
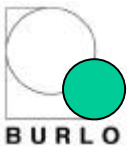



<p><b>Európai Bizottság</b> Közegészségügyi és Kockázatfelmérési Igazgatóság</p>  <p>European Commission Directorate Public Health and Risk Assessment</p>	<p><b>IRCCS Burlo Garofolo</b> Trieste, Italy</p>  <p><b>BURLO</b></p>	<p>Egészségügyi szolgáltatás-kutatási és Nemzetközi Egészségügyi Osztály A WHO Anya- és Gyermekegészségügyi Partnerközpontja</p>  <p>Unit for Health Services Research and International Health WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health</p>
---	---	--

## **A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése Európában: Indítvány**

Szerzői:

### **A Szoptatás Védelme Európában**

c. projekt résztvevői

(EU Project Contract N. SPC 2002359)

Ezt a dokumentumot „A szoptatásért Európában” c. konferencián ismertették 2004. június 18-án az írországi Dublin Castle-ben.

Magyarországi levelezési cím:

Sarlai Katalin/W. Ungváry Renáta

A Szoptatásért Magyar Egyesület

1024 Budapest, Margit krt. 55.

Tel.: (36)-1-316-6762

E-mail: [szme@szoptatasert.hu](mailto:szme@szoptatasert.hu)

*Az Indítvány hivatkozási adatai:* 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.

Az eredeti szöveget a következő helyről lehet letölteni:

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)

## Tartalomjegyzék:

### I. Eloszó

### II. Szerzők és szakértők

### III. A megoldandó feladatok – áttekintés

### IV. Bevezető

A jelenlegi helyzet áttekintése

A szoptatás meghatározói

Az intézkedések felülvizsgálatának eredményei

### V. Az Indítvány

#### 1. Irányelvek és tervezés

Irányelvek

Tervezés

Menedzsment

Finanszírozás

#### 2. Oktatás, kommunikáció, információ (OKI)

OKI magánszemélyek számára

OKI a közösségek számára

#### 3. Képzés

Alapképzés

Továbbképzés

#### 4. Védelem, támogatás, elosegítés

*A Csecsemo és kisgyermektáplálási globális stratégia*

*Az anyatejet helyettesítő termékek marketingjének Nemzetközi kódexe*

Dolgozó anyákra vonatkozó törvények

A „bababarát kórház” kezdeményezés

Képzett egészségügyi dolgozók nyújtotta támogatás

Képzett önkéntes szoptatási tanácsadók és anyák-egymás-közt (AEK) csoportok nyújtotta támogatás

A család, a közösség és a munkahely nyújtotta támogatás

#### 5. Az ellenorzo rendszer

Szoptatási mutatók

Az egészségügyi és szociális szolgáltatások gyakorlata

Törvények, irányelvek, a *Nemzetközi kódex*

### VI. Kutatás

### VII. Az utalások jegyzéke

## **Rövidítések:**

AEK	Anyák-egymás-közt
EU	Európai Unió
EURODIET	Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe
FAO	Food and Agriculture Organization
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners
ILO	International Labour Organization
OKI	Oktatás, kommunikáció, információ
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WHO/EURO	World Health Organization Regional Office for Europe

*A project szeretne külön köszönetet mondani Henriette Chamouillet-nek, Camilla Sandviknek és Mariann Skarnak, akik az Európai Bizottság Közegészségügyi és Kockázatfelmérési Igazgatóságán (European Commission Directorate Public Health and Risk Assessment) dolgoznak. Támogatásuk óriási segítséget jelentett számunkra.*

## I. Eloszó

Nagy öröm számomra, hogy megismertethetem Önökkel ezt az *Indítványt*, amely azt bontja ki, mit tehetnénk a szoptatás védelmére, támogatására és elosegítésére Európában. Elkészítését az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóvédelmi Általános Igazgatósága (Directorate General for Health and Consumer Protection) is támogatta.

A szoptatás elosegítése az egyik leghatékonyabb módja gyermekeink egészségvédelmének: jótékony hatását érzik az anyák, a családok, a közösség, az egészségügyi és társadalmi rendszer, a környezet és az általában vett társadalom is.

Számos kezdeményezés született helyi, regionális, országos és nemzetközi szinten egyaránt a szoptatás elosegítésére. Hitem szerint azonban sokkal nagyobb eséllyel lehetne jó és tartós eredményeket elérni, ha ezek a kezdeményezések terveken, még hozzá bizonyítottan hatékony intézkedésekre építő, egységes programba szervezett terveken alapulnának.

Az *Indítvány* ezen tervek kidolgozásához kíván keretet nyújtani, ezért elérhetővé tesszük minden olyan kormány, intézmény és szervezet számára, akik hajlandóak együttműködni a szoptatás védelmére, támogatására és elosegítésére érdekében. Remélem, hogy haszonnal forgatják majd ezt a dokumentumot, és cselekedetekbe fordítják a benne felsorolt javaslatokat.

Európa polgárai várják az információt, és várják a támogatást: hogyan indíthatnák minél biztosabb útra gyermekeiket. Meggyozódésem, hogy ezek a tervek segítenek majd ebben. Hadd köszönjem meg tehát az *Indítvány* összes szerzőjének és szakértojének értékes munkájukat.

David Byrne

Az Európai Bizottság Egészség- és Fogyasztóvédelmi Biztosa  
(European Commissioner for Health and Consumer Protection)

## II. Szerzők és szakértők

Az Indítványt a projekt koordinátora, Adriano Cattaneo és munkacsoportja írta, az Egészségügyi szolgáltatás-kutatási és Nemzetközi Egészségügyi Osztály (Unit for Health Services Research and International Health) munkatársai, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Olaszország:

Anna Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarosa Milinco és Alexandra Knowles.

### Ok írtak a projekt Irányadó Bizottságának tagjai nevében is:

Christine Carson (Egészségügyi Minisztérium, London)

Flore Diers-Ollivier (La Leche League és Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)

Berthold Koletzko (a gyermekgyógyászat professzora, anyagcsere-betegségek és táplálkozásban, Münchener Egyetem)

Hildegard Przyrembel (Országos Szoptatásvédelmi Bizottság, Németország)

Nathalie Roques (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, Association Information pour l'Allaitement)

Luis Ruiz Guzman (gyermekgyógyász, a bababarátság-koordinátora, Spanyolország)

Michael Sjöström (közegészségügyi táplálkozástudomány, Karolinska Institute, Stockholm)

Agneta Yngve (közegészségügyi táplálkozástudomány, Karolinska Institute, Stockholm)

*valamint mindazon résztvevők nevében, akik ötleteikkel, megjegyzéseikkel, visszajelzéseikkel segítettek az újabb és újabb vázlatok létrejöttét, majd jóváhagyták a végleges változatot:*

**Ausztria:** Ilse Bichler (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, regionális ügyintéző, laktációs vizsgáztató), Anne-Marie Kern (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, koordinátor, a bababarátság-rendszer szervezője)

**Belgium:** Françoise Moyersoen (Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains, Réseau Allaitement Maternel)

**Dánia:** Tine Jerris (koordinátor, Országos Szoptatásvédelmi Bizottság), Ingrid Nilsson (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, az Országos Szoptatásvédelmi Bizottság alelnöke)

**Egyesült Királyság:** Jenny Warren (a skóciai Országos Szoptatásvédelmi Bizottság tanácsadója), Susan Sky (Wales szoptatásvédelmi koordinátora), Janet Calvert (Észak-Írország szoptatásvédelmi koordinátora)

**Finnország:** Kaija Hasunen (minisztériumi tanácsadó, Szociális és Egészségügyi Minisztérium)

**Görögország:** Vicky Benetou (Higiénia- és Járványtani Tanszék, az Athéni Egyetem Orvosi Fakultása), Themis Zachou (gyermekgyógyász, neonatológus, a Szoptatásvédelmi Egyesület elnöke), Anyatejbank, Elena Venizelou (Nőgyógyászati Klinika, Athén)

**Hollandia:** Adrienne de Reede (a Zorg voor Borstvoeding Alapítvány igazgatója, a bababarátság-rendszer szervezője)

**Izland:** Geir Gunnlaugsson és Ingibjörg Baldursdóttir (Gyermekegészségügyi Szolgáltatások Központja) Jóna Margret Jonsdóttir (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, Gyermekegészségügyi Szolgáltatások Központja)

**Írország:** Genevieve Becker (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, dietetikus), Maureen Fallon (országos szoptatásvédelmi koordinátor)

**Luxemburg:** Maryse Lehnens-Arendt (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, Initiativ Liewensufank)

**Norvégia:** Anne Baerug (Projekt-koordinátor, Országos Szoptatásvédelmi Központ, Oslo)

**Portugália:** Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa)

Kim Fleischer Michaelsen (Anyatej- és Laktációkutatási Nemzetközi Társaság/International Society for Research in Human Milk and Lactation)

Andrew Radford (Programvezető, UNICEF UK Bababarát-kezdemenyezés, Egyesült Királyság)

Aileen Robertson (WHO Európai Regionális Hivatala, Koppenhága, Dánia)

Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Genf, Svájc)

*Az Indítványt a következő személyek, testületek és intézmények is átolvasták, értékelték és kommentálták:*

**Ausztia:** Renate Fally-Kausek (Egészségügyi Minisztérium/Szoptatásvédelem), Karl Zwiauer (Országos Szoptatásvédelmi Bizottság), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filmair (Gyermekgyógyászati Novérképző, Bécsi Általános Kórház), Maria Jesse (Gyermekgyógyászati Novérek Osztrák Társasága), Renate Großbichler (Bábák Osztrák Társasága), Margaritha Kindl (Bábaképző Intézet, Mistelbach), Christine Kohlhofer és Renate Mitterhuber (Bábaképző Intézet, Semmelweissklinik, Bécs), Michael Adam (Szülészeti Osztály, Semmelweissklinik, Bécs)

**Belgium:** A tárcaközi Szövetségi Szoptatásvédelmi Bizottság tagjai, valamint a szövetségi, a regionális (vallón) és a francia közösség egészségügyi hatóságainak képviselői; Ann van Holsbeeck (Szövetségi Szoptatásvédelmi Bizottság)

**Bulgária:** Stefka Petrova (Táplálkozástudományi Osztály, Országos Higiéniai Központ)

**Csehország:** Zuzana Brazdova (Brno-i Egyetem), Magdalena Paulova (A Posztgraduális Egészségügyi Képzés Intézete, Prága), Dagmar Schneidrová (Károly Egyetem, Prága)

**Dánia:** az Országos Szoptatásvédelmi Bizottság tagjai a következő szervezetek képviselőiben: Dán Kórházi Dietetikusok Társasága, Országos Egészségügyi Tanács, Dán Bábák Egyesülete, Dán Orvosi Egyetem, Dán Egészségügyi Oktatási Bizottság, az UNICEF Dán Bizottsága, Dán Fogyasztóvédelmi Tanács, Dán Orvosok Egyesülete, Dán Novérek Szervezete, Dán Gyermekgyógyász Társaság, Dán Szülészeti és Nőgyógyász Társaság, Dán Állatorvosi és Ételellenőrző Felügyelet, Szoptatási szaktanácsadók Vizsgáztató Bizottsága, Bel-, Egészségügy-, Szülő- és Születésegélyező Minisztérium, Kórházi Novérek Szakmai Társasága, Szülészeti és Nőgyógyászati Novérek Szakmai Társasága, Gyermekgyógyászati Novérek Szakmai Társasága, a WABA és a WHO Európai Regionális Hivatala

**Egyesült Királyság:** Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Skót Szoptatásvédelmi Csoport), Anthony F Williams (az újszülöttgyógyászat docense, a St George's Kórház Egészségügyi Foiskolája/St George's Hospital Medical School, London), Mary Renfrew (Anya- és Gyermekkegészségügyi Kutatócsoport/Mother and Infant Research Unit, University of Leeds), Janet Fyle (Királyi Bábaképző Foiskola/Royal College of Midwives), Fiona Dykes (anya- és gyermekkegészségügyi előadó, Bábaturományi Tanszék/Department of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston), Jane Putsey, Phyll Buchanan (Szoptatásvédelmi Hálózat/The Breastfeeding Network), The National Childbirth Trust (=Országos Születésvédelmi Egyesület)

**Észtország:** Julia Deikina (Egészségvédelmi Felügyelet)

**Finnország:** Marjaana Pelkonen (Szociális és Egészségügyi Minisztérium)

**Franciaország:** Xavier Codaccioni (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille), Marie Thirion (Université Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Hôpital Ed. Herriot, Lyon), Jacques Sizun és Loïc de Parscau (CHU, Brest), Dominique Gros (Hôpitaux Universitaires, Strasbourg), Jacques Schmitz (Hôpital Necker Enfants Malades, Paris), Dominique Turck (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, et Comité de Nutrition, Société Française de Pédiatrie), Bernard Maria (CH de Villeneuve St-Georges); és a CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) alábbi tagjai: Marc Pilliot (Maternité Clinique St Jean, Roubaix), Gisèle Gremmo-Feger (CHU, Brest), Françoise Dessery (Solidarilait), Kristina Löfgren (chargée de mission, IHAB), Françoise Ganzhorn és Claire Laurent (Hôpital du Havre), Marie-Claude Marchand (Co-Naître), André Marchalot (Réseau Normand pour l'Allaitement), Roselyne Duché-Bancel (La Leche League), Peggy Colnacap (MAMAM)

**Görögország:** Antonia Trichopoulou (tanársegéd, Higiénia- és Járványtani Tanszék, az Athéni Egyetem Orvosi Fakultása), Chryssa Bakoula és Polixeni Nicholaidou (tanársegédek, 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, az Athéni Egyetem Orvosi Fakultása)

**Hollandia:** Adja Waelpunt, Ellen Out (Bábák Holland Királyi Szervezete), Sander Flikweert (Holland Orvostudományi Egyetem), Carla van der Wijden (Holland Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság), Y.E.C. van Sluys (Táplálkozástudományi Központ), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland és Alma van der Greft (Táplálkozás és Egészségvédelem, Egészségügyi, Jóléti és Sportminisztérium), J.A.M. Hilgerson (Munkafeltételek és Társadalombiztosítás, Szociális Minisztérium), Caterina Band (Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Holland Egyesülete)

**Írország:** Anne Fallon (bábaképző, University College Hospital, Galway), Nicola Clarke (szoptatásra specializálódott kórházi bába, National Maternity Hospital, Dublin), Margaret O'Connor (ápolóno gyakornok, Tralee, Kerry), Maura Lavery (szoptatásra specializálódott kórházi bába, Rotunda Hospital, Dublin), Camilla Barrett (szoptatásra specializálódott kórházi bába, Portiuncula Hospital, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, Rathcoole, Dublin), Rosa Gardiner (közegészségügyi ápolástani vezető, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)

**Izland:** Anna Björg Aradóttir (ápolóno, Egészségügyi Igazgatóság)

**Lengyelország:** Krystyna Mikiel-Kostyra (Anya- és Gyermekvédelmi Intézet, Varsó), Hania Szajewska (Gyermek-gasztroenterológiai és –táplálkozástudományi Tanszék, Varsói Orvostudományi Egyetem)

**Lettország:** Irena Kondrate (Országos Szoptatásvédelmi Bizottság, Egészségügyi Minisztérium), Velga Brazneviča (Táplálkozástudományi Tervezési Osztály), Iveta Pudule (Egészségvédelmi Központ)

**Litvánia:** Roma Bartkeviciute (Állami Táplálkozástudományi Központ, Országos Szoptatásvédelmi Bizottság), Daiva Sniukaite (NGO Pradziu pradzia, az Országos Szoptatásvédelmi Bizottság titkára).

