeger (1995)
4. Blaffer Hrdy S: *Mother Nature: Maternal Instincts and How They Shape the Human Species.* Ballantine Books; 1st edition (2000)
5. Dill G: *Nationalsozialistische Säuglingspflege: Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen.* Enke Verlag, Stuttgart (1999)
6. Haarer J: *Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind.*
7. Hausman BL: *Mother's Milk: Breastfeeding Controversies in American Culture.* Routledge; 1st edition (2003)
8. Holt LE: *The Care and Feeding of Children – A Catechism for the Use of Mothers and Children's Nurses.* D. Appleton and Company. (1894)
<http://www.gutenberg.org/files/15484/15484-h/15484-h.htm> (2011.11.29.)
9. Janicke L, Kretschmer U.: Der Einfluss religiöser Normen auf Stilldauer und Stillfreude. in: Scherbaum-Perl- Kretschmer: *Stillen, Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit.* Deutscher Arzte-Verlag 2003. pp 413-417.
10. Krawinkel M, Scherbaum V: Ernährung in den ersten lebensstagen. in: Scherbaum-Perl-Kretschmer: *Stillen, Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit.* Deutscher Arzte-Verlag 2003. pp337-340.
11. Knodel J: Breastfeeding and population growth. *Science.* 1977;198(4322):1111-5.
12. László Magda-Pikler Emmi: *Anyák könyve.* Medicina, 1972
13. Mazaheri A: A muszlimok mindennapi élete a középkorban. *Európa,* 1989. 52-59.
14. Palmer G: *The Politics of Breastfeeding: When Breasts are Bad for Business.* Pinter & Martin Ltd; 3rd edition (2009)
15. Rashid H: Ramadan fasting and Breast Milk. *Breastfeed Med.* 2007 Mar;2(1):59-60.
<http://www.dors.it/latte/docum/Ramadan%20Fasting%20And%20Breast%20Milk.pdf> (2011.11.29.)
16. Riordan, Jan: *The Cultural Context of Breastfeeding.* In: Riordan, J: *Breastfeeding and Human Lactation.* 3rd edition; Jones & Bartlett, 2005. pp 713-728.
17. Schmidt A: Verlust des Wochenbetts und anderer traditioneller Schutzmechanismen für Mütter. In: Scherbaum-Perl- Kretschmer: *Stillen, Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit.* Deutscher Arzte-Verlag 2003. pp399-401.
18. Solingen: *Handgriffe der Wund-Arztney,* Frankfurt an der Oder, 1693., idézi: Tönz O: *Stillpraxis im Wandel der Zeit.* in: *Stillen, Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit.* Deutscher Arzte-Verlag 2003.
19. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC.: Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth.* 1999 Sep;26(3):149-56.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536x.1999.00149.x/abstract> (2011.11.29.)
20. Tönz O: *Stillpraxis im Wandel der Zeit.* in: *Stillen, Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit.* Deutscher Arzte-Verlag 2003.

Tesztkérdések

1. Válassza ki, hogy az alábbi kijelentések közül melyik az, amelyik szoptatásra ösztönzi az anyát, anélkül, hogy negatív hatástól kellene tartani!
 - a) A jó anya szoptat.
 - b) Mindenkinek van teje, csak akarni kell a szoptatást.
 - c) Minden kisbabának a saját édesanyja teje a legjobb táplálék, ezen kívül a körülményekhez szabott immunológiai védelmet jelent, és szoros kapcsolatot tesz lehetővé az anya és kisbaba között.
 - d) A szoptatás a legjobb a babának, de ha valami nem működne, a tápszerek is éppen eléggé jók.
2. „Legalább két-három órát kell várni két szoptatás közt” – javasolták egy édesanyának. Ezzel kapcsolatban melyik helytálló az alábbi kijelentések közül?
 - a) Ez a leggyakoribb tévhit egyike. A babát igény szerint érdemes szoptatni, ami sokszor ennél gyakoribb, bizonyos napszakokban pedig ennél ritkább szoptatást jelenthet.
 - b) Ez a bukás elkerülése miatt fontos, a bukás ugyanis a túl gyakori etetés következménye.
 - c) Elég két órát várni, különösen újszülött esetében.
 - d) Ezt általánosságban nem lehet kijelenteni, mert a csecsemő súlyától függ. Ha a baba súlya elérte az öt kilót, akkor már inkább négy órára érdemes ezt az időtartamot emelni.
3. „Minden átmegy a tejbe, nem ehetsz bármit!” – ezt a kijelentést így értékelhetjük:
 - a) Ésszerű, ha figyelmeztetjük az anyát erre, és felsoroljuk, milyen ételektől kell óvakodnia.
 - b) Ennek a hiedelemnek a következtében szélsőséges diétára állhat rá az anya, amelyből számos értékes táplálékcsoporthoz marad ki.
 - c) Csak a k-betűsökre kell figyelmeztetni, mert azok puffasztanak, hasfájós lehet tőle a baba.
 - d) Csak a tejivás és a tejtermékek jelentenek veszélyt, és ezek is csak az allergiás családokban.
4. A szoptató anya táplálékbevitelének korlátozása, a tiltott ételek listája olyan laktációval kapcsolatos hiedelem, amely
 - a) lassan kimegy a divatból, mert egyre többet tudunk az egészséges táplálkozásról.
 - b) évezredek óta, számos kultúrában jelen van, bár más-más élelmiszerekre vonatkozik.
 - c) annyira elterjedt, hogy nyilván nem alaptalan.
 - d) elsősorban egészségügyi dolgozóknak köszönheti elterjedtségét.

5. A szoptatási arányok manapság azért olyan kedvezőtlenek, mert
- ...a szoptatás nehezen egyeztethető össze a modern világ kívánalmaival.
 - ...az anyák inkább függetlenségre törekzenek és féltik az alakjukat.
 - ...az anyák kevés helyes információt kapnak a szoptatással kapcsolatban, viszont számos olyan hatás éri őket, amely csökkenti a szoptatási kedvet, illetve a szoptatás sikerességét.
 - ...lassan mindennek bealkonyul, ami természetes.
6. A szoptatást társadalmi szinten hátráltató tényezők közül a legjelentősebb, hogy
- ...nincs széles körben elterjedve a fizetett, legalább egyéves szülési szabadság.
 - ...a nők mellét inkább szexuális objektumnak tekintik.
 - ...a szoptató nőket több hátrányos megkülönböztetés is éri.
 - ...az ezzel kapcsolatos kommunikáció megannyi üzenetéből az derül ki, hogy nem a szoptatás a biológiai norma.
7. A városi, agglomerációs környezetbe kerülő romák körében csökken a szoptatás időtartama. Ennek oka:
- Az alacsony iskolázottság.
 - Nem fogadják meg a védőnő tanácsait.
 - Az, hogy csökken a születek közötti időtartam, és terhesen már nem szoptatnak.
 - Az a sokszor tudat alatti törekvés, hogy alkalmazkodjanak a többségi társadalom követendőnek hitt normáihoz.
8. Melyik kijelentés igaz az alábbiak közül?
- A történelmi korokban szinte minden nő szoptatott, ellenkező esetben kipusztult volna az emberiség.
 - A szoptatás háttérbe szorulása a modern világra jellemző jelenség.
 - A szoptatós dajka alkalmazása főként a huszadik század első évtizedeiben volt elterjedt jelenség.
 - A történelmi korokban az alacsony szoptatási arányok következménye nagyon magas csecsemő- és anyai halandóság, valamint nagy születésszám volt.
9. A fejlett országokban napjainkban mindegyik felsorolt tényező negatívan hat a szoptatási arányokra, KIVÉVE:
- A nők családon belüli pozíciójának, megbecsülésének erősödése a társadalomban.
 - A szoptatást a táplálás egyik lehetséges formájaként kommunikálják.
 - A tápszergyártók marketingtevékenysége, melyhez az egészségügyi ellátórendszer segítségét veszik igénybe.
 - Az anyával kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók oktatásában nem kapnak elég nagy szerepet a laktációval kapcsolatos elméleti és gyakorlati ismeretek.

10. Egy 17 éves, először szülő roma nő döntéseit a szoptatással kapcsolatban elsősorban ez befolyásolja:
- A barátnők véleménye.
 - A gyerek apjának véleménye.
 - Az anyós álláspontja.
 - A védőnő és a gyerekorvos tanácsai.
11. A szoptatás megkezdését és fenntartását befolyásoló tényezők közül általánosságban ez a legmeghatározóbb:
- Az, hogy sikerült-e legalább egyszer szoptatási tanácsadáson részt vennie.
 - Az anya döntése.
 - Az, hogy az anya bababarát kórházban szült-e.
 - Lebeszélte-e valaki az egyéves koron túli szoptatásról.
12. A szoptatást támogató anyacsoport jelentősége főként ez:
- Valamelyest pótolja a régebben idősebb, tapasztaltabb nőrokonok által nyújtott segítséget, tapasztalatcserét a gyerekneveléssel, szoptatással kapcsolatban.
 - Kimozdulási lehetőséget biztosít a négy fal közé zárt anyáknak gyerekekkel együtt.
 - Az odajárók úgy érzik, ők is segíthetnek másoknak a tapasztalataikkal.
 - A várandósok számára ez a leghatásosabb felkészítési forma a szoptatásra.
13. A hagyományos értékrend felbomlása, a modern társadalomba való átmenet világszerte a szoptatási arányok csökkenésével jár. Az okokat illetően bármelyik itt felsorolt magyarázat helytálló, KIVEVE
- A szoptatás egyre kevésbé egyeztethető össze az ember modern életformájával.
 - A tápszermarketing világszerte jelentősen aláássa a szoptatást.
 - Az egészségügyi ellátórendszerbe kerülve gyakori jelenség az anya és az újszülött elkülönítése.
 - A szoptatás egészségügyi kérdéssé válása gyakorta megkérdőjelezi az anyai kompetenciát, miközben az átadott gyakorlati ismeretek nem elégségesek.
14. A prelaktációs etetés legfőbb hátránya:
- Csökkenti a szoptatási időszak hosszát.
 - Allergia kialakulásához vezethet.
 - Megfosztja az újszülöttet a kolosztrum nyújtotta immunológiai védelemtől, így növeli a fertőzések kockázatát.
 - Késlelteti a tejbelövellést, növeli a túltelítődés és mellgyulladás kockázatát.

15. A hatását tekintve legkárosabb és legelterjedtebb, szoptatással kapcsolatos tévhit:
- Aki szoptat, annak kettő helyett kell ennie.
 - A szoptatás tisztátalan, a szoptató nővel nem szabad szexuális életet élni.
 - A szoptató nő nem szedhet gyógyszert.
 - A kolosztrum ártalmasnak tartása.
16. A szoptatással kapcsolatos adatgyűjtést valamennyi felsorolt tényező nehezíti, KIVÉVE:
- Az anyák nem megbízható adatközlők.
 - Nem mindenütt alkalmazzák adatgyűjtéskor a WHO kritériumokat az adatgyűjtés időpontjára és a kizárólagos szoptatás definíciójára vonatkozóan.
 - Sok helyütt nem létezik olyan országos ellátóhálózat, amely az adatgyűjtést elvégezhetné.
 - Ahol folyik adatgyűjtés, onnan sem zökkenőmentes és folyamatos az adatok továbbítása a WHO központi adatbankjába.
17. Magyarországon a 2009-es adatok szerint hat hónapos korban a csecsemők 37,7 százaléka még kizárólag szopik. Melyik kijelentés helytálló az alábbiak közül ezzel kapcsolatban:
- Ezzel a világ élvonalában vagyunk.
 - A valós adatok ennél sokkal jobbak.
 - Ez a valóságosnál jobb adat. A valós helyzet feltárását nehezíti, hogy 2011 végén még nincs hiteles adatszolgáltatás a kórházban töltött, szülés utáni napok táplálásáról, így arról sem, hogy az újszülött kapott-e az anyatejen kívül más folyadékot vagy táplálékot.
 - Ez olyan eredmény, amellyel messzemenően elégedettek lehetünk.
18. Miért fontos, hogy egy magas HIV incidenciával sújtott fejlődő országban jók legyenek a kizárólagos szoptatási mutatók az első félévben?
- Egyáltalán nem fontos, ez a szoptatás melletti propaganda vadhajtása, hiszen a HIV vírus az anyatejjel is átvihető.
 - Mert fejlődő országokban a kizárólag szoptató, HIV fertőzött anyák csecsemői esetében jelentősen alacsonyabb a halálozási arány, mint a vegyesen vagy tápszerrel tápláltak körében.
 - Mert a szoptatás mérsékeli a szegénységet.
 - Mert a szoptatás csökkenti az anyánál az emlőrák és a petefészekrák valamint a csontritkulás kockázatát.

19. Az anya panaszkodik, hogy már nagyon elege van a köménymaglevesből és a madártejéből.

Az Ön legjobb válasza ez:

- a) A szoptatásért, a gyerekért áldozatokat is kell vállalnunk néha, nem is keveset.
- b) Miért gondolja, hogy fogyasztania kell ilyesmit?
- c) Hatásos tejszaporító lehet az alkoholmentes sör is.
- d) Ne egyen ilyet, ha unja már. Azt eszik, amit akar.

20. A magyarországi cigányság körében ezek a szoptatási szokások terjedtek el, KIVÉVE:

- a) igény szerinti szoptatás, ha a gyerek jelez, mellre teszik
- b) elfogadott, ha a gyerek több évig szopik
- c) a nyilvánosság előtt lehetőleg nem szoptatnak
- d) gyakran egy ágyban alusznak a gyerekekkel, és így is szoptatják éjszaka

NEMZETKÖZI ÁLLÁSFOGLALÁSOK ISMERETE

A Bababarát Kórház Kezdeményezés kiterjesztése az újszülött ellátásra (NeoBBKK)

Dr. Várady Erzsébet

A WHO és az UNICEF 1991-ben indította el a Bababarát Kórház Kezdeményezést. Az erre a címre pályázó szülészeti intézményeknek követniük kell a sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépést, és be kell tartaniuk a Kódex (Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexe) és az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlésének vonatkozó előírásait. Bizonyított tény, hogy a BBKK növeli a szoptatott csecsemők számarányát, a szoptatás és kizárólagos szoptatás időtartamát, és az egyik legköltséghatékonyabb egészségügyi intézkedés (*Kramer et al.2001, Merten et al 2005, Declercq 2009*).

A sikeres szoptatáshoz vezető 10 lépés

1. lépés: A kórház rendelkezzen írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertessenek az egészségügyi dolgozókkal.
2. lépés: Minden egészségügyi dolgozó kapjon megfelelő felkészítést az irányelvek alkalmazásához.
3. lépés: Tájékoztassanak valamennyi várandós nőt a szoptatás előnyeiről és gyakorlatáról.
4. lépés: Segítsék az anyákat, hogy az újszülöttet már a születést követő első fél órában a mellükre tehessek.

Ennek újabb értelmezése: közvetlenül a megszületése után helyezték az újszülöttet bőr-kontaktusba az anyjával, tartásuk ott legalább egy óra hosszát és bátorítsák az anyát, hogy felismerje, mikor áll készen az újszülött a szopásra, és ajánljának fel segítséget, ha szükséges.

5. lépés: Mutassák meg az anyáknak, hogyan kell szoptatni és hogyan kell fenntartani a tejtermelést, ha valamilyen okból el vannak különítve az újszülöttjüktől.
6. lépés: A csecsemő ne kapjon az anyatejen kívül más ételt vagy italt, amennyiben az orvosi szempontból nem indokolt.
7. lépés: Legyen általános gyakorlat az anya és az újszülött együttes elhelyezése (rooming-in) a nap 24 órájában.
8. lépés: Ösztönözzék az igény szerinti szoptatást.
9. lépés: A szoptatott csecsemőnek ne adjanak cumit.
10. lépés: Támogassák a szoptatást segítő anyacsoportok létrehozását, és az egészségügyi intézményekből távozó anyákat irányítsák ezekhez.

A Bababarát Kórház Kezdeményezés a szülészeti intézményekben az egészséges érett újszülöttek sikeres szoptatásához vezető lépéseket tartalmazza, és csak korlátozott mértékben terjed ki a beteg újszülöttek szoptatásának előmozdítására. Ezek a következők:

- Az 5. lépés utal arra, hogy amennyiben az anya és csecsemő szeparációjára kerül sor, biztosítani kell a tejtermelés fenntartását és el kell kezdeni a mell kiürítését a szülést követő 6 órán belül.
- Szülészeti intézményhez kapcsolódó intenzív újszülött-osztály esetén a szülészeti intézmény akkreditációjához kívánalom, hogy az intenzív újszülött-osztály tartsa be:

- ✘ a 2. lépést: történjen meg az ott dolgozók megfelelő képzése a szoptatás védelmére, elősegítésére és támogatására,
- ✘ a 4. lépést: biztosítsák a halasztott bőr-kontaktust,
- ✘ a Kódex vonatkozó előírásait.

A WHO az átdolgozott, kiterjesztett és korszerűsített BBKK dokumentumban (*WHO 2009*) javaslatot tett a bababarát ellátás elveinek kiterjesztésére a területi gyermekellátás, az intenzív újszülöttosztály és olyan oktató intézmények számára, ahol az anya és/vagy a csecsemő ellátása a képzés része. Nem történt azonban részletes javaslat a sikeres szoptatáshoz vezető lépések adaptálására ezekben az intézményekben. A WHO ezidáig nem dolgozott ki akkreditációs programot az újszülött ellátó egységek számára.

A babarát kórház kezdeményezés (BBKK) sikeres szoptatáshoz vezető lépéseinek adaptálása az újszülött ellátó egységek számára (NeoBFHI, Neo Baby Friendly Hospital Initiative)

Cél, hatékonyság

Számos országban szervezetek és intézmények adaptálták a BBKK lépéseit a törékeny csecsemőket ellátó osztályokra, azzal a céllal, hogy javítsák az újszülöttosztályokon kezelt csecsemők szoptatási mutatóit. Kevés számú közlemény vizsgálja az újszülött ellátásra adaptált BBKK hatékonyságát, ezek azt mutatták, hogy a BBKK kiterjesztése az újszülött ellátásra növeli a hazabocsátáskor kizárólag szoptatott csecsemők számarányát (*Merewood A et al. 2003, Dall'Oglio I et al. 2007, McInnes&Chambers 2008*).



Több közlemény vizsgálta az egyes intervenciók hatékonyságát a szoptatástámogatásban. *Renfrew MJ és mtsai (2010)* 2008-

ig tekintették át az ilyen irányú publikációkat; a talált 48-ból 21 felelt meg a szisztémás narratív szintézis követelményének. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a szoptatást/anyatejes táplálást a következő intervenciók segítik az újszülött-osztályokon: bőr-kontaktus az anya és csecsemő között, a mell hatékony kiürítése, szoptatás támogatásban jártas személy által nyújtott egyéni támogatás az intézményben és a hazabocsátás után, az egészségügyi személyzet képzése.

NeoBBKK Programok

Az alábbiakban öt programot ismertetek, melyek a BBKK lépéseit adaptálták a patológiás újszülöttek szoptatástámogatására. Ezek a programok általában valamennyi, különböző súlyossági szintű, újszülöttek ellátását végző egységre vonatkoznak, biztosítva a konzisztens és folyamatos támogatást.

A) Children's Hospital Philadelphia (Spatz DL 2004)

A szoptatás védelme és támogatása a sérülékeny csecsemő számára:

1. Az anyákat ellátni olyan információval, hogy ennek alapján tudjanak dönteni, hogy szoptassanak-e
2. Az egészségügyi dolgozók képzése és továbbképzése a sérülékeny csecsemők anyatejes táplálásáról
3. Az anyák segítése a tejtermelés megindításában és fenntartásában
4. Az anyatej kezelésével kapcsolatos helyes gyakorlat megtanítása
5. Azoknak a táplálási módoknak a megismertetése, melyek segítségével a csecsemő megkaphatja az anyatejet
6. A bőr-kontaktus (kenguru gondozás) és a mellen történő non-nutritív szopás biztosítása
7. Segíteni az áttérést a mellből táplálásra
8. A tejtranszfer értékelése és mérése
9. A család és csecsemő felkészítése a hazaadásra
10. Megfelelő után-követés biztosítása

B) Az UNICEF UK Bababarát Kórház Kezdeményezés

Felismerve egy világos útmutatás szükségességét arra vonatkozóan, hogy a beteg csecsemő és az anya szeparációja esetén mi tekinthető a szoptatástámogatás szempontjából legjobb gyakorlatnak, megalkotta az erre vonatkozó „*legjobb gyakorlat standardjait*” egy multidiszciplináris szakértői bizottság közreműködésével (UNICEF UK BFHI, 2010).

1. Lépés
2. Lépés

Az első és második lépés sem szövegében, sem tartalmában nem különbözik az WHO/UNICEF által megfogalmazott lépésektől.

3. Tájékoztassák a szülőket az anyatej és szoptatás előnyeiről az újszülött-osztályon ápolts gyermekek számára.

Az osztályra felvett vagy nagy valószínűséggel felvételt igénylő újszülött szülei és egy megfelelően képzett egészségügyi dolgozó (szoptatás és laktáció menedzsmentben megfelelően képzett gyermekgyógyász, csecsemőtáplálásban jártas dietetikus, szülésznő, nővér) között személyes beszélgetés történjen arról, hogy miért döntő jelentőségű az anyatej a koraszülött vagy beteg csecsemő számára. Hangsúlyozandó az anyatej jelentősége a nekrotizáló enterokolitisz (NEC) prevencióban, valamint az idegrendszer fejlődésére gyakorolt pozitív hatása. A hosszú távú előnyöket az anya és gyermek számára ugyancsak ismertetni kell.

4. Segítsék elő a bőr-kontaktust az anyával (kenguru gondozást).

Megfelelő időben sort kell keríteni egy megbeszélésre a bőr-kontaktus előnyeiről, hogy az anya információk birtokában tudjon döntést hozni. A bőr-kontaktus nyugodt környezetben történjen, amint azt a csecsemő állapota megengedi és lehetőleg minél gyakrabban ajánlják fel – legalább naponta – vagy amilyen gyakran az anya rendelkezésre áll ill. a csecsemő állapota lehetővé teszi.

5. Támogassák az anyákat, hogy az anyatej fejésével elindítsák és fenntartsák a tejtermelést. Valamennyi anyát, akinek a gyermekét az újszülött-osztályon ápolják, bátorítsák, hogy a szülést követően minél korábban, amint az állapotuk megengedi, kezdjék el a tejtermelés beindítását. Azokat az anyákat, akiknek a csecsemője nem tud szopni vagy nem tudja megkapni a teljes anyatejmennyiséget a mellből, meg kell tanítani arra, hogyan kell kézzel vagy mellszívóval fejni. Javasolják a mell fejését naponta 6-8x, beleértve az éjszakát is. Hangsúlyozni kell annak fontosságát, hogy a fejés gyakran történjen és ne legyenek hosszú időközök a fejések között. Mindig álljon rendelkezésre jól karbantartott készülék, amellyel biztonságosan történhet meg az anyatej fejése.

Biztosítani kell egy olyan rendszert, mely lehetővé teszi, hogy az anya megfelelő fejőgéppel tudja folytatni a fejést a csecsemő hazaadása után.

6. Támogassák az anyákat a szoptatás elkezdésében és fenntartásában

Valamennyi szoptató anyának fel kell ajánlani segítséget az első szoptatásban, amint azt gyermeke állapota megengedi. A szoptató anyák kapjanak információt, segítséget és támogatást a helyes mellre helyezés és mellre tapadás megvalósításában.*

A szülőket tájékoztatni kell az igény szerinti (csecsemő által vezérelt) szoptatás fontosságáról (amikor az már helyénvaló), hogy így folytassák a szoptatást. Meg kell tanítani nekik, hogyan ismerhetők fel az éhségjelek, és kapjanak bátorítást, hogy minden rendelkezésre álló lehetőséget használjanak ki, hogy szoptassanak. Az osztálynak legyen olyan irányelve, mely engedélyezi a szabad látogatást a szülők számára. Legyen lehetőség a rooming-in rendszerre, és amikor lehetséges, az anya és csecsemő legyen együtt.**

Valamennyi, az anyák számára készített írásos anyag legyen pontos és hatékony.

*Az anyák egy része nem kíván szoptatni, de határozhat úgy, hogy folytatja az anyatej fejését. Ebben az esetben az anyákat támogatni kell abban, hogy anyatejjel lássák el gyermeküket, és adjuk meg az információk alapján hozott döntés lehetőségét; ismertessük azokat a rövid és hosszú távú előnyöket, ami azzal jár, ha a csecsemő közvetlenül a mellből kapja a tejet.

**Rooming-in rendszer nem mindenütt áll rendelkezésre az újszülött-osztályon belül, ilyen esetben törekedni kell arra, hogy az anyákat lehetőleg ugyanabban a kórházban ápolják, ahol a gyermeket. Ahol azonban van ilyen lehetőség, a szoptató anyákat bátorítani kell, hogy vegyék igénybe az újszülött-osztályon belül kialakított rooming-in elhelyezést.

7. Támogassák a kizárólagos anyatejes táplálást

A szoptatott csecsemő ne kapjon az anyatejen kívül más ételt vagy italt, kivéve, ha klinikailag indokolt vagy ha teljes körű információ után a szülők így döntenek. A csecsemő táplálása során az első választási lehetőség az anya saját teje, amennyiben nem áll rendelkezésre, a donor női tej jön szóba, ha beszerezhető. Amikor az anya és csecsemő nincs együtt, meg kell oldani, hogy rendszeresen szállítsák az anyatejet abba az intézménybe, ahol a gyermeket gondozzák.

Valamennyi protokoll és irányvonal támogassa a kizárólagos szoptatást.*

Anyatej helyettesítők, cumisüvegek, cumik reklámanyagát nem lehet az intézményben kihelyezni vagy a szülők és az intézmény dolgozói között szétosztani.

*Protokollok, amelyek pl. a hipoglikémiára, fototerápiát igénylő sárgaságra vagy lassú súlyfejlődésre vonatkoznak, védjék a kizárólagos szoptatást/anyatejes táplálást. Amennyiben anyatejdúsítót használnak, legyenek olyan protokollok, amelyek ezek használatát világosan megfogalmazott javallatokra korlátozzák, pl. igen kis súlyú koraszülöttek (<1500g), akiknél ez a biokémiai értékelés alapján szükséges.

8. Kerüljék az etető- vagy nyugtató-cumi használatát a szoptatott csecsemő számára, kivéve, ha klinikailag indokolt.

Azokat a csecsemőket, akik nem képesek a mellből táplálkozni, olyan módon kell anyatejjel táplálni, ami fejlettségüknek megfelel. Azon szülőkkel, akik tervezik a szoptatást, és azt kérik, hogy gyermeküket cumisüvegből etessék, meg kell beszélni a potenciális kockázatok és alternatívákat kell felajánlani. A cumihasználatot olyan esetekre kell korlátozni, ahol klinikailag indokolt vagy a szülő teljes információ birtokában hozott döntése.

A bőr-kontaktust és a szoptatást kell támogatni a csecsemők vigasztalására és fájdalomcsillapításra kisebb beavatkozások esetén pl. sarokszúrás vérvétel céljából.

A szülőkkel meg kell beszélni, hogy mik a csecsemő állapotának megfelelő táplálási és vigasztalási módszerek, annak függvényében, hogy a szülők jelen vannak vagy távol vannak a gyermektől. A megbeszélésnek bizonyítékokon kell alapulnia, és magában kell foglalnia a potenciális előnyöket, kockázatokat és alternatívákat, hogy a szülő a teljes körű információ birtokában hozhasson döntést. A megbeszélést és a szülők választását dokumentálni kell a csecsemő kórlapjában vagy gondozási tervében.

9. Segítsék elő a szoptatástámogatást helyi vagy nemzeti hálózatokon keresztül.

Valamennyi anyát el kell látni szülésznők, védőnők, területi újszülött ápolók (ha vannak), szoptatástámogató hálózatok és szervezetek elérhetőségével, akik a szoptatásban támogatják a beteg és koraszülött csecsemőket, akik újszülött-osztályra kerülnek felvételre vagy az intézményből bocsátják őket haza.

Meg kell szervezni hivatalosan, hogy az újszülött-osztály jelentést adjon az illetékes területi egészségügyi szolgálatnak arról, hogyan alakult az intézményben a szoptatás.

C) Nyqvist KH & Kylberg E. (2008)

Az újszülött-osztályon ápolat igen kis súlyú (<1500g születési súlyú) csecsemők sikeres szoptatásához vezető 13 lépést Nyqvist KH & Kylberg E. (2008) svéd anyák interjúi alapján állították össze. Ezek közül 10 lépés az eredeti lépések adaptációi, a 2-es, 11-es és 12-es lépés pedig az adaptált 10 lépés kiegészítései.

1. Legyen az újszülött-osztályon ápolat csecsemőkre adaptált szoptatási irányelv, amit rutin-szerűen kommunikálnak valamennyi egészségügyi dolgozó felé.
2. Valamennyi anyát tapintattal, empátiával és szülői szerepüket tisztelve kezeljék. Támogassák őket abban, hogy információ után dönthessenek a tejtermelésről és szoptatásról, kívánságuknak megfelelően.
3. Képezzék az egészségügyi dolgozókat, hogy megszerezzék azokat a speciális ismereteket, amelyek ahhoz szükségesek, hogy az irányelvet megvalósítsák.
4. Tájékoztassanak valamennyi várandós nőt a tejtermelés beindításáról és a szoptatásról, arra az esetre, ha csecsemőjük koraszülött vagy megszületésekor beteg.
5. Támogassák a korai, folyamatos és hosszan tartó anya-csecsemő bőr-kontaktust (kenguru gondozást) nem megalapozott korlátozások nélkül, és ajánljanak fel az anyáknak olyan lehetőséget, hogy gyermekükkel együtt lehessenek a nap 24 órájában.
6. Tájékoztassák, bátorítsák és támogassák az anyákat abban, hogy korán kezdjék meg a mell fejését és tartsák fenn a tejtermelést.
7. Bátorítsák és támogassák az anyákat, hogy korán kezdjék meg a szoptatást, aminek a csecsemő stabilitása legyen az egyetlen kritériuma.

8. Első választásként adják a csecsemőnek a saját anya tejét, második választásként donor női tejet, dúsítva, ha szükséges.
9. Támogassák, amilyen korán csak lehet, az igény szerinti szoptatást, a részleges igény szerinti szoptatást pedig, mint átmeneti stratégiát a koraszülöttek számára. (Az anya szoptasson, amikor a csecsemő erre érdeklődést mutat, és ezen túlmenően is kezdeményezze az anya a szoptatást, hogy az olyan napi gyakorisággal történjen, ami fedezi a csecsemő szükségletét.)
10. Ajánljanak fel a csecsemőnek cumit a fájdalom, stressz és szorongás oldására és az emésztés segítésére a szondatáplálás alatt. Akkor vezessék be a cumisüveg használatát, ha ennek oka van.
11. Biztosítsanak családközpontú és támogató fizikai környezetet.
12. Támogassák korlátozás nélkül az apa jelenlétét, mint az anya fő támogóját és a csecsemő gondozóját.
13. A csecsemő hazaadását úgy tervezzék, hogy a csecsemő gondozását adják át mielőbb az újszülött-osztályon belül a szülőknél. Tájékoztassák az anyákat, hol kaphatnak segítséget hazabocsátásuk után egészségügyi dolgozóktól vagy megfelelő tudású szoptatástámogató csoportoktól.

D) A norvég szoptatástámogató központ

Már 1993-ban adaptálta a BBKK 10 lépését az újszülött-osztályokra és kidolgozta az akkreditáció kritériumait. 2011-re az országban működő 21 intenzív újszülött-osztályból 19 megfelel a minőségbiztosítási feltételeknek és viselheti a Bababarát Újszülött-osztály címet.

(Norwegian Resource Centre for breastfeeding 2011:

The adaptation of the Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) to neonatal units in Norway
<http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-arming/Sider/InEnglish.aspx> 2011.11.10.)

E) NEOBFHI konferencia, 2011. szeptember

Az Uppsalában 2011 szeptemberében tartott NEOBFHI konferencia munkadokumentuma, melyet az ún. Északi Csoport (Svédország, Norvégia, Finnország, Dánia) és Kanada szakemberei állítottak össze (*Nordic and Quebec Working Group 2011*), tartalmazza a BBKK adaptálásának tervezetét a patológiás újszülött-osztályokra, javaslatot téve az akkreditációra is. Céljaik között szerepel a bizonyítékok vizsgálata a újszülött-osztályon folytatott szoptatástámogatás kérdésében, az adaptált standardok megvalósításának segítése és az adaptáció hatékonyságával kapcsolatos kutatások szorgalmazása. A BFHI adaptált lépései kapcsán három vezérelvet tartanak szem előtt: 1. Az egészségügyi személyzet a szoptatás kérdésében úgy viszonyuljon az anyához, hogy fókuszáljanak az egyes anyákra és helyzetükre. 2. Családközpontú gondozás és környezet biztosítása. 3. A folyamatos, pre-, posztnatális és hazabocsátás utáni gondozás biztosítása. A dokumentumtervezet az adaptált lépéseket részletesen ismerteti. A véglegesített dokumentumot a jegyzet írásakor még nem közölték.

Oktatási program az intenzív újszülött-osztály dolgozói számára (2. lépés)

A) UNICEF UK Babyfriendly

Speciális tanfolyamot szervez az újszülött-osztály dolgozói számára az ott ápolt koraszülöttek szoptatás menedzsmentjéről, melynek célja, hogy a koraszülött és beteg újszülötteket gondozó egészségügyi dolgozók szerezzék meg azt a tudást és gyakorlatot, ami ahhoz szükséges, hogy az újszülött-osztályon ápolt csecsemők édesanyját támogatni tudják a tejtermelés elindításában, fenntartásában és a szoptatásban.

A tanfolyam végére a résztvevőktől elvárhatóak az alábbi ismeretek és ezek kommunikálása:

1. A BBKK célja és pozitív hatása a szoptatási mutatók alakulására
2. A szoptatás szerepe az egészség javításában, különös hangsúllyal a koraszülött és beteg csecsemőkre.
3. Kulcsfontosságú különbségek az anyatej, donor női tej és tápszer között és ezek jelentősége az egészség szempontjából.
4. A koraszülés hatása a csecsemőre, anyára, apára és a családra.
5. A mell anatómiája, a tejtermelés élettana és ennek jelentősége a szoptatástámogatás szempontjából.
6. A korán elkezdett és hatékony mellkiürítés jelentősége a tejtermelés megindítása és a megfelelő tejtermelés elérése szempontjából.
7. A kézi fejés hatékony technikájának elsajátítása, és a képesség arra, hogy ezt az anyáknak megtanítsák.
8. A koraszülés hatása a táplálás alakulására.
9. A fejlesztéselvű gondozás fontossága a koraszülött ellátásban.
10. A kenguru gondozás pozitív hatása a koraszülöttre és a gondozókra.
11. A hatékony mellre helyezés és mellre tapadás és gyakorlat abban, hogy az anyáknak ezt az ismeretet átadják.
12. Az anyák számára szükséges információk és támogatás ahhoz, hogy sikeresen szoptassanak.
13. Azon kihívások ismerete, melyekkel az újszülött-osztályon ápolt csecsemő és az anya szembesül és annak ismerete, hogy ezek hogyan hidalhatók át.
14. Az információ és támogatás ismerete, mely ahhoz szükséges, hogy a szülőket felkészítsék a hazaadásra
15. A koraszülött és beteg csecsemők gondozásában bekövetkező változások, beleértve a családközpontú gondozást.

B) Philadelphia

Spatz DL (2005) kifejti, hogy az USA-ban az egészségügyi dolgozók képzése és tudása az anyatejes táplálásról és szoptatásról rendkívül hiányos. Ezért ahhoz, hogy a koraszülöttek szoptatás támogatása hatékony legyen, biztosítani kell a dolgozók számára a szoptatással kapcsolatos alapismeretek átadását. Erre épülhetnek a sérülékeny csecsemő szoptatástámogatásának speciális szempontjai.

Ajánlott oktatási témák egy 2 napos, 16 órás tanfolyamon (*Spatz 2005*)

Első nap

1. A szoptatás előnyei az anya, a csecsemő és a társadalom számára.
2. A kulturális környezet szerepe a szoptatás kimenetelében.
3. A szoptatás segítés lehetőségei az adott intézményben és a közösségben.
4. A szoptatás élettana (anya és csecsemő).
5. A szoptatás értékelése.
6. A mellre helyezési és mellre tapadási technikák értékelése és az anyák segítése ezekben.
7. A szoptatott csecsemő normális táplálékbevitelének és széklet-vizelet ürítése.

Második nap

1. Szoptatástámogató lépések az anya és csecsemő elválasztása esetén.
 - fejés
 - táplálás elkezdése
 - „laktoengineering”: pl. az anyatej különböző frakcióinak szeparált gyűjtése (a hátsó tej magasabb zsír- és kalóriatartalmú)
 - bőr-kontaktus
 - non-nutritív szopás a mellben
 - átmenet a szoptatásra
 - szopások mérése
 - a hozzátáplálás és kiegészítés fogalmának ismertetése
2. Alternatív táplálási módszerek, beleértve a Szoptanítót és a bimbóvédő használatát.
3. Az anyatej biológiai specificitása és összetétele (különbség az érett és koraszülött gyermeket szülő anyák teje között).
4. Gyógyszerek transzferje az anyatejbe.
5. Vírusok bejutása az anyatejbe.
6. Anyai táplálkozási szükségletek a szoptatás alatt.
7. Egyéb anyai vagy csecsemő kérdések, melyek komplikálhatják a szoptatástámogatást.
8. Candidiasis és kezelése.
9. Szexualitás és szoptatás.
10. Munkába menetel és szoptatás.
11. Anyatej bankok és hogyan lehet az anya számára biztosítani ezt a szolgáltatást.

Spatz (2005) hangsúlyozza az anyatej kezelésével kapcsolatos ismeretek és kompetenciák kialakításának fontosságát.

Egyéb, a szoptatástámogatás hatékonyságát növelő stratégiák (Spatz 2005)

- szoptatás támogató kórházi bizottság létrehozása az érintett szakterületek és adminisztráció részvételével
- az írásos anyagokból (anyának adott tájékoztatók, szakmai protokollok, fontos közlemények) készült lefűzött anyagok elhelyezése az osztályon
- az anyatej kezelés és tárolás standardizálása

- amennyiben rezidensek dolgoznak az osztályon, az anyatejes táplálással, szoptatással kapcsolatos főbb pontok ismertetése (fejés elkezdése, fejések napi gyakorisága, anyatej volumen, speciális támogatás azon anyák számára, akiknek hosszú ideig kell fejni, laktoengineering, anyatej krematokrit, bőr-kontaktus, non-nutritív szopás, átmenet a szoptatásra, bimbóvédő használat, szopásmérések, milyen szakmai anyagok állnak rendelkezésre az intézményben)
- törekedni a különböző szakterületek konszenzusára a szoptatás támogatással kapcsolatos fő kérdésekben

Irodalomjegyzék

1. Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E, Nantini B, D'Agostino G, Dotta A. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1626-31.
2. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health* 2009;99:929-35.
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
4. McInnes RJ, Chambers J. Infants admitted to neonatal units--interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990-2007. *Matern Child Nutr* 2008;4:235-63.
5. Merewood A, Philipp BL, Chawla N, Cimo S. The baby-friendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. *J Hum Lact* 2003;19:166-71.
6. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-8.
7. Norwegian Resource Centre for Breastfeeding Guidelines and criteria for a Baby-friendly Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Norway: Abstract from presentation at the VELB-ILCA Conference "A World Wide View on Breastfeeding" in Vienna 2008
8. Nyqvist KH, Kylberg E. Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to Neonatal Care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants *J Hum Lact* 2008; 24; 252
DOI: 10.1177/0890334408319156 <http://jhl.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/3/252>
9. Renfrew MJ, Dyson L, McCormick F, Misso K, Stenhouse E, King SE. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2010 ;36(2):165-78.
10. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2004 Oct-Dec;18(4):385-96.

Internetes hivatkozások jegyzéke

1. Jones L: Principles to promote the initiation and establishment of lactation in the mother of a preterm or sick infant, North Staffordshire Hospital 2008.
www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Liz_Jones_article_full.pdf?epslanguage=en
(2011.11.10.)
2. Nordic and Quebec Working Group: The BFHI Initiative in Neonatal Units, Proposal from a Nordic and Quebec Working Group, Three Guiding Principles and 10 Steps: Supporting breastfeeding and family-centered care Draft for the 1st international conference and workshop on the expansion of the Baby Friendly Hospital Initiative in neonatal units 14th-16th September 2011 in Uppsala, Sweden
<http://www-conference.slu.se/neobfhi2011/BFHINU%20March%202011.pdf> (2011.11.10.)
3. Norwegian Resource Centre for breastfeeding: The adaptation of the Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) to neonatal units in Norway, 2011
<http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-amming/Sider/InEnglish.aspx> (2011.11.10.)
4. UNICEF UK : Best practice standards for neonatal units 23/11/2010
www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/4/neonatal_standards.pdf?epslanguage=en
(2011.11.10.)
5. WHO/UNICEF: Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9. Geneva: World Health Organization, Division of child health and development, 1998.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf (30.10.09).
6. World Health Organization/UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and implementation. In. Geneva: World Health Organization/UNICEF; 2009:70.
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s1/en/index.html
(2011.11.10.)

Tesztkérdések

1. A BBKK adaptálása a beteg és koraszülött csecsemőket ellátó újszülött-osztályokra (NeoBBKK)
 - a) a WHO által javasolt, de egységes akkreditációs program nem áll rendelkezésre
 - b) egyes országokban van érvényes NeoBBKK akkreditációs program
 - c) egységes elvek alapján történő akkreditációs program kidolgozása folyamatban van
 - d) költséghatékonyságára nincsenek adatok
 - e) van olyan program, mely szülők bevonásával készült
 - f) valamennyi állítás igaz
 - g) valamennyi állítás igaz, kivéve d
2. A NeoBBKK hatékony alkalmazásának feltételei közé tartoznak az alábbiak, KIVÉVE:
 - a) az egészségügyi dolgozók megfelelő ismeretei a szoptatástámogatásról általában
 - b) az egészségügyi dolgozók speciális ismeretei koraszülő anyák szoptatástámogatásáról
 - c) az anyák ismerete az anyatejes táplálás specifikus előnyeiről a koraszülött számára
 - d) anyatejgyűjtő állomás működtetése az intézményben
 - e) szoptatástámogató bizottság létrehozása
3. A koraszülő anya-gyermek páros esetén a sikeres szoptatást segítő intervenciók, KIVÉVE:
 - a) bőr-kontaktus az anya és csecsemő között
 - b) az anya ismeretei az anyatejes táplálás, szoptatás előnyeiről
 - c) a mell korán elkezdett, gyakori és hatékony kiürítése
 - d) szoptatástámogatásban jártas személy által nyújtott egyéni támogatás az intézményben és a hazabocsátás után
 - e) ne történjen a szopások mérése
 - f) az apa bevonása a szoptatástámogatásba
 - g) az egészségügyi személyzet képzése
4. A bőr-kontaktus támogatásának hatékony eszközei, KIVÉVE:
 - a) az anyát erre bátorítjuk, amint a csecsemő állapota stabil
 - b) a bőr-kontaktus legyen minimum egy órás, de valós időkorlátot csak a csecsemő állapota jelentsen
 - c) az apa számára is lehetővé tesszük a bőr-kontaktust
 - d) az apa ne legyen jelen a kenguru gondozás alatt
 - e) a bőr-kontaktus módjáról és előnyeiről előzetesen felvilágosítjuk az anyát

5. A fenyegető koraszülés esetén a várandósság alatt, vagy a beteg csecsemő megszületése után a csecsemő táplálásáról folytatott megbeszélés témái legyenek az alábbiak, KIVÉVE:
- a) fókuszáljunk az anyatejes táplálás specifikus előnyeire a koraszülött számára
 - b) az előbbi mellett említsük meg az anyatejes táplálás hosszú távú előnyeit az anya-csecsemő páros számára
 - c) a beszélgetést azzal kezdjük, hogy tájékozódunk az anya szándékáról, hogyan kívánja majd táplálni a csecsemőjét
 - d) hangsúlyozzuk, hogy akkor érdemes elkezdni az anyatejes táplálást, ha az anya majd szoptatni kíván
 - e) ismertessük a mell korán elkezdett, gyakori és hatékony kiürítésének jelentőségét a megfelelő tejjel elérése szempontjából

A LAKTÁCIÓ BIOLÓGIAI ALAPJAI

Az emlő anatómiája – újabb ismeretek a laktáló emlő ultrahangos vizsgálatai alapján

Dr. Kun Judit Gabriella

AZ EMLŐ FEJLŐDÉSE

Az emlősök legtöbb szervétől eltérően az emlő fejlődésének legnagyobb része felnőttkorban történik, és teljes kifejlődését csak akkor éri el, ha a nő várandós lesz és gyermeket szül. Másik jellegzetessége, hogy az egyén élete során ez a szerv többször megy át növekedésen, differenciálódáson és visszafejlődésen.

Embrionális fejlődés

Az emberi emlőmirigy egy megvastagodott ektodermális tarajból, a primitív tejlécből fejlődik, amely hosszanti irányban húzódik végig az elülső testfalon a hónaljárokától az ágyépig körülbelül a 6. terhességi héten. Ezután a taraj a mellkasi rész (2-6. borda közti terület) kivételével visszafejlődik. A primitív tejléc mentén a későbbiekben számszerű emlők fejlődhetnek ki a nők 2-6%-ánál, amelyek tejmirigyeket vagy csak járulékos emlőbimbókat tartalmazhatnak (*Geddes, 2007*).

A mellkasi területen található tömör epiteliális massa neve: emlőrügy. A megvastagodott ektoderma lesüllyed az alatta lévő mezoderma alá, a körülötte lévő bőr szintje alá. A befelé növekvő ektoderma kapcsolatban lévő mezoderma összenyomódik, majd elemei hamarosan koncentrikus rétegekbe rendeződnek, és egy későbbi stádiumban a mirigy stromáját alkotják.

A 10-12. héten az ektodermális sejtek befelé növekvő tömege tasak vagy körte alakot vesz fel, és másodlagos rügyek ágaznak le a fő emlőrügyről, létrehozva a későbbi lebenyes szerkezet alapját. A növekedő másodlagos rügyek hamarosan számos, tömör nyúlványt alkotnak, amelyek a későbbi tejszatórnákat képviselik. A nyúlványok belenőnek a környező mezoderma alá, és a 13-20. hét között kisebb ágakat hoznak létre. A 16. hétre 15-25 epiteliális ág jön létre, amelyek a későbbi alveolusokat képviselik.

A 12-16. hét között a mezenhimális sejtekből differenciálódik a bimbó és a bimbóudvar simaizomzata. Ebben az időszakban alakulnak ki a másodlagos emlőstruktúrák telepei is. Szórtüszők, faggyúmirigyek, izzadságmirigyek és Montgomery mirigyek fejlődnek az alveolusok körül. A fejlődésnek ezek a lépései mind függetlenek a hormonális hatásoktól.

A 28. hétre azonban a placenta nemi hormonjai eléri a magzat keringését, és megindítják a tömör nyúlványokban a kanalizációt. A csatornácskákat bélelő sejtek két sejtréteget alkotnak, amelyek közül a belső hamarosan felveszi a szekretoros sejtek tulajdonságait, a külső pedig mioepiteliális sejtréteggé alakul.

Az újonnan kialakult tejszatórnák egy sekély epiteliális mélyedésben, az emlőárokban nyílnak. Ez a kis mélyedés a bimbót és bimbóudvart formáló mezenhimális sejtszaporodásnak köszönhetően később felemelkedik. A felemelkedés elmaradása befele forduló mellbimbó kialakulásához vezet. A 32. hétre az elágazó nyúlványok mindegyikében kialakul az üreg. A terminushoz közel 15-25 tejszatórna alkotja a magzati emlőmirigyet.

Az emlőmirigy zsírszövege kötőszövetből fejlődik, amely elveszítette azt a képességét, hogy rostokat formáljon. Jelenlétét elengedhetetlennek tartják a parenchyma további növekedéséhez.

A 32-40. héten az anyai hormonok hatására differenciálódás következik be a parenchymában, aminek következtében kis, bunkószerű végződéses jönnek létre a tejcsontrákban, amik kolosztrumot tartalmaznak. Ezt végkamra stádiumnak hívják (Lawrence, 2005).

Újszülött-kori és pubertás előtti fejlődés

Közvetlenül a születés után az újszülött emlője duzzadt lehet, sőt kevés kolosztrumot is ki lehet préselni belőle (ez "boszorkánytejként" ismert). Ez a jelenség teljesen általános mind a fiú mind a leány újszülöttek körében, és azoknak a laktációt elősegítő hormonoknak köszönhető, amelyek az anya emlőjét is előkészítik a tejtermelésre. 4 hetes korra az emlőmirigy általában visszafejlődik, és a csecsemő prolaktin kiválasztása is csökken.

Az újszülött-kori szekretoros aktivitás megszűnése után az emlőmirigy inaktív egészen röviddel a pubertás fellépése előtti időig, amikor a hormonok ismét megindítják a növekedést. Ezalatt az idő alatt az emlőmirigy növekedése csak a gyermek hosszúnövekedésével tart lépést (Lawrence, 2005).

Az emlő fejlődése a pubertás alatt

Pubertáskorban az emlő méretének növekedése elsősorban a fokozott zsírlerakódásnak köszönhető. Ugyanakkor a csatornák folyamatos megnyúlása és elágazása egy, a korábbinál sokkal kiterjedtebb csatornahálózatot hoz létre. A növekedés elsődleges helyei a csatornák végén lévő bunkószerű képződmények, amelyek kialakítják a mirigyvégkamrákat. Bár a pubertás alatti emlőnövekedés hormonális szabályozása még kevésbé ismert, annyit tudunk, hogy ezek az érési folyamatok összefüggésben vannak az ösztrogén, prolaktin, luteinizáló hormon, follikulusz stimuláló hormon és növekedési hormon megemelkedett plazmaszintjével (Geddes, 2007).

A pubertás alatti fejlődést az új terminológia szerint duktális fejlődésnek nevezik. (Pang, 2007)

A menstruációs ciklusok alatti változások

A hormonszintváltozásokra érzékeny szervek, mint amilyen az emlő is, jól körülírható, ciklikus változásokon mennek át a menstruációs ciklusok során. A follikuláris fázist az epiteliális és mioepiteliális sejtréteg minimális elkülönülése, és a stroma minimális változásai jellemzik, míg a luteális fázisban az epiteliális és a mioepiteliális sejtréteg feltűnően elkülönül, a stromában ödéma és limfocita infiltráció látható, valamint fokozott a mitotikus aktivitás (sejtosztódások) és az apoptózis is (Ramakrishnan, 2002; Navarrete, 2005).

A ciklus végén a luteális fázisban látható változások visszafejlődnek. Egyes kutatók szerint a visszafejlődés nem teljes, így az emlőmirigy növekedése folyamatos. Az életkor előrehaladtával a mitotikus aktivitás csökken, és 35 éves kor körül az emlőmirigy növekedése megáll (Potten, 1988).

Az emlő teljes funkcionális kifejlődését csak a várandósság alatt éri el.

A NEM LAKTÁLÓ EMLŐ ANATÓMIÁJA

Az emlő makroszkópos anatómiájáról alkotott képünk nem sokat változott az utóbbi 160 évben, amióta Sir Ashley Cooper közzétette kutatási eredményeit „Az emlő anatómiájáról” című művében (Cooper, 1840). Cooper olyan nők holttestét használta tanulmányához, akik halálukkor szoptattak. A tejjáratokat különböző színű, forró viasszal töltötte fel a bimbó kivezetőnyílásain keresztül, majd a viasz megszilárdulása után az emlő lágy részeit eltávolította, így kapta meg a tejcsontrák elágazó rendszerének háromdimenziós modelljét.

Bár az anatómia tankönyvek és az azóta született tanulmányok ábrázolásai tartalmazzak kisebb eltéréseket Cooper eredeti leírásától, alapvetően megegyeznek Cooper megállapításaival (*Szentágothai, 1977; Krontiras, 2005*). Eszerint a laktáló emlő mirigyszövetből és zsírszövetből áll, amelyet Cooper-kötegeknek nevezett kötőszöveti rostok laza hálózata tart össze. A mirigyállományt lebenyek alkotják, amelyek lebenyekéből állnak, a lebenyekék viszont alveolusokból épülnek fel, amelyek a tejtermelő sejteket tartalmazzák.

Az alveolusok egészen kicsi csatornácskákba nyílnak, amelyek nagyobb csatornákká egyesülnek, és így vezetik ki a lebenyekékben termelt tejet. Ezek a nagyobb csatornák azután minden lebenyben egy még nagyobb csatornává egyesülnek, így minden lebenyhez tartozik egy olyan fő csatorna, ami a bimbón lévő nyíláshoz vezet.

Cooper úgy találta, hogy ezek a fő csatornák a bimbó közelében nagy tejöblökké szélesednek, majd a bimbó alapjánál ismét összeszűkülnek, és 15 – 20 kivezető nyílással nyílnak a mellbimbó hegyén. A képek és leírások a zsírszövetet leginkább a lebenyek között (és nem a lebenyekéken belül) ábrázolják.

A mirigyszövet és a zsírszövet heterogén eloszlása nehezíti mennyiségük mérését, de mamográfias vizsgálatok alapján arányukat átlagosan 1:1-nek becsülik. A mirigyszövet aránya az életkor előrehaladtával, valamint az emlő méretének növekedésével csökken (*Jamal, 2004*).

Vérellátás

Az emlő vérellátását elsősorban (60%) az arteria thoracica interna (arteria mammaria interna) átfűrődő ágai (rr. perforantes) biztosítják. A vérellátás nagyjából 30%-áért az arteria thoracica lateralis felelős, amely elsősorban a mell lateralis részeit látja el, és ágai anasztomózisokat alkotnak az a. mammaria int. ágaival. A többi terület ellátásában az intercostalis artériák (aa. intercostales), valamint az a. subclavia és az a. axillaris ágai vesznek részt. (*Lawrence, 2005*) A nők között nagy az eltérés abban a tekintetben, hogy az egyes artériák a vérellátás mekkora részét szolgáltatják, és nem sok jele van a két mell közötti szimmetriának. Az artériák lefutása nem mutat közvetlen kapcsolatot a tejszatórná rendszerrel (*Geddes, 2007*).

Az emlő vénás elvezetése egy felszínes és egy mély vénás rendszerre oszlik, amelyeket rövid vénák kötnek össze. Mind a felszíni, mind a mély vénás rendszer a v. thoracica interna, a v. axillaris és a v. cephalica felé vezet a vért. A mély vénák a megfelelő artériák lefutását követik, míg a felszíni vénák kiterjedt anasztomózisokat alkotnak. A bimbó körül a felszíni vénák egy anasztomotikus gyűrűt, a circulus venosust hozták létre (*Krontiras, 2005*).

Nyirokelvezetés

Az emlő laterális részéből a nodi lymphatici pectorales és a nodi lymphatici intercostales – mint elsődleges nyirokcsomók – útján a hónalji nyirokcsomók centrális és apikális részébe (nn. lymphatici axillares centrales et apicales) történik a nyirokelvezetés.

Az emlő mediális felső részéből szintén a nn. lymphatici intercostales útján a hónalji nyirokcsomókba (nn. lymphatici axillares apicales), mediális alsó részéből pedig a parasternális nyirokcsomókba (nodi lymphatici parasternales) történik a nyirokelvezetés (*Szentágothai, 1977*).

Beidegzés

Az emlő érző beidegzését elsősorban a negyedik, ötödik és hatodik bordaközi ideg (nervus intercostalis) ágai látják el. A negyedik bordaközi ideg különösen jelentős, mert legnagyobb részét ennek oldalsó bőrága (ramus cutaneus lateralis) látja el a bimbó-bimbóudvar komplexet. Ez az ideg a bal mell hátsó részét “négyóránál”, a jobb mellett pedig “nyolcóránál” éri el. A negyedik bordaközi ideg felszínesebbé válik, amint eléri a bimbóudvart, és öt ágra válik szét: egy középső, két felső és két alsó ágra. A legalsó ág a bal mellen “ötóránál”, a jobb mellen “hétóránál” hatol át az areolán. Ha ez a legalsó idegág megsérül, a bimbó és a bimbóudvar érzékelése elvész. Sérülés pl. akkor fordulhat elő, ha mellnagyobbító vagy mellkisebbitő műtét kapcsán az ideget átvágják (Riordan, 2005).

A mell bőrének felső részét a nervi supraclaviculares látják el. A bimbó és a bimbóudvar területében rengeteg szabad érzőideg-végződés és Meissner-féle tapintótest (corpuscula tactus) található.

A LAKTÁLÓ EMLŐ ANATÓMIÁJA

Az emlő a laktáció alatt éri el teljes funkcionális kapacitását, ezért ebben az időszakban számos külső és belső változás történik a szerkezetében. A várandósság alatt a bimbóudvar sötétebbé válik, és a Montgomery mirigyek – amelyek tulajdonképpen izzadságmirigyek és tejmirigyek kombinációi – megnőnek. Ezeknek a mirigyeknek a váladéka védi a mellbimbót a szopás okozta mechanikai károsodástól, és a patogén mikroorganizmusok megtelepedésétől. Ezen felül feltételezik, hogy a váladék illata kommunikációs eszköz is az anya és a csecsemő között (a Montgomery mirigyek váladéka egy olyan zsírsavat tartalmaz, ami a magzatvízben is megtalálható, így az emlő illata ismerős az újszülött számára a születéstől kezdve) (Porter, 1999). Ebben az összefüggésben egy friss tanulmányban kimutatták, hogy ha a Montgomery mirigyek száma nagyobb, akkor a csecsemő jobban gyarapodik az első 3 napban, gyorsabban tapad mellre és jobban szopik, valamint hamarabb lövell be az anya teje (Dourcet, 2011). Mindez azt jelzi, hogy a Montgomery mirigyeknek valóban van funkcionális szerepe a laktáció során.

Cooper 1840-ben végzett boncolásai óta nem sok vizsgálat történt laktáló emlőkön, tekintve, hogy a legtöbb vizsgálat – mint például a mammográfia, a galaktográfia (a tejsatorna kontrasztanyag feltöltése után végzett mammográfia) vagy a duktoszkópia (tejsatorna tükrözés: a tejsatornában végzett endoszkópia) – ellenjavallt egészséges szoptató nőknél.

Az ultrahangot régóta kiterjedten alkalmazzák a nem laktáló emlő vizsgálatára a normális és patológias struktúrák elkülönítésére. A technika fejlődésével az ultrahangos készülékek felbontása jelentősen megnőtt, így alkalmassá váltak a finom részletek, akár a 0,5 mm átmérőjű kis csatornák vizsgálatára is. A Nyugat-Ausztráliai Egyetem kutatói, Dr. Ramsay és munkatársai 2005-ben publikálták azokat az eredményeiket, amelyeket szoptató anyák emlőjének ultrahangos vizsgálatai alapján nyertek. Az alábbi megállapítások nagyrészt ennek a kutatásnak a következtetésein alapulnak (Ramsay, 2005).

A csatornarendszer

Szemben a korábbi anatómiai leírásokkal, amelyek 15-20 lebenyről és kivezető nyílásról tesznek említést, az ultrahangos képalkotó módszerrel úgy találták, hogy átlagosan 9 (4-18) főcsatorna nyílik a bimbó hegyén (a két mell között nincs lényeges eltérés). Ez a szám összhangban van néhány nemrégiben készült tanulmány eredményével, ahol a felszínre nyíló csatornák számát átlagosan 5 és 9 közöttinek találták (Love, 2004; Going, 2004).

A tejsatornák átmérője átlagosan 2 mm, ugyanannyi, mint nem laktáló emlőkben. Ugyanakkor egy korábbi ultrahangos vizsgálat kimutatta, hogy a tejsatornák képesek átmenetileg kitágulni, hogy átengedjék a tejleadó reflexszel érkező hirtelen nagyobb tejmenyiséget (Ramsay, 2004).

A mellbimbó közelében a tejszatórnák felszínesen futnak, vékonyak és könnyen összenyomhatók. Ezek a tulajdonságaik érthetővé teszik azt a régi megfigyelést, miszerint egy egészen kicsi, de tartós nyomás képes elzáródást létrehozni a tejszatórnában (pl. ha az anya az ujjával eltartja az emlőt a csecsemő orrától). Vannak olyan anyák, akiknél a tejszatórnák közvetlenül az areola alatt futnak, és a tejleadó reflex idején, kitágult állapotukban 2-3 percre láthatókká válnak (azon a mellen, amelyik nincs a csecsemő szájában) mindaddig, amíg a tejfolyás le nem lassul, és a tejszatórnák vissza nem térnek eredeti állapotukba.

A tejszatórnák már a bimbóudvar alatt, a bimbóhoz nagyon közel elágaznak, és nem mutatják azokat a zsákszerű kiöblösödések, amiket minden anatómiai leírás „tejöblöknek” nevez. Az ágak a közvetlenül a bimbó alatt elhelyezkedő mirigyből erednek. Azokon a helyeken, ahol több ág egyesül, a csatorna vastagabb, és még a szélső részeken is elérheti azt a vastagságot, mint ami a bimbó közelében mérhető.

Korábban úgy gondolták, hogy a „tejöblök” a bimbóudvar alatt egyfajta tározóként szolgálnak, ahonnan a csecsemő könnyen ki tudja szopni a tejet. Ezért is tartották rendkívül fontosnak, hogy a csecsemő mellre tételekor a „tejöblök” is a csecsemő szájába kerüljenek, mert feltételezték, hogy így képes onnan „kipréselni” a tejet. Újabb kutatások azonban kimutatták, hogy a tejleadó reflex kiváltódása előtt a csecsemő csak minimális tejhez jut. Miután a tej kilövell az alveolusokból, a tejszatórnák átmenetileg kitágulnak. De ha a tejet nem ürítik ki a mellből, a tejszatórnák átmérője 2 percen belül visszatér a nyugalmi állapotba, miközben a tej visszafelé áramlik a mellben. (Ramsay, 2004) A tejszatórnák kis száma és átmérője, valamint alakja arra enged következtetni, hogy a funkciójuk elsősorban a tej szállítása, és nem a tárolása.

A tejszatórnák lefutása változatos és bonyolult. A tejszatórnák nem mindig sugárirányban rendeződnek, és a főcsatornák gyakran egymás alatt fekszenek. Már Cooper is leírta a tejszatórnák szabálytalan elrendeződését, és egy fa egymásba gabalyodó gyökérzetéhez hasonlította azokat. Ahhoz azonban, hogy az illusztrációkon megfelelően tudja ábrázolni, szétválasztotta, és sugárirányban elrendezte a csatornákat, és ez a kép mind a mai napig fennmaradt a leírásokban és ábrázolásokon.

Sem a csatornák számában, sem átmérőjében nincsen lényeges különbség egy nő két melle között – ami a két mell viszonylagos szimmetriájára utal – viszont a csatornák átlagos vastagsága nagy változatosságot mutat (1,0-4,4 mm) a különböző anyák között. A tejszatórnák átmérője semmilyen összefüggésben nincs a mellbimbó nagyságával vagy a bimbóudvar méretével, így az emlő külső megjelenéséből nem lehet következtetni a belső szerkezetére.

Az emlő szövetei

Az ultrahangos vizsgálatok során úgy találták, hogy a laktáló emlőben a mirigyszövet mennyisége átlagosan kétszerese a zsírszövetének. Százalékban kifejezve, a mirigyszövet az összes szövet átlagosan 63%-át, a zsírszövet pedig 37%-át adja. A nem laktáló emlőben mért 1:1 arányhoz képest ez a mirigyszövet kétszeres növekedését jelenti a laktáció időszakában. Ugyanakkor olyan anyáknál, ahol bőséges a zsírszövet mennyisége az emlőben, a laktáció idején is előfordul, hogy az összes szövet felét is kiteszi a zsírszövet.

A zsírszöveten belül a legnagyobb részt a bőralatti zsírszövet teszi ki, míg az intraglanduláris és a retromammális zsírszövet jóval kisebb részt képvisel. A bőralatti zsírszövet a bimbó tövével mini-mális, majd fokozatosan vastagodik a bimbótól távolodva, legnagyobb vastagságát nagyjából a bimbó alapjától 30 mm távolságban érve el. Az egyes nők jobb és bal melle között nincs szignifikáns eltérés az egyes szövetek arányát illetően, de a nők között a mirigyszövet és zsírszövet eloszlása nagy változatosságot mutat.

Az ultrahangos vizsgálatok fényt derítettek arra is, hogy a mirigyszövet jóval közelebb van a mellbimbóhoz, mint ahogyan azt korábban gondolták, és legnagyobb része (átlagosan 70%) a bimbó alapjától 30 mm távolságon belül helyezkedik el. Ugyanakkor az intraglanduláris zsírszövetnek mintegy a fele a bimbótól 3 cm sugarú körben található, a mirigyszövetbe ágyazottan.

Nem találtak összefüggést a mirigyszövet mennyisége, a csatornák száma vagy átlagos vastagsága és a tejtermelés között, de a mirigyszövet mennyisége és az emlő tejtárolási kapacitása között sem, ami összhangban van azzal a korábbi megállapítással, hogy a tejtermelést elsősorban a csecsemő étvágya szabályozza (*Dewey, 1986; Daly, 1993*).

Klinikai jelentőség

A laktáló emlő ultrahangos vizsgálatával nyert új ismeretek többféle klinikai jelentőséggel is bírnak (*Ramsay, 2005; Geddes, 2007*). Bár az ultrahangos képalkotás csak szemi-quantitatív, és bizonyos mértékig szubjektív, mégis információt szolgáltat a mirigyszövet mennyiségéről és arányáról olyan esetekben, amikor tejmirigy-elégtelenséget (hipoplázia) feltételezünk a nagyon alacsony tejtermelés hátterében.

A normális tejszatornarendszer ismerete segít abban, hogy felismerjük a rendellenességeket, mint amilyen a galaktokéle vagy egy elzáródott tejszatorna. Egy kézzel tapintható, és az ultrahang vizsgálat során láthatóan összenyomhatatlan tejszatorna elzáródást jelez, és nem tekinthető normálisnak a laktáló emlőben. Az ultrahangvizsgálat segíthet megtalálni az elzáródás szintjét is, ami a terápia szempontjából lehet fontos.

A mirigyszövet és zsírszövet egyenletes eloszlása az emlőn belül, sebészeti szempontból bír jelentőséggel, mivel azt jelzi, hogy mellkisebbítő műtét esetén lehetetlen kizárólag zsírszövetet eltávolítani, valamennyi mirigyszövet óhatatlanul áldozatul esik. Minden bizonnyal ennek a következménye az, hogy a mellkisebbítő műtéten átesett anyák csak ritkán tudják kizárólagosan szoptatni gyermeküket. A szoptatási nehézségekhez esetükben hozzájárulhat az is, hogy a tejszatornák száma kisebb, mint azt korábban gondolták, illetve, hogy a bimbó-bimbóudvar komplex áthelyezésének következtében sérül a beidegzés, ami gátolja a tejleadó reflexet. Mivel most már tudjuk, hogy a tejmirigyek legnagyobb része a bimbó alapjától 3 cm távolságon belül helyezkedik el, ennek a területnek az érintetlenül hagyása a műtét során, megőrizheti az anya tejtermelő képességét.

A „tejöblök” hiánya arra utal, hogy újra kell gondolnunk a szopás mechanizmusáról alkotott eddigi elképzeléseinket. Általában úgy tartják, hogy a csecsemő a tejet nyelvének perisztaltikus mozgásával „kifeji” az emlőből. Ezzel szemben újabb kutatások úgy találták, hogy a tej akkor folyik a csecsemő szájába, amikor leengedi a nyelvét, és vákuum keletkezik a szájüregben (*Geddes, 2008*). Vagyis úgy tűnik, hogy a vákuum bír a legnagyobb jelentőséggel a szopás mechanizmusában. Természetesen továbbra is rendkívül fontos, hogy a csecsemő megfelelő pozícióban kerüljön mellre, de a szopás mechanizmusának pontos megértése elengedhetetlen ahhoz, hogy diagnosztizáljuk és kezeljük a szopási rendellenességeket. Ezen felül a „tejöblök” hiánya még nagyobb hangsúlyt helyez arra, hogy a tejleadó reflex kritikus a sikeres szoptatás szempontjából, mert nélküle a csecsemő csak minimális tejhez jut.

Az új ismeretek az emlő anatómiájáról remélhetőleg hozzásegítenek ahhoz, hogy jobban megértsük azokat a nehézségeket, amikkel az anyák szembe találkoznak a szoptatás során, valamint hogy eredményesebben kezeljük ezeket.

Irodalomjegyzék

1. Cooper AP. Anatomy of the breast. London: Longman, Orme, Green, Browne and Longmans, 1840.
2. Daly SE, Owens RA, Hartmann PE.: The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. *Exp Physiol.* 1993 Mar;78(2):209-20.
<http://ep.physoc.org/content/78/2/209.long> (2011.10.30.)
3. Dewey KG, Lönnerdal B.: Infant self-regulation of breast milk intake. *Acta Paediatr Scand.* 1986 Nov;75(6):893-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3564971> (2011.10.30.)
4. Doucet S, Soussignan R, Sagot P, Schaal B.: An overlooked aspect of the human breast: Areolar glands in relation with breastfeeding pattern, neonatal weight gain, and the dynamics of lactation. *Early Hum Dev.* doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.07.020
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037837821100243X> (2011.10.30.)
5. Geddes DT.: Inside the lactating breast: the latest anatomy research. *J Midwifery Womens Health.* 2007 Nov-Dec;52(6):556-63.
http://www.breastbabyproducts.com/pdf/11_inside_lactating_breast.pdf (2011.10.30.)
6. Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE.: Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum Dev.* 2008 Jul;84(7):471-7.
<http://www.earlyhumandev.com/article/PIIS0378378207002538/abstract> (2011.10.30.)
7. Going JJ, Moffat DF.: Escaping from Flatland: clinical and biological aspects of human mammary duct anatomy in three dimensions. *J Pathol.* 2004 May;203(1):538-44.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/path.1556/abstract> (2011.10.30.)
8. Jamal N, Ng KH, McLean D, Looi LM, Moosa F.: Mammographic breast glandularity in Malaysian women: data derived from radiography. *AJR Am J Roentgenol.* 2004 Mar;182(3):713-7.
<http://www.ajronline.org/content/182/3/713.long> (2011.10.30.)
9. Krontiras H, Bland KI: Anatomy of the Breast, Axilla, and Thoracic Wall. In: Winchester DJ-Winchester DP (Editors): *Breast Cancer 2nd edition*, PMPH-USA (2005) pp. 15-30.
10. Lawrence RA, Lawrence RM: Anatomy of the human breast. In: *Breastfeeding – A Guide for the Medical Profession*. 7th edition, Elsevier-Mosby (2011) pp 40-61.
11. Love SM, Barsky SH.: Anatomy of the nipple and breast ducts revisited. *Cancer.* 2004 Nov 1;101(9):1947-57.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20559/full> (2011.10.30.)
12. Navarrete MA, Maier CM, Falzoni R, Quadros LG, Lima GR, Baracat EC, Nazário AC.: Assessment of the proliferative, apoptotic and cellular renovation indices of the human mammary epithelium during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle. *Breast Cancer Res.* 2005;7(3):R306-13.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1143573/pdf/bcr994.pdf> (2011.10.30.)
13. Pang WW, Hartmann PE.: Initiation of human lactation: secretory differentiation and secretory activation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia.* 2007 Dec;12(4):211-21.
14. Porter RH, Winberg J.: Unique salience of maternal breast odors for newborn infants. *Neurosci Biobehav Rev.* 1999;23(3):439-49.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976349800044X> (2011.10.30.)
15. Potten CS, Watson RJ, Williams GT, Tickle S, Roberts SA, Harris M, Howell A.: The effect of age and menstrual cycle upon proliferative activity of the normal human breast. *Br J Cancer.* 1988 Aug;58(2):163-70.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2246757/pdf/brjcancer00130-0050.pdf> (2011.10.30.)
16. Ramakrishnan R, Khan SA, Badve S.: Morphological changes in breast tissue with menstrual cycle. *Mod Pathol.* 2002 Dec;15(12):1348-56.
<http://www.nature.com/modpathol/journal/v15/n12/full/3880699a.html> (2011.10.30.)
17. Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE.: Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. *Pediatrics.* 2004 Feb;113(2):361-7.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/113/2/361.long> (2011.10.30.)

18. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE.: Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat.* 2005 Jun;206(6):525-34.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7580.2005.00417.x/full> (2011.10.30.)
19. Riordan J: Anatomy and Physiology of Lactation. In: Riordan J: Breastfeeding and Human Lactation. 3rd edition, Jones & Bartlett (2005) pp 67-95.
20. Szentágothai J: Emlő (mamma) In: *Functional Anatomy 3. javított kiadás, Medicina* (1977) pp 1677-1679.

Tesztkérdések

1. Hol NEM fejlődhet ki számfeletti emlő?
 - a) hónaljárok
 - b) felkar belső felszíne
 - c) has elülső felszíne
 - d) comb külső felszíne
2. Mi történik, ha az embrionális fejlődés során az emlőárok felemelkedése elmarad?
 - a) nem mindegyik csatorna nyílik a bimbó hegyén
 - b) tejmirigy-elégtelenség alakul ki
 - c) befelé forduló emlőbimbó alakul ki
 - d) a Montgomery mirigyek fejlődése zavart szenved
3. Mikor éri el az emlő a teljes kifejlődését?
 - a) a pubertáskor végére
 - b) a várandósság alatt
 - c) 25 éves korra
 - d) 35 éves korra
4. Mi az emlő pubertás alatti fejlődésének az elnevezése?
 - a) duktális fejlődés
 - b) alveoláris fejlődés
 - c) szekretoros differenciálódás
 - d) szekretoros aktiválódás
5. Kinek a munkássága határozza meg még ma is az emlő anatómiájáról alkotott elképzeléseinket?
 - a) Hartmann
 - b) Gray
 - c) Cooper
 - d) Ramsay

6. Melyik NEM igaz az alábbi állítások közül?
- a) Az emlő vérellátásában a legnagyobb szerepet az a. thoracica interna játssza.
 - b) Az emlő érző beidegzését elsősorban a negyedik, ötödik és hatodik bordaközi ideg ágai látják el.
 - c) Ha a negyedik bordaközi ideg alsó ága megsérül, a bimbó és bimbóudvar érzékelése elvész.
 - d) A legnagyobb tejcsontrák a bimbó közelében nagy tejöblökké szélesednek, majd a bimbó alapjánál ismét összeszűkülnek.
7. Az alábbi állítások közül melyik IGAZ a laktáló emlő anatómiájával kapcsolatban?
- a) A mellbimbó hegyén átlagosan 15-20 csatorna nyílik.
 - b) Az emlőben a mirigyszövet és a zsírszövet élesen elhatárolódik egymástól.
 - c) A tejcsontrák már a bimbóudvar alatt, a bimbóhoz nagyon közel elágaznak.
 - d) A tejcsontrák szabályosan, sugárirányban rendeződnek az emlőben.
8. Melyik NEM igaz a tejcsontrákra?
- a) a mellbimbó közelében felszínesen futnak, vékonyak és könnyen összenyomhatók
 - b) lefutásuk változatos és bonyolult
 - c) feladatuk a tej szállítása
 - d) a csatornák vastagságában nincs lényeges különbség az anyák között
9. A laktáló emlő mirigyszövetének...
- a) mennyisége átlagosan háromszor annyi, mint a zsírszövet mennyisége
 - b) legnagyobb része a bimbó alapjától 3 cm-en belül helyezkedik el
 - c) mennyisége alapvetően meghatározza a tejtermelési képességet
 - d) mennyisége összefügg a tejtárolási kapacitással
10. Mi az újabb anatómiai ismeretek klinikai jelentősége?
- 1. rendellenességek könnyebb felismerése
 - 2. emlőműtételnél a tejtermelő képesség jobb megőrzése
 - 3. szopás mechanizmusának újra-értékelése
 - 4. szoptatási nehézségek jobb megértése
- a) 1. és 3.
 - b) 2. és 4.
 - c) mindegyik
 - d) egyik sem

A tejszintézis molekuláris biológiája

Dr. Kun Judit Gabriella

AZ EMLŐMIRIGY MIKROSZKÓPOS SZERKEZETE

Az érett alveolusban a tejtermelő sejtek (további elnevezések: alveoláris sejtek, epitelsejtek, epiteliális sejtek, laktociták, szekretoros sejtek) egyetlen sejtréteget alkotnak, amelyek körülveszik az alveolus üregét. Az alveolusokat és a kis tejszatórnákat a kontraktilis, mioepiteliális sejtek hálózata veszi körül. Az alveolusok és tejszatórnák egy kötőszövetes stroma ágyazódnak be.

Bár kétségkívül az emlőmirigy epiteliális sejtjei felelősek az anyatej összetevőinek előállításáért és az alveolusok üregébe juttatásáért, a tejtermelés folyamatába más sejtípusok is bekapcsolódnak. A mioepiteliális sejtek a tejleadásért felelősek, a stromában pedig további sejtípusok – fibroblasztok, zsírsejtek, plazmasejtek – valamint véregek is jelen vannak. A laktáció során a véráramlás jelentősen megnő az emlőben, hogy a tejszintézishez szükséges nagy mennyiségű alapanyagot biztosítsa. A stroma sejtjei részt vesznek az emlőmirigy fejlődésében és a tej szekréciójában is. A fibroblasztok és zsírsejtek növekedési faktorok, mint például a hepatikus növekedési faktor és az IGF-1 forrásai, és valószínűleg ezek termelik a tej zsírszintéziséhez szükséges lipoprotein lipáz enzimet is (*Neville, 1998*). A laktáció során B limfociták költöznek be az emlőmirigybe, plazmasejtekké differenciálódnak, és letelepednek az intersticiális térben, ahol ellenanyagokat termelnek, amelyek végül bekerülnek a tejbe (*Roux, 1977*). Így az alveoláris epitéliumra úgy tekinthetünk, mint sokféle sejt és szövet aktivitásának koordinátorára, aminek eredménye az anyatej előállítása.

A tej bioszintézise az alveoláris epitél- (hám-) sejtekben történik. Az emlőmirigy epitéliuma összejtek és magasan differenciált szekretoros sejteket tartalmaz az alveolusokban. Az összejteket a növekedési hormon és az inzulin ösztökéli szekretoros aktivitásra; a prolaktin erősíti az inzulin hatását.

Az acinusok és a kis tejszatórnák sejtjei aktívan részt vesznek a tejtermelésben, amit a prolaktin serkent. A tejtermelő sejteknek kuboidális (kocka) alakjuk van, ami a tejszintézis kezdete előtt henger alakúvá változik, párhuzamosan a vízfelvételük megnövekedésével. A nyugvó sejtekben a sejtmag bazálisan helyezkedik el, de a tejszintézis megindulásakor a sejt csúcsához vándorol. Az aktívan szintetizáló sejtekben bőségesen található durva felszínű endoplazmás retikulum (dER) és Golgi készülék a sejtmag felett, amelyet számos mitokondrium vesz körül. Az apikális felszínen mikrobolyhok láthatók, a bazális membrán pedig jelentősen felgyűrődik (bazális csíkolat, bazális labirintus), hogy felületet biztosítson az intenzív anyagtranszportnak a véráramból a sejtbe. A citoplazmában zsírcseppek láthatók, amelyek a membránnál kidudorodnak. Fehérjék, laktóz, kalcium, foszfát és citrát csomagolódnak szekréciós vezikulumokba, majd exocitózissal az alveolus üregébe ürülnek. A hámsejtek bazális felszíne mentén mindig megtalálható a sejtek által termelt réteg, az alaphártya vagy alaplemez (lamina basalis), amely fehérjéket, glikoproteideket, proteoglikánokat és glikozamino-glikánokat tartalmaz. Az alaphártya a kapilláris endotéliumsejtek bazális pólusán is jelen van, ezért a vérrel érkező molekuláknak mindkét rétegen át kell hatolniuk ahhoz, hogy bejuszanak a tejtermelő sejtekbe, illetve az anyatejbe (*Lawrence, 2005*).

A TEJTERMELÉS SZABÁLYOZÁSA

A várandósság alatt a tejmirigyben nagy horderejű változások mennek végbe, amelyeknek eredménye egy olyan alveoláris hám, amely képes a tejspecifikus összetevők szintézisére (szekretoros differenciálódás). A szekretoros differenciálódásban nélkülözhetetlen szerepük van a várandósság alatt magasabb koncentrációban jelenlévő hormonoknak, mint amilyen a humán placentáris laktogén (HPL), ösztrogén, progeszteron, prolaktin, és a támogató metabolikus hormonok: inzulin, kortizol, pajzsmirigyhormonok, növekedési hormon (*Pang, 2007*).

A prolaktin, amely a tejtermelést serkentő legfőbb hormon, a terminusra a nem-terhes szint 10-20-szorosára emelkedik. A magas keringő prolaktin koncentráció ellenére a várandósság alatt nem indul be a bőséges tejtermelés. Ennek oka a gátló hormonok – elsősorban a progeszteron – jelenléte. A magas progeszteron-szint gátolja a prolaktin serkentő hatását a kazein mRNS átírásra. A magas ösztrogénszint gátolja a prolaktin bejutását a tejtermelő sejtekbe, és a késő terhességben a prolaktin receptorokat a HPL foglalja el (Lawrence, 2005).

Szüléskor, a placenta kiürülésével a gátló hormonok koncentrációja leesik, és a prolaktin – felszabadulva a gátlás alól – ki tudja fejteni tejtermelést serkentő hatását az alveoláris sejteken. A prolaktin elősegíti a kazein mRNS átírását és serkenti az α -laktalbumin szintézisét, ami a laktóz-szintetáz enzim esszenciális kofaktora. A prolaktin fokozza a lipoprotein lipáz aktivitását is. A prolaktin ezenkívül szabályozza a GLUT1, egy nem inzulinfüggő glukóz transzporter fehérje génexpresszióját is. A GLUT1 a fő glukóz transzporter a bazális membránban és a Golgi komplexben is (Anderson, 2007).

A szekretoros aktiválódás, aminek végeredménye a bőséges tejmennyiség megjelenése (tejbelövellés) tehát a placenta megszületésével és a progeszteron-szint drasztikus csökkenésével kezdődik. A progeszteron-szint leesése nélkül a szekretoros aktiválódás és a tejbelövellés nem következik be (Hurst, 2007). A tejtermelés egyik kulcs momentuma a laktóz szintézis megindulása.

A glukózból és UDP-galaktózból történő laktózzsintézis egyedülálló a laktocitákban. A reakciót a laktóz-szintetáz katalizálja, ami a β -1,4 galaktozil-transzferáz és az α -laktalbumin kombinációja a Golgi komplexben. Az α -laktalbumin mennyisége behatárolja a reakciót, ezért a várandósság alatti nagyon alacsony koncentrációja megelőzi, hogy a laktóz szintézis túl korán beinduljon.

A laktóz-szintetáz reakcióban a Michaelis konstans (K_m)* a glukóz vonatkozásában millimólos (mmol) nagyságrendű, ezért nagyon fontos, hogy az alveoláris sejtekben a glukóz koncentráció a szokásosnál magasabb legyen. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy ez valóban így is van: a laktáló alveoláris sejt egyik jellegzetessége, hogy citoplazmájában a glukóz koncentráció igen magas. A szekretoros aktiválódás időszakában a tej glukóz koncentrációja – amit a sejtek citoplazmájának glukóz koncentrációjával azonosnak tartanak – mintegy 4,5-szeresére nő (Allen, 1991). A glukóz szint megemelkedésében nélkülözhetetlen szerepe van a GLUT1 transzportfehérjének, amely elősegíti a glukóz bejutását a tejtermelő sejtbe (és a Golgi készülékbe is). A prolaktin a GLUT1 génexpressziójának fokozásával ezen a ponton is serkenti a laktózzsintézist, valamint a glukózból képződő többi tejalkotó szintézisét is. (1. ábra) Mivel a laktóz csak glukózból szintetizálódik, a teljes laktáció idején az anya glukóz felhasználása 30%-kal megnő.

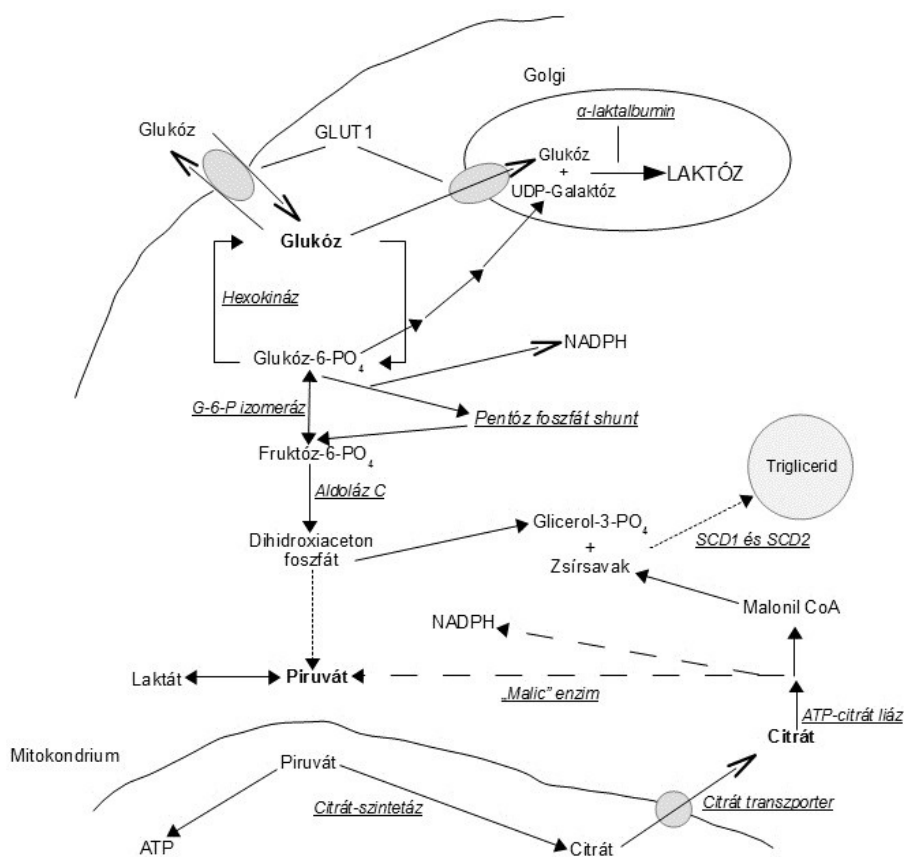
A sejtben a glukóz egy része galaktózzá alakul, majd mindkettő belép a Golgi komplexbe. Mivel a Golgi membránja nem engedi át a laktózt, a cukor ozmotikusan aktívvá válik, és vizet von a Golgi készülékbe, illetve a róla leváló vezikulumokba. A laktóz által bevont víz végül a tej részévé válik, ilyen módon a laktózzsintézis közvetlen összefüggésben van a tej mennyiségével (Anderson, 2007).

*Michaelis konstans: az a szubsztrátkoncentráció, amely mellett egy adott enzimmennyiség az általa elérhető max. reakciósebesség (időegység alatt átalakuló szubsztrát mennyisége) felét éri el.

A szekretoros aktiválódással együtt jár, hogy az alveoláris sejtek közötti, korábban tág rések összezáródnak, és a sejteket sejtkapcsoló struktúrák, ún. tight junction-ok kapcsolják össze. Az epitél réteg szoros összezáródása után a két sejt közötti résben már csak korlátozottan tudnak átjutni a különböző molekulák és sejtek. Ilyen módon az alveoláris sejtek rétege megakadályozza, hogy a különböző anyagok szabadon átáramolhassanak a vérből a tejbe (Nguyen, 2001; Neville, 1991). Az összezáródás megtörténte azonnal észlelhető a tej összetételének megváltozásában: a Na²⁺ és Cl⁻ koncentrációja lecsökken, a laktóz szint pedig megnő (Kulski, 1981; Neville, 1991). Ennek a határretegnek a tulajdonságai, valamint az epitelsejtek polarizált természete (azaz, hogy a bazális és apikális membrán funkciói drasztikusan különböznek egymástól, valamint a sejtalkotók szintén polarizáltan helyezkednek el) alapvető jelentőségű a tejszintézis módja és a tej összetétele szempontjából.

A szekretoros aktiválódás folyamatának beindulása nem függ a csecsemő szopásától, de a 3-4. posztpartum nap után a tejtermelés sebessége csökken, ha a tejet nem ürítik ki rendszeresen az emlőből.

1. ábra



A glukóz belépés és felhasználás szabályozása a laktáló emlő alveoláris sejteiben. A glukóz a *glukóz-transzporter (GLUT1)*, egy nem inzulinfüggő transzport fehérje útján lép be a sejtbe. A szabad glukóz szintén a GLUT 1-en keresztül lép be a Golgiba, ahol laktózzá egyesül az UDP-galaktózzal, ami szintén glukózból származik. Mivel a Golgi membrán nem átjárható a diszacharidok számára, a laktóz osmotikusan vizet von a Golgi komplexbe. A glukózt a *hexokináz* glukóz-6-foszfáttá alakítja. A glukóz-6-foszfátot a *G-6-P izomeráz* fruktóz-6-foszfáttá alakíthatja, amiből piruvát vagy glicerol-3-foszfát keletkezhet. A glukóz-6-foszfát beléphet a pentóz foszfát shuntbe is, ami a NADPH fő forrása a lipidszintézishez. A piruvát belép a mitokondriumba, ahol a képződő két fő termék az ATP, ami energiát szolgáltat a sejt szintézis folyamataihoz és a citrát. A citrátnek kétféle sorsa lehet: szubsztrátként szolgálhat a zsírsav szintézishez azáltal, hogy malonil CoA-vá alakul, vagy a malát shuntön át piruváttá alakulhat, ami további NADPH-t szolgáltat. A NADPH, a glicerol-3-foszfát és a piruvát mind hozzájárul a triglicerid szintézishez. Anderson SM et al.: *Key stages in mammary gland development. Secretory activation in the mammary gland: it's not just about milk protein synthesis!* Breast Cancer Res. 2007;9(1):204. c. cikke alapján.

A már megindult laktáció időszakában a tejtermelést helyi mechanizmusok szabályozzák (autokrin kontroll), és nem függ a vér prolaktin koncentrációjától (Cox, 1996). Amikor az alveolus tele van tejjel, és az epiteliális sejtréteg ellapul, az alveoláris sejtek nem veszik fel a prolaktint, így az nem tudja kifejteni tejtermelést serkentő hatását. Ilyenkor a legalacsonyabb a tejtermelés sebessége, amihez egy „feedback inhibitor of lactation” (FIL) nevű gátló fehérjének a tejben való felszaporodása is hozzájárul (Wilde, 1995; Cox, 1996). A laktáció során a tejtermelés sebességét a kiürítés mértéke határozza meg, és a tejtermelés folyamatosságának fenntartásában, valamint a tejmennyiség meghatározásában a legfontosabb tényező az emlő kiürítése (Daly, 1992; Daly, 1993; Daly, 1996; Cregan, 2002).

A tejtermelés autokrin szabályozásáról megismert alapelveket Cox és munkatársai az alábbi pontokban foglalták össze:

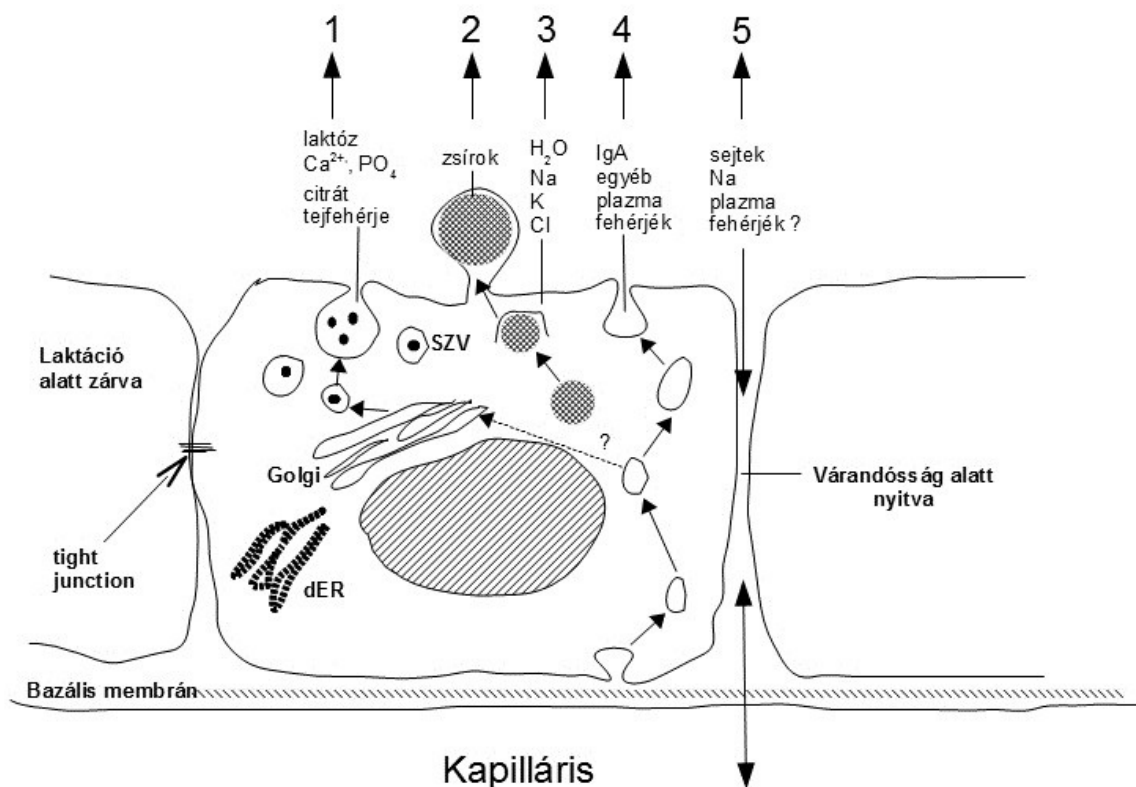
- Az anyai vér prolaktin koncentrációja nem befolyásolja a tejtermelést.
- A csecsemők szabályozzák a saját tejfogyasztásukat (az nem az elérhető tejmennyiségtől függ).
- A tejtermelés sebességének szabályozása az egyes emlőkön belül történik (egymástól függetlenül).
- A tejtermelés sebessége összefügg az emlő kiürítésének mértékével.
- Az emlő tejtárolási kapacitása a nők között nagy változatosságot mutat.
- Az emlő tejtárolási kapacitása meghatározza, hogy az anyának mekkora szabadsága van abban, hogy milyen gyakran szoptatja meg a gyermekét (kisebb tárolókapacitású anyáknak gyakrabban kell szoptatni).
- A tejtermelés szabályozása korlátozhatja a prolaktin kötődését és bejutását a sejtbe.
- A tej zsírtartalma egyre nő, ahogy az emlő ürül, így a tej zsírtartalma közvetlen összefüggésben van az emlő telítettségének mértékével (Cox, 1998).

A TEJSZINTÉZIS FOLYAMATA

A tejösszetevők alapanyagai a kapillárisok falán keresztül kilépnek a vérből a kapillárisok és az epitélisejtek közötti extracelluláris folyadékba. Innen az epiteliális sejtek a bazolaterális membránon keresztül veszik fel azokat. Miután bekerültek a sejtbe, a prekursor molekulák belépnek a megfelelő biokémiai folyamatba. Néhány előregyártott fehérje, mint például az immunglobulinok, érintetlenül utaznak keresztül a sejt testén.

Az alapanyagok felvételének, feldolgozásának és az összetevők szekréciójának öt különböző útvonalát különböztetik meg az alveoláris sejtekben. (2. ábra) Ezek közül négy a sejten keresztül vezet (transzcelluláris), az ötödik a paracelluláris út, a két sejt közötti teret használja ki: (Neville, 1998)

1. Tejfehérjék és laktóz exocitózisa a Golgi készülékből származó szekretoros vezikulumokban
2. Tejzsír szekréció zsírcseppek útján
3. Ionok és víz szekréciója az apikális membránon át
4. Immunglobulinok endocitózisa és exocitózisa
5. Paracelluláris útvonal plazma alkotóelemek és fehérvérsejtek számára



A tejjösszetevők szintézisének és szekréciójának útvonalai. 1-4. transzcéluláris útvonalak; 5. paracéluláris útvonal. dER= durva felszínű endoplazmás retikulum, SZV= szekréciós vezikulum. Neville MC, Walsh CT.: *Effects of xenobiotics on milk secretion and composition. Am J Clin Nutr.* 1995 Mar; 61(3 Suppl):687S-694S. cikkében megjelent ábra alapján.

1. Exocitózis

A tej vizes fázisának legtöbb komponense exocitózis útján (1. útvonal) szecernálódik. Az aminosavak több specifikus transzportrendszer segítségével jutnak be a bazális membránon keresztül a sejtbe. A sejt belsejében az aminosavak a dER riboszómáihoz szállítódnak, ahol kovalens kötések kialakításával hozzák létre a megfelelő fehérjét. A dER-ben szintetizálódó fehérjék egy része a tej alkotóeleme, más része membránhoz kötött fehérje – pl. membránhoz kötött enzimek, sej-sejt kapcsolatokban résztvevő fehérjék. A riboszómákon szintetizált fehérjék a dER lumenébe kerülnek, ahol a szignál szekvenciák lehasadnak, és a fehérjemolekulák vezikulumokba csomagolódnak. A vezikulumok a Golgi készülékbe szállítják a fehérjét, ahol szénhidrátok, foszfát vagy más csoportok hozzáadása történik, majd szekretoros vezikulumokba csomagolódnak.

A kazein micellumok formájában választódik ki, amiknek a kialakítása a Golgi készülékben kezdődik a kazein molekulák összesűrűsödésével, majd – valószínűleg a szekréciós vezikulumokban – kalcium adódik hozzájuk, aminek következtében az érett micellumok elegendően denzzé válnak ahhoz, hogy elektronmikroszkóppal láthatókká váljanak.

A tejfehérjék elsöprő többsége csak a tejben megtalálható, a természetben sehol máshol nem fordul elő. Az endoplazmatikus retikulumhoz nem kötött, szabad riboszómákon történik a sejtben maradó fehérjék – pl. strukturális fehérjék, enzimek és más sejtfehérjék – szintézise.

A fehérjék szintéziséén túl a tejtermelő sejt a Golgi készülékben laktózt is szintetizál (ld. fentebb). A laktóz ozmotikus aktivitása miatt a transz-Golgi és a szekretoros vezikulumok mikroszkóp alatt is láthatóan megduzzadnak, ami egyedülállóan jellemző az aktív tejtermelő sejtek kinézetére. A Golgi készülék rendkívül fontos a tejösszetevők szintézisében, minthogy részt vesz a tejfehérjékkel kapcsolatos műveletekben, a laktóz szintézisében és a víz ozmotikus bevonásában is.

A tej vizes fáziséának többi alkotóeleme közül a legtöbb – mint a citrát, nukleotidok, kalcium, foszfát, valamint valószínűleg a monovalens ionok és a glukóz is – szintén szekretoros vezikulumokban szállítódik. Ugyanakkor a szekretoros sejt apikális membránjában vannak monovalens ionok és glukóz szállítására alkalmas transzporter fehérjék is, illetve koncentráció különbségen alapuló közvetlen membrán transzport is előfordul az apikális membránon keresztül.

A szekretoros vezikulumok a sejt apikális felszínéhez vándorolnak, ahol membránjuk egyesül a plazmamembránnal, és tartalmuk az alveolus lumenébe ürül (exocitózis). A vizsgálatok szerint, az exocitózis folyamatos a szekréció megindulása után, azaz az epiteliális sejtben nem tárolódnak a szekrécióra szánt termékek.

2. Lipidek

A tej zsírtartalmának több mint 98%-a triglicerid. A trigliceridek az alevoláris sejtek sima felszínű endoplazmás retikulumában (sER) szintetizálódnak prekursor zsírsavakból és glicerolból. A prekursorok a bazolaterális membránon keresztül lépnek be a sejtbe, vagy de novo szintézis útján keletkeznek glukózból (1. ábra). A képződő trigliceridek kis cseppecskéket alkotnak, amelyek egyre növekvő lipid cseppekké állnak össze, ahogy az apikális membrán felé haladnak. A nagy lipidcseppek egyre jobban kidudorodnak az apikális membránon, míg végül kiszakadnak, és bekerülnek az alveolus lumenébe, magukkal ragadva a sejtmembrán egy részét, és alkalmanként némi citoplazmát is. Így jönnek létre a tejsír golyócskák (globulusok), amelyeket membrán vesz körül. (A sejt belsejében a lipidcseppeket nem veszi körül membrán, míg a tejben lévő globulusokat igen.)

A tejsír globulusokat körülvevő membránnak két funkciója van: egyrészt ez a foszfolipidek és a koleszterin elsődleges forrása a szoptatott csecsemő számára, másrészt megakadályozza, hogy a zsír összeálljon, ami nehezzé tenné a kiürítést. A vaj köpülésekor az ütések hatására a membrán leválik a zsírcseppekről, és lehetővé válik, hogy a zsírcseppek összeálljanak (Neville, 1998).

3. Transzport az apikális membránon keresztül

Az apikális útvonal funkciója még nem teljesen tisztázott, mivel a tej vizes fáziséának összetételét a Golgiban és a szekretoros vezikulumokban zajló folyamatok meghatározzák. Annyi biztos, hogy az apikális útvonal néhány kis molekulára korlátozódik (Neville, 1998). A nátrium, kálium, klorid, magnézium, kalcium, foszfát, szulfát és citrát mindkét irányban átmegy az alevoláris sejt membránján. A víz számára szintén mindkét irányban átjárható a membrán.

Az emberi tej különbözik más fajok tejétől abban, hogy magas benne a laktóz, és alacsony a monovalens ionok koncentrációja. Mivel a tej izozmotikus a palzmával, minél magasabb a laktóz koncentrációja, annál alacsonyabb az ionoké. Feltételezik, hogy a kálium és a nátrium intracelluláris koncentrációját aktív pumpák tartják magasan, illetve alacsonyan (Lawrence, 2005).

4. Intersticiális molekulák transzcitózisa

Az emlőmirigy epitéliumán intakt fehérjék képesek keresztüljutni vagy transzcitózissal vagy a paracelluláris útvonalon. A laktáció időszakában csak a transzcitózis járható út. Transzcitózissal kerülnek a tejbe például az immunglobulinok. Az immunglobulinokat – amely leginkább IgA – az intersticiális térben lévő plazmasejtek szintetizálják, de a test más részeiből is bekerülhetnek a tejbe.

