

Közzététel: 2021. augusztus 10.

A tanulmány címe:

## **A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei**

Szerzők:

**MORAVCSIK-KORNYICKI ÁGOTA** (levelező szerző), a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Egészségfejlesztési Osztályának osztályvezetője  
E-mail: moravcsik-kornyicki.agota@szzsmbk.hu  
a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájának doktorjelöltje  
E-mail: koragota@gmail.com

**R. FEDOR ANITA**, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának főiskolai tanára, általános és tudományos dékánhelyettese,  
intézetigazgatója  
E-mail: fedor.anita@foh.unideb.hu  
a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájának témavezetője  
E-mail: rusinaf@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.20311/stat2021.8.hu0759>

**Az alábbi feltételek érvényesek minden, a Központi Statisztikai Hivatal (a továbbiakban: KSH) Statisztikai Szemle c. folyóiratában (a továbbiakban: Folyóirat) megjelenő tanulmányra. Felhasználó a tanulmány vagy annak részei felhasználásával egyidejűleg tudomásul veszi a jelen dokumentumban foglalt felhasználási feltételeket, és azokat magára nézve kötelezőnek fogadja el. Tudomásul veszi, hogy a jelen feltételek megszegéséből eredő valamennyi kárért felelősséggel tartozik.**

1. A jogszabályi tartalom kivételével a tanulmányok a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. törvény (Sztj.) szerint szerzői műnek minősülnek. A szerzői jog jogosultja a KSH.
2. A KSH földrajzi és időbeli korlátozás nélküli, nem kizárólagos, nem átadható, térítésmentes felhasználási jogot biztosít a Felhasználó részére a tanulmány vonatkozásában.
3. A felhasználási jog keretében a Felhasználó jogosult a tanulmány:
  - a) oktatási és kutatási célú felhasználására (nyilvánosságra hozatalára és továbbítására a 4. pontban foglalt kivétellel) a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
  - b) tartalmáról összefoglaló készítésére az írott és az elektronikus médiában a Folyóirat és a szerző(k) feltüntetésével;
  - c) részletének idézésére – az átvevő mű jellege és célja által indokolt terjedelemben és az eredetihez híven – a forrás, valamint az ott megjelölt szerző(k) megnevezésével.
4. A Felhasználó nem jogosult a tanulmány továbbértékesítésére, haszonszerzési célú felhasználására. Ez a korlátozás nem érinti a tanulmány felhasználásával előállított, de az Sztj. szerint önálló szerzői műnek minősülő mű ilyen célú felhasználását.
5. A tanulmány átdolgozása, újra publikálása tilos.
6. A 3. a)–c.) pontban foglaltak alapján a Folyóiratot és a szerző(ke)t az alábbiak szerint kell feltüntetni:

„*Forrás: Statisztikai Szemle c. folyóirat 99. évfolyam 8. számában megjelent, Moravcsik-Kornyicki Ágota, R. Fedor Anita által írt, 'A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei' című tanulmány (link csatolása)*”

7. A Folyóiratban megjelenő tanulmányok kutatói véleményeket tükröznek, amelyek nem esnek szükségképpen egybe a KSH vagy a szerzők által képviselt intézmények hivatalos álláspontjával.

Moravcsik-Kornyicki Ágota – R. Fedor Anita

## A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei

### A long-term time series analysis and regional inequalities of infant breastfeeding

MORAVCSIK-KORNYICKI ÁGOTA (levelező szerző),  
a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak  
és Egyetemi Oktatókórház Egészségfejlesztési  
Osztályának osztályvezetője  
E-mail: moravcsik-  
kornyicki.agota@szzsmbk.hu  
a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományok  
Doktori Iskolájának doktorjelöltje  
E-mail: koragota@gmail.com

R. FEDOR ANITA,  
a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának  
főiskolai tanára, általános és tudományos  
dékánhelyettese, intézetigazgatója  
E-mail: fedor.anita@foh.unideb.hu  
a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományok  
Doktori Iskolájának témavezetője  
E-mail: rusinaf@gmail.com

A tanulmány a csecsemők kizárólagos szoptatásának és női tejes táplálásának 1997 és 2019 közötti magyarországi mutatóit elemzi. A szerzők eredményei szerint az első életévüket betöltött gyermekek közül a 4 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők aránya folyamatosan csökkent 2008-tól 2017-ig (2007: 61,77% vs. 2017: 46,36%); a 6 hónapos korig szoptatottaké/női tejjel tápláltaké 1997-től 2007-ig jelentős mértékben emelkedett (1997: 23,38% vs. 2007: 42,45%), majd kisebb-nagyobb ingadozásokkal egyre alacsonyabb lett (2008: 35,73% vs. 2019: 34,40%). Az egyéves korban még kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők aránya 2004-ben érte el a csúcst (52,37%), 2019-ben viszont már csak 35,63 százalék volt. Európai viszonylatban Magyarország kiemelkedik az Egészségügyi Világszervezet csecsemőkori táplálási ajánlása szerint elérendő mutatószámokat tekintve, de az utolsó években tapasztalt csökkenő tendencia és a térségi egyenlőtlenségek célzott beavatkozásokat sürgetnek.

TÁRGYSZÓ: csecsemőtáplálás, anyatejes táplálás, területi egyenlőtlenség

This study aims to analyse the indicators of exclusive breastfeeding and breast-milk-feeding in Hungary for the period 1997–2019. According to the results, among one-year-old children the proportion of infants who were solely breastfed/received only breast milk in their first four months of life constantly declined from 2008 to 2017 (2007: 61.77% vs. 2017: 46.36%). The relevant ratio for infants exclusively breast-/breast-milk-fed in their first six months of life increased significantly between 1997 and 2007 (1997: 23.38% vs. 2007: 42.45%), then decreased with fluctuations (2008: 35.73% vs. 2019: 34.40%). The same indicator for 12-month infants peaked

in 2004 (52.37%), but was only 35.63% in 2019. Hungary excels other European countries in terms of indicators defined in the World Health Organization's global nutrition targets for breastfeeding but the favourable national data cover significant disparities between regions (counties).

KEYWORD: infant feeding, breastfeeding, regional/geographical inequality

A WHO (World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet) tagállamai (többek között Magyarország is) 2002 májusában, a szervezet 55. Közgyűlésén (WHA [World Health Assembly – Egészségügyi Világtanács]) egyhangúan elfogadták a csecsemő- és kisgyermektáplálás globális stratégiát (*WHO* [2003]), amely megteremti az alapot minden, a szoptatást/női tejes táplálást és ezáltal az optimális kora gyermekkori egészségi állapotot védeni, támogatni kívánó közegészségügyi kezdeményezésnek. E stratégia azokra a tudományos eredményekre reflektál, amelyek bizonyítják, hogy az anyatejes táplálás az egyik leghatékonyabb módja gyermekeink korai egészségvédelmének. Köztudott ugyanis, hogy a csecsemő megfelelő táplálása megalapozza a születés utáni korai életszakasz egészségmutatóit (*Decsi* [2005], *Újhelyi* [2012]), valamint a későbbi életkorok egészségminőségét (*Barker* [2002], *Edwards* [2017]).

Az elmúlt évtizedben végzett egyes felmérések (például *Decsi* [2014]) adatai szerint a WHO csecsemőtáplálási globális stratégiai céljai nem teljesültek tökéletesen. Ezért a WHA az anyatejes táplálás csökkenésének megakadályozása érdekében 2016-ban újabb globális stratégiai célokat tűzött ki (*UN* [2016]). Ezek között kiemelt helyen szerepel, hogy a születéstől 6 hónapos korig kizárólag anyatejjel táplált csecsemők arányát 2025-ig az aktuális 37-ről legalább 50 százalékra szükséges növelni (*Walters et al.* [2017]), biztosítva ezzel az egyik alapvető feltételt az optimális kora gyermekkori fejlődéshez (*WHO* [2003]).

A magyarországi szakmai irányelvek is illeszkednek ezekhez a stratégiai célokhoz, hiszen a 2017-ben megjelent „Az egészséges újszülött és koraszülött táplálás szakmai irányelveken alapuló gyakorlati útmutatója” (*Gárdos et al.* [2017]), valamint az Emberi Erőforrások Minisztériumának 2019-től hatályos „Szakmai irányelve az egészséges csecsemő 0–12 hónapos táplálásáról” (*EMMI* [2019]) szintén tartalmazzák azt a meghatározást, miszerint 6 hónapos korig a kizárólagos és igény szerinti szoptatás javasolt gesztációs kortól és születési súlytól függetlenül. Az anyatejes táplálást legalább a második életév végéig a hazai és nemzetközi szakmai irányelvek kiegészítő táplálási módként ajánlják (*WHO* [2003]).

A WHO – már említett – csecsemő- és kisgyermektáplálási globális stratégiája (*WHO* [2003]) kiemelten hangsúlyozza, hogy a nemzeteknek saját stratégiai céljaik meghatározása előtt meg kell tenniük bizonyos lépéseket. Az ajánlás első fejezete felhívja a figyelmet arra, hogy a nemzeti stratégiai döntéshozásnak elsőként

azonosítania és orientálnia kell a főbb érdekelt feleket (felkészülve ezzel egy átfogó, megalapozott nemzeti interdiszciplináris stratégia kidolgozására), majd értékelnie és elemeznie kell a helyi (hazai) helyzetet, segítve a beavatkozási pontok prioritási sorrendjének, valamint a (nemzetenként eltérő) ütemezésnek a meghatározását (*Walters et al.* [2017]).

## 1. Előzmények – szakirodalmi áttekintés

Az anyatejjel hónapokig táplált csecsemők mentális és fizikális fejlődése kedvezőbben alakul, mint más gyermekeké, amiről több hazai (*Pécsi* [2011], *Arató et al.* [1996]) és nemzetközi tanulmány (többek között *Jakobik et al.* [2011]) is beszámol. *Pécsi* [2011] az „Anyatej – több mint eledel” című írásában *Gou* és *Hendricks* [2008] szerzőpárosra hivatkozva arra hívja fel a figyelmet, hogy vannak kutatók, akik az anyatejet biológiai folyadékként tekintik, mivel az sok olyan anyagot tartalmaz, amely nemcsak tápanyagként hasznosul, de jelentős biológiai hatást is kifejt. *Jakobik et al.* [2011] öt európai ország csecsemőtáplálással kapcsolatos irányelveit tekintik át, és kiemelik közülük a szoptatás előnyeire fókuszáló megállapításokat. Ezek mindegyike arra világít rá, hogy a szoptatás véd a fertőzésekkel, a cukorbetegséggel és az allergiával szemben.

A neuro-pszichoanalitikus *Schore* [2001] rámutat arra, hogy szoptatáskor a testi kontaktussal olyan agyi kapcsolat (rezonancia) jön létre a csecsemő és az anya között, amelynek hatására az anya differenciált idegrendszere szabályozza a csecsemő éretlen idegrendszerét. Ezzel magyarázható, hogy a síró, nyugtalan gyermek megnyugszik, ha ölbe veszik és megszojtatják.

A szoptatás a szoptató nő egészségét is védi: kutatások alapján ugyanis napi 480 extra kalória felhasználásával jár, ezáltal a kismama hamarabb vissza tudja nyerni alakját a szülés után (*Binns–Lee–Low* [2016]). Emellett hozzájárul az anya kardiovaszkuláris rendszerének egészségéhez is, mivel azoknál a poszt-menopauzális nőknél, akik korábban több mint 12 hónapon át szoptattak, 10 százalékkal csökken a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázata, de már a legalább 3 hónapon át szoptató nők esetén is jelentősen kisebb valószínűséggel alakul ki stroke, szívinfarktus vagy egyéb kardiovaszkuláris probléma (*Peters et al.* [2017]). *R. Chowdhury et al.* [2015] vizsgálati eredményei szerint 12 hónapnyi szoptatás után (37%-kal) alacsonyabb a petefészekrák és (26%-kal) az emlőrák előfordulási esélye.