**Luxemburg:** az Országos Szoptatásvédelmi Bizottság tagjai, köztük az Egészségügyi Minisztérium képviselői, gyermekorvosok, szülészek/nőgyógyászok, bábák, ápolónok, gyermekgyógyászati ápolónok, valamint civil szervezetek, anyatámogató csoportok és novérképző iskolák képviselői; Marine Welter (a Bábák Országos Egyesületének elnöke)

**Magyarország:** Zajkás Gábor (OKK-OÉTI), Sarlai Katalin (szoptatási szaktanácsadó IBCLC, A Szoptatásért Magyar Egyesület)

**Málta:** Yvette Azzopardi (Egészségvédelmi Osztály), Maria Ellul (tudományos fotisztviselő)

**Németország:** Michael Abou-Dakn (Országos Szoptatásvédelmi Bizottság, a *bababarátt*-rendszer szervezője), Marion Brüssel (Bábák Testülete, Berlin), Eleanor Emerson (La Leche Liga, Németország), Joachim Heinrich (Táplálkozási Járványtan és Közegészségügy, GSF Környezet- és Egészségvédelmi Kutatóintézet), Ingeborg Herget (Gyermekgyógyászati Novérek Német Egyesülete), Mathilde Kersting (Országos Szoptatásvédelmi Bizottság, Gyermektáplálkozási Kutatóintézet), Rüdiger von Kries (Gyermekegészségi Alapítvány), Walter Mihatsch (Német Gyermek- és Serdülőgyógyászati Társaság), Gudrun von der Ohe (Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Német Egyesülete), Utta Reich-Schottky (Szoptatásvédelmi Csoportok Egyesülete), Ute Renkowitz (Német Bábák Egyesülete), Marita Salewski (Német Liga a Gyermekekért), Elke Sporleder (Országos Szoptatásvédelmi Bizottság, Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Egyesülete), Jutta Struck (Szövetségi Minisztérium a Családok, Idősek, Nok és Gyermekek Védelmére), Marina Weidenbach (Aktionsgruppe Babynahrung), Anke Weißenborn (Szövetségi Kockázatfelmérő Intézet), Petra Wittig (Német Bábák Egyesülete), Uta Winkler (Szövetségi Szociális és Egészségügyi Minisztérium)

**Norvégia:** Arnhild Haga Rimestad (az Országos Táplálkozástudományi Bizottság igazgatója), Bodil Blaker (Egészségügyi Minisztérium), Elisabeth Helsing (Norvég Egészségügyi Tanács), Hilde Heimly és Britt Lande (Szociális és Egészségügyi Igazgatóság), Kirsten Berge (Közegészségügyi Ápolónok Országos Szervezete), Hedvig Nordeng (Pharmacoterápiai Intézet), Anne Marie Pedersen (Gyermekápolók Szakszervezete), Maalfrid Bjoernerheim (Norvég Bábák és Ápolónok Szervezete), Anna-Pia Häggkvist (intenzív gondozott újszülöttek ápolója), a Norvég Bababarátt Bizottság, melynek tagjai bábák, gyermekgyógyászok, nőgyógyászok, közegészségügyi ápolónok és önszervező baba-mama csoportok képviselői; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggstad és Elisabeth Tufte (Országos Szoptatásvédelmi Központ, Rikshospitalet Egyetemi Kórház, Oslo)

**Olaszország:** Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Egészségügyi Minisztérium), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (Országos Egészségvédelmi Intézet), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (Országos Táplálkozástudományi Intézet), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Egyesülete), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI), Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (az UNICEF Olasz Bizottsága), Paola



Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piemonte), Marisa Bechaz (Valle d'Aosta), Maria Enrica Bettinelli (Lombardia), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Veneto), Claudia Giuliani (Friuli Venezia Giulia), Chiara Cuoghi (Emilia Romagna), Iginio Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toscana), Paola Bellini, Maria Marri (Umbria), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzo), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Campania), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Puglia), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sicilia), Antonietta Grimaldi (Sardegna)

**Portugália:** az Országos Bababarátt Bizottság és az Étel- és Táplálkozástudományi Országos Tanács tagjai, Adelaide Orfão (Centro de Saúde, Parede)

**Románia:** Camelia Parvan (Közegészségügyi Intézet, Egészségügyi Minisztérium)

**Spanyolország:** Sagrario Mateu, José M<sup>a</sup> Martín Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturias), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Balears), José M<sup>a</sup> Arribas Andres, Carmeta Barrios (Castilla-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalunya), M<sup>a</sup> Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Temboursy (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galicia), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Pais Vasco), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragon), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valencia), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M<sup>a</sup> Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), M<sup>a</sup> Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andalucia), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Castilla-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (Canarias), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Cantabria), Lluís Cabero i Roura (Presidente, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M<sup>a</sup> Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas), Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), M<sup>a</sup> Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité Nacional, UNICEF)

**Svájc:** Eva Bruhin, Clara Bucher (Svájci Szoptatásvédelmi Alapítvány)

**Svédország:** Elisabeth Kylberg (Amningshjälpn és No- és Gyermekégeszségügyi Tanszék, Uppsalai Egyetem), Kerstin Hedberg Nyqvist (a gyermekápolás tudományának tanársegédje, No- és Gyermekégeszségügyi Tanszék, Uppsalai Egyetem), AMNIS (Svéd Szoptatásvédelmi Hálózat), Yngve Hofvander (a bababarátt-rendszer szervezoje), Annica Sohlström (vezeto dietetikus, Országos Élelmiszerfelügyelet)

**Szlovákia:** Katarina Chudikova (Egészségügyi Minisztérium), Viera Hal'amová (a bababarátt-rendszer koordinátora)

**Szlovénia:** Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Közegészségügyi Intézet), Borut Brataniè (az Újszülöttosztály osztályvezeto foorvosa, Egyetemi Klinika, Ljubljana)

*Valamint:*

European Public Health Alliance (=Európai Közegészségügyi Szövetség, több, mint 90 egészségvédelemmel foglalkozó civil szervezet hálózata), és  
EPHA Environment Network (környezetvédelmi hálózat)

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit -e.V.) és (ENCA, Születésvédelmi Egyesületek Európai Hálózata)

Rachel O'Leary és Constance A. Little (a La Leche League Európai Tanácsa)

Wendy Brodribb (a Szoptatási Szaktanácsadók Nemzetközi Vizsgáztató Testületének IBLCE elnöke, Ausztrália)

Gabriele Kewitz (Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Európai Egyesülete)

Madeleine Lehmann-Buri (Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Nemzetközi Egyesülete)

Margot Mann (külsős igazgató, Szoptatási szaktanácsadók IBCLC Nemzetközi Egyesülete)

Adenike Grange (a Nemzetközi Gyermekegyógyászati Egyesület elnöke)

Philip O'Brien (az UNICEF Európai Hivatalának regionális igazgatója)

## **Í. A megoldandó feladatok – áttekintés**

Európában mindenütt a közegészségügy egyik legfontosabb kérdése, hogyan lehetne minél inkább védeni, támogatni és elősegíteni a szoptatást. Az alacsony szoptatási aránynak és a korai elválasztásnak számos fontos egészségügyi és társadalmi vonatkozása van: hátrányosan hat a nőkre, a gyerekekre, a közösségre és a környezetre, többletköltséget ró az adott ország egészségügyi ellátó rendszerére, és egyenlotlen egészségügyi esélyeket teremt. A WHO tagállamai 2002 májusában az 55. Egészségügyi Világtanács (World Health Assembly, WHA) alkalmával egyhangúan elfogadták a *Csecsemo- és kisgyermektáplálási globális stratégiát*, megteremtve ezzel az alapot minden közegészségügyi kezdeményezésnek, amely védeni, támogatni és elősegíteni kívánja a szoptatást.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a szoptatás védelme, támogatása és elősegítése jól szervezett, összehangolt munkát igényel. A most kiadott *Indítvány* mintát kíván nyújtani ahhoz, mi mindent kell magában foglalnia és érvényre juttatnia egy országos vagy regionális tervzetnek. A dokumentum összeállításában részt vevő szoptatási szakemberek egyrészt az EU-t és az EU-val kapcsolatban lévő államokat képviselik, másrészt a megfelelő érdekcsoportokat is, mint pl. az anyákat. Az *Indítvány* olyan konkrét intézkedéseket és intézkedés-sorozatokat tartalmaz, amelyeknek hatékonysága már bizonyított. Remélhető, hogy ezen intézkedések meghozatalával Európa-szerte javulni fognak a szoptatási gyakorlatok és mutatók (szülés utáni szoptatás, kizárólagos szoptatás, hosszan tartó szoptatás), egyre több olyan anya lesz, akinek a szoptatás erőt, elégedettséget és magabiztosságot ad, és egyre több olyan egészségügyi dolgozó, aki ért ehhez a szakterülethez, és örömet talál a munkájában.

Az *Indítványon* alapuló országos és regionális tervzetek kidolgozásakor természetesen figyelembe kell venni az adott terület meglévő költségvetési, szervezeti, emberi és intézményi feltételeit. A cselekvéstervezeteket tiszta célokra, erős menedzsmentre és megfelelő anyagi háttérre kell építeni. A szoptatás védelmét, támogatását és elősegítését célzó konkrét cselekvések háttérében legyen ott egy hatékony oktatási, kommunikációs és információs terv és egy megfelelő alap- és továbbképzési rendszer. A hatékonyság további letéteményese az ellenőrző rendszer: a legfontosabbnak tartott intézkedések folyamatos figyelése, értékelése és kutatása. Az *Indítvány* hat fejezetcím alá gyűjti a javasolt célkitűzéseket, meghatározza a felelősségi köröket, és bemutat néhány lehetséges eredményt és ebből fakadó intézkedést.

### **1. Irányelvek és tervezés**

Az átfogó országos irányelvek kidolgozásánál alapvetően a *Csecsemo- és kisgyermektáplálási globális stratégiára* kell hagyatkozni, figyelembe véve az adott egészségügyi ellátó rendszer specifikumait. Az egyenlotlenségek csökkentése érdekében esetleg kiemelt figyelmet kaphatnak a hátrányos helyzetű gyermekek és társadalmi rétegek. Célszerű felkérni az egészségügyi szervezeteket, hogy az országos irányelvek alapján maguk is adjanak ki javaslatokat és gyakorlati útmutatókat. A hosszú- és rövidtávú terveket az érintett minisztériumok és egészségügyi hatóságok dolgozzák ki, és úgyszintén nekik kell kijelölniük a megfelelően képzett koordinátorokat és tárcaközi bizottságokat. A tervek megvalósítása csak elégséges emberi és anyagi erőforrások mellett képzelhető el.

### **2. Oktatás, kommunikáció, információ (OKI)**

A megfelelő szintű oktatási, kommunikációs és információs rendszer (OKI) megléte kulcsfontosságú a szoptatási kultúra visszaállításánál az összes olyan országban, ahol már hosszú évek, esetleg évtizedek óta a mesterséges táplálás a gyakorlat. A közösségekhez és egyénekhez eljutó üzenetek legyenek egybehangzóak az országos irányelvekkel, javaslatokkal és törvényekkel, valamint azzal a gyakorlattal is, ami az egészségügyi és szociális ellátó rendszert jellemzi. Minden várandós és frissen szült anyának és partnerének joga van teljes, pontos és érthető csecsemőtáplálási információt kapni, aminek része az útmutatás a kiegészítő táplálékok biztonságos, kellemes időben történő, megfelelő bevezetéséről is – csak így hozhatnak körültekintő döntéseket. A személyes tanácsadást megfelelően képzett egészségügyi dolgozók vagy szoptatási szakemberek végezzék. Fel kell tárnunk, mik a szükségleteik azoknak a nőknek, akik valószínűleg nem szoptatnak majd, és hogyan lehetne ezeket a szükségleteket kielégíteni. Az *anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének Nemzetközi kódexe* tisztán meghatározza, mely termékek tartoznak a tárgykörbe. Meg kell akadályozni, hogy ezen termékek gyártói és forgalmazói bármiféle csecsemőtáplálással kapcsolatos marketing-anyagot juttassanak a közönséghez.

### 3. Képzés

Az egészségügyi munka minden szintjén javítani kell az alap- és továbbképzés színvonalát. Ellenőrizni kell, mi szerepel a főiskolai, egyetemi és posztgraduális tantervekben és tankönyvekben a szoptatásról és a laktációs menedzsmentről, és bővíteni kell az eddigi anyagot. Esettanulmányokkal alátámasztott továbbképzéseket kell tartani az egészségügyi dolgozók összes érintett csoportjának, különös tekintettel a szülészet és az újszülött-ellátás területére. A képzést és az anyagok összeállítását nem befolyásolhatják a *Nemzetközi kódex* tárgykörbe tartozó termékek gyártói és forgalmazói. Az érintett egészségügyi dolgozókat ösztönözni kell arra, hogy vegyenek részt haladó szintű laktációs menedzsment-kurzusokon,<sup>a</sup> amelyek az egységesített gyakorlati kritériumrendszert igyekeznek érvényre juttatni.<sup>b</sup>

### 4. Védelem, támogatás és elosegítés

A szoptatás **védelme** egyrészt a *Nemzetközi kódex* teljeskörű alkalmazása által valósul meg. A kódexben szerepel, hogyan kell érvényre juttatni a benne foglaltakat, hogyan kell büntetni a szabálysértést, valamint az is, hogyan kell egy, a kereskedelmi érdekektől független ellenőrző rendszert felállítani. A szoptatás védelme másrészt az anyaságvédelmi törvényeken múlik, amelyek kimondják, hogy minden anyának joga van kizárólagosan szoptatni a gyermekét annak hat hónapos koráig, majd tetszőlegesen folytatni a szoptatást azután.

A hatékony **támogatás** elhivatottságot követel: minden szülészeti és újszülött-ellátó intézményben/szolgáltatásban a lehető legmagasabb mércét kell állítani. Személyi szinten ez azt jelenti, hogy minden nő számára legyen elérhető a szoptatást támogató szolgáltatás, beleértve a megfelelően képzett egészségügyi dolgozó vagy a szoptatási szaktanácsadó

---

<sup>a</sup> *A fordító megjegyzése:* A „laktációs menedzsment” kifejezés a magyarban egyelőre nagyon idegen – sok esetben ki is váltható a „szoptatási tanácsadással”. Egyes helyeken azonban kénytelen voltam mégis megőrizni az angolos kifejezést, hiszen itt nem csupán szoptatásról van szó, hanem többről: a „laktációs menedzsment” magában foglalja a mellproblémáknak, az anyatejjel összetételével kapcsolatos dolgoknak, a csecsemők szopási problémáinak, stb. a megoldását is.

<sup>b</sup> *A fordító megjegyzése:* a „standard best practice criteria” ismert fogalom ezen a szakterületen – ma nálunk még kevésbé használatos. Lényege, hogy a napi gyakorlat és a tudományos felmérések által igazolt normát léptetnek életbe – ezt kell elsajátítani, és ezt kell alkalmazni munka közben. Ez számos esetben azt is jelenti, hogy a gyakorló egészségügyi dolgozóknak továbbképzéseken kell részt venniük folyamatos információfrissítés céljából. Később is, amikor az *Indítvány* „szaktudást” említi, ezen mindig a naprakész ismeretanyagot és annak gyakorlati alkalmazását kell érteni. Ez a szoptatásvédelem területén különösen fontos.

nyújtotta segítséget. Az igen kívánatos családi és társadalmi támogatás elsősorban olyan helyi mozgalmakon és kisközösségi programokon keresztül valósul meg, amelyek önkéntes és hivatalos szolgáltatás együttműködésével jönnek létre. Védelmesni kell az anyának azt a jogát, hogy ott és akkor szoptasson, ahol és amikor szükségét érzi.

A szoptatás **elosegítése** azon múlik, sikerül-e megvalósítani az országos irányelveket és javaslatokat az egészségügyi és szociális ellátó rendszer különböző szintjein. A cél az, hogy a szoptatás legyen az általánosan elfogadott norma.

## **5. Ellenorzés**

Az ellenorzo és értékelo tevékenység igen fontos része a tervezet gyakorlati megvalósításának. Mivel szükség van arra, hogy az adatok összevethetőek legyenek, a szülés utáni, a kizárólagos és a hosszan tartó szoptatás arányairól egységes skálákkal, fogalmakkal és módszerekkel kellene felméréseket készíteni. Az Európán belüli egységesítés azonban még nem fejeződött be: minél előbb el kell érni, hogy egyetértés szülessen, majd gyakorlati lépések. A tervezeteknek azonban legyen lényegi része az egységesített rendszerben történő ellenorzés és értékelés – figyelni kell az egészségügyi és szociális szolgáltatások gyakorlatát, az irányelvek, törvények és kódexek megvalósítását, az információs, oktatási és kommunikációs tevékenységek hatáskörét és hatékonyságát, valamint a képzés hatáskörét és hatékonyságát.

## **6. Kutatás**

A kutatásnak tisztázni kell, milyen hatással járnak a *Nemzetközi kódex* hatálya alá tartozó marketing-gyakorlatok, az átfogó anyaságvédelmi törvények, a különböző információs, oktatási és kommunikációs megközelítések és beavatkozások, és általában véve a közegészségügyi kezdeményezések. A különböző beavatkozások költség/haszon, költség/hatékonyság és megvalósíthatóság aránya is további kutatást igényel. A kutatási módszerek minőségét jelentősen javítani kell: célratörőbb kutatási terveket kell felvázolni, az etetésre vonatkozó fogalmakat következetesen, egységesített norma szerint kell használni, és szükség esetén megfelelő kvalitatív módszereket kell alkalmazni. A kutatásetika követelje meg, hogy a kutatást végző legyen mentes minden verseny- vagy kereskedelmi érdektől. Rendkívül fontos, hogy a kutató azonnal jelezze, ha esetleges érdekellentét áll fenn, és ezt az ellentétet még azelőtt feloldja, hogy az kutatási eredményeit befolyásolná.