A fehérjék az alveoláris sejt bazális felszínén lévő immunglobulin receptorhoz kötődnek, majd az egész IgA-receptor-komplex endocitózissal bekerül a sejtbe. Az endocitotikus vagy transzport vezikulum átszállítja a komplexet az apikális felszínhez. A transzport vezikulumok menet közben nem lépnek interakcióba sem a Golgi készülékkel, sem a szekretoros vezikulumokkal, sem a lipid-cseppekkel. Az apikális membránnál a transzport vezikulum membránja egyesül az apikális membrán belső felszínével, a receptor extracelluláris része lemetsződik, és az IgA-val együtt kiszabadul az alveolus lumenébe. A levágott receptor rész szekretoros komponens néven ismert, így a szecernált termék a szekretoros IgA (sIgA).

A plazmából származó sokféle fehérje, hormon és növekedési hormon hasonló módon jut be az anyatejbe (Neville, 1998).

5. A paracelluláris útvonal

A paracelluláris útvonal lehetővé teszi, hogy az anyagok az epiteliális sejtek között – és nem rajtuk keresztül – bejussanak az alveolus üregébe. A laktáció idején azonban ez az út még kis molekulák számára is átjárhatatlan, mivel a tömítésszerű tight junction-ok (zonula occludens) szorosan egymáshoz horgonyozzák az alveoláris sejteket. Ennek ellenére az immunsejtek úgy tűnik, át tudnak mászni (diapedesis) a sejtek között és eléri a tejet, de a sejtkapcsoló struktúrák szorosan összezáródnak mögöttük, így a sejtek között nem marad tartós rés.

Az anyatejben mintegy 4000 sejt található milliliterenként, amelyeket fehérvérsejteként azonosítottak. Legnagyobb számban a makrofágok fordulnak elő, amelyek lizozimet és laktoferrint szecernálnak, de rajtuk kívül limfociták, neutrofil leukociták és hámsejtek szintén jelen vannak. A limfociták IgA-t és interferont termelnek (Lawrence, 2005).

A várandósság alatt, masztitisz idején és az involúció után a tight junction-ok átteresztökké válnak, és az intersticiális tér összetevői akadálytalanul bejutnak a tejbe. Ugyanekkor a tej alkotórészei is bekerülhetnek a plazmába. Ezekben az időszakokban hasznos a nagyobb átteresztőképesség, mert a szekréciós termékek elhagyhatják a tejmirigyet, a gyulladós sejtek és védőfaktorok be tudnak jutni az alveolus üregébe, az elpusztult tejtermelő sejtek maradványai pedig ki tudnak tisztulni az emlőből. Amikor a paracelluláris útvonal szabadon átjárható, a tejben magassá válik a nátrium és a klorid koncentráció. A sósabb tejet a csecsemő elutasíthatja (Neville, 1998).

A TEJTERMELŐ SEJTEK SZINTETIKUS AKTIVITÁSA

Az egy alveoluson belüli sejtek szintetikus aktivitása szinkronban van egymással. Miközben néhány alveolusban a sejtek tele vannak lipidcseppekkel és szekretoros vezikulumokkal, más alveolusokban hiányoznak ezek a struktúrák a sejtekből.

A szekretoros aktivitás két fázisból áll:

- Intracelluláris szekretoros struktúrák – mint például lipidcseppek és szekretoros vezikulumok – létrejötte, miközben az alveoláris sejtek egyre jobban felpuffadnak és kifeszülnek. A sejtek magasak, hengeralakúak.
- A termékek kiürítése a lumenbe. A sejtek kocka alakúvá válnak, a lumen megtelik tejjel. A sejten belüli szintézis ezalatt csökken(het).

Ha emlőszövet tápfolyadékába radioaktív jelöléssel ellátott aminosavakat adunk, nyomon követhetjük sorsukat az alveoláris sejtekben:

- 3-15 percig a citoplazmában maradnak (ezalatt képzőnek az új fehérjék)
- 15-30 percen belül megjelennek a Golgiban (ekkor történik az új fehérjék csomagolása)
- 30-60 perccel később a lumenben vannak (a fehérjék szekrécióra kerültek)

Irodalomjegyzék

1. Allen JC, Keller RP, Archer P, Neville MC.: Studies in human lactation: milk composition and daily secretion rates of macronutrients in the first year of lactation. *Am J Clin Nutr.* 1991 Jul;54(1):69-80. <http://www.ajcn.org/content/54/1/69.full.pdf> (2011.10.31.)
2. Anderson SM, Rudolph MC, McManaman JL, Neville MC.: Key stages in mammary gland development. Secretory activation in the mammary gland: it's not just about milk protein synthesis! *Breast Cancer Res.* 2007;9(1):204. <http://breast-cancer-research.com/content/9/1/204> (2011.10.31.)
3. Cox DB, Owens RA, Hartmann PE.: Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. *Exp Physiol.* 1996 Nov;81(6):1007-20. <http://ep.physoc.org/content/81/6/1007.full.pdf> (2011.10.31.)
4. Cox, D.B., Owens, R.A., and Hartmann, P.E.: Studies on human lactation: the development of the computerized breast measurement system (1998). <http://mammary.nih.gov/reviews/lactation/Hartmann001/index.html> (2011.10.31.)
5. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE.: Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol.* 2002 Mar;87(2):207-14. <http://ep.physoc.org/content/87/2/207.full.pdf> (2011.10.31.)
6. Daly SE, Kent JC, Huynh DQ, Owens RA, Alexander BF, Ng KC, Hartmann PE.: The determination of short-term breast volume changes and the rate of synthesis of human milk using computerized breast measurement. *Exp Physiol.* 1992 Jan;77(1):79-87. <http://ep.physoc.org/content/77/1/79.long> (2011.10.31.)
7. Daly SE, Owens RA, Hartmann PE.: The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. *Exp Physiol.* 1993 Mar;78(2):209-20. <http://ep.physoc.org/content/78/2/209.long> (2011.10.31.)
8. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE.: Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Exp Physiol.* 1996 Sep;81(5):861-75. <http://ep.physoc.org/content/81/5/861.full.pdf> (2011.10.31.)
9. Hurst NM.: Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *J Midwifery Womens Health.* 2007 Nov-Dec;52(6):588-94. http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/obstetrics_gynecology/media/Recognizing_and_treating_milk_supply_issues_JMWH_2007.pdf (2011.10.31.)
10. Kulski JK, Hartmann PE.: Changes in human milk composition during the initiation of lactation. *Aust J Exp Biol Med Sci.* 1981 Feb;59(1):101-14.
11. Lawrence RA, Lawrence RM: Physiology of lactation. In: *Breastfeeding – A Guide for the Medical Profession.* 7th edition, Elsevier-Mosby (2011) pp 62-97.
12. Neville MC, Allen JC, Archer PC, Casey CE, Seacat J, Keller RP, Lutes V, Rasbach J, Neifert M.: Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. *Am J Clin Nutr.* 1991 Jul;54(1):81-92. <http://www.ajcn.org/content/54/1/81.full.pdf> (2011.10.31.)
13. Neville MC: Milk secretion: an overview. 1998 <http://mammary.nih.gov/reviews/lactation/Neville001/index.html> (2011.10.31.)
14. Nguyen DA, Parlow AF, Neville MC.: Hormonal regulation of tight junction closure in the mouse mammary epithelium during the transition from pregnancy to lactation. *Journal of Endocrinology* (2001) 170, 347–356 <http://joe.endocrinology-journals.org/content/170/2/347.full.pdf> (2011.10.31.)
15. Pang WW, Hartmann PE.: Initiation of human lactation: secretory differentiation and secretory activation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* (2007) 12:211–221
16. Roux ME, McWilliams M, Phillips-Quagliata JM, Weisz-Carrington P, Lamm ME.: Origin of IgA-secreting plasma cells in the mammary gland. *J Exp Med.* 1977 Nov 1;146(5):1311-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2180976/pdf/je14651311.pdf> (2011.10.31.)
17. Wilde CJ, Addey CV, Boddy LM, Peaker M.: Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk. *Biochem J.* 1995 Jan 1;305 (Pt 1):51-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1136428/pdf/biochemj00072-0059.pdf> (2011.10.31.)

Tesztkérdések

1. Milyen elnevezései vannak a tejtermelő sejteknek?
 1. laktocita
 2. epitel sejt
 3. mioepiteliális sejt
 4. alveoláris sejt
 5. szekretoros sejt
 - a) 1; 2; 4; 5.
 - b) 1; 2; 3.
 - c) 1. és 5.
 - d) mindegyik
2. Az alábbi állítások közül melyik NEM igaz?
 - a) A tejtermelés folyamatában nem csak a tejtermelő sejtek vesznek részt.
 - b) Az emlőmirigybe immunkompetens sejtek vándorolnak be.
 - c) A tejleadó reflexért a fibroblasztok a felelősek.
 - d) A zsírszövetek növekedési faktorokat termelnek.
3. Mit jelent a szekretoros differenciálódás?
 - a) a tejtermelés megindulása prolaktin hatására
 - b) a tejtermelés megindulása inzulin hatására
 - c) tejspecifikus összetevők előállítására képes alveoláris hám létrejötte
 - d) a progeszteron gátló hatásának megszűnése a placenta megszületésekor
4. A várandósság alatt azért nem indul be a nagy mennyiségű tej termelése, mert...
 - a) a prolaktin-szint nem elég magas
 - b) az oxitocin szint nem elég magas
 - c) a laktociták még nem állnak készen a tejtermelésre
 - d) a placentáris hormonok gátolják a prolaktin tejtermelést serkentő hatását a szekretoros sejteken

5. Melyik NEM igaz az alábbi állítások közül?

A szekretoros aktiválódás...

- a) azoknak a folyamatoknak az összessége, amelynek eredményeképpen a szülés után megjelenik a bőséges tejtermelés.
- b) triggerere a placenta megszületése, és a gátló hormonok szintjének leesése.
- c) kulcsmomentuma a lipidszintézis megindulása.
- d) az α -laktalbumin koncentráció növekedésével jár.

6. Melyik IGAZ az alábbi állítások közül?

- a) A kialakult laktációban a tejtermelés sebességét az emlő kiürítésének mértéke határozza meg.
- b) A 24 óra alatt termelt tejmennyiség a vér prolaktin-szintjétől függ.
- c) A tejtermelés sebessége akkor a legnagyobb, amikor az emlő tele van tejjel.
- d) Amikor a laktociták magasak, kocka alakúak, kevésbé veszik fel a prolaktint.

7. Melyik szekréción útvonalon keresztül kerül a laktóz az anyatejbe?

- a) egyszerű diffúzióval
- b) a paracelluláris útvonalon
- c) transzcitózissal
- d) exocitózissal

8. Az alábbiak közül melyek azok az állapotok, amelyekben a szekretoros sejtek közötti szoros összeköttetések megnyílnak?

- 1. várandósság
- 2. tejbőlövellés
- 3. maszitisz
- 4. involúció

- a) 1; 2. 3.
- b) 1; 2; 4.
- c) 1; 3; 4.
- d) mindegyik

9. Melyik NEM igaz az alábbi állítások közül?

- a) Laktóz szintézis csak a tejtermelő sejtekben fordul elő.
- b) A laktociták glukóz koncentrációja az átlagosnál alacsonyabb.
- c) A laktózsintézis megindulása alapvető jelentőségű a nagy mennyiségű tej megjelenésében.
- d) A Golgi készüléknek kiemelt szerepe van a tejtermelésben.

10. Mi NEM jellemző a laktocitákra?

- a) A transz-Golgi és a szekretoros vezikulumok láthatóan duzzadtak bennük.
- b) Bőségesen található bennük durva felszínű endoplazmás retikulum.
- c) A dER körül csak kevés mitokondrium található.
- d) Apikális felszínükön mikrobolyhok láthatók.

AZ EGÉSZSÉGES CSECSEMŐ ÉS TERMÉSZETES SZÜKSÉGLETEI

Igény szerinti szoptatás

Schneiderné Diószegi Eszter

Mi az igény szerinti szoptatás?

Az igény szerinti szoptatás fogalma tulajdonképpen azt takarja, hogy **a szoptatások ideje és időtartama a kisbaba szükségleteihez igazodik**, nem valamiféle külső meghatározottsághoz. Vagyis **a kisbaba minden jelzésre mellre kerülhet**, függetlenül attól, hogy öt perce vagy öt órája szopott-e utoljára, és addig maradhat mellette, amíg ő szeretné. A gyermek minden szopásigényét a mellette élheti ki.

Az igény szerinti szoptatás mellett megkerülhetetlen másik fogalom a **kizárólagos szoptatásé**. Ez azt jelenti, hogy a csecsemő nem kap cumit, cumisüveget, más szopni valót a mellette kívül, nem adnak neki vizet, teát. Az első hat hónapban az igény szerinti és a kizárólagos szoptatás többnyire, de nem feltétlenül, együtt jár. Elképzelhető ugyanis, hogy a kisbaba valamiféle rendszerben, időre szopik, bár nem kap mellette cumit, cumisüveget, vizet, teát, vagyis a kizárólagosság érvényesül, de az igény szerintiség nem. A tejtermelés szabályozó mechanizmusai miatt, amikről majd a későbbiekben ejtenék szót, ez csak ritkán működik.

Az is előfordulhat, hogy egy édesanya nem képes kizárólagosan szoptatni gyermekét, valamilyen anatómiai vagy hormonális okból nem tud elegendő tejet termelni. De a pótlás módját úgy választja meg, hogy szonda vagy SNS (Szoptanít) segítségével a mellette pótol, és a babája minden jelzésére reagál, mellre teszi a csemétét. Ez esetben az igény szerintiség akkor is megvalósulhat, ha a kizárólagosság nem.

Az igény szerinti szoptatás ellentéte, amikor a kisbaba szopását különböző meghatározók szerint korlátozzák. Például csak bizonyos időközönként (akár két-, három-vagy négyóránként) kerülhet mellre, vagy arra instruálják az anyát, hogy egy bizonyos idő után (pl. 15 vagy 20 perc) vegye le a mellről az újszülöttet akkor is, ha ő még tovább szopna, vagy egy szoptatást szigorúan egy mellre korlátozzon. Mivel a kisbaba élettani szükségletei ennél többnyire gyakoribb és/vagy hosszabb szoptatásokat feltételeznek, a csecsemő két szoptatás között nyugós, elégedetlen lehet, ami egyéb beavatkozásokat igényel, például cumihasználatot, víz vagy tea adását. Ezzel a kizárólagosság is sérül, és az elégtelen tejtermelés mellett további szoptatási problémák is felmerülhetnek. Még ha úgy is hangzik el, hogy a csecsemő mellre kerül, amikor jelez, **ÉS** már eltelt két, három vagy négy óra, ez nem fedi az igény szerintiség fogalmát.

Nagyon gyakori, hogy a szoptatás rengeteg funkciója közül csak a táplálást, az éhség csillapítását emelik ki. Ebben az értelemben az igény szerinti szoptatást úgy tekintik, mint hogy a csecsemő mindig mellre kerül, amikor éhes. Vagyis az édesanyának mérlegelnie kellene, hogy mi miatt jelezhet a kisbaba, és csak az éhség az, ami indokolja a mellre tételt. Természetesen a gyakorlatban valójában nagyon nehéz lenne elválasztani egymástól a csecsemő éhség miatti jelzéseit azoktól a jelzésektől, amikor a szopásigénye más okból merül föl, és erre a különbségtételre nincs is igazán szükség. Ahogy a későbbiekben látni fogjuk, a szopás rengeteg szükséglet kielégítésére szolgál, nem csak az éhség csillapítására, és a mellre tétel valójában inkább az első választandó megoldás a felmerülő szükségletekre. Ráadásul már önmagában azt is nagyon nehéz lenne eldönteni, hogy mikor éhes tényleg a kisbaba, hiszen az anyatej nagyon könnyen emészthető és gyorsan kiürül a gyomorból.



Amikor az édesanya azon igyekszik, hogy csak akkor tegye mellre kisbabáját, amikor tényleg éhes, a kisbaba sokszor hasfájósnak minősül. Hiszen sokszor nyugösködik, amikor nem kerül mellre, és ilyenkor úgy tűnik, semmi nem segít rajta (mert a mellre tétellel nem próbálkoznak). Gyakori, hogy ha a csecsemő többször kerülhet mellre, akkor a korábbi „értelmetlen”, hasfájásnak gondolt sírások megszűnnek.

Sajnos az az általánosan elterjedt tévhit, hogy „az igazi anya” már nagyon korai életkortól értelmezni tudja a kisbabája sírását, és meg tudja állapítani, hogy mikor éhes a gyermeke. Sok

anyukának okoz állandó fejtörést és lelkiismeret-furdalást, hogy nem képes különbséget tenni a sírások között. Valójában a kisbaba jelzéseinek értelmezése hosszasan, a kapcsolat folyamán alakul, és a gyakorlatban nincs is szükség arra, hogy az anya hamar megkülönböztesse az éhséget az egyéb szükségletektől, hiszen egyrészt ezek nem is válnak el ilyen élesen a kezdetekben, másrészt a mellre tétel, a szoptatás sok különböző problémára nyújt megoldást, mint azt a későbbiekben is látni fogjuk.

Hogyan jelez a kisbaba?

Megkülönböztetünk **ún. korai és késői éhségjeleket**. Az elnevezés persze félrevezető, inkább a szopásigény jelzéséről van szó, nem feltétlenül csak az éhségéről.

Újszülött-korban a korai éhségjelek közé tartozik a cuppogás, tátogás, nyelv nyújtogatása, ajkak nyalogatása, fej forgatása, a kéz szájhoz vitele, az ujjak és az öklöcske szopogatása (Mohrbacher, 2010). Ilyenkor már érdemes reagálni a kisbaba jelzéseire és mellre tenni őt. Ha ez nem történik meg, akkor lehet, hogy az újszülött visszaalszik, és így az anya elmulaszt egy fontos alkalmat a kisbaba megszoportatására.

Az is előfordulhat, hogy ha nem érkezik válasz, akkor a kisbaba egyre felfokozottabb állapotba kerül, egyre nyugtalanabbá válik, végül már sírással jelzi a szükségletét. Vannak olyan kisbabák, akik ilyenkor már nehezen nyugtathatók meg, először le kell őket csillapítani ahhoz, hogy egyáltalán mellre lehessen tenni. Ráadásul a kisbaba a sírással sok energiát is veszthet, így nem biztos, hogy kellő hatékonysággal tud szopni. A sírás már késői éhségjel, és szigorúan véve nem tekinthető igény szerinti szoptatásnak az sem, ha a kisbaba csak akkor kerülhet mellre minden alkalommal, amikor már nagyon sír.

Persze temperamentumtól függően vannak csecsemők, akiknél több, és vannak, akiknél kevesebb idő telik el az első jelektől számítva addig, amíg a már sírással jeleznek.

Ha a kisbaba sokat lehet testközelben, sokkal hatékonyabban tudja jelezni a szükségleteit. Ez különösen nyugodtabb temperamentumú kisbabák esetén bír nagy jelentőséggel, akik esetleg könnyebben „beletörődnek” abba, ha nem érkezik gyors válasz a jelzéseikre.

Körülbelül három hónapos kortól a kisbaba elkezd fölfedezni a saját testét, elkezd építgetni a testképét. Ebben a korban már nem tekinthető egyértelműen a szopási igény jelzésének, ha a kisbaba az ujját, öklét szopogatja, hiszen a saját testét is ily módon fedezi föl. Azonban az intenzív ujjszopás, a nyugtalanság, keresgélés utalhat arra, hogy érdemes megkínálni a csecsemőt.

Még később a kisbaba jelzései egyre egyértelműbbekké válnak. Rángatja a mama ruháját, ölbe keredzkedik, nyugtalanul keresgél, így jelzi szopási igényét.

A totyogós korú kisgyerek szavakkal is jelezheti, hogy mit szeretne. Sok édesanya kialakít egy kívül állók számára semmitmondó megnevezést a szoptatás számára (pl. „tejcsi”, „ajszi”), így nem kell zavarba jönnie akkor sem, ha a kisgyerek nyilvános helyen kér szopizni.

Amikor igény szerinti szoptatásról beszélünk, akkor a legelső, amire gondolunk, az a kisbaba igénye. De természetesen az anya igényei is fontos szerepet játszhatnak, vagyis előfordulhat, hogy az anya azért teszi mellre csecsemőjét, mert például már kellemetlenül feszül a melle, vagy nagyobb gyermeknél, hogy egy pár perc nyugalmat nyerjen pl. egy telefonbeszélgetés befejezésére. Mivel a szoptatás egyben az anya és a kisbaba közötti kapcsolat, természetes, hogy mindkét fél szükségletei belejátszanak.

Szopási gyakoriságok az utódgondozási stratégia és az anyatej összetétele szempontjából

A csecsemő szopási mintázatát az emberre jellemző utódgondozási gyakorlat és az anyatej összetétele is meghatározza.

Az emlősök körében többféle utódgondozási minta lelhető fel (*Mohrbacher, 2010*).

Az **ún. fészeklakó** állatoknál, mint pl. a macska, a nyúl, a kutya, az utód egy biztonságos, védett vacokban található a kezdeti időszakban. Az anyaállat az utódokat a vacokban hagyja, nincs mellettük állandóan, hanem időről időre visszatér, és ilyenkor, csak bizonyos időközönként szoptat (pl. az oroszlán csak nyolc-, a nyúl huszonnégy óránként!). Az utódok az anyaállat távollétében nyugodtak, összebújva alszanak, és amikor az anya visszatér, akkor aktivizálódnak: felébrednek és az emlő felé törekednek.

Az **ún. követő állatoknál**, mint pl. a tehén, az elefánt, a lófélék, az utód a szülést követően nagyon hamar talpra áll és aktívan követi az anyaállatot. Az anya és az utód között folyamatos a kommunikáció, az anya eltűnése komoly stresszforrás az utód számára. A szoptatások nem szabott időközönként, hanem meglehetősen gyakorisággal történnek.

Az **ún. hordozott állatok**, mint pl. a kenguru, a majmok, a főemlősök, utódai születnek a legfejlettebbül. Megszületés után folyamatos testközeli igényelnek az alapvető életfolyamataik fenntartására. A testközeli megszakadása az egyik legerőteljesebb stresszforrás az utód számára. A szoptatás szinte folyamatosan (erszényesek) vagy nagyon nagy gyakorisággal zajlik.

Az ember ez utóbbi csoportba tartozik. **Az embercsecsemő egészséges testi és lelki fejlődésének alapja a nagy mennyiségű testkontaktus és a gyakori szoptatás.** A nyugati civilizációban felnövő kisbabák egyik tragédiája, hogy megpróbáljuk a gyerekeket a fészeklakó életformára szorítani (kötött időpontokban történő szoptatás, két szoptatás között a gyerek aludjon vagy legalábbis „legyen el” a kiságyában), miközben mi sem áll távolabb a csecsemő természetes szükségleteitől.

Az anyatej összetétele is megfelel az adott fajra jellemző gondozási mintázatnak.

A fészeklakó emlősök teje bír a legmagasabb fehérje- és zsírtartalommal (ez alól kivételt képeznek a hideg tengerekben élő, követő életmódot folytató emlősök, pl. a bálnák teje, ott azonban a hőveszteség ellensúlyozására van szükség a nagyon magas zsírtartalomra). Így a tej lassabban halad át a tápcsatornán, az utód hosszabb időközökben igényelheti a szoptatást.

A követő emlősök tejében alacsonyabb a zsír- és fehérjetartalom, mint a fészeklakó állatok tejében, de még mindig elég magas. Náluk a cél a mihamarabbi lábra állás, az izomtömeg gyors növelése, de lehetőség van a gyakori szoptatások kivitelezésére is, mivel az utód az anyaállat mellett van.

A hordozott állatok teje, és ezen belül az emberé bír a legalacsonyabb fehérje- és zsírtartalommal, de a legmagasabb cukortartalommal. 100 gr humán tej átlagos fehérjetartalma 1 g, zsírtartalma 3,8 g, laktóztartalma 7 g – persze a tej pontos összetétele szopásról szopásra, illetve a laktáció előrehaladtával is változik. (Összehasonlításképpen az egyik észak-amerikai nyúlfaj teje 100 grammonként 13,9 g zsírt, 24 g fehérjét és 1,7 g laktózt tartalmaz.) (Lawrence, 2011)

A humán tejben található magas laktóztartalom arra utal, hogy az embercsecsemőnél az elsődleges cél az agyfejlődés – a lábra állásra és önállósulásra bőven elég időt ad a hosszú gyermekkor.

Viszont az alacsony zsír- és fehérjetartalom szintén gyakori szoptatást tételez fel, hiszen a tej így gyorsan emészthető, hamar kiürül a gyomorból.

A szopási gyakoriság hatása a tejtermelőésre

Szülés után, ahogy a placenta eltávozik, a tejtermelés felszabadul a lepényi hormonok gátlása alól. 36-72 óra múlva bekövetkezik a tejbelövellés akkor is, ha a kisbaba nem kerül mellre. Az ún. prolaktin-receptor elmélet (Riordan, 2005) szerint azonban már ebben a korai szakaszban fontos a gyakori, igény szerinti szoptatás, mert a mellben ennek hatására tud megnövekedni a prolaktin-receptorok száma. Azaz minél gyakrabban kerül mellre a kisbaba a korai időszakban, annál érzékenyebben fog tudni reagálni a mell a keringő prolaktin mennyiségére, hiszen annál több receptor áll a rendelkezésre, hogy felvegye a prolaktint. Vagyis a tejtermelő képesség nem pusztán a keringő prolaktin mennyiségén múlik, hanem azon is, hogy a mell mennyire tud reagálni az elérhető prolaktinra. Ezen elmélet alapján a gyakori szoptatás az első napokban képes megalapozni a későbbi bőséges tejtermelést.

A tejtermelésért felelős hormon, a prolaktin-szintje már a várandósság alatt megemelkedik. Szülés után az alapszint a szoptató édesanyánál is lassan csökkenni kezd, bár a kiinduló, nemterhes, nemszoptató állapothoz képest valamennyire a szoptatás teljes időszaka alatt emelkedett marad.



Amikor a kisbaba szopni kezd, prolaktin szabadul föl magának a szopásnak a hatására. Ilyenkor a kiindulási prolaktin-szint akár a kétszeresére is nőhet, majd a szopás után lassan visszatér az eredeti szintre. A tejtermelés szempontjából ezek a kiugrások bírnak döntő hatással, nem az alapszint. Ha a kisbaba megfelelő gyakorisággal kerül mellre, akkor a prolaktinnak nincs ideje teljesen visszacsökkenni az alapszintre két szoptatás között (Lawrence, 2011). A prolaktin-szintje cirkadián ingadozást mutat: legmagasabb az éjszaka folyamán (Lawrence, 2011; Riordan, 2005).

Ha a kisbaba nem kerül mellre megfelelő gyakorisággal, az anya melle kellemetlenül túltelítődhet, feszülhet két szoptatás között. Sok édesanya a mellfeszülésnek ezt az érzését azonosítja azzal, hogy elegendő teje van. Valójában ilyenkor a feszülés, telítődés hatására egyrészt a tejtermelő sejtek nem képesek fölvenni a keringő prolaktint, másrészt egy olyan fehérjeszerű anyag (feedback inhibitor of lactation, FIL) kezd felszaporodni a tejben, ami gátolja a tejtermelést (Lawrence, 2011). A ritkább szoptatás tehát hosszú távon a tejmenyiség csökkenését okozza.

Mindezekből következik, hogy az igény szerinti kontra időre szoptatás nem egyszerűen egy választás két különböző megközelítési mód között. **A szoptatások korlátozása akár számban, akár időben gátolhatja a tejtermelés mechanizmusainak működését.** Ha a kisbaba igény szerint szophat, megfelelő mennyiségű visszajelzést tud adni a mellnek az igényelt tej mennyiségét illetően. Ha csak bizonyos időközönként kerül mellre, akkor nem biztos, hogy a tejtermelés követni tudja az igényeit. Az ún. növekedési ugrások idején ez különösen kritikus lehet.

A növekedési ugrás kifejezés olyan intenzív növekedési szakaszokat takar a kisbaba fejlődése során, amikor a csecsemő átmenetileg több tejet igényel (La Leche League, 2010). Ha igény szerint szophat, akkor ezekben a napokban különösen gyakran kéredzkedik mellre, így tudja föltornászni a tejmenyiséget a megfelelő szintre. Majd a növekedési ugrás lecsengésével a tejmenyiség is visszacsökken.

Ha a kisbaba csak meghatározott időpontokban szophat, a tejmenyiség ilyenkor nem tudja követni a szükségletet, hiszen nem éri több inger a mellel. A kisbaba elégedetlen lehet, a gyarapodás megtorpanhat. Növekedési ugrások jellemzően három- és hathetes, illetve három és hat hónapos korban szoktak előfordulni. Ez egyben magyarázat arra a gyakran tapasztalt jelenségre is, hogy az időre szoptató édesanyák általában ezeket az életkorokat szokták megjelölni, mint amikor „elkezdett apadni” a tejük.

Hogyan működik az igény szerinti szoptatás a gyakorlatban?

Szopási gyakoriságok és mintázatok

Igény szerinti szoptatás esetén természetesen éppen az igény szerintiség természetéből adódóan nagyon nehéz konkrét menetrendet, számokat mondani, hiszen minden kisbabának kicsit eltérő lehet az igénye temperamentumtól, élettani adottságoktól, testvérsorban elfoglalt helytől függően. Legfeljebb egy nagyon általános vezérfonal rajzolható föl.

Újszülött-korban az igény szerint és kizárólag szoptatott kisbabák általában minimum 8-12 alkalommal szopnak 24 óra alatt, de ennél jóval több szopás is előfordulhat. Természetközeli életmódot folytató népeknél (pl. a !Kung San népcsoport a Kalahári sivatagban, *Mohrbacher, 2010*), ahol a csecsemőket az anyák a meztelen felsőtestükön hordozzák, így a kisbabák korlátozás nélkül férnek hozzá a mellhez, akár 80-100 szoptatás is előfordulhat 24 óra alatt. Természetesen ezt az életformát nehéz lenne adaptálni a mi iparosodott nyugati világunkban, de a megfigyelés jól mutatja, hogy a kisbaba számára a szopások természetes száma valahol a spektrumnak ezen a végén van, és nem a napi 5-6 szopás irányában. Ha a kisbaba nagyon gyakran kéredzkedik mellre, nem „bír ki” több órát két szopás között, az a természetes viselkedés része, és jó gyarapodás, teli pelenkák esetén nem arra utal, hogy elégtelen a tejmenyiség vagy nem megfelelő a tej minősége.

A szopások nem egyenletesen oszlanak el a nap folyamán, nem mindig ugyanolyan időközönként történnek. A legtöbb kisbaba reggel-délelőtt nyugodtabb, többet alszik, kevesebbszer jelez, majd ahogy halad előre a nap, egyre kevesebb idő telik el két szoptatás között. Újszülötteknél gyakran tapasztalható egy olyan esti sírós, nyugós többórás periódus, amikor a kisbaba nagyon gyakran kér szopni, vagy akár le sem lehet igazán venni a mellről. Ezt az időszakot gyakran illetik a „kólíka” megnevezéssel, noha valójában nem feltétlenül arról van szó, hogy a kisbabának a hasa fájna, hanem inkább túlingerlődik, kimerül, és szopás közben tud megnyugodni.

Sok kisbaba kisebb csoportokba, „klaszterekbe” rendezi a napközbeni szopásokat is (*cluster feeding, La Leche League, 2010*). Ilyenkor a kisbaba az egyes ébrenléti periódusokban egymás után többször is szopik, majd az összesűrített, gyakori szopásokat egy nagyobb alvás követi, aztán újra előlről. A szopások természetesen nem korlátozódnak a nappali órákra, a csecsemők éjjel is ébrednek és szopni kérnek.



Az egyes **szopások hosszúsága nagyon eltérő lehet** újszülött-korban. Általában ilyenkor még a hosszabb szopások jellemzőek. A kisbaba számára még nem nagyon létezik más a világból anyán és anya melletén kívül, teljes valójában bele tud vonódni a szopásba. Akár az is normális lehet, ha egy-egy szopás kisebb megszakításokkal egy-másfél órán keresztül tart.

Amikorra a kisbaba eléri a három-négy hónapos kort, az idegrendszere hatalmas fejlődésen megy keresztül. Hatékonyabbá válik az ingerfeldolgozó képessége, ezáltal aktívabban képes kapcsolatot teremteni a környezetével. Elkezd fölfedezni a saját

testét és a világot maga körül.

E nagy változások következtében természetes, hogy a viselkedése, és így a szopási szokásai is változnak. **A szopási idő többnyire drasztikusan lerövidül**, akár néhány percre korlátozódik. A kisbaba figyelme erősen terelhetővé válik: ha szokatlan hangot hall, vagy valaki belép a szobába, elengedi a mellel és körülnéz.

Ezzel párhuzamosan **a szopások száma megnövekedhet**, a minimális mennyiség 10-12 alkalom szokott lenni 24 óra alatt. Vagyis nem állja meg a helyét az a feltételezés, hogy ahogy nő a kisbaba, úgy egyre ritkább szopásokra lenne szüksége – épp ellenkezőleg! A gyakoribb szopásokkal tudja ellensúlyozni a kisbaba a rövidülő szopási időket és a terelhető figyelmet.

Ebben a korban **megnő az éjszakai szopások jelentősége** is. Napközben a sok inger elvonhatja a kisbaba figyelmét, de éjszaka a csendben és sötétben csak a szopásra kell figyelnie.

Időre szoptatott, kevesebb testkontaktusban részesülő kisbabáknál előfordulhat, hogy ebben a korban is még hosszan szopnak. Ha a lehetőség csak korlátozott számban áll rendelkezésre, akkor igyekeznek kihasználni a szopási alkalmakat.

Ez a mintázat aztán nagyjából az egész első félévben megmarad. Egy ausztrál tanulmányban egy és hat hónapos kor közötti, kizárólag szoptatott kisbabák szopási gyakoriságát nézték. Az átlag a napi 11 szopás volt (a szopások száma 6 és 18 között változott), a gyakoriság nem csökkent a kisbaba korával (*id. Mohrbacher, 2010*). A hozzátáplálás megkezdésével sem feltétlenül csökken a szopások száma vagy gyakorisága az első időkben, sőt, az az ideális, ha a kisbaba továbbra is olyan gyakran szophat, mint korábban.

A mozgásfejlődés, helyváltoztatás beindulása a második félévben kihatással lehet a szopási viselkedésre is. Előfordulhat, hogy közvetlenül egy-egy új mozgásforma elsajátítása előtt a kisbaba különösen nyugós, gyakran kér szopni. Mint lentebb majd látni fogjuk, ilyenkor a szopás sok különböző funkciója közül a megnyugtató kerülhet előtérbe, illetve felfogható ez egyfajta „erőgyűjtésnek” is az új mérföldkő előtt.

Az újonnan birtokba vett mozgásforma többnyire lenyűgözi, elbűvöli a kisbabát. Megesik, hogy ilyenkor napközben fáradhatatlanul jön-megy, szinte „nem ér rá” szopni sem a környezet felfedezése közben. Megintcsak az éjszakai szopások adnak jó alkalmat arra, hogy a kisbaba hozzájusson a számára fontos tejmennyiséghez. Nem ritka, hogy ebben a korban a 24 óra alatt igényelt tejmennyiség túlnyomó részét éjjel veszik magukhoz a csecsemők.



A későbbiekben a fejlődés során általában inkább a külvilág felé fordulás, és inkább az anyához közeledős periódusok válthatják egymást. Az út persze afelé mutat, hogy a kisgyerek végül kinövi a szopási igényt, és elválasztja magát, ám ez többnyire nem lineárisan történik meg igény szerint szoptatott kisbabák esetében. Az anya felé fordulóbb időszakokban a kisbaba, kisgyerek többször kérhet szopni, ezzel is megerősítve az őt az anyához fűző szoros kötelékeket.

Lehetnek egyéb, speciális hatások is, amik a szopási gyakoriságot befolyásolják, ezek közül néhány, a teljesség igénye nélkül.

Igény szerint szoptatott kisbabának az első hat hónapban még nagy melegben sincs szüksége kiegészítő folyadékra, vízre, teára. Ilyenkor a kisbaba nagy gyakorisággal kéredzkedik mellre, és a gyakori, adott esetben rövidebb ideig tartó szopásokkal fedezni tudja a folyadékigényét.

A frontos, szeles, változékony időjárású napok a kisbabát is megviselhetik. Nyugtalanágának, rossz közérzetének enyhítésére szintén többször kérhet szopni.

Ha a család életében egy stresszesebb időszak következett be, akár csak pl. egy költözés kapcsán, a kisbaba megérezheti a feszültséget. Biztonságérzetét leginkább gyakori szopásokkal tudja helyreállítani. Nagyobb gyereknél is előfordulhat a gyakoribb szopás, ha a biztonságérzete valamiért meginog, pl. az anya munkába áll, kistestvér készülődik vagy akár az anya kimondatlanul az elválasztást fontolgatja.

De sokszor nem is kell különösebben nagy horderejű változás. Kis csecsemőnél sokszor elegendő egy nagyobb vendégjárás, felfordulás, hogy utána a kisbaba nyugtalan legyen, és sokszor kérjen szopni. Főleg, ha sokan vették őt kézbe, sok embernél járt. Ilyenkor a gyakori szopás háttérben fontos szerepet tölt be az anyatej immunológiai funkciója is. A kisbaba idegen baktériumflórákkal kerül érintkezésbe. Amikor utána fokozottan igényli az anyukája közelségét és a szopást, ezzel lehetővé teszi, hogy az édesanya szervezetébe is bekerüljenek ezek a baktériumok, és a tejben ellenanyagok jelenjenek meg ellenük, amik segítik a kisbaba védelmét.

Milyen funkciókat hordoz az anyatej, a szoptatás?

A fentiekben is történt már említés arról, hogy az anyatej nem csak a kisbaba táplálását szolgálja. A tejben számos olyan összetevő van, amely nem közvetlenül a táplálásért, hanem a kisbaba pszichés és fiziológiai jóllétéért felelős (pl. Lawrence, 2011). Ezek a hatások egymástól elválaszthatatlanok és egyformán fontosak.

A saját anya teje, sőt, akár annak illata is fájdalomcsillapító hatással bír csecsemőkben kellemetlen beavatkozások esetén (Blass, 1997; Gray, 2002; Nishitani, 2008).

Az anyatejben deltaalvás-indukáló peptid-szerű anyagok találhatóak (Graf, 1984), amelyek segíthetik a kisbabát az elalvásban. Az anyatej triptofántartalmának cirkadián változásai segítik az érett alvás-ébrenlét ciklus kialakulását a csecsemőkben (Cubero, 2005).

Az anyatej maga is tartalmaz prolaktint. A prolaktin a tejtermelés szabályozásán kívül ellazító, megnyugtató hatással is bír (Lawrence, 2011).

Mindazonáltal **az anyatej kedvező élettani és pszichés hatásai elválaszthatatlanok magának a szoptatási helyzetnek a hatásaitól.** A La Leche Liga alapkönyvében, A szoptatás női művészetében (*The Womanly Art of Breastfeeding, La Leche League, 2010*) olvasható az alábbi elgondolkodtató föltevés: „Mit tennél, ha választanod kellene? Az egyik lehetőség, hogy cumisüvegből eteted a babádat szigorúan meghatározott időközönként, kevés testkontaktus mellett, de az üvegben a saját anyatejed van. A másik, hogy az ő jelzéseire reagálva szoptatod a babádat, de a melledből tápszer jön.”

Sok édesanya vagy akár szakember az első lehetőséget választaná. Az anyatejes táplálás előnyeiről rengeteg tudományos kutatás áll rendelkezésre, miközben magának a szoptatásnak a hatásairól jóval kevesebb. A „végtermék”, az anyatej jelentősége került előtérbe a „folyamat”, a szoptatás helyett. Epstein-Gilboa (2009) könyvében remekül leírja, hogy ebben a hangsúlyeltolódásban hogyan játszott szerepet a cumisüveg-, tápszer- és mellszívógyártók erőteljes marketingje, akinek érdekük volt, hogy magának a szoptatásnak a fontossága elsikkadjon.

A szoptatás semmiképpen nem egyenlő az anyatejes táplálással! Ahogy fentebb is többször említettem, a szoptatás jóval több a kisbaba etetésénél, a megfelelő tápanyagokkal való ellátásánál. Tulajdonképpen **sokkal inkább tekinthető egy babagondozási módszernek, ami leginkább az igény szerinti szoptatáson keresztül tud megvalósulni.**

Maga a szoptatási helyzet, a szopómozgás és a bőr-kontaktus egyidejű megléte mellett számos pozitív hatást fejt ki a csecsemőre. A szoptatás maga is bír fájdalomcsillapító hatással, segít ellazulni, megnyugodni a kisbabának. Segíti az állapotregulációt. Ezeket a hatásokat a szopás következtében felszabaduló kolecisztokinin és endogén opiátok mediálják (Blass, 1996).

A szoptatás megkönnyíti a kisbaba, kisgyerek elaltatását, amikor még az önálló elalvásra való képesség nem alakult ki (Sears, 2005). A ritmusos szopómozgás és a testközel elősegíti az elalváshoz elengedhetetlen befelé fordulást, ellazulást, illetve az éberségi szintek, állapotok közötti átmenetet.



A testközelség hatására felszabaduló centrális oxitocin nagy szerepet játszik a kötődés kialakításában, és szintén ellazító, megnyugtató hatást fejt ki a kisbabára és a mamára egyaránt (Uvnas-Moberg, 1998; Prime, 2007).

A szoptatás ezen hatásai nemcsak csecsemőkorra jellemzőek, hanem a szoptatás teljes időtartama alatt tapasztalhatók (Epstein-Gilboa, 2009). Ahogy nő a kisgyerek és fokozatosan áttér a családi étkezésekre, úgy kerülnek egyre inkább előtérbe a szoptatás tápláláson túlmutató funkciói.

Ha azt tartjuk szem előtt, hogy **a szoptatás tulajdonképpen maga a kapcsolat anya és kisbabája között**, akkor beláthatjuk, hogy mennyire abszurd lenne ezt időhöz kötött korlátok közé szorítani.

Az időhöz kötött etetés ideája a cumisüveges, mesterséges táplálás elterjedéséhez köthető, és innen szívárgott vissza a szoptatásba (Mohrbacher, 2010). A nyugati civilizációban élő anyák sokszor megpróbálják a mesterséges táplálás normáit alkalmazni a szoptatásra, főképp mert ez összhangban van az uralkodó kulturális értékekkel (pl. kiszámíthatóság, kontroll, a minél korábbi önállóság mindenek fölé helyezése). Ráadásul a XX. századi, „tudományos igényű” gyermeknevelés a szabályozás igényével lépett fel, és leginkább azokat a dolgokat tudta kezelni, amik mérhetőek. Sajnos ez a hozzáállás még ma is sokszor tapasztalható a tudományos életben, a szoptatással kapcsolatos kutatások megtervezésénél, de szerencsére növekvő tudásunk és a kifinomultabb módszerek mára egyre inkább lehetővé teszik a korábban figyelmen kívül hagyott tényezők vizsgálatát is – mint például az oxitocin hatása.

A kizárólagosság jelentősége: miért fontos, hogy a kisbaba a mellen nyugodhasson meg?

A fentiekén túl egy további mechanizmus megléte gondoskodik alapesetben arról, hogy a kisbaba minél többször kéredzkedjen mellre, ez pedig a **humán orális imprinting** (Mobbs, 2007). Miközben általánosan elfogadott, hogy a kisbabák előnyben részesíthetik például az egyik fajta cumit a másikkal szemben, a mögöttes jelenség, az orális imprinting megléte és ennek a szoptatásra gyakorolt hatása nem igazán kap teret a gyermekgyógyászati szakirodalomban (Lawrence, 2011).

Az orális imprinting veleszületett folyamat, melynek alapja az orális taktilis ingerlés. A száj a csecsemő legérzékenyebb, központi szerve. Már az újszülött is képes a szájával a különböző alakú és textúrájú tárgyak között különbséget tenni. Ez a képesség segíti az újszülöttet abban, hogy az édesanyja mellét felismerje és arra imprintálódjon. **Az anyamell az orális imprinting genetikailag meghatározott tárgya. Ha a „legjobb” tárgy nem áll rendelkezésre, akkor a kisbaba a hozzá leginkább hasonlót fogja választani.**

Nem egyszerűen a kisbaba nagyfokú szopási igényéről van szó, hiszen akkor bármit egyforma szívesen szopna, ami a szájába kerül.

Az orális imprinting nem a táplálékfelvétellel függ össze, hiszen a nyugtatócumiból vagy ujjszopás esetén a saját ujjából nem jut táplálékhoz a kisbaba, mégis ezt preferálhatja.

Az imprintinget nem pusztán az ízérzékelés vagy a szaglás irányítja, hiszen ujjszopós babáknál látható, hogy valamelyik konkrét ujjukat preferálják, noha valószínűtlen, hogy a többi ujjnak eltérő szaga vagy íze lenne.

Az imprinting viselkedés jellemzői az imprinting tárgyának felismerése, kiválasztása, a közelség biztosítása, hiányában nagyfokú stressz. Az orális imprinting megszilárdulását a szopás közbeni megnyugvás váltja ki, így a **komfortszopásnak** nagy szerepe van a létrejöttében. A kisbaba érzelmileg ragaszkodni fog az imprinting tárgyához. Alapesetben a kisbaba az anya melléhez tud imprintálódni, így a gondoskodás, a táplálék és a megnyugvás forrása mint az imprinting tárgya, egységet képez. Ha a közelség nincs biztosítva, a kisbaba a „második legjobb” dolgot fogja választani, ami lehet cumi, cumisüveg, a kisbaba ujjja. Olyan kultúrákban, ahol a kisbaba szabadon hozzáfér a mellhez, ismeretlen dolog az ujjszopás, cumi, viszont ember által felnevelt emlősállatoknál tapasztaltak ilyen (ujjszopás, szopis rongy, üres cucli...).

Vagyis **sem a cumizás, sem az ujjszopás nem élettani jelenség!** Nem a kettő közül kell valamelyiket választani. Ha a kisbaba minden szopásigényét a mellén élheti ki, lehetősége van a komfortszopásra is, akkor a mellhez tud imprintálódni, nem igényel más tárgyat.

Mivel érzelmi ragaszkodás alakul ki az imprinting tárgya iránt, a cumit sem könnyebb elvenni a kisbabától, mint az ujját, ha azt szopja. Ilyenkor fel kell kínálni valami mást, a megnyugvás egyéb forrását kell biztosítanunk, hiszen valami fontostól fosztjuk meg a kisbabát, kisgyereket.

Az imprinting érzelmi alapja okozhatja, hogy ez akár a táplálékfelvétellel is konfliktusba kerülhet. Előfordulhat, hogy a cumizó vagy intenzíven ujjszopó kisbaba nem kerül elégszer mellre, nem jut elég táplálékhoz, és mégis elégedettnek tűnik, hiszen az imprinting tárgyával a közelség biztosítva van. Ennek élettani alapját a komfortszopás közben felszabaduló, jóllakottságért és elégedettségért felelős hormonok képezik. Ezáltal a cumihasználat vagy az ujjszopás alááshatja a szoptatás sikerességét, mind a kizárólagos szoptatás, mind a szoptatás teljes időtartama megrövidülhet (Lawrence, 2011).

Bizonyos helyzetek könnyebben megakadályozhatják, hogy a szoptatott csecsemő az anya melléhez tudjon imprintálódni.

A cumit, cumisüveg markánsabb, erőteljesebb inger a szájban, mint az anyamell, könnyebben imprintálódik, aminek következtében a kisbaba egyrészt ezt az érzetet fogja keresni, másrészt rögzül a helytelen szopási technika.

Az időre szoptatás, a szoptatás „etetésként” való tekintése esetén nincs a kisbabának lehetősége a megfelelő mennyiségű komfortszopásra, a megnyugvás nem a mellhez kapcsolódik. Ide kapcsolódik az is, ha az anya megszakítja a szoptatásokat, amikor a kisbaba már „csak cumizik” a mellén.

Ha az anya érzelmileg vagy fizikailag nem elérhető, a megnyugvás nem tud hozzá kapcsolódni, mert nem tud figyelni a kisbaba ilyen szükségleteire.

Ha az anya túl gyors ütemet diktál az elválasztásban, ami a kisgyerek számára az adott korban nem megfelelő, akkor a mellén való megnyugvás is túl gyors ütemben csökkenhet. Ilyenkor későbbi életkorban is beléphet valami helyettesítő a kisbaba életébe akár cumi, akár ujjszopás formájában.

Előfordulhat, hogy az anya szándéka az, hogy igény szerint szoptatja a kisbabáját, ám a komfortszopás mégis nehézségekbe ütközik, és a kisbaba az ujját fogja választani megnyugvás céljából. Ilyen helyzet adódhat, ha pl. túl sok az anya teje és/vagy túl erős a tejleadó reflexe, vagy ha a szopás valamiért kellemetlen a babának (pl. refluxos kisbaba esetén, vagy ha a csecsemő érzékeny valamire az anya étrendjében). Ezen esetekben a kiváltó ok megkeresése és megszüntetése segíthet abban, hogy a kisbaba a mellhez tudjon imprintálódni.

Az imprinting jelensége nyilvánulhat meg olyan esetekben is, amikor a kisbaba az anya valamelyik mellét preferálja vagy akár elutasítja az egyik mellett – különösen ha a két mell, mellbimbó eltérő méretű, alakú. Ez azonban nem akadály a igény szerinti és kizárólagos szoptatásnak: egy mell is teljesen el tud látni egy kisbabát.

Tévhit az igény szerinti szoptatással kapcsolatban

Számos hiedelem és tévhit kering a köztudatban az igény szerinti szoptatással kapcsolatban, amik alkalmasak arra, hogy a kezdő édesanyákat elbizonytalanítsák és megijesszék, és ezzel a szoptatást aláássák. Ahogy fentebb is volt róla szó, ezen tévhitnek nagy része valójában az uralkodó kulturális normában gyökerezik, a tudomány köntösében olyan dolgot szeretne morális alapokra helyezni, ami valójában biológiai, élettani meghatározottságú.

Az alábbiakban a teljesség igénye nélkül néhány ilyen tévhitet szeretnék áttekinteni, górcső alá venni.

Nagyon gyakran figyelmeztetik az édesanyákat arra, hogy ha az igény szerinti szoptatást választják (noha ez már eleve nem egy egyszerű választás eredménye kellene, hogy legyen, de ez a sugallat), akkor az életük könnyen káoszba fordul, kiszámíthatatlanná válik. Valójában amikor egy családba kisbaba érkezik, akkor az élet a táplálási módtól függetlenül gyökeresen felfordul, és időbe telik, mire minden a helyére kerül, még hozzá egy teljesen új rendszerbe.



Ennek a tévhitnek az egyik alapja, hogy a mindennapok rendjét mindig szigorúan a kezünkben kell tartanunk, holott egy kisbaba, kisgyerek mellett az első, amit megtapasztalhat az újdonsült szülőpár, hogy mindig adódhatnak váratlan helyzetek, nem lehet mindent kontrollálni. Az igény szerinti szoptatás lehetővé teszi, hogy az édesanya ráhangolódjon a kisbabájára, ami az egyik legfontosabb feladat a korai időszakban. Az időhöz kötött szoptatás a kisbabát vérmérséklettől, személyiségtől függetlenül igyekszik egy skatulyába gyömöszölni, ami egyáltalán nem biztos, hogy megfelelő a számára, és akadályozhatja, hogy a szülők megismerjék kisbabájuk valódi szükségleteit, illetve hogy a gondozásuk milyenségét a növekvő kisbaba szükségleteihez tudják igazítani. Az igény szerinti szoptató édesanyák előbb-utóbb többnyire fölismernek egy mintázatot, azt a ritmust, ami szerint a kisbaba „működik”. Mikor vannak nyugodtabb időszakai, mikor igényel több testközelt, több szoptatást, mi az, ami különösen felzaklatja a kisbabát. Persze ez egy rugalmas ritmus, ami változhat a kisbaba aktuális állapota,

életkora függvényében – lehetnek neki is jobb és rosszabb napjai.

A másik fontos tényező, hogy minek tekintjük magát a szoptatást. Olyasvalaminek, amire nagyon rá kell készülni minden egyes alkalommal, vagy olyannak, ami az élet természetes része, és a napok menetébe szervülve működik? Egy felnőtt sem gondolja, hogy káosz az élete, mert nem mindig ugyanakkor eszik, mert jön-megy, és közben fölhajt egy pohár vizet, mert tevékenykedés közben beszélget a párjával, mert melléérve olykor végigsimít a másikon, és ezek egyáltalán nem időhöz kötve működnek, mégsem zavaró a „kiszámíthatatlanságuk”. **Ha a szoptatást is a babával való kapcsolat egy formájának tekintjük, ami táplálkozás, ivás, de egyben megnyugtatás, „beszélgetés”, elaltatás stb. is, akkor sokkal könnyebb elfogadni, és az élet részeként tekinteni rá.** Persze nem egyszerű mindezt megélni, nem kis részben azért, mert a mai édesanyák többnyire úgy nőnek föl, hogy nem láttak szoptatott, pláne igény szerint szoptatott kisbabát, vagyis nemcsak általában a szoptatás menetéről nincs belső tudásuk, de arról sem, hogy mi várható egy kisbabától, és hogyan lehet a kisbaba szükségleteinek kielégítését a mindennapok menetébe integrálni.

Ehhez kapcsolódik, az a hiedelem, hogy az anya nem fog tudni semmit megcsinálni a háztartásban, nem fognak tudni elmenni sehová, mert a kisbaba bárhol és bármikor „megéhezhet”, és azt „szokta meg”, hogy mindig kaphat szopni, ha akar.

Ebben a vélekedésben a XX. század első felének népszerű, Amerikából indult pszichológiai irányzatának, a behaviorizmusnak a hatása tükröződik, melynek egyik legjelesebb képviselője John Watson volt (*Mohrbacher, 2010*). A behavioristák abban hittek, hogy a személyiséget gyakorlatilag figyelmen kívül lehet hagyni, és a viselkedés a megerősítések és büntetések függvényében szinte a végtelenségig alakítható, formálható. Vagyis ha a kisbaba jelzéseit csak bizonyos alkalmakkor erősítem meg azzal, hogy megszojtatom, akkor előbb-utóbb megtanulja, hogy csak ilyenkor kérjen szopni, a köztes időben pedig nyugton maradjon.

Ma már ismerjük a behaviorista irányzat korlátait is. Az alapvető szükségletek nem olthatók ki, legfeljebb bizonyos viselkedésformák, de azok sem mindenkinél ugyanúgy. Ha a szükségletet nem elégítem ki, az akkor is fennmarad, és más kielégülési formát keres magának. Lehet, hogy a kisbaba megtanulja, hogy a szokásos időközön kívül hiába jelzi, hogy szopni szeretne, de ha a jelzés el is marad, ettől ő még stresszt él át a kielégületlen szükséglettől. Nagyon sokszor ilyenkor kerül sor különböző pótszerek bevezetésére, mint pl. a cumi, a cumisüveg, vagy épp a kisbaba az ujját kezdi szopni, amik mind alááshatják a szoptatás sikerét. A kisbabánál még nem működnek azok az agyi kapcsolatok, amik lehetővé teszik a szükséglet azonnali kielégülésének késleltetését (*Gerhardt, 2009*).

A szoptatás egyik nagyszerű hozadéka, hogy bárhová és bármennyi időre induljon is el az anya, biztos, hogy elegendő tej lesz nála, épp megfelelő hőmérsékleten, és fogyasztásra készen. A házon kívüli diszkrét szoptatás a legtöbb esetben megoldható akkor is, ha az anya nem szeretne mások előtt szoptatni. Épp az időre szoptatás okozhat nehézségeket a kimozdulásban, hiszen bármikor előfordulhat egy váratlan esemény, ami miatt nem sikerül időre visszaérni.

A kisbaba ritmusát megismerve az otthoni teendőket is jobban lehet tervezni, hogy vajon mikor mire nyílik lehetőség. Ha az édesanya használ valamilyen hordozóeszközt, testközelben tartja a gyermekét, akkor a legtöbb teendő a kisbaba mellett is elvégezhető, akár a szoptatás is megoldható közben.

Sokszor elhangzik olyan vélemény is, hogy esetleg első gyereknél még kivitelezhető az igény szerinti szoptatás, de ahol van egy vagy több nagyobb testvér, ott már biztos, hogy nem. Valójában sok-sok többgyerekes, igény szerint szoptató édesanya tudja cáfolni ezt a tévhitet, sőt, inkább előfordul, hogy az első gyermeket nem sikerül igény szerint szoptatni, mert az édesanya még bizonytalan a saját anyai identitásában is, és a többieket igen. Több gyerek esetében már inkább készség szinten működhet az anyánál a gyerekek szükségleteinek kielégítése. Valamilyen hordozóeszköz használata persze ebben a helyzetben is sokat segít. A nagyobb gyerekek számára is fontos tapasztalás, hogy mire van szüksége egy kisbabának, és hogyan lehet mindazt megadni neki.

Gyakran merül föl a „túlevés” kérdése is, különösen bukós vagy sokat gyarapodó kisbabáknál szokták az anyákat figyelmeztetni arra, hogy ne tegye olyan gyakran mellre a gyermeket. A hasfájás okaként is gyakran szerepel az egészségügyi szakemberek véleményében a túl gyakori vagy „összevissza” szoptatás. Ezen a téren megint a szoptatás kizárólagosan etetésként való föltételezése jelenik meg. A kisbaba nem véletlenül kér gyakran szopni, hanem mert számos felmerülő szükségletére ez a megoldás, illetve sokszor megeshet, hogy „csak” komfortszopni szeretne anélkül, hogy jelentősebb mennyiségű tejhez jutna. Ha egy kisbaba nem akar szopni, akkor biztosan nem lehet mellre tenni őt.

A bukás nem feltétlenül tekinthető kóros jelenségnek. Fontos immunológiai funkciója is van: bevonja az ornyálkahártyát, gátolva ezzel a kórokozók bejutását. A bukás általában nem utal arra, hogy a kisbaba túlságosan nagy mennyiségű tejet fogyasztott el, ennek hátterében egyéb tényezők is szerepelhetnek (pl. erőteljes tejleadó reflex vagy a kisbaba érzékeny pl. az anya által elfogyasztott tejre, tejtermékre, aminek fehérjéi megjelennek az anyatejben). A bukás akkor ad okot aggodalomra, ha a baba részéről a gyarapodás elmaradásával, rossz közérzettel vagy cianotikus epizódokkal társul.

Kizárólag szoptatott kisbabáknál gyakori, hogy az első időszakban igen gyorsan gyarapodnak, majd a gyarapodás üteme a születési súly megduplázása után drasztikusan lelassul. A korábban használt növekedési görbék sokszor a mesterségesen táplált csecsemők egyenletesebb gyarapodási ütemét tükrözték, amiből a szoptatott kisbaba kilóghat. Ha a kisbaba közérzete jó és kizárólag szopik, akkor a nagy gyarapodási ütem nem ad okot az aggodalomra, és semmiképpen nem indokolja a szopások korlátozását vagy kiegészítő folyadék bevezetését, hiszen ezek jelentős mértékben alááshatják a szoptatást.



Természeti népeknél, ahol a kisbabák nagyon gyakran kerülnek mellre, a hasfájás ismeretlen (Karp, 2003). A gyakori, még a nagyon gyakori szoptatás sem okoz önmagában hasfájást. Az anyatej nagyon könnyen emészthető, gyorsan kiürül a kisbaba kicsi gyomrából, de ha esetleg még van a kisbaba gyomrában az előző adagból, és megint szopni kér, akkor sem történik semmi. A gyomornak nincs szüksége a szokásosan emlegetett „pihenésre” sem éjjel, sem nappal. Sőt, a kisbaba emésztése és formálódó cukor- és zsíryanycseréje szempontjából épp kedvezőbbek a gyakori, kisebb adagok egyenletesen elosztva a nap folyamán (Gonzalez, 2005).

A gyakori szoptatás akkor okozhat gondot, ha az édesanyának nagyon sok teje termelődik és/vagy erőteljes a tejleadó reflexe, így a kisbaba relatíve sok laktózból gazdag, de zsírban szegényebb elsőtejhez, kevesebb hátsótejhez jut. Ezen azonban különböző praktikákkal lehet változtatni az igény szerinti szoptatás fenntartása mellett.

Az édesanya szempontjából sokszor azért javasolják a szoptatási idő limitálását és/vagy a szopások gyakoriságának korlátozását, mert úgy vélekednek, hogy a gyakori/hosszú ideig tartó szoptatás a mellbimbó „felázásához”, sebesedéséhez vezethet. Noha – főleg először szülő anya esetében – a mellbimbó kezdetben érzékenységgel reagálhat a szoptatással együtt járó intenzívebb igénybevételre, még a nagyon gyakori és hosszú ideig tartó szoptatások sem okoznak nagyfokú fájdalmat, sebesedést. A sebesedés arra utal, hogy a kisbaba nem megfelelően kerül mellre és/vagy nem megfelelő technikával szopik (Mohrbacher, 2010). Így értelemszerűen nem is előzhető meg azzal, ha a szoptatásokat korlátozzuk, hanem a kiváltó okot kell felderíteni és orvosolni. A komfortszopás kiemelt jelentőséggel bír a kisbaba jólléte és fejlődése szempontjából, így ennek tartós korlátozása hátrányokkal járhat.

Pszichológiai szemszögből felmerülő aggodalom lehet, hogy milyen következményekkel járhat a kisbabára nézve, ha az anya nemcsak az éhségre, hanem többféle felmerülő problémára mellre tétellel, „etetéssel” reagál. Vajon nem azt tanulja-e meg a kisbaba, hogy a különböző problémákat nem adekvát módon, hanem evéssel oldja meg, nem válik-e „bánatevővé” nagyobb korában illetve felnőttként. Fentebb számos bizonyítékot próbáltam hozni annak alátámasztására, hogy a szoptatás nem egyenlő az etetéssel, és hogy a kisbaba legkülönbözőbb problémáira is élettanilag adekvát válasz. **A szoptatás során nem étellel vigasztalódik a kisbaba, hanem a társas kapcsolat nyújt számára megkönnyebbülést.** Vagyis teljesen természetes, hogy a kisbaba, kisgyerek szopni fog kérni akkor is, ha fáj valamije, nyugtalan, álmos, felzaklatódott vagy valami sérelem érte.

Ide kívánczik az a fontos kutatási eredmény, hogy a szervezet saját endogén opiát rendszere kora gyerekkorban nem képes önállóan bekapcsolni, csak szociális hatásra indukálódik (Kulcsár, 1996). Az endogén opiátok részt vesznek a fájdalomcsillapításban, illetve a különböző lelkiállapotok regulációjában. A kisbabának szüksége van a társas kapcsolatra és a szoptatásra ahhoz, hogy ez a szabályozó funkció bekapcsoljon, különben „saját lelkiállapotának foglya” marad (Klein, id. Kulcsár, 1996).

Az elválasztás-elválasztódás időszaka kiemelt jelentőséggel bír az endogén opiát rendszer önindukcióra való átállásának szempontjából. Vagyis itt válik fontossá, hogy a szoptatást az édesanya testközelséggel, jelenléttel, odafordulással igyekszik-e pótolni, kiváltani vagy valóban étellel, édességgel jutalmaz és vigasztal.

Hogyan lehet áttérni az igény szerinti szoptatásra?

Sok olyan édesanya van, aki a kezdeti időszakban a nem helytálló információk hatására vagy megfelelő támogatás hiányában az időre szoptatás mellett döntött, de a felmerülő problémák miatt (leggyakrabban elégtelen tejtermelés, sírós, nyugtalan kisbaba) szeretne áttérni az igény szerinti szoptatásra. Természetesen ez a szoptatás folyamán bármikor lehetséges, noha eleinte nehézségek jelentkezhetnek.

Főképp nyugodtabb temperamentumú kisbabáknál előfordul, hogy eleinte nem jeleznek a szokott „menetrenden” kívül, mert bár a szükséglet náluk is fennáll, a viselkedéses megjelenés kioltódhatott a megerősítés elmaradásának hatására. Olybá tűnhet, mintha a kisbaba elégedett lenne, holott belül stresszt él át. Ilyenkor a kisbabát gyöngéden rá kell vezetni arra, hogy igenis érdemes jelezni. Ebben nagyon sokat segít a testközelség, amikor az anya is könnyebben észreveszi a kisbaba finomabb jelzéseit, és a kisbaba is hajlamosabb lehet szopásiigényének kimutatására.

Ha a kisbaba cumit kapott vagy az ujját szopja, és erre alakult ki nála az imprinting, akkor szintén csak nagy türelemmel és fokozatosan vezethető vissza a mellen való megnyugváshoz. Ne feledjük, hogy az imprinting tárgya iránt érzelmi ragaszkodás alakul ki, és a tárgy nem helyettesíthető könnyen valami mással. A kisbaba korától függően akár hosszú hetekbe telhet, mire sikerül megszilárdítani a mellen való megnyugvás érzetét. Ezt a folyamatot is elősegíti az átmenetet nyújtó, megfelelő mennyiségű testközelség.

Az igény szerinti szoptatásra való áttérés kezdetén felléphet egy olyan időszak, amikor a kisbaba átmenetileg nagyon nyugtalanra válik, sokat nyugösködik vagy sírdogál, rendkívül gyakran kér szopni. Ő maga is kibillenhet a korábbi egyensúlyából, zavart és bizonytalanságérzetet kelthet benne a változás (még ha a korábbi állapot nem is volt megfelelő), így megnyugvást a testközelben és a szopásban kereshet. „Tesztelheti” az új helyzetet, hogy valóban lehet-e a korábbinál többször jelezni. Ez azonban biztató jel, hiszen arra utal, hogy a kisbaba valóban kezdi átélni azt, hogy érdemes a szükségleteit mindenkor kommunikálnia. Ráadásul a gyakori szoptatás elősegíti a tejmennyiség megfelelő szintre való feltornászását.

Az igény szerinti szoptatás korlátai

Egészséges csecsemő esetében az igény szerinti szoptatás általában minden különösebb megszorítás vagy probléma nélkül alkalmazható, hiszen ez a biológiai, élettani norma. Azonban vannak olyan speciális helyzetek, amikor nem felel meg az igény szerintiség, végezetül ezeket szeretném röviden áttekinteni.

A leggyakoribb ilyen helyzet, amikor a kisbaba valamilyen oknál fogva **aluszékonnyá** válik (pl. besárgul a szülés után). Ha nem ébred/jelez legalább nyolc alkalommal 24 óra alatt, a súlygyarapodása nem kielégítő, a pelenkái alapján nem jut elég tejhez, akkor nem alkalmazhatjuk az igény szerinti szoptatást, nem várhatunk a kisbaba jelzéseire, mert ő erre nem képes. Így a szülőnek kell biztosítania a megfelelő tejbavitelt a kisbaba ébresztésével, gyakori mellre tétellel, ha szükséges, szoptatásbarát módon történő pótlással (*Mohrbacher, 2010*).

Hasonló aluszékonyság léphet föl akkor, ha a kisbaba nem jut elég tejhez, és a szervezete megpróbál takarékoskodni az elérhető kalóriákkal. Ha ilyenkor a kisbaba jelzéseire várunk, akkor előfordulhat, hogy még kevesebb tejhez jut, még ritkábban ébred föl, és ebből az ördögi körből nehéz kikeveredni. Ha az anya gondoskodik a megfelelő bevitelről, a kisbaba élénkebbé, éberebbé válhat, ahogy az állapota rendeződik. Amikor már megbízhatóan jelez, vissza lehet térni az igény szerinti szoptatáshoz.

Az igény szerinti szoptatás nem alkalmazható akkor sem, ha a kisbaba valamilyen veleszületett **anyagcsere-betegségben vagy enzimhiányos állapotban** szenved.

Galaktozémia esetén a betegség enyhe formája kivételével a szoptatás egyáltalán nem lehetséges. Ha valamennyi enzim rendelkezésre áll, akkor bizonyos mértékű tejbavitel engedélyezett szoros endokrinológiai kontroll mellett (*Lawrence, 2011*).

Fenilketonuriában szenvedő kisbabáknál a részleges szoptatás lehetséges, hiszen kis mennyiségű fenilalaninra ezeknek a babáknak is szükségük van, de a tejbavitelt szoros kontroll alatt kell tartani, és fenilalanin-mentes tápszerrel kiegészíteni. A vizsgálatok azt találták, hogy a fenilketonuriás gyerekek értelmi fejlődése szignifikánsan jobb eredményt mutatott iskoláskorban, ha a kezelést korán sikerült elkezdni, a fenilalanin-szintet sikerült megbízhatóan alacsonyan tartani, és a speciális tápszer mellett a kisbaba anyatejet kapott meghatározott mennyiségben (*Lawrence, 2011*).

Irodalomjegyzék:

1. Blass, E.M.: Milk-induced hypoalgesia in human newborns *Pediatrics*, 1997 pp. 825-829
2. Blass, E.M.: Mothers and their infants: peptide-mediated physiological, behavioural and affective changes during suckling *Regulatory Peptides*, 1996, pp. 109-112.
3. Cubero, J. et al: The circadian rhythm of tryptophan in breast milk affects the rhythms of 6-sulfatoxymelatonin and sleep in newborn. *Neuro Endocrinol Lett.* 2005 Dec;26(6):657-61.
4. Epstein-Gilboa, Keren: *Interaction and Relationships in Breastfeeding Families: implications for Practice* Hale Publishing, 2009
5. Ferber, S.G. – Makhoul, I.R.: The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomised, controlled trial *Pediatrics*, 2004, pp. 858-865.
6. Gerhardt, S: *A szükséges szeretet. Az affektusok hatása a kisgyermek agyfejlődésére.* Oriold, 2009
7. González, C: *My Child Won't Eat!* La Leche League International, 2005
8. Graf, M. V. et al: Presence of Delta-Sleep-Inducing Peptide-Like Material in Human Milk *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* July 1, 1984 vol. 59 no. 1 127-132
9. Gray, L. et al: Breastfeeding Is Analgesic in Healthy Newborns *Pediatrics* 2002 pp. 590-593
10. Kulcsár Zs.: *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók* Akadémiai Kiadó, 1996
11. La Leche League International: *The Womanly Art of Breastfeeding* Ballantine Books, 2010
12. Lawrence, Ruth A. – Lawrence, Robert M.: *Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession* Elsevier, 2011
13. Mobbs, E.: *Thumb-sucking and Dummy-sucking. Evidence for Human Imprinting.* G. T. Crarf Pty Ltd., 2007
14. Mohrbacher, Nancy: *Breastfeeding Answers Made Simple* Hale Publishing, 2010
15. Nishitani, s. et al: The calming effect of a maternal breast milk odor on the human newborn infant *Neurosci Res.* 2008 Nov 1.
16. Prime, D, K. et al: *Oxitocin: Milk Ejection, and Maternal-Infant Well-being* IN: Hale, T.W. – Hartmann, P. (Eds): *Hale and Hartmann's Textbook of Human Lactation* Hale Publishing, 2007
17. Riordan, Jan: *Breastfeeding and Human Lactation* Jones and Bartlett, 2005
18. Sears, W. – Sears, R. – Sears, J. – Sears, M: *The Baby Sleep Book* Little, Brown and Company, 2005
19. Uvnäs-Moberg, K.: Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 1998, pp. 819–838.

Tesztkérdések

1. Mit jelent az igény szerinti szoptatás?
 - a) A kisbaba mindig mellre kerül, amikor éhes.
 - b) A kisbaba minden sírásra mellre kerülhet.
 - c) Ha a kisbaba egyéb megnyugtató kísérletekre nem reagál, mellre kerül.
 - d) A kisbaba minden jelzésre mellre kerülhet, függetlenül attól, hogy mikor szopott előtte utoljára.
2. Mit jelent a kizárólagos szoptatás?
 - a) A kisbaba nem kap tápszerpótlást az anyatej mellett.
 - b) A kisbaba szopik, néha lefejt anyatejet kap, de mást nem.
 - c) A kisbaba az anyatej mellett legfeljebb vizet kap.
 - d) A kisbaba kizárólag anyatejet kap mellből, nem használnak cumit sem.
3. Mi NEM tartozik a korai éhségjelek közé?
 - a) nyelvnyújtogatás
 - b) keresgélés
 - c) sírás
 - d) nyugtalanság
 - e) kéz szájhoz vitele
4. Melyik NEM IGAZ az alábbi állítások közül?
 - a) A fészeklakó emlősök meghatározott időközönként szoptatnak.
 - b) A követő állatok tejének a legmagasabb a zsírtartalma.
 - c) Az embercsecsemő számára élettanilag nem megfelelő a kötött időre szoptatás.
 - d) A hordozott állatok utódai születnek a legfejletlenebbül
5. Melyik állítás IGAZ a prolaktinra?
 - a) Szintje csak a szülés után emelkedik meg.
 - b) A szoptatási időszak során végig ugyanolyan magas marad a szintje.
 - c) A szopások alatt megemelkedik a szintje.
 - d) A tejtermelési képesség a keringő prolaktin mennyiségétől függ.

6. Melyik állítás NEM IGAZ?

- a) A ritkább szoptatás a tejmennyiség csökkenését okozhatja.
- b) Az anya abból tudhatja, hogy elegendő teje termelődik, hogy feszül a melle.
- c) A szopások korlátozásával a tejmennyiség nem biztos, hogy követni tudja a kisbaba igényeit.
- d) Gyakoribb szoptatásokkal növelhető a tejmennyiség.

7. Melyik állítás IGAZ az alábbiak közül?

- a) A legtöbb kisbaba számára a napi 5-6 szopás is elegendő.
- b) Ha a kisbaba nem bír ki legalább két órát két szoptatás között, az arra utal, hogy nincs elegendő tej.
- c) Természeti népeknél a kisbabák akár 80-100 alkalommal is szophatnak 24 óra alatt.
- d) Az újszülött legfeljebb 8-12 alkalommal szopik 24 órában.

8. Melyik állítás IGAZ?

- a) A szopások nem egyenletesen oszlanak el a nap folyamán.
- b) A szopási gyakoriság nem csökken, hanem nő, ahogy a kisbaba növekszik.
- c) Mindkettő
- d) Egyik sem

9. Melyik állítás NEM IGAZ?

- a) Egy tíz hónapos kisbaba akár a tejmennyiség döntő részét az éjjeli órákban veheti magához.
- b) A szoptatási gyakoriságot a mozgásfejlődés beindulása is befolyásolja.
- c) Az igény szerint szoptatott kisbabának az első hat hónapban még extrém melegben sincs szüksége kiegészítő folyadékra az anyatej mellett.
- d) Az elválasztódás felé haladva a szopások száma fokozatosan, lineárisan csökken.
- e) Az anyatej immunológiai funkciója is befolyásolhatja a szopási gyakoriságot.

10. Melyik állítás IGAZ?

- a) Az anyatej legfontosabb funkciója a kisbaba táplálása.
- b) Az anyatejes táplálás segíti az érett alvás-ébrenlét ciklus kialakulását.
- c) Egyik sem
- d) Mindkettő

11. Melyik állítás IGAZ?

- a) A szoptatás lényege az anyatejes táplálás.
- b) A fájdalomcsillapító hatás csupán az anyatejnek, és nem a szoptatási helyzetnek köszönhető.
- c) A szoptatás hatékonyan segít elaludni a kisbabának.
- d) A szoptatási helyzet kedvező hatásai leginkább újszülött-korban jellemzőek.

12. A humán orális imprinting alapja:

- a) a szopásiigény
- b) az orális taktilis ingerlés
- c) a táplálkozás
- d) a szaglás és ízérzékelés

13. Az evolúció során az orális imprinting arra szolgált, hogy

- a) az utód felismerje az édesanya mellét
- b) biztosítsa a kellő szopási gyakoriságot
- c) egyik sem
- d) mindkettő

14. Melyik állítás IGAZ?

- a) Az ujjszopás minden emberi kultúrában jelen van.
- b) Ha a kisbaba nem kap cumit, az ujját fogja szopni.
- c) A cumit könnyebb elvenni a kisbabától, mint az ujjszopásról leszoktatni őt.
- d) A nyugtatócumi is zavart okozhat a szoptatásban.

15. Melyik állítás NEM IGAZ?

- a) Igény szerinti szoptatás mellett a hétköznapok kaotikussá válhatnak.
- b) Az igény szerinti szoptatás „összevissza” működik, semmilyen mintázatot nem hordoz magában.
- c) Egyik sem igaz.
- d) Mindkettő igaz.

16. Melyik állítás IGAZ az alábbiak közül?

- a) Az igény szerinti szoptatás elősegíti anya és kisbaba egymásra hangolódását.
- b) Az igény szerint szoptató anya legjobb, ha keveset jár el hazulról, mert nem tudhatja, hogy mikor éheznek meg a kisbabája.
- c) Anya és kisbaba számára is előnyös, ha megpróbálunk rendszert vinni a szoptatásba.
- d) Az igény szerinti szoptatás megviselheti a család többi tagját is.

17. Melyik állítás NEM IGAZ?

- a) Igény szerinti szoptatásnál fennállhat a tületetés veszélye.
- b) A bukás mindig arra utal, hogy a kisbaba túl sok tejet fogyasztott el.
- c) Egyik sem igaz.
- d) Mindkettő igaz.

18. Melyik állítás IGAZ?

- a) Ha a kisbaba túl hosszan szopik, az édesanya melle felázhat.
- b) Ha a kisbaba már nem eszik, csak cumizik a mellen, akkor le lehet őt venni mellről.
- c) Ha szoptatással vigasztaljuk a kisbabát, akkor későbbi káros étkezési szokásokat alapozhatunk meg.
- d) Az igény szerint szoptatott kisbabának is lehetnek későbbi étkezési problémái, de nem a szoptatásból kifolyólag.

19. Melyik állítás IGAZ?

- a) Ha az anya már időre szoptat, akkor felesleges összezavarni a kisbabát az igény szerinti szoptatással.
- b) A kisbaba mindenképpen jelzi a szopási igényét.
- c) Egyik sem
- d) Mindkettő

20. Melyik állítás NEM IGAZ az igény szerinti szoptatással kapcsolatban?

- a) Ez a biológiai norma.
- b) Minden kisbabára általánosan alkalmazható.
- c) Nemcsak kizárólagos szoptatás mellett valósulhat meg.
- d) Elősegítheti a kiegyensúlyozott anya-gyerek kapcsolatot.

A centrális oxitocin és gyakorlati jelentősége

Dr. Varga Katalin

Az időre született, egészséges emberi újszülött is rendkívül gyámoltalan, folyamatos gondoskodást, ellátást igényel hosszú időn át. Ennek a kialakulását nem bírta a véletlenre a természet: olyan neurokémiai rendszer szabályozza az anya és gyermeke közötti kötődést, illetve a gondozási feladatok ellátását, amely egyúttal megfelelő motivációs-érzelmi alapot is teremt e hosszan tartó tevékenységre. Ennek a rendkívül összetett neurobiológiai szabályozási rendszernek egy kitüntetett tagja az oxitocin, melyre jelen fejezet összpontosít.

A centrális oxitocin rendszer

Már az 1970-es évektől leírt, hogy az oxitocin (OT) ismertebb perifériás hatása mellett az agyon *belül* is kifejti hatását. Ez az OT úgynevezett centrális hatóköre (cOT). Mindez azt jelenti tehát, hogy a méhösszehúzó, illetve tejkilövellő perifériás hatáson túl az OT neurotranszmitter szerepet is betölt, jellegzetes pszicho-emotív hatáskörrel (ld. 1. táblázat).

1. TÁBLÁZAT: A centrális OT-rendszer pszichoemotív hatásköre

csökkenti a szorongást, a félelmet csökkenti a depressziót csökkenti az antiszociális viselkedést elősegíti a társas támasz nyújtását és fogadását fájdalomcsillapító hatású gyorsítja a sebgyógyulást erősíti a szociális viselkedést örömtelivé teszi a társas együttlétet, közelséget növeli a bizalmat
--

Az OT e funkciókörébe a **szociális affiliációban** (társas kapcsolatok) szabályozása tartozik. Ilyen például maga a szülői viselkedés, az újszülött kötődési magatartásformái (pl. megkapaszkodás, izolációs vokalizáció), valamint felnőttkorban a reprodukív viselkedés, annak számos elemével. A cOT magas szintje egyúttal csökkenti a plazma kortizol-szintjét. Az OT **nyugtató** hatására egy újfajta stresszkezelés is alapul, a cannoni jól ismert „üss vagy fuss” válaszhoz képest ez az adott helyen, társai közelében (legtöbbször összekapaszkodva, egymáshoz bújva), nyugalomban tartja az egyedet, főképp a nőket és a gyerekeket. A leselkedő veszélyhelyzetekben a feltehetően esélytelen szembeszállás (üss) vagy megfutamodás (fuss) lehetőségeivel szemben ez a stresszválasz, a **„nyugalom és összetartozás” (calm and connection)** válaszminta, a fizikai és lelki értelemben nyugodt(abb) együttmaradás révén segíti a túlélést (Uvnäs-Moberg, 2005; DeVries, 2003; Petersson, 2005).

Az oxitocin szerepe a szaporodásban és utódgondozásban

Az oxitocin neuromodulátor szerepe a szaporodásban több ponton is igazolt. A tartós elköteleződés elősegítésében, a párkapcsolat erősítésében segíti a feleket a szexualitásban betöltött szerepe, ugyanis az orgazmus esetén nő a cOT. Állatkísérletek tanúsága szerint a közvetlenül az agyba jutott cOT kiváltja az anyai viselkedést olyan egyedben is, akinek még sosem volt kölyke. OT antagonistával viszont „kivédhető” az anyai viselkedés. Az OT a gyerek (kölyök) az anyához való kötődését is elősegíti (ld. alább). Az oxitocinnak a szoptatás során betöltött perifériás – tejeleadó reflexet szabályozó – szerepén túl lényeges a centrális hatása is: a felek megfelelő pszicho-emotív hangolása elősegíti a helyzet kölcsönösen pozitív megélését, ezáltal támogatva a biztonságos kötődést.

Az OT társas viselkedés szabályozásában betöltött szerepével kapcsolatban tehát az az összkép körvonalazódik, hogy az agyi OT-szint növekedtével a reproduktív, illetve szülői/anyai viselkedés **beindulása** elősegíthető, a kölykök kötődési viselkedése kedvezőbb. Az OT antagonisták megakadályozzák ezek megjelenését, noha a már kialakult viselkedésre nincsenek érdemi hatással. Feltehetően a szociális ingerek **affektív minősítése** lesz kedvezőbb megfelelő OT-szint hatására.

Az OT rendszer és a mezolimbikus dopaminrendszer kapcsolata arra utal, hogy a cOT rendszer szerepe nem merül ki abban, hogy a megfelelő **viselkedési** mintákat indítja el az utódgondozás során, hanem egyúttal felhangolja az agyi jutalmazórendszert is, tehát kedvező **érzelmi-motivációs** háttérrel is biztosít. Ez azt jelenti, hogy a megfelelő gondozási viselkedéselemek lefuttatásán túl a cOT rendszer gondoskodik arról is, hogy az anyai viselkedés örömteli legyen, vagyis magas jutalmazó legyen az anyának az utódgondozási tevékenységek végzése (*Cameron, 2008*). A magasan hangolt OT rendszerrel jellemezhető anyák utódjaikról magas szinten gondoskodnak, szemben az alacsonyan hangolt OT-dopamin rendszerrel jellemezhető hanyag anyákkal.

Az oxitocin szerepe az újszülött oldaláról

Az újszülöttnak is meghatározott viselkedésmintát kell mutatnia a megfelelő kötődés kialakulásához. A folyamatban az OT több ponton is szerepet kap. Az egyik legelemibb és legközvetlenebb hatás az anya **szagának** kialakítása. Patkánykísérletben igazolták, hogy az anya hasi (emlőtáji) részének lemosása hátráltatja a kölyköket abban, hogy megtalálják, és szopni kezdjék az emlőbimbókat. Az anya (perifériás) OT-kezelése helyreállítja ezt a folyamatot (*Insel, 1992*). Az OT tehát egyike lehet a „**mamaszag**” előállításáért felelős mechanizmusoknak. Az OT hatására gyors kondicionált asszociáció építhető ki az anya szagára (de nem-szociális ingerekre nem), mindezt az OT antagonisták lassítják. Ezt a feltevést tovább valószínűsíti, hogy az anyatejben az OT-koncentráció a plazmaszint arányában jelenik meg, és feltehetően a szopással a gyerek szervezetébe jutó OT felszívódik és az agyba jut (*Insel, 1997*). Mindezt egybevéve: az OT a gyerek (kölyök) kötődését az anyához főképp azzal támogatja, hogy megkönnyíti az anyához kötődő jelzőingerek rögzülését a gyermek memóriájában.

Megfelelő cOT-szint az utódban a **biztonság élményét** közvetítheti. Ha a patkánykölykök távol kerültek az anyuktól, ultrahang „izolációs hívással” adnak jelt magukról. Centrálisan alkalmazott OT – dóziszfüggő módon – csökkenti az ilyen izolációs hívás arányát (*Insel, 1992*). A „nyugi, minden rendben” élmény (egyik) agyi közvetítője tehát az OT lehet.

Az állatkísérleti adatok mellett lényeges, hogy az OT fájdalomcsillapító hatása embernél is érvényesül, például a bőr-kontaktus – amely az OT felszabadítás egyik természetes útja – fájdalomcsillapító hatású az emberi újszülöttnél is (*Gray, 2000*).

Az anya nyugalma és testközelsége a gyermek (kölyök) nyugalma fokozza, esetleges fájdalmát enyhíti. Elmaradnak vagy legalábbis enyhülnek azok a vokális szignálok, amelyek a ragadozók figyelmét (is) felkelthetnék. Így az OT kölyökre gyakorolt hatása szépen illeszkedik a „nyugalom és összetartozás” (calm and connection) stresszrendszerhez.

A szülés / születés módja és az oxitocin-rendszer összefüggései

Minden jel arra mutat, hogy a szülés természetes, beavatkozás-mentes változata segíti leginkább kibontakozni az OT rendszer fent vázolt előnyeit.



A szülés és szoptatás során (de csakis ekkor) az OT-termelő sejtek akciós potenciáljai **pulzálva** jelennek meg, ezáltal néhány perces szünettel tarkított **hullámokban** termelődik az OT. Mind patkányban, mind emberben ez a mintázat biztosítja a leghatékonyabb és legeredményesebb méhtevékenységet (*Russell, 2003*).

A kívülről adagolt szintetikus OT nem követi ezt a ritmust, folyamatosan „bombázza” a perifériás OT-receptorokat. Emiatt a méh izmainak – és általában az anyai szervezetnek – nincs ideje kipihenni magát két hullám között. A természetes esetben a lassú (30 perces) lebomlású cOT fenntartja pszicho-emotív hatásait, míg a gyors (1-2 perces) lebomlású pOT feltöltődési szüneteket hagy az anyának – és a gyereknek egyaránt.

Az EDA mellett született gyerekek kevésbé éberek, kevésbé jól orientáltak közvetlen születésükkor, és még akár hat hétig is gyakrabban sírnak, mint a természetes úton született társaik (*Buckley, 2005*). Mindez kedvezőtlen helyzetbe hozza az így született gyerekeket az édesanyjukkal való első találkozás, illetve a korai egymásra

hangolódás időszakában. Az ún. epidurális anesztézia (EDA) alkalmazásával született gyerekeknél rosszabb szopási készséget regisztráltak (Infant Breastfeeding Assessment Tool), mint háborítatlanul született társaiknál.

Svéd kutatók a szülés utáni 2. napon, szoptatás közben vett vérminta alapján hasonlították össze 17 sürgősségi császármetszéssel és 20 vaginális úton szült nő hormonális mintázatát, az OT-, a prolaktin- és a kortizol-szintet elemezve. A szoptatás első 10 percében a hüvelyi úton szült nőknél megjelenő pulzáló OT-termelődés **elmaradt** a császármetszéssel szült anyák esetében. Utóbbiak a szoptatás 20-30. perce körül jelentkező prolaktin emelkedést sem mutatták. Ez az eredmény bár látványosan még nagyon közeli hatás, de – sajnos – szépen illusztrálja a természetes szülés előnyét – ez esetben a szoptatásra nézve. A műtéti szülés nem hozza az OT-rendszer azon működési mintázatát, ami természetes esetben megjelenik, és fontos a szoptatás gördülékeny kialakulása szempontjából. Lényeges, hogy ez nem azt jelenti, hogy a császárral szült nők ne tudnának szoptatni, „mindössze” arról van szó, hogy esetükben nem a természetes ritmus szerint támogatja a szoptatást a hormonális rendszer (*Nissen, 1996*).

Ezen, és hasonló adatokból levonhatjuk azt a következtetést, hogy a legjobb, ha hagyjuk a szülést természetes tempóban és mederben haladni, mennél kevesebb beavatkozással. Az EDA alkalmazásakor gyakran következik be a méhtevékenység lanygulása, ami a külsőleg bevitt, szintetikus oxitocin adását vonja maga után (*Mayberry, 2002*). Az a paradox helyzet áll tehát elő, hogy eredetileg csak a fájdalmat akartuk csillapítani, ám ezzel olyan lépések sora indul el, amelyek „kiütik” a szülés pozitív érzelmi megélését biztosító neurokémiai változásokat. Mindez – értelemszerűen – ahhoz vezet, hogy az anya (és sajnos a gyerek is) elesik a saját hormonok okozta kedvező érzelmi változások java részétől.

A gyógyszeres vagy műszeres beavatkozások helyett érdemes tehát azokat a módszereket használni, amelyek a szülés során növelik a nő kényelmét, autonómiáját, biztonságérzetét. A szülési fájdalom nem-farmakológiai csillapítási lehetőségei közül említést érdemelnek a folyamatos társas támogatás, a fürdő, az érintés és masszáz, az anya szabad mozgása és szabad szülési pozíció választása, valamint a deréktájon a bőr alá juttatott víz-injekció (*Simkin, 2002*). Egy vizsgálat, amely 11 különböző országra terjedt ki és 13000 szülés adatait dolgozta fel, azt igazolta, hogy azok a nők, akik **folyamatos érzelmi támogatást** élveztek a szülés közben, – azokhoz képest, akik ilyet nem kaptak – inkább szültek természetes úton, ritkábban volt szükség vákuumos vagy fogós beavatkozásra, kevesebb szülés végződött császármetszéssel, a támogatással szülő nők kevesebb fájdalomcsillapító gyógyszert igényeltek. A vizsgálat nem talált semmilyen hátrányos következményt, ami a folyamatos társas támaszból fakadt volna (*Hodnett, 2003*).

A korai kontaktus összefüggése az oxitocin rendszerrel

Az OT centrális hatásköréről rendelkezésre álló ismereteink arra mutatnak, hogy ez a rendszer a természet megoldása arra a problémára, hogy hogyan biztosítsa a fejletlen utódok hosszan tartó gondozását. Az igen jelentős szülői ráfordítást igénylő utódgondozás a szülő és gyereke közötti **érzelmi** kapcsolatra épül (*Bereczkei, 2003*). Ezen evolúciósan rögzített mechanizmusok gördülékeny beindulásához és lefutásához az anya és gyermeke korai, **közvetlen szülés utáni háborítatlan találkozása**, együttléte szükséges. Ez a közelség erősíti meg a hosszas utódápoláshoz szükséges kötődést.

Az újszülöttnak közvetlenül megszületése után a keringési, légzési, hőháztartás terén alkalmazkodnia kell a külvilági feltételekhez. Ekkor alapozódik meg az anyjával való **érzelmi kapcsolata**, beindulnak azok a viselkedésformák, amelyekkel ő járul hozzá a gondozó viselkedés kiváltásához és fenntartásához. Ha áttekintjük az emberi **újszülött kompetenciáit** egyértelmű összkép bontakozik ki. A baba keresi az anyai mellet, képes eljutni oda, érdeklődik az emberi arc iránt, tud szopni, éber az első órában. A sok vonatkozásban gyámoltalan utód a közelség és kötődés szempontjából lényeges kompetenciákkal rendelkezik. Az anya is kész erre a találkozásra (*Klaus, 2005*). Háborítatlan korai együttlétük során – többek között – a cOT rendszernek köszönhetően olyan érzelmi egymásra hangolódás veszi kezdetét, amely hosszú időn át olajozottabbá teszi a szülő-gyerek kapcsolatot, sőt – ahogy látni fogjuk – akár a távolabbi generációkra is hatása lehet.

Az anyjával való **bőr-kontaktus nyomán** a megemelkedett OT szint segíti mindezt: könnyebben stabilizálódik a baba testhőmérséklete, légzése, szívritmusa. A gyerek az anya baktériumaival találkozik, és nem külső, idegen kolóniákkal. Az anya mellkasán fekvő gyerek egyúttal az ismerős anyai szívhangot is hallja. A korai kontaktus után a szoptatás gyakoribb és hosszabb ideig tart, mint azoknál az anya-gyerek párosoknál, ahol nem volt mód a korai együttlétre, ezáltal elősegítve a korai, illetve hosszabb szopás számos előnyét (*Hotelling, 2007*).

A korai kontaktus nem csak a babának kedvező. Az anyai szervezet természetesen termelő OT-szintjét emeli a bőr-kontaktus és a korai szopás, amitől a lepényi szak kedvezőbben (gyorsabban, kevesebb vérzéssel) zajlik. A magasabb OT-szint melegíti az anyai mellet, ami így „természetes inkubátora” a gyereknek. A tejbelövellés is megbízhatóbb, ha alkalma volt az újszülöttnak a korai szopásra. A gyerek számára létfontosságú „anyai” viselkedés (*mothering*) beindul, az ilyen anyák könnyebben találják meg az összhangot a babával, olajozottabban alakul ki az anya-gyerek kötődés, mint azoknál, akik egymástól távol töltik az első életórát (*De Chateau, 1980, ld. 2. táblázat*).

2. Táblázat

A korai találkozás és annak hatása. De Chateau (1980) vizsgálatában a kórházi rutin szerinti ellátásban részesülő anya-gyerek párosokat hasonlították össze az ún. „extra kontaktus”-t kapó anya-gyerek párosokkal.

Rutin ellátás	„Extra” kontaktus (EK)
Eljárás a szülést követően	
(ez a szakasz kimarad a rutin ellátás esetén)	A megszületett babát az anya hasára tették, a születéskor rögtön. Pár perc múlva a bába feljebb segítette az újszülöttet, és szopásra bátorította. Mindez 15 percig (!) tartott.
a megszületett gyerekeket rövid ideig megmutatták az anyának	ugyanaz
elvitték fürdetni, mérni, ellátni	ugyanaz
30 perc múlva teljesen felöltözve az anya ágya mellé, kiságyba tették a gyereket	ugyanaz
Eredmények	
A szülést követő 36. órában	
inkább fekvé maradtak vagy könyököltek szoptatáskor	inkább felültek, a gyereket testközelben tartották, és nézték
A gyerekek 3 hónapos korában	
inkább szorultak segítségre a házi munkában	ők tovább szoptattak, akár éjjel is, és ezt nem élték meg problémának
A gyerekek 1 éves korában	
inkább visszamentek dolgozni	otthon maradtak a gyerekekkel
több gyerek aludt a szülői ágyban	több gyerek aludt külön szobában
inkább kezdték biliztetni a gyereket	az EK anyák továbbra is önállóbbak a gyerek ellátásában, nem szorulnak segítségre
A gyerekek 3 éves korában	
az anyák 60%-a kevésnek találta az időt, amit születéskor a babával töltött	csak 20%-a gondolta ezt
	az EK csoportban kétszer annyi testvér született, mint a rutin ellátást kapóknál

Az első életóra tehát egyfajta pszichofiziológiai szenzitív periódus: a jövőbeni gördülékény viselkedés programozása itt történik meg. A modern átfogó elemzések a zavartalan korai kapcsolat mellett szólnak. Ennek ideális változata az, ha közvetlenül a születés után bőr-kontaktusba kerül az anya és az újszülött, nyugodtan, biztonságos helyen (pl. széles ágyon) csendes, intim légkörben. Ezt a zavartalan együttlétet élvezzék 1-2 óráig, melynek természetes folytatása a rooming-in ellátás. Lényeges, hogy ez idő alatt az anya is és a gyermek is éber legyen – ezért is jó, ha gyógyszerek nélkül zajlott a szülés. Az együtt töltött idő alatt az újszülött bátorítható a korai szopásra, és fontos tudni, hogy ennek kialakulási tempójában egyéni eltérések vannak, tehát legyünk türelmesek. A korai kapcsolatot követően a szoptatás során az anyai szeretet-megnyilvánulás és érintés gyakoribb, erőteljesebb az anyai kötődési viselkedés, a gyerekek kevésbé sírnak és gyorsabban stabilizálódnak az élet-tani paramétereik. A korai kapcsolatnak nincs kimutatható káros hatása (*Moore, 2007*).

Ezt a korai találkozást fontos biztosítani – még ha csak néhány percre is – azoknál a gyerekeknél, akik koraszülöttek vagy valamilyen problémával jöttek a világra, ami kezelést igényel. Amennyire csak a gyermek állapota engedi – a legtöbbet kell nyújtani a korai találkozás fentebb vázolt folyamatából (*Storton, 2007*). A kis súlyú vagy beteg gyerek számára az anyai közelség, bőr-kontaktus, szívhang, az anya érintése, simogatása, a korai szopás különösen fontos segítséget nyújthat az állapota stabilizálásában. Az anya szempontjából is lényeges a korai találkozás. Az éretlen, beteg, sérült gyerekek gondozása jóval nagyobb anyai odaadást és ráfordítást igényel, mint az egészséges gyerekéké. A közvetlen életmentés perceiben arra is kell gondolni, hogy a gyerek hosszú éveken, sokszor évtizedeken át gondozásra szorul majd. Korántsem mindegy, hogy ezt mennyiben segíti elő, hogyan alapozza meg mindaz, amit a korai találkozáskor átél az anya. Mindennek természetes folytatása a **koraszülött-osztályon a kenguru-gondozás**. Az érintés, a közvetlen bőr-kontaktus szabályozó szerepére építő kenguru-módszer erősíti az anya-gyerek kötődést. Ennek lényege, hogy az anya (vagy akár az apa) a csupasz babát közvetlenül a bőrén, a ruhája alatt tartja, hordozza. Ma már hosszú távú klinikai tapasztalatok igazolják, hogy az igen kis súlyú, akár 500 grammos, légzéstámogatásra szoruló koraszülötteknél is biztonságosan alkalmazható. A kenguru-módszer mellett a babáknál ritkább a légzéscsúszás, kisebb az oxigénigény, a nyugodt alvás ideje megkétszereződik, csökken a stressz és az agitáció, javul a szopás. Erősödik az anyával való kapcsolat is, aki pedig nyugodtabb és új szerepében magabiztosabb lesz (*Johnson, 2005*). A közvetlen bőr-kontaktus fájdalomcsillapító hatását több tanulmány is kimutatta (*Johnston, 2003; Gray, 2000*).

Az oxitocin szerepe a transzgenerációs hatásokban

Az utóbbi években rendkívül sok vizsgálat foglalkozik az ún. **transzgenerációs** (generációkon átívelő) jelenségekkel. Kimutatták, hogy a magas szinten gondoskodó anyaállat (ún. hLG „high licking and grooming”) kölyke maga is gondos anya lesz, szemben a hanyag anya (ún. lLG „low licking and grooming”) utódaival, amelyek maguk is hanyag anyává válnak (*Champagne, 2009; Curley, 2008*).

Az a meghökkentő helyzet áll elő, hogy a nőstény utódainak majdani anyai viselkedési minősége eldől tehát perinatális életük során, attól függően, hogy hLG vagy lLG anya nevelte-e őket. Az újszülött-korban megtapasztalt anyai gondoskodás-mintázat már az utód **szaporodási készségére** is hat (*Esch, 2005*). Mindez már akkor bekövetkezik, amikor a kölyök még nem anya és még nem szoptat: élete első hetében kialakul az a mintázat, ami felnőtt koráig megmarad, ha a környezeti feltételek változatlanok.

Ezek mellett az anyai gondoskodás minősége meghatározza az **utód stressz-reaktivitását** is (*Fish, 2004; Weaver, 2004*). A hanyag anyák kölykeinél megnövekedett HPA (hipofízis-mellékvese) tengely aktivitást írtak le, ami annak következtében állt elő, hogy esetükben hiányzott a rendszer lecsendesítését végző mechanizmus. Közvetlen és erős összefüggés mutatkozott a gyerekkori anyai gondoskodás jellege és a stresszválasz között.

Felnőttkori akut stressz esetén mennél több gondoskodást (nyalogatást, ápolást) kapott gyerekkorban az egyed (hLG, gondos anyák kölykei), annál kevésbé jelentek meg a stresszhormonok (ACTH és a kortikoszteron) az utód plazmájában (Fish, 2004). Újabb adatok szerint az anyai gondoskodás minősége az unokáig elhat (Curley, 2008). A hLG anyák unokáinál is megfelelően csillapított stressz-válasz figyelhető meg viselkedéses és fiziológiai szinten egyaránt.

Ezekben a transzgenerációs folyamatokban is szerepet kap az OT. Ha a gondos hLG anyákat OT receptor-antagonista kezelésnek tették ki, akkor a hanyag ILG anyáknak megfelelővé alakult a viselkedésük: kölykeik helyett önmagukkal foglalkoztak inkább (self grooming), a szoptatást elősegítő testhelyzet felvétele helyett ráfeküdtek a kölykökre (Lee, 2009).

Ezek a vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy az anyai gondoskodás szintjétől függően akár **generációkon át módosulhat** az utód szaporodási készsége, stressz-reaktivitása, illetve önnön anyai viselkedési mintája. Ez a kölyökben az elválasztás időszakára végérvényesen beáll, és generációkon át változatlan marad, amennyiben nem történik olyan hatás, ami megszakítja ezt a láncolatot (Champagne, 2008).

Humán vizsgálatok az oxitocin rendszerrel kapcsolatban

Az utóbbi években rohamos ütemben jelennek meg humán OT vizsgálatok. Például: együtt élő párok vérmintáit elemezték, akiket az alapszinthez szükséges vérminta levétele után arra kértek, hogy a 10 perces kísérleti szakaszban öleljék meg egymást (warm partner contact). Az eredmények azt mutatták, hogy azok a nők, akik arról számoltak be, hogy társuktól jelentős támogatást kapnak, eleve magasabb OT-szinttel rendelkeztek, ami még tovább nőtt az ölelés hatására. A kutatók következtetése szerint a megbízhatóbb társas támasz mindkét nemnél magasabb OT-szinttel jár együtt, ám a kardiovaszkuláris és neuroendokrin mutatók tükrében ennek protektív hatása a nőknél jelentősebb (Grewen, 2005).

A tényleges társas kontaktuson túl az **érzelmi állapotok** pusztá **felidézése**, elképzelése is összefüggésben látszik lenni az OT-szinttel. A relaxáló masszázis **elképzelése** növelte, szomorú helyzet **elképzelése** csökkentette az egészséges nő kísérleti személyek perifériális OT- (pOT-) szintjét. Ez a vizsgálat is olyan adatokat mutatott fel, hogy akinek a párkapcsolata rendezett, problémamentesebb volt, még a negatív érzelmi helyzetben is fenn tudta tartani a megemelkedett OT-szintet, a társ kapcsolatban élőknél pedig jóval inkább emelkedett az OT-szintje a pozitív érzelmi helyzetben, mint a párkapcsolati aggodalmakkal küzdő társáé (Turner, 1999).