Korábbi évtizedekben végzett idősoros elemzések (*Horváth* [1995], *Moravcsik-Kornyicki* [2013], *Kurtán* [2014], *Kádár et al.* [2018]) bizonyítják, hogy Magyarországon az anyatejes táplálás terén területi egyenlőtlenségek mutatkoznak.

Ez azonban a tévhit ellenében nem földrajzi egyenlőtlenségeket, hanem a társadalmi-gazdasági viszonyok által meghatározott egészségi állapot-egyenlőtlenségek geográfiai vetületét jelenti, amelynek ismerete lehetőséget teremt a területi különbségek csökkentésére.

*Heck et al.* [2006] kutatásukban rávilágítanak arra, hogy a magasabb iskolai végzettségű anyák nagyobb arányban és hosszabb ideig szoptatják gyermeküket, mint az alacsonyabb végzettségű társaik. A csecsemőkori anyatejes táplálásra és ezáltal a gyermekek egészségi állapotára szignifikáns hatással van a szülői egészségműveltség, továbbá az egészséggel és az egészségüggyel kapcsolatos ismeretek szintje. Egy korlátozott egészségműveltségű anya gyermeke nagyobb valószínűséggel szenved valamely krónikus betegségben, mint azé, akinek egészségértése megfelelő (*Sántha et al.* [2020]). Az egészségkompetencia emellett kapcsolatban áll a nők gyermekgondozási időszakban csecsemőjükre fordított minőségi idejének mennyiségével (időinvestíciójával) is, és statisztikailag releváns összefüggést mutat az anyák iskolázottságával, illetve társadalmi háttérével (*R. Fedor* [2015], *R. Fedor–Toldi* [2017]).

Egy, az iskolázottság és azon belül a felsőfokú végzettségűek területi megoszlását vizsgáló hazai kutatás (*Sánta–Szakálné Kanó–Lengyel* [2015]) arra világít rá, hogy Magyarországon a rendszerváltás óta csökkent e téren a területi egyenlőtlenség, és mérséklődött a felsőfokú végzettségűek térbeli koncentrátsága. *Németh és Dövényi* [2018] munkájából azonban kiderül, hogy a felsőfokú végzettségűek arányának 2001 és 2011 közötti változása településenként nem volt egységes, erősen mozaikos képet mutatott. Az aprófalvas megyékben (például Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Baranya, Somogy, Zala, illetve Veszprém megyében) alacsonyabb a felsőfokú végzettségűek száma, és arányuk lassabban növekedett, mint máshol, ugyanakkor koncentrációjuk mértéke határozottan javult a községek javára a korábbiakhoz képest. Ezért is fontos az egészséggel, az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos információk közérthető átadása a hátrányos helyzetű, marginalizált társadalmi csoportok számára, ezáltal pedig annak a lehetőségnek a megteremtése, hogy megőrizhessék, javíthassák egészségüket (*Erdei et al.* [2018]).

Csak nagyon kevés nő szoptatja gyermekét annak egyéves kora után az Európai Unióban. Ha a szoptatás világviszonylatban a WHO által javasolt optimális szintre növekedne, az évente több mint 823 000 gyermek és 20 000 anya halálát akadályozhatná meg az előbb leírtak miatt. *Rollins et al.* [2016] a szoptatás intelligencia- (IQ-) szintre gyakorolt előnyös hatása<sup>1</sup> alapján becsülték meg azt a globális gazdasá-

<sup>1</sup> *Horta, de Mola és Victoria* [2016] rámutatnak, hogy a csecsemőkorukban szoptatott egyének IQ-szintje 2,6 százalékkal magasabb másokhoz képest (SD = 0,17). *Hanushek és Wössmann* [2008] vizsgálata szerint pedig a kognitív pontszámok 1 SD-nyi (azaz 15 IQ-pontnyi) emelkedése a magas jövedelmű országokban 12, az alacsony jövedelmű országokban 16 százalékos órabér-növekedéssel jár együtt. *Rollins et al.* [2016] feltételezték, hogy a munkajövedelmek a bruttó nemzeti jövedelemnek körülbelül a felét teszik ki.

gi veszteséget, amely a kevesebb mint 6 hónapig tartó szoptatás/mesterséges táplálás arányával függ össze. Eredményeik alapján ez 2012-ben mintegy 302 milliárd dollárt tett ki. A helyzet javításához tehát valóban hatékony támogatásra van szükség. Ez pedig elhivatottságot követel, hiszen csak így lehet előmozdítani és mozgósítani a társadalmat, illetve visszatérni a szoptatási kultúrához. Egyéni szinten minden nő számára elérhetővé kell tenni a lakóhelyközeli szoptatásbarát szolgáltatásokat, a folyamatos védőnői segítségnyújtást és ellátást. Kiemelt jelentőségű egy nemzet egészsége szempontjából, hogy minél több csecsemőt tápláljanak kizárólag anyatejjel életük hatodik hónapjáig. Főként a születés utáni első órákban történő szoptatás népszerűsítésére teljes szakmai, szakpolitikai és kormányzati összefogásra, egységes stratégiák kidolgozására, valamint az erre irányuló, célzott intervenció megtervezésére és kivitelezésére van szükség a következő években (*UNICEF–WHO* [2018a]). *Lubold* [2017] kutatása bizonyítja, hogy a jóléti államok szoptatást támogató, népegészségügyi döntései egyaránt kihatnak a szoptatás megkezdésére és annak hosszára.

Az anyatejes tápláláshoz fűződő egyéni attitűdöket számos tényező befolyásolja. A legfontosabbak között van a társadalom hozzáállása a szoptatáshoz (mely nagyban kultúra-, norma- és értékfüggő), illetve a vallás is. A különböző tévhit és a témával kapcsolatos ismeretek hiánya szintén kihatnak a szoptatásra. Például a kínai kultúrában az egészséges csecsemőt nagyméretű babával azonosítják, s mivel úgy gondolják, hogy a tápszer egészségesebb, mint az anyatej, a szülők kétharmada nem követi a gyermek 6 hónapos koráig tartó kizárólagos anyatejes táplálásra vonatkozó WHO-ajánlást. A szoptatást támogató kampányok tekintetében két dolgot érdemes megemlíteni. Az egyik, hogy azok pénzügyi támogatásának materiális megtérülése nem reális elvárás, a másik pedig, hogy az ilyen kampányok rontják egyes (elsősorban az élelmiszeriparban, gyógyszeriparban, tápszer- és bébiételgyártásban prosperáló) piaci szereplők üzleti érdekeit. Mindezek miatt Magyarországon is fontos, hogy minél több anyatejes táplálással kapcsolatos információ jusson el az anyákhoz, elősegítve ezzel a tévhit felszámolását. Ehhez azonban meg kell ismernünk a hazai szoptatási attitűdöket és az anyatejes táplálás jellemzőinek mintázatát, ami szoptatási adatokra épülő kutatásokkal érhető el.

A WHO nagy erőfeszítéseket tesz a szoptatási adatok gyűjtése érdekében, ami az egységes globális adatgyűjtési elvek, rendszerek hiánya miatt meglehetősen nehéz feladat. Magyarországon közel 40 éve rendelkezünk szoptatási adatokkal, de csak a gyermekek negyedik-ötödik életnapjától kezdve. *Horváth M.* 1995-ben publikálta hosszú idősoros, megyei szintű elemzését az anyatejes táplálásról, amelyhez 1984 és 1993 közötti területi adatokat használt fel. Az azóta eltelt csaknem 20 évben elmaradt a nyers adatok teljes körű feldolgozása, szakmai elemzése, annak ellenére, hogy évente nyilvános közzéteszik őket. Csak elenyésző számú munka foglalkozott a témával; ezek közül érdemes megemlíteni például *Szabó et al.* [2011] tanulmányát,

amely a csecsemőkori táplálás epidemiológiáját vizsgálta vagy *Kádár et al.* [2018] egyenlőtlenségek mintázatát feltérképező dolgozatát.<sup>2</sup> Jelen írásunkkal, amelyben kutatásunk egy részterületét, a csecsemők anya-/női tejes táplálásának 1997 és 2019 közötti alakulását mutatjuk be, ezt a hiányt szeretnénk pótolni. A téma tanulmányozása azonban több szempontú megközelítést igényel, hiszen egészség- és társadalomtudományi vetülete is van, így érdemesnek tartjuk a jövőben az egészség- és társadalomtudományi dimenziók „beemelését” is a vizsgálatainkba (*R. Fedor* [2019], *Libicki–R. Fedor* [2020], *Moravcsik–Kornyicki–R. Fedor* [2021]).

A nemzeti stratégiai célok felállítása előtt tehát – mint már említettük – a WHO által javasolt lépéseket kell végrehajtani. Ehhez az anyatejes táplálással kapcsolatos adatok statisztikai elemzésére van szükség, amelyhez Magyarországon egy kiváló egységes rendszer, a védőnői éves jelentések szolgálhatnak forrásul. Jelen dolgozat célja e jelentések alapján annak meghatározása, hogy a vizsgált 23 évben volt-e észlelhető javulás Magyarországon az anyatejes táplálás vonatkozásában, és ha igen, milyen mértékű, valamint jelentősek voltak-e a régiók és megyék közötti különbségek a vizsgált paramétereket illetően. Mivel a lakosság egészségi állapotának folyamatos követése kulcsfontosságú minden modern állam politikai vezetése számára (*Moravcsik–Kornyicki et al.* [2017]), munkánkkal a megalapozott döntéshozatalhoz szeretnénk segítséget nyújtani.

## 2. Módszerek

### 2.1. A vizsgált adatok forrása

A Magyarországon dolgozó, közel 4 000 területi védőnő mindegyike évente 140 féle adatot szolgáltat statisztikai célból (*EüM* [2017]) a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendeletben<sup>3</sup> foglaltak szerint (*EüM* [2004], *OTH* [2013]) az ágazati informatikai rendszerben<sup>4</sup>, ebből 131 adatot havi rendszerességgel (*OTH* [2017]). Az éves jelentésekbe minden, az adott évben védőnői gondozásba vett újszülött, csecsemő adatai bekerülnek. A területi védőnői adatok gyűjtéséért és nyilvánosságra hozataláért 2005-ig a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) volt felelős, feldolgozásuk után az

<sup>2</sup> Az ilyen típusú elemző munkák nemcsak a helyzetfeltárást szolgálják, de gyakorlatba átültethető ismereteket is nyújtanak, és elősegítik az egészségfejlesztési koncepciók újragondolását.

<sup>3</sup> 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról.

<sup>4</sup> Az adatgyűjtés nyilvántartási száma: 1003/09.

intézmény papíralapon, évkönyvekben jelentette meg őket. 2006-tól az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ, 2012-től a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, később az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (*Moravcsik-Kornyicki-Daragó-Kósa* [2014]) látta el ezt a feladatot. Jelenleg (2015-től) a védőnői jelentésekben foglaltak a Gyermek-alapellátási Információs Portál honlapján, elektronikus formában kerülnek nyilvános közlésre.

Kutatásunk alapját az 1997–2019-es időszakban gondozásba vett, első életévüket még be nem töltött csecsemők anyatejes táplálására vonatkozó adatok képezik.