## IV. Bevezeto

A szoptatás védelme, támogatása és elosegítése igen fontos a közegészségügy számára, hiszen:

- A szoptatás a csecsemo- és kisgyermektáplálás természetes módja. Ha az anya kizárólagosan szoptatja gyermekét az élet első hat hónapjában, ezzel biztosítja a gyermek optimális növekedését, fejlődését és egészségét. Az ezt követő szoptatás – a megfelelő kiegészítő élelmiszerek mellett – továbbra is igen értékes a csecsemo vagy kisgyermek élelmezése, fejlődése és egészsége szempontjából.
- A szoptatás azonban nem kap elég támogatást és segítséget. Sok egészségügyi és szociális intézmény olyan szolgáltatást nyújt, amely inkább akadály a szoptatás megkezdésének és folytatásának. Ennek eredményeképpen Európa számos gyermeke nem tudja ilyen ideálisan kezdeni életét.
- Az alacsony szoptatási aránynak és a korai elválasztásnak számos fontos egészségügyi és társadalmi vonatkozása van: hátrányosan hat a nőkre, a gyerekekre, a közösségre és a környezetre, többletköltséget ró az adott ország egészségügyi ellátó rendszerére, és egyenlotlen egészségügyi esélyeket teremt.<sup>1</sup>

*Képzeliük el, hogy felfedeznek egy új vakcinát, amely évente egymillió vagy még több gyermek életét mentheti meg, ráadásul olcsó, biztonságos, szájon át adható, és nem igényel sem orvost, sem gyógyszerterápiát. Rögtön a közegészségügy első számú feladatává válna ezt a vakcinát mindenkihez eljuttatni.*

*Pedig ilyen vakcina létezik: az anyatej. Ám most maga a szoptatás igényel orvoslást. Vagyis szakszerű segítség kell ahhoz, hogy az anyák önbizalmat nyerjenek, tudják, mi a teendő, és védve legyenek a káros gyakorlatoktól. Ha ez károsodott az idők folyamán vagy kiveszett a kultúrából, akkor az egészségügyi szolgáltatásnak kell a rendszert orvosolnia.<sup>2</sup>*

A szoptatás védelme, támogatása és elosegítése egyértelműen az emberi jogok területére tartozik. A Gyermekjogi Egyezmény (Convention on the Rights of the Child, CRC),<sup>3</sup> amelyet az ENSZ közgyűlése 1989-ben fogadott el, és eddig az USA és Szomália kivételével az összes ország ratifikálta, a 24. cikkelyben kimondja: „A résztvevő államok elismerik a gyermek jogát ahhoz, hogy az elérhető legmagasabb egészségi szintet élvezze. ... A résztvevő államok arra töreksznek, hogy ez a jog teljes egészében érvénybe lépjen, és megteszik a szükséges intézkedéseket különösen annak érdekében, ... hogy a társadalom minden rétege, különösen a szülők és a gyermekek részére biztosítva legyen a tájékoztatás, az ismeretszerzés lehetősége és a segítség az ismeretek felhasználásában az egészségügy alapvető területein. Ezek a területek a következők: gyermekegészségügy és -táplálkozás, a szoptatás előnyei, a testi és a környezeti higiénia, valamint a balesetmegelőzés.”

A WHO tagállamai 2002 májusában az 55. Egészségügyi Világtanács (World Health Assembly, WHA) alkalmával egyhangúan elfogadták a *Csecsemo- és kisgyermektáplálási globális stratégiát*,<sup>4</sup> megteremtve ezzel az alapot minden közegészségügyi kezdeményezésnek, amely védeni, támogatni és elosegíteni kívánja a szoptatást. A *Globális stratégia* alapja *Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének Nemzetközi kódexe*<sup>5</sup> és az azt követő WHA-határozatok,<sup>c</sup> valamint az *Innocenti kiáltvány a szoptatás védelme, támogatása és elosegítése érdekében*<sup>6</sup> és a WHO/UNICEF bababarát kórházak-kezdeményezése.<sup>7</sup> Összhangban áll a FAO/WHO által kibocsátott nyilatkozattal is: *Világméretű nyilatkozat és cselekvéstervezet az egészséges táplálkozás érdekében*.<sup>8</sup> A *Globális stratégia* hangsúlyozza a

---

<sup>c</sup> Az Anyatejet Helyettesítő Termékek Marketingjének Nemzetközi kódexét és az azt követő WHA határozatokat ez a dokumentum együttesen *Nemzetközi kódex* néven említi.

hátrányos helyzetű gyerekek különleges szükségleteit,<sup>d9</sup> és megadja az irányelveket a nem elsietett és megfelelő kiegészítő tápláláshoz is. A WHO Európai Hivatala által kiadott *Dietetikai Irányelvek – I. Cselekvéstervezet 2000-2005-re*<sup>10</sup> szintén kiemelt helyen foglalkozik a szoptatás kérdésével.

A szoptatás védelme, támogatása és elősegítése állandóan visszatérő témája a különböző fontos európai uniós dokumentumoknak. Az EUODIET projekt javaslata szerint ellenőrizni kellene a már folyamatban lévő tevékenységeket, és sürgős lenne egy szoptatással kapcsolatos EU cselekvéstervezet kidolgozása és bevezetése is.<sup>11</sup> Az EUODIET javaslatát az ún. „francia kezdeményezés” követte, amely szintén a szoptatás védelmére és elősegítésére szorgalmaz konkrét lépéseket.<sup>12</sup> A „francia kezdeményezés” végül a 2000 decemberi táplálkozás- és egészségügyi EU-tanácsi határozathoz vezetett, amelyben a szoptatás ügye hivatalosan is elsőbbségi státuszt kapott.<sup>13</sup>

Ez az Indítvány – társult dokumentumaival együtt –<sup>14 15</sup> mindezen projektek, javaslatok, határozatok és cselekvéstervezetek logikus meghosszabbítása: irányelveket is tartalmaz, és gyakorlati eszközöket is kíván nyújtani a fenti kezdeményezések minél gyümölcsözőbb megvalósításához.

### **Miért van szükség erre az Indítványra?**

A létező adatok értelmezési nehézségei ellenére is nyilvánvaló, hogy az EU országaiban a szoptatási arány és gyakorlat messze a bizonyítottan legjobb javaslatok alatt marad.<sup>16</sup> A *Csecsemő- és kisgyermektáplálási globális stratégia* kimondja: „A globális közegészségügyi javaslat a következő: a csecsemőket életük első hat hónapjában célszerű kizárólagosan szoptatni, hogy biztosítsuk optimális növekedésüket, fejlődésüket és egészségi állapotukat. Az ezt követő időszakban – a csecsemő kiszélesedő tápanyagszükségletét kielégítendő – kerüljön bevezetésre a megfelelő és biztonságos kiegészítő táplálás, míg a szoptatás ideális esetben két éves korig, sőt azon túl is folytatódhat.” A tapasztalatok azt mutatják, hogy a szoptatás védelme, támogatása és elősegítése csak jól szervezett összefogással valósulhat meg. Az EU országai az egészségügy egyéb területein és más szociális szektorokban már szervezeten működnek együtt. A szoptatással kapcsolatos teendőket azonban még nem sikerült összehangolni Európában. Még nincs mindenütt országos irányelv vagy tervezet, de ha van is, akkor sem biztos, hogy annak alapján folyik a gyakorlat, sőt esetleg maga az irányelv sem az általánosan elfogadott, bizonyítottan legjobb javaslatokra épül.

### **Mi ez az Indítvány?**

Az *Indítvány* modellezi mindazokat az intézkedéseket, amelyeket egy országos vagy regionális tervezetnek tartalmaznia és szorgalmaznia kellene a szoptatás hatékony védelme, támogatása és elősegítése érdekében. A cselekvéstervezet minden egyes szakaszát erösen alá kell támasztanunk, nézzük akár az irányelvek, a tervezés, a menedzsment és a finanszírozás területét, az oktatás, a kommunikáció és az információ területét, az alap- és továbbképzést vagy az ellenőrzést és értékelést. Az *Indítvány* konkrét beavatkozásokat, sőt beavatkozás-csomagokat tartalmaz, ráadásul legtöbbjük hatékonyságáról mostanra már tapasztalataink is vannak. Mellettük javaslunk olyan beavatkozásokat is, amelyek egyelőre ugyan nem

---

<sup>d</sup> Ajánlott, hogy az EU-tagállamai és/vagy az EU-n belüli egyesületek a *Csecsemőtáplálás szükségállapotban: működési útmutató* c. kiadványt tekintsék szabványnak, amikor humanitárius segítséget nyújtanak más országokban vagy élelmezési segítséget az EU-n belüli bevándorlóknak és menekülteknek.

bizonyítottak, de a közegészségügyi szakemberek szerint elengedhetetlenek a cselekvéstervezet hatékony megvalósításához.

Az *Indítványt* olyan modellnek szánjuk, amelyet a konkrét körülményekhez lehet igazítani. Európa egyes országaiban/régióiban már létezik több olyan jól összehangolt rendszer és gyakorlat, amely egyáltalán nem, vagy csak alig igényel további változtatást. Más országokban azonban rosszul szervezett a gyakorlat, és előfordulhat, hogy nem kidolgozott irányelvre, sőt még csak nem is konkrét tapasztalatokra épül. Értelemszerű, hogy az *Indítvány* javaslatait legfoképpen ezekben az országokban/régiókban kellene megvalósítani. Az *Indítványt* megelőző kutatás azt mutatja, hogy a legtöbb európai ország/régió valahol a fenti két végpont között helyezkedik el. A legcélszerűbb tehát, ha a felelős szervezetek maguk döntenek el, az *Indítvány* mely javaslatait igyekezzenek életbe léptetni, hogy pótolják az adott ország/régió elvi vagy gyakorlati hiányosságait.

Az *Indítvány* nem javasol egész Európára kiterjedő intézkedéseket. Ehhez előzetesen egységesíteni kellene a legkülönbözőbb felépítményeket és finanszírozási rendszereket, ami elképzelhetetlen. Az *Indítványra* épülő működési stratégiák vagy cselekvéstervezetek tehát csakis országos vagy regionális szinten válhatnak hatékonyvá a már meglévő költségvetési és szervezeti rendszerek, emberi és intézményi erőforrások figyelembevételével.

### **Hogyan készült az *Indítvány*?**

Az *Indítványt* szoptatási szakemberek állították össze az EU és az EU-val kapcsolatban lévő államok képviseletében. A egyes országok felkért recenzensei között jelen voltak az egészségügy és a hozzá kapcsolódó területek legnevesebb szakmabelijeit és a különböző érdekcsoportok, köztük az anyák képviselői is. Az *Indítvány* kidolgozása előtt a szerzők elemezték a helyzetet (a jelenlegi szoptatási arányokat és gyakorlatokat) az összes résztvevő országban. Ezek után alaposan megvizsgálták, milyen intézkedések történnek a szoptatás érdekében, és áttekintették az ezeket alátámasztó konkrét kutatási eredményeket is – ily módon könnyű volt megállapítani, hol marad el a gyakorlat az ideális állapottól. Az *Indítvány* vázlatát ezután további átgondolás és bírálat céljából eljuttatták az érdekcsoportok olyan szélesebb köréhez, akiknek országaikban szavuk és tapasztalatuk van ezen a téren.

### **Kiknek szól az *Indítvány*?**

Az *Indítvány* célja, hogy tájékoztassa a legfontosabb közegészségügyi vezetőket, valamint a nők helyzetében, a gyermekjólétben és az oktatásban érintett kormányzati szerveket a szoptatással kapcsolatos teendőkről. Az összes EU-tagállam és a projektben résztvevő ország felelős hivatalához eljut ez az *Indítvány*. A szerzők azt is szeretnék elérni, hogy együttműködés jöjjön létre a hivatalos és a nem-hivatalos szféra (pl. civil szervezetek) valamennyi tagja között, aki csak fontos lehet a szoptatás védelmére, támogatására és elősegítésére szempontjából. Létrehozták az *Indítvány* rövidített változatát is, amely a nagyközönség és a média tájékoztatására szolgál.

### **Hogyan lehet használni az *Indítványt*?**

Az országos és regionális közegészségügyi, szociális és oktatásügyi hatóságoknak módjuk van rá, hogy a szoptatással kapcsolatos országos és regionális irányelvek és kezdeményezések, sőt működéstervezetek kidolgozásakor vagy átdolgozásakor felhasználják az *Indítvány* vonatkozó részeit. Az *Indítványon* alapuló országos vagy regionális cselekvéstervezetek megvalósítása és értékelése az érintett résztvevő hatóságok felelőssége – egészen a körzeti



vagy intézményi szintekig. Ennek a folyamatnak lényegi része, hogy az érintett testületek elkötelezetté váljanak, és a közös ügy érdekében dolgozzanak együtt a javasolt lépések megvalósításán. Ezek a testületek a kórházi és körzeti egészségügyi hatóságok, az országos és regionális kormányzati szervek, az érintett szakmai szervezetek, a civil szervezetek, az iskolák, az egyetemek, a munkaadói és munkavállalói testületek és még sok egyéb szervezet. A várható eredmények és a belőlük fakadó intézkedések szintén benne foglaltnak az *Indítványban*. A haladás- és folyamatszakszaki pontokat célszerű ezekre alapozni az országos és regionális működéstervezetek kidolgozásakor.

### **Milyen eredmények várhatók az *Indítványtól*?**

Remélhető, hogy a javasolt intézkedések meghozatalával Európa-szerte javulni fognak a szoptatási gyakorlatok és mutatók (szülés utáni szoptatás, kizárólagos szoptatás, hosszan tartó szoptatás), egyre több olyan anya lesz, akinek a szoptatás erőt, elégedettséget és magabiztosságot ad, és egyre több olyan egészségügyi dolgozó, aki ért ehhez a szakterülethez, és örömet talál a munkájában. Ezek az eredmények azonban csak akkor érhetőek el, ha országos és regionális szoptatási cselekvéstervezetek egész sora lép életbe, méghozzá olyanok, amelyeket megfelelő kutatás támaszt alá, és rendszeres ellenőrzés és utólagos korrekció kíséri.

Az *Indítvány* kimondja azt is, hogy ha egy édesanya megkapta a teljes, pontos és optimális tájékoztatást a csecsemőtáplálásról, és ennek ellenére a mesterséges táplálás mellett dönt, akkor ezt a döntést tiszteletben kell tartani, meg kell adni neki minden szükséges segítséget, és szakértői tájékoztatást kell nyújtani arról, milyen kiegészítő tápszereket, mikor és hogyan adjon gyermekének. Tartsuk szem előtt, hogy az anya-gyerek kötődés és a gyereknevelés sokkal többet jelent, mint maga a táplálás – ezért az anyáknak adott segítség is tekintsen túl a csecsemőtáplálás mikéntjén, és inkább az optimális anya-gyerek kapcsolatot tuzze célul.

### **A jelenlegi helyzet áttekintése<sup>e</sup>**

A jelen projekt keretében összesen 29 országban készítettünk felmérést. Az eredmények rendkívül sokfélék, mégis levonható néhány egységes következtetés:

- A legtöbb országban gyűjtik a szoptatással kapcsolatos adatokat. A szoptatási arányokról gyűjtött mutatók azonban néha következtlenek, idonként pontatlanok, és gyakran hiányosak. Az egyes országokban más és más fogalmakat és módszereket használnak. Nem találtuk nyomát olyan egységesített adatgyűjtő rendszernek, amely egész Európára érvényes lenne.
- A rendelkezésre álló adatok értelmezési nehézségei ellenére is nyilvánvaló, hogy a szoptatási mutatók és gyakorlatok általában elmaradnak a WHO és az UNICEF javaslataitól. Sőt: még az országos irányelvekben foglaltak és a szakmai szervezetek javaslatai sem kerülnek megvalósításra. Vannak országok, ahol már a szülés utáni szoptatás mutatója is igen alacsony. Más országokban, ahol ez még magasnak mondható, az első hat hónapon belül drasztikusan visszaesik a szoptatás. Egész Európában igen alacsony azok aránya, akik az első hat hónapban kizárólagosan szoptatják gyermeküket.
- Az európai országok egészségügyi ellátó rendszereinek megvannak a forrásai és a lehetőségei, hogy hatékonyan védjék, támogassák és segítsék a szoptatást sokféle társadalmi együttműködésre és egyéb szervezetek elkötelezettségére támaszkodva.

---

<sup>e</sup> További részletekért lásd a 14. hivatkozást.

