

Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban II. rész – Szoptatás, hozzátáplálás és elválaszt(ó)dás az Egészséges Utódokért projekt nagymintás kutatásában

NÉMETH Tünde, VÁRADY Erzsébet, DANIS Ildikó, SCHEURING Noémi, SZABÓ László

Háromrészes cikksorozatunkban arra keressük a választ, hogy milyen mértékben valósulnak meg a csecsemő- és kisdéd táplálásra vonatkozó hazai és nemzetközi ajánlások a hazai gyakorlatban egy speciális egészségügyi (kórházi és területi) mintában. Első cikkünkben a szoptatás tartamáról, az azt befolyásoló tényezőkről, a szoptatás szubjektív megítéléséről és a szoptatással kapcsolatos nehézségekről számoltunk be. Jelen, második cikkünkben a hozzátáplálás és elválaszt(ó)dás folyamatát térképezzük fel, és bemutatjuk a táplálási problémák ezzel összefüggő mutatóit. Harmadik cikkünk az önálló, autonóm étkezés alakulásának momentumait próbálja megragadni.

FEEDING AND EATING IN INFANCY AND EARLY CHILDHOOD PART II. – BREASTFEEDING, COMPLEMENTARY FEEDING AND WEANING IN THE LARGE-SAMPLE OF THE “FOR HEALTHY OFFSPRING” PROJECT

BEVEZETÉS – A hozzátáplálás átmeneti időszak a kizárólagos szoptatás és a családi ételek fogyasztása között, miközben a szoptatás folytatódik. A hozzátáplálást akkor kell elkezdni, amikor az anyatej önmagában már nem fedezi a csecsemő tápanyag-szükségletét, ideálisan hat hónapos kor körül.

RÉSZTVEVŐK ÉS MÓDSZEREK – Az Egészséges Utódokért Projekt keretében 0–3 éves korú gyermekek szüleitől (n=1133) kapott önkitöltő kérdőíven elemeztük a hozzátáplálással és elválasztással/ elválasztódással kapcsolatos kérdéseket.

EREDMÉNYEK – A hozzátáplálás a mintában $5,5 \pm 1,8$ hónapos korban kezdődött el. A betöltött 4 hónapnál fiatalabb csecsemők 6%-ánál, a 4–6 hónapos csecsemők csaknem kétharmadánál kezdték meg a hozzátáplálást. A 7–12 hónaposok 32%-a még szopott. Ez az arány 12–24 hónapos korban 24%, 25–36 hónapos korban 5,5%

INTRODUCTION – Complementary feeding is the transitional period from exclusive breastfeeding to family foods, while breastfeeding is continued. It should be started, when breastmilk itself no longer meets the infant’s nutritional requirements, ideally at the age of around 6 months.

SUBJECTS AND METHODS – In the Healthy Offspring project self reported questionnaires were received from 1133 parents of 0-3 year old children. Complementary feeding practices and issues of weaning were analyzed.

RESULTS – In our sample complementary feeding was started at the age of 5.5 ± 1.8 months. 6% of infants younger than 4 months and about two third of infants at the age between 4 and 6 months were started on complementary feeding. 32% of the 7-12 month old infants were continued on breastfeeding. The proportion of breastfed infants and young children in the 12-24

dr. NÉMETH Tünde: Dr. Halász Géza Szakorvosi Rendelőintézet/Dr. Halász Géza Medical Centre, Dabas
dr. VÁRADY Erzsébet: Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet, Laktációs szaktanácsadó képzés meghívott előadó/Semmelweis University, Institute of Mental Health, lecturer at Lactation Consultant Post-graduate Special Training, Budapest

dr. DANIS Ildikó (levelező szerző/correspondent): Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet
H-1085 Budapest, Üllői út 26. / Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest; Bright Future Kft./
Bright Future Ltd., Göd; E-mail: ildiko.danis@gmail.com

dr. SCHEURING Noémi: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/
Heim Pál National Children’s Hospital, Budapest

dr. SZABÓ László: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Children’s Hospital;
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Családgondozási Módszertani Tanszék/
Semmelweis University, Institute of Health Science, Family Care Methodology Department, Budapest

Érkezett: 2017. június 18.

Elfogadva: 2018. március 31.

volt. A szoptatottak átlagosan napi $6,7 \pm 1,6$ alkalommal, a szoptatott és már hozzátáplált gyerekek átlagosan napi $5,6 \pm 1,5$ alkalommal ettek. A teljes elválasztás(ód)ás után a gyerekek $4,9 \pm 0,9$ alkalommal étkeztek naponta. A válaszoló anyák 60,4%-a igény szerint, 39,6%-a pedig napirend szerint táplálta gyermekét. Az anyák 16%-a jelezte, hogy gyermeküknek táplálási nehézségei vannak.

KÖVETKEZTETÉSEK – Kívánatos lenne csecsemőtáplálási adatszolgáltatásunkat kibővíteni a hozzátáplálásra vonatkozó mutatókkal, mint a hozzátáplálás bevezetésének ideje, a táplálás napi gyakorisága, az étel állaga, kalóriatartalma, biztonságos elkészítése. A válaszkész táplálás a válaszkész szülői magatartás része, a szülőt erről fel kell világosítani és támogatni kell. Szorgalmazni kell a szoptatás folytatását a hozzátáplálás bevezetése után, legalább egyéves korig, és mindaddig, amíg az anya és a csecsemő folytatni kívánja.

Égészséges Utódokért projekt, hozzátáplálás, elválasztás/elválasztódás, válaszkész táplálás

and 25-36 month age group was 24% and 5.5% respectively. The daily feeding frequency of breastfed infants was 6.7 ± 1.6 . The infants and young children, who were breastfed along with complementary feeding were feeding 5.6 ± 1.5 times/day. After completed weaning the range of feeding frequency was limited to 4.9 ± 0.9 occasions/day. 60.4% of mothers regarded their feeding style on demand, while 39.6% on set schedule. 16% of mothers reported that their child had feeding difficulties.

CONCLUSIONS – Complementary feeding indicators should be part of infant feeding data collection, such as time of introduction of complementary food, feeding frequency, food consistency, energy density of food and safe preparation. Responsive feeding is part of responsive parenting and should be promoted, along with continuing breastfeeding at least till one year of age, and for as long as mother and infant wish to continue.

“For Healthy Offspring” project, complementary feeding, weaning, responsive feeding

A hozzátáplálás célja, hogy optimálisan anyatej, ennek hiányában anyatej-helyettesítő tápszer adása mellett, amikor az már önmagában nem elég, biztosítsa a megfelelő növekedést és fejlődést, valamint az egészség fenntartását, továbbá lehetőséget teremtsen a csecsemők számára, hogy megtanuljanak megszeretni új ízeket és állagokat olyan életkorban, amikor erre fogékonyak. A hozzátáplálás tehát azt jelenti, hogy a csecsemő étrendje az anyatej és/vagy anyatej-helyettesítő tápszer mellett más ételekkel és italokkal egészül ki. Állaguk lehet folyékony, pépes, félig szilárd és szilárd (szemiszilid/szilid).

A csecsemőnél a hozzátáplálás feltétele, hogy megtámasztva ülni tudjon, ne legyen már nyelvikilövő reflexe, az öklendező reflex a nyelv hátsó részére tevődjön át és képes legyen az ételt a száj elülső részéből hátrafelé irányítani. A csecsemő a következőképpen jelzi, hogy kész a hozzátáplálásra: játékokat és egyéb tárgyakat vesz a szájába, rágiya az öklét, érdeklődve figyel másokat, akik esznek, esetleg az ételük után nyúl. Azt is figyelembe kell venni, hogy az időre született, érett csecsemők gesztációs kora a 37–42. gesztációs heteket foglalja magában. Ebből következik, hogy akár öt hét különbség is lehet a megszületett csecsemők gesztációs korában, ami befolyásolhatja, hogy a csecsemő mely életkorban kész a hozzátáplálásra (1).

