A szoptatás időtartamát befolyásoló tényezők, különös tekintettel az anya szoptatási attitűdjére

Doktori értekezés

W. Ungváry Renáta

Semmelweis Egyetem
Mentális egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető: Dr. Török Szabolcs János egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Kisdi Barbara Ph.D., egyetemi docens
Dr. Fogarasi-Grenczer Andrea Ph.D., főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Purebl György egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Feith Helga, Ph.D. főiskolai docens,
Dr. Rosta Gergely, Ph.D. egyetemi docens

Budapest
2022

Tartalom

Rövidítések 4
I. BEVEZETÉS 5
I.1. Előszó 5
I.2. Szocio-ökológiai egészségmodell 7
I.3. A szoptatás javasolt időtartama 11
I.4. A szoptatás időtartama világszerte, nemzetközi adatok, kezdeményezések 13
I.5. A szoptatás időtartama Magyarországon 17
I.6. A szoptatás időtartamát befolyásoló tényezők 19
I.7. A szoptatás védelme, támogatása és népszerűsítése 30
I.7.1. Az interdiszciplinaritás szükségessége a szoptatástámogatásban 31
I.7.2. Kezdeményezések az Európai Unióban és világszerte 32
I.7.3. Az egészségmagatartás befolyásolására kidolgozott modellek és a szoptatástámogatás 33
I.8. A szoptatás, mint társadalmi elvárás a feminista diskurzusban 36
I.9. Etnikum és szoptatás 41
I.9.1. A modernizáció hatása 43
I.10. Személyes tényezők a szoptatás időtartamának hátterében 46
I.10.1. Alvási szokások: anya-csecsemő biológiai egysége 46
I.10.2. A társas támogatás jelentősége a szoptatás támogatásában és időtartamában 51
I.10.3. Cumihasználat és a szoptatás rövidebb időtartama 54
I.11. Énhatékonyság, tervezett viselkedés és attitűd 60
I.12. A magyarországi szoptatási attitűdkutatás háttere 64
I.12.1. Az IIFAS, mint eredeti mérőeszköz bemutatása 66
I.12.2. Az IIFAS használata más kultúrákban 68
I.12.3. Az IIFAS rövidített változatai 72
I.12.4. Az IIFAS faktorstruktúrája 76
I.13. Saját kutatásaim háttere: Az IIFAS pszichometriai vizsgálata, javaslattétel rövidített verzióra (első kutatás), majd az IIFAS-H8 validálása nagymintás kutatásban 77
II. CÉLKITŰZÉS 80
II. 1. Első kutatás: A csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd mérésére alkalmas skála, az Iowa Infant Feeding Attitude Scale magyarországi adaptációja, pszichometriai vizsgálata és rövidített változatának kidolgozása (173) 80
II.2. Második kutatás: Szoptatási magatartás és attitűd kapcsolata a 21. századi Babaszoba nagymintás kutatásában 80
III. MÓDSZEREK 82

III.1. Az első kutatás módszerei 82
III.1.1. Mérőeszközök, tartalom validitás 83
III.1.2 A résztvevők jellemzői 84
III.2. A második kutatás módszerei 86
III.2.1. Adattisztítás a szoptatással kapcsolatos tételeknél 87
III.2.2. A 21BSZ minta szociodemográfiai összetétele 93
IV. EREDMÉNYEK 94
IV.1. Az első kutatás eredményei 94
IV.2. A második kutatás eredményei 99
IV.2.1. Az IIFAS-H8 attitűdskála eredményei 99
IV.2.2. Milyen szoptatási problémái voltak, mennyire szeret szoptatni? 101
IV.2.3. Az IIFAS-H8 skálán elért pontszám korrelációja más változókkal 104
V. MEGBESZÉLÉS 111
V.1. Az első kutatás eredményeinek megbeszélése 111
V.2. A második kutatás eredményeinek megbeszélése 115
VI. KÖVETKEZTETÉSEK 118
VII. ÖSSZEFOGLALÁS 124
VIII. IRODALOMJEGYZÉK 126
IX. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE 146
Köszönetnyilvánítás 148

Rövidítések

21BSZ: 21. századi Babaszoba kutatás

BAPT: Breastfeeding Attrition Prediction Tool

BBKK: Bababarát Kórház Kezdeményezés

BFHI: Babyfriendly Hostpital Initiative

BSES: Breastfeeding Selfefficacy Scale, szoptatási énhatékonyság skála

BSES-sf (breastfeeding self-efficacy scale–short form

CPA: corporate political activity

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

FB: FaceBook

IIFAS: Iowa Infant Feeding Attitude Scale

IM: Integerált modell (Fishbein 2009.)

IYCF: Infant and Young Child Feeding

LAM: Lactational Amenorhoea Method

PIBBS: Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale

PMA: postmenstrual age

REE: resting energy expenditure, azaz nyugalmi energiafelhasználás

SES: socioeconomic status

TRA: Theory of Reasoned Action, Indokolt cselekvés elmélete

TPB: Theory of Planned Behavior, Tervezett viselkedés elmélete

WABA: World Alliance of Breastfeeding Action

WBTi: World Breastfeeding Trends Initiative

WBTI: World Breastfeeding Trends Initiative

WEIRD: Western, educated, industrial, rich, and democratic

WHA: World Health Assamembly

WHO: World Health Organisation

I. BEVEZETÉS

I.1. Előszó

Huszonöt éve a szoptatástámogatás területén dolgozó szakemberként, önkéntes segítőként és anyaként egyaránt lenyűgöző, megunhatatlanul érdekes, összetett jelenség számomra a szoptatás, és az is, ahogyan a szoptatásról vélekedünk, ahogyan beszélünk róla. Ezerféle megközelítési szempont lehetséges, újabb és újabb összefüggésekre bukkanhatunk, kérdésfeltevésem mégis alapvetően gyakorlati indíttatású. Arra keresem a választ, hogy milyen módon segíthetjük hozzá az anyákat egy gondtalanabb, pozitívan megélt és a jelenleg jellemzőnél hosszabb szoptatásélményhez. Az értekezés egy része ennek érdekében a szoptatás időtartamát befolyásoló tényezőkről nyújt összefoglalást. Egyik célom, hogy háttérinformációkat biztosítsak szoptatáspolitikai döntések meghozatalához a nemzetközi tapasztalatok összegzése és rendszerezése révén. Igyekszem megválaszolni azt a fontos kérdést, hogy melyek azok az eszközök, amelyekkel leghatékonyabban javíthatunk a szoptatási arányokon. Az értekezés további részében a kutatásaimat mutatom be, melyek a szoptatást befolyásoló személyes tényezők közül az anyai attitűd mérési lehetőségével foglalkoznak az Iowa Infant Feeding Attitude Scale segítségével.

Évtizedeken keresztül a *szoptatás előnyeinek* mérése, hangsúlyozása uralta és uralja még most is a humán laktációval kapcsolatos tudományos diskurzust. Ennek kitűnő példája az a nagyon hasznos, rengeteget idézett metaanalízis, melyet Victora és munkatársai jegyeznek a Lancet-ben, (1) és amely széleskörűen összefoglalja mindazokat az ismereteket, eredményeket, amelyek meggyőzően alátámasztják a szoptatás rövid- és hosszú távú egészségügyi előnyeit. Mivel a szoptatás-anyatejes táplálás hatékonysága dózisfüggő, a szoptatás időtartamának mérése és egységes definíciók használata kulcsfontosságú ahhoz, hogy egy adott időszakban egy adott populáció esetében következtetéseket vonhassunk le azokról a biológiai és egyéb előnyökről, amelyeket a szoptatás, illetve ennek hiányában az anyatejes táplálás nyújt, valamint azokról a hátrányokról, amelyek a szuboptimális szoptatási arányokból következnek. Jogos elvárás, hogy az egészségügyi ajánlások evidenciákon nyugodjanak, a szoptatással kapcsolatos kutatásokat azonban erősen megnehezíti, hogy kettősvak kísérleteket nem lehet végezni

ezen a területen. További nehézséget jelent a szoptatás komplexitása, életmód jellege miatt a torzító, zavaró tényezők hatásának elkülönítése a szoptatás hatásaitól.

Mai szemmel megdöbbentőnek tűnik a csecsemőtáplálással kapcsolatos evidenciákat a Pediatrics-ban 1984-ben értékelő Kovar és munkatársai többször is megismételt álláspontja, amely úgy foglalható össze, hogy amennyiben vannak is előnyei a szoptatásnak, azoknak megfelelő táplálkozás, jó egészségügyi ellátás és jó higiénés viszonyok mellett csupán mérsékelt a jelentősége. (2)

A 21. században egyre inkább előtérbe került a szoptatás *biológiai norma* voltának hangsúlyozása. Ennek a nézőpontnak talán első említője D. Wiessinger (3). Megközelítésnek lényege az, hogy nem előnyök-hátrányok mérlegelése és felmérése mentén kell beszélnünk a szoptatásról, hanem sokkal inkább azt kell vizsgálnunk, hogy a biológiai normalitás hogyan ágyazódik bele egy korábban nem tapasztalt sebességgel változó társadalmi kontextusba, amelyet erősen meghatároz a globalizáció, milyen ráfordítással jár az egyén és a közösség szintjén, milyen egészségügyi és gazdasági hatást gyakorol a társadalom egészére. Negyed évszázaddal később Wiessinger úgy látja, hogy két területre szükséges összpontosítani az erőfeszítéseket a szoptatástámogatásban. Egyfelől az anyák gyakorlati támogatására abban, ahogyan és ameddig szoptatni szeretnének, másfelől a kutatásban kell érvényre juttatni azokat az elveket, amelyek megbízható, a valóságot tükröző eredményekhez vezetnek. (4) Akár az egyén, akár a társadalom, akár az egészségügyi ellátórendszeren keretein belül keresünk biztos kapaszkodókat egy ilyen komplex jelenség jelenkori vagy múltbeli helyzetének megértéséhez, a szoptatás prevalenciája az egyik, a szoptatás időtartama a másik fontos mérőszám, amelyek segítségünkre lehetnek. Ugyanakkor sem a keresztmetszeti kutatásokban gyakorta vizsgált pontprevalencia, sem a periódus prevalencia önmagában nem ad elégséges információt arról, hogy a szoptatás mennyi ideig tartott, illetve milyen mértékű anyatejfogyasztást takart.

A szoptatás a mai, korszerű felfogásban nem csupán egy lehetséges táplálási mód, hanem inkább egy összetett diádikus jellemzőkkel bíró *életforma*, amelynek a táplálás csak az egyik aspektusa. Az anya a táplálék mellett immunológiai védelmet, megnyugvást, biztonságérzetet, fájdalomcsillapítást is ad gyermekének, amikor szoptatja. Ahhoz, hogy a szoptatás megfelelően működhessen, az anya és a csecsemő között hatékony kommunikációnak kell létrejönnie: az anya értelmezi a csecsemő jelzéseit, majd reagál

ezekre, és a csecsemő ismételt visszajelzése alapján dől el, hogy a reakció helyes volt-e, illetve maga a csecsemő is értelmezi az édesanya jelzéseit. (5) Az általam a mindennapi szoptatási tanácsadási gyakorlatban és a laktációs ismeretek oktatása során is követett kommunikáció központú megközelítés a szoptatásban több szintéren megvalósuló kommunikációt lát:

- párbeszéd az éhségről, jóllakottságról, a szoptatás táplálási aspektusairól (6)
- a szoptatás nonnutritív szakaszai az érintések szintjén megvalósuló kommunikáció részei
- olfaktorikus kommunikáció (például amikor a csecsemő illata elindítja a tejleadó reflexet, vagy amikor a csecsemő az anya illatára reagálva jelzi szopási igényét) (7)
- immunológiai kommunikáció: az anya által érzékelt mikrobiális kihívásokra adott immunválasz eredménye az anyatejben is megjelenik, a csecsemőből az anyába jutó mikrobák befolyásolják az anyai ellenanyag termelést (8, 9)
- hormonális (feromonális? (10)) kommunikáció, amelynek előfeltétele a szoros fizikai kontaktus anya és csecsemő között, amely változást eredményez mindkettejük hormonális státuszában, főként az oxitocin és prolaktin hormon vonatkozásában. (11-13) A hormonális kommunikáció apa-csecsemő viszonylatban is kimutatható szoros fizikai kontaktus, például együttalvás esetén. (14)

A szoptatás jelenlegi ismereteink szerint olyan komplex, sokrétű előnyt biztosít az anyának, a csecsemőnek és a társadalomnak, hogy a szoptatás prevalenciájának és időtartamának növelése napjaink fontos népegészségügyi kihívássá vált. Hogyan érhető el az cél? Hogyan tudunk egyre több anya-csecsemő diádot hozzásegíteni a szoptatási céljaik megvalósításához? Hogyan érhetjük el, hogy az egyénileg megfogalmazott célokban a szoptatás megvalósítása előkelő helyen álljon? Ahhoz, hogy ezekre a kérdésekre választ adhassunk, fel kell ismernünk és meg kell értenünk mindazokat a mechanizmusokat, amelyek a végül megvalósuló szoptatási időtartamokat befolyásolják.

I.2. Szocio-ökológiai egészségmodell

A laktációs kutatások során a huszadik század kilencvenes éveitől vált egyre határozottabb igénnyé az elméleti megalapozottság. A kezdetben felhasznált elméletek,

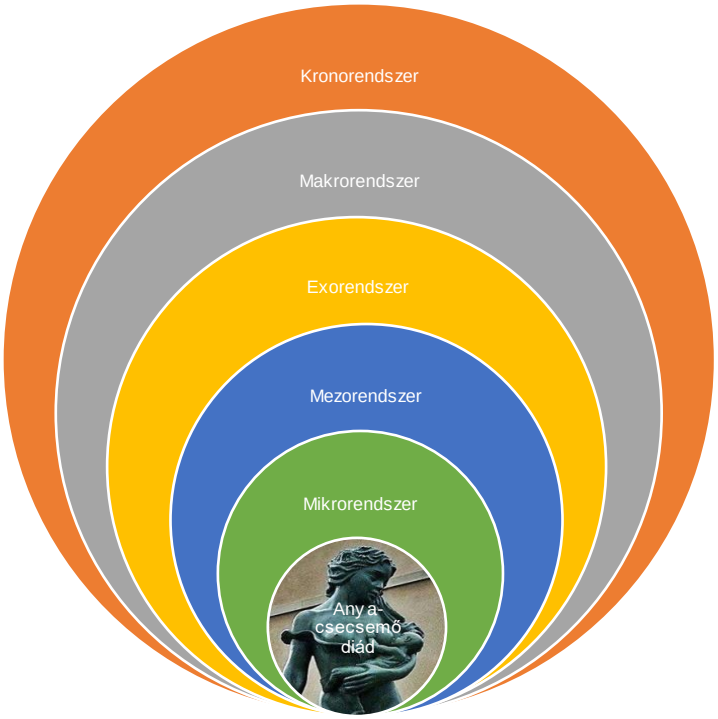
például az anyai szerep elsajáítítás elmélete, a szülő-gyerek kölcsönhatás modell, a kötődéselmélet, az öngondoskodás elmélete, az énhatékonyság elmélete[1] és a tervezett viselkedés elmélete jellemzően az anya-csecsemő diádra és közvetlen környezetükre összpontosítanak. (8) A kilencvenes évek második felében vált egyre meghatározóbbá az a törekvés, hogy tágabb, szociokulturális, társadalmi kontexusban értelmezzék a szoptatás során tapasztalt jelenségeket és tendenciákat. Erre legalkalmasabbnak Uri Bronfenbrenner szocio-ökológiai modellje bizonyult, melynek alapstruktúráját több kutató is elméleti keretrendszeréül választotta. Stolzer arra tett kísérletet, hogy a szoptatással kapcsolatos jelenségeket az eredeti modell keretei között értelmezze. (15) Bronfenbrenner szerint minden fejlődési folyamat egymással interakcióban levő cirkuláris rendszerekbe ágyazódik, melyeknek egyfajta keretet az idő dimenziója ad, ez a kronoszisztéma. Az elméletet legtöbbször koncentrikus körök formájában szokták ábrázolni. Amikor a szoptatást befolyásoló tényezők elméleti modelljét vázoljuk fel ennek alapján, akkor az anya-csecsemő diád a legbelső körben helyezkedik el. Bronfenbrenner szerint az anyai szerephez kapcsolódó elvárásokat és hatásokat külső, a családtól független erők határozzák meg, amelyeket az anya nem tud kontrollálni. Az ember esetében azonban ennek ellenére jelentős tényező marad a saját döntésen alapuló választás és viselkedés.

1. táblázat: A Bronfenbrenner modell alkalmazása a szoptatást befolyásoló tényezőkre Stolzer összefoglalója alapján (15)

A Bronfenbrenner modell szintjei	Milyen szoptatással kapcsolatos tényezők tartoznak ide?
Anya-csecsemő diád	az anya adottságai, a csecsemő adottságai, a kettejük közti kommunikáció
Mikrorendszer	A táplálás módjáról ezen a szinten születik döntés, de a többi szint is befolyást gyakorol. Ide tartozik a család, közeli rokonok, barátok, direkt interakciók jellemzőek

[1] Az idézett magyar nyelvű referenciaműben az *önhatékonyság* kifejezés szerepel, az értekezésben azonban, tekintettel arra, hogy a magyar pszichológiai szaknyelvben inkább az *énhatékonyság* kifejezés használata terjedt el, ez utóbbit használom.

Mezorendszer	A mikrorendszerek rendszere. Befolyásolja a gyermeknevelési módozatokat. Ide tartozik az iskola, a munkahely.
Exorendszer	Az egészségügyi ellátórendszer, amely közvetlen hatást gyakorol a szoptatás bizonyos alapfeltételeinek megvalósulására. Szülészetek, védőnői hálózat, gyermekorvosi ellátás, laktációs szaktanácsadók Kormányzati döntések a családtámogatásokról, gyermeknevelési szabadság hossza, díjazása
Makrorendszer	A mikro-, mezo- és exorendszert átszövő ideológiák, hiedelmek, források, életpályamodellek összessége. A társadalmilag konstruált diktátumok határozzák meg, hogy a szoptatást bátorítjuk vagy korlátozzuk.



1. ábra: Bronfenbrenner szocio-ökológiai modellje a szoptatásra alkalmazva. Stolzer 2005-ben alkalmazta első ízben a Bronfenbrenner modellt a szoptatáshoz kapcsolódó jelenségek bemutatására, modellezésére. (15) Az anya-csecsemő diádot hagymahéjszerűen veszik körül a társadalom különböző színtereiről érkező hatások. A legközvetlenebb hatást a mikrorendszer gyakorolja az anya csecsemőtáplálással kapcsolatos döntéseire. A mikrorendszerbe tartoznak azok a színterek, ahol a családok élnek, dolgoznak, tanulnak – és amely színterek ugyancsak jelentős befolyást

gyakorolnak a szoptatás kivitelezhetőségére. Az exorendszer részét képező egészségügyi ellátórendszer leginkább a várandósság során, a szülés idején és a hozzátáplálás megkezdésekor képes jelentősebb hatást gyakorolni a szoptatással kapcsolatos döntésekre. A makrorendszer társadalmilag konstruált elvárásai, hiedelmei, tradíciói valamennyi szintet átszövik, hatásuk rendkívül összetett.

A Bronfenbrenner modell tehát abban segít, hogy rendszerezzük és megértsük azokat a hatásokat, amelyeknek a szoptató vagy a szoptatást nem választó anya ki van téve. A szocio-ökológiai modellt jól kiegészíti a biopszichoszociális modell, helyesebben az az elgondolás, hogy a társas és kulturális hatások mellett a biológiai hatásoknak is jelentős szerepük van az egészségmagatartások alakulásában. Különösen fontos ezt hangsúlyozni a szoptatás esetében, amely nem klasszikus értelemben vett egészségmagatartás, hanem egyben a női reproduktív ciklusnak is része. Hasonló megközelítést a menopauza kísérőjelenségeinek értelmezése kapcsán is alkalmaztak: ez a nézőpont magyarázatot ad arra, hogy miért annyira eltérőek a különböző kultúrákban élő nők menopauzális tünetei, hogy járul hozzá a medikalizált szemlélet a kellemetlen tünetek gyakoribbá válásához. (16) További ésszerű és gyakorlati haszonnal is bíró kiegészítés az evolúciós szemlélet integrálása a modellbe, hiszen messzemenően igaz a szoptatásra, hogy az emberi faj evolúciós adaptációs környezete igen jelentős mértékben eltér jelenlegi környezetünktől. Ez különösen az alvás-szoptatás összefüggései kapcsán alaposan dokumentált, ahogyan arról az értekezés 46 . oldalán írok részletesebben.

Bár a szoptatás nem tekinthető egyértelműen egészségmagatartásnak, az egészségmagatartások magyarázatára, megváltoztatására kidolgozott modellek mégis hatékonynak bizonyulnak a szoptatási arányok befolyásolásában is. Ennek fő oka, hogy a szoptatás az utóbbi 120 évben egyre inkább az egészségügy hatókörébe került, tehát ez az a színtér, ahol a családok segítséget kaphatnak a szoptatás megvalósításában. A másik ok pedig az, hogy az egészségügyi rendszerben igénybe vett ellátásokat jelentősen befolyásolja a nem szoptatás, nem optimális ideig tartó szoptatás morbiditások gyakoriságára és súlyosságára gyakorolt hatása – ezért egyúttal népegészségügyi prioritás is a szoptatástámogatás. A szoptatás egészségmagatartásként való értelmezését felfoghatjuk egyfajta kézenfekvő kompromisszumnak, amely hangsúlyozza az egyén (az anya) felelősségét a szoptatás kivitelezésében annak egészségügyi előnyei miatt.

Ugyanakkor tudatában kell lennünk, hogy ezen az elérési útvonalon nem fogjuk tudni a jelenség valamennyi lényegi összetevőjét befolyásolni.

I.3. A szoptatás javasolt időtartama

Ha kiindulópontként csak az elmúlt ötven év magyarországi ajánlásait vesszük számba, nagyjából azokkal kezdhetünk, amelyekkel a mai nagyszülők generációja találkozhatott. Ezeknek az ajánlásoknak jellemzője, hogy tudományos indoklás kevésbé kapcsolódik hozzá, inkább önkényesnek tűnik egy-egy koraszakhatár megállapítása. Dobszay és Sárkány Csecsemőtáplálás című könyvében (17) a szerzők azt javasolják, hogy a kizárólagos szoptatás tartson 2-2,5, ha lehet 3 hónapig, a teljes elválasztás pedig fejeződjék be 6-7 hónapos korra. A jelenleg érvényes magyarországi csecsemőtáplálási szakmai protokoll (18) kizárólagos, igény szerinti szoptatást javasol az élet első öt-hat hónapjában, majd a szilárd ételek bevezetése mellett a szoptatás folytatását egyéves korig, vagy azon túl. Az American Academy of Pediatrics (19) hat hónapban jelöli meg a kizárólagos szoptatás ideális időtartamát, és a szoptatás folytatását javasolja egyéves korig vagy azon túl, az anya és a gyermek kívánsága szerint. Az ESPGHAN óvatosabban fogalmaz a kritikus hat hónapot illetően: négy hónapos kor előtt semmiképp se kezdődjék a szilárd ételek bevezetése, de későbbre se tolódjék, mint a betöltött hat hónapos kor. (20) Kiindulópontként a WHO bizonyítékokkal alátámasztott ajánlása szolgálhatott volna, amely kizárólagos szoptatást ajánl az élet első hat hónapjában, majd a szoptatás folytatását kétéves korig vagy azon túl. (21) A WHO ajánlás hangsúlyozza az válaszkész táplálás (responsive feeding) jelentőségét, ami fontos lépés a preskriptív, mennyiségi szemléletmód leküzdésére, és a kommunikációközpontú megközelítés terjesztésére. Az ajánlás emellett alapvetően népegészségügyi szempontokra épül, és egyik deklarált célja a szoptatás immunológiai hatásának minél alaposabb kiaknázása, és ezen keresztül a morbiditások csökkentése.

Kramer és Kakuma csaknem tíz évvel a WHO ajánlás deklarációja után ismét áttekintette a rendelkezésre álló bizonyítékokat, és megerősítette ezt az ajánlást. (22) Érdekes módon azonban a legtöbb, általam ismert nemzeti ajánlás vagy szakmai szervezeti ajánlás itt-ott megnyirbálja a WHO ajánlást, ám ehhez nem fűz indoklást. A legtöbb vita a pépes ételek/szilárd ételek bevezetésének ideális időpontjához kapcsolódik. Az utóbbi 30 évben többször is változott az álláspont arra vonatkozóan, hogy milyen ételféleséggel és mikor

kezdjenek ismerkedni a csecsemők, a WHO azonban erre vonatkozóan sosem tett ajánlást, csupán helyben termett, magas tápértékű ételeket javasoltak a szoptatás kiegészítéseként, a szoptatás változatlan gyakoriságú fenntartása mellett. Ez azt jelenti, hogy a hozzátáplálást nem a szoptatás helyettesítésére, hanem kiegészítésére vezetjük be, ügyelve arra, hogy az ezt követő elválasztódási folyamatban, amelyet alapvetően a gyermek szükségletei irányítanak, továbbra is érvényesülhessenek a szoptatás biológiai és pszichés előnyei az anya és csecsemő számára. Az ajánlás fontos céljai közé tartozik tehát, hogy megelőzze a szoptatás túlságosan korai abbamaradását, (23, 24) ami többek között a szilárd ételek túl korai és a szoptatás rovására történő bevezetésével függ össze. Svédországban, ahol tizenöt-húsz évvel ezelőtt még Európa leghaladóbb, leghatékonyabb szoptatáspolitikáját láthattuk megvalósulni, a pépes ételek bevezetésének elkezdését már négy hónapos kortól javasolja a Swedish National Food Agency. (25, 26) Ez a tény egyben arra is felhívja a figyelmet, hogy a hozzátáplálás elkezdésének időpontját az ajánlásoknál jelentősebben befolyásolhatják a kulturális hagyományok, a családi minták, a körülményekben bekövetkező változások. A szoptatási statisztikákat böngészve feltűnő, hogy a fejlett szoptatási kultúrával rendelkező országokban, ahol a szoptatás teljes időtartama magas, a kizárólagos szoptatás időszaka jellemzően rövidebb, tehát a hozzátáplálás megkezdése nem szoptatást helyettesítő, hanem kiegészítő funkcióban van jelen – szemben a magas jövedelmű országokban elterjedt gyakorlattal.

Humán antropológiai és evolúcióbiológiai megközelítésből tehát inkább az a tendencia bontakozik ki, hogy a szoptatás-kizárólagos szoptatás időtartama több körülmény együttes hatásának az eredménye, ezért problematikus lehet egy általános érvényű ajánlás megfogalmazása. (9, 27, 28) Egy viszonylag új és érdekes, relevánsnak tűnő felvetéseket tartalmazó hipotézis az előrágás (premastication, a magyar paraszti kultúrában csóketetés) szerepét vizsgálja az elválasztódási folyamatban. Az előrágás, amely a kutatások szerint jelenleg is világszerte elterjedt gyakorlat (29, 30), biztosította a botmixermentes pépesítést és előemésztést, valamint azt, hogy a csecsemő egyes patogénekkel még a nagy mennyiségű anyatejfogyasztás időszakában ismerkedhessen, és szerezhessen immunitást. Ez a gyakorlat egyben különválasztotta a szoptatást a családi étkezésben való részvételtől, és így hosszabb távon biztosíthatta a szoptatás fennmaradását.

I.4. A szoptatás időtartama világszerte, nemzetközi adatok, kezdeményezések

Archeológiai leletek elemzésének köszönhetően azt is tudjuk, hogy az ősember meddig szoptathatott kizárólagosan, és meddig szilárd ételek adása mellett. A leletek fogzománc elemzése különféle módszerekkel következtetni enged arra, hogy meddig játszott jelentős szerepet a gyermek táplálásában a szoptatás. Az eredményekből az derül ki, hogy 7-12 hónapig tarthatott az az időszak, amikor csak anyatejet kapott a csecsemő, majd a szoptatás évekig folytatódott. (31-33) Évezredeken keresztül a szoptatás volt a csecsemő életben maradásának egyik legfontosabb feltétele. Amikor nem tudott a gyermek saját anyja szoptatni, szoptatós dajkával próbálták pótolni a hiányt, vagy állati tejeket és egyéb ételeket adtak a csecsemőknek. A csecsemőtápszer gyártás a 19. század közepén kezdődött, de csak a 20. században kezdett elterjedni. A terjedés olyan mértékű volt, hogy az euro-amerikai országokban az 50-es, 60-as években a szoptatás történelmi mélypontra jutott. Az Egyesült Államokban ekkor az egy hetes csecsemőknek csupán 25%-át szoptatták, és a teljes elválasztódás is többnyire az első félévben bekövetkezett. (34) A tápszermarketing és a tápszerek térhódításának köszönhetően egyre inkább kialakult az az állapot, hogy a társadalomból jóformán eltűnt vagy legalábbis láthatatlanná vált a szoptatás. A nyilvános szoptatás ellehetetlenülése és a cumisüveg használat általánossá válása alaposan átalakította az emberek fejében a normális csecsemőtáplálásról alkotott képet. (35)

Azt a kérdést, hogy végül is hány gyermeket és mennyi ideig szoptatnak napjainkban világszerte, az adatgyűjtések rendszertelensége, esetlegessége, az alkalmazott definíciók nem egységes volta miatt nem könnyű megválaszolni. WHO adatok alapján közhelyszerűen gyakran idézett adat a hat hónaposnál fiatalabb, kizárólag szoptatott csecsemők arányára a 37%. (1), az UNICEF frissített adatbázisában a 2015-2020 közötti időszakra vonatkozóan 44% szerepel. (36)

Azzal párhuzamosan, ahogy egyre inkább fókuszba került a szoptatás támogatásának szükségessége, egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy ehhez adatokra van szükség, hogy pontosan látni lehessen, milyen területekre koncentráljanak az intervenciók, és milyen módon hatnak a szoptatási arányok alakulására. Ha lassan is, de egyre több erőfeszítés történik ennek érdekében, és az is kikristályosodott, hogy egyáltalán milyen szempontok alapján érdemes a nagyon különböző kulturális, gazdasági, egészségügyi és népesedési paraméterekkel rendelkező népcsoportokat szoptatás szempontjából összehasonlítani.

A legjelentősebb kezdeményezés a 2004-ben alapított World Breastfeeding Trends Initiative (37), amelyhez először nyolc dél-ázsiai ország csatlakozott, 2022-ben már 98 ország adatai között böngészhetünk. Ezek közül azonban feltűnően hiányoznak az európai országok, köztük Magyarország is. A koordináló, titkári feladatokat ellátó szervezet a BPNI, azaz Breastfeeding Promotion Network of India, amely az IBFAN nemzetközi ernyőszervezet tagja. Indikátorrendszert dolgoztak ki a WHO ajánlások alapján, és egy nyilvánosan hozzáférhető adatbázis építenek a befutott adatok segítségével, amelyből bárki könnyen leválogathatja azokat az adatokat és országokat, amelyeket össze szeretne hasonlítani. Lehetőség van az országok ötévenként benyújtott újraértékelései alapján a trendek megállapítására is. Az adatgyűjtés a mindenkori kormányzat és ezen belül az egészségügyi kormányzat hatáskörébe tartozó tényezőket vizsgálja az egyes országokból beérkezett, adott indikátorrendszer alapján készülő jelentésekből. Összesen tizenöt indikátor alapján áll össze az ország pontszáma. Az első tíz indikátor a családpolitikai intézkedésekre, az egészségpolitikára és ezek finanszírozására vonatkozik:

1. Nemzeti csecsemőtáplálási politika, szabályozás, finanszírozás
2. Bababarát Kórház Kezdeményezés, a Tíz lépés megvalósulási foka
3. A WHO Kódex törvénybe iktatásának szintje
4. Anyavédelmi törvények
5. Szoptatást és hozzátáplálást támogató egészségügyi ellátás a WHO ajánlások szellemében
6. Tanácsadási szolgáltatások várandós és szoptató nőknek
7. Kereskedelmi érdekektől független, korrekt információkon alapuló tájékoztatás
8. Nemzeti politika a szoptatás és HIV fertőzéssel kapcsolatban
9. Nemzeti politika/cselekvési terv a szoptatás támogatvészhelyzetek, természeti katasztrófák esetére
10. Szoptatással kapcsolatos adatgyűjtés, az előrelépések monitorizálása

A szoptatási gyakorlat indikátoraiból tevődik össze a következő öt tétel:

1. A szoptatás megkezdése a szülés utáni egy órán belül
2. Kizárólagos szoptatás az élet első hat hónapjában
3. A szoptatás átlagos időtartama
4. A cumisüveges táplálás aránya

5. Hozzátáplálás, a pépes, félig pépes és darabos ételek bevezetése

Anélkül, hogy az indikátorok részletes elemzésében elmerülnék, utalni szeretnék arra, hogy valójában mindegyik indikátor fontos a szoptatás helyzetének korrekt megítéléséhez, de az országbeszámolók összeállításához szükséges adatok sok helyen hiányosak lehetnek. Például a magyar védőnői adatgyűjtés nem terjed ki a cumisüveghasználat felmérésre, sőt, a szoptatás teljes időtartamát sem mérjük, noha ez hasznos és kívánatos volna, és plusz munkát nem jelentene. Az adatszolgáltatáshoz természetesen nem csak szisztematikus adatgyűjtéseket lehet használni, hanem reprezentatív kohorsz vagy reprezentatív longitudinális kutatások eredményeit is. Európában nem állunk ezzel jól. Az Egyesült Királyságban például 2010-ben került sor utoljára az addig ötévenként megvalósított csecsemőtáplálási felmérésre, amely az anyáktól gyűjtött adatok alapján, a felmérésben önként részt vevő anyákkal készült. Akkor 83% volt a szoptatás elkezdésének aránya, hat hetesen pedig a csecsemők 57%-a volt még szoptatott. Jelenleg az egészségügyi ellátóhelyek szolgáltatnak szoptatási adatokat születéskor a szoptatás elkezdéséről, azután 6-8 hetes kor között a szoptatás prevalenciájáról. A legutóbbi rendelkezésre álló adat: 2016-17-ből 74,6% kezdi el a szoptatást, és 6-8 hetesen a szoptatás prevalenciája 47,6%. Az adatgyűjtés tehát egyáltalán nem a WHO által javasolt indikátorokkal történik, a kizárólagos szoptatás arányáról egyáltalán nincs adat, és az adatgyűjtés utolsó időpontja a 6-8 hetes kor, vagyis a szoptatás teljes időtartamáról sincs adat. (38) A többi európai országban annak ellenére hasonló a helyzet, hogy a 2003-as, majd a 2008-as Blueprint is leszögezte a szisztematikus, azonos indikátorokon alapuló adatgyűjtés szükségességét. (39, 40) Németországban még csak 2021 óta van országos szoptatási irányelv (41), de egyáltalán nincs központi, szisztematikus adatgyűjtés, így marad a longitudinális kutatásból levonható következtetés. A KIGGS longitudinális kohorsz eredményei alapján a szoptatás megkezdésének aránya Németországban 84%, a 2009-2010-ben született gyermekeknél az egyéven felüli szoptatás 15, a hat hónapos korig vagy tovább kizárólag szoptatás aránya 13%. (42)

Zakarija-Grkovic és munkatársai az európai adatokat elemezték és foglalták össze a WBTi legfrissebb publikációjában annak a 18 országnak az adatai alapján, amelyek már szolgáltattak országbeszámolót. Eszerint a legtöbbjük a fenti 15 indikátor teljesítései fokának megfelelően elérhető 150 (indikátoronként 10) pontból 48-47 pontot ért el.

Hatékony, adekvátnak nevezhető anyavédelmi törvények az országok háromnegyedében vannak, kétharmaduknál meghaladja az 50%-ot a szoptatás megkezdésének aránya. A szoptatás átlagos időtartama 8,7 hónap. Horvátországban javultak a szoptatási adatok, másol enyhe csökkenés, vagy stagnálás figyelhető meg. (43)

Gupta és munkacsoportja 2018-ban foglalták össze a WBTi első tíz évének eredményeit. A tapasztalatok azt mutatják, hogy globális jelenség a szoptatáspolitika hiánya vagy gyengesége, amely az alulfinanszírozottsággal és bizonyos indikátorok, például a WHO Kódex megvalósulása esetében, a szankciók hiányával függ összse. (44) Az adatok elemzéséből az látszik, hogy 29 ország esetében jelentős pozitív változások következtek be a szoptatáspolitika terén. Figyelemre méltó azonban, és a téma összetettségét jelzi, hogy ez a pozitív tendencia nem eredményezte a szoptatás időtartamának növekedését. Ez alól egyedül a szoptatás megkezdésének aránya kivétel, ami Gupta szerint a Bababarát Kórház Kezdeményezés eredményének tekinthető. A vizsgált időszakban például Vietnamban és Costa Ricában is kötelezővé tették a BFHI/BBKK kritériumrendszer megvalósítását a szülészetek számára. A kizárólagos szoptatás aránya nem változott jelentősen, 40% körül mozog, a cumisüveghasználat aránya azonban nőtt. Egyes országokban, például Dél-Koreában a javuló szoptatáspolitikai intézkedések ellenére is csökkent a kizárólagos szoptatás aránya. Brazíliában komoly és sikeres erőfeszítések történtek a szoptatási arányok javítására, ami nem csupán az itt felsorolt indikátorok mentén mérhető. Nagyon sok olyan kutatásra is sor került az elmúlt tíz évben, amely a szoptatástámogatás szempontjából kritikus tényezőkre irányult, és így konkrét iránymutatással szolgálhatott arról, hogy milyen pontokon lenne érdemes változtatni. (45-50)

Haroon és munkatársainak metaanalízise (51), amely az intervenciók szoptatásra gyakorolt hatásával foglalkozott, némiképp magyarázza az ellentmondásos eredményeket, Arra jutottak ugyanis, hogy a különböző intézkedések eltérő hatásfokúak a magas és az alacsony vagy közepes jövedelmű országokban. A szoptatással kapcsolatos edukáció és gyakorlati segítségnyújtás azonban egyértelműen növelte a kizárólagos szoptatás arányát. Edukáció tekintetében az egyéni és csoportos felkészítés kombinációja volt az, ami a legnagyobb mértékű változást eredményezte a kizárólagos szoptatás arányának növekedésében.

I.5. A szoptatás időtartama Magyarországon

Magyarországon kedvező a helyzet a szoptatási adatok szisztematikus és teljeskörű, hosszabb távú összehasonlításra is lehetőséget teremtő gyűjtése miatt. A területi védőnők a családdal való találkozások során rákérdeznek a táplálási módra, ebből az adatszolgáltatásból áll össze az országos statisztika. A folyamatos és teljeskörű adatgyűjtés egyben azt is kifejezi, hogy a szoptatás népegészségügyi szempontból fontos és kívánatos egészségmagatartás. A védőnői munkában a szoptatás támogatása a legalapvetőbb feladatok közé tartozik. A jelenlegi szándék szerint a kizárólagos szoptatás és túlnyomó szoptatás fogalmait a WHO javaslatok alapján használják, megkönnyítve ezzel a nemzetközi összehasonlításokat. Sajnálatos módon azonban a kérdezés, adatgyűjtés módja nincs pontosítva. Ennek a kérdésnek a jelentőségére a 4. kutatás tárgyalása kapcsán térek ki.

Jelenleg a védőnői adatgyűjtésben szereplő szoptatási arányokban jelentős inkonzisztencia fedezhető fel. 2015-ig a területi védőnő az anya-csecsemő diád hazatérésétől kezdte az adatgyűjtést, így nem volt információ az első életnapok szoptatási magatartásáról, az anyatejes vagy tápszeres kiegészítésről, noha ez természetesen 2015 előtt is elterjedt gyakorlat volt. Amikor olyan kérdésekre próbálunk választ adni, hogy a kizárólagos szoptatás időtartama növeli vagy csökkenti egy-egy kórkép incidenciáját, akkor könnyen téves eredményekhez juthatunk, ha a kizárólag szoptatottnak tekintett csecsemő valójában nem ebbe a kategóriába tartozik, mivel első életnapjaiban tápszeres pótlásban részesült. Így azonban nem ítélhető meg korrekt módon, hogy ez befolyásolja-e például az allergiás kórképek kialakulásának későbbi kockázatát, mert nincs megbízható kontrollcsoportunk, ahol ténylegesen kizárólag szoptatott csecsemők vannak, akik a szilárd ételek bevezetéséig valóban kizárólag anyatejet kaptak.

Az újszülöttek közvetlenül szülés utáni, szülészeti intézményben töltött ideje alatti táplálásával kapcsolatban 2015 februárjától van lehetőség adatgyűjtésre az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (2018 óta: Országos Népegészségügyi Központ) által működtetett születésértesítő rendszerben, a helyzet tehát előnyére változott, ami lehetővé teszi az adatgyűjtés megvalósulását. Az első adatokat Odor Andrea országos vezető védőnő publikálta 2016-ban. (52) Az adatokat a kórházi védőnő jelenti az egészségügyi dokumentáció alapján. Ennek alapján az újszülöttek 53,6%-a volt kizárólag szoptatott a hazabocsátáskor (országos átlag), de számos térségben ennél jóval alacsonyabb az arány,

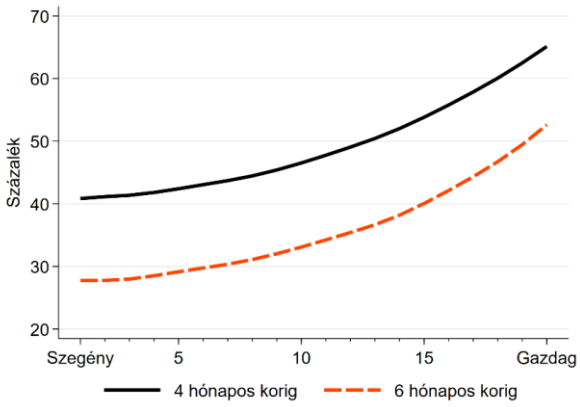
például Budapesten csak 24,5%, Csongrád megyében csak 27,9%, Bács-Kiskun megyében csak 17,9% a kizárólag szoptatott újszülöttek aránya. Ugyanakkor, ha a területi védőnői adatgyűjtés adatait nézzük ugyan ezekre a területekre, ugyanebben az évben, hatalmas különbség figyelhető meg *a születéstől 4 hónapos kori kizárólagos szoptatás* adataira nézve. Budapesten 2016-ban a csecsemők 59,84%-a, Csongrád megyében 34,14%-a, Bács-Kiskun megyében pedig 43,18%-a volt kizárólag szoptatott. (53) Az Országos Népegészségügyi Központtól 2021 nyarán kért és kapott, 2015-2019-es időszakra vonatkozó adatok alapján az arányok némiképp javultak az adatgyűjtés kezdete óta. E nyilvánvaló adatinkonzisztencia – hiszen nem lehet kizárólag szoptatott születéstől 4 hónapos korig az, aki már a kórházban is kapott tápszert vagy folyadékot – rávilágít arra, hogy reformok szükségesek az adatgyűjtés terén. E reformnak nem csak az alkalmazott definíciókra kell kiterjednie, hanem a kérdezés módjára, időpontjára is. Így nem fordulhat elő olyan anomália sem, hogy egy publikált, országos statisztikában a 12 hónapos kor betöltése előtti nap adatait kizárólagos szoptatásként publikálják, noha valójában ekkor már hozzátáplálás melletti szoptatást kérdeznek, hiszen a csecsemőtáplálási ajánlás szerint (18) 6 hónapos korig javasolt a kizárólagos szoptatás. (53)

A WHO 2008-as javaslata alapján arra kellene rákérdezni, hogy milyen volt a csecsemő táplálása az elmúlt 24 órában. Így minimálisra csökkenthető a nem pontos visszaemlékezésből fakadó hiba, ugyanakkor a kapott válasz nem alkalmas arra, hogy a csecsemő egész korábbi életére vonatkozó adatot kapjunk. Az indikátor meghatározása ez: „kizárólagos szoptatás hat hónapos kor előtt: azoknak a 0-5 hónapos korú gyerekeknek az aránya, akik kizárólag anyatejet kaptak az elmúlt 24 órában." Ez a kérdezési mód azonban nem teszi lehetővé a kizárólag szoptatottakon belül azoknak a kiszűrését, akik például az első hónap folyamán kaptak tápszert. (54)

Adott a megfelelő infrastruktúra és emberi erőforrás a védőnők személyében, de módszertani problémák miatt mégis az a helyzet, hogy nincs megbízható adatunk a szoptatás helyzetéről Magyarországon.

Bár az adatgyűjtés terén számos hiányosság figyelhető meg, a tendenciák azt mutatják, hogy az ezredforduló időszaka óta a kizárólagos szoptatási arányok 10-15 %-ot csökkentek. Hajdu és Kertesi 2021-es gyermekegészségügyi statisztikai elemzéséből (55)

pedig az derül ki, hogy a szoptatási arányok jelentősen különböznek az alacsony és magas jövedelmű anyák között.

