

## BIZONYÍTÉKOK „A SIKERES SZOPTATÁSHOZ VEZETŐ TÍZ LÉPÉS”- HEZ (KIVONAT)

### 1. LÉPÉS

#### **A kórház rendelkezzen írásos szoptatási irányelvekkel, amelyeket rendszeresen ismertessenek az egészségügyi dolgozókkal.**

##### 1.1 Bevezetés

- A kórházi gyakorlat következetes és hosszútávú javulása akkor érhető el, ha megfelelő és konkrét – lehetőség szerint rutinszerűen ellenőrzött, állandó követelményként megfogalmazott – irányelvek érvényesülnek az intézményen belül.
- Ezen felül mind az intézményen belüli vezetőségnek, mind az intézményen kívüli hatóságnak (pl. Egészségügyi Minisztérium) el kell köteleznie magát az irányelvek mellett, és érvényre kell juttatnia azokat.

##### 1.2 A szoptatási irányelvek hatékonysága

- A szoptatási irányelvek hatékonyságának növeléséhez megfelelő gyakorlati intézkedéseket kell tartalmaznia, a személyzet minden tagjának be kell azokat tartania, hatásait folyamatosan ellenőrizni kell, hogy a jövőbeni irányelvek kidolgozásához megfelelő visszajelzések álljanak rendelkezésre.

##### 1.3 A gyenge irányelvek eredményei

- Egyetlen hiányzó rendelkezés (pl. a tápszerek használatának korlátozása) alááshatja az összes többi intézkedés hatékonyságát. (1)
- A személyzet oktatása, oktató anyagok kidolgozása, és az intézetben belüli szoptatási tanácsadói szolgálat önmagában nem hatékony, ha nem történnek erőfeszítések az irányelvek megváltoztatására. A változások eléréséhez a személyzet oktatásán túl elengedhetetlenül fontos az intézet vezetőségének hajlandósága az irányelvek és a gyakorlat felülvizsgálatára. (2, 3)
- A szoptatást támogató irányelvek megvalósítása még szegényesebb oktatási lehetőségek mellett is hatékonyabb, mint a jobb oktatás szoptatást akadályozó irányelvek és gyakorlat mellett. A korlátozott anyagi lehetőségeket hatékonyabb az irányelvek megváltoztatására fordítani, mint új technológia, programok vagy személyzet keresésére. (4)
- A vezetőség támogatása és ellenőrzése elengedhetetlen a szoptatást támogató mindenféle program sikeréhez. Hiába elérhetőek a továbbképzések a személyzet számára - ha a részvétel nem kötelező, és ha nem történik ellenőrzés, hogy a személyzet betartja-e a rendelkezéseket - az egész program bukásra van ítélve. (5,6)
- Az a gyakorlat, hogy az irányelveket a páciensek kívánságának megfelelően változtatgatják (pl. magánkórházakban), akadályozza a szoptatás előmozdítását. (7)

##### 1.4 A szoptatást megnehezítő vagy akadályozó irányelvek eredményei

- Az anyatej helyettesítők, cumisüvegek és cumik tekintetében nem megfelelő irányelvek és gyakorlat alááshatják a szoptatás támogatására tett erőfeszítéseket. Ahhoz, hogy a bababarát címet elnyerjék, a kórházaknak összhangban kell lenniük „Az anyatejet helyettesítő anyagok marketingjének nemzetközi kódexével” és az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlésének megfelelő határozataival. Amennyiben az adott országban nincs erre vonatkozó törvényi szabályozás, akkor az intézményen belül kell ezeknek a nemzetközi ajánlásoknak érvényt szerezni.

- A szoptatást megnehezítő, és éppen ezért bababarát intézményben nem megengedett gyakorlat például:
  - x Poszterek, naptárak vagy bármilyen olyan írásos anyag szétszórása vagy kifüggesztése, amely mesterséges táplálást propagálja vagy amely tápszerek márkanévét tartalmazza.
  - x Ingyenes tápszerminták adása várandós anyáknak vagy szoptató anyáknak hazabocsátáskor.
  - x Ingyenes vagy árengedményes tápszerek vagy a Kódex tárgykörébe tartozó egyéb termékek elfogadása.
- Az intézményben szükséges tápszermennyiséget az általános beszerzési csatornákon keresztül és a teljes ár nem kevesebb mint 80%-áért kell megvenni.
- A csecsemőtápszerek használatára vonatkozó kórházi gyakorlat igen gyorsan képes megváltoztatni az édesanya eredeti elhatározását és önbizalmát a szoptatással kapcsolatban. Az egyik felmérés szerint egy olyan kórházban, ahol majdnem az összes újszülött rutinszerűen kapott tápszerkiegészítést, a hazabocsátáskor azoknak az édesanyáknak, akik szándékuk szerint otthonukban is folytatják majd a tápszerkiegészítést, csaknem kétharmada azért döntött így, mert azt gondolta, hogy kevés a teje. (8)
- Egy másik felmérésben azok az anyák, akik olyan információt kaptak a különböző cégektől, amelyeket a cumisüveges táplálás támogatásaként és a szoptatás helytelenítéseként értelmeztek, szignifikánsan gyakrabban etették cumisüvegből a csecsemőjüket, mint azok, akik nem kaptak efféle információt. (9)

### 1.5 Az erőteljes irányelvek hatékonysága

- Számos tanulmány bizonyítja az erős, határozott irányelvek előnyeit az intézkedések hatékonyságának növelésében. Az eljárásmód megváltoztatása mellett az is lényeges, hogy biztosítsuk: az orvosi és ápolási személyzet ismeri és érti az irányelveket. (10,11,12)
- A kórházi irányvonalak megváltoztatása és az oktatás hatékonyan növelik a szoptatás megkezdését és a szoptatási időszak hosszát. (13)
- A kórházi gyakorlat javítható, a szoptatási időszak pedig növelhető olyan intézkedésekkel mint
  - x „Az anyatejet helyettesítő anyagok marketingjének nemzetközi kódexe” bevezetése,
  - x egészségügyi minisztériumi rendeletek kiadása, amelyek tiltják a tápszerminták osztogatását,
  - x az anya és csecsemője közötti korai kontaktus, az együttes elhelyezés (rooming-in) és a kizárólagos szoptatás megvalósítása,
  - x valamint a személyzet oktatása. (14)
- A szoptatási arány növeléséhez alapvető a specifikus szoptatási irányelvek kidolgozása, mivel az általános szülészeti eljárásmód megváltoztatása nem vezet szükségképpen a szoptatási gyakorlat javulásához. (15)
- A szoptatási irányelveknek meg kell határozniuk mind a megfelelő kórházi gyakorlat – mint pl. a rooming - in - bevezetésének szükségességét, mind a nem megfelelő gyakorlat – mint pl. az orvosi indikáció nélküli tápszeradás, a cumik és cumisüvegek használata – megszüntetését.

## 2. LÉPÉS

### Minden egészségügyi dolgozó kapjon megfelelő gyakorlati felkészítést az irányelvek alkalmazásához.

#### 2.1 Bevezetés

- Magától értetődő, hogy a szoptatási irányelvek bevezetéséhez oktatásra van szükség. Azoktól az egészségügyi dolgozóktól, akiket nem képeztek ki szoptatással kapcsolatos problémák megoldására, nem lehet elvárni, hogy hatékony útmutatást nyújtsanak vagy gyakorlati tanácsot adjanak az édesanyáknak – márpedig ez a témakör gyakran hiányzik az orvosok, ápolónők és szülésznők képzési tananyagából.
- Az ismeretek növelése mellett a gyakorlati készségek javítása is szükséges, különben a megszerzett ismereteket a dolgozók nem tudják alkalmazni.
- Ugyancsak szükség van azoknak a magatartásformáknak, hozzáállásnak a megváltoztatására, amelyek akadályt képeznek a szoptatás hatékony előmozdításának. Ilyenek:
  - x az a feltételezés, hogy az egészségügyi dolgozók már eleget tudnak;
  - x az a hit, hogy nincs lényeges különbség a szoptatás és a cumisüvegből való táplálás között;
  - x annak való ellenállás, hogy a személyzet időbeosztásában megjelenjen a szoptatás segítésére szánt idő;
  - x az ellentmondó vagy helytelen információk hatásának fel nem ismerése

Az egészségügyi dolgozók alááshatják egy édesanya önbizalmát pl. azzal, ha kritizálják vagy kételkednek abban, hogy a tejmennyisége elegendő.
- Az intézményen belüli továbbképzés akkor sikeres, ha kötelező – ez pedig az intézmény vezetősége által támogatott erélyes irányelveket feltételez. Ha a részvétel önkéntes, és ha a vezetőség nem elkötelezett, akkor a részvételi arány alacsony lesz, és azok fognak részt venni a képzésben, akik már egyébként is szoptatáspártiak. (5,16,17)

#### 2.2 Az egészségügyi személyzet tudása, hozzáállása és gyakorlata

- Az egészségügyi dolgozók szoptatással kapcsolatos ismereteinek hiányosságait, valamint a szoptatást nem segítő hozzáállásukat és gyakorlatukat már több mint húsz évvel ezelőtt felismerték. (18,19,20)
- Egy gyermekorvosoknak, nőgyógyászoknak, családorvosoknak és ápolónőknek kiküldött szoptatással kapcsolatos kérdőív kitöltésekor a helyes válaszok aránya 50-75% volt; a válaszadók egyharmada sohasem kezdeményezett szoptatásra vonatkozó beszélgetést az édesanyákkal; a gyermekorvosok és családorvosok 80%-a javasolt folyadékkiegészítést a szoptatott csecsemőknek; az édesanya munkába állását vagy tanulmányainak folytatását az összes szakembercsoport a szoptatás abbahagyásának egyik fő okaként értékelte. (18,20)
- Egy másik tanulmányban annak ellenére, hogy a hozzáállás általánosságban pozitív volt, az ismeretek szegényesnek bizonyultak – különösen a szoptatás lehetséges „ellenjavallatait” illetően. **Tápszergyártó cégek által szponzorált, csecsemőtáplálással foglalkozó konferenciákon való részvétel negatívan befolyásolta mind a szoptatással kapcsolatos ismereteket, mind az ahhoz való hozzáállást.** (19)

#### 2.3 A továbbképzés hatékonysága

- Az oktatás hatékonyságát felmérő tanulmányok szerint az egészségügyi személyzet – orvosok, ápolónők, szülésznők – szoptatással kapcsolatos továbbképzésének hatására:
  - x jelentősen javult a kezdeti anya-csecsemő kontaktus és a csecsemő mellre helyezése
  - x csökkent a tejbőlövellés előtt adott kiegészítés
  - x nőtt a négyhetes korukig kizárólagosan szoptatott csecsemők aránya
  - x több eü. dolgozó javasolta a szülés utáni azonnali mellrehelyezést és az igény szerinti szoptatást