Az igen kis súlyú koraszülötteknél a vonatkozó, ez ideig nem evidenciaalapú ajánlások szerint a hozzátáplálás legkorábban a 3 hónapos korrigált életkor (aktuális életkorból levonásra kerül a különbség a 40. hét és a megszületéskor becsült gesztációs hét között) után és egyénre szabottan történjen. Náluk minden valószínűség szerint az 5–8 hónapos aktuális életkor az optimális idő a hozzátáplálás megkezdésére (1, 2). Ennek a kérdésnek az eldöntésére átfogó irodalmi áttekintés van folyamatban, mely a jövőben a koraszülöttek hozzátáplálására vonatkozó irányelvek alapját képezheti (3).

A WHO azt javasolja, hogy a *hozzátáplálás* szót használjuk az *elválasztás* helyett, mert az elválasztás szó a szoptatás csökkentéseként értelmezhető. A hozzátáplálás kifejezés használatával a különböző fajtájú és állagú ételekhez való fokozatos hozzászoktatásra/hozzászokásra és az anyatej kiegészítésére helyeződik a hangsúly, ami nem jelenti azt, hogy ez a szoptatás kiváltásával vagy megszűnésével kell, hogy járjon. *Elválasztódásnak* nevezzük azt a folyamatot, amikor a gyermek fokozatosan elhagyja a szoptást, az *elválasztás* pedig az anya aktív kezdeményezésére történik.

Az eredetileg tervezettnél korábban történő elválasztás leggyakoribb okai (4, 5) olyan laktációs problémák, mint az anya által vélt vagy valóban fennálló elégtelen tejtermelés, a szoptatással

összefüggő fájdalom (legtöbbször a helytelen mellre tapadás következtében kialakuló sebes mellbimbó), a csecsemő mellretapadási nehézsége, az anya fáradtsága, pszichoszociális okok, hiedelem, hogy a munkába állás vagy tanulmányok újrafelvétele mellett nem folytatható a szoptatás, továbbá olyan váratlanul kialakult élethelyzetek, amikor az elválasztás, legalábbis időlegesen, elkerülhetetlen (például az anya súlyos betegsége esetén).

Greiner (6) szerint az elválasztódás során négy különböző, egymásra épülő folyamatról van szó: 1. a korai időszakban a csecsemő hozzászoktatása különböző ételekhez, amikor nem azok tápértéke a meghatározó, 2. az anyatej kiegészítése, amikor az már nem fedezi a csecsemő tápanyagszükségletét, 3. a szoptatás fokozatos kiváltása más ételekkel, 4. a szoptatás teljes elhagyása.

A hozzátáplálás megkezdésének optimális ideje a WHO 2001-es ajánlása óta (7) sokat vitatott kérdéssé vált. A WHO *Kramer és Kakuma* 2002-ben (8) publikált metaanalízise alapján, a hozzátáplálás megkezdésével kapcsolatos ajánlást megváltoztatta: 4–6 hónapos kor helyett *betöltött 6 hónapos kor (180 nap) után* javasolta, és ezt az ajánlást *Kramer és Kakuma* 2012-ben kiegészített metaanalízise alapján meg is erősítette (8, 9). A javaslat alapja egyrészt az, hogy az első 6 élethónapban a kizárólagos szoptatás nutriciónálisan megfelelő, másrészt pedig az, hogy a 6 hónapig vs. 4 hónapig tartó kizárólagos szoptatás csökkenti a csecsemők infekciós morbiditását. Ez utóbbi érv nemcsak a fejlődő, hanem a fejlett országokra is vonatkozik, amit vizsgálatok sora bizonyít (10, 11). Ehhez járul még az az érv, hogy a hozzátáplálás korábbi megkezdése következtében a kereslet-kínálat alapján működő tejtermelés csökkenhet, és az anyák hamarabb hagyják abba a szoptatást, márpedig a szoptatással/anyatejes táplálással összefüggő, a gyermekekre és az anyára vonatkozó rövid és hosszú távú jótékony hatások az esetek jelentős részében bizonyítottan dóziszfüggőek (12).

Az allergia egyre növekvő incidenciája miatt kiemelt jelentőségű az a kérdés, hogy az allergia kialakulásának kockázata táplálási intervencióval csökkenthető-e. A vonatkozó irányelvek a legutóbbi szisztematikus áttekintések és randomizált vizsgálatok alapján kiemelik, hogy a 3–4 hónapos kornál előbb bevezetett hozzátáplálás növelheti, a potenciálisan allergén ételek késői bevezetése pedig a korábbi vélekedéssel szemben nem csökkenti, hanem növeli az allergia kockázatát. Allergén ételek betöltött 4 hónap után a hozzátáplálásban részesülő csecsemőknél elkezdhetőek, egyes allergének esetén specialista bevonásával (13–15). Ez ideig azonban nem

meghatározott az az időintervallum, melyben az allergén bevezetése az allergiamegelőzés céljából optimális. A 2016-ban közzétett EAT (Enquiring about Tolerance) tanulmány alapján nem bizonyítható, hogy szoptatott csecsemőknél a potenciális allergén ételek korai bevezetése (3–4 vs. 6 hónapos korban) csökkenti az allergia kialakulását (16). A Prevent CD (Prevent Coeliac Disease) vizsgálat tanúsága szerint a coeliakia kialakulását nem befolyásolja a glutén 6 hónappal korábban történő bevezetése és az sem, hogy a csecsemő a glutén bevezetésének idején szoptott (17). A 2017-ben közzétett legutóbbi ESPGHAN ajánlás (15) szerint a glutén bármikor bevezethető betöltött 4 és 12 hónapos kor között, és csecsemőkorban kerülni kell nagy mennyiségben történő adását. A glutén korábbi bevezetése (4 vs. 6 hó, 6 vs. 12 hó) esetén arra hajlamos egyénekben korábban alakul ki a coeliakia, de későbbi életkorban a coeliakia kumulatív incidenciája megegyező (18).

A kizárólagos szoptatás tartama és a hozzátáplálás megkezdésének időpontja tekintetében van némi különbség a nemzetközi és nemzeti szakmai szervezetek ajánlásaiban. A WHO és számos nemzeti szakmai szervezet betöltött 6 hónap után (7–9), a szakmai szervezetek egy része (USA: 19, Ausztrália: 20), beleértve a hazai Csecsemő és Gyermekgyógyászati Kollégiumot (21), 6 hónapos kor körül javasolja. Az ajánlások egy része úgy fogalmaz, hogy a kizárólagos vagy túlnyomó szoptatás folytatása 6 hónapos kor körüli ideig kívánatos, de a hozzátáplálás betöltött 4 hónap után elkezdhető (13, 15). Abban egyöntetű az álláspont, hogy betöltött 4 hónapos kor (17. hét) előtt ne és a 7. élethónapban mindenképpen kezdődjön el a hozzátáplálás, továbbá, hogy a hozzátáplálás időszakában magas a vasszükséglet, ezért már a hozzátáplálás kezdeti szakaszában vasban gazdag ételekre van szükség, különösen a szoptatott csecsemőknél.

A csecsemő/gyermek táplálása/táplálkozása során a válaszkész táplálási kapcsolatban a gyermekben múlik, hogy megeszi-e és mennyit eszik abból, amit a szülő/gondozó felkínál, a szülő/gondozó felelőssége pedig az, hogy mit, mikor, hol és hogyan ajánlja fel a gyermeknek (22).