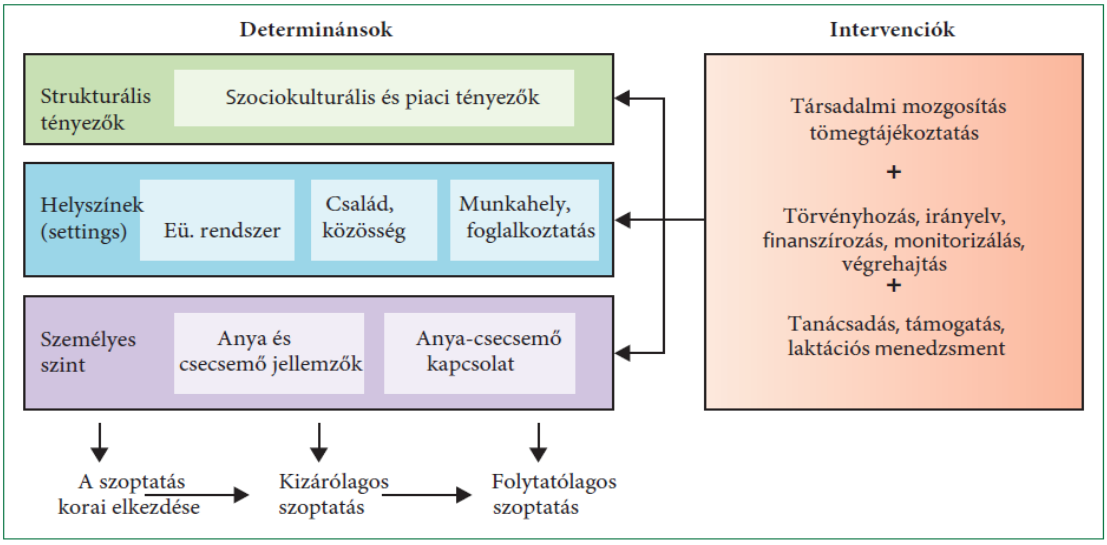


2. ábra: Kizárólag szoptatottak aránya az első életévüket betöltöttek között a védőnői adatgyűjtés (2018.) alapján. Hajdu és Kertesi megállapítják, hogy a magas és alacsony jövedelműek szélsőértékei közötti különbség 25 százalékpontos. (55)

Amikor tehát szoptatástámogatással kapcsolatos intervenciókat tervezünk, célszerű a társadalmi különbségeket is figyelembe venni iskolázottság, lakóhely és jövedelem szerint, hiszen más-más típusú elérési útvonalakra és üzenetekre van szükség.

I.6. A szoptatás időtartamát befolyásoló tényezők

Rollins és munkacsoportja a Lancet 2016-os, a szoptatás témájának szentelt sorozatában, metaanalízisükben (56) írtak arról, hogy milyen kihívásokkal kell szembenézni a szoptatástámogatás területén, és melyek azok a tényezők, amelyek a szoptatás időtartamát bizonyítottan befolyásolják. A felvázolt elméleti modell (3. ábra) két fő részből áll, a determinánsokból és az intervenciókból.



3. ábra: Rollins konceptuális modelljének magyar nyelvű változata (56)

- **A determinánsok** felső szintjén a strukturális tényezők helyezkednek el, ezek közé tartozik a szociokulturális keret és piaci mechanizmusok, a reklámok, a hozzáférhető áruk teljes skálája.
- Középen (settings) az egészségügyi rendszer és szolgáltatásai, a munkahelyi környezet, a család és a közösség,
- a legalsó szinten pedig az egyéni tényezők: az anya és a csecsemő jellemzői, kapcsolati tényezői. A determinánsok együttesen eredményezik a szoptatás elkezdését, a kizárólagos, majd a folytatólagos szoptatást.
- **Az intervenciók** pedig ennek a három szintnek megfelelően épülnek fel. Tömegkommunikációs hatásokra, törvényi szabályozásra, finanszírozásra, monitorizálásra és támogatásokra, valamint személyes tanácsadásra oszthatók fel.

Ez az elképzelés lényegében Bronfenbrenner ökológiai rendszerelméletére (57) épül, követve és a szoptatásra alkalmazva annak makro, mezo és mikrosztinjét. Míg a Bronfenbrenner modellben a kölcsönhatásokat hagymahéjszerűen ábrázolva épülnek egymásra a szintek, a Rollins-féle modellben nagyobb hangsúlyt kapnak az intervenciók és azok a szintek, amelyekre az intervencióknak hatniuk kell. (A Bronfenbrenner modell alkalmazása a szoptatásra: 1. ábra és 1. táblázat, 9. oldal)

Rollins és munkacsoportja áttekintik azokat a jelentős eseményeket, amelyek a XX. és XXI. században meghatározták a szoptatástámogatást. A fő hangsúly a tápszeripar hallatlan térnyerésére kerül, amely hatalmas profitot, piaci részesedést, egyre növekvő bevételeket és befolyást, valamit egyre szélesebb körű társadalmi elfogadottságot jelent. Az Innocenti deklaráció 1990-ben (58) fejtette ki a szoptatástámogatás alapjait, ez tekinthető a szoptatási kultúra felélesztését célzó esemény- és intézkedéssorozat első komoly lépésének. A benne foglaltak szerint a szoptatáspolitika négy alappillére a következő:

1. Minden országnak legyen szoptatáspolitikai irányelve, és olyan megbízottja vagy testülete, aki ezzel a témával foglalkozik.
2. A Bababarát Kórház Kezdeményezés váljék az anya-újszülött szülés körüli ellátásának normájává.
3. Tartsák be a WHO kódexet és a WHA társuló határozatait.
4. Védjék a dolgozó nők szoptatáshoz fűződő jogát.

Az Innocenti deklaráció még 4-6 hónapos kor közötti időtartamban jelöli meg a kizárólagos szoptatás ideális időtartamát (ezt később, 2001-ben módosította a WHO 6 hónapos korra). A következő jelentős lépés a Bababarát Kórház kezdeményezés meghirdetése volt 1991-ben. Ennek elméleti és gyakorlati jelentősége is óriási: egyrészt elismeri az egészségügyi ellátórendszer felelősségét és tevőleges szerepét a szoptatástámogatásban, másrészt azt is deklarálja, hogy a szülés körüli időszak a legalkalmasabb a szisztematikus szoptatástámogató intézkedések foganatosítására. A „Tíz lépés, amely elősegíti a sikeres szoptatást” röviden és lényegre törően foglalja össze azokat az intézkedéseket, amelyeknek minden szülészeti intézményben kiinduló alapnak kellene lenniük, és amelyek mit sem változtak a kezdeményezés meghirdetése óta eltelt 30 évben. 2018-ban ugyan sor került a tíz lépés „felújítására”, de inkább a hangsúlyok változtak. Például az eredeti 9. pont úgy szólt, hogy szoptatott csecsemő ne kapjon cumit, cumisüveget. A 2018-as változatban így fogalmazták meg ezt a pontot: Tájékoztassák az anyákat a nyugtatócumi, cumisüveg és etetőcumi használatáról és kockázatairól. Sokan visszalépésként, megengedőbb hozzáállásként értékelték a változást. Azt gondolom azonban, hogy ez szükséges, a WHO egyéb, nem preskriptív jellegű ajánlásaival, és a ma már alapvetőnek tekintett tájékoztatási kötelezettséggel összhangban levő megfogalmazás. Érdemes ezzel kapcsolatban Kair és munkatársai (59) kutatására utalni,

mivel jól érzékelteti a tiltás és a tájékoztatás közötti óriási különbséget. Valójában akkor számíthatunk változásra cumihasználat terén, ha az anyák megfelelő tájékoztatás után dönthetik el, hogy használnak cumit vagy inkább más megnyugtatási módszert választanak *a cumi helyett felajánlottak közül*.

Rollinsék metaanalízise kimutatta, hogy a Bababarát Kórház kezdeményezésben foglalt intézkedések, különösen a szoptatással kapcsolatos tájékoztatás a szülés előtt *és* után, a szülés után közvetlenül megkezdett szoptatás, és a szoptatás során nyújtott gyakorlati támogatás 49%-kal emelték a kizárólagos szoptatás arányát, és 69%-kal a szoptatás prevalenciáját.

Az Európai Unióban ellentmondásos a helyzet. Ahogy fentebb már említettem, létezik egy 2008-ban másodszor is kibocsátott közös dokumentum, amely az Innocenti deklarációból kiindulva lerakja a hatékony szoptatástámogatás alapjait, és kísérletet tesz a közös, összehangolt intézkedésekre, (40) de ez egyelőre kevéssé valósult meg. Az egyetlen (kis), de azért egyáltalán nem lebecsülendő előrelépés a tápszermarketing megzabolázása terén történt. WHO Kódex intézkedései közül néhányat egységesen elfogadtak az Unió tagállamai. (60)

- Tilos mindazon tápszerek reklámozása, amelyeknek a fogyasztását 0-12 hónapos kor között ajánlják.
- Az egészségügyi intézményekben a promóció semmilyen formája nem engedélyezett.
- Nem osztogathatnak ingyenes tápszermintákat.
- Nem adhatnak ajándékokat várandósoknak és anyáknak.
- Az árusítóhelyeken nem szabad kiemelt pontokon, promócióval kombinálva elhelyezni a tápszerdobozokat.
- Egységesítették a tápszerdobozok feliratait: szerepelnie kell annak, hogy a szoptatás előnyösebb, hogy csak orvosi utasításra kapjon tápszert a csecsemő, és felhívják a figyelmet a nem megfelelő elkészítésből eredő veszélyekre. A csomagoláson nem szerepelhet idealizáló, figyelemfelkeltő kép. nem hasonlíthatják a tápszert semmilyen formában az anyatejhez. A Kódex azonban még további kötelező tartalmi elemeket is előír, például azt, hogy a szoptatás folytatása kétéves korig vagy azon túl javasolt, ezek azonban az uniós csomagolásokon nem szerepelnek.

Ugyanakkor számos fontos pont ratifikálásától elzárkózott az Európai Unió, például a következőktől:

- A Kódex nem csupán a tápszerekre, hanem a cumikra, cumisüvegekre is vonatkozik, valamint minden olyan italra, ételre, amelyet a gyártó hat hónapos kor előtti fogyasztásra javasol.
- További probléma az Európai Unióban (és persze még sok más országban is), hogy még azoknak az intézkedéseknek a monitorizálását sem végzik, valamint megsértését sem szankcionálják, amelyeket elfogadtak. Jó példa erre a magyar mindennapokból a szülészeteken az újszülöttek ágyára ragasztott névtábla, amely tápszergyártó logóját viseli – ez lényegében az egészségügyi intézményekben folytatott reklámozási tilalom megsértését jelenti, ugyanúgy, mint a kismamáknak osztogatott ajándékcsomagok, amelyekbe cumit tesznek.
- A Kódex szponzorációra vonatkozó intézkedései közül egyet sem fogadtak el. A tápszergyártók továbbra is támogathatnak, szponzorálhatnak konferenciákat, egészségügyi rendezvényeket, tanulmányi utakat, kutatásokat, képzéseket, biztosíthatnak ösztöndíjakat, de a kutatások esetében kötelező ezt nyíltan, deklaráltan tenni. Nem tilos eszközöket, tápszert és pénzt adományozni, az egészségügyi dolgozóknak szánt anyagaikban nem kötelező a tudományosan bizonyított tények talaján maradniuk. Vagyis egy igen lényeges területen semmiféle előrelépés nem történt, és ezek az összefonódások az egészségüggyel lehetővé teszik a kapcsolatépítést, lobbizást, aminek következtében a szoptatást támogató egészségpolitikai lépések rendre elmaradnak. Az Európai Unió tagállamainak pontszáma a Kódex intézkedéseinek megvalósításából az elérhető 100-ból mindössze 39. (61)

A Kódex intézkedéseinek a hatását egyfelől, és az intézkedések felfüggesztése érdekében lobbizó gazdasági érdekeltségek mechanizmusát másfelől részletesen ismerteti egy thaiföldi helyzetet bemutató cikk (62). Bár Thaiföldön 2017-ben szigorú szabályozó intézkedések léptek életbe, az intézkedések megsértését azonban nem szankcionálták, és rövid időn belül komoly visszarendeződésre került sor.

Különösen kényes pont a kutatások és tudományos rendezvények tápszergyártók általi támogatása, ugyanis az így készülő publikációk a gazdasági érdekellentétek miatt nem csak megtévesztőek lehetnek, hanem a tudományt magát is lejárathatják. [2]

Tanulságos ezzel kapcsolatban megvizsgálni, hogy milyen hatásfokúak a tápszermarketing korlátozásán kívül az egyéb szoptatástámogatónak tartott intézkedések. Lubold történeti-kvalitatív elemzésében (63) Svédország, Írország és az Egyesült Államok szoptatáspolitikáját hasonlítja össze, a fentiekben bemutatott Rollins-féle modell alapján a strukturális tényezőket és a helyszíneket állítva a fókuszba. Azt vizsgálja, hogy a három alapvetően különböző jóléti állam modell milyen intézkedésekkel milyen mértékű hatást tudott gyakorolni a szoptatási mutatók javulására az 1970-es évek szoptatási mélypontjától kezdve. (Lásd 2. táblázat.)

- **Svédország** lényegében az Innocenti deklarációban ajánlott lépések jelentős részét megvalósította a gyakorlatban. Szociáldemokrata irányultságú családpolitikája a Bababarát Kórház kezdeményezés életre hívásakor az elsők között tett hatékony lépéseket azért, hogy a szülészetek csaknem 100%-a a BBKK elvek alapján működjön, és rendszeresen újra fel legyen mérve – ez egyben a dolgozók rendszeres képzését, továbbképzését is magában foglalja a szoptatástámogatás témakörében. A Kódex intézkedéseinek jelentős része törvény. A svéd szülőknek 50 hét rugalmas szülői szabadság jár a fizetés 80%ával. A szülők megoszthatják egymást között, vagy fél napos formában is igénybe vehetik. 2008 óta külön bónusszal ösztönzik, hogy az apák is minél inkább igénybe vegyék a gyermekgondozási szabadságot, hogy az anyák visszamehessenek dolgozni. Részben ezzel, részben a BBKK 2004-es leállításával, részben a nagyobb arányú bevándorlással (2000-ben 11,3%, 2017-ben 18,5% a bevándorlók aránya) és az értékrend ezzel összefüggő változásával magyarázza Lubold, hogy Svédországban a szoptatás prevalenciája azóta folyamatos csökkenést mutat. Ugyanakkor a svéd példa – és mellé állíthatjuk a norvég példát is, amely nagyon hasonló – azt igazolja, hogy a Bababarát Kórház Kezdeményezés nagyon hatékony eszköz a szoptatási arányok növelésére és a szülészeti ellátás nívójának emelésére.

[2] Lásd például R. Chandra hamisított, és a BMJ-ben publikált, sokat idézett kutatási eredményeit a hipoallergén tápszerekről. https://www.cbc.ca/news/canada/newfoundland-labrador/ranjit-chandra-order-stripped-1.3396295

- **Írországban** a legalacsonyabbak a szoptatási arányok az OECD államok közül – noha a gyermekgondozási szabadság időtartama itt viszonylag magas, és a juttatás sem alacsony. A nők munkaerőpiaci részesedése összességében viszonylag kicsi, az intézkedésekkel azt kívánják bátorítani, hogy az anyák otthon maradjanak és a gyermekek gondozásával foglalkozzanak (42 hét gyermekgondozási szabadság jár, 26 héten keresztül a fizetés 80%-ával), de nagyon elterjedt a részmunkaidős foglalkoztatás. Fizetett apasági szabadság nincs.
- **Az Egyesült Államokat** a szabad piacgazdaság jellemzi. 2019-ben egyáltalán nincs fizetett anyasági szabadság, csupán 1993 óta 12 hét fizetés nélküli szabadság, amely miatt az anya nem veszítheti el állását.[3] A nők a munkaerőpiac egyenlő jogú és részesedésű résztvevői. Kódex egyetlen rendelkezése sem emelkedett törvényerőre – az elemzők ezt is a szabad piacgazdaság elveivel hozzák összefüggésbe. 2000-től, a Healthy People elnevezésű nemzeti szoptatáspolitika meghirdetésének évétől különféle intézkedéseket foganatosítottak azért, hogy a szoptatási arányok növekedjenek. Mindezt nagyjából ugyanazzal a módszerrel kivitelezték, mint más, előnyös egészségmagatartások promotálását, például a dohányzás elleni fellépést. Az Egyesült Államokban nagyon alacsony a bababarát kórházak aránya. Ennek egyik oka, hogy a tíz lépés betartása korlátozná a tápszergyártók marketingjét az egészségügyi intézményben, ez azonban egy liberális piacgazdaságban nem kívánatos.

Lubold gondolatmenetét összegezve megállapíthatjuk, hogy még egy komoly szoptatási hagyományokkal rendelkező országban is negatívan befolyásolja a szoptatási adatokat, ha az egészségügyi kormányzat „magára hagyja" a Bababarát Kórház Kezdeményezést, és nem vállal benne többé koordináló, ösztönző szerepet. Lubold véleménye szerint az apák fokozott szerepvállalásának promóciója is a szoptatási időtartamok rövidülését eredményezi. Az Egyesült Államok példája pedig azt mutatja, hogy a közösségi marketing kampányok jól bevált módszereivel, és az országban jellemző viszonyokhoz illeszkedő intézkedésekkel (például a munkahelyek rugalmas szolgáltatást nyújtó bölcsődéi, a fejés támogatása) is komoly előrelépést lehet elérni, bár ennek

[3] 2020. július 1-jétől az Egyesült Államokban elsőként California államban vezették be a nyolc hetes fizetett anyasági szabadságot.

működőképességét európai, különösen közép-kelet európai, poszt-szocialista fejjel gondolkodva nehezebb megérteni. A poszt-szocialista országokra ugyanis az eddig bemutatott három jóléti állam modellhez képest egy negyedik út jellemző, amely talán leginkább a svéd szociáldemokrata modellhez hasonló. Magyarországon jellemző volt és jelenleg még fokozottabban jellemző az anyasági, gyermekgondozási szabadság nagyvonalú időtartama juttatásokkal, a szoptatás védelme munkavállaló nők esetében is, valamint az anyasági szabadságon levő nők védelme a munkaerőpiacon. Érdekes és tanulságos volna az eddig bemutatott elemzéseket a posztszocialista országok szoptatási mutatóinak alakulásával és az anya- és családvédelmi törvények összehasonlításával kiegészíteni.

2. táblázat: Néhány érdekes adat Lubold (63) összehasonlító elemzéséből, amely jól kiemeli a különbségeket három jóléti állam család- és anyavédelmi törvényei valamint a szoptatás helyzetképe között

	Svédország	**Írország**	**Egyesült Államok**
A szoptatást elkezdők aránya	1986-2014-ig mindig 97-95,5% között	1986-2014-ig 33,9-57% folyamatos emelkedés	1993-2014-ig 57-82,5% folyamatos emlekedés
A szoptatás prevalenciája (anyBF)	1972. 6 hós 5% 1980. 6 hós 50% 1994. 6 hós 67,3% 2004. 6 hós 71,9% 2014. 6 hós 63%	1995. 3 hós kiz. szopt: 12% 2014: 3 hós 35,4% nincs szisztematikus adatgyűjtés	1998. 6 hós 29% 2013. 6 hós 51,8% fokozatos, folyamatos, enyhe emelkedés
Szoptatást támogató nemzeti bizottság létrehozása	1973-tól önkéntes csoport, 2009-től nemzeti bizottság	1994.	1998.
A szoptatási irányelv ajánlja-e a hat hónapig tartó kizárólagos szoptatást?	igen	igen	igen
A szoptatási irányelv ajánlja-e a szoptatás folytatását kétéves korig vagy azon túl?	nem	nem	nem

A szoptatáspolitika része-e a BBKK?	igen	igen	igen
BBKK-k aránya, illetve száma	1997-1998: 91% 2000-2001: 97% 2009-2010: 97% 2016: 0%	1997-1998: 0 2006-2007: 30 2016: 47	1997-1998: 0 2006-2007: 3 2016: 12
Jóléti állam típusa	szociáldemokrata	konzervatív	liberális

Chai és munkacsoportja 2018-ban az alacsony és közepes jövedelmű országokban vizsgálta az anyasági szabadság hosszának hatását a szoptatás időtartamára. (64) Földünk körülbelül 260 országa közül 2015-ben 185 országban létezett az anyasági szabadságnak valamilyen formája, de csak 57%-uknál éri el vagy haladja meg a szabadság mértéke a minimum-ajánlásnak számító 14 hetet. A 14 hétnél rövidebb anyasági szabadságot biztosító országok 84%-a, összesen 87 ország tartozik az alacsony vagy közepes jövedelmű országok körébe. A keresetpótló támogatások összege a korábbi kereset 25-100%-a közötti, de létezik fizetetlen anyasági szabadság is. Chai és munkacsoportja közel egymillió gyermek esetében számította ki az 1995 és 2013 közötti trendeket a gyermekgondozási szabadság és a szoptatás időtartama között. Megállapították, hogy a szabadság egy hónappal történő növelése 7 százalékpontos növekedést idéz elő a szoptatás elkezdésében, és 6 százalékpontos növekedést a kizárólagos szoptatás arányának, és a szoptatás teljes időtartamának növekedésében.

Rollins-féle metaanalízis globális konklúziója az, hogy a világ országainak többsége jelenleg nem biztosít eléggé támogató közeget a szoptatni kívánó nőknek, miközben pontosan tudjuk, hogy melyek azok az intézkedések, amelyekkel viszonylag rövid idő alatt, hatékonyan növelhető a szoptatás elkezdése és időtartama. Mivel a tápszeripar gazdasági ereje folyamatosan erősödik, szükség van hatékony ellenintézkedésekre, amelyek megfelelő keretek közé szorítják a marketingtevékenységet. Mivel a szoptatás nem egyedül a szoptató nők felelőssége, hanem egyben társadalmi érdek is, szükség van politikai támogatásra és olyan beruházásokra, amelyek elősegítik a szoptatás fenntartását. (56) A metaanalízis megjelenése óta eltelt öt év sajnos nem hozott még gyökeres változást

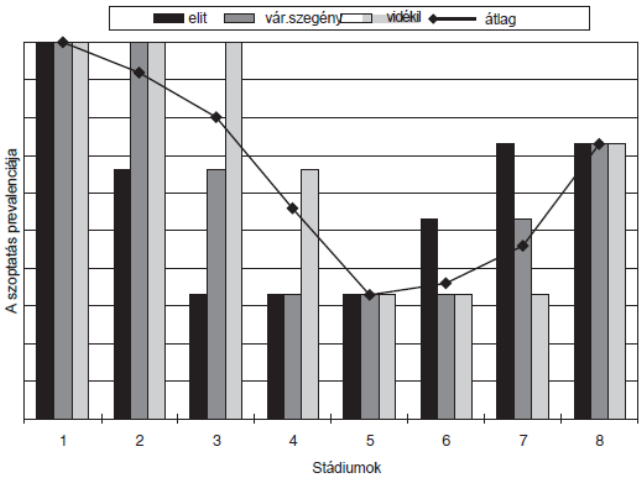
ezen a téren, egyes országokban pozitív tendenciák érvényesülnek, másokban viszont romlik a helyzet.

Elemzések sokaságából láthattuk tehát, hogy ahhoz, hogy a szoptatási arányok növekedjenek, intervenciók sokaságára van szükség. A legfontosabb kérdés azon kívül, hogy pontosan melyek is a hatékony intervenciók, a fenntarthatóság, és a különböző társadalmi rétegek elérésének útvonalai.

A szoptatás időtartamát befolyásoló tényezők sokaságát A. Cattaneo az egyenlőtlenségek nézőpontjából közelíti meg, egyenlőtlenségen azt az állapotot értve, amikor egy előnyös egészségmagatartás legkevésbé a leghátrányosabb helyzetű populációkban jellemző. (65) A szoptatás prevalenciájára vonatkozó adatok azt mutatják, hogy jellegzetes hullámzás figyelhető meg a szoptatás különböző népcsoportokban való elterjedtségében. (66) Vajon melyek a mozgatórugói az alábbi grafikonon ábrázolt folyamatnak? Egyrészt a nők változó szerepe a társadalomban és a családban. A másik döntő tényező Cattaneo szerint a szülés és a várandósgondozás medikalizálódása. Kórházi környezetben az egészségügyi dolgozók gyakorolnak ellenőrzést a csecsemőtáplálás felett méréssel és időzítéssel, cumisüveg és tápszerhasználattal, szemben a szoptatással, amely felett hagyományosan az anyák gyakoroltak ellenőrzést. Bár elsőre szélsőségesnek tűnik ez a vélemény, más szerzők is erre az álláspontra jutottak. (67) Tipikus példa erre a szemléletmódra 2022-ből, Magyarországról: a vidéki kórház szülészetén riasztó kitételeket tartalmazó felelősségvállalási nyilatkozatot iratnak alá azzal az anyával, aki a kisbabájával való éjjel-nappali együttlétet választja. Mindezt annak ellenére teszik, hogy a hatályos csecsemőtáplálási protokoll evidenciák sokaságára alapozva a 24 órás együttes elhelyezést javasolja minden egészséges újszülött esetében. A gyakorlatban az elavult kórházi rutin nehezen változik. Az ellátórendszer hárít, és arra hivatkozik, hogy az anyák nem akarják az együttes elhelyezést, mert inkább pihenni szeretnének. A harmadik tényező, amely Cattaneo szerint az egyenlőtlenségeket befolyásolja, a tápszermarketing. Ennek hatására ugyanis széles tömegek nyúlnak tápszerhez olyan helyzetekben, amikor ez elkerülhető lenne, és ezzel saját magukat és gyermeküket is előnytelen helyzetbe hozzák a szoptatás pozitív hatásainak nélkülözése miatt. Különösen tragikus hatású ez a folyamat a fejlődő országokban, ahol a tápszeres táplálás hátrányai fokozottan jelentkeznek. A tápszeres táplálás térhódítása pontosan az alábbi grafikonon (4. ábra) bemutatott dinamikát követi, ám eltérő mértékben sújtja a magasabb és az alacsonyabb

jövedelmű országokat, ahol a szegénység és iskolázatlan lényegesen elterjedtebb. A tápszert kezdetben az elit használja, majd ezt a gyakorlatot veszik át az elitet „másolva" az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú populációk.

Cattaneo az országok közötti és az országon belüli egyenlőtlenségek csökkentésében látja az egyetlen, erkölcsi, etikai szempontból is elfogadható utat. A szoptatás támogatása, népszerűsítése és védelme képezi tehát az alapját a fentiekben bemutatott, szoptatás terén mutatkozó egyenlőtlenségek felszámolásának. A *támogatás* térben, időben és a populációk különböző rétegeit tekintve egyenlőtlenül oszlik meg: minél nagyobb a szakadék a társadalmi csoportok között, annál kevésbé férnek hozzá a legszegényebbek a támogatás bármilyen formájához. A népszerűsítés során eljuttatott üzenetek kezdetben szintén növelhetik az egyenlőtlenséget, mert az iskolázottabb anyák fogékonyabbak az egyészségügyi ellátórendszer szoptatással kapcsolatos üzeneteire. Az egyenlőtlenség hatása legkevésbé a védelem terén érvényesül, sőt, valójában a védelem az, amely a támogatást és a népszerűsítést is lehetővé teszi, megalapozza, hosszú távon biztosítja.



4. ábra: A szoptatás prevalenciája nyolc különböző stádium szerint a World Health Statistics Quarterly adatai alapján. A kezdetben az elit, a városi és falusi népesség körében egyaránt magas szoptatási arányok csökkenni kezdenek, elsőként az elitnél. A harmadik szakaszban a városban élőknél is érvényesül a csökkenő tendencia, majd a negyedik szakaszban a falusi népességnél is jelentkezik ez a hatás. Az általános mélypont az ötödik szakasz, ekkor kezdődik a

szoptatás védelmének, támogatásának és népszerűsítésének köszönhetően a lassú növekedés, amely azonban elmarad az első szakaszban jellemző szinttől. Az ábra Cattaneo idézett publikációjából származik, annak magyar nyelvű változata. (65, 68)

I.7. A szoptatás védelme, támogatása és népszerűsítése

Munkatársaimmal alaposan körüljártuk azt a kérdéskört, hogy érezhető-e a szoptatást támogató egészségpolitikai intézkedések hatása a szoptatási mutatók javulásán, és ha igen, milyen intézkedések bizonyultak a leghatékonyabbnak? (69) Szakirodalmi áttekintésünkben a következő eredményekre jutottunk:

- Az egyik alapvető intézkedés, amely mindig megtérül, a szisztematikus, azonos definíciók alapján működő adatgyűjtés. Ez lehetővé teszi a hosszú távú trendek áttekintését és a tervezést, az egyes intézkedések hatékonyságának megállapítását.
- A szoptatástámogató intézkedések közül az egyéni és csoportos várandósfelkészítés és a szülést követő időszakban a gyakorlati segítségnyújtás kombinációja bizonyult a leghatékonyabbnak. Ezek közé tartozik a Bababarát Kórház Kezdeményezés.
- A szoptatáspolitika hatékonysága nem áll egyenes arányban a szoptatási mutatók javulásával, hanem inkább egyfajta nélkülözhetetlen alapot jelent. A szoptatáspolitika koordinálásában, célkitűzései megfogalmazásában a szoptatást támogató nemzeti bizottságok tudnak hatékonyan eljárni.
- Mivel a szoptatás időtartamát igen sokféle tényező befolyásolja, a támogatásnak a rendszerszemléleten kell alapulnia. A csak az anyát megcélzó beavatkozások ezért legfeljebb hosszú távon bizonyulnak eredményesnek.
- A WHO Kódex betartása a tápszermarketing tiltását *és szankcionálását* jelenti, különös tekintettel arra, hogy egészségügyi intézmények, egészségügyi dolgozók sem közvetett sem közvetlen formában nem reklámozhatják a Kódex hatálya alá tartozó termékeket.
- A családvédelmi törvények, az anyasági, apasági szabadság hossza elősegíti, hogy az anyák otthon maradhassanak gyermekeikkel és szoptathassák őket.

  A közösségi, területi támogatási formák ösztönzése mindig megtérülő befektetésnek bizonyul.

I.7.1. Az interdiszciplinaritás szükségessége a szoptatástámogatásban

A szoptatási időtartamát befolyásoló számtalan tényező közül a legközvetlenebb és egyben legalapvetőbb hatást az egészségügyi ellátórendszer gyakorolja a csecsemőtáplálási arányok alakulására. Igen lényeges tehát, hogy milyen módon tudjuk javítani hatékonyságát. Mint az egészségügy más területein, úgy a szoptatástámogatásban is az interdiszciplinaritás megvalósulása az, ami a hatékonyságot leginkább növelni képes, és egyúttal humán erőforrások terén is gazdaságosabb. A témával kapcsolatosan összeállított szakirodalmi áttekintésünk sarokpontja a diádikus megközelítés szükségessége volt. (70) A szoptatási nehézségek az anyát és a csecsemőt együttesen érintik, főként emiatt szükséges az interdiszciplináris segítségnyújtás.

Mivel az anyák elsősorban egészségügyi dolgozóktól kapnak segítséget szoptatást érintő kérdésekben, ezért több szakterület is érintett lehet az ellátásban. Erre a legtipikus példa az anyák 6-7%-ánál előforduló mastitis, melynek ellátása vagy éppen el nem látása során különösen élénken megmutatkozik az interdiszciplinaritás szükségessége. Jelenleg nincsenek kezelési protokollok, nem egyértelmű, melyik szakterület képviselője felelős az ellátásért, a diádikus szempontok pedig nem mindig érvényesülnek a javasolt terápiában. Ezeket a hiányosságokat próbáltuk pótolni összefoglaló közleményünkkel, amely e fontos terület tudományos eredményeit, irányelveit és nyitott kérdéseit foglalta össze. (71)

A laktációs szaktanácsadó az egészségügyi team fontos, ám napjainkban még nem kellően ismert tagja, aki rendszerint konzultál a diádot ellátó egészségügyi dolgozókkal, így fontos kapcsolódási pont lehetne az interdiszciplináris ellátó teamben. (72)

Mivel egyre inkább hiány mutatkozik egészségügyi dolgozókban, és ez világtendencia, szükséges a képzett önkéntes segítők bevonása az interdiszciplináris szoptatástámogatásba, egészségügyi intézményekkel közös projektekben. (73, 74)

A laktációs ismeretek jelenlegi, magyarországi, egyetemi szintű oktatásában a Semmelweis egyetemen megvalósul az interdiszciplinaritás: a résztvevők és az oktatók tekintetében is több szakterület képviselteti magát.

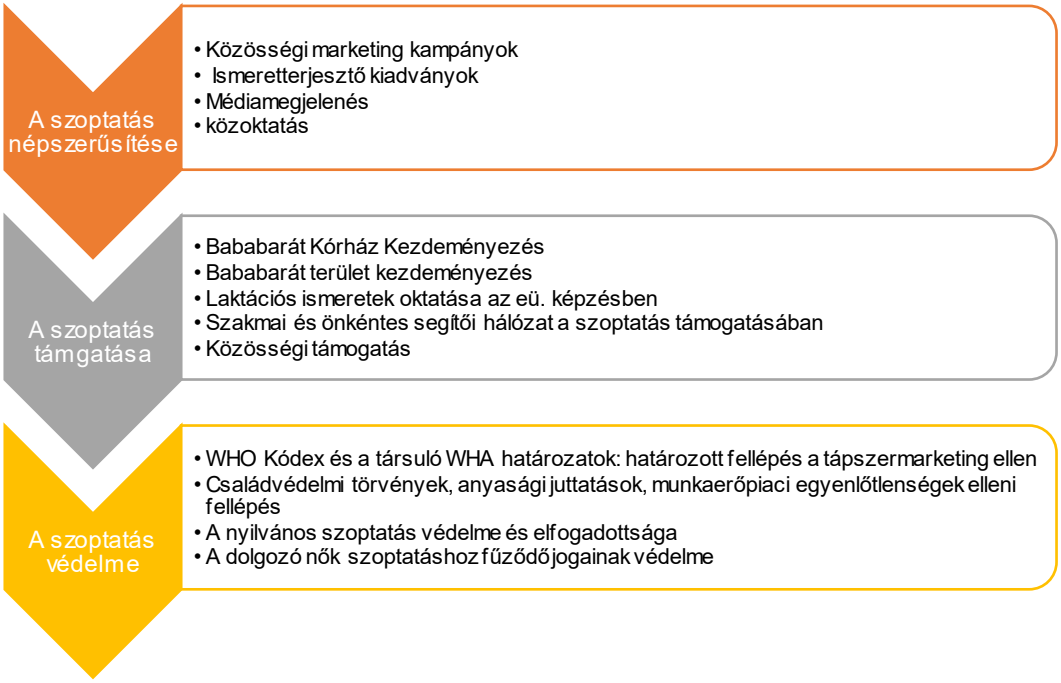
Ami az interdiszciplináris teammunka gyakorlati megvalósításával kapcsolatban az első fontos lépés volna, az a pontos dokumentáció, amely lehetővé teszi az ellátó team tagjainak az egyeztetést. A másik, könnyen megvalósítható és előre vivő lépés az volna,

ha az anya-csecsemő diád ellátását érintő szakmai protokollok elkészítésébe és véleményezésébe laktációs szaktanácsadókat is bevonnának, hogy a gyakorlati szempontok minél erősebben érvényesülhessenek.

I.7.2. Kezdeményezések az Európai Unióban és világszerte

Az Európai Unióban kidolgozásra került egy olyan állásfoglalás, amely a tagállamok számára egységes szempontokat és cselekvési tervet vázol fel a szoptatás időtartamának és arányának növelése érdekében, ahogy fentebb az európai szoptatási arányok kapcsán említettem. (39, 40) Ez a javaslat lényegében az 5. ábrán bemutatott modellen, a szoptatás védelmének, támogatásának és népszerűsítésének hármasán alapul. Megszövegezésében Magyarország képviselője is részt vett. Ám úgy tűnik, a megvalósulás a tervezettnél sokkal lassabban halad. Ennek az egyik fontos oka a nyugat-európai országokban a határozott politikai szándék hiánya, amely a tápszerlobby erős térnyerésével és a liberális piacgazdaság az Egyesült Államok kapcsán már említett korlátozásellenességével együtt gyakorlatilag megakadályozza a hatékony előrelépést a WHO Kódex és a társuló WHA határozatok törvénybeiktatása és főként betartatása, szankcionálása terén. A másik nagyon jelentős súllyal latba eső ok a Bababarát kórház kezdeményezés megtorpanása számos országban, ahogy az a fentebb bemutatott svéd példából is látható. Könnyen belátható, hogy az 5. ábrán bemutatott cselekvési tervet ezen a három fontos területen lehetetlen központi szándék és támogatás nélkül megvalósítani. Az előrelépés érdekében a tagállamoknak határozott lépéseket kellene tenniük a szakmai szervezetek és a tápszer- valamint bébiételgyártók közötti összefonódások és érdekellentétek megszűntetése érdekében. Helfer és munkatársai szisztematikus irodalmi áttekintése 2006 és 2020 közötti tápszeres kutatások értékelésével foglalkozik. (75) Az összes kutatás csupán 14 %-a volt tápszergyártótól független. A kutatások 80 %-ában találtak magas torzítási kockázatot, valamint nem megfelelő adatkezelést és elemzést. Jellemző volt az eredmények szelektív közlése. Összességében sem a transzparencia, sem a függetlenség nem volt a sztenderdeknek megfelelő. Baker és munkatársai a 2005 és 2019 közötti tápszereladási tendenciákat elemezték. (76) 2005-ben gyermekenként 3,5 kg-nyi tápszert adtak el, míg 2019-ben már 7,4 kg-ra emelkedett ez a mennyiség, ami 121,5%-os növekedésnek felel meg. Különösen Kelet- és Délkelet-Ázsiában nagymértékű a növekedés ebben az időszakban. Jelenleg a teljes tápszerforgalom egyharmada Kínában

realizálódik. Ez nem csupán az urbanizációval és a globalizációval, a nők munkába állásával és a jövedelmek növekedésével függ össze, hanem jelentős mértékben a termékek diverzifikációjával – például a magas jövedelmű országokban már a speciális tápszerek tekinthetők piacvezető terméknek. A speciális tápszerek eladását úgy lehet növelni, ha az egészségügyi dolgozó javasolja ezek használatát, ami bizonyos kórállapotok túldiagnosztizáláshoz vezet (például reflex betegség, allergia). A gazdasági siker másik kulcsa, hogy Baker és munkatársai megállapítása szerint a szoptatáspolitika gyenge, nem ellensúlyozza ezeket a hatásokat.



5. ábra: A szoptatás népszerűsítésének, támogatásának és védelmének tartalma és egymáshoz való viszonya. A védelem az az intervenció, amely a legtöbbet tesz hozzá az egyenlőtlenségek kiküszöböléséhez. (saját ábra)

I.7.3. Az egészségmagatartás befolyásolására kidolgozott modellek és a szoptatástámogatás

Smedley és Syme fektették le az alapjait annak a máig érvényes megközelítésnek, a környezeti tényezőkön alapuló modellnek (Environmental Approach), amellyel az egészségnevelés hatékonyságát fokozni lehet. (77) Koncepciójuk, amelynek lényegét a

szoptatási arányok növelésére szőtt tervek során is alapnak tekinthetjük, abból indul ki, hogy az Egyesült Államokban az ezredfordulón a halálozások körülbelül ötven százaléka szociális és viselkedésbeli tényezőkhöz kapcsolódik. A megelőzésre fordított összeg azonban a morbiditások által generált kiadásoknak csupán töredékét teszi ki. A huszadik században bekövetkező drámai csökkenés a halálozásokban nem egészségügyi beavatkozásoknak, hanem a javuló életmódnak, minőségibb táplálkozásnak, jobb higiénés viszonyoknak köszönhető. A kulcskérdés tehát az, hogy akkor, ha szeretnénk pozitív változást elérni az egyén, vagy egyes csoportok viselkedésében, mit kell tenni? Nem elégséges csupán a viselkedést magát célba venni, hanem emellett az egyén körüli szociális tér erővonalait is meg kell változtatni. Az általuk javasolt intervenciók a következő fő kategóriákba sorolhatók:

1. Összpontosítás a betegség/egészségmagatartás szociális és viselkedésbeli determinánsaira
2. Sokféle megközelítést kell alkalmazni többféle szinten: oktatás, társas támogatás, családi, közösségi, nemzeti szint
3. Figyelembe kell venni a célcsoport speciális igényeit etnikum, nem, szocioökonómiai státusz alapján
4. Hosszú távra kell tervezni rövid úton elérhető sikerek helyett
5. Olyan szektorokat is bele kell vonni a cselekvési tervbe, amelyek nem kapcsolódnak szorosan az egészségneveléshez: pl. törvényhozás, média, közoktatás, üzleti élet.

Michie és munkatársai 19 különböző, egészségviselkedés befolyásolására alkalmazott modellt gyűjtöttek össze és elemeztek abból a célból, hogy megvizsgálják, kellően széleskörűen használhatók-e, koherensek-e, és egyértelműen kapcsolódnak-e valamelyik viselkedést modellező elmélethez. Ezek egyes elemeit szintetizálva hoztak létre egy olyan komplex modellt, melyet Behavior Change Wheel-nek neveztek el. (78) A képességből, a lehetőségből és a motivációból indulnak ki, amely lehetővé teszi a viselkedés megváltoztatását. Az intervenciók rendszerének vizuális megjelenítésére alkalmazták a kerék-szerű ábrázolást, amelynél a kerékagyat küllőszerűen veszik körül a különféle, egymáshoz is kapcsolódó, egymás hatását felerősítő intézkedések. Bár a cél eredetileg a dohányzás és az elhízáshoz vezető viselkedések befolyásolása volt, ez a megközelítés a

szoptatási viselkedés megváltoztatására is alkalmas lehet. Musgrave és munkatársai egy szoptatást segítő mobiltelefonos applikáció hatásmechanizmusának magyarázatára alkalmazták utólagosan a Behavior Change Wheelt. (79) Az applikáció célcsoportját főként 25 évesnél fiatalabb anyák alkották, akiknél az applikáció használata ugyan nem eredményezte egyöntetűen az énhatékonyság növekedését, de a szoptatás megkezdésében és a kizárólagos szoptatás arányaiban számottevő változások következtek be.
A következő példa azt mutatja, hogy miként lehet újszerű eszközökkel, módszerekkel a fentiekben felvázolt tágabb elméleti kontextusra alapozva a szoptatás népszerűsítésével foglalkozni. Az Egyesült Államokban 1997-ben elindított „Loving Support Makes Breastfeeding Work" kampány úgynevezett *közösségi marketing kampány* (80), amelynek célja, hogy a gazdasági marketing alapelveire építve népszerűsítsen közhasznú, például egészségneveléssel kapcsolatos tartalmakat. Pérez-Escamilla e kampány eredményességét elemzi, és a további sikeresség érdekében a közösségi médián folytatott közösségi marketing kampány alkalmazását javasolja (81, 82), elsősorban a célcsoport mobiltelefon használatára alapozva. A Brazil Nemzeti Szoptatástámogató Program során a szoptatást terméknek tekintve alkalmazták a marketing 4P alapelvét: termék, ár, hely, reklám.