Embernél is vannak jelek arra, hogy transzgenerációs minta érvényesül. A terhesség során mért pOT-szint összefüggést mutatott a gyerekekkel való kötődéssel: akiknél a terhesség hónapjai alatt nőtt a pOT-szint, azoknál alakult ki a gyerekekkel kapcsolatos erősebb kötődés, szemben azon anyákkal, akiknél a terhességi időszak alatt mért pOT más mintázatot mutatott (Levine, 2007).

Az emberrel végzett vizsgálatok az állatkísérletek alapvető eredményeit megerősítik. Kimutatták, hogy orrsprayben (intranazálisan) adagolt OT – ami feltehetően bejut az agyba – megnövelte a pozitív kommunikációt, egyúttal csökkentette a nyálban mért kortizol-szintet laboratóriumi vitahelyzetben modellált párkapcsolati konfliktus esetén (Ditzen, 2009). Az OT intranazális alkalmazása mind több kutatásban bukkan fel, és számos kedvező társas hatás igazolt az OT bevitelre. A kutatások eredményei összességében azt mutatják, hogy az OT hatására nő a bizalom, érzékenyebb párkapcsolati interakció alakul ki, csökken a társas félelem, és javulnak a társas készségek autistáknál.

Ugyanakkor gombamód szaporodnak azon vizsgálatok is, amelyek nem manipulálják az OT szintet külső bevitellel, hanem természetes interakciókat elemeznek és megnézik, hogy azok hatására hogyan alakul az OT-szint.

Feldman és munkatársai (2010a) például kimutatták, hogy a szülőkben az OT növekedés attól függ, hogy milyen jellegű interakcióban voltak gyermekeikkel. Azoknál az anyáknál volt megfigyelhető 15 percnyi játék után OT növekedés, akik **érzelmi** kontaktusban voltak a gyerekeikkel, míg az apák esetében az **ingerlő** (stimuláló) kontaktus vezetett erre. *Feldman* és munkatársainak (2010b) vizsgálata is azt mutatta ki, hogy az úgynevezett magas érzelmi kontaktusú (HAC) anyáknál: a gyerekekkel való játék után nőtt meg az OT, az alacsonyak érzelmi kontaktusúaknál nem. Ezzel szemben az apáknál a magas stimulációs kontakt (HSC) esetén történik ugyanez.

E kutatások azt is megvizsgálták, hogy a gyermekben mikor változik az OT-szint. Az eredmények összetett képet mutattak. Amennyiben a szülő magas OT alapszinttel rendelkezik, és emellett magas érzelmi szinkron is kialakul közte és gyermeke között a szabad játék során, csak akkor nő meg a gyermekben az OT-szint. Tehát együttesen kell jelen legyen a magas szülői OT-szint és az érzelmi szinkron. Ehhez közösen megélt pozitív élmény vezet.

Összegzés

A szaporodás és utódgondozás számos terén érdemel nagyobb figyelmet az OT centrális rendszere. A születés körül illetve a korai időszakban megtapasztalt élmények több generáción át hathatnak az utódok kapcsolati mintáira, egészségére, reprodukív viselkedésére. A korai kontaktus által biztosított természetes OT termelődés elősegíti a kötődést, magas szintű anyai gondoskodással alapozza meg az utódgenerációk kedvezőbb életminőségét, szaporodási sikerét.

Irodalomjegyzék

1. Bereczkei, T. (2003) *Evolúciós pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
2. Buckley, S. (2005) Epidurals: risks and concerns for mother and baby. *Midwifery Today Int Midwife*, Spring, 81, 21-23, 63-66.
3. Cameron, N. M., Shahrokh, D., Del Corpo, A., Dhir, S. K., Szyf, M., Champagne, F. A. (2008) Epigenetic programming of phenotypic variations in reproductive strategies in the rat through maternal care. *J Neuroendocrinology*, 20(6): 795-801.
4. Champagne, F. A. (2008) Epigenetic Mechanisms and the Transgenerational Effects of Maternal Care *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(3): 386-97.
5. Champagne, F. A., Curley, J. P. (2009) Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(4): 593-600.
6. Curley, J. P., Champagne, F. A., Bateson, P., Keverne, E. B. (2008) Transgenerational effects of impaired maternal care on behaviour of offspring and grandoffspring. *Animal Behaviour*, 75(4): 1551-1561.
7. deChateau, P. (1980) Early Post-Partum Contact and Later Attitudes. *International Journal of Behavioral Development*, 3: 273-286.
8. DeVries, A. C., Glasper, E. R., Detillion, C. E. (2003) Social modulation of stress responses. *Physiology & Behavior*, 79(3): 399-407.
9. Ditzen, B., Schaer, M., Gabriel, B., Bodenmann, G., Ehler, U., Heinrichs, M. (2009) Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biological Psychiatry*, 65(9): 728-31.
10. Esch, T., Stefano, G. B. (2005) The Neurobiology of Love. *Neuroendocrinology Letters*, 26(3): 175-92.
11. Feldman, R., Gordon, I., Zagoory-Sharon, O. (2010a) The cross-generation transmission of oxytocin in humans. *Hormones and Behavior*, 58(4), 669-676.
12. Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O., Zagoory-Sharon, O. (2010b) Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35(8), 1133-1141.
13. Fish, E. W., Shahrokh, D., Bagot, R., Caldji, C., Bredy, T., Szyf, M. (2004) Epigenetic programming of stress responses through variations in maternal care. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036: 167-80.
14. Gray, L., Watt, L., Blass, E. M. (2000) Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 105(1): e14.
15. Grewen, K. M., Girdler, S. S., Amico, J., Light, K. C. (2005) Effects of partner support on resting oxytocin, cortisol, norepinephrine, and blood pressure before and after warm partner contact. *Psychosomatic Medicine*, 67(4): 531-538.
16. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2003) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art. No. CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.
17. Hotelling, B. A. (2007) The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(2): 38-96.
18. Insel, T. R. (1992) Oxytocin, a neuropeptide for affiliation: evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies. *Psychoneuroendocrinology*, 17: 3-35.
19. Insel, T. R. (1997) A neurobiological basis of social attachment. *American Journal of Psychiatry*, 44: 207-219.
20. Johnson, A. N. (2005) Kangaroo Holding Beyond the NICU. *Pediatric Nursing*, 31(1): 53-56.
21. Johnston, C. C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Fillion, F., Jack, A., Steele, S., Bover, K., Veilleux, A. (2003) Kangaroo Care Is Effective in Diminishing Pain Response in Preterm Neonates. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(11): 1084-1088.
22. Klaus, M. H., Klaus, P. H. (2005) *A csodálatos újszülött*. Jaffa Kiadó, Budapest.

23. Lee, H. J., Macbeth, A. H., Pagani, J. H., Young, W. S. (2009) Oxytocin: the great facilitator of life. *Progress in Neurobiology*, 88(2): 127-51.
24. Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R., Weller, A. (2007) Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides*, 28(6): 1162-9.
25. Mayberry, L. J., Clemmens, D., De, A. (2002) Epidural analgesia side effects, co-interventions, and care of women during childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5): S81-93.
26. Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. (2007) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
27. Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., Svensson, K., Stock, S., Widstrom, A-M., Winberg, J. (1996) Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. *Early Human Development*, 45(1): 103-118(16).
28. Petersson, M., Diaz-Cabiale, Z., Fuxe, K., Uvnäs-Moberg, K. (2005) Oxytocin increases the density of high affinity alpha 2-adrenoreceptors within the hypothalamus, the amygdala and the nucleus of the solitary tract in ovariectomized rats. *Brain Research*, 1049: 234–239.
29. Russell, J. A., Leng, G., Douglas, A. J. (2003) The magnocellular oxytocin system, the fount of maternity: adaptations in pregnancy. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 24(1): 27–61.
30. Simkin, P., O'hara, M. (2002) Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5): S131–159.
31. Storton, S. (2007) Encourages All Mothers, Families to Touch, Hold, Breastfeed, Care for Their Babies. *The Journal of Perinatal Education*, 16 (1): 74-76.
32. Turner, R. A., Altemus, M., Enos, T., Cooper, B., McGuinness, T. (1999) Preliminary research on plasma oxytocin in normal cycling women: investigating emotion and interpersonal distress., *Psychiatry*, 62: 97-113.
33. Uvnäs-Moberg, K., Arn, I., Magnusson, D. (2005) The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2): 59–65.
34. Weaver, I. C. G. (2004) Epigenetic programming by maternal behavior and pharmacological intervention. *Nature versus nurture: let's call the whole thing off*. *Epigenetics*, 2(1): 22-8.

Tesztkérdések

1. Mi az oxitocin funkciója?
 - a) méhösszehúzó szüléskor
 - b) tejkilövellés szoptatáskor
 - c) szociális affiliáció elősegítése
 - d) fentiek mindegyike
2. Vészhelyzet esetén milyen válaszlehetőségek jönnek szóba?
 - a) visszatámadás
 - b) elmenekülés
 - c) nyugalomban maradás
 - d) a fentiek mindegyike
3. Hol kap szerepet az oxitocin a szexualitásban? Melyik állítás igaz?
 - a) Sehol, az oxitocin csak szüléskor kap szerepet.
 - b) Orgazmus esetén megnő az oxitocin-szint, centrálisan és a periférián egyaránt.
 - c) Szexuális együttlét esetén csökken az oxitocin, hogy védje az esetleges már meglévő terhességet.
 - d) Orgazmus esetén megnő az oxitocin-szint, de csak a periférián.
4. Az alábbiak közül melyik NEM tartozik a centrális oxitocin hatókörébe?
 - a) csökkenti a szorongást
 - b) csökkenti a depressziót
 - c) csökkenti a társas támasz nyújtását
 - d) csökkenti az antiszociális viselkedést
5. Melyik alábbi körülmény NEM ideális a születés utáni korai együttlét (early contact) szempontjából?
 - a) nyugalmas helyen történik
 - b) 30 percig tart
 - c) az anya és a gyerek is éber
 - d) nem zavarja meg az együttlétet más beavatkozás

6. A társas viselkedés szabályozásában milyen szerepet tölt be az oxitocin?
- a) reprodukzív viselkedés beindulása elősegíthető
 - b) szülői/anyai viselkedés beindulása elősegíthető
 - c) a kölykök kötődési viselkedése kedvezőbb
 - d) a fentiek mindegyike
7. Melyek NEM tartoznak az oxitocin funkciói közé a kölykök / utódok szempontjából?
- a) A bőr-kontaktus nyomán felszabaduló oxitocin csökkenti a fájdalmat.
 - b) A magasabb oxitocin-szint megnyugtatja a kölyköt.
 - c) A magas oxitocin-szint növeli az izolációs hívást.
 - d) A magasabb oxitocin-szint segít rögzíteni az anyáról érkező jeleket (pl. szag) a kölyök memóriájában.
8. Az alábbiak közül mely szülési módok ill. beavatkozások segítik az oxitocin-rendszert?
- a) EDA
 - b) császármetszés
 - c) indított szülés
 - d) a fentiek közül egyik sem
9. Az alábbiak közül melyik a kakukktojás az emberi újszülött kompetenciái közül?
- a) a baba keresi az anyai mellet
 - b) érdeklődik az emberi arc iránt
 - c) sírással erősíti tüdejét
 - d) éber az első órában
10. Milyen hatása van a korai kontaktussal járó magas oxitocin-szintnek az anyára nézve? Jelölje meg a helytelen (valótlan) állítást.
- a) hűti az anyai mellet, nehogy a bőr-kontaktus túlmelegítse a babát
 - b) megbízhatóbb a tejelövellés
 - c) beindul az „anyai” viselkedés (mothering)
 - d) olajozottabban alakul ki az anya-gyerek kötődés

Kötődéelmélet és szoptatás

Csóka Szilvia

Jelen fejezet a szoptatás és az anya-gyermek kötődés kapcsolatát vizsgálja. A feladat nem könnyű, hiszen rendkívül sok féltudományos legenda övezi e két kiemelt anya-gyermek interakció lehetséges összefüggéseit, továbbá nem egységes a témát feldolgozó szakirodalom szóhasználata sem, sok esetben alapvető fogalmak keverednek (pl: bonding/attachment fogalmak). Figyelembe kell vennünk azt is, hogy tudományos szempontok szerint elemezzük két olyan folyamatnak a lehetséges kölcsönhatásait, melyek önmagukban sem – természetüknél fogva – minden esetben vizsgálhatóak könnyen és megbízhatóan tudományos módszerekkel. Jelen dolgozat nagyban támaszkodik a *Jansen* és kollégái által 2008-ban publikált összefoglaló cikkekre, melyben feldolgozásra került az 1985 után angol nyelven megjelent, a kötődés és szoptatás kapcsolatát valamilyen módon vizsgáló publikációk jelentős hányada (*Jansen, 2008*). Az összefüggések előtt röviden áttekintjük az alapfogalmakat, a vizsgálni kívánt kölcsönhatások irányait, és végül megbeszéljük a szakirodalmi adatokból levonható következtetéseket, ezek lehetséges jelentéseit.

Mivel jelen jegyzet alapvetően a szoptatás tárgykörével foglalkozik, nagyon röviden és kizárólag témaspecifikusan érintjük a szoptatás fogalmát. Szoptatás alatt – jelen fejezetben – a gyermek (utód) anyamellből való táplálását értjük. A szoptatás és kötődés kapcsolatát vizsgáló tudományos cikkek nem tesznek további megkülönböztetéseket, nem használnak további, szoptatáson belüli kategóriákat az interakció minőségére vonatkozóan. A legtöbbet használt változó a szoptatás időtartama, melyet hónapokban mérnek. A szoptatás kizárólagossága egy másik változó, mellyel némely tanulmányban találkozunk. A későbbiek során érdemes lesz felidéznünk, hogy mennyire differenciálatlanul jelenik meg a vizsgálatok során ez az összetett és részletekben igen gazdag interakció, a szoptatás, melyet – mint sok egyéb anya-gyermek interakciót – talán érdemes lenne további szempontok szerint csoportosítani, különösen ha a kötődéssel kapcsolatban szeretnénk összefüggéseket keresni, kimutatni.

Az anya-gyermek kötődés fogalma a legtöbb tanulmány esetében világosan érthető, értelmezhető: a Bowlby által megfogalmazott kötődés alatt azt a homeosztatisz szabályozórendszert értjük, mely anya és gyermeke között épül ki és működik, egyensúlyban tartva az utód biztonság iránti igényét és explorációs vágyát. A gyermek ezzel a kötődési igénnyel születik, tehát a kötődés egy erősen biológiai gyökerekkel rendelkező jelenség, melynek minőségét a gyermek környezete, elsősorban édesanyja, de a tágabb családi és kulturális milió is befolyásolja (*Bowlby, 1969,1973,1980*). Mai, modern kognitív pszichológiai megfogalmazásban azt mondhatjuk, hogy a gyermekben a kötődés minőségétől függően, illetve annak formálódásával párhuzamosan kialakul egy belső reprezentációs modell, (Bowlby belső munkamodellnek hívta), mely alapvető meghatározza a gyermek érzelme-felismerési és -szabályozási folyamatait, szorosan kapcsolódva így a reflektív szelf-funkció fejlődéséhez (*Fonagy, 1997*). A klasszikus és a modern kötődéskutatás főbb eredményeit később részletesen tárgyaljuk, a fogalmak tisztázásához elég talán ennyit megemlíteni.

A szoptatás lehetséges hatásai a kötődésre

Amit jelen tanulmányban meg kell különböztetnünk: a gyermek kötődését anyjához (infant attachment), mely jól mérhető és jellemezhető az idegen helyzet teszt nevű elrendezésben, és amely fogalmat imént vezettünk be, illetve az édesanya érzelmi kötődését gyermekéhez (maternal bond) (Klaus, 1976). A magyar szóhasználat mindenképpen félrevezető, hiszen épp megkülönböztetni szeretnénk két erős és gyakran összemosódó érzelmi köteléket. Az anyai kötelék fogalma (nevezzük most így az angol maternal bond kifejezést) sokkal kevésbé tisztázott és ritkábban is használt kifejezés, mint a kötődés, most mégis kiemelt figyelmet kell szentelnünk neki és meg kell különböztetnünk a korai kötődés vagy anya-gyermek kötődés névvel illetett jelenségtől, hiszen a szoptatással kapcsolatban ennek a két kifejezésnek a keveredése okozza a legtöbb félreértést.



Több kutatás eredménye szerint a szoptatás erősíti az anya-gyermek kapcsolatot, elősegíti az anya-gyermek kötődés kialakulását. Mit jelenthetnek ezek az eredmények, kinek a kötődését erősítik, milyen módon mérhető ez a különbség? Az „**erős kötődés**” fogalma nem létezik a kötődéskutatásban, ugyanígy nehezen határozható meg, hogyan „**segíti elő**” a kötődés kialakulását a szoptatás, hiszen a kötődés – nagyon ritka, pl. árvaházi kivételtől eltekintve – szinte minden esetben kialakul, a gyermek önmagában hordozza kötődési igényét, melyhez a legtöbb esetben partnert talál (Bowlby, 1973). A gyermek kötődésének **minőségét** (biztonságos vagy bizonytalan) nem határozhatjuk meg annak „**erőssége**” alapján, mivel azonban több kutatásban édesanyák beszámolóí alapján születik meg az eredmény, mely szerint a szoptatás erősíti az ő kötődésüket, nyilvánvalóan egy más típusú kötelékről lehet szó, melyet az édesanya érez gyermeke iránt (maternal bond).

A Jansenék által publikált összefoglaló szerint 22 tudományos publikáció hozza pozitív összefüggésbe a szoptatás és az anya-gyermek kötődés kapcsolatát empirikus alátámasztás nélkül. További 13 közlemény arról számol be, hogy az édesanyák a szorosabb kapcsolat, a jobb kötődés érdekében választották csecsemőjük táplálási módjaként a szoptatást. A gyermek kötődéséről ezen utóbbi tanulmányokban sem esik szó, természetesen az anya érzelmei (maternal bond) egyáltalán nem elhanyagolhatóak, de tudnunk kell, hogy mit mérnek ezek a kutatások: a szigorúan vett Bowlby-féle korai kötődésről nem szolgálnak információval az édesanya érzelmeit elemző kutatások. Nem vonható tehát kétségbe, hogy a szoptatás hatással van az anya gyermeke iránt érzett érzelmeinek erősségére, de ezen eredmények – néhol önkényes – kivetítése az anya-gyermek kötődés minőségére vonatkozóan nem megalapozott és félrevezető.

Britton és kollégái 2006-ban publikálták igazán hiánypótló (és azóta is egyedülálló), ám meglepő eredményeket mutató kutatásukat, melyben először mérik meg a gyermekek kötődésnek minőségét és teszik fel a kérdést, vajon összefüggésben van-e a biztonságos kötődés kialakulása a szoptatással (Britton, 2006)? Korábbi, anyai beszámolókon (Cernadas, 2003) nyugvó eredmények alapján azt várnák hogy a szoptató édesanyák gyermekei nagyobb valószínűséggel kötődnek biztonságosan, míg a tápszerrel táplált csecsemők körében több lesz a bizonytalan kötődésű baba. Az eredmények azonban azt mutatják, hogy a gyermekek kötődésének minősége független a táplálás módjától. A kutatók megkérdezték a még várandós édesanyákat, hogyan tervezik gyermekük táplálását; a későbbi mérések szerint a szoptatni kívánó édesanyák érzékenyebbek voltak 3 hónapos csecsemőjükkel, mint szoptatni nem kívánó társaik, ugyanakkor a gyermekek 12 hónapos korában mért kötődés minőségében nem mutatkozott különbség.

A mindenképpen figyelemreméltó eredmények mögött ott húzódik a két külön fogalom, rendszer: az édesanya érzelmi köteléke, mely a legtöbb eredmény szerint valóban egy intenzívebben átélt érzelmű szoptatás esetén, illetve a korai kötődés, mely ezek szerint nem áll direkt összefüggésben a táplálás módjával. Evidenciaként nem érdemes kezelni egyetlen releváns kutatási eredményt, de mindenképpen figyelembe kell vennünk, hogy a szoptatás időtartama hónapokban mérve (a kutatás így méri a szoptatás jelenlétét) önmagában nem perdöntő a kötődés alakulása során.

Mint a legtöbb igazán érdekes eredménnyel szolgáló publikáció, jelen közlemény is több kérdést vet fel, mint amennyit megválaszol: hogyan lehet, hogy az olyan intenzív hormonális változásokkal járó folyamat, mint az oxitocin és prolaktin – melyek köztudottan kiemelt szerepet játszanak az anyai viselkedés alakításában (ld: Dr. Varga Katalin fejezete) – felszabadulással járó szoptatás nincs hatással a kötődés minőségére? Továbbá feltehetjük a kérdést, hogy hol a kutatástervezési hiba, hol vész el a szoptatás lényege az említett publikációkban? A szoptatás ugyanis sok olyan anya-gyermek kommunikációs csatornát érint, melyek központi szerepet játszanak a kötődés kialakulásában. Az oxitocinnak – anyai viselkedést moduláló hatása mellett – antistressz hatást is tulajdonítanak (Uvnas-Moberg, 1997), a prolaktin a tejtermelésben betöltött szerepe mellett, szintén stresszválaszt csökkentő és fájdalomcsillapító hatással is rendelkezik (Torner és munkatársai, 2002; Neuman, 2003). A kolecisztozin mind a csecsemőben, mind az édesanyában termelődik a szoptatás alatt, ellazító és fájdalomcsökkentő hatása van (Beinfeld és munkatársai, 2001).

A szoptatás ezek szerint összességében jót tesz az édesanyának, a szoptató anyák vérnyomása alacsonyabb, fizikai és emocionális stresszre kevésbé reagálnak, mint a nem szoptató édesanyák (Altemus és munkatársai, 1995; Uvnas-Moberg és munkatársai, 1990; Uvnas-Moberg, 1998). Egy EEG-vel végzett vizsgálat során relaxációra utaló hullámokat figyeltek meg az éppen szoptató édesanyáknál (Cervantes és munkatársai, 1992). Továbbá, a szoptató anyák jobban keresik gyermekük közelségét, mint nem szoptató társaik (Newton és munkatársai, 1968; Widstrom és munkatársai, 1990), az együtt töltött idő növeli válaszkészségüket (Feldman és munkatársai, 1999).

A válaszkészség fogalmával pedig elérkeztünk a korai kötődés kulcsmotívumához, hiszen a biztonságos kötődés leginkább az adekvát anyai válaszok mentén épül (Ainsworth, 1973). Látható, hogy a szoptatás **indirekt hatása** a kötődésre korántsem elhanyagolható, azonban közvetlen összefüggést mégsem sikerült kimutatni. Ennek lehetséges okai Jansen és kollégái szerint főként a nyugati szoptatási kultúrában rejlenek: amerikai szoptatási statisztikát idéznek, mely szerint az édesanyák 70 százaléka kezdi el a szoptatást, azonban csak 33 százalékuk szoptatja gyermekét 6 hónapnál tovább. A fent említett – szintén amerikai – kutatási eredmény tehát olyan helyzeteket vizsgál főként, ahol a hosszúnak számított szoptatás sem éri el sok esetben a 6 hónapos intervallumot, a kötődési rendszer egyik legaktívabban formálódó időszakában (6-8 hónapos kor) már nincs is jelen a mérni kívánt hatás, nevezetesen a szoptatás.

A merev, időpontokhoz kötött szoptatási szokás sem segíti az édesanyákat abban, hogy a szoptatás biológiai előnyeit élvezhessék, sokszor olyan mértékű stresszt jelent édesanyának és gyermekének kivárni a következő etetés előre meghatározott időpontját, hogy az ezt követő szoptatás élettani stresszcsökkentése, hangulatjavítása nem számottevő a korábbi események tekintetében. Az éjszakai gondoskodás szintén kiemelt szerepet játszik: a szoptatás során tapasztalt hormonális változások elvben katalizálják az anyai viselkedési minták megjelenését, a sokszor 8 órás szünetekkel tarkított szoptatási rendszer nem tudja betölteni szerepét, melyre a táplálás mellett hivatott lenne. Látnunk kell tehát, hogy amíg a szoptatás hatását mérni kívánó kutatások nem finomítanak a kérdés feltevésén, módszereik kidolgozásán, és főként egységesként kezelik – az egyébként nagyon eltérő anyai gondoskodás részeként – a szoptatás fogalmát addig mérni sem tudnak megfelelően. Maradnak tehát az édesanyák szubjektív érzésein nyugvó beszámolók, melyek eredményét senki nem vitathatja: a szoptatás erősíti az édesanyák által érzett érzelmi köteléket gyermekük irányába.

A felnőtt kötődési mintázat és a szoptatás

Eddig főként a szoptatásnak a kötődésre gyakorolt lehetséges és mérhető hatásait vizsgáltuk meg, a hatás azonban nem egyirányú. Ahhoz, hogy a szoptatást az édesanya oldaláról, az ő kötődési, tehát attachment rendszerének részeként tudjuk vizsgálni, részletesebben ismertetjük a kötődés jelenségét.

A kötődélmélet mai népszerűségét és széleskörű elfogadottságát tekintve nehezen hinnénk, hogy korabeli bemutatása heves ellenérzéseket váltott ki a Brit Pszichoanalitikus Társaság tagjaiból (*Bretherton, 1992*). A brit tárgykapcsolati iskola szerint a csecsemő és a kisgyermek lelkivilágát leginkább **fantáziáin** keresztül érthetjük meg, ennek megfelelően véleményük szerint az anya-gyermek kapcsolat alakulása is leginkább a gyermek tudattalan fantáziavilágától, az agressziótól és a libidótól függ (*Klein, 1932*).

Bowlby ebben az uralkodó szellemiségben fogalmazta meg, hogy a gyermek evolúciós örökségénél fogva **igényli a szoros fizikai közelséget, a válaszkészen és érzékenyen gondoskodó** édesanyát, feltételezte továbbá, hogy az anya **hozzáférhetősége** vagy éppen **hozzáférhetetlensége** az egyik kulcsmotívum az anya-gyermek kapcsolat alakulása során, szemben – az egyébként is főleg spekulációkon alapuló – fantáziavilággal. Bowlby legnagyobb érdeme, hogy fontosságának megfelelő rangra emeli a **személyre szóló és nem helyettesíthető kapcsolatot**, mely – talán láthatatlanságánál fogva – addig nem kapott megfelelő értelmezést.

A **szeparációs szorongás** kísérletes igazolását a Mary Ainsworth – Bowlby tanítványa – által kidolgozott kísérleti helyzet, a már korábban említett idegen helyzet teszt tette lehetővé: ebben az egyszerű elrendezésben anyát és gyermekét egy kevesebb, mint fél órás vizsgálatnak vetik alá, rövid szeparációs szituációkkal (*Ainsworth, 1978*). A teszhelyzet eredetileg azt hivatott igazolni, hogy a 12 hónapos gyermekek számára – idegen körülmények között – nagy stresszt jelent édesanyjuk pár perces távolléte is. A feltételezés beigazolódott, és nem várt újdonsággal is szolgált: a gyermekek kötődési viselkedése nem egyformán nyilvánult meg, különböző **kötődési mintázatokat** regisztráltak.

A **biztonságosan kötődő** (B) gyermekek hangot adtak nemtetszésüknek, sírtak a távozó édesanya láttán, az anya visszatérésekor azonban hamarosan – temperamentumtól függően eltérő idő múlva – ismét megnyugodtak és visszatértek a játékok felfedezéséhez. Az **elkerülően kötődő** (A) gyermekek összességében túlszabályozták érzelmeiket, így nem nyilvánították ki azokat sem stressz esetén, sem feltételezett örömteli esemény kapcsán, bizonyos érzelmi és fizikai távolságból követték nyomon az édesanya távozását, érkezését, látszólag kevésbé érintette őket a szeparációs epizód. Az **ambivalensen kötődő** (C) gyermekek ezzel szemben alulszabályozták érzelmeiket, szélsőségesen reagálva az édesanya távozására, ugyanakkor elmaradt náluk a viszontlátásból elvileg következhető megfelelő érzelmereguláció: az édesanya közelsége, melyet az egyik pillanatban még kerestek, nem hozott megnyugvást számukra. A későbbiekben ez az eredeti három koherens kötődési mintázat kiegészült még egy negyedik, **dezorganizált kötődési** stílussal, melynek főbb jellemzője éppen a megküzdő mechanizmus teljes hiánya, az ilyen kötődéssel jellemezhető gyermekek viselkedése nehezen foglalható össze, hiszen éppen a koherencia hiányzik belőle (Main, 1986).

Az ismertett kötődési mintázatok a Bowlby által feltételezett belső munkamodell működésének köszönhetően az évek múlásával is aktívan jelen vannak és meghatározzák az egyén későbbi kapcsolatainak minőségét is. A felnőtt kötődés mérése ugyanúgy lehetséges, mint a kisgyermeké, természetesen eltérő eszközökkel.

Az egyik legelismertebb felnőtt kötődést mérő eszköz a **Felnőtt Kötődés Interjú (Adult Attachment Interview, AAI)**, melynek kategóriái megfeleltethetőek az ainsworthi mintázatoknak (George, 1985). Magyarországon elsőként validáltunk egy felnőttek kötődésére alkalmas kérdőívet, a **Kapcsolati Kérdőívet (RSQ)**, mely szintén négy kötődési mintázatot mér (Csóka, 2007). Ezek szerint az édesanya is, mint egykori gyermek, rendelkezik egy bizonyos kötődési mintázattal, ez azonban nem azonos a korábbiakban említett anyai kötelék (maternal bond) fogalmával.

A kötődési mintázatok, amellet, hogy viszonylag nagy stabilitást mutatnak az évek során, generációkon keresztül is hatnak. Fonagy Péter és kollégái vizsgálatukban várandós édesanyákkal vették fel a felnőtt kötődés interjút, és **az édesanyák kötődési minősége előre jelezte a gyermek kötődésének minőségét** (Fonagy, 1991)!

Idézzük fel az egyetlen releváns szoptatás-kötődés kutatás eredményét, mely szerint a várandós édesanyák szoptatási szándéka (a szándék önmagában!) előre jelezte az édesanyák szenzitivitását a gyermek három hónapos korában. Ezen a helyen utalhatunk a perinatális epigenetikai eredményekre is, mely beszámolók szerint a vizsgált kispatkányok pár hetes korában megjósolható, hogy milyen anyai gondoskodásban részesítik majd ők saját kölykeiket, annak függvényében, hogy ők maguk milyen gondoskodásban részesültek (Champagne, 2006).

Ezek szerint a szoptatás megkezdésekor már majdnem minden eldőlt. Az édesanya saját kötődési rendszerének megfelelően gondozza gyermekét, ennek megfelelően szoptatja is, tehát érzékenyen, adekváтан reagálva a baba jelzéseire, vagy külső forráshoz igazodva, nem a baba igényeivel összhangban. Láthatjuk tehát, hogy nem szerencsés a szoptatást kiragadni az anyai gondoskodás komplex rendszeréből, amely alapvetően egy születés, sőt fogantatás óta formálódó rendszer, amely ugyan a szülés után manifesztálódik, de érése már jóval korábban kezdődik.

A belső munkamodell – ezt már Bowlby is hangsúlyozta – nyitott, tehát a legkorábbi élmények mentén épülő kötődési mintázat változhat az évek során. A várandósság már önmagában egy életteni krízisállapot, amely lehetőséget ad a korábbi, saját anya-gyermek kapcsolat belső rendezésére, például az anya-magzat kapcsolatanalízis módszerével (Raffai, 1999). A szoptatási módszer tudatos választása, a korábbi családi szokás esetleges elvetése lehet egy ígéretes változás kezdeti lépése, önmagában azonban nem elegendő.

Lyons-Ruth és *Spielman* számolnak be esettanulmányukban egy első gyermekét nevelő édesanyáról, aki saját negatív korai élményei miatt határozta el, hogy ő érzékeny és fogékony édesanyja lesz fiának, akit igény szerint szoptat (*Lyons-Ruth, 2004*). Az édesanya a gyermek 8 hónapos korában – ekkor fordul pszichológushoz – arról számol be, hogy nem érzi helyesnek korábbi döntését, miszerint minden idejét a gyermeknek szenteli és nagyon frusztrálja az is, hogy nem tudja a gyermekét megfelelően megnyugtatni. Az első interjú során a terapeuta megfigyelte, hogy beszélgetésük alatt az édesanya többször felkínálta nyugtalankodó gyermekének a szopás lehetőségét, a gyermek azonban csak egyre ingerültebb lett, az édesanya pedig egyre csüggedtebb, csalódottabb, amiért nem volt képes hatékonyan megnyugtatni láthatóan feszült gyermekét. A beszámoló szerint hiába az édesanya tudatos elhatározása saját anyaságát illetően, saját kötődési mintázata (melyet tehetetlen / félelemteli altípusba sorolnak a kutatók) nem engedi a valódi változást, hiszen a szoptatás példájánál maradván ő sem igény szerint szoptatta gyermekét, hanem minden diszkomfort jelzésre felkínálta a szopás lehetőségét, mely nyilvánvalóan nem lehet adekvát válasz egy nyolc hónapos gyermek számára. A terápia során az édesanya – többek között – megtapasztalta hogy a biztonságos érzelmi kötődés nem tűnik el akkor sem, ha ő maga éppen negatív érzelmeket él át, és ezeket bizonyos módon közvetíti is a külvilág felé (az „elég jó anya” fogalmának megfelelően (*Winnicott, 2004*)). Így egyre kevésbé érezte önmagát saját anyaságának rabszolgájaként, és a folyamatos önvizsgálat, saját viselkedésének állandó monitorozása és helyreigazítása helyett képes lett odafigyelni gyermekére, annak valódi igényeire, ritmusára. Az esetleírásban szereplő édesanya a szoptatás körül (is) érez gondokat; nehezen fogadja el, hogy a szoptatás – a gyermek növekedésével, fejlődésével párhuzamosan – elveszíti omnipotens jellegét, már nem minden esetben alkalmazható az éhség, a fáradtság, a nyugtalanság tökéletes megoldásaként. Eszköztelen marad, hiszen elhatározása szerint ő ideális édesanyaként igény szerint és gyakran szoptatná gyermekét. Látható ugyanakkor, hogy a valódi probléma nem a szoptatás körül forog, hanem – mint cseppben a tenger – egy összetettebb, megoldatlan konfliktus részeként jelenik meg ebben az anya-gyermek kapcsolati formában is. Ugyanígy a szoptatás körüli konfliktusok bizonyos része kevésbé szól önmagáról a szoptatásról, hiszen láttuk, hogy a szoptatási szándék már előrejelzi az édesanya viselkedését gyermekével szemben. A megoldást, gyógyulást, a megbomlott vagy meg sem lelt harmónia keresését azonban el lehet kezdeni a szoptatás felől is, bízva ennek az interakciónak az egyedi és teljesen sajátos biológiai támogatásában is, mely további erőt nyújt az édesanyának.

Irodalomjegyzék

1. Ainsworth, M. (1973) The development of infant-mother attachment. In: Caldwell B, Ricciuti H. (Eds): Review of Child Development research Vol. 3. University of Chicago Press, 1-94.
2. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978) Patterns of attachment: A psychological study of strange situation. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
3. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
4. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.
5. Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Vol. 3. Loss. New York: Basic Books.
6. Bretherton, I. (1992) The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28:759-775
8. Cernadas, J. M., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, 19:136–144.
9. Cervantes, M., Ruelas, R., Alcalá, V. (1992): EEG signs of "relaxation behavior" during breastfeeding in a nursing woman. *Archives of Medical Research*, 23: 123-127.
10. Champagne F.A., Weaver, I.C.G., Diorio, J., Dymov, S., Szyf, M., Meaney, M.J. (2006) Maternal care is associated with methylation of the estrogen receptor- α 1b promoter and estrogen α receptor expression in the medial preoptic area of female offspring *Endocrinology* 147, 2909-2915
11. Csóka Sz, Szabó G, Sáfrány E, Rochlitz R, Bódizs R : Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a kapcsolati kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*, 27(4): 333-355 2007
12. Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991) Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age *Child Development* 62 891-905
13. Fonagy, P., Target, M. (1997) Attachment and reflective function: Their role in self-organization *Developmental Psychopathology* 679-700
14. Georeg, C., Kaplan, N., MAIN, M. (1985): The adult attachment interview. Közöletlen kézirat. University of California at Berkeley.
15. Jansen, J., Weerth de, C., Riksen-Walraven, M., (2008) breastfeeding and the mother-infant relationship – A review *Developmental review* 28 503-521
16. Klaus, M., Kennell, J. (1976) Maternal–infant bonding: The impact of early separation or loss on family development. Saint Louis: Mosby
17. Klein, M. (1932). The psycho-analysis of children. London: Hogarth Press.
18. Lyons-Ruth, K., Spielman, E. (2004) Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention *Journal of Infant Mental Health* 25, 318-335
19. Main, M., Solomon, J. (1986): Discovery of a disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton MW. (ed) *Affective development in infancy*. Norwood, NJ, Ablex, 95-124.
20. Neuman, I. D. (2003): Brain mechanisms underlying emotional alterations in the peripartum period in rats. *Depression and Anxiety*, 17: 111-121.
21. Newton, N., Peeler, D., Rawlins, C. (1968): Effect of lactation on maternal behavior in mice with comparative data on humans. *Journal of Reproductive Medicine*, 1: 257-262.
22. Raffai, J. (1999) Anya-magzat kapcsolatanalízis: egy különleges kapcsolati kultúra *Pszichoterápia* VIII.évf. 1.sz. 14-20
23. Torner, L., Toschi, N., Nava, G., Clapp, C., Neumann, I. D. (2002): Increased hypothalamic expression of prolactin in lactation: involvement in behavioural and neuroendocrine stress responses. *European Journal of Neuroscience*, 15: 1381-1389.

24. Uvnas-Moberg, K., Widstrom, A.M., Nissen, E., Bjorvell, H. (1990): Personality traits in women 4 days post-partum and the correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 11: 261-273.
25. Uvnas-Moberg, K. (1997): Oxytocin linked antistress effects: the relaxation and growth response. *Acta Physiologica Scandinavica*, 640(Suppl): 38-42.
26. Uvnas-Moberg, K. (1998): Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23: 819-835.
27. Widstrom, A. M., Wahlberg, W., Matthiesen, A. S. (1990): Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Human Development*, 21: 153-163.
28. Winnicott, D., W. (2004). *A kapcsolatban bontakozó lélek: Válogatott tanulmányok*. Budapest: Új Mandátum.

Tesztkérdések

1. A biztonságos kötődés
 - a) csak gyermekkorban mérhető.
 - b) az édesanya viselkedésétől függetlenül van jelen.
 - c) az adekvát anyai válaszok mentén épül.
 - d) felnőttkorban nem befolyásolja az egyén kapcsolatait.
2. Nem koherens kötődési mintázat
 - a) elkerülő kötődés
 - b) dezorganizált kötődés
 - c) biztonságos kötődés
 - d) ambivalens kötődés
3. Az elkerülő kötődést mutató gyermek
 - a) hosszasan sír távozó édesanyja után.
 - b) alul szabályozza érzelmeit.
 - c) biztonságos bázisként tekint édesanyjára.
 - d) látszólag nyugodtan követi figyelemmel édesanyja távozását.
4. Szakirodalmi adatok szerint hogyan hat a gyermek kötődésének minőségére a szoptatás?
 - a) Erősíti a gyermek kötődését édesanyjához.
 - b) Növeli a biztonságos kötődés kialakulásának valószínűségét.
 - c) A kutatási eredmények nem találtak különbséget a gyermekek kötődését illetően.
 - d) A tápszeres etetés növeli a bizonytalan kötődés kialakulását.
5. A szoptató édesanyák...
 - a) arról számolnak be, hogy jobban kötődnek gyermekükhöz.
 - b) gyermekei biztonságosabban kötődnek édesanyjukhoz.
 - c) ugyanolyan intenzitással keresik gyermekük közelségét, mint nem szoptató társaik.
 - d) ugyanúgy reagálnak a stresszre, mint nem szoptató társaik.

6. A perinatális epigenetikai eredmények bemutatták, hogy...
- a) az utódgeneráció anyai viselkedése független az anyai gondoskodás minőségétől.
 - b) az anyai gondoskodás minősége a várandósság alatt dől el.
 - c) az anya gondoskodásának minősége befolyásolja a leányutódok anyai viselkedését.
 - d) az anyai gondoskodás minősége független a környezeti hatásoktól, a DNS-ben kódolt az anyai viselkedés.
7. Az ambivalens kötődés
- a) az érzelmek túlszabályozásának egyik jele.
 - b) szélsőséges érzelmekkel jellemezhető.
 - c) csak a felnőtt kötődési mintázatok között található.
 - d) nem koherens kötődési mintázat.
8. Bowlby szerint
- a) a kötődési viselkedés alapvetően evolúciós örökségként értelmezhető.
 - b) az elsődleges gondozót a jól képzett nővér képes helyettesíteni.
 - c) a gyermekkorban mért kötődési mintázatok az egyén élete során nem képesek felülíródni.
 - d) a belső munkamodell csak 12 hónapos korig aktív.
9. Az anyai érzelmi kötelék (melyet az édesanya érez gyermeke iránt)
- a) erőssége nem függ attól, hogy az édesanya szoptatja-e gyermekét.
 - b) megfelel a felnőtt kötődés fogalmának.
 - c) egy objektíven mérhető változó.
 - d) erőssége a szoptatás függvénye is.
10. A kötődés
- a) nem megfelelő anyai viselkedés esetén nem alakul ki a gyermekben.
 - b) indirekt összefüggésben van a szoptatással.
 - c) minőségének alakulása elsősorban a szoptatás sikerességén múlik.
 - d) egy éves korban még nem mérhető.

ANYAI KÓRÁLLAPOTOK LAKTÁCIÓS VONATKOZÁSAI

Kevés a tej – Nem szopik eleget a csecsemő

W. Ungváry Renáta

Ez a két leggyakoribb probléma, ami miatt szoptatási tanácsadóhoz fordulnak az anyák. A szoptatás idő előtti abbahagyásának legfőbb okaként az elégtelen tejtermelést nevezik meg az érintettek. Ez azért meglepő, mert a tej mennyisége megfelelő gyakoriságú és hatékonyságú szoptatás-szopás esetén alkalmazkodik az igényekhez. Paradox jelenség, hogy a mindennapi gyakorlatból úgy tűnik, mintha ez egyáltalán nem működne, mintha a megfelelő mennyiségű anyatej termelésének képessége a szerencsés anyák privilégiuma volna. A leggyakoribb reakció, hogy a csecsemőnek tápszerez kiegészítést adnak. Az eredmény: a kívánatosnál rövidebb ideig tartó szoptatás.

Mi mindent jelent, ha kevés a tej?

1. A csecsemő a szükségesnél kevesebb táplálékhoz jut.
2. A csecsemőnek a kívánatosnál kevesebb közvetlen testkontaktus jut.
3. A csecsemő a számára megfelelő immunológiai védelemből is kevesebbet kap.

Miért ez a leggyakoribb probléma?

A valóságban természetesen nem arról van szó, hogy a sikeres szoptatás, az elegendő tej termelése szerencse kérdése volna. Megfelelő információk és támogatás mellett az anyák túlnyomó többsége képes a kizárólagos szoptatásra a csecsemő életének első hat hónapjában, sőt arra is, hogy a szoptatást a mindkettejük számára ideális ideig folytassa. Ugyancsak megfelelő információk és támogatás szükséges ahhoz, hogy azok az anyák is tudjanak szoptatni, akiknek minden erőfeszítés ellenére kevesebb teje termelődik, mint amennyi a csecsemő megfelelő fejlődéséhez szükséges volna. Alapelv, hogy az anyatejből minden egyes korty érték, nincs olyan kicsi mennyiségű tej, amelynek kedvéért ne volna érdemes erőfeszítést tenni, vagy amelynek ne volna értéke a csecsemő számára. Ugyanakkor a legoptimálisabb hatás érdekében a kizárólagos szoptatást javasolja a WHO az élet első hat hónapjában (*Kramer, 2002*).

Könnyebb megérteni ezt a szerteágazó problémát, ha sorra vesszük az okokat:

1. Alapvető ismeretek hiányoznak arról, hogyan termelődik az anyatej, milyen tényezők határozzák meg a mennyiségét. Ez az anyákra és az anyával foglalkozó egészségügyi dolgozók jelentős részére is igaz. A legelterjedtebb tévhit ez: a mell voltaképpen egy nem annyira praktikus cumisüveg: nem látszik, mennyi van benne, a cumi része hol nagy, hol kicsi, hol lapos, ráadásul fájni is tud, nem is kicsit. A cumisüvegből ki tud fogyni a tej, így a mell működésével kapcsolatban is ez a feltételezés: ha a csecsemő elfogyasztotta a napi adagot, akkor üres a mell. Sokan azt gondolják, ha több időt hagynak arra, hogy telítődjön, több tej is lesz. A ritkább szoptatás eredménye azonban sokkal inkább a tejmennyiség csökkenése.

A kutatási eredmények meggyőzően igazolják, hogy a folyamatos tejtermelés biztosításában az emlőben lévő helyi mechanizmusok játsszák a fő szerepet (autokrin szabályozás), valamint, hogy a kiürülés gyakorisága és alaposága határozza meg a termelődő tejmennyiséget (*De Coopman, 1993; DeCarvalho, 1983*).

2. Az anya önbizalomhiánya is nehezíti a helyzetet: a legapróbb nehézség esetén is elsősorban saját alkalmatlanságát, ügyetlenségét okolja.

3. A családtagoktól, ismerősöktől, sajnos sokszor egészségügyi dolgozóktól kapott helytelen vagy egymásnak ellentmondó információk miatt egyáltalán nem világos, mi is a teendő válságos helyzetben. Nem mindenki tudja, hogy ilyenkor érdemes laktációs szaktanácsadóhoz fordulni a kérdésekkel.
4. Válságos vagy annak vélt helyzetben egymás hatását fokozó rossz lépésekre kerül sor: a csecsemő pótlást kap, ritkábban kerül mellre, rövidebb időre, a szopás hatékonysága csökken, a tejmenyiség csökken.
5. Kevés hozzáértő szakember van, aki képes a helyzet elmélyült, türelmes feltérképezésére. A "kevés a tej" probléma felgöngyölítés időigényes.
6. A tápszermarketing hatására sok anya gondolja úgy, hogy a tápszer legalább olyan jó, vagy akár jobb is, mint az anyatej. Az ügyesen megfogalmazott, tanácsadófüzetnek álcázott propaganda kiadványok nem tartalmazzak információkat arról, hogyan lehet növelni a tejmenyiséget, és arra az esetre, ha nem volna elég, tápszeres pótlást javasolnak.
7. A társadalmi elvárás az, hogy az anya szoptasson. Ha nem így tesz, akkor rossz anyának számít, ezért akkor sem feltétlenül mer nemet mondani a szoptatásra, ha valójában nem szeretne szoptatni. Olyan kifogást keres és talál, amely "alibit" szolgáltat számára egy nehéz helyzetben.

A két legfontosabb lépés

1. **Kérdezzünk!** Tisztázni kell, hogy valóban kevés a tej, valóban keveset szopik-e a csecsemő. Erre azért van szükség, mert a "kevés a tej" probléma a leggyakoribb álruha. A valódi probléma sokszor egészen más. A legalapvetőbb kérdés, hogy eleget gyarapodik-e a csecsemő, hogyan változik a súlya, miközben csak anyatejet kap. Nagyon sokszor az derül ki, hogy a gyarapodással nincs is gond, egészen más miatt nyugtalan az anya.

Alapelve, hogy mindig egészséges anyából és egészséges csecsemőből indulunk ki, alaposan és körültekintően elemezzük a szoptatási gyakorlatot: magyarázatot ad-e a nehézségekre?

Ehhez szükségünk lesz az anya meghallgatására: ő milyen jelekből látja úgy, hogy nincs elég teje?

Leggyakrabban ezekre az okokra hivatkoznak az anyák: a mell puhább és kisebb, mint azelőtt volt, a kisbaba sír vagy nyugtalankodik szopás után, már nem elég neki egy mell, gyakrabban szeretne szopni, mint azelőtt, szopás után semmit vagy csak pár csepp tejet tud kifejni, korábban egész nap magától is folyt a tej, ez most megszűnt, a korábban erőteljes tejleadóreflexet már nem érzi, nem gyarapodik annyit a baba, mint azelőtt. Fontos tudni, hogy ezek a jelek ugyan utalhatnak arra, hogy kevés a tej, de ez egyáltalán nem törvényszerű. Az anyát megnyugtathatja, ha sorra vesszük aggodalmait és elmagyarázzuk, nagy valószínűséggel mi okozhatja, és hozzátesszük, hogy más anyák is szoktak hasonló jelenségeket tapasztalni, miközben kisbabájuk jól gyarapodik.

2. Ha szükségesnek látszik, számba vesszük azokat a betegségeket, anatómiai eltéréseket az anyánál, amelyek elégtelen tejtermeléshez vezethetnek. Ugyanígy járunk el a csecsemőnél is: ha a tejtermelés megfelelő, ő miért nem tud annyit szopni, hogy a gyarapodása megfelelő legyen?

E két fontos témakör tisztázásában nagy segítség az anamnézis kérdéssor, melyet a „Nem elég a tej” problémakör feltárására állítottunk össze.

Itt található: http://www.szoptatasert.hu/letolt/egyeb/nem_eleg_tej_anamnezis.doc (2011.11.14.)

Mennyi az elég? Megfelelő gyarapodás – megfelelő fogyasztás

A részben még jelenleg is használatos növekedési görbék adatai nem hat hónapig kizárólag szoptatott csecsemőktől származnak. Referenciának a WHO növekedési görbéi tekinthetők. 1997 és 2003 között kivitelezett multicentrikus kutatás során, 8500 különböző etnikai és kulturális háttérű (Brazília, Ghána, India, Norvégia, Oman és az Egyesült Államok) legalább négy hónapig kizárólag vagy túlnyomórészt szoptatott gyerekek öt éves korig követett növekedési adatai alapján készültek az új görbék. A cél az volt, hogy a szoptatott gyerek biológiai normái jelentésük a kiindulópontot a gyarapodás megfelelőségének megítélésékor. A kutatás adatai az *Acta Paediatrica* letölthető különnyomatában jelentek meg (*WHO, 2006*).



A szakirodalomban eltérő alsó határokat adnak meg a még elfogadhatónak tekinthető gyarapodás értékét illetően.

- A La Leche Liga „*Az anyatej mennyiségének növelése*” című tájékoztató füzetben 100-120 gramm / hét van megadva.
- Riordannál az alsó határ 2 gramm/nap, az átlag az első három hónapban lányoknál 34 gramm/nap, fiúknál 40 gramm/nap (*Riordan, 2005*)

Az átlagértéktől való eltérés nem jelent automatikusan túletetést vagy elégtelen gyarapodást, és az alsó határértéknek megfelelő gyarapodás is megfelelőnek tekinthető. Ez utóbbi esetben természetesen nem szabad eltekinteni a szoptatás folyamatának, és gyakorlatának alapos feltérképezésétől, hogy kizárjuk az esetleges problémákat.

A csecsemő különböző életkoraiban más-más gyarapodási határértékeket tekintünk irányadónak, ahogy „*Az egészséges csecsemő és természetes szükségletei*” című fejezetben részletesen szerepel.

Szopások mérése

Azt, hogy az anyának van-e elég teje, a mindennapokban elterjedt gyakorlattól eltérően nem célszerű a szoptott tejmennyiség alapján megállapítani. Az alkalmoszerű mérés/próbaszopás eleve alkalmatlan arra, hogy az egész napi, heti fogyasztásra vonatkozó következtetést vonjunk le belőle.

Ennek okai:

- Az anyatej összetétele, energiatartalma napszakonként is változik, a grammok nem mondanak semmit az elfogyasztott tejmennyiség energiatartalmáról (*Kent, 2007*).
- Az anyai stressz, amely a méréshez, próbaszopáshoz kapcsolódik, eleve gátolhatja a tejleadó reflexet. Tejleadó reflex nélkül a csecsemő a rendelkezésre álló tejmennyiség töredékéhez jut csak hozzá.
- A szopások mérésének csak kivételes helyzetekben van értelme, és csak akkor, ha több napon keresztül minden egyes szoptatást belevonunk (*Riordan, 2005*).
- A szopások mérése azért is értelmetlen, mert elvonja a figyelmet a csecsemő jelzéseiről, pontos megfigyeléséről, és a következő lépést a szoptott tejmennyiségtől teszi függővé, ahelyett, hogy a gyerek állapotát vennénk figyelembe.

Ha nem mérjük a szopott mennyiséget, miből látszik, hogy eleget szopott-e?

Bár ezt csak a szoptatási gyakorlat alapos megfigyelése, a gyerek állapotának, igényeinek megfigyelése után jelenthetjük ki, a következő tényezők azért adnak némi támpontot. **Vigyázat: a sematikus megközelítés mindig veszélyeket rejt magában!** Azt sosem szabad szem elől téveszteni, hogy a szoptatás nem csupán táplálékforrás a csecsemőnek. Ezért a súlygyarapodás alapján legfeljebb annyit jelenthetünk ki, hogy a **nutritív** szopás nagy valószínűséggel kielégíti táplálékigényét.

3. Újszülött-korban

Biztosan elég a tej az első két héten, ha

- a súlyesés kevesebb, mint 10 százalék (*Chantry, 2011*). Korábban 7-8 százaléknál húzták meg ezt a határt. A súlyvesztés mértékénél azonban figyelembe kell venni olyan, rutinszerűen alkalmazott szülészeti eljárásokat, amelyek befolyásolják az újszülött folyadékvesztését. Például, hogy az anya kapott-e a vajúdas során illetve a császárműtét közben folyadékpótló infúziót, ödémás-e, illetve mikor vágták el a köldökzsinórt. Ezek a tényezők az újszülöttnél is fokozott súlyvesztést okozhatnak anélkül, hogy a háttérben elégtelen tejbevitel állna.
- a súlyvesztés a harmadik napon megáll
- a baba az ötödik naptól gyarapodni kezd
- 10 napos-kéthetes korra visszanyeri születési súlyát
- legalább naponta háromszor van széklete
- a negyedik napon már nem fekete/sötétzöld magzatszurkot, hanem sárgás, anyatejes székletet találunk a pelenkában
- a negyedik naptól már legalább hat jó nedves pelenkája van a babának

4. Kéthetes kortól egy hónapos korig, ha

- naponta legalább 20-30 grammot gyarapszik, heti átlagban legalább 15-20 dekát
- naponta öt-hat pisis pelenkája és három-négy széklete van

5. Egy hónapos kortól a születési súly megkészszerzéséig, ha

- naponta öt-hat pisis pelenkája van.
- heti gyarapodása stabilan 15-18 deka fölött van.

6. A születési súly megkészszerzésétől hat hónapos korig, ha

- naponta öt-hat pisis pelenkája van
- havi gyarapodása legalább 40-50 deka.

Tényleg kevés a tej?

Gyakori, hogy az anyák olyan jeleket is az elégtelen tejtermelésre utalóként értelmeznek, amelyek a szoptatás természetes velejárói, illetve amelyek más okra vezethetők vissza. Néhány példa

- A mell már nem olyan telt és nehéz, mint a szülés utáni hetekben volt. Ok: endokrin-autokrin szabályozás változása.
- A baba szopás után sír. Ennek több oka is lehet, köztük az is, hogy valamiért éhes maradt. De lehetséges, hogy csupán a testközelséget, a komfortszopást hiányolja.
- Szoptatás után már nem tud fejni: ez azon a tévhiten alapul, hogy a mell a cumisüveghez hasonlóan kiüríthető tartály. Holott az, hogy valaki tud-e fejni vagy sem, és hogy mennyit, inkább technikai kérdés, rendszeresség, gyakorlat kérdése. A sikertelenség Nem igazolja azt, hogy a mellben nincs több tej. Kutatások sem bizonyítják azt, hogy a fejés képessége, készsége összefüggene a termelődj tej mennyiségével.

- A gyerek átaludta az éjszakát, de most megint felébred, és csak akkor nyugszik meg, ha megszojtatja. Teljesen normális jelenség, ami lehetséges, hogy éhség miatt következik be, de valószínűbb magyarázat a fogzás vagy egyéb ok miatti nyugtalanság. Az éjszakai szoptatás jó megoldás, serkenti a tejtermelést.
- Már nem hízik annyit a gyerek, mint eddig: ezt minden esetben az egyéni körülmények (gyerek életkora, gyarapodása eddig, szoptatási gyakorlat alapos végigbeszélése) alapján kell mérlegelni, hogy valóban a tej elégtelen mennyiségére utal vagy életkori sajátosság, esetleg a csecsemő étvágyában állt be változás pl. nátha, egyéb betegség, oltás miatt.

Az alsó határérték mentén, vagy nem az elvárásoknak megfelelően gyarapodó csecsemő

Az első lépés, mint minden más esetben is, a szoptatási gyakorlat gondos feltérképezése és értékelése. A következő tényezők megléte figyelmeztet arra, hogy a szoptatási gyakorlat nem ideális:

- cumihasználat, cumisüveg használata (*Kramer, 2001*)
 - × Javaslat: Lehetőleg ne használjon cumit, cumisüveget. Amikor cumival nyugtatná meg a csecsemőt, tegye mindig mellre. A cumisüveget helyettesítő eszközöket lásd a „Pótlás” című részben.
- meghatározott időközönkénti etetés/napirend szigorú betartása
 - × Javaslat: Kezelje lazábban az etetési rendet! Ha a csecsemő jelentkezik, szoptassa meg függetlenül attól, hogy hány óra telt el. Ha a csecsemő nyugtalanodik, kísérelje meg ismét a szoptatást. Ha úgy látja, hogy fáradt, engedje elaludni a mellén.
- a szopások mérése és pótlása
 - × Javaslat: Ne mérje a szopásokat! Ehelyett kísérje figyelemmel az elegendő tejbevitelre utaló jeleket (lásd fent). Ha pótlásra van szükség, a mennyiséget ne a szopások mérése segítségével határozza meg. Lásd bővebben a „Pótlás” című részben.
- a szopás időtartamának korlátozása
 - × Javaslat: Lehetőleg várja meg, amíg a csecsemő magától elengedi a mellet. Ha ez valamiért nem lehetséges, az aktív evési szakasz (szív-nyel folyamatosan) végét mindenképpen várja meg, és legfeljebb a komfortszopást korlátozza. Ez azonban lehetőleg csak átmenetileg legyen így.
- a csecsemő elkülönítése az anyától (akár kórházban, akár gyerekszobában)
 - × Javaslat: anya és csecsemő 24 órás együttes elhelyezése úgy, hogy a csecsemő legfeljebb karnyújtásnyi távolságra legyen az anyától. Ideális az ennél nagyobb közelség, különösen akkor, ha gondok vannak a szoptatással.
- annak megszabása, hogy a szopások közt legalább mennyi időnek kell elteltetnie
 - × Javaslat: Kezelje rugalmasan! Vannak időszakok, amikor sűrűbben, és vannak olyanok, amikor ritkábban szeretne szopni a csecsemő.
- a csecsemő nyugtalansága szopás közben
 - × Javaslat: Győződjön meg róla, hogy elég kényelmes-e a pozíció anyának, babának! Gondoljunk végig, hogyan csökkenthetjük az anya feszültségét szoptatás közben. Esetleg figyelem elterelése.
- a csecsemő gyakran félrenyel, köhög, esetleg sír
 - × Javaslat: Mivel a túl erős tejleadó reflex zavarhatja a csecsemőt, javaslatokat lásd lejjebb.
- az anya kényelmetlen, görcsös testhelyzetben szoptat, ráhajol a csecsemőre

- ✗ Javaslat: Figyeljük meg a szoptatást a család otthonában, a megszokott helyszíneken és körülmények között, majd tegyünk javaslatot kényelmesebb megoldásra: főként a hát és a karok megtámasztása, az anya talpának stabilitása a talajon
- a csecsemő teste szopás közben C-alakban begömbül, áll a mellkasához közelít
 - ✗ Javaslat: Korrigáljuk finoman a csecsemő testhelyzetét úgy, hogy a feje enyhén hátrabukjon, feje és popsija nagyjából egy vonalban legyen.
- a csecsemő orrlégzése akadályozott
 - ✗ Javaslat: Szükség esetén orrszívás, orrcseppnek anyatej is használható a járatok átöblítésére.
- a mellbimbó sebes, az anya számára fájdalmas a szoptatás
Ebben az esetben előfordulhat, hogy a csecsemő nem hatékony/rossz szopástechnikája, szájának átlagostól eltérő anatómiai sajátosságai (például lenőtt nyelve) miatt nem jut elég tejhez. Az anya a fájdalom miatt esetleg nem teszi kellően gyakran és elegendő ideig mellre a csecsemőt.
 - ✗ Javaslat: Keressük meg a fájdalom és a sérülés okát, tegyünk javaslatot a fájdalom csökkentésére! Általában beválik: csecsemő közelebb húzása a mellhez a rákapás pillanatában. A mellbimbó kerüljön minél mélyebbre a szájába.
- a csecsemő szopása közben kattogó, cuppogó hangot hallat: elképzelhető, hogy nem tud rendesen vákuumot csinálni, lecsúszik a mellről, így nem tud kellően hatékonyan szopni. Például akkor gyakori, ha a csecsemő alsó állkapcsa az átlagosnál jobban hátraesik.
 - ✗ Javaslat: aszimmetrikus mellre helyezés elmagyarázása. A csecsemő orra a mellől távolabb kerül, áll a viszont közelebb. Szükség esetén alsó állkapocs óvatos lehúzása a rákapás pillanatában. Több testhelyzet kipróbálása.

Hogyan függhet össze a túl sok tej/túl erős tejleadó reflex problémakör az elégtelen gyarapodással?

- Ha az anyának a baba igényeihez képest túl sok teje van, akkor is kénytelen nyelni a tejet, amikor már nem éhes. Ugyanígy egyes babákat nagyon megijeszt az erős tejkilövellés, fuldokolnak, köhögnek, félrenyelnek. A reakció könnyen a szopás elutasítása (vagy az evés halogatása a végsőkig) vagy a fájdalmat okozó, nem hatékony szopástechnika kialakulása lehet. Ez utóbbi jellemzően az alsó és felső íny összeszorítása és nyelv púpozása lehet, hogy a baba ezzel is fékezze a tejömlést.
 - ✗ Javaslat: „*Laid back*” pozíció: az anya kb. 45 fokos szögben hátradől, a babát has a hashoz magára fekteti, így szoptatja. Bármilyen más pozíció, ahol a csecsemő van felül, minél függőlegesebb helyzetben. Lehetőleg gyakoribb szoptatás, hogy ne gyűljön össze túlságosan sok tej. Tejleadó reflex lecsengéséig az anya vegye ki a mellbimbóját a baba szájából. Sok testkontaktus, hordozás a komfortszopás pótlására.

Az elégtelen tejtermelés leggyakoribb okai egészséges anya-csecsemőpáros esetében

- 1. A csecsemő nem kerül elég gyakran mellre, vagy ha nem szopik, nem elég gyakori a fejés.** Riordan napi legalább 8 szoptatást/fejést javasol. (*Riordan, 2005*) A gyakorlatban általában beválik, ha az anyának legalább napi 10-12 szoptatást javasolunk. A fejés időtartamát maximáljuk fél órában, közben váltogassa az anya a melleket. Ez jellemzően az első hónapok problémája, de a fogzás időszakában vagy egyéves kor körül gyakori, hogy a csecsemő nem akar ennyiszor szopni, sőt előfordul, hogy éjszaka hajlandó. Ez okozhatja a tejmenyiség jelentős csökkenését. Nem lehet általánosságban kijelenteni, hogy hányszor kell szoptatni egy nap alatt, mert ez az anya mellének tárolókapacitásától is függ, amely nagy egyéni eltéréseket mutathat. A kis tárolókapacitású nőknél sokkal gyakoribb szoptatásra van szükség a megfelelő gyarapodás érdekében (*Kent, 2007*).
- 2. A csecsemő átalussza az éjszakát, ezért nem szopik éjszaka.** Az elkülönítés az anyától bármely napszakban káros. A gyerekszoba ebben az életkorban káros és felesleges.
- 3. A csecsemő étvágytalan, ezért keveset szopik.** Oka lehet rendszerhez szoktatási kísérlet. Jellemzően egy hónapos kor tájékán, túl az első nehézségeken, jól gyarapodó, de bukós vagy hasfájós-nak mondott baba, akivel kapcsolatban azt javasolják, hagyja abba az össze-vissza szoptatást. A csecsemő emiatt leszokik a jelzéről, belenyugszik a ritkább etetésbe, így viszont előfordul, hogy nem jut elég kalóriához. Szóba jöhet még a túloltöztetés, nagy meleg, oltási reakció, fuldoklás élmény, félrenyelés. Ezekben az esetekben a tejmenyiség a csecsemő lanyhább, ritkább szopása miatt csökken.
- 4. A csecsemő mással lakik jól, ezért az ideálisnál kevesebbet szopik.** Ezt előidézheti az első félévben az indokolatlanul adott pótlás, túl nagy mennyiségű pótlás, vagy a szilárd táplálék túl korai, túl gyors, szoptatás rovására történő bevezetése. Nem javasoljuk a szoptatások kiváltását szilárd étellel, hanem a meglévő szoptatási gyakorlatba illesztjük bele fokozatosan a szilárd táplálék adását nem anyatej helyett, hanem annak kiegészítésére. Ha a csecsemő túlságosan sok gyümölcslevet fogyaszt, az is étvágycsökkenéshez és a gyarapodás elégtelenné válásához vezet (*Lawrence, 2005*). Ezért az első évben egyáltalán nem célszerű pasztörizált, édesített gyümölcslevet adni, és a későbbiekben is csak módjával.
- 5. Tútelítődések után tejmenyiség csökkenés.**

Családtagok, apa

Érdeemes meghallgatni az anyát arról, hogy mit tud a családi előzményekről. Őt szoptatta-e az édesanya, és ha igen, meddig, ha nem, akkor miért nem. Az új baba születésekor előjönnek ezek a régi dolgok, és az anya önbizalmát megingathatja, ha úgy hallja, hogy a családban másoknak sem sikerült a szoptatás. Nyugtassuk meg az anyát, hogy ő genetikai szempontból nem mása a saját édesanyjának, és a sikeres szoptatásra abban az esetben is jó esélye van, ha ez eddig a családban senkinek sem sikerült. Ha valóban ez a helyzet, természetesen célszerű számba venni a lehetséges okokat, anatómiai eltéréseket.

Előfordulhat az is, hogy a családban mindenki sikeresen szoptatott eddig, ezért gyakorolnak nyomást az anyára. Ez nagyon kedvezőtlen lehet, ezért az anyát bátorítani kell saját útjának megtalálására. Ha ezt igényli a család, vagy ha a család kulturális tradíciói nem éppen ezzel ellentétesek, érdemes az apát is bevonni a szoptatási probléma megoldásába. Kérdezzük őt is, hallgassuk meg a véleményét, tisztázzuk, ő hogyan érzi magát ebben a helyzetben. A tej folyására, a stressz csökkentésére jótékony hatással van egy kiegyensúlyozott, nyugodt, szeretetteljes és kellőképpen határozott apa.

Kóros állapotok a "nem elég a tej" probléma hátterében

Amikor az okok után nyomozunk, induljunk ki abból, hogy az elegendő tej termelésének alapfeltételei ezek (West, 2009):

1. Elegendő mirigyállomány
2. Ép idegpályák és tejcsatornák
3. Megfelelő hormonmennyiség és hormonreceptor
4. Megfelelő gyakoriságú, hatékony stimuláció és tejküürítés szopással és/vagy fejéssel.

Beteg anyja

Ha a jól szopó csecsemő és az ideális szoptatási gyakorlat ellenére sem termelődik elegendő tej, elérkezik az ideje annak, hogy számba vegyük azokat a lehetséges betegségeket, amelyek negatívan befolyásolhatják a tejtermelést. Ebben az esetben a háziorvos, nőgyógyász, endokrinológus bevonása is szükséges a vizsgálatok elvégzése és az eredményes terápia érdekében. Jól kézben tartott, megfelelően kezelt betegségeknél egyáltalán nem lehetetlen a kizárólagos szoptatás kielégítő tejmennyiséggel. Abban az időszakban, amikor még kevés a tej (ez két-három hónapot is jelenthet), célszerű szoptatásbarát módszerrel adni a pótlást a csecsemőnek. Lásd lejjebb.

- Hétköznapi, lázzal járó fertőzések, köztük a masztitisz is csökkenthetik a tejmennyiséget átmenetileg. Javasoljuk a szoptatás fenntartását a megszokott módon és gyakorisággal, esetleg gyakoribb mellre tevéssel. A betegség lecsengése után rendeződik a tejmennyiség.

Krónikus betegségek, amelyek befolyásolják a tejmennyiséget:

- Pajzsmirigy működési zavarok (posztpartum tiroiditisz incidenciája 7,5 százalék!), Hashimoto betegség (5 százalék), Graves-kór. Pajzsmirigy túlműködésnél is előfordulhat, hogy kevés a tej, ugyanígy az is, hogy túl sok.
- PCOS a nők 15 százalékát érinti, de nem mindegyiküknek van problémája a tejmennyiséggel. Gyakoribb a szoptatási nehézség a túlsúlyos, magas ösztrogénszintű anyáknál. A metformin szedhető szoptatás alatt, de épp ilyen fontos az aktívabb életmód, a cukormentes étrend.
- Hormonális eltérések

Alapvetően három fő hormon működését kell figyelembe vennünk a tej termelődésével kapcsolatban: a prolaktint, az inzulint és a kortizolt. Az oxitocinnal kapcsolatos problémák a tejleadást nehezítik, és így közvetetten a tejtermelés csökkenésére is hatnak.

A hormonhiány tehát lehetséges, de nem gyakori ok, ami örökletes is lehet. Prolaktin pótlásra jelenleg még nincs lehetőség, a prolaktin receptorokkal kapcsolatos kutatás még gyerekcipőben jár, egy tanulmány született ebben a témakörben (Zargar, 2000).

Az inzulinrezisztencia ismert jelenség, és a kortizol-rezisztencia sem olyan ritka, ahogy korábban gondolták – állapítja meg Diana West és Lisa Marasco „*The Breastfeeding Mother's Guide to Making More Milk*” c. könyvében (West, 2009).

- Ha a BMI nagyobb mint 26, akkor fokozott a kései tejelövellés és az elégtelen tejtermelés kockázata. Állatkísérletekben a túletetés csökkentette a mirigyállomány fejlődését a vemhesség előtt és közben is. Mivel a túlsúly nem mindig túlevés következménye, hanem sokszor hormonális kiegyensúlyozatlanság áll a háttérben, a pajzsmirigy működési zavarokat és a PCOS-t ki kell zárni.
- I-es típusú diabétesz: terhesség alatt alacsonyabb lehet a prolaktin-szint és HPL, ez hátráltathatja a mirigyállomány fejlődését. A tejelövellés 24-48 órát késhet az átlaghoz képest. Az inzulinszint erős ingadozásai csökkentheti a tejtermelést.

- II-es típusú diabétesz: sok esetben nincs gond a tejtermeléssel, de ha inzulinrezisztencia és hipoplázia együttesen lép fel, gyakori az elégtelen tejtermelés. További kutatások szükségesek ahhoz, hogy kiderüljön, az inzulinrezisztencia hogyan befolyásolja a mirigyállomány fejlődését.
- A magas vérnyomás rizikófaktornak számít elégtelen tejtermelés esetén, bár sok esetben nem befolyásolja negatívan a tejelválasztást. Feltételezhető, hogy a magas vérnyomás hátrányosan befolyásolja a méhlepény fejlődését és működését (lásd Problémák a lepénnyel). Felmerült, hogy egyes vérnyomáscsökkentőknek is lehet ilyen hatása.
- Szülészeti szövödmények: súlyos vérvesztés/Sheehan szindróma

Természetes szülésnél a fél liternél nagyobb vérvesztés, császármetszésnél az egy liter feletti számít a tejtermelés is negatívan befolyásoló, súlyos vérvesztésnek. Abban az esetben, ha a vérvesztés miatt hipofízis működéskiesés következik be (Sheehan szindróma), prolaktin-szint növelő szerektől sem várhatunk segítséget.

Mindazok a tényezők, amelyek negatívan befolyásolják a méhlepény működését, a mirigyállomány fejlődésére is hátrányosan hathatnak. Az anamnézis felvételekor ezért is fontos rákérdezni a terhesség alatti komplikációkra, különösen, ha a magzat elmaradt a növekedésben vagy részleges lepényleválás következett be. A mirigyállomány terhesség alatti fejlődésbeli elmaradása ellensúlyozható gyakori szoptatással és fejéssel, vagyis a szükséges fizikai ingerekkel. A visszamaradt placenta darab akadályozza a tejelövellést, erős vérzés jelentkezhet, de a lepényrész magától is távozhat, ellenkező esetben műtéti úton távolítják el. A progeszteron-szint leesésével a tejelövellés szinte azonnal megtörténik, és a tejmennyiség normalizálódik.

Beteg csecsemő

Amikor utólag elemezték olyan eseteket, amikor a szoptatás sikertelen volt az anya szándéka ellenére, az estek jelentős százalékában az derült ki, hogy a csecsemő idejében fel nem ismert betegsége/állapota volt a probléma gyökere (*Lawrence, 2005*). A szoptatási tanácsadási gyakorlatban is naponta ütközünk ilyen esetekbe: fel nem ismert húgyúti fertőzés, tüdőgyulladás, szívfejlődési rendellenesség, sőt, szájpadhasadék. Valamennyi felsorolt esetben tápszert írt fel a gyermekorvos, anélkül, hogy akár a szoptatási gyakorlat felülvizsgálata, akár a szopás megfigyelése megtörtént volna. Ezek a diagnosztikus tévedések rávilágítanak arra, hogy a nem kellően gondos eljárás milyen gyakran eredményez indokolatlan pótlást és ezzel párhuzamosan a szoptatás háttérbe szorulását.

Lehetséges kór-okok, amelyek miatt kevés tejet fogyaszt a csecsemő:

- Születési sérülések: hematóma, amely fokozhatja a sárgaságot, aluszékonyságot, felkari idegfonat sérülés, kulcsfont törés, nyakizomzat meghúzódása. Ez utóbbiak fájdalmassá tehetnek bizonyos mozdulatokat, jellemező lehet, hogy a csecsemő az egyik oldalt elutasítja, tartása aszimmetrikus.
- Fertőzés miatti étvágytalanság (húgyúti fertőzés, középfülgyulladás, nátha, gyomor-bélhurut)
- Légzés nehezítettsége, orrdugulás, tüdőgyulladás, hörgőgyulladás
- Fejlődési rendellenesség, ami hipotóniával vagy fokozott izomtónussal jár.
- Lenőtt nyelv, rövid nyelv, hátraeső alsó állkapocs, amely akadályozza mellbimbó megfelelő szájban tartását, a tej hatékony kiszívását és jellemzően sebesedést is okoz.
- Allergia: leggyakrabban a szoptató anya által fogyasztott tehéntej, tejtermékek anyatejbe átkerülő fehérje részecskéire
- Reflux betegség, amely miatt az étkezés fájdalommal jár. **Figyelem! A bukás jó gyarapodás mellett NEM reflux betegség!** Gyanú esetén belgyógyászati ultrahang, szükség esetén gasztroenterológiai kivizsgálás. A gyakori bukás önmagában nem ok az AR tápszer vagy a gyomortartalom sűrítő kiegészítés bevezetésére.

- A gyomor-bél traktus fejlődési rendellenességei, betegségei, leggyakrabban a pylorus stenosis
- Megnövekedett energiafelhasználás kevésbé hatékony anyagcsere miatt: mukoviszcidózis (erre a betegségre a csecsemő bőrének sós íze és már az első hónapokban jelentkező súlyos felsőlégti betegség, tüdőgyulladás, székrekedés figyelmeztethet), szívfejlődési rendellenesség (sokszor egyéb tünet nincs, néha szívzörej).

Pótlás (Supplementary feeding)

Ez az elterjedt elnevezése annak, amikor a csecsemő anyamellen kívül más forrásból is kap anyatejet, donort tejet vagy tápszert.

A kizárólagos szoptatás hat hónapos korig elegendő a legtöbb kisbaba egészséges fejlődéséhez. A cumisüveg és a cumi szorosan kapcsolódik a köztudatban a csecsemőkorral alkotott képhez. Ezzel szemben tudni kell, hogy bármilyen cumi használata megzavarhatja a csecsemőt, eltérítheti őt a szopástól. A legérzékenyebb időszak ebből a szempontból az első négy-hat hét. Mégis az első napokban fordul elő leggyakrabban, hogy pótlást adnak az újszülöttnak, legtöbbször nagylyukú, úgynevezett „bocietető” cumival. Ez káros gyakorlat (nagyon hirtelen telik meg a csecsemő gyomra nagy mennyiségű táplálékkal), amelynek a megszüntetéséért mindent meg kell tenni akkor is, ha a csecsemőt nem fogják szoptatni a későbbiekben sem. Ráadásul többnyire indokolatlan, és a tapasztalatok szerint – jó kórházi gyakorlat, értő, figyelmes szoptatási tanácsadás mellett – elkerülhető lenne. Az újszülöttek kis hányadánál valóban szükség van pótlásra.

Mikor kell pótlást adni?

- Kis súlyú koraszülötteknek abban az esetben, ha lefejt hátsó, zsírdús tej az orvos megítélése szerint nem biztosít megfelelő gyarapodást. Többnyire a 30-31. hét előtt születetteknel.
- Olyan fejlődési rendellenességek esetén, amelyek lehetetlenné teszik a hatékony szopást.
- Ha átmenetileg az anya egészségi állapota miatt ütközik akadályba a szoptatás. Ebben a nehéz időszakban is a saját anya teje, vagy női tej a legjobb választás pohárból vagy kanállal. Ha megszűnt az akadály, vissza lehet térni a teljes szoptatásra.
- Ha a gyermek elveszti testsúlyának 10 százalékát, lehetséges, hogy pótlást kell kapnia (sokszor néhány milliliternyi is elég), lehetőleg a saját anyja tejét. Néhány nap „lustálkodás” után, a gyarapodás megindulásával a legtöbb újszülött visszanyeri élénkségét, a pótlást el lehet hagyni.
- Ha az újszülöttnak hirtelen leesik a vércukorszintje, az agy nem jut táplálékhoz. A hipoglikémia koraszülött vagy alacsony születési súlyú csecsemőknél gyakoribb. A nem jól beállított cukorbeteg anyák kisbabáinak is esélyük van arra, hogy hirtelen lezuhanjon a vércukorszintjük. Jelei: erőtlenség, láz, remegés, elkékült ajkak, mozgásroham. Ennek megítélése mindig a neonatológus gyermekgyógyász feladata. A veszélyeztetett újszülöttek esetében fokozottan szükség van a szülés utáni korai mellre tételre és a nagyon gyakori szoptatásra. Ha még ez sem lenne elég, glükóz tartalmú infúziót, vagy pótlást kell adni.
- Előfordulhat az is, hogy a csecsemő átmenetileg nem szopik elég hatékonyan. Ezt a kelleténél nagyobb súlyesésből, és a széklet - vizelet mennyiségéből és minőségéből állapíthatjuk meg. Ilyenkor különösen fontos az okok megállapítása, a szoptatási gyakorlat gondos ellenőrzése, a csecsemő alapos vizsgálata, ha szükséges, akkor más szakterület képviselőjének (pl. neurológus) bevonásával.

Pótlás szoptatás közben

A hozzátáplálásnak nem szabad hátrányosan befolyásolnia a szoptatást. Ha a kisbaba képes szopni és hajlandó is erre, csak a hatékonysággal vagy a tej mennyiségével van baj, sokat segíthetnek a következő eszközök és etetési trükkök:

1. Szoptanít, SNS (Supplemental Nursing System)

Ez a segédeszköz az anya nyakába akasztható műanyag flakomból, és három, különböző vastagságú szilikonszondából áll. A palackból kivezető szondát úgy rögzítjük ragasztószalaggal a mellen, hogy a vége körülbelül fél centivel érjen túl a bimbó hegyén. Így, miközben a csecsemő szopik, addig a szondán keresztül IS kap táplálékot. Az eszköz kupakjában levő rovátkákba behúzva a szondát meg lehet állítani a tej folyását az eszközből.

Amikor a csecsemő már ütemesen szív-nyel, (illetve amikor az anya tejleadó reflexe már kiváltódott) érdemes leállítani a pótlás folyását, hogy a mellből való szopást ösztönözzük. Az SNS segítségével át-hidalható a cumizavaros csecsemő egyik fő problémája: az, hogy nincs türelme megvárni, amíg a mellből folyni kezd a tej (hiszen a cumisüvegből azonnal ömlik). A szonda elszorításával és kiengedésével újra és újra ösztönözni lehet a csecsemőt a hatékonyabb szopásra.

Az eszközt akkor érdemes használni, ha előre láthatólag hosszabb ideig és/vagy nagyobb mennyiségű pótlásra (napi 250 milliliternél több) lesz szükség.

Az anyának részletes és írásbeli felvilágosítást kell adni az eszköz tisztán tartásának és sterilizálásának módjáról, különösen akkor, ha beteg vagy koraszülött csecsemőnél használjuk.

2. Fecskendő + etetőszonda

Hasonló hatást érhetünk el azzal, ha hatos méretű etetőszondát húzunk rá egy 10-20 milliliteres fecskendő végére, és azon át adagoljuk a pótlást szoptatás közben. Akkor csúsztatjuk a szonda végét a baba szájába, ha már rákapott a melle, és szívja.

Pótlás szoptatás helyett

Előfordulhat, hogy az anya átmeneti távolléte, betegsége, vagy a csecsemő szopási, nyelési nehézségei miatt van szükség pótlásra. Nem jók azok a módszerek, amelyek etetésenként csupán pár percet vesznek igénybe. Minél fiatalabb csecsemőről van szó, annál fontosabb, hogy a szopáshoz hasonló tempóban kapjon enni. Egy etetésre legalább 20-30 percet kell szánni újszülött korban.

Meg kell fontolni azt is, hogy **bármilyen eszköz, még a kanál rendszeres használata is megzavarhatja a csecsemő szopástechnikáját**, különösen az első hat hétben. Ezért célszerűbb a szoptatás közbeni pótlást választani, ha csak mód van erre.

- Kanál: érdemes elkeskenyedő végű evőkanalat választani, amelybe maximum teáskanálnyi pótlás kerül, így kevesebb megy mellé, jobban adagolható. Alkalmi pótlásra javasoljuk.



- Pohár: bármilyen pohár alkalmas újszülött etetésére. A legjobb az a fajta, aminek kifelé hajlik a széle, a gyakorlatban az úgynevezett svéd itatópohár használata a legegyszerűbb. Tartsuk a csecsemőt minél függőlegesebb helyzetben! A tejet ne öntsük, inkább várjuk meg, míg a csecsemő magától kiissza a felkínált cseppeket. Alkalmi pótlásra javasoljuk vagy 2-3 hetesnél nem hosszabb időszakokra.



"Svéd itatópohár"

- Soft Cup: csőrésze olyan kiképzésű, mintha pohárból vagy kanálból inná a csecsemő, de a folyás sebességét egy beépített szelep segítségével finoman irányíthatjuk ujjunkkal, ezért szinte semmi sem megy mellé. Átmeneti, legfeljebb 2-3 hetes használatra javasoljuk.
- Habermann etető/Special need feeder: Az etetőfejben lévő állítható szelep lehetővé teszi, hogy a szülő határozza meg a tej folyásának erősségét, és a pótlást aktívan a gyerek szájába juttatja. Ez olyan csecsemők esetében hasznos, akik szájpadhasadék, hipotónia miatt nem képesek a hatékony mellből szopásra, szívóerejük elégtelen. Használata megnehezíti a szopásra való visszatérést. Hosszú távú használatra is alkalmas akkor, ha nincs remény a szoptatásra.

Az eszközök használatát, tisztán tartását meg kell mutatni a szülőknek. Az volna a természetes, ha már a szülészeti osztályon felajánlanák valamelyik módszert, ha pótlásra szorul a csecsemő, és cumisüveget csak az anya külön kérésére használnának. Így a problémákkal küzdő gyerekek is jó esélyt kapnának a szopásra.

- Ujjtető: kis mennyiségek átmeneti adására különösen előnyös akkor, ha az elégtelen gyarapodás egyik oka a rossz szopástechnika, pontosabban a nyelvhat púpozása. Ez koraszülötteknél, akiket nagylyukú cumiból etettek, különösen gyakori, mert ezzel védekeztek a torkukra túl gyorsan ömlő tej ellen. Ujjtetés közben az ujjunkkal finoman lenyomjuk a nyelvhatat, az ujj körül vályút kialakítva. Az ujjtetés kivitelezéséhez célszerű laktációs szaktanácsadó segítségét kérni.

Mennyi pótlást kell adni?

A pótlás ajánlásával egy időben mindig hívjuk fel a figyelmet a legalább napi 10-12 szoptatás fontosságára. A pótlást az egyéni szituációtól függően szopás előtt (ha nagyon éhes, nagyon sír, nagyon türelmetlen) vagy szopás után is adni lehet.

1. Abban az esetben, ha feltehetőleg átmenetileg van szükség pótlásra, a mennyiséget úgy kell meghatározni, hogy a csecsemő gyarapodhasson, megerősödhessen (újra elérje születési súlyát), de ne legyen több a feltétlenül szükségesnél. A legelterjedtebb számítási mód szerint ez 150-200 ml/testsúlykg/nap, amibe beleszámítottuk a szopott tejmennyiséget is. Ez a megoldás feltételezi, hogy tudjuk a szopott tejmennyiséget, és abból indulunk ki. Általában 50 ml/étkezésből, és napi 6-8 étkezésből indulunk ki, a testsúly függvényében. Például 2,5 kilós súlynál 15-20 ml/étkezés (Riordan, 2005).
2. Ha lehetőség van a gyakori konzultációra az anyával és napi nettó súlymérésre, akkor célszerű legfeljebb összesen napi 50 ml, alkalmanként max. 20 ml pótlással kezdeni, és így naponta ellenőrizni, mennyi szükséges ahhoz, hogy a gyarapodás meginduljon. Ha a súlycsökkenés folytatódik, emeljük 50 ml-rel a mennyiséget, stagnálásnál tartjuk a mennyiséget, gyarapodásnál két-három napig tartjuk a pótlásmennyiséget, majd csökkenteni kezdjük naponta összesen legfeljebb 50 ml-rel. (Szerző saját gyakorlata)
3. Ha úgy tűnik, az anya nem képes egy bizonyos mennyiségnél többet termelni, akkor a 2. számú módszerrel könnyen meg lehet állapítani azt a pótlásmennyiséget, amely nem csökkenti a meglévő tejmennyiséget, csak kiegészíti.

A tejmennyiséget fokozó gyógyszerek, gyógynövények, táplálékkiegészítők (galaktogógumok)

A széleskörű alkalmazás nem indokolt!

A szoptatási gyakorlat helyessége nélkül semmilyen tejtermelést fokozó szerrel nem lehet eredményt elérni. Vagy gyakori (napi minimum 8) és megfelelően hatékony szoptatásra vagy legalább napi 6-7, alkalmanként fél órás fejésre van szükség ahhoz, hogy a galaktogógumok kifejthessek vélt vagy valós kedvező hatásukat a tejmennyiségre. Sok anya hiszi azt, hogy a megfelelő gyakoriságú szoptatás helyett akkor is elég tejük lesz, ha úgynevezett tejserkenőket szednek. A magyarországi gyakorlatban ez legtöbbször homeopátiás szer, melyről az ország legeldugottabb sarkába is eljut az információ, míg az igény szerinti és kizárólagos szoptatás mibenlétéről nem. A szerző saját gyakorlatában csak olyan anyáknál javasolja galaktogógum használatát, akiknél ettől kedvező pszichés hatás várható (még ezt is megtettem).

Gyógyszerek

Relaktációnál és indukált laktációnál, ritkán koraszülő anyáknál, túlságosan alacsony prolaktin-szint esetén vagy akkor, ha a csecsemő neurológiai rendellenesség miatt nem képes elég hatékonyan szopni, szóba jöhet bizonyos gyógyszerek alkalmazása a prolaktin-szint emelése érdekében, ez a javallat azonban jelenleg egyik hatóanyag indikációjában sem szerepel. Ezek a következők lehetnek *Riordan* szerint:

- metoclopramid (Cerucal), szokásos adagja 7-14 napon keresztül naponta háromszor 10 mg
- domperidone (Motilium), szokásos adagja 10-20 mg naponta háromszor vagy négyszer 3-8 héten keresztül, 24 órától 2-3 hétig terjed az az idő, ami a maximális hatás eléréséhez szükséges (*ABM, 2004*).
- oxitocin orrspray arra az esetre, ha a tejleadó reflexszel volna probléma 40IU/ml
- tejtermelés fokozó hatásúnak bizonyult egy vizsgálatban a növekedési hormon 0,1 IU/kg/nap adagban (*ABM, 2004*)
- TRH: orrspray formájában 1 mg TRH naponta négyszer, vagy IV (200 mikrogramm) vagy orális (5mg) alkalmazás

Gyógynövények

Görögszénamag, kecskeruta, máriatövis: teaként elkészítve, vagy salátában (*ABM, 2004*)

Élelmiszerek

Sörélesztő pehely, görögszénamag (*Riordan, 2005; Swafford, 2000*)

Kommunikáció és információáramlás a laktációs szaktanácsadó és a gyermekorvos, védőnő között

A "nem elég a tej" probléma hatékony megoldását igen gyakran az nehezíti, hogy az anya ellentétes tanácsokat kap, és nem tudja, mire hallgasson. Az egészségügyi dolgozók információi nem mindig eléggé széleskörűek a probléma sokoldalú megközelítéséhez, az okok felderítéséhez, munkájukat az időhiány is nehezíti. A laktációs szaktanácsadónak egyébként is értesítést kell küldenie látogatásának eredményeiről, de ez egyben arra is jó lehetőség, hogy az érintett gyermekorvossal, védőnővel tisztázza a helyzetet, felsorolja és szükség esetén megmagyarázza javaslatait.

A mindennapi munka során célszerű összeállítani egy adat- illetve szövegbázist a leggyakoribb problémáknál javasolt lépésekről és ezek indoklásáról. Ezeket a kiinduló szövegeket lehet azután a konkrét anya-csecsemő páros szituációjának megfelelően átalakítani, kiegészíteni. Az alábbiakban példát mutatunk be egy meglehetősen gyakori újszülött-kori szituáció tisztázására.

A laktációs szaktanácsadó látogatása során kiderült, hogy a nehézségek megoldására a gyermekorvos víz vagy tea itatását javasolta háromóránkénti szoptatás mellett, a védőnő pedig a szopások mérését, majd a mért mennyiség kiegészítését alkalmanként 80 grammra. Ez az értesítés alkalmasnak bizonyult a félreértések tisztázására, az édesanya eredményesen térhetett vissza a kizárólagos szoptatásra nem egészen tíz nap leforgása alatt, a személyes találkozást követő héten egy újabb látogatással és napi telefonos egyeztetéssel. A példából látható, hogy mennyire alapos és részletes útmutatóra van szükség a cél érdekében. A hatékonyságot jelentősen növeli a személyes találkozás után a javaslatok és a vélemény írásbeli átadása, ezért ettől nem célszerű eltekinteni.

W. Ungváry Renáta laktációs szaktanácsadó IBCLC
Telefonszám:
e-mail:

Értesítés látogatásról

Tisztelt Gyermekgyógyász, tisztelt Védőnő!

A hatékony együttműködés és az édesanya valamint a baba érdekében ezúton értesítem látogatásom eredményéről és javaslataimról.

Időpontja: XXxx. YY.

Név: Kovács Anna és Kata

Cím: XX

Kata a látogatás napján 10 napos, súlya a 3550 grammos születési súlyhoz képest 3430 gramm, a legalacsonyabb mért súlyhoz képest gyarapodást mutat, bár még nem felel meg az elvárható kezdetben 10 gramm/nap, majd a 20 gramm/nap-nak. Bőre kissé száraz, de jó általános állapotú újszülött, aki a kezdeti nehézségeknek köszönhetően kicsit gyengécske, de azért jól ébreszthető, élénk. Határozatlanul szopik, gyakran szünetet tart, mellre téve nem szopik hatékonyan, legfeljebb néhányat nyel, majd elalszik. Édesanyja elmondása szerint minden tisztába tevéskor pisis a pelenkája, napi egy-két székletes is van. Látogatásomig a sikertelen szoptatási kísérletek miatt cumisüvegből kapott lefejt anyatejet és tápszert. Kata jelenleg cumizavaros, bár a mellet általában jól kapja be. Nyugtatócumit is használnak. Nyelve hegye kissé be van húzódva, le van növe, de ez nem akadályozza számottevően a szopásban.

Az édesanya rossz lelkiállapotban van, összezavarták az egymásnak ellentmondó tanácsok, nagyon aggódik a szülés körüli nehézségek és Kata állapota miatt. Elkésérik, hogy noha szoptatni szeretne, ez nem igazán megy, és a szoptatás legalábbis ideiglenes felfüggesztését tanácsolták. Korábban évekig antidepresszánt szedett, majd ezt sikeresen abbahagyta és önerejéből gyógyszeresedés nélkül is jól boldogult. Elképzelhető, hogy a szülés körüli nehézségek és a kislánya miatti aggodalom miatt visszatérnek vagy felerősödnek tünetei, ezért sok, szeretetteljes és megértő támogatásra van szüksége. A családi légkör támogató, édesanyja segítségére számíthat. Esetleg érdemes volna depresszióra szűrni az Edinburgh Postpartum Depression Scale használatával.

A tejtermelésnek, szoptatásnak a manuális vizsgálat szerint anatómiai akadályja nincs. A fejés jól megy, bár jelenleg még nem fedezi száz százalékosan Kata igényeit. Az anya, vélhetően a magas stresszhormon szint miatt, nem érez oxitocin/tejleadó reflexet.

Javaslataim

- Az újszülöttnél normális és élettaninak tekinthető szopásgyakorlás, 10-12 vagy annál is több alkalom megteremtése. Édesanya tegye mellre minden alkalommal Katát, ha jelentkezik, felébred. Megbeszéltük a hatékony szopás jeleit, a cél, hogy a jelenleg tapasztalt egy-két kortyról eljussunk a mellenként 15-20 perc aktív szopásig. Egy alkalommal mindkét mellből szoptasson.
- Kata jelenleg nagyon kevésbé aktív a mellen. Amint elalszik, édesanya vegye le, felébresztés céljából fektesse hanyatt nem túl kényelmes, nem túl puha felületen, a baba ettől várhatóan felébred, majd folytassa ugyanazzal a mellel. Szopás közben masszírozza mellét, hogy ösztönözze a kislányt a nyelésre, szívásra. Egy-egy szoptatási kísérletre a jelen körülmények közt legfeljebb 15-15 percet szánjon mellenként. Próbálja ki a bőr-kontaktust is a baba élénkítésére.

- A pótlást, amelyre jelenleg kétségtelenül szükség van, ne cumisüvegből adja, és ne használjon nyugtató cumit. A pótlás adására a jelenlegi helyzetben az SNS/Szoptanít a legmegfelelőbb. Ennek segítségével szoptatás közben kaphatja a kiegészítés Kata, így szopási technikája javul, a tejtermelést stimulálja. A jóllakottság érzését a mellen levéssel köti össze, így később sem fog tiltakozni a szopás ellen. Mivel a cumisüveg/cumi megzavarja a szopási technikát és más szopási technikát igényel, mint a mellből evés, használatát nem javaslom.

Az SNS használatát elmagyaráztam, a tisztítás módját megbeszéltük, sikeresen kipróbáltuk, Kata 35 gramm pótlást fogyasztott el szopás közben az SNS segítségével. Szoptatáshoz a legvékonyabb szondát, tápszerhez a közepeset javasoltam. Ideális, ha a pótlást legalább 10-15 perc alatt fogyasztja el a baba, közben át lehet tenni egyik mellről a másikra.

- Mikor használjuk az SNS-t? A palackot már a szoptatás kezdetén a nyakába teheti, de ekkor még zárja le mindkét szondát, hogy Kata a mellrel próbálkozhasson. 15-15 perc próbálkozás után a szondát egyik oldalon megnyitjuk, ekkor kapja a pótlást. Egy etetés így várhatóan összesen legalább 40 percet vesz igénybe.
- Fejés: a szopástechnika hatékonyvá válásáig naponta 6-7-szer fél óra, mindegy, mikor, hat óránál hosszabb idő ne maradjon ki. Minden alkalommal mindkét mellet fejje.
- Mennyi pótlást kapjon? Ennek mértékét naponkénti súlykontrollal állapítjuk meg. Akkor, ha naponta 10 grammot hízik, nem változtatunk az előző napi mennyiségen. Ha három egymást követő napon hízik legalább 20 grammot, akkor naponta összesen ötven grammal csökkentjük az adagját. Ha veszít a súlyából vagy stagnál, akkor az előző napi összes mennyiséget növeljük legalább 50 grammal a súlyvesztés mértékétől függően. A pótlások egyszeri adagja legyen kicsi, legfeljebb 40 gramm, hogy a gyakori etetés, szoptatás megvalósulhasson. Eddig naponta körülbelül 300-350 gramm pótlást kapott, kiindulási alapnak ezt tekintjük, 10-12 adagra osztjuk, és a gyarapodástól függően változtatunk rajta.
- Ne teáztasson, ne adjon vizet, mert Katának hatékony kalóriabevitelre van szüksége a gyarapodás érdekében. Ezért mindannyiszor etesse meg lefejt tejjel vagy tápszerrel, amint jelentkezik.

Mire figyeljen az édesanya?

- Legyen napi öt-hat pisis, legalább két bőséges kakis pelenka, de inkább három – ezek a jelek a megfelelő táplálékbevitelről tanúskodnak.
- Ne hagyja mellen mélyen elaludni, mielőtt a fentiekben részletezett hatékony etetés be nem fejeződik.
- Figyelje meg, milyen Kata alvásritmusa. Lehetséges egy-két hosszabb alvás napközben (max. 3-3,5 óra) vagy éjszaka (max. 4 óra), ezekből nem kell ébreszteni etetéshez, ha egyébként más napszakokban gyakrabban vagy nagyon gyakran jelentkeznek. Szoptatni, SNS-sel pótolni akár félóránként is lehet.
- Vegye észre a korai éhségjeleket és reagáljon rá, ne várjon, amíg sír: fej forgatása, tátogás, öklét szájába dugja, nézelődik, aktívan keres, majd nyugtalankodni kezd.
- Minden nap mérje a baba súlyát ruha nélkül, nagyjából hasonló napszakban. A szopott tejmennyiség mérése nem szükséges és nem is elégséges információ, mert annak alapján nem ítélné meg, hogy a baba elegendő táplálékhoz jut-e.

A gyarapodás megnyugtató megindulásáig és a pótlás elhagyásáig naponkénti egyeztetés szükséges telefonon vagy e-mailen a baba állapotáról, adagjáról, súlyfejlődéséről, a pisis, kakis pelenkák számáról. Szükség esetén újabb látogatás lehetséges.

Tisztelettel: W. Ungváry Renáta

Irodalomjegyzék

1. Chantry CJ, Nommsen-Rivers LA, Pearson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid. *Pediatrics*. 2011 Jan;127(1):e171-9. <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/1/e171.long> (2012.03.11.)
2. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M.: Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*. 1983 Sep;72(3):307-11. <http://pediatrics.aappublications.org/content/72/3/307.abstract> (2011.11.14.)
3. De Coopman J.: Breastfeeding after pituitary resection: support for a theory of autocrine control of milk supply? *J Hum Lact*. 1993 Mar;9(1):35-40. <http://jhl.sagepub.com/content/9/1/35.abstract> (2011.11.14.)
4. Kent JC.: How breastfeeding works. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Nov-Dec;52(6):564-70. http://www.breastbabyproducts.com/pdf/10_how_breastfeeding_works.pdf (2011.11.14.)
5. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F.: Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001 Jul 18;286(3):322-6. <http://jama.ama-assn.org/content/286/3/322.full.pdf> (2011.11.14.)
6. Kramer MS, Kakuma R.: The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. World Health Organization, 2002 http://www.who.int/nutrition/topics/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf (2011.11.14.)
7. Lawrence RA, Lawrence RM: Normal growth, failure to thrive, and obesity in the breastfed infant. In: Lawrence RA, Lawrence RM: *Breastfeeding – A Guide For The Medical Profession*. 6th edition. Mosby, 2005. pp. 427-459.
8. Riordan, Jan: Low Intake in the Breastfed Infant: Maternal and Infant Considerations. In: Riordan, J: *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd edition; Jones & Bartlett, 2005. pp 277-309.
9. Swafford S, Berens P. Effect of fenugreek on breast milk volume. Abstract. 5th International Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine, September; 2000:11–13. <http://www.draparrilla.com/pdf/abstracts%20WIC.pdf> (2011.11.14.)
10. The Academy Of Breastfeeding Medicine: Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting maternal milk supply, 2004.
11. West D, Marasco L: *The Breastfeeding Mother's Guide to Making More Milk*. McGraw-Hill, 2009.
12. WHO Multicentre Growth Reference Study Group: The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS). *Acta Paediatr Suppl*. 2006 Apr;450 http://www.who.int/childgrowth/standards/acta_supplement/en/index.html (2011.11.14.)
13. Zargar AH, Salahuddin M, Laway BA, Masoodi SR, Ganie MA, Bhat MH.: Puerperal alactogenesis with normal prolactin dynamics: is prolactin resistance the cause? *Fertil Steril*. 2000 Sep;74(3):598-600.

Ajánlott irodalom

Példák rövid és hatékony tájékoztató anyagokra anyák számára:

- Getting off to a good start, Hale Publishing, 2005 <http://media.ibreastfeeding.com/pamphlets/weight%20gain.pdf> (2011.11.14.)
- La Leche Liga: Az anyatej mennyiségének növelése (2000. május) <http://www.lll.hu/node/4> (2011.11.14.)
- Wiessinger D, West D, Pitman T: *The Womanly Art of Breastfeeding* 2010.

Kézikönyvek, amelyek hatékonyan segítik a szoptatási tanácsadó munkáját:

- Mohrbacher N, Stock J: *The Breastfeeding Answer Book*, La Leche League, 2003.
- Lawrence RA, Lawrence RM: *Breastfeeding – A Guide For The Medical Profession*. 7th edition. Mosby, 2010.
- Riordan, J: *Breastfeeding and Human Lactation*. 4th edition; Jones & Bartlett, 2009.
- West D, Marasco L: *The Breastfeeding Mother's Guide to Making More Milk*. McGraw-Hill, 2009.