- x többen gondolták úgy, hogy a szülés utáni elkülönítés káros hatással van a kötődésre és hogy hasmenés esetén a csecsemő folytassa a szopást
  - x többen javasolták a folyamatos rooming-in-t
  - x többen javasolták a kizárólagos szoptatást az első napokban
  - x többen voltak tisztában azzal, hogy a szoptatott csecsemők gyakrabban esznek, mint a tápszerrel táplált társaik
  - x kevesebben tartották magukat ahhoz a téves elképzeléshez, hogy az anya alultápláltsága, a mellben lévő tályog vagy a mastitis kontraindikációi a szoptatásnak.
  - x szignifikánsan nőtt a szoptatás megkezdésének aránya és a szoptatási időszak hossza (13, 14, 21, 22)
  - Egy, az egészségügyi szakemberek szoptatással kapcsolatos ismereteit felmérő, irországi tanulmány szerint a szoptatási arány abban az intézményben nőtt a leginkább, ahol
    - x a legnagyobb volt a helyes válaszok aránya
    - x a legnagyobb volt a maximális pontszámot elérő dolgozók száma
    - x egyedülálló módon, volt olyan dolgozó is, aki szoptatással kapcsolatos posztgraduális képzettséget szerzett
- A többi kórházban – ahol a szoptatási arány csökkent vagy csak kismértékben nőtt – az egészségügyi személyzet tagjai úgy gondolták, hogy eleget tudnak a szoptatásról ahhoz, hogy segítséget nyújtsanak az édesanyáknak. Az ő elsődleges információforrásaik a következők voltak:
- x a tápszergyártók – képviselőjük rendszeres látogatásai útján
  - x tápszergyártók által szponzorált, csecsemőtáplálással foglalkozó továbbképzések
  - x a tápszergyárak szülők számára készített nyomtatott ismertetői
- A szerző megállapítja, hogy egy személy elképzelése a saját tudásáról nem feltétlenül megfelelő indikátora a valódi tudásmennyiségnek. (23)

#### 2.4 Következtetések

- Az már régen megállapítást nyert, hogy – mind a fejlett, ipari, mind a fejlődő országokban - az egészségügyi szakemberek tudása, hozzáállása és gyakorlata gyakran nem hat támogatólag a szoptatásra.
- A tudás javítása önmagában nem biztos, hogy elég hatékony, ha nem jár együtt a viselkedésformák és a gyakorlati készségek javításával.
- A Bababarát Kórház Kezdeményezés tapasztalatai szerint a 18 órás (3 napos) képzés megfelel a minimum követelményeknek, de hosszabb (5-6 teljes napos) képzések, naponta beiktatott klinikai gyakorlattal lennének igazán kívánatosak. **A továbbképzéseknek kötelezőnek kell lenniük, és erős, specifikus szoptatási irányelvekkel kell párosulniuk ahhoz, hogy a kórházban biztosítva legyenek a változások.**

### 3. LÉPÉS

#### Tájékoztassanak minden várandós anyát a szoptatás előnyeiről és módjáról.

##### 3.1 A tájékoztatás hatása a szoptatási szándékra

- A fejlett országokban a nők egyharmada–fele már a teherbeesés előtt eldönti, milyen módon fogja táplálni a kisbabáját. (24, 25, 26, 27)
- Elhatározásuk más és más lehet etnikai hovatartozásuktól, családi állapotuktól, koruktól valamint korábbi szocializációjuktól – beleértve, hogy őket magukat hogyan táplálták csecsemőkorukban – függően. (28,29,30)
- A férfitartner hozzáállása, illetve a várandós anya elképzelése partnerének szoptatáshoz való hozzáállásáról szintén befolyásolhatja a döntését. (31,32)
- A szüléshez közeledve jelentős befolyásolók a nőtársak – barátnők, lánytestvérek, rokonok (33) – és a férfitartner. (34)
- Az ismeret csak egy a számos tényező közül, amely hatással van a szoptatási szándékra, és nem biztos, hogy önmagában hatékony. Így az ismeretek átadása a szoptatás előnyeiről befolyásolhatják azokat, akik még nem döntöttek vagy akiknek döntése nem végleges, de a társadalmi támogatottság növelése minden valószínűség szerint hatékonyabban segíti az anyákat, hogy a szoptatás mellett döntsenek, és hogy ezt a szándékukat valóra is tudják váltani. Emiatt szükség lehet kiegészítő stratégiákra – például az anya partnerének, édesanyjának, közeli barátainak bevonására a felkészítő programba.

##### 3.2 A szülés előtti felkészítés hatásai

- A szülés előtti felkészítés növeli a szoptatási arányt, ha megerősíti az anyák önbizalmát, és ha fejleszti a szoptatással kapcsolatos gyakorlati készségüket. A csoportos foglalkozások különösen hatékonyak. (35,36,37,38)
- A szülés előtti felkészítés nagyobb hatással bír először szülő, mint többedszer szülő anyák esetében.(38)
- Az olyan témák mint a szoptatással kapcsolatos tévhitek, szoptatási nehézségek és azok leküzdése valamint a gyakorlati bemutatók hasznosnak bizonyultak.
- A szoptatás előnyeiről való információátadás kétes értékű – ez akkor válhat hatékonyabbá, ha az anya társadalmi környezetéből bevonjuk mindazokat, akik befolyással lehetnek a szoptatással kapcsolatos döntéseire: a kisbaba édesapját vagy nagyanyját illetve a közeli barátokat.
- Az oktatásnak összhangban kell lennie a célcsoporttal.
- Néhány helyen nehéz szülésfelkészítő tanfolyamokat indítani. Ilyen helyzetben a rutin vizsgálat alkalmával megejtett rövid beszélgetés a szoptatásról hasznos lehet. A témát a terhesség stádiumához lehet igazítani: az első trimeszterben a szoptatás előnyeiről, később a félelmekről, hiedelmekről érdemes beszélni, illetve rövid gyakorlati bemutatót érdemes tartani.
- A kórházi felkészítő csoportoknak megfelelő alternatívái az anyacsoportok, illetve önkéntes tanácsadók látogatásai az anya otthonában.

##### 3.3 A mellbimbók előkészítésének hatásai

- Az édesanya önbizalma jelentősen csökkenthető a szülés előtti emlővizsgálattal, különösen, ha befeléforduló vagy lapos emlőbimbót találnak. (39,40) Az emlőbimbó nyújthatóbbá válik a szülés körüli időkből, így az újszülött mellrehelyezésében nyújtott segítség hatékonyabb lehet, mint a szülés előtti beavatkozások.

## 4. LÉPÉS

### **Segítsék hozzá az anyákat, hogy az újszülöttet már a születést követő első félórán a mellükre tehessék.**

#### 4.1 Bevezetés

- Születésük után az egészséges újszülötteket (is) gyakran elkülönítik az édesanyjuktól, és órákon vagy napokon át nem kerülnek mellre a tej „megérkezésére” várva. Ez a gyakorlat potenciálisan veszélyes mind a szoptatás, mind az anya-gyermek kapcsolat, a „kötődés” kialakulása szempontjából.
- A korai bőrkontaktus és a szülés utáni első órán belüli szopás lehetősége egyaránt fontos. A szoptatási kísérlet közben valamennyi bőrkontaktus elkerülhetetlen, ám a bőrkontaktus önmagában nem szükségszerűen vezet azonnali szopáshoz. Mindazonáltal a bőrkontaktus és a szopás olyan szoros kapcsolatban van egymással, hogy sok tanulmány nem is tesz különbséget a két fogalom között, csak néhány kutató különíti el világosan a kettőt. (41,42,43)
- A megfigyelések szerint azok az újszülöttek, akik nem állnak nyugtató gyógyszerek hatása alatt, egy sajátos, előre meghatározott evés előtti viselkedésmintát követnek, ha az édesanyjuk mellkasára helyezik őket közvetlenül a születésük után; az egyes viselkedéselemek bekövetkezésének ideje azonban széles határok között változik.
- A mozdulatok kezdete 12–44 perccel a születés után észlelhető, majd szopómozgások és jó mellre tapadás következik a 27–71. percben. A szopó mozgások 45 perccel a születés után érik el a csúcspontot, majd ezután csökkenés következik be; 2–2 és fél órával a születés után pedig teljesen megszűnnek. (42,44)
- Császármetszés után a szoptatás megkezdése késhet. Az anya vagy az újszülött állapota némely esetben elkerülhetetlenné teszi a késlekedést, de ennek nem kell rutinszerűen így lennie. Helyi érzéstelenítés esetén a szoptatás gyakran a műtét után azonnal megkezdhető, altatás esetén pedig néhány órán belül, amikor az édesanya visszanyeri az eszméletét. (45)

#### 4.2 A korai kontaktus hatása a szoptatásra

- Számos tanulmány megerősíti, hogy a korai kontaktus növeli a szoptatási arányt mind a szülést közvetlenül követő időszakban, mind 2-3 hónappal később. (46,47,48,49)
- Már 15–20 perc bőrkontaktus a szülést követő egy órán belül jótékony hatású lehet, de akár csak 20 percnyi megszakítás az első órán belül károsan hathat az újszülött szopási képességére. (42)
- Lehetséges, hogy az újszülött nem kezd spontán szopni az első 45–120 percen belül, a bőrkontaktust azonban a születés után a lehető leghamarabb meg kell valósítani
- Amennyiben az újszülött bőrkontaktusban van az édesanyjával, és lehetősége van a szopásra, amint készséget mutat erre, semmi ok nincs arra, hogy erőszakkal mellre tegyük őt. Az ilyen erőfeszítések kedvezőtlen hatással vannak a későbbi szopási viselkedésre. (50)
- A szülés utáni korai kontaktus az utóddal fontos szerepet játszik az anyai viselkedés fenntartásában az emlősöknél – egyre nő azon bizonyítékok száma, amik azt tanúsítják, hogy ez az emberre is igaz. (51)  
A bimbó és bimbóudvar megérintését is magában foglaló korai kontaktus lényeges hatással lehet az anyai viselkedésre és az anya-gyermek kötődésre. (43)
- A korai szoptatás fokozza a méh aktivitását, és csökkenti a szülés utáni vérzést. (52)
- A bőrkontaktusban lévő újszülötteknek magasabb a hónaljban mért és a bőrhőmérsékletük, 90 perces korukban magasabb a vércukorszintjük, sav-bázis háztartásuk gyorsabban normalizálódik, és kevesebbet sírnak. (53,54)

#### 4.3 A vajúdás és szülés alatt alkalmazott fájdalomcsillapítás hatása

- A vajúdás és szülés alatt adott fájdalomcsillapítók, különösen a petidin, gátolhatják a szopási viselkedés korai kialakulását, késleltetik az első szopást, és hosszútávon is akadályozzák a sikeres szoptatást. (57)
- Azoknak az anyáknak az újszülöttjei, akik a vajúdás alatt petidint kaptak
  - x kevésbé intenzíven keresik az emlőt
  - x később kezdenek szopni
  - x ritkábban szopnak helyes szopási technikával,mint azok az újszülöttek, akiknek édesanyja nem kapott petidint. (42,55,56)
- A petidin rutin használatát minimalizálni kell. Ha az édesanya a szülést megelőzően 5 órán belül petidint kapott, újszülöttje nagy valószínűséggel álmos, lelassult állapotban lesz, ezért a bőrkontaktust minden bizonnyal hosszabb időn át kell folytatni, mielőtt az első szopásra sor kerül.