Pérez-Escamilla és munkatársai már 2012-ben megállapították, hogy hiányoznak a megfelelő hatékonysággal működő, szoptatást támogató programok. (83) Ennek fő okát a sikerességet, fentarthatóságot biztosító tényezők hiányában látták. Nem annak módját keresték, hogy az egyén viselkedését hogyan lehet a leghatékonyabban befolyásolni, hanem azt vizsgálták, milyen intézkedésekkel, összehangolt programokkal lehet elérni azt, hogy tömeges viselkedésváltozás (azaz hosszabb ideig tartó szoptatás, a szoptatási arányok javulása) legyen az eredmény. A Breastfeeding Gear Model (BFGM) lényege, hogy a szoptatást támogató programok eredményessége és hosszú távú fenntarthatósága az egymáshoz kapcsolódó fogaskerekekhez hasonlít, melyet egy középső fogaskerék tart össze és mozgat. A korábbiakban bemutatott Rollins-féle konceptuális modellhez képest ez egy dinamikusabb koncepció, amely jól követhetően kijelöli azokat a területeket, ahol intervenciókra van szükség, és amelyeknek működésükben egymáshoz is kapcsolódniuk kell, egyfajta rendszert alkotva. A BFGM modell jelentőségét az adja, hogy kifejezetten a szoptatási arányok növelésére dolgozták ki, számos nemzeti program működésének és eredményeinek elemzését követően. Egy tíz évvel későbbi publikációban már az eredeti

modell továbbfejlesztett változatával találkozhatunk. A *Becoming Breastfeeding Friendly* elnevezés a távlati célt jelöli ki, és a korábbi BFGM modell egyes fogaskerekeihez immár egy komplex értékelő rendszer kapcsolódik. (84)

6. ábra: A Breastfeeding Gear Model magyar nyelvű változata Pérez-Escamilla ábrája alapján. A szektorok közötti koordináció, tervezés és kiértékelés feladata egy állandó testületre hárul. A külső fogaskerekek mindazokat a részterületeket jelenítik meg, ahol a szoptatási arányok növelése érdekében lépéseket kell tenni. (83, 84)

I.8. A szoptatás, mint társadalmi elvárás a feminista diskurzusban

A gyermeknevelés hez, szoptatáshoz való viszonyunk tanult viselkedés, amelyet a nyelv és a szocializáció folyamata közvetít. A közösség tagjai megosztják egymással a tapasztalatokat. A gyereknevelés sel, szoptatással kapcsolatos viselkedés ugyanakkor mindig adaptáció eredménye is, vagyis reakció a környezeti hatásokra, társadalmi, politikai nyomásra és elvárásokra, valamint a hozzáférhető természetes erőforrásokra, például a táplálékra és vízre - így dinamikus, folyton változó jelenség. (27) A társadalmi elvárás fogalma ugyanakkor az egészségmagatartásokat magyarázó elméleti modellekben is feltűnik. A tervezett viselkedés elmélete szerint a szándékot (jelen esetben a szoptatás

szándékát) meghatározó tényezők a viselkedéssel kapcsolatos attitűd, *a viselkedésre vonatkozó társas nyomás* és az észlelt viselkedési kontroll, vagyis hogy az adott személy mennyire érzi nehéznek vagy könnyűnek a viselkedés végrehajtását. (85)

A feminista diskurzus egyik képviselője, Ina Freudenschuss történeti aspektusok alapján tekinti át a nők és a társadalom szoptatáshoz való viszonyát. (86)

Freudenschuss megállapítja, hogy az utóbbi negyven évben a fejlett országokban a szoptatás mellékes gyakorlatból csecsemőtáplálási normává vált - arra hivatkozva állítja ezt, hogy a szülészeti intézmény elhagyásakor az anyák túlnyomó többsége (még) szoptat. Bár a szoptatási arányok szerinte is elmaradnak a WHO szerint kívánatosnak tekintett értékektől, az 1970-es évek óta, amikor a valaha is szoptatott csecsemők aránya a fejlett országokban 10% körül mozgott, ez az adat napjainkra jelentősen javult. Írásában azt elemzi, hogy miként vált a szoptatás társadalmi elvárássá, a "jó anya"-ság fokmérőjévé a modern társadalmakban - miközben a huszadik század közepén úgy tűnt, hogy teljesen elveszíti jelentőségét. A huszadik század utolsó harmadától fogva azonban egyre fokozódó mértékben konszenzussá vált gyermekgyógyászati körökben, a WHO, az UNICEF és civil szervezetek kommunikációjában, hogy az anyatej felbecsülhetetlen mértékben hozzájárul a csecsemő egészségéhez és érzelmi fejlődéséhez. Freudenschuss úgy véli, hatalmas ráfordításokkal próbálják tájékoztatni az anyákat a szoptatásról: tájékoztató kiadványok, szülésre felkészítő tanfolyamok, szülésznők, védőnők és gyermekorvosok bevonásával. Az anyák szoptatást támogató csoportokat látogathatnak, ahol gyakorlati és lelki támaszt kaphatnak a szoptatást érintő kérdésekben. Említi a fent már idézett WHO ajánlást, valamint a 2003-as európai uniós ajánlást, amely kimondja: A csecsemők és kisgyermekek táplálásának és gondozásának normális módja a szoptatás, ezért cél, hogy ezt világszerte ebben a szellemben kommunikáljuk." (39)

Amikor az egészségügyi intézményekben erőfeszítéseket tesznek az újdonsült szoptatási kultúra megerősítésére, többnyire a csecsemőre vonatkozó előnyökkel érvelnek. Freudenschuss az "újdonsült szoptatási kultúrát" olyan *diszkurzív stratégiának* nevezi, amelynek célpontja az anya, akinek feladata, hogy a táplálás egészségügyi szempontból legelőnyösebb formáját válassza. A diskurzus ugyanakkor figyelmen kívül hagyja azt a szempontot, hogy az anyák akarnak-e szoptatni, illetve hogy miként érzik magukat az egyébként meglehetősen megerőltető szoptatási kapcsolatban. Ehelyett a feltételezés az, hogy a szoptatás természetessége és normalitása miatt nem képezheti döntés tárgyát az

anya számára, hogy szoptat-e vagy sem. Ez a kitétel egyébként az idézett dokumentumok egyikében sem szerepel, sőt az európai uniós indítvány öt évvel későbbi, megújított változata kifejezetten deklarálja is az alapelvek között, hogy az anyára nem szabad szándéka ellenére nyomást gyakorolni a szoptatás érdekében. (40)

Freudenschuss ezzel szemben *nem* a természetesség és normalitás szemszögéből tekint a szoptatása, nem is promotálandó egészségmagatartásként, hanem kulturális gyakorlatként, amelyet erősen befolyásolnak a mindenkori társadalom nemi sztereotípiái és egészséggel kapcsolatos diskurzusai. Elméleti alapként *Michel Foucault* diskurzusfogalmát alkalmazza, mivel az hangsúlyozza a diskurzusok interiorizációs folyamatokra gyakorolt hatását. Freudenschuss abból indul ki, hogy a jelenlegi, szoptatással kapcsolatos diskurzus érinti a nemek közötti, valamint az anya és gyermeke közötti hatalmi viszonyokat.

A XX. század közepi szoptatási reneszánsz kezdetét Freudenschuss a La Leche Liga 1956-os megalakulásához köti. A La Leche Liga olyan önsegítő szervezet, amelynek képviselői hosszabb, a Liga alapelveivel összhangban levő szoptatási tapasztalattal bíró anyák, akik más anyáknak segítenek a szoptatásban tapasztalataik átadásával, és egy olyan közeg biztosításával, amelyben a szoptatási tapasztalatok megbeszélhetők egymást közt. (87) A La Leche Liga működési egysége ennek megfelelően a baba-mama csoport, amelynek képzett, szoptatási tapasztalattal rendelkező anya a vezetője, moderátora (leader). 1958-ban jelent meg első ízben azóta legendássá vált könyvük, A szoptatás női művészete, amely elsőként fekteti le az úgynevezett *igény szerinti szoptatás* alapelveit és megvalósításának módozatait. Magyarul a nyolcadik kiadás jelent meg, amely adaptáció, hiszen a benne megosztott történetek, tapasztalatok, tippek magyar anyáktól származnak – hasonlóan a könyv más nemzeti kiadásaihoz. (88)

Freudenschuss szerint a La Leche Liga működésében megtestesülő szoptatási reneszánsz lényege *a csecsemő* igényeire való összpontosítás, és ez az, ami a 21. század anyaságról folytatott vitáit meghatározza. Lényeges tartalmi elemei: az anya számára természetesen gyermeke igényei a legfontosabbak, valamint: a gyermeki igényeket a természet határozza meg, az anya feladata pedig az, hogy ezeket lépésről lépésre megismerje. Ezen a ponton kapcsolódott a történetbe egyszerre kétféle feminista irányzat is: a nő egyedülálló képességeként tekint a szoptatásra és nagyra értékeli azt, ugyanakkor kritikával illeti a medikalizált szülést és a szoptatás medikalizációját is, amely lényegében

azt jelenti, hogy az egészségügy ellenőrzést kíván gyakorolni az anya-gyerek kapcsolat felett. Az ehhez kapcsolódó diskurzusban a szoptatás terhes kötelességből női privilégiummá lényegült át, amelyet a férfiak uralta egészségüggyel szemben meg kell védeni. A feminista médiában a szoptatás harci eszközzé vált a patriarchális és kapitalista aspektusok alapján szervezett munka világában, amelynek gyermekétől *független* anyára volt szüksége. Az ezzel párhuzamosan megjelenő tanácsadó könyv a szoptatásban a női szexualitás kiteljesedését látta. (89)

1974-től, a Nestlé bojkott (90) évétől kezdve egyre inkább a szoptatást támogató civilszféra diskurzusának részévé válik a tápszergyártók agresszivitása és a tápszer káros, veszélyes volta – állítja Freudenschuss. Valójában sohasem állították a mozgalom tagjai, hogy a tápszer önmagában káros vagy veszélyes volna, sőt a csoport honlapján jelenleg is szerepel, hogy a bojkott a tápszerekre nem terjed ki, mivel vannak olyan élethelyzetek, amikor szükség van rájuk. Sokkal inkább a marketing stratégiák káros volta az, amit hangsúlyoznak, és ez az a terület, amelyre elemzése további részében Freudenschuss is kitér, különös tekintettel a szóhasználatra és tartalomra. A WHO ajánlás (21) és a WHO kódex (91) célja a szoptatási kultúra fellendítése globális ajánlások és civil rendezvények, például a Szoptatás Világhete segítségével. 1991-ben kerül sor a Bababarát Kórház kezdeményezés (92) elindítására, majd 2003-ban a Globális Stratégia (21) 19. pontja elsőként mondja ki a szoptatásról folytatott diskurzusban, hogy a nem szoptatott csecsemők *rizikócsoportot* alkotnak. Ezek a fejlemények azt mutatják, hogy a huszadik századtól kezdve fokozott tudományos-egészségügyi érdeklődés nyilvánul meg a szoptatás iránt. Nemzeti és nemzetközi szervezetek a prevenció jegyében egyaránt feladatuknak érzik a szoptatási kultúra globális fejlesztését és támogatását. Ugyanakkor a szoptatás története azt is megmutatja, hogy a szoptatás sosem volt magától értetődő és problémamentes. Minden időszakban voltak és vannak anyák, akik a nem szoptatást választják gazdasági, egészségügyi, személyes vagy szociális okokból. Összefoglalva megállapítja, hogy a jelenleg érvényes nemzetközi dokumentumok a szoptatást antropológiai állandóként írják le, az anyákat olyan teremtményekként állítva be, akiknek egyéni szükségletei nincsenek is, kivéve azt az egy szükségletet, hogy csecsemőjük szükségleteit kielégítsék. Problematikusnak látja azt a feltételezést, hogy az anyák eleve szoptatni akarnak. Igaz ugyan, hogy deklarálják ezek az ajánlások a nők azon jogát, hogy a szoptatás ellen döntsenek, de rögtön utána hozzá is teszik, hogy akkor, ha egy nő nem

akar szoptatni, valószínűleg nincs elegendő információ birtokában a szoptatás előnyeiről. Mivel a diskurzus része a szoptatás természetes, normális, női volta, ezért azokkal kapcsolatban, akik nem akarnak szoptatni, a természetellenes, abnormális viselkedés gyanúja merül fel. Mindezt felerősíti az a vélekedés, hogy a nem szoptató anya a lehetséges legjobb egészségi kimenetelhez való jogtól fosztja meg gyermekét, ha nem szoptatja. Gondolatmenetének ez a része is problematikusnak nevezhető. Egyfelől igaz, hogy a nem szoptatás hátterében nagyon sokszor információhiány áll. Azonban a WHO kulcsdokumentumai, és az ezek nyomán keletkező nemzeti ajánlások csupán annyit szögeznek le, hogy az anyának biztosítani kell a független információkon alapuló döntést ezekben a kérdésekben. Freudenschuss szerint azonban nyilvánvaló, hogy ezek az egészségpolitikai imperatívuszok megnyirbálják a nők önrendelkezési jogát és autonómiáját, szoptatás elleni döntésük esetén a "jó anya" normáján kívül helyezik magukat. Mivel a szoptatás előnyeinek felsorolása során a hosszú távú hatásokat is említik, a szoptatás ellen döntő nőnek fel kell vállalnia, hogy döntésével a felnőttkorra is kiható negatív hatást gyakorol gyermekére. Megemlíti még, hogy a hat hónapig tartó kizárólagos szoptatás ajánlása akadályozza a nemek közötti egyenlő munkamegosztás megvalósulását is a gyermekkel kapcsolatban. Az utóbbi években több publikáció is utalt arra, hogy az anyák egyre erősbödő társadalmi nyomásnak vannak kitéve a szoptatással kapcsolatban. A hetvenes években még magánügy volt, most népegészségügyi kérdéssé lépett elő. Ezért fenyegető közelségbe került az a lehetőség, hogy a nők elveszíthetik egy felettébb személyes és intim területen a döntési jogot. Freudenschuss és Joan B. Wolf (93) szerint a jelenlegi szoptatással kapcsolatos diskurzus a nyilvános rossz közérzetet tükrözi a kockázatokkal, az egészséggel és az anyasággal kapcsolatban. A szoptatás tápszeres táplálásnál egészségesebb voltát megkérdőjelezi. A feminista kutatás célját abban látja, hogy a nők pozícióit és szükségleteit is érvényre juttassák ezekben a diskurzusokban.

Nyilván az ehhez hasonló okfejtések is magyarázzák azt a tényt, hogy Németországban a szoptatásról szóló döntést az intimszféra részének tartják, így az egészségügyi kormányzat hosszú ideig ódzkodott a szoptatási irányelvek összeállításától, ez végül csak 2021-ben történt meg. (94)

Gabrielle Palmer, a Babymilk Action egyik alapító tagja, szoptatási és táplálkozási tanácsadó alapvetően nőközpontú könyvében a szoptatási kultúra hanyatlását azzal az

egyre erősödő nyomással hozza összefüggésbe, amelyet a bébiipar termékeinek kiterjedt marketingje és a háttérben álló vállalatok lobbitevékenysége okoz. Álláspontja szerint nem fűződik gazdasági érdek a szoptatáshoz, ellenben a tápszerek, bébiételek és a hozzá kapcsolódó termékek forgalmazásához jócskán. Ezeknek a termékeknek már csak azért is erőteljes marketingre van szükségük, mert túlnyomó többségük teljesen felesleges, és fontosságuk, eladhatóságuk a szoptatási és étkezési kultúra hanyatlásával párhuzamosan kezd emelkedni. Az ipar képviselőinek tehát elemi érdeke fűződik ahhoz, hogy igényt generáljanak termékeik iránt. Ez nem csak felesleges és nem is kicsi kiadásokat eredményez a családok számára, hanem alaposan aláássa a nők önbizalmát csecsemőjük egészséges táplálásával kapcsolatban. (35) Állításainak konkrét megvalósulásáról egy thaiföldi publikáció tudósít, amelyben a szerzők részletesen bemutatják, milyen CPA (corporate political activity) módszerekkel ásták alá az ország különösen szigorú szabályozását a tápszer és bébiétel marketingre vonatkozóan. (62) A nők feletti hatalom gyakorlásának ebben a kontextusban sokkal inkább gazdasági mozgatórugói vannak.

I.9. Etnikum és szoptatás

A szoptatás nem megvalósulásának vagy túlságosan rövid időtartamának hátrányai fokozottan érintik az egyébként is egészségügyi és gazdasági hátrányokkal küzdő etnikai kisebbségeket. Ezért számos kutatás foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy mi az oka a szoptatási tendenciák drámai fordulatának: miért éppen azok a népcsoportok szoptatnak manapság egyre kevésbé, akik korábban a fehéreknél jóval nagyobb arányban, szinte kivétel nélkül szoptattak. Ugyanilyen lényeges kérdés, hogy melyek a leghatékonyabb stratégiák a tendencia megfordítására.

A legrészletesebben feltárt helyszín az Egyesült Államok. Jones, Power, Queenan és Schulkin faji, etnikai egyenlőtlenségek és szoptatás összefüggéseit vizsgálva 2015-ben megállapítják, hogy az Egyesült Államokban az etnikai kisebbségekhez tartozó nők szoptatási arányai továbbra is elmaradnak a fehér nők szoptatási arányaitól. (95) Legkisebb arányban és legrövidebb ideig az afro-amerikai nők szoptatnak, leghosszabb ideig és legnagyobb arányban az ázsiaiak. Szocio-ökonómiai jellemzőket tekintve a fiatal, alacsony jövedelmű, afro-amerikai, hajadon, alacsony iskolázottságú, nem tervezett várandósság után szülő, túlsúlyos vagy elhízott, WIC-programban részt vevő nők között a legrosszabbak a szoptatási arányok. (96) A WIC program várandósokra

és gyermekekre irányuló központi egészség támogató program, melynek többek között az egészséges életmód és a szoptatás támogatása volna a feladata - lényegében az egészségügyi hátrányok kiküszöbölése - ám szolgáltatásaik közé tartozik az ingyenes tápszer ellátmány biztosítása is a rászorulóknak. Feltehetően ez az az intézkedés, amely éppen ellenkezőleg hat, mint a program eredeti célkitűzése. Az afro-amerikai anyák jelentős része már a 2. életnapon elkezd tápszert adni újszülöttjének, és összességében a fehérek 2,5-szer gyakrabban kezdenek neki a szoptatásnak, mint az afro-amerikaiak. A hispánok meglehetősen heterogén csoportot alkotnak szoptatási szokások tekintetében attól függően, hogy honnan származnak. (97)

Közös tényezőnek látszik azonban az akkulturáció, amely az eredeti kultúrától való eltávolodás fokát méri. A szoptatási időtartam azoknál magasabb, akik kevésbé akkulturálódtak. Az indiánok és eszkimók szoptatási arányai a második legrosszabbak az afro-amerikaiak után, s ami aggasztó, hogy a tendencia viszonylag rövid idő leforgása alatt erőteljesen romlik. 97%-uk ad tápszert csecsemőjének. Azok, akik hat hónaposan még szoptatnak, nagy valószínűséggel egyéves kor után is folytatják. A rendelkezésre álló adatok szerint azoknak a bevándorló gyerekeknek van legnagyobb esélyük, hogy 6-12 hónaposan még szoptassák őket, akiknek a szülei még külföldön születtek. A második, már az Egyesült Államokban felnövő generációnál már jóformán tökéletesen eltűnnek az első generációban még meglevő előnyök - többek között a szoptatás területén. Az Egyesült Államokban nincs mindenki számára biztosítva még a hat hét anyasági szabadság sem. Különösen az alacsony jövedelmű munkák esetében fordul elő, hogy nem tartoznak az anyasági szabadság kiadását előíró rendelet hatálya alá, ezért sok afro-amerikai anya már két héttel szülés után kénytelen ismét munkába állni. Az alacsony jövedelmi kategóriába tartozás tehát többszörösen hátrányos helyzetet eredményez. Ezekben a munkakörökben adottak legkevésbé a munkahelyi fejés feltételei. A leghatékonyabb szoptatást támogató intézkedéseknek az etnikai kisebbségek esetében is a kisebbséghez tartozó önkéntes segítő, az egészségügyből érkező szaksegítség, a rendszeres szoptatási tanácsadási időpontok és a várandós felkészítés bizonyultak.

Az Egyesült Királyságban európai viszonylatban és az Egyesült Államokhoz képest is alacsonyak a szoptatási arányok, az etnikai összefüggéseket tekintve azonban éppen ellentétes irányúak, amire nem könnyű magyarázatot találni. A szoptatás

megkezdésének aránya emelkedő tendenciát mutat 1990 óta, amikor csak az anyák 62%-a kezdett szoptatni, míg 20 évvel később a 30 évesnél idősebb anyáknál 87 %-os a szoptatás megkezdésének aránya, etnikai kisebbségeknél pedig 96-97%. (98)

I.9.1. A modernizáció hatása

Egy kicsit más aspektusból, más helyszínen közelít etnikum és szoptatás kapcsolatának témájához Veile és Kramer. (99) Különösen tanulságos nyomon követni a napjainkban zajló globalizációs-modernizációs folyamatokat, amelyek erőteljes és gyors hatást gyakorolhatnak bizonyos, hagyományosan hosszan szoptató népcsoportok szoptatási szokásaira, akik nem maguk mennek bevándorlóként egy fejlett országba, hogy ott kisebbségi etnikai csoportot alkossanak, hanem a globalizáció tör be elzárt világukba. Magyarországon jó példa erre a hagyományos, zárt közösségben élő cigányok szoptatási szokásainak változása városi, elővárosi környezetbe kerülve, változó szociokulturális hatásoknak kitéve, a korábbitól eltérő anyasági mintákkal szembesülve. Jellemző tendencia a szoptatás időtartamának csökkenése, a tápszer, tehéntej adása, a korai hozzátáplálás térhódítása már hat hónapos kor előtt, ami különösen hátrányosan érinti gazdasági és egészségügyi szempontból is a javarészt szegénységi küszöb alatt élő családokat. A modernizáció eredményeképpen a nők a hagyományostól eltérő, házon kívüli, többnyire az otthontól távoli, nem jól fizetett, szakképzettséget általában nem igénylő munkákat végeznek, ráadásul az anyavédelmi törvények sokszor nem vonatkoznak rájuk (ha nem bejelentett munkáról van szó), illetve nincs biztosítási jogviszonyuk. Ez sokszor kényszerű távollétet jelent a csecsemőtől már élete első heteiben is. Ahogy a következő példa is mutatja, nem önmagában a munkavégzés az, ami a szoptatás ellenében hat, hiszen a nők mindig is dolgoztak, hagyományosan önellátó struktúrákban, hanem az, ha a munkavégzés helyszíne az otthontól távol van, és a munka jellege miatt a gyermek jelenléte nem megoldható. Ez is a tápszer adása felé tereli a folyamatot, hiszen az idősebb, ezért munkát már nem találó családtag tudja átvenni a kisbaba felügyeletét és táplálását. Sajnálatos módon, azokban az országokban (például Magyarországon, a Skandináv államokban), ahol vannak anyavédelmi törvények, létezik fizetett szülési szabadság, szoptatási munkaidő kedvezmény, ezek az intézkedések a legális munkaerő piacba integrálódott nők számára jelentenek segítséget, a szociálisan leginkább leszakadó rétegnek (alkalmi munkások, napszámosok, fekete gazdaság) nem.

Veile és Kramer kutatásában egy maya közösségben végbement hasonló változások hatását követhetjük az elemzett interjúk alapján. Mexikóban a vidéki népesség 63,6%-a él a szegénységi küszöb alatt, s e népesség zömét bennszülöttek teszik ki. Egy 1997-ben meghirdetett támogató program, a Progresa, melyet 2003-ben Oportunidades néven hirdettek ki ismételten, a szegénység generációról generációra újratermelődő körét szeretné megszakítani. Ezt a célt egészségügyi szolgáltatásokkal, táplálékkiegészítőkkel, oktatási kezdeményezésekkel és segélyekkel próbálták elérni. A mexikói családok 30%-a (főként vidékiek és bennszülöttek) volt kedvezményezettje a programnak, amely jól dokumentált, pozitív hatást gyakorolt a gyermekek növekedésére, egészségére és fejlődésére. Ugyanakkor negatív tendenciákat is megfigyeltek: a program bevezetése óta jelentősen csökkent a szoptatást megkezdők aránya és a szoptatás időtartama. Ráadásul a császármetszési arány is drasztikusan nőtt az 1994-es 24,2%-ról 2010-ben 44,8%-ra, még a szegény, vidéki népesség körében is. Számos bennszülött mexikói népcsoport egészen a közelmúltig fenntartotta hagyományos szülésekkel és szoptatással kapcsolatos gyakorlatát. Ezért a kutatók feltételezték, hogy a hirtelen változás oka a szülés helyszínének a kórházba helyeződése, a császárarányok drasztikus növekedése járulhatott hozzá a szoptatás hagyományos mintázatainak visszaszorulásához. A kutatópáros szerint korábban nem került még sor olyan kutatásra, amely távol élő népcsoportok szoptatással kapcsolatos szokásainak változásával foglalkozott volna közvetlenül azután, hogy az egészségügyi ellátórendszer vonzáskörébe kerültek. Más, alacsony jövedelmű országokban végzett kutatások azt mutatják, hogy a szülés közbeni orvosi beavatkozások és a császármetszés ténye negatívan befolyásolhatja a szoptatást. A mayák esetében ehhez a nyelvi elszigeteltségből fakadó hátrányok is hozzájárulnak, hasonlóan, mint az inuitok esetében. Veile és Kramer egy kicsi, földműves maya közösség példáján keresztül vizsgálja a modernizáció hatását a szülésre és a szoptatási szokásokra Mexikóban, egy Xculoc nevű településen, amelynek lakói csak a legutóbbi húsz évben részesülnek modern egészségügyi ellátásban, és ennek következtében növekvő kórházban szülési aránnyal és egyre több császármetszéssel. Körükben 2007 és 2011 között 2,6 év volt a szoptatás átlagos időtartama, de feltételezték, hogy ez, a szülési körülményekhez hasonlóan, változóban van. 1992-ben a falu 316 lakója még csak egészen minimális mértékben volt jelen a munkaerőpiacon és a piacgazdaságban. A faluba nem vezetett kiépített út. Étrendjük főként helyben termelt kukoricából állt, folyó víz, elektromosság

és tömegközlekedés nem volt. Mindenki részt vett a mezőgazdasági munkákban. Egészségügyi ellátás helyben nem állt rendelkezésre, a nők otthon szültek és nem alkalmaztak fogamzásgátlást, így egy nőre 7-8 szülés jutott a reproduktív évek alatt, amikor is vagy várandósak voltak vagy szoptattak. Jelenleg a lakosság meghaladja az 500 főt. Az útépítésnek köszönhetően megélénkült a gazdasági tevékenység, a mezőgazdasági gépesítés megindult, egyre több kívülről származó élelmiszer kerül a faluba. 1997-ben alapítottak egy kis kórházat, amely alkalmas a kisebb betegségek, sérülések ellátására. Havonta egy-kétszer orvos és egészséggondozó látogat el a körzetbe. A terhesgondozás már hozzáférhető, és a legtöbb fiatal nő annak ellenére a kórházi szülést választja, hogy a faluban dolgozik bába. A bábák hagyományosan az igény szerinti, hosszú távú szoptatást támogatják, míg a kórházakban változó hatékonyságú és a szakembertől is függő a szoptatástámogatás. Mexikóban az orvosokkal és nővérekkel szemben elvárás a szoptatás támogatása, de gyakorlatban ez csak részben valósul meg. Pérez-Escamilla és munkatársai Brazília és Mexikó szoptatástámogató programját és eredményeit hasonlítják össze a Breastfeeding Gear Model segítségével, és ebből jól látszik, hogy a sikertelenség strukturális okokra vezethető vissza. (83)

Veile és Kramer kutatásából kiderül, hogy azok közül az anyák közül, akik 1961 és 1991 között szültek utoljára, senki nem adott tápszert gyermekeinek. Az 1992 és 2002 között utoljára szülők közül 36% adott már tápszert legkisebb gyermekének, a 2003 és 2014 között utoljára szülők között már 70%-os ez az arány! Kimutatták, hogy a tápszeres táplálás aránya 1992 és 2014 között évről évre szignifikánsan nőtt. Hasonlóan markáns változás, hogy az utolsó korcsoportban már bébiételeket is használnak az anyák, felváltva ezzel a korábban a közösségre jellemző gyakorlatot, a kizárólag helyben termelt élelmiszerek fogyasztását. Kiderült továbbá, hogy míg a szülés helyszíne nem befolyásolta a szoptatás megkezdésének arányát, az időtartamot már igen, mivel az anyák fiatalabb generációja az orvos ajánlását szem előtt tartva 6-12 hónapos korig tervezett/tervez szoptatni. A császármetszés viszont szignifikánsan csökkentette a kizárólagos szoptatás előfordulását, és így minden bizonnyal hozzájárult a drasztikus növekvő tápszer adási arányhoz. Hasonló jelenséget figyelhetünk meg az inuitoknál is, akik korábban a leghosszabban szoptató népcsoportok közé tartoztak 3-6 éves kor közötti elválasztódással. (100) Asuri, Ryan és Arbour (101) 2011-2012-es adatokat feldolgozva megállapítja, hogy az inuit csecsemők 24%-át sosem szoptatják, sőt a kis súlyú vagy

koraszülött inuit csecsemők körében ez az arány 46,7%, kevesebb, mint Kanada fehér lakossága esetében. Magyarázatként szolgálhat erre a szülés helyszínének változása, az anya és az újszülött elkülönítése, a koraszüléshez vezető okok szaporodása (magas koraszülési arány), és az újszülött nevelőszülőhöz/örökbefogadó szülőkhöz adása újszülött korban (custom adoption), ami az újszülöttek körülbelül 30 százalékát érinti. Az arányok valamivel kedvezőbbek az inuit autonóm területen belül élő inuitok esetében, és kedvezőtlenebbek a városokban élőknél.

I.10. Személyes tényezők a szoptatás időtartamának hátterében

Bármilyen sokat is tesz az egészségügyi ellátórendszer a szoptatás gyakorlati támogatása érdekében, bármilyen kedvezőek is a családvédelmi törvények és az anyasági, gyermekgondozási szabadság időtartama, fizetett volta, sok olyan tényező marad, amelyeket sem az egészségügyi ellátórendszer, sem a kormányzat nem tud egyszerű módszerekkel befolyásolni. Ez a már részletesebben bemutatott svéd példa (63) esetében is nagyon szembeszökő: bár minden feltétel ideálisnak tűnik, a szoptatási arányok mégis csökkenni kezdtek. A szoptatás életmódválasztás is egyben, amely egy időre meghatározza az anya mozgásterét attól függően, hogy a társadalom, amelyben él, mennyire elfogadó a nyilvános szoptatással és a szoptató nők speciális igényeivel kapcsolatban. A szoptatási kedvet nyilvánvalóan befolyásolja, hogy egy szoptató nő mennyire érzi magát elfogadottnak az otthonán kívüli környezetben. A szoptatás önmagában sem a tanulásnak, sem a munkának nem akadálya, de kivitelezése ezekben az esetekben az intézményektől, munkáltatóktól és a családtól is konstruktív hozzáállást igényel. Az értekezés kereteit már túllépi mindazon tényezők részletekbe menő elemzése, amelyek a személyes viszonyulások kialakulásához vezethettek az eddig már említetteken kívül. A továbbiakban az életmódtényezők közül szeretnék néhányat részletesebben bemutatni azok közül, amelyek megítélése vitatott, de éppen ezért kitűnően rávilágítanak arra, hogy a modern társadalmak egyfajta tudathasadásos állapotban állítják azt, hogy támogatják a szoptatást. Miközben egyes ajánlások és gyakorlatok támogatóak, mások éppen ellenkező irányban hatnak.

I.10.1. Alvási szokások: anya-csecsemő biológiai egysége

A szoptatás egyik legfontosabb és legnyilvánvalóbb paramétere, hogy kivitelezéséhez az anyának és a gyermeknek együtt kell lennie és szoros testi kapcsolatba kell kerülnie. Mivel a sikeres szoptatáshoz és a megfelelő tejtermeléshez igény szerinti szoptatásra van szükség (18), amely az anya és a csecsemő biológiai adottságait és aktuális állapotát is figyelembe veszi, a szoptatás kivitelezését nagyban megkönnyíti, ha az anya és a csecsemő a nap 24 órájában együtt van. Különösen az éjszakai gondoskodást könnyíti meg, ha a szoptatások során a csecsemő kéznél van, és a szoptatásokra szinte észrevétlenül sor kerül, lehetővé téve az anya viszonylag zavartalan pihenését is. Ez egyáltalán nem mellékes tényező, hiszen ahhoz, hogy az anya szívesen folytassa a szoptatást, alapfeltétel, hogy gazdaságosan bánhasson erőforrásaival. Az emlősök körében egyébként általános, senki által meg nem kérdőjelezett gyakorlat, hogy az anyaállat együtt van kölykével legalább az elválasztódási folyamat kezdetéig, csak az ember esetében merültek fel aggályok.

Mileva-Seiz és munkatársai (102) 659 témába vágó anya-csecsemő együttalvásról szóló közleményt tekintettek át, s már önmagában ez a magas szám is jelzi, hogy felettébb ellentmondásos megítélésű témáról van szó. Az együttalvás (bed-sharing) azt a gyakorlatot takarja, amikor a szülő együtt alszik gyermekével, egyazon fekvőfelületen, többé-kevésbé testkontaktusban. A szoptatáshoz ott kapcsolódik az együttalvás témája, hogy biológiai, evolúciós szempontból nézve az ember is az emlősök útját követi, és szoros közelségben alszik kölykével. Ez a folyamatos, szoros közelség az emlőskölykök azon életszakaszában, amikor képtelenek az önálló táplálkozásra, menekülésre, önvédelemre, hőszabályozásra, lényegében az életben maradás feltétele. Így volt ez az emberiség történetében is, és így van ez jelenleg is világszerte számos kultúrában, ahol bátorítják és el is várják ezt a gyakorlatot. Körülbelül kétszáz évvel ezelőtt vette kezdetét a szeparációs gyakorlat az iparosodott országokban a változó kulturális normáknak megfelelően, amelyek az individualizmusra, a romantikus szerelemre, a házasság szentségére helyezték a hangsúlyt, a tápszer és a cumisüveg pedig egyre elfogadottabbá vált. (103) A szoptatás részben biztosítja a csecsemő számára létfontosságú testközelséget, emberi kapcsolódást, táplálékot és immunológiai védelmet a szoros testközelség révén létrejövő biokémiai mechanizmusok által. Másfelől a szoptatás gyakorlatát az anya számára is megkönnyíti a csecsemővel való fizikai együttlét. Kevésbé közismert információ (noha logikusan következik abból, hogy a hosszú szoptatási

szünetetek, a kevesebb szoptatási alkalom csökkentik a tejtermelődést), hogy az éjszakai szoptatás pozitívan befolyásolja a szoptatás időtartamát, az éjszakai szoptatást pedig megkönnyíti az együttalvás - ezért választja ezt a lehetőséget ösztönösen is sok millió anya Földünkön.

Ugyanakkor az is kétségtelen, hogy az együttalvást mindig is viták kísérték, az anyákat hibáztatták a velük egy ágyban, élettelenül talált csecsemők haláláért (Pl. Biblia, Királyok könyve 19). Az elmúlt évtizedekben pedig a javuló egészségügyi viszonyoknak köszönhetően egyre inkább előtérbe került egy amúgy ritka[4] halálok, a hirtelen csecsemőhalál, a SIDS jelensége, és számos, ellentmondásos egészségügyi ajánlás látott napvilágot ezzel kapcsolatban. Ezek egy része a SIDS kockázat csökkentésére összpontosít, más része morális, kulturális szempontok miatt tiltja. A nyugati kultúrában a függetlenség kultusza hódít, amely szerint a gyermek fejlődése során a legfontosabb célkitűzés, hogy minél korábbi életkorban függetlenné /önállóvá váljék.

Mileva-Seiz és munkatársai szakirodalmi összefoglalójának célja, hogy különböző szempontok mentén rendszerezzék és értékeljék az együttalvásra vonatkozó irodalmat. Az áttekintésnek itt főleg a szoptatással összefüggő részeit ismertetem.

Sarkalatos pont, hogy mi alapján ítéljük meg az együttalvás gyakoriságát. A szerzők a többféle etnikumot és kultúrát egyaránt vizsgáló, véletlenszerű mintavételen alapuló kutatásokat tartják elfogadhatónak, azért, hogy általánosan értelmezhető eredményeket kapjunk. Bár egyes kutatásokban az egy szobában alvás is együttalvásnak számított, ezeket kihagyták az elemzésből, és csak a tényleges, éjszakánként legalább két órát kitevő, rendszeres együttalvást térképezték fel. Ha több, nem teljesen azonos eredményre jutó kutatás is készült egy-egy országról, átlageredményt is számoltak. Ennek alapján roppant színes kép bontakozik ki, illusztrációképpen néhány kiragadott példa az együttalvás arányáról: Izrael: 6%, Olaszország 6,4%, Ausztrália 8,5%, Németország 10%, Ausztria 30, Nagy-Britannia 13,2%, Egyesült Államok 23%, Norvégia 30,8%, Kenya, Kamerun, Mozambik, Mongólia 100%, Japán 54%, Vietnam 83%, Szaud-Arábia 75%. A szerzők fontosnak tartják a különbség tételt a szándékos és a reaktív együttalvás között. A szándékolt együttalvás kulturális gyakorlatot tükrözhet vagy a szülők

[4] Gyakorisága Magyarországon kb. 18-36/100.000szülés (Szakmai protokoll, dr. Machay Tamás, 2003), USA 38,7/100.000 szülés 2014-ben http://www.cdc.gov/sids/data.htm, maori népesség Új Zéland 70/100.000 szülés, egy maori lánycsecsemő kockázata ötszöröse a nem maori lánycsecsemőének. http://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/tatau-kahukura-maori-health-statistics/nga-mana-hauora-tutohu-health-status-indicators/infant-health

elhatározásán múlik, és rendszeres, tervezett együttalvást takar. A reaktív együttalvás azonban szülői reakció az éjszaka többször is felébredő, kitartóan szülei közelségét kereső gyermek viselkedésére, amikor is célszerű saját nyugalmuk érdekében kivételesen vagy rendszeresen engedélyezni a gyerek jelenlétét a szülői ágyban. A SIDS kockázati tényezők felsorolásában rendszeresen szerepel az együttalvás, azonban nem tesznek különbséget a reaktív és az intencionális együttalvás közt. Feltételezhető, hogy ez mégiscsak lényeges, és a szoptatás szempontjából is fontos különbségeket takar, célszerű volna a jövőbeli kutatásokban és ajánlásokban ezt a szempontot érvényre juttatni.

A nyugati országokban ellentmondásos tanácsokat kapnak a szülők az ideális alvási hellyel kapcsolatban. Míg a nevelési könyvek egy része helyteleníti, és a párkapcsolatra veszélyesnek állítja be, más irányzatok, amelyek "attachment parenting"-nek, azaz kötődésen alapuló nevelésnek nevezünk, kimondottan ajánlják a biztonságos együttalvás gyakorlatát. Ide tartozónak érzik annak említését is, hogy kétféle anyai nevelési intenció létezik a fejlett országokban, az egyik a szabályozó (mother-led caregiving), a másik az igény szerinti (infant-led caregiving), és az utóbbi irányzatot követő anyák körében gyakoribb az együttalvás. Az egészségügyi szakmai ajánlások álláspontja teljesen egyértelmű: nem javasolják az együttalvást. (104)

Az együttalvás és szoptatás összefüggéseit firtatva a szerzők megállapítják, hogy az együttalvás leggyakoribb okának a szoptatás facilitálását tekintik. A szoptatás és az együttalvás pozitív kapcsolatát számos, igen nagy esetszámú kutatás bizonyítja egyesült államokbeli, nagy-britanniai, svéd, brazil, barbadosi, új-zélandi, malajziai, ausztráliai és írországi minták alapján. Ugyanez derült ki egy 17 országot bevonó nemzetközi kutatásból, az (ICCPS) International child care practices study-ból is. Egyetlen olyan kutatás ismert, amely eltérő eredményre jutott az Egyesült Államokban, afro-amerikai anyák körében, ebből az derült ki, hogy csupán az alacsony jövedelmű rétegnél kapcsolódik az együttalvás gyakorlata a szoptatáshoz.

A szoptatás és az együttalvás kapcsolata a kutatások alapján kölcsönösen ösztönzőnek tűnik. A szoptatás facilitálása az egyik legerőteljesebb előrejelzője az együttalvásnak, míg a szoptatás befejezése tekinthető az együttalvás befejezését jelző egyetlen szignifikáns prediktornak. Saját kutatási témám szempontjából talán a legjelentősebb összefüggés az, hogy a rendszeresen, születésétől kezdve anyjával együtt alvó gyermek az Infant Feeding

Practice Study eredményei alapján tovább szopik (105), valamint *háromszor annyi időt tölt az éjszaka folyamán szopással,* mint az anyjával nem együttalvó gyermek. (106)
Egy brazil kutatásban három hónaposan együttalvó csecsemőknél kisebb volt a valószínűsége, hogy 12 hónaposan már nem fognak szopni. (107)
A témában végzett kevés számú randomizált kutatás közül az egyikre kórházi környezetben, szülés után közvetlenül került sor. Az egyik csoportban az anyák együtt aludtak, vagy az ágyukhoz rögzített oldalkocsiban tartották az újszülöttet, a másik csoportban az anya ágyától teljesen független fekvőalkalmatosságban. Az anyával együtt alvó újszülöttek gyakrabban szoptak. Alváslaboratóriumi vizsgálatok is azt igazolták, hogy együttalvók esetében hosszabbak és gyakoribbak az éjszakai szoptatási epizódok. (108)
A további kutatások célja egyértelműen az, hogy felderítse, ok-okozati-e a kapcsolat a szoptatás időtartama és az együttalvás között. A jelenlegi adatok arra engednek következtetni, hogy kétirányú modellről van szó (bi-directional model), amelyben az együttalvás egyfelől a szoptatás következménye, másfelől az együttalvás facilitálja a szoptatás folytatását.
Azzal kapcsolatosan, hogy mit tekintünk alvási *problémának* illetve milyen gyakorlaton próbálunk egészségügyi irányelvekkel változtatni, igen fontos, ám kevéssé figyelembe vett tényező, hogy az anya szándékos/tervezett - vagy reaktív együttalvó-e. Az utóbbiak ugyanis lényegesen több feszültségről, elégedetlenségről és problémáról számolnak be az alvással kapcsolatban. Ugyanígy, az etnokulturális tényezők figyelmen kívül hagyása gyakorlatilag minden, alvással kapcsolatos preventív üzenetet hatástalanít. Érdekes, a szoptatás szempontjából fontos, és további feltárásra váró terület az az együttalvó gyermek szervezetében lejátszódó fizikai változások összessége. Az együttalvóknál hosszabb az aktív alvás szakasz, és álmukban jóval reaktívabbak a környezeti ingerekre. Ez például a SIDS szempontjából akár védőfaktor is lehetne, ám jelenleg még viták folynak arról is, hogy ez a megfigyelés normális biológiai paraméternek tekinthető, vagy inkább az együttalvás okozta *stressz* váltja ki. A szoptatás szempontjából logikusnak tűnik az előbbi feltételezés, mert ez segíti elő az anya-gyerek alvásciklusok összehangolódását és a gyors, az anyai alvást kevésbé megzavaró reakciót a gyermek éjszakai jelzéseire.

Úgyszintén a szoptatáshoz is kapcsolódó felvetés lehet az a fejlődéspszichológiai kérdés, hogy az együttalvás hogyan viszonyul a gyermek biztonságos, vagy épp ellenkező leg, nem biztonságos kötődéséhez. A nyugtalan éjszakai alvás ugyanis reakció is lehet az anya elérhetőségének inkonzisztenciájára. [5]

A szerzők javaslata, hogy a kérdéssel a jövőben olyan interdiszciplináris csapat foglalkozzon, amely kiérdemli a "psychoantropopediatrics" címkét. Ez a felvetett problémák fényében igen ésszerűnek tűnik.

Miután a SIDS elleni védőfaktorok között előkelő helyen áll a szoptatás, nyilvánvalóan nem célravezető egy olyan ajánlás megfogalmazása a SIDS megelőzése céljából, ami negatívan érinti vagy érintheti a szoptatás időtartamát. Ball és Volpe (109) szakirodalmi összefoglalójának célja, hogy felhívják a figyelmet a csecsemő alvóhelyéhez kapcsolódó etnikai és szubkulturális tényezőkre. A kockázatcsökkentő üzeneteket e szempontok figyelembe vételével a kulturális értékeket tisztelő ajánlásokká lehet átalakítani. Ez leginkább úgy lehetséges, ha egy bizonyos populáción szerzett kutatási eredmények alapján nem fogalmazunk meg egészen más kulturális identitású csoportoknak ugyanolyan üzeneteket.

További fontos lépést jelentett annak tisztázódása, hogy a szoptatás jelentősen csökkenti a SIDS kockázatát. Emiatt az az általánosan megfogalmazott ajánlás, hogy kerüljük az együttalvást, még viszonylag homogén populációkban is elhibázottnak bizonyul, hiszen az együttalvásra nem egyforma okokból, nem egyforma motiváció miatt és nem egyforma körülmények között kerül sor - ennélfogva nem is hordozhat minden populáció számára egyforma mértékű kockázatot.

I.10.2. A társas támogatás jelentősége a szoptatás támogatásában és időtartamában

A szoptatás sikerességét, időtartamát, az anya által megélt nehézségek súlyosságát jelentősen befolyásolja az a tényező, hogy szűkebb családi környezete milyen támogatást nyújt neki. A szoptatás ugyanis az anya idejének, érzelmi energiáinak jelentős részét igénybe veszi. A szoptatás első három hónapjában az egy nap alatt szoptatással töltött idő a 7-8 órát is elérheti (mintha főállásban dolgozna valahol!), mert az első három hónapban

[5] Például jellemzően akkor, ha az anya viselkedése nem következetes, és emiatt a gyermek számára kiismerhetetlen: hol megengedi az együttalvást, hol nem. Hol szívesen és szó nélkül szoptat éjszaka, hol meg tiltakozik ellene, és arra próbálja rávenni gyermekét, hogy szoptatás nélkül aludjon el, de azután a hosszas sírás hatására mégis meggondolja magát.

a csecsemők szopási igénye fokozott, valamint az anya és a csecsemő biológiai adottságaitól függően több vagy kevesebb időre lehet szükség ugyanazon tejmennyiség elfogyasztásához. Az első három hónapban a csecsemők testkontaktusigénye és non-nutritív szopási igénye is fokozott. Ha ehhez még azt is hozzátesszük, hogy az első hetek, hónapok természetszerűleg az összehangolódást szolgálják, akkor jól kirajzolódik, hogy ez az időszak a szokásosnál jóval intenzívebb támogatást tesz szükségessé azzal párhuzamosan, hogy az anya viszont kevesebb törődést, munkát tud nyújtani családtagjainak. Magától értetődik, hogy abban az esetben, ha az anya teljesen magára marad, a szoptatás ideálisnak tekintett időtartama nehezen vagy sehogyan sem tud megvalósulni. A korábbi évszázadokban a mai, magas jövedelmű országokra jellemző magcsaládokkal ellentétben a többgenerációs együttélés volt jellemző, ezért az anya könnyen hozzájuthatott a szükséges társas támogatáshoz. E tényezők fontosságának felismerése vezetett a téma kiterjedt kutatásához a múlt század kilencvenes éveitől kezdve, amikor az anyai attitűd, és az ezt befolyásoló tényezők egyre inkább a tudományos érdeklődés fókuszába kerültek.

A kutatások egy része azzal foglalkozott, hogy kik azok a személyek szűkebb környezetéből, akiktől az anya támogatást kap, kinek a véleménye, tapasztalata mérvadó számára leginkább, vagyis ki a referenciaszemély számára szoptatási kérdésekben. A kutatások ezen kívül arra fókuszáltak, hogy a szoptatási edukációt hogyan lehet ezekre a referenciaszemélyekre kiterjeszteni. Elég jelentős különbségek mutatkoznak a magas jövedelmű és az alacsony vagy közepes jövedelmű országok között ezen a téren.