Mégis, a projektben résztvevő országok között mindössze 18 akadt, ahol kidolgoztak országos vagy regionális irányelvet, és öt ország kivételével még ezek az irányelvek sem a *Csecsemo- és kisgyermektáplálási globális stratégia* által jelenleg legjobbnak tartott gyakorlati normákat célozzák. Hiányzanak az egységes EU-javaslatok.

- Sok ország nem érte még el az 1995-ös *Innocenti Kiáltványban* foglalt célkitűzéseket.<sup>f</sup> Néhány ország ugyan előbbre jutott a megvalósításban, mint mások: van, ahol létezik már országos koordinátor és bizottság (bár gyakran a megfelelő anyagi és egyéb háttér nélkül, ami kétségessé teszi a lényegi változások kivitelezhetőségét), és beindult a bababarát kórházi rendszer, máshol törvénybe iktatták az anyasági jogokat és az anyatejpotló készítmények marketingjének tilalmát. Számos ország azonban még alaposan lemaradt ezen a téren. Úgy tunik, általában hiányzik a belátás, hogy a szoptatásvédelmi kezdeményezéseknek is elégséges anyagi háttérrel kell biztosítani.
- Számos országban beindult a bababarát kórházak rendszere (és egyéb olyan kezdeményezések, amelyek bizonyíthatóan hatékony változásokat jelentenek a kórházi gyakorlatban). Sajnos azonban csak néhány országban sikerült elérni, hogy a szülészetek szinte hiánytalanul ide tartozzanak. Akad olyan ország is, ahol a szülészetek közül még egy sem érte el a bababarát kórházi minosítéshez szükséges szintet. A legelől járó országok viszont már ott tartanak, hogy a bababarát rendszert a szülészeteken túl a rendelőintézetekben és a csecsemogondozás területén is megvalósítják.
- Az egészségügyi szakemberek alapképzési tanterve nem tunik elégségesnek ahhoz, hogy biztosítsa a szoptatás támogatásához szükséges szakértelmet. Az alaképzésben résztvevő, szoptatással kapcsolatos ismereteket oktató tanárok maguk is további képzésre szorulnak ezek a téren.
- Igen kevés a minosított kurzus. Az alap- és továbbképzésbe épített szoptatási kurzusokat – ha egyáltalán léteznek – felül kell vizsgálni, és ha nem elég hatékonyak, akkor újragondolni és újraírni őket. A helyileg kifejlesztett/alkalmazott kurzusok hatékonyságának értékelése csak egyetlen országban történt meg.
- Sok országban egyre több a nemzetközi vizsgát tett szoptatási szaktanácsadó (IBCLC), ami remélhetőleg azt jelenti, hogy egyre növekszik az igény a szakértelmükre.
- Az anyatej helyettesítő készítmények marketingjére vonatkozó országos törvények gyakorta alulmaradnak a *Nemzetközi kódex* kívánalmain. A EU legtöbb tagállama, tagjelöltje és a kapcsolódó országok az 1991-es EU-direktívát fogadja el mintaként,<sup>17</sup> amely nem tartalmazza a *Nemzetközi kódex* összes kitételét, és nem egészült ki az azt követő, erre érvényes WHA-határozatokkal sem. A *Nemzetközi kódexben* foglalt szabályok nem jutnak el kellőképpen sem az egészségügyi dolgozókhoz, sem a nagyközönséghez, és nincs hatékony ellenőrző rendszere a szabályok betartásának sem – kivéve a civil szervezeteket, amelyeknek viszont nincs módjukban büntetni a szabálysértést.
- A legtöbb országban az anyaságvédelmi törvények szoptatásra vonatkozó szakaszai már túlmutatnak az *ILO 183 Egyezményben* foglalt minimumon,<sup>18</sup> bár egyelőre csak négy ország ratifikálta az egyezményt. Az országos törvények általában a szoptatási szünetek biztosításának tekintetében maradnak alul az ILO kívánalmain. Még azokban az országokban is, ahol az anyaságvédelmi törvények megfelelnek az ILO szabványának, a dolgozó anyák sok csoportja (pl. a gyermekgondozási időszak

---

<sup>f</sup> Az 1995-ös Innocenti Kiáltvány négy legfőbb célkitűzése a következő volt: 1) ki kell jelölni egy országos szoptatásvédelmi koordinátort, és fel kell állítani egy országos tárcaközi szoptatásvédelmi bizottságot 2) el kell érni, hogy minden szülészeti szolgáltatást nyújtó intézmény *A sikeres szoptatás 10 lépése* szerint végezze munkáját 3) teljességgel meg kell valósítani a *Nemzetközi kódex* elveit és szándékait és 4) törvényeket kell hozni a dolgozó anyák szoptatási jogainak védelmére, és alkalmas eszközökkel be is kell tartatni őket.

kezdete előtt csak 6-12 hónapnál rövidebb ideig alkalmazásban lévő anyák, a szerződéses munkavállalók, a szabálytalan részmunkaidős dolgozók, valamint a betanulók és a munkát vállaló diákok) kívül esik ezen törvények hatályán.

- A résztvevő országok többségében működnek önkéntes szoptatási tanácsadók, „anyák-egymás-közt” csoportok és egyéb tanácsadó szervezetek.<sup>8</sup> Szolgáltatásaik földrajzi hatóköre azonban általában az alacsony és a közepes között mozog, csak ritkán magas. Ezek a csoportok általában nem vagy csak alig összehangoltak, de akadnak országok, ahol magas szintű köztük az együttműködés. Az egészségügyi rendszerrel azonban rendszerint nincs meg a kelő kapcsolat ahhoz, hogy hatékony integrációt és együttműködést lehessen elérni az érintett hivatalos szervekkel.

## A szoptatás meghatározói

Ahhoz, hogy a cselekvéstervezet hatékony és kivihető legyen, legelőször is a szoptatás meghatározó tényezőit kell figyelembe vennünk. Ezeket a tényezőket az alábbi táblázat szerint lehet csoportosítani. Ezek a tényezők kapnak kulcsszerepet akkor is, amikor a szoptatással kapcsolatos viselkedésmódok, gyakorlatok és mutatók megfigyeléséhez készítünk munkarendet. Különböző hatóköreik azt jelzik, hogy az egészségügyi rendszer és a társadalom más-más szintjein kell figyelemmel kísérni hatásaikat, és meghozni a megfelelő intézkedéseket.

<b>Anya, gyermek, család</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Az anya életkora, előző szüléseinek száma, fizikai és lelki egészsége</li> <li>- Az anya saját, előző gyermekével szerzett szoptatási tapasztalata</li> <li>- Az anya iskolázottsága, munkája (nem munkanélküli), társadalmi osztálya, etnikuma, lakóhelye</li> <li>- Mennyit tud az anya a szoptatásról, hogyan áll a</li> </ul>
------------------------------	--

<sup>8</sup> A fordító megjegyzése:

Ilyen tanácsadói rendszer Magyarországon egyelőre csak szűk körben létezik. A tanácsadást nálunk többnyire a képzett védőnők végzik, akik az egészségügyi rendszer keretében tartoznak. Az *Indítvány* szerzői azonban itt alapvetően civil szervezodésekre gondolnak. Ezért is lehet a „peer counsellor” magyar megfelelője az „önkéntes szoptatási tanácsadó” elnevezés.

A „peer counsellor” általában valamilyen szinten képzett, egyes országokban tanácsadói bizonyítvánnyal rendelkező (nem feltétlenül anya), aki személyes beszélgetés formájában segít az anyáknak. Tanácsadását szabadon igénybe lehet venni, sok helyen a hivatalos egészségügyi intézményekben ajánlják. Munkája önkéntes – ahogy ez a magyar La Leche Ligában is látható.

Az „anyák-egymás-közt” (AEK) csoport angol eredetűje „mother-to-mother (M2M) support group”. Ezekben a csoportokban szintén tanácsadás folyik: sikeresen szoptató/szoptatott anyák osztják meg tapasztalataikat anyatársaikkal, egyénileg vagy csoportosan. A rendszer önkéntes, a csoportok önszerveződők és önképzők, és gyakran szerveződnek valamilyen nagyobb, laza formációba. Olyan csoportok is ide sorolhatók azonban, mint pl. a La Leche Liga vagy a National Childbirth Trust, amelyek egy nagyobb szervezet részeként a magas szintű képzést, továbbképzést, akkreditációt és folyamatos információcserét is meg tudják valósítani. Ezeknek a csoportoknak jól körülhatárolt felelőségeik és működési irányelveik vannak, tevékenységüket folyamatosan dokumentálják és rendszeresen jelentetnek meg beszámolókat.

A La Leche Liga már Magyarországon is létezik, tevékenységét és kiadványait egyre szélesebb körben ismerik meg az édesanyák. A Liga mindenki számára elérhető, tagjai szívesen adnak tanácsot, és remélhetőleg egyre több anya él is majd ezzel a lehetőséggel.

AEK-csoportokhoz valamelyest hasonlítanak a magyarországi baba-mama klubok is – bár a hasonlóság igen csekély. A nálunk önszerveződéssel létrejött – és adott esetben civil szervezetek által is támogatott – baba-mama klubok inkább szabadidős jellegűek, kevésbé céltudatosak, és általában nem egészségügyi szempontúak. Az a csoport jellegéből adódik, hogy az anyák itt is megosztják egymással tapasztalataikat – ami természetesen így is segítséget jelenthet.

	<p>szoptatáshoz, van-e elég önbizalma hozzá</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Az anya családi állapota, a család mérete, kap-e az anya segítséget az apától/partnertől és a családtól</li> <li>- Az anya életmódja (dohányzik-e, fogyaszt-e alkoholt vagy kábítószer, hogyan táplálkozik, végez-e testedzést)</li> <li>- A gyermek születési súlya, gesztációs kora, a születés módja, az újszülött általános egészségi állapota</li> <li>- Van-e az anya környezetében olyasvalaki, akinek pozitív szoptatási tapasztalata volt, és így követendő példa lehet</li> </ul>
<b>Az egészségügyi rendszer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Létezik-e terhesgondozás, és ha igen, milyen színvonalú</li> <li>- Milyen segítséget kap az anya a szülés alatt és az azt követő néhány napban</li> <li>- Létezik-e szülés utáni anya- és csecsemőgondozás, és ha igen, milyen színvonalú</li> <li>- A szoptatási tanácsadás terén milyen típusú és színvonalú szakmai segítséget kap az anya</li> <li>- Létezik-e védőnői/önkéntes szoptatási tanácsadói segítség</li> </ul>
<b>A közegészségügyi irányelvek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A szoptatás ügye mekkora prioritást és anyagi segítséget kap</li> <li>- Léteznek-e hivatalos irányelvek, javaslatok és tervezetek</li> <li>- Léteznek-e figyelő és ellenőrző rendszerek</li> <li>- Milyen szintű az egészségügyi dolgozók alap- és továbbképzése</li> <li>- Kapnak-e anyagi támogatást az önkéntes tanácsadó szervezetek</li> <li>- Az oktatás, a kommunikáció és az információ területén valamint a médiában mekkora teret kap a szoptatás ügye</li> </ul>
<b>Szociális irányelvek és kultúra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A törvények támaszkodnak-e a <i>Nemzetközi kódexre</i>, és betartják-e a benne foglaltakat</li> <li>- A törvények kimondják-e az anyaság védelmét, és betartják-e a vele kapcsolatos kitételeket</li> <li>- Milyen megjelenítést kap a csecsemőtáplálás és a csecsemő-anya viszony a médiában</li> <li>- Vannak-e akadályai vagy hátráltatói a nyilvános helyen történő szoptatásnak</li> <li>- Léteznek-e civil kezdeményezéssel tanácsadói csoportok, és ha igen, mennyire hatékonyak</li> <li>- Mit tud az adott közösség a szoptatásról, és hogy áll hozzá</li> </ul>

## Az intézkedések felülvizsgálatának eredményei<sup>h</sup>

A szoptatás védelmét, támogatását és elősegítését célzó intézkedések – mint minden más egészségügyi és közegészségügyi intézkedés – ideális esetben bizonyítottan hatékony módszerekre alapulnak. A jelen projektben foglalt vizsgálódásunk során nemcsak ellenőrzött kutatási eredményeket használtunk fel, hanem a sikeres tapasztalatokról szóló beszámolókat is. Abban is megállapodtunk, hogy a szoptatásvédelemnek rengeteg olyan vonatkozása van – főleg az egészségügyi rendszertől függetlenül –, amit nem lehet a gyógyszereknél megszokott szigorú értékelési rendszer fogalmi szinten bizonyítottan hatékonynak vagy hatástalannak tekinteni. Az intézkedéseket a következő kategóriák szerint csoportosítottuk: irányelvek és tervezés; oktatás, kommunikáció, információ; képzés; a szoptatás védelme, támogatása és elősegítése. Az intézkedéseket az egyes kategóriákon belül a rendelkezésre álló adatbázis minősége alapján értékeltük.

A hatékony intézkedésekkel kapcsolatban a vizsgálat a következő következtetéseket vonta le:

- Különböző, bizonyítottan hatékony stratégiák és intézkedések együttese átfogó, integrált programokon belül: ennek hatása a legmélyrehatóbb.
- Az átfogó intézkedések főleg akkor hatékonyak, ha 1) a szülés utáni szoptatás hangsúlyozása mellett a kizárólagos és hosszan tartó szoptatást is propagálják 2) média-kampányokat folytatnak 3) egészségügyi tájékoztató programjaikat a helyi körülményekhez igazítják 4) az egészségügyi dolgozók képzését egységes rendszerbe fogják és 5) az országos/regionális és kórházrendszeri irányelvekben végrehajtják a szükséges változtatásokat.
- Az átfogó intézkedések hatékonysága nő, ha hozzájuk civil támogatóprogramok is társulnak, főleg a kizárólagos és a hosszan tartó szoptatás esetében.
- A terhesség alatti és szülés utáni egész időszakot átfogó intézkedések – beleértve a szülés környéki kulcsfontosságú napokat – hatékonyabbnak bizonyulnak, mint az egy-egy kiragadott időszakra vonatkozó intézkedések. A bababarát kórház-kezdemenyezés ilyen bizonyítottan hatékony, széleskörű intézkedés, ezért igen fontosnak tartjuk, hogy minél több helyen vezessék be.
- Az egészségügyi szektort érintő intézkedések legfoképpen akkor hatékonyak, ha egységes csomagot képeznek: ebbe beletartozik a dolgozók képzése, szoptatási szaktanácsadó IBCLC kinevezése, írásos tájékoztató anyag eljuttatása a dolgozókhoz és a páciensekhez és a rooming-in rendszer bevezetése.
- Nem elég, ha az anyák elegendő tájékoztatást kapnak arról, hogyan kell elkezdni és mennyi ideig célszerű folytatni a szoptatást: a felvilágosítás csak akkor hatékony, ha a szavakat az egészségügyi rendszer napi gyakorlata is alátámasztja.
- Nem elég hatékony, ha a leendő vagy új anyával egyáltalán nem vagy csak rövid időre találkozik a tanácsadó – gondolunk itt a kiosztott szórólap útján vagy telefonon keresztül történő tanácsadásra. Sokkal szerencsésebb, ha a szoptatással kapcsolatos tudnivalókat nyugodt személyes beszélgetés során ismertetik az anyával. Ha kizárólag írásos anyag áll az anyák rendelkezésére, az a legkevésbé hatékony megoldás.
- Egyes országokban a bababarát kórházak rendszerét a szülészeten túl igyekeznek megvalósítani a rendelőintézetekben és/vagy a csecsemoosztályokon is – ezeknek a programoknak az eredményességéről egyelőre nem készült felmérés. Annyi azonban máris tudható, hogy ezek a programok olyan kezdeményezésekből épülnek fel, amelyeknek hatékonysága külön-külön már bizonyítást nyert.

---

<sup>h</sup> További részletekért lásd a 15. hivatkozást.

- A törvények, kódexek, direktívák, irányelvek és javaslatok kidolgozása és érvényre juttatása a különböző (országos vagy regionális) szinteken és különböző színtereken (munkahely, kórház, közösség) mindenképpen fontos intézkedésnek minősül, bár jelenleg nehéz konkrétan felmérni hatékonyságukat – főként az átfogó intézkedések esetében túlságosan kevés felmérés készült eddig.
- A munkahelyi intézkedések leginkább akkor hatékonyak, ha az anyáknak lehetőségük van félállásba menni, vagy biztosak lehetnek benne, hogy munkahelyük nem vesz el a gyermekvállalás miatt. Emellett a munkahelyeken kívánatos szoptatási/fejési szüneteket engedélyezni. Ez azt jelenti, hogy – akár törvényi előírásoknak eleget téve, akár szoptatásbarát munkahelyi irányelv részeként – az anyák munkaidő alatt félrevonulhatnak egy külön erre a célra fenntartott helyre szoptatni vagy fejni anélkül, hogy az így kiesett időt levonnák a fizetésükből.