#### 4.4 Következtetések

- **Az anyát és csecsemőjét ne válasszuk el egymástól**, hacsak nincs elkerülhetetlen orvosi beavatkozásra szükség!
- **Optimális esetben az újszülöttet születésétől kezdve folyamatosan az anyával együtt kell elhelyezni, és hagyni, hogy spontán mellre kerülhessen, valahányszor készséget mutat erre.**
- A bőrkontaktusra vonatkozó önkényes, de praktikus minimális javaslat, hogy **legkésőbb a szülést követő fél órán belül kerüljön rá sor, és legalább 30 percen át tartson.**

## 5. LÉPÉS

### **Mutassák meg az anyáknak, hogyan kell szoptatni és a tejelválasztást fenntartani, még akkor is, ha valamilyen okból el vannak különítve újszülöttjüktől.**

#### 5.1 Bevezetés

- Az anyák némelyike segítség nélkül is sikeresen szoptat, sokaknak – különösen az először szülőknél – azonban segítségre van szükségük. A szoptatás nem kizárólag ösztönös viselkedés, a technikáját meg kell tanulni. Olyan társadalmakban, ahol a szoptatás a norma, és az anyák otthonukban adnak életet újszülöttjüknek, az újdonsült édesanyáknak a tapasztalt nőtársak megmutatják, hogy mit kell tenniük. Amikor a nők kórházban szülnek, ill. az olyan közösségekben, ahol a tapasztalt asszonyok segítsége nehezen elérhető, az egészségügyi személyzetre hárul az a feladat, hogy az édesanyáknak segítséget nyújtson a sikeres szoptatáshoz.
- A szoptatással kapcsolatos útmutatás a gyakorlati segítségnyújtás, a technikáról és a csecsemő táplálkozási szokásairól szóló oktatás és a lelki támasz keveréke. Az egészségügyi személyzet helytelen és ellentmondó segítségnyújtása a szoptatás egyik fő akadály. (2,3,58)
- A szülés után közvetlenül nyújtott segítségnek hosszan tartó jótékony hatása van, és ezért a szülészeti ellátás rutinszerűen alkalmazott elemévé kell válnia. A segítségadás célja, hogy
  - x biztosítsuk, az édesanya képes megfelelő testhelyzetben mellre tenni a csecsemőjét
  - x útmutatást adjunk, hogy értelmezni tudja újszülöttje viselkedését, és megfelelően válaszolni tudjon arra
  - x ismereteket adjunk át az igény szerinti (vagy korlátozás nélküli) szoptatásról és a kizárólagos szoptatásról
 Amennyiben az anyának nehézségei támadnak, szakértő segítségre van szüksége azok leküzdéséhez; és mindezek felett szüksége van valakire, aki támogatást nyújt és önbizalmat ad.
- Sok esetben előfordul, hogy az anya és a csecsemő hosszabb - rövidebb időre – pl. betegség vagy munka miatt – el van különítve egymástól. Ezért minden anyának meg kell tanulnia lefejni a tejét, hogy ha szükségessé válik, a lefejt tejet a csecsemőnek oda lehessen adni pohárból, ill. az anya tejtermelését fenn lehessen tartani. A kézi fejtés a legpraktikusabb, mellszívó használata nem szükségszerű.
- A szoptatások utáni rutinszerű fejtés nem javasolt.

#### 5.2 A szoptatás megmutatásának hatásai

- Számos tanulmány egyöntetűen bizonyítja, hogy a szoptatási arány – hosszú távon is – növekszik, ha az édesanyák segítséget kapnak a kórházi tartózkodás során. (21,59,60,61,62,63,64)
- Ez különösen szembetűnő először szülőknél. (65)
- A kedvesség és a támogatás önmagában – technikai segítségnyújtás és a szoptatást pártoló üzenetek nélkül – is növeli az anya önbizalmát, és hosszú távú jótékony hatása van a szoptatásra. (66)
- Még a szülés után közvetlenül adott igen rövid – 1-2 perces – egyéni tanácsadás is hasznos lehet. (67)

#### 5.3 Segítségnyújtás azoknak az édesanyáknak, akik el vannak választva újszülöttjüktől a kórházban

- A gyakori fejtés növeli a csecsemőjüktől elválasztott anyák tejmenyiségét. (68)
- Két héttel a szülés után több tejük van azoknak az anyáknak, akik hamarabb kezdtek fejni. (69)
- A korai és gyakori fejtésre való bátorítás segít megelőzni az elkülönítés kedvezőtlen hatását a szoptatásra. (70)



#### 5.4 Következtetések

- A szoptatás technikájára vonatkozó egyéni gyakorlati segítségnyújtás és az anya önbizalmát növelő lelki támogatás hatékony eszközök a szoptatás időtartamának növelésére.(64,65)
- Ugyanezek az alapelvek érvényesek arra az esetre is, amikor az édesanya és csecsemője el vannak választva egymástól.
- Abban az esetben, ha az újszülöttet nem lehet szoptatni, a későbbi szoptatási esélyek azon múlnak, sikerül-e abban segíteni az édesanyát, hogy a szülés után minél hamarabb és minél gyakrabban kezdjen fejni.
- A fejtést lehetőleg a szülést követő első napon belül el kell kezdeni, majd pedig gyakran, legalább napi 6 alkalommal, de ha lehetőség van rá – különösen az első héten – akár napi 8–12 alkalommal kell folytatni. (71)

## 6. LÉPÉS

### Csak orvosi indikáció esetén kapjon a csecsemő anyatejen kívül más ételt vagy italt.

#### 6.1 Bevezetés

- Gyermekegység osztályokon teljesen általános gyakorlat az újszülöttek tápszerrel, cukros vízzel vagy tiszta vízzel való itatása vagy az első szoptatás előtt vagy a szoptatás mellett. Ez a gyakorlat a szoptatás idő előtti befejezéséhez vezet.
- A víz vagy cukros víz itatásának különböző okai lehetnek pl. a sárgaság csökkentése vagy a hypoglycaemia megelőzése. Tápszert kaphat a csecsemő akkor, ha nyugtalan, ha aluszékony, ha nehezen tudja bekapni a mellét, ha éhesnek látszik szopás után, vagy ha az anya beteg, pihenni szeretne ill. alkalmanként minden különösebb ok nélkül.
- A kiegészítések adása
  - x fokozza a fertőzés kockázatát
  - x ha cumisüvegből kapja az újszülött, rontja a szopási technikát
  - x csökkenti a szoptatások gyakoriságát
  - x és ezáltal csökkenti az emlőt érő ingereket valamint a kiürített tej mennyiségét
  - x ez az első napokban az emlők túltelítődéséhez vezet
  - x a későbbiekben pedig csökkent tejtermeléshez.
- Egyes kórházakban az édesanyák hazabocsátáskor ajándéksomagot kapnak, amely ingyenes tápszermintákat tartalmaz. Az ingyenes tápszerminták szétosztása esetén az anyák nagyobb valószínűséggel folyamodnak a mesterséges tápláláshoz, ráadásul ez a gyakorlat nincs összhangban „Az anyatejet helyettesítő anyagok marketingjének nemzetközi kódexével”.

#### 6.2 A kórházban adott kiegészítés hatása a szoptatásra

- A pótlás adásának a szoptatás sikerére gyakorolt hatását illetően kielégítő bizonyítékokhoz jutás számos nehézségbe ütközik.
  - x nehéz az anya–csecsemő párokat véletlenszerűen „pótlást kapó” és „pótlást nem kapó” csoportokba sorolni, és nehéz ellenőrizni az anya döntését a kizárólagos szoptatással kapcsolatban
  - x néhány korábbi vizsgálat a vizet nem vette figyelembe, csak a tápszert tekintette kiegészítő folyadéknak; ezért ezek eredménye csak részben alkalmazható
  - x a legtöbb tanulmány nem különítette el a „mit kapott az újszülött” kérdést attól, hogy „hogyan kapta” – üvegből, pohárból vagy kanállal
  - x némely esetben nehéz következetesen megváltoztatni a kórházi gyakorlatot. A személyzet hozzáállása nem feltétlenül változik meg az új rutin bevezetésével azonnal; ezért a „pótlást nem kapó” csoportok gyakran pótlást kapó csecsemőket is magukban foglalnak
  - x a legtöbb tanulmány együtt kezelte az orvosi indikációval vagy anélkül adott pótlást; különböző okok esetén különböző módon hat a kiegészítés adása (72)
- A vizsgálatok fenti korlátai ellenére számos vizsgálat alapján egyértelmű, hogy az orvosi indikáció nélkül adott kiegészítés – legyen az akár víz, akár tápszer – csökkenti mind a kizárólagos, mind a részleges szoptatás időtartamát. (59,73,74,75,76,77)

- Amikor az újszülöttek orvosi indikációval kaptak kiegészítést, a szoptatás időtartama hasonló volt azokhoz a csecsemőkéhez, akik nem kaptak pótlást. A kutatók szerint ennek az lehet a magyarázata, hogy a szigorúan orvosi indikációval adott pótlás nem zavarja meg az anya–gyermek kölcsönhatást és az édesanya önbizalmát úgy, mint abban az esetben, amikor a csecsemő „elégtelen tejmenyiség” vagy „nyűgösség” miatt kap kiegészítést. (72)

### 6.3 A hazabocsátás után adott tápszerpótlás hatása a szoptatásra

- Az egyik tanulmány szerint annak kockázata, hogy egy hónapos korra befejeződik a szoptatásuk 3,7-szer volt nagyobb azoknak a csecsemőknek az esetében, akik egyhetesen tápszerpótlást kaptak összehasonlítva azokkal, akik nem kaptak pótlást. (78)
- Azok az anyák, akik kizárólag szoptattak egy héttel a szülés után, nagyobb valószínűséggel szoptattak két hónapos korban is, mint azok, akik egyhetes csecsemőjüket részlegesen szoptatták. (79)

### 6.4 További következmények

- A kiegészítés fokozza a hasmenéses betegségek és egyéb fertőzések, mint a meningitis és az újszülöttkori szepszis kockázatát mind a rossz (80,81,82), mind a jobb higiénés körülmények között. (83)
- Néhány alkalommal adott pótlás is elegendő ahhoz, hogy tehéntej intolerancia vagy tehéntej allergia fejlődjön ki a csecsemőnél, amely egy későbbi életkorban okoz tüneteket. (84)
- A kiegészítések nem bizonyultak hatásosnak azokban a helyzetekben, amelyekre ajánlani szokták őket. A vizsgálatok nem igazolták azt az általános hiedelmet, hogy a vízzel vagy cukros vízzel való itatás csökkenti az újszülöttkori sárgaságot az időre született, szoptatott csecsemőknél. (75,85,86,87)
- A cukros víz itatása a hypoglycaemia megelőzésére nem javasolt az időre született, egészséges, igény szerint szoptatott újszülöttek esetében, még akkor sem, ha az etetések közötti szünet hosszú. (88)
- Kimutatták, hogy azok az újszülöttek, akik cukros vizet kaptak a kórházban többet veszítettek a súlyukból, és tovább kellett a kórházban maradniuk, mint azok, akik nem kaptak cukros vizet. (89)
- Az újszülöttek nem mutatnak hypoglycaemiás tüneteket az első 48 órában, akár kapnak cukros vizet, akár nem. (76)