Rögtön az első példám azt mutatja azonban, hogy a megszokott támogatási útvonalak átalakulóban vannak. Ausztráliában őslakos anyák esetében Binns és munkatársai 2004-ben nem találtak különbséget a nem őslakos anyákhoz képest abban, hogy az apa személye a legfontosabb a szoptatástámogatásban. Ez azért érdekes, mert egyébként a hagyományok szerint a legközelebbi, idősebb nőrokon lenne ez a támogató személy, a fiatal anya saját édesanyja vagy anyósa. (110)

Azokban a közösségekben, ahol legalább nyomokban megtalálhatók még a korábbi támogatási útvonalak, az aggasztó mértékben csökkenő szoptatási kedv megállításának és a szoptatási hajlandóság növelésének lehetséges kulcsát a nagymamák bevonásában látták. Houghtaling és munkatársai kvalitatív kutatásukban azt vizsgálták, hogy az indián nagymamák tapasztalatai és attidűdjei a szoptatással kapcsolatban milyen mértékben

teszik őket bevonhatóvá az egészségügyi rendszerből érkező szoptatástámogatásba. Cél az együttműködések lehetséges útvonalainak feltérképezése volt. (111)

Chang és munkatársai a családi társas támogatást feltáró kvalitatív kutatások metaelemzését végezték el 2021-ben, és következő fontos szempontot különítettek el:

- A családtagok tudása és tapasztalatai a szoptatással kapcsolatosan
- A csecsemőtáplálási döntések komplex háttere
- A szoptatás ténye és a kívülállók véleménye erről
- A szoptatás hatása a családra, személyes, anyagi, közösségi, kulturális, vallási, érzelmi tényezők alapján

Elmezéseik alapján megfogalmazták azt a javaslatot, hogy az egészségügyi dolgozók igyekezzenek minél inkább bevonni a szoptatásra felkészítésbe és a szoptatástámogatásba az anya releváns családtagjait. (112)

Kínában aggasztóan csökkennek a szoptatási arányok, aminek összetett okai vannak. Lényeges szerepet játszik benne a tápszermarketing hatása, az a gazdasági fellendüléssel összefüggő elvárás, hogy a fiatal anyák dolgozzanak, és gyermeküket valamelyik nagymama gondjaira bízzák, és nem utolsó sorban az a tény, hogy a jelenlegi nagymamák szoptatási tapasztalatai az egykerendszer miatt korlátozottak. Ke és munkacsoportja Kínában vizsgálta a társas támogatás kérdését, és arra a következtetésre jutottak, hogy az először szülők körében hatékonyan növelhető a kizárólagos szoptatás időtartama, ha a szülésre és szoptatásra felkészítő tanfolyamokba bevonják a családtagokat is. (113) Ugyanerre a következtetésre jutott az a kutatás is, amelyik a vélt családi támogatás viszonyát vizsgálta a kizárólagos szoptatással Kínában. (114) Nem meglepő módon Angliában is hasonló következtetésre jutottak a kutatók, ami azt mutatja, hogy még nagyon eltérő társadalmi-kulturális környezetben is lényegében ugyanazok a mechanizmusok működnek a szoptatás társas támogatásban. Lavender és munkatársai megállapították, hogy az anyák leginkább családtagoktól várnának segítséget, ezért a szoptatásra felkészítésbe és a későbbi kommunikációba a családtagokat is be kell vonni. (115) Hong Kongban egy 2017-es kutatás alapján a kizárólagos szoptatás időtartamát legjobban az jelezte, hogy a férj preferálta-e a lehetséges táplálási módok közül a szoptatást, illetve hogy részt vett-e az anyával együtt felkészítésen. Minden további családtag támogató hozzáállása átlagosan 32 százalékkal emelte a kizárólagos szoptatás *szándékának* esélyét az anyában. Bár ott hagyományosan az anyós a referenciaszemély,

a szerzők következtetése az, hogy a modernizálódó Kínában ez már nincs így, és a nyugati társadalmakhoz hasonlóan az apa lett az a személy, akinek a véleménye, támogatása leginkább számít. (116)

A családi támogatás szerepét a sorstárs csoportok (peer support) személyes jelenléttel vagy online formában megvalósuló formái tudják leginkább átvenni. Míg az alacsony és közepes jövedelmű országokban ez a támogatási forma egyelőre nem népszerű, a magas jövedelmű országokban jelentős szerepet tölt be a többi családtagtól többnyire elszigetelten élő fiatal családok szoptatástámogatásában. (117)

A sorstárs támogatáson belül az utóbbi tíz évben egyre nagyobb jelentőségű az online társas támogatás különböző formáinak terjedése, és ezt a tendenciát a Covid világjárvány különösen felerősítette. Ahogy Black és munkatársai exploratorikus kutatások során feltárták, az online csoportokban szimbiotikusnak nevezett támogatási forma valósul meg, melynek lényege a személyes jelenléten nyugvó baba-mama csoportokhoz hasonlóan a kölcsönös tapasztalatmegosztás és az egymásnak nyújtott érzelmi támogatás, amely képes számottevően hozzájárulni a szoptatás időtartamának növekedéséhez. (118)

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a legközelebbi családtagok szoptatásról alkotott véleménye, attitűdje és tudása továbbra is az egyik legfontosabb lesz a szoptatás időtartamát befolyásoló tényezők közül, ezért mindazok az egészségügyi intervenciók, amelyek a családtagok bevonását célozzák akár a felkészítésbe, akár a szülés utáni támogatásba, mindenképpen hasznosak és előremutatóak. Ugyanakkor világszerte egyre látványosabb az online támogatási formák térhódítása. Ezért a jövőbeli kutatások fókuszát érdemes a jelenlegi, inkább exploratorikus fázisban levő kezdeményezéseket szintetizálva az átfogóbb, értékelő jellegű kutatások irányába módosítani, ami nem kis kihívás módszertani szempontból. Az egészségügyi ellátórendszer szemszögéből nézve: érdemes minden lehetséges módon, a jelenleginél sokkal jobban kihasználni az online támogatási lehetőségeket, akár rövid tájékoztató videók, akár kérdezz-felelek csoportok létrehozásával a közösségi médiában. Az online támogatási formák esetében azonban a családtagok bevonásának lehetőségeit még vizsgálni kell.

I.10.3. Cumihasználat és a szoptatás rövidebb időtartama

A szoptatás időtartamát befolyásoló személyes és gyakorlati tényezők közül egy laktációs szaktanácsadó valószínűleg az elsők között említené a nyugtatócumi és a cumisüveg

használatát, mint olyan tényezőket, amelyek negatívan hatnak a szoptatásra, és az etetőcumi/cumisüveg esetében a cumizavarként (nipple confusion) elnevezett jelenség kialakulásához vezethetnek. A cumi és a cumiüveg kulturális ikonná nőtte ki magát, a „cumisüvegkultúrák" szimbólumává. Mesekönyvekben, gyermekjátékokban is megjelenik, a csecsemő játékbabát többnyire cumival és cumisüveggel árusítják, így észrevétlenül belopakodik azokba a gyerekszobákba is, amelyeknek lakóit amúgy szoptatják.

A szoptatás táplálkozáscentrikus megközelítésétől eltérően a szoptatás valójában komplex, összetett igényeket elégít ki: biztosítja a csecsemő immunológiai védelmét, táplálékellátottságát, megnyugtatását, segíti az elalvásban, kielégíti természetes szopási/cumizási igényét, egy szóval multifunkcionális. Amikor igény szerinti szoptatást javasolunk (18), akkor ez nem csupán a táplálék igény szerinti adagolására vonatkozik, hiszen a szoptatás komfort funkciói nem választhatók el sem az immunológiai, sem a tápláló funkciótól. Az igény szerinti szoptatásnak lényegi tényezője, hogy a baba táplálékigényét és szopásigényét teljes egészében mellen elégíti ki, mégpedig a számára legmegfelelőbb ütemezésben. Ha a szoptatás valamelyik funkciójára "helyettesítőt", azaz nyugtatócumit vagy cumisüveget etetőcumival vetünk be, ezzel megzavarhatjuk a szoptatás stabilitását, melyet éppen ez a sok lábon állás biztosít.

WHO vetette fel első ízben, hogy főként azért káros a cumis és a cumisüveg használata, mert negatívan befolyásolják a szoptatást. (92) A WHO és az UNICEF Bababarát Kórház kezdeményezésének lényegét tíz pontban összefoglaló útmutatóban bizonyítékokkal alátámasztva szerepel: "Szoptatott csecsemő ne kapjon sem etető, sem nyugtató cumit." (119) Ugyanakkor tény, hogy az anyák egy része évezredek óta használ cuminak tekinthető tárgyakat, cumisüvegféleségeket a szoptatás teljes vagy időleges helyettesítésére. A ma használatos formájú és anyagú nyugtatócumit azonban csak a XX. század első évtizedei óta használja az emberiség. (120)

Arra egészen az AAP 2011-es ajánlásáig nem volt példa, hogy szakmai testület kifejezetten ajánlotta volna használatát a SIDS megelőzésére. (104) Az ajánlást követően több kutatás is foglalkozott a szoptatás időtartama és a cumihasználat közötti összefüggés feltárásával. Az eredmények ellentmondásosak, és felvetik, hogy a szoptatás idő előtti abbahagyása és a cumihasználat között nincs ok-okozati összefüggés. (121) Kramer és munkatársai hívják fel a figyelmet arra, hogy korántsem egységes a kutatásokban annak

definiálása, hogy mit értünk szoptatásra gyakorolt káros hatáson. (122) Ez a felvetés teljesen jogos, hiszen akkor, ha egy túlságosan korai időpontot választunk annak vizsgálatára, hogy alacsonyabb-e a kizárólagos szoptatás vagy a szoptatás aránya a cumihasználók körében, a különbségek nagy valószínűséggel nem lesznek szignifikánsak. Pansy és munkatársai Ausztriában, egy prospektív, longitudinális kutatásban vizsgálták azt a kérdést, hogy az anyák milyen okokból változtattak az idő múlásával eredeti cumihasználati terveiken. (123) 174 anya-baba párost követtek nyomon. Az anyák 69%-a már az első héten elkezdett nyugtatócumit használni. Öt hónapos korban a cumihasználat prevalenciája már 78% volt. Arra a kérdésre, hogy miért változtattak cumival kapcsolatos álláspontjukon, a cumit nem használók azt válaszolták, hogy azért, mert a baba nem kérte. Kiderült azonban, hogy néhányan a baba kezdetben elutasító viselkedése ellenére is újra és újra próbálkoztak a cumival, mert úgy érezték, amúgy eszköztelenek volnának a baba megnyugtatásában. A kutatás arra is rávilágít, hogy a cumihasználat a gyermeknevelési-gondozási kultúra szinte nélkülözhetetlennek tartott részévé vált. Ezzel párhuzamosan feltételezhető, hogy csökken azoknak az egyéb technikáknak a használata és elismertsége, amelyek a baba megnyugtatására használhatók. Ezek között első helyen áll a szoptatás megnyugtató funkciója. Ugyanakkor ahhoz, hogy az anya a szoptatást bárhol tudja megnyugtató funkciójában használni, a nyilvános szoptatás elfogadottságára van szükség egyfelől, másfelől arra, hogy maga az anya is komfortosan érezze magát egy ilyen szituációban. Európában azonban nem túlságosan jó a nyilvános szoptatás elfogadottsága, vagy legalábbis vegyes a kép. (124-126) Éppen a cumihasználat és a nyilvános szoptatás összefüggései miatt kell óvatosan bánni azokkal a feltételezésekkel, hogy a cumihasználat kevésbé szoptatásbarát attitűdöt takar.

A Cochrane Database of Systematic Rewievs első ízben 2012-ben majd 2016-ban készített metaanalízist a korlátozott cumihasználat szoptatásra gyakorolt hatásáról. (127, 128) Az elemzésbe eleinte három, majd végül két 2009 előtti RCT-t válogattak be: Jenik és munkatársai (129), Kramer és munkatársai (122), és Schubiger és munkatársai (130) kutatásait. A potenciális hibaforrások sokasága miatt végül a Schubiger-féle kutatás kimaradt.

A Cochrane analízis végkövetkeztetése, hogy mérsékelt bizonyíték áll rendelkezésünkre arról, hogy a korlátozott cumihasználat nem befolyásolja *a négy hónapos kori* szoptatást

sem a cumizás korai, sem a későbbi megkezdése esetén. Az irodalmi áttekintés készítői elismerik, hogy a cumihasználat és a szoptatás komplex módon függ össze és az eredmények ellentmondásosak, ezért a kutató számára kihívást jelent az összefüggés vizsgálata. A randomizált, kontrollált vizsgálatokat ugyanakkor magasabb evidencia szintnek tekintik, és ezek nem mutattak ki negatív hatást. Ennek kapcsán éppen Kramer és munkatársai vizsgálatát emeli ki, mégpedig azért, mert abban a csoportban, ahol a felkészítésen kifejezetten javasolták, hogy ne használjanak cumit, és a síró baba megnyugtatására sok más módszert említettek, végül mégis nagyjából ugyanannyi anya nyúlt cumihoz, mint abban a csoportban, ahol a baba megnyugtatására ugyanazokat a módszereket javasolták, mint a másik csoportban, de kiegészítve a cumi ajánlásával. Érdekes, hogy amikor ugyanez a csoport a randomizáció nélkül, kvázi megfigyelésen alapuló vizsgálatként elemezte vizsgálta a cumihasználat és a szoptatás abbahagyásának korrelációját, a szoptatás abbahagyását illetve nem kizárólagos voltát gyakoribbnak találták azoknál, akik használtak cumit. A végkövetkeztetés az volt, hogy további kutatások szükségesek a cumihasználat szociális és kulturális tényezőinek megismeréséhez és megértéséhez.

Önmagában az a tény, hogy a kutatási dizájn RCT, nem jelent garanciát arra, hogy a kutatott témáról hasznos információkhoz jutunk. Hermanson és Åstrand 2020-ban publikált svédországi RCT-je azon kutatások közé tartozik, amelyek nem találtak összefüggést a szoptatás időtartama és a cumihasználat között. (26) Ha azonban elmélyülünk a részletekben, arra a következtetésre juthatunk, hogy inkább az lett volna meglepő, ha az intervenciós csoport eredményei különböztek volna a kontrollcsoportétól. 239 anya-baba párost osztottak be közvetlenül szülés után véletlenszerűen két csoportba. Az intervenciós csoport esetében az intervenció az volt, hogy javasolták az anyáknak a nyugtatócumi használatát már a születéstől kezdve, és ki is osztottak nekik cumit. A kontrollcsoporttól azt kérték, hogy leghamarabb két hét elteltével kezdjék a cumihasználatot. A kutatás gyenge pontja a noncompliance lett: a kontrollcsoport fele már cumihasználó volt kéthetes korra, és a későbbiekben nem volt szignifikáns különbség a két csoport között a vizsgált célváltozók egyikében sem, vagyis körülbelül ugyanannyian használtak cumit mindkét csoportban. Ha bármilyen következtetést le lehet vonni ebből a cumihasználat és a szoptatás összefüggéseire, akkor az csupán annyi, hogy az anya cumihasználati, szoptatási szándékait igen kevéssé befolyásolja, hogy az

egészségügyi dolgozó mit tanácsol neki ezzel kapcsolatban a szülés utáni napokban, hasonlóan, mint a Kramer-féle RCT-ben. Egyébként a kizárólagos szoptatás aránya mindkét csoportban nagyon alacsony volt hat hónapos korban, de ennek valószínűleg valóban nem a cumihasználat volt az oka, hanem az, hogy Svédországban a WHO ajánlás dacára már négy hónapos kortól javasolják a hozzátáplálás megkezdését, és a kutatásban résztvevő, egyébként javarészt svéd születésű és magasan iskolázott anyák döntő többsége így is tett. Hermanson és Åstrand kutatásának értékét az adja, hogy alaposan feltérképeztek sokféle szóba jöhető tényezőt, ami a szoptatás korábbi befejezéséhez vezethet, ilyen volt például a bimbóvédőhasználat is. Az eddig bemutatott RCT-k egyikében sem volt olyan kontrollcsoport, amelyik kizárólag, igény szerint szoptatott, cumit egyáltalán nem használó csecsemőkből állt volna.

Nelson és munkatársai tizenhét ország cumihasználati és szoptatási szokásait térképezték fel az International Child Care Practices Study keretében, standardizált módszerek és általánosan elfogadott definíciók használatával. (131) Eredetileg minden résztvevő országból 250 fős minta válaszait szerették volna összegyűjteni, ez azonban nem teljesült. A résztvevőket a szülés utáni héten toborozták, ekkor töltöttek ki kérdőívet, majd legközelebb 12 hetes korban. Az eredmények azt mutatták, hogy a cumihasználat gyakorisága erősen különbözik a vizsgált országokban (12,5%-71%), ugyanúgy, ahogy a kizárólagos szoptatás három hónapos korra vonatkozó adata is (4%-80%). A leíró statisztikai elemzések azt mutatták, hogy a cumihasználat negatívan korrelál a három hónapos kori szoptatással. Ok-okozati összefüggéseket azonban nem lehetett levonni az adatokból. Vieira és munkatársai azt vizsgálták egy 1183 fős születési kohorszban, hogy a szoptatás *kétéves kor előtti abbahagyásában* szerepet játszat-e a cumi használata. (132) Azért választották éppen a kétéves kori szoptatási prevalenciát célváltozónak, mert a WHO kétéves korig vagy azon túl javasolja a szoptatás folytatását szilárd ételek adása mellett. Az első félévben havonta felkeresték a kutatásban részt vevő családokat adatfelvétel céljából, majd ezután 9, 12, 18 és 24 hónapos korban tették ugyanezt. Az átlagos szoptatási időtartam 385 nap volt, kétévesen még a gyermekek 20,8%-át szoptatták. Az eddig bemutatott vizsgálatokban jellemzően a cumi *hat hónapos kor előtti* használatának és szoptatásra gyakorolt hatásának feltárása volt a cél, noha a tapasztalatok (és saját, itt részeletesebben be nem mutatott, de poszterprezentációként a mellékletek között szereplő kutatási eredményeim is) azt mutatják, hogy a cumihasználat hatása

igazán a hosszabb távú szoptatás során mutatkozik meg. Vieira és munkatársai úgy találták, hogy a szoptatás kétéves kor előtti abbahagyásának rizikófaktorai: a fehér rassz, a primipara státusz, az, hogy a gyermek neme fiú, az anya házon kívül vállal munkát és nyugtatócumit használnak. Védő hatásúnak pedig a következő tényezők bizonyultak: igény szerinti szoptatás egy hónapos korban, négy hónaposan kizárólagos szoptatás, alacsony családi jövedelem, az anya együttalvása a csecsemővel. A cumihasználat 3,5-szeresésre emelte annak kockázatát, hogy a gyermek kétéves korában már nem szopik. Ennek magyarázatát Vieira abban látja, hogy a cumi használata szoptatási nehézségre, illetve az anya-csecsemő kommunikáció zavarára utal. A második legerősebb rizikófaktornak a házon kívüli munkavállalás bizonyult.

Yangin azt vizsgálta törökországi, retrospektív kutatásában, hogy mely tényezők növelték a hat hónapos kori kizárólagos szoptatás valószínűségét egy bababarát egyetemi klinikán születettek körében. Az esélyeket négyszeresére emeli, ha az anya nem használ cumisüveget, 1,4-szeres esélynövekedést eredményez, ha az újszülött a szülést követően nem kapott tápszert a kórházban, és 1,7-szeresére, ha nem jelzett az anya semmilyen szoptatási problémát. Az apa magasabb iskolai végzettsége szintén növelte a gyermek kizárólagos szoptatásának esélyét hat hónapos korban. (133)

A cumihasználat, cumizavar témájával kapcsolatos kutatások eredményeinek értékelésekor figyelembe kell venni azt is, hogy az adott országban mi számít csecsemőtáplálási normának - nem az ajánlások, hanem a valóságos adatok szerint. Ahol a cumisüveges etetés elterjedtebb, mint a szoptatás (márpedig Európában, Ausztráliában és Észak-Amerikában is ez a helyzet), ott ez a normálisról alkotott fogalmakat és hiedelmeket és ezen keresztül az egészségügyi dolgozók mindennapi gyakorlatrát is erősen befolyásolja. Bár több oldalról próbálták körbejárni a kérdést az itt felsorolt és az itt most külön nem említett kutatásokban is, a fő nehézség abban mutatkozik meg, hogy továbbra sem tudunk választ adni arra az alapvető kérdésre, hogy a cumi pontosan milyen szerepet tölt be a szoptatás (idő előtti) abbahagyásában, vagyis van-e ok-okozati kapcsolat a cumihasználat és a szoptatás abbahagyása között. Bár a megfigyelésen alapuló vizsgálatok tudományos bizonyító erejét nem tartjuk elegendőnek a lehetséges zavaró hatások kiküszöbölésének nehézségei miatt, mégis közelebb vihetnek a konkrét szituációk, élethelyzetek megértéséhez, amelyekben a cumihasználatra sor kerül. Buccini és Pérez Escamilla metaanalízisében is egyértelműen kirajzolódott az a tendencia, hogy

a megfigyelésen alapuló, részben prospektív kutatások elsöprő többsége konzisztens asszociációt jelez a cumihasználat és a szoptatás korai abbahagyása között. (134)
Ugyanilyen figyelmet érdemelne az etetőcumi-cumisüveg használatával összefüggésbe hozható szoptatási problémák tárgyalása, ugyanis nagyon hasonló módon zavarhatják meg a szoptatást, és ugyanilyen ellentmondásos a vele kapcsolatos tudományos kommunikáció. A kutatási eredmények, különösen koraszülöttek esetében, egyértelműen alátámasztják a szoptatásra gyakorolt negatív hatást. (135-138) A cumizavarnak (nipple confusion) nevezett jelenség létezését azonban, melynek lényege, hogy a csecsemő a mellből szopás helyett egyre inkább a cumisüveget fogadja el, sokan vitatják. (139, 140) Ennek a témának a részletes tárgyalása már meghaladja az értekezés kereteit.

I.11. Énhatékonyság, tervezett viselkedés és attitűd

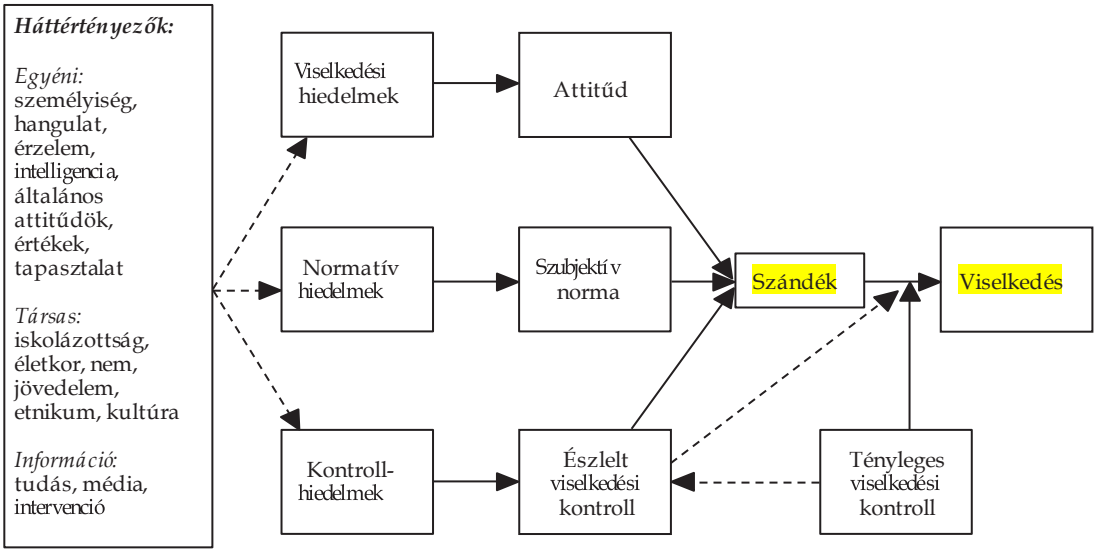
A szoptatás időtartamát befolyásoló személyes tényezők jelentőségét hajlamosak vagyunk túlbecsülni a mindennapi gyakorlatban. Az egyik leggyakoribb, szoptatással kapcsolatos tévhit, hogy „minden anya tud szoptatni, csak akarnia kell”. A sikertelenség vagy a szoptatás tervezettnél rövidebb volta miatt előszeretettel hibáztatják az anyát. Ahogy azonban az eddigiekben is bemutattam, a végül megvalósuló szoptatás meghökkentően sokféle hatás együttesének az eredménye. Ugyanakkor természetesen nem állíthatjuk, hogy az elhatározásnak, és az egyéni beállítottságnak, attitűdnek ne lenne rendkívül jelentős szerepe abban, ahogyan végül a csecsemőtáplálás alakul.
Saját kutatásaim az attitűd szerepéhez, jelentőségéhez kapcsolódnak. Az Iowa Infant Feeding Attitude scale egy sokszor alkalmazott, jó hatékonyságúnak tartott mérőeszköz, amely a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd felderítésére szolgál – ennek magyar adaptációját készítettük el és alkalmaztuk előbb egy pilot, majd egy nagymintás, reprezentatív kutatásban.
Ennek kapcsán röviden bemutatom a kapcsolódó elméleti hátteret. Bandura 1977-es és 1982-es énhatékonyság elmélete szerint az egyén folyamatos kognitív fejlődésen megy keresztül, és ennek megfelelően újra- és újraértékeli kompetenciáját az adott viselkedésformával kapcsolatban. Abban, hogy milyen eredményre jut, fontos szerepet játszik motivációja, érzelmi állapota és a környezetéből kapott visszajelzések. (8) Ennek alapján fejlesztette ki Dennis a szoptatási énhatékonyság skálát (141, 142), amely az anya magabiztosságát, önbizalmát méri a szoptatáshoz kapcsolódó jelenségek megítélésében.

Képesnek tartja-e magát a csecsemője táplálására, jelzéseinek felismerésére és a megfelelő válaszok adására, képes-e elegendő tejet termelni – ezt a kérdéskört méri fel a skála eredeti verziója 40, rövidített verziója 14 kérdés segítségével. Ez a mérőeszköz az egyik legyakrabban alkalmazott módszer nem csak annak megítélésére, hogy az anya mit gondol saját magáról szoptatási képességeit illetően, hanem bizonyos intervenciók, például szoptatásra felkészítő tanfolyamok, egyéni laktációs segítségnyújtás hatékonyságát is mérni lehet vele. Vajon sikeres volt az intervenció a szükséges információk átadásában és anyai kompetencia megerősítésében? Az elmélet és a mérőeszköz is sokszorosan bizonyította létjogosultságát és alkalmazhatóságát a szoptatás sikerességének előre jelzésében.

A szoptatás személyes motivációival foglalkozó kutatások során alkalmazott másik jelentős elméleti konstrukció Ajzen tervezett viselkedés elmélete (TPB) (143), amely az emberi viselkedés előre jelzésére alkalmas általános modell. Konkrét tartalmát aszerint pontosíthatjuk, hogy milyen viselkedés előrejelzésére fogjuk használni. Lényege, hogy minél erősebb a szándék – a viselkedés oki tényezője - annál nagyobb az esély a tervezett viselkedés végrehajtására. A szándék három fő komponense az attitűd, a szubjektív norma és az észlelt viselkedés kontroll. A szándékot előre jelző tényezők közül többnyire az attitűd kapcsolódik legerősebben a szándékhoz. (8)

Berkes Tímea narratív áttekintésében (144) az egészségviselkedés előre jelzésére használt modelleket mutatja be metaelemzések segítségével, elsőként Ajzen tervezett viselkedés elméletét. A modell a szándék varianciájának 39-44%-át, a viselkedés varianciájának 19-34%-át magyarázza. Hatékonysága nagymértékben függ attól a viselkedéstől, magatartástól, amelyre a modellt alkalmazzuk, ez magyarázza, hogy a modell prediktív ereje változó. A szubjektív norma eredetileg egységes fogalom volt Ajzen elméletében, a későbbiekben azonban előíró normára és leíró normára bontotta. Az előíró norma a személy számára fontos emberek elvárásait foglalja magában, a leíró norma pedig a mások megfigyelése alapján internalizált normákat. Ez a szoptatással kapcsolatos szándék-viselkedés elemzésekor különösen hangsúlyos tényező, hiszen több kutatás is megerősítette, hogy a várandósság alatt kinyilvánított szoptatási szándék sokszor nem valósul meg, vagy nem úgy, ahogy az anya eltervezte. Ennek hátterében jelentős részben a szubjektív norma fogalomkörébe tartozó, a valóságban sokszor ellentmondásos tartalmak állhatnak – például az előző alfejeztben bemutatott alváskérések,

cumihasználat, viszonyulás a nyilvános szoptatás kérdéséhez. Guo és munkatársai 2014-es metaanalízisükben azt a kérdést vizsgálták a strukturális egyenletek elemzésének módszerével, hogy a TPB milyen hatékonysággal alkalmazható a szoptatási magatartás előrejelzésére. (145) Eszerint a szubjektív norma, az attitűd és az észlelt viselkedés kontroll egyaránt szignifikáns előrejelzői voltak a szoptatási viselkedésnek. A TPB ideális elméleti keret a szoptatási gyakorlatot támogató intervenciók tervezésében. Ha az egészségügyi személyzet tájékoztatja a az anyát a szoptatás előnyeiről, és a gyakorlatban is segítséget nyújt a megvalósításhoz, azzal erősítik az anya szoptatási képességét, észlelt viselkedés kontrollját, és ezáltal elősegítik a szoptatásbarát attitűd kialakulását vagy megerősödését az anyában. Guo és munkatársai metaelemzésének limitációja abban rejlik, hogy a modell hatékonyságát a szoptatás rövid távú befolyásolásában vizsgálták. További elemzések szükségesek a hosszú távú szoptatási viselkedés előrejelzésének pontosításához.



7. ábra: A tervezett viselkedés elmélete Ajzen és Fishbein 2005. alapján, Berkes Tímea összefoglaló tanulmányából (144)

Fishbein 2009-ben publikálta a viselkedés előre jelzésének Integratív modelljét (IM) és annak alkalmazhatóságát az egészségviselkedés promóciójában. Az integratív modell az 1975-ös Indokolt Cselekvés elméletének (Theory of Reasonded Action TRA) és az 1991-es Tervezett Viselkedés elméletének (Theory of Planned Behavior TPB) kiegészített,

továbbfejlesztett változata. Magában foglalja a leíró és előíró normatív hatásokat és fontolóra veszi mindazokat a tényezőket, amelyek a tervek és a ténylegesen megvalósuló viselkedés közt állnak. A 7. ábrán bemutatott modellhez képest Fishbein IM-jében a sárgával kiemelt *szándék* sávjában két kiegészítő elem, a *környezeti befolyások*, valamint a *képességek és készségek* helyezkednek el, mint a viselkedést közvetlenül befolyásoló tényezők.

Ajzen és Fishbein egyaránt szóváteszik, hogy a TRA-t és a TPB-t is számos kritika érte amiatt, hogy túlságosan racionálisnak találták, noha egyes kutatások szerint az emberi cselekvéseknek nem mindig van oka, ugyanis az érzelmek, késztetések, és más nonkognitív vagy egyenesen irracionális determinánsok hatásával is számolni kell. (144, 146) Fishbein szerint azonban sosem volt része a TRA-nak az az állítás, hogy a döntés racionális alappilléreken nyugszik. A hiedelmek szerepét kezdettől fogva hangsúlyozták. A hajlandóság (willingness) fogalma magában foglalja a nem szándékos, reaktív és irracionális hatásokat is. Fishbein azt is hangsúlyozza, hogy a célmagatartásoktól függően nagyon eltérőek a szükséges ráfordítások. Korántsem mindegy, hogy arra vállalkozunk, hogy minden nap sétálunk legalább húsz percet, vagy szoptatjuk a gyermekünket két évig. Bár a viselkedés legjobb előrejelzője a szándék, az intervenciók jelentősen különbözőek attól függően, hogy valaki szándékozik, vagy nem szándékozik az adott cselekvést végrehajtani. Míg az előbbi esetben a elméleti és gyakorlati ismeretek bővítése kerülhet a fókuszba, az utóbbiban az ismeretbővítésen kívül a szociális környezetre gyakorlandó hatás is elengedhetetlenül fontos. Fishbein megjegyzi, hogy akkor, amikor az emberek nem azt teszik, amit szerintünk kellene tenniük, abból indulunk ki, hogy nem tudnak eleget a kérdésről vagy negatív az attitűdjük. Emiatt az intervenciók többsége oktatás illetve próbálkozás az attitűd befolyásolására. Csakhogy ez a megközelítés többnyire nem működik, talán azért, mert még mindig keveset tudunk arról, hogy az emberek bizonyos érveket miért fogadnak el, másokat pedig miért nem. Fishbein abban látja a megoldást, hogy az embereket a képességek fejlesztésében kell segíteni, valamint az akadályok legyőzésében vagy elkerülésében. Ugyanis a kudarcok hátterében nem csupán a szándék hiánya állhat, hanem az is, hogy az illető képtelen úgy tenni, ahogyan szándékozna. Ezért ésszerű különbséget tenni az elsősorban attitűd befolyása alatt álló viselkedések és az elsősorban normatív hatások, valamint az énhatékonyság befolyása alatt álló viselkedések között. A szoptatás esetében például az értekezésben bemutatott 2. kutatás eredményei is

arra engednek következtetni, hogy a szoptatási viselkedés előrejelzésében, magyarázatában az attitűdnél fontosabb szerepet játszik az énhatékonyság és a normatív hiedelmek. Fishbein gyakorlati ajánlása a fenti megfontolások alapján az, hogy az intervenciókat gondos helyzetfelmérésnek, majd a tervezett intervencióknak a kisebb csoportokon történő tesztelése kell, hogy megelőzze.

A Fishbein tanulmányában bemutatott gondolatmenet lehet a magyarázata annak is, hogy Janke *Breastfeeding Attrition Prediction Too*l elnevezésű (BAPT) skálája (147), amely 94 itemből áll, és szintén Ajzen tervezett viselkedés elméletén alapul, igen jó prediktív erővel bír, és ez jelentős részben a modell egyes részterületeinek igen alapos kikérdezésén alapul. Ennek megfelelően egy olyan skálától, amely a modellnek csupán egyetlen szegmensére, az attitűdre vonatkozik (mint az IIFAS), ennél mérsékeltebb prediktív erőt várhatunk.

I.12. A magyarországi szoptatási attitűdkutatás háttere

Elsőként arról tájékozódtam, hogy milyen mérőeszközökkel vizsgálták ezt a kérdést eddig, és melyeket lenne érdemes lefordítani, magyar viszonyokra adaptálni. Mivel a szoptatáshoz való személyes viszonyt jelentősen befolyásolja a társadalmi környezet, kézenfekvő volt a kérdés, hogy egy angolszász országokban kifejlesztett és széles körben használt attitűdskála mennyire lesz működőképes egy másfajta nyelvi, kulturális és társadalmi környezetben. Mivel 1991-től kezdve számos mérőeszközt fejlesztettek a szoptatással kapcsolatos attitűd, tudás és közösségi támogatottság mérésére, két ízben is készült már szisztematikus áttekintés a rendelkezésre álló skálákról. (148, 149) A magyarra fordítandó skála keresésekor Chambers és Casal áttekintései alapján először egyfajta előválogatásra került sor. A két áttekintés között tíz év telt el, és míg Chambers az anyai elégedettséget, önbizalmat tesztelő skálákat is a vizsgálódás tárgyává tette, Casal és munkatársai az attitűd, tudás és közösségi támogatás felmérését szolgáló eszközökre összpontosítottak. Casal és munkatársai validitás és reliábilitás alapján értékelték a rendelkezésre álló mérőeszközöket, figyelembe véve azt is, hogy milyen elméleti alapokon nyugszik a skála kialakítása, és hány kutatásban használták kielégítő eredménnyel az első publikálása óta. A skálák használata azon alapul, hogy a szoptatási magatartást döntően befolyásolja az attitűd, a szoptatással kapcsolatos tudás és közösségi támogatottság mértékének szubjektív megélése, és mindaz, ami ezekkel a

gyűjtőfogalmakkal kapcsolatban áll, például a szoptatáshoz kapcsolódó hiedelmek, érzelmek is. Mindkét áttekintésben szerepel egy szélesebb körben használt, korai skála a szoptatási attitűd mérésére: Janke Breastfeeding Attrition Prediction Tool-ja (BAPT), melyet 1992-ben publikált (147), és elméleti alapjait Ajzen tervezett viselkedés elmélete (143) alkotja. A BAPT várandósok számára készült azzal a céllal, hogy előre jelezze, a vizsgált személy esetében milyen szoptatási viselkedés várható. A kérdések, amelyek öt tematikus csoportra oszlanak, elenyésző változtatásokkal szülés után is lekérdezhetőek. Ezt a skálát tartottuk tartalmát, alaposságát és megalapozottságát tekintve is a legjobb választásnak hazai adaptálásra, a kérdések mindegyike relevánsnak és indokoltnak tűnt hazai környezetben, ezért elsőként ennek a fordítására kértünk és kaptunk engedélyt a szerzőtől. A skála tesztelésének pilot-ja is kitűnő eredményeket hozott, a kérdések jól érthetőek, a megkérdezett hazai laktációs szakemberek is pozitívan vélekedtek róla. Mégsem került sor az elmúlt öt évben a felhasználásra, és ennek igen prózai okai vannak: a BAPT skála 94 tételből áll, lekérdezése 30-35 percet vesz igénybe attól függően, hogy a válaszon meddig gondolkodik az anya. Mivel a szoptatás rendszerint csak egy tematikus blokk a sok közül egy nagyobb kutatásban, az időkorlátok miatt lényegében esélytelen volt a lekérdezése azokban a kutatásokban, amelyek ebben az időszakban szóba jöttek. Ezért tovább kellett keresgélni, és így esett a választás végül az Iowa Infant Feeding Attitude Scale-re (IIFAS). Arlene de la Mora és Daniel Wayne Russel fejlesztették és publikálták 1999-ben. (150) Ez a skála került felhasználásra a legtöbb későbbi kutatásban. Ennek egyik fő oka a rövidsége, a másik, hogy az itemek megfogalmazása nem csupán várandósok vagy anyák megkérdezését teszi lehetővé, hanem akár apákét, egészségügyi dolgozókét is.

Ho Yen Ju 2010-es szisztematikus áttekintésének (151) célja azoknak a szoptatással kapcsolatos attitűdöt, tudást, magabiztosságot mérő skáláknak az összegyűjtése volt, amelyek mögött pszichometriai vizsgálat is állt. Ez már csak azért is indokolt, mert rengeteg különböző egyedi fejlesztésű skálát, kérdőívet használnak a kutatásokban az anyai attitűd, szoptatási hajlandóság mérésére, de – amint az Ho áttekintéséből is kiderül – mindössze hét skála felelt meg 2010-ben a felállított kritériumoknak, mely szerint a belső konzisztenciát mérő Cronbach alfa ne legyen kevesebb 0,7-nél, és ismételt felhasználás során, más kultúrákban hasonlóan jó eredményt produkáljon. Ebben az összehasonlításban már egyértelműen az IIFAS volt az a skála, amely a BSES

(Breastfeeding Self Efficacy Scale) (141, 142) mellett a legjobb eredményeket hozta, így eggyel több érv szólt amellett, hogy ezt válasszuk magyar nyelvű adaptációra az amúgy meggyőzőbb tartalmú BAPT helyett. A tendencia és cél az volna, hogy a különböző országokban azonos vagy csak kicsit módosított mérőeszközöket használjanak, így az eredmények összehasonlíthatóvá válnak.

Ennek megfelelően első kutatásunk az IIFAS hazai adaptációjának pszichometriai tesztelésére összpontosított.

8. ábra: Mit tudhatunk meg az IIFAS-H skálára adott válaszokból?

I.12.1. Az IIFAS, mint eredeti mérőeszköz bemutatása

Az IIFAS 17 itemes skála célja, hogy mérje a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűdöt és tudást, és így lehetővé tegye azoknak az anyáknak az azonosítását, akiknél célzott szoptatástámogatásra lehet szükség. De la Mora és Russel részletesen dokumentálták a fejlesztés és validálás menetét, módszertanát. Az eredetileg 26 rövid állítás, melyeket öt fokozatú Likert-skálán lehet értékelni aszerint, hogy egyetért-e vele vagy sem, két fő téma köré csoportosult. Az egyik az anyatej és a tápszer, mint termék, és ennek különböző dimenziói, úgy mint költség, anya fizikai állapota, szexuális aspektusok, testi-lelki jóllét, táplálkozási dimenziók. A másik téma a szoptatás és a tápszeres táplálás folyamata, és az ehhez kapcsolódó altémák, úgy mint a szülői szerep, fizikai közelség, a csecsemő táplálékfogyasztása, a táplálás hozzáférhetősége és egyszerűsége valamint az éjszakai táplálás – összességében tehát tíz dimenzió köré csoportosultak a kérdések. Az első kutatásuk során a 26 itemes verzió lekérdezése túlságosan időigényesnek bizonyult, és az alacsonyabb iskolázottságú, alacsonyabb szocioökonómiai státuszú anyák körében szövegértési problémák is felmerültek. Az IIFAS skála végső verziójának összeállításakor az egyes itemek rangsorát vették figyelembe, így keletkezett a végső, 17 itemes verzió. A skálán elérhető pontszám 17 és 85 közötti, ahol az alacsonyabb pontszámok a tápszert favorizáló, a magasabbak a szoptatást favorizáló attitűdöt képviselik. De la Mora és Russel a skálafejlesztéshez kapcsolódó három kutatásban a prediktív validitást is tesztelték, és azt megfelelőnek találták. Második kutatásuk során a résztvevők a szülés utáni napokban, még a kórházban töltötték ki a skálát, és azt kérdezték tőlük, hogy hazatérésük után hogyan szándékozzák táplálni az újszülöttet. Ezt az adatot kapcsolták össze a skálán elért pontszámmal, és azt vizsgálták, a hogy a szociodemográfiai tényezőkön felül van-e prediktív ereje a táplálási módra vonatkozóan. Úgy találták, hogy a skála prediktív ereje az itemek számának csökkentése ellenére jó, és valóban differenciál: a magasabb pontszámot elérők (vagyis a szoptatást favorizálók) a szoptatás mellett döntöttek. A harmadik kutatás során került sor arra, hogy 16 hetes korig nyomon kövessék a táplálás tényleges alakulását a skálát a szülés utáni napokban, még a kórházban kiöltő anyák körében. Telefoninterjúk során kéthetenként kérdezték őket 16 hetes korig arról, hogyan táplálják csecsemőjüket, és ehhez a következő kategóriákat használták:

- 1. kizárólagos szoptatás
- 2. túlnyomórészt szoptatás, kevés tápszeres kiegészítéssel

- 3. felerészben szoptatás, felerészben tápszer
- 4. túlnyomórészt tápszer, kis részben szoptatás
- 5. kizárólag tápszer adása

Igazolódott, hogy azok, akik magasabb attitűdpontszámot értek el, hosszabb ideig válaszoltak az 1-2-es kategóriával a táplálás módját firtató kérdésre.

A harmadik kutatás esetében a belső konzisztenciát mérő Cronbach alfa koefficiens alacsonyabb lett, mint a megelőző két kutatásban, ezúttal csak 0,68. A reliábilitás csökkenésének magyarázatát a harmadik kutatásban részt vevő anyák magasabb attitűd pontszámában látják a szerzők, ekkor ugyanis csak olyan anyák vettek részt a vizsgálatban, akik azt mondták, hogy szoptatni fognak, ők a várakozásoknak megfelelően sokkal szoptatásbarátabb attitűdről tettek tanúbizonyságot. A harmadik minta szinte kizárólag fehér, magasabb iskolázottságú, házasságban élő anyákból tevődött össze. A szerzők a harmadik kutatás eredményeit elemezve egy további szempontot is felvetnek, nevezetesen, hogy a skála lényegében az attitűd kognitív/hiedelmekhez kapcsolódó komponensei mérésének irányába tolódott el. Ennek a megállapításnak a magyar eredmények értelmezésekor lehet jelentősége, hiszen, ha a kognitív komponens hiedelem, akkor figyelembe kell vennünk az eredmények értelmezésekor a hiedelmek kulturális meghatározottságát. (150)

I.12.2. Az IIFAS használata más kultúrákban

A skálaadaptációk során a legnagyobb kihívást a kultúraközi adaptáció jelenti. A Casal és munkatársai szisztematikus áttekintésében bemutatott skálák kevés kivétellel mind egyesült államokbeli fejlesztések, így jogos kérdés, hogy vajon eltérő kulturális és társadalmi környezetben is megállják-e a helyüket. A rendelkezésre álló attitűdskálák közül az IIFAS kitűnik azzal, hogy a legtöbb nyelvre ezt fordították le, és a legtöbb kultúrában ezzel vizsgálták a csecsemőtáplálási attitűdöt. Tuthill és munkatársai a kultúraközi adaptáció lehetőségét vizsgálják tanulmányukban, amely az IIFAS és a BSES zulu nyelvre történő adaptációjával foglalkozik. (152) Több lépcsős folyamatot alkalmaztak: a tartalmi, nyelvi és kulturális validitást ellenőrizték. Elsőként egy szakértői csoporttal nézették át a kérdéseket, és arra voltak kíváncsiak, a szakértők relevánsnak találják-e a kérdéseket zulu anyák szoptatási attitűdjének vizsgálatára. Ezen a rostán kihullott a 4. item, mely szerint az anyatej kevés vasat tartalmaz. Ezután került sor a

lefordításra majd visszafordításra, és a nyilvános szoptatás megítélésére rákérdező 8. itemnél az „étterem” szó kicserélésére egy kulturálisan relevánsabb kifejezésre, a „piactérre”. További figyelemre méltó változtatások is történtek a megfogalmazásban. Megszüntették a kétirányú megfogalmazásokat (például A tápszeres csecsemőket könnyebb túletetni/ A szoptatott csecsemőket könnyebb túletetni), és a személytelen kijelentések helyett mindenhova odakerült az egyes szám első személyre utaló szó, például: A szoptatás kényelmesebb, mint a tápszerezés helyett: Szerintem kényelmesebb szoptatni, mint tápszerezni. A változtatások bemutatásánál azért időztem el hosszabban, mert más adaptációk esetében nem történtek ennyire jelentős és szisztematikus változtatások, egyáltalán nem jellemző a tartalmi validitás mérlegelése, inkább az a tendencia, hogy a faktor analízis és a belső konzisztencia eredményei alapján döntenek egyik vagy másik item kihagyásáról. Az IIFAS adaptációi más nyelvekre ennek megfelelően 0,5 és 0,89 közötti Cronbach alfákat eredményeztek. A magasabb pontszámok többnyire korreláltak a szoptatást favorizáló attitűddel, az alacsonyabb pontszámok pedig a tápszeres táplálást favorizáló attitűddel, és arra is alkalmasnak bizonyultak számos kutatásban, hogy várandós nők esetében előre jelezzék, melyik táplálási mód választására hajlanak majd a későbbiekben.