## 2.2. A vizsgált adatok köre

A területi védőnők 1997 és 2018 között több mint 100, 2019-ben – mint már említettük – 140 féle adatot szolgáltatott. Jelentéseikben (*EüM* [2017]) a „halmozott adatok” (1–140 rovat) közül a táplálkozással kapcsolatosakat a 45-től 56-ig számozott rovat tartalmazza. Ennek címe „Az év folyamán első életévüket betöltötték táplálása”, ahol az adatokat megadott életkori kategóriák (születéstől 4 hónapos korig [0–119 nap], születéstől 6 hónapos korig [0–179 nap], valamint betöltött 12 hónapos kor előtti nap) szerint szükséges közölni.

A csecsemők korcsoportosítását követően a következő táplálási típusok alapján készül a jelentés:

– *kizárólagos szoptatás* – a születésüktől kezdve kizárólagosan szoptatott/női tejjel táplált csecsemők száma (a gyermek anyatejen kívül nem kap mást, még forralt vizet sem; szükség esetén azonban engedélyezett számára vitamin, ásványi anyag, gyógyszer adása csepp/szirup formájában);

– *többnyire szoptatás, de folyadékkiegészítés is* – azoknak a csecsemőknek a száma, akik az anyatej mellett kiegészítésként kizárólag kis mennyiségű vizet, gyümölcslevet, teát kapnak (kivéve szükség esetén a rehidrációs készítményeket, vitaminokat, ásványi anyagokat, gyógyszereket csepp/szirup formájában);

– *vegyes táplálás* – szoptatás/női tejes táplálás mellett tápszerrel/gyümölcspéppel/tejpeppel/főzelékkel táplált csecsemők száma;

– *mesterséges táplálás* – egyáltalán nem szoptatott/női tejjel nem táplált csecsemők száma (*NNK* [2017]).



A védőnői jelentésekben megadott adatokból 12 vonatkozik a csecsemők táplálására, melyek közül a következőket elemezzük az 1997 és 2019 közötti időszak tekintetében:

a) az év folyamán első életévüket betöltöttek közül a születéstől 4 hónapos korig (0–119 napig) kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők száma;

b) az év folyamán első életévüket betöltöttek közül a születéstől 6 hónapos korig (0–179 nap) kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők száma;

c) a 12 hónapos korban (az első életévük betöltése előtti napon) kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők száma.

### 2.3. Az adatelemzés módszertana

Mint arról már szó volt, adatbázisunkat a területi védőnői jelentések táblái adják. Az éves adattáblákat az adott évi jelentések összegyűjtéséért felelős kormányzati intézmények megkérésével, valamint online letöltéssel szereztük meg, majd szerkesztettük. Ez a vizsgált 23 évre vetítve összesen 23 Word és/vagy Excel formátumú dokumentumot, évente 11 adattáblát, összesen 253 adattábla összefűzését, szerkesztését és ellenőrzését jelentette. Az adattáblák az említett 140 féle adatot tartalmazzák régiós és megyei bontásban. A kutatási adatbázis így összesen 56 776 adatból áll, melyek minden, az elmúlt 23 évben védőnői gondozásba került várandós nő, illetve gyermek egészségi állapotáról tájékoztatást adnak, tehát teljeskörűen lefedik e két csoportot.

### 2.4. Az adatelemzés korlátai

A legtöbb országban gyűjtenek szoptatással/anyatejes táplálással kapcsolatos adatokat. Az ezek alapján számított szoptatási mutatók azonban néha következtelenek vagy pontatlanok, és gyakran hiányosak. Nincsenek egységesen használt fogalmak, módszerek, illetve nem létezik egy egész Európára érvényes adatgyűjtési rendszer sem.

Mint azt már említettük, Magyarországon közel 40 éve rendelkezünk összehasonlítható adatokkal, de csak a negyedik-ötödik életnaptól kezdve (*Horváth* [1995]). Az adatgyűjtést a védőnők kezdik meg az anya-csecsemő páros kórházból való hazatérése után. Az első életnapokban adott folyadékkiegészítést (tápszer, cukros víz, egyéb) nagyon gyakran nem tüntetik fel a kórházak a zárójelentésekben. Így az olyan csecsemő, aki kizárólag szoptatottként szerepel a statisztikákban, valójában legfeljebb csak az ötödik-hatodik életnaptól volna „kizárólag szoptatottnak” tekinthető.

További probléma, hogy az anyák sokszor az általuk vélt elvárásokhoz igazodnak, így előfordulhat, hogy az adatok közlésekor nem tesznek említést például az anyatej melletti folyadékkiegészítésről (*Török–Kun* [2012]).

Fontos mérföldkőnek tekinthető a 2004-es esztendő, hiszen ekkor szigorodtak a kizárólagos szoptatás statisztikai adatfelvételére vonatkozó szabályok: a korábbiakkal ellentétben ettől kezdve már nem tekintendők kizárólag szoptatott csecsemőknek azok, akik tea- vagy gyümölcsleptáplálást is kapnak (2019: 4,34%). E változás hatása a kizárólag anyatejjel táplált csecsemők arányának csökkenésében mutatkozott meg. További fordulópont volt 2009, amikor a védőnők éves adatszolgáltatási kötelezettsége a 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet értelmében (*EüM* [2004]) ütemezett, havi adatjelentésekre módosult (*ÁNTSZ–OTH* [2013]). Az ennek bevezetését követő első pár évben az éves jelentések nyers adatait az összesített havi értékek adták, és nem a göngyöltött értékek (*Moravcsik–Kornyicki–Daragó–Kósa* [2014]). Ezért a kutatási adatainkat eszerint kellett korrigálnunk az átlag- és prevalenciaszámítások előtt.

A védőnői jelentések az érintett területek/lakosok társadalmi, gazdasági, demográfiai, illetve egyéb egészségügyi adataira vonatkozóan nem szolgáltatnak információkat. Így azok az elemzett csecsemőtáplálási adatok (gyakoriságok, arányok) háttérben álló, korábban már részletezett ok-okozati összefüggések feltárására nem alkalmasak, viszont összevethetők más adatforrásokból gyűjtött, területi statisztikai adatokkal.

### 3. Eredmények

#### 3.1. A születéstől 4 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők arányának időbeli változása, a területi eltérések mintázata

A védőnői jelentések évében első életévüket betöltött gyermekek közül a születéstől 4 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők országos aránya 1997 és 2019 között átlagosan évi 54,64 százalék volt. Az indikátor értéke 2003-ban volt a legmagasabb, közel 65 százalék (64,57%), a mélypontot (46,36%) 2017-ben érte el. A vizsgált időszak első hét évében, tehát 2003-ig a mutatót növekvő tendencia jellemezte, majd 2004-ben törés (57,25%) következett be. Ezt követően három évig újból emelkedett (2005: 59,23%; 2006: 60,00%; 2007: 61,77%), 2008-tól (56,97%) 2017-ig (46,36%) viszont egyre alacsonyabb lett, de az utolsó két évben kismértékben ismét nőtt (2018: 47,00%; 2019: 47,39%).

1. táblázat

*Az első életévüket betöltött gyermekek közül a születéstől 4 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejtel táplált csecsemők aránya megyék szerint, 1997–2019 (%)*  
*(Proportion of infants exclusively breastfed or breast-milk-fed in their first four months of life among one-year-old infants in Hungary, by county, 1997–2019 [%])*

Év	Észak-Alföld			Dél-Alföld			Dél-Dunántúl			Nyugat-Dunántúl			Észak-Magyarország				Közép-Dunántúl			Közép-Magyarország		Állag	SD
	Hajdú-Bihar	Jász-Nagykun-Szolnok	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Bács-Kiskun	Békés	Csongrád-Csanád	Baranya	Somogy	Tolna	Vas	Győr-Ménfőcsanak	Sopron	Zala	Borsod-Abaúj-Zemplén	Heves	Nógrád	Fejér	Komárom-Esztergom	Veszprém	Budapest	Pest		
1997	48,35	52,83	43,75	46,44	55,88	60,23	45,14	45,49	47,00	42,06	55,72	57,31	45,11	45,63	61,01	54,12	56,31	41,83	53,89	45,44	50,18	6,19	
1998	52,08	59,94	48,11	50,78	58,81	63,82	50,39	49,25	48,07	47,51	60,87	57,73	53,36	51,04	61,83	58,75	58,13	49,79	58,31	50,51	54,45	5,29	
1999	50,06	63,37	50,67	53,94	60,73	68,32	52,63	52,95	54,79	52,89	62,42	57,50	57,39	49,48	62,78	61,73	60,42	51,91	61,69	54,05	57,29	5,12	
2000	57,16	66,05	53,37	53,53	64,68	66,45	54,99	52,31	55,71	56,94	65,52	61,34	58,55	54,79	64,79	62,44	62,13	52,43	64,62	57,04	59,24	5,01	
2001	59,38	65,57	57,06	56,65	61,69	69,68	57,02	55,56	55,91	58,88	66,29	65,70	62,05	57,78	64,21	62,66	64,98	56,06	68,54	61,09	61,34	4,47	
2002	62,60	63,90	57,96	58,82	61,75	69,73	58,32	59,01	58,65	60,80	66,13	68,85	63,71	55,42	65,60	63,43	66,46	60,46	70,17	63,48	62,76	4,16	
2003	64,16	66,86	60,15	61,33	64,40	71,99	61,05	59,50	59,98	61,62	70,14	67,88	65,17	58,94	67,40	66,65	65,86	61,71	71,69	65,00	64,57	4,01	
2004	59,66	60,88	58,46	50,96	50,20	60,53	50,87	53,85	51,64	57,38	61,85	64,37	62,49	46,38	55,93	59,08	58,97	54,13	65,98	61,33	57,25	5,29	
2005	61,59	61,86	59,76	54,18	53,15	61,48	56,13	49,93	56,16	60,11	63,57	65,26	63,02	50,81	59,90	57,76	62,87	57,20	67,84	62,05	59,23	4,75	
2006	59,73	64,42	60,87	55,75	53,69	63,78	58,53	55,66	54,73	63,21	66,21	65,64	65,43	52,73	59,57	62,47	64,38	60,43	66,78	65,80	61,00	4,54	
2007	58,09	62,31	61,64	55,85	55,56	64,44	60,50	54,22	59,67	62,54	67,36	67,34	63,86	56,23	61,87	63,98	63,99	61,65	68,24	66,02	61,77	4,14	
2008	56,96	53,50	53,32	53,59	52,39	60,60	55,28	54,43	55,48	56,22	62,48	60,26	58,40	49,98	55,33	61,49	57,74	56,40	63,98	61,50	56,97	3,76	
2009	57,12	47,82	51,20	52,47	49,90	52,43	56,19	53,86	56,92	54,99	63,50	59,67	54,88	46,17	53,13	60,29	59,97	58,33	64,27	61,66	55,74	5,00	
2010	49,96	42,82	49,56	54,52	47,98	44,02	55,37	51,24	59,16	55,68	64,38	58,43	55,46	46,09	56,37	58,53	58,84	55,15	63,63	63,14	54,64	6,21	
2011	50,33	41,25	48,45	50,82	45,74	43,07	54,63	50,78	56,65	53,66	62,09	57,80	52,33	44,80	53,64	59,54	57,73	54,47	62,40	61,06	53,06	6,23	
2012	49,96	41,16	45,37	49,74	43,68	42,42	54,53	50,39	56,25	49,70	59,83	54,68	51,32	44,44	48,96	59,24	56,25	56,40	61,26	59,75	51,77	6,22	
2013	47,38	40,06	43,24	47,50	41,99	41,04	51,68	53,12	55,67	51,89	61,00	53,11	48,05	44,95	50,19	58,10	56,02	54,47	60,42	57,86	50,89	6,43	
2014	46,31	37,44	43,01	45,90	36,52	42,05	52,80	49,83	52,23	50,25	56,09	52,09	45,71	43,42	46,46	56,51	57,83	52,77	61,27	57,48	49,30	6,86	
2015	45,01	38,12	39,98	44,03	35,82	43,83	52,63	48,67	51,25	47,27	56,22	53,97	45,22	40,82	44,80	52,80	52,70	52,26	59,84	56,36	48,08	6,62	
2016	44,04	36,30	40,03	43,18	31,51	34,14	50,13	48,18	49,77	45,01	54,72	52,10	46,05	42,17	45,54	53,01	50,17	52,87	59,94	51,47	46,57	7,23	
2017	47,80	35,66	39,58	42,33	32,38	39,55	48,18	49,37	47,15	39,74	54,30	53,92	44,84	40,95	42,94	53,15	54,78	51,22	59,91	50,29	46,36	7,20	
2018	48,54	29,22	39,37	43,87	34,71	37,48	48,93	50,54	51,64	42,24	55,22	55,20	44,80	44,00	42,75	52,69	56,16	51,47	60,22	50,99	47,00	7,89	
2019	47,47	27,99	40,14	43,88	38,26	37,90	50,81	49,21	45,05	43,77	55,29	58,35	45,75	42,28	42,37	54,29	56,26	53,59	60,64	54,53	47,39	8,20	
Állag	53,57	50,41	49,78	50,87	49,19	53,87	53,77	52,10	53,89	52,80	61,36	59,50	54,44	48,23	55,10	58,81	59,09	54,65	63,28	58,17	54,64		
SD	6,16	13,16	7,80	5,93	10,67	12,72	3,98	3,37	4,29	7,12	4,67	5,34	7,69	5,56	8,18	4,04	4,28	4,42	4,25	5,65	7,99		