Tesztkérdések

1. Az édesanya, aki négy hónapos gyereket szoptatja, panaszkodik, hogy estére elfogy a tej a melléből. Korábban lefejt tejkészletek felhasználását fontolgatja pótlásként. Ön hogyan reagál erre a felvetésre?
 - a) Nem minden baba fogadja el a fagyasztott, majd felengedett anyatejet.
 - b) Ez remek ötlet, csak lehetőleg ne cumisüvegből adja, mert az megzavarhatja a csecsemő szopástechnikáját.
 - c) Sajnos elég gyakori, hogy négy hónapos korban már nem elég az anyatej. Ilyenkor jön el a tejpép adás ideje, különösen estefelé ideális megoldás.
 - d) Ön aggódik, hogy a kisbabája nem jut elég tejhez. Hogyan szokott viselkedni esténként? Miből látszik, hogy éhes?
2. Háromnapos újszülött testsúlya 9 százalékát vesztette el eddig. Bármelyik alábbi kijelentés helytálló lehet a helyzettel kapcsolatban, KIVÉVE
 - a) Ez a normális határain belül van, nincs teendő.
 - b) Az anya valószínűleg folyadékpótló infúziót kaphatott a vajúdas alatt.
 - c) Ez az élettani sárgaság miatti aluszékonyság következménye is lehet.
 - d) Az először szülő anya teje még nem lövellt be.
3. Tíznapos, születési súlyát már visszanyert, napi három dekát gyarapodó újszülött édesanyja aggódik, hogy a szoptatások sokáig tartanak, és a baba rendre elalszik a mellén, ha viszont le akarja tenni, felébred. Ön hogyan értékeli a helyzetet?
 - a) Legjobb úton haladnak afelé, hogy elkényeztessék a gyereket. Meg kellene tanulnia önállóan elaludni.
 - b) A gyerek nem szopik hatékonyan. Ébresztgetni kellene, hogy egy szoptatás ne tartson húsz percnél tovább.
 - c) Az édesanyával érdemes volna beszélgetni a csecsemő és az anya természetes szükségleteiről és ezek összehangolásáról az első hetekben.
 - d) Minden a legnagyobb rendben van.
4. Egy hónapos, eddig összesen 60 dekát gyarapodó csecsemő édesanyja azért jelentkezik, mert nyugtalanítja, hogy gyermeke majdnem minden szopás közben és után is sír. Az Ön LEGMEGFELELŐBB első reakciója ez:
 - a) Ne aggódjon, nagyon sok édesanya van még, akit ilyen böngőmasinával áldott meg a sors. Az a jó, hogy legalább gyarapszik.
 - b) Elég nyilvánvaló, hogy itt valami tejmenyiség probléma van a háttérben.
 - c) Nem lehet, hogy félrenyel a több csatornából ömlő tejtől, és fuldoklik, köhög?
 - d) Érthető, hogy aggódik a baba viselkedése miatt. Többféle oka is lehet, ülünk le, beszéljük meg! Szívesen megnézném azt is, hogyan zajlik egy szoptatás.

5. Petra nem duplázta meg a születési súlyát hat hónapos korára. Mi az ELSŐ lépés, amit a szoptatási tanácsadó tesz?
- a) Tájékoztodik Petra szüleinek testalkatáról, csecsemőkori gyarapodásáról.
 - b) Megkérdezi, dohányzik-e az anya.
 - c) Megkísérli minél alaposabban felmérni a szoptatási gyakorlatot: gyakoriság, éjszakai szoptatás, mitől függ, hogy mikor teszi mellre.
 - d) Javasolja a szilárd ételek mihamarabbi bevezetését, legalább napi két szoptatást kiváltva.
6. A gyermekorvos próbaszopásra hívta be az anyát, mert panaszkodott, hogy négy hónapos kisfia nyugtalan. A kisfiú 40 grammot szopott. Ön hogyan értékeli ezt az eredményt?
- a) A próbaszopás alkalmatlan arra, hogy megítéljük, eleget szopik-e a csecsemő. Egy adattal nem lehet mit kezdeni.
 - b) Meg kell nézni, hogyan gyarapodott a kisfiú az utóbbi időben, ebből lehet kiszámolni, mennyi pótlásra van szüksége.
 - c) Végül is nem rossz, van teje az anyának. Majd otthon szopik többet is.
 - d) Ez nagyon kevés négy hónapos korban. Legalább 150 grammot kellett volna szopnia.
7. A három hónapos kor táján bekövetkező gyarapodási problémák LEGGYAKORIBB oka:
- a) Kezd elfogyni az anya teje.
 - b) Ugrásszerűen nő a csecsemő igénye, és az anya nem tud ezzel lépést tartani.
 - c) A külön szobában altatott csecsemő átalussza az éjszakát, ezért elmaradtak az éjszakai szopások.
 - d) Az anya újra menstruálni kezd.
8. Az anya azt kérdezi Öntől, hogy legalább mennyi időnek kell eltelnie két szopás közt. Az Ön LEGJOBB válasza:
- a) Miért merült fel Önben ez a kérdés?
 - b) Az a legjobb, ha a baba ki bírja várni a három órát két etetés közt.
 - c) Ha nagyon sír a baba, már két óra elteltével is nyugodtan mellre teheti.
 - d) Akár egy óra múlva is mellre teheti, legfeljebb kijön belőle a felesleg egy kiadós bukás formájában.

9. Peti két hónapos, eddig 3 kilót gyarapodott 3400 grammos születési súlyához képest. A soron következő tanácsadáson Ön ezt mondja az anyának:
- Hú, ez egy kicsit több a kelleténél! Pánikra semmi ok, de azért beszéljük meg, nem szoptatja-e meg minden nyekkenésre, ahogy az ma divatos.
 - Peti igazán remekül gyarapodik! Szép, egészséges baba! Meséljen róla, hogy telnek mostanában a napok otthon?
 - Ha így folytatják, túlsúlyos lesz a gyerek! Az éjszakai szopásokat most már legfőbb ideje volna elhagyni.
 - Ez a túletetés tipikus esete! Ekkor súllyal már négy órát ki kellene bírnia a gyerekeknek két etetés közt.
10. A tanácsadáson az édesanya panaszkodik, hogy másfél hónapos kislánya szinte minden szopás után bukik. Az Ön ELSŐ reakciója:
- Igen, ez tényleg szokatlannak tűnhet eleinte! Nézzük meg, mennyit gyarapodik a kislány, és milyen gyakran szokott mellre kerülni!
 - Ez nyilván a ráetetés eredménye! Vigyázzon arra, hogy három óránál gyakrabban ne tegye mellre, ennyi idő kell, hogy ne keveredjen a baba hasában az emésztett tej a frissel.
 - Ez teljesen normális, nem kell foglalkozni vele. Minden csecsemő bukik.
 - Lehet, hogy refluxos a baba. A gyermekorvosnak kell megmutatni, valószínűleg ad beutalót gasztroenterológiára.
11. Az édesanya hallotta, hogy az első életév második felében 500-800 milliliter anyatejet, illetve tápszert kellene fogyasztania a gyerekek. Aggódik, hogy az ő, 9 hónapos szoptatott kisbabája nem szopik ennyit. Az ön LEGJOBB válasza:
- Mérje meg szopás előtt és szopás után, akkor majd kiderül, szopik-e annyit!
 - Tényleg előfordulhat, hogy kevés neki az anyatej! Kínálja meg próbaképpen tápszerrel, és adjon belőle annyit, amennyit elfogad.
 - Tényleg nem könnyű egy ekkora baba anyatejfogyasztását megállapítani, de talán felesleges is, hiszen nincs ilyen előírás! A kisbabák normális fogyasztása elég tág határok közt mozog. Beszéljük meg, hányszor szokott szopni, mennyi szilárd ételt kap és mikor!
 - Látszik, hogy jól van a baba, szép, hurkás a combja, nem kell avval foglalkozni, hogy mennyit szopik.

12. A 8 hónapos, szoptatott Veronika édesanyja a tanácsadáson elmeséli, hogy kislánya nagyon jó étvágyú, már mindent eszik. Önnek a beszélgetés további részében a következőket célszerű megbeszélnie az édesanyjával:

- a) Figyelmeztetem arra, hogy édességet ne adjon neki, és legalább reggel meg este szoptasson még.
- b) Megbeszéljük, hogy lassan áttérhet a krémes állagról a kicsit darabosra.
- c) Kikérdezem, milyen ételeket kap a kislány, hogy kiderüljön, bevezette-e már a glutént, húst, kap-e elég zöldségfélét, gyümölcsöt.
- d) Mivel egy ennyi idős csecsemő étrendjében ideális esetben az anyatej a fő összetevő, megkérdezem, hányszor szokott szoptatni, szopás előtt vagy után kínálja a szilárd ételeket, mekkora mennyiségeket szokott adni és mit.

13. A háromhetes Benedek még kevéssel a születési súlya alatt van, noha az édesanya szoptatási gyakorlata jó: Benedek 24 óra alatt legalább 12-szer mellre kerül, az anya egy-egy alkalommal mindkét mellből szoptat. Milyen további kérdéseket kell tisztázni?

- a) Hogy volt-e a családban allergiás előzmény, ha igen, csak HA tápszer jön szóba, hiszen Benedeknek pótlást kell kapnia. Kezdő adagként napi 200 ml javasolt.
- b) Tisztázzuk, mennyi pisis, kakis pelenka van 24 óra alatt. Ha kevés, akkor az anya egészségi állapotát kell tisztázni, ha elegendő, akkor a csecsemőnél javasoljuk az alaposabb gyermekgyógyászati vizsgálatot.
- c) Meg kell mérni, mennyit szopik, és ebből ki lehet számítani, hogy az anyának van-e annyi teje, amennyi egy ekkora csecsemőnek kell.
- d) Tisztázni kell, hány vizeletes, székletes pelenkája van a kisfiúnak. Ha megvan a napi 6-7 pisis, és legalább három kakis, akkor várni kell, lassan gyarapodó típus.

14. Az alábbi anyai betegségek közül melyik járhat együtt elégtelen tejtermeléssel?

- a) szklerózis multiplex, Crohn-betegség, masztitisz
- b) pajzsmirigy alul-működés, vírusos gasztroenteritisz, PCOS
- c) I-es típusú diabétesz, epilepszia, influenza
- d) tüdőgyulladás, candida, magas vérnyomás

15. A várandós-gondozás során mely tényezők hívják fel a figyelmet arra, hogy a posztpartum időszakban a szokásosnál is nagyobb figyelmet kell szentelni az anya-csecsemő páros támogatására a szoptatásban?

- a) Jómódú család, karrierista anya.
- b) Az anyának a terhesség előtt közvetlenül epeműtétje volt.
- c) Az anya két vetélés után esett teherbe.
- d) A baba több évig tartó meddőségi kezelés után lombikprogram segítségével fogant.

16. Az egy hónapos, szoptatott baba cumival a szájában érkezik a tanácsadásra. Az ön LEGJOBB reakciója ezzel kapcsolatban:
- a) Anyuka, ne használjon cumit, mert csökkenni fog a tejmenyiség!
 - b) Ugye tisztában van vele, hogy naponta fertőtleníteni kell, és kéthavonta lecsereelni?
 - c) Beszélgetést kezdeményezek arról, hogyan telnek otthon a napok a babával, hogyan szokta megnyugtatni, ha sírdogál, hogyan szokott elaludni a baba.
 - d) Milyen fajta cumit használnak? Fogszabályozós?
17. Az édesanya arra panaszodik, hogy másfél hónapos kisbabája nagyon nyugtalan egész nap, alig alszik. A gyarapodás az épp esedékes mérés szerint rendben van. Hogyan alakítja a beszélgetést, milyen témaköröket hoz szóba?
- a) Arról beszélgetnék vele, hogy a szoptatás nem csak táplálásra való, hanem a baba megnyugtatásának természetes módja is, megemlíteném a hordozókendőt, mint jó lehetőséget a testközelség biztosítására.
 - b) Előfordulhat, hogy a tej mégsem elég a babának, hiszen a nyugtalanság leggyakoribb oka az éhség.
 - c) A böfiztetés fontosságáról beszélgetnék, mert ez a baba nyilván sok levegőt nyel, mohón szopik, és ezért fáj a hasa.
 - d) Felsorolnám, milyen hasfájás elleni szerekből választhat, de hozzátenném, hogy az is elég lehet, ha ő maga iszik szélhajtó teát, mert a hatóanyagai átmennek a tejbe.
18. Zsófi a 32. hétre született, egészséges, jelenleg kéthetes, súlya már napi két dekával gyarapodik. Édesanyja feji neki a tejet, amit a kórházban cumisüvegből adnak oda a kislánynak. Mit javasol neki?
- a) Otthoni használatra olyan cumisüvegeket vegyen, amelyek nem zavarják meg a szopástechnikát, és javasolom homeopátiás készítmény szedését, hogy nőjön a tejmenyiség.
 - b) Megbeszélem vele a koraszülött baba otthoni ellátásával kapcsolatos teendőket.
 - c) Folytassa a terhesvitamin szedését, hogy a teje elég tápláló legyen a koraszülött baba számára is, és elmondom, milyen szerekekkel fokozhatja a tejtermelést, ha ezzel gond volna.
 - d) Kérdezze meg a koraszülött-osztályon, lenne-e lehetőség a kenguruzásra! Próbálkozzon a szoptatással naponta minél többször. Növelje a lefejt tejmenyiséget napi kb. 7-800 milliliterre, és fejések második 10-15 percében kifejt tejet adja be a baba táplálására, az első felét tegye fagyasztóba dátummal ellátva.
19. Az SNS/Szoptanít használatát akkor javasoljuk az anyának, ha
- a) az újszülött már tíznapos, és nem érte még el a születési súlyát.
 - b) szoptatni szeretne, de átmenetileg kis mennyiségű pótlásra van szükség.
 - c) úgy tűnik, viszonylag hosszabb időn keresztül nagyobb mennyiségű pótlás adására lesz szükség.
 - d) a baba cumizavaros, és elutasítja a mellet.

20. A pótlás adása pohárból akkor praktikus megoldás, ha

- a) újszülöttről van szó.
- b) újszülöttről, vagy alkalmi pótlásról, és/vagy kis mennyiségekről van szó.
- c) az anya dolgozik, és hat hónaposnál fiatalabb csecsemő etetéséről van szó.
- d) az anya gyakorlott, és tudja, hogyan kell csinálni.

Masztitisz okai és kezelése szoptató anyáknál

Dr. Kun Judit Gabriella

Előfordulás

A masztitisz (mellgyulladás) a szoptató anyák körében gyakran előforduló állapot. A különböző tanulmányok 2-33% közé teszik az előfordulását. Az előfordulási arány nagy változatossága különböző okoknak tudható be, így például a definícióbeli eltéréseknek (*Kvist, 2010*) vagy a szülés utáni után-követés különböző hosszának. A statisztikák szerint a masztitiszek 74-95%-a a szülés utáni első 12 héten belül jelentkezik, leggyakrabban a 2-3. héten. Mindamellett a szoptatás bármely időszakában előfordulhat, akár a második évben is (*WHO, 2000*).

Definíció és diagnózis

A masztitisz klinikai definíciója szerint egy fájdalmas, forró, duzzadt, ék-alakú terület az emlőben, ami 38,5°C vagy annál magasabb lázzal, hidegrázással, influenza-szerű végtagfájdalommal és általános rossz közérzettel jár. Ugyanakkor a masztitisz szó szerint az emlő gyulladását jelenti, ami nem feltétlenül jár együtt bakteriális fertőzéssel. A vörösség, a fájdalom és a forróság mind jelen lehet akkor is, amikor az emlő túltelítődött vagy egy tejsatorna záródott el, ezek azonban nem szükségszerűen jelentik azt, hogy fertőzés is történt. Fontos azonban, hogy a tapasztalatok szerint létezik a különböző állapotok között egy folytonosság: a túltelítődésből és a nem fertőzőes masztitiszből kialakulhat fertőzőes masztitisz, abból pedig emlőtályog (*Betzold, 2007; ABM, 2008*).

Differenciál diagnózis

Amikor egy szoptató asszony emlőfájdalomról panaszkodik, nemcsak a laktációval specifikusan összefüggő állapotokra, hanem a laktációtól független kór-okokra is gondolnunk kell. Ezek lehetnek teljesen jóindulatúak vagy élettaniak – mint például az emlő telítettsége –, de lehetnek az életet veszélyeztető állapotok is, mint amilyen az emlőrák.

Vannak olyan állapotok, amiket könnyű felismerni, ugyanakkor a leggyakoribb emlőproblémákat – túltelítődés, tejsatorna elzáródás, nem fertőzőes és fertőzőes masztitisz – már korántsem annyira könnyű, sőt néha lehetetlen elkülöníteni egymástól. A nehézséget a fentebb is említett folytonosság okozza, mivel ezeknek a folyamatoknak nincsenek éles határai, valamint az, hogy mindegyik állapotban szerepet játszik a tej pangás, illetve a tejsatorna elzáródás. Ráadásul, amikor a tejfolyás akadályozott, az októl függetlenül megnyílnak a sejtközötti járatok, aminek következtében a tejben nő a nátrium és a klorid, csökken a laktóz és a kálium koncentrációja, a gyulladáskeltő citokinek pedig kiszivárognak a sejtközötti térbe (*Fetherston, 2006*). Azon túl, hogy a tej ízváltozása miatt a csecsemő elutasíthatja az érintett mellet, a gyulladáskeltő citokinek hidegrázást, lázat, izomfájdalmat okozhatnak, klinikailag utánozva egy fertőzőes folyamatot. Így az általános tünetek jelenléte még nehezebbé teszi annak eldöntését, hogy az anya tüneteit a tej pangás okozta gyulladás és/vagy fertőzés okozza-e. Mindezen felül, még ha a tünetek kezdetben mindössze a tej pangás következményei voltak is, egy másodlagos fertőzés tovább bonyolíthatja a képet.

A differenciálást tovább nehezíti az a felismerés, hogy a tejben talált alacsony baktériumszám, amit a nem fertőzőes masztitiszre tartunk jellemzőnek, gyakran tapasztalható azokban az esetekben is, amikor a kórokozó kitenyészik az anyatejből. Ennek a jelenségnek az egyik magyarázata az lehet, hogy a fejéskor a kórokozók kihígulnak, mert a nem érintett területekről származó tej összekeveredik a fertőzött területről származóval. Hasonlóan, a fertőzött területen a tejsatorna elzáródása megakadályozza, hogy a kórokozók kiürüljenek, így a vizsgált tejmintában a baktériumszám alacsony lesz. Egy másik magyarázat szerint az anyatej antibakteriális összetevői pusztítják el a kórokozókat.

Másrészről viszont gyakran előfordul, hogy egészséges szoptató anyák tejében potenciálisan patogén baktériumok találhatóak, és a nagyobb csíraszám nem jár feltétlenül együtt a masztitisz klinikai tüneteivel. Emiatt az anyatej csíraszám meghatározásának korlátozott jelentősége van annak eldöntésében, hogy szükség van-e antibiotikus kezelésre (*Kvist, 2008*).

Továbbmenve, ha egy emlőgyulladás antibiotikum nélkül meggyógyul, ebből nem következik az, hogy akkor biztosan nem fertőzőes masztitiszről volt szó. Lehetséges, hogy a megfelelő ürítés kimosta a kórokozókat vagy az anyai immunválasz elegendő volt a fertőzés felszámolására. Amikor viszont a fertőzőes masztitisz nincs megfelelően kezelve vagy a kezelés késik, a bakteriális eredetre előbb-utóbb fény derül, különösen, ha tályog kialakulásáig fajul a helyzet.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a különböző folyamatok elmosódó határai, a tej pangás és a gyulladások citokinek jelenléte miatt a nem fertőzőes és a fertőzőes masztitisz elkülönítése nem könnyű, amit tovább nehezít a megbízható laboratóriumi vizsgálatok hiánya.

A masztitisz tünetei

Mind a fertőzőes, mind a nem fertőzőes masztitisz megjelenhet anélkül, hogy jelentősebb vörösséget, lázat vagy általános tüneteket okozna, máskor viszont kórházi kezelést és intravénás antibiotikumokat igénylő súlyos állapotként jelentkeznek. Fertőzőes masztitisz esetén tipikusan 38,5°C-nál magasabb lázzal, influenzaszerű tünetekkel, és az egyik mellen a klasszikus ék-alakú, fájdalmas, vörös és forró terület megjelenésével találkozunk, de a nem fertőzőes masztitisz is produkálhatja ezeket a tüneteket. A fertőzőes masztitisz esetén azonban valószínűbb, hogy 24 óránál hosszabb ideig fennáll, mind a két mellen kialakul, magas lázzal és jelentős fájdalommal jár (*Betzold, 2007*).

Hajlamosító tényezők

A tej pangás és minden olyan esemény, ami tej pangáshoz vezet határozottan fokozza a kockázatát annak, hogy mellgyulladás alakul ki. Tej pangáshoz vezető események és állapotok például:

- nem megfelelő mellre helyezés vagy gyenge, illetve koordinálatlan szopás, ami az emlő elégtelen kiürítéséhez vezet
- ritka szoptatások vagy a szoptatások gyakoriságának, illetve hosszának korlátozása
- anya és csecsemő elkülönítése
- csecsemő külön szobában altatása
- éjszakai szoptatás hiánya
- kihagyott szoptatások
- tej túltermelés
- hirtelen/túl gyors elválasztás
- a mell elszorítása vagy tartós nyomás a mellen (szoros melltartó, hordozóeszköz pántja)
- elzáródott tejcsatorna (bleb, összeállt tej, tejkő)
- mechanikai akadályt képező elváltozás az emlőben (fibrocisztás emlőbetegség, műtét utáni összenövés stb.)

A fertőzőes masztitiszre ezeken felül hajlamosító tényező az emlőbimbó sérülése, bár a bimbósérülés nem feltétele a fertőzésnek, és önmagában nem is elegendő hozzá. A bimbósérülésből valószínűbb, hogy fertőzőes masztitisz lesz, ha a *Staphylococcus aureus* kolonizálja. Az ekcéma emiatt fokozott kockázatot jelent, mert az ekcémás anyák bőrén gyakrabban telepedik meg a *S. aureus* (*ABM, 2008; Spencer, 2008*).

Számos egyéb tényezőt is összefüggésbe hoztak a masztitisz fokozott kockázatával, mindamellet ezek jelentősége jóval kisebb, mint a tejpangásé, és az ezekkel kapcsolatos kutatási eredmények nem meggyőzőek. Ilyen tényezők:

- az életkor – a 21-35 év közöttiek veszélyeztetettebbek
- a szülés szám – az először szülők körében gyakoribb a masztitisz
- a szülés módja – a komplikációk fokozzák a kockázatot
- a táplálkozás – sok só és zsír fogyasztása, anémia, nyomelemek hiánya fokozza a kockázatot
- az anyatej immunfaktorai – ha alacsony a szintjük, a masztitisz kialakulása valószínűbb
- anyai stressz és kimerültség
- az anya vagy a csecsemő betegsége
- otthonon kívüli munkavállalás
- trauma
- korábbi masztitisz – az újbóli előfordulás kockázata nagy (WHO, 2000)

A fertőzéses masztitisz kórokozói

Fertőzéses masztitisz esetén az anyatejből leggyakrabban kitenyésző kórokozó a *Staphylococcus aureus* és a koaguláz-negatív staphylococcusok (KNS). *Streptococcus* fertőzésre kell gondolnunk akkor, ha a masztitisz kétoldali. További dokumentált kórokozók a *Bacteroides* fajok, *E. coli* és más gram-negatív baktériumok, A és B csoportú hemolizáló streptococcusok, *Peptostreptococcus* fajok, *Mycobacterium tuberculosis* (ritka) és *Candida* fajok (ritka). Kevert fertőzések is előfordulhatnak. Sajnos egyre gyakrabban kell gondolnunk a közösségben szerzett methicillin rezisztens *S. aureus* (CA-MRSA) fertőzésre, mivel ennek előfordulása emelkedőben van (*ABM, 2008; Betzold, 2007, Spencer, 2008*).

Masztitisz kezelése

Függetlenül attól, hogy a feltételezett etiológia fertőzéses vagy nem fertőzéses, a mellgyulladás kezelésének legfontosabb lépése a tejpangás megszüntetése és az emlő hatékony kiürítésének folyamatos biztosítása akár szoptatás, akár kézi fejtés, akár mellszívó pumpa segítségével. Nincs bizonyíték arra, hogy egy egészséges, érett csecsemőre veszélyes lenne a szoptatás folytatása.

Az anyát arra kell biztatni, hogy gyakrabban szoptasson – ha kizárólagosan szoptat, 24 óra alatt legalább 8-12 alkalommal – mindig az érintett mellel kezdve. Ha a fájdalom nagy, kezdheti a szoptatást a másik oldalon, majd a tejleadó reflex kiváltódásakor, tegye át a csecsemőt az érintett emlőre. Érdeemes a csecsemőt úgy mellre helyezni, hogy az álla az elzáródott terület felé forduljon, mert a csecsemő azt a területet üríti ki leginkább, amelyik az álla felé esik. Ellenőrizzük a csecsemő mellre helyezését és hogy a szopás megfelelően hatékony-e! Szükség esetén a szoptatások után alkalmazott kézi vagy mellszívós fejtés segíti a tej kiürülését és gyorsítja a gyógyulást.

Ha a szoptatás nem lehetséges, a tejet fejéssel kell kiüríteni az emlőből, lehetőség szerint egy duplafejes gépi mellszívóval, naponta 8-12 alkalommal 15-20 percet szánva a fejtésre. Ha a masztitisz során az emlőt nem ürítik ki rendszeres időközönként, fokozódik a tályog kialakulásának kockázata, és a felépülés elhúzódik. Rendkívül fontos, hogy az emlő rendszeres ürítésére odafigyeljünk akkor is, ha az anya nagyon rosszul van.

A tej kiürítését segítheti, ha a szoptatás vagy fejés előtt, illetve alatt meleg borogatást teszünk az elzáródott területre. Ez lehet mikrohullámú sütőben megmelegített cseresznyemag párna, meleg vízzel töltött palack vagy akár egy meleg vízbe mártott textilzsebkendő is. A borogatásnak olyan melegnek kell lennie, amit a bőr még éppen elvisel. A meleg csökkenti a fájdalmat, és elősegíti a tejürülést. A szoptatások/fejések között hideg borogatást is tehetünk az emlőre pár percre. A legegyszerűbb megoldás egy zacskó textilpelenkába csavart, fagyasztott zöldség (pl. zöldborsó vagy kukorica). A hideg csökkenti a gyulladást, az ödémát és a fájdalmat. Az anya alkalmazhatja a meleget vagy a hideget attól függően, hogy mit érez kellemesnek.

A tej ürülését segítheti a gyengéd masszázs is. Az anya szoptatás vagy fejés közben óvatosan, finom, simító mozdulatokkal terelgetheti a tejet az elzáródott területről a bimbó felé. **Az emlőt durván masszírozni tilos!**

A terápia kiegészítéseként az ágynyugalom, a megfelelő folyadékbevitel és az egészséges étrend nélkülözhetetlen. Kórházi felvétel válhat szükségessé, ha az anya nagyon beteg és otthon nincs, aki gondját viselje. A szoptatás folytatása érdekében ilyenkor a csecsemőt az anyával közös szobában kell elhelyezni (rooming-in).

A mellgyulladástól szenvedő anyának rengeteg támogatásra és bátorításra lehet szüksége ahhoz, hogy folytassa a szoptatást mind a saját, mind gyermeke egészségének érdekében. Ebbe az anya lelki egészsége is beletartozik, ugyanis az anyát pszichésen rendkívüli módon megviseli, ha arra kényszerül, hogy elválassza gyermekét, mielőtt arra érzelmileg készen állna. Sokszor abban kell megerősíteni az anyát, hogy az ő teje betegsége idején is értékes, pótolhatatlan és biztonságos a gyermeke számára (még az antibiotikumok mellett is).

Ha az anya úgy dönt, hogy elválasztja csecsemőjét, ezt nagyon lassan tegye, és csak azután, hogy a fertőzés megszűnt (*ABM, 2008; Betzold, 2007, Spencer, 2008*).

Gyógyszeres kezelés

A fájdalomcsillapító gyógyszerek segítik a tejleadó reflexet, ezért hasznosak lehetnek. Egy kifejezetten gyulladásgátló hatóanyag, mint amilyen az ibuprofen hatékonyabban enyhítheti a tüneteket, mint egy egyszerű fájdalomcsillapító, mint például a paracetamol. Az ibuprofen és a diklofenák is minimális mennyiségben választódik ki az anyatejbe, szoptatás alatt biztonságosan szedhető, de nem indokolja a szoptatás felfüggesztését a paracetamol vagy a metamizol szedése sem, különösen, ha a gyermek 3 hónaposnál idősebb. A láz szintén nem ellenjavallata a szoptatásnak, függetlenül a mértékétől.

Ha a masztitisz tünetei enyhék és 24 óránál rövidebb ideje állnak fenn, a konzervatív terápia (hatékony kiürítés, ágynyugalom stb.) elegendő lehet. Ha azonban a tünetek nem javulnak 12-24 órán belül vagy rosszabbodnak, ha az anyának nagy fájdalmai, súlyos tünetei, magas láza és/vagy általános tünetei vannak, antibiotikus kezelést kell kezdeni függetlenül attól, hogy fertőzőes vagy nem fertőzőes eredetet tételezünk fel. Antibiotikumot kell rendelni akkor is, ha a laboratóriumi eredmények (csíraszám, fehérvérsejtszám, tenyésztés eredménye) alátámasztják a fertőzés diagnózisát.

Elsőként választandó szerek a penicillináz rezisztens penicillinek, amelyek közül a szűk spektrumúak megfelelően hatékonyak a *S. aureus* ellen, de Magyarországon egyik hatóanyag sincs forgalomban. Így csak a széles spektrumú amoxicillin jön szóba, mivel az ampicillinre már régóta növekvő rezisztenciát észlelnek. Az első generációs cefalosporinok (cefalexin) szintén elfogadottak elsőként választott szerként masztitiszben. Penicillinérzékenység esetén erythromycin vagy clindamycin adható. Bár kontrollált vizsgálatok nem készültek, a legtöbb szakértő 10-14 napos antibiotikum kezelést tart szükségesnek. Fontos, hogy tisztában legyünk azzal, hogy – mint minden antibiotikummal végzett kezeléskor – fokozódik a kockázata a *Candida* fertőzéseknek.

Masztitisz kezelésére javasolt antibiotikumok

WHO, 2000	Betzold, 2007	Spencer, 2008	Magyarországi gyakorlat
Erythromycin 4x250-500mg	Dicloxacillin* 4x500mg	Amoxicillin+klavulánsav 2x1g	Amoxicillin+klavulánsav 3x625mg vagy 2x1g
Flucloxacillin* 4x250mg	Cephalexin 4x500mg	Cephalexin 4x500mg	Cephalexin 4x500mg
Dicloxacillin* 4x125-500mg	Clindamycin 4x300mg	Ciprofloxacilin 2x500mg	Clindamycin 4x300mg
Amoxicillin 3x250-500mg	Erythromycin 4x250-500mg	Clindamycin 4x300mg	Erythromycin 4x500mg
Cephalexin 4x250-500mg		Dicloxacillin* 4x500mg	
		Trimethoprim/sulfamethoxazol 2x160 mg/800 mg (2 hónapos kor alatt és beteg/gyenge csecsemőnél nem!)	

* Dicloxacillin és flucloxacillin Magyarországon nincs forgalomban.

A szoptatott csecsemő egyidejű antibiotikus kezelése megfontolandó, különösen, ha a kórokozó *Streptococcus* (ABM,2008; Betzold, 2007, Spencer, 2008).

Után-követés

A megfelelő kezelésre általában gyors és drámai javulás következik be. Ha a masztitisz tünetei nem szűnnek meg napokon belül, újra át kell gondolni, hogy helyes volt-e a diagnózis. További vizsgálatok válhatnak szükségessé rezisztens baktériumok, tályog, a háttérben meghúzódó csomó, esetleg gyulladásos vagy duktális karcinóma kimutatására. Ha a mellgyulladás 2-3 alkalommal ugyanazon a helyen visszatér, feltétlenül kivizsgálásra van szükség egy, a háttérben meghúzódó, és a tejfolyást akadályozó massa kizárására (ABM,2008).

Szövődmények

A masztitisz egyik leggyakoribb következménye a szoptatás idő előtti befejezése, aminek megelőzése érdekében az anyát betegsége alatt támogatni kell abban, hogy a szoptatást fenntartsa.

Egy másik potenciális szövődmény a tályog kialakulása, aminek akkor a legnagyobb a veszélye, ha a kezelés későn kezdődik vagy nem elég hatékony. A masztitisz esetek nagyjából 3%-ában alakul ki tályog. Ha a szokásos kezelés ellenére az emlő egy körülírt területe kemény, vörös és érzékeny marad, akkor gondolnunk kell a tályogra. Lehetséges, hogy addigra az általános tünetek és a láz megszűnik. A diagnózist ultrahang vizsgálattal lehet megerősíteni. Az összegyűlt gennyet sebészi úton el kell távolítani: ez lehet megnyitás, kiöblítés és drenázs vagy vékonytűs aspiráció. A vékonytűs aspirációt esetenként meg kell ismételni (akár többször is), mégis előnyben részesítendő, mert helyi érzéstelenítésben, akár járóbeteg szakrendelésen elvégezhető, jóval kisebb megterhelést jelent a beteg számára, és hamarabb gyógyul. A leszívott váladékot tenyésztésre és antibiotikum érzékenység meghatározásra laboratóriumba kell küldeni. A megfelelő, hatékony antibiotikummal a kezelést folytatni kell.

A szoptatás folytatható, kivéve akkor, ha a bemetszés helyét nem lehet úgy fedni, hogy szopás közben a csecsemő szája ne érjen hozzá. Ebben az esetben az érintett emlőt a sebgyógyulásig fejni kell, a szoptatás a másik emlőből folytatható (ABM,2008; Betzold, 2007, Spencer, 2008).

Visszatérő mellgyulladás

A későn kezdett vagy elégtelen (pl. túl rövid ideig tartó) kezelés visszatérő mellgyulladáshoz vezethet. Ettől függetlenül, ha a mellgyulladás visszatér, a további epizódok megelőzése céljából meg kell próbálni kideríteni, milyen okok húzódnak meg a háttérben. Leggyakrabban tej pangás, fertőzőes folyamatok és/vagy anyai kórállapotok állnak a visszatérő masztitisz háttérében, amelyek kölcsönösen összefügghetnek egymással. Például az anyának lehet egy krónikus bakteriális fertőzése, amely tejcsontrona elzáródásokhoz vezethet.

Legelőször mindig a tej pangás okait kell kizárni, mint például a nem megfelelő szoptatási gyakorlat, külső nyomás a mellen vagy a tejtúltermelés. A tejcsontrona rendellenességei vagy az emlőben lévő csomók, hegek szintén okozhatnak tej pangást.

Ezután vegyük sorra a következő fertőzőes kór-okokat: 1) másodlagos gombás fertőzés; 2) későn kezdett vagy nem hatékony antibiotikus terápia; 3) krónikus bakteriális fertőzés; 4) fertőzött mellbimbó krémek használata. Krónikus bakteriális fertőzések fejlődhetnek ki az anyánál, ha 10 napnál rövidebb ideig tart a kezelés, illetve lehet az emlőben egy olyan kisebb terület, ahol 10 napnál hosszabb kezelésre van szükség a fertőzés felszámolásához.

Végül gondoljunk a háttérben meghúzódó anyai tényezőkre, mint például a kimerültség, anémia, stressz. Az egyik tanulmány alacsony IgA, C3 és laktoferrin szintet talált azoknak az anyáknak a tejében, akiknél visszatérő, fertőzőes masztitist diagnosztizáltak.

Függetlenül az etiológiától, a visszatérő mellgyulladás azonnali kezelést igényel, mert kiterjedt léziókat és gyógyíthatatlan szövetkárosodást okozhat, ami akár az emlő deformálódásához és krónikus gyulladáshoz is vezethet (*Betzold, 2007*).

Megelőzés

A masztitisz megelőzésében döntő jelentősége van a helyes szoptatási gyakorlatnak, az emlő hatékony kiürítésének, valamint a túltelítődés és tejcsontrona elzáródás azonnali hatékony kezelésének. Az anyákat meg kell tanítani, hogyan vehetik észre a tej pangás első jeleit, és hogyan szüntethetik meg azt. Nagyon fontos, hogy az anyák szoptatásban jártas szakembertől azonnali segítséget kapjanak szoptatási nehézségek – mint például fájdalmas, sebes emlőbimbó, túltelítődés vagy elégtelen tejtermelés – esetén. A megelőzés fontos eszköze a megfelelő mennyiségű pihenés, valamint a higiénés szabályok – gyakori, alapos kézmosás, mellszívó pumpa tisztítása – betartása (*ABM, 2008*).

Irodalomjegyzék

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: ABM clinical protocol #4: mastitis. Revision, May 2008. Breastfeed Med. 2008 Sep;3(3):177-80.
http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/protocol_4mastitis.pdf (2011.10.20.)
2. Betzold CM: An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health. 2007 Nov-Dec;52(6):595-605.
3. Fetherston CM, Lai CT, Hartmann PE.: Relationships between symptoms and changes in breast physiology during lactation mastitis. Breastfeed Med. 2006 Autumn;1(3):136-45.
<http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.1089/bfm.2006.1.136> (2011.10.20.)
4. Kvist LJ, Larsson BW, Hall-Lord ML, Steen A, Schalén C.: The role of bacteria in lactational mastitis and some considerations of the use of antibiotic treatment. Int Breastfeed J. 2008 Apr 7;3:6.
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/3/1/6> (2011.10.20.)
5. Kvist LJ.: Toward a clarification of the concept of mastitis as used in empirical studies of breast inflammation during lactation. J Hum Lact. 2010 Feb;26(1):53-9.
<http://jhl.sagepub.com/content/26/1/53.abstract> (2011.10.20.)
6. Mastitis: Causes and Management. World Health Organization, 2000
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_00_13/en/ (2011.10.20.)
7. Spencer JP.: Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician. 2008 Sep 15;78(6):727-31.
<http://www.aafp.org/afp/2008/0915/p727.html> (2011.10.20.)

Tesztkérdések

1. Az alábbiak közül melyik az, amelyik a LEGNAGYOBB VALÓSZÍNŰSÉGGEL vezet masztitishoz?
 - a) sebes mellbimbó
 - b) stressz
 - c) elzáródott tejszatórna
 - d) kimerültség
2. Melyik NEM igaz az alábbi állítások közül?
 - a) A masztitisz tünetei közé tartozik a fájdalmas, vörös, forró terület az emlőben.
 - b) A masztitist minden esetben bakteriális fertőzés okozza.
 - c) A masztitisz antibiotikum kezelés nélkül is meggyógyulhat.
 - d) Masztisz esetén a szoptatás folytatható.
3. Melyik NEM tartozik a masztitisz hajlamosító tényezői közé?
 - a) tej túltermelés
 - b) éjszakai szoptatások kimaradása
 - c) hirtelen elválasztás
 - d) túl gyakori szoptatás
4. Melyik kórokozó fordul elő LEGGYAKRABBAN fertőzőes masztitiszben?
 - a) Staphylococcus aureus
 - b) Streptococcusok
 - c) Candida albicans
 - d) E. coli
5. Melyik a LEGFONTOSABB tényező a masztitisz kezelésében?
 - a) az ágynyugalom
 - b) az azonnali antibiotikus kezelés
 - c) az emlők rendszeres, hatékony kiürítése
 - d) a fájdalomcsillapítás

LAKTÁCIÓS PROBLÉMÁK GYERMEKGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI

A koraszülöttek anyatejes táplálásának speciális szempontjai

Dr. Várady Erzsébet

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	135
Mi a koraszülött ideális tápláléka?.....	135
Táplálás kolosztrummal.....	136
Anyatejes táplálás a kolosztrum táplálást követően a NIC-ből (Neonatólis Intenzív Centrum) történő hazaadásig.....	137
Az anyatej dúsítása.....	138
Milyen információt kapjanak az anyák a NIC-ben a kolosztrummal történő táplálást követő időszakban az anyatejes táplálásról.....	139
Az anyatej összetétele koraszülő anya teje, donor női tej, a szoptatás során a másik mellből csöpögő tej (drip milk) esetén.....	139
A donor női tej adásával kapcsolatos aggályok és megfontolások.....	139
A donor tej előnyei.....	140
Az anyatejes táplálás előnyei a koraszülött számára.....	141
Akadályok a koraszülöttek anyatejes táplálásának megvalósításában.....	144
A tejtermelés megindítása és fenntartása.....	145
A szopás és fejés mechanizmusának összevetése (Hurst NM, Meier PP 2010).....	148
Anyatej tárolása, kezelése.....	150
A koraszülött orális-motoros funkciónak érése (Arvedson J, 2006; Barlow SM, 2009).....	152
Átmenet a szondatáplálásról a szoptatásra.....	152
I. Kenguru gondozás – intermittáló bőr-kontaktus formájában.....	152
II. Non-nutritív szopás az előzőleg lefejt mellből a kenguru gondozás alatt (Hurst NM, Meier PP 2010).....	154
III. Táplálás szájon át – nutritív szopás.....	154
IV. Módosított igény szerinti szoptatás (Hurst NM, Meier PP 2010).....	156
A koraszülött szoptatástámogatásával kapcsolatos speciális kérdések.....	156
Koraszülöttek hazaadás utáni táplálása.....	158
Koraszülöttek hazaadás utáni szoptatás-menedzsmentje (Hurst NM, Meier PP, 2010).....	158
Az igen kis súlyú (<1500 g születési súlyú) koraszülöttek hazaadás utáni táplálása (ESPGHAN, 2006, AAP Committee on Fetus and Newborn 2008).....	158
A szoptatástámogatás hatékonyságának megítélése a NIC-ben.....	159
Fontos definíciók, rövidítések.....	160
Életkori terminológiák a perinatális periódusban (Engle WA; AAP 2004).....	160
Irodalomjegyzék.....	161
Mellékletek.....	166
1. sz. melléklet: Kézi fejés. Hátsó tej szeparált gyűjtése.....	166
2. sz. Melléklet: Alternatív táplálási módszerek.....	169
3. sz. melléklet PIBBS (Premature Infant Breastfeeding Behavioural Scale).....	173
Tesztkérdések.....	175

Bevezetés

Az anyatejes táplálás ismert nutricionális, gasztrointesztinális, immunológiai, fejlődésneurológiai és pszichés előnyei a koraszülötteknél nagyobb jelentőségűek, mint az érett újszülötteknél, mégis általános megfigyelés, hogy a szoptatás gyakorisága és a szoptatási mutatók ugyanabban a populációban a koraszülötteknél jóval alacsonyabbak, mint az érett újszülötteknél (*Hill et al 1997, Ryan et al 2002, Flacking R 2003*). Ennek leglényegesebb okai: az anya pszichés és fizikai állapota, a koraszüléssel járó anyai komorbiditások, a koraszülés tejtermelésre gyakorolt negatív hatása, a tejtermelés fenntartásához szükséges anyai áldozatvállalás, az anyatej fejéséhez, tárolásához és kezeléséhez szükséges megfelelő infrastruktúra hiányosságai az ellátó intézményben, a csecsemő táplálhatóságának korlátai és az a körülmény, hogy az anya-gyermek páros egyénre szabott igényeinek megfelelő támogatás az egészségügyi dolgozók ismereteinek hiányos volta miatt nem optimális. A siker gátja az is, hogy a koraszülő anya támogatása az anyatejes táplálás és szoptatás eléréséhez, az egészségügyi dolgozók részéről, a speciális elméleti és gyakorlati ismereteken túlmenően elkötelezettséget és többletmunkát kíván meg.

Mi a koraszülött ideális tápláléka?

Az ideális koraszülött táplálással a méhen belülihez hasonló testsúly, testhossz és fejkörfogat növekedési ráta és testösszetétel érhető el, a táplálással összefüggő morbiditás nélkül, illetve ennek minimalizálásával.

Sauer P JJ (2007) felveti, hogy koraszülöttek esetében elérhető-e egyáltalán az extrauterin növekedés során az intrauterin növekedési ráta, és történjen-e így. Felhívja a figyelmet, hogy az intrauterin növekedési görbék használata során tisztában kell lennünk ezek korlátaival: az adott gesztációs korhoz tartozó testsúlyeloszlás nagy valószínűséggel nem pontos, mert a koraszülöttek nagyobb hányadánál állhatott fenn méhen belüli sorvadás, lehetnek pontatlanságok a gesztációs kor meghatározásában is, továbbá a testsúly nem veszi figyelembe a testösszetételt. Ezen túlmenően számos, a koraszülöttségből adódó speciális körülményre és válaszra váró dilemmára hívja fel a figyelmet. A koraszülöttnak alacsonyak az energiatartalékai, fokozott az anyagcsereje, ugyanakkor anyagcsere és gyomor-bélrendszeri sajátságai korlátozzák az energiabevitelt. A koraszülöttnél, miközben törekszünk az ideális növekedés és fejlődés elérésére, számos táplálással összefüggő kór állapot léphet fel: nekrotizáló enterokolitisz (*NEC*), az elhúzódó teljes parenterális táplálás szövődményei (kolesztázis, szepszis stb.), táplálék intolerancia, oszteoporózis, vitamin és ásványi anyag hiányállapot, hosszabb kórházi tartózkodás, a teljes fizikai és intellektuális potenciál elérésének hiánya.

Koraszülötteknél nemcsak a zsírbeépülés, hanem a zsíreloszlás is eltér az érett újszülöttekétől az ajánlottnál nem magasabb kalória és proteinbevitel mellett; több a viscerális zsír, ami a későbbi életkorban megnövekedett kardiovaszkuláris kockázatot jelenthet. Erre utalnak *Lucas és mtsai* vizsgálatai, akik az első élethetekben donortejjrel táplált, és mai felfogásunk szerint alultáplált koraszülötteknél a koraszülött tápszerrel tápláltakal összehasonlítva, adolescens korban alacsonyabb vérnyomást, LDL/HDL koleszterin arányt és alacsonyabb inzulinrezisztenciát találtak (*Singhal et al 2003, 2004*).

Az alultápláltság viszont az agy fejlődésének szenzitív időszakában fejlődésneurológiai szempontból hátrányos következményekkel jár. Ezt a hatást az anyatejes táplálás csökkenteni látszik. (*Lucas A et al 1994*) Olyan étrend megválasztása kívánatos, ami sem alultápláltságot, sem túltápláltságot nem okoz, és a táplálás mutatójaként nemcsak a növekedést, hanem a felnőttkori optimális kimenelt is szem előtt tartja (*Vasu V, Modi N, 2007*).

A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján a koraszülött számára választható legjobb táplálék az anyatej, lehetőleg a saját anya lefejt teje, melyhez igen kis súlyú koraszülöttek (születési súly <1500 g) esetében a kolosztrum táplálás időszaka után több komponensű anyatejdúsító hozzáadása javasolt, mivel az anyatej nem fedezi megnövekedett fehérje, kalória, ásványi anyag, nátrium, cink és vitamin szükségletüket (ld. részletesen: *Az anyatej dúsítása* címen). Anyatej hiányában a <1500 g születési súlyú koraszülöttek számára a koraszülöttek számára készült speciális tápszer javasolt (Edmond K, Bahl R 2006).

A koraszülött anyatejes táplálásában Meier PP et al. (2010) négy periódust különböztet meg: táplálás kolosztrummal, ami átmenet az intrauterinról az extrauterin táplálásra, átmenet a kolosztrumról az érett tej táplálásra a születést követő első hónapban, anyatejes táplálás az intenzív újszülöttosztályon a hazabocsátásig, anyatejes táplálás a hazabocsátást követően. Az újabb kutatások alapján úgy látszik, hogy a születést követő időszakban az anyatejes táplálás szempontjából két kritikus időszak van, az első szakaszban az anyatejes táplálás **kizárólagossága**, a másodikban az anyatej **dózisa** szabná meg, hogy az egészségügyi mutatókra pozitív hatást fejt-e ki, és csökkenti-e a koraszülöttséggel társuló morbiditási mutatókat.

Táplálás kolosztrummal

A minimális enterális táplálás, az úgynevezett **trofikus táplálás – kizárólag kolosztrummal történjen**, ennek hiányában vagy kiegészítésére Ziegler EE **donor női tej** adását javasolja (2011). A kritikusnak tartott időszakban, saját anya tejének hiányában adott donor női tej hatásával kapcsolatos célzott vizsgálat ez idáig nem történt (Schanler RJ 2007, Meier PP et al 2010). A trofikus táplálás az első életnapokban kezdődjön el, hacsak nincs ellenjavallata (pl. omfalokéle, a gyomor-bélrendszer hipoxiás károsodása). A trofikus táplálás megakadályozza a gyomor-bélrendszer atrófiáját, és csökkenti a táplálék intoleranciát.

Egy legutóbbi, kisszámú esetben végzett előtanulmány és azzal kapcsolatos elméleti megfontolás alapján a szerzők további vizsgálatra érdemesnek tartják (Rodriguez NA et al 2009, 2010) **a trofikus táplálás bevezetése előtt a kolosztrum** kis mennyiségben történő **orofaringeális** adagolását, amit 48 órás életkortól 0,2 ml adagban, 2 óránként, 2 napig adva biztonságosnak találtak gépi lélegeztetett extrém kis súlyú koraszülötteknél. Ezt a módszert nem táplálásnak, hanem **immunterápiának** tekintik. Úgy vélik, hogy ily módon két mechanizmus is védheti a még szájon át nem táplálható koraszülöttet az infekció ellen: a szájból és garatból felszívódó és lenyelt kolosztrum immunmoduláló hatást fejthet ki a szekretoros immunrendszerre (*OFALT, GALT*), továbbá egyes alkotóelemei, mint a sIgA és laktoferrin a nyálkahártya felszíneken a bakteriális kolonizáció ellen hatnak.

A kolosztrumban levő anyagok segítik a béllument bélelő hámsejtek közötti hézagok („paracellular pathways”) záródását, ami megakadályozza, hogy baktériumok és toxinok jussanak a bélfalba, gyulladást okozva. A tápszer ebben a kritikus időszakban egyes vizsgálok szerint gyulladást okoz. Az első életnapokban a kolosztrum pro- és prebiotikus aktivitása révén elősegíti, hogy túlnyomóan komenzális baktériumflóra telepedjen meg a bélrendszerben. Ezt a hatást akár egyszeri tápszeres táplálás is felfüggesztheti (Meier PP et al 2010).

Ajánlás a táplálás első szakaszában (Meier PP et al 2010):

“Az első táplálék a kolosztrum legyen. A minimális enterális táplálásra is a kolosztrum ajánlható. A kolosztrumot olyan sorrendben kell a koraszülöttnak adni, amilyen sorrendben termelődött, tehát a korábban lefejt kolosztrumot kell előbb adni. Ennek elősegítésére a kolosztrumot speciálisan jelölt, a fejés sorrendjében számozott címkével kell ellátni. A kolosztrumot ne keverjük anyatejdúsítóval vagy tápszerrel.

Az első 3-4 nap után a kolosztrumot felváltva lehet adni az átmeneti, ill. érett női tejjel, hogy kihasználjuk az enteromammáris úton kapott antiinfektív hatást (feltéve, ha lehetővé tesszük a bőrkontaktust – szerző megjegyzése). A kolosztrum a leghatékonyabban kézi fejés, gépi fejés és kompresszió kombinációjával üríthető ki. A tápszer addig kerülendő, amíg a kolosztrum/anyatej bevittelt fokozatosan emeljük.”

Anyatejes táplálás a kolosztrum táplálást követően a NIC-ből (Neonatólis Intenzív Centrum) történő hazaadásig

Ebben az időszakban nagy jelentőségű az anyatej antiinfektív és antioxidáns hatása. Az anyatej antiinfektív hatását elsősorban az enteromammáris úton keresztül fejti ki. Az anyatej antioxidáns hatású alkotóelemei ellensúlyozhatják az oxidatív stresszt, ami a koraszülöttek számos kórállapotában jelentős szerepet játszik, mint a koraszülöttek retinopátiája (*ROP, retinopathy of prematurity*), periventrikuláris leukomalácia (*PVL*), bronchopulmonáris diszplázia (*BPD*), NEC, cerebrális bénulás (*CP, cerebral palsy*).

Sisk PM et al (2007) igen kis súlyú koraszülötteknél vizsgálta a NEC előfordulásának gyakoriságát annak függvényében, hogy az első 14 napon az enterális táplálás több, vagy kevesebb, mint 50%-át tette-e ki anyatej, és a NEC kockázatát lényegesen alacsonyabbnak találták az 50%-nál több anyatejet fogyasztók csoportjában (OR 6x alacsonyabb). *Schanler et al (2005)* összehasonlította a neonatális morbiditási mutatókat olyan anyatejjel táplált/szoptatott koraszülötteknél, akik táplálék kiegészítésre szorultak, és ez az egyik csoportban a saját anya lefejt tejjével, a másik két csoportban donor női tejjel, ill tápszerrel történt. A saját anya tejjével kiegészített csoportban valamennyi neonatális morbiditási mutató alacsonyabb volt, és egy héttel korábban mentek haza. *Schanler et al* korábbi vizsgálatában (*1999*) igen kis súlyú koraszülötteknél a napi átlagosan minimum 50 ml/kg dúsított anyatejet fogyasztók és kizárólag tápszerrel tápláltak csoportját hasonlította össze a morbiditási mutatók szempontjából, és a késői szepszis és NEC incidenciát szignifikánsan alacsonyabbnak találta az anyatejes csoportban. *Furman L et al (2003)* az első élethónapban igen kis súlyú koraszülötteknél az elfogyasztott anyatej mennyiségének függvényében vizsgálták az 5. nap után fellépő szepszis előfordulásának gyakoriságát, és azt találták, hogy 50 ml/kg/nap feletti volumen elfogyasztása esetén mutatkozott meg a szepszist csökkentő szignifikáns különbség.

Vohr és mtsai 1035 extrém kis súlyú koraszülöttet vizsgálva dózis függő kapcsolatról számoltak be az intenzív újszülött-osztályon fogyasztott napi anyatejmennyiség és a 18 és 30 hónapos korban standardizált neurokognitív szkórok között. Minden, napi 10 ml/kg anyatejbevitel egyenes összefüggést mutatott a szkórokkal, és azok a koraszülöttek, akik napi 110 ml/kg/nap dózisban kaptak anyatejet, 5 pontos előnyt mutattak a *Bayley* értékelés mentális fejlődési skáláján az anyatejet nem fogyasztókkal szemben. Ugyancsak az anyatej dóziséval összefüggő kapcsolatot találtak a rehospitalizáció gyakoriságában (*Vohr et al 2006, 2007*).

A fenti, teljesség igénye nélkül bemutatott közlemények arra utalnak, hogy a megszületést követő, pontosan nem meghatározott tartamú időszak után, amikor úgy tűnik, hogy a **kizárólagos** anyatejes táplálásnak van döntő szerepe, a későbbiekben, az NIC-ből történő hazaadásig az anyatejes táplálás jótékony hatásai az elfogyasztott **anyatej mennyiségével** mutatnak **dózisfüggő** kapcsolatot; több anyatejbevitel jobb hatású. Nem határozható meg egyértelműen, hogy mi az az anyatej dózis, ami már hatásos, azonban több vizsgálat mutat arra, hogy legalább 50 ml/kg anyatej bevitele szükséges a védő hatás érvényesüléséhez. Nem világos, hogy mi az a posztnatális életkor, amikor a protektív hatás maximális (*Schanler RJ 2007*).

Az anyatej dúsítása

Az igen kis súlyú koraszülöttek (<1500g születési súly) általában nem tolerálják a nagyobb volumennű (napi 180-200 ml/testsúlykg) anyatej bevitelét, és kizárólagos anyatejes táplálás esetén a fehérje, kalória továbbá az ásványi anyag és vitamin bevitel nem biztosítja a megfelelő növekedést. (Schanler RJ 2007) Az anyatejdúsítók fehérjét, szénhidrátot, kalciumot, foszfort, elektrolitokat, nyomelemeket és vitaminokat, a folyékony anyatejdúsítók az előbbi alkotóelemeken kívül zsírt is tartalmaznak MCT olaj formájában (Edmond K, Bahl R. 2006). A fehérje általában tehéntej alapú.

Az anyatejdúsítók por vagy folyadék formájában kaphatóak. A poralakú anyatejdúsítót akkor használják, ha az anya elegendő mennyiségű tejet tud biztosítani gyermeke számára. A folyékony anyatejdúsítót általában fele-fele arányban keverik az anyatejjel, és alkalmazásuk akkor jön szóba, amikor nincs elegendő anyatej. A bababarát kórház kezdeményezés adaptálása az intenzív újszülöttosztályokra folyamatban van, és a tervezet úgy foglal állást, hogy az anyatejdúsító por gyógyszernek tekintendő, így a kizárólagos szoptatás/anyatejes táplálás definíció alkalmazható rá (Nordic and Quebec Working Group 2011). Az anyatejdúsítót általában azután kezdik hozzáadni az anyatejhez, amikor a korszülött már napi 80-100 ml/kg anyatejbevitelt tolerál.

Az anyatej dúsításával az anyatej nutriciónális előnyeinek túlmenő pozitív hatásai (a gyomor-bélcsatorna érésének elősegítése, az infekciók elleni védelem, a NEC incidenciájának és súlyosságának csökkentése, fejlődésneurológiai előnyök stb.) megmaradnak, ugyanakkor lehetőség van az optimális növekedés elérésére (Schanler RJ et al 1999). Schanler et al (2005) egy nagy újszülött-osztályon végzett tanulmányában azt találta, hogy az anyatejdúsítóval kiegészített saját anya tejével táplált koraszülötteknél a tápszerrel tápláltakkal összehasonlítva csökkent az infekciók gyakorisága, és hamarabb sikerült elérni a teljes enterális táplálást, ugyanakkor nem volt lassúbb a súlynövekedés.

Bizonyíték van arra vonatkozóan, hogy a <32 hétre született koraszülötteknél a többkomponensű anyatejdúsító hozzáadása rövid távon növeli a súlygyarapodást, a testhossz és fejkörfogot növekedést, továbbá a csontok mineralizációját. Nincs azonban elegendő adat arra vonatkozóan, hogy az anyatejdúsító hozzáadása az anyatejhez hogyan hat az egy éves koron túli növekedésre és a fejlődésneurológiai mutatókra (Edmond K, Bahl R 2006).

Megjegyzendő, hogy újabb stratégiákat dolgoztak ki az anyatej individualizált dúsítására (Arslanoglu S et al. 2010), ugyanis úgy látszik, hogy az anyatej széles variációt mutató proteintartalma miatt sem a saját anya teje, sem a donor női tej **standard** kiegészítése nem fedezi a koraszülött protein igényét (Ziegler EE 2011).

Donor női tejből készült folyékony anyatejdúsító is van már kereskedelmi forgalomban (*human milk based fortifier, Prolacta*), azonban magas előállítási költsége és ára miatt egyelőre kevésbé elterjedt. 25-29. gesztációs hétre született koraszülöttekben női tej és tehéntej alapú anyatejdúsítóval kiegészített anyatejjel, donor női tejjel és anyatej ill. donor női tej hiányában koraszülött tápszerrel folytatott táplálás esetén hasonlították össze a morbiditást, növekedést és a parenterális táplálás tartamát. Azt találták, hogy a NEC incidenciája és súlyossági foka szignifikánsan alacsonyabb volt a női tej alapú anyatejdúsítóval kiegészített női tej táplálás esetén, egyéb mutatókban nem találtak különbséget (Sullivan et al 2010).

Összefoglalva elmondható, hogy az igen kis súlyú koraszülöttek számára a rövid és hosszú távú kimenetel szempontjából is a legjobb táplálék az anyatej, azonban még a tanulás fázisában vagyunk a tekintetben, hogy mi a legjobb út nutriciónális igényeik optimális kielégítésére.

Milyen információt kapjanak az anyák a NIC-ben a kolosztrummal történő táplálást követő időszakban az anyatejes táplálásról

Tájékoztassuk az anyákat, hogy az újabb kutatások alapján az anyatej jótékony hatása a neonatális morbiditási mutatók és későbbi fejlődésneurológiai pontszámok szempontjából nagy valószínűséggel dózisfüggő, és a jótékony hatás 50 ml/kg/nap anyatejbevitel felett kezd érvényesülni. Az anyát arról is fel kell világosítani, hogy a teje nutriciónális és immunológiai szempontból ideális táplálék, azonban a koraszülött nagyobb ütemű növekedéséhez átmenetileg szükség lehet az anyatej dúsítására, esetleg hátsó tej frakció gyűjtésére is. A teljes NIC tartózkodás alatt adjuk meg az anyatej termelés fenntartásával kapcsolatos optimális segítséget.

Az anyatej összetétele koraszülő anya teje, donor női tej, a szoptatás során a másik mellből csöpögő tej (drip milk) esetén

1. Koraszülő anya tejének összetétele – különbség az érett gyermeket szülő anya tejével összehasonlítva (*Lawrence RA, Lawrence RM 2011, Meier PP 2010*)

A) Koraszülő anya kolosztruma

A kolosztrum az emlősökben segíti az átmenetet az intrauterinról az extrauterin táplálásra, ugyanis a növekedési faktorok, gyulladásgátló és infekcióellenes komponensek profilja hasonló az amnionfolyadékéhoz. Igen kis súlyú koraszülöttekben a kolosztrum adása segíti kompenzálni azt az időszakot, amikor a koraszülött a magzati életben megkaphatta volna ezeket a komponenseket az amnionfolyadék lenyelésével. A kolosztrumnak az érett női tejjel összehasonlítva magasabb az IgA (elsősorban a sIgA), IgM, lizozim, növekedési faktor, laktoferrin és gyulladásgátló citokin koncentrációja, a koraszülő anya kolosztrumában pedig ezek közül a faktorok közül többnek a koncentrációja az éretlenséggel arányos mértékben emelkedett, tehát, minél éretlenebb a koraszülött, ezen anyagok szintje annál magasabb (*Koenig A et al 2005*). Koraszülő anya kolosztrumában az élő sejtek száma 1,5-2x-e az érett kolosztrumban található sejtszámnak. Más vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy koraszülés esetén a kolosztrum szekréció időszaka órákkal vagy napokkal hosszabb lehet, mint érett szülés esetén.

B) Koraszülő anya érett teje

A nátrium, zsír és kalória tartalom a koraszülő anya tejében ugyancsak magasabb, mint az érett női tejben. Az első posztpartum hónapban a koraszülő anya tejében a sIgA tartalom tovább emelkedik. A laktáció előrehaladtával az érett gyermeket szülő anyák tejehez hasonlóan csökken a tápanyagok és immunológiai faktorok koncentrációja.

2. Donor női tej

Definíció: anyától lefejt tej, amit az anyatejgyűjtő állomás készít elő olyan recipiens számára, aki nem az anya saját gyermeke.

A donor női tej adásával kapcsolatos aggályok és megfontolások

Gyakori aggály a donor női tej használatával kapcsolatban a megváltozott nutriciónális és biológiai minőség, és hogy a koraszülöttek lassúbb növekedését okozza. Az anyatejdonorok legnagyobb része érett gyermeket szülő anya, tejükben az első hónapban alacsonyabb a fehérjetartalom, mint a koraszülő anyák tejében, majd pedig a laktáció előrehaladtával tovább csökken. A laktáció előrehaladtával ugyancsak csökken a tej nátrium és cink tartalma is, ami a koraszülött igényeinek nem felel meg. A donor női tej fehérje, kalcium és nátrium tartalma a koraszülött ideális növekedését biztosító becsült értékkel összehasonlítva alacsonyabb: fehérje : 1,5 vs 2,54 g/100 kcal, kalcium: 43/ 132 mg/100 kcal, nátrium: 0,8/2,3 maeq/100 kcal (*Lawrence RA, Lawrence RM 2011*). Ugyancsak alacsonyabb a cinktartalma is.

Az anyatejbankok egy részében gyűjtik csak külön azoknak az anyáknak a tejét, akik a 36. héten vagy azelőtt születtek, és a szülést követő első hónapban gyűjtötték a tejet. 2010-ig nem történt olyan vizsgálat, ami a koraszülő és érett gyermeket szülő anyáktól származó donor tej adása esetén összehasonlította volna a <1500 g születési súlyú koraszülöttek növekedését és fejlődését (*Dempsey E, Miletin J 2010 Cochrane review*).

A *Holder pasztörizáció* (62,5 C°-on 30 percig) bizonyos biológiailag aktív komponenseket hatástalanít ill. aktivitásukat csökkenti, mások érintetlenek maradnak. A sejtes elemek, az IgM, és a lipáz (lipoprotein lipáz, epesók által aktivált lipáz) inaktiválódnak. A zsíremésztést segítő enzimek inaktiválódását részben kompenzálja a koraszülött nyálában már a 26. héttől megtalálható lingvális lipáz. Az alább felsorolt alkotóelemek aktivitása eredeti aktivitásukhoz viszonyított %-os értékben kifejezve Holder pasztörizáció és fagyasztás után (*Tully et al 2001*): IgG: 66-70%, IgA és sIgA: 67-100%, laktoferrin: 27-43%, lizozim: 75%. *Koenig et al (2005)* a lizozim koncentráció nagyobb fokú, 65-85%-os csökkenését mutatták ki, tehát vizsgálatuk szerint az eredeti aktivitáshoz viszonyított lizozim szint 15-35%. Más kulcsfontosságú nutricionalis és biológiai komponenseket, mint az oligoszacharidok, laktóz, monogliceridek, szabad zsírsavak, linolsav, alfa-linolénsav – a pasztörizáció és fagyasztás érintetlenül hagyja.

A donor női tejhez hozzáadott anyatejdúsítókkal közelíthető a koraszülött igényének megfelelő fehérje, ásványi anyag, vitamin és nyomelem bevitel. Kevés olyan adat van, ami az anyatejdúsítóval kiegészített donor női tejet hasonlítja össze tápszerrel, anyatejjel vagy anyatejdúsítóval kiegészített saját anya lefejt tejjel (*QuigleyMA et al. 2007*).

A donor tej előnyei

A koraszülöttek táplálása a saját anya tejének hiányában donor női tejjel számos előnnyel jár (*Arslanoglu S et al 2010*):

- Bizonyítottan
 - × donor tej adása a tápszerrel összehasonlítva **csökkenti a NEC incidenciáját** (*Quigley MA et al Cochrane review 2007*). 20 koraszülött anyatejes táplálása előz meg 1 NEC-et, ami több, különböző érettségű koraszülöttnél végzett vizsgálat meta-analíziséből származó összevont adat (*Boyd et al 2007*). *Arnold LDW (2002)* hangsúlyozza, hogy a NEC prevencióból adódó költségmegtakarítás önmagában költséghatékonyá teszi a donor női tej alkalmazását azokban az esetekben, amikor a saját anya lefejt teje nem áll rendelkezésre.
 - × **nő a táplálék tolerancia** (*Boyd et al 2007*).
 - × **hosszú távú egészségügyi előnyei** vannak; alacsonyabb vérnyomás, alacsonyabb LDL/HDL koleszterin és apoB/apoA1* arány (*Shinghal A et al 2001, 2004*). (* az apoB az LDL, az apoA1 a HDL koleszterin fehérjekomponensei és a kardiovaszkuláris kockázat jobb markerei, mint az LDL és HDL koleszterin szint)
 - × a donor női tej a standard tápszerrel összehasonlítva **fejlődésneurológiai előnnyel jár**
Lucas A et al (1994) arra kereste a választ, hogy van-e különbség a 18 hónapos korban felvett Bayley pszichomotoros és mentális skórában (PDI, MDI) annak függvényében, hogy a koraszülöttek az újszülött ellátás során milyen táplálásban részesültek. A vizsgált csoportok: érett donor tej táplálás az anya saját tejének kiegészítéseként vagy teljes egészében, standard ill. koraszülött tápszer a saját anya tejének kiegészítéseként, vagy egymagában. Azt találták, hogy a Bayley skór az érett donor tejjel táplált csoportban lényegesen magasabb volt a standard tápszerrel táplált csoporttal összehasonlítva.
- Feltételezhető, hogy **fokozza a rövid és hosszú távú immunitást**.

Arslanoglu et al (2010) donor tejjel kapcsolatos ajánlása

Felhívják a figyelmet arra, hogy olyan gyakori aggodalmak, mint fontos biológiai komponensek elvesztése a pasztörizáció és tárolás folyamán és a lassúbb növekedés ne legyenek okai a donor tej alkalmazás megtagadásának. Az anyatej számos antiinfektív komponense és nutriciónális szempontból fontos alkotóelemei jelentős mennyiségben vagy érintetlenül megmaradnak. Az anyatejgyűjtés és anyatejkezelés optimalizálása, valamint az anyatej dúsítása rendelkezésre állnak, és ezeket alkalmazni kell. **Támogatni kellene az anyatejgyűjtő állomások által rendelkezésre bocsátott donor tej használatát, és el kellene érni, hogy a koraszülöttek egészségügyi ellátásának standard alkotóeleme legyen.**

3. Drip tej (*Drip Breastmilk, DBM*)

A szoptatás alatt az ellenoldali mellből csöpögő tej. A laktáló nők mintegy 15%-ánál észlelhető drip tej termelés. A drip tejnek alacsonyabb a zsírtartalma, mint a lefejt tejnek. A laktáció előrehaladtával csökken a fehérje, nátrium és energia tartalma, emelkedik a magnézium és kalcium tartalma, laktóz, kálium és lizozim tartalma pedig változatlan marad (*Edmond K, Bahl R 2006*). Drip tej esetében nagyobb a kontamináció a gyűjtése kapcsán. Donor tejnek már nem használják. A donor tejjel végzett vizsgálatok jelentős része abban az időszakban történt, amikor még a donor tej számottevő hányadát drip tej tette ki.

Az anyatejes táplálás előnyei a koraszülött számára

1. Nutriciónális előnyök (*Lawrence RA, Lawrence RM 2011, Lonnerdal B. 2003*)

Az anyatejben levő **tápanyagok nagyon jól hasznosulnak**, ami könnyebb emészthetőségüknek, az anyatejben lévő emésztő enzimeknek és a felszívódásukat segítő anyatej fehérjéknek tulajdonítható.

Az anyatej protein 60%-a savófehérje, 40%-a pedig kazein, szemben a tehéntejjel, melynek 80%-a kazein. Az első életnapokban a domináló fehérjekomponens a savófehérje, a kazein mennyisége virtuális. Az **anyatej savófehérje könnyebben emészthető**, mint a kazein, így anyatejtáplálás esetén a **gyomorürülés gyorsabb**, ami előnyös a koraszülött számára. Az anyatejben levő fehérjék és peptidok egy része **immunmoduláló** hatású, más részük az újszülött bélnyálkahártyájának és egyéb **szerveinek fejlődésében** játszanak szerepet.

Az anyatejben a domináló szénhidrát a **laktóz**, ami a koraszülöttek béltraktusából >90%-ban felszívódik. A kis mennyiségű laktóz, ami a béllumenben marad, biztosítja a **puhább konzisztenciájú székletet**, segíti az **ásványi anyagok felszívódását**, és a bifidogén anyagokkal (oligoszacharidok, N-acetilglukózamin, proteinek) együtt a **jótekonny bélflóra** (bifidusz flóra) kialakulását és fenntartását. Az **oligoszacharidok** megakadályozzák, hogy a kórokozók a bélfalhoz tapadjanak, segítik a szisztémás **fertőzés és a NEC megelőzését** a koraszülöttben.

A koraszülött **lipáz** aktivitása alacsony, amit az anyatejben lévő epesók által stimulált lipáz kompenzál. Az anyatejben levő **lipidek zsírsav összetétele** a koraszülött számára **előnyös**. Az anyatej tartalmaz hosszú szénláncú esszenciális zsírsavakat, a linolsavat (LA, 18:2n-6) és alfa-linolénsavat (ALA, 18:3n-3), melyeket a koraszülött is konvertálni tudja többszörösen telítetlen hosszú szénláncú zsírsavakká (LCPUFA). Az anyatej tartalmaz LCPUFA-t: arachidonsavat (20:4n-6) és dokoza-hexánsavat (22:6n-3) is, melyeknek szerepe van a **vizuális és kognitív funkciók fejlődésében**.

2. Gasztrointesztinális előnyök (Sisk P et al. 2008)

Koraszülöttekben végzett vizsgálatok arra utalnak, hogy az anyatej elősegíti a gyomor-bélrendszer adaptációját az extrauterin élethez.

- a bél átteresztőképességét gyorsabban csökkenti, mint a tápszer
- az anyatejben levő számos faktor stimulálja a gyomor-bélrendszer növekedését (sejt és bélboly proliferáció), érését és motilitását
- a gyomorból gyorsabban ürül, mint a tápszer, kevesebb a gyomorban maradó reziduum (Cavell, 1981)
- az anyatejben levő gyulladásgátló anyagok védenek a gyulladás ellen
- a laktáz, maltáz és szukráz aktivitást indukálja
- az anyatejben levő epesók által stimulált lipáz hozzájárul a lipidek jobb emésztéséhez és felszívódásához. Hatása csak nem hőkezelt tejben érvényesül, mivel hő hatására degradálódik.
- gyorsabban elérhető a teljes enterális táplálás, ritkább a táplálék intolerancia

3. Immunológiai előnyök

Az anyatejben számos antiinfektív hatású anyag van: szekretoros IgA (sIgA), IgM, IgG, laktoferrin, lizozim, komplement-C3e, bifidusz faktor, antivirális mucinok, GAG (glukózaminoglikánok), oligoszaharidok stb. Az anyatej antiinfektív hatásáért felelős számos komponens a koraszülő anya kolosztrumában és érett tejében az érett gyermeket szülő anyák tejjével összehasonlítva az első hetekben magasabb koncentrációban található. A csecsemő passzív immunitásában az antiinfektív anyagok közül a szekretoros immunglobulin A-nak jelentős szerepe van. Legtöbb emlős újszülöttje korlátozott mértékben képes immunglobulinokat termelni, így nagyrészt a passzív immunitásra vannak utalva, amit a placentán és a szekretoros immunrendszer útján az anyatejjel kapnak.

Relatív újfelismerés az anyai szekretoros immunrendszer jelentős szerepe az újszülött fertőzésekkel szembeni passzív védelmében. A szekretoros immunrendszer definíciója: az immunrendszernek az a része, ami immunglobulinokat, elsősorban immunglobulinA-t szecernál a nyálkahártya felszínekre. **A szekretoros immunrendszert a nyálkahártya felszínekkel asszociált nyirokszövet, a MALT (mucosa associated lymphatic tissue) képezi.** A MALT a külvilággal kapcsolatban álló nyálkahártyákkal (bélszatórna, orr-garat nyálka-hártya, kötőhártya, könnyvezeték, gége, nyálmirigyek, légcső, hörgők, hüvely) társuló nyirokszövet összessége, alkotóelemei pedig a nyálkahártyával asszociált nyirokszövet helyétől függően: **GALT (gut associated lymphoid tissue**, béllal asszociált nyirokszövet), melyet a *Peyer plakkok* és a vakbél alkotnak, a hörgővel asszociált nyirokszövet – **BALT (bronchus associated lymphatic tissue)**, az orr-garattal asszociált nyirokszövet – **OFALT (oropharyngeal associated lymphatic tissue)**, melyet a tonsillák és adenoid alkotnak, stb. Az antigénnel szenzitizált B limfociták az antigén ingernek kitett nyálkahártyafelszínnel asszociált nyirokszövetből a nyirokrendszerbe vándorolnak és szétoszlanak a testben, beleértve az emlőszövetet, és szekretoros immunglobulin A-t (sIgA) termelnek azokkal az antigénekkal (baktériumok, vírusok) szemben, amelyekkel a külvilággal érintkező nyálkahártyákon találkoztak.

A várandósság és laktáció során a termelődő hormonok hatására az antigénnel szenzitizált limfociták elsősorban az anyai GALT-ból és BALT-ból vándorolnak a nyirokrendszer és véráram útján az emlőbe. Az emlőbe vándorló B limfociták sIgA-t termelnek, mely ugyanazokat a mikrobákat köti meg, melyekkel a limfociták az anyai nyálkahártya felszíneken találkoztak (Goldman A et al 1998). A laktáció során ezek a limfociták és az általuk termelt immunglobulinok az anyatejjel bejutnak a csecsemő bélrendszerébe. Az sIgA nagy fokban ellenáll az emésztésnek, intakt formában jut a bélbe, onnan nem szívódik fel, és védi a csecsemő bélnyálkahártyáját a mikrobák inváziójától. A szekretoros immunrendszer és az ún. „enteromammáris és bronchomammáris út” azt jelenti, hogy **a szoptatás csaknem folyamatos passzív immunizációban részesíti a csecsemőt.**

Nyilvánvaló, hogy az olyan irányelvek, melyek a koraszülött és beteg csecsemők ellátása során az anya és csecsemő szeparációja ellen hatnak, előmozdítva a korai bőr-kontaktust és kenguru gondozást, arra adnak alkalmat, hogy az anya kapcsolatba jusson a csecsemő szájában és környezetében lévő patogénekkal, így tejében az ezek ellen termelt specifikus ellenanyagokkal tudja ellátni gyermekét (*Schanler 1999, Hanson 2000*). Az anyatejes táplálás antiinfektív hatását számos vizsgálat bizonyította (*De Silva A et al 2004*).

Az anyatej antiinfektív hatása következtében anyatejes táplálás esetén csökken a koraszülöttek infekciós morbiditása:

- nozokomiális infekciók, meningitisz incidencia
- késői szepszis
Ronnestad et al (2005) azt találták, hogy az extrém koraszülötteknél (<1000g születési súly), a korai teljes anyatejes táplálás számottevően csökkentette a késői szepszis (6. életnap után) előfordulását.
- nekrotizáló enterokolitisz (NEC) előfordulásának gyakorisága és ha fellép is, a súlyossága csökken.

A koraszülöttek hajlamosak NEC-re, melynek annál magasabb az incidenciája, minél éretlenebb a koraszülött. *Lucas és Cole (1990)* prospektív, randomizált vizsgálata szignifikáns különbséget mutatott ki a <1850 g születési súlyú populációt vizsgálva a NEC előfordulásában a teljesen vagy részlegesen anyatejjel (pasztörizált donor női tej, saját anya lefejt teje) táplált és a tápszerrel táplált koraszülöttek között; 1,2% vs 7,2% ($P < 0.001$).

4. Fejlődésneurológiai előnyök

Növekvő számú vizsgálat bizonyítja az anyatejes táplálás fejlődésneurológiai előnyeit (*Schanler RJ 2007*). *Lucas et al (1992, 1994)* azt találták, hogy a koraszülöttek azon csoportjának, akik az újszülött-osztályon anyatejet kaptak, 8 éves korukban 8 ponttal volt **magasabb az IQ-juk**. Más vizsgálok intenzív újszülött ellátásban részesülő koraszülötteket követtek adolescens korukig, és az anyatejes táplálás javára írható **szignifikáns kognitív és pszichomotoros előnyöket** találtak. Nagyszámú, <1300 g születési súlyú koraszülöttnél vizsgálták korrigált 2-6 hónapos korban a viselkedési jelek alapján meghatározott **látásélesség** szkórt. A szkór az anyatejjel táplált csoportban szignifikánsan magasabb volt, a speciális koraszülött tápszerrel tápláltak csoportjával összehasonlítva. Kapcsolatot találtak a kórházban történő anyatejbevitel és a 18-22 hónapos korban vizsgált **fejlődésneurológiai mutatók** között és úgy találták, hogy a bevitt anyatej mennyisége és a mutatók között **dózisfüggő** volt a pozitív összefüggés. *Vohr és mtsai vizsgálataira (2006, 2007)* a “Mi az ideális táplálék?” című fejezetben részletesen kitértünk.

5. A ROP (retinopathy of prematurity – koraszülöttséggel összefüggő retinopátia) gyakorisága és előfordulása esetén a súlyos formái ritkábbak.

6. Pszichológiai előnyök

Fontos szempont az anyatejes táplálás szerepe az anya-gyermek kötődésben. A kritikus állapotban lévő koraszülött anyja számára sokszor heteken át az anyatejes táplálás biztosítása az egyedüli lehetséges hozzájárulás gyermeke gondozásához. Ennek pozitív pszichológiai hatását több tanulmány hangsúlyozza (*Bell et al 1995, Whitelaw 1988*). Ugyanakkor *Meier és Brown (1996)*, továbbá *Jones és Spencer (2001)* azt találták, hogy azok az anyák, akik nem tudtak tejet biztosítani gyermekük számára, tehetetlenséget és büntudatot éreztek.

Akadályok a koraszülöttek anyatejes táplálásának megvalósításában

1. Növekvő számú bizonyíték és gyakorlati tapasztalat mutat arra, hogy az érett és koraszülött anya-csecsemő párosnak mások a szoptatástámogatással kapcsolatos igényei, azonban ezt a felismerést alátámasztó elméleti ismeretek és gyakorlati alkalmazásuk nem kap megfelelő hangsúlyt a szakmai irányelvekben, az illetékes szakemberek képzésében és továbbképzésében.
2. Az anya és egészségügyi személyzet számára időigényes és elkötelezettséget igényel.
3. Meg kell teremteni az anyatej fejés, gyűjtés és kezelés optimális körülményeit (helyiség az anyatej fejésére, tárolására és kezelésére, elektromos fejőgépek beszerzése stb.).
4. Az esetek többségében a koraszülő anya a sikeres szoptatás elérésének folyamatában számos fiziológiai és emocionális kihívással és nehézséggel szembesül. A tejtermelés megindításának gátat szabhatnak a várandóssággal és szüléssel kapcsolatos szövődmények, a császármetszés okozta fizikai korlátok, az anyának a szülés folyamán adott gyógyszerek, a gyermek egészségi állapota miatti aggodás, ha nincs megfelelő fejőgép, a fejést az anya zavarba ejtőnek találja mások előtt (*Sisk et al 2010*). A tejtermelés fenntartását akadályozó tényezők: szeparáció a csecsemőtől, az időigényes fejés beillesztése a napi tennivalók sorába, szociális interakciók (sok telefonhívás, látogatók), negatív viszonyulás a fejéshez.

További nehézséget jelent a tejtermelés elindításában és fenntartásában, ha a személyzet vagy a családtagok nem támogatják ebben az anyát, mert úgy vélik, hogy ez további stresszt jelent majd számára. Sokszor tévesen tanácsolják, hogy a teje nem használható fel az általa szedett gyógyszerek miatt. Ezzel szemben számos tanulmány bizonyítja, hogy amennyiben az anya saját tejet tud biztosítani a csecsemő számára, ez segíti őt a stressz oldásában és lehetőséget ad arra, hogy ezzel a gyógyítási folyamat aktív részesévé váljon. Ha az anya szoptatni kívánja majd a gyermekét, ez segít a vélt és valós akadályok leküzdésében. (*Sisk PM 2010, Meier P. 2001*).

5. A nem kielégítő tejmennyiség háromszor gyakoribb a koraszülöttek anyjánál, az érett gyermeket szülőkkel összehasonlítva (*Morton J et al. 2009*).

A sikeres szoptatás az igen kis súlyú koraszülöttek esetében a gesztációs kor csökkenésével arányosan ritkább (*Meberg et al 1982, Verronen 1985, Haggkvist 1990*).

Ennek hátterében számos tényező áll:

- Hosszú hetekig kell fenntartani a tejtermelést, mire a csecsemő szopni tud.
- A tejmennyiség 4-6 hét után csökkenhet.
- Az emlő várandósság alatti átalakulása és növekedése lényegesen rövidebb gesztációs idő esetén nem teljes, a humán placentáris laktogén (HPL) szintje alacsonyabb (*Cregan et al 2002*).
- Az emlő epitéliumot a terhességi hormonok nem készítik fel megfelelően a tejszintézisre. *Cregan et al (2002)* az 5. napon vizsgálva koraszülő és érett anyák lefejt tejmennyiségét és a laktogenezis II.stádiumra jellemző változást a citrát, laktóz, fehérje, és só koncentrációban, azt találták, hogy a koraszülő anyáknak kevesebb volt a teje és 82%-uknál nem következett be a laktogenezis II.-re jellemező változás egy vagy több markerben.

Az anyával folytatott megbeszélés kapcsán külön kell választani az anyatejes táplálás és szoptatás kérdését. Sok anya kezdetben nem kész arra, hogy elkötelezze magát a kizárólagos, hosszú ideig folytatott szoptatás mellett. Az anyatej előnyeinek hangsúlyozása és a kenguru gondozás később segítheti az anyát abban a döntésben, hogy fenntartsa a tejtermelést és szoptasson.

6. A <1500 g súlyú koraszülöttek ritkán tolerálnak magas tejvolument (>180-200 ml/kg), ezért a kizárólag női tejjel történő táplálás hosszú távon, legalábbis a szülés várható idejének megfelelő életkor eléréséig, általában nem fedezi a tápanyag, ásványi anyag és kalóriaszükségletet. Ez a tény egyes szakembereket úgy befolyásol, hogy nem fektetnek kellő hangsúlyt az anya tejtermelésének támogatására, és a koraszülött tápszer alkalmazására szorítkoznak. Ugyanakkor bizonyított tény, hogy **az anyatejdúsítóval kiegészített saját anyatej az igen kis súlyú koraszülöttek számára előnyösebb, mint a koraszülött tápszer** (Schanler 1999). Ma már a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján **emberi jognak** tekintik, hogy a **koraszülött anyatejet kapjon** (Arslanoglu S et al 2010).

A tejtermelés megindítása és fenntartása

A) Általános ismeretek (Balke R 2006)

Az anyatej mennyisége függ a szoptatás, fejés gyakoriságától és módjától, az anya gyakorlatától, az anya pszichológiai állapotától, a napszaktól, az anya anatómiai és fiziológiai sajátosságaitól és a tejleadó reflex kiválthatóságától. A tejmennyiséget nem lehet a saját szomjúságérzet oldásán túlmenő folyadékbevitellel növelni.

A tejtermelés hormonális szabályozása

A tejtermelésben fontos szerepet játszó prolaktin kiválasztódik a várandósság, szopás, stimuláció (masszázs), alvás, szex és stressz során. A várandósság alatt kiválasztódó prolaktin hatását a placentáris hormonok, elsősorban a progeszteron gátolja. A stressz gyakran vezet tejpangáshoz, mivel megnövekedett prolaktin termelés mellett az adrenalin gátolja az oxitocin kiáramlását és a tejleadást.

A szoptatás során a mellbimbó stimulálás hatására oxitocin áramlik a véráramba 3-4 másodpercig, és ez a szoptatás folyamán 5-15 percenként ismétlődik. Az oxitocin hatására a tejmirigy alveolusai-ban és a tejvezetékekben a mioepiteliális sejtek összehúzódnak, és létrejön a tejleadás. Tekintettel arra, hogy az oxitocin felezési ideje rövid, a többször kiváltódó tejleadó reflex biztosítja a szopás, és ugyanúgy, a fejés során a megfelelő tejáramlást. Megfigyelték, hogy ugyanazon fejésen belül az első tejleadó reflex eredményezi a legnagyobb tejvolument, a következő tejleadó reflexek kapcsán jóval kisebbek a tejmennyiségek, és ezt, mellszívó használata esetén, a vákuum erősségével nem lehet befolyásolni.

A tejleadó reflex ellen hat: félelem, fájdalom, stressz, alkohol, nikotin.

B) A tejtermelés elindítása és fenntartása igen kis súlyú koraszülöttek esetében

Amennyiben az anyának előreláthatólag hosszabb ideig kell fejni ahhoz, hogy fenntartsa a tejtermelést, és a megfelelő időben anyatejjel lássa el a gyermekét, majd a későbbiekben szoptatni tudja, folyamatos támogatást, megfelelő tanácsokat és gyakorlati segítséget kell kapnia.

Elméleti háttér

A koraszülést közvetlenül követő időszak a szülők számára általában extrém szorongással jár. Ebben a helyzetben nehéz elérni, hogy a mell fejése néhány órával a szülést követően elkezdődjön. A nem időben elkezdett fejés, az emlőmirigy éretlensége, a stressz miatt gátolt tejleadó reflex alacsony tejvolument és csökkenő tejtermelést idézhetnek elő.

Hopkinson et al (1988) és Ellis et al (1993) azt találták, hogy a **prolaktin bioaktivitása koraszülő anyákban szignifikánsan kisebb**, ami arra utal, hogy a tejtermelés kezdeti stimulusa elégtelen. A **stressz gátolhatja a tejleadó reflexet**, ami csökkenti az adott fejéssel nyerhető tejmennyiséget, extrém esetben a mellben levő tejmennyiség mindössze 4%-a ürül csak ki (Jones 2001). A nem kiürített tejmennyiség a későbbi tejtermelést is negatívan befolyásolja az emlőben termelődő *FIL* (*feed-back inhibitor of lactation*) következtében.

A mell részleges kiürítése arra vezet, hogy elsősorban az alacsony zsír- és kalóriatartalmú ún. „első” tejet fejk ki, ami nem felel meg a koraszülött igényeinek, ezzel tovább növelve az anya frusztrációját.

Arra vonatkozóan, hogy **szimultán vagy szekvenciális fejés** (egyszerre mindkét mell fejése vagy a két mell fejésének váltogatása) során hogyan alakul a prolaktin-szint és a tejvolumen, számos vizsgálat történt. *Jones et al (2001)* randozimált kontrollált vizsgálatban hasonlították össze szimultán és szekvenciális fejés esetén a tejvolumen, továbbá vizsgálták a mell-masszázs hatását a tej volumenére és zsírtartalmára. Azt találták, hogy a mell gyakori és hatékony kiürítése a tejtermelés fenntartásában lényeges szerepet játszik, továbbá, hogy a mell-masszázs és a két mell szimultán fejése a koraszülést közvetlenül követő időszakban növeli a lefejt tej mennyiségét. Szimultán fejés esetén a tej zsírtartalmát is magasabbnak találták. Arra vonatkozóan, hogy a szimultán tejküürítés emeli-e a prolaktin-szintet, ellentmondó eredmények születtek. Más vizsgálatok azt emelték ki, hogy szekvenciális fejéssel csak sokkal hosszabb idő alatt érhető el a szimultán fejéssel nyert azonos tejvolumen; 10-15 perc vs 7-12 perc (*Auerbach 1990*).

Morton J et al (2009) arról számol be, hogy a „hands on pumping”; a gépi fejés és kéz együttes használata maximalizálja a lefejhető tej mennyiségét. A kolosztrum fejése a szülést követő első 3 napban kézzel történjen, naponta >5x. Ezután a nagyobb tejvolumen elérése érdekében szimultán vagy szekvenciális gépi fejést javasolnak, a mell-masszázsával és a gépi fejéssel egyidejűleg alkalmazott kompresszióval kombinálva. A kézi fejről és a “hands on pumping”-ről készült video a Stanford egyetem honlapján tekinthető meg. Követendő lépések: mindkét mell masszírozása, szimultán fejés fejjőgéppel, fejés megszakítása, mell-masszázs, felváltva jobb és bal mell kézi fejése, fenti ciklus ismétlődő (*ld Morton J internetes források jegyzéke*).

A tejtermelés elindításának és fenntartásának stratégiája:

- Az anyatejes táplálás jótékony hatásáról lehetőleg már a **várandósság alatt**, ha ez nem történt meg, a szülést követően minél előbb beszélni kell az anyával. Az első megbeszélésre optimális esetben már akkor sor kerülhet, amikor az anya fenyegető koraszülés miatt felvételre kerül a szülészeti intézménybe. Ha ez nem valósul meg, röviddel a szülés után kíséreljünk meg beszélni erről az anyával. Hasznos információ az anya számára az az újabb kutatási eredmény, mely szerint valószínű, hogy a különböző betegségek morbiditásának csökkenése a bevitt anyatej dóziséval korrelál, és a minimális anyatejmennyiség e hatás eléréséhez 50 ml/testsúlykg/nap.
- Magyarazzuk el, hogy a tejtermelés a **kereslet-kínálat elve** alapján működik és amennyiben a tej nem ürül ki szopással vagy fejéssel, a tejtermelés csökken, majd a tej fokozatosan elapad. Tanácsoljuk
 - ✘ a **korán elkezdett fejést** – optimálisan a szülést követő 6 órán belül elkezdve,
 - ✘ **gyakori fejést** – eleinte naponta 8-12 fejés optimális, majd, ha a 10. napra a tejmennyiség eléri az ideális volument (750-900 ml/24óra), a fejések száma napi 6-8-ra csökkenthető. Ha a későbbiekben a tejtermelés csökken, ismét növeljük a fejések gyakoriságát. Optimális, ha az anya kb. napi >100 percet tölt fejéssel.
 - ✘ a mellek **hatékony** kiürítését. Kutatási eredmények bizonyítják, hogy a mell hatékony, minél teljesebb kiürítése fokozza a tejtermelést. A cél, hogy a posztpartum 10. napra a napi lefejt tejmennyiség legalább 750-900 ml legyen (*Jones E, Spencer A 2001*). Ez azért fontos, mert ha a tejvolumen a 2. héten eléri ezt a szintet, a későbbi csökkenés ellenére is az anya várhatóan fenn tudja tartani a tejtermelést, és elegendő teje lesz ahhoz, hogy idővel szoptatni tudja gyermekét.

A tejtermelés korán elkezdett **monitorizálása** az első 2 hétben kritikus, de a továbbiakban is hasznos az ún. **fejési napló** vezetése, lehetővé téve, hogy a fejési terv módosítása konkrét adatok alapján történjen. Amikor a tejjel csökkenését észlelik, gyakoribb fejés javasolt. Ha ez nem vezet eredményre, galaktogógok adása is szóba jön (metoclopramid, domperidon).

- Az első napokban a kézi fejés általában alkalmasabb a kolosztrum kiürítésére.
- A fejést megelőzően a tejleadó reflex stimulálására mell-masszázst, relaxációt stb. javasoljunk és bátorítsuk a gépi fejés alatt a mell-masszázst/kompressziót, ami segíti a tejáramlást és növeli a tej zsírtartalmát.
- Elektromos fejtárgyot javasoljunk, ha előreláthatólag hosszabb ideig kell majd az anyának fejnie.
- Javasoljuk a szimultán mellkiürítést, de vegyük figyelembe az anya preferenciáját.
- Tanítsuk meg az anyát a fejtárgy használatára és bátorítsuk az anyát, hogy a fel nem használt lefejt tejet fagyassza le.
- Figyeljünk arra, hogy az anya akaratlanul ne csak az alacsonyabb zsírtartalmú elülső tejet fejje le, továbbá, hogy ne csak a reggel lefejt, zsírban szegényebb tejet (a tej zsírtartalma a nap folyamán nő), hanem az egész nap folyamán lefejt tejet gyűjtse és adja oda gyermeke táplálására.
- A mell-masszázs, fejés megtanítása, az anyatej kezelésével és tárolásával kapcsolatos ismeretek átadása szóban, írásban, videón.
- Amint a koraszülött állapota megengedi, bátorítsuk a rendszeres bőr-kontaktust.
- Segítsük az anyát abban, hogy legalább időnként gyermeke mellett fejjön.
- Nutritív szopás céljából, ha állapota stabil, általában már a 32. posztkonceptcionális héttől mellre tehetjük a koraszülöttet, de stabil koraszülött esetében már korábban javasolt a non-nutritív szopás az előzőleg kiürített mellen.
- Mivel a fáradtság és stressz csökkentheti a tejtermelést, javasoljuk, hogy legalább 5-6 óra hosszát megszakítás nélkül aludjon az anya, azonban az éjszakai szünet a fejésben ne legyen 6 óránál hosszabb (*Jones E, Spencer A 2001*).
- Figyeljünk arra, hogy az anya milyen gyógyszereket szed, pl. kombinált hormonális fogamzásgátló, pseudophedrin tartalmú gyógyszerek csökkentik a tejtermelést.
- Ne cumisüvegből, hanem pohárból történjen a szoptatást kiegészítő táplálás.
- Folyamatosan támogassuk az anyát és lássuk el a megfelelő ismeretekkel és gyakorlati tanácsokkal.

Kézi fejés szerepe koraszülő anyák esetében (Balke R 2006, Lang S 2002).

Miért van szükség a kézi fejés megtanítására, különös tekintettel a koraszülő anyákra?

- az anyának biztonságérzetet ad, hogy szervezete normálisan működik (abban a szituációban, amikor a koraszülés miatt úgy érezheti, hogy a teste cserbenhagyta)
- a kolosztrumot könnyebb és kényelmesebb kézzel fejni
- vannak anyák, akik idegenkednek a mellszívótól/fejőgéptől
- lehetőséget ad, hogy az anya közvetlenül a koraszülött szájába fejjen valamennyi tejet vagy a szopómozgások szünetében komprimálva a mellet, stimulálja a szopást és nyelést és zsírdúsabb tejhez juttassa a koraszülöttet
- stimulálja a mellre tapadást, ha az anya valamennyi tejet fej a bimbóra
- a mell teltsége miatt kemény mellet a fejéssel felpuhítja, mielőtt a csecsemőt mellre tenné
- lehetővé teszi, hogy a koraszülött igényét meghaladó tejjel való szoptatás előtt valamennyi első tejet az anya kifejjen, hogy a koraszülött a zsírdúsabb hátsó tejhez jusson
- a kézi fejéssel nyert tejben, a gépi fejéssel összehasonlítva, magasabb a sótartalom, ami a koraszülöttek számára előnyös

A szopás és fejés mechanizmusának összevetése (Hurst NM, Meier PP 2010)

	Szopás	Kézi fejés	Kézi mellszívó	Elemes fejőgép	Elektromos fejőgép
Milyen mechanizmussal történik a tej kiürítése	szívás (negatív nyomás) és nyomás (kompresszió)*	nyomás (kompresszió)	szívás (negatív nyomás)		
Negatív nyomáshatárok	50-241 Hgmm (a bimbó szájban tartásához 70-200 Hgmm szükséges)	semmi (nincs negatív nyomás)	0-400 Hgmm	50-305 Hgmm	10-500 Hgmm (a gyártók -200 Hgmm negatív nyomást (szívást) javasolnak a tejáramlás megindításához)
Pozitív nyomáshatárok	Csecsemő nyelve 0.73 - 3.6 Hgmm, állkapcsa 200 - 300 Hgmm	kézi fejés elméletileg >760 Hgmm-t is meghaladhatja	semmi vagy minimális		
Mechanika (ciklus/perc)	36-126 ciklus	változó	változó	5-60 ciklus	2- 84 ciklus

*Geddes et al vizsgálata szerint (2008) a vákuum létesítése meghatározó mechanizmus a tejáramlás előidézésében, az összenyomás kevésbé jelentős és nem következik be a nyelv korábban hitt perisztaltikus mozgása, ami a korábbi felfogás szerint "kifejti" a tejet.

Mellszívók és fejőgépek

A kézi mellszívók és elemmel működtetett vagy elektromos fejőgépek széles választéka kapható, azonban legtöbbjüknek vannak hátrányai az ideális mellszívóval támasztott elvárások tükrében. Az ideális mellszívó képes a mellet kiüríteni és a tejtermelést stimulálni, tiszta, nem kontaminált, könnyű a használata, nem drága és atraumatikus.

Milyen szempontok alapján válasszon az anya készüléket a fejéshez?

- Rövid ideig vagy hosszútávon kívánja-e használni?
- A készülék hatékonyan üríti-e ki a mellet?
- Mennyibe kerül?
- Könnyű-e tisztán tartani? Fontos olyan fejőgépet választani, amibe nem folyik vissza a tej a gép irányába.
- A tej gyűjtése speciális tárolóedénybe vagy standard cumisüvegbe történik-e?
- Lehet-e mindkét mellet szimultán fejni?
- Van-e a készülékhez használati utasítás, amiben a szívási nyomásokat és percenkénti ciklusszámot is feltüntetik?
- A fejőgép ciklusa automatikusan szabályozott-e, vagy a használatnak kézzel kell megszakítani a szívást?
- A fejőgép tud-e kétfázisú fejést biztosítani; a tejleadó reflex kiváltására a fejés kezdetén gyakoribb, majd ritkább percenkénti szívás kivitelezhető-e vele?
- Lehet-e kapni hozzá alkatrészeket?
- Kényelmes-e, fáradtságos-e a használata, súlyos-e?
- Lehet-e egy kézzel működtetni?

Amennyiben hosszú ideig kell fenntartani a tejtermelést, amíg a csecsemő mellre kerülhet és kizárólag szopni tud, olyan elektromos fejőgép a legcélszerűbb, amelynek automatikus a ciklusszabályozása és a két mell szimultán fejésére alkalmas.

Javaslatok a mellszívót/fejőgépet használó anya számára

- Olvassa el a készülékhez adott tájékoztatót!
- Mosson kezet minden fejés előtt!
- A szívófej mellre helyezése előtt a mell megnedvesítése segít a vákuum létrehozásában. A bimbó legyen a szívófej közepén.
- A gépet úgy állítsa be, hogy először alacsony /közepes legyen a negatív nyomás és ezután emelheti a vákuumot, amíg még kényelmes.
- Ha a fejőgépen a ciklusok frekvenciája beállítható, kezdje gyakoribb ciklusokkal, egy perc után, vagy amikor a tejleadó reflex kiváltódik, kapcsolja át alacsonyabb frekvenciára, a szopás mechanizmust imitálva.
- Az első fejések alkalmával lehet, hogy csak néhány csepp tej ürül ki, ez normális.
- A gépi fejéssel kiürített tej mennyiségét eleinte növelheti, ha a gépi fejés előtt kézzel kezdi el a fejést, majd a fejőgép alkalmazását egyidejű mellmasszázzsal ill. kompresszióval egészíti ki.
- Fejés gyakorisága
 - ✘ Fejés annyiszor, ahányszor a csecsemő szopna.
 - ✘ Döntő fontosságú, hogy olyan esetekben, amikor a csecsemő koraszülött vagy beteg, és nem kerülhet mellre, a fejés elkezdődjön a **szülés után 6 órán belül, legkésőbb 12 órán belül** (ha anyai ok miatt nem ellenjavallt), és **eleinte naponta 8-12x** történjen fejés, **ebből legalább egyszer éjszaka**. Ez biztosítja a prolaktin receptorok megfelelő fejlődését és érzékenységét.
 - ✘ A gyakori fejés megakadályozza a túltelítődést.

- ✘ Az első 7-10 nap után, **optimális tejvolumen elérése után** a fejések gyakorisága az anyák egy részénél **legkevesebb 6 alkalomra redukálható**, de a tejmennyiség csökkenése esetén ismét gyakoribb fejés javasolt.
- Mennyi ideig?
 - ✘ szimultán elektromos, vagy egyszerre két elemes mellszívóval legalább 7-15 percig, ikrek esetén 15-20 percig (a fejésre fordított idő napi ≥ 100 perc)
 - ✘ Kézi mellszívóval egy-egy mell fejése 10-20 percig történjen. Ha egyszerre egy mellett üritünk ki elektromos mellszívóval, 10-15 percig fejjünk egy- egy mellett. Segít az anyának szimultán fejés esetén egy olyan speciális, kereskedelmi forgalomban levő mellény, mellyel a szívófejek rögzíthetők, így szabaddá válik a keze, és a fejéssel egyidejűleg folytatott szimultán kompresszió lehetséges.