Az IIFAS reliábilisnak bizonyult az Egyesült Államokban élő latino anyák körében. Ugyanakkor Holbrook és munkatársai kutatásának érdekessége, hogy bár magasabb volt a szoptatást elkezdők és hat hónapig kizárólag szoptatók IIFAS pontszáma, mint azoké, akik rövidebb ideig szoptattak, de a különbség nem volt szignifikáns, vagyis a más kutatásokban egyértelműen megmutatkozó összefüggés ezen a mintán nem volt jellemző. (153) Hasonlóan viselkedett a skála japán fordítása is: Nansihi és munkatársai kutatásában az IIFAS pontszám kapcsolata nem volt szignifikáns a 12 hetes kori kizárólagos szoptatással. Sőt, ez a kutatás az általam ismertek közül az egyetlen, amelyben az itemek CITC-je négy elem kivételével mindenütt 0,30 alatti, és a Cronbach alfa értékek is alacsonyak. (154)

Az IIFAS arab verziójának validálási folyamata során a skála jól teljesített, prediktív validitását megfelelőnek találták libanoni anyák válaszai alapján. A mintára összességében a tápszeres táplálást favorizáló attitűd volt jellemző. Az IIFAS pontszám azonban egyedül a gyermekek számával korrelált. A libanoni kutatás adataiból az anyai életkor és szoptatás negatív korrelációja bontakozott ki, szemben az európai és egyesült

államokbeli tendenciával, ahol idősebb anyák esetében jellemzőbb a magasabb szoptatási arány.

Az IIFAS japán fordításával két független kutatócsoport is foglalkozott (154, 155). Tanulságai rávilágítanak arra, hogy a tartalmi validitás ellenőrzésére fokozott gondot kell fordítani, ha a skálát eredeti környezetétől nagyon eltérő kulturális miliőben fogjuk használni. Inoue és kutatócsoportja nem alkalmazta az oda-vissza fordítás elvét. A skála japán verziójának reliábilitása nagyon alacsonynak bizonyult, a Cronbach alfa mindössze 0.46. Bár a szoptatás időtartama és a skálapontszám korrelált, és a résztvevő japán anyák többsége elismerte a szoptatás előnyeit, a minta egészére inkább a tápszert favorizáló attitűd volt jellemző.

A skála kínai verzióját a tesztelés során hasznosnak találták, de a Cronbach alfa értéke alacsony, 0,623 lett. (156) Ez ugyan még éppen az elfogadható határokon belül van, a japán kutatáshoz hasonló okok játszhatnak szerepet az alacsony belső konzisztenciában, nevezetesen az, hogy a skála nem reflektál kellő érzékenységgel a helyi kulturális adottságokra.

Etiópiában, egy olyan országban, ahol a szoptatás az általános elterjedt gyakorlat, a skála megbízhatóan előre jelezte a kétéves koron túli szoptatást 0,79-es Cronbach alfa mellett. (157) A skála afan-oromo nyelvű adaptációjának jelentőségét az adja, hogy egy olyan országban, Etiópiában kérdezték le, ahol csaknem minden anya szoptat, ezért, ha a skála készítőinek eredeti logikáját és szándékát nézzük, a skála lekérdezése felesleges, illetve érdekességét éppen az adja, hogy vajon *mit mérünk vele* egy ilyen környezetben. A kultúraközi adaptáció kívánalmai szerint megtörtént az oda-vissza fordítás, a kérdések szakértői felülvizsgálata, egy érthetőséget vizsgáló pilot, és egy pszichometriai elemzés. A megkérdezett anyák háromnegyede volt írástudatlan, 100%-uk tervezte a szoptatást, 84,4%-uk kétéves kornál is tovább tervezte folytatni a szoptatást. A magas szoptatási arányok miatt a prediktív validitást csak a kétéves koron túli szoptatás szándékával lehetett vizsgálni. A skálán kisebb módosításokat hajtottak végre a jobb érthetőség kedvéért, az étterem, mint helyszín itt is kimaradt, helyette piactér és házasodási tér került bele, és a 4-es item (az anyatej nem tartalmaz elegendő vasat) itt is alapos átalakuláson ment keresztül, ám ennek ellenére is értetlenséget váltott ki, ezért a korrigált item totál korreláció (CITC) alacsony lett. Ami viszont számomra igazán meglepő az eredmények közül, az, hogy a megkérdezettek 60,9%-ának semleges az attitűdje a szoptatással

kapcsolatban, és csupán 36,9%-uknak volt kifejezetten pozitív. A pontszámok 36 és 85 közé estek. Sajnos a szerzők nem fűztek érdemi magyarázatot eredményeikhez. Így csak találgatni lehet, hogy a megkérdezett etióp anyák azért válaszoltak így, mert nincs más választásuk, mint szoptatni, vagy azért, mert ezt teljesen természetesnek tekintik, ezért sem pozitív, sem negatív értékítélet nem kapcsolódik hozzá, vagy azért, mert egyszerűen nem is értették a kérdéseket, nem voltak relevánsak az életükben. Ez utóbbi találgatást támaszthatja alá az általános értetlenség, ami a 11-es állítást fogadta: *Az apák úgy érezhetik, kimaradnak valamiből, ha az anya szoptat.* Etiópiában a szerző szerint úgy tartják, az apáknak semmi közük a szoptatáshoz, így ezt az itemet a válaszolók kevésbé tudták értelmezni. Kérdés, hogy így mi értelme van egyáltalán benne hagyni a skála etióp verziójában ezt az itemet?

Lau és munkatársai Szingapúrban használták a skálát egy multikulturális közegben. (158) Eredményeik azt mutatják, hogy a maláj és kínai anyák szoptatási attitűdje kevésbé pozitív, mint az indiai anyáké, annak ellenére, hogy más felmérések szerint az indiai és kínai anyákra más etnikai csoportoknál jellemzőbb a szoptatás elkezdése és hosszabb ideig is szoptatnak. A szerzők nem találtak magyarázatot erre a valószínűleg kulturális alapokon nyugvó eltérésre. Az IIFAS pontszám jellemzően magasabb volt az idősebb, iskolázottabb nők körében, akiknél a várandósság tervezett volt és szoptatni is akartak, jövedelmük magasabb volt és az egészségügyben dolgoztak.

Scott és munkatársai babát váró párok csecsemőtáplálási attitűdjét és ennek összefüggését vizsgálták a szülés után választott táplálási móddal az Egyesült Királyságban, Glasgow-ban. (159) Az IIFAS segítségével mért anyai táplálási attitűd szorosabb korrelációt mutatott a választott táplálási móddal mint a szocioökonómiai tényezők. A kutatás a párok attitűdjének összehasonlítására is lehetőséget teremtett: a tápszerrel táplált babák esetében nem különbözött a két szülő attitűdje, ellenben a szoptató anyák pontszáma magasabb lett, mint partnereiké.

Scott és munkatársai négy európai országban is alkalmazták az IIFAS-t összehasonlítások céljából. Svédországban, Olaszországban, Spanyolországban és Skóciában a legnagyobb különbségeket a 8. item esetében találták, amely a nyilvános szoptatásra vonatkozik. A kutatók véleménye szerint a szoptatás időtartamát az országra jellemző szociális normák jelentősebben befolyásolják, mint az anyai attitűd. Svédországban a hosszú szoptatási időtartamok a nyilvános szoptatás elfogadottságával társulnak, míg Olaszországban és

Skóciában a nyilvános szoptatás problematikus volta igen rövid szoptatási időtartamokhoz kapcsolódik. (126)

Az IIFAS skála első közép-kelet-európai lekérdezésére Romániában került sor. Várandós mintán és a szülés után napokban töltötték ki a válaszolók a skálát. A belső konzisztencia ugyan gyengébb volt a megszokottnál – a Cronbach alfa 0,5 a várandós csoportban és 0,63 a szülés utáni csoportban, de az eredményt mégis elfogadhatónak találták. A pontszámok mindkét csoportban főként a semleges tartományba estek. A kutatás eredményei közül érdemes kiemelni, hogy a nyilvános szoptatás megítélése a szülés utáni csoportban jobb volt, mint a várandósoknál. (160)

Különösen érdekesek számunkra azok a kutatások, amelyekben az érthetőség vagy a jobb elfogadhatóság kedvéért változtattak egyes itemek megszövegezésén. Újra és újra előkerül mint problémás elem az 1.: Az anyatej táplálkozásai előnyei csak addig maradnak meg, amíg a baba szopik; 4.: Az anyatej kevés vasat tartalmaz; Sittlington és munkatársai nem fordították más nyelvre a skálát, mégis változtattak az első itemen: Az anyatej előnyei csak addig tartanak, amíg a baba szopik. (161)

Az IIFAS skála roppant széleskörű alkalmazásait bemutató fejezetben érdemes még megemlíteni Zakarija-Grkovic kutatását, aki az eddigiektől eltérő kontextusban és céllal használta a skálát. Arra volt kíváncsi, hogy vajon a WHO-Unicef 20 órás Bababarát Kórház tanfolyamának elvégzése eredményez-e mérhető attitűd változást a résztvevők körében. Ennek érdekében kitöltette velük az IIFAS-t a tanfolyam előtt és három hónappal utána is. A szoptatás iránt pozitív attitűdöt tápláló egészségügyi dolgozók aránya 65%-ról 79%-ra emelkedett, miközben a közömbösség mértéke is jelentősen csökkent a pozitív attitűd javára. (162)

A skálát alkalmazták perinatális intenzív centrumban dolgozó nővérek szoptatási attitűdjének felmérésére is. (163)

Amint ebből a korántsem teljes összefoglalóból is látszik, az IIFAS-t számos országban, más-más kutatási célkitűzésekkel alkalmazták.

I.12.3. Az IIFAS rövidített változatai

Nyilvánvaló, hogy minél részletesebben gyűjtünk adatokat, teszünk fel kérdéseket egy téma alapos feltérképezése érdekében, annál megbízhatóbbak lesznek a kapott információk. A komplexebb skálák reliábilitása jobb, mivel csökken a mérési hibák

száma. (164) Ugyanakkor dilemma, hogy a hosszú skálák lekérdezése nehézségeket, akár adatvesztést vagy pontatlan válaszokat eredményezhet, mert a válaszolók ráunnak vagy elfáradnak. Ritka, hogy egy skálát önmagában kérdeznénk le, sokkal gyakoribb, hogy más tematikus blokkok is szerepelnek a kérdőívcsomagban, így a skála hosszúsága komoly akadályt jelent a mindennapi használat során. (165) A skálarövidítések létjogosultságát megalapozza, ha validitásuk és reliábilitásuk eléri a szükséges mértéket, de ezzel egyidejűleg növekszik a kitöltési-válaszolási hajlandóság. (166) Néha nem a válaszadáshoz szükséges idő hosszúsága, hanem kulturális különbségek teszik szükségessé a skála rövidítését, mivel egyes elemei az eredetitől eltérő környezetben már nem relevánsak, például az IIFAS zulu nyelvű verziójában a 4. vasra vonatkozó, és az afan-oromo fordításában az apákra vonatkozó 11. item. (152, 157) Ezekben és még sok más esetben is a rövidítés a skála használhatóságát fokozza az adott kulturális környezetben.

A különböző kutatások eltérő reliábilitásról számoltak be az IIFAS kapcsán. Ez ugyan egyáltalán nem szokatlan, több módszertani írásban is említik, hogy egyazon skála reliábilitása csökkenhet különböző mintákon alkalmazva, mégis elgondolkodtató, hogy az IIFAS esetében miért ennyire széles a Cronbach alfák spektruma: 0,46 – 0,89? Tomás Almarcha, aki a spanyol verzió kapcsán javasolt rövidítéseket, meg is jegyzi, hogy ezekre az eltérésekre nem adnak a szerzők magyarázatot. (167) Sőt, inkább az a tendencia, hogy tudomást sem vesznek róla, erre jó példa a romániai lekérdezés, ahol még a 0,5 sem kap bővebb magyarázatot. Részben ez a helyzet teremtette meg a rövidítési próbálkozások létjogosultságát. Az egyik elfogadott módszer azoknak az itemeknek a kihagyása, amelyeknek a korrigált item-totál korrelációja (CITC) alacsony, ha ennek következtében a Cronbach alfa koefficiens értéke nő. A statisztikai elemzésekkel ezért azokat az itemeket keresték, amelyek a belső konzisztenciát és a korrigált item-totál korrelációt negatívan befolyásolták.

Nanishi és munkatársai egy longitudinális kutatás során úgy találták, hogy az IIFAS-J (vagyis a skála japán, az Inoue munkacsoporttól függetlenül készült, eltérő megszövegezésű fordítása) pontszáma, ahogy fentebb már említettem, nem mutat szignifikáns kapcsolatot a 4 hetes és 12 hetes korban mért szoptatási arányokkal. Ez az eredmény valójában már önmagában is azt mutatja, hogy a skála valószínűleg nem alkalmas a használatra Japánban, nem méri azt, amire ki lett találva, de ezt ebben a

formában senki sem mondja ki. Inoue is csak annyit jegyez meg, hogy „*az IIFAS nem tartalmaz egyetlen olyan specifikus elemet sem, amely Japánban a szoptatáshoz kapcsolódna*.”(155) Akkor viszont miért használjuk mégis? Arra, hogy a skála az amerikai gondolkodásmódtól jelentősen eltérő kulturális sajátosságok miatt nem működik Japánban, véleményem szerint beszédesen utal az, hogy a pilot során a japán anyák nagyon zavarónak, kellemetlennek érezték a 7. item eredeti megfogalmazását: *Azok az anyák, akik tápszerezik gyermeküket, lemaradnak az anyaság egyik legnagyobb örömforrásáról.* Ezért megváltoztatták a szövegezést a következőre: *A szoptatás az anyaság egyik örömforrása*. Ez hasonló kérdéseket vet fel, mint az etióp vizsgálat esetében. Olyan, mintha nehéz volna kimondani, hogy egy kilencvenes évek amerikai valóságára alapozott attitűdskála – bármennyire is sokan használták az elmúlt több, mint húsz évben – egyszerűem nem alkalmas arra, hogy egy olyan kultúrában alkalmazzuk a csecsemőtáplálási attitűd mérésére, ahol az emberek egészen máshogy gondolkodnak erről a témáról, így az itemek ténylegesen más jelentést hordoznak, mint az eredeti szándék, ahogy arról a japán skálarövidítés kapcsán a későbbiekben még írni fogok. Olyan különbségek ezek, amelyek először talán fordítási hibák eredményének tűnnek, ám valójában az egész gondolkodásmód, hozzáállás eltérő. Ami igazán érdekes ebben a tematikus vonulatban, és izgalmas, kihívást jelentő kutatási téma lehetne, hogy a globalizáció, és ehhez kapcsolódóan a szoptatásbarát kultúrákba is beszivárgó cumisüvegkultúra hogyan írja át az emberek fejében azt, amit szoptatási attitűdnek nevezünk.

Alkusayer és kanadai munkacsoportja az IIFAS rövidítése kapcsán arra hivatkozva döntött a 4. és 17. item kihagyása mellett, hogy ezeknek a megválaszolásához speciális tudás szükséges. A 17. item esetében, amely az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdést tartalmazza, más kutatásokban is alacsony volt a CITC. A 16. item esetében viszont a válaszolóknál szinte teljes egyetértés mutatkozott, így nem bizonyult alkalmasnak arra, hogy különbséget tegyen eltérő csecsemőtáplálási attitűdök között. Megítélésük szerint továbbá a 11-es item esetében a válasz független attól, hogy az illető szándékozik-e szoptatni, és hogy milyen csecsemőtáplálási módszert részesít előnyben. (168)

Lau és kutatócsoportja ázsiai, több etnikumhoz tartozó szingapúri mintán vizsgálva az IIFAS használhatóságát, két itemet hagyott ki, a 17. alkoholfogyasztásra vonatkozót és az 5.-et, amely a tápszeres babák túletetésének lehetőségét hozza fel. (158)

Ghasemi és munkatársai az iráni IIFAS verzió létrehozásakor hat itemet hagytak ki. A kihagyások egy része a társadalom muszlim többségének eltérő értékrendjével magyarázható. Az alkoholfogyasztásra és a nyilvános szoptatásra vonatkozó itemek emiatt maradtak ki, négy további pedig azért, mert szoptatással kapcsolatos tudásra kérdeztek rá, az iráni nők esetében a szerzők szerint hiányosak ezek az ismeretek, ezért eredményeztek ezek az itemek alacsony CITC-t. (169)

Azonban a rövidítés eddig ismertetett logikáját nem követték valamennyi IIFAS skála adaptáció során, hanem egyszerűen megemlítették a „problémásan viselkedő", alacsony korrigált item-totál korrelációjú itemeket. Ezt történt a korábban már említett etióp és az arab verzió (170) esetében is.

Az 3. számú táblázat célja, hogy áttekintést nyújtson az IIFAS rövidített változatainak legfontosabb sajátosságairól.

3. táblázat: Az Iowa Infant Feeding Attitude Scale rövidített verziói (69)

Kutatás	Kutatás típusa	Cronbach alfa a 17 itemes skálára	Átlag	Itemek száma a rövidített skálában	Kihagyott itemek száma	Cronbach alfa a rövidített skálára
Tomás-Almarcha 2016, Spanyolország IIFAS-S9 (167)	Kényelmi mintavétel 1354 várandós nő, prospektív dizájn	0,72	66,12	9 item	1, 4, 5, 8, 10, 11, 16, 17	0,79
AlKusayer 2018, Canada IIFAS-C13 (168)	Keresztmetszeti, 1238 várandós nő	0,87		13 item	4, 11, 16, 17	0,86
Nanishi 2014, Japan IIFAS-J16 (154)	Longitudinális, 781 várandós nő	0,46 (Inoue-ra hivatkozik (171))	61,04	16 item	17	0,66
Ghasemi 2018, Iran IIFAS-I11 (169)	Keresztmetszeti, 280 szoptató nő	nincs adat	semleges (49-69)	11 item	1, 4, 5, 8, 10, 17	0,85
Ying Lau Singapore 2016 (158)	Keresztmetszeti, 417 vegyes etnikai összetétel, angolul beszélő anyák	nincs adat	eltérő az egyes etnikai csoportoknál, 62-57 között	5, 17		0,79
További eredmények, amelyek egyes itemek alacsony CITC-ját emelik ki						

Abdulahi 2020, Etiópia (157)	Keresztmetszeti, 468 várandós nő	0,72	65,7		4, 11	
Charafeddine 2016 IIFAS-A Libanon (170)	Keresztmetszeti, kényelmi mintavétel, 196 várandós nő vagy önkéntes segítő	0,64	37-85, 72,4% semleges (60-75) attitűd		8, 17	0,693
Dai 2013, Kína (156)	Kényelmi mintavétel, 660 szülés után álló anya, prospektív dizájn	0,623	59,82		6, 10, 17	0,76

I.12.4. Az IIFAS faktorstruktúrája

De la Mora és Russel eredetileg nem vizsgálták a skála faktorstruktúráját a mérőeszköz fejlesztése során. Ehelyett tartalmi szempontok alapján feltételeztek két faktort a skálaértékek mögött, ezek a szoptatással kapcsolatos attitűdök és a tápszeres táplálással kapcsolatos attitűdök. (150) A skála publikálása óta számos próbálkozás történt a belső struktúra felderítésére. A feltáró és a megerősítő faktorelemzések különböző kutatásokban eltérő faktorszámokat eredményeztek.

Egyes próbálkozások célja az egy faktoros, rövidített skála megalkotása volt. Ezt a módszert alkalmazta Tomás-Almarcha (167) Spanyolországban egy kilenc itemes verzió és Nanishi (154) Japánban egy tizenhat itemes verzió létrehozásával, amelyhez a főkomponens elemzés módszerét választották. Más kutatók azt feltételezték, hogy a különféle IIFAS eredmények magyarázata egy kultúra specifikus faktorstruktúra. Az iráni Ghasemi (169) megerősítő faktorelemzést alkalmazott annak bizonyítására, hogy két faktor jelenléte figyelhető meg az iráni mintában: a szoptatással szemben pozitív attitűdök (FBF, favor to breastfeeding), és a tápszeres táplálással szemben pozitív attitűdök (FTF favor to formula feeding). Hasonló eredményre jutott a kanadai AlKusayer és a szingapúri Lau is, akik szintén ugyanebben a két faktorban látták a legmegfelelőbb megoldást. A feltáró faktorelemzés azonban egy harmadik faktor jelenlétét is kimutatta, amelynek a kényelem (CON) elnevezést adták. Dai a kínai minta elemzése során szintén kimutatta ezt a harmadik faktort, sőt egy negyediket is hozzáillesztett a feltáró faktorelemzés segítségével, mégpedig a közösségi (társadalmi) befolyást.

A feltárt faktorstruktúrák nem csupán a faktorok számát tekintve különböztek egymástól. A kanadai mintában például hét item tartozik a szoptatást favorizálók közé, öt a

kényelemi faktor alá és öt a tápszert favorizálók közé. A szingapúri verzióban viszont ezek a számok, ugyanebben a faktorsorrendben hat, hét és három. A kínai mintában a megoszlás nyolc, hat, kettő, és itt további kettő a közösségi befolyás kategóriájába tartozik.

Ahogyan Lau is felveti, a faktorstruktúrában tapasztalható különbségek a szoptatással kapcsolatban megnyilvánuló különböző attitűdökre és percepciókra vezethetők vissza. Ez magyarázattal szolgálhat arra, hogy egyes kutatásokban, például a japánoknál, miért annyira alacsony a konstruktum validitás. Ezt a magyarázatot támasztja alá Hofstede Érték elmélete, amelynek értelmében a közös nemzeti örökség a kulturális hasonlóság fontos meghatározója. (172) Annak ellenére, hogy a szoptatás olyan közös női-anyai élmény, amely összekapcsolhatja a Föld különböző részein élőket, a részletek és a hozzá kapcsolódó attitűdök tekintetében rengeteg különbségre bukkanhatunk az egyes nemzetek és kultúrák között.

I.13. Saját kutatásaim háttere: Az IIFAS pszichometriai vizsgálata, javaslattétel rövidített verzióra (első kutatás), majd az IIFAS-H8 validálása nagymintás kutatásban

Az első kutatás lebonyolítása saját erőből történt, etikai engedélyét a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta ki, száma RKEB 79/2019. Ez az IIFAS magyar verziójának létrehozásával, első tesztelésével és pszichometriai vizsgálatával foglalkozott.

A második kutatásra egy nagyobb kutatás részeként került sor: a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné intézete által koordinált 21. századi Babaszoba kutatás (Infancy in 21st Century Hungary, a továbbiakban 21BSZ) részeként. Ez az első olyan reprezentatív, magyarországi vizsgálat, amely a koragyermekkori lelki egészségre fókuszál. A kutatás kérdőívében első ízben használtuk fel reprezentatív mintán az Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) magyar fordításának rövidített, 8 itemes változatát, az IIFAS-H8-at, az anyai és apai csecsemőtáplálási attitűd mérésére, miután az előkészítő fázisban lezajlott a teljes skála nagy elemszámú pilot-ja és pszichometriai vizsgálata, erre első kutatásként hivatkozom a továbbiakban. Ennek eredményei alapján tettünk javaslatot egy rövidített skála használatára a 21BSZ kutatásban. (173)

Ez az első olyan reprezentatív, magyarországi vizsgálat, amely a koragyermekkori lelki egészségre fókuszál. Célja annak felmérése, hogy egyéni, családi, társadalmi tényezők

hogyan kapcsolódnak a különféle, kora gyermekkorban jelentkező mentális egészség problémákhoz.

A 21BSZ kutatás során a szoptatás témája is fókuszba került, mégpedig a megszokottól eltérő megközelítésre lehetőséget adva. A szoptatás a szakirodalomban és a mindennapi diskurzusban is főként táplálkozáscentrikus megközelítésben van jelen, erről árulkodik az a megfigyelés is, hogy a magyar nyelvben az anyatejes táplálás kifejezést gyakran a szoptatás szinonimájaként használják, noha a szoptatás, ahogyan azt az I. fejezetben ismertettem, olyan multifunkcionális, adaptív viselkedésforma, amely a tápláláson kívül immunológiai és többféle komfort funkcióval, valamint alapvető regulációs területeket érintő szabályozó funkcióval is bír. Ezúttal azonban a szoptatás a mentális egészség fontos összetevőjeként jelenik meg: mivel a szoptatást a testi-lelki egészség meghatározó tényezőjének tekinti, túllép a szoptatás táplálkozáscentrikus megközelítésén. Célja olyan kapcsolódások feltárása, amelyek megváltoztathatják a szoptatás jelenlegi megközelítési módját az egészségügyben: ahelyett hogy puszta táplálási módként tekintenénk rá, láttathatjuk együttjárását az anyai kompetenciával, a szülő-gyermek kötődéssel és kommunikációval, ezen keresztül az önszabályozás alakulásával. A kutatást mérőeszközeinek és hátterének bemutatására külön tanulmány (174) és egy elméleti hátteret, módszertant és társadalmi indokoltságot bemutató kötet (175) vállalkozott. A 21BSZ kutatás során a kutatók részben más magyar kutatásokban már használt, saját fejlesztésű skáláit és kérdéseit használták fel például a gyermek alvásmagatartásával és sírásával kapcsolatban, részben nemzetközileg használt mérőeszközök adaptációinak teljes vagy rövidített, korábban validált magyar változatait. A 21BSZ kutatás szoptatásra vonatkozó kérdéseinek egy része szerepelt már magyarországi kutatásban (176, 177), más részüket a kutatócsoport tagjai fogalmazták meg. A csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd mérésére ezidáig nem került még sor reprezentatív nagymintás magyarországi kutatás során. A kérdések témája felöleli a szoptatással kapcsolatos döntéseket, a kizárólagos szoptatás időtartamát, a szoptatás során tapasztalt nehézségeket, a hozzátáplálást, az elválasztódási folyamatot, a cumihasználatot, a szoptatás időtartamát, gyakoriságát, azt, hogy válaszkészen, napirend szerint, vagy a két megközelítést ötvözve szoptat-e az anya.

A kutatás adatgyűjtését 2019-2020 telén a TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt. végezte el. Az adatok elemzése jelenleg is zajlik, ennek részét képezi a szoptatással kapcsolatos kérdések és az IIFAS-H8 eredményeinek bemutatása.

A 21BSZ kutatás etikai engedélyét a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága adta ki, száma RKEB 240/219.

II. CÉLKITŰZÉS

II. 1. Első kutatás: A csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd mérésére alkalmas skála, az Iowa Infant Feeding Attitude Scale magyarországi adaptációja, pszichometriai vizsgálata és rövidített változatának kidolgozása (173)

A rendelkezésre álló szoptatási statisztikák (52, 178) és kutatások (179) szerint Magyarországon rövidebb a kizárólagos szoptatás időtartama annál, amit a WHO és a hazai csecsemőtáplálási szakmai protokoll javasol. (18) Az anyák 95%-a elkezd szoptatni, ám pár nappal később, hazabocsátáskor már csak az anyák 53%-a szoptat kizárólag. A NEAK adatai szerint a vényre felírt tápszerek forgalma évekig emelkedett, majd most enyhe csökkenés tapasztalható, de még mindig akkora a társadalombiztosítási támogatással kiváltott tápszerek forgalma, hogy egy évig alkalmas volna a csecsemők 80%-ának teljes ellátására. (180) Nagyon fontos volna, hogy minél pontosabban megismerjük, mi áll e tendencia hátterében, hogy megfelelő intézkedésekkel védhessük a szoptatást és segíthessük az anyákat szoptatási céljaik megvalósulásában. A szoptatást befolyásoló, az előző fejezetben tárgyalt tényezők közül az anyai attitűd vizsgálata az a terület, amelytől új információkat várhatunk, mivel Magyarországon eddig nem került sor csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd felmérésre. A nemzetközi szakirodalomban jelentős vonulatot képvisel az utóbbi tizenöt-húsz évben a szoptatás sikerességét és időtartamát befolyásoló szubjektív tényezők kutatása.

Az első kutatásunk célja az volt, hogy találjunk egy megfelelő mérőeszközt a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd vizsgálatára, ennek elkészüljön a magyar fordítása és pszichometriai vizsgálata, mielőtt reprezentatív, nagymintás kutatásokban használni kezdjük. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a vizsgált mintában a skálával elért attitűd pontszám valóban korrelál-e a kizárólagos szoptatás időtartamával, illetve milyen kapcsolat figyelhető meg a szociodemográfiai változók és a szoptatás időtartama, valamint az attitűdöt jellemző pontszám között.

II.2. Második kutatás: Szoptatási magatartás és attitűd kapcsolata a 21. századi Babaszoba nagymintás kutatásában

A 21BSZ kutatáson belül a szoptatási blokkal célunk többek között az IIFAS-H8 mérőeszköz korábbi pszichometriai vizsgálatát követően a skála validálása, reprezentatív eloszlásának és együttjárásának vizsgálata volt más, szoptatással kapcsolatos változókkal.

1. Feltételeztük az első kutatás eredményei alapján (173), hogy az IIFAS skála segítségével megállapított attitűd pontszám korrelál a szoptatási mutatókkal.
2. Kíváncsiak voltunk arra, hogy vajon reprezentatív mintán a szociodemográfiai mutatókkal látszik-e összefüggés (az első kutatásban a korreláció nem volt szignifikáns).
3. Feltételeztük, hogy minél tovább szoptatott valaki, annál szoptatásbarátabb attitűd jellemzi. Bár az Egészséges Utódokért projekt kutatása során nem találtak szignifikáns együttjárást a szoptatás időtartama és a *Mennyire szeret szoptatni*? kérdésre adott válaszok között (181), kíváncsiak voltunk, hogy reprezentatív mintán, az IIFAS skála attitűdre vonatkozó eredményét is felhasználva hasonló eredményre jutunk-e. Míg a *Mennyire szeret szoptatni?* kérdés az attitűd affektív komponensére összpontosít, az IIFAS skálában a kognitív és gyakorlati szempontok is megjelennek az érzelmiek mellett.
E felvetések jelentősége abban áll, hogy amennyiben a 21BSZ kutatás is megerősíti magyar, reprezentatív mintán a pozitív korrelációt, a nemzetközi színtéren is gyakran alkalmazott skálát Magyarországon is használni lehet a csecsemőtáplálási attitűd felmérésére.
A kutatás számos, szoptatási változója közül ezúttal az IIFAS-H8 skála validálásához kapcsolódó fenti feltevéseken kívül a következő célkitűzéseket fogalmazhatjuk meg:

- A kizárólagos szoptatás arányára vonatkozó adatot szeretnénk összehasonlítani más, reprezentatív, nagymintás vizsgálatokban mért adattal és a védőnői adatgyűjtésből kibontakozó képpel.
- Először nyílik lehetőség arra, hogy reprezentatív magyarországi mintán vizsgálhassuk a szoptatás prevalenciáját kétéves koron túl. A védőnői adatgyűjtés nem terjed ki az egyéves koron túli időszakra, az Egészséges Utódokért projekt adatai (182) pedig nem reprezentatív minta válaszait tükrözik.
- Az így kapott eredmények lehetővé teszik az összehasonlítást más országokban készült hasonló kutatásokkal (167, 168, 183).

III. MÓDSZEREK

III.1. Az első kutatás módszerei

Kutatásunk során elvégeztük a IIFAS magyar verziójának pszichometriai vizsgálatát azzal a céllal, hogy ajánlást tehessünk egy rövidített skála használatára későbbi kutatásokban. Az adatfelvételt egy internetes felméréseket kínáló szolgáltatóval, a kérdőívem.hu-val bonyolítottuk le. Demográfiai kérdéseken kívül a teljes, 17 itemes IIFAS-t kérdeztük, kiegészítve a táplálás módjára és a gyermek korára vonatkozó kérdésekkel. Maga a kérdőív 2019. április 16. és május 2. között volt kitölthető. A felméréshez vezető linket tematikus Facebook csoportokban és baba-mama csoportok levelezőlistáin tettük közzé, így a befutott válaszok egy kényelmi mintavétel eredményeit tükrözik. A link azonban csak olyan csoportok zárt felületein jelent meg, amelyeket csecsemőt, kisgyermeket nevelő anyák látogatnak, és tematikájuk a szoptatás, a hozzátáplálás, az egy éven túli szoptatás vagy a császármetszés. A kérdőívet egy IP címről csak egyszer lehetett kitölteni. Mielőtt a válaszoló elkezdte a kérdőív kitöltését, rövid összefoglalót olvashatott a kutatás céljáról és a személyes adatok további elektronikus tárolásának módjáról. A kitöltés anonim volt. A felhívásban, amelyben a linket közzétettük, azt kértük, hogy olyan 18 és 49 éves kor közötti szülők töltsék ki a kérdőívet, akiknek a (legkisebb) gyermeke legalább 6, de legfeljebb 36 hónapos, és akik Magyarországon élnek. 638 kitöltő közül végül az adattisztítás után 554 maradt, aki megfelelt a kiinduló kritériumoknak. Bár az apákat egyáltalán nem zártuk ki a potenciális válaszolók közül, mivel összesen egyetlen férfi kitöltőnk akadt, őt kihagyva kaptuk meg végül az 553-as elemszámot.

Az internetes kérdőívezésnek és az ebből fakadó kényelmi mintavételnek természetesen megvannak a maga hátrányai. Ball összefoglaló cikkében az internetes felmérések hátrányairól olvashatunk részletesen. (184) Ennek alapján a legfőbb nehézség a mintavételi hiba, hiszen nem tudjuk megmondani, hogy azok közül, akik a felhívást látták, hányan döntöttek végül a kérdőív kitöltése mellett. Mintánkban erősen felülreprezentáltak a felsőfokú végzettségű és a hosszan szoptató anyák – ugyanakkor a többi IIFAS kutatások közül is sok kényelmi mintavétellel dolgozott, legtöbbször egy egészségügyi intézményben megjelent anyák közül toborozták a résztvevőket, és a magasabb iskolai végzettség ezekben is kevés kivétellel felülreprezentált. Az alacsony szocioökonómiai státuszú személyek erősen alulreprezentáltak felmérésünkben.

Eredményeink értékelésekor azt is figyelembe kellett vennünk, hogy kérdőívünket a téma iránt érdeklődést, személyes elkötelezettséget mutató személyek töltötték ki, így a *volunter bias* (önkéntességi torzítás) hatása is érvényesülhetett. Különbség van azok között, akik, bár látták a felmérés linkjét, nem válaszoltak, és azok között, akik végül kitöltötték. Ezek a különbségek nyilvánvalóan a válaszok irányultságában is érvényre jutnak. Továbbá torzíthatja eredményeinket a *selection bias*, azaz a válogatási torzítás, hiszen annak alapján, hogy kik lépnek be a közösségi médián egy-egy tematikus csoportba, máris érvényesül egyfajta előválogatás a motiváltabb, érdeklődőbb válaszolók irányában. Végső soron a kényelmi mintavétel kizárta azt a lehetőséget, hogy az IIFAS prediktív validitásáról nyilatkozzunk. A skála pszichometriai vizsgálatával és validálásával foglalkozó publikációk körében azonban eljárásunk nem számít szokatlannak. Természetesen eredményeink nem általánosíthatóak az egész magyar populációra.

III.1.1. Mérőeszközök, tartalom validitás

A IIFAS 17 itemből áll, amelyeket egy öt fokozatú Likert-skála segítségével kell értékelni, ahol az 1=egyáltalán nem ért egyet, az 5=teljes mértékben egyetért. Nyolc item megfogalmazása szoptatást favorizáló, 9 itemé pedig tápszert favorizáló, ez utóbbiakat az értékeléskor fordítva kell értékelni. Így végül a pontszám minimum 17, maximum 85 pont lesz, ahol az alacsonyabb pontszámok a tápszert favorizáló attitűdöt, a magas pontszámok a szoptatást favorizáló attitűdöt hivatottak jelezni.

Kutatócsoportunk két tagja fordította le egymástól függetlenül az IIFAS-t 2018-ban, majd a két verzió összevetése után kialakítottak egy konszenzusos változatot, amelyet egy kétnyelvű fordító fordított vissza angolra úgy, hogy az eredeti mérőeszközt nem ismerte. Mivel a visszafordított és az eredeti nem különböztek egymástól számottevően, a skála magyar szövegét véglegesítettük.

Sor került a tartalom validitásának vizsgálatára is. A skálát 31 laktációs szaktanácsadó töltötte ki, majd az itemek Content Validity Indexnek (185) megfelelő kategóriák szerinti pontozására kértük őket, például így: *Az anyatej kevésbé drága, mint a tápszer*. Ez az állítás alkalmas-e a szoptatással/tápszeres táplálással kapcsolatos attitűd mérésére? A pontozás a következők alapján történt: 1-Egyáltalán nem alkalmas, 2-Erős módosításokkal alkalmas, 3-Kisebb módosítással alkalmas, 4-Teljes mértékben alkalmas.

4. táblázat: A IIFAS-H17 tartalom validálásának eredményei

IIFAS-H17 Tartalom validálás				
		IIFAS pontszám	CVI IIFAS-H	CVI az IIFAS-H9-re
N	Valid	31	31	31
	Missing	0	0	0
Átlag		73,8710	46,2258	26,4194
Középérték		74,0000	48,0000	27,0000
Szórás		3,17009	11,83698	7,09354
Percentilek	25	71,0000	38,0000	22,0000
	50	74,0000	48,0000	27,0000
	75	76,0000	57,0000	33,0000

Összességében elmondható, hogy a szakértői csoportnak nem nyerte el a tetszését a skála. Az egyes itemekre 3,39-nél jobb pontszám nem született, az értékelések többsége 3,00 alatti. A legrosszabb megítélése a 4. itemnek volt, a kapott pontok átlaga 1,84 (*Az anyatej kevés vasat tartalmaz.)* A skála pszichometriai vizsgálatáról készült publikációba ez végül nem került bele, mert annak felderítése, hogy miért volt a szakértőknek ilyen egyöntetűen negatív véleménye az itemekről, egészen más irányba vitte volna ezt a kutatást. Ugyanakkor a továbbiakban, skálavalidálások során célszerű a pilot és a szakértői csoport véleményét egyaránt figyelembe venni a végleges mérőeszköz kialakításánál. (186)

III.1.2 A résztvevők jellemzői

A kényelmi mintavétel módszeréből fakadóan válaszolóink között minden valószínűség szerint több, a téma iránt elkötelezett személy van. A tematikus közösségi média csoportokban közzétett linkre nagyobb arányban válaszoltak felsőfokú végzettségű személyek, akik tudatosabbak a gyermeknevelés területén, és az is feltételezhető volt, hogy többségük szoptat. Ebben a csoportban jellemzőbb a jelentősebb motiváció felméréskben való részvételre és a véleménynyilvánításra. (187, 188)

A résztvevők olyan anyákból álltak, akiknek 6 és 36 hónapos kor közötti gyermeke volt. Mintánkban felülreprezentált volt a 30-39 éves kor közötti korosztály, különösen a felsőfokú végzettséggel rendelkezők, ők tették ki a résztvevők 77%-át. A gyermekek

számát tekintve azonban nincs lényeges különbség a 21. századi Babaszoba kutatás mintájához képest, a kérdőívet 63%-ban első gyermeküket nevelő anyák töltötték ki. Körülbelül minden ötödik anya (22,8%) dolgozik; a kérdőív kitöltésének idején az anyák 64,75%-a szoptatta legfiatalabb gyermekét. A kitöltők 70%-a hat hónapos koráig kizárólag szoptatta gyermekét. Ez arra utal, hogy mintánkban erősen felülreprezentáltak az érvényes csecsemőtáplálási arányok szerint szoptató anyák. A védőnői statisztikák alapján (2018-ban 35%) és kutatások alapján (27%) is sokkal alacsonyabb a kizárólagos szoptatási arány hat hónapos korban Magyarországon.

Mintánk demográfiai, szocioökonómiai sajátosságait a KSH Népességtudományi Kutatóintézet Kohorsz'18 reprezentatív kutatásának adataihoz, (189) és a 21. századi Babaszoba kutatás publikált adataihoz viszonyítottunk. (190) A Kohorsz'18 egy országos, longitudinális születési kohorsz kutatás, amely már a várandósság időszakától kezdve követi a 8409 résztvevőt. A 21. századi Babaszoba kutatást a IV. fejezetben ismertetem részletesen. A Kohorsz'18 adatai településtípusra reprezentatívak, a 21BSZ kutatás a gyermekek korára, nemére és lakóhelytípusára reprezentatív. Szoptatással kapcsolatos adatokat mindkét kutatásban gyűjtöttek. Ezek bemutatása és összehasonlítása ugyancsak az Eredmények fejezetben olvasható.

5. táblázat: A minta szociodemográfiai sajátosságai (173)

	n (%) Jelen kutatás	*(%)* Kohorsz'18	*%* 21. századi Babaszoba
Anyai életkor			
21-29 éves	150 (27.1)	46.1 (-29 éves)	54.1 (18-30 éves)
30-39 éves	350 (63.3)	48.5 (30-39 éves)	42.8 (31-40 éves)
40-47 éves	53 (9.6)	5.4 (40- éves)	3.1 (41-52 éves)
Gyermekek száma			
egy gyermek	349 (63.1)	46.5	62.9
két gyermek	132 (23.9)	32.9	24.1
kettőnél több gyermek	68 (12.3)	20.6	8.7
Iskolázottság			
általános iskola	20 (3.6)	20.1	17.8
középiskola	107 (19.3)	45.3	70.4
felsőfokú	426 (77.0)	34.6	18
Havi jövedelem			
alacsony jövedelem	212 (38.3)	nincs adat	nincs adat
közepes jövedelem	207 (37.4)		
magas jövedelem	134 (24.2)		

III.2. A második kutatás módszerei

A 21BSZ egy keresztmetszeti, nagymintás kérdőíves felmérés, amelybe anyákat, és egy apás almintát vontunk be, és amely a 3-36 hónapos gyermekek életkorára, nemére és lakóhelyük településtípusára reprezentatív.

Amint az a kutatás mintavételi eljárását, adatfelvételi folyamatát és tereptapasztalait bemutató tanulmányban (191) szerepel, a mintavétel többlépcsős, rétegzett, valószínűségi mintavételi eljárással történt. Kiindulási alapként a KSH legfrissebb, elérhető, az élveszületéseket megyénként és településtípusonként tartalmazó adattábláit használták. Ennek alapján a Belügyminisztérium munkatársai alakították ki a 3022 fős reprezentatív címmintát a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet megrendelése alapján. Ebből, figyelembe véve a településtípusonként eltérő együttműködési hajlandóságot, 1026 sikeres válaszadást vártak az alkalmazott csökkenőmintás eljárás keretében. Mivel az megkezdett adatfelvétel során kiderült, hogy pótmintára is szükség lesz, újabb 3021 cím beszerzésére került sor, így a végül felhasznált minta 6043 fő. A ténylegesen realizálódott lekérdezésekből 784 az eredeti, 220 az új mintából származó címek alapján valósult meg. A 120 fős, apákból álló alminta kiválasztásánál azt az elvet alkalmazták, hogy amennyiben az apa otthon volt az interjú elkészültekor, és hajlandó volt válaszolni, vele is megtörtént a lekérdezés.

A 2019. november elején lebonyolított, két fordulós pilot alapján számos ponton módosították a visszajelzett értelmezési problémák alapján a kérdések megszövegezését, ez azonban a csecsemőtáplálással, szoptatással és az IIFAS-H8-cal kapcsolatos kérdéseket nem érintette.

A kutatásban végül 1847 háztartást keresett fel kérdezőbiztos, 489 esetben tagadták meg a válaszadást, 177 esetben sikertelen volt a kapcsolatfelvétel. A végső adatbázis 1004 kisgyermekes háztartást: 980 anya és 122 apa válaszait tartalmazza. A válaszmegtagadások és egyéb okokból kiesők miatti torzulások korrigálására, annak érdekében, hogy a minta reprezentatív maradjon, súlyozást alkalmaztak. A kutatásban végül részt vevő szülők mindegyike részletes tájékoztatást kapott az adatkezelési eljárásról, a válaszadás megtagadásának lehetőségéről, a válaszadás önkéntességéről, és ennek alapján került sor a belegyező nyilatkozat aláírására. Külön nyilatkozatban adták belegyezésüket a válaszadók ahhoz, hogy a kutatás jövőbeli hullámaiban is felkereshetők legyenek. (191)

A kutatási dizájn ugyan nem teszi lehetővé ok-okozati összefüggések feltárását, de a vizsgált tényezők egyazon időpontban megfigyelhető korrelációjából viszonylag pontos helyzetkép bontakozik ki a szoptatás Magyarországi helyzetével és a csecsemőtáplálási attitűddel kapcsolatban.