Megjegyzés: Szürkével az éves országos átlagoknál kisebb értékeket jelöltük.

Ugyanezt megyei szinten vizsgálva – és referenciaévnak 1997-et tekintve –, a 20 vizsgált terület (19 megye és a főváros) közül egyes megyéknél 2008-ig jellemzően emelkedés, majd 2009-től 2019-ig drasztikus csökkenés figyelhető meg. Fontos kiemelni Jász-Nagykun-Szolnok, Békés és Csongrád-Csanád megyét, ahol az éves országos arányszámhoz viszonyított többlet 2008-ban eltűnt, és ezt követően, 2019-ig erőteljes negatív tendencia érvényesült. Bács-Kiskun, Heves és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye adatai több mint 20 év esetén, további négy megyéé (Békés, Hajdú-Bihar, Somogy, illetve Vas) pedig legalább 15 évben elmaradtak az éves országos átlagoktól. Ugyanakkor jelentősen meghaladta (azaz legalább 20 éven keresztül felülteljesítette) azokat Győr-Moson-Sopron, Zala, Komárom-Esztergom és Fejér megye, valamint a főváros, Budapest, de kiemelést érdemel e szempontból Pest megye is.

Ha a megyei alapadatok 23 éves átlagát tekintjük, megállapítható, hogy jobban teljesített az országos átlaghoz (54,64%) képest Győr-Moson-Sopron (61,36%), Zala (59,50%), Fejér (58,81%), Komárom-Esztergom (59,09%) és Pest megye (58,17%), valamint a főváros (63,28%). Elmaradt ugyanakkor attól Jász-Nagykun-Szolnok (50,41%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (49,78%), Bács-Kiskun (50,87%), Békés (49,19%) és Heves megye (48,23%). Hajdú-Bihar (53,57%), Csongrád-Csanád (53,87%), Baranya (53,77%), Somogy (52,10%), Tolna (53,89%), Vas (52,80%), Borsod-Abaúj-Zemplén (54,44%), Nógrád (55,10%), illetve Veszprém (54,65%) megye esetén nem volt számottevő eltérés a 23 éves országos átlaghoz képest. (Lásd az 1. táblázatot.)

### **3.2. A születéstől 6 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők arányának időbeli változása, a területi eltérések mintázata**

A védőnői jelentések évében első életévüket betöltött gyermekek közül a születéstől 6 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők országos arányát változó tendencia jellemezte 1997 és 2019 között. A mutató értéke 2007-ben volt a legmagasabb (42,45%), 1997-ben a legalacsonyabb (23,38%); átlaga a vizsgált 23 évben 34,20 százalékot tett ki. A 2. táblázat szerint 1997-től 2003-ig a csecsemők egyre nagyobb hányadát szoptatták/táplálták kizárólag női tejjel a 6 hónapos korukig, 2004-ben azonban arányuk a 2003. évi 39,70-ról 33,73 százalékra esett vissza. Ezt követően az országos átlag ismét növekedni kezdett (2005: 37,97%; 2006: 41,21%; 2007: 42,45%), majd a 2008-as visszaesést (35,73%) és kétévnyi javulást követően 2016-ig (31,96%) folyamatosan csökkent. Az elemzett időszak utolsó három évét újra kismértékű emelkedés jellemezte (2017: 32,55%; 2018: 33,91%; 2019: 34,40%).

2. táblázat

Az első életévüket betöltött gyermekek közül a születéstől 6 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejfel táplált csecsemők aránya megyék szerint 1997–2019 (%)  
(Proportion of infants exclusively breastfed or breast-milk-fed in their first six months of life among one-year-old infants in Hungary, by county, 1997–2019 [%])

Év	Észak-Alföld			Dél-Alföld			Dél-Dunántúl			Nyugat-Dunántúl			Észak-Magyarország						Közép-Magyarország		Átlag	SD
	Hajdú-Bihar	Jász-Nagykun-Szolnok	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Bács-Kiskun	Békés	Csongrád-Csanád	Baranya	Somogy	Tolna	Vas	Győr-Moson-Sopron	Zala	Borsod-Abaúj-Zemplén	Heves	Nógrád	Fejér	Komárom-Esztergom	Veszprém	Budapest	Pest		
1997	23,73	22,69	20,38	22,10	31,46	32,14	19,52	21,13	22,11	11,88	25,54	23,53	16,38	18,33	35,77	28,26	29,34	15,85	26,25	21,16	23,38	5,93
1998	25,44	29,97	23,83	24,80	32,80	38,70	24,46	24,38	25,38	19,97	29,92	29,25	20,80	20,49	38,12	32,17	29,89	19,45	31,14	25,34	27,32	5,57
1999	29,12	31,24	26,59	26,28	34,13	39,01	26,56	26,78	28,07	21,99	31,97	28,48	23,76	20,45	39,65	34,93	31,82	23,40	34,48	28,31	29,35	5,29
2000	30,26	32,86	26,52	27,17	37,33	37,90	31,00	26,91	29,32	26,46	36,38	31,11	25,68	23,82	40,82	37,74	33,76	24,46	37,33	30,49	31,37	5,16
2001	34,25	34,15	29,33	29,52	34,81	43,39	34,02	28,41	30,73	29,87	39,01	38,20	28,87	26,29	43,71	40,49	36,92	26,93	41,97	35,00	34,29	5,51
2002	36,37	32,72	31,08	31,41	35,86	42,83	35,02	31,68	34,43	31,75	40,65	40,80	31,22	25,69	43,68	40,85	39,63	32,19	45,33	39,29	36,12	5,25
2003	38,38	36,71	34,74	36,31	40,42	47,44	38,44	34,01	36,61	38,51	46,18	41,66	33,25	31,84	46,72	44,69	42,56	34,36	49,58	41,56	39,70	5,20
2004	34,08	33,57	35,45	28,65	26,58	33,78	29,65	28,56	29,48	36,73	34,88	40,53	33,11	23,24	37,15	34,96	38,28	31,38	45,23	39,22	33,73	5,18
2005	38,63	36,11	35,76	34,22	31,52	40,94	38,02	28,78	35,27	41,46	42,52	43,61	35,64	28,13	43,44	36,12	40,90	37,77	48,36	42,25	37,97	5,13
2006	42,34	38,26	38,24	37,03	34,00	45,61	42,18	35,23	35,87	43,66	46,34	45,00	39,24	29,01	46,11	41,84	45,49	42,93	48,18	47,59	41,21	5,17
2007	43,30	38,24	38,91	37,95	35,51	46,10	45,20	34,85	44,02	44,29	49,06	45,78	38,37	32,02	46,11	43,56	42,41	43,93	50,46	48,90	42,45	5,06
2008	35,55	26,39	27,22	33,66	29,08	39,88	38,71	33,42	38,58	39,62	41,49	36,67	28,97	25,75	37,52	38,78	37,13	38,78	45,34	42,13	35,73	5,62
2009	34,76	27,21	26,41	33,92	27,79	35,40	39,73	36,08	40,05	39,70	46,70	38,31	28,20	24,97	38,31	39,91	40,65	38,33	45,57	43,07	36,25	6,40
2010	34,55	23,97	29,30	36,50	26,50	30,12	40,51	35,54	42,76	43,41	48,31	38,04	32,01	24,75	42,70	40,18	42,45	39,31	46,44	45,82	37,16	7,36
2011	30,75	23,66	27,97	34,02	26,69	25,09	39,39	34,38	42,04	41,11	45,37	35,22	29,23	25,30	38,70	40,46	41,41	37,85	45,44	43,69	35,39	7,18
2012	26,70	25,24	27,84	33,36	24,19	25,87	39,25	35,71	40,68	38,63	43,07	36,00	27,36	24,76	35,65	41,06	38,14	37,59	43,63	43,53	34,41	6,90
2013	25,51	24,89	25,89	30,44	24,02	23,38	37,11	38,07	39,14	40,42	41,06	35,12	25,58	24,35	33,99	39,45	38,91	36,84	41,73	42,03	33,40	7,01
2014	26,43	22,92	24,94	29,40	19,73	24,12	38,59	36,30	36,18	38,90	39,17	34,12	24,07	22,29	33,27	36,50	42,63	34,67	42,15	41,70	32,40	7,47
2015	27,31	23,48	25,77	30,34	21,07	25,05	37,12	33,38	36,71	36,05	39,17	35,68	23,13	21,95	32,19	35,84	37,96	36,32	41,79	41,82	32,11	6,79
2016	28,35	23,73	24,62	29,04	18,97	21,95	36,46	33,21	37,45	35,08	38,82	34,77	25,55	24,32	34,32	35,94	36,49	36,69	43,81	39,65	31,96	6,85
2017	32,85	23,05	25,78	30,74	19,43	25,40	36,45	35,07	34,45	32,04	36,79	37,96	25,15	25,31	32,83	37,26	41,17	36,27	44,37	38,68	32,55	6,61
2018	33,70	19,09	25,00	33,04	22,11	23,85	37,84	37,32	39,92	34,71	39,79	39,37	25,85	26,78	34,51	37,87	42,56	38,87	46,38	39,63	33,91	7,57
2019	33,14	17,23	25,71	32,52	25,47	26,37	40,01	37,26	34,40	34,51	41,36	40,53	27,18	28,35	33,74	38,94	41,89	39,78	46,27	43,26	34,40	7,47
Átlag	32,41	28,15	28,58	31,41	28,67	33,67	35,88	32,45	35,38	34,81	40,15	36,95	28,20	25,14	38,65	38,16	38,80	34,08	43,10	39,31	34,20	
SD	5,38	6,21	4,87	4,02	6,28	8,55	5,99	4,56	5,65	8,19	5,85	5,34	5,43	3,35	4,67	3,66	4,27	7,32	5,84	6,92	7,36	

Megjegyzés: Szürkével az éves országos átlagoknál kisebb értékeket jelöltük.