Minden bevezetendő intézkedés-sor előtt mérlegelni kell természetesen, hogy a ráfordítandó összeg és a megvalósíthatóság milyen arányban áll a hatékonysággal. A ráfordítandó összeg és a megvalósíthatóság mindig ország- és terüleetspecifikus, hiszen a helyi gazdasági, társadalmi és kulturális körülmények függvénye. A szoptatásvédelmi intézkedések sikerében azonban még náluk is meghatározóbb az elvi elhivatottság. Az is közismert, hogy abban az ideális helyzetben, ahol nem a költség a legfőbb meghatározó, a magasabb költségigényű közegészségügyi intézkedés bizonyul célszerűbbnek a nagyságrendi megtakarítások és a kedvezőbb haszon/költség arány alapján. Léteznek olyan stratégiák és intézkedések, amelyek akkor is javasolhatóak, ha eredményességüknek nincs egyértelmű bizonyítéka – ez főként a törvénykezés és az általános irányelvek szintjére érvényes, amelyek nem könnyen mérhetőek szigorúan tudományos mércével. A tapasztalat és a szakértők véleménye szerint azonban ezek a kezdeményezések hosszú távon megtérülnek: egyre több anya képes sikeresen szoptatni gyermekét.

Végezetül hozzá kell tennünk, hogy a szoptatás védelmét, támogatását és elősegítését célzó program nem csupán különálló intézkedések sorozata. Átfogó és egymással szorosan összefüggő intézkedéseket szorgalmazunk, hogy hatásuk összeadódjon, és így felerősödjön. Hatékonyságuk azonban még így is alapvetően a közösségen múlik, hiszen az anyák, a családok és az egészségügyi dolgozók viselkedésének, egy adott társadalom csecsemőtáplálási kultúrájának megváltoztatása csakis úgy lehetséges, ha az ezt célzó intézkedéseknek és programoknak kellően hosszú időt adunk, hogy hatásukat valóban kifejthessék.

## ***V. Az Indítvány***

### **1. Irányelvek és tervezés**

A szoptatás védelmét, támogatását és elősegítését célzó intézkedések akkor lesznek igazán hatékonyak, ha egy átfogó országos irányelvbe illeszkednek. Az irányelvnek ki kell terjednie a terhesség, szülés, valamint a csecsemő- és kisgyermektáplálás területeire (az utóbbi magában foglalja a nem elszett kiegészítő táplálással kapcsolatos állásfoglalást is). Ideális esetben mindezek összefogott, jól szervezett országos és regionális egészségügyi tervezetekbe épülnek be, amelyek megfelelő anyagi háttérrel és józan menedzsmenttel igyekeznek kivitelezni a teendőket. Az egész folyamat keretét egy olyan egészségügyi rendszer adja, amely a lakosság egészét lefedi.

A tervezet tuzzön ki konkrét célokat. Például:

- Minél több olyan csecsemo legyen, akit kizárólagosan és hosszú ideig szoptatnak
- Minden szülészeti osztállyal rendelkező kórház érje el a bababarát minősítést
- Mindenki számára legyen elérhető a szoptatásbarát terhesgondozás és szülés utáni gondozás

Az adott idő alatt elérendő célok egy része nyilván az egész lakosságra vonatkozik, de érdemes olyan célokat is megfogalmazni, amelyek egy-egy jól körülhatárolható csoportnál valósítandóak meg – leginkább azoknál, amelyek a legkevésbé hajlanak a szoptatásra vagy legkevésbé támogatják azt. Például:

- Növeljük kétszeresére a kizárólagos és hosszan tartó szoptatás mutatóját az iskolázatlan anyák körében
- Az oktató kórházak 50%-a érje el a bababarát kórház-minősítést 2010-ig
- Minden alacsony jövedelmu anya számára legyen elérhető a szoptatásbarát terhesgondozás és szülés utáni gondozás

Minden célnak van számos olyan részfeladata, amely nagyban befolyásolja az ügy sikerét. Annak a célnak, hogy „minél több olyan csecsemo legyen, akit kizárólagosan és hosszú ideig szoptatnak”, a következő részfeladatai vannak:

- Tájékoztatni kell a legfontosabb érdekcsoportokat mindazon irányelvekről és javaslatokról, amelyek a szoptatás védelme, támogatása és elősegítése érdekében születtek, és elkötelezetté kell tenni őket a megvalósításuk iránt
- Javítani kell az egészségügyi dolgozók alap- és továbbképzését, hogy megkapják mindazt a tudást és szakértelmet, amelyet a szoptatás hatékony védelme, támogatása és elősegítése megkövetel
- Szorgalmazni kell a civil tanácsadói kezdeményezéseket
- Egységes rendszert kell felállítani a különböző korú csecsemők szoptatási mutatóihoz szükséges gyors, pontos és átfogó adatgyűjtésre és az adatok nyilvánosságra hozatalára. A rendszeren belül általánosan elfogadott, egységesített fogalmakkal kell dolgozni.
- Tájékoztatni kell az anyákat és családjukat a szoptatás fontosságáról, és meg kell adni nekik minden ezzel kapcsolatos alapismeretet
- A dolgozó anyák számára biztosítani kell mindazt a törvényi védelmet és támogatást, amely a hat hónapig tartó kizárólagos szoptatáshoz szükséges
- Az *Nemzetközi kódex* minden kitételét meg kell valósítani

A célok és részfeladataik rendkívül fontosak, hiszen azt jelzik, hogy a cselekvéstervezet eredményességi mutatókat vár és vállal a határidők lejártakor. A célok és részfeladataik sikere pedig a megvalósításukra kidolgozott működéstervek hatékonyságán múlik. A „javítani kell az egészségügyi dolgozók alap- és továbbképzését” részfeladat például sok különböző módon, különböző intézkedésekkel és tevékenységekkel is megvalósítható a helyi körülmények és erőforrások függvényében. Ezen intézkedések és tevékenységek eredményességét a megfelelő haladás- és folyamatjelző rendszer kíséri figyelemmel, amely már eleve benne foglalja a működéstervezetben.

## 1.1 Irányelvek

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmény/teendok
1.1.1 Átfogó országos irányelvet kell kidolgozni a <i>Csecsemo- és kisgyermektáplálási globális</i>	Az érintett minisztériumok, az országos szoptatási	Az irányelvet felvázolják, véglegesítik, kiadják és terjesztik

<i>stratégia</i> alapján, és be kell építeni a szélesebb egészségügyi irányelvekbe	és/vagy gyermektáplálási egyesületek	
1.1.2 Konkrét irányelveket kell kidolgozni a szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek és csoportok számára, hogy csökkenjen az egyenlőtlenség	Az érintett minisztériumok, az országos szoptatási egyesületek	Az irányelvet felvázolják, véglegesítik, kiadják és terjesztik
1.1.3 A szakmai testületeket fel kell kérni, hogy az országos irányelv alapján bocsássonak ki javaslatokat és gyakorlati útmutatókat, és tagságukat szólítsák fel, hogy ezek alapján dolgozzon	Az érintett minisztériumok, a szakmai testületek	A javaslatokat felvázolják, véglegesítik, kiadják és terjesztik

## 1.2 Tervezés

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendők
1.2.1 Meg kell állapítani, hogy az átfogó országos irányelv alapján mik a célok, a feladatok és a prioritások	Az érintett minisztériumok, a szoptatási egyesületek	Megállapítást nyernek a célok, a feladatok és a prioritások
1.2.2 Hosszútávú (5-10 éves) stratégiai tervet kell kidolgozni, az országos egészségügyi terven belül, és ennek értékelése után újratervezni	Az érintett minisztériumok, a szoptatási egyesületek	A stratégiai tervet elkészítik, elfogadják és közzéteszik
1.2.3 Rövidtávú (1-2 éves) országos/regionális működési tervet kell kidolgozni, és az ellenőrzés eredményeitől függően újratervezni	Az érintett minisztériumok, a regionális egészségügyi hatóságok	A működési tervet elkészítik, elfogadják és közzéteszik
1.2.4 A szoptatásvédelmi kezdeményezéseket össze kell hangolni az egyéb közegészségügyi és egészségnevelési tervekkel és tevékenységekkel	Az érintett minisztériumok, a regionális egészségügyi hatóságok	Felállítják a tárcán belüli és tárcaközi koordináló bizottságokat, a szélesebb közegészségügyi tervekben és tevékenységekben megjelenik a szoptatásvédelem feladata

## 1.3 Menedzsment



Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
1.3.1 Megfeleloen képzett országos/regionális koordinátort kell kijelölni, akinek világos az irányelvekkel és tervekkel kapcsolatos hatásköre	Az érintett minisztériumok, a regionális egészségügyi hatóságok	Kijelölik az országos/regionális koordinátorokat
1.3.2 Országos/regionális tárcaközi szoptatási bizottságot kell felállítani, hogy tanácsadója/támogatója legyen az országos/regionális koordinátornak	Az érintett minisztériumok, a regionális egészségügyi hatóságok	Felállítják az országos/regionális bizottságokat
1.3.3 Biztosítani kell az országos/regionális koordinátor és bizottság folyamatos működését	Az érintett minisztériumok, a regionális egészségügyi hatóságok	A szoptatási koordinátorok és bizottságok rendszeresen találkoznak
1.3.4 Rendszeresen ellenorizni kell a haladást, és adott idoszakonként értékelni az országos/regionális terv eredményeit	A szoptatási koordinátorok és bizottságok	Rendszeresen készülnek haladási beszámolók és és idoszaki értékelo jelentések

## 1.4 Finanszírozás

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
1.4.1 Megfelelo emberi és anyagi eroforrásokat kell biztosítani a szoptatás védelme, támogatása és elosegítése céljára <sup>1</sup>	A kormány, az érintett minisztériumok és hatóságok	Elkészül egy realista, éves szintu költségvetés
1.4.2 El kell érni, hogy a tevékenységek tervezése, kivitelezése, ellenorzése és értékelése semmilyen szinten sem támaszkodjon a <i>Nemzetközi kódex</i> tárgykörébe tartozó termékek gyártóinak és forgalmazóinak anyagi segítségére	A kormány, az érintett minisztériumok és egészségügyi hatóságok, a helyi egészségügyi ellátók	Tisztán és átláthatóan dokumentálva van, hogy milyen anyagi támogatás honnan származik

## 2. Oktatás, kommunikáció, információ (OKI)

<sup>1</sup> A szoptatás ügyében érintett közérdeku civil szervezetek és önkéntes szoptatásvédelmi szervezetek is kaphatnak megfelelő anyagi támogatást, ha a kormányok úgy ítélik, hogy szerepük és tevékenységük kulcsfontosságú a szoptatás védelme, támogatása és elosegítése szempontjából.

A megfelelő OKI elengedhetetlen a szoptatási kultúra helyreállításához azokban az országokban, ahol már évek/évtizedek óta a mesterséges táplálás a norma. Az OKI üzenetei legyenek egybehangzóak az irányelvekkel, javaslatokkal és törvényekkel, valamint az egészségügyi és szociális ellátó hálózat napi gyakorlatával. Minden OKI-tevékenység alapvető célja – ahogy az ENSZ *Gyermekjogi Egyezménye* is megfogalmazza –, hogy a társadalom minden rétege számára biztosítsuk a jogot a szoptatással kapcsolatos tiszta, teljes és részrehajlásmentes információhoz. A szoptatás a csecsemők és a kisgyermekek normális táplálási módja, és az általános kép is ez legyen róla. Minden várandós vagy frissen szült anyának és partnerének joga van a teljes, pontos és optimális csecsemőtáplálási információhoz, aminek része az útmutatás a kiegészítő táplálékok biztonságos, kelő időben történő, megfelelő bevezetéséről is – csak így hozhatnak körültekintő döntéseket.<sup>19</sup>

Azok a jelentések, amelyek arról készülnek a nagyközönség – köztük a szülők – számára, milyen pontos jelzője a környezetszennyezésnek az anyatej, fogalmazzanak óvatosan, és legyenek tudományosan megalapozottak. Ejtsenek szót arról, milyen fontos lenne, hogy a nők minimálisra csökkentsék a bevitt káros anyagok számát (dohányzás, kábítószer, kozmetikumok, ételek), és javasoljanak megfelelő módszereket. Mindenképpen hangsúlyozni kell azt a tényt, hogy védeni kell ugyan a gyermeket a káros anyagok fogyasztásától, de erre nem a mesterséges táplálás bevezetése a megoldás.

## 2.1 OKI magánszemélyek számára

Javasolt feladatok	Felelős szervek	Eredmények/teendők
2.1.1 Az anyák kapjanak személyes tanácsadást megfelelően képzett egészségügyi dolgozótól vagy szoptatási szakembertől	Az érintett egészségügyi hatóságok, az egészségügyi dolgozók, a szoptatási szakemberek	Figyelemmel kell kísérni, hogyan bővül az anyák szoptatási tapasztalata és hozzáértése, és azt is, hogyan szerzik meg ezt a tudást
2.1.2 El kell érni, hogy az egészségügyi hatóságok által összeállított és kiadott minden OKI-anyag tiszta, pontos és következetes információt tartalmazzon, az országos és regionális irányelveket és javaslatokat támassza alá, és a személyes elbeszélgetések meghosszabbításaként szolgáljon <sup>j</sup>	Az érintett egészségügyi hatóságok, a szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok, az egészségügyi dolgozók, a szoptatási szakemberek	A rendelkezésre álló anyagok megfelelnek ezeknek a kritériumoknak; figyelemmel kell kísérni, milyen OKI-anyagok jelennek meg, és hogy folyik a személyes szoptatási tanácsadás
2.1.3 Tisztázni kell, milyen specifikus tájékoztatásra és segítségre van szükségük az első gyerekes anyáknak, a bevándorlóknak, a	Az érintett egészségügyi hatóságok, a szoptatásvédelmi	Magas színvonalú OKI-anyagok és szolgáltatások jelennek meg, amelyek

<sup>j</sup> Az édesanyáknak összeállított OKI-anyagok szóljanak a szoptatás fontosságáról, tanítsák meg a szoptatás alapjait – ezen belül foglalkozzanak a leggyakrabban felmerülő kérdésekkel –, és tartalmazzanak egy listát, szükség esetén hová fordulhat az édesanya szakértői segítségért.

<p>gyerekanyáknak, az egyedülálló anyáknak, az iskolázatlan anyáknak és a többi olyan anyának, amelyek a legkevésbé hajlanak a szoptatásra – ide tartoznak azok az anyák is, akik első gyermeküket nehezen tudták vagy sikertelenül próbálták szoptatni. Mindent meg kell tenni ezen igények kielégítésére.</p>	<p>koordinátorok és bizottságok, az egészségügyi dolgozók, a szoptatási szakemberek</p>	<p>figyelembe veszik a különböző társadalmi csoportok specifikus érdekeit</p>
<p>2.1.4 Tisztázni kell, milyen tájékoztatásra van szüksége az anya családjának és rokonainak, pl. az anya partnerének/a gyermek apjának, a gyermek nagyszüleinek, testvéreinek, stb. Mindent meg kell tenni ezen igények kielégítésére.</p>	<p>Az érintett egészségügyi hatóságok, a szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok, az egészségügyi dolgozók, a szoptatási szakemberek</p>	<p>Figyelemmel kell kísérni, milyen anyagok és milyen segítség áll a „közelállók” rendelkezésére</p>
<p>2.1.5 El kell érni, hogy a nagyközönséghez ne jusson el se reklám, se bármiféle olyan propaganda, ami a <i>Nemzetközi kódex</i> tárgykörébe tartozó valamely terméket érinti</p>	<p>Az érintett egészségügyi hatóságok, a szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok</p>	<p>A nagyközönséghez nem jut el semmiféle kereskedelmi marketing-anyag</p>

## 2.2 OKI a közösségek számára

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
<p>2.2.1 Olyan OKI-csomagokat kell kidolgozni és közzétenni, amelyek egybehangzóak az országos irányelvekkel és javaslatokkal, és jól használhatóak az egészségügyi és szociális ellátó intézményekben, az oktatás minden szintjén, a csecsemő- és gyermekgondozó intézményekben, a különböző tervező és döntéshozó testületekben és a médiában.<sup>k</sup> Az információszolgáltató helyen minden ilyen anyag legyen ingyenes.</p>	<p>Az érintett egészségügyi, szociális és oktatási hatóságok, a szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok, a szakmai testületek, a szoptatási szakemberek</p>	<p>Kidolgoznak és közzétesznek számos OKI-csomagot; figyelemmel kell kísérni, hogy ezen csomagok elosztó-rendszere kello hatékonysággal működik-e</p>

<sup>k</sup> A csomagok tartalmilag legyenek eléggé rugalmasak ahhoz, hogy kis változtatással többféle érintett szervezet is felhasználhassa őket célközönsége számára. Különös figyelmet kell fordítani arra, milyen csecsemőotáplálással kapcsolatos specifikus tájékoztatást igényelnek azok a társadalmi csoportok (pl. bevándorlók, serdülők, alacsony jövedelmu családok), amelyek legkevésbé hajlanak a szoptatásra.