III.2.1. Adattisztítás a szoptatással kapcsolatos tételeknél

Meglehetősen nagyszámú válaszolónál tapasztaltuk azt a jelenséget, hogy a csecsemőtáplálással kapcsolatos válaszok ellentmondásban vannak egymással. Kulcsfontosságú kérdés az adatok elemzése szempontjából a kizárólagos szoptatás időtartama. Ennek a kérdésnek (S194) a feltevésekor a kérdezőbiztos magyarázatot is fűz hozzá: meddig szoptatott kizárólag? (Anyatejen kívül nem adott semmilyen más táplálékot.) Az S201-gyel arról érdeklődünk, *mikor kezdte el a pépes ételek/szilárd hozzátáplálást*. 980 válaszadó anyából 605-nél van összhangban a két adat egymással, azaz a kizárólagos szoptatás időtartama kisebb vagy egyenlő mint a hozzátáplálás megkezdéseként megjelölt hónap. Ha a nyilvánvalóan hibás válaszokat is figyelembe vennénk a hat hónapos korig tartó kizárólagos szoptatás arányának megállapításakor, akkor 42,2%-os százalékos eredményt kapnánk. Az S195-ös, *Mikortól adott (kiegészítő) tápszert?* kérdéssel *is* szűrve az adatokat, (a kizárólagos szoptatás időtartama kisebb vagy egyenlő az S195-re adott 3-as válaszokkal) a kizárólagos szoptatás időtartamára konzisztens válaszok száma 440-re csökken. Ez az adat azonban nagy valószínűséggel nem pontos, mert olyan anyák is válaszolhatták hogy adtak tápszert, akik csak a szoptatás kezdetén, átmenetileg adtak tápszer, vagy akár az első félév folyamán bármikor átmenetileg – egyébként kizárólag szoptattak. Ha nekik a WHO által javasolt kérdést tettük volna fel a táplálásról (*Mit kapott enni a csecsemő az elmúlt 24 órában?*), vitathatatlanul a kizárólag szoptatottak csoportjába kerülne a baba. Ezeknek a finom, de annál lényegesebb különbségeknek köszönhetően a 440-re csökkentett mintaszám egy talán kissé túl szigorú szűrés eredménye lenne, ám nagyobb valószínűséggel szűrné ki azt a hibát, hogy túlbecsüljük a ténylegesen kizárólag szoptatottak arányát. Nem lehet ilyen módon figyelembe venni azt a különbséget sem, hogy a pépes ételek elkezdése nem átmeneti szokott lenni, szemben a tápszerrel adásával, amely elég gyakran átmeneti.

Végül nem a fentiekben bemutatott lehetőséget választottuk az adattisztításra, mivel túlságosan nagy adatveszteséggel jár, és valószínűleg alábecsült adathoz vezet. Ehelyett

a kizárólagos szoptatás időtartamára az anya által megadott adatot figyelmen kívül hagytuk, és más változókból számítottuk ki, mégpedig a pépes étel bevezetés és a tápszer elkezdésének időpontjából számolva. Ezzel a módszerrel kétszer annyi válaszoló adatai lesznek konzisztensek, 877 fős minta nagysághoz jutunk, amelyben a hat hónapig vagy tovább kizárólag szoptatók aránya 27,7%. A továbbiakban bemutatott korrelációs vizsgálatokat ezen a tisztított mintán végeztük el.

6. táblázat: Kizárólagos szoptatási arányok a pépes étel bevezetés időpontjából és a tápszer adás elkezdéséből számolva, 2-2 hónapos hibahatárt megengedve. Missing: azok, akik a kérdezés időpontjában is kizárólag szoptatnak.

A kizárólagos szoptatás vége			
		N	%
,0		106	12,1%
1,0		48	5,5%
1,5		1	0,1%
2,0		58	6,6%
3,0		89	10,1%
4,0		107	12,2%
5,0		119	13,5%
5,5		1	0,1%
6,0		176	19,9%
7,0		26	3,0%
8,0		10	1,1%
9,0		10	1,1%
10,0		8	0,9%
11,0		3	0,3%
12,0		8	0,9%
13,0		4	0,5%
Missing	99,0	104	11,8%
	System	4	0,5%

III.2.1.1. Miért van ennyi inkonzisztens adat?

A sok „hibás” válaszra többféle magyarázat is lehetséges. A legkézenfekvőbb, hogy *recall bias-ról, vagyis felidézési torzításról* van szó. Az anya egyszerűen rosszul emlékszik arra, hogy ténylegesen mikor kezdte a hozzátáplálást, illetve meddig

szoptatott. Többen, többféle területen vizsgálták ezt a jelenséget. Houtveen összehasonlította, mennyi panaszról számolnak be egészségügyileg tisztázatlan, szomatikus tünetek miatt vizsgált páciensek, ha egy hétre visszamenőleg, és mennyiről, ha csupán az előző napról kell referálniuk. Az egész heti felidézés sokkal több panasz említését eredményezte.(192) A jelenséget longitudinális módszerrel is kutatták: a vizsgálatba bevont anyáktól a csecsemő első hat hónapja folyamán többször is begyűjtöttek adatokat az éppen aktuális táplálásra vonatkozóan. Valamennyi anya megkezdte a hozzátáplálást már hat hónapos kor előtt. Majd egyévesen visszatekintve is rákérdeztek a bevezetés időpontjára, ekkor az anyák mindössze 14 százaléka válaszolt a fél évvel korábban gyűjtött adatokkal összhangban. (193)

Ugyanakkor az a lehetőség is felmerül, hogy *módszertani, kérdezéstechnikai problémáról* van szó. Li és munkatársai kutatásában hat évvel az események után idéztettek fel az anyákkal szoptatásra, fejésre vonatkozó adatokat, és a reliábilitást igen jónak találták. A dohányzó, alacsonyabb iskolázottságú anyákra volt jellemzőbb a pontatlanság, a magyarázat szerint azért, mert körükben gyakoribb lehet a kérdés félreértése vagy meg nem értése. (194) Más kutatások eredményei is felhívják azonban a figyelmet arra, hogy a rövidebben szoptatók esetében jellemzőbb a szoptatás időtartamának utólagos túlbecslése.

III.2.1.2. A pontos adatközlés jelentősége

A kizárólagos szoptatás korrekt időtartama és a szoptatás teljes időtartama azért fontos adatok, mert ezek segítségével vonnak le következtetéseket a szoptatás dózisfüggő pozitív hatásaira vonatkozóan számos epidemiológiai kutatásban és az ezek alapján készülő metaanalízisekben. A szoptatás időtartamára vonatkozó ajánlások megvalósulási foka is csak ezeknek az adatoknak a birtokában követhető nyomon. Ezért mindent el kell követni annak érdekében, hogy ténylegesen helytálló adatokhoz juthassunk. Széleskörűen alkalmazzák a kizárólagos szoptatás és összes szoptatási időtartam mérésére a retrospektív, anya által megadott adatokat – vagyis maga a módszer elfogadott, gyakran alkalmazott -, azonban az adatok megbízhatósága, és így a belőle levonható következtetések akár félrevezetőek is lehetnek. Például HIV fertőzött anyák esetében a kutatások azt mutatják, hogy a gyermek fertőződésének az esélye kizárólagos szoptatás esetén lényegesen kisebb, mint kevert táplálás esetén. Ezért, amikor

következtetéseket vonunk le arra vonatkozóan, hogy a kizárólagos szoptatás milyen mértékben védi a szoptatott csecsemőt, téves lehet az eredmény, ha az anya nem a valóságnak megfelelően idézi fel a táplálási adatokat, vagyis, hogy kizárólag szoptatott vagy sem. Bland és munkatársai e probléma megoldása érdekében azt vizsgálták, milyen kérdezési technikával lehet a legprecízebb eredményekhez jutni. (195) Úgy találták, hogy akkor, ha bármely időpontban az elmúlt 48 óra táplálási módjára kérdeznek rá, az nem reflektál kellő érzékenységgel a közvetlenül szülés utáni időszakra (akár a szülés utáni napokban átmenetileg adott tápszerre), ha pedig hat hónappal szülés után tesznek fel kérdést visszamenőlegesen a táplálás módjáról, már túl sok a hiba a felidézési torzítás miatt. Úgy találták, hogy az anyák legpontosabban egy hétre visszamenőleg, egy egyszerűen vezethető napló segítségével, (amelyben minden olyan napon húznak egy vonalat, amikor a csecsemő bármi mást kapott anyatejen kívül), tudják felidézni, hogyan táplálták csecsemőjüket. Ez gyakorlatilag csak prospektív, longitudinális vizsgálatokkal kivitelezhető.

További magyarázatot ad a néha megdöbbentőnek tűnő eltérésekre az, *ha a kutatók és az anyák eltérően értelmezik ugyanazt a – látszólag pontosan megfogalmazott - kérdést.* Például akkor, ha azt kérdezzük, hogy szoptatott-e vagy sem, néhány év távlatából nemleges választ ad a kérdésre, mert az egészen rövid ideig tartó szoptatást nem tekinti szoptatásnak, miközben az egészségügyi dokumentációból kiderülhet, hogy a szoptatást valójában elkezdte. (196)

A BSZ21 kutatásban erre a problémára jó példa az S194A kérdés, amely így szól: *Mennyi ideig szoptatott később hozzátáplálás mellett?* A kutatók itt a szoptatás teljes időtartamára voltak kíváncsiak, azonban a rögzített adatok arra utalnak, hogy az anyák egy része félreértette ezt a kérdést, és ha mondjuk 6 hónapig kizárólag szoptatott, azután 10 hónaposan hagyta abba a szoptatást, a kérdésre azt válaszolja, hogy 4 hónapig, noha a helyes válasz (legalábbis a kutatók szándéka szerint) a 10 volna.

Az anya másfelől a ténylegesnél hosszabb kizárólagos szoptatási időszakot adhat meg azért is, mert nem számítja hozzátáplálásnak az egyszerű kóstolgatást, amikor még csak próbálkozik a csecsemő etetésével, egészen kicsi mennyiségekben. Az ő szemszögéből nézve, ami „nem mennyiség”, az nem számít. Ilyen esetekben a kognitív torzítás jelenségével állunk szemben.

Végül a nem konzisztens adatokat *a szociális megfelelési igény torzítás (social desirabiltiy bias)* is magyarázhatja. Azokban az országokban, ahol erős hangsúlyt kap a szoptatás ajánlása az egészségügyi ellátórendszeren belül – például Magyarországon –, ott egyfajta elvárássá válik az anyákkal szemben a szoptatás, és ezért hajlamosak túlbecsülni a szoptatás, vagy a kizárólagos szoptatás időtartamát.

Az eddig felsorolt megfontolások alapján a 21BSZ mintájából nincs olyan megbízható módszer, amellyel a teljes szoptatás időtartama rekonstruálható volna. Ha javítjuk a nyilvánvalóan másfajta logikával megadott hónapokat (Tehát, ahol például a kizárólagos szoptatás 5 hónap, és a *Mennyi ideig szoptatott később hozzátáplálás mellett?* kérdésre adott válasz 3 hónap, ott egyszerűen összeadjuk a kettőt, és így az adott anya 8 hónapig szoptatott összesen.), akkor a fennmaradó adatpárok esetében, ahol a második szám nagyobb, nem tudhatjuk, hogy egy viszonylag hosszabb szoptatást takarnak, vagy az eredetileg szándékolt logika szerint válaszolta meg a kérdést az anya.

III.2.1.3. Szoptatásra vonatkozó kérdések más magyarországi felmérésekben

A magyarországi szoptatási helyzetkép felvázolásához jelenleg három forrásból meríthetünk adatokat. A védőnői adatgyűjtés során, amely teljeskörű, és minden gyermekre kiterjed, a kórházi védőnő jelenti le a hazabocsátáskor érvényes adatot, majd a területi védőnő folytatja az adatszolgáltatást az 1, 2, 3, 4 és 6 hónapos státuszvizsgálaton feltett kérdésre adott válaszok alapján. (178, 197) Magának a kérdezésnek azonban nincs egységes metodikája, a védőnő úgy kérdez rá a táplálásra, ahogyan jónak látja. A védőnőnek ugyanakkor az is feladata, hogy az anyát támogassa a szoptatásban már a várandósságtól kezdve, így a válaszadásoknál nem zárható ki az elvárt válasz adásának nagyobb valószínűsége, amely a *social desirability bias* egyik formájának tekinthető.

Az Egészséges Utódokért kutatási program (2010-2012) célja a regulációs zavarok vizsgálata volt, csak a kérdések kis része vonatkozott szoptatási adatokra. A minta ugyan nagy elemszámú volt, de nem reprezentatív, a kizárólagos szoptatás időtartamára vonatkozó kérdést nem tettek fel. A kérdőívek jelentős hányadát területi védőnők kérdezték le. (176)

A Kohorsz'18 reprezentatív, nagymintás longitudinális kutatásában a legfontosabb táplálási mutatókra kérdeztek rá ugyancsak a védőnők a várandósság alatt megfogalmazott tervek, a 6 hónapos kori és 18 hónapos kori megvalósulás

viszonylatában. Itt az eredmények publikálása után lehetőség nyílik majd arra, hogy megnézzük, a 18 hónapos korban adott válasz a kizárólagos szoptatás időtartamára vonatkozóan összhangban van-e a féléves korban megadottal, jelenleg 3% az eltérés. (179, 189)

A 21BSZ kutatás esetében a TÁRKI független kérdezőbiztosai tették fel a CAPI kérdőív kérdéseit (a táplálásra vonatkozó összes kérdés ebben szerepelt.)

7. táblázat: A különböző adatgyűjtésekben alkalmazott kérdések összehasonlítása a legfontosabb célváltozók vonatkozásában

Célváltozó	**Egészséges Utódokért**	**Kohorsz'18, 6 hónappal szülés utáni kérdőív**	**21. századi babaszoba**	**Védőnői adatgyűjtés**
Kizárólagos szoptatás aránya 6 hónapos korban	Nem kérdezi	*Mennyi idős koráig* szoptatta, vagy táplálta részben vagy egészben anyatejjel a gyermeket? (lényegében itt tesz különbséget a már nem és a jelenleg szoptatottak között) *	*Mennyi ideig* szoptatott kizárólag?	nem standardizált kérdés
Szoptatás teljes időtartama	Mennyi ideig szoptatott?	A féléves kori kérdőívben nem releváns**	Mennyi ideig szoptatott később hozzátáplálás mellett?	nem kérdezik
Hozzátáplálás megkezdésének időpontja	Ha gyermeke már eszik szilárdat, hány hónaposan kezdte a bevezetést?	A következő kérdés arra az első dologra vonatkozik, amit a gyermek anyatejen/ bébitápszeren túl először kapott táplálékként. Olyasmikre is gondoljon mint cukros víz, gyümölcslé, tehéntej, tea, bébiétel vagy akár sima víz. Hány hetes volt a gyermek, amikor anyatejen és bébitápszeren kívül először mást kapott?	Hány hónapos korban kezdte a pépes/szilárd hozzátáplálást Pistinél?	Nem kérdezik
Tápszer adása	Nem kérdezi	Ha kapott, hány hetes korában kapott először	- Mikortól adott kiegészítő	Nem standardizált kérdés

		tápszert a most féléves gyermek? Az erre a kérdésre adott válaszlehetőségek tartalmazzák a „jelenleg is kizárólag szopik” opciót.	- tápszert Pistinek? - Kap-e jelenleg cumisüvegből anyatejet, tápszert vagy tehéntejet?	

**A gyermek 18 hónapos korában felvett kérdőívben ismét rákérdeznek: Hány hónapos koráig táplálta most másfél éves gyermekét kizárólag szoptatással?*
***A gyermek 18 hónapos korában felvett kérdőívben így kérdeznek rá: Gyermeke hány hónapos korában hagyta abba teljesen a szoptatást?*

III.2.2. A 21BSZ minta szociodemográfiai összetétele

A szociodemográfiai adatokról, a súlyozás részleteiről Danis és munkatársai elméleti-módszertani összefoglaló tanulmányában olvashatunk. (174)

A 980 gyermek életkori megoszlásából látható, hogy az egyéves kor feletti korosztály dominál:

- a 3-6 hónapos korosztály, 6,8%-os arányban van jelen. Ennél a korcsoportnál volt szükség a legjelentősebb mértékű korrekcióra, súlyozással 12,2%
- 7-12 hónapos a minta 15,7% (súlyozott: 16,4%)
- 13-18 hónapos a minta 19,1%-a (súlyozott: 18,3%)
- 19-24 hónapos a minta 19,6%-a (súlyozott: 17,0%)
- 25-30 hónapos a minta 20,4%-a (súlyozott: 18,7%)
- 31-36 hónapos a minta 18,3%-a (súlyozott: 17,4%)

A fiú-lány arány 51,5%-48,5%.

Az anyák esetében nincs jelentős különbség a súlyozott és súlyozatlan értékek között. Az életkori megoszlás szerint 18-25 év közötti a válaszolók 18,1%-a, 26-30 év közötti a 36%-a, 31-35 év közötti a 29,3%-a, 36-40 év közötti 13,5%-a, 41-45 év közötti a minta 3%-a. Az anyák 72%-a házasságban, 22%-a tartós partnerkapcsolatban él.

Az anyák legmagasabb iskolai végzettségét tekintve mintánkban a középfokú végzettség dominál 70,3%-kal

IV. EREDMÉNYEK

IV.1. Az első kutatás eredményei

Valamennyi statisztikai elemzéshez az IBM SPSS for Windows statisztikai programcsomagjának 25. verzióját használtuk. Leíró statisztikai elemzést futtatunk a résztvevők szociodemográfiai jellemzőiről, az IIFAS egyes itemeinek pontszámairól és a skálán elért összesített pontszámokról. A négy és hat hónapos kori táplálási státusz és az IIFAS pontszám korrelációját Spearman-féle rangkorrelációval értékeltük. A 17 itemes IIFAS-H, valamint a rövidített verziók, az IIFAS-H11, IIFAS-H9 és IIFAS-H8 megbízhatóságát a Cronbach alfa együttható, a korrigált item-totál korrelációk az egyes itemek skálából való törlése után számolt Cronbach alfa együtthatók alapján állapítottuk meg.

A rövidítések érdekében azt az eljárást követtük, hogy töröltük 0,3-nál alacsonyabb korrigált item-totál korrelációt vagy faktorsúlyt mutató itemeket. A faktorsúlyokat főkomponens elemzéssel állapítottuk meg, egy főkomponens kiválasztásával.

Hierarchikus logisztikus regresszió analízist végeztünk annak megállapítására, hogy a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd befolyásolhatta-e a hat hónapos kori táplálás módját a szociodemográfiai változókon, az anya életkorán, iskolázottságán és vérszerinti gyermekeinek számán felül, illetve ezek mellett. A függő változó ezekben az elemzésekben a kizárólagos szoptatás bináris változóvá alakított státusza (kizárólag szoptat- nem szoptat kizárólag) volt egy adott időpontban, hat hónapos korban. Kiszámítottuk a modellek szignifikanciáját, a Nagelkerke-féle R^2-et és az esélyhányadosokat.

Az IIFAS-H-t megválaszolók pontszámai 37 és 85 közöttiek, az átlag 66,76, a szórás 9.00. A Cronbach-alfa együttható 0,73. A 3. táblázatban a leíró statisztikák, az átlag és a szórás adatok, a korrigált item-totál korrelációk, és az adott item törlése esetén számított Cronbach- alfák találhatók. Az utolsó oszlop azokat a faktorsúlyokat tartalmazza, amelyek az első főkomponenshez tartoznak.

Az alacsony (0,3-nál kisebb) faktorsúlyok miatt (3. táblázat) négy item tekinthető problematikusnak. Ennél a négy itemnél, és még további kettőnél a CITC érték is 0,3 alatti.

Hierarchikus logisztikus regressziót végeztünk, amelyben a függő változó a kizárólagos szoptatás volt a gyermek hat hónapos korában. (1=igen, 0=nem). Magyarázó változóként

a három szociodemográfiai jellemző szignifikáns modellt eredményezett ($khi^2(6)=19,8$, $p<0,01$), de csak a vér szerinti gyermekek száma volt szignifikáns (OR=1,46, p=0,01), és a modell magyarázó ereje alacsony volt (Nagelkerke-féle R^2 =0,05). Miután az IIFAS pontszámot beépítettük a modellbe, jelentősen javult. A modellek közötti különbségek ($khi^2(1)=159,7$, $p<0,01$), és a második modell egyaránt szignifikánsak voltak ($khi^2(7)=179,5$ $p<0,01$). A vérszerinti gyermekek számának esélyhányadosa (OR) gyengébb volt, mint az első modellben (OR=1,35, p<0.09), de az IIFAS pontszám esélyhányadosa már szignifikánsnak bizonyult (OR=1,18, p<0.01).

Hasonló hierarchikus logisztikus regresszió analízist végeztünk el úgy is, hogy a függő változó a négy hónapos kori kizárólagos szoptatás volt, és az eredmények nagyon hasonlóak voltak hat hónapos kori kizárólagos szoptatással végzett regresszió analízishez. Az eredmények tehát azt mutatják, hogy a szociodemográfiai változókon felül az IIFAS pontszám is fontos információkat tud szolgáltatni arról, hogy az anya kizárólagosan fogja-e szoptatni gyermekét négy illetve hat hónapos korban.

8. táblázat: Alapstatisztikák, megbízhatósági mutatók és az első főkomponenshez tartozó faktorsúlyok az IIFAS-H esetén (173)

	Átlag	Szórás	Korrigált item-totál korreláció	Cronbach alfa, ha az itemet töröljük	Faktorsúly
1.* Az anyatej táplálkozási előnyei addig tartanak, amíg a baba anyatejet kap.	2,92	1,76	0,05	0,76	0,07
2.* A tápszerezés kényelmesebb, mint a szoptatás.	4,17	1,25	0,37	0,72	0,45
3. A szoptatás erősíti az anya-gyerek kötődést.	4,57	0,91	0,51	0,71	0,64
4.* Az anyatej kevés vasat tartalmaz.	3,83	1,11	0,14	0,74	0,16
5. A tápszeres babákat könnyebb túletetni, mint a szoptatottakat.	3,50	1,44	0,46	0,71	0,63
6.* A tápszeres táplálás jobb választás egy olyan anyának, aki házon kívül készül munkát vállalni.	3,62	1,29	0,37	0,72	0,45
7. Azok az anyák, akik tápszerezik gyermeküket, lemaradnak az anyaság egyik legnagyobb örömforrásáról.	2,71	1,45	0,43	0,71	0,60

8. * A nőknek nem kellene nyilvános helyeken, például éttermekben szoptatniuk.	4,36	1,07	0,33	0,72	0,40
9. A szoptatott babák egészségesebbek, mint a tápszerrel táplálták.	3,42	1,40	0,49	0,70	0,68
10.* A szoptatott babákat könnyebb túletetni, mint a tápszereseket.	4,55	0,84	0,30	0,72	0,37
11.* Az apák úgy érzik, kimaradnak valamiből, ha az anya szoptat.	4,07	1,16	-0,004	0,75	-0,02
12. Az anyatej ideális táplálék a kisbabák számára.	4,92	0,42	0,22	0,73	0,33
13. Az anyatejet könnyebb megemészteni, mint a tápszert.	4,44	1,00	0,46	0,71	0,63
14.* A tápszer éppen olyan egészséges a kisbabák számára, mint az anyatej.	3,67	1,27	0,54	0,70	0,68
15. A szoptatás kényelmesebb, mint a tápszerezés.	4,08	1,23	0,50	0,70	0,60
16. Az anyatej kevésbé drága, mint a tápszer.	4,65	0,91	0,16	0,73	0,23
17.* Az az anya, aki alkalmilag alkoholt fogyaszt, ne szoptasson.	3,26	1,50	0,28	0,73	0,38
* A csillaggal jelölt itemeket fordítva kell pontozni.					

Az IIFAS-H lehetséges rövidített változatainak vizsgálata során hasonló módszerekkel jártunk el. Amennyiben egy olyan skálával szeretnénk dolgozni, amelynél minden item CITC-je és első főkomponensének faktorsúlya legalább 0,3, akkor a problematikus itemek kihagyása után egy 11 itemes skála lesz az eredmény. Ahogy fentebb is említettük, az 1., 4., 11., 12., 16., és 17. item esetében alacsonyabb a CITC 0,3-nál,, és ezek közül négy itemnél az alacsony faktorsúly is a törlés mellett szól.

Az IIFAS-H11 jellemzői jobbak, mint a 17 itemes skáláé (többek között a Cronbach alfa is 0,79, és az első főkomponens valamennyi faktorsúlya nagyobb, mint 0,3), ám két item CITC-je (8. és 10.) kicsivel 0,3 alá kerültek (0,29). Ha az előbb említett szabályt következetesen tovább használjuk, és töröljük ezeket az itemeket is, akkor az IIFAS 9 itemes verziója lesz az eredmény. Ha ennek itemeit összhasonlítjuk más országokban összeállított, rövidített IIFAS verziókkal (kanadai 13 itemes, iráni 11 itemes, spanyol 9 itemes), akkor megállapíthatjuk, hogy van 8 olyan item, amely valamennyi rövidített

formában közös. Az IIFAS-H9 a nyolc közös itemen felül a túletetéssel kapcsolatos állítást tartalmazza (A szoptatott babákat könnyebb túletetni, mint a tápszerrel tápláltakat). A 8. táblázat áttekintést nyújt a különféle rövidített verziókról.

9. táblázat: Az IIFAS ajánlott rövidített formái különböző kultúrákban a szakirodalom és a jelen tanulmány eredményei alapján (173)

	kanadai	iráni	spanyol	magyar (11 itemes)	magyar (9 itemes)
1.* Az anyatej táplálkozási előnyei addig tartanak, amíg a baba anyatejet kap.	igen	nem	nem	nem	nem
2.* A tápszerezés kényelmesebb, mint a szoptatás.	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**
3. A szoptatás erősíti az anya-gyerek kötődést.	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**
4.* Az anyatej kevés vasat tartalmaz.	nem	nem	nem	nem	nem
5. A tápszeres babákat könnyebb túletetni, mint a szoptatottakat.	igen	nem	nem	igen	igen
6.* A tápszeres táplálás jobb választás egy olyan anya számára, aki házon kívül készül munkát vállalni.	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**
7. Azok az anyák, akik tápszerezik gyermeküket, lemaradnak az anyaság egyik legnagyobb örömforrásáról.	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**
8. * A nőknek nem kellene nyilvános helyeken, például éttermekben szoptatniuk.	igen	nem	nem	igen	nem
9. A szoptatott babák egészségesebbek, mint a tápszerrel tápláltak.	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**	**igen**
10.* A szoptatott babákat könnyebb túletetni, mint a tápszerrel tápláltakat.	igen	nem	nem	igen	nem
11.* Az apák úgy érzik, kimaradnak valamiből, ha az anya szoptat.	nem	igen	nem	nem	nem
12. Az anyatej ideális táplálék a kisbabák számára.	igen	igen	igen	nem	nem
13. Az anyatejet könnyebb megemészteni, mint a tápszert.	igen	igen	igen	igen	igen
14.* A tápszer éppen olyan egészséges a kisbabák számára, mint a szoptatás.	igen	igen	igen	igen	igen
15. A szoptatás kényelmesebb, mint a tápszerezés.	igen	igen	igen	igen	igen

16. Az anyatej kevésbé drága, mint a tápszer.	nem	igen	nem	nem	nem
17.* Az az anya, aki alkalmilag alkoholt fogyaszt, ne szoptasson..	nem	nem	nem	nem	nem
* A csillaggal jelölt itemeket fordítva kell pontozni. Csak az "igen" szóval jelölt itemek részei az adott rövidítésnek A "nem" szóval jelölt itemek nem részei az adott skálarövidítésnek **Vastag betű:** így jelöltük az ajánlott IIFAS-H8 itemjeit					

Valamennyi rövidített magyar verzió esetében elvégeztük ugyanazokat a statisztikai elemzéseket, amelyeket a teljes skála kapcsán már bemutattunk. Az IIFAS-H9 és IIFAS-H8 esetében már valamennyi CITC 0,3 fölött van, sőt a faktorsúlyok minimumértékei is 0.41 illetve 0,47. A rövidített skálák statisztikai paraméterei gyakorlatilag ugyanolyan jók, mint a 17 itemes, teljes verziónak. A legfontosabb statisztikai eredményeket az 9. táblázat foglalja össze.

Bár az internetes kutatással lebonyolított kényelmi mintavétel nem teszi lehetővé a skála prediktív validitásának vizsgálatát, informatívnak és hasznosnak találtuk az IIFAS pontszám, és a 4 valamint 6 hónapos kori kizárólagos szoptatás korrelációjának vizsgálatát.

10. táblázat: Az eredeti és a három rövidített IIFAS skála statisztikai összehasonlítása (173)

	Az IIFAS magyar változatai			
	17 item	11 item	9 item	8 item
Cronbach alfa	0,73	0,79	0,79	0,76
Az IIFAS pontszám korrelációja[a] a következő változókkal:				
táplálási mód négy hónaposan	0,47 (p<0,01)	0,49 (p<0,01)	0,49 (p<0,01)	0,47 (p<0,01)
táplálási mód hat hónaposan	0,55 (p<0,01)	0,56 (p<0,01)	0,55 (p<0,01)	0,52 (p<0,01)
A hierarchikus logisztikus regresszió eredményei, ha a függő változó a hat hónapos kori kizárólagos szoptatás:				
Nagelkerke-féle R^2 az első modellre[b]	0,05	0,05	0,05	0,05
Nagelkerke-féle R^2 a második modellre[c]	0,39	0,44	0,44	0,41
Az IIFAS pontszám esélyhányadosa a második modellben[c]	1,18	1,24	1,26	1,28
[a] Spearman-féle rangkorreláció [b] Magyarázó változók: anyai életkor, anyai iskolázottság, és vérszerinti gyermekek száma [c] Magyarázó változók: anyai életkor, anyai iskolázottság, vérszerinti gyermekek száma és IIFAS pontszám				

IV.2. A második kutatás eredményei

Valamennyi elemzés az IBM SPSS 27. programverziója segítségével készült.

A szoptatási arányok a 21BSZ mintájában, összehasonlítva más magyarországi adatokkal, a következőképpen alakulnak:

11. táblázat: A BSZ21 szoptatási arányai más magyarországi kutatással és a védőnői adatgyűjtéssel összevetve

	21BSZ N 877 (adattisztítás után)	Kohorsz'18 N 1544	2019-es védőnői adatgyűjtés N 88319
kizárólagos szoptatás 6 hónapos korban	27,7%	27% *A 18 hónapos kori lekérdezéskor retrospektíve 30% - személyes adatközlés*	36%
1 évesnél idősebb szoptatottak	26,3%	még nincs publikált adat	nincs adat, de egyévesen még szopik 36,96%
2 évesnél idősebb szoptatottak	1,6%	-	nincs adat

Az összehasonlítás alapján úgy tűnik, a 21BSZ kutatás nagyon hasonló eredményre jutott, mint a Kohorsz'18, és a védőnői (valószínűleg túlbecsült, lásd a részletesebb magyarázatot az értekezés 18-19. oldalán) adatokhoz képest mindkettő alacsonyabb kizárólagos szoptatási arányokat mutat. Mivel azonban a védőnői adatgyűjtés esetében nincs standardizált kérdés, a jelentős különbség pontos magyarázatára egyelőre várnunk kell. Az egyéves kor feletti szoptatásról az Egészséges Utódokért kutatás adatát említhetjük még, amely 12 és 24 hónapos kor között 21,9%-ra teszi a szoptatás gyakoriságát. A 21BSZ mintában a kétéves kor feletti szoptatás gyakorisága már csupán 1,6 százalék. Amint látható, az adatok nehezen vethetők össze, ezért célszerű volna, ha minél inkább elterjedne a WHO definíciók használata és számítási módja az egyes célváltozókkal kapcsolatban. (54)

IV.2.1. Az IIFAS-H8 attitűdskála eredményei

Az IIFAS-H8 reliábilitása az inkonzisztens adatokra szűrt mintán vizsgálva megfelelő, de alacsonyabb a korábbi kutatásunk (173) során kapott eredménynél: a Cronbach-alfa koefficiens 0,672. Ez viszonylag elfogadható értéknek számít. (198) Vajon mi az oka a

vártnál gyengébb belső konzisztenciának? Az egyik ok lehet a skála rövidítése. Minél rövidebb egy skála, annál inkább csökkenő tendenciát mutathat az alfa koefficiens. Az alfa koefficiens értékét továbbá maga a minta is befolyásolja, amelyen lekérdezzük. (199) Hiába mutatott tehát az előzetes vizsgálatok alapján jó reliábilitást 0,76-os Cronbach-alfával a 8 itemesre rövidített IIFAS skála, a 21BSZ-ben vizsgált reprezentatív mintáján a reliábilitás más értéket vehet fel. (200, 201)

12. táblázat: A leíró statisztikai elemzést bemutató táblázatból, (a konzisztens adatokra tisztított mintát alapul véve) leolvasható, hogy az egyes itemek hogyan illeszkednek a skálába. Az itemek közötti korrelációk is a várakozásoknak megfelelőek.

Item-Total Statisztikák					
	Skála átlag az item törlése esetén	Skála variancia az item törlése esetén	Korrigált item-totál korreláció	Squared Multiple Correlation	Cronbach alfa, ha az itemet töröljük
A tápszerezés kényelmesebb, mint a szoptatás. RECODE	25,41	20,792	0,359	0,332	0,645
A szoptatás erősíti az anya-gyerek kötődést.	24,14	24,251	0,346	0,232	0,649
Azok az anyák, akik tápszerezik gyermeküket, lemaradnak az anyaság egyik legnagyobb örömforrásáról.	25,17	21,055	0,401	0,350	0,631
A tápszeres táplálás jobb választás egy olyan anyának, aki házon kívül készül munkát vállalni. RECODE	25,92	23,107	0,215	0,304	0,681
A szoptatott babák egészségesebbek, mint a tápszerrel tápláltak.	24,75	20,293	0,545	0,516	0,594
Az anyatejet könnyebb megemészteni, mint a tápszert.	24,41	22,840	0,399	0,395	0,635
A tápszer éppen olyan egészséges a kisbabák számára,	26,17	22,949	0,300	0,246	0,656

mint az anyatej. RECODE					
A szoptatás kényelmesebb, mint a tápszerezés.	24,54	22,417	0,404	0,346	0,633

13. táblázat: Az egyes itemekre adott válaszok középértékei azt mutatják, (Likert skála 1-5, ahol az 1=egyáltalán nem ért egyet, 5=teljes mértékben egyetért), hogy négy item esetében is inkább a semleges álláspont jellemző, négy esetben pedig az erőteljesebben egyetértő. Az elemszámnál látható tizedes törtek oka a súlyozás nem, kor és településtípus szerint.

Item statisztikák			
	Átlag	Szórás	N
A tápszerezés kényelmesebb, mint a szoptatás. RECODE	3,23	1,462	840,20
A szoptatás erősíti az anya-gyerek kötődést.	4,50	0,818	840,20
Azok az anyák, akik tápszerezik gyermeküket, lemaradnak az anyaság egyik legnagyobb örömforrásáról.	3,48	1,329	840,20
A tápszeres táplálás jobb választás egy olyan anyának, aki házon kívül készül munkát vállalni. RECODE	2,73	1,348	840,20
A szoptatott babák egészségesebbek, mint a tápszerrel tápláltak.	3,89	1,212	840,20
Az anyatejet könnyebb megemészteni, mint a tápszert.	4,24	1,009	840,20
A tápszer éppen olyan egészséges a kisbabák számára, mint az anyatej. RECODE	2,48	1,175	840,20
A szoptatás kényelmesebb, mint a tápszerezés.	4,10	1,080	840,20

IV.2.2. Milyen szoptatási problémái voltak, mennyire szeret szoptatni?

Az Egészséges Utódokért kutatáshoz hasonlóan kérdeztünk rá egy többszörös választást lehetővé tevő kérdéssel arra, hogy az édesanya találkozott-e nehézségekkel a szoptatás során, és ha igen, milyenekkel. Az anyák 44,2%-a válaszolta azt, hogy egyáltalán nem merült fel a felsorolt nehézségek egyike sem, ha a teljes mintára nézzük, akkor kicsit magasabb, 45,2 százalékos ez az arány. A problémák előfordulási arányán nem változtatott számottevően a minta szűrése az inkonzisztens adatokra. A legnagyobb arányban említett nehézség az elégtelen tejtermelés – ez megegyezik saját gyakorlati tapasztalataimmal, és a szakirodalomban publikált eredményekkel, mely szerint a vélt

vagy valós elégtelen tejtermelés miatt fejezi be a szoptatást az anyák 25-35%-a. (202-206)

14. táblázat: Az anyák által választott szoptatási nehézségek aránya többszörös választás alapján a teljes mintán és az inkonzisztens adatokra szűrt mintán. Az anyák valamivel több, mint fele választott legalább egy nehézséget a listából

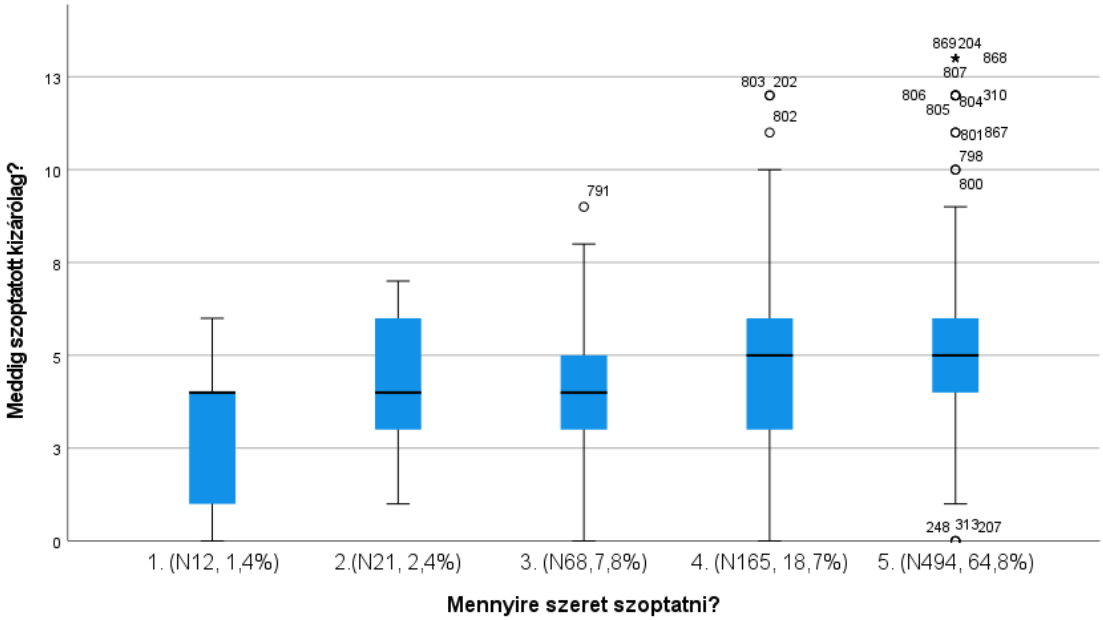
Szoptatási probléma	**Teljes minta N 980**	**Inkonzisztens szoptatási adatokra szűrt minta N 877**
Betegség	1,5%	1,5%
Kevés volt a tej	27,3%	28,1%
Mellgyulladás	6,6%	6,3%
Sebes mellbimbó	7,3%	7,1%
Fájt a szoptatás	9,1%	8,6%
Nehezen szopott	4,2%	4,2%
Aluszékony volt a csecsemő	7,1%	7,0%
Bukott, hányt	6,5%	6,4%
Folyton félrenyelt	0,8%	0,9%
Egyéb	0,2%	0,2%
Egyik sem	45,2%	44,2%

A 21BSZ kutatásban is szerepelt az Egészséges Utódokért projekt kérdése: Mennyire szeretett Ön szoptatni? Ez a kérdés voltaképpen a szoptatással kapcsolatos anyai attitűd érzelmi komponensére kérdez rá, a 21BSZ-ben 1-10-ig terjedő Likert-skálán lehetett válaszolni. A túlnyomórészt pozitív válaszok értelmezésekor figyelembe kell venni a kulturális elvárásoknak való megfelelés kényszerét is, ahogyan arra Hvatum és Glavin a hasonló norvég adatok elemzése kapcsán rávilágít. (207) Az Egészséges Utódokért és 21BSZ kutatás eredményei is azt mutatják, hogy az anyák túlnyomó többsége annak ellenére szeret szoptatni, hogy körülbelül felük nehézségeket élt meg a szoptatás során. E jelenség egyik magyarázata hasonló lehet, mint amire a norvég kutatók jutottak: Norvégiában és Magyarországon is határozott elvárásnak számít a szoptatás, és számos

intézkedés hivatott elősegíteni azt, hogy az anya folytathassa a szoptatást. Az anyákban ennek megfelelően ott munkálhat az a gondolat is, hogy ezeknek az elvárásoknak megfeleljenek, „jó anyák legyenek".

A teljes mintában az anyák 86,5%-a szeret/szeretett szoptatni, ők választották a tízes skáláról a 10, 9, 8, 7 számot. A semleges sávot (4, 5, 6) választók aránya 10,8%, és a szoptatáshoz egyértelműen negatívan viszonyulók (1, 2, 3-as válasz) aránya csupán 2,8%. Az Egészséges Utódokért kutatásban, ahol ötfokozatú Likert-skálával kérdezték ugyanezt, az anyák 60%-a választotta a 4-es, 5-ös fokozatot, 20%-uk az 1-es, 2-est.

További kutatásokban lenne érdemes arra keresni a választ, hogy a sokáig szoptató, ám valójában szoptatni egyáltalán nem szerető anyák esetében milyen megfontolások, érzelmek állnak az ajánlások szerint megvalósuló szoptatás mögött.



9. ábra: A box plot diagramról leolvasható, hogy szignifikánsan magasabb pontszámot adtak azok az anyák (jobban szerettek szoptatni), akiknél a kizárólagos szoptatás időszaka hosszabb ideig tartott. (Ezt a következő bekezdésekben még bemutatott korrelációs elemzések is igazolták.) A „Mennyire szeret szoptatni?" kérdésre 1-10-es skálán lehetett válaszolni, az ábra készítésekor ezeket a válaszokat vontam össze 5 kategóriába. Ám az ajánlások szerinti 6 hónapig kizárólag szoptató anyák között is akadnak olyanok, akikről erre a kérdésre adott válaszuk alapján kijelenthetjük, hogy nem szeretnek/szerettek

szoptatni (a közömbös sávnak számító 3-as értéknél kevesebbet adtak), míg a kiugró értékek közül sok csoportosul a „nagyon szeretett szoptatni” póluson.

IV.2.3. Az IIFAS-H8 skálán elért pontszám korrelációja más változókkal

A skála működőképességével kapcsolatos másik alapvető elvárás, hogy valid eredményeket adjon, ez jelen esetben azt a hipotézist jelenti, hogy a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd korrelál a kizárólagos szoptatás időtartamával. A statisztikai elemzések célja ennek megfelelően annak megállapítása, hogy a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd, amelyet az IIFAS-H8 pontszámmal fejeztünk ki, befolyásolhatta-e a kizárólagos szoptatás időtartamát egyes szociodemográfiai változókon: az anya életkorán, az iskolázottságon, a vérszerinti gyerekek számán és az etnikumon felül, illetve ezek mellett.

Ennek megállapítására elsőként a Spearman-féle korrelációkat néztük meg. A legerősebb korreláció a szoptatás kedveltségi foka és a kizárólagos szoptatás időtartama között van, r=0,267 [0,199, 0,332] p<0,001 .

Ezt követi a kizárólagos szoptatás időtartama és az IIFAS-H8 pontszám korrelációja r= 0,22 [0,154, 0,283] p<0,001

A szoptatás kedveltségi foka és az IIFAS-H8 korrelációja r=0,145 [0,73, 0,216] p<0,001 – ez már valamivel gyengébb, de még mindig szignifikáns.

A lakóhely és az IIFAS-H8 esetében is p<0,01 szinten szignifikáns a korreláció, valamint a legmagasabb iskolai végzettség és a kizárólagos szoptatás időtartama között is felfedezhető szignifikáns korreláció.

Pearson-féle korrelációkat számolva kicsivel erősebb, továbbra is p<0,01 szinten szignifikáns korreláció mutatható ki

- a kizárólagos szoptatás időtartama és az IIFAS-H8 pontszám között, korrelációs koefficiens 0,213
- a szoptatás kedveltségi foka és a kizárólagos szoptatás időtartama között, korrelációs koefficiens 0,231
- valamint a szoptatás kedveltsége és az IIFAS-H8 pontszám között, korrelációs koefficiens 0,210.

15-16. táblázat: A Pearson-féle korrelációs együtthatók és szignifikanciájuk a 114. oldalon láthatók. A korrelációk csak a színnel jelölt változók között vizsgálhatók. A Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók és szignifikanciájuk a 115. oldalon lázhatók. A táblázatban vastagítással és piros színkiemeléssel jelöltük $p<0,01$ szinten szignifikáns korrelációkat, és pirossal, vékonyított betűvel a $p<0,05$ szinten szignifikánsakat.