A mutató alakulását megyei bontásban vizsgálva, több mint 20 évben elmaradtak az éves országos átlagokhoz képest Szabolcs-Szatmár-Bereg, Bács-Kiskun, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Jász-Nagykun-Szolnok megye adatai, legalább 16 évben pedig további három megyéé (Hajdú-Bihar, Békés és Somogy megye). Ezzel szemben legalább 20 évben „felülteljesítette” azokat Győr-Moson-Sopron, Zala, Komárom-Esztergom, Fejér és Nógrád megye, illetve Budapest.

A megyék éves mutatói 2007-ig növekvő tendenciát mutatnak (referenciaév: 1997), 2008-tól viszont Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés, Csongrád-Csanád, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, illetve Nógrád megye esetén drasztikus csökkenés figyelhető meg kisebb-nagyobb ingadozások mellett. A megyei mutatószámok 23 éves átlagát tekintve Győr-Moson-Sopron (40,15%), Nógrád (38,65%), Fejér (38,16%), Komárom-Esztergom (38,80%) és Pest megye (39,31%), valamint a főváros (43,10%) számottevően meghaladta az országos átlagot (34,20%), ezzel szemben Jász-Nagykun-Szolnok (28,15%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (28,58%), Békés (28,67%), Borsod-Abaúj-Zemplén (28,20%), illetve Heves (25,14%) megye jelentősen alulmaradt hozzá képest. Hajdú-Bihar (32,41%), Bács-Kiskun (31,41%), Csongrád-Csanád (33,67%), Baranya (35,88%), Somogy (32,45%), Tolna (35,38%), Vas (34,81%), Zala (36,95%) és Veszprém (34,08%) megye adatai csak kismértékben különböztek 34,20 százaléktól. (Lásd a 2. táblázatot.)

### **3.3. A születéstől 12 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők arányának időbeli változása, a területi eltérések mintázata**

A 12 hónapos korban még szoptatott/női tejjel táplált csecsemők évenkénti országos arányát tekintve – csakúgy, mint az előző két esetben – változó, némelykor drasztikusan csökkenő tendencia figyelhető meg. A mutató értékének 23 éves átlaga 38,45 százalék volt, a legmagasabb értéket (52,37%) 2004-ben, a legalacsonyabbat (28,59%) 2005-ben vette fel. A születéstől 12 hónapos korig kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők hányada az első hét évben, tehát 2004-ig folyamatosan emelkedett (1997: 38,70%, 2004: 52,37%), e trend azonban 2005-ben megtört, amikor arányuk 28,59 százalékra zuhant vissza. 2006-tól (31,68%) újra kisebb-nagyobb ingadozásokkal csekély mértékű növekedés indult meg, így érve el 2019-ben a 35,63 százalékot.

A 3. táblázat alapján Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Bács-Kiskun, Vas és Heves megye mutatószámai több mint 20 éven keresztül elmaradtak az éves országos átlagoktól, további kettő (Veszprém és Békés) megyéé pedig legalább 19 évben. Velük szemben kiemelkedő eredményeket nyújtott e téren (tehát legalább 20 évben meghaladta a referenciaadatot) Győr-Moson-Sopron, Zala és Fejér megye, illetve Budapest.

3. táblázat

*Az első életévüket betöltött gyermekek közül a születéstől 12 hónapos korig kizárólag szoptatott/niői tejfel táplált csecsemők aránya megyék szerint, 1997–2019 (%)*  
(Proportion of infants exclusively breastfed or breast-milk-fed in their first 12 months of life among one-year-old infants in Hungary, by county, 1997–2019 [%])

Év	Észak-Alföld			Dél-Alföld			Dél-Dunántúl			Nyugat-Dunántúl			Észak-Magyarország					Közép-Magyarország		Átlag	SD	
	Hajdú-Bihar	Jász-Nagykun-Szolnok	Szatmár-Bereg	Bács-Kiskun	Békés	Csongrád-Csanád	Baranya	Somogy	Tolna	Vas	Győr-Ménfőcsanak	Sopron	Zala	Borsod-Abaúj-Zemplén	Heves	Nórád	Felér	Komárom-Esztergom	Veszprém			Budapest
1997	41,24	36,45	35,25	35,50	41,25	43,41	37,04	37,20	34,07	32,89	43,74	45,62	40,75	34,71	42,65	40,10	39,51	36,38	41,54	34,67	38,70	3,73
1998	43,32	38,58	35,50	38,12	40,77	44,89	39,78	39,09	33,35	35,34	47,12	45,88	43,25	35,27	42,84	41,38	42,04	38,81	43,48	37,42	40,31	3,83
1999	46,02	38,39	39,90	39,00	42,21	47,04	41,60	44,17	39,00	37,62	49,87	46,44	45,47	36,00	44,31	44,96	42,56	41,22	45,94	39,71	42,57	3,69
2000	45,87	38,83	42,05	39,36	44,74	47,43	44,43	43,22	40,47	40,69	51,27	49,17	47,35	38,02	46,28	45,66	44,54	39,90	48,48	42,78	44,05	3,78
2001	49,31	40,76	42,11	40,43	46,15	50,07	46,89	47,33	42,32	43,83	52,53	53,12	49,02	40,70	47,98	48,01	45,31	46,09	52,22	44,98	46,46	3,95
2002	49,57	40,66	42,36	45,07	44,99	48,02	47,66	49,63	43,50	43,90	54,88	56,94	50,85	39,90	47,14	47,85	48,27	47,93	53,55	48,38	47,55	4,44
2003	53,00	45,21	44,60	47,67	48,88	53,79	50,41	48,04	44,59	49,80	57,28	58,82	51,73	42,82	49,85	50,77	50,05	49,86	57,09	49,57	50,19	4,30
2004	57,37	48,24	47,52	49,53	48,90	58,81	49,67	51,03	47,30	50,95	59,63	59,25	52,90	45,08	51,04	54,63	51,74	51,23	58,96	53,52	52,37	4,42
2005	31,04	24,95	27,06	25,09	21,60	30,57	30,49	31,22	24,38	27,61	28,88	36,34	29,77	26,30	34,55	29,54	29,12	26,72	28,06	28,50	28,59	3,43
2006	32,21	25,25	29,63	29,11	25,65	32,73	34,79	33,46	28,85	31,26	37,98	40,81	32,84	28,20	34,32	30,25	30,44	30,60	33,95	31,32	31,68	3,73
2007	33,35	27,45	27,96	29,06	31,42	32,49	36,24	32,46	34,58	31,20	38,67	42,29	33,07	28,82	34,40	33,27	30,72	31,15	34,04	32,27	32,74	3,54
2008	36,76	31,20	32,21	29,70	28,23	34,10	38,71	38,16	37,31	33,94	38,71	43,55	36,08	31,74	36,35	36,38	33,49	33,09	37,89	36,33	35,30	3,58
2009	38,05	28,08	33,14	31,61	29,65	33,54	37,58	39,38	37,11	36,08	40,70	45,37	36,63	33,58	37,97	38,35	36,47	35,06	40,89	37,94	36,36	4,02
2010	36,60	31,68	34,00	33,12	31,62	35,69	38,63	38,44	40,94	37,57	42,84	48,32	38,36	32,60	41,12	38,99	37,54	35,76	40,81	38,88	37,68	4,10
2011	37,14	30,16	34,55	33,20	30,57	38,83	39,21	36,35	42,15	36,41	39,86	45,03	37,13	33,33	36,99	40,68	37,47	36,66	39,77	38,11	37,18	3,64
2012	40,03	29,86	32,20	30,79	28,49	32,86	39,83	39,18	41,84	33,87	39,02	43,71	36,64	34,99	35,58	40,21	36,25	36,37	41,63	39,78	36,66	4,30
2013	37,54	27,60	31,26	28,55	28,43	31,21	37,97	40,31	41,44	34,69	39,62	43,49	36,09	35,77	36,43	39,05	35,13	34,57	41,55	39,53	36,01	4,64
2014	36,53	27,18	28,99	28,84	24,57	31,96	37,84	38,24	39,77	33,96	37,25	43,31	33,80	31,09	34,09	38,00	37,15	34,56	41,72	36,73	34,78	4,87
2015	38,55	26,44	28,02	29,60	24,74	32,38	38,92	37,38	38,32	30,83	37,62	44,22	33,31	32,21	36,11	39,22	33,77	33,31	42,27	37,67	34,75	5,18
2016	36,85	26,21	26,95	31,13	23,16	33,93	37,68	36,68	38,81	31,66	35,40	41,21	34,31	33,40	35,32	38,61	31,66	33,94	42,67	38,58	34,41	4,97
2017	40,00	27,03	27,78	33,54	23,67	33,18	38,70	39,00	37,63	32,23	36,52	42,60	35,33	31,48	32,22	38,54	33,90	34,90	43,21	38,87	35,02	5,11
2018	39,07	26,82	27,36	31,47	25,35	32,46	37,58	40,30	39,27	31,67	38,48	44,10	33,44	32,49	34,75	37,74	34,70	36,31	45,09	38,48	35,35	5,34
2019	38,35	25,76	26,97	31,02	26,35	34,19	38,28	39,17	36,59	33,98	39,91	45,52	32,89	32,22	35,79	39,71	34,62	36,25	45,90	39,04	35,63	5,54
Átlag	40,77	32,30	33,80	34,37	33,10	38,85	40,00	39,98	38,42	36,17	42,97	46,31	39,17	34,38	39,48	40,52	38,11	37,51	43,51	39,26	38,45	7,26
SD	6,65	6,99	6,38	6,48	9,21	8,36	4,80	5,17	5,05	5,98	7,83	5,74	7,01	4,55	5,77	5,99	6,38	6,12	7,18	5,69		

Megjegyzés: Szürkével az éves országos átlagoknál kisebb értékeket jelöltük.

Ha az éves megyei arányok 1997 és 2019 közötti alakulását a kiinduló 1997. évhez viszonyítjuk, 2004-ig minden területi egység esetén jellemzően emelkedő tendencia figyelhető meg, melyet 2005-ben nagyfokú visszaesés követett. Az azután megindult kedvező változás ugyan kissé ellensúlyozta a hanyatlás mértékét, de 2019-ig egyik megye sem tudta elérni saját 2004-es szintjét. A 23 éves országos átlagot (38,45%) csak Győr-Moson-Sopron (42,97%) és Zala megye (46,31%), valamint a főváros (43,51%) mutatószámainak 23 éves átlaga múlta nagymértékben felül, Jász-Nagykun-Szolnok (32,30%), Szabolcs-Szatmár-Bereg (33,80%), Bács-Kiskun (34,37%), Békés (33,10%) és Heves megyéé (34,38%) viszont elmaradt tőle. Hajdú-Bihar (40,77%), Csongrád-Csanád (38,85%), Baranya (40,00%), Somogy (39,98%), Tolna (38,42%), Vas (36,17%), Borsod-Abaúj-Zemplén (39,17%), Nógrád (39,48%), Fejér (40,52%), Komárom-Esztergom (38,11%) és Veszprém (37,51%) megye ugyanakkor az országos átlaghoz közeli szinten „teljesített”. (Lásd a 3. táblázatot.)