<p>2.2.2 Minden csecsemo- és kisgyermektáplálásról vagy anyaszerepről szóló vagy azzal kapcsolatos írásos vagy vizuális anyagban a szoptatás úgy jelenjen meg, mint a csecsemők és kisgyermek táplálásának és az anya-gyerek kapcsolat kialakításának ideális módja – méghozzá kizárólagos szoptatás az élet első hat hónapjában, majd követő szoptatás két éves korig, sőt azután is</p>	<p>Minden multimédia szervezet és megbízást kiadó hatóság, ami a könyvek, programok, stb. tartalmáért felel</p>	<p>Minden multimédia szervezethez eljut a tájékoztatás, hogy mekkora a felelősségük ebben az ügyben; figyelemmel kell kísérni az érvényben lévő intézkedéseket</p>
<p>2.2.3 Nemzetközi, országos és helyi szoptatásvédelmi heteket kell szervezni, ahol nyilvános vitákra kerülhet sor különféle meghívottakkal és a média részvételével; a legfontosabb tudnivalókat itt is közzé kell tenni</p>	<p>A szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok, az érintett érdekcsoportok</p>	<p>A szoptatásvédelmi hét történéseiről jelentéseket kell közzétenni</p>
<p>2.2.4 Figyelemmel kell kísérni, tájékoztatni és felhasználni a média összes fórumát a szoptatás védelme és támogatása érdekében; el kell érni, hogy a szoptatást csakis normális és ideális állapotnak tüntessék fel</p>	<p>Az érintett egészségügyi, szociális és oktatási hatóságok, a szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok</p>	<p>A multimédia csatornák és hálózatok józan, naprakész tájékoztatást kapnak, és felhasználhatóak a szoptatás védelme és támogatása érdekében</p>

### 3. Képzés

Ahogy ennek az *Indítványnak* a jelenlegi helyzetéről szóló beszámolójában is olvasható, az egészségügyi rendszer összes szintjén szükséges lenne javítani a dolgozók szoptatással kapcsolatos alap- és továbbképzését – ugyanúgy, ahogy egyéb egészségügyi témákkal kapcsolatban már történnek előrelépések. A hosszútávú stratégiát az alapképzés megfelelő szaktantervi változtatásaira kell építeni. Ha ez a stratégia hatékony, akkor idővel jelentős költségmegtakarítást jelenthet, hiszen nem lesz szükség annyi szoptatási továbbképzésre. Az egészségügyi dolgozók kapjanak naprakész információt és továbbképzést a hivatalos és önkéntes képviselőktől és intézményektől, amelyek mentesek a kereskedelmi nyomástól és befolyástól.

#### 3.1 Alapképzés

Javasolt feladatok	Felelős szervek	Eredmények/teendők
<p>3.1.1 Ki kell dolgozni, mi legyen a minimum követelmény (tartalmi, módszertani és időbeli szempontból) egy szoptatással és laktációs</p>	<p>Az érintett orvosi egyetemek és egészségügyi főiskolák rektorai, a</p>	<p>Kidolgozásra vagy átdolgozásra kerülnek a tantervek és a követelmények, az</p>

<p>menedzsmenttel kapcsolatos tantervben az érintett egészségügyi dolgozók alap- és továbbképzési szintjein; a létező tanterveket ebben a szellemben kell átdolgozni</p>	<p>szakmai felügyeletek, az országos szoptatásvédelmi bizottságok</p>	<p>érintett intézményekben be is vezetik őket</p>
<p>3.1.2 Tankönyveket és oktatási segédanyagokat kell írni – vagy a létezőeket átdolgozni – abban a szellemben, amit a fent vázolt tanterv, valamint a javasolt irányelvek és gyakorlatok megkövetelnek</p>	<p>Az érintett orvosi egyetemek és egészségügyi főiskolák rektorai, a szakmai testületek</p>	<p>Új vagy átdolgozott tankönyvek és oktatási segédanyagok kerülnek kiadásra és használatba</p>

### 3.2 Továbbképzés

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
<p>3.2.1 Lehetővé kell tenni a rendszeres interdiszciplináris továbbképzést a szoptatás és a laktációs menedzsment területén a WHO/UNICEF kritériumai vagy más bizonyítottan eredményes kurzusok alapján – ez lehetőleg legyen kötelező bevezető- és továbbképzése minden érintett egészségügyi dolgozónak, különösen a szülészeti és csecsemőosztályok alkalmazottainak</p>	<p>Az egészségügyi továbbképző hatóságok, a szülészeti vagy gyermekgyógyászati intézmények, az egészségügyi iskolák, az orvostovábbképzési koordinátorok, a szakmai testületek</p>	<p>Minden érintett egészségügyi dolgozó számára rendelkezésre áll a gyakorlati továbbképzés, az ismereteket rendszeresen frissítik; a továbbképzés elfogadott vezérelvek és tanrend szerint történik</p>
<p>3.2.2 Oktatási segédanyagokat kell írni – vagy a létezőeket átdolgozni – ilyen rendszeres interdiszciplináris továbbképzés számára; el kell érni, hogy az anyagok és a kurzusok maradjanak mentesek a <i>Nemzetközi kódex</i> tárgykörébe tartozó termékek gyártóinak és forgalmazóinak befolyásától</p>	<p>Az egészségügyi továbbképző hatóságok, az egészségügyi iskolák, az orvostovábbképzési koordinátorok, a szoptatásvédelmi bizottságok, a szakmai testületek</p>	<p>Oktatási anyagok kerülnek ki- és átdolgozásra, helyi ellenőrző rendszereket kell beépíteni annak biztosítására, hogy ne legyen érdeellentét a kurzusok és az anyagok tartalmát illetően</p>
<p>3.2.3 Az érintett egészségügyi dolgozókat ösztönözni kell arra, hogy haladó szintű, akkreditált laktációs</p>	<p>Az egészségügyi továbbképző hatóságok, az</p>	<p>Emelkedik az egy csecsemőre eső vizsgázott szoptatási</p>

<sup>1</sup> A nemzetközi szoptatási szaktanácsadói bizonyítványt azok a vizsgázók kapják meg, akik sikeresen bizonyítják szakértelmüket, függetlenül attól, hol tanulták a laktációs menedzsmentet. A nemzetközi szoptatási szaktanácsadói vizsga rendszere már 20 éve fennáll világszerte, és több nyelven is vizsgát lehet tenni. Minden öt évben kötelező a megújító vizsga. A vizsgázott tanácsadóknak tartaniuk kell magukat az *Etikai kódexhez*, és a kidolgozott *Gyakorlati normák* szerint kell dolgozniuk. 1988 óta független bizottság felügyeli a vizsgáztató testületeket, ezzel biztosítva a nemzetközi szoptatási szaktanácsadói vizsga állandó színvonalát.

<p>menedzsment-kurzusokat végezzenek, és megszerezzék a nemzetközi szoptatási szaktanácsadói (IBCLC) vizsgát vagy más ennek megfelelő bizonyítványt, mely bizonyítottan megfelel a legmagasabb szakmai gyakorlat követelményeinek<sup>1</sup></p>	<p>egészségügyi szolgáltatások munkaadói, a laktációs tanácsadás vizsgáztatói, a szakmai testületek</p>	<p>szaktanácsadók száma</p>
<p>3.2.4 A szoptatási szakembereket ösztönözni kell arra, hogy szoros számítógépes kapcsolatban álljanak egymással, hiszen így tovább növelhetik tudásukat és szakértelmüket</p>	<p>A szakmai testületek, a közérdeku civil szervezetek</p>	<p>Levelezési listák, weboldalak és vitacsoportok jönnek létre</p>

#### 4. Védelem, támogatás, elősegítés

A szoptatás védelme nagyrészt attól függ, sikerül-e elhárítani minden akadályt – azaz sikerül-e megvalósítani a *Nemzetközi kódexben* foglaltakat és életbe léptetni az anyaságvédelmi törvényeket. A védelem feladata még az is, hogy megváltoztassa a nyilvános helyen történő szoptatás iránti ellenérzéseket, a részrehajló média-ábrázolásokat és az ingyenes tápszerosztogatást a hátrányos helyzetűeknek.

Támogatásra a szoptató és a szoptatástól elzárkózó anyáknak egyaránt szükségük van. Ha egy édesanya megkapta a teljes, pontos és optimális tájékoztatást a csecsemotáplálásról, és ennek ellenére a mesterséges táplálás mellett dönt, akkor ezt a döntést tiszteletben kell tartani, és meg kell adni neki minden szükséges segítséget ahhoz, hogy gyermekét sikeresen táplálhassa. A családoknak is meg kell kapniuk a szakértői tájékoztatást arról, mikor, hogyan, és milyen kiegészítő táplálék adható, hiszen ezzel is biztosítjuk, hogy átgondoltabb táplálásban legyen része a csecsemonek vagy kisgyermeknek.<sup>m20</sup>

Az elősegítés sikere attól függ, hogyan valósulnak meg azok az országos irányelvek és javaslatok, amelyek egyrészt a *Csecsemo- és kisgyermektáplálási globális stratégián* alapulnak (ezt a 2002-es 55. Világegészségügyi Tanácsülésen az összes EU-tagállam elfogadta), másrészt a WHO/EURO *Étel- és táplálkozástudományi irányelvek cselekvéstervezetén*. A szoptatás ügyét még a hatékony OKI-val is komolyan tudjuk segíteni.

Még azokban az országokban is, ahol a szülés utáni szoptatási arány magasnak mondható, az első hat hónapon belül drasztikusan visszaesik a szoptatás aránya, ezen belül is főleg a kizárólagos szoptatásé. A kizárólagos szoptatás mutatói jellemzően két időszakban esnek vissza: eloször miután az édesanya hazatér a kórházból, másodsor a gyermek négy hónapos kora körül – az utóbbi valószínűleg azzal függ össze, hogy az édesanya ekkortájt tér vissza a munkába, vagy azzal, hogy a közhit szerint ekkor már érdemes megkezdeni a kiegészítő táplálást. Az EU-n belül csak nagyon kevés nő szoptat még a gyermek egy éves kora után is. A helyzet javításához tehát valóban hatékony támogatásra van szükség. Ez pedig

<sup>m</sup> Különösen a HIV-pozitív várandós anyák számára fontos, hogy elfogulatlan tájékoztatás és megfelelő támogatás mellett átgondolt döntéseket hozhassanak. A WHO ki is adott egy HIV-vel kapcsolatos csecsemotáplálási útmutatót.

elhivatottságot követel, hiszen csak így lehet komolyan mozgósítani a társadalmat, és minden szinten visszatérni a szoptatási kultúrához. Egyéni szinten ez azt jelenti, hogy minden nő számára legyenek adottak a szoptatásbarát szolgáltatások – a védőnői segítségnyújtást és a folyamatos ellátást is beleértve. Azok a nők, akik szándékuk ellenére idő előtt abbahagyják a szoptatást, kapjanak segítséget ahhoz, hogy átgondolhassák, miért történt így. Ha feldolgozzák az élményt, könnyebben elfogadják majd, hogy a tervezettnél rövidebb ideig szoptattak, csökken majd a veszteség- és kudarcérzésük, és sikeresebben szoptatják majd a következő gyermeküket.

#### 4.1 A Csecsemo és kisgyermektáplálási globális stratégia

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
4.1.1 Meg kell valósítani a <i>Globális stratégián</i> és a WHO/EURO Cselekvéstervein alapuló irányelveket és terveket	Az Egészségügyi Minisztérium és a többi érintett minisztérium	Kidolgozzák és érvényre juttatják az irányelveket és terveket
4.1.2 A szoptatással kapcsolatos irányelveket és terveket ismertetni kell az egészségügyi szakma minden szintjével, az alap- vagy továbbképzésben érintett egészségügyi oktató intézményekkel, a civil szervezetekkel és a nagyközönséggel	Az Egészségügyi Minisztérium és a többi érintett minisztérium	Az egészségügyi szféra és a nagyközönség megismeri a szoptatással kapcsolatos irányelveket és terveket

#### 4.2 Az anyatejet helyettesítő termékek marketingjének Nemzetközi kódexe

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
4.2.1 Ki kell dolgozni egy EU-szabályrendszert az anyatejet helyettesítő termékek marketingjére – ennek minimális követelményét jelentsék a <i>Nemzetközi kódexben</i> foglaltak (mind a Kódex tárgykörébe tartozó termékek, mind a rájuk vonatkozó rendelkezések)	Európai Bizottság	Létrejön a szabályrendszer, amelyet a tagállamok elfogadnak
4.2.2 El kell érni, hogy az EU a <i>Nemzetközi kódex</i> szellemében tárgyaljon a Codex Alimentarius tanácskozásain	Európai Bizottság	A Codex Alimentarius jegyzőkönyveiben megjelenik ez az álláspont
4.2.3 Országos törvényeket kell hozni a <i>Nemzetközi kódex</i> szellemében – a törvények rendelkezzenek a szabályok betartásáról és a szabálysértések büntetéséről, valamint egy olyan ellenőrző	A kormányok, a szoptatásvédelmi bizottságok, a fogyasztóvédelmi szervezetek	A létező országos törvényeket felülvizsgálják és megváltoztatják vagy kiegészítik úgy, hogy

<p>rendszer felállításáról, amely minden kereskedelmi érdektől független</p>		<p>megegyezzenek a <i>Nemzetközi kódexben</i> foglaltakkal</p>
<p>4.2.4 El kell érni, hogy a <i>Nemzetközi kódex</i> még azelőtt kerüljön bevezetésre, hogy erre az EU törvényileg köteleznék a tagállamokat</p>	<p>A kormány és az önkormányzatok, a szoptatásvédelmi bizottságok, a civil szervezetek</p>	<p>A létező országos és helyi szabályokat megváltoztatják vagy kiegészítik úgy, hogy megegyezzenek a <i>Nemzetközi kódexben</i> foglaltakkal</p>
<p>4.2.5 Tájékoztatni kell az alap- és továbbképzésben résztvevő egészségügyi szakembereket, milyen felelősséget ró rájuk a <i>Nemzetközi kódex</i></p>	<p>Az egészségügyi iskolák, az egészségügyi továbbképző hatóságok, az érintett egészségügyi hatóságok</p>	<p>Az érintettek megkapják a szükséges tájékoztatást</p>
<p>4.2.6 Ki kell dolgozni egy olyan etikai kódexet, amely az egyéni és intézményi támogatások rendszerére vonatkozik – nehogy az oktatási anyagok, kutatások, konferenciák és egyéb tevékenység vagy esemény anyagi támogatása olyan érdekkellentétet szüljön, amely hátráltatja a szoptatás ügyét</p>	<p>A szakmai testületek, a tudományos és szolgáltató intézmények</p>	<p>Kidolgozzák az etikai alapelveket és teendőket, közzéteszik és a gyakorlatban megvalósítják őket</p>
<p>4.2.7 Tájékoztatni kell a nagyközönséget, milyen elveket, célokat és rendelkezéseket tartalmaz a <i>Nemzetközi kódex</i>, és milyen ellenőrző és büntető intézkedések várhatóak/léptek életbe</p>	<p>A kormány és az önkormányzatok, a civil szervezetek, a fogyasztóvédelmi szervezetek</p>	<p>A tájékoztatás eljut a nagyközönséghez és az ellenőrzésért felelős testülethez</p>
<p>4.2.8 Ki kell küszöbölni, hogy a gyártók/forgalmazók ingyen tápszert juttassanak az alacsony jövedelmu családoknak (ahol él még ez a gyakorlat), és helyette különböző kezdeményezésekkel ösztönözni kell a szoptatást a szegénységben élő vagy másképpen a társadalom peremére szorult családokban</p>	<p>A kormány és az önkormányzatok, a szociális támogató szervezetek</p>	<p>Az alacsony jövedelmu családoknak nem juttatnak több ingyen tápszert, az ösztönző kezdeményezések eljutnak minden családhoz, a szoptatás támogatást élvez, és aránya egyre nő</p>



### 4.3 Dolgozó anyákra vonatkozó törvények

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
4.3.1 Az országos törvényeket úgy kell megváltoztatni, hogy megfeleljenek az ILO minimum-követelményeinek <sup>n</sup>	A kormány és az önkormányzatok	A törvényeket átírják
4.3.2 El kell érni, hogy kello törvényi támogatást kapjanak a dolgozó anyák ahhoz, hogy gyermeküket az első hat hónapban kizárólagosan, utána pedig kiegészítőleg szoptathassák	A kormány és az önkormányzatok	Hatékony törvényi támogatás jön létre, amely mellett biztosítva van az anyagi támogatás is
4.3.3 Az anyaságvédelmi rendelkezéseket ki kell terjeszteni azokra a nőkre is, akikre ezek jelenleg nem vonatkoznak, pl. a rövid távú szerződéses munkavállalók, az alkalmi munkások, a részmunkaidos dolgozók, a diákok és a bevándorlók	A kormány és az önkormányzatok	A törvényeket kiterjesztik
4.3.4 El kell érni, hogy a munkaadók, az egészségügyi dolgozók és a nagyközönség teljeskörű tájékoztatást kapjon az anyaságvédelmi törvényekről, valamint a terhes és szoptató anyákra vonatkozó munkahelyi biztonsági és egészségvédelmi előírásokról	A kormány és az önkormányzatok, a munkaadói szervezetek, a szakszervezetek	Minden érintett tisztában van vele, mit írnak elő az anyaságvédelmi rendelkezések
4.3.5 A munkaadókat tájékoztatni kell arról, milyen előnyöket jelent számukra és szoptató dolgozóik számára, ha lehetővé teszik a szoptatást a munkába való visszatérés után – ismertetni kell velük, hogy ez milyen feltételekkel valósulhat meg (rugalmas munkaidő, szoptatási szünet, fejésre és tejtárolásra alkalmas helyiség és eszközök)	Az érintett minisztériumok, az egészségügyi és szociális hatóságok, a munkaadói szervezetek, a szakszervezetek	A munkaadók tisztában vannak a szoptatás előnyeivel, és megfelelő munkahelyi feltételeket teremtenek

<sup>n</sup> Az országok természetesen túl is teljesíthetik az ILO-normákat.