Korrelációk

		AN_IIFAS_SUM	kizarolagossagvege	S0. Jelenleg hol lakik?	S4. Anya életkora években	S5. Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?	S35A. Összesen hány vérszerinti gyermeke van?	Nemzetiség_dummy_kihagyással	S196. Mennyire szeret/szeretett Ön szoptatni?
AN_IIFAS_SUM	Pearson korreláció	--							
	N	840							
kizarolagossagvege	Pearson korreláció	,213**	--						
	Szignifikancia	,000							
	N	737	773						
S0. Jelenleg hol lakik?	Pearson korreláció	-,080*	,048	--					
	Szignifikancia	,020	,187						
	N	840	773	882					
S4. Anya életkora években	Pearson korreláció	-,075*	-,036	,058	--				
	Szignifikancia	,030	,319	,088					
	N	840	773	882	882				
S5. Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?	Pearson korreláció	-,026	,115**	,184**	,333**	--			
	Szignifikancia	,458	,001	,000	,000				
	N	838	771	880	880	880			
S35A. Összesen hány vérszerinti gyermeke van?	Pearson korreláció	,023	-,117**	-,193**	,278**	-,215**	--		
	Szignifikancia	,502	,001	,000	,000	,000			
	N	840	773	882	882	880	882		
Nemzetiség_dummy_kihagyással	Pearson korreláció	,047	-,019	-,041	-,143**	-,302**	,190**	--	
	Szignifikancia	,171	,602	,223	,000	,000	,000		
	N	835	767	876	876	874	876	876	
S196. Mennyire szeret/szeretett Ön szoptatni?	Pearson korreláció	,210**	,231**	,131**	,065	,089*	,029	-,128**	--
	Szignifikancia	,000	,000	,000	,073	,014	,424	,000	
	N	728	660	761	761	761	761	757	761

**. A korreláció 0.01 szinten szignifikáns.

*. A korreláció 0.05 szinten szignifikáns.

Korrelációk

			AN_IIFAS_SUM	kizarolagossagvege	S0. Jelenleg hol lakik?	S4. Anya életkora években	S5. Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?	S35A. Összesen hány vérszerinti gyermeke van?	Nemzetiség_dummy_kihagyással	S196. Mennyire szeret/szeretett Ön szoptatni?
Spearman-féle rho	AN_IIFAS_SUM	Korrelációs koefficiens	--							
		Szignifikancia	.							
		N	889							
	kizarolagossagvege	Korrelációs koefficiens	**,190****	--						
		Szignifikancia	**,000**	.						
		N	**790**	826						
	S0. Jelenleg hol lakik?	Korrelációs koefficiens	**-,119****	,089*	--					
		Szignifikancia	**,000**	,010	.					
		N	**889**	826	930					
	S4. Anya életkora években	Korrelációs koefficiens	-,083*	-,030	,077*	--				
		Szignifikancia	,013	,393	,019	.				
		N	889	826	930	930				
	S5. Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?	Korrelációs koefficiens	-,007	**,124****	,183**	,321**	--			
		Szignifikancia	,835	**,000**	,000	,000	.			
		N	887	**824**	928	928	928			
	S35A. Összesen hány vérszerinti gyermeke van?	Korrelációs koefficiens	,046	**-,142****	-,205**	,268**	-,119**	--		
		Szignifikancia	,170	**,000**	,000	,000	,000	.		
		N	889	**826**	930	930	928	930		
	Nemzetiség_dummy_kihagyással	Korrelációs koefficiens	,066*	-,038	-,043	-,153**	-,263**	,135**	--	
		Szignifikancia	,049	,272	,188	,000	,000	,000	.	
		N	883	820	924	924	922	924	924	
	S196. Mennyire szeret/szeretett Ön szoptatni?	Korrelációs koefficiens	**,145****	**,266****	,130**	,050	,040	,045	-,073*	--
		Szignifikancia	**,000**	**,000**	,000	,160	,262	,200	,040	.
		N	**772**	**708**	805	805	805	805	800	805

**. A korreláció 0.01 szinten szignifikáns.

*. A korreláció 0.05 szinten szignifikáns.

Végül hierarchikus lineáris regressziót végeztünk, ahol a *függő változó a kizárólagos szoptatás időszakának hossza* volt. Ez az elemzés lényegében megerősítette a Spearman-féle és Pearson-féle korrelációkat. Háromféle modellt próbáltunk ki.

Magyarázó változók az I. modellépítésnél [nemzetiség nélkül!] (n=734)

1. blokk: az anya életkora (folytonos), iskolai végzettsége (5 dummy vált.), lakóhelye (3 dummy vált.), vér szerinti gyerekek száma (3 dummy vált.)

2. blokk: IIFAS-pontszám

Eredmények:

1. blokk bevonásával éppen csak szignifikáns a modell, $F(12, 722)=1,929$ $p=0,028$, a megmagyarázott variancia (explained variance) alacsony, $R^2=0,031$, és csak a vér szerinti gyerekek számának látszik szignifikáns hatása. Az egygyermekesekhez képest a kétgyermekesek szignifikánsan rövidebb ideig szoptatnak ($b=-0,558$, $p=0,019$). Azonban a három- és négy vagy több gyermeket nevelők már nem térnek el szignifikánsan az egy gyermeket nevelőktől ($b=-0,661$, $p=0,077$ és $b=-0,284$ $p=0,615$).

2. blokk bevonása után a modell továbbra is szignifikáns: $F(13, 721)= 4,912$ $p<0,001$; $R^2=0,081$; a megmagyarázott variancia 8 százalékra nő, mely növekedés szignifikánsnak tekinthető, $F(1, 721)=39,472$ $p<0,001$. Az IIFAS-pontszám szerepe egyértelműen szignifikáns $b=0,112$, $p<0,001$, a hatás tehát pozitív, a magasabb IIFAS pontszámmal hosszabb szoptatási idő jár. A vér szerinti gyerekek számának az előbbiekben bemutatott hatását látjuk, a két gyermeket nevelő szülők szignifikánsan rövidebb ideig szoptatnak $b=-0,572$ $p=0,014$. Az IIFAS-pontszám érdemi plusz információt ad a kizárólagos szoptatás hosszának magyarázatához.

Magyarázó változók a II. modellépítésnél [nemzetiség figyelembevételével] (n=714)

1. blokk: az anya életkora (folytonos), iskolai végzettsége (5 dummy vált.), lakóhelye (3 dummy vált.), vér szerinti gyerekek száma (3 dummy vált.), nemzetiség (dummy: cigány vs. magyar)

2. blokk: IIFAS-pontszám

Eredmények (nagyon hasonlóak az előző futtatáshoz):

1. blokk bevonásával éppen csak szignifikáns a modell ($p=0,031$), gyenge R^2-érték (0,033), csak a vér szerinti gyerekek számának látszik szignifikáns hatása

2. blokk bevonása után: $p<0,001$; $R^2=0,081$; az IIFAS-pontszám szerepe egyértelműen szignifikáns ($p<0,001$), és a vér szerinti gyerekek száma mellett a magas iskolai végzettségeknek is látszik magyarázó szerepe. A két modell eltérése is szignifikáns ($p<0,001$), tehát az IIFAS pontszám némi értékelhető támpontot ezúttal is nyújtott a kizárólagos szoptatás hosszának magyarázatához.

Magyarázó változók a III. modellépítésnél [nemzetiség figyelembevételével, 3 lépésben] (n=625)

1. blokk: az anya életkora (folytonos), iskolai végzettsége (5 dummy vált.), lakóhelye (3 dummy vált.), vér szerinti gyerekek száma (3 dummy vált.), nemzetiség (dummy: cigány vs. magyar)
2. blokk: „Mennyire szeret/szeretett szoptatni?"
3. blokk: IIFAS-pontszám

Eredmények:

1. blokk bevonásával szignifikáns a modell ($p=0,008$); picit magasabb az előzőnél az R^2-érték (0,045); a vér szerinti gyerekek számának, az iskolai végzettségnek és egy kicsit a budapesti lakhelynek látszik szignifikáns hatása.[6]
2. 2. blokk bevonása után: $p<0,001$; $R^2=0,095$; a bevont változó szerepe egyértelműen szignifikáns ($p<0,001$), és a vér szerinti gyerekek száma mellett a magas iskolai végzettségeknek is látszik magyarázó szerepe. A két modell eltérése is szignifikáns ($p<0,001$), tehát a „Mennyire szeretett szoptatni" kérdésre adott válasz további támpontot nyújtott a kizárólagos szoptatás hosszának magyarázatához.
3. 3. blokk bevonása után: $p<0,001$; $R^2=0,123$; az előző lépésben szignifikáns hatású változók mellett az újabb bevont változó (IIFAS-pontszám) szerepe is egyértelműen szignifikáns ($p<0,001$). A két modell eltérése is szignifikáns ($p<0,001$), tehát ez azt jelenti, hogy az IIFAS-pontszám – ha nem is sok, de – további információt ad a kizárólagos szoptatás hosszáról a „Mennyire szeret/szeretett szoptatni?" kérdésre adott válaszhoz képest is.

[6] *Megjegyzés: ez az első blokk elvileg ugyanazt az eredményt kellene, hogy adja, mint amit az előző, II. modellnél kaptunk, de mivel itt a következőkben egy új változó is szerepet kap, megnövekszik a kieső adatsorok száma, vagyis kisebb mintaelemszámmal dolgozhatunk, ami erősebb összefüggésekhez és szignifikanciákhoz vezet.*

A vér szerinti gyerekek számának szerepe érdekesen alakul. Bár azt hihetnénk, hogy a több tapasztalat hosszabb szoptatási időszakkal társul, az eredmények nem a várakozásaink szerint alakultak. Az utolsó modellépítés mindhárom lépésében azt kapjuk, hogy két vér szerinti gyereknél szignifikánsan *kisebb* a kizárólagos szoptatás hossza, mint egynél, három gyereknél szintén rövidebb, mint egynél, de nem szignifikánsan, míg legalább négy gyerek esetén (igaz, nem szignifikánsan, de kicsit) hosszabb a kizárólagos szoptatás, mint egy gyereknél. Az I. és a II. modellépítésnél is hasonló eredmény látszik.

V. MEGBESZÉLÉS

V.1. Az első kutatás eredményeinek megbeszélése

Elsődleges célunk az volt, hogy megállapítsuk, használható-e az IIFAS Magyarországon a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd mérésére. A skála validálása során korábbi kutatásokban, az eredetitől eltérő kulturális környezetben különböző pszichometriai tulajdonságokat mértek. A mi eredményeink azt mutatják, hogy a skála 17 itemes, teljes verziójának belső validitását megerősítette a 0,73-as Cronbach alfa koefficiens, így ajánlhatjuk magyarországi használatát más kutatásokban. Egyes itemek CITC-je azonban – hasonlóan más kutatásokhoz – gyengébb a kívánatosnál. Ezért lehetséges, hogy azok a rövidebb magyar verziók, amelyekből a kritikus itemek kimaradnak, azonos, vagy kissé alacsonyabb, de elfogadható Cronbach alfa mellett szintén alkalmasak a csecsemőtáplálási attitűd mérésére.

A statisztikai elemzések során az 1., 4., 11., 12., 16. és 17. itemnél találtunk alacsony CITC-t. Miután kihagytuk ezeket, az IIFAS-H11 magas szintű konstruktum validitást mutatott egy 0,79-es Cronbach alfával. Ugyanakkor nem szabad elfeledkezni a skála adaptációk egyik legfontosabb céljáról, arról, hogy segítségével ugyanazt a konstruktumot más kultúrákban is összehasonlítható módon mérjük. Számos kutatásban megnéztük, hogy a különböző nyelvű skálaadaptációk során mely elemeknek volt alacsony CITC értéke (0,3 alatti, vagy akörüli) – függetlenül attól, hogy végül kihagyták ezeket vagy megtartották a teljes skálát. Végül nyolc olyan itemet találtunk, amelyek a kulturális kontextustól függetlenül mindegyik általunk vizsgált verzióban szerepeltek. Valószínűleg ezek az itemek testesítik meg a csecsemőtáplálási attitűd leguniverzálisabbnak tekinthető elemeit. A magyar mintában az ebből a nyolc „közös” elemből álló IIFAS-H8 Cronbach alfája 0,76 lett, kicsit alacsonyabb, mint az IIFAS-H11-é, de ezt a kis hátrányt jól ellensúlyozza az összehasonlíthatóság lehetősége más országokban mért adatokkal.

Amikor egyes itemek kihagyásáról döntöttünk, tartalmi megfontolásokat is szem előtt tartottunk. Már a skálát megalkotó szerzők is felvetették azt a lehetőséget, hogy egyes itemek nem attitűdöt, hanem hiedelmet mérnek. (150) Vegyük például azt az itemet, amely a felmérés helyszínétől függetlenül szinte mindenütt gyengén szerepelt vagy értetlenséget váltott ki, ez a 4. item: *Az anyatej kevés vasat tartalmaz*. A válaszolók döntő többségének fogalma sincs arról, hogy az anyatejben mennyi vas van, és hogy egyáltalán

van-e benne. Képzeljük el ennek a kérdésnek a feltevését Etiópiában, ahol a válaszolók háromnegyede írástudatlan volt, de mindazonáltal szoptatott, függetlenül ennek a tudományos indokoltságától. De nem kell egy távoli földrészre mennünk ahhoz, hogy az item problematikussá váljon. Amikor itthon a szakértői csoporttal töltettük ki és véleményeztettük az eredeti skálát a skálaadaptációk ajánlott menetének megfelelően (185), akkor ez a kérdés a szakértői csoportban is zavart keltett, noha tudták, hogy mennyi vasat tartalmaz az anyatej. Mi az, hogy kevés? Mihez képest kevés? – ilyen jellegű pontosító kérdéseket tettek fel, és a minősítés során ez az item igen gyenge pontszámokat kapott. Ha az átlagpopulációban feltételezhető ismeretekből indulunk ki, az emberek többsége nem fogja tudni a választ, ezért valószínűleg a 3-as lehetőséget választja az ötfokozatú Likert-skáláról, ami bizonytalanságot vagy közömbösséget fejez ki az adott témával kapcsolatban. Ha viszont abból indulunk ki, hogy az itemmel hiedelmeket akarunk mérni valójában, nem tudást, akkor a szoptatásbarát attitűddel jellemezhető anya így gondolkodik: kevés? Hogyan lehet valami kevés az anyatejben, ami annyira tökéletes? Így a válasza az lesz, hogy egyáltalán nem ért egyet az állítással. Ahhoz, hogy megérthessük, mi adta a létjogosultságát ennek az itemnek az eredeti kulturális kontextusban, fel kell idéznünk annak az időszaknak a tápszermarketingjét, amelynek oszlopos eleme volt a tápszer magas vastartalmának méltatása. A tápszer valójában tényleg lényegesen több vasat tartalmaz egységnyi térfogatú elkészített tápszerre vonatkozóan, mint ugyanannyi anyatej, de nem azért, mert annyira felülmúlhatatlanul jó, hanem azért, mert a tápszerekből nagyon gyenge a vas felszívódás aránya (7%), és ahhoz, hogy legalább megközelítse a csecsemő szervezetébe jutó vasmennyiség azt, amennyi az anyatejből felszívódna (49%), a tápszerbe sokkal többet kell tenni. (208) Csakhogy az amúgy igen hatásos marketingszövegekből ezek a megfontolások kimaradtak, maradt a magas vastartalom (Például az ezredfordulón még ilyen néven árusított Similac Advance Vassal). (209) Úgy gondolom, az IIFAS skála 4. iteme erre próbál reflektálni. Azóta a tápszer marketing rég túllépett ezen, ám az item maradt, és mivel lassan senki sem tudja már, hogy kerül oda, rendre gyengén szerepel. A másik lehetséges magyarázat, hogy a skála megalkotói szándékosan akartak olyan kérdést feltenni, amely nem nyíltan kérdez rá az attitűdre, hanem pontosan olyan burkoltan, mint ahogyan Pratkanis 1989-ben azt kérdezte, melyik állítás igaz: Ronald Reagannek ötös átlaga volt az Eureka Egyetemen.

Vagy: Ronald Reagannek sosem volt hármasnál jobb átlaga. Mivel valószínűtlen, hogy megkérdezettek tudnák a helyes választ, valószínűleg attitűdjük alapján találgatnak. (210) Hasonló értelmezési problémák vannak az 1. itemmel is (*Az anyatej táplálkozási előnyei addig tartanak, amíg a baba anyatejet kap*.) Nem csupán az alacsony iskolázottságúaknak jelent nehézséget a „táplálkozási előny" kifejezés megértése, értelmezése. Ahogyan azt az extrém alacsony CITC, és a szinte pontosan 3-as átlag is mutatja, ez a téma azokban is bizonytalanságot szül, akik egyébként erősen szoptatásbarátak. A szakértői csoportban szintén gyengén szerepelt ez az item, noha kizárhatjuk azt a lehetőséget, hogy a válaszolók ne lettek volna eléggé szoptatást favorizálók. Az észak-ír kutatásban ezt az itemet, éppen nehezen érthetősége miatt, át is fogalmazták. (161) Ezzel az itemmel kapcsolatban ismét utalnék a bevezetőben is kifejtett, több szempontból is problematikusnak tekinthető táplálkozáscentrikus megközelítésre, amely egyébként, hasonlóan a 4. itemhez, a tápszermarketinghez kapcsolódik. Ebben a kommunikáció természetszerűleg a táplálék-termék aspektusokra összpontosít, így az anyatej/szoptatás multifunkcionalitása háttérbe szorul. Magát a folyamatot, és ennek hatását a szoptatás védelmére és támogatására kitűnően összefoglalja és keretbe illeszti D. Wiessinger két publikációja. (3, 4) Végső soron mindegy, hogy ezzel a két itemmel attitűdöt, tudást vagy hiedelmet próbálunk-e mérni, tény, hogy nem illeszkednek a skála egyéb elemeihez, ezért kihagyhatók, ha rövidebb, világosabban megfogalmazott skálát szeretnénk jövőbeli kutatásokban használni.

A 8. item nagyon is lényeges kérdést feszeget, a nyilvános szoptatás elfogadottságát, a 17. item pedig azt szondázza, hogy a válaszoló elfogadhatónak tartja-e a szoptatás alatt az alkalmi alkohol fogyasztást. Mindkét item szorosan kapcsolódik az adott környezetben elfogadott társadalmi normákhoz, az anyákkal szembeni elvárásokhoz, ez számos felmérésből kiderült az évek folyamán. (154, 159, 169, 170, 183) A 17. item esetében a választ sem a szoptatással kapcsolatos attitűd, sem a tudás nem fogja elsődlegesen befolyásolni, sokkal inkább a közösségre jellemző szociális normák az alkoholfogyasztás, ezen belül is a nők/anyák alkoholfogyasztásának elfogadottsága. Ezért ebben a formában álláspontunk szerint nagy valószínűséggel nem alkalmas a kérdés a csecsemőtáplálási attitűd mérésére. A 8. item esetében válaszolóink elsöprő többsége, több, mint 80%-a, függetlenül a preferált táplálási módtól, nem ért egyet azzal az állítással, hogy az anyák ne szoptassanak a nyilvánosság előtt, például érttermekben. Csupán 7,8% ellenezte a

nyilvános szoptatást, és 11,9% helyezkedett semleges álláspontra. Ugyanakkor a nyilvános szoptatás jogának elismerése, támogatása nem jelenti azt, hogy a válaszoló maga élne-e ezzel a lehetőséggel. Wallis és munkatársai romániai kutatásában (160) úgy találta, hogy a témát különbözőképpen ítélik meg azok, akiknek nincs gyermeke, vagy még csak gyermeket várnak, mint azok, akiknek már megszületett. Az utóbbi csoport már jobban érzékeli, hogy a nyilvános szoptatás elfogadottsága egyben a mozgásterük nagyságát is jelzi, azt, hogy hova tudnak eljutni egy szoptatott kisbabával együtt. Az IIFAS-H11-ben ennek az itemnek a CITC-je éppen hogy a limit felett volt. Ezt az eredményt magyarázza az, hogy a választ a személyes élmények és korábbi tapasztalatok egyaránt meghatározzák a csecsemőtáplálási attitűdön kívül. Emiatt ez a kérdés, bár kétségkívül igen lényeges témát feszeget, kevéssé alkalmas a csecsemőtáplálási attitűd megállapítására, és a választott táplálási mód előre jelzésére. Ugyanerre a következtetésre jutott Alkusayer is Kanadában. (168) A magyar verziókból mi is kihagytuk.

A 12. (Az anyatej ideális táplálék a kisbabák számára.) és 16. item (Az anyatej kevésbé drága, mint a tápszer.) esetében szintén alacsony a CITC, ám más okokból. Mindkét item olyan, általánosan elfogadott állításokat tartalmaz, amelyekkel még az erősen tápszert favorizáló válaszolók is egyetértenek, ezért kevésbé alkalmasak arra, hogy a kétféle csecsemőtáplálási irányultság között különbséget tegyenek.

A 11. item (Az apák úgy érzik, kimaradnak valamiből, ha az anya szoptat.) a válaszok eloszlása alapján nagyon kevéssé kapcsolódik a többi item bármelyikéhez. Az a törekvés, hogy apák a nevelésben, gondozásban egyenlő részt vállaljanak, létjogosultságot ad ennek az itemnek, hiszen a csecsemő szoptatásából az apák hagyományosan kimaradnak. A nyugati országokban, és a globalizáció következtében egyre szélesebb körben fogalmazódik meg az az elvárás, hogy az apák részt vegyenek a csecsemő ellátásában, a táplálás vonatkozásában is. A mi válaszolóink adatai alapján viszont azt mondhatjuk, hogy a túlnyomó többség, 71.5% egyáltalán nem gondolja azt, hogy a szoptatás miatt az apák kimaradnának a gyermek ellátásából. Ez a százalékos arány mintánkban körülbelül megfelel a hat hónapig kizárólag szoptatók arányának. Magyarországon a családon belüli nemi szerepek alakulása tradicionális mintát követ, (211) ez lehet a magyarázata, hogy válaszolóink többsége nem ért egyet azzal, hogy az apáknak a szoptatásból/csecsemőtáplálásból is részt kellene vállalniuk. A világviszonylatban is hosszúnak számító, 24 hetes anyasági szabadság és az a lehetőség, hogy az anyák akár

két évig is otthon maradhatnak gyermekükkel fizetésük 70%-ának folyósítása mellett, a magyar társadalmi kontextusban nem veti fel ennek szükségességét.

A túletetés témaköre két itemben (5. és 10.) is megjelenik a skálán belül. Ebben az esetben a csökkentés oka az volt, hogy rövidségre törekedve feleslegesnek éreztük, hogy kétszer is rákérdezzünk ugyanarra a témára, a túletetés jelenségére. Így végül a 10. elhagyása mellett döntöttünk annak alacsony CITC-je miatt. Ezzel kapcsolatban is érdemes az eredeti kérdésfelvetés kontextusára utalni. Az Egyesült Államokban az obesitas problémája már gyermekkorban megjelenik, és több kutatás is bizonyította, hogy a szoptatott csecsemők körében a későbbiekben ritkábban fordul elő. Az ezzel kapcsolatos társadalmi kommunikcáió hangsúlyossága indokolhatta eredetileg a két item bekerülését a skálába. Érdekes, hogy Nanishi és munkatársai kutatásában már a tartalom validálási eljárás során jelezte az egyik felkért szakértő, hogy szerinte ez a két item nem releváns, mert az anyák inkább attól tartanak, hogy a baba nem eszik eleget, nem attól, hogy túletetik. A felmérés során ez a két item valóban nagyon gyengén szerepelt.

V.2. A második kutatás eredményeinek megbeszélése

Az IIFAS-H8 pontszámok a lineáris regressziós modellépítések tanúsága szerint korrelálnak a kizárólagos szoptatás időtartamával, az IIFAS-H8 pontszám szerepe szignifikáns a modellekben, és a szociodemográfiai változókon túlmenően is képes valamelyest előre jelezni a csecsemőtáplálási attitűdöt. A skála Cronbach alfája 0,672, ami elfogadható belső konzisztenciára utal.

Az eredmények alapján kijelenthetjük, hogy az IIFAS-H8 valid mérőeszköz a csecsemőtáplálási attitűd feltérképezésre, mivel a szociodemográfiai jellemzőknél jelentősebb mértékben hozzájárul a kizárólagos szoptatás időtartamának előrejelzéséhez. Ugyanakkor az első kutatás kényelmi mintavételes kutatásához képest az IIFAS-H8 a várakozásokhoz képest gyengébben teljesített, amikor reprezentatív mintán vizsgáltuk. Ennek hátterében három fő ok feltételezhető:

1. A skálarövidítések többnyire a belső konzisztencia csökkenésével járnak.
2. Igen elérő lehet az eredmény egy kényelmi mintavételen alapuló kutatásban, ahol sok a hosszan szoptató, szoptatás iránt elkötelezett, magasabb iskolázottságú anyakövetkezésképp kisebb a minta variabilitása attitűd és egyéb háttértényezők

szempontjából. A reprezentatív minták eloszlása a kritikus háttértényezők szempontjából egyenletesebb.

3. Az eredeti itemsor a múlt század kilencvenes éveinek egyesült államokbeli valóságára és csecsemőtáplálási viszonyaira épül. Számos olyan kutatásban szerepelt gyengén az IIFAS skála, ahol a kulturális sajátosságok és a csecsemőtáplálási attitűd háttértényezői markánsan különbözhetnek ettől. Bár a skálarövidítési próbálkozások során igyekeztünk egy „univerzálisnak" tekinthető itemsort létrehozni, elképzelhető, hogy ez egy meglehetősen gyorsan változó csecsemőtáplálási trendekkel jellemezhető világban további felülvizsgálatra szorul.

A kulturális megfelelőséggel kapcsolatban a posztszocialista országokat közös sajátosságok jellemezhetik. Wallis és munkatársai Közép-Kelet Európában elsőként alkalmazták az IIFAS-t nem angolszász országban, mégpedig a teljes, 17 itemes verziót. Várandós anyákból álló mintán a skála Cronbach alfa együtthatója 0,5 lett, a szülés utáni időszakban megkérdezetteknél pedig 0,63. (160) Ez nem az egyetlen olyan általam ismert kutatás, amelyben az IIFAS viszonylag alacsony reliábilitást mutatott, de ennek okaira a szerzők nem tértek ki.

További érdekes vonulat a „Mennyire szeret szoptatni?" kérdésre adott válaszok kapcsolata az IIFAS-H8 pontszámmal. A hierarchikus lineáris regressziós modellépítések harmadik blokkjának tanulsága szerint az IIFAS pontszám, ha nem is sok, de szignifikáns többletinformációval szolgál a szoptatás várható hosszáról a „Mennyire szeret szoptatni?" kérdésre adott válaszokhoz képest is. Ez megfelel előzetes feltételezéseinknek, hiszen az attitűd egy összetettebb jelenséget takar, másfelől a szoptatás melletti érzelmi elköteleződést firtató kérdésre a válaszolók nagyobb arányban adnak a társadalmi elvárásoknak megfelelő, erősen pozitív választ akkor is, ha a valós attitűdjük ennél akár jóval kevésbé szoptatásbarátabb.

Az első és második kutatás eredményeinek összehasonlíthatósága kedvéért a második kutatás adatait is elemeztük az első kutatásnál alkalmazott logisztikus regresszióval. Azonban a második kutatás lineáris regresszióval történt elemzésekor kapott gyengébb összefüggések az első kutatásnál alkalmazott logisztikus regressziós elemzéssel ugyanolyan gyengének látszanak. Részletesebben: függő változónak ekkor a „kizarolagossagvege" változóból készített bináris változót használtuk. Magyarázó

változók az 1.blokkban az iskolai végzettség kategoriális változója, az életkor és a vér szerinti gyerekek száma volt. A 2. blokkban az IIFAS-H8 pontszámot is a magyarázó változók közé vettük. Ennek eredményeként az 1. blokk esetében éppen csak szignifikáns a modell: $chi^2(7) = 14,197$, p=0,048, a magyarázó változók közül egyiknek sem szignifikáns a hatása. A modell magyarázó ereje elég gyenge: Nagelkerke R^2=0,027. A 2. blokknál a modellek eltérése szignifikáns.: $chi^2(1)=36,956$, p=0,000. A bővebb modell is szignifikáns.: $chi^2(8)=51,153$, p=0,000. A magyarázó erő jóval kisebb mértékben javult, mint az 1. kutatásnál: Nagelkerke R^2=0,094. A változók közül csak a 2. blokkban belépő IIFAS szerepe erősen szignifikáns. (OR=1,103, p=0,000).

17. ábra: Az első és második kutatás eredményeinek összehasonlítása

	Első kutatás	21.BSZ
Cronbach alfa	0,76	0.67
Az IIFAS pontszám korrelációja[a] a táplálási móddal hat hónaposan (kizárólag szoptat-nem szoptat kizárólag)	0,52 (p<0,01)	0,22 (p<0,01)
A hierarchikus logisztikus regresszió eredményei, ha a függő változó a hat hónapos kori kizárólagos szoptatás:		
Nagelkerke-féle R^2 az első modellre[b]	0,05	0,027
Nagelkerke-féle R^2 a második modellre[c]	0,41	0,094
Az IIFAS pontszám esélyhányadosa a második modellben[c]	1,28 p=0,000	1,103 p=0,000

[a] Spearman-féle rangkorreláció
[b] Magyarázó változók: anyai életkor, anyai iskolázottság, és vérszerinti gyermekek száma
[c] Magyarázó változók: anyai életkor, anyai iskolázottság, vérszerinti gyermekek száma és IIFAS pontszám

VI. KÖVETKEZTETÉSEK

Az első kutatás eredményei alapján ajánlást tettünk arra, hogy az IIFAS-t más Magyarországi kutatásokban is felhasználják, a rövidített verziók közül pedig a fentiekben bemutatott indokok miatt az IIFAS-H8 használatát ajánlottuk.

A második, validáló kutatás eredményei alapján javasolhatjuk az IIFAS-H8 felhasználását további kutatásokban, azzal a megkötéssel, hogy a szoptatással kapcsolatos attitűd csupán egyetlen, ám nem figyelmen kívül hagyható szelete a szoptatás időtartamát befolyásoló tényezőknek. Az IIFAS-H8 felhasználásakor célszerű más skálákat is alkalmazni, amelyek a szoptatás időtartama és a tényezők közötti mélyebb, többirányú kapcsolat feltárására is képesek.

További kutatások szükségesek annak megállapítására, hogy miért volt ilyen sok a szoptatási adatokkal kapcsolatos inkonzisztens válasz, másfelől miért mutatott az IIFAS H-8 viszonylag alacsony belső konzisztenciát. Lehetséges, hogy az interjúalanyok kifáradása is magyarázza ezt a fentiekben már részletezett okokon kívül, hiszen a több, mint másfél órán át tartó kérdezés minden bizonnyal okozhatott pontatlanságot a tények felidézésben vagy elhamarkodott válaszokat. Jelentős szerepe lehet az IIFAS H-8 gyenge szereplésében a kulturális különbségeknek is. Lehetséges, hogy amint Japánban (154), úgy a közép-kelet-európai országokban is más háttértényezők befolyásolják azt, hogy valaki miért szoptat, vagy miért ad tápszert, illetve a szoptatással szembeni attitűd is más komponensekből tevődik össze. A skála rövidítésének okai között nem csupán a lekérdezési idő rövidítése szerepelt okként, hanem az is, hogy a pszichometriai vizsgálat során egyes itemek egyszerűen nem bizonyultak adekvátnak. További, főként kvalitatív kutatásoknak kell majd fényt deríteniük arra, hogy valójában melyek azok a tényezők, amelyek a szoptatási hajlandóságot és attitűdöt befolyásolják Magyarországon.

Eredményeink közül érdemes kiemelni azt, hogy a szociodemográfiai változók közül a lakóhely, iskolázottság a várakozásokhoz képest milyen kevéssé korrelál a szoptatási arányokkal. Ez tulajdonképpen kedvező ténynek tekinthető, ugyanis abban az esetben, ha az erre vonatkozó elemzések (66, 68, 212) megállják a helyüket, Magyarországon a szoptatástámogatás terén *kevéssé* érvényesül egyenlőtlenség. A védőnői hálózatnak köszönhetően az alacsony szocioökonómai státuszú családokhoz is rendszeres eljut a prevenció területén jártas egészségügyi dolgozó a védőnő személyében, akinek alapvető feladatai közé tartozik a szoptatás támogatása. Nyilvánvaló, hogy ez önmagában nem

képes minden szegénységből és iskolázatlanságból fakadó hátrányt kiküszöbölni, de mindenképpen pozitív, megbecsülésre és további fejlesztésre érdemes a védőnői hálózat és az általa nyújtott, világviszonylatban is színvonalasnak nevezhető ellátás. Hajdu és Kertesi gyermekegészségügyi statisztikai jelentésében a szocioökonómiai státusz és szoptatás összefüggéseit vizsgálva ezzel ellentétes megállapítása jut. Az ő elemzésük a jövedelmi viszonyokon alapul. Eszerint a szegények körében szignifikánsan alacsonyabbak a szoptatási arányok. (55) Ez mindenképpen egy olyan kérdés, amellyel a jövőben foglalkozni érdemes, hiszen a kizárólagos szoptatás rövidebb időtartama éppen az alacsonyabb szocioökonómiai státuszúak körében nem feltétlenül társul a szoptatás összességében rövidebb időtartamával. Ahhoz azonban, hogy ezen a területen tisztábban lássunk, szükség lesz a védőnői adatgyűjtés reformjára.

A csecsemőtáplálási, szoptatási adatokra való rákérdezés módján érdemes változtatni a tapasztalatok alapján. Egyértelműbb, legalábbis a nem szakember számára is egyértelmű megfogalmazásra van szükség, és az is nyilvánvaló, hogy a pontosabb adatok érdekében inkább prospektív kutatásokra van szükség, ahol többször is lehetőség nyílik a táplálási módra rákérdezni. Így olyan szoptatástörténetek is feltárhatóvá, elemezhetővé válnak, amelyek a jelenleg szokásos, nemzetközi szinten is érvényes kérdezési rutinból „kipottyannak", mert nem képesek kellő érzékenységgel reagálni az egyéni szoptatástörténetben bekövetkező változásokra, hullámzásokra. Itt főként a szülési utáni napokban, a szülészeten adott tápszeres pótlásra érdemes gondolni, amely alkalmilag vagy rövid ideig a hazatérés után is folytatódik, de utána a csecsemőt kizárólag szoptatja az édesanyja. A gyakorlati tapasztalatok alapján egyáltalán nem ritka, hogy az anya átmeneti elbizonytalanodás, vélt vagy valós tejmennyiség csökkenés miatt átmeneti tápszeres pótlást ad csecsemőjének, ezt az IIFAS-H-val kapcsolatos korábbi kutatás eredményei is igazolták. (173) A jelenleg alkalmazott kérdezési technikákkal azonban ezek a meglehetősen gyakorinak számító esetek egyfajta „szürke zónába" kerülnek, nem ítélhetők meg egyértelműen, különösen akkor nem, ha az anyának hónapokkal, akár egy-két évvel korábbi eseményekre kell visszaemlékeznie, és aki így a néhány alkalommal adott tápszert említésre sem méltónak tarthatja.

Ennek fényében különös jelentőséget nyer az, hogy reprezentatív mintán végzett kutatások milyen eredményre jutnak, és ezekből milyen következtetéseket vonhatunk le a szoptatás valós helyzetére vonatkozóan Magyarországon. A 21BSZ eredményei szerint

a hat hónapos kori kizárólagos szoptatás 27,7%-os arányával jóval elmaradunk a WHO javaslatától. Az anyák válaszai alapján kiszámított arány annál alacsonyabb, mint ami a védőnői adatgyűjtésben található 36% (2019-ben).

A szoptatás időtartamát befolyásoló tényezők történelmi koronként változnak, és ennek a változásnak a sebessége napjainkban nő. Ahogy értekezésem első felében bemutattam, a szoptatási mutatók néhány év leforgása alatt is jelentősen romolhatnak, míg az összehangolt, jól megalapozott intézkedések gyors pozitív változásokat hozhatnak a szoptatási szokásokban. Kutatásaim és egyéb publikációim azt a kérdéskört járják körül többféle megközelítésből, hogy a szoptatás időtartamának növekedését milyen részterületeken, milyen módszerekkel támogathatjuk. A szoptatás jótékony biológiai, immunológiai és kognitív fejlődésre gyakorolt hatásai ellenére időtartamában jóval elmarad az ideálistól világszerte. Magyarországon is ez a helyzet, noha a szoptatást megkezdők aránya világviszonylatban is magas, és az anyák túlnyomó többsége szoptatni szeretne. Népegészségügyi prioritás, hogy ezt a páratlan jelentőségű prevenciós lehetőséget, amely egyúttal az anyák reproduktív ciklusának is természetes része, a lehető leghatékonyabb módszerekkel, köztük az evidenciákon alapuló csecsemőtáplálási szakmai irányelvvel támogassuk. További fontos pillér a várandósfelkészítés, amely a szoptatásra felkészítésre is kiterjed, valamint a Bababarát Kórház Kezdeményezés, amely megteremti a lehetőséget a szoptatás születés után egy órán belüli megkezdéséhez, a folyamatos anya-újszülött együttléthez, és az első életnapokban biztosítja a szakszerű, szoptatásbarát segítségnyújtást. Ez utóbbit nem lehet eléggé hangsúlyozni, ugyanis az NNK Születésértesítő rendszere szerint indokolatlanul magas azoknak az újszülötteknek az aránya, akik már az első életnapokban tápszeres kiegészítést kapnak, éppen abban az érzékeny periódusban, amikor a segítségnek a szoptatás megalapozására kellene irányulnia. Az adatok azt mutatják, hogy ez a jelenség a császármetszéssel születő újszülötteket sújtja a leginkább.

A tápszermarketing jelenleginél sokkal szigorúbb korlátozása a másik lépés, amellyel a szoptatás időtartamára pozitív hatást lehetne gyakorolni. Magyarországon a hosszú és fizetett anyasági szabadság ideális feltételeket teremt a tervezett szoptatási időtartam megvalósítására.

A 90-es évektől kezdve egyre inkább háttérbe szorul a táplálkozáscentrikus szemléletmód, amely a szoptatásban csupán egy lehetséges táplálási módot lát. Előtérbe

kerül a szoptatás nyújtotta komplexitása: egyénre és környezetre szabott immunológiai védelem, komfortfunkciók, az önszabályozásban még fejletlen csecsemő támogatása a megnyugvásban, elalvásban, diszkomfort kezelésében, és természetesen az anyatej táplálékként is tökéletesen a csecsemő igényeihez igazodik. A szoptatás egy dinamikus kommunikációs folyamat, amely egymás jelzéseinek értelmezésén túl olfaktorikus, immunológiai, hormonális kommunikációt is takar.

Bár a szoptatás klasszikus értelemben nem nevezhető egészségmagatartásnak, hiszen egy alapvető, emlősökre jellemző élettani folyamatról van szó, a szoptatás promóciója kapcsán mégis működőképesnek bizonyulnak az egészségmagatartások befolyásolására kidolgozott modellek. A Tervezett Viselkedés elmélete ideális elméleti keret a szoptatási gyakorlatot támogató intervenciók tervezésében. Ha az egészségügyi személyzet tájékoztatja a az anyát a szoptatás előnyeiről, és a gyakorlatban is segítséget nyújt a megvalósításhoz, azzal erősítik az anya szoptatási képességét, észlelt viselkedés kontrollját, és ezáltal elősegítik a szoptatásbarát attitűd kialakulását vagy megerősödését az anyában, ami a szoptatási viselkedést tekintve a hosszabb szoptatási időtartamok irányába fog elmozdulni. Mivel Magyarországon még nem vizsgálták a csecsemőtáplálási attitűdöt, kutatásaim tárgyául ezt a témát választottam.

Az első kutatás célja a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd vizsgálatára alkalmas nemzetközi skála, az Iowa Infant Feeding Attitude Scale adaptációja, pszichometriai vizsgálata volt, vagyis annak megállapítása, hogy alkalmas-e a mérőeszköz magyarországi használatra. Ez a skála került felhasználásra a legtöbb szoptatási attitűd kutatásban világszerte. Ennek egyik fő oka jó reliábilitása mellett rövidsége, a másik, hogy az itemek megfogalmazása nem csupán várandósok vagy anyák megkérdezését teszi lehetővé, hanem akár apákét, egészségügyi dolgozókét is, így a sokoldalú felhasználhatóság is biztosított. A kutatás eredményeként javaslatot tettünk egy rövidített skála, az IIFAS-H8 használatára.

A második kutatás célja az IIFAS-H8 csecsemőtáplálási attitűdskála validálása volt nagymintás, reprezentatív kutatásban (publikálás előtt álló eredmény).

Az IIFAS-H8 pontszám a lineáris regressziós modellépítések tanúsága szerint korrelál a kizárólagos szoptatás időtartamával, az IIFAS-H8 pontszám szerepe szignifikáns a modellekben, és a szociodemográfiai változókon túlmenően is képes valamelyest előre

jelezni a csecsemőtáplálási attitűdöt. A skála Cronbach alfája 0,672, ami elfogadható belső konzisztenciára utal.

Az eredmények alapján kijelenthetjük, hogy az IIFAS-H8 valid mérőeszköz a csecsemőtáplálási attitűd feltérképezésre, mivel a szociodemográfiai jellemzőknél jelentősebb mértékben hozzájárul a kizárólagos szoptatás időtartamának előrejelzéséhez, vagyis annak megállapításához, hogy kiknél van szükség további intervenciókra a hosszabb szoptatási időtartam érdekében. A vizsgált, csaknem ezer fős, reprezentatív mintában a szociodemográfiai változók kevéssé korrelálnak a szoptatási arányokkal. Ez kedvező ténynek tekinthető, ugyanis arra utalhat, hogy Magyarországon a szoptatástámogatás terén *kevéssé* érvényesül egyenlőtlenség. A védőnői hálózatnak köszönhetően az alacsony szocioökonómai státuszú családokhoz is rendszeres eljut a prevenció területén jártas egészségügyi dolgozó a védőnő személyében, akinek alapvető feladatai közé tartozik a szoptatás támogatása. Eredményeim alapján, amelyek a skálával mért csecsemőtáplálási attitűdöt viszonyítják affektív és viselkedésbeli elemekhez, a szoptatást inkább azok közé a magatartások közé sorolhatjuk, amelyeknél viszonylag mérsékelt a kiindulópontként szolgáló modell, a Tervezett Viselkedés elmélet prediktív ereje. Mivel a szoptatási magatartás varianciájának a 21BSZ kutatás eredményei alapján csupán 8 százalékát magyarázza az IIFAS-H8 pontszámértékével jellemzett csecsemőtáplálási attitűd, jól látszik, hogy más tényezők szerepét, főként az egészségügyi ellátórendszerből érkező gyakorlati segítség jelentőségét semmiképp sem becsülhetjük alá. Hiába nagyon szoptatásbarát az anya attitűdje, ha a szülés utáni napokban nyújtandó gyakorlati segítség nem egységes alapokon nyugszik – ezt a sajnálatos tényt jól mutatja a különböző megyékben nagyon eltérő gyakorisággal adott tápszeres kiegészítés az első életnapokban.

A két kutatás eredményeiből a következő következtetéseket vonhatjuk le a szoptatáspolitikára vonatkozóan:

1. Az egészségügyi dolgozók képzésében és továbbképzésében növelni és korszerűsíteni szükséges a szoptatástámogatási ismereteket.

Figyelmet kell fordítani az egészségügyi dolgozók csecsemőtáplálási attitűdjére is, mivel ez is jelentősen befolyásolja a segítségnyújtás hatékonyságát és motivációját. Az IIFAS-H8 alkalmas az egészségügyi dolgozók attitűdjének felmérésére is, és az attitűdbeli változások követésére is.

2. A már meglevő, korszerű csecsemőtáplálási szakmai protokoll ismertté tételéért további lépéseket kell tenni, és felhívni a szakmai közönség figyelmét az egységesen alkalmazott eljárások és ajánlások jelentőségére. Az anyákat rendkívüli módon elbizonytalanítja, ha nincsenek összhangban azok a szoptatással kapcsolatos üzenetek, amelyeket az egészségügyi team tagjaitól kapnak.

3. Feltétlenül szembe kell nézni azokkal a tápszermarketing hatásokkal is, amelyek erőteljesen befolyásolják nem csak az anyák, hanem a társadalom csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűdjét. Mivel az attitűd mellett a szubjektív norma is jelentősen befolyásolja a szándékot és ezen keresztül a viselkedést. A szubjektív norma kialakulásában döntő szerepe van annak, hogy a közvetlen és a tágabb környezet mit tekint normálisnak. Ezért a csecsemőtáplálásról folytatott szakmai és társadalmi kommunikációban kitüntetett helyet kell biztosítani a szoptatás normalitásának és elsődlegességének. Abból a tényből, hogy a 21BSZ kutatásban az anyák fele küzdött nehézségekkel a szoptatás terén, és 28%-uk állította azt, hogy nem volt elegendő teje, sajnos az következik, hogy a szoptatástámogatás, amit kaptak, vagy nem volt megfelelő, és/vagy nem volt elég hatékony az anyai kompetencia növelésében. Ennek hátterében az is állhat, hogy a segítő személy maga sincs meggyőződve a szoptatás elsődlegességéről, normalitásáról. Segítői eszköztárában az egyszerűnek és jól kontrollálhatónak tűnő cumisüveges, tápszeres táplálás megelőzi a szoptatást.