Technika (Lawrence RA, Lawrence RM 2011)

- Tejleadó reflex kiváltása (ld. 1.sz melléklet)
- Szívófej megválasztása: A hatékony fejés szempontjából fontos ügyelni arra, hogy a szívófej megfelelő méretű legyen; a bimbóra illeszkedő belső nyílás átmérője elegendő legyen ahhoz, hogy az erektált bimbó elférjen benne, a szívófej pereme pedig megfelelő legyen a szívás és kompresszió átvitelére a bimbóudvar alatt elhelyezkedő tejvezetésekre. Nem minden mellszívóhoz tartozik különböző méretű szívófej. A megfelelő méret mellett fontos szempont, hogy a szívófej puha anyagból készüljön, ami jobban rásimul a mellre.
- Szívófej alkalmazása: Fordítsuk ki a szívófejet (ekkor kalaphoz hasonlít), helyezzük a középső részét a bimbóra, majd fordítsuk vissza és simítsuk rá a bimbóudvarra, majd csatlakoztassuk a szívófejet a mellszívóhoz/elektromos fejőgéphez.
- Vákuum: csak annyi vákuumot használjunk, ami szükséges ahhoz, hogy fenntartsa a tejáramlást és kényelmes legyen. Kerülni kell a hosszú ideig fenntartott vákuumot.
- Mell-masszázs a fejés előtt és alatt.
- Szánjon elegendő időt a fejésre, hogy elkerülje az időkorlát okozta szorongást!
- Akkor hagyja abba a fejést, amikor a tejáramlás megszűnt vagy minimális. A mellszívók és fejőgépek azon részét, mely a tejjel érintkezik, a hozzájuk mellékelt javaslat szerint tisztítani és fertőtleníteni kell.

A mell eszközös kiürítésének elhagyása (Bonyata K, www.kellymom.com)

Amikor a koraszülöttet az újszülött-osztályról hazabocsátják, akkor is, ha kizárólag szopik, tanácsos még naponta kb. 4 alkalommal szoptatás után fejni, ami megadja a stimulációt az optimális tejtermeléshez. A részleges fejés elhagyása általában 1-3 hetes időszak alatt történjen, ha a csecsemő kizárólagos szoptatás mellett jól gyarapszik.

Ez történhet úgy, hogy az anya fokozatosan csökkenti a fejéssel töltött időt (pl. 2 naponta 2 perccel csökkent egy-egy fejést), vagy növeli a fejések közötti időtartamot (pl. 3 naponta fél órával), vagy fokozatosan hagy el egy-egy fejést (3-7 naponta egyet).

Ha a tejmennyiség csökkenni látszik, vagy túltelítődés jelei észlelhetők, a fejések gyakorisága / tartalma ismét növelhető.

Anyatej tárolása, kezelése

Az erre vonatkozó általános elvek és gyakorlati tudnivalók a gyermekgyógyászati és védőnői szakmai protokollokban szerepelnek (*Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, 2009, Védőnői Szakmai Kollégium, 2010*).

Az anyának adott tanácsok az anyatej gyűjtéssel kapcsolatban (Hurst NM 2007, Lawrence RA, Lawrence RM 2011, Hurst NM, Meier PP 2010)

- Minden egyes fejés előtt mosson kezet.
- Állítsa össze a tiszta, fejéshez használt felszerelést, beleértve a tej tárolására szolgáló edényt és címkét.
- Steril edénybe gyűjtse a tejet, tegye rá a címkét, amin szerepeljen a koraszülött neve, kórlapszáma, a fejés dátuma és időpontja, és amennyiben az anya gyógyszert szed, a gyógyszer neve.
A tárolóedény választásának szempontjai: pirex és polipropilén tárolóedények nem csökkentik a zsír- és vízdékony tápanyagok szintjét. A sejtes elemek az üvegedény falához tapadnak. A polietilén zacskók könnyebben eresztenek, nehezebben kezelhetők és a sIGA szint 60%-kal csökken, mert a zacskó falához tapad, ezért koraszülöttek számára nem ajánlható. Lawrence RA, Lawrence RM (2011) a kemény polipropilén tárolóedényt találja a legalkalmasabbnak. Ügyeljünk arra, hogy a műanyag tárolóedény ne polikarbonátból készüljön, ami egészségkárosító bisphenol A-t (BPA) tartalmaz.
- A fejéshez használt felszerelést tisztítsa meg minden fejés után mosogatószerrel, meleg vízzel és kefével.
- Öblítse át meleg folyó vízzel és tiszta papírtörölközőn szárítsa meg.
- Naponta egyszer sterilizálja a felszerelést (mosogatógépben magas hőfokon vagy vízben forralás 15-20 percig vagy elektromos sterilizáló stb.).
- Ha többen használnak egy elektromos fejtőgépet, naponta egyszer a felszínét töröljék le fertőtlenítő oldattal a használat előtt.
- A lefejt tejet egy órán belül használják fel. A megmaradó tej azon része, amit előreláthatólag 24-48 órán belül megkap a koraszülött, azonnal hűtőszekrénybe helyezendő, a többit fagyasztásuk le mélyhűtőben.
- Az egyes fejésekből származó tejet külön tárolják és olyan adagokban, amit a koraszülött előreláthatólag egy alkalommal elfogyaszt. Ugyanazon fejből a két mellből származó tej összeönthető.
- A lefejt tejet otthonról hűtőelemekkel ellátott hűtődobozban szállítsák.
- A már egyszer felolvasztott tejet nem szabad újra lefagyasztani.
- Az anyatej szobahőmérsékletre melegítése elektromos melegítőben, 30 perccel az etetés előtt az inkubátorba helyezéssel vagy folyó meleg vízszugárral történjen. A víz ne érje az edény száját. **Mikrohullámú sütőben nem melegíthető fel a tej.**

Az anyatej tárolása

A tárolt nyers anyatejben a tárolási idővel arányos mértékben csökken a pH, a sejtszám, az összfehérjetartalom és emelkedik a szabad zsírsavszint. A koraszülöttek számára gyűjtött tej esetében a tárolással kapcsolatban szigorúbb kautélákat határoznak meg, azonban az állásfoglalások nem egységesek. A *HMBANA (Human Milk Banking Association of North America)* ajánlása szerint a tárolás maximális időtartama mélyhűtőben 3 hónap, hűtőszekrényben 4 °C-on 48 óra, anyatejdúsító hozzáadása után 24 óra, szobahőmérsékleten pedig 4 óra. Más, legutóbb publikált vélemény szerint az anyatej koraszülöttek számára 4 °C-on 4 napig biztonságosan tárolható (*Slutzah M et al 2010*).

Az anyatejes táplálás előmozdítását célzó programokban (ld. „A bababarát kórház kezdeményezés kiterjesztése az intenzív újszülött-osztályra” c. fejezetben) szerepel az a javaslat, hogy az újszülött-osztály dolgozói számára az anyatej fejés, kezelés és tárolás témakörben tartsanak képzést, és szóban és írásban lássák el az anyát erre vonatkozó információval.

A koraszülött orális-motoros funkciónak érése (*Arvedson J, 2006; Barlow SM, 2009*)

- 1a Nem ritmikus expresszió szívás nélkül
- 1b Szopás, megkísérelve a szívás és expresszió generálását (szívás és expresszió nem ritmikus váltakozása)
- 2a Lehet, hogy még hiányzik a szívás, de az expressziós komponens ritmikussá válik.
- 2b Kezd megjelenni az alternáló szívás/expresszió, de még nem ritmikus. Rövid tartamú egymást követő szopások megfigyelhetők.
- 3a A szopás még mindig ritmikus expresszió szívás nélkül.
- 3b Ritmikusabb váltakozó szívás/expresszió jelenik meg hosszabb tartamú egymást követő szopási szakaszokkal, a szívások amplitúdója nagyobb, az amplitúdókban nagy különbség van.
- 4 Ritmikus szívás és expresszió, határozott szívás, az amplitudók eltérése csökken.
- 5 Ritmikus, határozott szívás és expresszió, megnövekedett szívás amplitúdó, a korábbinál hosszabb tartamú egymást követő szopási szakaszokkal; a szopási mintázat hasonló az érett újszülöttéhez.

A sikeres szoptatáshoz az érett orális-motoros funkción túlmenően szükség van a szopás, nyelés és légzés koordinációjára.

A szopási viselkedés értékelése történhet a *PIBBS (Premature Infant Breastfeeding Behavioural Scale)* skálával ld. 3. sz.melléklet (*Nyqvist et al 1996*).

Átmenet a szondatáplálásról a szoptatásra

I. Kenguru gondozás – intermittáló bőr-kontaktus formájában

A bőr-kontaktus az anya és a koraszülött között, az ún. kenguru gondozás, egyéb számos jótékony hatása mellett orális stimulust is jelent, és alkalmazása során fokozatos átmenet jön létre a pozitív érintést jelentő bőr-kontaktus, a non-nutritív és nutritív szopás között. A kenguru gondozás a fejlesztéselvű koraszülött gondozás (NIDCAP) egyik alapeleme, jelentős tényező a sikeres laktáció és a korán elkezdhető szoptatás szempontjából, továbbá lehetőséget biztosít arra, hogy az anya kapcsolatban érezze magát gyermekével.

A kenguru gondozás jótékony hatásai (*Ludington Hoe SM et al 2008*):

- fiziológiai: a bőrhőmérséklet, az oxigén-szaturáció nő, a pulzusszám és az apnoeok száma csökken, az oxigén-szaturáció csökkenésével járó epizódok kevesbednek
- érettebb alvás-ébredlét organizáció; a mély alvás és az éber inaktív állapot időtartama nő, nem sírnak
- fájdalomcsillapító hatású
- stressz csökken (a kortizol-szint csökken)
- pozitív érintés a koraszülött számára, melynek jótékony hatása van az idegrendszer fejlődésére

- segíti a kötődést és az interakciót az anya és koraszülött között, fokozza az anya és apa elégedettség érzését és csökkenti a szorongásukat
- fokozza a tejtermelést, rendszeres kenguru gondozás esetén gyakrabban kezdik el a szoptatást, gyakoribb a kizárólagos szoptatás és hosszabb a szoptatás időtartama, segít az anyának abban, hogy a tejleadó reflexet a koraszülött jelenlétéhez és az általa okozott stimulushoz kezdje kötni. A bőr-kontaktust megelőző időszakban ugyanis a tejleadó reflex kiváltója a mell-maszszás, a fejgép okozta stimulus, illetve a tejleadó reflexet kondicionáló hatások: belépés az újszülött-osztályra, gyermekük fényképe, illata stb. (*Hurst NM, Meier PP 2010*).
- egyes tanulmányokban azt találták, hogy pozitívan befolyásolja a súlyfejlődést
- az infekciók előfordulásának gyakorisága csökken. Ha a koraszülött a saját anyja lefejt tejét kapja is, csak úgy jut az anyatejhez a környezetében levő mikroba elleni védelemhez – az enteromammaris és bronchomammaris cirkuláció csak akkor működik – ha szoros közelségben lehet együtt az anyjával.

A kenguru gondozást az intenzív újszülött ellátást végző osztályok különböző mértékben alkalmazzák, sok helyütt a stabil állapotú gépi lélegeztetett és nazális CPAP lélegeztetésben részesülő koraszülötteknél is lehetővé teszik (*Jones E, Spencer A 2001*), másutt a hazaadás előtt álló koraszülöttekre korlátozzák, holott csak bizonyos esetekben van egyértelmű ellenjavallata, melyek *Kenner C és Lott JW (2004)* szerint az alábbiak: magas páratartalmat igénylő koraszülött, mellkasi drén, magas frekvenciájú gépi lélegeztetés, artériába vezetett katéter, ha pulmonális hipertenzió (PPHN), NEC, omfalokéle/gasztroszkízis áll fenn, ha nyugtató, presszor (dopamin, dobutamin), izomparalizáló terápia folyik.

A kenguru gondozás kivitelezésének legfontosabb elemei a következők (*Kenner C, Lott JW 2004*):

- Az anyának tanácsoljuk, fejje ki mindkét mellét, hogy a tejfolyást megakadályozzuk.
- Az anya legyen olyan ruhában, ami elől nyílik.
- Az anya helyezkedjen el félig ülő helyzetben, lehetővé téve, hogy a koraszülött teste 45-60 fokos szöveget zárjon be a padlófelszínnel. Erre hátradőlő támlájú karosszék vagy hintaszék alkalmas. Ebben a helyzetben az anya megfigyelheti a koraszülött arcát.
- A kenguru gondozás megkezdése előtt történjen meg a testhőmérséklet mérése.
- A koraszülöttön sapka és pelenka legyen.
- A koraszülöttet az anya két melle között vertikálisan kell elhelyezni, hogy arcának egyik oldala a mellen feküdjön, végtagjai legyenek behajlítva. Ezután a csecsemőt be kell takarni az anya ruhájával és egy vagy két pokróccal.
- Ha a koraszülött fiziológiai paramétereit monitorizáljuk, folytassuk a kenguru gondozás alatt. Ha nincs bőrhőmérséklet monitoron, egy óra múlva mérjük meg a hőmérsékletét, 37,4 °C fölött vegyünk le róla egy takarót, ha a hőmérséklete 0,5 °C-kal csökkent, fejezzük be a bőr-kontaktust. A kenguru gondozás legalább egy óra hosszat tartson, 2 óra vagy ennél hosszabb időtartam ideális.
- A kenguru gondozás lehet folyamatos, a nap 24 órájában vagy intermittáló, ami *legalább egy óra hosszat* tartson, 2 óra vagy ennél hosszabb időtartam optimális.
- A nővér a kenguru gondozás befejezése után a következőket rögzítse a kórlapban: megbeszélés a bőr-kontaktusról, a kenguru gondozás tartama, volt-e valamilyen probléma, a csecsemő viselkedési jelei a gondozás alatt és a szülői reakció.

II. Non-nutritív szopás az előzőleg lefejt mellből a kenguru gondozás alatt (Hurst NM, Meier PP 2010)

A non-nutritív szopás definíciója: olyan szopás, amely nem jár táplálékbevitellel (pl. cumi, ujj, anya kiürített mellének szopása). A non-nutritív szopás során csak a saját váladék lenyelése történik, így a szopás és légzés egymástól függetlenül működhet. Amikortól a koraszülött már nem igényel légzéstámogatást és fiziológiailag stabil, a non-nutritív szopás elkezdhető. A kenguru gondozás során a non-nutritív szopásba való átmenetre utalhatnak az alábbi jelek: a száj a mellen van, de még nincs mellre tapadás vagy szopás, egy-kétszer nyel közben, elalszik a mellen. Ha a csecsemőt szondán át táplálják, célszerű azzal egyidejűleg felajánlani a non-nutritív szopás lehetőségét. A csecsemő legyen közel a mellhez, de ne kíséreljük meg a száját és ínyét a bimbóra vagy a bimbóudvarra helyezni. Elég, ha a koraszülött erre hajlandóságot mutat, a bimbót nyalogatja, vagy szopja. Az anyának tudnia kell, hogy ebben a szakaszban nem várható el több a gyermektől.

III. Táplálás szájon át – nutritív szopás

A nutritív szopás definíciója: >5ml tej elfogyasztása.

Nutritív szopás során gyakori a nyelés, és ahhoz, hogy ne következzen be aspiráció, a szopás-nyelés-légzés koordinációnak megfelelőnek kell lennie; a csecsemő a táplálékot képes legyen szájon át aspiráció jelei, oxigén deszaturáció, apnoe vagy bradikardia nélkül elfogyasztani és a szopás:nyelés:légzés arány 1:1:1 vagy 2:2:1 legyen (Barlow SM 2009). Evidencia alapú adatok alapján kialakított irányelv egyelőre nem segíti a klinikust abban, hogy meghatározza, mikor a legjobb elkezdni a szájon át történő táplálást és szoptatást koraszülöttek esetében. Sok neonatológus tapasztalati kritériumok alapján kezdi el a szoptatást, mint a koraszülött súlya, gesztációs kora, az utolsó menstruáció első napjától számított ún. posztmenstruális kora, ill. azután, hogy képes a teljes táplálékmennyiséget cumisüvegből elfogyasztani (Berger I et al 2009).

Növekvő számú vizsgálat bizonyítja, hogy a koraszülött szoptatásának számos jótékony hatása van, aggályok merülnek fel azonban, hogy nincs-e nagyobb esélye a fiziológiai paraméterek negatív változásának, és nem túl fárasztó-e a szoptatás a koraszülött számára, a cumisüvegből történő táplálással összehasonlítva. **Az eddigi vizsgálatok ezeket az aggályokat nem támasztják alá, sőt az ellenkezőjét bizonyítják.**

Azt találták ugyanis, hogy a cumisüvegből etetéssel összehasonlítva, a szoptatás folyamán az oxigén szaturáció magasabb, az oxigén deszaturációval (definíció: O₂ szaturáció <90% alá esik), apnoéval (légzésszünet >20 mp) és bradikardiával járó epizódok pedig vagy egyáltalán nem fordulnak elő, vagy ritkábbak (Hurst NM, Meier PP 2010). Berger I et al (2009). Szoptatással, illetve cumisüvegből azonos tejjel táplált koraszülötteknél nem találtak különbséget az indirekt kalorimetriával mért nyugalmi energiafelhasználásban közvetlenül a táplálás befejezése után, ami alapján feltételezik, hogy a szopás nem jár nagyobb energiafelhasználással, mint a cumisüvegből etetés. A következtetést arra alapozzák, hogy bár a szoptatással egyidejű mérés technikailag nem kivitelezhető, korábbi vizsgálatokban szondán táplált koraszülötteknél a nyugalmi energiafelhasználás posztprandiális emelkedését figyelték meg.

A szondatáplálásról, illetve a non-nutritív szopásról a nutritív szopásra áttérés akkor kezdhető el, amikor a koraszülött funkcióinak érettsége ezt megengedi; a szopást, nyelést és légzést koordinálni tudja, és nem a sikeres üvegből etetés, vagy egy önkényesen megválasztott gesztációs kor az irányadó. A koraszülötnél a non-nutritív szopásról a nutritív szopásra áttérés jele az ismételt megfigyelhető jó mellre tapadás és az, hogy legalább 5 percig szopik.

Nyqvist (2008) beszámolt arról, hogy **bátorítva a korai bőr-kontaktust és pozitív orális stimulust**, az általuk vizsgált koraszülötteknél már a 28-30. héten a szopási viselkedés egyes jeleit megfigyelték: keresés, a bimbóudvarra tapadás, szopás, sőt a 30. héttől sikeres nutritív szopást is észleltek. Nyqvist et al (1999) anyagában a koraszülöttek 80%-a átlagosan a 36. héten (33,4-40. hét), 94%-uk pedig a hazaadás időpontjában kizárólag szopott, és a szoptatást nem előzte meg üvegből etetés. A szopások kiegészítése eleinte szondán át, majd pohárból történt Nyqvist (2001) 32-37 hetes koraszülötteknél a szopási jellemzők vizuális megfigyelését kombinálva a m.orbicularis oris izmon végzett felszíni EMG vizsgálattal, azt bizonyították, hogy a koraszülöttek korán képesek kompetens szopásra a mellből, de nagy egyéni variációk figyelhetők meg. Nyqvist és mtsai úgy látják, hogy **a szopási viselkedés szokásosnál korábbi érettsége tanulás eredménye, és a gyakori pozitív orális stimulusnak tulajdonítható.**

Összefoglalva: szoptatni kívánó anyánál a szondatáplálásról és a mellette történő non-nutritív szopásról közvetlenül áttérhetünk a nutritív szopásra, ami a kizárólagos szoptatás eléréséig alternatív táplálási módszerekkel kiegészíthető, illetve helyettesíthető. Igen kis súlyú koraszülötteknél az általánosan elfogadott nézettel szemben a szopás, nyelés, légzés koordináció a 34. gesztációs hétnél korábban is bekövetkezhet, és a teljes szoptatás alacsonyabb posztkonceptcionális életkorban elérhető. E tekintetben azonban nagyok az egyéni variációk.

Nutritív szopás segítése – gyakorlati tanácsok (Hurst NM, Meier PP 2010, Mohrbacher N, Stock J. 2003)

Fontos elmagyarázni az anyának, hogy mire számíthat: a koraszülöttre jellemző, hogy gyenge a szopás ereje, nehezen tudja fenntartani a mellre tapadást, könnyen elfárad, a szopás, nyelés légzés koordináció még nem alakult ki megfelelően. Ezért türelemre és kitartásra van szükség.

Milyen konkrét tanácsokat adjunk?

1. Úgy történjen a mellre helyezés, hogy az anya kontrollálni tudja a koraszülött fejének helyzetét, és biztosítani tudja, hogy a fej-váll-csipő egy vonalban maradjon. Erre a legalkalmasabb a hónaljtartás és a keresztezett bölcsőtartás.
2. Ha az ajak ingerlésére a koraszülött nem nyitja ki a száját, az állra enyhe nyomást gyakorolhatunk. Túl nagy nyomás az állra nem célravezető, mert ilyenkor a nyelv hátrahúzódik (Lang S.2002).
3. A mellre tapadás fenntartásának segítése: a koraszülött legyen közel az anyához, az anya üljön egyenesen, a hátát és karjait megtámasztva. Alkalmazható a „DanCer” kéztartás, amivel megtámaszthatjuk az állat: a csecsemő feje melletti kezünket csúsztassuk a mell alá úgy, hogy nem négy, hanem három ujjal támasztjuk alá a mellel. Mutató és hüvelykujjunkkal U alakot formálva támasszuk meg az állat. Ez segít a koraszülöttnak abban, hogy be tudja csukni a száját, és a bimbót és bimbóudvart az ínyek közé tudja szorítani.
4. A koraszülött szopási magatartására eleinte jellemző, hogy rövid ideig szopik és hosszan pihen, ezért ha mellre tapadás közben pihen, ne mozgassuk, hanem várjunk és tartsuk pozícióban. Ha elalszik, egy idő után változtathatjuk a testhelyzetét és ha ezután sem kezd el szopni, hagyjuk abba a szoptatást. Ha ébren van, de nincs energiája a szopáshoz, felajánlható neki az anyatej pohárból.
5. Eleinte nem célravezető a gyakori szoptatás. Alkalmazkodni kell a koraszülött jelzéseire, akkor kell megkísérelni a szoptatást, amikor éber és láthatóan szopni szeretne. Az anyát fel kell világosítani arról, hogy az éhségjelek nem robusztusak, mint az érett újszülötteknél. Az anya lassan megtanulja gyermeke jelzéseit és szopási magatartását.

6. A koraszülött mellre tehető úgy, hogy közben szondán át táplálják. Ilyenkor arra kell ügyelni, hogy az orrnyíláson át bevezetett tápszonda esetén a szabad orrnyílás legyen távolabb a mellől.
7. A szoptatások számának növelése: a koraszülött szoptatását eleinte egy nap 1-2x kíséreljük meg, majd fokozatosan növeljük a szopások napi számát a szopások alatt fogyasztott tej-mennyiség, a csecsemő állapota és igénye, továbbá az anya hajlandósága alapján.
8. Az anyának számítani kell arra, hogy a koraszülött, gesztációs korától függően, hosszabb - rövidebb ideig a szopások kiegészítésére szorul, és a nap folyamán sok esetben a szopást teljes egészében más táplálási mód helyettesíti.

A csecsemő a tejet a számára leginkább alkalmas alternatív táplálási módszerrel kapja meg, lehetőleg elkerülve a cumisüveg használatát. (ld.2.sz. melléklet).

IV. Módosított igény szerinti szoptatás (Hurst NM, Meier PP 2010)

Meghatározzuk az előírányzott 24 órás bevitelt, és a napot 6, 8 vagy 12 órás periódusokra bontjuk aszerint, hogy mennyire hatékonyan szopik a csecsemő, majd időarányosan meghatározzuk az adott részidőben kívánatos anyatejbevitelt. Példa: az 1850 g súlyú újszülött számára 320 ml-t irányozunk elő. A napot 6 órás periódusokra osztjuk, amelyek mindegyikében 80 ml elfogyasztását tűzzük ki célul. A választott időintervallumban a szoptatás történhet igény szerint, a szopásokat mérjük, és ha a 6 órás periódus végén a szopással nem kapta meg az előírányzott mennyiséget, azt alternatív táplálási módszerrel adjuk oda.

A koraszülött szoptatástámogatásával kapcsolatos speciális kérdések

1. Bimbóvédő használata

A koraszülöttek egy része nem tudja fenntartani a mellre tapadást és a tejáramlást, mert alacsony a negatív nyomás, amit a szívás során el tudnak érni (-2,5 – -15 Hgmm). Ez a magyarázata, hogy a koraszülöttek egy részénél vékony szilikon bimbóvédő alkalmazásával érhető csak el, legalábbis eleinte, a sikeres szopás. Az ő esetükben nem bizonyosodott be az aggodalom, ami a bimbóvédő használata kapcsán általában felmerül, miszerint a mell stimulus csökkenése miatt a tejtermelés csökken. Ezek a koraszülöttek ugyanis a bimbóvédővel sokkal hosszabban és hatékonyabban szopnak, mint anélkül (Hurst NM, Meier PP 2010).

Ha a bimbóvédő használata mellett döntünk, ennek okát dokumentáljuk. Válasszuk meg a megfelelő nagyságú bimbóvédőt, ami függ a bimbó és a csecsemő szájának méretétől. Tanítsuk meg az anyának, hogy fejjen egy kis kolosztrumot/tejet a bimbóvédőbe, hogy a csecsemőt szopásra ösztönözze. A csecsemő szája legyen nagyra nyitott, amikor a mellre tesszük, és tanítsuk meg az anyát, hogy a bimbóvédőt a csecsemő szájpadlása felé irányítsa. A csecsemőt úgy tegye a mellre, hogy az ajkak kifelé forduljanak és a bimbóvédő alapján, a bimbóudvaron helyezkedjenek el. Tanítsuk meg az anyának, hogyan nyomja össze a mellet, hogy fenntartsa a tejáramlást, amikor a csecsemő szopik. Az anya figyelje a tejátvitel jeleit, továbbá, hogy ritmusos-e a szopási mintázat és van-e bimbó fájdalom vagy trauma. Az anyát bátorítsuk, hogy fejjen a bimbóvédővel történő szoptatás után, függetlenül a szopott tejmennyiségtől. Tanácsoljuk, hogy az anya időnként kísérelje meg a bimbóvédő nélküli szoptatást, mégpedig úgy, hogy miután elkezdte bimbóvédővel a szoptatást, a mellbimbója kiemelkedett és a tejleadó reflex kiváltódott, távolítsa el a bimbóvédőt, és kísérelje meg az újszülöttet közvetlenül a mellre tenni (Hurst NM, Meier PP 2010).

2. A tejtranszfer becslése – szopások mérése

A tejátvitel megítélése az érett újszülötteknél alkalmazott jelek alapján koraszülötteknél nem megbízható. Ha nem történik szopásmérés, a szopásminták csak hozzávetőleges becslésre adnak lehetőséget arra vonatkozóan, hogy szükséges-e a szopás kiegészítése. Ilyen, a szopásminta osztályozásán alapuló útmutató a *NZ clinical guideline* (ld. internetes források jegyzéke):

- A) Az újszülöttet mellre próbáljuk tenni, nem érdeklődik, aluszékony.
- B) A szopás iránt érdeklődést mutat, de nem tapad a mellre.
- C) A mellre tapad, de le-lejön a mellről és el-elalszik.
- D) A mellre tapad, de a szopások nem koordináltak, és gyakoriak a hosszú szünetek.
- E) Jól tapad a mellre, hosszú ritmusos szopási és nyelési szakaszok – rövid ideig tartó szopás.
- F) Jól tapad a mellre, hosszú ritmusos szopási és nyelési szakaszok – hosszú ideig tartó szopás.

A-D esetében teljes előírányzott adaggal, E: az előírányzott adag felével történjen a szopás helyettesítése ill. kiegészítése, F: nem szükséges kiegészítés.

A fenti útmutató a tejtranszfer megítélésében némi segítséget nyújt, de koraszülötteknél nem helyettesíti a szopások mérését. A szopások mérése legalább 2 gramm pontosságot biztosító elektronikus digitális mérlegen történjen. A felöltöztetett újszülött súlyát szopás előtt és után mérjük, anélkül, hogy kicserélnénk a pelenkáját. A szopás utáni súlyból levonva a szopás előtt mért súlyt, megkapjuk az elfogyasztott tejmennyiséget; 1 gramm súlytöbblet 1 ml tejnek felel meg (*Hurst NM, Meier PP 2010*).

A szopás méréséről általában azt tartják, hogy az anya számára stresszt jelent, és aláássa az önbizalmát. Két vizsgálatban azonban a szopásméréseknek koraszülő anyák esetében nem volt negatív hatása, sőt inkább segítségnek tekintették (*Hall WA et al 2002, Hurst NM et al 2004*).

3. A szopások kiegészítése vagy helyettesítése

A szopásra való áttérés időszakában mindenképpen, a hazabocsátás után pedig az esetek túlnyomó részében, legalábbis egy ideig, szükséges.

Nem megfelelő tejtranszfert okozhat a csökkent tejtermelés, a csökkent tejleadás, anyai mell és bimbó probléma és a koraszülöttnél nehezített szopás és nyelés. Sok esetben ezen tényezők kombinációja állhat fenn (*Hurst NM, Meier PP 2010*). Az okok feltárása után célzott intervenciók szükségesek, miközben hozzátáplálással biztosítjuk a megfelelő tejbevitelt.

Mivel történjen a szopások kiegészítése? A preferencia sorrendjében: saját anya lefejt teje, donor női tej és harmadsorban tápszer. A saját anya lefejt teje ill. a donor női tej a koraszülött gesztációs korától függően anyatejdúsítóval vagy anélkül adandó.

Hogyan történjen? Alternatív táplálási módszerrel ajánlott ld. 2. sz. melléklet. A szoptatni kívánó anya esetében kerülnünk a cumisüveg használatát.

Koraszülöttek hazaadás utáni táplálása

Koraszülöttek hazaadás utáni szoptatás-menedzsmentje (Hurst NM, Meier PP, 2010)

A koraszülöttek a hazabocsátást követő hetekben hajlamosak arra, hogy a szükségesnél kevesebb tejet fogyasszanak. Szopási viselkedésükre, legalábbis korrigált életkoruk alapján számítva az érettség eléréséig jellemző, hogy nem ébrednek fel a szoptatáshoz, szopás közben hamar elalszanak, elengedik a mellét, mielőtt megindulna a tejáramlás. Ezeket a jellemzőket fokozatosan váltja fel az érett újszülöttekre jellemző szopási viselkedés. Az érett újszülöttek szoptatásának értékeléséhez használt jelek, mint nedves pelenkák, székletek száma, viselkedési jelek (pl. alvás a szopás után), az anyai mell teltségének csökkenése nem megbízható mutatói annak, hogy eleget szoptott. Nem hagyatkozhatunk a koraszülöttek éhségjeleire, nem szoptathatók igény szerint.

Ha még a fenti éretlen szopási viselkedés tapasztalható a hazabocsátás után, az ún. módosított igény szerinti táplálás otthoni folytatása javasolt.

Figyelni kell arra, hogy ne ébresszük őket három óránál gyakrabban, mert az alvás megszakítása gátolja a növekedési hormon szekréciót. El kell fogadni, hogy az anyák aggodalma valós azzal kapcsolatban, hogy újszülöttjük eleget szopik-e. Ajánljuk, hogy rendszeresen ellenőrizzék az első hetekben a tejátvitelt. Az anyák általában eleinte rendszeresen, majd később esetenként mérik a szopásokat, majd naponta, később ritkábban mérik a meztelen súlyt. A koraszülött hossz- és fejkörfogat növekedését célszerű eleinte hetenként ellenőrizni.

Az igen kis súlyú (<1500 g születési súlyú) koraszülöttek hazaadás utáni táplálása (ESPGHAN, 2006, AAP Committee on Fetus and Newborn 2008)

Hazabocsátásuk Európában és az USA-ban is sok helyütt a 35-36. posztkoncepcionális héten, 1800-2100 g testsúllyal történik. A hazaadás feltétele nem egy meghatározott testsúly elérése, hanem a fiziológiai stabilitás (a táplálás szájon át biztosítja a megfelelő növekedést, a koraszülött az otthoni környezetben képes fenntartani testhőmérsékletét, továbbá megfelelően érett a légzés kontroll), olyan program teljesítése, mely a hazaadás előtt bevonja a szülőket a csecsemő gondozásába, továbbá az otthoni gondozás és követés feltételeinek biztosítása.

Ideális esetben a hazaadás előtti napokban a szoptatott újszülöttet a szervezetileg az intenzív újszülött-osztály kötelékében működtetett rooming-in rendszerben helyezik el az édesanyával.

Az *ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology And Nutrition) 2006-os ajánlása* az alábbiakban foglalja össze a <1500 grammal született újszülöttek otthoni táplálásának céljait: hozzák be a súlyfejlődésben való elmaradást, a hosszú távú növekedési elmaradás csökkentése és a felnőttkori káros következmények elkerülése.

Az igen kis súlyú koraszülött hazaadás utáni táplálásának általános irányelvei

- Szoptatottaknál szopások mérése
- Hetenként testsúly, testhossz és fejkörfogat mérés, táplálékbevitel adaptálása
- Biokémiai mutatók ellenőrzése
- Vaspótlás, D vitamin profilaxis
- Kerüljük az alultáplálást és túletetést

Az igen kis súlyú és SGA koraszülött általában 2-3 éves korra hozza be a növekedési elmaradását. Attól függően, hogy az újszülött a megszületésekor és a hazaadásakor a várandósság idejének megfelelő súlyú (*AGA, appropriate for gestational age*, 10-90 súlypercentil között) vagy sorvadt (*SGA, small for gestational age*, 10-es percentil alatt), a táplálás menedzsment eltérő.

- Ha a koraszülött a megszületéskor és hazaadáskor is AGA, szoptatás esetén kizárólagos szoptatás, ill. anyatejes táplálás javasolt, mesterségesen tápláltaknál pedig LCPUFA hozzáadásával készült standard tápszert.
- Ha a koraszülött a megszületéskor AGA, a hazaadáskor viszont SGA, szoptatás esetén kapnia kell anyatejdúsítóval szupplementált anyatejet is*. Ha mesterségesen táplált, a 40-52. posztmenstruális hétig kapjon speciális koraszülött tápszert, majd vassal dúsított standard tápszert.
*ennek adására ideális módszer a Szoptanít, ill. hasonló rendszer, ami szoptatás kapcsán teszi lehetővé a kiegészítő táplálást ld. 2sz. melléklet.
- Ha a koraszülött súlya a megszületéskor és hazaadáskor is SGA, a fentivel egyező menedzsmen-t javasolt.
- Ha a koraszülött súlya a megszületéskor SGA, hazaadáskor pedig AGA (ami ritka), egyéni elbírálás javasolt.

A szoptatástámogatás hatékonyságának megítélése a NIC-ben

Az anyatejes táplálás WHO által standardizált definíciói nem tükrözik az NIC-ben ápolt újszülöttek anyatejes táplálásának kritikus komponenseit. A jelenleg leggyakrabban használt mutatók:

- Az anyatejes táplálást elkezdők számaránya.
- Az újszülöttek hány %-a kap kizárólag anyatejet? A hazaadáskor a szoptatás mértéke: teljes-részleges-jelképes (token).
- A szoptatás/anyatejes táplálás tartama a hazaadás után.

Ezek a mutatók nem adnak felvilágosítást az anyatej dózisáról az anyatejes táplálás feltételezett kritikus időszakában. Erre a kérdésre csak úgy kapható válasz, ha a NIC-ben ápolt újszülötteknél folyamatosan regisztráljuk a napi anyatejbevitelt a teljes enterális táplálás %-ában és abszolút dózisban (ml/kg/nap), továbbá amennyiben az újszülött az anyatejes táplálás mellett még parenterális táplálásban részesül, az összbevitel %-ában (*Furman L et al 2003*).

Példák, amelyek ezeket a szempontokat figyelembe veszik (*Meier PP et al 2010*):

1. <1500 g születési súlyú újszülöttek számaránya (kívánatos cél: $\geq 75\%$), akiknél az első élethónapban az enterális táplálás legalább 80%-a anyatej
2. <1000 g születési súlyú újszülöttek számaránya, akik kizárólag női tejet kapnak az első 14 élethónapon
3. <1000 g születési súlyú újszülöttek számaránya (kívánatos cél $\geq 75\%$), akiknél az enterális táplálás legalább napi 50 ml/kg/nap mennyiségben anyatejjel történik a NIC-ben

Fontos definíciók, rövidítések

kis súlyú újszülött (LBW)	<2500g
Igen kis súlyú újszülött (VLBW)	<1500g
Extrém kis súlyú újszülött (ELBW)	<1000g
Érett újszülött	37 – 41 ^{6/7} hét
Koraszülött (preterm)	<37. hét
Érettség határán álló újszülött (late preterm, near-term)	34 ^{0/7} – 36 ^{6/7} hét
Extrém koraszülött (extreme preterm)	< betöltött 25. hét

Újszülött: 0-28 napos posztnatális életkorú, időre született újszülött. Egyes szakemberek újszülöttnek nevezik a 28 napnál idősebb koraszülöttet, ha posztmenstruális életkora \leq 42-46. hét.

Csecsemő: 1 hónaptól (>28nap) 1 éves korig. **AGA** (appropriate for gestational age: a gesztációs kornak megfelelő), **SGA** (small for gestational age: a gesztációs korhoz viszonyítva kicsi), **LGA** (large for gestational age: a gesztációs korhoz viszonyítva nagy) a percentilis görbén elhelyezett testméretekre; a súlyra, hossza és fejkörfogatra vonatkozóan.

Életkori terminológiák a perinatális periódusban (Engle WA; AAP 2004)

Gesztációs kor (gestational age GA): az utolsó menstruáció (last menstrual period LMP) első napjától a szülésig eltelt idő – betöltött hetekben kifejezve.

Ha a koncepció időpontja ismert pl. in vitro fertilizáció, a gesztációs kor számításánál 2 hetet hozzá kell adni a koncepció időpontjához.

Posztnatális vagy kronológiai életkor (postnatal age PNA, chronological age CH): az az idő, ami a szülés napjától számítva eltelt – napokban, hetekben, hónapokban, években kifejezve.

Posztmenstruális életkor (postmenstrual age PMA): gesztációs kor + kronológiai életkor – hetekben kifejezve. A perinatális időszakban a kórházi ápolás ideje alatt ajánlott az életkor kifejezésére. pl. 28. hétre született 8 hetes: 36 hetes posztmenstruális életkor

Korrigált életkor (CA, corrected age): az az életkor, amilyen korú a csecsemő lenne, ha éretten született volna. A perinatális időszak után a koraszülöttek életkorának kifejezésére 3 éves korig ajánlott.

A számítás alapja: a szülés várható ideje (EDD: expected date of delivery): a 40. gesztációs hét. A számítás úgy történik, hogy a kronológiai életkort annyi héttel csökkentjük, amennyivel a csecsemő a 40. hétnél korábban született, és hetekben vagy hónapokban fejezzük ki.

Példa: KZ. a 28. gesztációs hétre született, kronológiai életkora: 4 hónapos, korrigált életkora: $4 - 3 (40-28=12\text{hét}=3\text{ hónappal a }40.\text{ hét előtt született}) = 1\text{ hónapos}$.

Irodalomjegyzék

1. AAP Committee on Fetus and Newborn Policy Statement Hospital discharge of the high risk neonate Pediatrics 2008;122:1119-1126 doi:10.1542/peds.2008-2174
2. Abouelfettoh AM, Dowling DA, Dabash SA, Elguindy SR, Seoud IA Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: A quasi-experimental study Int Breastfeed J. 2008; 3: 27-37. DOI: 10.1186/1746-4358-3-27
3. Arnold L: The Cost-effectiveness of Using Banked Donor Milk in the Neonatal Intensive Care Unit: Prevention of Necrotizing Enterocolitis J Hum Lact 2002;18:172-177.
4. Arslanoglu S, Ziegler EE, Moro GE, WAPM Working Group on Nutrition in Recommendations and guidelines for perinatal practice. Donor human milk in preterm infant feeding: evidence and recommendations J. Perinat. Med. 38 (2010) 347–351 DOI 10.1515/JPM.2010.064
5. Arslanoglu S, Moro GE, Ziegler EE Optimization of human milk fortification for preterm infants: new concepts and recommendations J Perinat Med. 2010;38:233-38 DOI: 10.1515/JPM.2010.073
6. Auerbach KG Sequential and simultaneous breast pumping:a comparison. IntJNursStud 199b;27:257-265
7. Balke R: Rund um die Brustmassage, Eine Teamfortbildung 2006 VELB szemináriumi továbbképzési anyag
8. Barlow SM: Oral and respiratory control for preterm feeding Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2009;17(3):179-186 DOI:10.1097/MOO.0b013e32832b36fe.
9. Becker GE, McCormick FM, Renfrew MJ.Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD006170
10. Berger I, Weintraub V, Dollberg S, Kopolovitz R, Mandel D, Energy Expenditure for Breastfeeding and Bottle-Feeding Preterm Infants Pediatrics 2009; 124:e1149-1152, www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0165 (2011.11.29.)
11. Boyd CA, Quigley MA, Brocklehurst P. Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.2007;92: F169–75.
12. Collins CT, Makrides M, Gillis J, McPhee AJ. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD005252, Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal 2010;5(1), 118–148 DOI: 10.1002/ebch.520
13. Cregan MD, de Mello TR, Kershaw D, McDougall K, Hartmann PE Initiation of lactation in women after preterm delivery Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:870-7, PMID: 12225305
14. Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium, Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Az egészséges csecsemő táplálásáról 1.módosított változat, Hivatalos értesítő 2009, 59/21, 3043-3069
15. Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz M, Martin RJ. Cup feeding for preterm infants: mechanics and safety. J Hum Lact. 2002;18:13–20. DOI: 10.1177/089033440201800103.
16. Dempsey E, Miletin J Review Banked preterm versus banked term human milk to promote growth and development in very low birth weight infants.Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16; (6):CD007644. Epub 2010 Jun 16.
17. Ellis L, Picciano M. Prolactin variants in term and preterm human milk: altered structural characteristic, biological activity and immunoreactivity. Endocrine Regulation)1993;27:181–92.
18. Engle WA; American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, "Age Terminology During the Perinatal Period," Pediatrics , 2004, 114(5):1362-4.
19. ESPGHAN Committee on Nutrition:Feeding preterm infants after hospital discharge JPGN 42:596-603, 2006
20. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U, Wallin L.Long-term duration of breastfeeding in Swedish low birth weight infants. J Hum Lact. 2003;19(2):157-65
21. Freer Y. A comparison of breast and cup feeding in preterm infants: effect on physiological parameters. J Neonatal Nurs. 1999; 5:16-21

22. Furman L, Taylor G, Minich N, Hack M. The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low birth weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:66-71
23. Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum Dev.* 2008;84:471-7
24. Goldman A, Chedda S, Garolfo R. Evolution of immunologic functions of the mammary gland and the Postnatal Development of Immunity *Ped Res* 1998;43(2), 155-162
25. Gomes CF, Trezza EM, Murade EC, Padovani CR. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:103–109. DOI: 10.2223/JPED.1456
26. Haggkvist AP. What factors influence the breast feeding prevalence of mothers to premature babies? Proceedings of the Child International Conference of Maternity Nurse Researchers, June 1990, Goteborg, Sweden.
27. Hopkinson J, Schanler R, Garza C. Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics* 1988; 81:815–20.)
28. Hall WA, Shearer K, Mogan J, Berkowitz J. Weighing preterm infants before & after breastfeeding: Does it increase maternal confidence and competence? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2002;27:318-326.
29. Hanson LA. The mother-offspring dyad and the immune system. *Acta Paediatrica.* 2000;89:252-258.
30. Hurst NM, Meier PP, Engstrom JL, Myatt A. Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding of their preterm infants: Maternal reactions and feeding outcomes. *J Hum Lact.* 2004;20:178-187.
31. Hurst NM. The 3 M's of Breast-feeding the preterm infant 2007; 21(3):234–239
32. Hurst NM, Meier PP. Breastfeeding the preterm infant in Riordan J, Wambach K: Breastfeeding and human lactation. 4th ed Jones and Bartlett Publishers 2010, 425-468
33. Jones E, Dimmock P W, Spencer SA. A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001; 85:F91–F95)
34. Jones E, Spencer SA. Promoting successful breastfeeding for mothers of preterm infants. *Professional Care of Mother and Child* 2001;10:145–7.
35. Kenner C, Lott JW: Neonatal nursing handbook, Saunders, Elsevier Science (USA), 2004, 427-429
36. Koenig A, Diniz EMA, Barbarosa SFC, Vaz FAC. Immunologic factors in human milk: the effects of gestational age and pasteurization. *J Hum Lact.* 2005;21:439–43.
37. Lang S. Breastfeeding special care babies, Baillière Tindall, 2002
38. Lawrence RA, Lawrence RM. 2011 Breastfeeding: A guide for the medical profession. Elsevier Mosby 7th ed., Maryland Heights (USA)
39. Lonnerdal B: Nutritional and physiologic significance of human milk proteins *Am J Clin Nutr* 2003;77(suppl):1537S-43S
40. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis *Lancet.* 1990;336:1519-1523.
41. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM: A randomised multicentre study of human milk versus formula and later development in preterm infants *Arch Dis Child* 1994;70:F141-F146
42. Ludington-Hoe SM, Morgan K, Abouelfetoh. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age *Advances in Neonatal Care* 8:S3-S23, 2008 doi: 10.1097/01.ANC.0000324330.25734.b6
43. Marmet C (1985) Manual expression of breast milk -Marmet technique Reprint No 27 Franklin Park, II. Le Leche League International
44. Meberg A, Willgraffs, Sande HA. High potential for breastfeeding among mothers giving birth to pre-term infants. *Acta Paediatr Scand* 1982;71: 661-2.
45. Meier PP, Brown L. State of the science: breastfeeding for mothers and low birth weight infants. *Maternal/Fetal Nursing* 1996;11:351-65.
46. Meier PP. Breastfeeding in the special care nursery *Ped Clin North Am* 2001; 48(2), 422-442
47. Meier PP, Engstrom JL. Evidence-based practices to promote exclusive feeding of human milk in very low-birthweight infants, *NeoReviews* 2007; 8, 467-477 DOI:10.1542/neo.8-11-e467

48. Meier PP, Engstrom JL, Patel AL, Jegier BJ, Bruns NE: Improving the use of human milk during and after the NICU stay *Clin Perinatol* 2010;37(1):217-245 DOI:10.1016/j.clp.2010.01.013
49. Mohrbacher N, Stock J. 2003 (reprint2010) Prematurity in: *The Breastfeeding Answer Book* 3rd ed Le Leche League International, Schaumburg IL, USA, 279-326
50. Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD: Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants *Journal of Perinatology* 2009;29:757–764; DOI:10.1038/jp.2009.87
51. Nordic and Quebec Working Group : The BFHI Initiative in neonatal units, Proposal from a Nordic and Quebec Working Group, Three guiding principles and 10 steps: Supporting breastfeeding and family-centered care Draft for the 1st international conference and workshop on the expansion of the Baby Friendly Hospital Initiative in neonatal units 14th-16th September 2011 in Uppsala, Sweden <http://www-conference.slu.se/neobfhi2011/BFHINU%20March%202011.pdf> (2011.11.29.)
52. Nyqvist KH, Rubertsson C, Ewald U, Sjöden PO Development of the Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS): a study of nurse-mother agreement. *J Hum Lact.* 1996 ;12:207-19, DOI: 10.1177/089033449601200318
53. Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev.* 1999;55:247-64. DOI: 10.1016/S0378-3782(99)00025-0
54. Nyqvist KH, Färnstrand C, Eeg-Olofsson KE, Ewald U Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. *Acta Paediatr.* 2001;90(6):658-63
55. Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr.* 2008; 97:776-81.
56. Quigley MA, Henderson G, Anthony MY, McGuire W. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD002971. DOI: 10.1002/14651858.CD002971.pub2.
57. Riordan J, Hoover K. 2010 Perinatal and intrapartum care In: RiordanJ, Wambach K(szerk): *Breastfeeding and human lactation.* 4th ed Jones and Bartlett Publishers, 215-251
58. Rodriguez NA, Meier PP, Groer MW, Zeller JM. Oropharyngeal administration of colostrum to extremely low birth weight infants: Theoretical perspectives. *Journal of Perinatology.* 2009; 29(1): 1–7. [PubMed: 18769379]
59. Rodriguez NA, Meier PP, Groer MW, Zeller JM, Engstrom JL, Fogg L. A pilot study to determine the safety and feasibility of oropharyngeal administration of own mother's colostrum to extremely low-birth-weight infants. *Adv Neonatal Care.* 2010; 10:206-12(ISSN: 1536-0911)
60. Rønnestad A, Abrahamsen TG, Medbø S, Reigstad H, Lossius K, Kaaresen PI, Egeland T, Englund IE, Irgens LM, Markestad T. Late-onset septicemia in a Norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding. *Pediatrics* 2005;115 (3):e269-76.
61. Sauer P JJ Can extrauterine growth approximate intrauterine growth? Should it? *Am J Clin Nutr* 2007;85(suppl):608S-13S
62. Schanler RJ, Shulman RJ, Lau Ch. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics.*1999;103:1150-1157
63. Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EOB. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics.* 2005;116 :400–406
64. Schanler RJ Mother's own milk, donor human milk and preterm formula in the feeding of extremely premature infants *J Ped Gastroent Nutr* 2007;45:S175-S177
65. Schanler RJ. Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet the needs of premature infants: the role of human milk *Am J Clin Nutr* 2007;85(suppl):625S–8S.
66. De Silva A, Jones PW, Spenser SA. Does human milk reduce infection rates in preterm infants? A systematic review. *Arch DisChild Fetal Neonatal Ed* 2004;89:F509–13.
67. Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomized trials. *Lancet.* 2001;357:413-9

68. Singhal A, Fewtrell M, Cole TJ, Lucas A low nutrient intake and early growth for later insulin resistance in adolescents born preterm *Lancet* 2003;361:1089-97
69. Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Lucas A. Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: followup of a prospective randomised study. *Lancet*.2004;363:1571–8.
70. Sisk PM, Lovelady ChA, Gruber KJ, Dillard RG, O’Shea M Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh <1250 grams *Pediatrics* 2008;121:1528-1533, DOI: 10.1542/peds.2007-2110, <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/6/e1528.full.html> (2011.11.29.)
71. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ, O’Shea TM Early human milk feeding is associated with a lower risk of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *J Perinatol.* 2007; 27:428-433.
72. Sisk PM, Quandt S, Parson N, Tucker J. Breast milk expression and maintenance in mothers of Very Low Birth Weight Infants: Supports and Barriers. *J Hum Lact* 2010 26: 368-375 *J Hum Lact.* 2 DOI: 10.1177/0890334410371211 <http://jhl.sagepub.com/content/26/4/368> (2011.11.29.)
73. Slutzah M, Codipilly CN, Potak D, Clark RM, Schanler RJ Refrigerator storage of expressed human milk in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr.* 2010;156(1):26-28
74. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH, Patel AL, Trawöger R, Kiechl-Kohlendorfer U, Chan GM, Blanco CL, Abrams S, Cotten CM, Laroia N, Ehrenkranz RA, Dudell G, Cristofalo EA, Meier P, Lee ML, Rechtman DJ, Lucas A. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr.* 2010;156:562-7.
75. Tully DB, Jones F, Tully MR Donor milk: What’s in it and what’s not *Currents in Human Milk Banking J.HumLact* 2001;17:152-155
76. Vasu V, Modi N Assessing the impact of preterm nutrition. *Early Hum Dev.* 2007 ;83 (12):813-8. Epub 2007 Oct 24.
77. Védőnői Szakmai Kollégium: A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0-12 hónap) táplálásáról, I. módosított változat, Hivatalos Értesítő, 2010; 104:15277-15297
78. Verronen P. Breastfeeding of low birth weight infants. *Acta Paediatr Scand* 1985;74:495-9.
79. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, Poole WK Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006;118:e115–e123. [PubMed: 16818526]
80. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, , McKinley LT, Higgins RD, Langer JC, Poole WK Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics* 2007;120(4) :e953–e959. [PubMed: 17908750]
81. Wilson-Klay B, Hoover K. (2008) Alternative feeding methods. In: *The Breastfeeding Atlas*. 4th ed. Lact News Press, Manchaca ,107-116
82. Ziegler EE Meeting the nutritional needs of the low-birth-weight infant *Ann Nutr Metab* 2011;58(suppl 1):8–18 DOI: 10.1159/000323381

Internetes források

1. Arvedson JC. Swallowing and feeding in infants and young children GI Motility online (2006) doi:10.1038/gimo17 <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo17.html> (2011.11.29.)
2. Bonyata K Weaning from the pump <http://www.kellymom.com/bf/weaning/weaning-from-pump.html> (2011.11.29.)
3. Edmon K, Bahl R Optimal feeding of the low-birth-weight infants Technical Review 2006 http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9789241595094_eng.pdf (2011.11.29.)
4. Newman J. Handout. Finger and cup feeding, Revised Kernerman E, Newman J. 2008 www.mamadearest.ca/en/info/newman/finger-feeding.htm (2011.11.29.)
5. Newman J website: www.drjacknewman.com (2011.11.29.)
6. Morton J Stanford Egyetem: Hands on pumping: <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html> (2011.11.29.)
7. Morton J Stanford Egyetem: Hand expression <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/HandExpression.html> (2011.11.29.)
8. Newzealand Newborn Services Clinical Guideline: Breastfeeding the preterm infant. www.adhb.govt.nz/newborn/Guidelines/Nutrition/PretermBF.htm (2011.11.29.)
9. UNICEF UK Baby Friendly Initiative: Best practice standards for establishing and maintaining lactation and breastfeeding in neonatal units. http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/4/neonatal_standards.pdf?cpslanguage=en (2011.11.29.)
10. WHO:BFHI Section 3:Breastfeeding promotion and support in a Baby Friendly Hospital, a 20 hour course for maternity staff in:WHO/UNICEF:Baby Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care 2009 http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Revised_Section_3.2.pdf (2011.11.29.)

Mellékletek

1. sz melléklet: Kézi fejés. Hátsó tej szeparált gyűjtése.

I. Kézi fejés

A fejés előkészítése

Az anya mosson kezet, a mellet elegendő naponta egyszer megmosni. Szóba jön a fejés előtt a mell megtörölése meleg vízzel átitatott papírtörölközővel. Donor tej gyűjtése esetén fertőtlenítő szappannal történő lemosást szoktak javasolni (pl. Clarasept, amit 30 mp-ig hagyjunk a mellen, majd öblítsük le), a HMBNA a bimbótól kiindulva a periféria felé szappanos vízzel történő lemosást megfelelőnek talál.

Az anya helyezkedjen kényelembe. Készítse oda az anyatej gyűjtésére a tiszta, mosószeres forró vízben elmosott, mechanikusan megtisztított és száraz edényt. Amennyiben koraszülött számára tárolás céljából gyűjtik a lefejt tejet, steril edény javasolt, amit sok esetben az intézmény biztosít. A kolosztrum fejése történhet kiskanálba, ha azonnal oda tudjuk adni a csecsemőnek, kisméretű tárolóedénybe (kisméretű tárolóedény vagy fecskendő, pohár), nagyobb tejmennyiség esetén széles szájú pohár ajánlott. Ha megoldható, előnyösebb olyan edénybe fejni, ami tárolásra is alkalmas, és nem kell a tejet átönteni egy másik edénybe.

Készítsen oda az anya folyadékot, hogy a szomját olthassa (tejleadó reflexszel egyidejűleg szomjúságérzet).

A fejés előtt alkalmazott módszerek (Balke R.2006)

1. Relaxáció biztosítása
2. Megfelelő időpont kiválasztása, kellemes légkört teremteni (relaxációs zene), nyugalom, zavaró körülmények elkerülése, szóba jön rituálé alkalmazása pl. vizualizációs technikák becsukott szemmel, mély légzés.

A fejés módja és hatékonyság közötti összefüggést vizsgáló Cochrane review (Becker GE et al, 2008) azt találta, hogy a szülést követő második héten az anyák több tejet tudtak lefejni a relaxációs zene hallgatása mellett.

3. Masszázs – nyak, gerinc mentén
4. Meleg alkalmazása a fejés előtt
 - nedves meleg (pl. meleg vízzel átitatott pelenkát tehetünk a mellre, kihagyva a bimbót, bimbóudvart, letakarhatjuk egy frottír törölközővel, hagyjuk rajta 3-5 percig, ha túltelítődött a mell, 10-15 percig)
 - száraz meleg alkalmazása a mellen
 - meleg zuhany
5. Az anyát arra biztatjuk, hogy a kisbabára koncentráljon. Ha a csecsemő nincs vele, fényképet nézze, a kisbaba illatával átitatott ruhaneműt szagoljon, a korábban a csecsemő mellé tett textiljáték legyen mellette stb. A tejleadó reflex ugyanis kondicionálható; feltételes reflexként működhet.
6. mell-masszázs – a tejleadó reflex segítése és a tejáramlás stimulálása

Fontos az anya intim szférájának tiszteletben tartása. A masszázs technikát megmutathatjuk saját mellen, demonstrációs mellen, vagy engedély kérése után bemutathatjuk a masszázst az anya mellén.

A mell-masszázs könnyen megtanulható. A masszázsnak kellemesnek kell lennie, ne okozzon fájdalmat. Hatására fellazul a mirigyállomány, kiváltódik a tejleadó reflex, a tej zsírtartalma nő, emelkedik az oxitocin- és prolaktin-szint. Vigyázzunk arra, hogy csak nem fájdalmas területeket masszírozzunk. Figyeljünk arra, hogy a mell külső részét is masszírozzuk. Alkalmazni lehet a fejés folyamán is.

A tejet termelő mirigyállomány és tejvezetékek masszírozása többféle módszerrel történhet: két ujjal, ököllel, teljes tenyérrel.

- A mutató és középső ujjal a mell külső felső szélén kezdve, körkörösén, pontszerű enyhe nyomást fejtve ki (hasonló a mell önvizsgálatnál használt technikához). Folytassuk a masszázst pontról pontra spirálisan haladva a bimbóudvar felé, míg a bimbóudvarhoz nem érünk el (azt ne masszírozzuk). Ezzel a mozgással körben masszírozzuk meg a mellet.
- Szorítsuk ökölbe a kezét, a hüvelykujj felőli végét helyezzük a mell felső részére és gördítsük az öklöt lefelé a bimbóudvar felé, áthelyezve a nyomást (soha ne ellenkező irányba). A mell alsó részét úgy masszírozzuk ezzel a technikával, hogy helyezzük az ököl kisujj felőli végét a mellkasra és felfelé, a bimbó felé gördítsük az öklöt.
- A lapos tenyeret helyezzük a mellre, az egyiket a mell felső, a másikat a mell alsó részére és helyezzük át a nyomást. Kerüljük az erős nyomást, mert sérülést okozhat.

7. Simogatás – simítsuk végig a mell területét a mell felső részétől a bimbóig az ujjbegyekkel, lepkeszárnyakhoz hasonlóan, folytassuk a simogató mozdulatot a mellkas szélétől a bimbóig az egész mellet végigsimítva.

8. Rázás – azután a két mellet egy-egy kézben tartva (a kezek oldalt helyezkednek el) a mell gyengéd megrázása, előrehajolva, hogy a gravitáció segítse a tejleadó reflexet.

Kézi fejés Marmet módszerrel (Marmet C. 1985)

Az anya legyen ülő helyzetben, mert így a gravitáció is segít a fejésben. Támassza meg a mellét, a lelógó mellet kicsit emelje meg.

1. Pozicionálás

Az ujjak a mellbimbótól kb. 2,5-4,0 cm távolságra legyenek (ne a bimbóudvart vegyük alapul, mert az különböző nagyságú lehet), C alakban fogja át a mellet, a hüvelykujj legyen felül, a mutatóujj szemben a hüvelykujjal, a kisujj a mellkashoz támaszkodjon, a többi ujjak egyenletesen oszoljanak el a mellen, azt megtámasztva.

2. Nyomás a mellkas felé

Az ujjakat nyomja a mellkas irányába (1-1,5 cm), vigyázva, hogy ne feszítse szét az ujjakat, és ne feszüljön meg a bimbóudvar bőre. A nagy mellet először emelje meg, azután nyomja az ujjakat a mellkas irányába.

3. Gördítés

Gördítse az ujjakat egymás felé, mintha ujjlenyomatot venne az összes ujjbegyről. Fejezze be a gördítést. Vigyázni kell arra, hogy ne csak az ujjbegyek, hanem az ujjak teljes hossza végezze a fejést.

4. Ismétlje ritmikusan a folyamatot – pozíció, benyomás, gördítés

5. Forgassa körbe az ujjakat, és használja mindkét kezét egy-egy mellen.

Kerülje a mell összeszorítását, a mellbimbó kifelé húzását és a mell erős végigsimítását, mert ezek a mozdulatok sérülést okozhatnak.

Az egész folyamat maximum 20-30 percet vesz igénybe:

- masszírozás, simogatás rázás
- mindkét mell fejése 5-7 perc
- masszírozás, simogatás, rázás
- mindkét mell fejése 3-5 perc
- masszírozás, simogatás, rázás
- mindkét mell fejése 2-3 perc

II. Hátsó tej szeparált gyűjtése (Lang S. 2002)

Ha a lefejt tej mennyisége jelentősen meghaladja a csecsemő szükségletét, a csecsemő kevesebbet kap meg a zsírdúsabb, magas kalóriatartalmú hátsó tejből. Ha a szeparáltan gyűjtött hátsó tejet adjuk oda a csecsemőnek, növelni tudjuk az anyatej energiatartalmát. Az anyának elmondjuk, hogy az anyatej zsírtartalma változik a nap folyamán (estére a legmagasabb), és azonos szopáson/fejésen belül a tej zsírtartalma folyamatosan növekszik.

A követendő lépések: meghatározzuk, mennyi a csecsemő napi anyatejszükséglete, feljegyezzük, hogy az anya mennyi tejet fejt le mindkét mellből egy-egy alkalommal egy 24 órás periódus alatt. Ha a 24 óra alatt lefejt tej mennyiség legalább 30%-kal meghaladja a csecsemő szükségletét, a hátsó tej szeparált gyűjtése megvalósítható.

Az első tej az elfogadott definíció szerint az a tej mennyiség, amit fejőgéppel a tejáramlás megindulását követő 2-3 percen belül fejtünk le. Ez az a mennyiség, amit mindenképpen külön kell gyűjteni és ha a tej mennyiség nem sokkal több, mint a csecsemő szükséglete, a fennmaradó részt gyűjtjük a második edénybe és adjuk majd oda a csecsemőnek. Ha a tej mennyiség sokkal több, mint a csecsemő igénye, érdemes az alábbi módszerrel gyűjteni, mivel a tej zsírtartalma a mell kiürülés előrehaladtával folyamatosan növekszik.

Az anya feljegyzi az egyes fejések mennyiségét, amit egy-egy alkalommal mindkét mellből fejt le és a következő napon, amikor elkezdi a szeparált gyűjtést, az egyes fejési időpontokban az előző napon mindkét mellből lefejt mennyiség felét fejt a jobb és bal mellből az első üvegbe, a maradékot ugyancsak mindkét mellből a második üvegbe. A második üvegekbe lefejt tejet adjuk a csecsemőnek, az első üvegek lefagyaszthatók és felhasználhatók, amikor a csecsemő idősebb.

Példa: 1,6 kg súlyú csecsemő, akinek szükséglete napi 240 ml anyatej, az anya által lefejt tej mennyiség napi 535 ml

Az előző napon	1. fejés	120 ml	másnap	1. üveg	60 ml (30+30 ml*)
	2. fejés	105 ml		1. üveg	60 ml (30+30 ml)
	3. fejés	90 ml		1. üveg	50 ml (25+25 ml)
	4. fejés	90 ml		1. üveg	50 ml (25+25 ml)
	5. fejés	70 ml		1. üveg	40 ml (20+20 ml)
	6. fejés	60 ml		1. üveg	30 ml (15+15 ml)

*zárójelben a jobb és bal mellből lefejt tej mennyisége

Fontos figyelni a következőkre:

- Minden alkalommal mindkét mellből kell tejet fejni az első és második üvegbe is.
- Minden fejéssel az első és második üvegbe fejt tej mennyisége változik, de az arányok állandóak maradnak. Hasznos, ha megnézzük, hogy az előző napon ugyanazon napszakban mennyi tejet fejt le az anya. Ez segít abban, hogy körülbelül mennyit fejjünk az első üvegbe. A megmaradó tej fejhető a második üvegbe.
- Segít, ha az anyának odaadjuk írásban, hogy megközelítőleg milyen mennyiségeket fejjen.
- Az üvegeket egyértelműen kell címkézni. Hasznos az eltérő színű címke használata az első és második üveg számára.
- Az anya tejtermelését naponta kell ellenőrizni, Ha csökkenni kezd és a csökkenés olyan pontig jut el, amikor nincs fölösleg, hagyjuk abba a szeparált üvegbe fejést és a teljes tej mennyiséget fejjük egy üvegbe, mindaddig, amíg nem képződik újra felesleg.
- Jelöljük a csecsemő kórlapján, mikor kezdtük el a zsírdús hátsó tej adását.
- Igen kis súlyú koraszülöttek esetében a hátsó tej nem helyettesíti az anyatejdúsítót, ezek kombinált alkalmazása azonban jelentősen megnöveli a bevitt energiatartalmat, és a koraszülött hozzájut a szükséges egyéb tápanyag és ásványi anyag kiegészítéshez is (*Meyer P, Hurst M 2010*).

Tekintettel arra, hogy az anyatej zsírtartalma rendkívüli variációkat mutat, hasznos a krematokrit vizsgálata, ami klinikai becslést tesz lehetővé a tej zsírtartalmát illetően. A tárolóedényben levő tejben a zsíreloszlást enyhe rázással egyenletessé tesszük, ezután kapillárisba szívunk fel mintát a tejből, lecentrifugáljuk és leolvassuk a zsírtartalmat. A százalékban kifejezett lipid tartalom a krematokrit, amihez táblázatban hozzárendelt kalóriaérték tartozik (*Lawrence RA, Lawrence RM 2011*).

2. sz. Melléklet: Alternatív táplálási módszerek

A ≤ 32 -34.hétnél korábban, <1800 g születési súllyal született koraszülötteknél az enterális táplálás módja kezdetben általában a szondatáplálás. A szondát vagy az ornyíláson vagy a szájon át vezetik be a gyomorba (nazogastrikus, ill. orogasztrikus szonda). Az érés előrehaladtával a szájon át történő táplálás fokozatos bevezetése megkezdődik. Azok az anyák, akik szoptatni kívánják gyermeküket, nem mindig vannak jelen, illetve ha a csecsemő szopik is a mellből, az elfogyasztott mennyiséget legtöbbször, legalábbis eleinte ki kell egészíteni. A szoptatást helyettesítő, illetve a szoptatást kiegészítő táplálás adásának legelterjedtebb módja az újszülött-osztályokon a cumisüvegből történő etetés. (*Riordan J, Hoover K 2010*) Az érett újszülötteknél bizonyított tény, hogy a szoptatás bevezetésének időszakában a szoptatás sikerét a cumihasználat negatívan befolyásolja. Koraszülöttek esetében ez a hatás nem egyértelműen bizonyított ill. a jótékony hatás / kockázat arány mérlegelése kapcsán aggályok merülnek fel, amelyek egyre inkább úgy látszik, hogy nem megalapozottak. A szoptatásbarát = cumisüveget elkerülő alternatív táplálási módszerekkel kapcsolatban nem állnak rendelkezésünkre egyértelmű, bizonyítékokon alapuló elvek. Ezért az, hogy melyiket alkalmazzuk, részben az anya preferenciájától, részben a csecsemő egyéni sajátosságaitól függ. (*Wilson- Clay B&Hoover K 2008*). Koraszülötteknél az alternatív táplálási módszerek közül egyedül a pohárból történő etetéssel kapcsolatban történtek érdemi vizsgálatok.

Az alternatív táplálási módszerek közül azokat ismertetjük, melyek a nem szopó vagy nem eleget szopó csecsemők táplálására alkalmasak a cumisüveg elkerülésével.

I. Etetés pohárból

A 2008-ban készült Cochrane review (*Collins et al 2008*), ami 4 tanulmányt tartott elemzésre alkalmasnak a pohárból és cumisüvegből történő táplálás összehasonlítására, arra kereste a választ, hogy koraszülötteknél a szájon át történő táplálás bevezetésének időszakában a pohárból történő etetés a cumisüveges etetéssel összehasonlítva növeli-e a szoptatás sikerét, továbbá, hogy vannak-e hátrányai. Arra a következtetésre jutottak, hogy a hazaadáskor szoptatott csecsemők arányát a pohárból etetés növelte, azonban a kórházi tartózkodás idejét 10 nappal meghosszabbította. Számos vizsgáló megerősítette, hogy megfelelő technikával történő etetés pohárból biztonságos, a cumisüveges táplálással összehasonlítva nincs különbség a fiziológias stabilitásban és félrenyelés gyakoriságban. Ha viszont a pohárból táplálás és a szoptatás során mért átlagos oxigén szaturációt és az oxigén deszaturációval járó epizódok gyakoriságát hasonlították össze, az előbbi alacsonyabb, az utóbbi gyakoribb volt a pohárból etetés során (*Freer, 1999, Dowling et al 2002*). Dowling et al (2002) tanulmánya arra hívja fel a figyelmet, hogy számottevő tejmennyiség folyik el a pohárból táplálás során. Az elvesztett tejmennyiség kiszámítható, ha a csecsemő álla alá nedvszívó textíliát teszünk, és azt az etetés előtt és után lemérjük.

A koraszülött pohárból etetésének céljai: az újszülött érzékelje az anyatej illatát és ízét, tapasztalja meg az orális táplálást, biztosítson szocializációs tapasztalatot a csecsemő és az anya/nővér számára és oly módon tegye lehetővé az orális táplálást, hogy az ne zavarja meg a szoptatást. Az orális motoros technika a pohárból etetés során: a "lefetyelés", ami a nyelv előrehelyezésével és nyelvmozgással történik, és a "szürcsölés", amikor az újszülött szívással nyeri a tejet. Ezek a mechanizmusok lényegesen különböznek a szopástól, mert a száj nem nagyra nyitott, azonban kevésbé összezárt, mint a cumisüvegből etetés során. *Gomes CF et al (2006)* szoptatás, cumisüvegből és pohárból etetés kapcsán az arcizmok felszíni elektromiográfiás vizsgálatával azt találták, hogy a szopásban jelentékeny szerepet játszó masszéter és temporális izom kontrakciójának mértéke pohárból etetés kapcsán nagyobb, mint a cumisüveges táplálás esetén.

Egy egyiptomi tanulmányban érettség határán álló koraszülötteknél a szoptatás mellett kizárólag pohárból és kizárólag cumisüvegből pótolta csoportot összehasonlítva azt találták, hogy a pohárból pótolta csoportban többen szoptak kizárólag egy héttel a hazabocsátás után és a hazabocsátást követő 6 hétben a PIBBS skálán mért szopási viselkedésük (*Nyqvist et al 1996*) is érettebb volt, a cumisüvegből pótolta csoporttal összehasonlítva. (*Abouelfettoh AM et al 2008*)

A pohárból táplálás technikája (WHO/UNICEF 20 órás tanfolyama)

videoklip: <http://www.breastfeedinginc.ca/content.php?pagename=vid-cupfeed>)

- A csecsemőt ültessük függőleges helyzetben az ölünkbe, miközben a fejet megtámasztjuk úgy, hogy egyik kezünket a váll és nyak mögé helyezzük. Válasszuk meg a megfelelő módszert arra, hogy a csecsemő karjai, keze ne tudja kilökní a poharat. Tegyük egy puha ruhát az áll alá, hogy felfogja a kiömlött tejet.
- Kerekített szélű kis orvosságos edénykét vagy poharat használjunk, mikor elkezdjük a pohárból etetést. A későbbiekben, ha nagyobb mennyiségű tejet kívánunk gyűjteni, használjunk széles szájú poharat.
- Helyezzük a pohár alsó szélét gyengéden a csecsemő alsó ajkára, úgy, hogy a pohár szélei a szájzugig érjenek. Ne gyakoroljunk nyomást az alsó ajakra!
- A folyadékot hozzuk olyan szintre, hogy a csecsemő „lefetyelni” vagy “szürcsölni” tudja. Ne öntsük a folyadékot a csecsemő szájába!
- Fontos, hogy a folyadékszintet folyamatosan fenntartsuk, akkor is, amikor a csecsemő pihen.
- Fontos, hogy miután az anya megtanulta a módszert, egy következő alkalommal még egyszer ellenőrizzük, hogy jól csinálja-e.

II. Ujjetetés

Nem történtek összehasonlító vizsgálatok más alternatív táplálási módszerrel a szoptatás kimenetelére gyakorolt hatás tekintetében. Ez idáig nem közöltek szisztémás értékelést sem az ujjetetés mechanizmusáról, sem biztonságosságáról (*Wilson-Clay B, Hoover K; 2008*).

Általában nem tekintik hosszú távú táplálási formának. Vannak, akik úgy használják az ujjetetést, hogy a csecsemő csak akkor jusson tejhez, ha megfelelően szív, és legfeljebb a tárolóedényt javasolják magasabbra emelni, mások fecskendőhöz csatlakoztatják az ujjetetéshez használt szondát és kis bóluszokat adnak, amikor a csecsemő szopó mozgásokat végez.

A szakirodalomban említett előnyei (*Wilson-Clay B, Hoover K; 2008*): a nyelvre helyezett ujj proprioceptív stimulust jelent a csecsemő számára, az ujjetető személy értékelni tudja a nyelv mozgását, előnyös azon csecsemők számára, akik nem nyitják nagyra a szájukat a mellre tapadáshoz, vagy gyenge az ajak tónusa, és nem tudnak szorosan rátapadni a mellre, továbbá hozzá tudja szoktatni a csecsemőt a szopás kapcsán tapasztaltakhoz oly módon, hogy az etető személy nem azonnal adja a tejet, amint a csecsemő szopni kezdi az ujjat.

Newman J (2008) szerint az ujjetetés azokban az esetekben jöhet szóba, amikor a csecsemő bármely okból visszautasítja a mellet vagy ha túlságosan aluszékony ahhoz, hogy jól tudjon szopni. Véleménye szerint az ujjetetés bizonyos elemei a szopáshoz hasonlatosak, ezért elsősorban olyan esetekben tartja célravezetőnek, amikor a csecsemőnél nem sikerül a mellre tapadás, ilyenkor egy-két perces ujjetetés után javasolja, hogy a csecsemőt kíséreljük meg újra mellre tenni. Az éhségtől ingerlékeny csecsemőt az egy-két perces ujjetetés megnyugtathatja és miután elkezdi szopni az ujjat, a mellre tapadás sikeres lehet. A folyamat ismételhető, ha nem sikeres a mellre tapadás. Olykor néhány alkalommal, máskor egy hétig vagy tovább is szükség lehet a mellre tapadást megelőző ujjetetésre. Nem javasolja a bóluszok adását.

Ha a csecsemő elfogadja a mellet, a pótlás alkalmasabb eszközeinek tartja a Szoptanítót ill. etetőszonda rögzítését a mellhez, melynek másik vége tejet tartalmazó edénybe merül. Hangsúlyozza, hogy a szopást a csecsemő csak akkor tudja gyakorolni, ha a mellen van.

Az ujjetetéshez szükséges eszközök: 5French méretű etetőszonda, cumisüveg lefejt tejjel illetve tápszerrel, a cumi nagyméretű luk. Az etetőszondát vezessük be a cumi nyílásán át a tejbe.

Az ujjetetés technikája (Newman J 2008, Wilson- Clay B&Hoover K 2008)

- Kézmosás. Azon az ujjon, amit használni kívánunk az ujjetetésre, vágjuk a körmöt rövidre. Ha az ujjetetést nem az anya vagy apa végzi, tanácsos gumikesztyű vagy gumiujj használata.
- A csecsemő szájüregének nagyságától függően válasszuk a mutató, középső vagy hüvelykujjat. Vastagabb ujj használata előnyös, hiszen a mell kitölti a szájüreget.
- Ha az ujjetető kis bóluszokat kíván adni az ujjetetés kapcsán, a szondát a tejjel megtöltött (10-30ml-es) fecskendőhöz csatlakoztassuk.
- A szonda a mutató, hüvelyk vagy középső ujj párnás részén fusson és ne érjen túl az ujjon. A szonda ragasztószalaggal rögzíthető az ujjhoz.
- Minden olyan pozíció megengedett, amikor mindkettő kényelmesen helyezkednek el, és lehetőség van arra, hogy az ujj egyenesen helyezkedjen el a csecsemő szájában. Az ujjetetés történhet úgy, hogy a csecsemőt ölbe vesszük, félig ülő helyzetben, velünk szemben, fejét egyik kezünkkel megtámasztjuk a váll és nyak mögött, és megengedjük a fej enyhe hátrahajlását.
- A „szondás” ujjal gyengéden ingereljük a csecsemő ajkait, amíg annyira ki nem nyitja a száját, hogy bevezethessük az ujjunkat. Alvó csecsemőnél, akinél szükség van az etetésre, gyengéden bevezethető az ujj a szájba, ezután elkezdi a szopó mozgásokat, ami felébreszti. Húzzuk egy kicsit előre az alsó ajkat, ha szükséges.

- Az ujj bevezetésénél arra kell ügyelni, hogy az ujjat egyenesen tartsuk, az ujjpárna felfelé nézzen, és az ujjat a kemény- és lágyszájpad határáig (illetve 5 mm-rel ez előttig, ld. *Geddes et al*) vezessük be. Ennél mélyebbre vezetett ujj öklendezést válthat ki, és ha ez ismételten előfordul, orális averzió alakulhat ki. Kísérreljük meg mindvégig egyenesen tartani az ujjunkat, hogy az laposan tartsa a nyelvet. Ne alkalmazzunk nyomást a szájpadra. Ha a csecsemő az alsó ajkát beszívta, nyomjuk le az állát.
- Ha koraszülöttnél alkalmazzuk az ujjtetést, figyeljük a bőrszint és a pulzust, légzést.

III. Szoptatás kiegészítés Szoptanittal és hasonló elv alapján működő eszközzel

Előnyük, hogy a szoptatás kiegészítése szoptatás közben történik, ami egyidejűleg stimulálja a mellet.

A tejáramlást fokozza, ha vastagabb szondát alkalmazunk, ha megemeljük, vagy összenyomjuk a tárolóedényt, az áramlást csökkentik, ha vékonyabb szondát használunk, és ha lesüllyesztjük a tárolóedényt a mell szintje alá.

A) Szoptanít (*Supplemental Nursing System-SNS*)

Olyan konstrukció, amiből a tej áramlását nem a gravitáció, hanem a szopás idézi elő. A tejet tároló palack az anya mellei között, a nyakában lóg és természetesen felmelegszik. A szetthez három méretű szondapár tartozik, a különböző átmérők gyorsabb vagy lassúbb tejáramlást biztosítanak. A palackból két szonda vezet, hogy az egyikről a másik mellre megszakítás nélkül át tudjuk tenni a csecsemőt. A szondákat a szoptatás megkezdése előtt mindkét mellhez rögzítjük hipoallergén transzparens tapasszal úgy, hogy a szonda vége 4-5 mm-rel a bimbó mögött legyen.

B) Etetőszonda vagy leszívó szonda

melyet két vékony tapasszal úgy rögzítünk a mellhez, hogy ne érjen túl a mellbimbón. Bevezethető a már mellre tapadt csecsemő szájzuga mellett, közép felé irányítva. Ezután rögzítjük, hogy ne csússzon a garatba, ami aspirációt okozhat. A szonda másik végét a tejjel teli pohárba (*WHO 20 hour course*) vagy nagy lyukú cumin keresztül tejjel megtöltött cumisüvegbe (*J.Newman*) vezetjük. A cumisüveget az anya nyakába akaszthatjuk. Lényegesen olcsóbb megoldás, mint a Szoptanít.

3. sz. melléklet PIBBS (*Premature Infant Breastfeeding Behavioural Scale*)

(Nygqvist et al 1996)

A vizsgált mutató	Szopási viselkedés	Pontszám
Keresés	Nem keres	0
	Némi keresési magatartás, egy vagy több az alábbi jelekből: kinyitja a száját, kinyújtja a nyelvét, fejét vagy a törzsét elfordítja, kezét a szájába veszi, kezét vagy mást szop	1
	Nyilvánvalóan keres – szimultán szájnyitás és a fej elfordítása	2
Bimbódvarra tapadás (a mellből mennyi van a gyermek szájában?)	Semmi, a száj csak érinti a bimbót	0
	A bimbó egy része	1
	A teljes bimbó, de a bimbódvar nem	2
	A bimbó és a bimbódvar egy része	3
Mellre tapadás és így marad a mellén (folyamatosságában vizsgáljuk, a leghosszabb időszakot jegyezzük fel)	Egyáltalán nem tapad úgy a mellre, hogy az anya érezné	0
	5 percig vagy annál rövidebb ideig tapad a mellre	1
	6-10 percig tapad a mellre	2
	11-15 percig vagy annál tovább tapad a mellre	3
Szopás	Nincs szopás vagy nyalogatás	0
	Nyalogatás, ízlelgetés, de nincs szopás	1
	Egyes szopások, esetenként rövid tartamú, egymásutánban megjelenő szopások csoportja (2-9 szopás)	2
	Ismételt rövid tartamú és esetenként hosszabb tartamú (>10 szopás), egymásutánban megjelenő szopások*	3
	Ismételt (2 vagy több) hosszabb tartamú, egymásutánban megjelenő szopások	4
Leghosszabb egymásutánban csoportosan megjelenő szopások (egymásutáni szopások folyamatos skálán)	1-5	1
	6-10	2
	11-15	3
	16-20	4
	21-25	5
	26-30 vagy több	6
Nyelés	Nyelést nem lehet észrevenni	1
	Esetenkénti nyelés megfigyelhető	2
	Ismételt nyelés megfigyelhető	3

*sucking burst fordítása: egymásutánban megjelenő szopások, (a szopások folyamatos egymásutánban jelennek meg, a szopások számával jellemzik)

A koraszülött szopási viselkedésének 6 mutatója mellett további öt faktor értékelése a szoptatással kapcsolatban:

1. A csecsemő általános viselkedése

1. csukott szemek, nincs aktív mozgás
2. csukott szemek, aktív mozgás van
3. nyitott szemek, karok, lábak, test aktív mozgása
4. szendergés: félig nyitott szemek, rövid időre kinyitja majd becsukja a szemét, minimális aktív mozgás
5. nyitott szemek, ködös tekintet (mintha átnézne valamin), nincs vizuális kontaktusa, minimális aktív mozgás
6. nyitott szemek, feszült vagy ijedt tekintet, minimális aktív mozgás
7. nyitott szemek, fókuszálni látszik, nyugodtnak vagy elégedettnek látszik, minimális aktív mozgás
8. sír vagy nyűgös (hangot hallat)

2. Tejleadó reflex: az anya észlelte vagy nem észlelte

3. Mennyi ideig tartott a szoptatási periódus (meddig van a csecsemő valamiféle orális kontaktusban a mellel)

4. A szoptatással/mellel kapcsolatos probléma

1. nincs probléma
2. a mell telt
3. a mellbimbók laposak vagy befelé fordultak
4. berepedés vagy fájdalom
5. az anya bimbóvédőt használ
6. az anya oxitocin nazális sprayt használ

5. A környezet hatása

1. a környezetben az aktivitás vagy a személyek: nagyon zavaróak
2. a környezetben az aktivitás vagy a személyek: meglehetősen zavaróak
3. a környezet eléggé nyugodt

Tesztkérdések

1. A csecsemőjétől elválasztott anya, aki fejéssel üríti ki a mellét, az alábbi módokon segítheti a tejleadó reflex kiváltását, KIVÉVE:
 - a) mell-masszázs
 - b) a csecsemő fényképének látványa
 - c) telefonál, hogy ne aggódjon a tejleadó reflex miatt
 - d) relaxációs technikák
 - e) partnerét megkéri, hogy masszírozza meg a hátát
2. A koraszülő édesanya anyatejjel kívánja ellátni az intenzív újszülött-osztályra áthelyezett gyermekét. Az alábbi tanácsok közül mindegyik helyes arra vonatkozóan, hogyan segítheti a tejtermelés beindulását és megfelelő tejjel elérését a 10. napra, KIVÉVE:
 - a) lehetőleg a szülést követő 6 órán belül kezdje el a fejést
 - b) eleinte kizárólag géppel fejjen, mert ez a kolosztrum kiürítésére a legalkalmasabb
 - c) eleinte naponta legalább 6x, de inkább 8-10x fejjen
 - d) az éjszakai szünet a fejésben ne haladja meg a 6 órát
 - e) optimális, ha naponta több, mint 100 percet tölt fejéssel
3. A koraszülött szoptatása a cumisüvegből történő táplálással összehasonlítva az alábbiak miatt előnyös, KIVÉVE:
 - a) kevesebb az apnoe
 - b) kevesebb az oxigén deszaturáció
 - c) több FIL halmozódik fel a mellben
 - d) nagyobb a valószínűsége, hogy a csecsemő hosszabb ideig kap majd anyatejet
 - e) a tejtermelést stimulálja
4. A koraszülő anya tejének sajátosságai az első hetekben, KIVÉVE:
 - a) magasabb fehérje tartalom
 - b) magasabb nátrium tartalom
 - c) a védekezőképességet segítő anyagok koncentrációja magasabb
 - d) a védekezőképességet segítő anyagok koncentrációja az éretlenséggel arányosan kevesebb
 - e) a sejtes elemek száma magasabb

5. Az anyatej gasztrointesztinális érést elősegítő hatásai, KIVÉVE:
- a) csökkenti a bélfal permeabilitását
 - b) jobb a gyomorürülés
 - c) laktáz enzimet indukálja
 - d) zsíremésztést fokozó hatás, amit a pasztörizálás nem befolyásol
 - e) táplálék intolerancia ritkább
 - f) hamarabb érhető el a teljes enterális táplálás
6. A Holder pasztörizáció és fagyasztás után a tejben
- a) az sIgA tartalom az eredeti szint 67-100%-a
 - b) a sejtes elemek száma csökken, de a megmaradó sejtek aktivitása változatlan
 - c) laktoferrin az eredeti szint 27-43 %-a
 - d) IgM nem mutatható ki
 - e) valamennyi állítás igaz
 - f) valamennyi állítás igaz, kivéve „b”
7. A nekrotizáló enterokolitisszal kapcsolatban igaz:
- a) gyakorisága csökkenő gesztációs korról nő
 - b) 1500 g feletti születési súlyú koraszülötteknél soha nem fordul elő
 - c) anyatejes táplálás esetén sokkal ritkábban fordul elő, a tápszeres táplálással összehasonlítva
 - d) anyatejdúsító hozzáadása az anyatejhez nem növeli a NEC előfordulásának gyakoriságát a nem szupplementált anyatejjel összehasonlítva
 - e) az anyatejjel tápláltaknál ritkább a súlyos NEC előfordulása
 - f) a, c, d és e
 - g) valamennyi állítás igaz
8. Jelölje meg azt az anyatej összetevőt, mely a vas megkötésével gátolja a baktériumok növekedését
- a) lizozim
 - b) taurin
 - c) laktoferrin
 - d) makrofágok
 - e) oligoszacharidok
 - f) szekretoros IgA

9. A <1500 g születési súlyú koraszülöttek számára készült anyatejdúsítóknak az osteopénia kivédésére szolgáló legfontosabb alkotóelemek:

- a) kalcium
- b) foszfor
- c) magnézium
- d) nátrium
- e) D vitamin
- f) a+b

10. Az alábbiak közül minnek van a legnagyobb hatása az intenzív osztályon kezelt koraszülött anyja által termelt tejvolumenre

- a) az anya kalóriabevitele
- b) az anya folyadékbevitele
- c) az anya testhosszához viszonyított testsúlya
- d) a fejések gyakorisága és hatékonysága
- e) a+c

11. A koraszülött mellre helyezésénél az alábbi szempontok igazak, KIVÉVE:

- a) a koraszülött tónusa csökkent
- b) a koraszülött feje relatíve nagyobb a testéhez képest
- c) a mellre tapadás problematikus, nem tudja tartósan és megfelelően körülfogni az ajkával a mellet
- d) a fentiek miatt a legmegfelelőbb szoptatási pozíció a bölcsőtartás
- e) mivel a tej egy része sok esetben kicsöpög a száján, tegyünk nedvszívó textíliát az álla alá, hogy szopás mérésnél ki tudjuk számítani a tényleges szopott tejmennyiséget

12. A <1500 g születési súlyú koraszülöttek anyatejes táplálásának mutatói közül melyek azok, amelyeknek leginkább hatása van a neonatális morbiditási mutatókra:

- a) hány % kezdte el az anyatejes táplálást
- b) hány % kap egyáltalán anyatejet a NIC-ből történő hazaadáskor
- c) hány %-nál volt az NIC tartózkodás alatt az enterális táplálás legalább 50%-a anyatej
- d) hány % szoptat kizárólag, részlegesen vagy csak jelképes (token) szoptatással hazaadáskor
- e) a NIC-ben történő ápolás ideje alatt az elfogyasztott napi anyatej mennyiség az 50 ml/kg-ot meghaladja
- f) valamennyi állítás igaz
- g) c+e igaz

13. Az enteromammáris úton szerzett passzív immunitást a leghatékonyabban úgy segíthetjük a NIC-ben ápolts koraszülöttnél, hogy:
- a) bátorítjuk a rendszeres, de legalább napi egy órási bőr-kontaktust, amint a csecsemő állapota megengedi
 - b) ha a gyermek állapota stabil, bátorítjuk, hogy az előzőleg kifejt mellett szopja a csecsemő
 - c) a saját anyai tejet kapja
 - d) amint a gyermek állapota lehetővé teszi és az anyai rendelkezésre áll, bátorítjuk a szoptatást
 - e) valamennyi állítás igaz
 - f) a+c igaz
14. A kenguru gondozás abszolút ellenjavallat az alábbi esetekben, KIVÉVE
- a) omfalokéle
 - b) dopamin, dobutamin terápia
 - c) magas frekvenciájú gépi lélegeztetés
 - d) stabil állapotú koraszülöttnél intubált vagy CPAP lélegeztetés
 - e) artériába vezetett kanül vagy katéter
15. A szopások mérését a koraszülötteknél a NIC kezelés során és a hazaadás után az alábbiak indokolják, KIVÉVE
- a) az éhségjeleik egyértelműek, de a hatékony tejtranszfer jelei nem ítékelhetők meg az érett újszülötteknél alkalmazott módon
 - b) hajlamosak a valós igényüknél kevesebbet enni fáradékonyság és nem hatékony szopás miatt
 - c) az anyákat inkább megnyugtatja, ha tudják, mennyit evett a csecsemőjük
 - d) az alultápláltság és éhezés következményei súlyosabbak, mint az érett újszülöttnél
 - e) gyakran van szükség hozzátáplálásra
16. Extrém fokban éretlen koraszülött esetében a tejtermelést nehezítő speciális tényezők, KIVÉVE:
- a) a laktogenezis II. még nem készítette elő megfelelően a mellet a hormonhatásokra
 - b) az emlő várandósság alatti átalakulása és növekedése nem teljes
 - c) általában nagyobb az anyai szorongása a prognózis miatt
 - d) reménytelenül hosszúnak ítékel meg azt az időt, amíg fejnie kell szoptatás esélye nélkül
 - e) gyakran szed olyan gyógyszereket, amelyek az anyatej felhasználását ellenjavallják

17. A kolosztrum gyűjtésével és kezelésével kapcsolatban az alábbi állítások igazak, KIVÉVE:
- a) a címkén legyen egyértelmű jelölés, hogy a tárolóedényben kolosztrum van
 - b) a kolosztrumot tartalmazó üveget a gyűjtés időrendi sorrendjében jól láthatóan meg kell számozni
 - c) a kolosztrumot a gyűjtés sorrendjében kell felhasználni
 - d) a kolosztrumot lehetőleg üveg, és ne polipropilén tárolóedényben tároljuk
 - e) a kolosztrumhoz ne tegyünk anyatejdúsítót
18. Az anyatejes táplálás specifikus hatással van az alábbi újszülött-kori kórállapotok gyakoriságára, KIVÉVE:
- a) csökken a NEC
 - b) csökken a nozokomiális fertőzés
 - c) csökken a késői szepszis
 - d) csökken az ROP
 - e) növekedési mutatók elmaradása az intrauterin növekedési rátától ritkább, mint tápszeres táplálás esetén
- 19.
- 1. Az első élethetekben saját anya tejével táplálásnak a tápszeres táplálással összehasonlítva 18 és 30 hónapos korban bizonyított fejlődésneurológiai előnye van.
 - 2. Donor tej használata az első élethetekben nem jár fejlődésneurológiai szempontból pozitív hatással.
- a) mindkét állítás igaz
 - b) mindkét állítás hamis
 - c) 1. állítás igaz, a 2. állítás hamis
 - d) 2. állítás igaz, a 1. állítás hamis
20. A tejtermelés megindítását és fenntartását segítő alábbi kommunikációs lépések mindegyike helyes, KIVÉVE:
- a) a várandós anyával fenyegető koraszülés esetén kíséreljük meg a szülés előtt megbeszélni az anyatejes táplálás specifikus előnyeit a koraszülött számára
 - b) az első megbeszélések alkalmával az anyatej előnyeit, és ne a szoptatás fontosságát hangsúlyozzuk
 - c) támogató környezetet teremtsünk meg a fejéshez, és lássuk el az anyát szóban / írásban / videón ezzel kapcsolatos ismeretekkel
 - d) ne szorgalmazzuk a fejési naplót, mert az szükségtelen szorongást okoz

21. Az érett tejjel összehasonlítva a kolosztrumban

- a) alacsonyabb a nátrium, kálium és klorid tartalom
- b) magasabb a zsír és nátrium tartalom
- c) magasabb a protein, nátrium és zsírban oldódó vitamin tartalom
- d) alacsonyabb a zsír és karotin tartalom
- e) magasabb a vízben oldódó vitamin tartalom

A LAKTÁCIÓS SEGÍTSÉGNYÚJTÁS ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEI

Laktóz túlterhelés

Dr. Kovács Judit – Dr. Kun Judit Gabriella

A **laktóz**, vagy tejcukor csak a tejben található kettős cukor (diszacharid), a tej szénhidrát tartalmának túlnyomó többségét teszi ki. *Glükózból* és *galaktózból* áll. Az anyatej energiatartalmának mintegy 40 %-át adja, segíti a kalcium és a vas felszívódását, a galaktóz pedig a központi idegrendszer fejlődéséhez szükséges galaktolipidek, cerebrozidák alkotóeleme. A legmagasabb laktóz tartalma a humán tejnek van, ez összefügg azzal, hogy az emberi agy tömege nő a legnagyobb mértékben a csecsemőkorban (*Akre, 1989; Lawrence, 2005a*).

A **laktóz szintézis** a laktóz szintetáz enzim segítségével történik az emlőben. Az enzim két alegységből tevődik össze, az *alfa laktalbuminból* és a *galaktoziltranszferázból*. Utóbbi minden sejtben előfordul, az alfa laktalbumin csak az emlőben. A várandósság alatt a placenta által termelt hormonok, elsősorban a progeszteron meggátolja az emlőben a tejfehérjék, köztük az alfa laktalbumin képződését, ezért számottevő laktóztermelés ezalatt nincs. A placenta megszületésével a gátlás megszűnik, és beindul az alfa laktalbumin szintézis. A laktóz szintetáz enzim összeáll, és megkezdődik a nagy mennyiségű laktóz termelése az emlő mirigysejtjeinek Golgi apparátusában. A laktóz nem képes elhagyni a Golgi apparátus szekretoros vezikuláit, hanem mint minden, ketté nem hasított diszacharid, ozmotikus hatásánál fogva nagy mennyiségű vizet szív a vezikulákba. Ezek azután exocytózis révén bekerülnek a mirigyek lumenébe, növelve ezzel a keletkező tej mennyiségét (*Anderson, 2007; Ostrom 1990*). **A tejtermelés fokozódása ily módon a laktóztermelés fokozódásához kötődik**, s ez hormonális szabályozás révén éppen akkor indul be, amikor megszületik az újszülött, s táplálékra, még hozzá egyre több táplálékra lesz szüksége. (Részletesebben ld. „*A tejszintézis molekuláris biológiája*” c. fejezetben.)

A laktóz nem tud felszívódni a humán gyomor-béltraktusból, csak alkotóelemeire bontva, glükóz és galaktóz formájában. A **laktóz bontását** a vékonybél, elsősorban a jejunum kefeszegélyét borító hámsejtek csúcsán elhelyezkedő **laktáz** enzim végzi (*Heyman 2006*). A laktóz bontás sebessége határozza meg, hogy adott idő alatt mennyi tejcukor képes felszívódni. Ha a béllumenben több a laktóz, mint amennyit az enzim maradéktalanul bontani képes, emésztetlen laktóz jut tovább a vastagbélbe, ahol a bélbaktériumok fermentálják. Ennek során a szokásos mértéket meghaladó mennyiségű gázok (metán, széndioxid, hidrogén), és savanyú anyagok (tejsav, acetát, propionát, zsírsavak) keletkeznek. A rövid szénláncú zsírsavak fel tudnak szívódni a vastagbél nyálkahártyájáról, így energiaforrásként szolgálnak (*Heyman, 2006; Matthews, 2005; Swagerty, 2002*).

Maga a laktóz és fel nem szívódó bomlástermékei ozmotikus hatást fejtenek ki, miáltal nagy mennyiségű víz kerül a béllumenbe. Ezekkel a folyamatokkal magyarázható az a klinikai kép, amit **laktóz intoleranciának** neveznek. A fokozott gázképződés haspuffadást, a súlyosságtól függően görcsös hasfájást, szelességet, flatulenciát, nyugtalanságot, a csecsemők „kólikáját” okozza. Előfordulhat gyakoribb bukás is. A székletürítés gyakori, esetenként nagy mennyiségű, vizes, spriccelő, sárga vagy zöldes színű. A nyálkahártya tartós irritációja miatt a széklet nyálkássá, esetenként véressé is válhat. A túlságosan savanyú széklet a pelenkás terület bőrét irritálhatja, felmarhatja (*Akre, 1989; Heyman 2006, Noble 1998*). Mindemellett megjegyzendő, hogy a savanyú közeg (pH 5-5,5), nem kedvez a potenciálisan patogén bélbaktériumok megtelepedésének, ellenben elősegíti a bifidus flóra kolonizációját (*Akre 1989; Heyman 2006*). A csecsemő súlya gyarapodhat, de előfordulhat nem kielégítő súlygyarapodás, súlyos esetben dehidráció, kiszáradás.

A laktóz intolerancia klinikai képével alapvetően két szituációban találkozunk:

A) csökkent laktáz mennyiség

B) a normális mennyiségű laktáz kapacitását meghaladó laktóz bevitel, a laktóz túlterhelés

A **laktáz deficienciának (A)** is két variációja van:

I. primer laktáz deficiencia

a. kongenitális (autoszomális recesszív)

b. fejlődéshez kötött

c. etnikai, rasszhoz kötött

II: szekunder laktáz deficiencia

A **primer laktáz elégtelenség** veleszületett formája rendkívül ritka, a laktózmentes tápszerek kifejlesztése előtt sokszor fatális kimenetelű volt. Megszületéstől kezdve súlyos hasmenéssel jár, hyperkalcémiát, vesekövet is leírtak. Az érintettek a csecsemőkort a súlyos dehidráció és alultápláltság miatt többnyire nem éltek túl (*Heyman, 2006*).

A **fejlődéshez kötött laktáz elégtelenség** a koraszülöttségből adódik. A magzat laktáz aktivitásában a legnagyobb növekedés a harmadik trimeszterben következik be, amikor a laktáz aktivitás 3-4-szeresre fokozódik. Ennek következtében viszont a 28-34. hét előtt születettek értelemszerűen laktáz deficiensek. Az egyébként egészséges koraszülöttek vastagbeléből is fel tudnak azonban szívódni és energiaforrásként szolgálni a rövid szénláncú zsírsavak, valamint ez az egyetlen helyzet, amikor a laktózbevitel fokozatos emelésével a laktáz enzim aktivitása indukálható, növelhető (*Shulman, 1998; Shulman, 2005*).

A fent említett, extrém ritka, veleszületett formáktól eltekintve minden humán újszülött szükségszerűen laktóz toleráns, azaz megfelelő mennyiségű laktázzal rendelkezik, hiszen az első évek alapvető tápláléka a tej (*Heyman, 2006*). A laktáz aktivitása az életkor előrehaladtával csökken. Hogy ez, a genetikailag kódolt „lactase nonpersistence” mikor kezdődik, **etnikumtól függően** változik. A világ népességének nagy részében 3-5 éves kortól csökken a laktáz aktivitása, és tejcukor tartalmú étel fogyasztása több-kevesebb klinikai tünettől jár. Az észak európai, skandináv eredetű népesség körében fordul elő autoszomális domináns öröklődésű „lactase persistence”, azaz élethosszig tartó, változatlan laktáz aktivitás (*Heyman 2006; Lomer, 2008; Matthews, 2005; Swagerty, 2002*).

A **szekunder laktáz elégtelenség** oka minden olyan állapot, ami a vékonybél nyálkahártya kefeszegélyét károsítja, ezáltal csökkentve a laktáz enzim mennyiségét. Ilyenek elsősorban a hasmenést okozó fertőzések, allergiás és egyéb, immun eredetű kórképek (pl. Crohn betegség, cöliákia) és más bélbetegségek. A szoptatott csecsemők allergiás reakcióját kiválthatják az anya által fogyasztott egyes tápanyagok, vagy az azokban levő adalékok. Az allergiás reakció érintheti izoláltan a gyomor-béltraktust, hasi kólikát, esetenként véres székletet okozva. Ilyenkor a kiváltó tényező (legtöbbször tehéntej) felderítése és kihagyása az anyai étrendből megoldást hozhat (*Hill, 2005; Vandenplas, 2007*). A csecsemők 6-18 hónapos korukra általában „kinövik” ezt a típusú allergiát. Az allergia másik, IgE mediált formája szisztémás tünetekkel jár, okozhat légúti-, bőrtüneteket, és a keringési rendszert érintve akár anafilaxiás reakciót (*Brill, 2008; Martorell, 2006*). Fontos megjegyezni, hogy **a tejallergia nem azonos a laktóz intoleranciával, bár annak kiváltó oka lehet**. A súlyos malnutrició is okozhat vékonybél nyálkahártya atrófiát, így másodlagos enzimhiányt (*Heyman, 2006*).

A laktáz elégtelenség ezen formáinak gyógyításában elsődleges a kiváltó ok felderítése és megszüntetése. A teljes gyógyulásig 2-3 hónapos kor alatt több hét is eltelhet. **A szoptatás, anyatejes táplálás, azaz a laktózbevitel felfüggesztésére általában nincs szükség.** Extrém súlyos, dehidrációval fenyegető esetekben, mely rendszerint a fiatal, inkább koraszülött csecsemőket veszélyezteti, jön szóba átmenetileg *laktózmentes tápszer* adása. **Tartós alkalmazásuk egyébek mellett a galaktóz hiánya miatt a mentális, kognitív fejlődést veszélyeztetheti** (Akre, 1991).