Ideális esetben a hozzátáplálás a csecsemő/kisgyermek egyértelmű jelzései és szenzitív szülői hozzáállás révén valósul meg. Esetenként előfordul, hogy a csecsemő/kisgyermek részéről a táplálás elutasítása vagy egyéb kóros evési viselkedés lép fel, amely megnehezítheti a hozzátáplálás optimális folyamatát (23).

A WHO ajánlása szerint (24, 25) a hozzátáplálás az alábbi szempontok szerint történjen:

Történjen időben! Akkor kerüljön rá sor, ami-

kor az energia és tápanyagszükséglet meghaladja azt a mennyiséget, amit a szoptatás, illetve az anyatej-helyettesítő tápszerrel történő táplálás biztosít, és a csecsemő eléri azt a fejlettségi szintet, ami a szemiszolídok és szolidok fogyasztásához szükséges. Hozzátáplálás ne történjen betöltött 4 hónapos kor előtt és kezdődjön el mindenképpen a 7. hónapban.

Legyen megfelelő! A csecsemő olyan ételeket kapjon, amelyek elegendő energiát, proteint és nyomelemet (a vas, cink jelentősége!) biztosítanak a növekvő csecsemő tápanyagigényének megfelelően. Törekedni kell arra, hogy a hozzátáplálással adott ételnek az anyatejnél magasabb legyen a kalóriatartalma. Az új ételek bevezetése 3-5 nap különbséggel történjen. Előfordul, hogy egy új ételt 10-15 alkalommal is kínálni kell, mire a csecsemő elfogadja. Olyan mennyiségben kell kínálni az ételt, amit a csecsemő el tud fogyasztani. Az életkor előrehaladtával a kis adagokkal elkezdett hozzátáplálásnak mind a mennyisége, mind a gyakorisága növelendő. A szoptatott csecsemő 6-8 hónapos korban naponta 2-3-szor, 9-11 és 12-23 hónapos korban 3-4-szer kapjon hozzátáplálást és ezenkívül naponta kétszer „snack” ajánlható fel, ha éhes (25). Úgy tűnik, nincs jelentősége annak, hogy a hozzátáplálás a szoptatás előtt vagy után történik (26). Az anya erről saját kényelmi szempontjai és a gyermek igénye szerint dönthet (25). Kívánatos, hogy az ételnek legyen az anyatejénél (0,67 kcal/g) magasabb a kalóriatartalma (körülbelül 0,8-1 kcal/g), így biztosítható, hogy a fogyasztott anyatej mennyiségének csökkenésével is megfelelő legyen a kalóriabevitel.

Az étel típusán túl fontos a csecsemő fejlettségi szintjének megfelelő állagú ételek fogyasztása. Az étel állagát a folyékony-pépestől a szilárdig fokozatosan kell változtatni, igazodva a gyermek szükségleteihez és készségeihez. A csecsemő a rágsálnivalókat (finger food) általában 7-8 hónapos kor után igényli.

Legyen biztonságos! Tartsák be a higiénés követelményeket és megfelelően kezeljék az ételeket: a gondozónál és gyermeknél történjen kézmosás, a főzéshez és a gyermek táplálkozásához használt edények tiszták legyenek, az ételek előkészítése, tárolása megfelelő legyen (27).

Adása történjen megfelelő módon az anya-csecsemő interakció, az eszközök és a környezet tekintetében! Az anya vagy gondozó kövesse a „válaszkész” táplálás és pszichoszociális gondozás elveit, amikor eteti a csecsemőt és amikor támogatja az idősebb csecsemő/kisded önálló evését.

A válaszkész táplálás a gondozó szenzitív (időben és a gondozói viselkedésben megfelelő)

válasza a csecsemő vagy gyermek nonverbális vagy verbális éhség- és teltségjeleire (28). A válaszkész táplálást előmozdító stratégiák (28), melyekre fel kell hívni a szülő/gondozó figyelmét:

a) legyenek érzékenyek a gyermek éhség- és teltségjeleire,

b) lassan és türelmesen etessenek,

c) bátorítsák a gyermeket, hogy egyen, de ne erőltessék az evését,

d) ha a gyermek sokféle ételt visszautasít, kísérletezzenek különböző ételkombinációkkal, állagokkal és a bátorítás különböző módszereivel,

e) minimalizálják a gyermek figyelmének elterelődését, ha könnyen elveszti az érdeklődését az étkezés iránt,

f) ne felejtsek el, hogy az étkezési idők a tanulás és szeretet időszakai – beszéljenek a gyermekhez, a szemkontaktus fenntartásával!

A táplálási kapcsolatnak jelentős szerepe van a szociális és emocionális tanulásban. A jó táplálási kapcsolatban szinkronitás (egymásra hangolódás) alakul ki az anya és csecsemő között; a gyermek tisztába jön a saját érzéseivel, tudatosan benne, hogy képes közölni, amit akar és bízhat abban, hogy azt biztosítják számára (22). A szülő/gondozó figyelembe veszi a csecsemő éhség- és teltségjeleit, és egészséges csecsemőknél ezek a jelek határozzák meg az elfogyasztott étel mennyiségét (25). A szülőket fel kell arról világosítani, hogy az étel adása ne legyen a megnyugtatás és jutalmazás eszköze (15).

Az ételeket eleinte kiskanállal adjuk, majd a csecsemő készségeinek fejlődésével alkalmazzuk a kétkanalas módszert, mely lehetőséget ad arra, hogy a csecsemő is kanalazza az ételt. Amikor önállóan ülni tud, ültessük etetőszékbe a gyermeket. Bátorítsuk, hogy amikor erre hajlandóságot mutat és képes az ételeket megragadni, ő vegye el az ételt a tányérjáról. Törekedni kell arra, hogy a már hozzátáplált csecsemő táplálkozása a családi étkezés része legyen. A pszichológiából ismert szülői nevelési stílusok alkalmazhatók a táplálási kapcsolatra is (28). Amit, amennyit és ahogyan a szülők táplálják gyermekeiket, ezzel kialakítják a gyermekek korai étkezési szokásait (29).

Számos vizsgálatban találtak összefüggést a válaszkész táplálás hiánya és a gyermek magasabb testtömegindexe (BMI) (30, 31), illetve a későbbi táplálkozási regulációs zavarok előfordulási valószínűsége között (összefoglaló: 32).

Nagymintás kutatásunk nem reprezentatív, így nincs módunkban adatainkat összehasonlítani a hazai statisztikai adatokkal. Háromrészes cikksorozatunkban arra keressük a választ, hogy

milyen mértékben valósulnak meg a csecsemő- és kisdetáplálásra vonatkozó hazai és nemzetközi ajánlások a hazai gyakorlatban egy speciális egészségügyi (kórházi és területi) mintában.

Jelen, második írásunkban a hozzátáplálás és elválaszt(ód)ás folyamatát térképezzük fel, és bemutatjuk a táplálási problémák ezzel összefüggő mutatóit. Cikkünkben elemezzük, hogy mintánkban a hozzátáplálás mikortól kezdődik el, hogyan alakul a napi evések/etetések gyakorisága, a táplálás inkább igény szerint vagy napirend szerint történik-e, milyen életkorban következik be az elválasztás/elválasztódás. Bemutatjuk továbbá, hogy a szülők milyen táplálással kapcsolatos nehézségeket érzékelnek, és ezek hogyan függnek össze az elválaszt(ód)ás szakaszaival.