Eredményeim tehát azt mutatják, hogy a szoptatás megvalósuló időtartamának háttértényezői közül az anyai attitűd csupán egy keskeny szelet, amely értékes és szignifikáns adat, ám inkább más tényezőkkel együttesen értékelve nyújt igazi segítséget azoknak a szűrésében, akiknél további segítség szükséges a szoptatási célok megvalósításához. Ha a jövőben szeretnénk a gyakorlatban is jól hasznosítható eredményeket kapni a szoptatási magatartást befolyásoló tényezőkről, akkor célszerű e gondolatmenet alapján három különböző mérőeszközt alkalmazni: az IIFAS skálát, a BAPT skálát, és Dennis szoptatási énhatékonyság skáláját (142).

VII. ÖSSZEFOGLALÁS

A nemzetközi szakirodalomban jelentős vonulatot képvisel az utóbbi tizenöt-húsz évben a szoptatás sikerességét és időtartamát befolyásoló szubjektív tényezők kutatása, azonban Magyarországon ilyen kutatásra még nem került sor.

A célunk az volt, hogy találjunk egy megfelelő mérőeszközt a csecsemőtáplálással kapcsolatos attitűd vizsgálatára, ennek elkészüljön a magyar fordítása és pszichometriai vizsgálata. Az Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) volt az a skála, amely a legjobb eredményeket hozta a szisztematikus szakirodalmi áttekintések alapján, így ezt választottuk magyar nyelvű adaptációra. Azonban az eredetitől eltérő kulturális környezetben különböző pszichometriai tulajdonságokat mértek. A mi 553 fős, kényelmi mintánk eredményei azt mutatják, hogy a skála 17 itemes, teljes verziójának belső validitását megerősítette a 0,73-as Cronbach alfa koefficiens. Ugyanakkor egyes itemek korrigált item-totál korrelációja alacsonyabb volt a szükségesnél, más itemekkel kapcsolatban tartalmi problémák merültek fel, ezért nemzetközi összehasonlításokat követően rövidített változatra, az IIFAS-H8-ra tettünk javaslatot. Az IIFAS pontszám korrelált a kizárólagos szoptatás időtartamával, ezt az eredményt azonban reprezentatív mintán is meg kellett erősítenünk.

A Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné intézete által koordinált 21. századi Babaszoba kutatás (Infancy in 21st Century Hungary) keretei között került sor az IIFAS-H8 mérőeszköz validálására reprezentatív, 980 fős mintán.

Az IIFAS-H8 reliábilitása megfelelő, de alacsonyabb a korábbi kutatásunk során kapott eredménynél: a Cronbach-alfa koefficiens 0,672. A kizárólagos szoptatás időtartama és az IIFAS-H8 pontszám korrelációja $r= 0,22$ [0,154, 0,283] $p<0,001$.

A hierarchikus lineáris regressziós modellek eredményei alapján kijelenthetjük, hogy az IIFAS-H8 valid mérőeszköz a csecsemőtáplálási attitűd feltérképezésre, mivel a szociodemográfiai jellemzőknél jelentősebb mértékben hozzájárul a kizárólagos szoptatás időtartamának előrejelzéséhez. Mivel a szoptatási magatartás varianciájának a 21BSZ kutatás eredményei alapján csupán 8 százalékát magyarázza az IIFAS-H8 pontszámértékével jellemzett csecsemőtáplálási attitűd, jól látszik, hogy más tényezők szerepét, főként az egészségügyi ellátórendszerből érkező gyakorlati segítség jelentőségét semmiképp sem becsülhetjük alá.

Summary

In the international literature, research on subjective factors influencing the success and duration of breastfeeding has been a major focus in the last fifteen to twenty years, but in Hungary, such research has not yet been conducted.

Our aim was to find a suitable instrument for the assessment of attitudes towards infant feeding, to translate it into Hungarian and to conduct a psychometric study. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) was the scale that yielded the best results based on systematic literature reviews, and was chosen for adaptation into Hungarian. The scale has been validated in previous studies measuring different psychometric properties in different cultural contexts. Results from our convenience sample of 553 respondents show a good internal validity confirmed by a Cronbach's alpha coefficient of 0.73. However, the corrected item-total correlations of some items were lower than required, and other items had content problems, so we conducted also a psychometric testing of several abbreviations following international comparisons with best results for the IIFAS-H8. The IIFAS score was positively correlated with the duration of exclusive breastfeeding, but this result had to be confirmed in a representative sample.

Within the Infancy in 21st Century Hungary study, coordinated by the Institute of Mental Health of Semmelweis University, the IIFAS-H8 scale was validated on a representative sample of 980 participants.

The reliability of the IIFAS-H8 is adequate, but lower than the results obtained in our previous study: Cronbach's alpha coefficient was 0.672. The correlation between the duration of exclusive breastfeeding and the IIFAS-H8 score is r= 0.22 [0.154, 0.283] $p<0.001$.

Based on the results of the hierarchical linear regression models, we can conclude that the IIFAS-H8 is a valid measure of attitudes relating infant feeding, as it contributes more significantly than sociodemographic variables to predicting the duration of exclusive breastfeeding. As only 8 percent of the variance in breastfeeding behaviour is explained by infant feeding attitudes as measured by the IIFAS-H8 score, based on the results of the 21BSZ survey, it is clear that the role of other factors, especially the importance of practical support from the health care system, cannot be underestimated.

VIII. IRODALOMJEGYZÉK

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, Franca GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. (2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet, 387: 475-490.
2. Kovar MG, Serdula MK, Marks JS, Fraser DW. (1984) Review of the Epidemiologic Evidence for an Association Between Infant Feeding and Infant Health. Pediatrics, 74: 615-638.
3. Wiessinger D. (1996) Watch Your Language! Journal of Human Lactation, 12: 1-4.
4. Wiessinger D. (2021) Watch Your Step. Journal of Human Lactation, 37: 464-468.
5. Terényi Z. (2007) A szoptatás kommunikatív aspektusairól. Serdülő- és gyermekpszichoterápia, V. évf. 3. sz. 4-18. p., V.: 4-18.
6. Pridham KA, Lutz KF, Anderson LS, Riesch SK, Becker PT. (2010) Furthering the Understanding of Parental-Child Relationships: A Nursing Scholarship Review Series. Part 3: Interaction and the Parental-Child Relationship. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 15: 33-61.
7. Tirindelli R. (2021) Coding of pheromones by vomeronasal receptors. Cell and Tissue Research, 383: 367-386.
8. Wambach K RJ. Szoptatás és humán laktáció. Semmelweis Kiadó2019.
9. Breastfeeding: New Anthropological Approaches. Routledge, Abingdon, 2018.
10. Wyatt TD. (2020) Reproducible research into human chemical communication by cues and pheromones: learning from psychology's renaissance. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 375: 20190262.
11. Cong XM, Ludington-Hoe SM, Hussain N, Cusson RM, Walsh S, Vazquez V, Briere CE, Vittner D. (2015) Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. Early Human Development, 91: 401-406.
12. Handlin L, Jonas W, Petersson M, Ejdeback M, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvnas-Moberg K. (2009) Effects of Sucking and Skin-to-Skin Contact on Maternal ACTH and Cortisol Levels During the Second Day Postpartum-

Influence of Epidural Analgesia and Oxytocin in the Perinatal Period. Breastfeeding Medicine, 4: 207-220.

13. Moberg KU, Handlin L, Petersson M. (2020) Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact - With a particular focus on the oxytocinergic system. Infant Behavior & Development Vol 61 2020, ArtID 101482, 61.
14. Gettler LT, McKenna JJ, McDade TW, Agustin SS, Kuzawa CW. (2012) Does Cosleeping Contribute to Lower Testosterone Levels in Fathers? Evidence from the Philippines. PLoS ONE, 7: e41559.
15. Stolzer J. (2005) Breastfeeding in the 21st century: a theoretical perspective International Journal of Sociology of the Family, 31: 39-55.
16. Urbán R. A biopszichoszociális modell kiterjesztése. In: Az egészségpszichológia alapjai. ELTE Eötvös kiadó, Budapest, 2017: 13-39.
17. Dobszay L, Sárkány J. A csecsemőtáplálás. Medicina, Budapest, 1968: 71-141
18. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról. 2019.
19. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L, Feldman-Winter L, Lawrence R, Kim S, Onyema N, Sect B. (2012) Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 129: E827-E841.
20. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, Hojsak I, Hulst JM, Indrio F, Lapillonne A, Molgaard C. (2017) Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 64: 119-132.
21. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva, 2003.
22. Kramer MS, Kakuma R. (2012) Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, doi:10.1002/14651858.cd003517.pub2.
23. Nutrition WPo. Complementary feeding of young children in developing countries : a review of current scientific knowledge. World Health Organization, Geneva, 1998.

24. Solomons NW, Vossenaar M. (2013) Nutrient density in complementary feeding of infants and toddlers. European Journal of Clinical Nutrition, 67: 501-506.
25. Kato C. Breastfeeding – Initiation, duration, attitudes and experiences. In: Department of Women's and Children's Health, Akademiska sjukhuset, SE-75185 Uppsala University, Uppsala, Sweden, 2018.
26. Hermanson Å, Åstrand LL. (2020) The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. Women and Birth, 33: e473-e482.
27. Blaffer SH. Mutter Natur. Die Weibliche Seite der Evolution. Berlin Verlag, Berlin, 2000.
28. Fewtrell MS, Mohd Shukri NH, Wells JCK. (2020) 'Optimising' breastfeeding: what can we learn from evolutionary, comparative and anthropological aspects of lactation? BMC Med, 18: 4.
29. Pelto GH, Zhang Y, Habicht J-P. (2010) Premastication: the second arm of infant and young child feeding for health and survival? Maternal & Child Nutrition, 6: 4-18.
30. Zhao A, Zheng W, Xue Y, Li H, Tan S, Zhao W, Wang P, Zhang Y. (2018) Prevalence of premastication among children aged 6-36 months and its association with health: A cross-sectional study in eight cities of China. Maternal & Child Nutrition, 14: e12448.
31. Wright LE, Schwarcz HP. (1998) Stable carbon and oxygen isotopes in human tooth enamel: Identifying breastfeeding and weaning in prehistory. American Journal of Physical Anthropology, 106: 1-18.
32. Austin C, Smith TM, Bradman A, Hinde K, Joannes-Boyau R, Bishop D, Hare DJ, Doble P, Eskenazi B, Arora M. (2013) Barium distributions in teeth reveal early-life dietary transitions in primates. Nature, 498: 216-219.
33. Fuller BT, Fuller JL, Harris DA, Hedges REM. (2006) Detection of breastfeeding and weaning in modern human infants with carbon and nitrogen stable isotope ratios. American Journal of Physical Anthropology, 129: 279-293.
34. Fomon S. (2001) Infant feeding in the 20th century: formula and beikost. J Nutr, 131: 409S-420S.
35. Palmer G. The Politics of Breastfeeding. When breasts are bad for businesses. Pinter & Martin London, 2009.

36. United Nations Children's Fund, Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring (UNICEF, WHO szerk.), New York, 2021.
37. World Breastfeeding Trends Initiative. Vol. 2022. Breastfeeding Promotion Network of India (BPNI), secretariat of WBTI, 2022.
38. Collection Breastfeeding statistics. Published statistics on breastfeeding, including prevalence at 6 to 8 weeks after birth. (Disparities OfHIa szerk.). NHS United Kingdom, 2022.
39. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003.
40. 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.
41. Nationale Strategie zur Stillförderung. (Ernährung Bf, (BMEL) uL szerk.). Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), Germany, 2021.
42. Lange C, Schenk L, Bergmann R. (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50: 624-633.
43. Zakarija-Grkovic I, Cattaneo A, Bettinelli ME, Pilato C, Vassallo C, Buontempo MB, Gray H, Meynell C, Wise P, Harutyunyan S, Rosin S, Hemmelmayr A, Sniukaite-Adner D, Arendt M, Gupta A. (2020) Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the Global strategy for infant and young child feeding in Europe. International Breastfeeding Journal, 15.
44. Gupta A, Suri S, J PD, Trejos M, Nalubanga B. (2019) The World Breastfeeding Trends Initiative: Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 84 countries. Journal of Public Health Policy, 40: 35-65.
45. Buccini GDS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. (2017) Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. Matern Child Nutr, 13.
46. Buccini Gdos S, Perez-Escamilla R, Venancio SI. (2016) Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. J Hum Lact, 32: NP52-60.

47. Buccini G, Pérez-Escamilla R, D'Aquino Benicio MH, Justo Giugliani ER, Isoyama Venancio S. (2018) Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. PLOS ONE, 13: e0208261.
48. Pérez-Escamilla R. (2017) Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. Jornal de Pediatria, 93: 107-110.
49. Bueno SB, Bittar TO, Vazquez FeL, Meneghim MC, Pereira AC. (2013) Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusions in preschoolers. Dental Press J Orthod, 18: 30.e31-36.
50. Monteiro FR, Buccini GDS, Venâncio SI, Da Costa THM. (2017) Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. Jornal de Pediatria, 93: 475-481.
51. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. (2013) Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC Public Health, 13: S20.
52. Odor A. (2016) A szoptatás, az anyatejes táplálás helyzete Magyarországon [Breastfeeding and Breast Milk Feeding in Hungary]. Védőnő [Health Visitor], 2016: 3-5.
53. Moravcsik-Kornyicki Á, Fedor A. (2021) A long time series analysis and regional inequalities of infant breastfeeding. Statisztikai szemle, 99: 759-782.
54. Organization WH. Indicators for assessing infant and Young child feeding practices. In: Part I. Definitions. Conlusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. World Health Organisation, Geneva, 2008.
55. Hajdu T, Kertesi G. Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében = Health inequalities among Hungarian children in the 2010s. Institute of Economics Centre for Economic and Regional Studies = Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-Tudományi Intézet, Budapest.
56. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. (2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet, 387: 491-504.
57. Bronfenbrenner U. (1986) Ecology of the family as a context for human development research percpectives. Developmental Psychology, 22: 723-742.

58. Innocenti Declaration. In: Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, Florence, Italy, 1990.
59. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA. (2013) Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. Pediatrics, 131: e1101-1107.
60. WHO. Marketing of breast milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020. (WHO U, IBFAN szerk.), 2020: 78.
61. (2021) The Impact of Formula Industry Marketing on Breastfeeding Rates in Native and Migrant Mothers. Breastfeeding Medicine, 16: 725-733.
62. Cetthakrikul N, Baker P, Banwell C, Kelly M, Smith J. (2021) Corporate political activity of baby food companies in Thailand. International Breastfeeding Journal, 16.
63. Lubold AM. (2019) Historical-qualitative analysis of breastfeeding trends in three OECD countries. International Breastfeeding Journal, 14.
64. Chai Y, Nandi A, Heymann J. (2018) Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. BMJ Glob Health, 3: e001032.
65. Cattaneo A. (2012) Academy of Breastfeeding Medicine Founder's Lecture 2011: Inequalities and Inequities in Breastfeeding: An International Perspective. Breastfeeding Medicine, 7: 3-9.
66. (1982) The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. Division of Family Health World Health Organization. World Health Stat Q, 35: 92-116.
67. Apple RD. (1994) The medicalization of infant feeding in the United States and New Zealand: two countries, one experience. J Hum Lact, 10: 31-37.
68. The dynamics of breast-feeding. WHO Chron, (1987) 37: 6-10.
69. Bóné V., Ungváry R., Juhászné-Kun JG., Kutas K., Gitidiszné Gyetván K., L. G. (2021) Lessons learnt from the national and international breastfeeding strategies. Journal of Hungarian Interdisciplinary Medicine, 20: 39-44.
70. Ungváry R, Bóné V, Kutas K, Juhászné Kun JG. (2021) Interdsicplinarity in breastfeeding support. Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XX.
71. W. Ungvary R, Mikó-Barath E, Kiss E. (2019) Mastitis és szoptatás. Lege Artis Medicinae, 2018: 513-522.

72. Webber E, Watkins AL. (2017) Evolution of a profession: The role of accreditation in lactation education. Journal of Human Lactation, 33: 740-744.
73. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. (World Health Organization HPNNaMOwtDoH, Health Rf szerk.), Geneva Switzerland, 2010.
74. WHO. Health workforce and services. Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030. (Assembly Wh szerk.), 2016.
75. Helfer B, Leonardi-Bee J, Mundell A, Parr C, Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Kroeger CM, Dai Z, Man A, Jobson J, Dewji F, Kunc M, Bero L, Boyle RJ. (2021) Conduct and reporting of formula milk trials: systematic review. BMJ, doi:10.1136/bmj.n2202: n2202.
76. Baker P, Santos T, Neves PA, Machado P, Smith J, Piwoz E, Barros AJD, Victora CG, McCoy D. (2021) First-food systems transformations and the ultra-processing of infant and young child diets: The determinants, dynamics and consequences of the global rise in commercial milk formula consumption. Maternal & Child Nutrition, 17: 1-18.
77. Smedley BD, Syme SL. (2001) Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research. Am J Health Promot, 15: 149-166.
78. Michie S, Van Stralen MM, West R. (2011) The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science, 6: 42.
79. Musgrave LM, Baum A, Perera N, Homer CS, Gordon A. (2021) Baby Buddy App for Breastfeeding and Behavior Change: Retrospective Study of the App Using the Behavior Change Wheel. JMIR mHealth and uHealth, 9: e25668.
80. Collins JL, Wechsler H. (2008) The VERB™ Campaign. American Journal of Preventive Medicine, 34: S171-S172.
81. Pérez-Escamilla R. (2012) Breastfeeding social marketing: lessons learned from USDA's "Loving Support" campaign. Breastfeed Med, 7: 358-363.
82. Pérez-Escamilla R. (2020) Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. Social Science & Medicine, 244: 112331.

83. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. (2012) Scaling Up of Breastfeeding Promotion Programs in Low- and Middle-Income Countries: the "Breastfeeding Gear" Model. Advances in Nutrition, 3: 790-800.
84. Pérez-Escamilla R, Dykes FC, Kendall S. (2022) Gearing to success with national breastfeeding programmes: The Becoming Breastfeeding Friendly (BBF) initiative experience. Maternal & Child Nutrition, doi:10.1111/mcn.13339.
85. Ajzen I. (2011) The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. Psychology & Health, 26: 1113-1127.
86. Freudenschuss I. (2012) Vom Recht auf Stillen zur Pflicht der Mutter: Elemente eines globalen Stilldiskurses. GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 4: 138-145.
87. Wiessinger D, West D, Pitman T. A La Leche Liga. In: Patik R (szerk.), A szoptatás női művészete. La Leche Liga Magyarország Egyesület, Budapest, 2013: 411-420.
88. Wiessinger D, Pitman T, West D. A szoptatás női művészete. La Leche Liga Magyarország Egyesület, Budapest, 2017.
89. Sichtermann B. Leben mit einem Neugeborenem. Fischer E-Books1995, 2017.: 124-125.
90. Babymilk Action. Vol. 2021, UK.
91. WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. (Organization WH szerk.), Geneva, 1981.
92. World Health O, United Nations Children's F. Protecting, promoting and supporting breast-feeding : the special role of maternity services / a joint WHO/UNICEF statement. World Health Organization, Geneva, 1989.
93. Wolf JB. Is Breast best? Taking on the Breastfeeding Expertes and the New High Stakes of Motherhood. New York University Press, NewYork/London, 2011.
94. Rouw E, Hormann E, Scherbaum V. (2014) The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany. Int Breastfeed J, 9: 22.
95. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. (2015) Racial and ethnic disparities in breastfeeding. Breastfeed Med, 10: 186-196.

96. Li, Wen, Reynolds, Zhang. (2019) WIC Participation and Breastfeeding after the 2009 WIC Revision: A Propensity Score Approach. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16: 2645.
97. Chapman DJ, Perez-Escamilla R. (2012) Breastfeeding Among Minority Women: Moving From Risk Factors to Interventions. Advances in Nutrition, 3: 95-104.
98. Health and Social Care Information Centre IR. Infant Feeding Survey 2010. (Fiona McAndrew JT, Lydia Fellows, Alice Large, Mark Speed, Renfrew aMJ szerk.). Health and Social Care Information Centre, 20 November 2012.
99. Veile A, Kramer K. (2015) Birth and Breastfeeding Dynamics in a Modernizing Indigenous Community. Journal of Human Lactation, 31: 145-155.
100. McIsaac KE, Stock DC, Lou W. (2017) Household food security and breast-feeding duration among Canadian Inuit. Public Health Nutr, 20: 64-71.
101. Asuri S, Ryan AC, Arbour L. Early Inuit Child Health in Canada. Report 2: Breastfeeding among Inuit in Canada. (Department of Medical Genetics UoBC szerk.). Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Department of Health and Social Development Ottawa, Ontario Victoria, British Columbia 2011.
102. Mileva-Seitz VR, Bakermans-Kranenburg MJ, Battaini C, Luijk MPCM. (2017) Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. Sleep Medicine Reviews, 32: 4-27.
103. McKenna JJ, Ball HL, Gettler LT. (2007) Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: what biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. Am J Phys Anthropol, Suppl 45: 133-161.
104. Moon RY. (2016) SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics, 138.
105. Huang Y, Hauck FR, Signore C, Yu A, Raju TNK, Huang TTK, Fein SB. (2013) Influence of Bedsharing Activity on Breastfeeding Duration Among US Mothers. JAMA Pediatrics, 167: 1038.
106. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. (1997) Bedsharing Promotes Breastfeeding. Pediatrics, 100: 214-219.

107. Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FCF. (2009) Bed-sharing at 3 months and breast-feeding at 1 year in southern Brazil. The Journal of pediatrics, 155: 505-509.
108. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, Leech SJ, Brown KA. (2006) Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. Archives of Disease in Childhood, 91: 1005-1010.
109. Ball HL, Volpe LE. (2013) Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location – Moving the discussion forward. Social Science & Medicine, 79: 84-91.
110. Binns C, Gilchrist D, Gracey M, Zhang M, Scott J, Lee A. (2004) Factors associated with the initiation of breast-feeding by Aboriginal mothers in Perth. Public Health Nutr, 7: 857-861.
111. Houghtaling B, Byker Shanks C, Ahmed S, Rink E. (2018) Grandmother and health care professional breastfeeding perspectives provide opportunities for health promotion in an American Indian community. Social Science & Medicine, 208: 80-88.
112. Chang YS, Li KMC, Li KYC, Beake S, Lok KYW, Bick D. (2021) Relatively speaking? Partners' and family members' views and experiences of supporting breastfeeding: a systematic review of qualitative evidence. Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences, 376: 10.
113. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. (2019) Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. Women Birth, 32: 303-309.
114. Lu H, Li HY, Ma SQ, Xia LJ, Christensson K. (2011) Perceived family perceptions of breastfeeding and Chinese new mothers' breastfeeding behaviors. Sexual & Reproductive Healthcare, 2: 143-147.
115. Lavender T, McFadden C, Baker L. (2006) Breastfeeding and family life. Maternal and Child Nutrition, 2: 145-155.
116. Lok KYW, Bai DL, Tarrant M. (2017) Family members' infant feeding preferences, maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. Midwifery, 53: 49-54.

117. Kaunonen M, Hannula L, Tarkka MT. (2012) A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing, 21: 1943-1954.
118. Black R, McLaughlin M, Giles M. (2020) Women's experience of social media breastfeeding support and its impact on extended breastfeeding success: A social cognitive perspective. British Journal of Health Psychology, 25: 754-771.
119. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. In: Division of Child Health and Development, 1998.
120. Castilho SD, Rocha MA, Ocirc, Nio M. (2009) Pacifier habit: history and multidisciplinary view. Jornal de Pediatria, 85: 480-489.
121. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. (2009) Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med, 163.
122. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jane F. (2001) Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. JAMA, 286.
123. Pansy J, Zotter H, Sauseng W, Schneuber S, Lang U, Kerbl R. (2008) Pacifier use: What makes mothers change their mind? Acta Paediatrica, 97: 968-971.
124. Morris C, de la Fuente GAZ, Williams CET, Hirst C. (2016) UK Views toward Breastfeeding in Public: An Analysis of the Public's Response to the Claridge's Incident. Journal of Human Lactation, 32: 472-480.
125. Morris C, Schofield P, Hirst C. (2020) Exploration of the Factors Influencing Attitudes to Breastfeeding in Public. Journal of Human Lactation, 36: 776-788.
126. Scott JA, Kwok YY, Synnott K, Bogue J, Amarri S, Norin E, Gil A, Edwards CA, Team OMotIP. (2015) A Comparison of Maternal Attitudes to Breastfeeding in Public and the Association with Breastfeeding Duration in Four European Countries: Results of a Cohort Study. Birth, 42: 78-85.
127. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. (2012) Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev, 7: CD007202.
128. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. (2016) Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4.

129. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE, Group PaBT. (2009) Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? J Pediatr, 155: 350-354.e351.
130. Schubiger G, Schwarz U, Tonz O. (1997) UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? Neonatal Study Group. Eur J Pediatr, 156.
131. Nelson EA, Yu LM, Williams S. (2005) International Child Care Practices study: breastfeeding and pacifier use. J Hum Lact, 21.
132. Vieira GO, Vieira TD, Martins CD, Ramos MDX, Giugliani ERJ. (2021) Risk factors for and protective factors against breastfeeding interruption before 2 years: a birth cohort study. Bmc Pediatrics, 21.
133. Yangin HB, Akpinar A, Cakmak H, Ozdol FC, Akcakus M. (2021) Exclusive Breastfeeding for 6 Months Postpartum and Factors Associated With Success in a Tertiary Care Baby-Friendly Hospital A Retrospective Cohort Study. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 35: 266-274.
134. Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, Araujo CL, Venancio SI. (2017) Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. Matern Child Nutr, 13.
135. Nyqvist KH, Ewald U. (1999) Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behaviour and breastfeeding outcome in preterm infants. Acta Paediatrica, 88: 1194-1203.
136. Meier PP. (2001) Breastfeeding in the special care nursery - Prematures and infants with medical problems. Pediatric Clinics of North America, 48: 425-+.
137. Briere CE. (2015) Breastfed or Bottle-Fed Who Goes Home Sooner? Advances in Neonatal Care, 15: 65-69.
138. Berger I, Weintraub V, Dollberg S, Kopolovitz R, Mandel D. (2009) Energy Expenditure for Breastfeeding and Bottle-Feeding Preterm Infants. Pediatrics, 124: E1149-E1152.
139. Al-Sahab B, Feldman M, Macpherson A, Ohlsson A, Tamim H. (2010) Which method of breastfeeding supplementation is best? The beliefs and practices of paediatricians and nurses. Paediatr Child Health, 15: 427-431.

140. Zimmerman E, Thompson K. (2015) Clarifying nipple confusion. Journal of Perinatology, 35: 895-899.
141. Dennis C-L, Faux S. (1999) Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Research in Nursing & Health, 22: 399-409.
142. Dennis CL. (2003) The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 32: 734-744.
143. Ajzen I. (1991) The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50: 179-211.
144. Berkes T. (2015) A szándéktól az önszabályozásig. A viselkedés előrejelzésének modelljei egészségviselkedések esetében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 16: 115-158.
145. Guo JL, Wang TF, Liao JY, Huang CM. (2016) Efficacy of the theory of planned behavior in predicting breastfeeding: Meta-analysis and structural equation modeling. Applied Nursing Research, 29: 37-42.
146. Fishbein M. An integrative model for behavioral prediction and its application to health promotion. In: Emerging theories in health promotion practice and research, 2nd ed. Jossey-Bass/Wiley, Hoboken, NJ, US, 2009: 215-234.
147. Janke JR. (1992) Prediction of breast-feeding attrition: instrument development. Applied nursing research, 5: 48-53.
148. Chambers JA, McInnes RJ, Hoddinott P, Alder EM. (2007) A systematic review of measures assessing mothers' knowledge, attitudes, confidence and satisfaction towards breastfeeding. Breastfeeding Review, 15: 17-25.
149. Casal CS, Lei A, Young SL, Tuthill EL. (2017) A Critical Review of Instruments Measuring Breastfeeding Attitudes, Knowledge, and Social Support. J Hum Lact, 33: 21-47.
150. De la Mora A, Russell DW. (1999) The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. Journal of Applied Social Psychology, 29: 2362-2380.
151. Ho Y-J, McGrath JM. (2010) A Review of the Psychometric Properties of Breastfeeding Assessment Tools. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 39: 386-400.

152. Tuthill EL, Butler LM, McGrath JM, Cusson RM, Makiwane GN, Gable RK, Fisher JD. (2014) Cross-cultural adaptation of instruments assessing breastfeeding determinants: a multi-step approach. International Breastfeeding Journal, 9: 16.

153. Holbrook KE, White MC, Heyman MB, Wojcicki JM. (2013) Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. International Breastfeeding Journal, 8: 7.

154. Nanishi K, Jimba M. (2014) Reliability and Validity of the Japanese Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale: A Longitudinal Study. Journal of Human Lactation, 30: 346-352.

155. Inoue M, Binns CW, Katsuki Y, Ouchi M. (2013) Japanese mothers' breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. Asia Pac J Clin Nutr, 22: 261-265.

156. Dai HX, Guan XD, Li XM, You LM, Lau Y. (2013) Psychometric properties of a mainland Chinese version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among postpartum women in China. Contemporary Nurse, 44: 11-20.

157. Abdulahi M, Fretheim A, Argaw A, Magnus JH. (2020) Adaptation and validation of the Iowa infant feeding attitude scale and the breastfeeding knowledge questionnaire for use in an Ethiopian setting. International Breastfeeding Journal, 15.

158. Lau Y, Htun TP, Lim PI, Ho-Lim SST, Klainin-Yobas P. (2016) Psychometric Properties of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among a Multiethnic Population during Pregnancy. Journal of Human Lactation, 32: 315-323.

159. Scott JA, Shaker I, Reid M. (2004) Parental Attitudes Toward Breastfeeding: Their Association with Feeding Outcome at Hospital Discharge. Birth, 31: 125-131.

160. Wallis AB, Brinzaniuc A, Chereches R, Oprescu F, Sirlincan E, David I, Dirle IA, Dungy CI. (2008) Reliability and validity of the Romanian version of a scale to measure infant feeding attitudes and knowledge. Acta Paediatrica, 97: 1194-1199.

161. Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M, Bradbury I, Scot JA. (2007) Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. Health Education Research, 22: 561-570.
162. Zakarija-Grkovic I, Burmaz T. (2010) Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour course in improving health professionals' knowledge, practices, and attitudes to breastfeeding: before/after study of 5 maternity facilities in Croatia. Croatian Medical Journal, 51: 396-405.
163. Froh E, Dahlmeier K, Spatz DL. (2017) NICU Nurses and Lactation-Based Support and Care. Advances in Neonatal Care, 17: 203-208.
164. Hoeppner BB, Kelly JF, Urbanoski KA, Slaymaker V. (2011) Comparative utility of a single-item versus multiple-item measure of self-efficacy in predicting relapse among young adults. Journal of Substance Abuse Treatment, 41: 305-312.
165. Christophersen T, Konradt U. (2011) Reliability, validity, and sensitivity of a single-item measure of online store usability. International Journal of Human-Computer Studies, 69: 269-280.
166. Stanton JM, Sinar EF, Balzer WK, Smith PC. (2002) Issues and strategies for reducing the length of self-report scales. Personnel Psychology, 55: 167-194.
167. Tomas-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martinez M. (2016) Reliability and Validity of the Reduced Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 45: e26-40.
168. AlKusayer NM, Midodzi WK, Newhook LA, Burrage L, Gill N, Halfyard B, Twells LK. (2018) Psychometric Assessment and Precision Remodeling of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale to Improve Clinical Use and Efficacy Among Prenatal Women in Canada. Journal of Human Lactation, 34: 20-29.
169. Ghasemi V, Ebadi A, Kariman N, Ozgoli G, Gharenaz MS, Fakari FR, Navand PH, Keyghobad FM. (2018) Translation and Psychometric Evaluation of the Iranian Version of Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). International Journal of Pediatrics-Mashhad, 6: 8549-8559.
170. Charafeddine L, Tamim H, Soubra M, de la Mora A, Nabulsi M, Res, Advocacy Breastfeeding T. (2016) Validation of the Arabic Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among Lebanese Women. Journal of Human Lactation, 32: 309-314.

171. Inoue M, Binns CW, Katsuki Y, Ouchi M. (2013) Japanese mothers' breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 22: 261-265.
172. Minkov M, Hofstede G. (2014) Nations Versus Religions: Which Has a Stronger Effect on Societal Values? Management International Review, 54: 801-824.
173. Ungváry R, Ittzés A, Bóné V, Török S. (2021) Psychometric properties of the original and short Hungarian version of the Iowa infant feeding attitude scale. International Breastfeeding Journal, 16: 54.
174. Danis I, Bóné V, Hegedüs R, Pilinszki A, Szabó T, Dávid B. (2020) Infancy in 21st Century Hungary – A project introduction : Policy, theoretical and methodological framework and objectives of the first national representative parent survey on infant and early childhood mental health. European Journal of Mental Health, 15: 111-144.
175. Danis I. 21. századi babaszoba. Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a koragyarmekkori lelki egészség hátterében – feltáró kutatás. Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Budapest, 2021.
176. Scheuring NG, Danis I, Németh T, Papp E, Czinner A. (2012) Az Egészséges Utódokért Projekt 2010-2011 - A koragyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. Gyermekgyógyászat, 63.: 320-325.
177. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a pre-, peri- és posztnatális mentális zavarok baba-mama-papa egységében történő kezeléséről. (EMMI szerk.), Hungary, Budapest, 2017.
178. Kádár MK, Szőllősi GJ, Molnár S, Szabó L, Mák E. (2018) Hazai csecsemőtáplálási szokások a védőnői statisztikák tükrében 2011-2015 között. Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, XVII: 31-36.
179. A csecsemők táplálása [Infant feeding]. In: Kohorsz ’18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat [Growing up in Hungary] Vol. 2020. KSH.
180. Kun JG. Csecsemőtáplálási és tápszerforgalmi adatok Magyarországon [Infant feeding data and Formula Trade in Hungary]. Vol. 2020, 2020: statistics based on NEAK (hungarian national health insurance provider) data.

181. Németh T, Várady E, Danis I, Scheuring NG, Szabó L. (2017) Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész - Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. Lege Artis Medicinae, 27: 406-417.
182. Németh T, Várady E, Danis I, Scheuring NG, Szabó L. (2019) Táplálás és táplálkozás csecsemő-és kisgyermekkorban I. rész - Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. Védőnő, 29: 6-17.
183. Ghasemi V, Simbar M, Ghasemi E, Ebadi A, Kiani Z, Keyghobad FM, Navand PH. (2019) Predictor Factors of Breastfeeding Attitude in Iranian Breastfeeding Mothers: A Cross-Sectional Study. International Journal of Pediatrics-Mashhad, 7: 9103-9113.
184. Ball HL. (2019) Conducting Online Surveys. Journal of Human Lactation, 35: 413-417.
185. Gilbert GE, Prion S. (2016) Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. Clinical Simulation in Nursing, 12: 530-531.
186. Burke G. (2017) Commentary. Journal of Human Lactation, 33: 48-49.
187. Jordan S, Watkins A, Storey M, Allen SJ, Brooks CJ, Garaiova I, Heaven ML, Jones R, Plummer SF, Russell IT, Thornton CA, Morgan G. (2013) Volunteer Bias in Recruitment, Retention, and Blood Sample Donation in a Randomised Controlled Trial Involving Mothers and Their Children at Six Months and Two Years: A Longitudinal Analysis. PLoS ONE, 8: e67912.
188. Brassey J MK, Spencer EA, Heneghan C. Volunteer bias. In: Catalogue of Bias Collaboration Vol. 2021, 2017.
189. Boros J, Halász A, Balázs K, Kopcsó K, Makay Z, Rohr A, Spéder Z, Szabó L, Veroszta Z. Kutatási koncepció. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Kutatási Jelentések [Conceptual framework. Growing up in Hungary – Cohort '18 Hungarian birth cohort study], doi:10.21543/Kut.2018.1002019.
190. Danis I, Bóné V, Hegedüs R, Pilinszki A, Szabó T, Pethesné Dávid B. (2020) Infancy in 21st Century Hungary - A Project Introduction. Policy, Theoretical and Methodological Framework and Objectives of the First National Representative Parent Survey on Infant and Early Childhood Mental Health. European Journal of Mental Health, 15: 111-144.

191. Schneider M, Rácz J. A 21. századi Babaszoba kutatás módszertana. Mintavétel, adatfelvétel, és tereptapasztalatok. In: I. Danis (szerk.), 21. századi Babaszoba. Egyéni, családi és tágabb környezeti tényezők a kora gyermekkori lelki egészség hátterében - feltéró kutatás. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet, Budapest, 2021: 71-85.
192. Houtveen JH, Oei NYL. (2007) Recall bias in reporting medically unexplained symptoms comes from semantic memory. Journal of Psychosomatic Research, 62: 277-282.
193. Coit J, Grossman X, Buczek M, Feldman-Winter L, Merewood A. (2012) Introducing Solid Foods: Validity of Report among Mothers Who Do Not Adhere to Recommended US Guidelines. Journal of Human Lactation, 28: 490-494.
194. Li R, Ingol TT, Smith K, Oza-Frank R, Keim SA. (2020) Reliability of Maternal Recall of Feeding at the Breast and Breast Milk Expression 6 Years After Delivery. Breastfeeding Medicine, 15: 224-236.
195. Bland RM. (2003) Maternal recall of exclusive breast feeding duration. Archives of Disease in Childhood, 88: 778-783.
196. Li R, Scanlon KS, Serdula MK. (2005) The Validity and Reliability of Maternal Recall of Breastfeeding Practice. Nutrition Reviews, 63: 103-110.
197. Csecsemőtáplálási adatok. (adatai Vt szerk.), Gyermek-Alapellátási információs portál, 2019.
198. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. McGraw-Hill, New York, 1994.
199. Tavakol M, Dennick R. (2011) Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education, 2: 53-55.
200. Henson RK. (2001) Understanding Internal Consistency Reliability Estimates: A Conceptual Primer on Coefficient Alpha. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34: 177-189.
201. Streiner DL. (2003) Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. J Pers Assess, 80: 99-103.
202. Galipeau R, Baillot A, Trottier A, Lemire L. (2018) Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. Maternal and Child Nutrition, 14.

203. Galipeau R, Dumas L, Lepage M. (2017) Perception of Not Having Enough Milk and Actual Milk Production of First- ime Breastfeeding Mothers: Is There a Difference? Breastfeeding Medicine, 12: 210-217.
204. Gatti L. (2008) Maternal Perceptions of Insufficient Milk Supply in Breastfeeding. Journal of Nursing Scholarship, 40: 355-363.
205. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. (2015) Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. Maternal and Child Nutrition, 11: 433-451.
206. DiTomasso D, Wambach KA, Roberts MB, Erickson-Owens DA, Quigley A, Newbury JM. Maternal Worry About Infant Weight and its Influence on Artificial Milk Supplementation and Breastfeeding Cessation. Journal of Human Lactation, doi:10.1177/08903344211000284: 13.
207. Hvatum I, Glavin K. (2017) Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. Journal of Clinical Nursing, 26: 3144-3155.
208. Saarinen UM, Siimes MA, Dallman PR. (1977) Iron absorption in infants: high bioavailability of breast milk iron as indicated by the extrinsic tag method of iron absorption and by the concentration of serum ferritin. J Pediatr, 91: 36-39.
209. Üvegbe zárva. Anyatejet és szoptatást helyettesítő termékek reklámozása Magyarországon. Szoptatásért Magyar Egyesület, Hungarian IBFAN NGO Group2005: 55.
210. Smith ER, Mackie DM. Attitűdök és attitűdváltozás. In: Szociálpszichológia. Osiris kiadó, Budapest, 2004: 377-432.
211. Murinkó L. (2014) A nemi szerepekkel és a családdal kapcsolatos attitűdök európai kitekintésben: értékek és gyermekgondozás. [Gender roles and attitudes regarding family in European context: values and childrearing]. Szociológiai Szemle [Review of sociology], 2014: 67-101.
212. Carletti C, Pani P, Knowles A, Monasta L, Montico M, Cattaneo A. (2011) Breastfeeding to 24 Months of Age in the Northeast of Italy: A Cohort Study. Breastfeeding Medicine, 6: 177-182.

IX. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE

I. Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények:

1. Bóné, V., W. Ungváry, R., Juhászné Kun, J. G., Kutas, K., Gitidiszné Gyetván, K., & Gárdos, L. (2021). Nemzeti és nemzetközi szoptatási stratégiák tanulságai. IME: INTERDISZCIPLINÁRIS MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY / INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN, 20(1), 39–44. http://doi.org/10.53020/IME-2021-106
2. Ungváry, R., Bóné, V., Kutas, K., & Juhászné, K. J. G. (2021). Interdiszciplinaritás a szoptatás támogatásában. IME: INTERDISZCIPLINÁRIS MAGYAR EGÉSZSÉGÜGY / INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN, XX/2, 28–35.
3. Ungváry, R., Ittzés, A., Bóné, V., & Török, S. (2021). Psychometric properties of the original and short Hungarian version of the Iowa infant feeding attitude scale. INTERNATIONAL BREASTFEEDING JOURNAL, 16(1). http://doi.org/10.1186/s13006-021-00403-2
4. Ungváry, R., Mikó-Baráth, E., & Kiss, E. (2019). Mastitis és szoptatás. LEGE ARTIS MEDICINAE, 28(11–12), 513–522.

II. Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények:

1. Ungváry, R. (2012b). Anyai kórállapotok laktációs vonatkozásai. In Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához (pp. 103–125).
2. Ungváry, R. (2012a). A csecsemőtáplálás szociokulturális vonatkozásai. In Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés törzsanyagához (pp. 7–27).

III. Ismeretterjesztő könyvek és kiadványok

1. W. Ungváry Renáta: Szoptatós füzet (Több kiadásban megjelent tájékoztató füzet a Szoptatásért Magyar Egyesület gondozásában) https://szoptatasert.hu/informaciok-a-szoptatasrol/szoptatos-fuzet-szoptass-te-is/
2. Dr. Kun Judit Gabriella- W. Ungváry Renáta: Meddig elég az anyatej? 2010. (tájékoztató füzet a Szoptatásért Magyar Egyesület kiadásában)
3. W. Ungváry Renáta - Kiss Klaudia: Szoptatás lapos és befelé forduló mellbimbóval. 2016 (tájékoztató füzet a Szoptatásért Magyar Egyesület

kiadásában)

4. W. Ungváry Renáta: A kismama babakonyhája. 3. bővített kiadás 2017. Centrál Médiacsoport Zrt.
5. W. Ungváry Renáta: Megújulás szülés után. 2011. Sanoma Media Budapest Zrt.
6. W. Ungváry Renáta: A szoptatás kézikönyve. 2012. Sanoma Media Budapest Zrt.
7. W. Ungváry Renáta: Zsebibabák könyve. Kórházban és otthon a koraszülöttel. 2014. Centrál Médiacsoport Zrt.
8. W. Ungváry Renáta: Kistestvérem születik. 2000. A Szoptatásért Magyar Egyesület kiadvány. (mesekönyv az óvodás korosztálynak a szoptatásról)

Köszönetnyilvánítás

Elsősorban témavezetőmnek, dr. Török Szabolcsnak szeretnék köszönetet mondani, mert ő indított el ezen az úton, ő bátorított, ő volt az, aki mindvégig bízott bennem, és ezzel, valamint értékes szakmai segítségével mindig átsegített a nehézségeken. Sokat jelentett nekem biztos elköteleződése a szoptatástámogatás mellett, és az is, hogy sikerült megalapítania és hosszú távon mentorálnia a Semmelweis Egyetemen zajló laktációs szaktanácsadó szakirányú képzést, amelynek jelenleg is felelőse vagyok. Az oktatásért, a tervezett (21BSZ) és már megjelent publikációk (IIFAS pszichometria) statisztikai számításainak elvégzéséért, véleményezéséért hatalmas köszönet illeti tanáromat, dr. Ittzés Andrást. Köszönöm Papp Zsuzsannának és Koren Rékának, évfolyamtársaimnak a doktori iskolában, hogy segítettek túllendülni az „age gap”-en, ami abból fakadt, hogy ezt a projektet az ideálisnál húsz évvel később kezdtem el.

Köszönöm dr. Bóné Veronikának az inspiráló élményt, amit a közös publikációk elkészítése jelentett, és köszönöm szaktudását, alaposságát, amellyel mindig rendelkezésemre állt, amikor erre szükségem volt.

Juhászné dr. Kun Judit Gabriellát köszönet illeti azért, hogy immár csaknem három évtizede együtt dolgozhatunk a szoptatástámogatásban és oktatásban. Sokat tanultam az ő precizitásából! Köszönöm dr. Várady Erzsébetnek a motivációt a szakirodalom fáradhatatlan felkutatására. Dr. Sarlai Katalin az, aki elindított azon az úton, hogy laktációs szaktanácsadó legyek. Köszönet illeti ezért!

Külön köszönet illeti dr. Danis Ildikót a 21. századi Babaszoba kutatás megvalósításáért, szervezéséért és koordinálásáért, hiszen ez teremtett számomra lehetőséget arra, hogy a szoptatással kapcsolatos kérdéseinket egy reprezentatív kutatásban is feltehessük.

Édesanyámnak köszönöm azt, hogy engem és testvéreimet is szoptatott, és így olyan családban nőhettem fel, ahol ez volt a természetes. Köszönöm testvéreimnek, Laurának és különösen Andrásnak, hogy a technikai elakadásaimban mindig segítségemre voltak.

Férjem támogatásának és gyermekeimnek köszönhetően csodálatos és egyben tanulságos szoptatási időszakokra tekinthetek vissza, ez mélyen megalapozta elköteleződésemet a téma iránt. Elviselték, hogy a munkám és a doktori tanulmányok miatt néha a kelleténél kevésbé voltam jelen a családunk életében. Köszönöm a türelmüket!