## 4.4 A bababarát kórház-kezdemenyezés<sup>o</sup>

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
4.4.1 El kell érni, hogy a kormány, az egészségügyi hatóságok, a szakmai testületek és az érintett civil szervezetek szorosán együttműködjenek az UNICEF-fel és a WHO-val, és a bababarát kórházi rendszert fogadják el etalonnak. Azt is el kell érni, hogy minden szülészeti és csecsemogondozó intézmény igyekezzen megszerezni és megtartani a bababarát minosítést.	A kormány és az önkormányzatok, az érintett egészségügyi hatóságok, a szakmai testületek, a civil szervezetek, a szoptatásvédelmi bizottságok, a szülészeti és csecsemogondozó intézmények	bababarát bizottságok jönnek létre, koordinátorokat jelölnek ki; a bababarát minosítést mindenhol a szoptatásvédelem biztosítékának tartják
4.4.2 El kell érni, hogy elegendő erőforrás (anyagi, emberi, időbeli) és technikai segítség álljon rendelkezésre ahhoz, hogy kialakuljon a bababarát-rendszer képzése, gyakorlata, a kórházak minosító és átminosító folyamata	A kormány és az önkormányzatok, az érintett egészségügyi hatóságok, a szakmai felügyeletek	Létrejön a bababarát-rendszeren alapuló ellátás kello anyagi és személyi háttere – az ellátás minden terhes és szoptatós anya számára elérhető
4.4.3 A jelenleg bababarát-minosítésre még nem törekvő kórházakat ösztönözni kell arra, hogy napi gyakorlatukat ennek ellenére a bababarát normák szerint végezzék	Az érintett egészségügyi hatóságok, a szakmai felügyeletek, a bababarát bizottságok	Minden kórház/intézmény a bababarát normák szerint végzi munkáját
4.4.4 A bababarát-rendszer kívánalmait be kell építeni az általános országos anya- és csecsemogondozás minosító rendszerébe <sup>p</sup>	Az érintett egészségügyi hatóságok, a szakmai felügyeletek, a szakmai minosító és bababarát bizottságok	Az anya- és csecsemogondozás minosító normái között szerepel az összes bababarát kritérium
4.4.5 Következetes módszert kell kidolgozni arra, hogyan lehet a terhesgondozás során megadni a szükséges szoptatási ismereteket az anyáknak – ez a bababarát-rendszer erre vonatkozó intézkedéseivel összhangban történjen	Az érintett egészségügyi hatóságok, az egészségügyi szolgáltatók, az egészségügyi dolgozók	Kialakul egy útmutató a terhesgondozás számára

<sup>o</sup> A bababarát-kezdemenyezés az ideális gyakorlat mintapéldája. Rajta kívül azonban egyéb programok és kezdemenezések is biztosíthatják az ideális gyakorlatot. Egy a fontos: minden kezdemenezést ki kell értékelni, mennyire hatékony.

<sup>p</sup> A szoptatás védelme, támogatása és elosegítése nem elválasztható a természetes szülés propagálásától. Egyre növekszik a császármetszések és a fájdalomcsillapításos szülések száma, holott mindketto nehezíti a szoptatást, hiszen megzavarja a szoptatáshoz szükséges hormontermelést.

<p>4.4.6 Be kell vonni az apákat és a családokat, hogy a gyermeküket otthon nevelő anyáknak kello segítséget nyújthassanak</p>	<p>Az egészségügyi szolgáltatók, az egészségügyi dolgozók</p>	<p>Az apák és a családok támogatják a szoptatást</p>
<p>4.4.7 Javítani kell az együttműködést a kórházak és az egyéb egészségügyi és szociális ellátó intézmények között, hogy mindenütt megvalósulhasson a bababarát-rendszer 10. lépése: a megfelelő szoptatási tanácsadás és segítségnyújtás a szülés utáni első hetekben</p>	<p>Az érintett egészségügyi és szociális hatóságok, a szakmai felügyelet, a bababarát bizottságok, a védnők és az önkéntes szoptatási tanácsadók</p>	<p>Széles körben bevezetik a bababarát-rendszer 10. lépését</p>
<p>4.4.8 El kell érni, hogy elegendő erőforrás és technikai segítség álljon rendelkezésre ahhoz, hogy a nőkkel, csecsemőkkel és gyermekekkel foglalkozó rendelőintézetekben, tanácsadásokon és szociális ellátó intézményekben a képzés és a mindennapi gyakorlat egyaránt a szoptatásvédelem szellemében történjen</p>	<p>Az érintett egészségügyi és szociális hatóságok, a szakmai testületek</p>	<p>A rendelőintézetek, a magánrendelők és a szociális ellátó intézmények a szoptatásvédelmi irányelveknek megfelelően támogatják a szoptatást</p>
<p>4.4.9 Ösztönözni kell a bababarát-rendszer szülészeten kívüli bevezetését: a rendelőintézetekben, a szociális ellátó intézményekben, a gyermekkórházakban és – osztályokon, valamint a munkahelyeken egyaránt meghonosodhatna ez a rendszer</p>	<p>Az érintett egészségügyi és szociális hatóságok, a szakmai felügyelet, a bababarát bizottságok</p>	<p>A bababarát-rendszerre alapuló ellátás módjait a többi egészségügyi és csatolt szolgáltató szektorban is kifejlesztik és megvalósítják</p>

#### 4.5 Képzett egészségügyi dolgozók nyújtotta támogatás

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendők
<p>4.5.1 El kell érni, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltató hálózat munkatársai – az önkénteseket is beleértve – rendelkezzenek azzal a szakértelemmel, ami szükséges az anyák szoptatási képességének és önbizalmának kiépítéséhez és a hatékony segítségnyújtáshoz</p>	<p>Az érintett egészségügyi és szociális hatóságok, testületek és szervezetek, az egészségügyi dolgozók</p>	<p>Mérjük fel azon dolgozókat/önkénteseket számát, akik hatékonyan tudják támogatni a szoptatást</p>

<p>4.5.2 Ösztönözni és támogatni kell a dolgozókat, hogy speciális szaktudásra is szert tegyenek, hiszen csak így tudnak segíteni a különleges szoptatási problémákkal küszködő anyáknak</p>	<p>Az érintett egészségügyi hatóságok és egészségügyi szolgáltatók, az egészségügyi dolgozók</p>	<p>Egyre több specialistát – pl. szoptatási szaktanácsadót (IBCLC) képeznek és alkalmaznak</p>
<p>4.5.3 El kell érni, hogy minden anya számára hozzáférhetőek és megengedhetőek legyenek a szoptásvédelmi szolgáltatások – szükség esetén megfelelően képzett szoptatási szaktanácsadó vagy más hasonlóan hozzáértő egészségügyi dolgozó segítségével</p>	<p>Az érintett egészségügyi és szociális hatóságok, testületek és szervezetek, az egészségbiztosító intézmények</p>	<p>Az országos egészségügyi rendszerek és/vagy a magán-egészségbiztosító társaságok állják a szakértői szoptatási tanácsadás és segítségnyújtás költségeit</p>
<p>4.5.4 Szükség esetén kapjanak speciális segítséget azok az anyák, akiknek gyermeke beteg vagy koraszülött: táplálhassák gyermeküket saját vagy beszerzett anyatejjel, kapjanak segítséget az utazáshoz és a szálláshoz, ha gyermekük távoli intézményben van, és juthassanak hozzá igazolt minőségű, biztonságos anyatejhez</p>	<p>Az érintett egészségügyi és szociális hatóságok, testületek és szervezetek</p>	<p>Az anya segítséget és támogatást kap úgy, hogy ez nem jelent neki külön kiadást</p>
<p>4.5.5 Országos és regionális szoptatási központokat kell létesíteni, ahová egyaránt fordulhatnak az egészségügyi dolgozók és az édesanyák, és ahol ingyenes internet-hozzáférés biztosított a vonatkozó web-oldalakhoz</p>	<p>Az országos és regionális egészségügyi hatóságok, a szoptatási bizottságok</p>	<p>Központokat létesítenek, és az ott összegyűjtött információt eljuttatják az összes érintett csoporthoz</p>

#### **4.6 Képzett önkéntes szoptatási tanácsadók és anyák-egymás-közt (AEK) csoportok nyújtotta támogatás**

*A fordító megjegyzése: Ezek a tanácsadási formák már léteznek Magyarországon, de egyelőre csak szűk körben. A teendők nagy részét jelenleg az egészségügyi rendszer keretébe tartozó képzett védőnők látják el, de a 4.6-os pont kifejezetten olyan civilekre vonatkozik, akik nem az egészségügyi rendszeren belül végzik a tanácsadást. Ezért is használhatjuk az „önkéntes szoptatási tanácsadó” kifejezést – nálunk ezen elsősorban a La Leche Liga munkatársait értjük. Az „anyák-egymás-közt” csoportok részben lefedik a mi baba-mama klubjainkat, de kevésbé „szabadidos” jellegűek. Az Indítvány szerzőinek szándéka szerint szükség lenne egy olyan rendszerre, amelyben az anyák bizonyos szakértelemmel egymást segíthetnék az egyszerűbb gondok megoldásában – ezt szolgálná az AEK.*

<b>Javasolt feladatok</b>	<b>Felelos szervek</b>	<b>Eredmények/teendok</b>
4.6.1 Ösztönözni kell képzett önkéntes szoptatási tanácsadók és AEK-csoportok létrejöttét és/vagy hatáskörük kiterjesztését, főleg azokon a helyeken, ahol a nők tartózkodnak a szoptatástól	Az érintett egészségügyi hatóságok, az önkéntes szoptatási tanácsadók, az AEK-csoportok	Képzett önkéntes szoptatási tanácsadók és AEK-csoportok kezdik meg működésüket azokon a helyeken, ahol arra leginkább szükség van
4.6.2 Oktatási tervet kell kidolgozni az önkéntes szoptatási tanácsadók és AEK-csoportok képzésére – meg kell határozni a kurzusok tartalmát, módszerét, segédanyagait, időbeosztását	Az önkéntes szoptatási tanácsadók, az AEK-csoportok	Létrejön a tanterv és a minősítési feltételek
4.6.3 Együttműködést és kommunikációt kell kialakítani a különböző egészségügyi intézményekben alkalmazott egészségügyi dolgozók és az önkéntes szoptatási tanácsadók és AEK-csoportok között	Az érintett egészségügyi hatóságok, az egészségügyi dolgozók, az önkéntes szoptatási tanácsadók, az AEK-csoportok	Létrejönnek azok a csatornák, amelyeken hatékonyan el lehet érni hivatalos vagy önkéntes szoptatási szakértői segítséget

#### **4.7 A család, a közösség és a munkahely nyújtotta támogatás**

<b>Javasolt feladatok</b>	<b>Felelos szervek</b>	<b>Eredmények/teendok</b>
4.7.1 Megfelelo tájékoztatást és támogatást kell adni a szoptatós anyáknak, partnerüknek és családjuknak, beleértve azt is, hogyan tudnak akár hivatalos akár önkéntes szoptatási szakértői segítséget kapni	Az érintett egészségügyi hatóságok, az egészségügyi dolgozók, az önkéntes szoptatási tanácsadók, az AEK-csoportok	Minden szoptatós anya és partnere automatikusan megkapja ezt a tájékoztatást és támogatást
4.7.2 Ösztönözni kell a családi támogatást – ehhez felhasználható a közoktatás, helyi projektek és az önkéntes és hivatalos szervezetek együttműködésével létrejött közösségi programok	Az érintett egészségügyi hatóságok, az egészségügyi dolgozók, az önkéntes szoptatási tanácsadók, az AEK-csoportok	A szervezetek közötti együttműködés eredményeképpen helyi és közösségi projektek jönnek létre és kapnak értékelést
4.7.3 Tisztázni kell, milyen specifikus tájékoztatásra és segítségre van	Az érintett egészségügyi	Kiderül, milyen specifikus tájékoztatásra

<p>szükségük az első gyerekes anyáknak, a bevándorlóknak, a gyerekanyáknak, az egyedülálló anyáknak, az iskolázatlan anyáknak és a többi olyan anyának, amelyek a legkevésbé hajlanak a szoptatásra – ide tartoznak azok az anyák is, akik első gyermeküket nehezen tudták vagy sikertelenül próbálták szoptatni. Mindent meg kell tenni ezen igények kielégítésére.</p>	<p>hatóságok, az egészségügyi dolgozók, az önkéntes szoptatási tanácsadók, az AEK-csoportok</p>	<p>és segítségre van szükségük bizonyos társadalmi csoportoknak, sikerül kielégíteni ezeket az igényeket</p>
<p>4.7.4 A közszolgálati és szórakozóhelyeken ösztönözni kell a szoptatásbarát hozzáállás/létesítmények létrejöttét, és védelmezni kell az anyának azon jogát, hogy ott és akkor szoptasson, ahol és amikor szükségét érzi</p>	<p>A kormány, az önkormányzatok, az érintett egészségügyi és szociális hatóságok</p>	<p>Széles körben elterjed a szoptatásbarát hozzáállás, a létesítmények is ebben a szellemben készülnek</p>

## 5. Az ellenőrző rendszer

Ha biztosítani akarjuk a cselekvéstervezet sikerét, akkor végrehajtását szoros ellenőrző folyamatokkal kell végigkísérnünk. Hogy adataink összevethetőek legyenek, a szoptatási arányok felmérését általánosan elfogadott, egységesített adatgyűjtési módszerekkel kell végeznünk. A WHO javaslata szerint a következő szoptatási fogalmakat célszerű használnunk.<sup>2122</sup>

- **Kizárólagos (exclusive) szoptatás:** a csecsemo kizárólag anyatejet kap édesanyjától vagy szoptató dajkájától szoptatás vagy lefejt anyatej formájában, semmi egyéb ételt vagy italt – a csepp- vagy szirupkiszárlású vitamin-, ásványi anyag- vagy gyógyszerkészítmények kivételével.
- **Folyadékkiegészítéses (predominant) szoptatás:** a csecsemo elsődleges tápláléka az anyatej. Emellett azonban a csecsemo kap vizet vagy vízalapú italokat is; szájon át adható rehidratációs készítményt; vitaminok, ásványi anyagok és orvosságok csepp- vagy szirupkiszárlású formáit; esetleg rituális italokat (kis mennyiségben). A gyümölcslé és a cukrozott teák kivételével semmilyen folyékony ételnem nem megengedett ebben a fogalomban.<sup>q</sup>
- **Kevert táplálás (complementary breastfeeding):** a csecsemo az anyatej mellett szilárd (vagy félig-szilárd) táplálékot is kap.
- **Nincs szoptatás:** a csecsemo nem kap anyatejet.