B. Laktóz túlterhelés

A mindennapi gyakorlatban legtöbbször ez a csecsemő kólika, laktóz intolerancia fent részletezett tüneteinek okozója. Első leírója 1988-ban a Lancetben megjelent cikkében *Woolridge és Fisher*. Bár napjainkban is legtöbbször az állandóan szopni akaró, sokat síró, „hasfájós” csecsemőkkel keresik fel a „kevés tejük” miatt aggódó édesanyák a gyermekorvosokat, gyermek gasztroenterológusokat, az általános orvosi gyakorlatban nem terjedt el a Woolridge által ajánlott megoldás: „*Finish the first breast first*” („először fejezd be az első emlőt”) (Noble, 1998; Vickers, 1995; Woolridge 1988).

A laktóz túlterhelés oka lehet:

- a. helytelen szoptatási gyakorlat
- b. tej túlprodukción és/vagy
- c. túlzottan erőteljes tejleadó reflex

Az emlőben termelődő tejet a szakirodalomban gyakran két frakcióra osztják: a szoptatás elején ürülő, vízben és laktózban gazdagabb, hígabb „első teje” és a szoptatás vége felé ürülő, zsíros „hátsó teje”. Fontos azonban megjegyezni, hogy az anyatej konkrét összetétele nem azon múlik, hogy egy adott szoptatás elején vagy végén ürül-e, hanem azon, hogy az emlő éppen mennyire van kiürítve: minél üresebb az emlő, annál nagyobb a tej zsírtartalma (Daly, 1993). Azaz az emlő nem termel kétféle tejet, mindössze arról van szó, hogy a tejtermelés során a zsírcseppek az alveolus falához tapadnak, míg a vízesebb rész felgyűlik az alveolusok üregében és a csatornában, ahol összekeveredik az előző szoptatás végén az emlőben maradt tejjel. Minél hosszabb idő telik el két szoptatás között, annál hígabb lesz az emlőben felgyülemlő tej. Amikor a csecsemő szopni kezd, először ehhez a vízben és laktózban gazdag, kalóriában szegény tejhez jut, mely főleg a szomját oltja. A szopás hatására kiváltódó tejleadó reflex a tejet az alveolusokból a zsírcseppekkel együtt a tejszatórnákba préseli. Minél jobban kiüríti a mellét a csecsemő, annál nagyobb a kiürülő tej zsír- és ezzel kalóriatartalma (Lawrence, 2005a).

A csecsemők különböző gyakorisággal szopnak, és különböző mennyiségű tejet vesznek magukhoz az egyes szopások során. De akár ritkábban sokat, akár gyakrabban kis mennyiségeket szopnak, elfogyasztják a megfelelő növekedésükhöz szükséges tejmennyiséget. A csecsemők a szopás során az elérhető tejmennyiségnek csak a 63-72%-át fogyasztják el – vagyis nem azért fejezik be a szopást, mert az emlő kiürült, hanem azért, mert jóllaktak. A csecsemő jóllakottsága inkább függ az elfogyasztott kalóriáktól, mint a táplálék mennyiségétől (Kent, 2006). Az egyéni különbségek normálisak, nincs értelme mérni a szopott tejmennyiséget, mert nem az fejezi ki, hogy az adott csecsemő számára elég, vagy nem elég.

Az eddigiek alapján helytelennek tekinthetjük tehát azt a gyakorlatot, amikor az anya előírt tartamra korlátozza az egy mellen töltött szopás idejét, vagy gyakran váltogat emlőt szoptatás közben, mielőtt a csecsemő egy mell kínálatát elfogyasztotta volna (Akre, 1991; Woolridge, 1988). A zsír lassítja a gyomorürülést, hiányában túl sok laktóz jut túl gyorsan a gyomorból a vékonybélbe, emiatt mennyisége meghaladhatja a vékonybélben termelődő, egyébként normális mennyiségű laktáz enzim kapacitását. Az elbontatlanul maradt laktóz a már ismert, laktóz intoleranciának nevezett folyamatot és tüneteket okozza.



Ha az egyébként egészséges és jól fejlődő csecsemő sírós, hasfájós lesz és habos, vizes székleteket kezd üríteni, az többnyire az el nem bontott laktóznak köszönhető, s gyanús, hogy ennek hátterében az áll, hogy „nem jutott el a zsírig” egy mell szopása során. Ha ezt tapasztaljuk, kitartóbban kell egy mellten tartani, vagy többször visszatenni ugyanarra, mint azelőtt. (Lawrence, 2005b)

A tej túlprodukciónak, azaz a csecsemő igényét meghaladó tejmennyiség oka szintén lehet helytelen szoptatási gyakorlat – pl. ha az anya minden szoptatás után rendszeresen fej –, de előfordulhat alkatilag bőtejű nőknél vagy állhat

hyperprolactinaemia is a háttérben.

Az élettani laktáció során az emlő telítettsége és a tejpangás (amikor a tej az emlőben marad) a tejtermelés csökkenéséhez vezet. A kutatási eredmények azt igazolják, hogy két, egymással együttműködő mechanizmus létezik a tejtermelés szabályozására.

Az egyik a „*Feedback Inhibitor of Lactation*” (FIL) nevű fehérje működésén alapul. A FIL egy savófehérje, amit a tejtermelő sejtek választanak ki, és amelynek koncentrációja nő, ahogy a tej felszaporodik az egyre jobban kitáguló alveolusokban. A FIL – negatív visszacsatolásként – csökkenti a tejtermelést. A gátlás reverzibilis, a koncentrációtól függ, és nem befolyásolja a tej összetételét, mivel egyidejűleg valamennyi összetevő szintézisére hatással van. Amikor a tej kiürül az emlőből, a FIL koncentrációja lecsökken, és a tejszintézis ismét felgyorsul (Wilde, 1995).

A másik mechanizmus azzal van összefüggésben, hogy az emlőben felszaporodó tej csökkenti a prolaktin kötődését a tejtermelő sejtek membránjához, így a telített alveolusok lactocytái kevésbé veszik fel a prolaktint a vérből. Feltételezik, hogy az alveolusok telítődésével a szekretoros sejtek alakja megváltozik, aminek hatására a prolaktin receptorok deaktiválódnak. A prolaktin csökkent mértékű kötődése a membrán receptorokhoz, gátló hatással van a tejtermelésre, és végeredményben a tejtermelés megszűnik. Ha az emlőt ismét kiürítik, a prolaktin újra kötődik a membrán receptorokhoz, és fokozza a tejszintézist. Minél üresebbek az alveolusok, annál gyorsabban zajlik a tejtermelés, majd pedig az emlő újra telődésével a tejtermelés üteme ismét lassul. Ez bármikor megtörténik, ha egy emlő túltelítődik, függetlenül attól, hogy mi történik a másik emlőben (Cox, 1996; Cregan, 2002; Daly, 1993Mar; Daly, 1996; Nolin, 1979).

A tej túltermelése mind az anyánál, mind a csecsemőnél kóros tüneteket okozhat, ezért Livingstone „anyai és csecsemő hiperlaktációs szindrómáról” beszél (Livingstone, 1996). A tej túltermeléstől szenvedő anya emlőiben állandó telítettséget, feszítést vagy túltelítődést észlelhet. A szoptatások között tejcsepegést tapasztalhat, és jelentős mennyiségű tej folyhat el az éppen nem használt emlőből a szoptatások alatt. Gyakori a tejszatorna elzáródás, és nagy a kockázata a mellgyulladás kialakulásának.

A csecsemő szopás közben mohónak tűnhet, miközben azért küzd, hogy ne nyeljen félre. Szopás után gyakran bukik, reflux-szerű tünetei lehetnek, és gyakori gázosságtól, hasfájástól, szenvedhet. Legtöbbször robbanásszerűen ürülő, zöld és híg széklete van. Súlygyarapodása lehet kiugróan magas, de elégtelen is. A gyors tejfolyással való küzdelem miatt nyugtalanul szophat, és előfordulhat, hogy csak röviden hajlandó szopni vagy teljesen elutasítja a mellet. A nyugósság, gyakori sírás és az esetlegesen lassú gyarapodás miatt az anya azt gondolhatja, hogy nincs elég teje vagy a teje nem elég jó minőségű.

A túltermelő emlőből szopó csecsemő legtöbbször nem képes eléggé kiüríteni a mellet ahhoz, hogy elérje a zsírosabb „hátsó” tejet, ami az üresebb emlőből ürül. A viszonylag magasabb laktóz- és alacsonyabb zsírtartalmú táplálék gyors gyomorürüléshez vezet, aminek következtében a vékonybélben túl magas lesz a laktózkoncentráció a csecsemő laktáz kapacitásához képest, ez vezet a gyakori, híg székletürítéshez (*Woolridge, 1988*).

A hiperlaktációs szindróma gyakori másodlagos tünete a csecsemő nem megfelelő szopási technikája. Ez lehet a gyermek azon kísérleteinek következménye, hogy valahogyan megbirkózzon a túlságosan bőséges tejfolyással, alkalmanként lecsúsztatva az emlőről, hogy a bimbóra ráharapva lassítsa az áradatot – gyakran kisebesítve ezzel az anya mellbimbóját. Az is előfordulhat, hogy a csecsemő hozzászokik, hogy passzívan elfogyassza a szájába ömlő tejet anélkül, hogy ő maga erőfeszítést tenne a tejhez jutásért. Ennek megvan az a veszélye, hogy 4-6 hét után elégtelen tejtermeléshez vezet.

A tünetek enyhítésére korábban azt javasolták, hogy az anya fejjen le valamennyi tejet közvetlenül szoptatás előtt. Ennek célja, hogy a tejleadó reflex kiváltásával a legerősebb kezdeti tejfolyás megtörténjen, mielőtt a csecsemő mellre kerül, egyben kiürüljön valamennyi a zsírszegényebb első tejből, és így a kisbaba hamarabb hozzájusson a zsírdús hátsó tejhez. Egy ellenérv ezzel a módszerrel szemben, hogy a gyakori fejés normális szoptatással kombinálva fokozza a tejtermelést, és végeredményben súlyosbítja a problémát.

Sok szakember manapság már egy, az élettani ismereteinken alapuló megközelítést követ a tejmenyiség csökkentésére. Azt tanácsolják, hogy az édesanya korlátozza a szoptatást csak az egyik mellére bizonyos számú szoptatás alkalmával vagy bizonyos ideig („blokkokban szoptatás”). Vagyis a szoptatási gyakoriságot nem csökkenti az anya, csak a mellváltások számát. Ennek az a célja, hogy relatív tejpangást idézzon elő az átmenetileg nem használt emlőben, amely így a tejmenyiség csökkenéséhez vezet a FIL felhalmozódása és a laktociták ellapulása miatt, mivel mindkettő a tejtermelési ütem lassulását okozza. Ennél a megközelítésnél a legnagyobb nehézséget az okozza, hogy a felgyülemlett tej nagyon lassan szívódik fel, és arra kényszerítheti a csecsemőt, hogy a kezelés megkezdése után még hosszú ideig folytassa a küzdelmet a nagy mennyiségű tejjel. A módszer hátránya, hogy fokozódik a tejcsatorna elzáródás és a masztitisz kialakulásának kockázata, ezért nagyon kell ügyelni a figyelmeztető jelekre. A diszkomfort, illetve az elzáródás kockázatának csökkentésére az anya fejhet az éppen nem használt melléből egy keveset, éppen csak annyit, hogy a kellemetlen feszülés megszűnjön (*Smith, 2010*).

Az optimális megoldás nemcsak a tejszűrésre koncentrálni, hanem a csecsemő szempontjait is figyelembe venni, azaz biztosítani, hogy a kisbaba kényelmesen szophasson anélkül, hogy a túl erős tejleadó reflexszel vagy a túl nagy mennyiségű tejjel kelljen birkóznia. *Veldhuizen-Staas* olyan módszert javasol, amely egyszerre csökkenti a túlzott tejtermelést és biztosítja a csecsemő tünetinek enyhítését.

A kezelés azzal kezdődik, hogy az anya mindkét mellét lefeji, amennyire csak lehetséges. Egy aktív, laktáló emlőt – természetesen – lehetetlen tökéletesen kifejni, hiszen a tejtermelés folyamatos. A kézi fejtés is megfelelő lehet, de a legtöbb esetben a gépi fejtés a leghatékonyabb és a leggyorsabb, különösen, ha dupla fejes mellszívót használunk. A fejtés után az édesanya azonnal mellre teszi a csecsemőt, és mindkét „üres” melléből megszojtatja. (Sok csecsemő el is alszik a mellén teljesen eltelve a zsíros hátsótejtel – sokan közülük életükben először.) Ezek után a nap hátralévő részét egyenlő – kezdetben kb. háromórás – időközökre osztjuk. Minden alkalommal, amikor a kisbaba jelét adja annak, hogy szopni szeretne, ugyanazt a mellét ajánlja fel neki az édesanya, mindenféle korlátozás nélkül (sem a gyakoriság, sem az időtartam nincs korlátozva, csak az oldal). Az időköz (blokk) végén vagy egy sok órás alvás után a csecsemő a másik mellett kapja meg minden szopásra az új blokkon belül. Fontos, hogy a lehető legjobb pozícióban és módon kapja be a mellét a fejtés utáni első szopástól kezdve, azért, hogy a szopási technikája javuljon. Ez döntő a további sebesedés megelőzése és a jövőbeli megfelelő tejtermelés megalapozása szempontjából. A tünetek súlyosságától függően az időközök fokozatosan növelhetők 4, 6, 8 vagy akár 12 órára is. A kevésbé bonyolult esetekben egyszeri fejtés elegendő, másoknál alkalmankénti ismétlésekre lehet szükség. A fejtések közötti időtartam fokozatosan nőni fog, ahogy a tünetek enyhülnek.

Az édesanya figyelmét fel kell hívni arra, hogy ne fejtse le a mellét túl gyakran, mert azzal a tejtermelést fokozhatja. Csak akkor kell ismételtlen lefejni az emlőket, ha a túltelődés súlyossá válik. A módszer alkalmazása során az anyát figyelmeztetni kell az ismétlődő túltelődés, tejszűrés elzáródás és masztitisz lehetőségére, ill. figyelemmel kell kísérni, hogy nem alakulnak-e ki ezek tüneteinek. Néhány esetben az első kiürítés után kezdetben továbbra is több tejet termelnek az emlők a szükségesnél, és újra töltődnek. A legtöbb esetben azonban egy teljes fejtés elegendő ahhoz, hogy elfogadható szintre csökkenjen a tejtermelés (*Veldhuizen-Staas, 2007*).

Súlyos esetben a szoptatási gyakorlat megváltoztatását kiegészíthetjük a tejtermelést csökkentő gyógynövények, pl. zsályatea alkalmazásával. Ha a tejmenyiség nem csökken, az anya kivizsgálása prolaktinóma, hipertireózis, tiroditisz irányába indokolt. (*Lawrence, 2005c*)

Irodalomjegyzék

1. Anderson SM, Rudolph MC, McManaman JL, Neville MC.: Key stages in mammary gland development. Secretory activation in the mammary gland: it's not just about milk protein synthesis! *Breast Cancer Res.* 2007;9(1):204. <http://breast-cancer-research.com/content/9/1/204> (2011.12.29.)
2. Akre J (editor).: Lactation. In: *Infant feeding the physiological basis* Bulletin of the World Health Organization, Supplement to Volume 67, 1989. pp19-40.
3. Brill H.: Approach to milk protein allergy in infants. *Can Fam Physician.* 2008 Sep;54(9):1258-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553152/?tool=pubmed> (2011.12.29.)
4. Cox DB, Owens RA, Hartmann PE.: Blood and milk prolactin and the rate of milk synthesis in women. *Exp Physiol.* 1996 Nov;81(6):1007-20. <http://ep.physoc.org/content/81/6/1007.full.pdf> (2011.12.29.)
5. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE.: Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol.* 2002 Mar;87(2):207-14. <http://ep.physoc.org/content/87/2/207.full.pdf> (2011.12.29.)
6. Daly SE, Owens RA, Hartmann PE.: The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. *Exp Physiol.* 1993 Mar;78(2):209-20. <http://ep.physoc.org/content/78/2/209.long> (2011.12.29.)
7. Daly SE, Di Rosso A, Owens RA, Hartman PE.: Degree of breast emptying explains changes in the fat content, but not fatty acid composition, of human milk *Exp Physiol.* 1993 Nov;78(6):741-55. <http://ep.physoc.org/content/78/6/741.full.pdf> (2011.12.29.)
8. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE.: Frequency and degree of milk removal and the shortterm control of human milk synthesis. *Exp Physiol.* 1996 Sep;81(5):861-75. <http://ep.physoc.org/content/81/5/861.full.pdf> (2011.12.29.)
9. Heyman M: Lactose intolerance in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2006;118(3):1279-86 <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;118/3/1279.pdf> (2011.12.29.)
10. Hill DJ, Roy N, Heine RG, Hosking CS, Francis DE, Brown J, Speirs B, Sadowsky J, Carlin JB.: Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomized, controlled trial. *Pediatrics.* 2005 Nov;116(5):e709-15. <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/e709.long> (2011.12.29.)
11. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE.: Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics.* 2006 Mar;117(3):e387-95. <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/3/e387.long> (2011.12.29.)
12. Lawrence RA, Lawrence RM: Biochemistry of human milk. In: *Breastfeeding – A Guide for the Medical Profession.* 6th edition, Mosby (2005a) pp 105-170.
13. Lawrence RA, Lawrence RM: Management of the mother-infant nursing couple. In: *Breastfeeding – A Guide for the Medical Profession.* 6th edition, Mosby (2005b) pp 255-316.
14. Lawrence RA, Lawrence RM: Medical complications of the mother. In: *Breastfeeding – A Guide for the Medical Profession.* 6th edition, Mosby (2005c) pp 559-627.
15. Livingstone V.: Too much of a good thing. Maternal and infant hyperlactation syndromes. *Can Fam Physician.* 1996 Jan;42:89-99. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2146202/pdf/canfamphys00071-0091.pdf> (2011.12.29.)
16. Lomer MC, Parkes GC, Sanderson JD.: Review article: lactose intolerance in clinical practice--myths and realities. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008 Jan 15;27(2):93-103. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2007.03557.x/pdf> (2011.12.29.)
17. Martorell A, Plaza AM, Boné J, Nevot S, García Ara MC, Echeverria L, Alonso E, Garde J, Vila B, Alvaro M, Tauler E, Hernando V, Fernández M.: Cow's milk protein allergy. A multi-centre study: clinical and epidemiological aspects. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2006 Mar-Apr;34(2):46-53. <http://www.elsevier.es/en/revistas/allergologia-et-immunopathologia-105/cows-milk-protein-allergy-a-multi-centre-study-13086746-original-articles-2006> (2011.12.29.)
18. Matthews SB, Waud JP, Roberts AG, Campbell AK: Systemic lactose intolerance: a new perspective on an old problem. *Postgrad Med J.* 2005 Mar;81(953):167-73. <http://pmj.bmj.com/content/81/953/167.long> (2011.12.29.)

19. Nolin JM.: The prolactin incorporation cycle of the milk secretory cell. An integral component of the prolactin response cycle. *J Histochem Cytochem.* 1979 Aug;27(8):1203-4.
<http://jhc.sagepub.com/content/27/8/1203.long> (2011.12.29.)
20. Ostrom KM: A review of the hormone prolactin during lactation *Prog Food Nutr Sci* 1990;14(1):1-43
21. Smith LJ, Riordan J: Postpartum Care. In: Riordan J, Wambach K: *Breastfeeding and Human Lactation.*4th edition, Jones& Bartlett (2010) pp 253-290.
22. Shulman RJ, Schanler RJ, Lau C, Heitkemper M, Ou CN, Smith EO: Early feeding, feeding tolerance, and lactase activity in preterm infants *J Pediatr* 1998; 133(5):645-9. <http://www.jpeds.com/article/S0022-3476%2898%2970105-2/abstract> (2011.12.29.)
23. Shulman RJ, Wong WW, Smith EO.: Influence of changes in lactase activity and small-intestinal mucosal growth on lactose digestion and absorption in preterm infants. *Am J Clin Nutr.* 2005 Feb;81(2):472-9.
<http://www.ajcn.org/content/81/2/472.long> (2011.12.29.)
24. Swagerty DL Jr, Walling AD, Klein RM.: Lactose intolerance. *Am Fam Physician.* 2002 May 1;65(9):1845-50. <http://www.aafp.org/afp/2002/0501/p1845.html> (2011.12.29.)
25. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, Staiano A, Dupont C.: Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child.* 2007 Oct;92(10):902-8. <http://adc.bmj.com/content/92/10/902.long> (2011.12.29.)
26. Veldhuizen-Staas VGA.: Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding *International Breastfeeding Journal* 2007, 2:11
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/11> (2011.12.29.)
27. Vickers M.: Finish the First Breast First. *Leaven*, September-October 1995;69-71.
<http://www.lli.org/llileaderweb/lv/lvsepoct95p69a.html> (2011.12.29.)
28. Wilde CJ, Addey CV, Boddy LM, Peaker M.: Autocrine regulation of milk secretion by a protein in milk. *Biochem J.* 1995 Jan 1;305 (Pt 1):51-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1136428/pdf/biochemj00072-0059.pdf> (2011.12.29.)
29. Woolridge MW, Fisher C.: Colic,"overfeeding", and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management? *Lancet.*1988 Aug 13;2(8607):382-4.
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2888%2992847-4/abstract> (2011.12.29.)

Tesztkérdések

1. A laktóz, avagy tejcukor egy olyan diszacharid, mely...
 - a) egy fruktózból és egy galaktózból áll
 - b) két galaktózból áll
 - c) egy glükózból és egy fruktózból áll
 - d) két glükózból áll
 - e) egy glükózból és egy galaktózból áll
2. A laktóz intoleranciának tünete lehet csecsemőkorban:
 - a) haspuffadás
 - b) görcsös hasfájás
 - c) flatulencia
 - d) nyugtalanság
 - e) mindegyik
3. Melyik állítás NEM IGAZ?
 - a) A primer laktáz elégtelenség veleszületett formája rendkívül ritka, a laktózmentes tápszerek kifejlesztése előtt sokszor fatális kimenetelű volt.
 - b) A fejlődéshez kötött laktáz elégtelenség a 34. gesztációs hét előtt született koraszülötteknél alakul ki.
 - c) A laktáz aktivitása az életkor előrehaladtával általában nő.
 - d) A szekunder laktáz elégtelenség oka lehet minden olyan állapot, ami a vékonybél nyálkahártya kefeszegélyét károsítja, ezáltal csökkentve a laktáz enzim mennyiségét.
 - e) A tejallergia nem azonos a laktóz intoleranciával, de annak kiváltó oka lehet.
4. A laktóz túlterhelés oka lehet:
 - a) helytelen szoptatási gyakorlat
 - b) tej túlprodukció
 - c) túlzottan erőteljes tejleadó reflex
 - d) A és B
 - e) A és B és C (tehát mindhárom)

5. Melyik állítás NEM IGAZ a "blokkokban szoptatással" kapcsolatban?

- a) Blokkokban szoptatásnak nevezzük, amikor az édesanya korlátozza a szoptatást csak az egyik mellére bizonyos számú szoptatás alkalmával vagy bizonyos ideig.
- b) Blokkokban szoptatás során az édesanya csökkenti a szoptatási gyakoriságot és a mellváltások számát is.
- c) A blokkokban szoptatás célja, hogy relatív tej pangást idézzon elő az átmenetileg nem ürített emlőben, amely a FIL (Feedback Inhibitor of Lactation) felhalmozódása és a laktociták ellapulása miatt a tej mennyiség csökkenéséhez vezet.
- d) A blokkokban szoptatás esetén nehézséget okozhat, hogy még hosszú ideig van nagy mennyiségű tej az emlőben, amivel a kezelés megkezdése után még jó ideig meg kell birkóznia a csecsemőnek.
- e) A blokkokban szoptatás esetén fokozódhat a tejcatorna elzáródás és a masztitisz kialakulásának kockázata.

A RENDSZERSZEMLÉLETŰ CSALÁDKONZULTÁCIÓ ALAPJAI

A rendszerszemléletű családkonzultáció és a segítő beszélgetés lehetőségei a gyermekszületés körüli időszakban

Martos Tamás – Sallay Viola

- Az anya arról számol be, hogy édesanyja (vagy anyósa) folyamatosan megkérdőjelezi azt, amit ő a tanácsadótól tanult, és próbálna megvalósítani. Szeretné, ha új érveket kaphatna a tanácsadótól a vitához.
- A tanácsadó a babával való éjszakai egyúttalvás előnyeit ecseteli, de az anya kételkedve hallgatja, majd váratlanul a párkapcsolati nehézségeikről kezd panaszkodni.
- Az anya alig tud figyelni a tanácsadóra, mert a háttérben a nagyobb gyerekei a kicsit nyaggatják. Végül odarohan és közben azt kiabálja: Miért kell *mindent* nekem csinálni?!

Elképzelhető, hogy a laktációs tanácsadó ilyen, vagy ehhez hasonló helyzetekkel találkozik akkor, amikor elsődleges feladata szerint a szoptatás megfelelő módját szeretné átadni az anyának. Hogyan értelmezhetők ezek a helyzetek? Mi lehet ilyenkor a laktációs tanácsadó feladata, mik a lehetőségei? Mikor érdemes további szakemberek bevonását kezdeményeznie? A rendszerszemléletű gondolkodásmód segítségével ezekre a kérdésekre keressük a választ ebben a fejezetben.

A család mint rendszer

A rendszerszemléletű tanácsadás azon a gondolaton alapul, hogy a családtagok reakcióiban, érzéseiben megfigyelhető változások és állapotok jobban megérthetők akkor, ha a család egészét számításba vesszük, mint ha csak az egyénre, az ő tulajdonságaira vagy nézőpontjára koncentrálunk. A családi közösség ugyanis egy olyan rendszer, mely, és hol jól láthatóan, hol észrevehetően, hol észrevehetően, de jelentős hatást gyakorol a tagjaira. Ebben a megközelítésben a családi kapcsolatokat önálló létezőnek tekintjük. A rendszerszemléletű megközelítésnek több fontos összefüggése is van (áttekintően ld. pl. *Horváth-Szabó, 2007, Kurimay, 2000*).

1. A hatásokat nem az egyes személyek közötti egyedi kapcsolatokban, hanem az egész család működésében próbáljuk megérteni. Jellemző példája ennek az okozás kérdése. Hétköznapi logikánk szerint a folyamatokat általában egyirányúnak látjuk (lineáris okság): *azért* fárad ki az anya, *mert* nem segítenek neki a családtagok. A rendszerszemléletű megközelítésben fel sem tesszük azt a kérdést, hogy „ki miatt”? Ehelyett arra figyelünk: *hogyan* történik mindez, hogyan járul hozzá a családtagok mindegyike a helyzet fennmaradásához? Ez a cirkuláris, körkörös okság. Kiderülhet például, hogy az anya maga is próbál mindent a lehető legtökéletesebben elvégezni egy darabig, és nem is hagyja, hogy mások részt vállaljanak benne (ami persze a többieknek lehet nagyon is kényelmes), majd amikor belefárad, a frusztrációját a közel lévőkön vezeti le és őket vádolja. Sokszor érdemes tehát a jelenségek mögött cirkuláris folyamatokat és az egész családra jellemző (rejtett) szabályosságokat keresni.
2. A család-rendszer maga is tagolt, azaz *alrendszerekből* épül fel. Az alrendszerek saját szabályaik szerint működnek, kommunikálnak önmagukon belül, illetve egymással. El szokás különíteni a házastársi/partneri alrendszert, a szülői alrendszert és a gyermeki alrendszert. A szülői és partneri például alrendszert még ép családokban is érdemes különválasztani, hiszen számos példáját láthatjuk, hogy a pár másként működik, ha partnerként gondolnak magukra, mint ha szülőkként. A két alrendszer közötti kapcsolat különösen bonyolult lehet, egy új párkapcsolatba születő gyermek esetén pedig akár meg is nehezítheti az anya-csecsemő egymásra hangolódását, ha valamelyik partner nem szülője a családban élő idősebb gyerek(ek)nek.

Az újszülött érkezése önmagában is hozzájárul egy új alrendszer létrejöttéhez: függetlenül attól, hogy hány testvér él már a családban, a szoptatós anya és csecsemője egysége egy új önálló „létezővé” válik a családon belül, saját belső szabályszerűségekkkel, kommunikációs módokkal. Ez a többi családtag, illetve az alrendszerek számára is feladja a leckét: hogyan viszonyuljanak az új kettőshöz.

3. A rendszerszemlélet egy másik fontos felismerése, hogy rendszer és környezete, valamint az alrendszerek között is láthatatlan (de konkrét formákban megnyilatkozó) *határok* húzódnak, melyek kijelölik a család és környezete közötti kapcsolatok szabályait, módjait. A határok akár nagyon konkrétan is megjelenhetnek a család életében: a lakás maga is egy határ a „bent” és a „kint” között, a belső lakóterek átjárhatósága, az ajtók nyitottsága-zártsága pedig olykor sokat elárul a családtagok (vagyis az alrendszerek) egymáshoz való viszonyáról.

A mindennapokban is feladat, de a szülés utáni időszakban, kisgyerekes családban különösen fontos kérdéssé válik, hogy a család saját megnyugtató módján rendezze maga számára a szülői és gyermek alrendszer közötti határokat. Ilyen egyszerű dilemmákban nyilvánulhat meg a határok kezelése: Bejöhettek-e a gyerekek, amikor az anya szoptat, vagy teljes nyugalom kell számára, és ilyenkor békén kell hagyni (azaz kemény határokat húz, legalábbis átmenetileg)? A csecsemő együtt alszik-e a szülőkkel? Ha igen, akkor az anya-csecsemő alrendszer és a házastársi/partneri alrendszer meg kell, hogy férjen egymást mellett, ez azonban könnyen konfliktusokat is magával hozhat: ha az anya-csecsemő diád „összezár”, az apa kiszorulhat (akár konkrétan is, de pszichológiai értelemben mindenképpen) a hitvesi ágyból.

A határok kezelésével összefüggésbe hozható másik kérdés, mely a szülés utáni időszakban gyakran (újra) jelentőssé válik, a tágabb családhoz, környezethez való viszony kialakítása, különösen a nagyszülők szerepe, a szülőpár saját szüleitől való távolság-közelség újraszabályozásának problémái. Szerencsés esetben a pár kialakította a saját relatív autonómiáját a saját szüleitől, például olyan szimbolikus határ-kérdésekben is mint hogy mikor jöhetnek a szülők, van-e kulcsuk, mibe szólhatnak bele és hogyan. A gyerekvárás és a gyermekágyi, illetve kisgyerekes szakasz azonban új helyzetet teremt, és a (nagy)szülők, (nagy)anyák könnyen érezhetik úgy, hogy a korábban felállított határok nem érvényesek, több lehetőségük van ismét a befolyás gyakorlására. Hiszen a kisgyerekes család eleve rászorul a külső segítségre. Ráadásul az idősebb generáció okkal, vagy ok nélkül, de a maga szempontjából némileg jogosan úgy vélheti, hogy olyan helyzetről van szó, melyben tapasztaltabb, kompetensebb, mint a kisgyermekes anya, apa. Ezért ez többlet jogokat biztosít számára: erőteljesebben avatkozhat be, jobban lehet jelen, mint korábban.

Fontos megjegyeznünk, hogy a család rendszerszemlélete nem ad „helyes” megoldásokat ezekre a dilemmákra: minden egyes család maga találhatja meg a számára megfelelő válaszokat. A család mint rendszer ugyanis nem elkülönülten kezeli az egyes kérdéseket, hanem mindig azt keresi, hogy hogyan illeszthető a működések és a kapcsolatok egészébe. A konfliktusok feloldása egyezkedések és megoldások keresése során történhet meg.

4. A család rendszerszerű működése megnyilvánul abban is, ahogyan a családok a változás és egyensúly alapvető kérdését kezelik. Az alapvető dilemma a következő. A család folyamatosan szembesül változásokkal, hiszen kívülről, a tágabb családból, a munka világából, a társadalomból is érkeznek kihívások, és létezik családon belüli fejlődés is, mely az idő múlásával óhatatlanul új helyzeteket teremt (ennek legegyszerűbb kifejeződése ez a mondat: „Már megint kinőtted a cipődöt?”). Ez a *változás* elve. Eközben azonban a családok mégis szeretnék megőrizni az alapvető folytonosságot, kapcsolataik állandóságát, többé-kevésbé ragaszkodnak a bejáratott kapcsolódási módokhoz, szokásokhoz és (családonként nagyon különböző) mértékű hajlandóságot mutatnak arra, hogy beletanuljanak az új helyzetekbe. Ez a *homeosztázis*, a rendszerek egyensúlyra való törekvésének elve. A jól működő családok a változások közepette is megőrzik az állandóság és folyamatosság érzetét, de nem ragaszkodnak mereven régi szabályokhoz, korábbi állapotokhoz, hanem képesek fokozatosan új egyensúlyt kialakítani.

A család életében bekövetkező ciklusváltások közül az első gyermek érkezése hozza talán a legnagyobb kihívást jelentő változásokat. Ezek – ahogy a korábbi példákban már több szempontból leírtuk – alaposan felboríthatják a korábban kialakított viszonyokat, amivel jelentős mennyiségű konfliktus is együtt járhat. Átmenetileg szinte mindenki a változások veszteségének érezheti magát: az anya elveszíti korábbi mozgási szabadságát, már kialakított felnőtt szerepeit (a pénzkereső, a munkavállaló), a férj/apa elveszíti a párja figyelmének, törődésének, testi közelségének egy jelentős részét. Még az újszülött is elveszíti az anyaméh biztonságát és kényelmét, amit jó esetben „pótol” az újfajta kapcsolat lehetősége az anyával és a világgal.

A változásokhoz való alkalmazkodás módja és sikere nagyban múlik a szülők személyiségének, illetve kapcsolatuknak rugalmasságán. Nehezebb a dolga például annak a párnak, akik a gyermek érkezése előtt nagyon szoros kötelékben éltek egymással, ezért kevésbé elfogadható számukra az egymásra jutó figyelem csökkenése. Az újonnan jött családtagra riválisként is tekinthet egyik vagy másik szülő, és ezek az indulatok a szoptatás folyamatára is hatással lehetnek, hiszen az anya ekkor szoros testi közelségben időzik a babával, esetleg figyelmét és energiáját is kizárólag rá irányítja. Gondot okozhat az is, ha a pár nagyon lazán kapcsolódott egymáshoz, és nehezükre esik a babáról való gondoskodáshoz szükséges felelősségvállalás és szervezethez való megteremtése.

Fontos azonban tudni, hogy a változásokhoz való alkalmazkodás során gyakorlatilag elkerülhetetlenek a kisebb-nagyobb krízisek, konfliktusok. Nem a konfliktus maga a probléma, hanem az, ha ezeket nem képes a pár, a család konstruktívan kezelni és egy új, mindenki számára kielégítő és elfogadható egyensúlyi állapotot megteremtteni. A helyzettől függően ez történhet lassabban vagy gyorsabban, de mindenképpen szükséges hozzá az érintett családtagok aktív részvétele, elkötelezettsége és belső, pszichológiai munkája.

A tanácsadó és a családi rendszer

A laktációs tanácsadó alapvető „szerződése” a családdal nem a családi viszonyokkal való foglalkozásra, különösen nem azok megváltoztatására szól. Fontos azonban tudatosítania, hogy az anyán keresztül egy egész családdal kerül kapcsolatba. Ugyanis az egyéni tanácsadás is a rendszer határainak átlépését jelenti (pl. a lakásba való belépés már önmagában az). Bármi is a tanácsadó szándéka, a kliens (anya) részben az aktuális családi konstelláció szerint fog reagálni. A tanácsadó felfedezheti, hogy a család működésének egésze (család-rendszer) hatással lesz a munkájára, sőt egy kicsit maga is ennek a rendszernek a logikája szerint kezdhet el működni. Ezért a teljesség igénye nélkül felsorolunk néhány szempontot, amelyet érdemes átgondolni egy-egy tanácsadási helyzet során, vagy annak tanulságait feldolgozva.

- Hol csatlakozik a tanácsadó a családhoz: az anyához-gyermekéhez, vagy a párhoz, esetleg más családtagokkal kapcsolatba kerül-e?
- Mi a pozíciója a szoptató anyának a családban, mennyire van szüksége megerősítésre?
- Ki számít a családban a tanácsadóra mint szövetségesre, tekint-e rá valaki ellenfélként? A szövetségesi pozícióra szóló „meghívást” célszerű óvatosan kezelni – az egyoldalú (különösen a mély érzelmeket megmozgató) bevonódást el kell kerülni.
- A tanácsadó célja, hogy változást érjen el – de a változásra a rendszer reagálhat valamilyen mértékű ellenállással is (pl. kritikus férj, sógornő, nagymama stb.). Ezeket nem érdemes rosszul látként, vagy maradiságként tekinteni: a rendszer szintjén érdemes megérteni, hogy hol veszélyeztetheti az egyensúlyt a tanácsadó tevékenysége, mert akkor nagyobb eséllyel lehet megtalálni a mindenki számára elfogadható megoldásokat.
- Mire van felhatalmazása, kompetenciája a tanácsadónak? Szükséges-e terápiás, családterápiás segítség keresése? (részletesen ld. alább!)

A tanácsadó hatékony munkáját segíti továbbá, hogyha mind az egyéni tanácsadási helyzetben, mind a családi folyamatokkal kapcsolatban törekszik három fontos alapelv érvényesítésére. Ezáltal egyúttal támogatja a minden emberben meglévő alapvető pszichológiai szükségleteket is (*ld. öndeterminációs elmélet, Ryan és Deci, 2000*).

- Az autonómia elismerése és támogatása: az egyénnek, és a családnak is szüksége van a szabad döntésre, a befolyásolástól való mentességre, a (lehetőségekhez mérten) önálló felelősségvállalásra. Tanácsadási helyzetben fontos a nondirektivitás alapállása, a kliens, és a család saját kezdeményezéseinek, döntési szabadságának elismerése, választási lehetőségekben, alternatívákban való (elvárásmentes) gondolkodás; a kényszerítés, manipulálás kerülése.
- A kompetencia elismerése és támogatása: az egyénnek, és a családnak is szüksége van a hatékony, kompetens cselekvés élményére. Tanácsadási helyzetben fontos a megfelelő mennyiségű, kiegyensúlyozott információk biztosítása, megoldási lehetőségek bemutatása, tanítása (az autonóm választás lehetőségének biztosításával!), illetve a már meglévő erőfeszítések, megoldáskeresések pozitív értékelése, az erősségek kiemelése a hibáztatás vagy a nem működő megoldások hangsúlyozása helyett. Ez érvényes valamennyi családtagra: el kell ismerni valamennyiük képességét a segítségre, támogatni a szerepüknek megfelelő viselkedésmódokat, hozzáállást.
- Kapcsolódási igény elismerése és támogatása: az egyénnek, és a családnak is szüksége van az egyenrangú, bizalmon és elfogadáson alapuló kapcsolatokra. Tanácsadási helyzetben ezért alapvetően fontos a feltétlen tisztelet és elfogadás (még akkor is, ha nincs valakivel egyetértés valamilyen kérdésben), a törődés kifejezése és az érzések jogosságának elismerése (empátia gyakorlása) s az alapvető jóindulat feltételezése mindaddig, amíg valamilyen nyilvánvaló ellenérv nem szól ez ellen (azaz nem csak hallomás, vagy egyéb közvetett információk alapján).

A szoptatós időszak néhány speciális témája a rendszerszemléletű megközelítésben

1. Az anya életének változásai

A szülés körüli időkben az édesanya életének számos területén erőteljes változásokat él meg. Miközben figyelmének és energiájának legnagyobb részét az új babával való kapcsolatfelvétel köti le, körülötte átalakul egész tágabb kapcsolatrendszere is. Anyának, apának és a párkapcsolatnak is alkalmazkodnia kell az új gyermek teremtette új helyzethez, akár első, akár többedik gyermekről van szó. A szülőpár szüleivel (a nagyszülőkkel) való kapcsolatban is új fejezet kezdődik, de a szülők körül ebben az időszakban átalakulnak a baráti kapcsolatok is.

A következőkben felvetett témák az anya identitását, valamint a családi kapcsolatrendszerre érintő átalakulások nyomán jelennek meg az anya és a család életében. Akkor is érdemes számolni jelenlétükkel, ha elsősorban nem képezik részét az anya hozott laktációs problémájának, hiszen a szoptatással kapcsolatos cselekvési módok mögött gyakran más kapcsolatokat érintő érzések, aggodalmak, elvárások húzódnak. Például abban a döntésben, hogy alhat-e a kisbaba a szülői ágyban, szerepet játszhatnak az anya vágyai és félelmei, az apa reakciói, a párkapcsolat alakulásával kapcsolatos aggodalmak, az idősebb testvérek esetleges féltékenységének szempontja vagy a nagymama elvárásainak való megfelelés igénye.

Az anyává válás, az anyai szerep kialakítása is számos testi-lelki változáson keresztül zajlik, miközben a várandós vagy frissen szült nő törekszik énazonossága (identitása) megőrzésére is. A testi változásokhoz való alkalmazkodás, a hónapokon át napról-napra változó testformák elfogadása kihívást jelenthet az önértékelés megőrzése szempontjából is. A saját test megítélésében szerepet játszhatnak a családi hagyományok, a pártól jövő támogató vagy távolító visszajelzések és a tágabb társadalmi kontextus is. A tizenéves, éretlen női testformák idealizálása a médiában, ezen belül a „hivatalosan elfogadott” mellformától való eltérés megtapasztalása megnehezítheti, hogy a várandós, frissen szült vagy szoptató édesanya jó érzéssel tekintsen alakjára, jól érezze magát saját bőrében (*Rodriguez-Garcia és Frazier, 1995*).

Az anyai szerep kialakításában a tudatos döntéseken túl, nem tudatos módon is részt vesznek az anya családjának előző generációiban megélt anyai viselkedésminták, amelyek az új család létrejöttkor találkoznak az apa (és felmenőinek) kimondott és kimondatlan elvárásaival (*ld. Sallay, megjelenés alatt, Hrdy, 2000*).

Mivel mindezek az előzetes minták és elvárások a szoptatás mikéntjét, lehetséges körülményeit is érintik, bármilyen probléma vagy zavar esetén érdemes lehet arra is kitérni, hogy a szoptatásra vonatkozóan milyen elképzeléseket, fantáziákat hoztak magukkal a fiatal szülők eredeti családjaikból, és ezek hogyan befolyásolhatják a baba szoptatása körüli eseményeket.

2. A párkapcsolat változásai

A párkapcsolat a babatervezés idejétől átalakulásnak indul, majd a foganás, a várandósság, a szülés, a szoptatás időszaka mind újabb, erős változásokat hoznak, melyek érintik az addig kialakult női és férfi szerepeket és elvárásokat, a pár anyagi helyzetét, a figyelem, a testi-lelki energiák és az idő beosztását (*Morano Lower, 2005*). A kapcsolatrendszer átalakulásával az apává váló férfi is keresi új szerepét és helyét az új családban. Sokszor a szó szoros értelmében is, mint a már említett kérdés kapcsán: ha a gyakran szopó kisbaba az anyával alhat egy ágyban, azzal kiszorul-e a friss apa a hitvesi ágyból...

Az apává és anyává válás kihívásaival való megküzdésben nagy segítség, ha a pár tagjai képesek kölcsönösen elismerni egymás frissen formálódó kompetenciáit és hasonlóképpen saját kompetenciáikat. Tud-e bízni az apa abban, hogy párja képes ráatalálni a mellre tétel megfelelő formájára, és táplálni tudja féltett gyermekét? Rá tudja-e bízni jó szívvel az anya az apára adott esetben az esti fürdetést vagy „apás” játékot és ringatást? Észlelik-e a szülők, ha elismerésben van részük (egymástól vagy akár másoktól)?

A tanácsadó az anyai és apai kompetenciák elismerésén túl kihangosíthat és támogathat minden olyan megnyilatkozást, amiben az anya vagy az apa párja szülői hozzáértését dicséri.

A szexuális élet is újabb és újabb változásokon megy keresztül (*Trice-Black, 2010*). A szexuális együttlét helyett (átmenetileg) a gyengédség más formái válnak jobban elérhetővé, ezért jó, ha ez a csatorna is tud működni a szülőpár között. A szexuális élet változása igen különbözőképpen érintheti az anyát és az apát.

A szülés biológiai folyamata, a testet érő hatások és esetleges sérülések (pl. gátmetszés, császármetszés helye), valamint a szülés folyamatának lelki élménye erősen befolyásolja, hogy az anya a szülést követően mikor érez újra vágyat a szexuális együttlétre, testben-lélekben mikor tudja fogadni párja közeledését. Bár vannak anyák, akik szülésük után néhány héttel már tudnak örömteli szexuális életet élni, előfordulhat, hogy a szülésélmény negatív mozzanatai, illetve az esetleges beavatkozások testi és lelki következményei fél vagy egy évnél hosszabb időre is befolyásolják, hogy a gyengédség milyen módja esik jól az anyának. Ugyanakkor a szoptatás a hormonális folyamatokon és a szoptatással járó sok érintésen keresztül fizikai örömforrás is az anya számára. Ez a csecsemővel közös örömforrás, ami erősíti az anya-gyermek kapcsolatot és segít fenntartani a szoptatást, a kirekesztettség érzését keltheti az apában, különösen, ha emellett az apának az is gondot okoz, hogy az anya számára még nem jött el az ideje a klasszikus szexuális együttléteknek.

További nehézséget jelenthet, hogy a társadalmi elvárások a nőiességet sokszor szembeállítják az anyasággal, az anyaság minden testi megjelenésével és az anyákra jellemző viselkedésekkel, például a szoptatással. Ez a társadalmi felfogás nem segíti az anyát abban, hogy egyszerre érezhesse magát kompetens anyának és kompetens, értékes nőnek (*Trice-Black, 2010*). A családdá alakulás folyamata, a közös gondoskodás együttes élménye ugyanakkor új teret is nyit a kapcsolatban, az újfajta intimitás megélésével a pár közelebb kerülhet egymáshoz. Ennek is köszönhető, hogy sok szülő elégedettebb szexuális életével a gyermekszülés utáni időszakban (egy-két év elteltével), mint a gyermekvállalás előtt.

A családi tanácsadás alkalmai

- támogathatják az apát (ha jelen van), hogy hangot adhasson aggodalmainak, addig kimondatlan feltételezéseinek;
- segíthetnek a párnak igényeik, vágyaik és hiányaik megfogalmazásában;
- ha e kérdés felmerül, megerősíthetik az anyát abban, hogy saját testének jelzéseire hallgatva keresse a kapcsolatot párjával.

3. Társas támogatás

A frissen szült anyák, különösen az első gyermek szülése kapcsán, gyakran aggasztónak, szorongatónak érzik a megváltozott állapot visszafordíthatatlanságát: a most született babáról egy darabig az élet minden percében gondoskodni kell, a gyermek még hosszú évekig önállóan marad és a szülőkre támaszkodik, a vele való kapcsolat a gyermekkoron túl is eltörölhetetlenül megmarad. Ebben a helyzetben ezért alapvető kérdés mind a szoptatás sikerességével, mind pedig az anya, a baba és a család hosszú távú egészségével kapcsolatban, hogy vannak-e olyan támogató rendszerek, melyek kellő mértékben tehermentesítik az anyát testi- és lelkiileg is (*ld. Sallay, megjelenés alatt*).



A férj-apa szerepe az egyik lényeges pont. Tudjuk, hogy az apai és anyai viselkedések szabályozásában hasonló idegi-hormonális rendszerek vesznek részt, az anyák és apák sokszor hasonlóan reagálnak a gyermek jelzéseire, sőt az apákon olykor ún. *couvade-szindróma* figyelhető meg, azaz az anya várandósságával egy időben, az apában pszichés eredetű testi és lelki tünetek együttese jelenik meg (például étvágytalanság, hátfájás, szorongás vagy akár a pocakjuk megnövekedése; *Wynne-Edwards, 2001; Brennan, Ayers, Ahmed és Marshall-Lucette, 2007*).

Az apai viselkedést és az apa-gyermek kapcsolatot továbbá nemcsak a baba megjelenése és viselkedése befolyásolja, hanem annak módja is, ahogy anya és csecsemője viszonyulnak egymáshoz, pl. az, hogy milyen intenzív a kommunikáció az anya és az újszülött között (*Feldman és Eidelman, 2007*). Ez a rendszerfolyamatok cirkularitásának is egy jó példája: az anya viselkedését és anyai gondoskodásának intenzitását ugyanakkor jelentősen befolyásolja a számára elérhető társas támogatás. Az anyai és apai gondoskodás alakulása tehát csak a családi rendszer és a tágabb társas környezet összefüggéseiben érthető meg (*Hrdy, 2001*).

Ebből a szempontból a laktációs tanácsadó

- már pusztán jelenlétével is közvetíti azt az üzenetet, hogy az anya nem marad egyedül a babáért vállalt felelősség hordozása során, ebben a helyzetben igenis lehetséges támogatást, meghallgatást kapni, lehetséges közösen gondolkodni és cselekedni másokkal;
- a szülőkkel közösen feltérképezheti a család számára elérhető, potenciálisan támogatást és segítséget nyújtó családi és baráti kapcsolatokat (pl. ki tud időről-időre a nagyobb gyermekekkel foglalkozni, hogy az anya bizonyos időket kizárólag csecsemőjének szentelhessen);
- elismerheti a családtagok részéről már meglévő segítő próbálkozásokat;
- segíthet megtalálni azokat a további szakembereket, akikre az anyának vagy a családnak a sajátos helyzetben szüksége lehet (ld. alább is).

A laktációs tanácsadás kompetencia-határai, a továbbküldés lehetőségei

A gyermekvárás – szülés – szoptatás időszakának eseményei jelentős mértékben igénybe veszik, esetenként lemerítik a szülők és a párkapcsolat testi és érzelmi tartalékait. Azokban a családokban, ahol a szülők érzelmi stabilitása vagy kapcsolatuk teherbírása már a gyermekvárást megelőzően is gyengébb volt, vagy egyéb módon voltak sérülékenyek, a szülés körüli időben megbillenhet az addig fenntartott, törékeny egyensúly. Ilyenkor felszínre kerülhetnek az addig háttérben lévő kapcsolati vagy személyes konfliktusok, pl. ha a szülők között nem volt erős elköteleződés, ha nem várt baba érkezett, vagy ha az anya (esetleg az apa) erős gondoskodásbeli-érzelmi hiányokkal küzdött gyermekként (mert pl. ő maga volt nem várt gyermek, vagy szülei bármely más okból nem tudták megadni az elégséges gondoskodást).

A laktációs tanácsadó sokat segíthet ezekben a szoptatási helyzettel közvetlenül nem összefüggő kérdésekben is, de nem kell, és nem is szükséges azt gondolnia, hogy minden probléma megoldásáért ő a felelős. Ha tudatosítja a kompetenciája határait, akkor az őt is védi attól a nyomasztó, bénító érzéstől, hogy mindent neki kell megoldania.

Milyen problémák esetén érdemes a tanácsadónak arra gondolnia, hogy további segítséget keressen a családnak?

- A szoptatással kapcsolatos támogatás mellett sem csökken az aggodalom, az érzelmi stressz a szülőkben,
- tartós lehangoltság, örömtelenség, motivációvesztés, depresszió gyanúja merül fel,
- nehezen kezelhető, erős indulatok, bántalmazás vagy egyéb agresszió van jelen a családban,

- vagy más olyan tartós nehézséggel küzd a család, amelyek túlmutatnak a laktációs tanácsadás kompetenciahatárain.

Ha a laktációs tanácsadó ezeket tapasztalja, akkor a probléma jellegét felismerve (család)terápiás segítséget javasolhat a családnak vagy az érintett szülőnek. Jó, ha a tanácsadónak személyes kapcsolata is van a társszakmák felé, azaz ismer a környéken dolgozó pszichológust, egyéni és családterápiát vállaló szakembert, és a tanácsadás folyamán a családdal kialakult bizalmi kapcsolatban hitelesen tudja közvetíteni a terápiák nyújtotta lehetőségeket.

Végül a tanácsadó személyes lelki egészségének védelme érdekében érdemes utalni arra a valamennyi segítő kapcsolatban érvényes elvre, hogy ha a tanácsadás során saját magában tapasztal erős indulatokat, érzelmi bevonódást, vagy kifejezetten kényelmetlenül érzi magát a helyzetben, akkor vegyen igénybe szupervíziót, segítséget saját személyes érzelmi érintődései, élményei feldolgozásához (vö. *Pető, 1998*).

Irodalomjegyzék

1. Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H. és Marshall-Lucette, S. (2007) A critical review of the couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25, 173-189.
2. Feldman, R., Eidelman, A. I. (2007) Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: the role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology*, 49, 290-302.
3. Horváth-Szabó, K. (2007) A házasság és a család belső világa. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet – Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest
4. Hrdy, S. B. (2000) *Mother Nature*. Vintage, London
5. Hrdy, S. B. (2001) The past, present, and future of the human family. (online) http://www.tannerlectures.utah.edu/lectures/documents/Hrdy_02.pdf letöltve: 2008. 03.17.
6. Kurimay, T. (2000) A család rendszerelméleti megközelítése. in: Hamp, G., Kelemen, G. (szerk.) *A család*. pp 77-83. Balassi Kiadó – Magyar Pax Romana, Budapest. Interneten is elérhető változata (letöltés: 2011. 11. 13.) www.magypaxromana.hu/kiadvanyok/csalad/kurimay.htm
7. Morano Lower, L. (2005) Couples with Young Children. In Harway. M. (Ed.) *Handbook of Couples Therapy* (pp. 44-60.) London: Wiley.
8. Pető, Cs. (1998) És ki segít a segítőnek? *Család, gyermek, ifjúság*, 3, 12-16.
9. Ryan, R. M. Deci, E. L. (2000). The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept. *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.
10. Rodriguez-Garcia, R., Frazier, L. (1995) Cultural Paradoxes Relating to Sexuality and Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11, 111-115. doi: 10.1177/089033449501100215
11. Sallay V. (megjelenés alatt) Az utódgondozás motivációja. In Bányai É., Varga K. (szerk.) *Affektív pszichológia. Az emberi késztetések és érzelmek világa*. Medicina, Budapest
12. Trice-Black, S. (2010) Perceptions of Women's Sexuality Within the Context of Motherhood. *The Family Journal*, 18, 154-162. doi: 10.1177/1066480710364130
13. Wynne-Edwards, K. E. (2001) Hormonal changes in mammalian fathers. *Hormones and Behavior*, 40, 139-145.

Tesztkérdések:

1. Melyik felsorolás tartalmaz **KIZÁRÓLAG** olyan fogalmakat, melyeket a családi rendszer működésének leírására használhatunk?
 - a) Cirkuláris okság, a kompetencia szükséglete, a változás elve.
 - b) Egyirányú okság, az autonómia elve, családi pozíciók.
 - c) A rendszer határai, alrendszerek, cirkuláris okság.
 - d) Homeosztázis, az elismerés elve, generációs különbségek.
2. Melyik állítás **NEM IGAZ** egy családi működésnek, jelenségnek a körkörös, cirkuláris okság alapján való értelmezésére?
 - a) A cél annak a megértése, hogy hogyan történik valami.
 - b) Fontos az egyéni felelősség megállapítása is.
 - c) A jelenségeket leíró szabályokat keressük.
 - d) Az első kiváltó ok keresése nem jelentős.
3. Melyik állítás **IGAZ** az alábbiak közül?

Ha a tanácsadó őszintén elismeri a családtagok erőfeszítéseit a szoptatás körüli nehézségek megoldásában, akkor ezzel...

 - a) ... támogatja a családtagok kompetencia-érzését.
 - b) ... átveszi a felelősséget a családtól és csökkenti az autonómia iránti igényüket.
 - c) Mindkét fenti állítás egyszerre igaz.
 - d) Egyik fenti állítás sem igaz.
4. Melyik állítás **IGAZ**?
 - a) Az anya testi változásai a várandósság és a szülés során segítenek megőrizni identitását.
 - b) Az anya önértékelésének alakulása kizárólag párja hozzáállásától függ.
 - c) Az anyai szerep kialakítása teljes mértékben az anya által irányított, tudatos folyamat.
 - d) Az anyai szerep kialakítására hatással vannak az anya gyermekkori tapasztalatai.
5. Melyik állítás **HAMIS**?
 - a) Az anyai és apai viselkedések szabályozásában nagyon különböző idegi-hormonális rendszerek vesznek részt.
 - b) Anyák és apák sokszor hasonlóan reagálnak a csecsemő viselkedésére.
 - c) Elképzelhető, hogy az anya várandósságával egyidőben és azzal összefüggésben az apának gerincpanaszai lesznek.
 - d) Az apa-gyermek kapcsolat intenzitása nem független az anya-gyermek kapcsolat alakulásától.

Szoptatástámogatás és mentálhigiéné

Dr. Török Szabolcs

Bevezetés

Az élet kezdete és az élet vége, a születés és a meghalás között párhuzamokat találhatunk. Napjainkban mindkettő többnyire kórházi körülmények között történik, ugyanakkor egyre nyilvánvalóbb, hogy az esetlegesen szükséges orvosi, egészségügyi vonatkozású teendők, feladatok mellett mennyire jelentősek a „beteg” (vagy inkább nevezzük így: haldokló, idős, várandós, újszülött) egyéb, nem szorosan egészségügyi vonatkozású igényei. Az élet kezdetén és végén egyszerre vannak jelen az orvosi, egészségügyi szempontból fontosnak tartható teendők, és a nem szorosan véve ebbe a kategóriába sorolható, de szintén fontos szempontok.

A születés, az első életévek, külvilághoz való alkalmazkodás nem csak biológiai folyamat, hanem a személyiség születésének és fejlődésének is egy kitüntetetten fontos időszaka. Az újszülött, a fiatal csecsemő, a kisgyermek táplálása túlmutat annak biológiai folyamatain, a bevitt tápanyag összetételének fontosságán, a táplálék biológiai, testi fejlődésre gyakorolt fizikai hatásain.

Az alábbi rövid témakifejtés során – a teljesség igénye nélkül – a szoptatásnak egy-egy aspektusát kívánom elemezni, kitérve nemcsak a gyermekek, de az édesanyák lelki egészségére is. Mindezek előtt azonban fontos a címben szereplő másik fogalom, a mentálhigiéné fogalmi tisztázása is.

A mentálhigiéné fogalma

A mentálhigiéné a lelki egészségvédelem tudománya és szervezett gyakorlata, mely mind az egyént, mind a közösséget érinti: a lelkileg egészséges személyiség kialakítására, valamint a társadalom egészséges működésmódjára irányuló erőfeszítések közös elnevezése (*Tomcsányi, 2002*). Legszűkebb értelemben a különböző mentális problémák kifejlődésének megelőzését értjük rajta. Napi gyakorlata túlhaladja a terápiás, illetve személyiségfejlesztő eljárások illetékességi körét, mert része minden olyan humán tudományok által végzett tevékenység, program, módszer és törekvés, amelyek révén közvetve vagy közvetlenül csökkenhet a különböző lelki gyökerű (mentális) problémák kialakulása. Elméletének középpontjában, a humán tudományok ismereteit integráló, holisztikus emberkép, valamint a megfelelően demokratizált struktúrájú közösségek és intézmények állnak (*Török, 2010*). A szoptatástámogatás, mint a későbbiekben látni fogjuk, nemcsak a testi, de a lelki egészség szemszögéből tekintve is primer prevenció célkat szolgálhat, megteremtve ezzel a két, címben szereplő fogalom közötti kapcsolatot.

A szoptatás biológiai előnyei, kapcsolat a lelki egészséggel

Az amerikai Egészségügyi Minisztérium (U.S. Department of Health & Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality) közelmúltban megjelent hivatalos jelentése alapján (*Ip, 2007*), mely során több mint 9000 olyan közlemény meta-analízisét végezték el, melyekben a szoptatás, illetve tápszeres táplálás hatásait vizsgálták, az alábbi, a témánk szempontjából releváns adatok emelhetők ki:

A szoptatott csecsemők körében jelentősen csökken a légzőszervi betegségek miatt szükségessé váló kórházi kezelés: 4 hónapig történő kizárólagos szoptatás esetén, 1 éves korig, a kórházi felvételek száma 72%-kal csökken. A nem specifikus gyomor bérendszeri gyulladások gyakorisága, és az ezek miatt szükségessé váló kórházi felvételek száma a szoptatott csecsemők körében szintén jelentős, 64%-os csökkenést mutat (*Ip, 2007*).

Csökken a középfülgyulladás gyakorisága is a szoptatás mellett: a 3 hónapig kizárólag szoptatottakat a kizárólag tápszerrel tápláltakal összevetve, az otitis media gyakorisága 50%-kal csökken. Ritkábban fordul elő továbbá: az asztma – a legalább 3 hónapig szoptatottaknál 72%-os csökkenés; az atópiás dermatitis – nagy kockázatú családokban a legalább 3 hónapig kizárólag szoptatottaknál 42%-os csökkenés; az elhízás – minden szoptatott hónappal 4%-os csökkenés; és a diabétesz – a II-es típusú diabétesz a későbbi életkorokban a szoptatottaknál 39%-kal ritkább. A gyermekkori leukémia előfordulását is ritkábbnak találták a szoptatott gyermekek körében: az akut limfoid leukémia (ALL) incidenciája a legalább 6 hónapos korig szoptatottaknál 19%-kal, az akut mieloid leukémia (AML) incidenciája 15%-kal csökken (*Ip, 2007*). Megjegyzendő, hogy csak a fejlett országok köréből származó adatokat dolgozták fel ebben a vizsgálatban, tehát jó közelítéssel tarthatjuk irányadónak a fenti számokat hazánkra nézve is.

Az idézett, fenti, nagy elemszámú meta-analízis mellett számos közlemény adatait idézhetnénk arra vonatkozóan, hogy miként csökkenti a betegségek, és ennek megfelelően a szükségessé váló kórházi kezelések számát az anyatejes táplálás. A lelki egészség szempontjából mindezek közül leginkább azt az aspektust emelhetjük ki, hogy ha a szoptatás révén csökkenthető a kora gyerekkori kórházi felvételek száma, akkor zavartalanabb lehet az anya-gyerek kapcsolat ebben az igen érzékeny életszakaszban. Ma már szerencsére egyre ritkább az anyja után vigasztalhatatlanul síró kisgyermekek látványa kórházi osztályokon, a szoptatott babák szülővel közösen történő elhelyezésének, és a lelki szempontokra nagyobb figyelmet fordító orvosi ellátásnak köszönhetően.

A csecsemő és gyermekkori betegségek (főként a súlyos, vagy krónikus betegségek) a szülőkre is terhet rónak, és bár az ennek kapcsán megélt potenciális krízisidőszakok éppúgy lehetnek megerősítő, új megküzdési módokat előhívó, a személyiséget érlelő hatásúak, mégis, túlzott tehertétel esetén, vagy krónikus stressz-forrássá válva, a lelki egyensúly megbillenéséhez is vezethetnek. Ez mind az egyén, mind a családi rendszerek szintjén értelmezhető. A kisgyermekes családi életciklusban ezek a járulékos krízisek házastársi krízishez, nem egyszer a házasságok felbomlásához is elvezethetnek súlyosabb, krónikus betegségek felléptekor.

A csecsemő, kisgyermek krónikus betegsége az anya lelki egészségét is befolyásolja, mely aztán visszahathat a gyermek egészségi állapotára is. Egy vizsgálatban azt találták, hogy ha a szülők úgy érezték, hogy semmit nem tudnak tenni kisgyerekekük egészségének javulása érdekében, vagy ha a beteg kisgyerekről való gondoskodásról úgy érezték, hogy az meghaladja az erejüket, akkor a gyermekeknél szignifikánsan több visszaesés volt tapasztalható, és hosszabb kórházi kezelést igényeltek. Ez a kapcsolat akkor is fennállt, ha az egyéb változókat (a gyermek betegségének súlyossága, gyógyszerelés, a gyermek kora stb.) kizárták (*Chen, 2003*). A szoptatás segíthet kivédeni ezt a hatást: egyrészt azáltal, hogy csökkenti a krónikus betegségek előfordulási gyakoriságát, másrészt hogy olyan hatékony megküzdési eszközt ad a krónikus beteg gyermek édesanyjának kezébe, ami lehetővé teszi, hogy a szülő aktív részt vállaljon a gyermek kezelésében, gyógyulásának folyamatában, vagy állapotának szinten tartásában.

A csecsemőként vagy kisgyermekként elszenvedett szeparációs élmények az érzelmi élet alakulására, a személyiség fejlődésére is jelentős hatással lehetnek. Ilyen jellegű, hosszabb kórházi bennfekvést kísérő, traumatikusnak megélt élmények felidézésével gyakran találkozhatunk önismereti vagy terápiás csoportokban, egyéni tanácsadási vagy terápiás helyzetekben, sok esetben a jelen életvezetés hétköznapi nehézségeivel összefüggésben. (Elméleti háttérként utalhatunk itt *Spitz (1946)*, *Erickson (1963)*, *Bowlby (1973)*, *Riemann (1990)* munkásságára, illetve megfigyeléseire.)

Szoptatás és intelligencia

Számos vizsgálat és meta-analízis tanúsága szerint, összefüggés mutatható ki az anyatejes táplálás és a jobb iskolai eredmények, magasabb intelligencia, kevesebb tanulási nehézség között. Ezt erősítette meg a 2007-ben kiadott, a szoptatás hosszú távú hatásait elemző WHO közlemény is a témában (Horta, 2007). Mindezen eredmények heves szakmai és módszertani vitákat eredményeztek az elmúlt évtizedekben, melyek taglalása meghaladná jelen írásunk kereteit, így itt csak utalunk ezekre az eredményekre, illetve vitákra. Az mindenesetre könnyen belátható, hogy a fenti tényezők is kölcsönhatásban állhatnak a gyermekek pszichés fejlődésével, a kortárs csoportba való beilleszkedés sikerességével, és ezáltal rizikótényezőként szerepelhetnek másodlagos mentális és viselkedési zavarok kialakulásában.

Szoptatás és gyermekkori viselkedési zavarok

A tekintélyes *Journal of Pediatrics* hasábjain jelent meg a közelmúltban Oddy és munkatársainak (Oddy, 2010) egy nagy elemszámú prospektív vizsgálatról szóló tanulmánya, melyben a gyermekek és serdülők lelki egészségének, illetve magatartásának a szoptatással való összefüggéseit vizsgálták, 14 év követési idő áttekintésével.

A vizsgálat célja az volt, hogy az egyéb (az eredményeket torzító, zavaró) faktorok kizárása mellett megállapítsák, hogy tulajdonítható-e a szoptatásnak más faktoroktól független, statisztikai módszerekkel kimutatható, önálló hatása a gyermekek és serdülők lelki egészségére. A Nyugat-Ausztráliában végzett, 2900 várandós édesanyát bevonó vizsgálat során azt találták, hogy a rövidebb ideig tartó szoptatás (6 hónapnál rövidebb ideig tartó szoptatás, beleértve azokat is, akik egyáltalán nem kaptak anyatejet) önálló rizikófaktorként azonosítható a gyermekkori viselkedési problémák kialakulása szempontjából, szemben a hosszabb ideig tartó (6 hónapos kornál hosszabb ideig tartó) szoptatási gyakorlattal szemben.

A viselkedési zavarok megítélésére a széles körben használt CBCL kérdőív (Child Behaviour Checklist, Gyermekviselkedési Kérdőív; Achenbach, 1991; Gádoros, 1996) öt időpontban történő felvétele szolgált (2, 6, 8, 10 és 14 éves korban). Ismételten kiemelendő, hogy ebben a vizsgálatban külön figyelmet fordítottak arra, hogy az eredmények elemzésekor kiszűrjék a zavaró tényezők (confounder variables) potenciális torzító hatását, és így a szoptatás időtartamának, mint független változónak a hatását mérhessék. Ugyancsak a vizsgálat erősségeként említhető, hogy egy longitudinális, prospektív, kohorsz vizsgálatról van szó, amelyben egy nagy elemszámú (n=2900) csoport vett részt. Mindezek figyelembevételével a fentebb részletezett eredmények még figyelemreméltóbbak.



Szoptatás és abúzus, elhanyagolás

Az Amerikai Gyermekgyógyász Társaság (American Academy of Pediatrics) lapjában, a *Pediatrics*-ban megjelent egyik friss közlemény (*Strathearn, 2009*) arról számol be, hogy a rossz anyai bánásmód (különösen is az anyai elhanyagolás) és a szoptatás időtartama között direkt, más tényezőktől független összefüggést mutatható ki, a szoptatás védő faktorként azonosítható az anyai rossz bánásmód és elhanyagolás vonatkozásában. Ez az összefüggés függetlennek mutatkozott az alábbi, kiszűrt, az eredményeket potenciálisan befolyásoló faktoroktól: szociodemográfiai faktorok (anyai életkor, az anya iskolázottsága, életállapota, rasszhoz tartozása, foglalkoztatási státusz a családban); a terhesség kívánatos, vagy nem kívánatos volta; terhesség alatti szerhasználat; foglalkoztatási státusz a szülés utáni időszakban; a csecsemő ellátásával kapcsolatos szülői attitűd paraméterei; szorongásos vagy depresszív tünetek jelenléte; a csecsemőre vonatkozó faktorok (nem, érettség, intenzív osztályos ellátás, anya-gyerek szeparáció ténye és időtartama).

A vizsgálat több mint 7000 anya-gyerek páros prospektív megfigyelésével történt. A vizsgálatban rossz bánásmódon az elhanyagolást, illetve a fizikai vagy érzelmi abúzust értették, és azokat az eseteket minősítették így, ahol erre konkrét, hivatalos gyermekvédelmi intézkedés, illetve feljegyzés utalt.

Az anyai rossz bánásmód esélye fordított összefüggést mutatott a szoptatás időtartamával: a nem szoptatott csecsemők esélye 4,8-szor magasabb volt arra nézve, hogy rossz anyai bánásmódban részesülnek, mint azok körében, akiket legalább 4 hónapos korukig szoptattak. A potenciálisan zavaró környezeti tényezőkre való korrekciót követően azt az eredményt kapták, hogy a nem szoptatott csecsemők az anyai rossz bánásmód terén 2,6-szor magasabb kockázattal bírtak.

A szoptatás és a nem-anyai (apai, mostohaszülői, más rokontól, vagy más személytől elszenvedett) rossz bánásmód között azonban nem volt kimutatható összefüggés. Ez más szavakkal azt jelenti, hogy míg az anyai rossz bánásmód terén csökkenés mutatkozott a szoptatás mellett, ez a más személytől elszenvedett (nem-anyai) rossz bánásmódot nem befolyásolta. Mindezek alapján azzal a feltételezéssel élhetünk, hogy a szoptatás protektív szerepének kialakulásában a szoptatás révén létrejövő „másféle” anya-gyermek kapcsolatnak van szerepe, és ez független az egyéb környezeti tényezőktől (ezért is nem volt hatással az egyéb irányból elszenvedett rossz bánásmódokra, mivel azok vélhetően több környezeti tényezővel is összefüggést mutatnak).

Szoptatás és a szoptató anyák lelki egészsége

A szoptatás során bekövetkező hormonális változásokra, azok stressz-csökkentő, nyugtató hatására, illetve a szoptatás révén is kialakuló és erősödő anyai kötődésre vonatkozóan utalunk jelen jegyzetünk más fejezeteire, dr. *Varga Katalin* és *Csóka Szilvia* írásaira, ezeket a mechanizmusokat itt csak a teljesség kedvéért említjük meg. Inkább kiemelünk néhány olyan további aspektust, amely a – gyermekek lelki egészségének tárgyalása után – a szoptató anyák lelki egészségének elemzésére irányul.

Az anyai posztpartum depresszió szempontjából kockázati tényezőként tartják számon a szoptatás korai abbahagyását, illetve a nem-szoptatás tényét (*Ip, 2007; Kendall-Tackett, 2010*). A kezeletlen anyai depresszió a csecsemő, kisgyermek lelki fejlődésére is hatással van. A depressziós anyák gyermekeinél gyakrabban fordultak elő olyan zavarok, mint az alacsony önértékelés, magatartászavarok, szerhasználat, mentális betegségek. A szoptatás során megvalósuló odafordulás és testközelség képes csökkenteni a depresszió azon hatásait, amelyek ezeknek a rendellenességeknek a kialakulásához vezethetnek (*Kendall-Tackett, 2010*).

Egy közelmúltban végzett vizsgálat tanulsága szerint a szoptatás pozitív hatással van az anyai kompetenciaérzés kialakulására (*Tarkka, 2003*). Későbbi vizsgálati eredmények pedig azt igazolták, hogy a szoptatás és a válaszkész gondoskodás a családi kapcsolatok egészére is pozitív hatással van (*Epstein-Gilboa, 2010*). A szoptatással megvalósuló gondoskodás, a csecsemő igényeire való odafigyelés, más családtagokkal kapcsolatban is megjelenik, és a családi kommunikáció egészére is pozitívan hat. A szülők a szoptatott kisbabára, kisgyerekre való odafigyelés által a többi gyermek és egymás szükségleteit is hatékonyabban tudják fölismerni és kielégíteni (*Epstein-Gilboa, 2010*).

A lelki egészség mellett gazdasági megfontolásból is figyelemre méltó az a megfigyelés, hogy a szoptató anyák kevesebbet hiányoznak munkahelyükről, a munkával való megelégedettségükre és munkahelyi produktivitásukra pedig pozitív hatással van az, hogy gyermeküket szoptatják / szoptathatják (*Lawrence, 2011*).

Összefoglalás

Az egészséges életkezdet a jelenlegi hazai népegészségügyi programoknak hangsúlyos pontja. Az anyatejes táplálás számos pozitív biológiai hatása az anya és gyermek egészségére népegészségügyi szempontból is jelentős. Ugyanakkor a szoptatásnak nemcsak biológiai értelemben van primer prevenció, egészségmegőrző hatása, de feltehetően ugyanilyen jelentős hatással bír a lelki egészség, a szellemi fejlődés vonatkozásában is. E paraméterek vélhetően a biológiai egészséghez hasonló fontossággal bírnak a gyermekeket nevelő családok számára, ezért fontos lenne mind szélesebb körű megismerésük, tudományos igényű vizsgálatuk.

Irodalomjegyzék

1. Achenbach TM. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 profile. University of Vermont Department of Psychiatry, Bd: Burlington, VT.
2. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.
3. Chen E, Bloomberg GR, Fisher EB, Strunk EC (2003): Predictors of repeat hospitalizations in children with asthma: The role of psychosocial and socioenvironmental factors. *Health Psychology*. 22:12-18.
4. Epstein-Gilboa K (2009): Interaction and Relationships in Breastfeeding Families. Hale Publishing.
5. Erikson, EH (1963). *Childhood and Society*, Norton, New York.
6. Gádos J. (1996): Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata gyermek viselkedési kérdőív alkalmazásával. *Psychiatria Hungarica*. 11(2):147-166.
7. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victora C (2007): Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization.
URL: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595230/en/index.html (2011.11.13.)
8. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. (2007): Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf> (2011.11.13.)
9. Kendall-Tackett K (2010): *Depression in New Mothers*. 2nd edition. Routledge.
10. Lawrence RA, Lawrence RM (2011): *Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession*. Elsevier.
11. Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, Silburn SR, Zubrick SR, Landau LI, Stanley FJ (2010): The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *Journal of Pediatrics*. 156(4):568-74.
12. Riemann F (1990). *Grundformen der Angst*. München: Ernst-Reinhardt-Verlag.
13. Strathearn L, Mamun A, Najman JM, O'Callaghan MJ (2009): Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics* 123:483.
14. Spitz RA, Wolf KM, (1946): Anaclitic Depression - An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*. 2:313-342.
15. Tarkka M (2003): Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*. 41(3):233–240.
16. Tomcsányi T (2002): *Mentálhigiénés képzés a Semmelweis Egyetemen*. Budapest. Animula. p. 22.
17. Török Sz, Tomcsányi T, Calin M (2010): *Mentálhigiénés és szervezetfejlesztő szakirányú továbbképzési szak programja*. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, 2010.
URL: http://www.mental.usn.hu/mellekletek/mh_10_12_prog.pdf (2011.11.13.)

Tesztkérdések

1. Az alábbi gyermekkori megbetegedések közül melyik NEM RITKÁBB a legalább három hónapos korukig szoptatott gyermekek körében?
 - a) asztma
 - b) pitvari szeptum defektus
 - c) középfülgyulladás
 - d) leukémia
2. Az alábbiak közül melyik paraméter tekintetében igazolódott tudományos vizsgálatokban a szoptatással való pozitív összefüggés?
 - a) gyermekkori viselkedési zavarok alacsonyabb előfordulási gyakorisága
 - b) anyai részről elszenvedett elhanyagolás kisebb mértékű előfordulása
 - c) későbbi mérhető magasabb intelligencia hányados
 - d) mindhárom fenti paraméter
3. Az anyai posztpartum depresszió szempontjából kockázati tényezőként tartható számon:
 - a) a szoptatás korai abbahagyása
 - b) a nem-szoptatás ténye
 - c) mindkettő
 - d) egyik sem
4. Egyes vizsgálati eredmények alapján, az alábbi paraméterek melyikére NINCS kimutatható, kedvező hatással a szoptatás?
 - a) az anyai kompetenciaérzés kialakulására
 - b) a nem az anyától elszenvedett rossz bánásmód előfordulási gyakoriságára
 - c) a családi kapcsolatok egészére
 - d) a munkahelyi hiányzások számára
5. Az alábbi állítások melyike NEM igaz?
 - a) Ha a szoptatás révén csökkenthető a kora gyerekkori kórházi felvételek száma, akkor ennek köszönhetően zavartalanabb lehet az anya-gyerek kapcsolat ebben az igen érzékeny életszakaszban.
 - b) A szoptatásnak nemcsak biológiai értelemben van primer prevenció, egészségmegőrző hatása, de feltehetően ugyanilyen jelentős hatással bír a lelki egészség, a szellemi fejlődés vonatkozásában is.
 - c) Az anyák munkahelyi produktívására pozitív hatással lehet, ha gyermeküket szoptathatják.
 - d) A szoptatott csecsemők körében a légzőszervi betegségek miatt szükségessé váló kórházi kezelések száma nem csökken jelentősen.

A TANÁCSADÁS PSZICHOLÓGIÁJA ÉS PEDAGÓGIÁJA

A laktációs tanácsadás sajátosságai

Schneiderné Diószegi Eszter

Tanácsadás és javaslattétel kontra információmegosztás és támogatás

A hagyományos egészségügyi képzés arra készíti fel a szakembert, hogy a jelentkező problémákra gyors és hathatós megoldást tudjon kínálni. A klasszikus helyzetben a segítőre (pl. orvos, nővér, védőnő) több irányból is nehezedik a felelősség. Egyrészt teljes egészében átveszi a problémáért érzett felelősséget, így az ő feladatává válik a probléma megoldása. Ezáltal a kliens végrehajtó szerepbe kerül, az ő feladata mindössze a segítő által adott utasítások kivitelezése. Ez a felállás megnehezíti azt, hogy a kliens szempontjai bekerülhessenek a megoldás megtervezésébe, vagyis másrésztől maga a megoldás és a hozzá vezető út is a segítő felelősségévé válik. Ez burkoltan azon a feltételezésen alapul, hogy az egyes problémáknak létezik EGY jó megoldása, amelyet a segítő birtokol.

Ehhez képest a laktációs tanácsadás kicsit eltérő célokat fogalmaz meg. A kliens itt az anyacsecsemő diád. Fontos, hogy az egyes problémák mögött (pl. kevés a tej, cumizavar, mellgyulladás, éjszakai ébredések) meglássuk a konkrét szereplőket és az ő speciális helyzetüket.

A sikeres szoptatás három összetevője: elhatározás, információ, támogatás. **A laktációs szaktanácsadó helyes információkat tud közvetíteni, és támogatni tudja az anyát, de nem felelős az anya elhatározásáért.**

A problémamegoldó megközelítés az utasításokra és a tanácsadásra, javaslattételre épül. Ilyenkor a felelősség nagyrészt a tanácsadóé. Ha az anya sikerrel alkalmazza a tanácsot, akkor is a tanácsadónak tulajdoníthatja a kreditet, és saját magát inkompetensnek érezheti. Ha nem válik be a tanács, vagy az anya nem tudja azt alkalmazni, akkor elveszítheti bizalmát a tanácsadóban, és többé nem fog hozzá segítségért fordulni (*La Leche League, 2003/a*). Bár időnként a tanácsadás, javaslattétel is szerepet kaphat (pl. ha egy mellgyulladás vagy egy gyarapodásban elmaradó kisbaba esetén javasoljuk orvos felkeresését), a laktációs segítségnyújtásban az információmegosztás a fő szerep, ami lehetővé teszi, hogy az anya informált döntést tudjon hozni. **Az információmegosztás jelentősége, hogy az anyát hatalmazzuk föl a döntés meghozatalára a megfelelő információk birtokában.**

Ha az anya hozhatja meg a döntést, akkor kompetensnek érezheti magát saját helyzetében. Nagyon fontos azt megerősítenünk, hogy saját helyzetének és csecsemőjének legjobb ismerője az anya. Előfordulhat, hogy az anya nincs fölkészülve rá, hogy felelősen döntsön, szeretné, ha ezt a tanácsadó tenné meg helyette. Frissen szülővé válva olykor riasztó lehet a felelősség egy másik életért, főképp, hogy nagyon nagy a nyomás az anyákon, hogy mindent jól, sőt, tökéletesen csináljanak. Ilyen szituációban is fontos, hogy az anya megélje, hogy a felelősség az övé, de döntésében nincs magára hagyva, védett környezetben van, a tanácsadó támogatja és elfogadja.

Ahhoz, hogy az anya kompetenciáját támogatni tudjuk, kísérhessük őt a megoldás felé vezető úton, lényeges, hogy az adott anya-kisbaba páros és helyzet összetevői megjelenhessenek a tanácsadás folyamán.

Konkrét példát véve alapul, tételezzük föl, hogy egy anya azért kér segítséget, mert két hónapos kisbabája nyugtalanra vált a mellen, szopás közben tépkedi, rángatja a mellet, majd sírni kezd. A kikérdezés során arra a következtetésre jutunk, hogy a kisbaba cumizavaros lett a nyugtatócumitól, amit használnak. Ha a tanácsadási, javaslattevési megközelítést alkalmaznánk, akkor egyszerűen azt javasolnánk az anyának, hogy hagyja el a nyugtatócumit, tegye gyakrabban mellre a kisbabát, és meg fog oldódni a probléma. De ha nem vesszük figyelembe a háttérben ható tényezőket, az anya motivációit, akkor az anya nagy valószínűséggel nem fog tudni eleget tenni az utasításnak. A tanácsadó könnyen az anya noncompliance (nem együttműködő) viselkedésének tudhatja be a kudarcot, és nem gondol arra, hogy az anya eredeti problémáját nem címezte meg. Sokféle motiváció húzódhat meg annak háttérében, hogy egy édesanya cumit ad a kisbabájának.

Néhány példa a teljesség igénye nélkül:

- Hasfájós a kisbaba, a cumizással meg tudott nyugodni a hasfájásnak gondolt időszakokban.
- A kisbaba túl sokat gyarapodott, az anya azt a tanácsot kapta, hogy húzza ki az időt két etetés (szoptatás) között. Mivel nem szerette volna sírni hagyni a kisbabáját, cumit adott neki.
- A kisbabának sérve van, az anyának a lelkére kötötték, hogy semmiképp nem sírhat.
- Az anya melle kisebesedett, a komfortszopás pótlására adott cumit a kisbabának.
- Az anya azt az információt kapta, hogy ha nem ad cumit a kisbabának, akkor az ujját fogja szopni, és a cumit mégiscsak könnyebb elvenni tőle, mint az ujját.
- A kórházban ajánlották a cumihasználatot, mert azt mondták, hogy a kisbabának „különösen nagy a szopásigénye”.
- A koraszülött-osztályon kapta a kisbaba a cumit, amikor az inkubátorban, az anyától elszeparálva feküdt, és hazatérve is folytatták a használatát.
- A kisbaba elaltatásához használja a cumit az anya, mert azt mondták neki, hogy nagyon káros, ha a csecsemő rászokik a mellen való elalvásra.

Beláthatjuk, hogy ez a sokféle, az anya részéről a háttérben ható aggodalom, szorongás, téves információ mind-mind különböző megközelítést igényelhet. Lényeges, hogy a felszíni problémán kívül az anya szempontjai is bekerüljenek a tanácsadási helyzetbe, mert csak így tudjuk azokat hatékonyan kezelni.

Hogyan hozhatók be az anya szempontjai a tanácsadási helyzetbe?

Különböző technikák segíthetnek abban, hogy az anya szempontjait minél inkább megismerjük.

A laktációs segítségnyújtás során az egyik legfontosabb az **anamnéziszfelvétel**, a részletes kikérdezés. Általában amikor az anya beszámol a problémájáról, kezd kialakulni a fejünkben egy kép a lehetséges okokról. Lényeges azonban, hogy ne „ugorjunk rá” a feltételezett okra, mert nagyon sok minden más is lehet a háttérben, ami elsőre rejtve maradt (pl. a tünetek utalhatnak cumizavarra, de kiderülhet, hogy a kisbaba emellett refluxos is, ez is akadályozhatja őt a hatékony szopásban).

A gyakorlattal mindenkinek kialakul egyfajta kérdezési stratégiája: mik a legfontosabb kérdések, miket érdemes föltenni. Egy előre megírt anamnézises kérdéssor jó vezérfonalat nyújthat. Ez a kérdéssor idővel folyton bővül, változik a gyakorlat és a személyiség tükrében. Fontos lehet az anya szóhasználata, problémaleírása, ez is információt szolgáltat az anya szempontjairól.

A háttér feltérképezése teszi lehetővé, hogy célzott információval tudjunk szolgálni, vagyis rendkívül fontos, hogy mielőtt bármi konkrétumot mondanánk, **kérdezzünk!** A segítőben esetleg aggodalom ébredhet, hogy az anya segítség helyett elsőre további kérdéseket kap, de valójában az anyának is jó és fontos tapasztalás, hogy valaki nemcsak a problémáját látja, hanem az egész történetre kíváncsi.

Az anyával folytatott beszélgetés során érdemes az **értő/aktív figyelem** technikáját alkalmazni. Az aktív figyelem egy gyakorlással elsajátítható kommunikációs készség, melynek lényege, hogy a hallgató önmagát a háttérbe helyezi, ezzel lehetővé teszi, hogy a beszélő szempontjai és érzései kibontakozhassanak (*La Leche League, 2003/a*). Fontos elemei az empátikus, elfogadó megközelítés, a fókuszálás és a visszatükrözés (*ILCA, 2007*).

Az **empátikus megközelítés** azt jelenti, hogy az anya helyzetét, érzéseit megértjük és elfogadjuk. Sokszor a tanácsadási helyzetben megélt elfogadás segíti az anyát abban, hogy a gyermekét és gyermekének szükségleteit is el tudja fogadni. Hosszú távon nem lehet válaszkészen és igény szerint gondolni egy kisbabát, ha az anya a saját igényeivel nincs tisztában, azokat nem tudja felismerni. Az elfogadás nem azt jelenti, hogy az anya megoldásával, szemléletével teljesen azonosulunk, azt mindenáron helyeseljük, hanem azt, hogy elfogadjuk, hogy az anya az adott helyzetben, ismeretekkel, előtörténettel egy adott megoldási kísérlettel állt elő, és semmiképpen nem ítélkezünk fölötte. Az elfogadás talaján jöhet létre a változtatás is.

A **fókuszálás** a lényeges tartalmak, a történet lényeges pontjainak kiemelése. Ez lehet adat, gyakorlat, érzés, szóhasználat, amiről úgy ítéljük meg, hogy érdemes jobban belemenni.

A **visszatükrözés** során a szavak tartalmát és a mögöttes érzéseket, az anya által elmondottakat fogalmazzuk újra. Ezzel visszajelezzük az anyának, hogy halljuk és értjük, amit mond, ami bátoríthatja őt érzéseinek további megosztására. A visszatükrözés segíthet az anyának felismerni a saját érzéseit, és a visszajelzésből következtethetünk arra, hogy jól értettük-e a problémát.

A felnőtt tanulás jellegzetességeinek jelentősége a laktációs segítségnyújtás során

A felnőtt tanulás három szinten megy végbe, ezek a **verbális**, a **vizuális** és a **cselekvéses** szint (*ILCA, 2007*) Mindhárom szint jelentőséget nyerhet a laktációs segítségnyújtás során.

Például ha az anya a hozzátáplálás menete iránt érdeklődik, akkor a verbális szinten tudunk információt nyújtani számára. Amikor a helyes mellre tételt, a lehetséges szoptatási pozíciókat demonstráljuk például egy szoptatásra felkészítő csoportban, akkor a vizuális szintet célozzuk meg. A legfontosabb és leghatékonyabb azonban a cselekvéses tanulás, amikor mindhárom szint egyszerre hat, mint például ha egy édesanyának segítünk a mellre helyezésben, a hatékony fejsben vagy az újszülött pohárból itatásában. Épp ezért a laktációs szaktanácsadónak fontos szem előtt tartania, hogy ne ő végezze el a szükséges műveleteket az édesanya helyett (pl. mellre teszi a kisbabát, „megfeji” az anya mellét), hanem az anyát segítse abban, hogy ő lehessen a cselekvő fél. Ideális esetben az anya a tanulási folyamat aktív részese, ez teszi lehetővé, hogy felelősséget tudjon vállalni a problémamegoldásban.

Kommunikációs technikák a laktációs segítségnyújtás során

Bizonyos kommunikációs technikák elősegíthetik az anya és a tanácsadó közötti bizalomteli légkör kialakulását, az információk befogadását (*La Leche League, 2003/b*).

Az anya által elmondottak **pozitív** megfogalmazása fontos megerősítő jelzés az anya számára. Ha kiemeljük és megerősítjük az anya jelenlegi gyakorlatában a pozitív elemeket, azzal segíthetjük az anya kompetenciaérzésének és önbizalmának megalapozását. A szoptatási problémák sokszor az anya önértékelését is aláássák, így nagy jelentősége lehet annak, hogy a pozitívumok kiemelése által önmagát, mint „jó anyát” láthassa (pl. „*valóban sok erőfeszítést tett azért, hogy szoptatni tudja a kisbabáját, és ezek nagyon fontosak is voltak a tejtermelés fennmaradása szempontjából*” vagy „*jó, hogy ilyen érzékenyen próbál ráhangolódni a kisbabája szükségleteire*”).

Ebbe a körbe tartozik az is, hogy az **ítélkezést lehetőleg kerüljük**. Az olyan szavak és kifejezések használata, mint „nem jó”, „kell”, „nem szabad” (pl. „*nem szabad megvárni, amíg a kisbaba már sírni kezd, hogy mellre kerülhessen*”) egyenlőtlen viszonyt teremtenek az anya és a segítő között, ezzel gátolják az anya kompetenciaérzetének kialakulását, a bizalom és elfogadás megalapozódását. Lehetőség szerint ne az anya jelenlegi gyakorlatának érvényességét tagadjuk, hanem pozitívan fogalmazzuk meg a további lehetőségeket (pl. ahelyett, hogy „*túl kevésszer teszi mellre a kisbabát*” inkább „*meg lehet próbálni többször is megkínálni a kisbabát, amikor még csak cuppog, keresgél, de nem sír*”).

Az anyák sokfelől szerezhetnek be információkat, sokfelé tájékozódhatnak (pl. rokonok, egészségügyi személyzet, könyvek, internet). Természetesen ezek között az információk között lehetnek a szoptatás szempontjából nem helytállóak is. Fontos, hogy nagyon szenzitíven korrigáljuk a téves információt, különösen ha az az édesanya számára fontos személytől, pl. a saját édesanyjától vagy egy barátnőjétől származik (pl. „*Régebben valóban úgy hitték, hogy..., de ma már tudjuk, hogy ez nem egészen így van.*”)

Általában érdemes nyílt végű kérdéseket föltenni (pl. „*Együtt alszanak?*” helyett „*Hol szokott aludni a baba?*”). A zárt végű kérdés egyfajta „helyes megoldást” sugallhat, aminek az anya igyekezhet megfelelni (pl. „*Igény szerint szoptat?*”). A nyílt végű kérdés személyesebb és részletesebb választ hívhat elő.

Lényeges, hogy a megfogalmazás az anya számára érthető legyen. Például a fenti esetben nem biztos, hogy az anya is ugyanazt érti igény szerinti szoptatáson, mint mi. Hívebb képet kaphatunk az anya szoptatási gyakorlatáról, ha pl. azt kérdezzük, hogy „*Hányszor kerül mellre a kisbabája 24 óra alatt?*”. A kérdéses pontokat visszatükrözés segítségével tisztázhatjuk (pl. „*Amiatt aggódik, hogy...?*” vagy „*Úgy érzi, hogy...?*”)

A tejtermelés és a szoptatás, szopás élettani háttérmechanizmusainak ismertetése, elmagyarázása sokat segíthet az édesanyának abban, hogy megértse a működés lényegét és korrigálni tudja jelenlegi gyakorlatát. Az anyák ebben az időszakban általában nagyon sok, egymásnak ellentmondó tanácsot, javaslatot kapnak, ami sokszor összezavarja őket. A részletes **magyarázat** és az utasítás elkerülése segíthet abban, hogy a laktációs szaktanácsadó ne csak egy legyen a rengeteg, kért és kéretlen tanácsadó tengerében. Természetesen a magyarázat során lehetőleg kerüljük az idegen szavakat, orvosi szakkifejezéseket, mert ezek is a paternalista, egyenlőtlen szemléletet tükrözhetik, azt sugallhatják, hogy a megoldás egyedül a segítő kezében van. Ugyanígy **kerülendő** az is, hogy **egyszerre túl sok információt** öntsünk az anyára. Így is sok minden újdonság hangozhat el, de a túl sok információból az anya nem tud szelektálni, ráadásul azt a képzetet kelthetjük, hogy a problémája megoldása valami nagyon bonyolult és nehézkes dolog. Inkább a visszajelzés és az után-követés során módosíthatunk az információkon, megoldási lehetőségeken annak fényében, hogy mi az, amit az anya magától nagyon távol állónak érez, vagy mi az, ami nem vált be a számára.

Itt el is érkeztünk az összefoglaláshoz, vagyis hogy **a beszélgetés végén még egyszer emeljük ki a lényeges pontokat** (személyes találkozás esetén lehetőleg írásban is!), kérjük az anya visszajelzését a hallottakkal kapcsolatban (pl. mit tart megvalósíthatónak)

A szavak tartalma mindössze az üzenet 7%-áért felel, a maradékért a hanghordozás és a testbeszéd (ILCA, 2007)! Fontos az **elfogadó testtartás és mimika, a gyakori szemkontaktus, a megfelelő helyen alkalmazott érintés**. Mielőtt a babát vagy az anya mellét megérintenénk, **kérjük engedélyt!**

A testbeszéd értelmezése az anya szavainak értelmezésében is segít (pl. szavakban minden rendben van, de a non-verbális csatorna mást mond).

Az anya kompetenciaérzésének elősegítése

A laktációs segítségnyújtás során a segítő egyik legfontosabb célja az anya önbizalmának megtámogatása, kompetenciaérzésének előmozdítása.

A frissen édesanyává lett nő egyik legelemibb szorongása, hogy vajon életben tudja-e tartani a kisbabáját, vajon jó, tápláló anya tud-e lenni (*Stern, é.n.*). Ez a lelkiállapot egyben adaptív is, hiszen lehetővé teszi, hogy az anya figyelni tudjon a lehetséges veszélyekre, ki tudja küszöbölni azokat. Ha az anya a problémákat sikeresen tudja megoldani, akkor önmagát kompetens és hatékony anyának tudja látni.

Fontos, hogy a laktációs szaktanácsadó elősegítse, és ne aláássa ennek az érzésnek a formálódását. Mindig érdemes szem előtt tartani, hogy az anya a legjobb ismerője a saját kisbabájának és helyzetének. Az elfogadás lehetővé teszi, hogy megértsük és komolyan vegyük az anya szempontjait, érzéseit és aggodalmait, ezáltal olyan üzenetet közvetítsünk az anya felé, hogy a probléma megoldásának keresésében egyenrangú partnerként tekintünk rá. A segítségnyújtás során kifejezésre juttathatjuk, hogy az anyát a saját döntésének meghozatalában támogatjuk, a saját útján kísérjük. A saját döntés természetesen nem azt jelenti, hogy az anya egyedül marad ebben a folyamatban, a tanácsadó feladata közben a támogató légkör és a szükséges információk biztosítása.

A problémák, nehézségek néha elfedik az anya elől a meglévő **pozitív mozzanatok**. Nagyszerűen lehet építeni arra, ha ezeket **kiemeljük**, az anya számára nyilvánvalóvá tesszük. Például egy, az átlagnál nyugtalanabb, sírósbab esetén, hogy milyen remekül és kitartóan kommunikálja a szükségleteit. A múltbeli pozitív élmények felidézése, az erősségek kiemelése segítheti az anyát abban, hogy önmagát, mint kitartó és kompetens problémamegoldót láthassa (pl. *„Nem lehetett könnyű kitartani a szoptatás mellett a támogató környezet hiányában!”* vagy *„Minden elismerésem, hogy az első babájának hónapokig fejt, hogy anyatejet kaphasson, nem mindenki lett volna képes ezt végigcsinálni!”*)

Ha a cselekvési tervet az édesanya tevőleges részvételével, az ő véleményének, szándékainak figyelembevételével alakítjuk ki, akkor az anya is a magáénak tudja érezni a megoldás módját.

Az **után-követés** fontos visszajelzés a közös munka eredményességéről. Az elfogadó légkör lehetővé teszi az anya számára, hogy akár a pozitív, akár a negatív változásokról őszintén beszámoljon. A probléma függvényében változhat a következő kapcsolatfelvétel ideje – vannak szorosabb és lazább után-követést igénylő esetek.

A tanácsadónak ajánlatos **tisztában lennie kompetenciájának és tudásának határaival**, ennek függvényében küldheti tovább az édesanyát vagy konzultálhat kollégáival.

A saját élmény szerepe a laktációs tanácsadói helyzetben

A laktációs szaktanácsadó speciális populációval, kisgyerekes édesanyákkal dolgozik. Legyen a tanácsadó akár férfi, akár nő, saját élete egy szakaszában találkozott vagy találkozni fog ezzel a helyzettel: mert ő is megszületett és szophatott vagy épp nem szoptott, mert ő maga vágyik már egy kisbabára, mert ő vagy a felesége szült és szoptatott, mert a családban vagy a baráti körben is születtek kisbabák, és mindezek az élményeket és tapasztalatokat színezik az érzelmi viszonyulások. A saját élmény lényeges összetevője a tanácsadási helyzetnek, hiszen a tanácsadó saját élményeivel, vélekedéseivel, szemléletével lép be a helyzetbe, de nagy különbség, hogy ezeket mennyire hagyja hatni, mennyire engedi, hogy elfedjék az aktuális kliens szükségleteit.

Mivel a születéssel, szüléssel, szoptatással kapcsolatos tapasztalatok érzelmileg igen terheltek lehetnek, és sokszor nem is teljesen tudatosak, a tanácsadóban is keletkezhetnek ezzel kapcsolatban kielégületlen szükségletek. A szupervíziós lehetőség, esetmegbeszélés, de akár csak a kollégákkal való kötetlen összejövétel alkalmas lehet ezeknek a szükségleteknek a megjelenítésére (Pető, 1998), de ha a klienssel való kapcsolatban jelennek meg, az megakadályozhatja a hatékony segítségnyújtást. Ha a tanácsadó nincs tisztában a saját kulturális háttérének és személyes tapasztalatainak hatásával, akkor ezeket használhatja a tanácsadás során a bizonyítékokon alapuló segítségnyújtás helyett (Szucs et al, 2009).

A probléma sokszor abból fakad, hogy nincs, aki a segítőnek segítsen, és így könnyen a kliens, az anya csúszik bele ebbe a szerepbe. Például akár ha a saját élmény narratív feldolgozásának szükségletét tekintjük. Az anyák általában sokszor és szívesen mesélik el saját várandósságuk, szülésük, szoptatásuk történetét anyatársaiknak, hiszen az elmesélés során és a visszajelzések hatására sikerülhet értelmezni, érzelmileg feldolgozni a történetet. Azonban a laktációs tanácsadó az anyával való kapcsolatában nem mint egy másik édesanya, hanem mint segítő kell, hogy megjelenjen. Vagyis nem helyénvaló az anya tapasztalataira rezonálva a saját élményeket elkezdni felidézni (pl. „*Én is abban a kórházban szültem, csak kicsit előbb, akkor úgy volt, hogy...*”).

Előfordulhat, hogy a tanácsadó önigazolást, saját anyai kompetenciájának és énjének megerősítését keresi a segítő kapcsolatban (pl. „*Igen, nekem is nagyon sebes volt és fáj a mellbimbóm, de aztán csak szoptattam tovább, és...*” vagy „*Hát, az én kisbabám is tízszer is fölkel éjszaka, de hát mindig megszoptattam.*” vagy „*Az a legjobb, ha együtt alszanak, mi is mindig így csináltuk.*”) A saját gyakorlatra való hivatkozás legtöbbször nem segíti előre az édesanyát.

A tanácsadói helyzet kielégíthet reparatív szükségleteket is a tanácsadóban. Gyakori, hogy a segítő saját gyermekeinek vagy saját gyermekei közül az elsőnek a születésénél, szoptatásánál még nem volt birtokában mindannak az információnak és tudásnak, amivel ma rendelkezik. Lehet, hogy úgy érzi, kezdetben nem ment minden úgy, ahogy ma, ennek a tudásnak a birtokában csinálná. Büntudata lehet vagy legalábbis sajnálhatja mindazt az át nem élt élményt, ami az első gyerek(ek)kel nem adatott meg a számára. Ilyenkor megeshet, hogy a kliensen keresztül próbálja meg kijavítani ezt az élményt, hogy akkor legalább annak a kisbabának juthasson ki a szopás lehetősége. A segítőnek fontosabbá válhat ezáltal a kimenetel, mint az anyának (pl. „*Én is cumisüvegből pótoltam, mert nem hittem el, hogy elég a tejem, és aztán el is apadt.*” vagy „*Ha cumit ad, összezavarhatja a kisbabát, én is így jártam!*”)

Lényeges, hogy **csak azokkal az érzésekkel dolgozzunk, amiket az anya hoz be a helyzetbe**. Lehet, hogy bennünk rárímelnék valamilyen korábbi eseményre vagy érzésre, de fontos figyelemmel kísérnünk, hogy az adott érzés bennünk vagy a kliensben keletkezett-e. (Például egy szülés-történet kapcsán a segítő dühössé válhat, hogy az anyát és kisbabáját minden különösebb orvosi indok nélkül elkülönítették egymástól, szoptatási nehézségeket idézve elő ezzel. De nem biztos, hogy az anya is úgy érzi, hogy őt sérelem érte, lehet, hogy természetesnek veszi a kórházban történeteket, mert ott úgylis az a gyakorlat.). Ebben sokat segít, ha egyfajta kettős tudattal monitorozzuk a segítő helyzetben a saját szükségleteket és érzéseket.