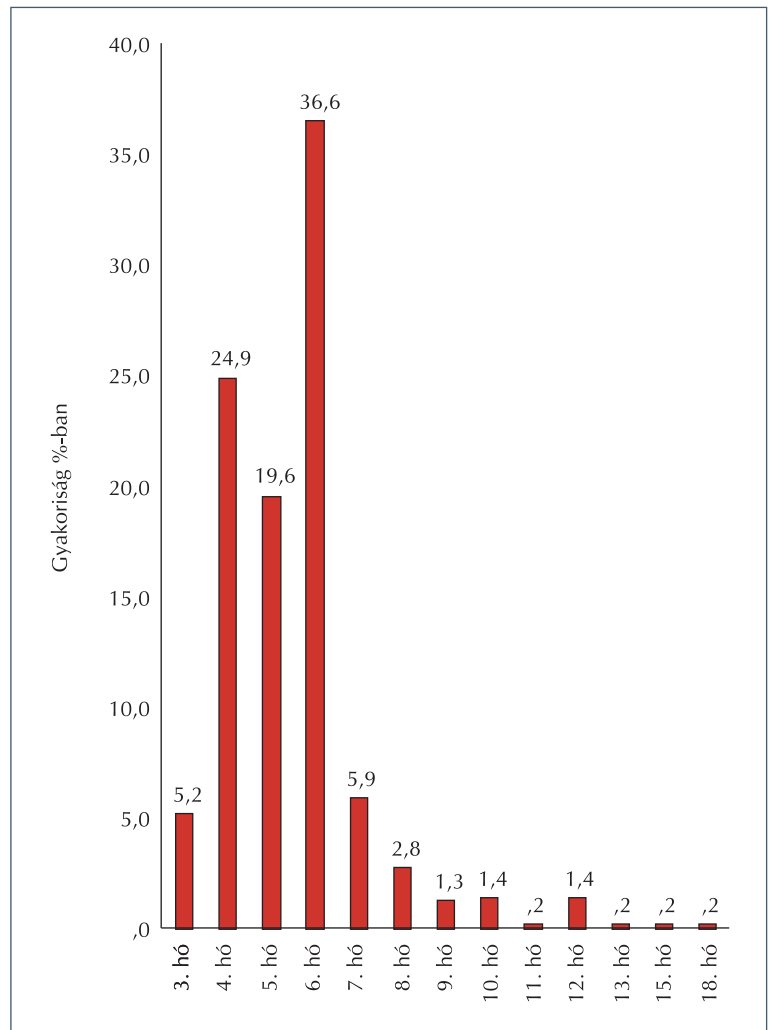
Résztevők és módszerek

A 2010-ben indított „Egészséges utódokért” projekt céljáról és indokoltságáról, részletes kutatás-módszertani háttéréről, a kutatás felépítéséről, a használt eszközökről, és a mintánk általános sajátosságairól részletesen olvashatnak korábbi tanulmányunkban (33). Mintánkat, eszközeinket és a használt statisztikai módszereket cikksorozatunk elemzési céljainak megfelelően mutattuk be első cikkünkben (34), jelen írásunkban nem ismételjük e módszertani információkat.

Eredmények

Hozzátáplálás, elválaszt(ód)ás

Mintánkban a kérdőívek kitöltésekor a válaszadók gyermekeinek 76%-a kapott már pépes és/vagy szilárd ételt is. Azok a szülők, akik megadták a bevezetés pontos időpontját, átlagosan $5,5 \pm 1,8$ hónapos korban kezdték el a hozzátáplálást, a pépes, majd szilárd ételek bevezetését. (Megjegyzés: Az életkori hónapok kerekített számolására a statisztikai kerekítést használtuk. Vagyis általában a 4 hónaposok mindazok, akik 3,5–4,5 hónap közötti életkorúak. Egyetlen esetben eltértünk a WHO ajánlásának tesztelésékor. Ekkor a betöltött 4 hónapos kor előtt és után végeztük összehasonlításainkat. Néhány szakmailag megbízhatatlannak tűnő extrém értéket – 3 hónappal korábban és 18 hónappal később – kivettünk az elemzésből.) A retrospektív beszámoló szerint azok közül, akik megjelölték pontos időpontot a hozzátáplálás elkezdéséről, 86,3% legkésőbb a 6. hónapban (a minta 5,2%-a



1. ábra. Pépes, félélszilárd/szilárd ételek bevezetése időpontjának megoszlása a már hozzátápláló almintában (retrospektív megkérdezés) ($n=859$)

már a harmadik élethónapban, 24,9%-a pedig 4 hónaposan) elkezdte a hozzátáplálást (1. ábra).

A hozzátáplálás kezdetét nem befolyásolta a gyermek neme, a testvérsorban elfoglalt helye, az anyák iskolai végzettsége, a család anyagi helyzete. Anyai szív- és érrendszeri betegség fennállásakor valamivel (fél hónappal) előbb kezdték meg a hozzátáplálást ($Z=-1,96$, $p=0,05$; 5,1 vs. 5,6 hónap). Sem a többi anyai betegségtípus, sem a rendszeres gyógyszeresedés, sem a dohányzás nem volt hatással a hozzátáplálás megkezdésének időpontjára. Nem számított a várandósság és a szülés lezajlása (császármetszés vs. hüvelyi szülés) és szubjektív élménye sem, és az sem, hogy járt-e valaki szülésfelkészítésre. A bevezetés időpontját nem befolyásolta az sem, hogy a gyermek kapott-e speciális kezelést újszülöttkorában, hogy támogatták-e az anyát otthon a gyermekgondozásban, és hogy beteges-e a gyermek.

A hosszabb ideig tartó szoptatás és a hozzá-

1. táblázat. A hozzátáplálás és elválasztódás folyamata életkori csoportokban (n=963)

	Szoptatás (és esetleg tápszeres pótlás)	Szoptatás (és esetleg tápszeres pótlás) + hozzátáplálás	Szoptatás nélkül félszilárd és szilárd ételek (tápszerrel, egyéves kor után tejjel kiegészítve)	Összesen
0–4 hó	137	9	0	146
4–6 hó	34	30	33	97
7–12 hó	7	93	106	206
13–15 hó	1	26	57	84
16–24 hó	0	49	183	232
25–36 hó	2	9	187	198
Összesen	181	216	566	963

táplálás elkezdése között enyhe összefüggés ($\rho=0,42$, $p<0,001$) mutatkozott. Minimális összefüggést találtunk azzal is, hogy az anya menyire szeretett szoptatni ($\rho=0,15$, $p<0,001$): minél inkább szerettek az anyák szoptatni, annál később kezdték el a hozzátáplálást. A szoptatási problémák száma és a hozzátáplálás bevezetésének ideje között viszont nem találtunk összefüggést.

Kérdőívünkben nem szerepelt a kizárólagos szoptatásra, a tápszeres és egyéves kor után szóba jövő tehéntejjel történő kiegészítésre vonatkozó kérdés, ezért csak arról tudunk nyilatkozni, hogy az esetleg tápszerkiegészítéssel folytatott szoptatás, a szoptatás mellett és az a nélkül folytatott hozzátáplálás hogyan oszlott meg a mintánkban.

A kérdőív felvételének időpontjában mind a szoptatás, mind a hozzátáplálás kérdéseire válaszoló családok (n=963) megoszlása a gyermekek

táplálása tekintetében a következő volt: 18,8%-uk (esetleg tápszeres kiegészítéssel) csak szoptott, 22,4%-uk szoptatás (és esetleg tápszeres kiegészítés) mellett már kapott félszilárd és szilárd ételeket, 58,7%-uk pedig már nem szoptott, és esetleg tápszeres kiegészítés mellett kapott félszilárd és szilárd ételeket. A kérdezés idején a betöltött 4 hónapnál fiatalabb csecsemők (n=146) közül 9-nél (6%), a betöltött 6 hónapnál fiatalabb csecsemők (n=243) közül 72-nél (30 %) kezdték meg a hozzátáplálást.

Az 1. táblázat a mintában (n=963) a kérdőív felvételekor jellemző elválaszt(ód)ás szakaszait mutatja be (szoptatás, részleges és teljes elválaszt(ód)ás).