A táplálás fenti kategóriáihoz különböző életkorú gyermekekről lehet adatokat gyűjteni. Lehet például adatokat gyűjteni 48 órával a szülés után (a visszaidézendő időszak: a szülés óta eltelt idő), akár kórházban, akár otthon szült az anya, majd a gyermek 3, 6 és 12 hónapos kora körül

<sup>q</sup> A kizárólagos és folyadékkiegészítéses szoptatás összességét teljes szoptatásnak hívjuk.

(a visszaidézendo idoszak: a megelőző 24 óra – a tapasztalatok szerint az anyák nehezen idézik vissza, hogy azelőtt, hosszabb távon pontosan mit is adtak a gyermeküknek).

Általánosan elfogadott tény, hogy ha a 24/48 órás visszaidéző módszert használjuk, a pillanatnyi szoptatási helyzetről beérkező adataink kevésbé lesznek pontosak, mint az intenzívebb módszerekkel (pl. hetenkénti felméréssel) és a szüléstől kezdődő folyamatos követéssel gyűjtött adatok. Az ellenőrzés szempontjából, azaz a folyamatos, átfogó szoptatási adatok gyűjtése szempontjából azonban a pillanatnyi szoptatási helyzetről beérkező adatok még mindig a legjobb kompromisszumot jelentik pontosság és feltételezés között. Ha kutatás céljára kell adatokat gyűjtenünk, akkor mindenképpen a folyamatos követéses módszer választandó.

Az is közismert tény, hogy a WHO szoptatási kategóriái nem engednek finom megkülönböztetéseket. A kiegészítő táplálásba sorolják például azt is, ha az anya csak elvétve ad tápszert a gyermekének, azaz lényegében szoptat, és azt is, ha az anya csak elvétve szoptat, azaz csaknem kizárólag tápszerrel eteti a gyermeket. Ráadásul a WHO „kiegészítő táplálás” fogalma nem tesz különbséget a tápszeres és a tápszer nélküli kiegészítő táplálás között. Az ellenőrző rendszerek, vagy még gyakrabban a muveletkutatás, amely a csecsemőtáplálás különböző mintáit próbálja alaposabban felderíteni, bővíthetik új kategóriákkal a WHO fogalomrendszerét, ha a bevezetett kategóriákat egyébként is használják nemzetközi összehasonlítások készítésekor.

Az adatgyűjtés kiterjedhet az egész lakosságra, azaz beépülhet a létező országos vagy regionális anya- és gyermekegészségügyi és –jóléti ellenőrző rendszerekbe. Az így nyert adatok értelmezésekor/felhasználásakor kulcsfontosságú a pontosság (lásd a fenti bekezdést), az adatsorok viszonylagos teljessége és a gyors közzététel. Az adatgyűjtés történhet lakossági reprezentatív mintán készült felmérés útján is, ahol a felméréseket rendszeres időközönként ismételni kell. Ezekben az esetekben a minta mindenképpen legyen reprezentatív a célcsoportra nézve, méretét pedig úgy kell megállapítani, hogy a különböző csoportokkal és különböző időpontokban végzett felmérések adatai összevethetőek legyenek – ha ez a tervezett tágabb felmérés célja.

Az *Európai Közösség egészségügyi mutatói* listájának legutóbbi változatában (2004 februárjában)<sup>f</sup> a következők szerepelnek:

- szoptatás és kizárólagos szoptatás a szülést követő 48 órán belül
- szoptatás és kizárólagos szoptatás a csecsemő 3 és 6 hónapos korában
- szoptatás 12 hónapos korban

Ez a lista összhangban áll a többi EU-projekttel is (*A születés körüli, a Gyermekek- és a Közegészségügyi Táplálkozási Projekttel*). A lista szóhasználata azonban még nem elegendő egységesített fogalmak és adatgyűjtési módszerek létrehozásához. Még tovább kell dolgozni azon, hogy egyetértés jöjjön létre, és azt gyakorlati lépések is kövessék.

Az egészségügyi és szociális szolgáltatásoknak, valamint az irányelvek, törvények és kódexek megvalósításának ellenőrzése és értékelése szintén kapjon komoly hangsúlyt a cselekvéstervezetben. A napi gyakorlatok ellenőrzésének fogalmait a helyi körülmények és cselekvéstervezetek határozzák meg. Az azonban hasznos, ha legalább néhány egyetemes fogalmat is használnak ezek a felmérések – pl. azokat, amelyeket a WHO és az UNICEF a bababarátság-rendszerre fejlesztett ki -, hogy az országon belül és az országok között

---

<sup>f</sup> [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/docs/ev\\_20040219\\_rd04\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf)

valamennyire összevethetőek legyenek az eredmények. Az egészségügyi szolgáltatások minősítési rendszereibe és az országos irányelvek megvalósítását ellenőrző intézkedésekbe célszerű beiktatni néhány szoptatási gyakorlati normát és teljesítményjelzőt is.

## 5.1 Szoptatási mutatók

Javasolt feladatok	Felelős szervek	Eredmények/teendők
5.1.1 Olyan ellenőrző rendszert kell felállítani, amely egységesített és általánosan elfogadott fogalmakon és módszereken alapul	Az érintett minisztériumok és hatóságok, az országok statisztikai testületek, a szoptatásvédelmi bizottságok	Létrejön egy ellenőrző rendszer, az adatok gyűjtése és elemzése folyamatos
5.1.2 A szoptatási adatok mellett még olyan adatokat is gyűjteni kell, mint pl. az anya életkora és egyéb társadalmi változók – ezek segítenek azonosítani az egyenlőtlenégeket és a hátrányos helyzetű csoportokat	Az érintett minisztériumok és hatóságok, az országok statisztikai testületek	Az egyéb vonatkozó változók is belekerülnek az adatgyűjtő rendszerekbe
5.1.3 Széles körben közzé kell tenni az eredményeket, és fel kell használni őket a szoptatásvédelmi kezdeményezések jövőbeli tervezésénél	Az érintett minisztériumok és hatóságok, az országok statisztikai testületek, a szoptatásvédelmi bizottságok	Az eredményeket közzéteszik és felhasználják az újratervezésnél, beleértve a szándékot, hogy a feltárt egyenlőtlenégeket orvosolják

## 5.2 Az egészségügyi és szociális szolgáltatások gyakorlata

Javasolt feladatok	Felelős szervek	Eredmények/teendők
5.2.1 Munkarendet és adminisztratív módszert kell kidolgozni a kórházi és elsődleges egészségügyi ellátó intézményekben folyó gyakorlat rendszeres értékelésére – ennek alapja legyen az az egységesített gyakorlati kritériumrendszer, amelyet a bababarát-kezdeményezés számára fejlesztett ki a WHO/UNICEF és az országos/regionális bizottságok	Az érintett minisztériumok és hatóságok, a szakmai felügyelet, a bababarát bizottságok	Rendszeresen értékelik a napi gyakorlatot minden szülészeti, gyermekegészségügyi és elsődleges egészségügyi ellátó intézményben
5.2.2 Be kell vezetni a rutinszerű visszajelzési rendszert – a páciensek	A kórházak és egyéb elsődleges	Bevezetik a rutinszerű visszajelzési rendszert, és



<p>tapasztalataiból leszűrhető, milyen szoptatási tájékoztatást és támogatást adnak a szülészeti és csecsemőgondozó intézmények és a többi elsődleges egészségügyi ellátó intézmény</p>	<p>egészségügyi ellátó intézmények igazgatói, a szakmai felügyeltek</p>	<p>kidolgozzák annak a menetét, hogyan lehet orvosolni az ilyen módon feltárt hiányosságokat</p>
<p>5.2.3 Rendszeresen ellenőrizni és értékelni kell az OKI-anyagok és – tevékenységek tartalmát, színvonalát és hatékonyságát</p>	<p>Az érintett egészségügyi hatóságok, a szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok</p>	<p>Magas színvonalú, mindenre kiterjedő, rendszeresen javított OKI-anyagok jönnek létre az egészségügyi dolgozók és minden anya- és csecsemőgondozásban érintett számára</p>
<p>5.2.4 Ellenőrizni kell, mit tudnak az emberek a szoptatás fontosságáról, a szoptatásvédelem és –támogatás módjairól, mi az általános hozzáállás és gyakorlat</p>	<p>Az érintett egészségügyi, szociális és oktatási hatóságok</p>	<p>Felméréseket dolgoznak ki és készítenek el, majd az eredményeket közzéteszik</p>
<p>5.2.5 Ellenőrizni kell a továbbképzés tartalmát és hatékonyságát</p>	<p>Az egészségügyi továbbképző hatóságok, a szoptatásvédelmi bizottságok, a szakmai testületek</p>	<p>Kiértékelik a képzés tartalmát, és azt, milyen szakértelmet biztosít</p>
<p>5.2.6 Széles körben közzé kell tenni az eredményeket, és fel kell használni őket a szoptatásvédelmi kezdeményezések jövőbeli tervezésénél</p>	<p>Az érintett minisztériumok és egészségügyi hatóságok, az országos statisztikai testületek, a szoptatásvédelmi bizottságok</p>	<p>Az eredményeket közzéteszik és felhasználják az újratervezésnél, beleértve a szándékot, hogy a feltárt egyenlőtlenségeket orvosolják</p>

### 5.3 Törvények, irányelvek, a *Nemzetközi kódex*

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
<p>5.3.1 Kereskedelmi érdekektől független ellenőrző rendszert kell létrehozni, amely felelos a <i>Nemzetközi kódexben</i> foglaltak betartatásáért, a</p>	<p>Az érintett minisztériumok és egészségügyi hatóságok, a</p>	<p>Ellenőrző rendszereket állítanak fel és működtetnek, a <i>Nemzetközi kódex</i> elleni</p>

szabálysértések felderítéséért és szükség esetén bíróságra viteléért, valamint azért is, hogy a nagyközönség és az érintett hatóságok értesüljenek a körzetükben történt szabálysértési ügyekről	szoptatásvédelmi koordinátorok és bizottságok, a fogyasztóvédelmi szervezetek	szabálysértési perek eredményeit rendszeresen széles körben közzéteszik
5.3.2 Az állami és a magánszektorban egyaránt ellenőrizni kell az országos irányelvek és törvények megvalósítását, különös tekintettel a szoptatásra vonatkozó anyaságvédelmi törvényekre <sup>s</sup>	A kormány és az önkormányzatok, a munkaadói szervezetek, a szakszervezetek, a közérdeku civil szervezetek, a szakmai testületek	Ellenőrzéseket végeznek, az eredményeket és a hiányosságokat rendszeresen közzéteszik

## 6. Kutatás

Az *Indítvány* kidolgozása és még inkább az intézkedések áttekintése során kiderült, hogy számos egyedi és/vagy összesített intézkedés, valamint szoptatásra gyakorolt hatásuk további kutatást igényel. Különösen azt kell feltárni, milyen hatással van a szoptatás ügyére a *Nemzetközi kódex* tárgykörébe tartozó termékek marketingje, az átfogó anyaságvédelmi törvények, a különböző OKI-megoldások és intézkedések és általában azok a közegészségügyi kezdeményezések, amelyeket ellenőrzött véletlen mintákkal nem lehet felmérni.<sup>23</sup> Szerencsésebb, ha nem egyénekre, hanem csoportokra vagy közösségekre alkalmazzuk a véletlen mintát, de gyakran ez is csak nehezen végrehajtható. Másféle kontrollált kutatási tervekre van szükség, pl. kontrollált nem-véletlen vizsgálatra, vagy visszatekintő elotte-utána vizsgálatra, amely földrajzi területeket vagy népességcsoportokat hasonlít össze.<sup>24 25</sup> A különböző beavatkozások költség/haszon, költség/hatékonyság és megvalósíthatóság aránya is további kutatást igényel.

A kutatási módszerek minőségét jelentősen emelni kell. A kutatók különösen a következő területekre figyeljenek:

- Használják következetesen az etetési kategóriák (a visszaidézendo idoszakra vonatkozóan is) és a többi változó egységesített fogalmait
- A vizsgált téma kiválasztásánál az érvényes kritériumokat használják (figyeljenek az inkluzív és exkluzív kritériumokra; ne hozzanak önkényes döntést)
- Ahol lehetséges, használják a megfelelő kísérleti keretet (kontrollált véletlen próbát és szándékelemzést /intention-to-treat analysis/)
- Akkora mintát és feldolgozó apparátust használjanak, amekkorát az adott kutatás megkövetel (pl. a szuk intervallumok esetében is meg lehessen állapítani statisztikai jelentőséget)
- A zavaró tényezőket kezeljék a megfelelő faktoriális elemzéssel (átfogó alapadatsor)
- Ahol szükséges, használjanak megfelelő kvalitatív módszereket

Fontos megjegyezni, hogy a kutatások során nem szabad és nem etikus véletlenszerűen felkérni édesanyákat, hogy szoptassanak vagy ne szoptassanak. Az anyavédelmi szervezetek –

<sup>s</sup> Ezen a területen a kormány és a közszolgálati szektorok legyenek iránymutatóak.

köztük a AEK-csoportok – hatékonyságának mérésekor is körültekintően kell eljárni, főként visszamenőleg, hiszen ezekhez a szolgáltatásokhoz általában azok a csoportok fordulnak, akik a legkevésbé hajlanak a szoptatásra, és lényegében önkiválasztók. Ezen a területen a prospektív kutatás is óvatosságot igényel, a zavaró változók nagy száma miatt.

Az egészségügyi hatóságok, orvosi egyetemek, egészségügyi szakiskolák és szakmai testületek szoptatással/csecsemotáplálással kapcsolatos kutatásaiban az az etikai elv az irányadó, hogy a kutatás legyen mentes mindenféle verseny- és kereskedelmi érdektől. Rendkívül fontos, hogy a kutató azonnal jelezze, ha esetleges érdekellentét áll fenn, és ezt az ellentétet még azelőtt feloldja, hogy az kutatási eredményeit befolyásolná.

## 6.1 Kutatás

Javasolt feladatok	Felelos szervek	Eredmények/teendok
6.1.1 Ösztönözni és támogatni kell az egyeztetett szempontok és munkarend alapján történő szoptatáskutatást, mely az egységesített szoptatási fogalmakat használja, és mentes minden verseny- és kereskedelmi érdektől.	Az Európai Bizottság, a kormányok, a kutatóintézetek, a szoptatásvédelmi bizottságok	Éves keret jön létre, amelyből a kutatások gazdálkodhatnak; számos kutatási projekt és publikáció születik
6.1.2 Támogatni és biztosítani kell az intenzív szoptatáskutatási tapasztalatcserét a tagállamok kutatóintézetei között	Az Európai Bizottság, a kormányok, a kutatóintézetek, a szoptatásvédelmi bizottságok, a szakmai testületek	Számos együttműködési projekt és publikáció születik

<sup>1</sup> León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002.

[http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits\\_of\\_BF.htm](http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm)

<sup>2</sup> A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344:1239-41

<sup>3</sup> United Nation General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989.

<http://www.unicef.org/crc/crc.htm>

<sup>4</sup> World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003.

[http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/gs\\_icyf.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_icyf.pdf)

<sup>5</sup> World Health Assembly. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. WHO, Geneva, 1981.

[http://www.who.int/nut/documents/code\\_english.PDF](http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF)

<sup>6</sup> UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990.

<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

<sup>7</sup> WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.

---

<sup>8</sup> FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992.  
[http://www.who.int/nut/documents/icn\\_declaration.pdf](http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf)

<sup>9</sup> A vonatkozó lábjegyzetben említett kiadvány: Interagency Working Group on Infant and Young Children Feeding in Emergencies. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Emergency Nutrition Network, 2001.  
<http://www.enonline.net/ife/ifeops.html>

<sup>10</sup> WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001.  
<http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>

<sup>11</sup> Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications.  
Public Health Nutr 2001;4:265-73

<sup>12</sup> Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000.

<sup>13</sup> EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000.  
<http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>

<sup>14</sup> 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.  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)

<sup>15</sup> EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004.  
[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)

<sup>16</sup> American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9.

*Lásd még:*

World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003.

[http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/gs\\_iycf.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf)

<sup>17</sup> European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991.

<sup>18</sup> International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000.  
<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>

<sup>19</sup> Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO Regional Publications, European Series n. 87 ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

<sup>20</sup> WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. WHO, Geneva, 2003.

[http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_MS.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf)

<sup>21</sup> World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991.

[http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)

<sup>22</sup> World Health Organization, Unicef. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993.

<sup>23</sup> Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. Am J Public Health 2004;94:400-5

<sup>24</sup> Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000;321:694-6

<sup>25</sup> Des J, Lyles C, Crepez N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health 2004;94:361-6