A saját érzések felismerését elősegíti a szakmai önismeret és a motivációs háttér ismerete. Vagyis, ha tisztába jövünk azzal, hogy mi vitt minket erre a pályára, **miért szeretnénk segíteni**. Segít, ha megfogalmazzuk az elérendő célt: vajon ez a saját sikerem vagy az anya megelégedése?

Ha a segítő a saját érdekében segít (*ez az ún. helper-szindróma, Fekete, 1991*), jellemző lehet egyfajta omnipotencia érzése: „*mindenkin tudnék segíteni, ha hagyná*”. Ezzel párhuzamosan düh, rejtett agresszió jelentkezhet azon kliensek felé, akik nem kérnek segítséget vagy nem élnek a segítséggel. A segítő ilyenkor azzal az előfeltevéssel élhet, hogy az anya elhatározása is az ő felelőssége, „*meg kell győznie*” az anyát arról, hogy szoptatni akarjon.

Persze mindenki azért dolgozik a laktációs szakmában, mert mélységesen meg van győződve az anyatej és a szoptatás fontosságáról. Enélkül a mély elköteleződés nélkül nem is sikerülhetne hitelesen képviselni a szoptatás ügyét. Épp ezért érzelmileg nagyon megterhelő lehet, ha olyan anyával kerülünk segítő kapcsolatba, aki másképp vélekedik alapvető dolgokról ezen a területen, mint mi (pl. nem veszi föl a kisbabát, nehogy elkényeztesse, el szeretné választani az egy éven aluli gyermekét stb.). Ilyenkor is lényeges szem előtt tartanunk, hogy **az anya, és nem a segítő számára ideális megoldást kell megtalálni!** Egyáltalán **nem kell egyetértünk az anya megoldásával, de el kell fogadnunk, hogy az adott helyzetben az ő számára ez volt a legmegfelelőbb.** Sokszor az anya is aggódik a kritika, ítélet miatt, ez a kérdésfeltevéséből is kitűnhet (pl. „*Tudom, hogy nem igazán illene itt az elválasztásról kérdezni, de...*”). Az ilyen anyák kifejezetten megkönnyebbülnek, amikor nem találnak elutasításra vagy nem kapnak kritikát. És ahogy arról már korábban szó volt, az elfogadás talaján könnyebb az információk átadása is, és nem ritkán változás érhető el.

Előfordul, hogy az anya konkrétan rákérdez a tanácsadó saját élményére (hány gyereke van, mennyi ideig szoptak, együtt aludtak-e stb.) Természetesen ez nem titok, és nem szükséges kitérni a válasz elől, de érdemes helyén kezelni, és hangsúlyozni, hogy ez egy út a saját személyes életünkben, de ezen kívül még rengeteg lehetőség van. Ritkán, bizonyos alkalmakkor segíthet a saját érzések behozatala (pl. „*Ezek természetes érzések, olykor még a tanácsadó is aggódik, hogy az ő gyereke aztán biztosan sosem fogja elválasztani magát!*”), ha ezzel fokozottan tudjuk kifejezni az empátiánkat és azt, hogy az anya nincsen egyedül az adott érzéssel, de itt is lényeges, hogy csak az érzés jelenjék meg, a gyakorlat, mint hivatkozási alap, ne.

Irodalomjegyzék

1. Fekete S.: Segítő foglalkozásúak kockázatai: helper-szindróma és burnout-jelenség, *Psychiatria Hungarica* 1991/1.
2. International Lactation Consultant Association (ILCA): *The Core Curriculum for Lactation Consultant Practice*, Jones and Bartlett, 2007
3. La Leche League International: *The Breastfeeding Answer Book*, La Leche League International, 2003/a
4. La Leche League International: *Leader's Handbook*, La Leche League, 2003/b
5. Pető Cs: És ki segít a segítőnek? IN: *Család, Gyermek, Ifjúság* 7. 1998/3
6. Stern, D.: Anya születik, *Animula*, évszám nélkül
7. Szucs KA - Miracle DJ,- Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeeding Medicine* 2009;4:31-42

Tesztkérdések

1. Melyik állítás IGAZ az alábbiak közül?
 - a) A hagyományos egészségügyi szemléletre az utasítás és javaslatétel jellemző.
 - b) A javaslatételnek nincs létjogosultsága a laktációs segítségnyújtásban.
 - c) A laktációs segítségnyújtás leginkább az információmegosztáson és a támogatáson alapszik.
 - d) A laktációs tanácsadó feladata meggyőzni az anyát a szoptatás fontosságáról.
2. Melyik állítás NEM IGAZ az információmegosztásra?
 - a) Az anyát hatalmazza föl a döntés meghozatalára.
 - b) A segítőnek nem kell felelősséget vállalnia semmiért.
 - c) Elősegítheti az anyai kompetencia megerősítését.
 - d) Lehetővé teszi az egyenrangú, partneri viszonyt a segítő és az anya között.
3. Melyik állítás NEM IGAZ?
 - a) Az anya szempontjai lényeges elemei a tanácsadási folyamatnak.
 - b) Azonos helyzet mögött is különböző háttértényezők húzódnak meg.
 - c) A tünetek megcélozása a probléma megoldásához vezethet.
 - d) Az anya noncompliance viselkedése nem feltétlenül annak a jele, hogy nem akar szoptatni.
4. Egy anya nyugtatócumit használt síró kisbabája megnyugtására, mert azt a tanácsot kapta a gyerekorvostól, hogy a baba túl gyorsan gyarapszik, és ki kell húznia az időt két szoptatás között. A kisbaba cumizavaros lett. Mi lehet az ELSŐ reakciónk az édesanya felé?
 - a) „Az orvosnak nem volt igaza.”
 - b) „A cumit el kellene hagyni, mert az okozza a problémát.”
 - c) „Hányszor szokott mellre kerülni a babája 24 óra alatt?”
 - d) „A babája tényleg gyönyörűen gyarapodott!”

5. Melyik állítás IGAZ a laktációs segítségnyújtásra?
- a) A legjobb rögtön valamilyen javaslattal megnyugtatni az aggódó anyát.
 - b) Ha az anya elmondása nyomán kialakul a fejünkben a feltételezett probléma, akkor a leghatékonyabb célirányosan kérdezni.
 - c) A részletes anamnézis felvétele elengedhetetlen tartozéka a laktációs segítségnyújtásnak.
 - d) Legjobb, ha az anamnézises kérdéssor minden tanácsadónál egységes.
6. Az alábbi reakciók közül melyik példázza jól az aktív/értő figyelmet?
- a) „Hogy hívják a kisbabát?”
 - b) „Hányszor szokott mellre kerülni a kisbaba 24 óra alatt?”
 - c) „És a férje mit szól mindehhez?”
 - d) „Tényleg aggasztó lehet, amikor a kisbaba nem gyarapodik megfelelően.”
7. A laktációs segítségnyújtás a felnőtt tanulás szintjei szempontjából
- a) Csak verbális szinten történik
 - b) Csak vizuális szinten történik
 - c) Csak cselekvéses szinten történik
 - d) Mindhárom szinten történhet
8. Az alábbi mondatok közül melyik NEM helytálló egy laktációs segítségnyújtási helyzetben?
- a) „Meg lehet próbálni a kisbabát álmában-félálmban mellre tenni.”
 - b) „Nem szabad sírni hagyni a kisbabát, mert ezáltal károsodást szenvedhet.”
 - c) „Ha a baba alvóhelye közel van az önéhez, akkor éjjel is hatékonyan tud reagálni a jelzéseire.”
 - d) „Aggódik, hogy nem fog tudni kimozdulni a kisbabával, ha ilyen gyakran szopik?”
9. Melyik megfogalmazás lehet MEGFELELŐ?
- a) „A kisbabát éjjel is mellre kell tenni!”
 - b) „Aludjanak egy ágyban, akkor sokkal jobban ki tudja pihenni magát!”
 - c) „A kisbabáknak éjszaka is szükségük lehet arra, hogy szophassanak.”
 - d) „Az én gyerekem sem aludt át egy éjszakát sem hároméves koráig.”
10. Melyik kérdés megfogalmazása NEM MEGFELELŐ?
- a) „Hogyan szokta elaltatni a kisbabáját?”
 - b) „Gondolt esetleg arra, hogy nincsen elég teje?”
 - c) „Miből vették észre, hogy a kisbaba hasfájós?”
 - d) „Mennyit szokott kézben, ölben lenni a kisbabája?”

A LAKTÁCIÓS SZAKTANÁCSADÓI TEVÉKENYSÉG ETIKAI VONATKOZÁSAI

A laktációs szaktanácsadó működését meghatározó etikai szempontok és a gyakorlatban való alkalmazásuk

Rózsa Ibolya

I. Bevezetés a bioetikába - alapfogalmak, meghatározások, alapelvek

Az etika görög eredetű szó (éthosz), erkölcsöt, erkölcsant jelent.

Az erkölcs (morál) a jó és rossz emberi magatartásnak a társadalom által elfogadott megítélése. A mos (akarat) latin szóból ered.

"Az etika a filozófiának az az ága, amely az ész természetes fényében az erkölcsi jelenség végső alapjait kutatva azt igyekszik megállapítani, hogy az emberi cselekvés, illetve az emberi személy milyen belső és külső tényezők alapján válik jóvá vagy rosszá, értékessé vagy értéktelenné." (Turay, 2000)

A bioetika az élővilág etikai kérdéseivel foglalkozó interdiszciplinális tudomány, melynek két fő ága közül az egyik az egészségügy etikai kérdéseit vizsgálja. A bioetika az általános moralitáson alapul: egy adott közösség által elfogadott magatartási normákon, melyeket a józan ész és a tradíciók határoznak meg. A bioetika feladata annak meghatározása, hogy hol húzódnak az orvostudományon belül a szakmai és etika kérdéskörök határai.

Az orvosi etika kiindulópontjának Hippokrátesz Esküjét tekintik. Legfőbb elvei a segítség elve („Salus aegroti suprema lex esto” - „A beteg üdve a legfőbb törvény”) és a nem ártás (nil nocere) elve.

Az emberi jogok alapja az emberi méltóság elismerése. „Minden emberi lény szabadon születik, és egyenlő méltósága és joga van.” (ENSZ, 1948)

A bioetika orvosi alapelvei, melyet a gyógyító munka során minden erkölcsi dilemma esetén figyelembe kell venni:

A "Ne árts!" elve - a tradicionális orvoslás legfőbb etikai elve. Elterjedtebb formájában így használatos: primum nil nocere – elsősorban ne árts!

A mindennapi gyakorlatban azonban betarthatatlannak bizonyul. Az orvos arra törekszik, hogy kevesebbet ártson a betegnek, mint amennyit használ. Minden beavatkozás során előny-kockázat mérlegelése szükséges. A döntés a páciensé: mivel ő viseli a beavatkozás minden következményét, kizárólag ő döntheti el, mekkora kockázatot vállal egy adott várható haszonért cserébe. Az orvostól elvárható, hogy gondosan járjon el a kezelés kiválasztásában és a terápia megvalósítását illetően, valamint megfelelően informálja páciensét az előnyökről és kockázatokról, valamint a kezeléstől várható eredményről. Így a legkisebbre csökkenthetőek a beavatkozásokkal együtt járó veszélyek. Magától értetődik, hogy ez csak abban az esetben lehetséges, ha az orvos a szakma szabályait betartja, és nyomon követi a tudomány fejlődésével együtt járó változásokat, tudását naprakészen tartja.

"A 'Ne árts!' elve ma három fontos elemet tartalmaz:

1. Az orvosnak mindig a beteg javát, jóllétét kell a legfontosabbnak tartania.
2. Mindig kellő gondossággal kell eljárnia azért, hogy a beavatkozással kapcsolatos veszélyeket a lehetséges legalacsonyabb szintre szorítsa le.
3. A beavatkozás előnyeit és hátrányait egyformán mérlegelni kell, és csak kedvező arány esetén szabad elvégeznie. Az hogy mi számít kedvező aránynak, csak a cselekvőképes beteg döntheti el." (Berényi dr., Stefanov dr., 2002)

Ha két rossz közül kell választanunk, nem tudjuk a "Ne árts!" elvét alkalmazni, a morális dilemma feloldásához más elvet is figyelembe kell vennünk.

Egy injekció beadása például átmeneti kellemetlenséggel jár a páciens számára, de beláthatjuk, hogy az injekció hatására történő állapotjavulás vagy gyógyulás magasabb rendű, mint ha a fájdalomra való tekintettel nem történne meg a gyógykezelés, és a páciens rosszabb állapotba kerülne vagy meghalna. A laktáció területéről vett példával élve hasonló a helyzet, ha egy tályog felnyitása válik szükségessé az emlőben. Ez a beavatkozás fájdalommal jár, és hosszú a gyógyulási folyamata. Azonban sokkal rosszabb lenne a betegség kimenete, ha erre a műtetre nem kerülne sor.

A jótékonyosság elve – lényege, hogy a rosszat előzzük meg, vagy ha fennáll, akkor szüntessük meg, és tegyünk jót! A jótékonyosság elve egyben a hasznosság elve is: minden cselekedet következményeit előzetesen fel kell mérni, és azt a lehetőséget kell kiválasztani, amelyik a több hasznot és kevesebb kárt eredményezi majd.

Például a tápszer alkalmazása károsnak minősül ugyan, azonban a gyermek éheztetése még nagyobb veszélyt jelent. Ezért a tápszeres pótlást szükséges alternatívaként és átmeneti megoldásként lehet kezelni, ha nem áll rendelkezésre elegendő anyatej vagy női tej. Ezután következik a kiváltó ok kivizsgálása és megszüntetése, vagyis a laktációs szaktanácsadó segít abban, hogy növekedjen az anyatej mennyisége, illetve szükség esetén női tejhez jusson a kisbaba.

Az autonómia tiszteletben tartásának elve – az autonómia görög eredetű szó, az ön és a törvény szavak összetételéből keletkezett. Öntörvényűséget, önállóságot jelent, de olyan jelentése is ismert, mint az önrendelkezés, akaratszabadság, szabadságjog, magánélet. "Azt az embert nevezzük autonómnak, aki fizikai és pszichés korlátok nélkül, külső és belső kényszertől mentesen, szabadon képes a cselekvési alternatívák között mérlegelni és a döntésének megfelelően cselekedni." (Berényi dr., Stefanov dr., 2002)

Valaminek a tiszteletben tartása is az autonómia alapelvből származik. Az egészségügyi dolgozónak tisztelettel kell fordulnia a páciens felé, és tiszteletben kell tartania annak autonómiáját. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a megfelelő információk birtokában képes a beteg döntést hozni a számára felajánlott kezelési lehetőségeket illetően, akár el is utasíthatja a beavatkozást, s ezt a döntést a gyógyítónak el kell fogadnia.

Ha a páciens nem egyezik bele a számára egészségügyi előnyöket rejtő beavatkozásba, akkor az autonómia alapelve a bioetika másik alapelvével, a jótékonyosság alapelvével kerül szembe. A hipokratészi hagyományok a beteg érdekét helyezték előtérbe ilyen esetben, ma már az autonómia tisztelete erősebb. Előfordul ugyanis, hogy az orvosi érdek nem feltétlenül a legdöntőbb a beteg érdekeinek sorában.

A laktációs szaktanácsadóknak is morális dilemmát okozhat, hogy megfeleljenek az önrendelkezés tiszteletben tartását biztosító szempontoknak.

A támogatásra szorulóknak segítése – személyiségi jogaik és szabad akaratuk tiszteletben tartása mellett – az IBCLC-eket néha nehéz döntési helyzetbe hozhatja a páciens és az IBCLC-t alkalmazó szervezet érdekei között. Ilyen eset lehet például, amikor ugyan a laktációs szaktanácsadó felfedezi, hogy a csecsemőnek le van növe a nyelve, azonban a kórházi szabályzat nem teszi számára lehetővé, hogy erről a szülőket is tájékoztassa. Ekkor az IBCLC morális döntésre kényszerül, amelyben választania kell az alkalmazója által felállított szabályok és a szülők önrendelkezéshez és tájékoztatáshoz való joga között, akadályozva vagy lehetővé téve, hogy a szülők megvitassák a kialakult helyzetet az orvossal. Az önrendelkezés elvének megértése és alkalmazása segíti a laktációs szaktanácsadót a páciensek méltóságának biztosításában és az irántuk kötelező tisztelet gyakorlásában.

Az **igazságosság elve** – arra keresi a választ, hogy hogyan lehet igazságosan elosztani a társadalomban fellelhető előnyöket és hátrányokat. Az egészségügyben ez általában a drága kezeléseket, gyógyszereket, nagy értékű gyógyító berendezések által folytatott kezelésekhöz való hozzáférést jelenti, de ide sorolhatjuk a magánrendelésen való részvétel lehetőségét is vagy az laktációs szaktanácsadás igénybevételének jogát.

Az igazságosság elvéhez kapcsolódó etikai dilemmák leggyakrabban politikai színhelyen jelentkeznek, ezeknek a megoldása ugyanis már túlmutat az egyén megoldási képességén, hiszen a társadalmi igazságtalanságok szerteágazóak, és többszintű beavatkozást tesznek szükségessé.

Példaként említhetjük az Anyatejet Helyettesítő Készítmények Marketingjének Nemzetközi Kódexét (röviden Kódex vagy WHO Kódex). A Kódex elismeri a szoptatás és anyatejes táplálás egészség meghatározó szerepét és a minőségi életre gyakorolt hatását. Célja, hogy megakadályozza, hogy üzleti érdekek befolyásolják a csecsemőtáplálással kapcsolatos szakmai döntéseket és az anyákhoz eljuttatott információkat.

A **segítő és páciens közötti viszony alapelve** – ezen alapelv legfontosabb tartóoszlopa a páciens és a segítő között kialakuló **bizalom**. A bizalomhoz elengedhetetlenül szükséges megbízhatóság és hűség alkotja azt a szilárd alapot, amelyre a páciens és, esetünkben, az IBCLC laktációs szaktanácsadó közötti tartós kapcsolat felépülhet. Az alapelv részeként a kapcsolatot tovább erősíti az ígéretnek mindenkor betartásának gyakorlata, az igazmondás és a lojalitás. A páciens szemszögéből vizsgált igazmondás, a magánélethez való jog és a diszkreció az önrendelkezési jogról szóló értekezés szerves része, de ezzel együtt a segítő-páciens viszony lényeges etikai meghatározásában is fontos szerepet játszik.

"Minden egészségügyi dolgozónak kötelezettségei vannak önmaga, a családja és a kollégái irányában. Egy IBCLC számára a hűség fenntartása nem mindig egyszerű. A különböző kötelezettségek közötti osztódás gyakori, morális probléma, amelyek megfelelő kezelése a legtöbb laktációs szaktanácsadó számára folyamatos kihívás." (Weiss, 2006)

Ezek az alapelvek magukba foglalják az erkölcsi gondolkodás főbb jellegzetességeit, és egyszerűsítik az etikai ismereteket, ugyanakkor az erkölcsi mérlegeléshez csak elnagyolt segítséget nyújtanak.

II. Ki a laktációs szaktanácsadó

A laktációs szaktanácsadó (IBCLC) olyan specialista, aki a szoptató anya és a szoptatott csecsemő különleges igényeit szem előtt tartva megelőzi, felismeri, illetve segít megoldani a szoptatással kapcsolatos problémákat. Az IBCLC nem helyettesíti a védőnőt, csecsemős nővért vagy a gyermekorvost, sokkal inkább együtt dolgozik velük, munkájával kiegészíti az ő munkájukat. A világ számos országában találunk szoptatási tanácsadókat az egészségügyben: kórházakban, klinikákon és magán-praxisban egyaránt. Eredeti végzettségüket tekintve orvosokat, nővéreket, védőnőket, szülésznőket, pszichológusokat, egészségnevelőket, szociális munkásokat és egyéb segítő-foglalkozásúakat találunk köztük. Nyugaton az egészségügyi intézmények szívesen alkalmazzák az IBCLC diplomával rendelkező szoptatási szakembereket, így ők előnyt élveznek azokkal szemben, akik mögött nem áll a tekintélyes vizsgabizottság ajánlása.

Az IBCLC laktációs szaktanácsadó az egészségügyi ellátórendszer fontos tagja. Akár egészségügyi intézmény foglalkoztatja, akár magánpraxisban dolgozik, elsődleges feladata a hozzá forduló anyák segítése. A laktációs szaktanácsadó őszinte, becsületes, korrekt, empatikus, szakmailag elhivatott. Tiszteletben tartja a család döntési jogát, ugyanakkor bizonyítékokon alapuló információval látja el őket, hogy jól informált döntést tudjanak hozni. Mindig szem előtt tartja a csecsemő érdekeit. A higiénés előírásokat betartja, látogatásairól, telefonos segítségnyújtásairól pontos feljegyzést készít. A tanácsadásról korrekt tájékoztatást ad az anya és / vagy a csecsemő orvosának és / vagy védőnőjének. Tetteiért felelősséget vállal, bizalmasan kezeli a tudomására jutott információkat. A családokkal jó kapcsolatot ápol, csakúgy, mint a kollégákkal. Tiszteletben tartja a szellemi tulajdonjogot.

Mindenkor betartja a az IBLCE Etikai Kódexében foglaltakat, valamint az Anyatejet Helyettesítő Készítmények Marketingjének Nemzetközi Kódexe előírásait és határozatait. A Kódex hatálya alá eső termékeket gyártó cégektől nem fogad el juttatást.

Tartózkodik az érdekellentétbe keveredéstől, és még a látszatát is igyekszik elkerülni. *(Rózsa, 2010)*

Egy viszonylag fiatal szakmáról beszélhetünk: az első laktációs szaktanácsadók 1985-ben tettek sikeres nemzetközi vizsgát. Hivatásgyakorlásuk etikai alapelveit az IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Etikai Kódexe, tevékenységüket az IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Tevékenységi Szabályzata, szakmai kompetenciájukat, felelősségi körüket pedig az IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Klinikai Kompetenciái című dokumentumok határozzák meg.

Részlet az Etikai Kódexből: *"Az IBCLC-k oly módon kötelesek tevékenységüket végezni, hogy azzal megőrizzék a köz bizalmát a kompetenciájukba tartozó tevékenységek gyakorlását illetően, szakmájuk hírnevét és elismertségét növeljék, klienseik érdekeit pedig mindig szem előtt tartásuk és megvédjék."* (IBLCE, 2004)

Sokan azt gondolják, hogy a szoptatási szaktanácsadói feladat kimerül az anyák lelki támogatásában és az anyatej lefejtésében való hathatós közreműködésben. Pedig az IBCLC laktációs szaktanácsadók feladata rendkívül széleskörű, tudása vetekszik az egyéb egészségügyi szakterületek képviselőinek tudásával, felelősségteljes megelőző, gyógyító és tanácsadói munkát végeznek.

A vizsga törzsanyagában (Exam Blueprint) meghatározottak szerint a laktációs szaktanácsadó a következőkben felsorolt területeken rendelkezik kimagasló tudással és nagy gyakorlati tapasztalattal:

- Anyai és csecsemő ANATÓMIA – pl. a mell és a bimbó szerkezete és fejlődése; az emlő vér- és nyirokellátása, mirigyszövege; a csecsemő szájüregi anatómiája és reflexei; anatómiai variációk

- Anyai és csecsemő normál ÉLETTAN és ENDOKRINOLÓGIA – pl. hormonok; laktogenezis; a tejtermelés endokrin / autokrin szabályozása; indukált laktáció; fertilitás; csecsemőkori máj-, hasnyálmirigy- és veseműködés; metabolikus folyamatok; kiegészítő táplálás hatása; emésztés és az emésztőrendszer; vizelet- és székletürítési jellemzők
- Anyai és csecsemő normál TÁPLÁLKOZÁS és BIOKÉMIA – pl. az anyatej összetétele és alkotóelemeinek szintézise; az anyatej alkotóelemei, funkciójuk és a gyermekekre kifejtett hatásuk; más tejjel és egyéb készítményekkel való összehasonlítás; evési mintázatok és a bevétel időbeli változásai; különböző anyai táplálkozási formák; tradicionális és rituális étkezési szokások; szilárd táplálék bevezetése
- Anyai és csecsemő IMMUNOLÓGIA és FERTŐZŐ BETEGSÉGEK – pl. antitestek és más immunfaktorok; keresztfertőzések; baktériumok és vírusok a tejben; étel érzékenységek és allergiák; hosszú távú védő faktorok
- Anyai és csecsemő PATOLÓGIA – pl. akut/krónikus helyi és szisztémás betegségek és eltérések; mell és bimbó problémák, patológiájuk; az endokrin rendszer patológiája; anya/gyermek fizikai és neurológiai fogyatékoságai; veleszületett rendellenességek; orális patológia; idegrendszeri értetlenség; elégtelen súlyfejlődés; hiperbilirubinémia és hipoglikémia
- Anyai és csecsemő FARMAKOLÓGIA és TOXIKOLÓGIA – pl. környezeti szennyező anyagok; anyai gyógyszer, gyógyhatású készítmény, drog használat, és hatásuk a tej összetételére, a laktációra és a szoptatott csecsemőre; tejserkentők és tejtermelés gátlók; a vajúadás alatt használt gyógyszerek hatása; fogamzásgátlók; alternatív gyógymódok
- PSZICHOLÓGIA, SZOCIOLÓGIA és ANTROPOLÓGIA – pl. tanácsadási készségek és felnőtt pedagógiai módszerek; gyász, szülés utáni depresszió és pszichózis; a szociokulturális, életmódbeli és munkakörülményeket érintő tényezők hatása a szoptatásra; anya-csecsemő közötti kapcsolat; az anyai szerep felvétele; a szülői gondoskodás készségei; alvási szokások, mintázatok; kulturális szokások és hiedelmek; család; támogató rendszerek; családon belüli erőszak; speciális figyelmet igénylő anyák, mint például serdülők, bevándorlók
- NÖVEKEDÉSI PARAMÉTEREK és A FEJLŐDÉS SZAKASZAI, MÉRFÖLDKÖVEI – pl. magzati és koraszülött növekedés; szoptatott és mesterségesen táplált babák növekedési görbéi; a normál és a megkésett fizikai, szellemi és pszichés fejlődésre utaló jelek felismerése; szopási szokások a 12. hónapig és utána; elválasztódás
- KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE – pl. a kutatási eredményekről beszámoló szakirodalmak, a laktációs szaktanácsadók számára íródott oktatási anyagok, és a releváns népszerűsítő irodalom kritikus olvasásához, a bemutatott eredmények kritikus értelmezéséhez szükséges ismeretek és készségek; táblázatok és grafikonok értelmezése; adatgyűjtések és felmérések
- ETIKAI és JOGI KÉRDÉSEK – pl. az IBLCE Etikai Kódexe; ILCA irányelvek; a meghatározott kompetenciahatárokon belül végzett tevékenység; továbbküldés és szakmaközi együttműködések, kapcsolatok; szakmai titoktartás; orvosi, jogi felelősség; az egészségügyi dokumentáció elkészítésének szabályai; hiteles feljegyzések írása; informált beleegyezés; tettlegesség; anyai/csecsemő elhanyagolás és bántalmazás; érdekellentét; segédeszközök kölcsönzésének és eladásának etikai vonatkozásai
- SZOPTATÁSI SEGÉDESZKÖZÖK és TECHNOLÓGIA – pl. a szoptatási segédeszközök és felszerelések felismerése, indikációjuk ismerete és a megfelelő használatra vonatkozó gyakorlati tanácsadási képesség; a lefejt anyatej kezelése és tárolása, beleértve az anyatejgyűjtési protokollokat

- GYAKORLATI ISMERETEK – pl. szoptatási technikák ismerete, beleértve a pozicionálást, a megfelelő mellre csatlakozás és a megfelelő tejáramlás megítélését; szoptatás-menedzsment; normál szopási mintázatok; fejés
- KÖZEGÉSZSÉGÜGY – pl. a szoptatás népszerűsítése és a tömegtájékoztatás; alacsony szoptatási rátával bíró csoportok körében végzett munka; klinikai gyakorlati protokollok megalkotása és alkalmazása; nemzetközi ajánlások és dokumentumok; WHO Kódex; Bababarád Kórházak; prevalencia, kutatási célú felmérések és adatgyűjtések (*IBLCE, 2011*)

Az IBCLC laktációs szaktanácsadóknak a sikeres vizsgatételtől számított 5 évenként újraminősítéért (recertifikáció) kell folyamodniuk. Ez minden ötödik évben bizonyos számú továbbképzési pont megszerzését és igazolását jelenti vagy ennek hiányában újabb vizsgatételt; minden tizedik évben pedig kötelezően újra vizsgázni kell.

III. A pontszerzés etikai dilemmái

A 2011. évben érvényes újraminősítési feltételek szerint összesen legalább 75 továbbképzési pontot (CERP - Continuing Education Recognition Point) kell összegyűjteni, amelyből legalább 50 pont laktáció specifikus (L-CERP - Lactation), legalább 5 pontot etikai (E-CERP - Ethics) ismereteket átadó előadásokon való részvétellel lehet megszerezni. A hiányzó pontokat (R-CERP - Related) a szakmához kapcsolódó, a vizsga törzsanyagában szereplő témákban hallgatott előadások során lehet összegyűjteni. Kizárólag azok a konferenciák, előadások számíthatók ide, amelyek szakemberekhez szólnak és az IBCLC szakma színvonalának megfelelnek. Nem tartoznak ide olyan továbbképzések, tanfolyamok, amelyeknek semmi közük sincs a szoptatáshoz, a szoptatástámogatáshoz, illetve nem szerepelnek a témáik az IBCLC vizsga törzsanyagában. Nem lehet tehát elszámolni számítógépezői tanfolyamot, vállalkozás menedzselési tanfolyamot, mozgásterápiát tanító képzést, alternatív gyógyítási tanfolyamokat vagy az egészségügy egy adott területére fókuszáló képzést (pl. magzati ultrahangvizsgálat).

Pontszerzésre alkalmas ugyanakkor minden szakmába vágó konferencia, tanfolyam és képzés, pontosan strukturált szakmai megbeszélés kollégákkal (pl. kutatási eredmények feldolgozása, megvitatása céljából), egyéni oktatási modulokon és távoktatási rendszereken (e-learning, webinarium) keresztül történő továbbképzés, szakmai írások publikálása (ideértve a kutatásokat is), témába vágó szakdolgozat, doktori disszertáció megírása, szakembereknek szóló előadás megtartása, valamint nagyszerű lehetőség, ha az IBCLC vizsgához írunk tesztkérdéseket vagy küldünk be fotót (kapcsolódó kérdéssel együtt).

Óránként 1 egész, negyedóránként 0,25 pontot érnek az előadások. A szakemberek részére tartott szakmai előadásokért dupla pont jár. Ha tehát az IBCLC olyan előadást tart, amelyért a többieknek 1,25 CERP jár, akkor ő maga ennek a kétszeresét, 2,5 pontot számolhat el érte. Ugyanazért az előadásért csak egyszer számolhat el pontot akkor is, ha azt többször is megtartotta.

Példa: Anyai gyógyszeresedés a szoptatás alatt címmel tart egy órás előadást egy kórház dolgozóira részére. Ezért 2x1 pontot fog igényelni a recertifikáció során. Ha ugyanezt az előadást a következő év során megtartja még három másik intézményben, akkor is csak egyszer számolhatja el a pontot. Amennyiben viszont érdemben változtat a prezentációján, mert újabb kutatási eredmények birtokába jutott és ezeket beépíti az előadásába, akkor ismét elszámolhat pontot az újabb előadásért.

Nem jár pont azonban a laikusoknak tartott előadásokért: várandós felkészítésért, szoptatós csoportért vagy az anyatej világnapi rendezvényeken való beszédért.

Csecsemő vagy felnőtt újraélesztési tanfolyamért (CPR) egy ötéves periódusban egyszer lehet elszámolni pontot a tanfolyamon való részvételi óraszámnak megfelelően, de maximum 6 R-CERP jár érte.

Akkor a legbiztosabb, hogy megkapjuk a pontokat, ha olyan programon veszünk részt, amelyet az IBLCE vizsgabizottság előzetesen jóváhagyott és pontszerzőnek (CERP provider) minősített. Minden egyéb konferencia és képzés esetében külön igénylést kell benyújtania az újraminősítést kérő laktációs szaktanácsadónak, amelyet a recertifikációs eljárás során ingyen tehet meg.

A csecsemőtáplálás témájában járatos szakemberek, elsősorban orvosok és védőnők számára rendezett továbbképzések és konferenciák leggyakoribb szponzorai a tápszer- és bébiételgyártó cégek. Nem véletlen. Anyagi érdekük fűződik ahhoz, hogy az általuk gyártott termékeket az egészségügyi dolgozók széles körben ismerjék és ajánlani tudják a családoknak. Ezek a továbbképzések általában pontszerzőek, és az orvos/védőnő-IBCLC laktációs szaktanácsadók morális dilemmáját okozza, hogy vajon az IBCLC újraminősítési eljárásban ezek az órák elszámolhatók-e? Általánosságban elmondhatjuk, hogy nem.

Vizsgáljuk meg közelebbről, hogyan zajlik egy ilyen konferencia!

A regisztráció során alá kell írni egy jelenléti ívet, s gyakran már a belépésnél megkapjuk a részvételtől szóló igazolást, amelyen a magyar akkreditáció során elismert pontérték is szerepel. Ez az igazolás akkor is a résztvevő kezében lesz, ha a konferenciáról annak vége előtt távozik. Ez tehát nem igazolja a valóban ott töltött órák számát, így az IBCLC újraminősítési eljárás során nem számít hiteles igazolásnak.

Ha a programot nem támogatta kódexsértő cég, akkor a laktációs szaktanácsadó a valóságosan ott töltött időt elszámolhatja.

Példa: egy 9-15 óráig tartó rendezvény a következő bontásban zajlik:

9-10:30-ig egymást folyamatosan követő előadások

10:30-11-ig szünet

11-12:30-ig egymást folyamatosan követő előadások

12:30-13 szünet

13-14:30 egymást folyamatosan követő előadások

14:30-15 záróteszt

Ez azt jelenti, hogy bár 9-15 óráig tartott a rendezvény, ebből az előadások ideje valójában csak 4 és fél óra volt összesen. A szüneteket és a zárótesztre fordított időt nem lehet pontszerzőként értékelni. Ha a laktációs szaktanácsadó az összes előadást végighallgatta, akkor 4,5 CERP jár érte. Az előadások jellegéből adódóan tudja ezt L, E és R pontokra bontani.

Ha a második szünetben elment, akkor csak az első két blokkban hallgatott előadásokért jár pont: összesen 3 CERP.

Ha 11:45-kor távozott, akkor az első blokkban 1,5 CERP, a másodikban pedig 0,75 CERP, összesen 2,25 CERP számítható.

Ha ebből egy húsz perces előadást ő maga tartott, akkor az érte járó 0,25 pontot még egyszer megkapja. Így összesen 2,5 CERP jár neki.

Az IBCLC laktációs szaktanácsadóktól elvárható, hogy becsületesen jelezzék a konferencia programját igazoló lapon, hogy melyik előadáson vettek részt, és a valóságnak megfelelő órákra kérjenek pontot az újraminősítési eljárás során.

Szponzorált program esetén a részvételi díjat részben vagy egészben a támogatók állják. Az IBCLC laktációs szaktanácsadó nem fogadhat el semmiféle juttatást kódexsértő cégtől, így ő ezt a kedvezményt nem veheti igénybe. Amennyiben mégis megteszi, úgy megsérti az IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Etika Kódexében foglaltakat, amely fegyelmi eljárást von maga után. Ez már önmagában is komoly etikai dilemma a magyarországi kreditpontoszerzésben érdekelt egészségügyi dolgozó számára, ha közben IBCLC végzettséggel is rendelkezik.

A konferencia során szponzorációs ajándécsomagot kapnak a résztvevők, valamint a szünetben állófogadásra is sor kerül. A felszolgált ételek és italok szintén a szponzoroknak köszönhetőek. Ezért az IBCLC jobban teszi, ha ezeket nem fogadja el!

További kérdéseket vet fel az előadók részrehajlásának lehetősége, illetve az előadások témájának hitelessége. Nehezen elképzelhető ugyanis, hogy a program anyagi fedezetét biztosító cég termékéről negatív információk hangozzanak el. Valószínűbb, hogy az előadásában szereplő információkat az előadó megszűri, a pontos tényközléstől tartózkodik, ha az rossz fényben tüntetné fel a gyártót vagy termékét. Az érdeklentét miatt ezek az előadások nem tekinthetők szakmailag egyértelműen hitelesnek és IBCLC mércével mérve pontszerzőnek.

Ez alól kivételt képeznek azok az előadások, amelyeket ugyanezek a konferenciákon IBCLC laktációs szaktanácsadók tartanak. Az ő előadásukért járó pontérték beszámítható az újraminősítésért való kérelemben, de csak akkor, ha csatoljuk az előadó nyilatkozatát arról, hogy előadását nem befolyásolták tápszergyártó (cumigyártó stb.) cégek, ő maga nem kapott semmiféle juttatást érte kódexsértő cégtől.

Itt kell megemlítenem az előadó IBCLC dilemmáját. Amikor felkérlik egy előadás megtartására, akkor szembesül azzal a ténnyel, hogy egy vagy több olyan cég támogatja a rendezvényt, amely megsérti az Anyatejet Helyettesítő Készítmények Nemzetközi Kódexét. Két lehetőség áll előtte:

1. Nem tesz eleget a felkérésnek.
2. Elvállalja az előadást.

Nem elég tisztességesnek lenni, annak is kell látszani! Ez egy komoly morális dilemma, amelynek gyakran nincs feloldása.

Ha nem vállalja el az előadást, akkor nem kapcsolódik a neve egy tápszergyártók által szponzorált eseményhez, és a tisztesség látszatát is meg tudja őrizni. Azonban nem is tudja átadni tudását és a hiteles információkat azoknak a szakembereknek, akiknek a legnagyobb szükségük lenne rá.

Ha elvállalja az előadást, biztosítania kell a hallgatóságát arról, hogy előadását nem befolyásolta kódexsértő cég, és nem kapott sem anyagi, sem természetbeni juttatást az előadás megírásáért, megtartásáért. Erről írásos nyilatkozatot is alá kell írnia. Prezentációja után nem fogadhat el ajándékot, ételt, italt. A laktációs szaktanácsadók általában még az előadás közben fogyasztott vizet is saját maguknak viszik, és a szünetben fogyasztott szendvicset is megvásárolják.

A tanácsadás néhány etikai kérdése

Az anyák életüknek egy nagyon meghatározó, rendkívül sérülékeny időszakában kerülnek kapcsolatba a szoptatási segítségnyújtásban gyakorlott szakemberrel. Ez a kapcsolat mind fizikai, mind pedig érzelmi intimitást rejt magában. Az IBCLC laktációs szaktanácsadó képes arra, hogy felismerje a tanácsadáshoz kapcsolódó etikai dilemmákat és meg hozza az adott helyzetben szükséges etikai döntéseket.

Az első helyszín, ahol a szaktanácsadó kapcsolatba kerül az anyával és csecsemőjével, a szülés helyszíne. A szülés utáni első órában általában készen áll az újszülött arra, hogy miután felkúszott az anyai emlőhöz, elkezdjen szopni. Az anya nagyon kiszolgáltatott helyzetben van, a segítő ügyes közreműködésén, kommunikációján múlik, hogy fogja magát érezni a segítségnyújtási szituációban. A jó segítő arra törekszik, hogy minimális beavatkozással segíthessen. Megtanítja, rávezeti az anyát arra, hogy ő maga találja meg a számára legmegfelelőbb testhelyzetet a szoptatáshoz és mellre tudja helyezni kisbabáját. Sok édesanya panaszkodik utólag arra, hogy a kórházban kérdés nélkül megfogták a mellét, kisbabáját pedig rányomták a mellére. Az IBCLC laktációs szaktanácsadó ilyen soha nem tesz! Ha nem sikerül beavatkozásmentesen (hands-off) segítenie, akkor szóban és írásban is engedélyt kér ahhoz, hogy megérinthesse az anyát és a csecsemőt. Kórházi körülmények között általában elég, ha az anya szóban hozzájárul a vizsgálatához, magánrendelőben és a család otthonában azonban az anya aláír egy beleegyező nyilatkozatot. Ez a nyilatkozat a tanácsadónál marad.

A gyermekágyas osztályon többször is segíteni kell az édesanyáknak. Még ha egy gyakorlott, többgyermekes anyáról van is szó, akkor is fontos, hogy valaki megnézze, hogy megy a szoptatás, és lehetőséget adjon arra, hogy az anya kérdéseket tegyen föl. A megfelelő kommunikáció ebben az esetben is elengedhetetlen. A jó segítő nem ad direkt módon tanácsot. Információt oszt meg, és abban segíti az anyát, hogy ő maga hozhassa meg a számára és kisbabája számára legjobb döntést. Ez a döntés nem feltétlenül egyezik a laktációs szaktanácsadó szerint helyes megoldással, azonban tiszteletben kell tartani az anya döntési jogát. Itt lép életbe az autonómia tiszteletben tartásának elve.

Ez természetesen nemcsak a kórházi tanácsadásra érvényes szabály, hanem a tanácsadás bármely helyszínén alkalmazandó.

Dilemma elé állítja az IBCLC laktációs szaktanácsadót, ha az anya kihívja őt az otthonába, azonban a látogatást szeretné titokban tartani az orvos vagy a védőnő előtt. A szaktanácsadó nem szeretné cserbenhagyni az anyát, szeretne segíteni neki, ugyanakkor az Etikai Kódexben foglaltak szerint köteles írásban tájékoztatni az anya és/vagy a csecsemő egészségügyi ellátóját (az orvost és/vagy a védőnőt) a tanácsadásról.

A tanácsadás megkezdése előtt köteles a kliens beleegyezését kérnie, hogy a szakmai véleményét megoszthassa a kliens orvosával vagy más egészségügyi ellátójával (*IBLCE, 2004*).

Ilyen esetben jól teszi, ha megbeszéli az anyával, hogy mennyire fontos az őt segítők együttműködése, valamint fontos azt is tudatni, hogy az IBCLC laktációs szaktanácsadó nem illegális tevékenységet folytat, amit titkolni kellene, az anyának pedig jogában áll több szakvéleményt is kikérni. Ezután általában az anya aláírja a hozzájárulást. Ha mégsem, akkor az IBCLC nem vállalhatja el az esetet.

Példa: a laktációs szaktanácsadó azt tapasztalja, hogy a csecsemő nagyon rossz állapotban van, éheznek és a kiszáradás határán áll. Kötelessége az orvost és a védőnőt értesíteni. Azonban az anya nem írta alá a nyilatkozatot, nem adta beleegyezését. A szaktanácsadó úgy megy el, hogy tehetetlen, és nem tudja, mi lesz a kisbabával. Nem lehet biztos benne, hogy a szülők komolyan veszik a veszélyt és a szaktanácsadó javaslata alapján kórházba viszik a csecsemőt. Ebben az esetben a felelősség nemcsak a szülőket, de a segítőket is terheli. Ez egy újabb morális dilemmát eredményez: mi a magasabb rendű szempont? A szülők akarata vagy a csecsemő életének megmentése? Természetesen az utóbbi, és a laktációs szaktanácsadó MINDENKÉPPEN köteles a veszélyről értesíteni az egészségügyi ellátókat! Ezt a problémát azonban úgy lehet a legegyszerűbben megelőzni, ha az anyával aláírattja a beleegyező nyilatkozatot a tanácsadás megkezdése előtt.

Segédeszközök árusítása

Részlet az *IBCLC LAKTÁCIÓS SZAKTANÁCSADÓK KLINIKAI KOMPETENCIÁI* című dokumentumból:

Az IBCLC laktációs szaktanácsadó köteles megfelelő, kompetens szolgáltatást nyújtani az anyáknak, családoknak ezért a laktációt érintő minden részletre kiterjedően végezi el az anya, a gyermek és a táplálás vizsgálatát, ami a következőket foglalja magába:

Segédeszközök és technikák alkalmazása

- kritikusan elemzi a különböző szoptatási technikák és segédeszközök indikációit és kontraindikációit, hogy valóban segítik-e vagy inkább veszélyeztetik a szoptatást, ide értve az alternatív táplálási módokat is
- kritikusan elemzi és bemutatja a használatát azoknak az eszközöknek, amelyek a szoptatást elősegítik, szem előtt tartva, hogy létezhetnek olyan segédeszközök, amelyeket megfelelő bizonyítékok híján is úgy reklámoznak, hogy a szoptatást segítik, és közben a szoptatás fenntartását veszélyeztethetik
- kritikusan elemzi, hogy egyes technikák és eszközök miként és milyen helyzetben lehetnek hasznosak a szoptatás megkezdésében vagy fenntartásában
- bizonyítékokon alapuló információkkal szolgál az anya részére a segédeszközök használatát illetően (*IBLCE, 2010*)

Felvetődik a kérdés, hogy hogyan tud megfelelni a fent idézett alapvetéseknek egy laktációs szaktanácsadó, ha anyagi érdeke fűződik szoptatási segédeszközök, mellápoló krémek, galaktogógumok árusításához?

Vajon gyakrabban fogja-e ajánlani az általa forgalmazott tejserkentőket, szoptatásbarát pótlási eszközöket a hozzá forduló édesanyáknak, mint az valóban indokolt lenne? Inkább a saját boltjában kapható krémet javasolja sebes bimbóra vagy a helyes mellre tételre helyezi a hangsúlyt?

Vajon hiteles tud-e maradni?

Ha a laktációs szaktanácsadó szeretne tisztességesnek is látszani, akkor a saját klienseinek nem ajánlja a boltját, nem ajánlja a nála kapható termékeket, igénybe vehető szolgáltatásokat direkt módon.

Példa: a laktációs szaktanácsadó egy koraszülött kisbaba édesanyjának segít, s szükségesnek ítéli, hogy egy hatékony, elektromos mellszívót használjon az anya, míg a csecsemő az intenzív osztályon van és nem tud szopni. A tanácsadónak mellszívó kölcsönző és árusító boltja van. Akkor cselekszik etikusan, ha általános, jól használható információt ad át kliensének a mellszívók használatát illetően, de nem ajánlja fel, hogy nála is bérelhet vagy vásárolhat az anya ilyen eszközt. Ha azonban az anya épp az ő boltjára talál rá keresés közben, akkor természetesen nem jelent etikai problémát, hogy ő elégítse ki ezt az igényt is.

A szellemi tulajdon tiszteletéről

"Az IBCLC laktációs szaktanácsadó köteles nyomon követni, elismerni és tiszteletben tartani a szellemi termékek tulajdonjogát, amelybe beletartoznak – de azt ki nem merítik – a szerzői jogok (írott anyagokra, fényképekre, diákra és más illusztrációkra vonatkozó), védjegyek, szolgáltatások és szabadalmak." (IBLCE, 2004.)

Mit jelent ez a gyakorlatban?

A laktációs szaktanácsadó feladatai közé tartozik a szakirodalom olvasása, a friss kutatási eredmények megismerése, előadások, prezentációk elkészítése. A kutatási eredmények absztraktja ingyen hozzáférhető internetes adatbázisokban. A teljes szövegért azonban általában fizetni kell. A laktációs szaktanácsadó tiszteli a kutatók munkáját, és nem akar tisztességtelen módon hozzájutni ezekhez a cikkekhez. Azt megteheti, hogy elkéri a szerzőktől a számára fontos cikket, és írásos beleegyezésüket követően prezentációkészítéshez felhasználja azt. Arra is van lehetőség, hogy egy cikket, amihez ő már hozzájutott (vagy azért, mert fizetett érte vagy azért, mert a szerzők ingyen a rendelkezésére bocsátották), kiscsoportos konzultáción kollégákkal közösen feldolgozzanak a szakmai tudás fejlődése érdekében. A birtokába jutott cikket azonban nem adhatja át másnak szabad felhasználásra.

Nem másolja le a szakkönyveket sem magának, sem másnak a részére. Nem használja föl a mások által készített fotókat, videókat a készítő beleegyezése nélkül. Nem használja föl kollégája szakmai anyagait (prezentációit, jegyzeteit, cikkeit, honlapján található tartalmakat) sajátjaként. Mindig a forrás pontos megnevezésével idéz mások műveiből.

A szellemi tulajdon védelméről a Polgári törvénykönyv rendelkezik.

A szellemi alkotásokhoz fűződő jogok

86. § (1) A szellemi alkotás a törvény védelme alatt áll.

(2) A védelmet - e törvény rendelkezésein kívül - az alkotások meghatározott fajtáira, valamint egyes rokon tevékenységekre a szerzői, az iparjogvédelmi (a szabadalmi, a védjegy-, eredetmegjelölés-, származásjelzés- és mintaoltalom), valamint a hangfelvételek előállítóit védő jogszabályok határozzák meg.

(3) A törvény védi azokat a szellemi alkotásokat is, amelyekről a külön jogszabályok nem rendelkeznek, de amelyek társadalmilag széles körben felhasználhatók és még közkinccsé nem váltak.

(4) A személyeket védelem illeti meg a vagyoni értékű gazdasági, műszaki és szervezési ismereteik és tapasztalataik tekintetében is. A védelmi idő kezdetét és tartamát jogszabály határozza meg.

87. § (1) Akinek szellemi alkotáshoz fűződő jogát megsértik - a külön jogszabályban meghatározott védelmen kívül - a személyhez fűződő jogok megsértése esetén irányadó polgári jogi igényeket támaszthatja.

(2) A külön jogszabályok hatálya alá nem tartozó szellemi alkotásokat és a személyek vagyoni értékű gazdasági, műszaki, szervezési ismereteit és tapasztalatait érintő védelem körében a jogosult azt is követelheti, hogy az eredményeit elsajátító vagy felhasználó személy részeltesse őt az elért vagyoni eredményben. (PTK)

IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Etikai Kódexe

Preambulum

A laktációs szaktanácsadói szakmának és az ellátottak körének egyaránt érdeke, hogy az IBCLC-k egy elfogadott Etikai Kódex szerint lássák el feladatukat. Az Etikai Kódex az, ami tartalmazza a laktációs szaktanácsadó hatáskörét és magatartási szabályait, azt az iránymutatást, ami alapján a laktációs szaktanácsadó a munkáját végzi. Jelen etikai alapelvek a hivatás útmutatóját képezik és körvonalazzák a laktációs szaktanácsadó elhivatottságát és kötelességeit saját magával, klienseivel, kollégáival, a társadalommal és az egész szakmával szemben.

A vizsgarendszer létrehozásával és érvényesítésével, valamint az általa megszabott követelményeknek eleget tevő jelöltek számára a nemzetközi bizonyítvány kiadásával az IBLCE vizsgabizottság célja, hogy segítséget nyújtson az társadalom egésze számára az egészség, a biztonság és jóllét biztosításához. Az IBLCE vizsgabizottság elfogadta ezt az Etikai Kódexet, ami minden IBCLC-re nézve kötelező érvényű.

A hivatásgyakorlás etikai alapelvei

Az IBCLC-k oly módon kötelesek tevékenységüket végezni, hogy annak során klienseik érdekeit mindig szem előtt tartsák és megvédjék, megőrizték a köz bizalmát a kompetenciájukba tartozó tevékenységek gyakorlását illetően, és szakmájuk hírnevét és elismertségét növeljék.

Az IBCLC személyesen felel tevékenységéért, és saját szakmai felelősségének gyakorlása mellett:

Olyan objektív szakmai ellátást nyújt, amely megfelel az egyén speciális szükségleteinek és értékeinek.

Kerüli a faji, hitbeli, vallási, nemi, szexuális orientáltság, kor és nemzeti hovatartozás szerinti megkülönböztetést.

A szakma iránti elhivatottságának lelkiismerete szerint teljes mértékben eleget tesz.

Életvitelében őszinte, becsületes és korrekt.

Az érdekkellentétet, összeférhetetlenséget jelentő helyzeteket kerüli, miközben a laktációs szaktanácsadói szakma célkitűzéseit megvalósítja, integritását fenntartja.

Bizalmasan kezeli az információkat.

Tevékenysége tudományos alapelveken, kurrens kutatási eredményeken és információkon alapul.

Felelősséget vállal tevékenységéért, elfogadja saját személyes felelősségét a tevékenységén belül.

Tudatában van a képzettségének megfelelő kompetenciahatárainak, és ezen belül hozza meg szakmai döntéseit. Ez az alapelv magába foglalja azt is, hogy adott esetben szakmai konzultációt vesz igénybe, illetve megfelelő szakemberhez irányítja kliensét.

A nyilvánosságot és a kollégákat tényeken alapuló információk felhasználásával tájékoztatja szolgáltatásairól. Az IBCLC nem hirdetheti magát valótlan vagy félrevezető információkat tartalmazó módon.

Megfelelő információt nyújt ahhoz, hogy kliensei képesek legyenek saját, ún. informált döntésüket meghozni.

Oly módon nyújt információt a megfelelő termékekről, hogy az se valótlan, se félrevezető ne legyen.

Nevének használatát csak abban az esetben engedélyezi, hogy igazolja a laktációs szaktanácsadói szolgáltatást, amennyiben valóban ő maga végezte a szolgáltatást.

A szakmai képezéseinek, minősítéseinek megfelelő címet pontosan és megfelelő módon használja, az IBCLC megjelölést csak akkor használja, amennyiben az aktuálisan érvényes, azt az IBLCE vizsgabizottság hivatalosan jóváhagyta, illetve ha megfelel minden követelménynek ami az első vagy a meghosszabbított minősítés elnyeréséhez szükségesek. Fegyelmi eljárást von maga után, amennyiben az IBCLC az IBLCE vizsgabizottság követelményeinek megsértésében másoknak segít, illetve amennyiben egy másik személyt az IBCLC cím jogosulatlan használatához segít hozzá.

Jelenti a megfelelő személynek vagy hatóságnak, ha azt észleli, hogy kollégái egészsége és biztonsága veszélynek van kitéve, mivel ezen körülmények a tevékenység és az ellátás színvonalát veszélyeztethetik.

Visszautasít mindenféle, klienseitől származó ajándékot vagy egyéb szívességet, ami úgy értékelhető, hogy ennek révén a kliens megkülönböztetett figyelmet vagy más előnyt remél.

Nyilvánosságra hoz minden anyagi vagy más természetű érdekellentétet, összeférhetlenséget, melyek a tevékenységével kapcsolatos releváns termékeket vagy szolgáltatásokat biztosító szervezetekkel kapcsolatosan merülnek fel. Biztosítja ily módon azt, hogy szakmai döntéshozatalát nem befolyásolja semmiféle anyagi érdek.

Megalapozott információkat közöl, és az ellentmondásos információkat személyes előítéletektől mentesen értelmezi; elismerve, hogy különböző nézetek lehetnek jelen legitim módon ugyanazon kérdés tekintetében.

Önként visszavonul szakmai tevékenységétől, amennyiben kóros szerhasználóvá válik (szenvedélybetegség); a bíróság mentálisan alkalmatlannak ítélte; vagy fizikai, érzelmi, illetve mentális alkalmatlansága oly módon befolyásolja tevékenységét, hogy az klienseinek kárára válhat.

Az anya beleegyezését kéri, amennyiben az anya és/vagy gyermeke(i) fényképét, hangfelvételét, videofelvételét oktatási vagy szakmai célokra szeretné felhasználni.

Fegyelmi eljárás alá vonható: amennyiben az adott ország törvényeinek értelmében büntettet hajt végre, amely bűncselekménynek vagy vétségnek minősül, melynek alapvető oka a tisztességtelenség, és ami a laktációs szaktanácsadói tevékenységgel is összefüggésbe hozható; amennyiben egy állam, tartomány/megye vagy más helyi hatóságok fegyelmi eljárást indítottak ellene, és legalább az eljárás egyik alapja ugyanaz vagy lényegét tekintve azonos ezekkel az alapelvekkel; amennyiben jogsértést vagy jogellenes cselekedetet követ el, ami közvetlenül kapcsolatba hozható a szakmai tevékenységével, és amelyet a megfelelő hatáskörrel rendelkező bíróság, engedélyezési hivatal vagy valamely állami szervezet mondott ki, vagy amennyiben megsérti az IBLCE vizsgabizottságnak a szabálysértés ideje alatt hatályban lévő Etikai Kódexében megfogalmazott alapelveit.

Elfogadja azon kötelezettségét, hogy az ezen Etikai Kódexben megfogalmazottak megtartásával védje a közösséget és a szakma becsületét, valamint hogy a Kódex vélhető megszegését megfelelő módon jelentse az IBLCE vizsgabizottság számára.

A tanácsadás megkezdése előtt köteles a kliens beleegyezését kérnie, hogy a szakmai véleményét megoszthassa a kliens orvosával vagy más egészségügyi ellátójával.

Az IBCLC-k kötelesek betartani az Anyatejet Helyettesítő Képzésmények Marketingjének Nemzetközi Kódexének előírásait és határozatait, amelyek az egészségügyi dolgozókra vonatkoznak.

Köteles nyomon követni, elismerni és tiszteletben tartani a szellemi termékek tulajdonjogát, amelybe beletartoznak – de azt ki nem merítik - a szerzői jogok (írott anyagokra, fényképekre, diákra és más illusztrációkra vonatkozók), védjegyek, szolgáltatások és szabadalmak.

(©IBLCE - Elfogadva 2004. December 1-jén)

Irodalomjegyzék

1. Berényi Tamás, dr., Stefanov Kinga, dr.: Kritikus állapotú betegek autonómiájának, valamint az élethez és emberi méltósághoz való jogának érvényesítése az intenzív terápiás osztályokon, Gyógyszerrel az Egészségért Alapítvány, Budapest, 2002. <http://www.gyogyszeralap.hu/?cikk1> (2011.10.28.)
2. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata:
<http://www.menszt.hu/layout/set/print/content/view/full/201> (2011.10.28.)
3. Exam Blueprint - IBLCE Candidate Information Guide, 2011.
4. IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Etikai Kódexe, IBLCE, 2004.
5. IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Klinikai Kompetenciái, IBLCE, 2010.
6. Rózsa Ibolya, IBCLC: Hivatásetika, hallgatói jegyzet, Semmelweis Egyetem, 2010.
7. Turay Alfréd: Az ember és az erkölcs, Alapvető etika Aquinói Tamás nyomán, Katolikus Teológiai Kézikönyvek 31., Agapé kiadó, Szeged: 2000. <http://mek.oszk.hu/08700/08783/html/etika.htm> (2011.10.27.)
8. Joy Noel-Weiss, RN, IBCLC, MScN, Gregory J. Walters, PhD: Ethics and Lactation Consultants: Developing Knowledge, Skills and Tools, J Hum Lact May 2006 vol. 22 no. 2 203-212
9. 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről 2011.X.1 hatályos állapota:
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=95900004.TV (2011.10.29.)

Tesztkérdések

1. Min alapul a bioetika?
 - a) Egy adott közösség által elfogadott magatartási normákon.
 - b) Környezetvédelmi kérdésekben történt konszenzuson.
 - c) Bioélelmiszerek forgalmazásának erkölcsi normáin.
2. Mit jelent a napi gyakorlatban a Ne árts! elve?
 - a) Az orvos arra törekszik, hogy kevesebbet ártson a betegnek, mint amennyit használ.
 - b) Az orvos arra törekszik, hogy ne okozzon fájdalmat a betegnek.
 - c) Az orvos arra törekszik, hogy minél több vizsgálatot elvégezzen a betegen.
3. Az újraminősítéshez az IBCLC laktációs szaktanácsadónak
 - a) Alá kell írnia az IBCLC Laktációs Szaktanácsadók Etika Kódexét.
 - b) Be kell nyújtania a vizsgabizottsághoz az etikai problémákat felvető eseteinek dokumentumait.
 - c) Össze kell gyűjtenie legalább 5 E pontot.
4. Ki a laktációs szaktanácsadó?
 - a) Szoptatásban képzett védőnő
 - b) Minden egészségügyi dolgozó, aki a munkahelyén szoptatási tanácsokat ad
 - c) Érvényes nemzetközi IBCLC oklevéllel rendelkező specialista
5. Mi az IBCLC laktációs szaktanácsadó feladata?
 - a) Az emlő masszírozása és fejtése masztitisz esetén.
 - b) Széleskörű megelőző, gyógyító és tanácsadói feladata van a szoptatással kapcsolatos problémákat illetően, beleértve a lelki támogatást is.
 - c) Lelki támaszt nyújt a szoptató anyáknak.
6. Melyik állítás igaz az alábbi állítások közül?
 - a) Az IBCLC oklevél örökre érvényes.
 - b) Az IBCLC laktációs szaktanácsadóknak 5 évente újra vizsgáznuk kell.
 - c) Az IBCLC laktációs szaktanácsadóknak 5 évente újraminősítésért kell folyamodniuk.

7. Melyik állítás NEM igaz?

- a) A segítő és páciens közötti viszony alapelveinek legfontosabb tartóoszlopa a páciens és a segítő között kialakuló bizalom.
- b) A bizalomhoz elengedhetetlenül szükséges megbízhatóság és hűség alkotja azt a szilárd alapot, amelyre a segítő és a páciens közötti tartós kapcsolat felépülhet.
- c) A segítő és páciens közötti bizalom alapja, hogy a segítő nem tagadhatja meg a páciens kéréseit.

8. A laktációs szaktanácsadó megállapítja, hogy a csecsemő helytelen szopási technikáját cumizavar okozza. Javasolja a cumi elhagyását. Az anya úgy dönt, hogy nem követi a tanácsadó javaslatait. A laktációs szaktanácsadó felvilágosítja az anyát a cumihasználat káros hatásairól, de nem erőlteti tovább a cumi elhagyását. Melyik bioetikai alapelv érvényesül ebben a szituációban?

- a) A jótekonyság elve
- b) Az autonómia tiszteletben tartásának elve
- c) A Ne árts! elve

9. A alábbi továbbképzések közül melyik NEM alkalmas pontszerzésre a laktációs szaktanácsadók számára?

- a) Adózási alapismeretek – tanfolyam vállalkozóknak
- b) Nemzetközi laktációs szaktanácsadói konferencia
- c) Posztpartum depresszió kialakulásának okai és kezelése – továbbképzés pszichológusoknak

10. Mit okoz, ha a laktációs szaktanácsadót tápszergyártók által szponzorált konferenciára hívják meg előadást tartani a szoptatásról?

- a) Az IBCLC oklevél visszavonását
- b) Morális dilemmát
- c) Szakmai előrelépést

11. Az IBCLC laktációs szaktanácsadók etikai kódexében foglaltak szerint a tanácsadó köteles a kliens engedélyét kérni ahhoz, hogy a vizsgálat eredményéről értesíthesse...

- a) az anya és/vagy a csecsemő orvosát, védőnőjét
- b) az IBLCE vizsgabizottság nemzeti koordinátorát
- c) az anya édesanyját

12. A laktációs szaktanácsadó éppen arra készül, hogy megvizsgáljon egy anyát és a csecsemőjét. Mit kell tennie ELŐSZÖR?

- a) meg kell mosnia a kezét
- b) írásos beleegyezést kell kérnie az anyától
- c) meg kell vizsgálnia az anya mellét

13. Egy laktációs szaktanácsadó mellszívókölcsönzőt üzemeltet az otthonában. Ugyanakkor tagja a kórházi nővércsapatnak is a szülészeti osztályon. Amikor egy anya a kisbabája nélkül hagyja el a kórházat, a laktációs szaktanácsadó az anyát csak a saját kölcsönzőjéről tájékoztatja, a többi ilyen lehetőségről nem. Ez a viselkedés:

- a) legális és etikus
- b) illegális és nem etikus
- c) érdekellentét

14. Válassza ki az IGAZ mondatot!

- a) Az interneten található kutatási eredmények fizetés és letöltés után szabadon másolhatók és terjeszthetők.
- b) Mindig a forrás pontos megnevezésével kell idézni a szakirodalomból.
- c) Ha valaki engedélyünk nélkül használja föl szellemi termékünket, nem tehetünk ellene semmit.

15. Válassza ki a HAMIS állítást!

- a) Az IBCLC laktációs szaktanácsadó olyan objektív szakmai ellátást nyújt, amely megfelel az egyén speciális szükségleteinek és értékeinek.
- b) Az IBCLC laktációs szaktanácsadó tevékenysége tudományos alapelveken, kurrens kutatási eredményeken és információkon alapul.
- c) Az IBCLC laktációs szaktanácsadó a javaslatait személyes tapasztalata és magánvéleménye alapján teszi meg.

PRIMER PREVENCIÓS PROGRAMSZERVEZÉS A LAKTÁCIÓS SEGÍTSÉGNYÚJTÁSI GYAKORLATBAN

Primer prevenciós programszervezés a szoptatás támogatásáért – Várandós felkészítés, anyacsoport szervezése

Dr. Kun Judit Gabriella – Dr. Martinovichné Debulay Bianca

A szoptatás mint primer prevenció

A primer prevenció, vagy elsődleges megelőzés célja a betegségek fellépésének megakadályozása. Eszköztárába tartozik például az egészségre ártalmas hatások kiiktatása és az egészségtudatos életmód kialakítása, de egyes, kifejezetten orvosi tevékenységeket is ide sorolhatunk – ilyenek például a védőoltások.

A szoptatás a csecsemők táplálásának természetes, biológiai módja. Kutatási eredmények ezrei bizonyítják a szoptatásnak a gyermek és az anya testi-lelki egészségére gyakorolt jótékony hatását, ami a legtöbb esetben a szoptatás időtartamával arányos. Az anyatej speciális összetételénél fogva nemcsak az akut fertőző betegségektől védi a csecsemőt, hanem hosszútávon csökkenti a krónikus betegségek kialakulásának kockázatát. A szoptatás jótékony hatással van az anya aktuális és hosszú távú egészségére is, és pozitívan befolyásolja mind az anya, mind a csecsemő lelki egészségét, jóllétét (*Barclay, 2009; Duncan, 1993; Gutman, 2009; Ip, 2007; Klement, 2004; Montgomery, 2006; Pikwer, 2009; Quigley, 2007; Scariati, 1997; Schwarz, 2009; Strathearn, 2009; Stuebe, 2005; Vennemann, 2009*). Ezért a szoptatás védelme, népszerűsítése és támogatása a legfontosabb népegészségügyi célok közé kell, hogy tartozzon.

Miért van szükség a szoptatás védelmére, népszerűsítésére és támogatására?

Az anyák és családok csecsemőtáplálással és -gondozással kapcsolatos döntéseit jelentős mértékben befolyásolja a szociokulturális környezet. Az elmúlt, valamivel több mint száz év társadalmi változásai a szoptatást háttérbe szorították, és helyét sok helyen átvette a „cumisüveges kultúra”. Ebben szerepe van a nagycsaládok felbomlásának, a nők munkába állásának és társadalmi szerepük megváltozásának csakúgy, mint a tápszereket gyártó és forgalmazó cégek megjelenésének és marketing tevékenységének.

A társadalmi változások azonban nem jelentik azt, hogy a csecsemők, anyák és családok alapvető biológiai szükségletei is megváltoztak. A szoptatás továbbra is az a táplálási és gondozási mód, ami a legteljesebb testi és lelki egészség lehetőségét biztosítja a felnövekvő generáció számára. Éppen ezért a szoptatási arányok csökkenésének számottevő káros egészségi és társadalmi hatása van a nőkre, a gyermekekre, a közösségekre és a környezetre egyaránt, ami növeli az egészségügyi kiadásokat és fokozza az egyenlőtlenségeket az egészségi állapot terén (*Eu Project, 2008*). Ezért az egész társadalom elemi érdeke, hogy mindent megtegyen a szoptatási kultúra helyreállításáért.

Ez a feladat azonban nem is olyan könnyű, ha figyelembe vesszük, hogy napjainkban felnőhet egy kislány úgy, hogy soha nem látott még szoptató nőt, és nagyon sokszor a saját gyermeke az első csecsemő, akit karjában tarthat.

A természeti népeknél még ma is, de nagyjából száz éve még hazánkban is természetes volt a nagy-családok együttélése. A kislány, kamasz lány látta, megtapasztalhatta, hogy édesanyja, nagynénje, unokanővére vagy sógornője hogyan ad életet gyermekének, hogyan táplálja és látja el őt, sőt a kisebbek gondozásában sokszor ő maga is részt vett. Ilyen módon felnőve, a fiatal anyák már első gyermekük születésekor pontosan tudták, hogy mik a csecsemő szükségletei, hogyan kell gondoskodniuk róla. Ezen kívül körülvette őket az a tapasztalt asszonyi kör, akik biztos támaszt nyújtottak nekik. Segítettek a család és a háztartás ellátásában, gyakorlati tanácsokat adtak és erősítették az anya önbizalmát és kompetenciáját: ha már megfogant a babája, kihordta, megszülte, akkor képes és alkalmas lesz táplálni és ellátni is őt.

A mai édesanya legtöbbször magára marad újszülött csecsemőjével, az apa vagy a tágabb család legfeljebb az első néhány hétben tud besegíteni. A fizikai segítség hiánya mellett a legnagyobb nehézség a megfelelő minta és tapasztalat hiánya. A szülés utáni amúgy is labilis érzelmi állapotban az új anya tele van kérdésekkel és bizonytalanságokkal, és nincs körülötte az a tapasztalt asszonyi kör, ami támogatást és biztonságot nyújthatna. Ki van szolgáltatva az ismerősöktől, magazinokból, internetről, babagondozási könyvekből és a tápszercégek marketing anyagaiból származó információknak, amik gyakran tartalmazznak tévhiteket, helytelen információkat.

Ebben a környezetben a szoptatási kultúra visszaállítása csak úgy lehetséges, ha a törvényhozástól kezdve az egészségügyön és a helyi közösségeken át az egyénekig mindenki egységesen fellép a szoptatás védelme, népszerűsítése és támogatása érdekében (*Eu Project, 2008*).

Az egészségügyi dolgozók szerepe a szoptatás támogatásában

A kulturális és családi környezetben túl az anya csecsemőtáplálással kapcsolatos döntésére számos más tényező is hat. Az alábbi táblázat azokat tartalmazza, amik bizonyítottan hatással vannak a szoptatás megkezdésére és időtartamára (*Yngve, 2001; Eu Project, 2008*).

Demográfiai jellemzők	Háttér, társadalmi helyzet, iskolázottság, etnikum, családi állapot, foglalkoztatás, lakóhely (város-falu), a gyermek neme, az anya életkora
Pszichoszociális jellemzők	Azok a tényezők, amik közvetlen összefüggésben vannak az anya intra- és interperszonális folyamataival, önbizalom, szégyenlősség, egészséggel kapcsolatos meggyőződések stb. és az elsődleges csoportok, amik magukban foglalják a családot, a barátokat, társakat, akik a társadalmi identitást, támogatást és szerepmintát adják
Egészségügyi ellátás jellemzői és biológiai-egészségi tényezők	Szabályok, rendeletek, irányelvek és gyakorlat az egészségügyi ellátó-rendszeren belül, amelyek elősegíthetik a szoptatást pl. a várandós felkészítés, a szoptatás korai megkezdése, a dolgozók oktatása, rooming in; és a biológiai-egészségi tényezők, mint pl. az anya és a gyermek perinatális egészségi állapota
Közösségi jellemzők	Társadalmi hálózatok és normák vagy sztenderdek, amelyek formálisan vagy informálisan léteznek az egyének, csoportok és szervezetek között. Anyacsoportok léte. A perinatális ellátó-rendszer és az anyacsoportok közötti kapcsolatok léte.
Közösségi (közegészségügyi) irányelvek	Helyi és állami irányelvek és törvények, amelyek szabályozzák vagy támogatják a prenatális, perinatális és gyermek egészségügyi ellátást, a szoptatás beemelése az iskolai és az egészségügyi dolgozók tantervébe, anyavédelmi intézkedések (pl. szülési szabadság, gyermekgondozási juttatások), nyilvános szoptatás elfogadása és jogi támogatása, bababarát területek létrehozása és számuk növelése
Családbarát munkahelyek	Munkahely területén bölcsődék létrehozása, ahol az anyák megszojthatják gyermeküket, megfelelő körülmények és lehetőség biztosítása a fejésre, hogy a munkába álló nő fenntartva a tejtermelést, folytatni tudja a szoptatást.

Hazánkban a várandós gondozás, a szülészeti és gyermek egészségügyi ellátás, valamint a nemzetközi viszonylatban is egyedülálló védőnői hálózat minden nő és család számára elérhető, ami lehetőséget ad arra, hogy az egészségügyi dolgozók minden várandós és kisgyermekes édesanyával kapcsolatba kerüljenek. Ilyen módon az egészségügyi dolgozóknak egyedülálló lehetőségük van arra, hogy a szoptatással kapcsolatos helyes információkat eljuttassák minden új édesanyához, illetve gyakorlati segítséget és támogatást nyújtsanak nekik. Ez egyben óriási felelősséget is ró rájuk, hiszen jelentős részben rajtuk múlik, hogy a fiatal anyáknak milyen ismereteik lesznek a csecsemőtáplálásról, és hogy nehézség esetén képesek lesznek-e áthidalni a felmerülő problémákat. A felmérések szerint az egészségügyi dolgozók sokkal hatékonyabbak a szoptatás támogatásában akkor, ha pozitív a hozzáállásuk és ha megfelelő elméleti és gyakorlati ismeretekkel rendelkeznek a segítségnyújtáshoz (Clifford, 2008). Ezért rendkívül fontos, hogy minden, várandós és kisgyermekes édesanyával foglalkozó egészségügyi dolgozó naprakészen tartsa ismereteit a szoptatás támogatásának elméleti és gyakorlati kérdéseiben, valamint, hogy betartsa „Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexét” és a vonatkozó WHA (World Health Assembly) határozatokat (Eu Project, 2008).

Primer prevenciós programok a szoptatás támogatására

A csecsemők táplálásáról és gondozásáról szóló ismeretek átadását érdemes már az óvodáskorban elkezdni, annál is inkább, mivel manapság kevés minta áll a gyermekek rendelkezésére a családjukban vagy környezetükben. A témára – a gyermekek életkorának és érdeklődésének megfelelő szinten – az iskolás években újra és újra vissza lehet térni. Vannak olyan államok, ahol az óvodáskortól érettségig kidolgozott tanterv áll a pedagógusok rendelkezésére a szoptatás témakörében (1. internetes hivatkozás).

A szoptatást elősegítő programok közé tartoznak a várandós felkészítés, a szülés utáni tájékoztató alkalmak, a szoptatós baba-mama csoportok, a közösségi és iskolai ismeretterjesztő előadások, az önkéntes szoptatási segítők képzésére irányuló programok és tanfolyamok, valamint a figyelemfelhívó kampányok – mint például a Szoptatás Világhete és az ahhoz kapcsolódó programok.

Jelen írásunkban a várandós felkészítéssel és az anyacsoportokkal szeretnénk részletesen foglalkozni.

Várandósok felkészítése a szoptatásra

A várandós anya lelkiállapotának jellemzői

A várandósság kilenc hónapja alatt jelentős változások mennek végbe az anya testében és lelkében, amelyek részint folyamatos átalakulásként, részint hirtelen változásokként jelentkeznek. A terhesség harmadai élettanilag is különböznek egymástól, de az anya szubjektíve is másként éli meg ezeket a szakaszokat – pl. a koraterhességi roszszullétek a harmadik hónap végére szűnnek meg, a középső harmadban érzi magát fizikailag legjobban az édesanya, míg a várandósság utolsó trimeszterében jelentkeznek a növekvő magzat okozta kényelmetlenségek. Az anya lelkiállapota és a terhességéhez fűződő viszonya is lényegesen különbözik az egyes trimeszterekben. Az idő előrehaladtával más és más kérdések kerülnek az anya figyelmének középpontjába, miközben lelkileg is felkészül újszülöttje fogadására.

Az első trimeszterben a téma maga a várandósság, a befogadás. Még kérdés, hogy az anya örül-e az érkező gyermeknek, illetve mer-e örülni neki. A hormonhatások okozta fizikai és pszichés változások igen hangsúlyosak lehetnek. Gyakori a várandósság elvesztésétől való félelem. Ebben az időszakban rendkívül fontos a félelmek meghallgatása, és hogy teret hagyjunk a negatív érzelmeknek is. Az első trimeszter végére rendszerint megéri az anyában a gyermek elfogadása.

Az első időszak félelmeinek elmúltával, a második trimeszterben az anya hangulata is javul. Figyelve a magzat felé fordul, és míg korábban csak a közvetett tünetek utaltak a várandósság létére, a magzatmozgások érzékelésével közvetlen kapcsolatba kerül a babájával. Ebben az időszakban fontos az anya bizalma a saját testében, hogy a magzat jól van és növekszik, a ráhagyatkozás, hogy ami történik, az jól történik. A második harmadban lehet beszélgetni a jövőről, a születendő gyermekkel közös életről, akár a szoptatásról is, de a középpontban a szülés áll. A második szakasz addig tart, amíg az anya már életképesnek tudja a gyermekét (27-28. hét).

A harmadik trimeszter témája az elengedés, a szülés. Sok édesanya csak ebben az időszakban érkezik el oda, hogy a szüléssel tudjon foglalkozni. Gyakori tapasztalat az is, hogy a várandós „csak a szülésig lát”, és kevéssé fogadja be azokat az információkat, amik a szülés utáni időszakra vonatkoznak (pl. a baba gondozásáról vagy táplálásáról) (*Gyarmati, 2006; Varga, 2002*).

Döntés a csecsemőtáplálásról

Egy olyan kultúrában, ahol a szoptatás már nem a norma, a mesterséges táplálás megfelelő, sőt akár egyenértékű alternatívának tűnhet a családok számára, ezért arról, hogy megszületése után milyen módon fogják táplálni csecsemőjüket, döntést kell hozniuk. A nemzetközi kutatási eredmények szerint az anyák többsége már a várandóssága előtt dönt a táplálásról. A többiek legnagyobb része a második trimeszter vége előtt elhatározásra jut, és csak kevesen vannak, akik még a harmadik trimeszterben is bizonytalanok vagy csak a szülés után jutnak dűlőre ebben a kérdésben. Az anyák 96-97%-a azután valóban a döntése szerint táplálja a csecsemőjét (*Earle, 2002; Noble, 2003; Sarett, 1983*).

A csecsemőtáplálás módjáról való döntést nagyon sok tényező befolyásolja, és nagyon sokszor nem is tudatos. Azok a tanulmányok, amelyek megpróbálták feltérképezni, hogy mely faktoroknak van a legnagyobb szerepe abban, hogy az anyák a szoptatást válasszák, azt találták, hogy a korábbi pozitív szoptatási tapasztalat, a magasabb iskolázottság és a várandósság előtt vagy korai szakaszában meghozott döntés (a szoptatás mellett) volt a legjelentősebb (*Ward, 2004*). Mások azt találták, hogy ha az anya rokoni vagy baráti körében van olyan személy, akinek pozitív szoptatási tapasztalata van, akkor az anya sokkal gyakrabban választja a szoptatást, nagyobb lesz az önbizalma a szoptatási képességében, és sikeresebb is lesz, mint ha nincs ilyen ismerős a környezetében. Ezen felül a szoptatás menetének gyakorlati megtapasztalása a mindennapi életben sokkal nagyobb hatással lehet, mint a szoptatás jótékony hatásairól való elméleti tudás, különösen az alacsonyabb társadalmi helyzetű anyák esetében (*Hoddinott, 1999*). Mindez azt jelzi, hogy a szoptatási arányokat leginkább a társadalmi-kulturális környezet megváltoztatásával lehet növelni, vagyis a szoptatást népszerűsítő programokat érdemes közösségi szinten megvalósítani (*Ward, 2004*).

A fejlett, ipari országokat jellemző siralmas szoptatási helyzethez képest Magyarország még mindig viszonylag jó helyzetben van. Hazánkban a csecsemők 97%-a négy hónapos korban még szopik, és a szoptatást megkezdők aránya ennél is nagyobb (*Védőnői jelentés, 2010*). Ez jelzi, hogy társadalmunkban a szoptatást az anyák még mindig fontosnak tartják, és kétségkívül nagy hatása van annak is, hogy a nyugati civilizáció többi országában élőkkel ellentétben nálunk az anyák nem kényszerülnek arra, hogy hetekkel a szülés után visszamenjenek dolgozni. Sajnos a hat hónapos korig tartó kizárólagos szoptatás aránya és a teljes szoptatási időszak hossza már messze nem mutat ilyen kedvező képet, ami arra utal, hogy hiányzik a szoptatás fenntartásához szükséges megfelelő információ és támogatás, illetve a nehézségek megoldásához szükséges gyakorlati segítségnyújtás.

Fontos szem előtt tartani, hogy ahhoz, hogy a családok magalapozott döntést tudjanak hozni csecsemőjük táplálásával kapcsolatban, teljes körű, kereskedelmi érdekektől mentes tájékoztatást kell kapniuk, mert csak így tudják az ő helyzetükben legjobb megoldást választani.

Információátadás a szoptatásról várandósoknak

A várandósság második (és harmadik) trimesztere alkalmas időszak arra, hogy támogassuk az anyát a szoptatás melletti döntés meghozatalában, bővítsük a szoptatással kapcsolatos ismereteit, korrigáljuk a nem megfelelő információkat, eloszlassuk a tévhiteket, és a még határozatlan anyát bátorítsuk arra, hogy lehetőleg a szoptatást válassza. A gyermek apja, az anya édesanyja, illetve mindazok a személyek, akiknek a véleménye számít az anyának, jelentős befolyással vannak a csecsemőtáplálással kapcsolatos döntésekre, ezért az erről szóló beszélgetésekbe – akár személyes, akár csoportos megbeszélésekről van szó – érdemes őket is bevonni (*Riordan, 2010*). Az apák számára szervezett szoptatástámogató programok önmagukban is hatékonyan növelik a szoptatást megkezdők és sikeresen folytatók arányát (*Pisacane, 2005; Wolfberg, 2004*).

A szoptatásról szóló információk átadása történhet a szülészeti intézmény vagy a területi védőnői szolgálat által szervezett szülésfelkészítő tanfolyamon, laktációs szaktanácsadó által kínált szoptatásra felkészítő tanfolyamon, anyacsoportban és egyéni konzultáció alkalmával. A várandós ambulancia várótermében elhelyezett szórólapok vagy a szoptatásról szóló videó szintén hozzájárulhatnak a várandós anyák ismereteinek bővítéséhez. **Az írásos anyagok vagy filmek azonban nem helyettesítik a szóbeli információátadást, és minden anyának lehetőséget kell biztosítani négy szemközti megbeszélésre is, ahol felteheti a kérdéseit.** Erre legalkalmasabbak azok a szülészorróval vagy védőnővel történő találkozások, amikre a várandósgondozás alkalmával kerül sor.

Fontos, hogy a felkészítők pozitív üzeneteket adjunk át a szoptatással kapcsolatban, és ne a kóros állapotok kerüljenek elő. Arról beszéljünk, ami a biológiai norma, amit érdemes tudni ahhoz, hogy ne alakuljanak ki nehézségek. Ezért ne a fájdalmas, sebes mellbimbót emlegetjük, hanem azt, hogy mire kell figyelni a helyes mellre tapadásnál, szoptatási pozíciónál. Ugyanígy, ne rémisztgessük a leendő anyát azzal, hogy ha nem fej, akkor szinte biztos, hogy előbb-utóbb mellgyulladás alakul ki, amiből nem ritkán melltályog fejlődik ki, hanem magyarázzuk el a mell ürülésének menetét és azt, hogy milyen ritka alkalmakkor lehet mégis szükség a fejesre. A legtöbb szülésfelkészítőn a szoptatással kapcsolatban csak az hangzik el, hogy milyen eszközöket kell beszerezni annak, aki szoptatni szeretné a gyermekét. A sikeres szoptatáshoz azonban szinte semmilyen eszközre nincs szükség, csak egy édesanyára, egy kisbabára, helyes információra és megfelelő támogatásra.

A felkészítés tematikájának tartalmaznia kell mindazokat az ismereteket, amik támogatják az anyát a szoptatás melletti elkötelezettségében, valamint segítik abban, hogy sikeresen megkezdhesse a szoptatást. Ezek:

- melyek a szoptatás jótékony hatásai az anya és a csecsemő egészségére nézve
- miért fontos a bőr-kontaktus az első órában
- mi a korán megkezdett szoptatás jelentősége
- miért fontos, hogy az anya és az újszülött együtt legyen elhelyezve
- szoptatási testhelyzet és a csecsemő helyes mellre tétele
- az éhség és a jóllakottság jelei
- a hatékony szopás jelei
- hogyan lehet biztosítani a megfelelő tejellátást
- honnan tudhatja az anya, hogy eleget szopik a csecsemője
- kizárólagos szoptatás fontossága az első 6 hónapban
- 6 hónapos kor felett a hozzátáplálás mellett folytatott szoptatás fontossága
- a mesterséges táplálás kockázatai (*Riordan, 2010; UNICEF-WHO, 2009*)

A beszélgetések lehetőleg több alkalommal történjenek, ne legyenek hosszúak, és egyszerre csak kevés információt tartalmazzanak. Az egyszerre túl sok ismeretet az anyára zúdító előadások nem elég hatékonyak. Ugyanakkor fontos, hogy az anya feltehesse a kérdéseit, már csak azért is, mert a tapasztalatok szerint az anya addig nem nyílik meg a szakember által fontosnak tartott témákra, amíg az őt foglalkoztató aggodalmakra választ nem kap (*Riordan, 2010*). A legfontosabb tudnivalókat röviden összefoglaló írásos anyagok jól kiegészítik a szóbeli megbeszéléseket, és az anya később is előveheti azokat, ha elbizonytalanodik. Fontos, hogy a szórólapok nyelvezete az alacsonyabb iskolázottságú anya számára is érthető legyen, és hasznos, ha képeket is tartalmaz. (Az anyák számára készült írásos tájékoztatók néhány mintája letölthető az *SZTNB – Bababarat Kórház Kezdeményezés* honlapjáról: <http://bababarat.sztnb.hu/>)

A csoportos felkészítőn is lehetőséget kell adni arra, hogy a résztvevők kérdezhessenek. Jobb, ha interaktív beszélgetés alakul ki minél több jelenlévő bevonásával, mintha csak egy előadás hangzik el. Ugyanakkor fontos, hogy a vezető szem előtt tartsa a fontossági sorrendet, és elsősorban azokat az ismereteket igyekezzen átadni, amik a szoptatás megalapozásához szükségesek, figyelembe véve a várandósok korlátozott befogadóképességét. A téma feldolgozásához számos segédeszközt fel lehet használni, pl. filmrészletet, képeket, rajzokat, demo babát a testhelyzetek bemutatására, vagy kis golyót (mogyorót, diót) az újszülött gyomorméretének illusztrálására stb. A csoportos felkészítőn nem szerepelhet a tápszer elkészítésének témája akkor sem, ha a résztvevők között van olyan várandós, aki mesterséges táplálásra készül (*UNICEF-WHO, 2009*).

A szoptatós baba-mama csoportban való felkészülés előnye, hogy a várandós élőben láthatja, hogyan viselkednek a különböző korú csecsemők és kisdedek, hogyan zajlik a mellre helyezés, a szoptatás, és első kézből kaphat információkat a szoptató édesanyák hétköznapijairól. A beszélgetés során ötleteket meríthet a gyakori problémák megelőzéséhez, de a nehézségek megoldásához is. Rendkívül fontos az is, hogy a helyi anyacsoportban befogadást és támogatást kap azoktól a környezetében élő anyáktól, akik hasonló élethelyzetben vannak. Ezért a várandós nőt, ha csak lehetséges, érdemes elirányítani egy anyacsoportba még akkor is, ha szülésfelkészítő tanfolyamon és egyéni konzultáción is részt vett.

A csoportos felkészítés nem menti fel az egészségügyi dolgozót annak a felelőssége alól, hogy minden egyes anyával személyre szabott megbeszélést folytasson a csecsemőtáplálásról. Az egyéni konzultációnak magában kell foglalnia az emlő megtekintését, ami jó alkalom a szoptatásról való beszélgetés elindítására.

A szoptatás sikere érdekében nem hanyagolható el a szülés utáni folyamatos támogatás, még akkor sem, ha a szülészeti intézményben pozitív szoptatási tapasztalatokat szerzett az anya. Ez különösen igaz azokra a családokra, ahol az anya vagy a csecsemő speciális ellátást igényel (*Riordan, 2010*).

Az *1. sz. mellékletben* található az az ellenőrző lista, amit az Egészségügyi Világszervezet javasol annak érdekében, hogy minden fontos téma szóba kerüljön a várandós nővel történő beszélgetések során. A táblázatos forma lehetőséget ad arra, hogy a megbeszélések megtörténtét könnyen nyomon követhessük. Az ajánlás szerint a felsorolt témákat a 32. hétig javasolt átbeszélni a kismamával.

A *2. sz. mellékletben* a szoptatással kapcsolatos legfontosabb, alapvető információk rövid összefoglalása olvasható.

Anyacsoportok szervezése

Az anyacsoportok jelentősége a szoptatás támogatásában

A korábban is említett gazdasági, társadalmi és kulturális változások, amelyek a nagycsaládok felbomlásához, a generációk elkülönüléséhez és a nukleáris családok kialakulásához vezetett, egyben a fiatal szülők, sokszor minden társas támasz nélküli, teljes magára hagyatottságát is jelenti a gyermekük születésével együtt járó új helyzetben. (Poszt)modern társadalmunkban eltűntek az életszakaszok közötti átmenetekhez fűződő különböző rítusok és hagyományok, amelyek azelőtt megkönnyítették az egyén számára az eligazodást, az új élethelyzet és új identitás megélését. Egy nő számára a legkritikusabb átmenet az anyává válás, amit a régi társadalmakban még megünnepeltek. Ma a csecsemő megszületését ünnepejük, nem azt, hogy az anya gyermeket szült. Az ipari forradalom előtti társadalmakban az anyává válás a kényeztetés időszaka volt. A szülés után egy ideig az asszonytársak gondot viseltek az új anyáról, akinek a csecsemő gondozásán kívül más dolga nem volt. Az anyáról való anyai gondoskodás a szülés utáni támogatás része kellene, hogy legyen most is (Lawrence, 2005).

A támogatás és az egészséges csecsemő szükségleteiről, gondozásáról és szoptatásáról való beszélgetés iránti igény nem szűnt meg a nukleáris családokban sem. A korábbi nagycsaládok és közösségek támogató hálózatának hiányában az anyacsoportok váltak a szükséges társas támasz, ismeretek és minta forrásává.

Az egyik legismertebb, ma már kiterjedt, nemzetközi, szoptatást támogató szervezet a La Leche Liga, amelyet 1956-ban hét anya alapított Amerikában, akik az akkori igen alacsony szoptatási arányok mellett, elszántan szoptatni szerették volna gyermekeiket. Érzékelték a környezetükben a fiatal anyák tanácstalanságát, és elhatározták, hogy találkozókat szerveznek, ahová meghívták várandós és kisgyermekes ismerőseiket. A szoptatással kapcsolatos alapismereteket „*A szoptatás női művészete*” c. kiadványukban adták közre, amely kezdetben egy vékony füzetke volt, de az egymást követő kiadások során egyre vastagodott.



Az elmúlt 55 évben a világ számos országában alakultak LLL baba-mama csoportok, amiket a nemzetközi szervezet által akkreditált csoportvezetők vezetnek. Ahhoz, hogy a Liga egy tagjából csoportvezető váljon, nemcsak saját szoptatási tapasztalattal kell rendelkeznie, hanem naprakész tudással is a humán laktáció és szoptatás területén, és bizonyítania kell rátermettségét az anyákkal való kommunikáció terén is (Lawrence, 2005; LLLI, 2003).

Számos országban kialakultak a La Leche Ligához hasonló szervezetek. Az elmúlt évtizedekben, amióta ez a fajta támogató rendszer működik, még nem sikerült ennél jobbat kitalálni, aminek az lehet az oka, hogy az anyáknak leginkább támogató asszonytársakra van szükségük. Az önkéntes tanácsadók nem adnak orvosi tanácsot, de a legtöbb információ, amire az anyáknak szükségük van a sikeres szoptatáshoz, nem is orvosi jellegű. A szoptatási tanácsadók sok időt takarítanak meg az orvosoknak azzal, hogy az anyákkal átbeszéljük a szoptatás nem orvosi vonatkozásait, ezért az egészségügyi szolgáltatók maguknak is jót tesznek, ha jó kapcsolatokat tartanak fenn a helyi anyacsoportokkal és tanácsadókkal.

A szoptatást támogató anyacsoportoknak jelentős pozitív hatásuk van a szoptatás megkezdésére és tartamára (Rousseau, 1982). Az elvégzett kutatások kimutatták, hogy az anyacsoportba járó anyák magabiztosabbak és hasznát látják a pontos, naprakész információknak csakúgy, mint a csoportvezető és a csoport támogatásának. Más tanulmányok azt emelik ki, hogy a csoportba járó anyák megerősítést kapnak arról, hogy (annak ellenére, hogy gyakran szembe mennek az aktuális társadalmi szokásokkal) az, ahogyan a csecsemőjüket gondozzák, normális, valamint azt, hogy az ismeretek és a tapasztalatok fontosak, de messze a csoport támogatása van a legnagyobb pozitív hatással a szoptatás sikerére (Lawrence, 2005).

Az anyacsoport szervezésének gyakorlati szempontjai

(Forrás: *La Leche League International: Leader's Handbook – Fourth Revised Edition, 2003*)

Ahhoz, hogy az anyacsoport a későbbiekben mindenki meglégedésére működjön, elindítása előtt érdemes végiggondolni néhány gyakorlati szempontot. Ilyenek a helyszín kiválasztása, a célcsoport, az időpont és a találkozók gyakoriságának meghatározása és az, hogy milyen módon lehet elérni a családokat.

A csoport helyszíne

A csoporttalálkozókat tarthatjuk egy család otthonában vagy nyilvános helyen. A **családi otthon** lehet a csoportvezető saját otthona, de a csoport egy tagja is vállalhatja a háziasszony szerepét. Utóbbi esetben a találkozók színhelyét időről időre más család otthonába szükséges áthelyezni, mert hosszú távon nagyon megterhelő a vendéglátó család számára, ha rendszeresen ott zajlanak az összejövetelek (ez a csoportvezető családjára is igaz). Ha ezt a megoldást választjuk, akkor fontos, hogy a csoport tagjai közül többen is legyenek, akik vállalják, hogy – például forgó rendszerben – befogadják a csoportot a találkozók idejére. A csoportfoglalkozások helyszínéül olyan lakás jöhet számításba, ami könnyen megközelíthető, a gyermekek számára biztonságos és ahol nem zavarja a találkozót a családtagok vagy más személyek ki- bejárálása. Fontos, hogy mindig legyen tartalékban egy alternatív helyszín arra az esetre, ha a vendéglátó családban valami közbejön.

A családi otthonban tartott összejövetelek előnyei:

- barátságos, otthonos és bababarát környezet, ahol az édesanyák könnyebben bevonhatóak a beszélgetésbe
- a kisebb légtér általában lehetővé teszi, hogy a résztvevők jól hallják egymást
- a csoport tagjainak lehetősége nyílik a csoport segítségére azáltal, hogy felajánlják az otthonukat
- az, hogy az új anyák látják a csoport vezetőjét vagy anyatársaikat a saját otthonukban, segít eloszlatni a szuper-anyáról szóló mítoszokat
- kis településen jól működhet

A családi otthonban tartott összejövetelek hátrányai:

- csak kisebb csoport-létszámnál működik
- kevés megfelelő méretű lakás van
- nálunk nincs hagyománya, a magyar mentalitás zárkózottabb
- nem lehet egy családot terhelni a rendszeres összejövetelekkel, ezért több helyszínt kell találni
- nehézséget okoz, ha a vendéglátó család mégsem tudja fogadni a csoportot, és röviddel a találkozó előtt értesíteni kell a résztvevőket egy új helyszínről
- nehezebben hirdethető, mert nincs állandó helyszíne

Anyacsoport összejöveteleinek tartására alkalmas **nyilvános helyszín** lehet például: közösségi ház, művelődési ház, Máltai játszótér, bölcsőde, egyházközségi ifjúsági terem, templomi közösségi terem, gyermekkönyvtár, családsegítő és gyermekjóléti szolgálat, kávézó. A helyszín kiválasztásakor fontos szempont, hogy könnyen megközelíthető-e tömegközlekedéssel vagy autóval és van-e parkolási lehetőség; könnyen el lehet-e jutni babakocsival a teremig; megfelelő-e a padlóburkolat csecsemő és totyogó korúaknak; biztonságos-e a berendezés vagy azzá tehető-e pl. a törékeny holmik átmeneti elpakolásával; vannak-e kényelmes ülőalkalmatosságok várandós és szoptató anyáknak; a terem akusztikája lehetővé teszi-e, hogy a résztvevők jól hallják egymást; megfelelő-e a hőmérséklet; tiszták-e a mellékhelyiségek.

A nyilvános helyen tartott összejövetel előnyei:

- állandó helye van a csoportnak, nem kell folyamatosan új helyszíneket keresni
- könnyebb meghirdetni
- lehetőséget ad egy olyan központi hely kiválasztására, ami több résztvevő számára is könnyen elérhető
- az újonnan érkezők könnyebben jönnek egy ismert helyszínre, mint egy ismeretlen személy otthonába
- nagyobb létszám esetén is megfelelő méretű a helyiség
- állandó tárolóhelyet biztosít(hat) az összejövetelre szükséges eszközöknek (játékok, babatákarók, kölcsönözhető könyvek)
- közzismert helyre meghirdetett találkozó hitelesebbnek, megbízhatóbbnak tűnhet

A nyilvános helyen tartott összejövetel hátrányai:

- esetenként terembérletet kell fizetni
- kevésbé otthonos, barátságos vagy bababarát

Működő hazai szoptató baba-mama csoportok időpontjai és helyszínei az alábbi internetcímen találhatóak:

<http://www.ill.hu/babamama>

http://www.szoptatasportal.hu/baba-mama_csoportok

Célcsoport

Az összejövetelre minden nő, akit érdekel a szoptatás, szívesen látott vendég, legyen várandós vagy szoptató anya, vagy olyan valaki, aki szeretne többet megtudni a témáról (pl. nagymama). A szoptató csecsemők és totyogók vagy a kisgyermek, akiket az édesanyjuk nem szívesen hagyja otthon, természetesen szintén részt vehetnek az összejövetelen. Lényeges viszont azt szem előtt tartani, hogy az anyacsoport egy jellemzően női összejövetel. Vannak olyan édesanyjak, akiket zavar egy férfi/apa jelenléte, amikor megszojtatják a gyermeküket, vagy bizonyos kérdéseket nem tesznek fel egy vegyes társaságban. Az is előfordulhat, hogy egy olyan anya, akinek a férje nem akar részt venni a találkozón, kirekesztve érzi magát egy csupa házaspárból álló csoportban. Ezért legtöbbször érdemes külön „apás alkalmakat” meghirdetni és arra meghívni az egész családot. Természetesen nem tilos úgy vezetni a szoptatást támogató csoportot, hogy azt az apák számára is nyitottá tesszük. Ebben az esetben azonban jó, ha van egy olyan szoba, ahová az édesanyjak elvonulhatnak szoptatni, ha szeretnék, miközben a beszélgetést továbbra is hallják.

Ahogy arról korábban is szó volt, rendkívül hasznos, ha egy anya már várandósan ellátogat egy csoportba. A tapasztalatok szerint annak, aki már várandósan találkozik szoptató anyákkal, kevesebb problémája akad a saját gyermeke táplálásával kapcsolatban, mint annak az édesanyjának, aki csak a szülés után kezd el foglalkozni a szoptatással.

Előfordul, hogy egy-egy nagymama is elkíséri a lányát vagy menyét a találkozóra, ami mindkettjüknek sokat jelenthet, és a szoptatás sikerére is pozitív hatással lehet. A nagymama egyrészt megismerkedhet a saját szoptatási, gyermeknevelési gyakorlatától eltérő szemlélettel, másrészt ő is megszathatja a tapasztalatait ennyi év távlatából. A közösség igényeitől függően speciális csoportösszejöveteleket is meghirdethetünk pl. ikres anyáknak/családoknak, totyogó korúak szüleinek, nagymamáknak, de ide tartozhatnak az apáknak vagy házaspároknak meghirdetett alkalmak is.

A találkozók időpontja és időtartama

Mind a napközben, mind az este tartott összejövételnek vannak előnyei és hátrányai. A mérlegeléskor érdemes figyelembe venni, hogy az adott közösségben a családok többségének mi felel meg leginkább, de ugyanilyen fontos szempont az is, hogy a csoportvezetőnek mik a preferenciái. Előfordulhat, hogy a választott helyszínen eleve behatároltak a lehetőségek. Tágíthatjuk a résztvevők körét, ha alkalmanként más időpontokra is szervezünk plusz találkozókat – pl. ha a csoport találkozók rendszeresen délelőtt vannak, szervezhetünk apás összejövetelet egy esti időpontra.

A délelőtti időpont előnyei

- nem vesz el a család este együtt töltött idejéből
- az anyák és a gyerekek is ekkor a legfrissebbek, kipihentebbek, így könnyebben és aktívabban részt tudnak venni a találkozón
- a nagyobb gyermek(ek) óvodában (iskolában) van(nak), az anyának könnyebb csak a legkisebbre figyelni
- nappal könnyebb megtalálni a helyszínt, mint este a sötétben

A délutáni időpont előnyei

(az alvásidő miatt általában csak 16 óra után megfelelő)

- dolgozó anyák és várandósok, illetve apák is odaérhetnek
- óvoda után akár a nagyobb testvér is jöhet a találkozóra

Az esti időpont előnyei

- a dolgozó várandósok és anyák többnyire el tudnak jönni
- az apák is részt tudnak venni
- az idősebb gyermekek általában szívesebben maradnak otthon apával vagy más felnőtt társaságában – a kevesebb gyerek kisebb zajszintet jelent, ami megkönnyíti, hogy jól hallják egymást a résztvevők

Az anyák és a gyermekek egy találkozón nagyjából 1 órán át tudnak figyelni a beszélgetésre. Azonban érdemes az összejövetelet 2 órára tervezni. Így van lehetőség, hogy a beszélgetés előtt kicsit ráhangolódjanak az együttlésre, a végén pedig marad még idő kötetlen beszélgetésre, frissítő fogyasztására, illetve a vezetővel való személyes beszélgetésre.

Mikor fejezzük be a találkozót?