## 4. Összegzés

### 4.1. A magyarországi szoptatási/női tejes táplálási adatok a nemzetközi viszonyszámok tükrében

Mint már említettük, az anyatejes táplálásra vonatkozó hazai területi adatok 1984 és 1993 közötti megyei hosszú idősoros elemzését *Horváth M.* 1995-ben publikálta. A 4 hónapos korukig kizárólag anyatejjel táplált csecsemők aránya az 1970-es évek végén megfigyelt nagymértékű hanyatlás után az 1980-as évek közepétől újra emelkedni kezdett, így 1993-ban 1984-hez képest 5,6 százalékkal magasabb volt (1984: 41,2%; 1993: 46,8%). A mesterségesen tápláltak aránya viszont alig változott (*Horváth [1995]*).

Jelenlegi vizsgálati eredményeink szerint Magyarországon a születés utáni első 4 hónapban a csecsemőknek csak kevesebb mint 50 százalékát szoptatták/táplálták kizárólag női tejjel 2019-ben. A mutató értéke 1997-től (50,18%) 2003-ig (64,57%) növekedett, majd folyamatosan csökkent, így érve el 2019-ben a 47,39 százalékot, (ami 2003-hoz képest több mint 17 százalékos csökkenést jelent). A 6 hónapos korig kizárólag szoptatott, illetve női tejjel táplált csecsemők aránya 2007-ig emelkedett (1997: 23,38%; 2007: 42,45%), amikor elérte a vizsgált időszakbeli csúcspontját; a további években azonban előfordult, hogy már a 35 százalékot sem haladta meg (2019-ben például 34,40 százalék volt, csaknem 8 százalékkal alacsonyabb,



mint 2007-ben). Az elmúlt évtizedbeli csökkenés, amely az előbbieken alapján mind a 4, mind pedig a 6 hónapos csecsemők esetén jellemző volt, még akkor is drasztikusnak mondható, ha figyelembe vesszük a fontos mérföldkönek tekinthető 2004-es esztendő, amikor a statisztikai adatfelvételre vonatkozó szabályok szigorodtak. Ettől kezdve ugyanis – mint azt a 2.4. alfejezetben leírtuk – már nem sorolandók a kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők közé azok, akik tea- vagy gyümölcsleptét is kaptak. A 12 hónapos csecsemőkre vonatkozó mutató értéke is a 4 és 6 hónaposokéhoz hasonló változáson ment keresztül a vizsgált évek alatt: az 1997-es 38,70 százalékról 2004-re 52,37 százalékra emelkedett, majd 2019-re több mint 16 százalékkal (35,63 százalékra) csökkent.

A 6 hónaposnál idősebb csecsemőknek mindössze körülbelül 40 százalékát szoptatják/táplálják kizárólag anyatejjel a világon (*UNICEF–WHO* [2018b], *Victora et al.* [2016]); az alacsony és a közepes jövedelmű országokban csupán 37 százalékukat (*Walters et al.* [2017]). *Victora et al.* [2016] nemzetközi kutatása szerint az utóbbi országokban a 6 hónapnál fiatalabb csecsemők 63 százaléka (36,3 millió csecsemő) esetén a vegyes, mesterséges táplálás a jellemző. A CDC (Center for Disease Control and Prevention – Amerikai Járványügyi Hivatal) felmérése alapján az Európai Unió számos országában és az Egyesült Államokban még ennél is rosszabb a helyzet: például Horvátországban a 6 hónapos csecsemők csak mintegy negyede, az Egyesült Államokban hatoda, Ausztriában a 10 százaléka, Görögországban pedig mindössze 6 százaléka kap csak anya- vagy női tejet. A CDC összehasonlító adataiból az is kiderül, hogy a kizárólag szoptatott csecsemők aránya az ezredforduló óta alig változott (*CDC* [2020]). Nemzetközi összehasonlításban Afrika egyes (szubszaharai) térségeiben, valamint Dél-Ázsiában és Latin-Amerikában legnagyobb az egyéves korban kizárólag szoptatott/női tejjel táplált csecsemők előfordulási gyakorisága, a legtöbb magas jövedelmű országban viszont kevesebb, mint 20 százalék. Nagy különbségek mutatkoznak az utóbbi országok esetén is, például az Egyesült Királyság (<1%), Norvégia (35%) és Svédország (16%) között (*Victora et al.* [2016]).

Ha a legfrissebb hazai adatokat a WHO és a UNICEF (United Nations Children's Emergency Fund – Egyesült Nemzetek Gyermekalapja) ajánlásával (*WHO* [2003]) vetjük össze, nem lehetünk teljesen elégedettek (*Szentannay* [2020]). Bár a magyarországi adatok a nemzetköziekkel összehasonlítva jónak mondhatók (*Kurtán* [2014]), a kizárólag anyatejjel táplált csecsemők hazai aránya az elmúlt évek során drasztikusan csökkent a statisztikák szerint. Az anyatejes táplálás előnyeit ismerve nehéz meghatározni, hogy ehhez milyen okok vezettek, valószínűleg az anyatejes tápláláshoz fűződő egyéni attitűdök változása állhat a háttérben, melyet számos tényező alakít. A nemzetközi összehasonlításban elfogadható magyar adatok elemzésekor azonban figyelembe kell venni a vizsgálat adatgyűjtési, adatelemzési korlátait is (ezeket részletezve lásd a 2.4. alfejezetben).

## 4.2. Az anyatejes táplálás területi mutatói és az egyenlőtlenségek háttértényezői

A vizsgált időszakban Győr-Moson-Sopron, Zala, Fejér, Komárom-Esztergom és Pest megye, továbbá Budapest mindhárom általunk elemzett mutatójának éves értékei meghaladták az országos átlagokat és/vagy emelkedő tendenciát mutattak, ugyanakkor végig elmaradtak azoktól és/vagy romló tendenciát jeleztek Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Bács-Kiskun, Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén és Heves megye eredményei (így ez utóbbiak kiemelt figyelmet igényelnek).

Az adatok területi elemzése rávilágít arra a nemzetközi kutatásokból (például *Gibbs–Forste* [2014]) is ismert tényre, hogy a gazdaságilag kiemeltebb helyzetű régiókban, megyékben és járásokban (esetünkben főleg a közép- és nyugat-magyarországi területeken) kedvezőbb a csecsemőegészségi állapotra vonatkozó indikátorok alakulása, mint a rosszabb helyzetű, gazdaságilag elmaradottabb térségekben. Eredményeink összefüggést mutatnak a hazai települések területi fejlettségén alapuló besorolásával (a társadalmi-gazdasági-infrastrukturális szempontból kedvezményezett és/vagy jelentős munkanélküliséggel sújtott területek; *KSH* [2015a]). Magyarországon hátrányos helyzetű, komplex programmal fejlesztendő térségeknek minősülnek azok a járások (összesen 36 járás), amelyek komplex fejlettségi mutatója kisebb, mint az összes járás komplex fejlettségi mutatójának átlaga, és amelyekben az ország népességének 10 százaléka él (*KSH* [2015b]). Ebből a szempontból az Észak-alföldi régió (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye [9 járás], Jász-Nagykun-Szolnok [2 járás], Hajdú-Bihar [4 járás]), az Észak-magyarországi régió (Borsod-Abaúj-Zemplén [8 járás], Heves [1 járás], Nógrád [1 járás]), a Dél-alföldi régió (Békés [2 járás], Bács-Kiskun [2 járás]), a Dél-dunántúli régió (Baranya [2 járás], Tolna [1 járás], Somogy [2 járás]), valamint a Közép-dunántúli régió (Veszprém [1 járás], Fejér [1 járás]) érintett (*KSH* [2015b]).

Egyes társadalmi és kulturális tényezők, a nem megfelelő szakpolitikai döntések, valamint az anyák egészségügyi ellátórendszeren belüli támogatásában mutatkozó egyenlőtlenségek is magyarázhatják a szoptatási adatok területi különbségeit (*Cattaneo et al.* [2005]). Sajnos az utóbbi évtizedben elenyésző volt a szoptatást támogató kampányok száma Magyarországon. Ezek közé tartozott a „Cumisüveg és tudomány” című csecsemőtáplálási felvilágosító program, amelyet a Magyar Gyermekorvosok Társasága 2008-ban indított el (*WebORVOS* [2008]) elsősorban azzal a céllal, hogy felfrissítsék a magyar édesanyák és a szoptatás támogatásában részt vevő szakemberek 10-20 évvel korábban bevezetett csecsemőtáplálási ajánlásokból származó ismereteit. A La Leche Liga Magyarország és a Szoptatásért Magyar Egyesület közös állásfoglalásban tiltakozott a kampány ellen, nyílt levélben (*Szoptatást Támogatók Szakmai Közössége* [2008]) fogalmazva meg aggodalmaikat. Ezek között egyebek mellett az is szerepelt, hogy a kampány – amelyet egy

tápszergyártó cég támogatott – elsősorban a tápszerhasználatra buzdított. A szoptatást támogató szakemberek azonban úgy látták, hogy a csecsemők és a családok érdekeit jobban szolgálná a szoptatás és az anyatejes táplálás népszerűsítése (*La Leche Liga Magyarország* [2008]).

A vizsgált mutatószámok csökkenő tendenciája ugyanakkor nem magyarázható a vizsgált időszakban kiadott szakmai-módszertani irányelvek fogalom meghatározásainak eltéréseivel. Például a 2009-ben kiadott szakmai irányelv még különválasztja egymástól a kizárólagos és a túlnyomó szoptatást, ez utóbbit a következőképpen definiálva: „a kizárólagos szoptatás definíciótól abban különbözik, hogy a vitaminok, ásványi anyagok és gyógyszerek csepp és szirup formában történő adásán túl folyadék (víz, vízalapú italok, gyümölcslé, orális rehidráció folyadék) adását is megengedi, de ezen kívül semmi egyebet” (*EMKI* [2009]). A 2010-ben megjelent szakmai protokollban (*NEM* [2010]) és a 2019-ben közreadott szakmai irányelvben (*EMMI* [2019] 4. old.) szereplő meghatározás viszont már megengedőbb ennél: kizárólagos szoptatás esetén lehetővé teszi „a vitaminok, ásványi anyagok és gyógyszerek csepp és szirup formában történő adását és az ORS-t (orális rehidráció folyadék), de ezen kívül semmi mászt”.

Az előbbieken részletezett térségi egyenlőtlenségek hátterében álló ok-okozati kapcsolatok bizonyítására a védőnői jelentésekből készített adatbázis nyers adatai önmagukban alkalmatlanok. Az ezen összefüggéseket befolyásoló tényezők feltérképezésére, valamint a feltárt korrelációk bizonyítására további vizsgálatokra, összehasonlító kutatásokra van szükség.