### 6.5 A kereskedelmi célú tápszerminták hatása a szoptatásra

- A tanulmányok szerint az ingyenes tápszerminták szétesztása
  - × szignifikáns összefüggést mutat a tápszerhasználattal (8)
  - × valamint a szoptatási arány csökkenésével (90,156)
- Azok az édesanyák, akik ingyenes tápszermintával jöttek ki a kórházból, nagyobb valószínűséggel használtak tápszert kéthetes korban, mint azok, akik nem kaptak tápszermintát – függetlenül attól, hogy a kórházi felvételkor milyen szándékaik voltak a csecsemőtáplálással kapcsolatban. (8)

### 6.6 Az újszülött osztályokon való tápszerhasználat korlátozásának hatásai és költséghatékonysága

- Egy három országban elvégzett tanulmány – amely a szoptatást segítő programok költségét összevetette a programok következtében megnövekedett szoptatási arány hatásaival az egészségügyi kiadásokra – megállapította, hogy **a tápszer, a cukros víz és a szülés alatt alkalmazott gyógyszerek használatának korlátozása rendkívül költséghatékony módszer a morbiditás és mortalitás csökkentésére.** (91,92)

## 7.LÉPÉS

### **Legyen általános gyakorlat az anya és az újszülött együttes elhelyezése a nap 24 órájában.**

#### 7.1 Bevezetés

- Amikor a kórházi szülések száma megnőtt a 20. század elején, az újszülöttek gondozására bevezették az újszülött osztályokat. A következmények közé tartozott a csecsemők egymás közötti fertőzéseinek megnövekedése, amely hasmenés- és staphylococcus okozta bőrfertőzés- járványokhoz vezetett az újszülöttek körében. (93,94)
- Az utóbbi időben elterjedőben van a rooming-in, amely általánosságban a fertőzések csökkenéséhez vezetett. (95,96)
- Mindamellet sok kórházban még ma is újszülött osztályokon gondozzák az érett, egészséges újszülötteket. Néhány helyen nappali rooming-in rendszer működik; némely esetben az édesanyát felébresztik az éjszakai etetéshez, de az újszülött osztályon való tartózkodás alatt a csecsemők gyakran kapnak tápszert vagy vizet.
- A rooming-in bevezetése elleni érvként általában a következőket szokták felsorolni:
  - x az újszülött osztályon jobban tudnak figyelni a csecsemőkre
  - x az édesanya nem tud aludni, ha a csecsemő ugyanabban a szobában van (ill. zavarja a többi anyát)
  - x az anyák kérik, hogy bevihessék a csecsemőt az újszülött osztályra, hogy pihenhessenek
  - x a gyermekágyas osztály kialakítása nem teszi lehetővé a rooming-in rendszert, az átépítés pedig költséges

#### 7.2 A rooming-in hatásai a szoptatásra

- Számos korai tanulmány talált szoros összefüggést a rooming-in és a szoptatási arány javulása között. (93,97,98,99)
- A későbbi tanulmányok szerzői szintén úgy találták, hogy azok az anyák, akik rooming-inben voltak újszülöttjükkel
  - x nagyobb valószínűséggel szoptattak még 12 hét múlva is (a különbség négyhetes korban volt szignifikáns) (100)
  - x hamarabb kerültek kontaktusba a csecsemőjükkel, több időt töltöttek velük, és gyakrabban szoptatták őket (65)
  - x esetükben az érett tej termelődése hamarabb megindult és újszülöttjüknél ritkábban fordult elő sárgaság (95)
  - x újszülöttjük gyakrabban szopott, és többet gyarapodott, mint az újszülött osztályon lévő csecsemők (101)
  - x a hazabocsátáskor nagyobb arányban nyilatkoztak úgy, hogy folytatják a szoptatást, mint azok az anyák, akik a kórházi tartózkodás idején el voltak választva kisbabájuktól (102)
  - x 4 hónapos korban a szoptatási arány azoknál az anyáknál volt szignifikánsan magasabb, akik a rooming-inben való elhelyezésen túl szoptatási tanácsadásban is részesültek (63,65)

### 7.3 A rooming-in egyéb hatásai

- A szoptatáson kívül az anya–gyermek kapcsolatra is hatással van a rooming-in. Ebből a szempontból még a részleges (nappali) rooming-in is jótékony hatású lehet.
- Az egyik tanulmány szerint több esetben fordult elő súlyos szülői bántalmazás vagy elhanyagolás azoknál a gyermekeknél, akik nem voltak együttesen elhelyezve az édesanyjukkal, mint azoknál, akik napi 8 órában rooming-inben voltak, függetlenül attól, hogy az anya akart-e szoptatni vagy nem. (103)
- Egy másik vizsgálatban azok az anyák, akik nappal együtt voltak a csecsemőjükkel, erősebb kötődést mutattak a kisbabához a 2–3. napon, mint azok az anyák, akik szerettek volna rooming-inben lenni, de nem volt rá lehetőségük. (104)
- Egy felmérés kimutatta, hogy a vizsgált területen a rooming-in bevezetése után két évvel a kórházban hagyott újszülöttek aránya 1.8 %-ról 0,1%-re csökkent. (105)

### 7.4 A rooming-in elleni érvek megalapozottsága

- Az együttes elhelyezés elleni érvek nem szükségszerűen jogosak még olyan anyák esetén sem, akik nem akarnak szoptatni.
- Gyakori aggodalom, hogy az édesanyjával közös szobában elhelyezett újszülött megzavarja az anya alvását, akinek pedig pihenésre van szüksége.
- Több tanulmány is úgy találta, hogy
  - × az éjszakai rooming-in nem befolyásolta az anyák alvással töltött idejének mennyiségét, sem a nappali éberségi szintjüket annak ellenére, hogy éjjel gyakrabban szoptattak (106)
  - × a csecsemőjükkel közösen elhelyezett, és a csecsemőjüktől elkülönített anyák között nem volt különbség sem az átaludt órák mennyiségének, sem az alvás minőségének tekintetében; a vizsgált két éjszaka során az elkülönített anyák 70%-a használt legalább egyszer altatót, míg az együttesen elhelyezettek közül egy sem. (107)
  - × az újszülött osztályon magasabb volt a zajszint, és erősebb a fény, mint az anyák szobájában; az újszülöttek több időt töltöttek sírással; és a gondozók ritkábban reagáltak erre, a csecsemők az idő 25%-át töltötték nyugodt alvással, míg a rooming-inben lévők a 33%-át (108)

### 7.5 Az együttalvás hatásai a szoptatásra

- Az anyjukkal rutinszerűen együttalvó csecsemők háromszor olyan hosszú ideig szopnak éjszaka, mint a különalvó kisbabák, ami arra utal, hogy az együttalvás elősegíti a szoptatást. (109)
- Az együttalvás hatására növekszik a szoptatási időszak tartama. (110)

### 7.6 Következtetések

- Az elmúlt években számottevő tapasztalat gyűlt össze a rooming-innel kapcsolatban. Ahol bevezették, ott mind a személyzet, mind az édesanyák előnyben részesítik az újszülött osztályos rendszerrel szemben.
- A rooming-in jótékony hatással van mind a szoptatásra, mind az anya-gyermek kapcsolatra. A szoptatásra való hatás részben annak köszönhető, hogy megkönnyíti az igény szerinti szoptatást, mivel lehetővé teszi, hogy az édesanya azonnal reagáljon, ha az újszülött készséget mutat a szopás iránt. Ez a gyakorlat pedig segít a tejtermelés megalapozásában.
- Az anya-gyermek kapcsolatra való hatás független a csecsemőtáplálás módjától.
- Az újszülött osztályon való gondozás akadályozza az igény szerinti szoptatást, és növeli annak esélyét, hogy szoptatási nehézségek lépnek fel.
- Az újszülött osztályon való elhelyezés korlátozza az anya és gyermek közötti kölcsönös érintkezést, amely gátolhatja a kötődést; valamint csökkenti az anya önbizalmát.

- Az újszülött osztályon elhelyezett csecsemők többet sírnak, és a gondozók ritkábban válaszolnak, mint azok az anyák, akik egy szobában vannak kisbabájukkal.
- Az együttes elhelyezéssel szembeni ellenérvek – például, hogy az anya nem tud aludni – nem bizonyultak megalapozottnak. Az elvégzett tanulmányok szerint az újszülött és az anya együttes elhelyezése nem változtatja meg lényegesen az anya alvását, viszont javítja a csecsemőét.
- **A rooming-in elleni érvek egyike sem indokolja annak a gyakorlatnak a folytatását, amelynek során az anyát rutinszerűen elkülönítik újszülöttjétől!**
- Az együttes elhelyezés rendkívül fontos minden csecsemő és anya számára függetlenül a csecsemőtáplálás módjától.
- **Ezért a csecsemőket – függetlenül attól, hogy szopnak-e vagy sem – együtt kell elhelyezni az édesanyjukkal a nap 24 órájában, hacsak nincs olyan orvosi indok, ami elkerülhetetlenné teszi a csecsemő újszülött osztályon való ápolását.**

## 8. LÉPÉS

### **Ösztönözzék az anyákat, hogy az újszülött igényeinek megfelelően szoptassanak.**

#### 8.1 Bevezetés

- Az az elképzelés, miszerint az időrend szerinti szoptatás jobb mind a csecsemő, mind az anya számára, a 20. század elején jött divatba, miközben próbálták a csecsemőtáplálást „tudományosabbá” és biztonságosabbá tenni. (111,112,113)
- Tisztán elméleti alapon feltételezték,
  - x hogy a csecsemő gyomrának szüksége van egy bizonyos időre (3-4 órára) ahhoz, hogy kiürüljön
  - x hogy az éjszakai etetésektől tartózkodni kell
  - x és hogy a hosszú ideig tartó etetés hasmenést, hányást, fejlődésben való elmaradást és mellbimbósérülést okoz.

Ezek az elgondolások néhány helyen mind a mai napig tartják magukat.
- Ma már általánosan elfogadott, hogy az időhöz kötött szoptatás szoptatási problémákhoz és elégtelen tejtermeléshez vezet, amely arra ösztönözheti az anyát, hogy elkezdje a mesterséges táplálást.
- **Az etetések időtartamának korlátozása azzal járhat, hogy a csecsemő nem jut hozzá az energiában gazdag hátsótejhez.** (114)
- Mindamellett az elvek és a gyakorlat között még lehetnek rések. Lehet, hogy az igény szerinti szoptatás szerepel egy kórházi osztály irányelveiben, a személyzet mégis azt javasolhatja az édesanyának, hogy „tanítsa” rendre az újszülöttjét még mielőtt hazamennek, vagy esetleg az emlőbimbó kisebesedésének elkerülésére rövid etetéseket javasolnak. (3)
- Az igény szerinti – úgy is ismert mint „korlátozásmentes”, „a csecsemő által irányított”, „a kisbaba igényeihez alkalmazkodó” – szoptatás estén a szopások gyakorisága és a szopások időtartama széles határok között változik; sok csecsemő 2-3 óránként vagy ennél gyakrabban szopik, egy-két hosszabb szünetet hagyva két évés között.
- A szopások száma általában több, mint az a 6-8, amit a hagyományos kórházi napirend megenged.
- **Kórházi körülmények között valódi igény szerinti szoptatás csak 24 órás rooming-in rendszerben valósulhat meg, mert egyedül ez teszi lehetővé, hogy az édesanya azonnal reagáljon kisbabája jelzéseire, és mellre tegye, amint készséget mutat a szopás iránt.**
- Ilyen módon az igény szerinti szoptatás hatásait nehéz a 7. lépéstől elkülönítve vizsgálni.