- Ha befejeztük a témát.
- Ha nagyon sok a totyogó, akkor érdemes rövidebbre fogni az összejevetelt. Inkább legyen rövidebb az együtt töltött idő, de a résztvevők akarjanak visszajönni, mint hogy egy kaotikus találkozó frusztráló képe maradjon bennük.
- Ha nagyon magas a zajsztint.
- Ha az egymás mellett ülő anyák már inkább egymással folytatnak párbeszédet, ahelyett, hogy a közös beszélgetésbe kapcsolódnának be, ha túl sok a mozgás, vagy ha a testbeszédük arról árulkodik, hogy elfáradtak, akkor ideje befejezni az összejevetelt vagy legalábbis a közös beszélgetést. A találkozót befejezhetjük azzal is, hogy a résztvevőket arra invitáljuk, fáradjanak közelebb a frissítőkhöz vagy a szórólapokat, illetve kölcsönözhető könyveket tartalmazó asztalhoz.

A találkozók gyakorisága

Az új anyáknak nagy segítség, ha számíthatnak a rendszeres összejevetelekre. A találkozókat tarthatjuk havonta, kéthetente vagy akár hetente is, attól függően, hogy mi a legmegfelelőbb az adott közösségben, de figyelembe kell venni azt is, hogy a csoport vezetője mennyit bír el. Ha a csoportban több vezető is van, akkor gyakoribb találkozásra is van lehetőség vagy akár arra is, hogy a különböző időpontokban különböző célcsoportok számára szervezzünk összejeveteleket (pl. totyogó korúak szüleinek vagy éppen új anyáknak). Ha a környéken több csoport is működik, akkor érdemes összehangolni a találkozók időpontját, hogy az anyák több csoport tevékenységébe is bekapcsolódhassanak. A tapasztalatok szerint rendkívül nagy igény van a gyakori találkozásra, és legtöbbször a csoportvezető teherbírása az, ami határt szab ennek. Ezért, ha több elérhető csoport is van a közösségben, bátorítani kell az anyákat, hogy nyugodtan látogassák a többit is.

A viszonylag ritkábban (havonta) találkozó csoport tevékenységét jól kiegészíti a tagok számára létrehozott levelezőlista vagy zárt internetes fórum, ahol a csoport tagjai a találkozók között is tarthatják egymással a kapcsolatot, megoszthatják egymással tapasztalataikat, feltehetik kérdéseiket, amikre azonnal választ kapnak a csoport vezetőjétől és/vagy anyatársaiktól. Ez a legtöbb esetben nagy segítség, mert az elbizonytalanodott vagy kétségbeesett anya azonnal választ és támogatást kap, ami legtöbbször megelőzi, hogy olyan lépést tegyen, ami szoptatási nehézségekhez vezet. Bár a levelezőlista nem helyettesíti a személyes találkozást, korunkban, amikor az anyáknak általában magányosan kell szembenézniük a felmerülő problémákkal, segít a távolságok leküzdésében, és helyes információkkal, valamint támogatással szolgálhat a csecsemőt és kisgyermeket nevelő családoknak (Gribble, 2001).

A „*breastfeeding café*” egy másfajta lehetőség a személyes találkozásra. Egy rendszeres, előre meghirdetett időpontban, képzett szoptatási tanácsadó várja az édesanyákat egy kávézóban vagy más nyilvános helyen, ahol kötetlen formában lehet a szoptatásról, csecsemőgondozásról beszélgetni. Nem annyira a csoport-összejevetel a cél, inkább személyes beszélgetések, tapasztalatok átadása.

Az előre meghirdetett anyacsoportok esetében helyettest kell biztosítani, ha a vezető valamilyen ok miatt nem tud elmenni. Ideális esetben ez egy másik csoportvezető vagy egy tapasztalt anya, aki képes a beszélgetést vezetni.

Csoporttalálkozó meghirdetése

- **Színhagyomány útján** – Ez a leghatékonyabb. Azok az édesanyák, akik jó érzik magukat a csoporttalálkozókon, megerősödnek anyaságukban, új információkat hallanak, kérdéseikre választ kapnak, szívesen ajánlják ismerőseiknek, rokonaiknak, barátaiknak ezt a lehetőséget. Ők a leghitelesebb hírvivői az anyacsoportoknak. Nem ritka, hogy más kerületekből, akár más városból is eljön egy anya egy jól működő anyacsoportba.

- **Internet: honlapok, portálok, közösségi oldalak** – Az internet világában nem ritka, hogy ilyen úton találja meg egy érdeklődő anya a lakóhelyéhez legközelebbi csoportot. Fontos, hogy a csoporttalálkozók helye, időpontja mindig aktualizálva legyen az édesanyák által látogatott honlapokon.
- **Plakátok és szórólapok** – Ezek – a felelős személy engedélyével – kihelyezhetőek pl. gyermekorvosi rendelőkben, védőnői tanácsadáson, a találkozó helyszínén és minden olyan helyen, ahol várható, hogy várandós és kisgyermekes édesanyák gyakran megfordulnak. Ha a csoportvezető jó kapcsolatot ápol a helyi védőnői szolgálattal, megkérheti a védőnőket, hogy a várandós gondozáson vagy a családlátogatások alkalmával ajánlják fel a kismamáknak a csoporttalálkozó lehetőségét.
- **Bababarát kórházak tájékoztató anyagai** – A bababarát kórházakban a hazabocsátás előtti tájékoztatásba beletartozik az is, hogy a személyzet felhívja a frissen szült anya figyelmét a lakóhelyéhez közel működő anyacsoportokra. A kiosztott írásos tájékoztatóban szerepel az anyacsoportok elérhetősége is. Ha a találkozó helyszíne vagy időpontja változik, érdemes erről értesíteni azt a szülészeti intézményt, ahová az adott területen lakó anyák általában szülni mennek. Vagy érdemes eleve csak a csoport honlapjának címét megadni, ahol mindig az aktuális információk vannak fent.
- **Helyi újság, helyi TV** – Kisebb településen, vagy nagyobb város kerületeinek helyi újságjában is hírt lehet adni az anyacsoportról. Szintén jó hirdetési lehetőséget nyújtanak a helyi televíziók aktuális műsorai.
- **E-mailen** – Ha a csoporttalálkozón jelenléti ívet vezetünk, amin szerepel a résztvevők e-mail címe, akkor a későbbiek során e-mailben előre tudjuk jelezni számukra a soron következő találkozó időpontját, helyszínét és programját. Rendkívül fontos, hogy a résztvevők adatait diszkréten kezeljük, és az email címet csak akkor adjuk meg más személynek, ha az anya erre engedélyt ad.

Gyakorlati ötletek az összejövetelek vezetéséhez

A találkozók témája

A szoptatást támogató anyacsoportok célja, hogy a szoptatással kapcsolatos alapvető információkat megossza az anyákkal és családokkal. Ahhoz, hogy a résztvevők fel tudják dolgozni a hallottakat, arra van szükség, hogy az információk kis adagokban jussanak el hozzájuk, egy-egy alkalommal egy időszakra vagy néhány témára fókuszálva. A La Leche Ligában követett gyakorlat szerint a babavarástól az elválasztódásig terjedő időszak témáit négy alkalomra elosztják, majd pedig a témákat négy havonta ismétlik. Ilyen módon egy négy találkozóából álló sorozat jön létre, amely felöleli a szoptatós időszak legfontosabb kérdéseit. Így, ha egy édesanya a négy különböző témáról szóló találkozók mindegyikén részt vesz, képet alkothat az alapvető tudnivalókról, amik segítik őt a sikeres szoptatásban. Mivel az anyák nemcsak az információk miatt járnak a csoportba, hanem a társaság kedvéért is, gyakran előfordul, hogy akár éveken keresztül rendszeresen részt vesznek a találkozókön. A témák azonban nem válnak unalmassá ekkor sem, mert egyrészt az egyes alkalmakkor más és más részleten lehet a hangsúly, másrészt, a csoport változó összetétele miatt az éppen jelenlévők más és más tapasztalatokat, nézőpontokat hoznak a beszélgetésbe.

A La Leche Ligában használt tematika a 3. sz. mellékletben található.

A beszélgetés vezetésének formái

A tapasztalatok szerint az információk megosztása akkor a leghatékonyabb, ha a résztvevők nem előadást hallgatnak, hanem aktívan részt vehetnek a beszélgetésben. Egy évtizedekkel ezelőtt elvégzett tanulmány szerint az olvasottaknak 10%-a, a hallottaknak 20%-a, a látottaknak 30%-a marad meg az ember emlékezetében. Növelhető a hatékonyság, ha az ismereteket látja és hallja is az ember (50%), de ha maga is hozzászól, akkor már az elhangzottak 80%-ára képes visszaemlékezni.

A csoportfoglalkozásokból akkor profitálnak a legtöbbet a résztvevők, ha

- rugalmas – az éppen jelenlévőket legjobban érdeklő témákra fókuszál
- irányított – ez lehetővé teszi, hogy elhangozzanak a szoptatással kapcsolatos fontos információk
- beszélgetés formájában zajlik – lehetővé teszi, hogy a jelenlévők aktív résztvevői legyenek

Az eszmecsere folyhat **kötetlen beszélgetés** formájában, amikor egy nyitó kérdés elhangzása után a résztvevők szabadon válaszolhatnak a saját tapasztalataikból merítve, ötletet adhatnak válaszul valaki másnak a kérdésére vagy újabb kérdéseket tehetnek fel. A vezető moderátorként működik, úgy irányítva a beszélgetést (akár újabb kérdések feltevésével), hogy végül a téma összes főbb pontját érintsék. A vezető meg is szólíthat egy édesanyát – akiről tudja, hogy az adott témában van már tapasztalata – hogy meséljen saját élményéről. A helyes információkat a vezetőnek mindig meg kell erősítenie. Ha azonban olyan megállapítás vagy tanács hangzik el, ami nem állja meg a helyét, azt a vezetőnek udvariasan, nem bántó módon, de korrigálnia kell. Ez rendkívül fontos különösen azok miatt az édesanyák miatt, akik először járnak a csoportban, mert ez teszi lehetővé, hogy ők is a megfelelő ismereteket vihessék haza magukkal a szoptatással és csecsemőgondozással kapcsolatban.

A kötetlen beszélgetés előnye, hogy természetes beszélgetés alakul ki a résztvevők között, miközben senki sem érzi úgy, hogy muszáj megszólalnia. A csoportvezető rugalmasan irányíthatja a témát attól függően, hogy mennyire beszédesek az édesanyák.

A vezetőnek készülnie kell a témához kapcsolódó további kérdésekkel, hogy a beszélgetés fennakadás nélkül folyhasson. Jól kell ismernie az anyákat, hogy kire számíthat, hogy megfelelő információkat fog megosztani a többiekkel. Figyelnie kell a beszélgetés menetét, hogy ne csak a bőbeszédű résztvevők kapjanak szót, hanem azok a csendesebbek is, akik szívesen osztják meg a gondolataikat a többiekkel.

A beszélgetés egy másik formája a **körkérdés** lehet. Ebben az esetben a csoportvezető által feltett indító kérdésre minden résztvevő sorban válaszol. Itt is figyelni kell arra, hogy a témára vonatkozó megfelelő információ elhangozzék. Az eltérő véleményeket ügyesen, de nem bántóan korrigálni kell.

A körkérdés előnye, hogy ha a résztvevők száma nem haladja meg a 15-öt, akkor mindenki sorra kerülhet a találkozó során. Így minden tag bekapcsolódik és megoszthatja gondolatait a többiekkel, még a csendesebb anyák is szóhoz jutnak. Mivel mindenki mond valamit a saját tapasztalatairól, hétköznapijairól, lehetőség nyílik arra, hogy a csoport tagjai jobban megismerjék egymást. A beszélgetés menete kiszámítható.

A körkérdés hátránya lehet, hogy a hozzászólások nem annyira spontán jellegűek, és előfordulhat, hogy a résztvevők a saját gondolataik megfogalmazásával foglalkoznak, miközben kevésbé figyelik a többieket. Vannak, akiknek lenne helyénvaló hozzáfűznivalójuk az elhangzottakhoz több alkalommal is, de nem szólhatnak, amíg rájuk nem kerül a sor, míg néhányukat zavarhatja, hogy „kötelező” megszólalni. Nagyobb csoportlétszámnál nem biztos, hogy a kör végére érnek a találkozó befejezése előtt, miközben az ismétlődő hozzászólások unalmassá tehetik a beszélgetést.

Vizuális segédeszközök, feladatok, játékok

Az összejövetelet érdekesebbé, az elhangzottakat pedig emlékezetesebbé tehetjük néhány egyszerű segédeszköz vagy közös feladat bevetésével. Néhány példa:

- Érdekes feladat lehet megkérni az anyákat, hogy egy csomó, előre elkészített újságkivágásból válogassák ki: „*Minek örülne a kisbabád?*” (pl. cumi, cumisüveg, bimbóvédő, babaétel konzerv, nyers gyümölcs képe, szépen dekorált és berendezett babaszoba, kisbabát szeretettel körülvevő anya és apa képe, szoptatós fotel, tápszert, sterilizáló berendezés, babavíz stb.) Utána beszélgetést lehet kezdeni arról, hogy milyen kevés eszköz kell ahhoz, hogy a kisbaba jól érezze magát, természetes szükségletei kielégüljenek és anyatejen nőhessen fel.
- Írjuk fel egy nagy csomagolópapírra, vagy ha van, táblára függőlegesen a „*SZOPTATÁS*” szó betűit, majd kérjük meg a résztvevőket, hogy minden betű mellé írjanak valamit, ami a szoptatáshoz kötődik vagy ami a szoptatásban jó.
- A résztvevőkkel közösen gyűjtjük össze és írjuk fel egy nagy papírra vagy táblára, hogy „*Ki és miért örül egy szoptatott babának?*” (Pl. a munkáltató, mert egy anyatejes kisbaba mamája kevesebbszer van táppénzen, hiszen a szoptatott gyermekek ritkábban betegednek meg; apa, mert nem neki kell felkelnie éjjel tápszert készítenie; a testvér, mert az anya könnyebben kimozdul egy szoptatott kisbabával, hiszen bárhol mellre lehet tenni a kicsit stb.)
- A szilárd táplálékok bevezetéséről szóló téma kapcsán be lehet mutatni egy darab banánt és egy csecsemőknek készült banános desszert konzervet (friss alma – almás gyümölcs-püré). Érdemes megbeszélni, hogy melyik miért jó, miért nem, mik az előnyei - hátrányai.
- „*Mi nehezíti meg a szoptatást?*” Gyűjtjük csoportba és írjuk fel egy nagy papírra vagy táblára, hogy melyek azok a tanácsok és tévhitek, amik nehezzé tehetik a szoptatást. (Pl. ragaszkodjunk a 3 vagy 4 óránkénti etetéshez, hogy mielőbb napirendhez szoktassuk az újszülöttet; időnként hagyjuk nyugodtan sírni, hogy erősödjön a tüdeje stb.)

Látogatók a csoportban

Van, hogy az anyákon kívül más érdeklődők is eljőnének a csoportba, például azért, hogy megnézzék, hogyan működik, vagy hogy csoportvezetési tapasztalatokat gyűjthessenek (egészségügyi dolgozók vagy egyetemi hallgatók), de előfordulhat, hogy a helyi tévé vagy újság érdeklődését kelti fel a csoport, és egy riporter szeretné felkeresni.

Egészségügyi dolgozó, védőnő, egyetemi hallgató

A találkozó előtt kérjük meg, hogy ne szakemberként, hanem érdeklődő nőként vegyen részt az összejövetelel – akár már van, akár még nincs saját szoptatási tapasztalata. Biztosítsuk arról, hogy szívesen vesszük, ha személyes, pozitív tapasztalatait megosztja a résztvevőkkel, amennyiben ezt anyaként és nem szakemberként teszi. Hívjuk fel a figyelmét arra, hogy egy kialakuló szakmai vita összezavarhatja az anyákat, ezért bármi olyan hangzik el, amivel nem ért egyet, azt a találkozó után négy szemközt beszélje meg a csoportvezetővel, ne az anyák előtt.

Riporterek, újságírók

Bár az anyacsoport nyitott az érdeklődő családok számára, a találkozók mégsem a nagy nyilvánosság szolgálatára. Egy anya számára, aki támogatásért és információért jön a csoportba, kellemetlen lehet, ha egy riporter, újságíró vagy tévés stáb tűnik fel, akik kérdéseket tesznek fel vagy filmeznek az összejövetelel. Ezért az anyák védelmében soha ne hívjunk riportert a rendszeres összejövetelelre. Ez nem jelenti azt, hogy az ajtókat zárva kellene tartani a jó publicitás elöl.

Ha egy újságíró vagy riporter szeretne többet megtudni a csoport működéséről, szervezzünk a számára egy külön találkozót, ahová hívunk meg néhány tapasztalt anyát, akik szívesen nyilatkoznak a médiának. Ha nem szeretnénk, hogy ez külön fáradsággal járjon az anyák számára, ez a rendkívüli összejövetel elkezdődhet a rendes csoportfoglalkozás előtt egy órával is, így mire a többiek megérkeznek, az újságíró vagy riporter már nincs is a helyszínen.

Termékbemutatók és programajánlók

A gyermek érkezése körüli időszak nagyon érzékeny szakasz minden család életében. A szülők szeretnének mindent megadni a gyermeküknek, és ennek érdekében sokszor erejükön felüli kiadásokat is vállalnak. A marketing szakemberek nagyon jól tudják ezt, ezért igyekeznek minden olyan lehetőséget megragadni, ahol a kismamákat és kisgyermekes családokat elérik.

Az anyák információért és támogatásért jönnek a csoportba, igyekezzünk elkerülni, hogy a találkozó marketing eszközzé váljon. Fontos szem előtt tartani, hogy ha a vezető beenged egy termékbemutatót a csoportba, ezzel akaratlanul is azt a benyomást kelti, hogy ő maga jónak tartja és ajánlja a felkínált árut. Ilyen módon a vezetőnek is felelősséget kell vállalnia a bemutatott termékért. Ha a család később elégedetlen az árucikkkel, akkor a negatív tapasztalatot a vezetőhöz és a csoporthoz köti.

A szoptatást támogató anyacsoportban semmilyen körülmények között nem kerülhet bemutatásra olyan termék, ami „*Az anyatejet helyettesítő készítmények nemzetközi kódexének*” hatálya alá esik, azaz aláássa a szoptatást. Ha a csoportban ilyen termékek bemutatására kerülne sor, az megkérdőjelezné a csoport egész célját és létrejöttének értelmét.

A programokkal a termékekhez hasonló a helyzet: ha a csoportvezető ajánl egy programot, azért felelősséget kell vállalnia, mert a programot a résztvevők a csoporthoz és a vezetőhöz kötik. Ezért érdemes csak olyan programokat ajánlani, amiket a csoportvezető jól ismer, és lehetőleg olyat, ami a csoport céljához, tematikájához is közel áll (pl. hordozókendő tanfolyam). A program hirdetéséhez jól meg kell választani az időpontot – a foglalkozás elején túl sok időt vehet el, a végén pedig már sokan indulnának vagy elmentek.

Irodalomjegyzék

1. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC.: Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *JPediatr*. 2009 Sep;155(3):421-6.
2. Clifford J, McIntyre E.: Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev*. 2008 Jul;16(2):9-19.
3. Duncan B. et al.: Exclusive Breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993;91:867-872
4. Earle S.: Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promot Int*. 2002 Sep;17(3):205-14. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/17/3/205.long> (2012.01.08.)
5. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008. <http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/Breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf> (2012.01.08.)
6. Gribble KD.: Mother-to-mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: a new method for an old model. *Breastfeed Rev*. 2001 Nov;9(3):13-9.
7. Gutman LM, Brown J, Akerman R: Nurturing parenting capability: the early years. Centre for Research on the Wider Benefits of Learning Research Report, March 2009 <http://www.learningbenefits.net/Publications/ResReps/ResRep30.pdf> (2012.01.08.)
8. Gyarmati A.: Más állapotok – a várandósság és a módosult tudatállapotok párhuzamai, 2006. <http://www.anyasag.info/sites/anyasag.info/files/masallapotok.pdf> (2012.01.08.)
9. Hoddinott P, Pill R.: Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ*. 1999 Jan 2;318(7175):30-4. <http://www.bmj.com/content/318/7175/30?view=long&pmid=9872883> (2012.01.08.)
10. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J.: Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Apr;(153):1-186. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38337/> (2012.01.08.)
11. Klement E, Cohen RV, Boxman J, Joseph A, Reif S.: Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2004 Nov;80(5):1342-52. <http://www.ajcn.org/content/80/5/1342.long> (2012.01.08.)
12. La Leche League International: Leader's Handbook – Fourth Revised Edition, 2003
13. Lawrence RA, Lawrence RM: Breastfeeding support groups and community resources. In: *Breastfeeding – A Guide for the Medical Profession*. 6th edition, Mosby (2005) pp 797-808.
14. Montgomery SM, Ehlin A, Sacker A.: Breast feeding and resilience against psychosocial stress. *Arch Dis Child*. 2006 Dec;91(12):990-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082977/?tool=pubmed> (2012.01.08.)
15. Noble L, Hand I, Haynes D, McVeigh T, Kim M, Yoon JJ.: Factors influencing initiation of breastfeeding among urban women. *Am J Perinatol*. 2003 Nov;20(8):477-83.
16. Pikwer M, Bergström U, Nilsson JA, Jacobsson L, Berglund G, Turesson C.: Breast feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Apr;68(4):526-30.
17. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P.: A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics*. 2005 Oct;116(4):e494-8. <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e494.long> (2012.01.08.)
18. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A.: Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. 2007 Apr;119(4):e837-42. <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/4/e837.long> (2012.01.08.)
19. Riordan J: Breastfeeding education. In: Riordan J, Wambach K: *Breastfeeding and Human Lactation*. 4th edition, Jones & Bartlett (2010) pp 775-797.

20. Rousseau EH, Lescop JN, Fontaine S, Lambert J, Roy CC.: Influence of cultural and environmental factors on breast-feeding. *Can Med Assoc J.* 1982 Oct 15;127(8):701-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1862377/pdf/canmedaj01377-0037.pdf> (2012.01.08.)
21. Sarett HP, Bain KR, O'Leary JC.: Decisions on breast-feeding or formula feeding and trends in infant-feeding practices. *Am J Dis Child.* 1983 Aug;137(8):719-25.
22. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB.: A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics.* 1997 Jun;99(6):E5.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/99/6/e5.long> (2012.01.08.)
23. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, Cauley JA.: Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2009 May;113(5):974-82.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714700/?tool=pubmed> (2012.01.08.)
24. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ.: Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics.* 2009 Feb;123(2):483-93.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/2/483.long> (2012.01.08.)
25. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB.: Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA.* 2005 Nov 23;294(20):2601-10.
<http://jama.ama-assn.org/content/294/20/2601.long> (2012.01.08.)
26. UNICEF-WHO: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: A 20-hour course for maternity staff. In: *Baby-friendly hospital initiative Revised Updated and Expanded for Integrated Care, 2009*
27. Varga K, Suhai-Hodász G: *A szülés és születés lélektanon innen és túl*, Pólya Kiadó, Budapest, 2002
28. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, Mitchell EA; GeSID Study Group.: Does Breastfeeding Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics.* 2009 Mar;123(3):e406-10. <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/3/e406.long> (2012.01.08.)
29. Ward M, Sheridan A, Howell F, Hegarty I, O'Farrell A.: Infant feeding: factors affecting initiation, exclusivity and duration. *Ir Med J.* 2004 Jul-Aug;97(7):197-9.
30. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J.: Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Sep;191(3):708-12.
31. Yngve A, Sjöström M.: Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr.* 2001 Apr;4(2B):729-39. http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN4_2b%2FS1368980001000660a.pdf&code=bd550e6084742df01339879b90c07d0c (2012.01.08.)

Internetes hivatkozások

1. A Breastfeeding Education Activity Package for Grades K-12
<http://www.health.ny.gov/community/pregnancy/breastfeeding/main.htm> (2012.01.01.)
2. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Védőnői jelentés, 2010.
www.oszmk.hu (2012.01.11.)

Ellenőrző lista a várandós anyákkal megbeszélendő témák a csecsemőtáplálásról

*Valamennyi itt felsorolt témát meg kell beszélni valamennyi várandós nővel a 32. gesztációs hétig.
Az egészségügyi dolgozó dátummal és aláírással igazolja a témák megbeszélését.*

Témák	Megbeszélés megtörtént vagy anya visszautasította	Aláírás	Dátum
<p>A kizárólagos szoptatás jelentősége a baba számára számos betegség ellen véd, mint légzőszervi fertőzések, hasmenés, középfülgyulladás, a növekedés és fejlődés szempontjából optimális, anyatejen kívül nincs másra a csecsemőnek szüksége az első 6 hónapban, a baba szükséglete szerint változik, a nem szoptatott csecsemőknél magasabb a betegségek rizikója</p>			
<p>Szoptatás jelentősége az anya számára véd a mellrák és későbbi életkorban combnyaktörés ellen, segít az anyának szoros kapcsolatban lenni a babájával, a mesterséges táplálás költséges</p>			
<p>bőr-kontaktus jelentősége közvetlenül a megszületés után a babát melegen tartja, megnyugtatja, elősegíti a kötődést, segít a szoptatás megkezdésében</p>			
<p>A helyes mellre helyezés és mellre tapadás jelentősége segít a babának, hogy sok tejhez jusson, az anyának pedig, hogy ne legyen fájdalmas a bimbó és a mell.</p>			
<p>Hogyan segítsük, hogy jól induljon a szoptatás -a baba irányítsa a szoptatást – annak gyakoriságát és időtartamát -ismeretek arról, mik a jelei, hogy a baba elegendő tejet kap -rooming-in rendszer fontossága -cumi, nyugtató cumi problémát okoz, kerülendő</p>			
<p>Semmilyen más étel vagy ital az első 6 hónapban, kizárólag anyatej A szoptatás folytatásának jelentősége 6 hónapos koron túl, más táplálék bevezetése után is</p>			
<p>A nem szoptatás veszélyei és kockázata -akut és krónikus betegségek elleni védelmet nem kapja meg -a tápszer elkészítésének lehetséges hibái, fertőződése -költségek -nehéz visszafordítani azt a döntést, hogy nem szoptat</p>			

A szoptatással kapcsolatos legfontosabb alapismeretek Háttérinformációk a szoptatásra felkészítéshez egészségügyi dolgozóknak

A szoptatás és az anyatej fontossága

A csecsemő táplálásának biológiai módja a szoptatás. A szoptatás és az anyatej rendkívül fontos a csecsemő és az anya rövid és hosszú távú testi és lelki egészsége szempontjából. Ha egy édesanya nem szoptat, mind ő, mind gyermeke számos betegség fokozott kockázatának van kitéve.

A szoptatás jelentősége a gyermek számára

Az anyatej a legteljesebb táplálék a kisbaba számára. Minden szükséges tápanyagot megfelelő arányban tartalmaz, mennyisége a gyermek igényei szerint változik a nap folyamán. Az anyatej könnyen emészthető.

Az anyatej ellenanyagokat tartalmaz, amelyek segítenek megvédeni a gyermeket a fertőzésektől, erősítik immunrendszerét. A kutatások kimutatták, hogy a mesterségesen táplált csecsemők gyakrabban betegek, körükben több a gyomor-bélrendszeri, légzőszervi megbetegedés és középfülgyulladás, mint szoptatott társaiknál. Az anyatej védhet az allergiás megbetegedések, pl. az asztma és az ekcéma kialakulása ellen. Az anyatej az idegrendszer érését segítő anyagot is tartalmaz. A szoptatott gyermekek arc-, fog- és beszédfejlődése jobb; a mesterségesen táplált gyermekeknek gyakrabban van szükségük fogszabályozásra és logopédiai kezelésre.

A szoptatásnak hosszú távú hatásai is vannak az egészségre: a szoptatott gyermekek között a későbbi életkorban kevesebb az elhízott, a cukorbeteg, a leukémiás. A szoptatás során anya és gyermeke különleges közelségbe kerül egymással, ami a gyermek egész életére kihat: magabiztosabb lesz és jobban tűri a stresszt. A szoptatásnak jelentős szerepe van abban, hogy a gyermek veleszületett testi-lelki képességei optimálisan kifejlődjenek.

A szoptatás jelentősége az anya számára

A szoptatás az anya egészségére is jótékony hatással van: a szülés után elősegíti a méh összehúzódását, csökkenti a vérzést, elősegíti a várandósság előtti testsúly visszanyerését, csökkenti a mell- és petefészekrák, a csontritkulás, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázatát.

A szoptatás közben felszabaduló hormonok az anyát nyugodtabbá teszik, hatásukra jobban tűri a stresszt. A szoptatás erősíti az anya és a gyermek közötti kötődést.

A szoptatás jelentősége a társadalom számára

Az anyatej megfelelő minőségben és mennyiségben, folyamatosan rendelkezésre áll, nem jelent plusz költséget a családok és a társadalom számára. Mivel a szoptatott gyermekek egészségesebbek, a szoptatás jelentősen csökkenti az egészségügyi kiadásokat is. A szoptatás környezetbarát: nincs csomagolóanyag, szállítás, nincs pazarlás vagy energiavesztés, mint a mesterséges táplálásnál.

A nem szoptatás veszélyei

A mesterségesen táplált gyermekek körében gyakrabban fordulnak elő egyes akut és krónikus megbetegedések – például a gyomor-bélrendszeri fertőzések, hasmenés, légúti fertőzések, középfülgyulladás, koraszülötteknél nekrotizáló enterokolitisz, fiatal korban kialakuló cukorbetegség, elhízás, krónikus bélbetegségek (Crohn-betegség, kolitisz ulceróza), későbbi életkorban szív- és érrendszeri betegségek.

Azoknak a nőknek a körében, akik nem szoptatták gyermekeiket, a szoptatókhoz képest gyakrabban fordul elő emlőrák, petefészekrák, csontritkulás, II-es típusú cukorbetegség, reumatoid arthritisz, szív- és érrendszeri megbetegedések.

A tápszerek összetétele nem optimális a csecsemő növekedése és fejlődése szempontjából. Fajidegen fehérjét tartalmaznak, ami allergiához vezethet, és számos olyan tápanyag hiányzik belőlük, ami a gyermek fejlődését segíti (pl. hosszú szénláncú, többszörösen telítetlen zsírsavak). A tápszerek nem tartalmazzák azt a sokféle bioaktív összetevőt, ami az anyatejben fellelhető, ezért a mesterségesen táplált csecsemő kárát látja a fertőzésellenes anyagok, növekedési faktorok, enzimek, hormonok és a többi biológiai funkcióval bíró alkotóelem hiányának.

A tápszerek gyártásakor és elkészítésekor hibák és fertőzések fordulhatnak elő, ami további veszélyforrás a csecsemő egészségére nézve.

Ajánlások a szoptatással kapcsolatban

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és számos szakmai grémium hat hónapos korig tartó kizárólagos szoptatást majd pedig – a kiegészítő táplálékok bevezetése mellett – a szoptatás folytatását javasolják kétéves korig vagy azon túl.

Az első hat hónapban a csecsemőnek nincs szüksége sem más ételre, sem más italra az anyatején kívül. A hat hónapos kor előtt adott egyéb táplálékok csökkentik a tejtermelést, ami a szoptatás idő előtti befejezéséhez vezethet.

Betöltött hat hónapos kortól javasolt a szilárd táplálékok fokozatos bevezetése a szoptatás változatlan fenntartása mellett (az egyéb ételeket mindig szoptatás után kapja a kisbaba). A szoptatás folytatása ajánlott *legalább* egyéves korig, ideális esetben kétéves korig vagy azon túl, ahogy az anya és a gyermek kívánják. A szoptatás a nagyobb csecsemőt és a kisgyermeket is védi a fertőzésektől, az anya és a gyermek egészségére gyakorolt jótékony hatásai pedig annál kifejezettebbek, minél hosszabban tart a szoptatás.

Hogyan működik a szoptatás?

Hogyan termelődik a tej?

Az anyatej az emlőmirigy alveolusaiban képződik. A tejtermelésben a prolaktin hormonnak van a legnagyobb szerepe, míg a tej kiürülésében az oxitocinnak. Az emlő már a várandósság alatt felkészül a tejtermelésre, azonban az ekkor még magas koncentrációban jelenlévő gátló hormonok (elsősorban a progeszteron) megakadályozzák, hogy az emlő nagy mennyiségű tejet termeljen. A méhlepény megszületésével a gátló hormonok szintje drasztikusan lecsökken, és ez lehetővé teszi azoknak a folyamatoknak a beindulását, ami a szülés utáni átlagosan harmadik napon a nagy mennyiségű tej megjelenéséhez vezet (tejbelövellés).

Az első napokban az emlő kolosztrumot (előtej) termel, aminek kicsi a mennyisége, de fertőzésellenes faktorokban (ellenanyagok és élő fehérvérsejtek) igen gazdag. A kolosztrumban magas koncentrációban jelenlévő szekretoros immunglobulin A (sIgA) az első napokban bevonja az újszülött bélrendszerét, ezzel megakadályozza, hogy kórokozók tapadjanak meg és okozzanak fertőzést a szervezetében. A kolosztrum hashajtó hatású, ami segíti a mekónium kiürülését, ezáltal csökkentve a sárgaság kialakulásának valószínűségét, ill. a kialakult sárgaság mértékét. A kolosztrum elősegíti a jótékony hatású bifidusz flóra megtelepedését is az újszülött beleiben.

Az újszülöttnak nincs szüksége a kolosztrumon kívül semmi másra az első napokban sem, feltéve, hogy 24 óránként legalább 8 alkalommal hatékonyan szopik. A csecsemőnek adott cukros víz vagy tápszer amellet, hogy meggátolja a kolosztrum védő hatásának kifejlődését, megtölti az újszülött apró gyomrát, csökkenti szopási kedvét, és ez végső soron a tejmennyiség csökkenéséhez vezet.

Kereslet-kínálat elve

A tejtermelés a kereslet-kínálat elve alapján működik, ami azt jelenti, hogy minél több tej ürül az emlőből, annál több tej termelődik. Azaz minél gyakrabban és minél alaposabban kiüríti a mellel a csecsemő, annál több teje lesz az édesanyának. Ha az emlőben a tej felgyülemlik, több olyan gátló mechanizmus is életbe lép, ami a tejtermelést lassítja, majd leállítja – ezért a szoptatások elhalasztása, időtartamának korlátozása vagy helyettesítése a tejtermelés csökkenéséhez vezet.

Az emlő korán elkezdett és gyakori kiürítése megalapozza a megfelelő tejtermelést, és megelőzi az emlő fájdalmas túltelítődését.

Testhelyzetek és mellre helyezés

A megfelelő mellre helyezés rendkívül fontos, mert ez szükséges ahhoz, hogy a csecsemő hatékonyan tudjon szopni, és ahhoz, hogy az anya mellbimbója ne sérüljön szoptatás közben. Lényeges szem előtt tartani és az anya figyelmét is felhívni rá, hogy a mellbimbó sebesedését nem a túl hosszán tartó szoptatás, hanem a nem megfelelő mellre helyezés, és/vagy a nem jó szopási technika okozza.

A szoptatás megkezdése előtt az édesanya helyezkedjen el kényelmesen. Székben ülve tegye fel a lábát, a hátát és a karját támassza meg párnával! Császármetszés után jobban esik a fekvés. Mindenkinek egyénileg kell kitapasztalnia, hogy számára melyik a legjobb testhelyzet.

Szoptatáskor az édesanyának a következőkre kell figyelnie:

- A mellre helyezéskor emelje gyermekét a mellbimbó magasságába. Az első időszakban ehhez szüksége lesz egy párnára. A kisbabája az oldalán fekdjön, füle, válla, csípője egy vonalban legyen és forduljon teljes testével az anya teste felé.
- A mellbimbót a csecsemő felső ajkához érintve várja meg, amíg nagyra nyitja a száját – mintha ásítana – és akkor húzza rá őt a mellére.
- A kisbaba jól van mellen, ha
 - × olyan közel van, hogy a hasuk összeér
 - × a bimbóudvar egy részét is bekapja (alul többet, mint felül)
 - × álla a mellhez ér
 - × ajkai kifelé fordulnak
 - × az anya mellbimbói nem fájnak a szoptatás alatt
- Fontos, hogy az anya várja meg, hogy a kisbaba az első mellel alaposan kiürítse, mielőtt áttenné őt a másik mellére. Egyes csecsemőknek elég az egyik mell, míg mások minden szopáskor mindkét mellből szopnak.
- Ha az anya le szeretné venni a csecsemőt a melléről, finoman csúsztassa a kisujját a szája sarkába vagy gyengéden nyomja le az állát, hogy megszűnjön a vákuum és sérülés nélkül ki tudja buktatni a mellbimbót a kisbaba szájából.

Ha a csecsemő nem megfelelő testhelyzetben szopik vagy nem jól veszi a mellel a szájába, a bimbó érzékeny vagy sebessé válhat, ami a fájdalom miatt elégtelen tejtermeléshez vezethet. Hívjuk fel az anya figyelmét arra, hogy ebben az esetben feltétlenül kérjen segítséget.

Mondjuk el az anyának, hogy bár a szopást veleszületett reflexek segítik, a megfelelő technikát az újszülöttnak és az édesanyának is tanulnia kell, azonban egy kis türelemmel és kitartással gyorsan belejönnek.

Igény szerinti szoptatás

A csecsemő megfelelő tejjelátását az biztosítja, ha igény szerint szoptatják. Ez azt jelenti, hogy az édesanya mindig mellre teszi gyermekét, amikor jelzi, hogy szopni szeretne. Nem kell megvárni, amíg a csecsemő sírni kezd. A kisbaba már akkor készen áll a szopásra, ha:

- gyors szemmozgások láthatók a szemhéja alatt
- lágy gügyögő hangokat hallat vagy sóhajtozik
- cuppog
- szopó mozgásokat végez
- kezét szájához viszi
- nyugtalanná válik

Hívjuk fel az édesanya figyelmét, hogy mindig tegye mellre kisbabáját, ha úgy látja, hogy szívesen szopna, és hagyja mellen mindaddig, amíg szopni szeretne! A csecsemők naponta legalább 8 alkalommal szopnak. Az éjszakai szoptatás is nagyon fontos, mert ekkor több termelődik a tejtermelést serkentő hormonból, és az éjszakai szopás hiányában a mell fájdalmasan túltelítődhet. Amennyiben a kisbaba nem szopik legalább nyolcszor 24 óra alatt, a szoptatáshoz ébreszteni kell.

Honnan lehet tudni, hogy eleget szopott a kisbaba?

Jól megy a szoptatás, ha:

- A csecsemő
 - × legalább nyolcszor szopik 24 óra alatt – sokan közülük naponta 12-16x is szopik – és éjszaka sem telhet el 5 óránál hosszabb idő szoptatás nélkül
 - × szopás közben hallhatóan nyel és a szoptatás végére ellazul
 - × a harmadik életnaptól naponta legalább három széklete van, amely a negyedik nap után aranysárga, anyatejes széklet
 - × az ötödik életnaptól legalább 5-6, kellően nedves pelenkája van, vizelete víztiszta vagy halványsárga
 - × a harmadik életnap után nem csökken súlya és az ötödik életnaptól megindul a súlygyarapodás
 - × a tizedik életnapra visszanyeri születési súlyát
- Az anya
 - × melle a szoptatás végére megkönnyebbedik, felpuhul

Hívjuk fel az édesanya figyelmét, hogy azonnal forduljon orvoshoz, védőnőhöz vagy szoptatási tanácsadóhoz, ha a következőket tapasztalja:

- gyermeke aluszékony, nehezen táplálható
- kevés vizelete van vagy vizelete sötét színű, erős szagú
- a harmadik nap után is mekóniumot ürít
- súlya a harmadik életnap után is csökken
- a tizedik napra még nem nyerte vissza a születési súlyát
- állandóan sír és sehogyan sem lehet megvigasztalni

A szoptatást elősegítő kórházi ellátás

Bőr-kontaktus az első életórában

A bőr-kontaktus azt jelenti, hogy az egészséges, érett újszülött világrajövetele után azonnal (vagy amilyen hamar lehet az első perceken belül), még a köldökzsinór elvágása előtt, megtörölgetve, meztelenül az anya meztelen hasára vagy mellkasára helyezik, majd kívülről betakarják őket. Fontos, hogy a bőr-kontaktus zavartalanul fennálljon legalább egy órán át vagy akár tovább, amíg az első szopás megtörténik.

Az egészséges, érett újszülött a születése utáni 1-2 órában különösen éber és aktív, kész az első nagy találkozásra. Amikor az újszülött a szopás iránt érdeklődést mutat, a személyzet segítséget nyújt, ha szükséges.

A szülőszobai együttlét az anyát és az újszülöttet megnyugtatja, kedvező hatással van a kisbaba vérkeringésére és légzésére, segíti a méhen kívüli élethez való alkalmazkodását. Az első szoptatásnak pedig mind a gyermek, mind az anya szempontjából számos jótékony hatása van:

- A szopás méhösszehúzóásokat vált ki, amelyek segítik a méhlepény megszületését, csökkentik a vérzést.
- Az újszülött a még puha mellből könnyebben megtanul szopni.
- A korán elkezdett és gyakori szoptatás hatására hamarabb bekövetkezik a tejbelövellés, az újszülött kevesebbet veszít a súlyából, gyorsabban gyarapodásnak indul és kevesebb szoptatási probléma lép fel.
- Az újszülött azonnal megkapja az előtejet (kolosztrum), amelynek fontos szerepe van a csecsemő fertőzések elleni védelmében.

Császármetszés után a bőr-kontaktusra és az első szoptatásra sor kerülhet akkor, ha az édesanya már elég éber ahhoz, hogy figyelni tudjon gyermekére.

Segítség a mellre helyezésben és a tejtermelés beindításában

Fontos, hogy a gyermekágyas osztály személyzete a következő szoptatáskor, de legalább a szülést követő 6 órán belül segítsen a szoptatásban és az anyát kórházi tartózkodása alatt megtanítsa a helyes szoptatási gyakorlatra.

Ha az anya vagy az újszülött egészségi állapota miatt a szoptatás nem lehetséges, a fejést a szülést követő 6 órán belül meg kell kezdeni és rendszeresen folytatni (24 óra alatt legalább 6 alkalommal 20-20 percig fejve a melleket, amiből egy alkalom éjszakára essen), a tejtermelés beindítására és fenntartására.

Rooming-in

Az anya és az újszülött együttes elhelyezése a gyermekágyas osztályon a nap 24 órájában biztosítja, hogy megismerjék egymást, hogy az anya megtanulja felismerni a korai éhségjeleket és mellre tehesse kisbabáját mindannyiszor, amikor ő erre érdeklődést mutat. Az éjjel-nappali együttlét segíti a kötődés kialakulását még abban az esetben is, ha az anya nem szoptatja gyermekét.

Az anya és az újszülött elkülönítése káros hatással van mind a csecsemő, mind az anya egészségére és kettejük kapcsolatára is: növeli a stresszhormon szintet mindkettőjükben, fokozza az újszülött fertőzésének kockázatát, késlelteti a tejbelövellést, fokozza a szoptatási problémák kialakulásának veszélyét, gátolja a kötődés kialakulását.

Pótlás csak orvosi indikációval

Rendkívül fontos, hogy a gyermekágyas osztályon arra biztassák az anyákat, hogy gyermekük igénye szerint szoptassanak, és ne korlátozzák sem a szopások gyakoriságát, sem azok időtartamát. Tanítsák meg az anyáknak a korai éhségjeleket és a hatékony szopás jeleit.

Az egészséges újszülötteknek csak ritkán van szükségük pótlásra. Az indokolatlanul adott pótlásnak számos veszélye van és káros hatással van a szoptatásra. A pótlás:

- eltelíti a kisbaba gyomrát, így nem érdeklődik a szopás iránt
- csökkenti a tejmennyiséget, mert a csecsemő nem szopik, így az emlők túltelítődnek, ami a tejtermelés csökkenését okozza
- ha a pótlás vízzel, cukros vízzel vagy teával történik, a csecsemő elégtelen gyarapodását okozhatja, mert nem jut elég tejhez
- csökkenti az anyatej védő hatását, ezáltal növeli a hasmenés és más fertőző betegségek kockázatát
- allergéneknek (tehéntejfehérje) teszi ki a csecsemőt
- csökkenti az anya önbizalmát, különösen, ha a pótlást a síró csecsemő megnyugtatóására adjuk

A tanulmányok szerint az orvosi indikációval adott pótlás nem befolyásolja negatívan a szoptatást. Az Egészségügyi Világszervezetnek a pótlás elfogadható orvosi indokairól szóló dokumentuma a Bababarát Kórház Kezdeményezés honlapjáról letölthető: <http://bababarat.sztnb.hu/letoltesek> (2012.01.08.)

Szoptatott csecsemő ne kapjon cumisüveget és cumit

A cumi és a cumisüveg megzavarhatja a csecsemő szopási technikáját, ami kevésbé hatékony szopáshoz és az anya mellbimbójának kisebbedéséhez vezethet. Előfordul, hogy a csecsemő előnyben részesíti a cumisüveget vagy a cumit, és elutasítja a mellből való szopást. Minél fiatalabb a csecsemő, annál könnyebben megzavarják a mesterséges cumik.

Ha a csecsemő cumit kap szopás helyett, kevesebb tejhez jut és kevésbé jól fog fejlődni. A cumi fertőzések forrása lehet, fokozza a középfülgyulladás és a fogfejlődési rendellenességek kockázatát, ami az abnormális izomműködés következménye lehet.

Azokban a ritka esetekben, amikor pótlásra van szükség, ez szoptatásbarát módon – mellen pótlással vagy pohárból – megoldható.

Ötletek az információk vizuális illusztrálására

A felkészítők elhangzott tudnivalók jobban megragadnak a résztvevők emlékezetében, ha néhány egyszerű eszközzel be is mutatjuk, amiről beszélünk.

Az újszülött gyomortérfogata

Készítsünk gyurmából két kis golyót: az egyik legyen akkora, mint egy nagyobb cseresznye, a másik, mint egy dió. A kisebbik golyó jelzi, hogy mekkora az újszülött gyomra az első, a nagyobbik pedig, hogy mekkora a második napon. Az a néhány kortynyi kolosztrum, amit az újszülött az első napokban egyszerre elfogyaszt, éppen kitölti a picike gyomrot – nincs szükség sem vízre, sem teára, sem tápszerre az első időben. Gyurmagolyó helyett használhatunk mogyorót és diót – az is jól szemlélteti a méreteket.

Milyen a „kellően nedves” pelenka?

Egy textilpelenkáról könnyen megállapítható, hogy mikor száraz és mikor nedves. Mivel azonban a családok többsége eldobható nadrágpelenkát használ, ami a nedvességet teljesen beszívja, miközben a felszíne száraz marad, nem árt, ha az édesanyáknak megtanítjuk, honnan tudhatják, hogy a pelenkában van-e elég vizelet. Egy két hónaposnál fiatalabb csecsemő nagyjából 20-23 ml vizeletet ürít egyszerre, ez másfél évőkanálnyinak felel meg.

Mérjünk ki evőkanállal vagy mércés pohárral 45-50 ml vizet és öntsük egy tiszta pelenkába. Ez megfelel egy fiatal csecsemő két vizeletürítésének, vagyis egy „kellően nedves” pelenkának. A nedves pelenkát azután adjuk körbe a csoportban, hogy a résztvevők megvizsgálhassák, milyen a súlya, mennyire nedves. Érdekes többféle pelenkával is kipróbálni.

A csoportfoglalkozások La Leche Ligában használt tematikája

Mivel az egyes témákról többféle megközelítésben is lehet beszélgetni, a felkészüléskor érdemes ezeket végiggondolni. Így a tematika rugalmasan kezelhető attól függően, hogy az aktuális összejövetelen kik vesznek részt. Ha sok a várandós, akkor az ő szükségleteiket tartjuk szem előtt, ha viszont a totyogós korú gyermekekkel érkezők vannak többségben, akkor az inkább őket érdeklő szempontokra helyezhetjük a hangsúlyt. Érdemes hangsúlyozni a meghívón, hogy a meghirdetett témán kívül igyekeznek minden anyának az éppen aktuálisan felmerülő kérdésére is választ adni, így nem kell hónapokat várnia, hogy az őt érintő téma előkerüljön. A foglalkozás elején a csoportvezető egy rövid összefoglalót tart a témáról, majd a kötetlen beszélgetés megkezdéséhez gondolatébresztő kérdést tesz fel.

1. A szoptatás jelentősége

Alternatív címek:

- A szoptatás a biológiai norma
- Az anyatej a csecsemő tökéletes tápláléka
- Tévhitek a szoptatásról
- Szoptatás: Az egészséges választás

Téma bevezetésének lehetséges szempontjai:

A szoptatás a legjobb a kisbabának

- Fizikai előnyök:
 - × kolosztrum (immunológiai hatás, hashajtó hatás, tökéletes összetételű első étel)
 - × anyatej (megfelelő összetétel, megfelelő mennyiség, megfelelő hőfokon, szép csomagolásban; kb. első 6 hónapban erre van csak szüksége; anyatej összetétele - annak változása; állkapocs, fogak, beszéd megfelelő fejlődése)
- Érzelmi előnyök:
 - × erősíti az anya és gyermeke közti kapcsolatot, elősegíti a korai kötődést, megalapozza az biztonságos kötődési mintázatot, mely az egész életre kihat (sok testkontaktus; szopási igény kielégítése; minden érzékszervével megismeri az édesanyját; biztonságot ad a csecsemőnek, megnyugtató)
 - × éhség azonnal kielégíthető; az édesanya melle és ölelő karjai gyors megnyugvást nyújtanak egy fáradt, beteg, nyugös csecsemőnek

A szoptatás a legjobb az anyának

- Fizikai előnyök:
 - × várandósság, szülés természetes folytatása
 - × segíti a méhösszehúzódást
 - × testsúly csökkenése
 - × prolaktin nyugtató hatása
 - × csökkenti a mellrák esélyét
 - × időt és pénzt lehet megtakarítani vele

- Érzelmi előnyök:
 - ✗ hormonok segítik az anyai gondoskodást, monoton, ismétlődő feladatok ellátását
 - ✗ növeli az önbizalmát, hogy képes a teste segítségével kielégíteni a baba igényeit
 - ✗ könnyebben felismeri a baba szükségleteit

Beszélgetés bevezető kérdései:

- Miért döntöttél úgy, hogy szoptatni fogod a gyermekedet?
- Mit olvastál vagy hallottál a szoptatásról, ami vonzónak tűnt?
- Ha egy várandós barátnőd kérdezi, hogy miért szoptatod a babádat, akkor mit mondanál?

Későbbi kérdések:

- Hogyan segít a szoptatás a csecsemő gondozásának ellátásában?
- Milyen előnyei vannak a testvérek /apa szempontjából, ha az anya szoptatja az újszülöttet?
- Milyen tévhitekről hallottál a szoptatással kapcsolatban?
- Milyen aggodalmaid vannak a szoptatással kapcsolatban?

Beszélgetés tapasztaltabb anyákkal:

- Mit szeretsz legjobban a szoptatásban?
- Mi volt a szoptatással kapcsolatban az, amire nem számítottál?
- Mesélj el egy helyzetet, amikor különösen örültél, hogy szoptatod a gyermekedet?
- Folytasd a mondatot: Életem mostani szakaszában nagyon sok a dolgom, a szoptatás segít abban, hogy legyen időm...
- Ha a szoptatott gyermekedet megkérdezhethetnénk, akkor mit gondolsz, mit válaszolna arra a kérdésre, hogy miért jó neki, hogy ő egy szoptatott baba?

2. Első napok – első hetek a babával

Alternatív címek:

- Otthon az újszülöttel
- Együtt a család: a szoptatott gyermek apja és testvérei
- Életed új szakasza: az anyaság
- A baba születése és az első hetek

Téma bevezetése szülés előtt állóknak:

- Felkészülés a szülésre – szoptatásra (megtalálni a megfelelő kórházat, szüléskísérőt, védőnőt, szülésfelkészítő tanfolyamot, kórházi rutint megismerni, megfelelő ismereteket szerezni a szoptatásról)
- Hogyan befolyásolja a szülés módja a szoptatást (gerinc közeli érzéstelenítés, gyógyszeres beavatkozások, 24 órás rooming-in, kórházban töltött napok száma, császármetszés)
- Család születik (24 órás szolgálat az első hetekben, nagy változások a mindennapokban, prioritások végig gondolása)
- Mire van szüksége az újszülöttnak? (hosszú lista a beszerzendőkről – bútor, ruházat, pelenka, felszerelések – versus melegség, biztonság, étel és anya ölelő karjai)
- Otthon felkészítése a baba fogadására (házimunka egyszerűsítése, készétel mélyhűtése, extra segítség az első hetekben, mit kell beszerezni a szoptatáshoz)

- Szoptató anya öltözködése

Téma bevezetése szülés után állóknak:

- Szoptatás – hogy jól induljon (milyen korán, milyen sokáig legyen mellen; 1 mellet - 2 mellet kínáljunk etetésenként; igény szerinti szoptatás; szoptatási pozíciók; nyugtatócumi, cumisüveg, bimbóvédő és kiegészítések kerülése; honnan tudom, hogy eleget evett; sárgaság; tejbelövellés)

Az anya és a csecsemő ellátása:

- Az apa szerepe (várandósság során; támasz a vajúadás és a szülés alatt; segítség az újszülött ellátásában; támaszt és biztonságot nyújtó társ)
- Testvérek alkalmazkodása az újszülöthöz (lakáson belüli változtatásokat – pl. alvás helye – hónapokkal előbb elrendezni; beszélgetni a leendő babáról; az anya távollétét megkönnyíteni; bevonni a baba ellátásába; külön játékdoboz a nagyobbaknak, amíg a kicsi szopik; megengedni neki, hogy néha ő is „baba” lehessen)

Beszélgetés bevezető kérdései:

- Milyen előkészületeket tettél, ami megkönnyítette az életeteket, amikor a babával hazamentetek?
- Mit vennél/adnál egy kismamának, ha nem számítana, hogy mi az ára?
- Ha már szültél korábban, akkor mik azok a szoptatással kapcsolatos dolgok, amiket legközelebb szeretnél előre átbeszélni a szülést kísérő szakemberekkel?
- Mi segíthet abban, hogy szülés után a lehető legkevesebb időre válasszák el tőled a babádat?

Későbbi kérdések:

- Mit javasolnál a barátnődnek a szülés utáni napokra, ami megkönnyítheti a szoptatást?
- Hányan vagyunk olyanok, akiknek nem éppen a legideálisabban indult a szoptatási élménye, de aztán minden rendeződött? Meséljetez erről!
- Ki volt a legnagyobb támaszod az első napokban és miért?
- Mondj néhány dolgot, ami segíti az anyát a pihenésben!
- Mi segít, ha nagyon elfáradunk a 24 órás szolgálatban és nehéz a csecsemő ellátásának felelősségét viselni?

Beszélgetés tapasztaltabb anyákkal:

- Mik voltak a leghasznosabb tanácsok az első időkben?
- Mik voltak a legkevésbé hasznos tanácsok, mi volt az, ami megnehezítette a szoptatást?
- Hogyan próbáltad elősegíteni az édesapa és a gyermeketek között kialakuló szoros kapcsolatot szülés előtt, alatt és után?
- Hogyan próbáltok figyelni egymásra, amikor a csecsemő ellátása mellett nagyon kevés időt tudtok a házastársi kapcsolatra szánni?
- Testvérek között kialakuló féltékenység forrása az, hogy a nagyobb gyermek attól tart, hogy elveszti az anyja szeretetét és figyelmét. Milyen módon segíthetsz neki ezekben az érzéseiben?

3. Leggyakrabban felmerülő kérdések

Alternatív címek:

- A szoptatás menete
- Szoptatás: tények és tévhitek
- Anyává válás: változások, szükségletek, formálódás
- A leggyakrabban felmerülő problémák elkerülése

Téma bevezetésének lehetséges szempontjai:

- Érzékeny mellbimbó (okok felderítése; helyes mellre tétel)
- Elég-e a tej? (6 vizeletes, ≥ 2 székletes pelenka/24 óra; heti gyarapodás legalább 12-18 dkg, havi 50-70 dkg; anyatej növelése: gyakoribb szoptatás, mindkét mellből, szoptatás idejét ne korlátozza, kerülje a cumi-használatot; kiegészítés \rightarrow fokozatos csökkentése; növekedési ugrások)
- Túl sok tej? (nem lehet túletetni; erős tejleadó reflex; mellek váltása ritkábban)
- Eltömődött tejszatórna/mellgyulladás (hogyan lehet elkerülni; hogyan lehet kezelni)
- Többemeres baba/nyűgös baba (betegség kiszűrése; anyai táplálkozás átgondolása; gyakoribb büfiztetés; hordozás, dajkálás,)
- Harapás
- Szopási sztrájk – nem természetes elválasztódás (betegség kiszűrése, okok felderítése, kezelése)
- Anyai betegség
- Elvárások és a valóság (napirend szerint működő gyermek – igény szerinti gondoskodás; 24 órás szolgálat)
- Házaspárból család (állandó fáradtság; stresszes időszak; kommunikáció fontossága a párkapcsolatban; szoptatás és szexualitás)
- Kimozdulás a babával (diszkrét szoptatás; „baba-barát” területek; hordozó eszközök)
- Munka és szoptatás (lehetőségek átgondolása; fejés, anyatej tárolás; szoptatást könnyítő lehetőségek)
- Éjszakai gondoskodás (elvárások – társadalmi, kulturális; valóság; gyakorlati megoldások)

Beszélgetés bevezető kérdései:

- Hogyan oldjátok meg, hogy éjszaka mindenki a legtöbb pihenéshez jusson?
- Milyen kérdésed volt, amire soha nem kaptál megfelelő választ?
- Mi volt, amiben leginkább igazodni kellett az új családtaghoz?
- Mi volt a legviccesebb tanács, amit a baba ellátása kapcsán kaptál?
- Hogyan próbálsz megoldani, hogy a baba szükségleteit is figyelembe vedd és a férjed se érezze magát kirekesztve?
- Hányan vannak köztetek, akinek éjszaka többször felébred a babája? Mi lehet az oka ennek?

Későbbi kérdések:

- Melyik volt az a pont, amikor már tényleg élvezted a szoptatást? Mikor „állt össze a kép”?
- Hogyan kezeled a barátoktól, egészségügyi dolgozóktól, családtól érkező megjegyzéseket, melyek kritizálják a babagondozási módszereiteket?

- Az egyik legfájóbb megjegyzés, amikor azt mondják, hogy elkényeztetted a gyermekedet. Mit csinálsz ilyenkor?
- Hogyan próbáltok a pároddal megfelelő alkalmat találni az egymásra szánt időre? Milyen trükkök vannak?

4. Hozzátáplálás, elválasztás, elválasztódás

Alternatív címek:

- A növekvő gyermek változó szükségletei
- Mit, mikor, hogyan kínáljunk?
- Család étkezési szokásainak alakulása
- Gondolatok az elválasztódásról
- Miért érdemes 3/6/9 hónapos koron túl is szoptatni?
- Szoptatás, és ami mögötte van

Téma bevezetésének lehetséges szempontjai:

- Változatos, egészséges táplálkozás az egész családnak (kerüljük a túl sok cukrot, zsírt, adalékanyagokat, színezékeket; fokozatosan térjünk át az egészségesebb táplálkozásra)
- Szoptató anya táplálkozása (nincs speciális étrendre szükség, nincsenek tiltólisták – kivéve különösen érzékeny kisbabák esetében; folyadékpótlás szomjúságérzetet követve; erős fogyókúra kerülése szoptatás alatt)
- Az anyatej a legjobb tápanyag (kb. 6 hónapos korig fedezi minden tápanyagszükségletét; a gyermeket figyeljük, ne a naptárt; jelei, hogy érdemes kezdeni a kínálgatást; ha nagyon elutasítja, próbáljuk később)
- Szilárd táplálékok bevezetése (természetes alapanyagok kevésbé feldolgozott formában; bébiételek nem jobbak, fontosak az apró betűs részek az üvegen; pépek és kézbe vehető puha falatok; ételek, amik ez első évben kerülendők)
- Szilárd ételek bevezetése, de hogyan? (anyatej elsődleges táplálék a második 6 hónapban is; egyszerre egyféle ételt kínáljunk; 1 hét múlva lehet újabbat, nem szabad erőltetni)
- Elválasztódás (elválasztás akkor kezdődik, amikor már más ételt is kap; hirtelen elválasztás veszélyei; fokozatos a legideálisabb; ha beteg az anya – gyógyszerek és a szoptatás)
- Természetes elválasztódás (1 éves kor után; változó, hogy mikor nővik ki a szopási igényüket; hosszú távú szoptatás előnye a gyermek számára – magabiztosság, egészséges önbizalom kialakul; hosszú távú szoptatás előnye az anyának – késlelteti a menstruáció visszatérését, nem kell a cumiról, cumisüvegről leszoktatni a gyermeket, tejmennyiség fokozatosan csökken; jó hatású az anya - gyermek kapcsolatra, kötődésre)
- Ha az anyának már kicsit sok (különbséget kell tenni a társadalmi nyomás és az anya valódi érzései között; hogyan birkózzunk meg a körülöttünk lévők véleményével; ha az anyának már kicsit kellemetlen, akkor meg lehet határozni, hogy hol, mikor és meddig lehet szopizni)
- Az elválasztódás folyamatának befolyásolása (fokozatosan és szeretettel; heti - havi 1 szoptatás elhagyása; rugalmasság, ha a gyermek beteg vagy érzelmileg nehéz időszakot él át; sok dajkálás, ölelgetés, figyelemelterelés)

Beszélgetés bevezető kérdései:

- Hogyan próbálsz meg változtatni/javítani a család étkezési szokásain?
- A kisbaba érkezése jó alkalom, hogy saját étkezési szokásainkon változtassunk. Mikre gondoltál, ami elősegíti majd, hogy a gyermeked jó példát lásson maga előtt?
- Milyen tanácsokat hallottál a szoptató anya diétájáról, miből kell sokat ennie és mik vannak a tiltó listán?
- Hogyan tudod megoldani, hogy a baba állandó és természetes szükségleteinek kielégítése mellett jusson idő a megfelelő táplálkozásra?
- Ki gondolja úgy, hogy a gyermeke annyira ragaszkodik a szoptatáshoz, hogy soha nem fogja abbahagyni? Te mit szeretnél?
- Hogy tervezted a kisbabád megszületése előtt, hogy meddig fogod őt szoptatni? Változott-e azóta a véleményed? Hogyan?
- Ha már rendszeresen eszik a baba szilárd ételt, akkor miért érdemes folytatni a szoptatást?

Későbbi kérdések:

- Hogyan könnyítetted meg magadnak az ételek elkészítését (vásárlás, főzés, mosogatás)?
- Mondd el egy egyszerű, de tápláló meleg étel receptjét!
- Hogyan tudod távol tartani a gyermekedet a család vagy barátok által kínált egészségtelen ételektől?
- Hasonlítsuk össze az árát, mennyiségét és összetételét egy almának és egy üveg almás desszertnek! (érdemes hozni egy üveggel)
- A tápanyagon kívül mit tud még biztosítani a szoptatás egy totyogó korú gyermeknek?
- Voltál-e olyan helyzetben, amikor javasolták, hogy válaszd el a gyermekedet? Hogyan történt az?
- Mi a legjobb dolog egy totyogó szoptatásában?
- Mit mondasz, ha valaki megkérdezi, hogy még meddig akarod szoptatni ezt a nagyfiút/nagylányt?

Tesztkérdések

1. Miért van szükség a szoptatás védelmére, népszerűsítésére és támogatására?
 - a) Azért, mert a szoptatásnak számos jótékony hatása van az anya és a csecsemő testi-lelki egészségére.
 - b) Azért, mert a szoptatás az egész társadalomnak fontos.
 - c) Azért, mert a társadalmi változások a szoptatást nagyrészt háttérbe szorították, és az új anyák előtt nincsen pozitív minta.
 - d) Mindegyik.
2. Mikor tudják az egészségügyi dolgozók hatékonyan támogatni a szoptató édesanyákat?
 - a) ha pozitív a hozzáállásuk
 - b) ha megfelelő elméleti ismeretekkel rendelkeznek a laktációról
 - c) ha megfelelő gyakorlati ismeretekkel rendelkeznek ahhoz, hogy segíteni tudjanak
 - d) ha van saját, pozitív szoptatási tapasztalatuk
 - e) a és b és c
 - f) mindegyik
3. Honnan szerzik be LEGKEVÉSBÉ a mai kor várandós anyái a szoptatással kapcsolatos információikat?
 - a) internetről
 - b) védőnőtől
 - c) idős nőrokontól
 - d) szakkönyvekből
4. Tapasztalatok szerint legkevesebb szoptatási problémája annak van, ... :
 - a) aki megfelelő szoptatási felkészítésen vett részt.
 - b) akinek az édesanyja is tudott szoptatni.
 - c) akinek változott a mellmérete várandósság alatt.
 - d) aki a szülőszobán mellre tette a babáját.
5. A várandós felkészítés szoptatásról szóló részének LEGKEVÉSBÉ FONTOS része az, hogy az édesanya...
 - a) megértse a kereslet-kínálat elvét.
 - b) halljon a hosszú távú szoptatás előnyeiről.
 - c) listát kapjon, hogy mit kell beszerezni a szoptatáshoz.
 - d) megismerje a szoptatási pozíciókat.

6. A várandós felkészítésen fontos, hogy kitérjenek a következőkre, KIVÉVE:
- kereslet-kínálat elve
 - 6 hónapig tartó kizárólagos szoptatás jelentősége
 - anyatejet helyettesítő tápszerek használata
 - igény szerinti szoptatás fontossága
7. A rooming-in rendszerre igazak az alábbiak megállapítások, KIVÉVE:
- általában nyugodtabban pihennek az anyák, ha az újszülött mellettük van
 - hatással van a szoptatási időszak hosszára
 - minden bababarát kórházban lehetőség van ennek igénybevételére
 - minden hazabocsátott újszülött kizárólag szopik
8. A várandós felkészítés akkor segíti hatékonyan a szoptatást, ha:
- Segít megérteni az újszülött természetes szükségleteit, amiket a szoptatással ki lehet elégíteni.
 - Felsorolja és bemutatja a szoptatáshoz szükséges eszközöket.
 - Szót ejt az összes felmerülő szoptatási problémáról.
 - Rávilágít arra, hogy mikor érdemes mégis tápszert adni a babának anyatej helyett.
9. Miért van LEGINKÁBB SZÜKSÉG anyacsoportokra?
- Az anyák elmondhassák gyermeknevelési- és gondozási tapasztalataikat másoknak.
 - Az anya és a baba kellemes társaságban töltse a délelőttjét.
 - A gyermekek hasonló korú társaikkal játszhatnak.
 - Az anyák megfelelő információt és támogatást kapjanak a szoptatással kapcsolatban.
10. Az anyacsoportok szoptatás támogatásában tapasztalt hatékonyságának LEGFŐBB oka:
- Helyes információkat nyújt.
 - Gyakorlati ötletekkel szolgál.
 - Megadja a támogató asszonytársaknak azt a körét, amit modern társadalmunkban nélkülöznek a fiatal anyák.
 - Magabiztossá teszi az anyákat.
11. Az anyacsoport vezetésénél előnyös a „körkérdés” forma, KIVÉVE:
- Ha nagyon sok résztvevő van.
 - Ha szeretnénk, hogy mindenki elmondja a tapasztalatait.
 - Ha szeretnénk, hogy a csendesebb anyák is szóhoz jussanak.
 - Ha nem bánjuk, ha többször ismétlődnek a hozzászólások.

12. A „kötetlen beszélgetés” formát leginkább azért érdemes választani, mert:
- a) Nem zavarja az előadót a totyogó gyermekek hangoskodása.
 - b) Természetes beszélgetés alakul ki az édesanyák között.
 - c) Kevésbé felkészülten is könnyű az összejövetelt vezetni.
 - d) Nem zavaró, ha csak néhány anya kapcsolódik be a beszélgetésbe.
13. Az anyacsoport helyszínének kiválasztásánál legjobb egy ismert helyszín, mert:
- a) Biztosan szívesen fogadják a kisgyermekes családokat.
 - b) Elegendő parkolóhely van az autóval érkezőknek.
 - c) A berendezés biztonságos és bababarát.
 - d) Közismert helyre meghirdetett találkozó megbízhatóbbnak tűnik.
14. Melyik állítás NEM IGAZ?
- a) A havonta meghirdetett találkozók túl ritkák, az anyák szívesebben találkoznának sűrűbben.
 - b) Hetente szervezett összejövetelek esetében jó, ha több aktív vezetője van a csoportnak.
 - c) A „breastfeeding café” alkalmat ad a kötetlen beszélgetésre a vezetővel, illetve a többi anyával.
 - d) Ha a meghirdetett alkalomra nem tud elmenni a vezető, akkor sem kell aggódni, mert majd beszélgetnek egymással az anyák.
15. Anyacsoportba szervezhetünk termékbemutatót. Melyik állítás igaz?
- a) Soha ne szervezzünk termékbemutatót.
 - b) Ha a saját cégünk termékét ajánljuk, akkor lehet, mert azért felelősséget tudunk vállalni.
 - c) Karácsony előtt lehet, mert az segítség az anyáknak is az ajándékvásárlásban.
 - d) Ha olyasmit mutatnak be, amit mi magunk is használunk már.
16. A csoporttalálkozók tematikájának összeállításánál érdemes figyelembe venni a következőket, KIVÉVE:
- a) Nem baj, ha egy évben kétszer is ismétlődnek a témák, hiszen mindig vannak új résztvevők.
 - b) Nem kell előre készülni, mert az anyák mindig olyan jól beszélgetnek egymással.
 - c) Legalább 2 megközelítést érdemes összeállítani, hogy lehessen igazodni ahhoz, hogy aktuálisan milyen korú babával jönnek az édesanyák.
 - d) Az éppen meghirdetett témán kívül fontos, hogy a várandós anyák minden felmerülő kérdésükre választ kapjanak.

17. Az anyacsoportban a legvalószínűbb, hogy az anyák:
- a) Megijednek, hogy mennyi megpróbáltatás vár még rájuk a szoptatással kapcsolatban.
 - b) Megnyugodnak, mert tapasztalják, hogy mások is küzdenek szoptatási problémákkal.
 - c) Kellemetlenül érzik magukat, hogy sokan mások előtt szoptatják meg gyermeküket.
 - d) Megszólják a 2 éves gyermeket még szoptató anyákat.
18. Ha a találkozón a résztvevőknek a gyermekei már nagyobbak, akkor nem érdemes a meghirdetett témát „*Első napok –hetek a babával*” előhozni. Igaz vagy nem igaz?
- a) Igaz, mert ezen a koron már túl vannak és nincs mit beszélni róla.
 - b) Nem igaz, mert már nem is emlékeznek az első napok nehézségeire.
 - c) Igaz, mert ennek az időszaknak a témái már unalmasak.
 - d) Nem igaz, mert a témát fel lehet vezetni úgy is, hogy mit tennének a következő babával másként az első napokban.
19. A csoportba ellátogató egészségügyi dolgozó hozzászólásait szívesen vesszük akkor, ha:
- a) egy fontos szakmai kérdésben vitába száll a csoportvezetővel.
 - b) jogosan kritizálja egy másik egészségügyi dolgozó munkáját.
 - c) konkrét orvosi kérdésben mondja el a tanácsát a résztvevő anyák előtt.
 - d) saját szoptatási tapasztalatát osztja meg a többi anyával.
20. Az anyacsoportban a beszélgetés akkor a leggyördülékenyebb, ha:
- a) Nagyon sokan jönnek el az alkalomra.
 - b) Nagyon kevesen jönnek el az alkalomra.
 - c) Jól felkészül a vezető a csoporttalálkozóra és rugalmasan alkalmazkodik az anyák aktuális kérdéseire.
 - d) Ha a résztvevők érdeklődésétől függetlenül ragaszkodik a csoportvezető a meghirdetett témához.

KUTATÁSI EREDMÉNYEK ELEMZÉSE

Biostatistikai és kutatáseméleti alapfogalmak

Dr. Ittzés András

Bevezetés

Az egészségügyben dolgozók, még ha maguk nem is foglalkoznak kutatási kérdésekkel, rendszeresen kerülnek olyan helyzetbe, amikor tudományos eredményeket kell értelmezniük. A szoptatással kapcsolatban is gyakran egymással gyökeresen szemben álló álláspontot próbálnak képviselőik „tudományosan igazoltnak” elfogadtatni, és nem mindig könnyű megítélni, hogy a hivatkozott kutatási eredmények mennyire korrektek, mennyire megbízhatóak és mennyire általánosíthatóak. Ebben a fejezetben néhány olyan alapfogalom és alapösszefüggés ismertetése szerepel, amely segíthet tudományos vagy tudományosnak látszó tanulmányok megértésében, értelmezésében, kritikus olvasásában.

A terjedelmi korlátok miatt itt természetesen csak egy-egy kis szeletére térhetünk ki a témának. Felhívjuk azonban a figyelmet egyrészt olyan – itt nem részletezett – témakörökre, amelyek a bizonyítékokon alapuló orvoslás kérdéseihez tartoznak (pl. bizonyítékok ereje, randomizált kontrollált vizsgálatok, mintavételi módszerek stb.), másrészt arra, hogy több olyan színvonalas magyar nyelvű – részben elektronikusan elérhető – biostatistika-könyv létezik ma már, amely nem statisztikusoknak íródott, és a különböző módszerek magyarázataival segítséget jelenthet a részletek iránt érdeklődőknek (*Fidy, 2008; Prohászka, 2009; Reiczigel, 2005, 2010; Vargha, 2007*).

Tudományos megalapozottság – tapasztalatok alapján

Ma sok területen általánosan elfogadott paradigma szerint akkor tudományosan megalapozott egy állítás, ha

- a célnak megfelelően gyűjtött **adatokból** (megfigyelésekből, mérésekből) kiindulva
- helyesen alkalmazott **statisztikai módszerekkel** kapott eredmények alapján
- **logikailag korrekt**

következtetésnek tekinthető.

Más empirikus területhez hasonlóan az egészség- és orvostudományi vizsgálatokban is nehézséget jelent, hogy az adatok nem teljes körűek, az összefüggések pedig nem determinisztikusak, hanem sztochasztikusak, vagyis az általunk nem ismert „véletlentől” is függenek. Ezért az alkalmazott matematikai-statisztikai módszerek ezeken a területeken is **mintavételezésen** alapulnak és **valószínűségszámítási modellekre** épülnek.

Milyen valószínűségszámítási alapelvekre épülnek a statisztikai módszerek?

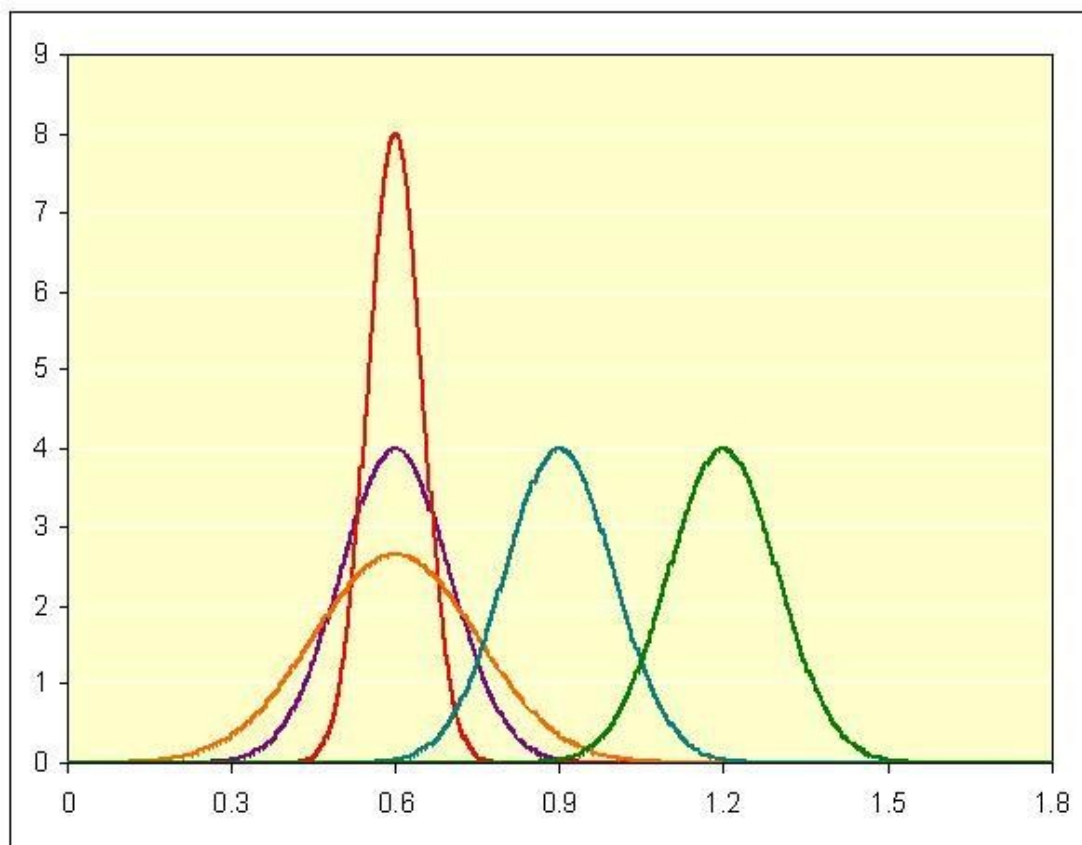
A valószínűségszámítás **véletlen jelenségek/kísérletek** kimenetelével kapcsolatos ún. **eseményeket** vizsgál. Egy konkrét „kísérlet” végén egyértelműen megállapítható, hogy az esemény bekövetkezett-e vagy sem. Az eseményeknek értelmezzük a **valószínűségét**, amely 0 és 1 közötti szám. A legegyszerűbb modellekben a valószínűség a kedvező esetek és az összes lehetséges eset számának arányaként definiálható. 0 a valószínűsége a (szinte) lehetetlen eseménynek, 1 pedig a (szinte) biztosnak.

A valószínűségszámítás mint elmélet felépítésében alapvető fogalom a valószínűségi változó, illetve ennek az eloszlása:

- A **valószínűségi változó** a nem statisztikus felhasználók számára tekinthető egyszerűen egy véletlen(től függő) mennyiségnek. Matematikai definíciója szerint egy véletlen kísérlet lehetséges kimeneteleihez adott értékeket rendelő függvény.
- Az **eloszlás** azt adja meg, hogy az egyes értékeket milyen valószínűséggel veszi fel a valószínűségi változó, illetve hogy milyen valószínűséggel esik a változó értéke különböző határok közé.

A valószínűségi változóknak, illetve eloszlásuknak fontos paramétere a **várható érték** (a valószínűségekkel „súlyozott” középérték). Ez aszimmetrikus eloszlások esetén nem azonos a **mediánnal**, ami két azonos valószínűségű részre osztja a változó által felvehető értékeket. Az ingadozás legfontosabb mérőszáma a **szórás**, amelynek négyzetét **varianciának** (vagy szórásnégyzetnek) nevezzük.

Az 1. ábrán öt ugyanolyan típusú eloszlás – a természetben és sok alkalmazásban is gyakran előforduló Gauss-féle normális eloszlás – ún. sűrűségfüggvénye látható. Az öt bemutatott eloszlás között van három ugyanolyan várható értékű, amelyek csak a szórásukban különböznek (ugyanott van a közepe az eloszlásoknak, de a görbék különböző alakúak), és három azonos szórású, de különböző várható értékű (ezek az azonos alakú, de egymáshoz képest eltoltt görbék).



1. ábra Normális eloszlású valószínűségi változók sűrűségfüggvényei háromféle várható értékkel és háromféle szórással

A valószínűségszámítás természetesen alkalmas **több változó között** fennálló esetleges kapcsolat leírására is. A változók közötti **összefüggések szorosságának** jellemzésére többféle asszociációs és korrelációs mérőszámot bevezettek.

Amikor különböző vizsgálatokhoz adatokat gyűjtünk, akkor a statisztikai elemzések során az előzőekben említett elméleti fogalmak tapasztalati (empirikus) megfelelőivel dolgozunk.

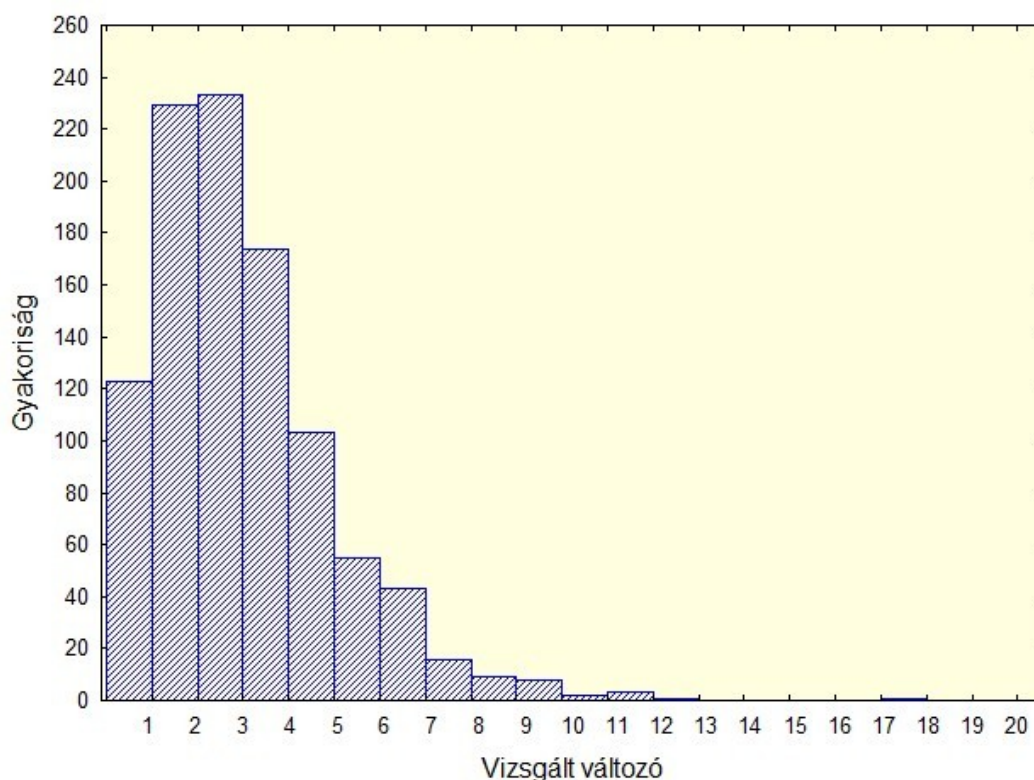
A matematikai statisztika néhány alapfogalma

A vizsgálatba bevinni kívánt adatok lehetséges értékei alapján megkülönböztethetünk **megfigyelhető (attributív)** és **mérhető változókat**. Más megfogalmazás szerint az adataink kategorikusak vagy numerikusak lehetnek. Mindkét típuson belül megkülönböztetve további két esetet a változók négy lehetséges „**mérési**” **szintjéről** beszélhetünk:

- nominális skála
- ordinális skála
- intervallumskála
- arányskála

Az elsőn csak az „értékek” (kategóriák) megkülönböztetésére van lehetőség (pl. nem, családi állapot), a másodikban adott az értékek egy sorrendje (pl. iskolai végzettség, egyetértés mértéke), a harmadikban értelmezhető a különbség (pl. hőmérséklet Celsius-fokban), az utolsóban pedig az arány is (pl. testhossz, gluténtartalom).

A **tapasztalati eloszlást** az értékek (vagy a csoportokba sorolt értékek) mintabeli előfordulási **gyakoriságai** határozzák meg. Ezeket táblázatosan és grafikusan is meg lehet jeleníteni. A leggyakrabban használt ábratípus egy tapasztalati eloszlás megjelenítésére a hisztogram, amelyben az oszlopmagasságok az egyes osztályokba eső mintaelemek számával arányosak. A 2. ábrán egy aszimmetrikus eloszlásból származó minta alapján készített **hisztogram** látható.



2. ábra. Aszimmetrikus eloszlásból származó minta hisztogramja

Numerikus mintákból kiszámolhatók az eloszlás paramétereinek tapasztalati megfelelői. A várható érték tapasztalati megfelelője az **átlag**. Az eloszlást „felező” **medián** tapasztalati megfelelője a nagyság szerint sorba rendezett minta középső eleme (vagy páros mintaelemszámnál a két középső átlaga). **Módusznak** nevezik a leggyakoribb mintaelemet vagy csoportosított adatok esetén a legnagyobb gyakoriságú osztályt. Megadható – kicsit bonyolultabb képletekkel – a **szórás és a variancia tapasztalati változata** is.

Mindezek a tapasztalati értékek (az ún. **alapstatisztikák**) a megfelelő elméleti paraméterek (**pont)-becsléseinek** tekinthetők. Ugyanakkor intervallumbecsléseket, ún. **konfidenciaintervallumokat** is lehet számolni az egyes paraméterekre, amik olyan tartományokat jelentenek, amelyek adott (pl. 0,95-os, vagyis 95%-os) megbízhatósággal tartalmazzák az ismeretlen elméleti paraméterértéket.

A statisztikai hipotézisvizsgálat

A **hipotézisvizsgálat** a populáció(k)ra megfogalmazott valamely állítás elfogadásáról vagy elutasításáról való döntést megalapozó statisztikai módszer. Pontosabban nem is egy állításról van szó, hanem két egymásnak ellentmondó állításról, egy hipotézispárról. A két hipotézis szerepe azonban – ugyanúgy, mint egy bírósági büntetőperben – nem szimmetrikus. Ott a bírónak a döntése meghozatalához mérlegelni kell, hogy van-e elegendő bizonyíték a vádlott kötelezően feltételezett ártatlanságának (a „nullhipotézisnek”) az elvetésére.

A hipotézisvizsgálatban is mindig fel kell állítani egy ún. **nullhipotézist** (H_0) és egy **ellenhipotézist**, vagy más néven **alternatív hipotézist** (H_1). Kutatásoknál – szinte mindig – a nullhipotézisben szerepel „a tudomány jelenlegi állását” leíró állítás, így többnyire a következő tipikus megfogalmazásokkal találkozhatunk a két hipotézisben:

H_0 : „Nincs eltérés.” „Nincs különbség.” „Nincs összefüggés.”

H_1 : A statisztikailag bizonyítandó állítás.

Az általános **megoldási stratégia**: megvizsgáljuk, hogy a mintából kapott eredmények „elégge eltérnek-e” a nullhipotézisben megfogalmazott állítástól ahhoz, hogy indokolt legyen annak elutasítása. Ennek eszköze a **hipotézisvizsgálat (statisztikai próba, teszt)**, aminek során a probléma megoldására kidolgozott módszer alkalmazásával számításokat végzünk az adatainkkal, és valószínűségi számítási összefüggések alapján adott **szignifikanciaszinten** (α) döntünk H_0 elvetéséről vagy megtartásáról. Ma már többnyire statisztikai szoftver támogatásával végezzük a számításokat, és a szoftverek a próba végeredményeként egy **tapasztalati szignifikanciaértéket (p-értéket)** adnak meg, amelynek alapján a következőképpen lehet meghozni a döntést: **H_0 -t elvetjük, ha a p-érték kisebb, mint α** . A nullhipotézis elvetését szoktuk kifejezni úgy is, hogy a próba eredménye szignifikáns.

Statisztikai alapú döntésünk nem biztos, hogy helyes. A számunkra ismeretlen „elméleti” valóság és a minta alapján meghozott döntés alapján négy elvi helyzet állhat elő, amelyeket az 1. táblázat foglal össze. A szignifikanciaszintként megadott α az elsőfajú hibának, a valóságban igaz H_0 téves elvetésének a valószínűségét adja meg. A másodfajú hiba a valóságban hamis H_0 téves megtartását jelenti, aminek valószínűségét β -val szokták jelölni.

	H_0 hamis	H_0 igaz
H_0-t elvetjük	helyes döntés	elsőfajú hiba (α)
H_0-t megtartjuk	másodfajú hiba (β)	helyes döntés

1. táblázat. A helyes és téves hipotézisvizsgálati döntések összefoglalása

Minél alacsonyabb α mellett tudjuk elutasítani a H_0 -t, annál kisebb a téves döntésünk valószínűsége, tehát annál biztosabbak lehetünk az eredményben. Az α szokásos értékei tudományos publikációkban: 0,05; 0,01; 0,001.

Diagnosztikai eljárások értékelése

Az 1. táblázatban leírtakhoz hasonló logikai helyzettel találkozhatunk diagnosztikai eljárások (tesztek) kifejlesztése és alkalmazása során. Ha sikerül azonosítanunk, hogy egy betegség kialakulásában melyik tényező játssza a legfontosabb szerepet, eldönthetjük, hogy e tényező mely értéke fölött (vagy alatt) tekintjük betegnek a páciens. Ezt az értéket nevezzük vágópontnak. Problémát okoz, hogy a betegek és egészségesek a vizsgált tényező szempontjából nem feltétlenül válnak egyértelműen szét, aminek téves diagnosztizálások lehetnek a következményei. A téves diagnózisok száma, illetve aránya alapvetően a beteg, illetve egészséges populáció eloszlásának „átfedésétől”, illetve a vágópont megválasztásától függ. Egy célzott laboratóriumi vizsgálattal vagy esetleg egy ún. eset-kontrollos vizsgálatból megállapítható a helyesen és a tévesen betegnek, illetve a helyesen és a tévesen egészségesnek diagnosztizált emberek száma. A 2. táblázat éppen ezeket az eseteket mutatja, illetve a diagnosztikai teszt segítségükkel definiálható tulajdonságait foglalja össze.

Az ember	Beteg	Egészséges	
A teszt			
Pozitív	TP (valódi pozitív)	FP (álpozitív)	→ Pozitív Prediktív Érték PPV = TP/(TP+FP)
Negatív	FN (álnegatív)	TN (valódi negatív)	→ Negatív Prediktív Érték NPV = TN/(TN+FN)

↓	↓
Szenzitivitás TP/(TP+FN)	Specificitás TN/(FP+TN)

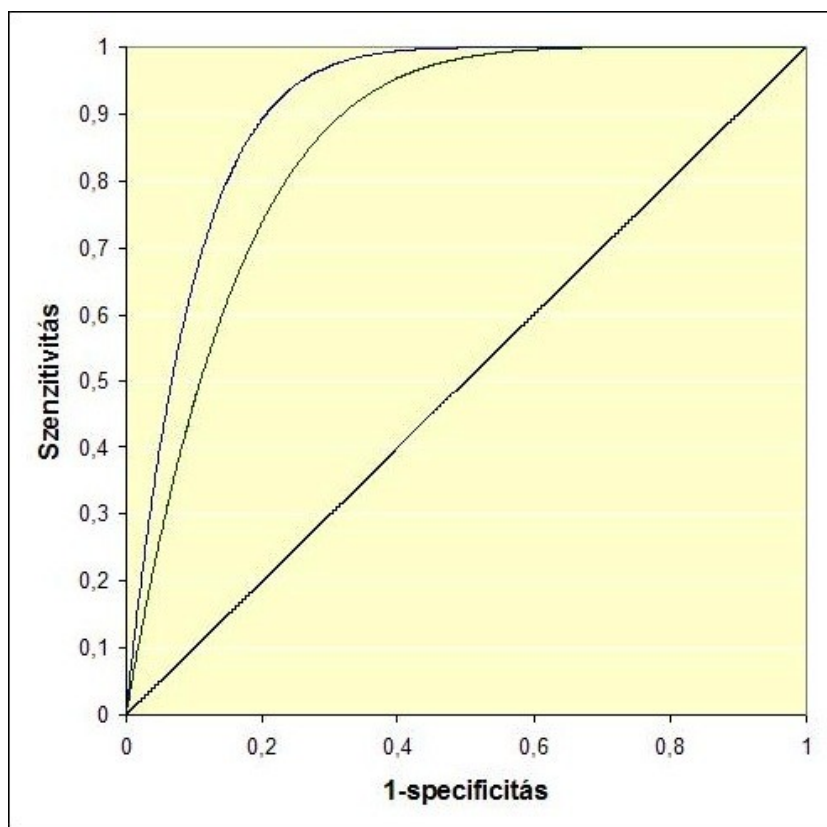
2. táblázat. A helyes és téves diagnosztikai döntések összefoglalása a diagnosztikai teszt statisztikai tulajdonságainak értelmezésével (TP, FP, FN, TN a megfigyelt személyek számát jelenti az egyes kategóriákban)

A diagnosztikai eljárás (teszt) **szenzitivitása** az általa helyesen betegnek minősítettek arányát jelenti a teljes betegszámhoz viszonyítva, míg a **specifitása** az általa helyesen egészségesnek minősítetteknek a valóban egészségesekhez viszonyított aránya. A magas szenzitivitás azt jelenti tehát, hogy a teszt a betegek között jól működik, vagyis közöttük nagy valószínűséggel pozitív diagnózist ad. A magas specifitás pedig azt mutatja, hogy a teszt az egészségesek között is jól működik, tehát közöttük nagy valószínűséggel negatív diagnózist ad.

A teszt **pozitív prediktív értéke** a helyesen betegnek diagnosztizáltak aránya az összes betegnek diagnosztizálthoz viszonyítva, míg a **negatív prediktív értéke** a helyesen egészségesnek diagnosztizáltaknak az összes egészségesnek diagnosztizálthoz viszonyított aránya. E két arányt is felfoghatjuk két elméleti valószínűség becslésként. A pozitív prediktív érték azt mutatja, hogy mennyi annak a valószínűsége, hogy a páciens valóban beteg, ha a teszt pozitív diagnózist adott róla, míg a negatív prediktív érték annak valószínűségét mutatja, hogy valóban egészséges az, akiről a teszt negatív diagnózist adott.

Különböző vágópontok esetén az előzőekben definiált értékek természetesen eltérőek lesznek. Szó-
kás egy koordináta-rendszerben a különböző vágópontokhoz tartozó szenzitivitás értékeket az 1-
specificitás függvényében ábrázolni. Vagyis itt tulajdonképpen az álpozitívok valószínűségének
függvényében a helyesen pozitívnak diagnosztizáltak valószínűségét adjuk meg.

Ilyen módon kellően sok vágópontot felhasználva egyre pontosabban kaphatjuk meg a diagnosztikai
eljárás ún. **ROC-görbáját** (receiver operating characteristics). A 3. ábra két ilyen ROC-görbét
mutat. Vágópontként azt érdemes egy teszthez választani, amelyiknek megfelelő pont a ROC-gör-
bén a legközelebb esik az ideális (0;1) koordinátájú ponthoz. Két különböző teszt körül pedig az a
hatékonyabb, amelynek a ROC-görbéje „följebb halad”, vagyis amelyik alatti terület nagyobb.



3. ábra. Két diagnosztikai teszt ROC-görbéje a teljesen alkalmatlan diagnosztikai teszt lineáris ROC-„görbéjével”

A kockázatok számszerűsítése

Egy adott populációban a **betegség kockázatát** annak valószínűségéként értelmezzük, hogy egy vé-
letlenszerűen kiválasztott egyed beteg, a **betegség esélyét** („odds”-át) pedig a betegség és a „nem
betegség” valószínűségének arányaként. E fogalmakból kiindulva a **relatív kockázat** és az **esély-
hányados** konkrét számolási módját mutatjuk meg be.

Tételezzük fel, hogy egy rizikófaktor megléte, illetve hiánya esetén is vizsgáljuk valamely betegség
előfordulását. A rizikócsoportban legyen A a betegek és B az egészségesek száma, a kontroll-
csoportban pedig legyen C, illetve D e két szám. Az adatok itt is egy 2x2-es táblázatban (ún.
keresztábrázatban vagy **kontingenciátáblázatban**) foglalhatók össze (3. táblázat).

	Beteg	Egészséges	Összesen
Rizikófaktor van	A	B	A + B
Rizikófaktor nincs	C	D	C + D
Összesen	A + C	B + D	

3. táblázat. Betegek és egészségesek száma a rizikófaktorral rendelkező, illetve attól mentes csoportban (A, B, C, D jelenti a megfigyelt személyek számát az egyes kategóriákban)

A rizikócsoportban a betegség kockázatát $A/(A+B)$ -vel becsülhetjük, a kontrollcsoportban pedig $C/(C+D)$ -vel. A relatív kockázat e két érték hányadosa:

$$RR = \frac{A/(A+B)}{C/(C+D)}$$

A betegség esélyét a rizikócsoportban $A/(A+B)$ és $B/(A+B)$ hányadosaként definiáljuk, ami egyszerűsítve A/B -t ad eredményül. Hasonlóképpen C/D adja a kontrollcsoportban a betegség esélyét, így a betegség esélyhányadosa e két csoport viszonylatában:

$$OR = \frac{A/B}{C/D} = \frac{A \cdot D}{B \cdot C}$$

Az esélyhányados azért fontos fogalom, mert olyan kísérletekben is becsülhető, amelyekben a relatív kockázat nem (pl. eset-kontroll vizsgálatban). Ha tudjuk, hogy a kockázatok mindkét csoportban kicsik, akkor az esélyhányados a relatív kockázat közelítő becsléseként is használható.

Irodalomjegyzék

1. Fidy J., Makara G. (szerk.) (2008) Biostatistika. InforMed 2002 Kft., Budapest.
<http://www.tankonyvtar.hu/statisztika/biostatistika-080904-92> (2012.01.08.)
2. Prohászka Z., Füst Gy., Dinya E. (2009) Biostatistika a klinikumban. Alapfogalmak és módszerek használata feladatok megoldására. Semmelweis Kiadó, Budapest.
3. Reiczigel J. (2005) Válogatott fejezetek a biostatistikából. SZIE ÁOTK, Budapest.
<http://www.univet.hu/users/jreiczig/valfej/val-fej-jegyzet-2005-02-05.pdf> (2012.01.08.)
4. Reiczigel J., Harnos A., Solymosi N. (2010) Biostatistika nem statisztikusoknak (Javított utánnomás). Pars Kft., Budapest.
5. Vargha A. (2007) Matematikai statisztika pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal (2. kiadás). Pólya Kiadó, Budapest.

Tesztkérdések

1. Melyik paraméter oszt két egyenlő valószínűségű részre egy eloszlást?
 - a) várható érték
 - b) medián
 - c) módusz
 - d) variancia
2. Ha egy hipotézisvizsgálat során az a nullhipotézis, hogy két csoport között nincs különbség, és a statisztikai próba eredményeként $p=0,02$ -ot kaptunk, akkor ...
 - a) 0,01-os szinten szignifikánsnak tekintjük az eredményt, és a nullhipotézist megtartjuk.
 - b) 0,01-os szinten nem tekintjük szignifikánsnak az eredményt, és a nullhipotézist elvetjük.
 - c) 0,05-os szinten nem tekintjük szignifikánsnak az eredményt, és a nullhipotézist megtartjuk.
 - d) 0,05-os szinten szignifikánsnak tekintjük az eredményt, és a nullhipotézist elvetjük.
3. Ha egy statisztikai próba során a valóságban igaz nullhipotézist elvetjük, akkor ...
 - a) elsőfajú hibát követünk el.
 - b) másodfajú hibát követünk el.
 - c) harmadfajú hibát követünk el.
 - d) helyesen döntünk.
4. Hogyan számolható ki egy diagnosztikai teszt specificitása?
 - a) A helyesen betegnek minősítettek arányaként a teljes betegszámhoz viszonyítva.
 - b) A helyesen egészségesnek minősítettek arányaként a valóban egészségesekhez viszonyítva.
 - c) A helyesen betegnek diagnosztizáltak arányaként az összes betegnek diagnosztizálthoz viszonyítva.
 - d) A helyesen egészségesnek diagnosztizáltak arányaként az összes egészségesnek diagnosztizálthoz viszonyítva.
5. A relatív kockázat...
 - a) mindig 1-nél nagyobb szám.
 - b) lehet 1-nél kisebb szám.
 - c) nem lehet 1-nél nagyobb szám.
 - d) soha nem lehet 1.

A TESZTKÉRDÉSEK MEGOLDÁSAI

1. A szoptatás szociokulturális vonatkozásai

1. C	8. D	15. D
2. A	9. A	16. A
3. B	10. C	17. C
4. B	11. B	18. B
5. C	12. A	19. B
6. D	13. A	20. C
7. D	14. C	

2. A bababarát kórház kezdeményezés (BBKK) kiterjesztése az intenzív újszülött-osztályra (NeoBBKK)

1. G	3. E	5. D
2. D	4. D	

3. Az emlő anatómiája – újabb ismeretek a laktáló emlő ultrahangos vizsgálatai alapján

1. D	5. C	9. B
2. C	6. D	10. C
3. B	7. C	
4. A	8. D	

4. A tejszintézis molekuláris biológiája

1. A	5. C	9. B
2. C	6. A	10. C
3. C	7. D	
4. D	8. C	

5. Igény szerinti szoptatás

1. D	8. C	15. C
2. D	9. D	16. A
3. C	10. C	17. C
4. B	11. C	18. D
5. C	12. B	19. C
6. B	13. D	20. B
7. C	14. D	

6. A centrális oxitocin és gyakorlati jelentősége

1. D	5. B	9. C
2. D	6. D	10. A
3. B	7. C	
4. C	8. D	

7. Kötődésemélet és szoptatás

1. C	5. A	9. D
2. B	6. C	10. B
3. D	7. B	
4. C	8. A	

8. Nem elég az anyatej?

1. D	8. A	15. D
2. A	9. B	16. C
3. C	10. A	17. A
4. D	11. C	18. D
5. C	12. D	19. C
6. A	13. B	20. B
7. C	14. B	

9. Masztitisz okai és kezelése szoptató anyáknál

1. C	3. D	5. C
2. B	4. A	

10. A koraszülöttek anyatejes táplálásának speciális szempontjai

1. C	8. C	15. A
2. B	9. F	16. E
3. C	10. D	17. D
4. D	11. D	18. E
5. D	12. G	19. C
6. F	13. F	20. D
7. F	14. D	21. C

11. Laktóz túlterhelés

1. E	3. C	5. B
2. E	4. E	

12. A rendszerszemléletű családkonzultáció és a segítő beszélgetés lehetőségei a gyermekszületés körüli időszakban

1. C	3. A	5. A
2. B	4. D	

13. Szoptatástámogatás és mentálhigiéné

1. B	3. C	5. D
2. D	4. B	

14. A laktációs tanácsadás sajátosságai

1. C	5. C	9. C
2. B	6. D	10. B
3. C	7. D	
4. D	8. B	

15. A laktációs szaktanácsadó működését meghatározó etikai szempontok és a gyakorlatban való alkalmazásuk

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. A | 6. C | 11. A |
| 2. A | 7. C | 12. B |
| 3. C | 8. B | 13. C |
| 4. C | 9. A | 14. B |
| 5. B | 10. B | 15. C |

16. Primer prevenció programszervezés a szoptatás támogatásáért – Várandós felkészítés, anyacsoport szervezése

- | | | |
|------|-------|-------|
| 1. D | 8. A | 15. A |
| 2. E | 9. D | 16. B |
| 3. C | 10. C | 17. B |
| 4. A | 11. A | 18. D |
| 5. C | 12. B | 19. D |
| 6. C | 13. D | 20. C |
| 7. D | 14. D | |

17. Biostatisztikai és kutatáselméleti alapfogalmak

- | | | |
|------|------|------|
| 1. B | 3. A | 5. B |
| 2. D | 4. B | |