A WHO által 2002 májusában elfogadott csecsemő- és kisgyermektáplálási globális stratégiának (*WHO* [2003]) fontos eleme, hogy a szoptatást támogató, illetve elősegítő intézkedések akkor válnak igazán hatékonyvá, ha egy átfogó, nemzeti stratégiai irányelvhez illeszkednek. Ezen irányelvnek – a WHO javaslata alapján – ki kell terjednie a terhességre, a szülésre, valamint a csecsemő- és kisgyermektáplálásra egyaránt (az utóbbi magában foglalja a nem elszett kiegészítő táplálással kapcsolatos állásfoglalást is) (*WHO* [2003]). Az ajánlott intézkedések meghozatalával remélhetőleg javulni fog az európai szoptatási gyakorlat, és egyre több olyan anya lesz, akinek a szoptatás erőt, elégedettséget és magabiztosságot ad. Reménykeltő, hogy nő azon egészségügyi dolgozók száma, akik tudásuk elmélyítése céljából továbbképzéseken vesznek részt, elősegítve ezáltal a kizárólagos szoptatással kapcsolatos információk átadását és az így táplált csecsemők arányának emelését. 2003-tól kezdve számos kezdeményezés született a szoptatás elősegítésére helyi, regionális, országos és nemzetközi szinten. Ezek alapkonceptiója, hogy nagyobb eséllyel lehet jó és tartós eredményeket elérni megfelelő programok, intézkedések kezdeményezésével. A *WHO* [2014] indítványa kitért a fenntarthatóság kérdéskörére is, mivel hangsúlyozta, csak akkor lesznek mérhetőek az eredmények, ha egy sor olyan országos és regionális szoptatási cselekvéstervezet lép életbe, amelyeket kutatások

támasztanak alá, rendszeresen ellenőriznek, és – szükség esetén – utólagosan korrigálnak. A stratégiai tervezés első és a programvégrehajtás utolsó fázisa, azaz a helyzetelemzés és a visszacsatolás azonban igen sok esetben elmarad(t) annak ellenére, hogy a korai életszakaszban való megfelelő táplálás (kizárólagos szoptatás/női tejjel táplálás) fontosságát és egészségre gyakorolt kedvező hatásait az elmúlt évtizedekben számos kutatás bizonyította (*Victoria et al.* [2016], *Decsi* [2005], *Arató et al.* [1996]). Figyelembe véve a nemzeti stratégia eredményességének mérésére vonatkozó WHO- és UNICEF-ajánlásokat, elengedhetetlen tehát a helyzetelemzés, majd a stratégia megvalósításának hatékonyság és eredményesség szempontjából való értékelése, hogy minden újszülött számára biztosítani tudjuk születése körül és után a fejlődéshez szükséges legoptimálisabb feltételeket.

Az általunk végzett hosszú idősoros elemzés megvalósítását az motiválta, hogy megbízható statisztikai adatokkal járuljunk hozzá az előbb említett helyzetelemzési fázishoz, segítve ezzel a döntéshozatalt, illetve azon területek azonosítását, ahol mielőbbi beavatkozásra van szükség. A hazai egészségügyi rendszer átalakítását jelenleg meghatározó „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia öt nemzeti programfejlesztési elemének egyike kiemelt figyelmet szentel a gyermekeket érintő betegségekre és azok megelőzésére (*EMMI* [2021]). A területi védőnők által szolgáltatott, megyei bontásban elérhető nagyszámú adat elemzése jó alapot nyújthat olyan döntések és intézkedések meghozatalához, amelyekkel könnyebben azonosíthatók a kora gyermekkori fejlesztést érintő területi szükségletek, és javítható a gyermekek egészségi állapota. A következő évtizedekben ezáltal jelentősen előmozdíthatjuk az emberi erőforrás minőségének fejlesztését az országban (*Moravcsik-Kornyicki-Daragó-Kósa* [2014]).

A védőnő tevékenységének elsődleges célja, hogy átadja a helyes, egészséges táplálkozással kapcsolatos ismereteket az anyáknak, és segítse döntéseiket. Fontos feladata, hogy folyamatos megfigyelésen alapuló tanácsadással támogassa a kiegyensúlyozott csecsemőkort, az egészséges életkezdet kialakítását, és odafigyeljen a családok életében bekövetkezett változásokra. Teendői közé tartozik a pontos anamnézis felvétele, a fizikális és a kötelező szükségletfeltáró vizsgálatok, valamint az ellátástervezés és a gondozás végrehajtása (*EüM* [2010]). Amennyiben a szoptatás kérdésében a védőnőnek további segítségre van szüksége az anyák megerősítése érdekében, lehetősége van laktációs szaktanácsadókhoz fordulnia, hogy közösen nyújtsanak támogatást az ilyen jellegű problémákkal küzdő kismamáknak. A nemzetközi vizsgát tett szaktanácsadók sikeres tevékenységének alapfeltétele, hogy nagy gyakorlattal rendelkezzenek, és ismereteik naprakészek legyenek. A szoptatási nehézségek, kudarcok hátterében ugyanis az esetek döntő többségében elsősorban nem testi zavarok, hanem egyéb pszichés okok állnak (meggyengülés, szorongás; *W. Ungvári* [2004]). Ezért fontos, hogy a védőnők és a laktációs szaktanácsadók egymással együttműködve segítsék a szoptatási nehézséggel küzdő édesanyákat és ezáltal a csecsemők fejlődését.

## Irodalom

- ÁNTSZ (ÁLLAMI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ÉS TISZTIORVOSI SZOLGÁLAT) – OTH (ORSZÁGOS TISZTIFŐORVOSI HIVATAL) [2013]: *Védőnői szakfelügyeleti iránymutatás – A „Védőnői jelentés összesítője” havi elektronikus (on-line) adatgyűjtéssel kapcsolatban (1. módosítás)*. OTH 2294-3/2013. [https://www.kaposvarigesz.hu/wpcontent/uploads/2017/01/vedonoi\\_szakfelugyeleti\\_iranymutatas.pdf](https://www.kaposvarigesz.hu/wpcontent/uploads/2017/01/vedonoi_szakfelugyeleti_iranymutatas.pdf)
- ARATÓ A. – SZALAI K. – TAUSZ I. – SZÖNYI L. [1996]: Az anyatejes táplálás és a késői tehéntejfehérje-bevitel kedvező hatása a csecsemőkori allergiára utaló tünetek megelőzésében. *Orvosi Hetilap*. 137. évf. 36. sz. 1979–1982. old.
- BARKER, D. J. [2002]: Fetal programming of coronary heart disease. *Trends in Endocrinology & Metabolism*. Vol. 13. No. 9. pp. 364–368. [https://doi.org/10.1016/s1043-2760\(02\)00689-6](https://doi.org/10.1016/s1043-2760(02)00689-6)
- BINNS, C. – LEE, M. – LOW, W. Y. [2016]: The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. Vol. 28. No. 1. pp. 7–14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>
- CATTANEO, A. – YNGVE, A. – KOLETZKO, B. – RUIZ, GL. [2005]: Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: Current situation. *Public Health Nutrition*. Vol. 8. Issue 1. pp. 39–46. <https://doi.org/10.1079/PHN2004660>
- CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION) [2020]: *Breastfeeding Report. National Immunization Survey*. Atlanta. [https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis\\_data/index.htm](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/index.htm)
- CHOWDHURY, R. – SINHA, B. – SANKAR, M. J. – TANEJA, S. – BHANDARI, N. – ROLLINS, N. – BAHL, R. – MARTINES, J. [2015]: Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. Vol. 104. No. 467. pp. 96–113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- DECSI T. [2005]: Az egészséges gyermekkori táplálkozás szerepe a felnőttkori betegségek megelőzésében. *Családorvosi Fórum*. 6. évf. 10. sz. 26–30. old.
- DECSI T. [2014]: A csecsemőtáplálási kutatómunka három évtizede a Pécsi Gyermekklinikán. *Gyermekorvos Továbbképzés*. 13. évf. 5. sz. 222–223. old.
- EDWARDS, M. [2017]: The Barker hypothesis. In: *Preedy, V. – Patel, V. (eds.): Handbook of Famine, Starvation, and Nutrient Deprivation*. Springer. Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-40007-5\\_71-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-40007-5_71-1)
- EMKI (EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉGFEJLESZTÉSI ÉS KÓRHÁZTECHNIKAI INTÉZET) [2009]: *Az egészséges csecsemő táplálásának irányelvei (átdolgozott kiadás)*. Budapest.
- EMMI (EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTERIUMA) [2019]: *Szakmai irányelv az egészséges csecsemő (0–12 hónapos) táplálásáról*. Budapest. [http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2981/fajlok/EMMI\\_szakmai\\_iranyelve\\_%20csecsemo.pdf](http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2981/fajlok/EMMI_szakmai_iranyelve_%20csecsemo.pdf)
- EMMI [2021]: *„Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia*. Budapest. <https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges%20Magyarorsz%C3%A1g%202021%E2%88%922027%20Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi%20%C3%81gazati%20Strat%C3%A9gia.pdf>
- ERDEI, R. J. – BARTH, A. – FEDOR, A. R. – TAKÁCS, P. [2018]: Measuring the factors affecting health literacy in East Hungary: Health literacy in the adult population of Nyíregyháza city. *Kontakt*. Vol. 20. No. 4. pp. e375–e380. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.08.007>

- EÜM (EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM) [2004]: 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelet az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0400076.esc>
- EÜM [2017]: *Kitöltési útmutató a „Védőnői jelentés összesítője” című adatlapokhoz. Nyilvántartási szám: 1003/09.* [https://www.antsz.hu/data/cms84008/1\\_sz\\_melleklet\\_Jelentesek\\_kitoltesi\\_utmutatoja\\_2017\\_evi\\_adatszolgaltatashoz\\_2017\\_12\\_12.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms84008/1_sz_melleklet_Jelentesek_kitoltesi_utmutatoja_2017_evi_adatszolgaltatashoz_2017_12_12.pdf)
- GÁRDOS L. – KOVÁCS T. – NÁDOR Cs. – SZABÓ M. [2017]: *Az egészséges újszülött és koraszülött táplálás szakmai irányelveken alapuló gyakorlati útmutatója.* Nemzeti Együttműködési Alap. [http://szoptatas.info/sites/default/files/Az\\_egeszseges-ujszulott\\_es\\_koraszulott\\_taplalas\\_gyakorlati\\_utmutatoja-2017.pdf](http://szoptatas.info/sites/default/files/Az_egeszseges-ujszulott_es_koraszulott_taplalas_gyakorlati_utmutatoja-2017.pdf)
- GIBBS, B. G. – FORSTE, R. [2014]: Socioeconomic status, infant feeding practices and early childhood obesity. *Pediatric Obesity*. Vol. 9. No. 2. pp. 135–146. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2013.00155.x>
- GUO, M. – HENDRICKS, G. M. [2008]: Chemistry and biological properties of human milk. *Current Nutrition & Food Science*. Vol. 4. No. 4. pp. 305–320. <https://doi.org/10.2174/157340108786263667>
- HANUSHEK, E. A. – WOESSMANN, L. [2008]: The role of cognitive skills in economic development. *Journal of Economic Literature*. Vol. 46. No. 3. pp. 607–668. <https://doi.org/10.1257/jel.46.3.607>
- HECK, K. E. – BRAVEMAN, P. – CUBBIN, C. – CHÁVEZ, G. F. – KIELY, J. L. [2006]: Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public Health Reports*. Vol. 121. No. 1. pp. 51–59. <https://doi.org/10.1177/003335490612100111>
- HORTA, B. L. – DE MOLA, C. L. – VICTORA, C. G. [2015]: Breastfeeding and intelligence: Systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. Vol. 104. No. S467. pp. 14–19. <https://doi.org/10.1111/apa.13139>
- HORVÁTH M. [1995]: Az anyatejes táplálás helyzete Magyarországon (1984–1993). *Egészségnevelés*. 36. évf. 1. sz. 1–4. old.
- JAKOBÍK V. – MARTIN-BAUTISTA, E. – GAGE, H. – VON ROSEN-VON HOEWEL, J. – LAITINEN, K. – SCHMID, M. – MORGAN, J. – WILLIAMS, P. – CAMPOY, C. – KOLETZKO, B. – RAATS, M. – DECSI T. [2011]: Az anyatejes táplálás hosszú távú hatásainak megjelenése a csecsemőtáplálási irányelvekben Magyarországon. *Orvosi Hetilap*. 152. évf. 41. sz. 1641–1647. old. <https://doi.org/10.1556/OH.2011.29220>
- KÁDÁR M. K. – SZÖLLŐSI G. J. – MOLNÁR SZ. – SZABÓ L. – MÁK E. [2018]: Hazai csecsemőtáplálási szokások a védőnői statisztikák tükrében 2011–2015 között. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 17. évf. 4. sz. 31–36. old.
- KSH (KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL) [2015a]: *Területi atlasz – Kedvezményezett települések a 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet alapján.* Budapest. [https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv\\_telepulesek.pdf](https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv_telepulesek.pdf)
- KSH [2015b]: *Kedvezményezett járások a 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet alapján.* Budapest. [https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv\\_jarasok.pdf](https://www.ksh.hu/docs/teruletiatlasz/kedv_jarasok.pdf)
- KURTÁN V. [2014]: *Az egészséges csecsemők anyatejes táplálásának területi egyenlőtlenségei Magyarországon.* Diplomadolgozat. (Témavezető: Moravcsik-Kornyicki Á.) Debreceni Egyetem. Debrecen.