#### 8.2 A szopások gyakorisága és hossza közvetlenül a születés után

- A placenta megszületése után az anya vérében drasztikusan csökken az ösztrogén és a progeszteron szint, amely lehetővé teszi, hogy a prolaktin kifejtsa a hatását az emlőmirigyen, és beindítsa a tejtermelést.
- A tej mennyisége az első hetekben alkalmazkodik a csecsemő igényeihez: részben a prolaktinon keresztül – amely a szopás ingerére szecernálódik - , részben a tej eltávolításának az emlőmirigyre gyakorolt helyi hatásán keresztül; mindkettőt nagymértékben befolyásolja a kisbaba étvágya. (114,115,116)
- **Ha arra biztatjuk az édesanyát, hogy korlátozza akár a szopások gyakoriságát, akár a szopások időtartamát, ez akadályozza az alkalmazkodási folyamatot, amely a mell túltelítődéséhez, elégtelen tejmennyiséghez és egyéb problémákhoz vezethet.**
- Ha nincsenek korlátozások, a szopások gyakorisága és időtartama széles határok között változik. (117,118)
- Napi 10-15 szoptatás egyáltalán nem szokatlan. (119)

### 8.3 A korlátozás nélküli szoptatás hatása

Azok a tanulmányok, amelyek az igényszerinti szoptatást összehasonlították az időhöz kötött szoptatással, megállapították, hogy:

- x az igény szerint szoptatott újszülöttek közül többen nyerték vissza a születési súlyukat a kilencedik napra, mint az időhöz kötve szoptatottak közül (120)
- x az igény szerint szoptatottak közül egy hónapos korban többen szoptak kizárólagosan, mint az időhöz kötve szoptatottak közül (120)
- x hathetes korban szignifikánsan több anya szoptatott azok közül, akik kezdettől igény szerint szoptattak, mint azok közül, akik a szopások gyakoriságát ugyan nem, de a szopások hosszát korlátozták (121)
- x az igény szerint szoptatott csecsemők tejfogyasztása nagyobb volt a 15. életnapon, és többet gyarapodtak, mint az időhöz kötve szoptatottak (122)
- x az időrend szerint szoptató anyák között többen panaszkodtak arról, hogy fáj a mellbimbójuk, és többen tapasztalták, hogy a mellük túltelítődött (120)
- x az igény szerint szoptatók között a szoptatások számának és hosszának növekedésével nem fokozódott a mellbimbó fájdalmassága (123)
- x abban az esetben, ha az igényszerinti szoptatás a hazabocsátás után is folytatódott, a szoptatási időszak időtartama hosszabb lett, mint az időrend szerint szoptatóknál – akkor is, ha kevert táplálást folytatott az anya. (78)

### 8.4 Egyéb hatások

- A folyadékbevitel fokozása gyakori javaslat az élettani sárgaság csökkentésére. A cukros víz hatástalan, a gyakoribb szoptatás ellenben szemmel láthatólag hatásos.
- Az egyik tanulmány szignifikáns összefüggést talált az első három életnapon történő gyakori (több mint 8 alkalom 24 óra alatt) szopás és a harmadik napon mért alacsonyabb szérum bilirubinszint között. (124)
- Egy másik vizsgálat szerint az első életnapon történő gyakoribb szopás eredményeképpen a 6. napon kisebb mértékű volt a hyperbilirubinaemia. A gyakoribb szopás következtében nagyobb volt az újszülöttek tejfogyasztása a harmadik napon, és az első hét nap alatt súlyesésük is kisebb volt. (125)

### 8.5 Következtetések

- Az igényszerinti szoptatás estén a szopások gyakorisága és a szopások időtartama széles határok között változik, ezért a korlátozás nélküli szoptatás menetére vonatkozóan nem lehet középértékekre alapozott irányelveket adni.
- Az igényszerinti szoptatás előnyei egyértelműek. A lehetséges káros hatásoktól – mint például a mellbimbó kisebesedésétől – való félelem alaptalan. Ma már tudjuk, hogy a mellbimbó kisebesedését a nem megfelelő mellrehelyezés okozza, és nincs összefüggésben a szopás hosszával. (126)
- Az előnyök közé tartozik – a csecsemő számára – a kisebb súlyvesztés, kisebb mértékű hyperbilirubinaemia, hosszabb szoptatási időszak, - az anya számára – a túltelítődés megelőzése, a tejtermelés könnyebb megalapozása.
- Azok közül az egészségügyi dolgozók közül, akik átérték az átállást az igényszerinti szoptatásra nem sokan vannak azok, akik szívesen visszatérnének a korábbi napirendhez, és mindahhoz, ami azzal együtt jár: az etetési időre váró síró csecsemők megnyugtatóhoz és a frusztráló élményhez, ahogyan egy tomboló újszülöttet próbálnak meg egy kimerült, aggódó édesanya túltelítődött mellére helyezni.



## 9. LÉPÉS

### **A szoptatott csecsemőnek ne adjanak cumit.**

#### 9.1 Bevezetés

- A cumit világszerte használják, és mind az egészségügyi szakemberek, mind a laikusok közül sokan hiszik azt, hogy a cumi ártalmatlan, sőt szükséges és jótékony hatással van a csecsemők fejlődésére. (127)
- Az etetőcumival ellátott cumisüvegekre többnyire úgy tekintenek mint egyetlen alternatívára abban az esetben, ha egy csecsemőt nem lehet közvetlenül az emlőből szoptatni.
- Ennek ellenére mind a nyugtatócumi, mind az etetőcumi ártalmas lehet, azáltal, hogy
  - x fertőzést okozhat
  - x csökkenti a mellen töltött szopási időt, és ezzel akadályozza az igény szerinti szoptatást
  - x megváltoztathatja az orális dinamikát.
- A cumik és cumisüvegek a Kódex tárgykörébe tartoznak azzal a céllal, hogy csökkenjen a nyilvánosság felé történő reklámozásuk.
- A szopni nem tudó csecsemők táplálására a pohár nyújt alternatívát. Ez különösen javasolt olyan csecsemők esetében, akiket a későbbiekben szoptatni kíván az édesanyjuk, illetve olyan helyzetekben, amikor a cumik és cumisüvegek tisztítása nehézségekbe ütközik.
- A pohárból helyes technikával történő – amikor a csecsemő irányítja az ivást és nem „öntik” a szájába a tejet – etetéssel könnyebb a koraszülöttek szoptatására való áttérése, mint az üvegből történő etetéssel. (128)

#### 9.2 A cumisüveg hatása a szoptatásra

- Sok egészségügyi dolgozó és édesanya számolt be arról, hogy nehézségekbe ütközött a csecsemő mellre tétele akkor, ha előzőleg cumisüvegből táplálták. (128,129,130)
- Számos különbséget – mind mechanikai, mind dinamikai különbséget – írtak le, amely a mellből való szopás és a cumisüvegből való szopás között fennáll. (131,132,133,134)
- Ezek a tapasztalatok arra utalnak, hogy a cumisüveg-használat akadályozza a csecsemőt a szopás megtanulásában. Ez a hatás független az elfogyasztott pótlásnak a kisbaba étvágyára gyakorolt hatásától.
- Úgy tűnik, hogy bizonyos csecsemők egy idő után előnyben részesítik a mesterséges cumit, bár ennek mechanizmusa még nem egészen ismert. (135)
- Megfelelő, gyakorlott segítséggel ez a nehézség áthidalható, és a kisbaba megtanítható az emlőből való szopásra (136), de az ilyesfajta segítség legtöbbször nem elérhető, ezért a cumisüvegek rutinszerű használata csökkentheti teljes szoptatási arányt.
- Az elvégzett tanulmányok szerint
  - x a cumisüveget használók közül kevesebben szoptattak 12 hetes korban, mint a cumisüveget nem használók közül (137)
  - x azon anyák között akiknek csecsemője cumisüveget kapott a kórházban, több mint kétszer annyianak volt súlyos szoptatási problémája, mint azok között, akiknek csecsemője nem kapott cumisüveget (137)
  - x azok a koraszülöttek, akiket pohárból etettek, amikor az édesanyjuk távol volt, nagyobb valószínűséggel folytatták a szopást, mint azok, akiket cumisüvegből etettek (138,139)

### 9.3 A (nyugtató)cumi hatása a szoptatásra

- A cumi általában a csecsemő szoptatás nélküli megnyugtására használatos, így fennáll annak a lehetősége, hogy azok a kisbabák, akik cumit használnak, kevesebbszer kerülnek mellre. (127)
- Amikor kevesebb inger éri az emlőt, és a tej kiürülése ritkább, a tejtermelés csökkenni kezd, ami a szoptatás idő előtti befejezéséhez vezethet.
- Az elvégzett vizsgálatok a következőket találták a cumihasználattal összefüggésben:
  - x A szoptatási problémák gyakoribbak voltak azoknál, akik napi két óránál többet használták a cumit, és a cumit nem használók nagyobb valószínűséggel szoptak négy hónapos korban, mint a cumihasználók. (140)
  - x Négy hónapos korban a cumit nem használók között szignifikánsan többen voltak a kizárólag szoptatottak, mint a gyakran vagy ritkán cumizók között. (141)
  - x Az egy hónapos korban történő cumihasználat szoros összefüggésben volt a szoptatás időtartamával: a cumit nem használó csecsemőknek négyszer akkora esélyük volt arra, hogy még hat hónapos korukban is szopni fognak, mint az egész nap cumizóknak (127,141)
  - x Hat hónapos korra az „egész nap” cumizó kisbabák 72%-a, a cumit „részdőben” használó csecsemők 59%-a, a nem cumizóknak pedig 24%-a hagyta abba a szopást, ami arra utal, hogy a hatás dózisfüggő. (142)
  - x A cumi némely esetben a szoptatások lerövidítésére ill. a szoptatások közötti idő növelésére szolgál, különösen olyan anyák esetében, akiknek szoptatási problémájuk van vagy kevés az önbizalmuk. A cumi élettanilag akadályozhatja a szopást, de használata jele lehet annak is, hogy az édesanya szeretné hamar befejezni a szoptatást. Ebben az esetben külön támogatásra és tanácsadásra van szüksége ahhoz, hogy folytatni tudja a szoptatást, a cumiellenes kampány önmagában nem segít. (127)

### 9.4 A mesterséges cumik egyéb hatásai

- A cumisüvegből való szopás megváltoztatja a csecsemő légzését és szopásmódját függetlenül attól, hogy lefejt anyatejet vagy tápszert kap. A mellből való szopással összehasonlítva a kilégzés hosszabb, a légzési frekvencia és az oxigén szaturáció pedig alacsonyabb. (143)
- A cumisüvegből való etetés a koraszülöttek számára több stresszel jár, mint a szopás, ami arra utal, hogy az a gyakorlat, miszerint a koraszülöttet meg kell tanítani cumisüvegből enni, mielőtt mellre kerülhetne, teljességgel helytelen. (144)
- A szájüreg elváltozásait szintén leírták. A tejfogak nagyfokú szuvasodása leggyakrabban cumisüveget használó vagy cumizó gyerekeknél látható. (145)
- A fogsor hibás illeszkedése (malocclusio) gyakoribb a cumisüvegből táplált gyerekeknél – mértéke annál kifejezettebb, minél hosszabb ideig használta a cumisüveget a gyermek. (146,147) Az egyik vizsgálat szerint, a rágóizom (m. masseter) aktivitása szignifikánsan alacsonyabb a 2-6 hónapos, cumisüvegből etetett csecsemőknél, mint a szoptatottaknál. (148)
- Az akut és a visszatérő középfülgyulladás és következményei gyakrabban fordulnak elő mind a cumisüveget (149), mind a cumit (150) használó gyermekek körében. (A szerzők megállapítják, hogy a háromévesnél fiatalabb gyerekek körében az akut otitis media esetek 25%-áért a cumi felelős!)
- Azoknak a 7-24 hónapos gyermekeknek, akiket hanyattfekvő helyzetben cumisüvegből etettek, abnormális a tympanogramja, ami arra utal, hogy a középfülben megváltoztak a nyomásviszonyok. A kutatók feltételezik, hogy ez a hatás az Eustach-kürt diszfunkciójának és a folyadék középfülbe való visszaáramlásának következménye. (151)

- További lehetséges veszélyek:
  - x Candida fertőzés gyakoribb előfordulása (152)
  - x potenciálisan rákkeltő anyagok használata a cumik gyártásánál (153)
  - x gumidarabkák szakadhatnak le a cumiról

### 9.5 Következtetések

- Egyre nő az arra vonatkozó bizonyítékok száma, hogy a mesterséges cumik összefüggésbe hozhatóak a szoptatás idő előtti befejezésével és néhány más problémával. Több cikk csak a perinatális időszak utáni cumihasználatot vizsgálja. A szülészeti osztályokon történő cumihasználat viszont azt a benyomást kelti az édesanyákban, hogy az egészségügyi szakemberek biztonságosnak tartják használatukat, így sokkal valószínűbb, hogy ők is alkalmazzák.
- A cumisüvegek használatát minimalizálni, illetve lehetőség szerint teljesen mellőzni kell, hogy ne közvetítsünk a családok felé ellentmondó üzeneteket.
- A szülészeti osztályokon nyugtatócumikra semmilyen körülmények között nincs szükség.
- A 9. lépésre vonatkozó bizonyítékokat a pótlásokra vonatkozókkal együtt (6. lépés) érdemes végiggondolni, mivel a pótlást gyakran cumisüvegből kapják a csecsemők, és a cumisüveg-használat hatását nehéz elválasztani a cumisüveg tartalmának hatásától, ami a csecsemő gyomrát megtölti, és ezáltal szopási kedvét csökkenti.
- Ezzel együtt a pohárból való etetés előnyei arra utalnak, hogy magának a cumisüvegnek is van egy független negatív hatása a szoptatásra.
- Bár a cumisüveg-használat okozta nehézségek megfelelő, szakképzett segítséggel áthidalhatók, az ilyen segítség az esetek döntő többségében nem elérhető.
- Ezért a csecsemőket nem szabad szükségtelenül kitenni annak a veszélynek, hogy ilyen különleges segítségre szoruljanak.
- Ha a csecsemőt nem lehet mellből szoptatni vagy kiegészítésre szorul, a poharat előnyben kell részesíteni a cumisüveggel szemben, különösen akkor, ha a kisbabát később szoptatni szeretné az édesanyja vagy ha a megfelelő sterilizálás nem megoldható.
- Még ha a cumi- és cumisüveg-használat legalább annyira jele a szoptatási nehézségeknek, mint amennyire az oka, a következtetés csak egy lehet: az egészségügyi dolgozókat fel kell készíteni, hogy megfelelő gyakorlati segítséget és az anya önbizalmát erősítő támogatást tudjanak nyújtani.

## 10. LÉPÉS

### **Támogassák a szoptatást segítő anyacsoportok létrehozását és az egészségügyi intézményekből távozó anyákat irányítsák ezekhez.**

#### 10.1 Bevezetés

- A szoptatási arányban, különösen a kizárólagos szoptatás arányában hirtelen zuhanás következik be a szülést követő hetekben, hónapokban. A pótlás bevezetésének vagy a szoptatás abbahagyásának indokaként az esetek döntő többségében az anyák valamilyen „szoptatási nehézséget” - legtöbbször az elégtelennek érzett tejmennyiséget – neveznek meg.
- Mivel élettanilag a legtöbb anya képes annyi tejet termelni, amennyire csecsemőjének szüksége van (154), valószínű, hogy a megfelelő, folyamatos támogatás hiánya húzódik meg a háttérben.
- A folyamatos támogatás a legkülönbözőbb módokon valósulhat meg. A hagyományos társadalmakban az anya családja és a közösség, ahol él nyújtja a szükséges segítséget. A városiasodással fontossá vált az egészségügyi dolgozók, a barátok, az apa és a nagymama szerepe. (79)
- Néhány országban az anyacsoportok – ahol az édesanyák segítik egymást tapasztalataikkal – fő szerepet kapnak a szoptatás támogatásában. Más országokban alig-alig vannak ilyen csoportok vagy nem tudnak megfelelően működni.
- Ezért ebbe a lépésbe a folyamatos támogatás minden formáját bele kell érteni, ami csak elérhető vagy megvalósítható.

#### 10.2 A hazabocsátás utáni támogatás hatása a szoptatásra: egészségügyi szolgáltatások

- Számos tanulmány készült, amely az egészségügyi szolgáltatás keretében nyújtott korai támogatás hatását vizsgálta a szoptatásra.
- A négyhetes – hat hónapos kor közötti szoptatási arány szignifikánsan jobb volt azok között az anyák között,
  - x akiket többször keresett fel otthonában az egészségügyi szolgálat dolgozója (61,155)
  - x akik nehézség esetén telefonon segítséget kérhettek (155)
  - x akik a kórházban külön tanácsadásban részesültek, és otthonukban több alkalommal felhívták őket a tanácsadók (156)
  - x akik elmentek a szoptatási központba, ahol találkozhattak a tanácsadókkal – csecsemőik amellet, hogy tovább szoptak kizárólag, kevesebbszer voltak betegek, és jobban gyarapodtak. (157)

#### 10.3 A hazabocsátás utáni támogatás hatása a szoptatásra: anyacsoportok

- Az anyacsoportokkal kapcsolatban kevés tanulmány látott napvilágot.
- Az egyik, Amerikai Egyesült Államokban készült felmérés szerint a La Leche Ligához kötődő édesanyák közül kétszer annyian szoptatnak kizárólagosan a kórházban, és várnak a szilárd ételek bevezetésével 4-6 hónapos korig, mint azok közül, akik nem kapcsolódnak a Ligához. (158)

(Az anyák egymás közötti támogatását ebben az esetben az elkerülhetetlen önszelekció miatt nem lehet értékelni.)

- Guatemalában a LLL szoptatási tanácsadók egyéni és csoportos támogatást nyújtanak, és hatékonyan segítik az egyes édesanyákat.

A célcsoportnak ( várandós és kisgyermekes anyák) azonban csak 30%-a tud arról, hogy léteznek szoptatást támogató csoportok, és nekik is csak mintegy 37%-a vesz részt akár egyetlen alkalommal is a csoportfoglalkozáson. (159)

#### 10.4 A hazabocsátás utáni támogatás hatása a szoptatásra: önkéntes tanácsadók

- Az erről készült tanulmányok csaknem mindegyike jelentős növekedést állapított meg a kizárólagos és a részleges szoptatás időtartamában az önkéntes tanácsadók tevékenységének köszönhetően. (160-167)

#### 10.5 Következtetések

- A szülés utáni szoptatási támogatás számos különböző formája hatékonynak bizonyult a szoptatás négy-hat hónapos korig való fenntartásában.
- Előnyös, ha a támogatás már a kórházból történő hazabocsátás előtt elkezdődik, amely lehetővé teszi, a tejtermelés megalapozását és a nehézségek elkerülését.
- Az anya közvetlen családját, különösen a csecsemő apját, nagymamáit és az anya közeli barátait érdemes bevonni a támogatásba, mivel ezek a személyek fontos befolyással bírnak a szoptatási gyakorlatra.
- Nem lehet megmondani, hogy pontosan hány órányi tanácsadásra van szükség egy bizonyos eredmény eléréséhez, de a tanulmányok arra utalnak, hogy a gyakoribb látogatások nagyobb hatást érnek el.
- Szintén nem egészen világos, hogy milyen intézkedések a leghatékonyabbak. A személyes tanácsadás és a különböző nehézségek előadódásakor vagy az anya lelki válsága idején nyújtott segítség tűnik a leghasznosabbnak.
- Sürgős szükség van arra, hogy feltárjuk a közösségi csoportokban és önkéntes tanácsadóknál rejlő lehetőségeket. Ezek minden valószínűség szerint az egészségügyi szolgálatoknál alkalmasabbak arra, hogy gyakori személyes találkozások alkalmával megadják azt a segítséget az anyáknak, ami szükséges önbizalmuk erősítéséhez és a nehézségek leküzdéséhez.

## AZ EGYES INTÉZKEDÉSEK EGYÜTTES HATÁSA

- Az eddigiekben a „Tíz lépés” egyes intézkedéseit amennyire lehetett önmagukban vizsgáltuk. A legtöbb tanulmány azonban több lépés bevezetésének együttes hatását vizsgálta, és eredményeik azt bizonyítják, hogy **az együttes intézkedéseknek nagyobb hatásuk van a szoptatásra, mint egyes lépéseknek önmagukban.** Ez a megállapítás ennek az összefoglalónak az egyik legfontosabb következtetése.
- Azok az anyák, akik a szülés után 10 percen belül megkezdték a szoptatást, azután pedig 2 óránként mellre tették újszülöttjüket, 12 héttel a szülés után nagyobb valószínűséggel szoptattak, mint azok, akik később kezdték a szoptatást, és 4 óránként tették mellre a kisbabájukat. (168)
- Azok az anyák, akik szoptatást támogató ajándécsomagot kaptak hazabocsátáskor, valamint tanácsadásban részesültek mind a kórházban, mind hazabocsátás után, nagyobb számban szoptattak egy hónappal a szülés után, mint akik a három intézkedés közül csak az egyik részesei voltak. (156)
- Azok az anyák, akik roomin-inben voltak újszülöttjükkel, és szoptatási tanácsadást is kaptak, nagyobb számban szoptatták kizárólagosan négy hónapos csecsemőjüket. A rooming-in hatása önmagában egy hónapig tartott. (63,65)
- Egy ötféle intézkedés – az egészségügyi személyzet oktatása, a terhesgondozóban és a szülészeti osztályon bevezetett változások (korai kontaktus, szoptatási tanácsadás, pótlás csökkentése, rooming-in), szoptatási ambulancia indítása, a laktációs amenorrhoea módszer ajánlása – hatását vizsgáló tanulmányban azt találták, hogy az intézkedések hatására hat hónapos korban csaknem kétszer annyi csecsemőt szoptatott kizárólag az édesanyja, mint a kontroll csoportban.
- Egy kisebb csoportban, ahol a fentiekén túl a várandósság alatt szoptatással kapcsolatos ismereteket is kaptak az anyák, a kizárólagos szoptatás még nagyobb arányú volt. (169)
- Negatív kölcsönhatások is lehetségesek olyan esetben, amikor az ártalmas gyakorlat – pl. tápszerek használata – folytatódik. Egy olyan kórházban, ahol az oktató anyagok, a tanácsadás, a támogatás, az irányelvek mind a szoptatást igyekeztek elősegíteni, **de továbbra is tápszert adtak a csecsemőknek, az anyák 77%-a 2-3 héten belül tápszert adott a kisbabájának, 88%-uk ugyanazt a márkát, amit a kórházban használtak!!!** (1)
- A tápszerek rutinszerű használatát a szülészeten a szülők úgy értelmezhetik, hogy az egészségügyi dolgozók helyesnek tartják ezek alkalmazását, minden a szoptatást támogató, világos, szóbeli tájékoztatás ellenére.
- **A szülészeti osztályokon bevezetett szoptatást támogató programok a legköltséghatékonyabb egészségügyi intézkedések közé tartoznak.** Ennek részben az az oka, hogy ezeknek az intézkedéseknek minimális a költsége, mégis megtakarításokhoz vezetnek.
- Az oktatásba és az anyák támogatásába történő befektetés is igen költséghatékony, bár közel sem annyira, mint a tápszerek eltávolítása.
- A támogatás, az oktatás és a tanácsadás lassabban vezethetők be. Ugyanakkor, miközben a roomin-in és a tápszerek korlátozása nélkülözhetetlen előfeltételek a szoptatás megkezdéséhez, a közvetlen támogatás és információ átadás az, aminek a legnagyobb hatása van a kizárólagos szoptatás időtartamának növelésére. (170)

### AJÁNLÁSOK

1. Elégséges bizonyíték áll rendelkezésre „A sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés” hatékonyságát illetően ahhoz, hogy indokoltá tegye a Bababarát Kórház Kezdeményezés kiterjesztését **minden** szülészeti intézményre. **A szülészeti intézmények bababaráttá válásának elmulasztása többé nem igazolható.**
2. **A „Tíz lépést” együttesen kell bevezetni, a nem teljeskörű bevezetéstől vagy egyes lépésektől nem várható eredmény.**
3. **Az egészségügyi intézményeknek szigorú irányelveket kell bevezetniük, amelyek mind a tíz lépést magukban foglalják, valamint tartalmazzák az anyatej helyettesítők (tápszerek) korlátozására illetve a végrehajtásra és az ellenőrzésre vonatkozó intézkedéseket.**
4. Az egészségügyi dolgozók „Tíz lépéssel” kapcsolatos továbbképzésének elegendő hosszúságúnak kell lennie, és hangsúlyos gyakorlati részeket kell tartalmaznia, hogy biztosítsa a klinikai és tanácsadási készségek javulását. A képzésnek az egészségügyi dolgozók szoptatáshoz és tápszer-használathoz való hozzáállásáról is szólnia kell.
5. Újabb erőfeszítéseket kell tenni azoknak a lépéseknek a megerősítésére, amelyek az anyáknak szóló – várandósság alatti, szülés utáni és otthoni – ismeretterjesztéssel, tanácsadással és támogatással kapcsolatosak, tekintve, hogy ezek az intézkedések a leghatékonyabbak. Ismeretterjesztés, tanácsadás és támogatás nélkül a többi intézkedés csak korlátozott mértékben eredményes. Minden anya számára elérhetővé kell tenni a megfelelő útmutatást és támogatást a teljes szoptatási periódus idejére.

Az „*Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding*” (WHO, 1998.) c. kiadvány alapján a kivonatot készítette: dr. Kun Judit Gabriella, IBCLC

## Irodalomjegyzék

1. Reiff MI, Essock-Vitale SM (1985) Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics*, 76:872-879.
2. Winikoff B et al (1986) Dynamics of infant feeding: Mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 77(3):357-365.
3. Garforth S, Garcia J (1989) Breast feeding policies in practice - "No wonder they get confused". *Midwifery*, 5:75-83.
4. Cunningham WE, Segree W (1990) Breast feeding promotion in an urban and a rural Jamaican hospital. *Social science and medicine*, 30(3):341-348.
5. Stokamer CL (1990) Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(Suppl 1):61-65.
6. Wright A, Rice S, Wells S (1996) Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics*, 97(5):669-675.
7. Gökçay G et al (1997) Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child: care, health and development*, 23(2):187-200.
8. Margen S et al. Infant feeding in Mexico. A study of health facility and mothers' practices in three regions. Nestlé Infant Formula Audit Commission. California, PRINTEAM, 1991.
9. Taylor A (1998) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: an epidemiological study in four countries. *British medical journal*, 316: 1117-1122.
10. Relucio-Clavano N (1981) The results of a change in hospital practices. A paediatrician's campaign for breastfeeding in the Philippines. *Assignment children*, 55/56:139-165.
11. Pichapat V et al (1992) An intervention model for breast feeding in Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *Southeast Asean journal of tropical medicine and public health*, 23(3):439-443.
12. Valdes V et al (1993) The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of tropical pediatrics*, 39:142-151.
13. Popkin BM et al (1991) An evaluation of a national breast-feeding promotion programme in Honduras. *Journal of biosocial science*, 23:5-21.
14. Bradley JE, Meme J (1992) Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge, attitudes and practices, 1982-89. *Journal of tropical pediatrics*, 38:228-234.
15. Waldenström U, Nilsson C-A (1994) No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 10:8-17.
16. Winikoff B et al (1987) Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. *Pediatrics*, 80(3):423-433.
17. Iker CE, Mogan J (1992) Supplementation of breastfed infants: Does continuing education for nurses make a difference? *Journal of human lactation*, 8(3):131-135.
18. Lawrence RA (1982) Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics*, 70(6):912-920.
19. Popkin BM, Yamamoto ME, Griffin CC (1985) Breast-feeding in the Philippines: the role of the health sector. *Journal of biosocial science*, Supplement 9:99-125.
20. Lazzaro E, Anderson J, Auld G (1995) Medical professionals' attitudes towards breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(2):97-101



21. Altobelli L, Baiocchi-Ureta N, Larson E (1991) A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Final report (unpublished). The Johns Hopkins University (Baltimore), Cayetano Heredia University (Lima) and The Population Council (New York).
22. Westphal MF et al (1995) Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4):461-468.
23. Becker GE (1992) Breastfeeding knowledge of hospital staff in rural maternity units in Ireland. *Journal of human lactation*, 8(3):137-142.
24. Hally MR et al (1984) Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73(1):33-39.
25. Neifert M et al (1988) Factors influencing breast-feeding among adolescents. *Journal of adolescent health care*, 9:470-473.
26. Dix DN (1991) Why women decide not to breastfeed. *Birth*, 18:222-225.
27. Graffy JP (1992) Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. *British journal of general practice*, 42:61-64.
28. Baranowski T et al (1983) Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Social science and medicine*, 17(21):1599-1611.
29. Lizarraga JL et al (1992) Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of adolescent health*, 13:676-681
30. Entwisle DR, Doering SG, Reilly TW (1982) Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behavior: A replication and extension. *American journal of orthopsychiatry*, 52(2):244-260.
31. Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1992) Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):224-227.
32. Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1993) Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Journal of family practice*, 37(2):148-152.
33. Labbok MH, Simon SR (1988) A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American journal of preventive medicine*, 4(2):62-66.
34. Giugliani ERJ et al (1994) Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. *Journal of human lactation*, 10(3):157-161.
35. Kistin N et al (1990) Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics*, 86(5):741-746.
36. Jamieson L (1994) Getting it together. *Nursing times*, 90(17):68-69.
37. Long L (1995) Breastfeeding workshops: a focus on knowledge, skills and attitudes. *British journal of midwifery*, 3(10):540-544.
38. Pugin E et al (1996) Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of human lactation*, 12(1):15-19.
39. Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ (1992) Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *British medical journal*, 304:1030-1032.
40. MAIN Trial Collaborative Group (1994) Preparing for breastfeeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. *Midwifery*, 10:200-214.
41. Taylor PM, Maloni JA, Brown DR (1986) Early suckling and prolonged breastfeeding. *American journal of diseases of children*, 140:151-154.
42. Righard L, Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723):1105-1107.

43. Widstrom A-M et al (1990) Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early human development*, 21:153-163.
44. Widstrom A-M et al (1987) Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 76:566-572.
45. Gonzales RB (1990) A large scale rooming-in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(Supplement 1):31-34.
46. Sosa R et al. The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. In: Ciba Foundation Symposium No. 45 (new series): Breastfeeding and the mother. Amsterdam, the Netherlands, Elsevier Publishing Co., 1976:179-193.
47. de Château P, Wiberg B (1977a) Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum: II. A follow-up at three months. *Acta paediatrica Scandinavica*, 66:145-151.
48. Thomson ME, Hartsock TG, Larson C (1979) The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian family physician*, 25:1374-1378.
49. Ali Z, Lowry M (1981) Early maternal-child contact: Effects on later behaviour. *Developmental medicine and child neurology*, 23:337-345.
50. Widstrom A-M, Thingström-Paulsson J (1993) The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta paediatrica*, 82:281-283.
51. Rosenblatt JS (1994) Psychobiology of maternal behaviour: contribution to clinical understanding of maternal behaviour among humans. *Acta paediatrica supplement*, 397:3-8.
52. Chua S et al (1994) Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 101:804-805.
53. Christensson K et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta paediatrica*, 81:488-493.
54. Christensson K et al (1995) Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta paediatrica*, 84:468-473.
55. Nissen E et al (1995) Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. *Acta paediatrica*, 84:140-145.
56. Nissen E et al (1997) Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta paediatrica*, 86:201-208.
57. Rajan L (1994) The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery*, 10:87-103
58. Rajan L (1993) The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breast feeding. *Midwifery*, 9:197-209.
59. de Château P et al (1977b) A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental medicine and child neurology*, 19:575-584.
60. Hall JM (1978) Influencing breastfeeding success. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Nov-Dec:28-32.
61. Jones DA, West RR (1986) Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *Journal of epidemiology and community health*, 40:45-49.
62. Bathija CG, Anand RK (1987) Effect of perinatal motivation on breastfeeding in educated mothers. *Indian pediatrics*, 24:933-937.

63. Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V (1990) The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International journal of nursing studies*, 27(3):179-186.
64. Righard L, Alade MO (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 19:185-189.
65. Perez-Escamilla R et al (1992) Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early human development*, 31:25-40.
66. Hofmeyr GJ et al (1991) Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 98(8):756-764.
67. Avoa A, Fischer PR (1990) The influence of perinatal instruction about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics*, 86(2):313-315.
68. de Carvalho M et al (1985) Frequency of milk expression and milk production by mothers of nonnursing premature neonates. *American journal of diseases of children*, 139:483-485.
69. Hopkinson JM, Schanler RJ, Garza C (1988) Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*, 81(6):815-820.
70. Nyqvist KH, Ewald U (1997) Successful breast feeding in spite of early mother-baby separation for neonatal care. *Midwifery*, 13:24-31.
71. Meier P (1994) Breast feeding the premature baby: a research review. *News brief*, 9(1):2-5.
72. Blomquist HK et al (1994) Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta paediatrica*, 83:1122-1126.
73. Leefsma M, Habatsky T. The influence of hospital routine on successful breastfeeding. In: Freier S, Eidelman AL, eds. *International Symposium on Breastfeeding. Human milk – It's biological and social value.* Amsterdam, Excerpta Medica, 1980:309-313.
74. Perez-Escamilla R et al (1996) Prelacteal feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *Journal of nutrition*, 126:2765-2773.
75. Nylander G et al (1991) Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta obstetrica gynecologica Scandinavica*, 70:205-209.
76. Martin-Calama J et al (1997) The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration. *Journal of human lactation*, 13(3):209-213.
77. Kurinij N et al (1984) Predicting duration of breastfeeding in a group of urban primiparae. *Ecology of food and nutrition*, 15:281-291.
78. Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B (1989) Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 67(2):151-161.
79. Perez-Escamilla R et al (1993) Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Social science and medicine*, 37(8):1069-1078.
80. Victora CG et al (1987) Evidence for the protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, II(8554):319-322.
81. de Zoysa I, Rea M, Martines J (1991) Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health policy and planning*, 6(4):371-379.
82. Ashraf RN et al (1991) Breast feeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Archives of disease in childhood*, 66:488-490.
83. Howie PW et al (1990) Protective effect of breast feeding against infection. *British medical journal*, 300:11-16.

84. Høst A (1991) Importance of the first meal on the development of cow's milk allergy and intolerance. *Allergy proceedings*, 12(4):227-232.
85. Verronen P et al (1980) Promotion of breast feeding: effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit. *Acta paediatrica Scandinavica*, 69:279-282.
86. de Carvalho M, Hall M, Harvey D (1981) Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Archives of disease in childhood*, 56(7):568-569.
87. Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH (1982) Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta paediatrica Scandinavica*, 71:759-761.
88. Williams AF (1997) Hypoglycaemia of the newborn: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(3):261-290.
89. Glover J, Sandilands M (1990) Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *Journal of human lactation*, 6(4):163-166.
90. Perez-Escamilla R et al (1994) Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American journal of public health*, 84(1):89-97.
91. Horton S et al (1996) Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health policy and planning*, 11(2):156-168.
92. Sanghvi TG. Improving the cost-effectiveness of breastfeeding promotion in maternity services. Summary of the USAID/LAC HNS study in Latin America (1992-1995). (Unpublished document; available on request from WELLSTART, 3333 K Street NW, Washington, DC 20007 USA. Telephone (202) 298-7979.)
93. McBryde A, Durham NC (1951) Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke hospital. *Journal of the American Medical Association*, 145(9):625-628.
94. Rush J, Chalmers I, Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, 1989:1333-1346.
95. Mapata S, Djauhariah AM, Dasril D (1988) A study comparing rooming-in with separate nursing. *Paediatrica Indonesiana*, 28:116-123.
96. Suradi R (1988) Rooming-in for babies born by caesarean section in Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital Jakarta. *Paediatrica Indonesiana*, 28:124-132.
97. Jackson EB, Wilkin LC, Auerbach H (1956) Statistical report on incidence and duration of breast feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors. *Pediatrics*, 17(5):700-715.
98. Bloom K et al (1982) II. Factors affecting the continuance of breast feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 300:9-14.
99. Elander G, Lindberg T (1984) Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73:237-240.
100. Elander G, Lindberg T (1986) Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 75:708-712.
101. Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990b) The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta paediatrica Scandinavica*, 79:1017-1022.
102. Procianoy RS et al (1983) The influence of rooming-in on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 29:112-114.
103. O'Connor S et al (1980) Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2):176-182.
104. Norr KF, Roberts JE, Freese U (1989) Early post-partum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *Journal of nurse-midwifery*, 34(2):85-91.

105. Buranasin B (1991) The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia-Pacific journal of public health*, 5(3):217-220.
106. Waldenstrom U, Swenson A (1991) Rooming-in at night in the portpartum ward. *Midwifery*, 7:82-89.
107. Keefe MR (1988) The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, March-April:122-126.
108. Keefe MR (1987) Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing research*, 36(3):140-144.
109. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA (1997) Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 100(2):214-219.
110. Clements MS et al (1997) Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta paediatrica*, 86:51-56.
111. Fisher C The puerperium and breastfeeding. In: Marsh GN, ed. *Modern obstetrics in general practice*. Oxford, Oxford University Press, 1985: 325-348.
112. Klaus MH (1987) The frequency of suckling. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 14(3):623-633.
113. Inch S, Garforth S. Establishing and maintaining breastfeeding. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989:1359-1374.
114. Woolridge MW, Baum JD (1993) Recent advances in breast feeding. *Acta paediatrica Japonica*, 35:1-12.
115. Wilde CJ Prentice A, Peaker M (1995) Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54: 401-406.
116. Hartmann PE et al (1996) Breast development and control of milk synthesis. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):292-302.
117. Howie PW et al (1981) How long should a breast feed last? *Early human development*, 5:71-77.
118. de Carvalho M et al (1982a) Milk intake and frequency of feeding in breast fed infants. *Early human development*, 7:155-163
119. Diaz S et al (1995) Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population. *American journal of clinical nutrition*, 62: 371-376.
120. Illingworth RS, Stone DGH (1952) Self-demand feeding in a maternity unit. *Lancet*, I(6710):683-687.
121. Slaven S, Harvey D (1981) Unlimited suckling time improves breast feeding. *Lancet*, I(8216):392-393.
122. de Carvalho M et al (1983) Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3):307-311.
123. de Carvalho M, Robertson S, Klaus MH (1984) Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain? *Birth*, 11:81-84.
124. de Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB (1982b) Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *American journal of diseases of children*, 136:737-738.
125. Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990a) Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*,86(2):171-175.
126. Woolridge MW (1986b) Aetiology of sore nipples. *Midwifery*, 2(4):172-176.
127. Victora CG et al (1997) Pacifier-use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 99(3):445-453.
128. Musoke RN (1990) Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):57-59.

129. Mohrbacher N, Stock J. The breastfeeding answer book, Franklin, Illinois, La Leche League International, 1991.
130. Riordan J. A practical guide to breastfeeding, Boston, Jones & Bartlett, 1991.
131. Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958a) A cineradiographic study of bottle feeding. British journal of radiology, 31:11-22.
132. Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958b) A cineradiographic study of breast feeding. British journal of radiology, 31:156-162.
133. Woolridge M (1986a) The 'anatomy' of infant sucking. Midwifery, 2(4):164-171.
134. Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A (1994) Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. Archives of pediatrics and adolescent medicine, 148:40-42.
135. Neifert M, Lawrence R, Seacat J (1995) Nipple confusion: toward a formal definition. Journal of pediatrics, 126:S125-129.
136. Fisher C, Inch S (1996) Nipple confusion - who is confused? Journal of pediatrics, 129(1):174.
137. Cronenwett L et al (1992) Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. Pediatrics, 90(5):760-766.
138. Jones E (1994) Breastfeeding in the preterm infant. Modern midwife, 4(1):22-26.
139. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL'E (1994) Cup feeding: an alternative method of infant feeding. Archives of disease in childhood, 71:365-369.
140. Righard L, Alade MO (1997) Breastfeeding and the use of pacifiers. Birth, 24:116-120.
141. Barros FC et al (1995a) Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. Pediatrics, 95(4):497-499.
142. Victora CG et al (1993) Use of pacifiers and breastfeeding duration. Lancet, 341(8842):404-406.
143. Mathew OP, Bhatia J (1989) Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. American journal of diseases of children, 143:588-592.
144. Meier P (1988) Bottle- and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. Nursing research, 37(1):36-41
145. Milnes AR (1996) Description and epidemiology of nursing caries. Journal of public health dentistry, 56(1):38-50.
146. Labbok MH, Hendershot GE (1987) Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. American journal of preventive medicine, 3(4):227-232.
147. Drane D (1996) The effect of use of dummies and teats on orofacial development. Breastfeeding review, 4(2):59-64.
148. Inoue N, Sakashita R, Kamegai T (1995) Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. Early human development, 42:185-193.
149. Williamson IG, Dunleavey J, Robinson D (1994) Risk factors in otitis media with effusion. A 1 year case control study in 5-7 year old children. Family practice, 11(3):271-274.
150. Niemelä M, Uhari M, Möttönen M (1995) A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. Pediatrics, 96(5):884-888.
151. Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL (1995) Abnormal tympanography after supine bottle feeding. Journal of pediatrics, 126:S105-S111.

152. Manning DJ, Coughlin RP, Poskitt EME (1985) Candida in mouth or dummy? Archives of disease in childhood, 60:381-382.
153. Westin JB (1990) Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. Archives of environmental health, 45(6):359-363.
154. Woolridge MW (1996) Problems of establishing lactation. Food and nutrition bulletin, 17(4):316-323.
155. Houston MJ et al (1981) Do breast feeding mothers get the home support they need? Health bulletin, 39(3):166-172.
156. Frank DA et al (1987) Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: Effects on infant-feeding practices in a randomized trial. Pediatrics, 80(6):845-854.
157. Barros FC et al (1995b) The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. Acta paediatrica, 84:1221-1226.
158. Meara H (1976) La Leche League in the United States: A key to successful breast-feeding in a non-supportive culture. Journal of nurse-midwifery, 21(1):20-26.
159. Maza ,IC et al (1997) Sustainability of a Community-Based Mother-to-Mother Support Project in the Peri-Urban Areas of Guatemala City. A La Leche League Study. Published for La Leche League International and the U.S. Agency for International Development by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival ( BASICS ) Project. Arlington, Va.
160. Burkhalter BR, Marin PS (1991) A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. International journal of gynecology and obstetrics, 34:353-359.
161. Lundgren R et al (1992) The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. Final technical report (unpublished document). Asociacion Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA) and the Population Council.
162. Kistin N et al (1994) Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among lowincome urban women. Journal of human lactation, 10(1):11-15.
163. Long DG et al (1995) Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah native American WIC population. Journal of human lactation, 11(4):279-284.
164. Alvarado R et al (1996) Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. Food and nutrition bulletin, 17(1):49-53.
165. Davies-Adetugbo AA (1996) Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. Journal of diarrhoeal disease research, 14(1):5-11.
166. Morrow AL et al The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. In: Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996). Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (unpublished document).
167. Leite A, Puccini R, Atallah A, Cunha A, Machado M, Capiberibe A, Rodrigues R. Impact on breastfeeding practices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. In: Feinstein AR, Vandembrouke JP, eds. Abstracts of the Inclen 15th global meeting of the International Clinical Epidemiology Network. Querétaro, Mexico, Journal of Clinical Epidemiology, 1998, 51(supplement 1):10S.
168. Salariya EM, Easton PM, Cater JI (1978) Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. Lancet, II(8100):1141-1143.
169. Pugin E et al (1996) Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? Journal of human lactation, 12(1):15-19.
170. Lutter CK et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. American journal of public health, 87(4):659-663.