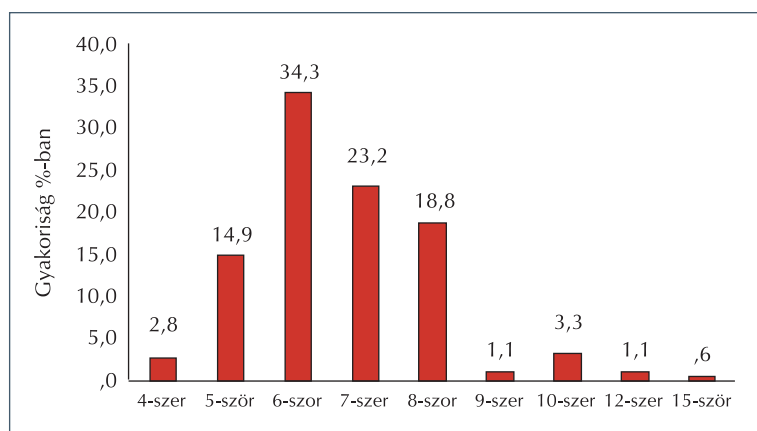
– Míg a 4 hónapnál fiatalabb csecsemők túlnyomó többsége (esetleg tápszeres pótlással) csak szoptott, a 4–6 hónapos csecsemők csaknem kétharmadánál már elkezdtek a hozzátáplálást.

– A 7–12 hónapos korcsoportban alig volt olyan csecsemő, akinél nem kezdték meg a hozzátáplálást (3,3%). A 4–6 hónaposok és 7–12 hónaposok csoportjában a szoptatás mellett és a nélkül hozzátáplált csecsemők közel hasonló arányban szerepeltek.

– A betöltött 12 hótól 36 hóig terjedő korcsoportban a gyermekek összesen 17%-a a félig szilárd/szilárd ételek mellett még szoptott is. Ez az arány az életkor előrehaladtával a következőképpen alakult: 12–24 hónapos korban 24%-uk, 25–36 hónapos korban 5,5%-uk szoptott még.

Az etetés gyakorisága

A válaszoló édesanyák a szoptatás-elválasztódás mindhárom szakaszában jelentősen szóródó étkezési gyakoriságról számoltak be (2–4. ábra). Az



2. ábra. Táplálási gyakoriság a csak szoptató (és esetleg tápszerrel pótoló) anyák körében (n=181)

(esetleg tápszeres pótlással) szoptatott gyermekek 91,2%-a 5–8-szor, a már hozzátáplálás mellett szoptatott gyermekek 94,9%-a 4–8 alkalommal evett egy átlagos napon. Míg az (esetleg tápszeres pótlással) szoptatottak átlagosan napi $6,7 \pm 1,6$ alkalommal (legtöbbször 6-szor), addig a szoptatott és már hozzátáplált gyerekek átlagosan napi $5,6 \pm 1,5$ alkalommal (legtöbbször 5-ször) ettek.

A teljes elválaszt(ód)ás után szűkül a táplálási gyakoriság általános terjedelme: a gyerekek nagy része (91,4%-a) 4–6-szor étkezik naponta, átlagosan $4,9 \pm 0,9$ alkalommal (legtöbbször 5-ször) (4. ábra).

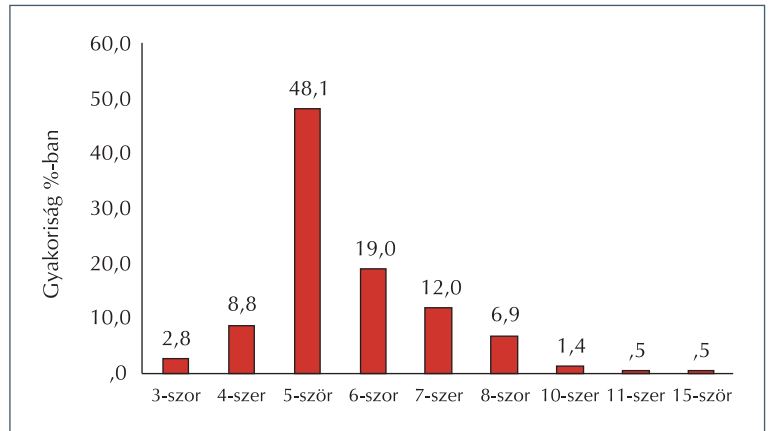
Az etetés gyakoriságában némi különbséget találtunk a nemek között; az (esetleg tápszeres pótlással) szoptatott fiúk átlagosan $6,3 \pm 1,7$ alkalommal, a lányok $5,8 \pm 1,6$ alkalommal ettek. Az anyák iskolázottsága és a család anyagi helyzete nem befolyásolta szignifikánsan az étkezések gyakoriságát.

Igény szerinti táplálás vs. napirend szerinti étkezés

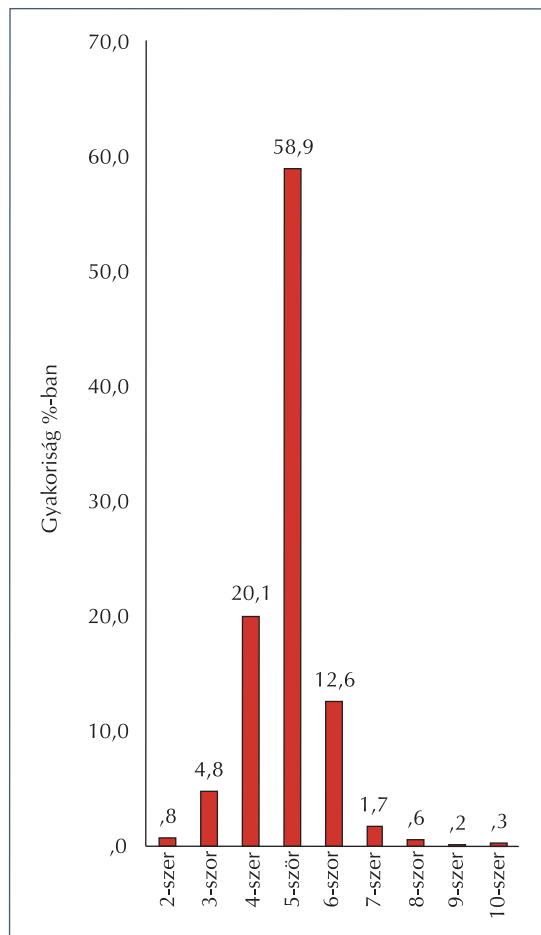
A teljes mintában az erre a kérdésre válaszoló anyák 60,4%-a igény szerint táplál, míg 39,6% napirend szerint. Az igény szerinti táplálás aránya a csak szoptatott gyerekeknél 64,1%, a szoptatott és hozzátáplált gyerekeknél 75,4%, amely arány a teljes elválasztódás után visszaesik 53,5%-ra. A táplálás módja a gyerekek életkorától és nemétől nem függött, viszont függött az anyák iskolai végzettségétől. A hozzátáplálás nélkül szoptató édesanyák között még nincs különbség, de ez a hozzátáplálás kezdetével elindul [$\chi^2(1)=6,42$; $p=0,011$; $\phi=0,17$], majd az elválasztódás után megerősödik [$\chi^2(1)=27,15$; $p<0,001$; $\phi=0,21$]: a legfeljebb középfokú végzettségű anyák hajlamosabbak igény szerint táplálni (hozzátáplálás kezdeténél: 84,6%, elválasztódás után: 62,9%), mint a felsőfokú végzettségű anyák (hozzátáplálás kezdeténél: 70,2%, elválasztódás után: 42,3%), miközben a teljes mintán a válaszadás a napirend felé tolódik el.

Azoknál az anyáknál, akik nem igény szerint etettek, rákérdeztünk ennek okára. A négy alapkérdés mellé a nyitott egyéb válaszokat is utánkódoltuk, ez alapján készült el egy másodlagos kódrendszer, melynek válaszarányait az 5. ábrán mutatjuk be.

A napirend szerint étkezők 7,9%-a jelezte, hogy ez nem kötött, hanem igény szerint és napirend szerint is történik. Ugyanígy néhány ($n=28$) igény szerint etető édesanya (a nem nekik szóló kérdéstől függetlenül) megjegyezte, hogy a napirendet is szem előtt tartják.



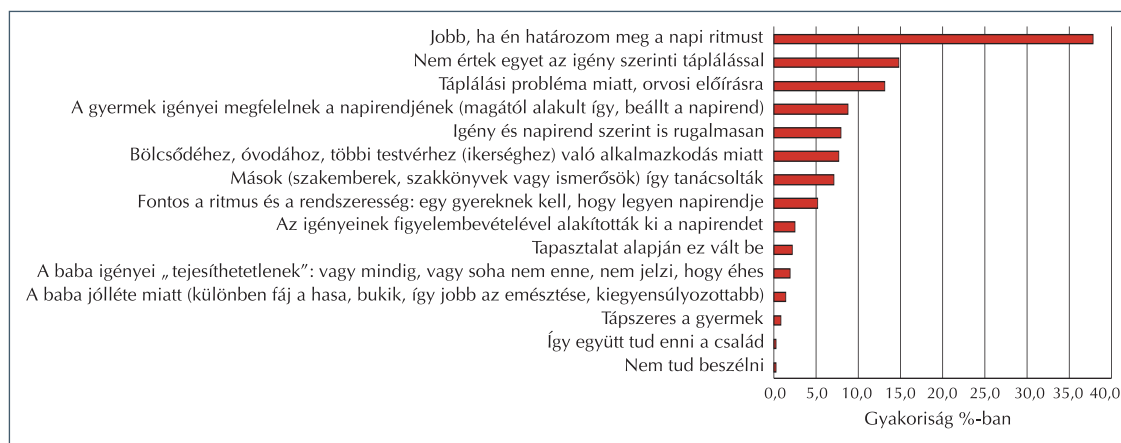
3. ábra. A táplálás gyakorisága a szoptató és már hozzátápláló anyák körében ($n=216$)



4. ábra. Étkezések gyakorisága szoptatás nélküli pépes/félig szilárd/szilárd táplálékot fogyasztó gyerekeknél (tápszerrel/tejjel történő kiegészítéssel)

Szülők közötti egyetértés

Vizsgálatunkban 322 szülőpár töltötte ki kérdőíveinket. Az anyai és apai megítélés közötti korrelációk hozzájárulnak annak megítéléséhez,



5. ábra. A napirend szerinti táplálás preferálásának okai (n=365)

hogy a szülők mennyire lát(tat)ják objektíven gyermekeiket. A két szülő megítélésében erős együttjárást találtunk azokban a kérdésekben, hogy milyen napi gyakorisággal történt a táplálás és mikor történt a pépes/szilárd ételek bevezetése ($\rho=0,81$ és $0,65$, $p<0,001$). Hasonló volt az egyetértés mértéke abban is, hogy igény szerint vagy napirend szerint folyik-e a táplálás [$\chi^2(1)=127,66$, $p<0,001$, $\phi=0,63$], a szülőpárok mindössze 18,6%-ának volt erről egymástól eltérő véleménye.

Regulációs zavarok gyanújelei a szülői önbeszámolókból

A kérdőívben néhány konkrét kérdéssel próbáltuk feltérképezni a nehézségekkel, problémákkal küszködő családokat. Az anyák 16%-a jelezte a kérdőívben, hogy gyermeküknek étkezési, gyarapodási nehézségei vannak, ők természetesen szignifikánsan problémásabbnak érezték gyermekük táplálását ($Z=-12,19$, $p<0,001$; $1,53 \pm 0,86$ vs. $2,76 \pm 1,29$). Ugyanakkor az anyák mindössze 10%-a számolt be arról, hogy a táplálást jelentős problémának látják.

Ezek az arányok változtak a szoptatás-eltávolítás-eltávolítás folyamat szakaszai mentén (2. táblázat); a legjelentősebb problémahányaddal az

eltávolítás utáni csoportban talákoztunk, vagyis a már nem szoptó, pépes és/vagy szilárd táplálékot evő gyermekek körében.

A felsőfokú végzettségű anyákkal összehasonlítva valamivel problémásabbnak ítélték meg a táplálást, ami mind a szoptató ($Z=-2,85$, $p=0,004$: $1,50 \pm 0,97$ vs. $1,73 \pm 1,01$), mind a már nem szoptató anyák körében ($Z=-4,04$, $p<0,001$: $1,65 \pm 1,00$ vs. $1,97 \pm 1,12$) megmutakozott. Az átlagok így is a kevésbé problémás szegmensben találhatók.

Az általános táplálási, gyarapodási problémák tekintetében erős volt az egyetértés a szülők között [$\chi^2(1)=182,74$, $p<0,001$, $\phi=0,76$]; a minta mindössze 6,4%-ában volt az apának és anyának eltérő a megítélése (egyikük látott problémát, a másikuk nem). A Likert-skálán mért problémás etetés/evés gyakoriságában már nem volt ekkora együttjárás, de még így is közepesen erős volt az egyetértés ($\rho=0,45$, $p<0,001$).

Megbeszélés

A már hozzátápláló almintánkban (n=859) a csecsemők valamivel több, mint 30%-ánál kezdtek el 4 hónapos kor előtt a hozzátáplálást és körülbelül 14%-nál vezették be a hozzátáplálást

2. táblázat. Táplálási nehézségek megoszlása a hozzátáplálás szakaszaiban

	Szoptatás (és esetleg tápszeres pótlás)	Szoptatás (és esetleg tápszeres pótlás) + hozzátáplálás	Szoptatás nélkül felszilárd és szilárd ételek (tápszerrel/egy éves kor után tejjel kiegészítve?)
Táplálási, gyarapodási nehézség	10,3%	13,8%	18,0%
Problémát okoz-e az etetés? (1–5 skálán 4–5 érték)	6,8%	8,6%	11,2%

6 hónapnál később (ebből a hetedik hónapon túl a minta 8%-a) (1. ábra). Ez az összefüggés összevethető Schiess és munkatársai (35) öt európai országban végzett tanulmányával, mely szerint az egyértelmű ajánlás ellenére a szoptatott csecsemők 17,2%-ánál, a tápszerrel tápláltak 37,2%-ánál kezdtek el betöltött 4 hónap előtt a hozzátáplálást. A hozzátáplálás ajánlottnál későbbi bevezetésére viszont a tápszerrel tápláltak 0,7%-ánál, a szoptatottak 2,3%-ánál került sor. Schiess és munkatársai tanulmányában a hozzátáplálás ajánlottnál korábbi bevezetése szempontjából rizikótényező volt a nem szoptatás, az anya alacsonyabb jövedelme, alacsonyabb iskolai végzettsége, továbbá a dohányzó és adolescens anya. A hozzátáplálás szempontjából ezeket a tényezőket nem vizsgáltuk, azonban azt találtuk, hogy azon anyák között, akik hosszabb ideig szoptattak és akik úgy nyilatkoztak, hogy szeretnek szoptatni (5-ös Likert-skálán 4-es 5-ös válasz), később kezdtek el a hozzátáplálást és kevesebb volt közöttük a 4 hónapnál korábban bevezetett hozzátáplálás gyakorisága is.

Az ezzel a kérdéssel foglalkozó közlemények szerint az anyák a 4 hónapnál korábban elkezdett hozzátáplálás okaként leggyakrabban az alábbiakat jelölik meg: a gyermek kész a hozzátáplálásra, éhség, az anyatejen/tápszeren kívül mást is akar enni, szakember ajánlotta, szeretné, ha a csecsemő jobban aludna (36). A hozzátáplálás 4 hónapnál korábbi bevezetésének kockázatai: összefüggés a későbbi obesitással (37, 38), táplálékallergiával (39), az infekciós morbiditás növekedésével és a szoptatás tartamának lerövidülésével (6, 40). Megjegyzendő, hogy a napi szoptatások számát és a szoptatás tartamát a korai hozzátáplálás sokkal kisebb mértékben befolyásolja, mint a tápszerrel történő pótlás (41).

Nem találtunk összefüggést a szoptatással kapcsolatos nehézségek és a hozzátáplálás korai bevezetése között. A fentiek alapján az a hipotézisünk, hogy mintánkban a hozzátáplálás elkezdését a szoptatás hosszával összehasonlítva, sokkal kevésbé befolyásolják egészségügyi és pszichoszociális tényezők. Mintánkban az ajánlottnál korábban elkezdett hozzátáplálás nagy valószínűséggel a nem megfelelő vagy hiányzó információk tudható be. Kíváncsún lenne a csecsemőtáplálási mutatók sorába felvenni a 4 hónapnál korábban és a betöltött 7 hónapnál később elkezdett hozzátáplálás előfordulásának gyakoriságát, ami minden bizonnyal ösztönzőleg hatna az ez irányú ajánlások követésére.

Magyarországon ez ideig nem volt adat az egyéves kornál idősebb gyermekek szoptatásának gyakoriságáról. A hazai statisztikából a védőnői jelentés alapján arról van információnk, hogy az

egyéves kor betöltésekor a csecsemők mintegy 30%-a szopik még. Nagymintás anyagunkban a 2. életévben a kisdedek 21,9%-a, a 24–36 hónapos korúak csoportjában a gyermekek 5,5%-a szopott még.

A válaszadó teljes mintánk 39,6%-a nem igény szerint táplált, és több mint 50%-uk ennek okaként azt jelölte meg, hogy „jobb, ha én határozom meg a napi ritmust” vagy „nem értek egyet az igény szerinti táplálással”, 13%-uknál pedig a „táplálási probléma miatt, orvosi előírásra” volt a nem igény szerint táplálás oka. Az első életévben az anya és gyermek együtt töltött idejének legnagyobb részét a táplálás/táplálkozás teszi ki. Általánosságban elmondható, hogy ez az interakció akkor sikeres, ha a gondozó, bízva a gyermekétől jövő információban, követi azt a mikor, mit (optimális esetben nutriciónálisan és a gyermek táplálkozási készségeinek megfelelő ételt és azok széles variációját választja), mennyit és milyen ütemben kérdésekben (22) és megfelelő helyet és környezetet biztosít a táplálkozáshoz. Az anyákat tanítani kell a csecsemő/gyermek éhség- és teltségjeleinek megfigyelésére, azok figyelembevételére. A válaszkész táplálás a csecsemőtáplálási ajánlásokban hangsúlyozott „igény szerinti” szoptatás során abban áll, hogy a szoptatás nem időrend szerint történik, hanem az anya a korai éhségjelek figyelembevételével teszi mellre a csecsemőt. Számos vizsgálat mutatott ki összefüggést az evést kevésbé kontrolláló viselkedés és a hosszabb ideig történő szoptatás között (42, 43).

A cumisüvegből történő táplálás ugyancsak történhet válaszkész módon, az éhség- és teltségjelek figyelembevételével, azonban inkább az a jellemző, hogy azt a gondozó irányítja (arra ösztökéli a gyermeket, hogy üritse ki a cumisüveget), ami negatív irányban befolyásolhatja a csecsemő önregulációját. Megfigyelték, hogy cumisüvegből tápláló anyák, a szoptató anyákkal összehasonlítva, a későbbiekben is inkább kontrollálják a gyermek evését (44). Mintánkban ugyan csak néhány százalékban jelölték meg a szülők a nem igény szerinti táplálás okaként a „tápszeres a gyermek” választ, náluk azonban valószínűsíthető az a tévhit, hogy a tápszeres táplálás esetén az igény szerinti táplálás nem jön szóba.

A Diana Baumrind (45), majd Maccoby és Martin (46) nyomán leírt négyfajta nevelési stílus: autoritatív (következetes – úgynevezett meleg-korlátozó), autoriter (tekintélyelvű – hideg-korlátozó), elhanyagoló (hideg-engedékeny) és megengedő (meleg-engedékeny) alkalmazható a táplálási szülő-gyermek interakció és válaszkészség megítélésére is (28).

Annak ellenére, hogy az éhség- és teltségjelek felismerése az életkor előrehaladtával könnyebbé válik (47), mintánkban a szülői válaszok alapján az igény szerinti táplálás a teljes mintában a szoptatás abbahagyása után számottevően csökkent: a csak szoptatottak körében 64,1%, a szoptatott és hozzátáplált csoportban 75,4%, az elválaszt(ód)ás után pedig 53,5% volt. Ezt részben magyarázhatja, hogy a kérdésfeltevés a napirend szerinti táplálkozásra szűkítette le az igény szerinti táplálást, és nem tért ki a gyermek által elfogyasztott mennyiség szülői befolyásolására. Szerepet játszhat ebben az is, hogy az elválasztódás után az addig inkább autoritativ táplálási stílust autoriter táplálási stílus váltotta fel.

Összefüggést találtunk az anyák iskolai végzettsége és az igény szerinti táplálás gyakorisága között. Az a tény, hogy a középfokú iskolai végzettséggel rendelkező anyák hajlamosabbak voltak igény szerint táplálni, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők, többféleképpen magyarázható. Utalhat egyrészt arra, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkezők hajlamosabbak a kontrolláló táplálási stílusra, másrészt, arra, hogy nagy valószínűséggel nincs megfelelő információjuk, sőt sok esetben téves információjuk van ebben a kérdésben, különösen annak tükrében, hogy a válaszok kész táplálás/gondozás a hazai szakmai irányelvekben és kommunikációban nem szerepel kellő súllyal, ugyanakkor számos, az autoriter stílusra ösztönző kiadvány van a könyvtárházak polcain. Annak alapján, hogy vizsgálatunkban a válaszadók több mint egyharmada nem igény szerint táplált, fontos lenne, a nemzetközi tapasztalatokat követve, a csecsemőtáplálással kapcsolatos irányelvekben és programokban felhívni a figyelmet arra, hogy a szülők, illetve gondozók a szoptatás, a cumisüveges táplálás és a hozzátáplálás során is folytassák a válaszok kész táplálás elveit (48). Mind az egészségügyi szakemberek, mind a szülők és nagyközönség körében tudatosítani kellene, hogy a válaszok kész táplálás az örömteli

táplálkozás és a pozitív anya-gyermek kapcsolat alapja (22). Az anya-csecsemő/gyermek párost ellátó egészségügyi szakembereknek figyelni kell az anya-gyermek interakcióra a táplálás/táplálkozás során. Kívánatos lenne a hazai népeiséget reprezentáló mintában vizsgálni az ellátottak körében az igény szerinti, válaszok kész táplálás elveinek elfogadását és követését és a vizsgálatot kiterjeszteni az anya-gyermek páros táplálását irányító szakemberek körére is.

A vizsgálat nem tért ki annak felderítésére, hogy van-e különbség a gyermek testtömegindexében az igény szerint és nem igény szerint tápláltak között. Mindemellett megjegyezni kívánjuk, hogy a válaszok kész táplálás, mivel teret ad a csecsemő önregulációjának, a korunkban epidémiaként tekintett elhízás megelőzésének is fontos eleme (49). Az első életévek ugyanis a gyermek táplálkozási készségeinek fejlődésével átmenetet jelentenek a gondozótól való teljes függésből a relatíve önálló étkezés időszakába. Ez alatt az idő alatt a gyermek függ a gondozójától a megfelelő és megfelelő módon adott táplálás tekintetében. A nem válaszok kész táplálás, mely nem veszi figyelembe az éhség- és teltségjeleket, előmozdítja a táplálást éhség hiányában és/vagy a jóllakottság elérése után is, hozzájárulva a túltápláláshoz. A csecsemők táplálkozással kapcsolatos jelei különbözőek, nagy egyéni variációt mutatnak, és számos tényező befolyásolja ezek megnyilvánulását, mint az életkor, a nem, a genotípus, a fejlődés szintje és a táplálás módja (47). Az anyai jellemzők (mint például az anyai testtömegindex) befolyásolhatják, hogy az anya milyen módon értelmezi a csecsemő jeleit. Az anyák általában könnyebben értelmezik az éhségjeleket, mint a teltségjeleket, és ez kifejezettebben észlelhető a magas testtömegindexű anyáknál (47). Olyan programok kidolgozására van szükség, melyek segítik a gondozókat abban, hogy felismerjék a csecsemő éhség- és teltségjeleit és ezekhez igazodva táplálják a gyermeket.

Irodalom

1. British Dietetic Association. The BDA Paediatric Group Position Statement: weaning infants onto solid foods. The British Dietetic Association Specialist Paediatric Group; 2010.
2. Palmer DJ, Makrides M. Introducing solid foods to preterm infants in developed countries. *Annals of Nutrition and Metabolism* 2012;60(suppl 2):31-8.
3. Vissers KM, Feskens EJ, van Goudoever JB, Janse AJ. The timing of complementary feeding in preterm infants and the effect on overweight: Study protocol for a systematic review. *Systematic Reviews* 2016;5(1):149.
4. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726-32.
5. Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breast-feeding. *Canadian Journal of Public Health* 2014;105(3):e179-85.
6. Greiner T. The concept of weaning: Definitions and their implications. *Journal of Human Lactation* 1996;2(12):123-8.
7. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. 2001 Geneva (WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH 01.24).
8. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(1):CD003517.
9. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;(8):CD003517.

10. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: A prospective study. *Archives of Disease in Childhood* 2010;95(12):1004-8.
11. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2007;119(4):e837-e42.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475-90.
13. Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. Guidelines for healthcare professionals. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice* 2013;1(1):29-36.
14. Du Toit G, Foong RM, Lack G. Prevention of food allergy - early dietary interventions. *Allergy International* 2016;65(4):370-7.
15. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton NN, Fidler M, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition* 2017;64(1):119-32.
16. Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock, J, et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. *The New England Journal of Medicine* 2016;374:1733-43.
17. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *The New England Journal of Medicine* 2014;371:1304-15.
18. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellöf M, et al. Gluten introduction and the risk of coeliac disease: A position paper by the European Society For Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2016;62(3):507-13.
19. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
20. National Health and Medical Research Council. Infant feeding guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2012. p. 1-174.
21. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja - Az egészséges csecsemő táplálásáról; 2009.
22. Satter EM. The feeding relationship. *Journal of The American Dietetic Association* 1986;86:352-6.
23. Chatoor I. Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers and young children. Washington: DC: ZERO TO THREE; 2009.
24. WHO. Report of informal meeting to review and develop indicators for complementary feeding, 3-5. Dec.2002. Washington DC. http://www.who.int/nutrition/publications/report_of_informal_meeting_for_cf.pdf (letöltve: 2017. ápr. 9.)
25. WHO. Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. 2009. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/index.html> (Letöltve: 2017. márc. 3.)
26. Shah D, Singh M, Gupta P, Faridi MM. Effect of sequencing of complementary feeding in relation to breastfeeding on total intake in infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2014;58(3):339-43.
27. Dewey K. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. WHO, PAHO; 2003. Letölthető http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf
28. Harbron J, Booley S. Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African Journal of Clinical Nutrition* 2013;26(3):S141-9.
29. Jansen E, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels LA. The feeding practices and structure questionnaire: construction and initial validation in a sample of Australian first-time mothers and their 2-year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2014;11(1):72.
30. DiSantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher J. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: A systematic review. *International Journal of Obesity (London)* 2011;35(4):480-92.
31. Savage JS, Birch LL, Marini M, Anzman-Frasca S, Paul IM. Effect of the INSIGHT responsive parenting intervention on rapid infant weight gain and overweight status at age 1 year. A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics* 2016;170(8):742-9.
32. Scheuring N, Danis I, Karoliny A, Szabó L. Az első három életév táplálási és táplálkozási zavarai organikus és funkcionális nézőpontból. *Lege Artis Medicinae* 2016;26(5-6):247-54.
33. Scheuring N, Danis I, Németh T, Papp E, Czinner A. Az Egészséges utódokért projekt 2010-2011. A koragyermek-kori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatómódszertani háttere. *Gyermekgyógyászat* 2012;63(6):320-5.
34. Németh T, Várady E, Danis I, Scheuring N, Szabó L. Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész - Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagymintás kutatásában. *Lege Artis Medicinae* 2017;27(10-12):406-17.
35. Schiess S, Grote V, Scaglioni S, Luque V, Martin F, Stolarczyk A, et al. Introduction of complementary feeding in 5 European countries. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2010;50(1):92-8.
36. Clayton HB, Li R, Perrine CG, Scanlon KS. Prevalence and reasons for introducing infants early to solid foods: Variations by milk feeding type. *Pediatrics* 2013;131(4):e1108-e14.
37. Sun C, Foskey RJ, Allen KJ, Dharmage SC, Koplin JJ, Ponsonby AL, et al. The impact of timing of introduction of solids on infant body mass index. *The Journal of Pediatrics* 2016;179:104-10.
38. Wang J, Wu Y, Xiong G, Chao T, Jin Q, Liu R, et al. Introduction of complementary feeding before 4 months of age increases the risk of childhood overweight or obesity: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition Research* 2016;36(8):759-70.
39. Muraro A, Halken S, Arshad SH, Beyer K, Dubois AEJ, Du Toit G, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy* 2014;69(5):590-601.
40. Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition* 2004;89:813-6.
41. Hömell A, Hofvander Y, Kylberg E. Solids and formula: Association with pattern and duration of breastfeeding. *Pediatrics* 2001;107(3):e38.
42. Hodges EA, Johnson SL, Hughes SO, Hopkinson JM, Butte NF, Fisher JO. Development of the responsiveness to child feeding cues scale. *Appetite* 2013;65:210-9.
43. Jansen E, Mallan KM, Byrne R, Daniels LA, Nicholson JM. Breastfeeding duration and authoritative feeding practices in first-time mothers. *Journal of Human Lactation* 2016;32(3):498-506.
44. Li R, Scanlon KS, May A, Rose C, Birch L. Bottle-feeding practices during early infancy and eating behaviors at 6 years of age. *Pediatrics* 2014;134(suppl 1):S70-7.
45. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs* 1971;4:1-103.
46. Maccoby EE, Martin JP. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hetherington EM (ed.) *Handbook of child psychology*. Vol. 4. Socialization, personality, and social development. New York, Wiley; 1983. p. 1-101.
47. McNally J, Hugh-Jones S, Caton S, Vereijken C, Weenen H, Hetherington M. Communicating hunger and satiation in the first 2 years of life: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition* 2016;12(2):205-28.
48. Engle PL, Peltó GH. Responsive feeding: Implications for policy and program implementation. *The Journal of nutrition* 2011;141(3):508-11.
49. Hurlley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of Nutrition* 2011;141:495-501.