- LA LECHE LIGA MAGYARORSZÁG [2008]: „Cumisüveg és Tudomány” – Állásfoglalás. Május 24. Budapest. <http://www.lll.hu/allasfoglalasok/cumisueveg-es-tudomany-allasfoglalas/>
- LIBICKI É. – R. FEDOR A. [2020]: A szubjektív egészségi állapot kutatási hátterének többszintű megközelítése a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében. *Acta Medicinae et Sociologica*. 11. évf. 31. sz. 13–25. old.
- LUBOLD, A. M. [2017]: The effect of family policies and public health initiatives on breastfeeding initiation among 18 high-income countries: A qualitative comparative analysis research design. *International Breastfeeding Journal*. Vol. 12. July. Article No. 34 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0122-0>
- MORAVCSIK-KORNYICKI Á. – DARAGÓ L. – KÓSA K. [2014]: Egészségügyi adatok minőségbiztosítása: jogszabályi kötelezettség vagy eszköz a társadalmi fejlődés elősegítésére. *Demográfia*. 57. évf. 2–3. sz. 213–225. old.
- MORAVCSIK-KORNYICKI Á. – KÓSA ZS. – GYULAI A. – JÁVORNÉ ERDEI R. – KÓSA K. [2017]: Területi egyenlőtlenségek hosszú idősoros elemzése a várandós nők egészségi állapotát vizsgálva. *Orvosi Hetilap*. 158. évf. 29. sz. 1131–1142. old. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30799>
- MORAVCSIK-KORNYICKI Á. – R. FEDOR A. [2021]: Az egészség komplex megközelítése, mint az egészségpszichológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae et Sociologica*. Megjelenés alatt.
- MORAVCSIK-KORNYICKI Á. [2013]: *A csecsemők anyatejes táplálásának területi különbségei Magyarországon*. A WHO Szoptatás Világhetének keretében rendezett „Természetesen anyatejjel” Országos Védőnői Konferencián elhangzott előadás. Szeptember 13–14. Kaposvár.
- NEM (NEMZETI ERŐFORRÁS MINISZTERIUM-VÉDŐNŐI SZAKMAI KOLLÉGIUM) [2010]: A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálásáról (1. módosított változat). *Hivatalos Értesítő*. 104. sz. 15277–15304. old. <https://mave.hu/uploads/file/VSZK%20protokoll%20csecsemo%20taplalasa%200-12%20ho.pdf>
- NÉMETH Á. – DÖVÉNYI Z. [2018]: „Kiművelt emberfők” a térben – A diplomások területi eloszlása valóban a kiegyenlítődés irányába mutat? *Területi Statisztika*. 58. évf. 2. sz. 129–150. old. <https://doi.org/10.15196/TS580201>
- NNK (NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT) [2017]: *Kitöltési útmutató a „Védőnői jelentés összesítője” című adatlapokhoz. 1. sz. melléklet a 2017. évi védőnői adatszolgáltatáshoz 37332-2/2017/AMF.* [https://www.antsz.hu/data/cms84008/1\\_sz\\_melleklet\\_Jelentesek\\_kitoltesi\\_utmutatoja\\_2017\\_evi\\_adatszolgáltatashoz\\_2017\\_12\\_12.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms84008/1_sz_melleklet_Jelentesek_kitoltesi_utmutatoja_2017_evi_adatszolgáltatashoz_2017_12_12.pdf)
- OTH (ORSZÁGOS TISZTIFŐORVOSI HIVATAL) [2013]: *Védőnői szakfelügyeleti iránymutatás. A „Védőnői jelentés összesítője” havi elektronikus (on-line) adatgyűjtéssel kapcsolatban (1. módosítás).* Budapest. [https://www.antsz.hu/data/cms43588/Vedonoi\\_Szakfelugyeleti\\_iranymutas\\_vedonoi\\_adatgyujtes\\_jelentes\\_2013.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms43588/Vedonoi_Szakfelugyeleti_iranymutas_vedonoi_adatgyujtes_jelentes_2013.pdf)
- OTH [2017]: *Védőnői jelentés összesítője modul eForm.* Felhasználói kézikönyv. Budapest. [https://www.antsz.hu/data/cms84006/Havi\\_vedonoi\\_jelentesbejelento\\_modul\\_Felhasznaloi\\_kezikonyv\\_2017\\_12\\_12.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms84006/Havi_vedonoi_jelentesbejelento_modul_Felhasznaloi_kezikonyv_2017_12_12.pdf)
- PÉCSI T. [2011]: Anyatej – több mint eledel. *Új Diéta*. 20. évf. 5. sz. 11–13. old.
- PETERS, S. – YANG, L. – GUO, Y. – CHEN, Y. – BIAN, Z. – DU, J. – YANG, J. – LI, S. – LI, L. – WOODWARD, M. – CHEN, Z. [2017]: Breastfeeding and the risk of maternal cardiovascular disease: A prospective study of 300 000 Chinese women. *Journal of the American Heart Association*. Vol. 6. No. 6. Article No. e006081. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006081>

- R. FEDOR A. – TOLDI A. [2017]: Labour market opportunities of women with young children after childbirth. *Kontakt*. 19. évf. 3. sz. 236–243. old.
- R. FEDOR A. [2015]: *Egyensúlyban? – A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig*. Debreceni Egyetemi Kiadó. Debrecen.
- R. FEDOR A. [2019]: A szubjektív egészségi állapot egészségpszichológiai aspektusai. *Egészségfejlesztés*. 60. évf. 5. sz. 99–110. old. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i5.524>
- ROLLINS, N. C. – BHANDARI, N. – HAJEBOHOY, N. – HORTON, S. – LUTTER, C. K. – MARTINES, J. C. – PIWOZ, E. G. – RICHTER, L. M. – VICTORA, C. G. – THE LANCET BREASTFEEDING SERIES GROUP [2016]: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. Vol. 387. No. 10017. pp. 491–504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- SÁNTA É. – SZAKÁLNÉ KANÓ I. – LENGYEL I. [2015]: Csökkennek az iskolázottság területi egyenlőtlenségei? A felsőfokú végzettségük területi eloszlása a népszámlálások adatai alapján, 1990–2011. *Területi Statisztika*. 55. évf. 6. sz. 541–555. old.
- SÁNTHA, Á. – NAGY, M. – ERDEI, R. J. [2020]: The health literacy of ethnic Hungarian mothers in Eastern Europe. *Italian Journal of Sociology of Education*. Vol. 12. No. 3. pp. 91–111. <https://doi.org/10.14658/pupj-ijse-2020-3-5>
- SCHORE, A. N. [2001]: The effect of early relational training on right-brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 22. Nos. 1–2. pp. 201–269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
- SZABÓ L. – ZAGYVA E. – GÁCSI E. – BAJI I. – KORMOS-TASI J. [2011]: Csecsemőtáplálás Magyarországon. *Gyermekorvos Továbbképzés*. 10. évf. 5. sz. 216–219. old.
- SZENTANNAY J. [2020]: Az egészséges csecsemő táplálásáról szóló 2019-es szakmai irányelv kivonata alapellátó gyermekorvosok számára. *Hírvivő*. 25. évf. 1. sz. 21–26. old.
- SZOPTATÁST TÁMOGATÓK SZAKMAI KÖZÖSSÉGE [2008]: *Nyílt levél Dr. Szabó Lászlóhoz, a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnökéhez a Cumisüveg és tudomány c. kampány kapcsán*. Október 7. Budapest. <https://szoptatasportal.hu/nyilt-level-dr-szabo-laszlohoz-a-magyar-gyermekorvosok-tarsasaganak-elnokéhez-a-cumisueveg-es-tudomany-c-kampany-kapcsan/>
- TÖRÖK SZ. J. – KUN J. G. [2012]: *A szoptatás szociokulturális vonatkozása, Fejezetek a laktációs szaktanácsadó képzés anyagához*. Budapest. [http://www.szoptatasportal.hu/fejezetek\\_a\\_laktacios\\_szaktanacsado\\_kepzes\\_torzanyagahoz/a\\_szoptatas\\_szociokulturalis\\_vonatkozasai](http://www.szoptatasportal.hu/fejezetek_a_laktacios_szaktanacsado_kepzes_torzanyagahoz/a_szoptatas_szociokulturalis_vonatkozasai)
- UN (UNITED NATIONS) [2016]: *United Nations Decade of Action on Nutrition (2016–2025)*. Work Program. [https://www.un.org/nutrition/sites/www.un.org.nutrition/files/general/pdf/mv131\\_rev1\\_undoa\\_wp\\_rev1\\_en.pdf](https://www.un.org/nutrition/sites/www.un.org.nutrition/files/general/pdf/mv131_rev1_undoa_wp_rev1_en.pdf)
- UNICEF (UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND) – WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2018a]: *Capture the Moment – Early Initiation of Breastfeeding: The Best Start for Every Newborn*. New York. [https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_WHO\\_Capture\\_the\\_moment\\_EIBF\\_2018.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf)
- UNICEF – WHO [2018b]: *Exclusive Breastfeeding Rate, By Country, 2018*. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/infograms/10181/index.html>
- ÚJHELYI J. [2012]: Csecsemőtáplálás. *Gyermekorvos Továbbképzés*. 11. évf. 4. sz. 145–151. old.
- VICTORA, C. – BAHL, R. – BARROS, A. – FRANCA, G. V. A. – HORTON, S. – KRASEVEC, J. – MURCH, S. – SANKAR, M. J. – WALKER, N. – ROLLINS, N. C. [2016]: Breastfeeding in the



- 21<sup>st</sup> century: Epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*. Vol. 387. No. 10017. pp. 475–490. 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- W. UNGVÁRY R. [2004]: *Szojtatók füzet*. Országos Egészségfejlesztési Intézet. Budapest. <https://mek.oszk.hu/08200/08253/08253.pdf>
- WALTERS, D. – DAYTON EBERWEIN, J. – SULLIVAN, L. – D’ALIMONTE, M. – SHEKAR, M. [2017]: *An Investment Framework for Meeting the Global Nutrition Target for Breastfeeding*. The World Bank. Washington, D.C. [https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/Breast\\_4\\_web.pdf](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/Breast_4_web.pdf)
- WEBORVOS [2008]: *Cumisüveg és tudomány*. <https://weborvos.hu/cikk.php?id=92&cid=113449>
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) [2003]: *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>
- WHO [2014]: *Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief*. Geneva. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.7\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf)