

Táplálás és táplálkozás csecsemő- és kisgyermekkorban I. rész – Szoptatási mutatók az Egészséges utódokért projekt nagyintás 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 kisedetáplálásra vonatkozó hazai és nemzetközi ajánlások a hazai gyakorlatban egy speciális egészségügyi (kórbázi és területi) mintában. Első cikkünkben a szoptatás tartamáról, az azt befolyásoló tényezőkről, a szoptatás szubjektív megítéléséről és a szoptatással kapcsolatos nehézségekről számolunk be. Második cikkünkben a hozzátáplálás és elválaszt(ód)ás 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 I. – DATA ON BREASTFEEDING IN THE LARGE-SAMPLE “FOR HEALTHY OFFSPRING” PROJECT

BEVEZETÉS – A szoptatás a csecsemőtáplálás ideális és természetes módja. Emellett a gyermeknél és az anyánál számos betegség kockázatát csökkenti, és jelentős hozadék van az anya-gyermek kapcsolat, a társadalom és a környezet szempontjából is.

RÉSZTVEVŐK ÉS MÓDSZEREK – Az Egészséges utódokért projektben 1164, 0–3 éves gyermeket nevelő szülő töltött ki kérdőívet a szoptatásról és táplálási szokásairól. Bár a minta nem reprezentatív, a társadalmi-gazdasági státusz, a lakókörnyezet és az anyagi javak tekintetében megfelelő sokszínűség mutatkozik a mintán belül.

EREDMÉNYEK – Az anyák 60%-a úgy nyilatkozott, hogy szeret(ett) szoptatni, viszont 20%-uk a szoptatást negatívan élte meg. Az anyák több mint felénél valamilyen nehézség merült fel a szoptatással kapcsolatban, a szoptatás negatív megítélése viszont nem volt ezzel jelentős összefüggésben. Leggyakrabban említett nehézség a nem elegendő tejmennyiség volt. Az általunk vizsgált változók közül az anyai dohányzás, az alacsonyabb iskolai végzettség és a szülésfelkészítés hiánya mutatta a legerősebb összefüggést a szoptatás tartamával.

INTRODUCTION – Breastfeeding is the ideal and natural source of nutrition for infants, is associated with a reduced risk of many diseases in infants and mothers. It has a positive impact on the mother-infant relationship and also has considerable economic and environmental benefits.

SUBJECTS AND METHODS – In the “For Healthy Offspring” Project parents of 1164, 0-3-year-old children completed a questionnaire about breastfeeding and their feeding routine. The sample is not representative of the general population, but the sociodemographic and housing variables indicate an adequate spectrum.

RESULTS – Breastfeeding was perceived by 60% of mothers enjoyable, while 20% of them had a negative experience with it. More than 50% of mothers had some breastfeeding difficulties, but it did not have a significant correlation with the negative perception of breastfeeding. The most common problem was the perception of inadequate milk supply. Among the studied variables maternal smoking, lower maternal education and the lack of antenatal breastfeeding education had the stron-

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/
Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest; Bright Future Kft./Bright Future Ltd., Göd;
H-1085 Budapest, Üllői út 26. E-mail: ildiko.danis@gmail.com

dr. SCHEURING Noémi: Heim Pál Gyermekkorház/Heim Pál Children’s Hospital, Budapest
dr. SZABÓ László: Heim Pál Gyermekkorház/Heim Pál 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: 2017. november 14.

KÖVETKEZTETÉSEK – A megfelelő felkészítés a szoptatásra a várandósság alatt, a szoptató nő proaktív támogatása és a nehézségek mielőbbi megoldása jelen ismereteink szerint növeli a szoptatás kizárólagosságát és tartamát, valamint segít abban, hogy az anyák meg tudják valósítani a szoptatással kapcsolatos céljaikat, és a szoptatást örömtelinek élik meg.

gest correlation with the duration of breastfeeding.

CONCLUSIONS – Adequate antenatal education on breastfeeding, proactive support of women and promptly attending their breastfeeding difficulties increases the duration of exclusive and any breastfeeding, helps mothers to reach their breastfeeding goals and to perceive breastfeeding enjoyable.

**Egészséges utódokért projekt,
szoptatás tartama,
szoptatási nehézségek,
környezeti háttér**

**Healthy Offspring Project,
breastfeeding duration,
breastfeeding difficulties,
sociodemographic factors**

A szoptatás mint biológiai norma a csecsemőtáplálás természetes módja, egészséges anya-csecsemő páros és megfelelő szoptatási gyakorlat esetén biztosítja az optimális növekedést és fejlődést. A szoptatás több mint táplálás: szenzoneurális stimuláció, megnyugtatás, fájdalomcsillapítás, bensőséges testi kapcsolat anya és gyermeke között.

A csecsemőtáplálás módját jelentősen befolyásolja, hogy a leendő szülők gyermekkoruktól kezdve, majd pedig a várandósság során milyen információkat kapnak a lehetséges táplálási módok előnyeiről és hátrányairól, és ezek alapján hogyan döntenek. Az anya és a család tájékoztatása a szoptatás, illetve a szopás jótékony hatásairól elengedhetetlen: a szoptató anyák ritkábban betegszenek meg mellrákban, petefészekrákban, esetükben ritkább a diabetes és a cardiovascularis kórállapotok előfordulása, és könnyebb a szülés utáni felépülés (1). A szoptatott csecsemőknél ritkábban fordul elő légúti, gyomor-bél rendszeri infekció, otitis, obesitas, diabetes, allergia, SIDS (Sudden Infant Death Syndrome; hirtelen bölcsőhalál). A szoptatás pozitívan befolyásolja a kognitív funkciót és a pszichoszociális fejlődést is (1, 2). A szoptatás támogatása a társadalom szempontjából is jelentős hozadékkal bír (3), többek között az egészségügyi kiadások csökkenése, a szülők kevesebb munkahelyi távolmaradása és a környezetszennyezést csökkentő hatása révén. Amennyiben a szoptatással kapcsolatos széles körű felvilágosítás után az anya úgy dönt, hogy nem kívánja szoptatni gyermekét, támogatni kell abban, hogy a mesterséges táplálás megfelelően történjen.

A szoptatás sikerét jelentős mértékben befolyásolja, hogy az anya és családja milyen támogatást kap a szülészeti intézményben. A Bababarát Kórház Kezdeményezés (BBKK) 10+1 (Kódex)

lépése olyan környezetet teremt a szülészeti intézményben, amely támogatja a sikeres szoptatás elindulását, és megakadályozza az ingyenes és olcsó termékminták reklámozását (4). A sikeres szoptatáshoz vezető tíz lépés fontos elemei: a szoptatástámogatással kapcsolatos irányelv, az ez irányú elméleti és gyakorlati ismeretekkel felruházott egészségügyi dolgozók részvétele a programban, szoptatásra felkészítés a várandósság alatt, a megszületést közvetlenül követő legalább egy óra hosszát tartó, zavartalan bőr-bőr kontaktus az anya és az újszülött között, az anyák gyakorlati segítése a szoptatásban és a fejésben, a rooming in rendszer biztosítása, az igény szerinti szoptatás támogatása, a szakmailag nem indokolt tápszerez pótlás és a cumihasználat elkerülése, továbbá útmutatás, hogy a hazabocsátás után milyen lehetőségek adóttak helyi szinten a szoptatás támogatására. A BBKK fontos eleme a nem szoptató anyák támogatása is, hogy megfelelően történjen a mesterséges táplálás. Az Anyatej-helyettesítők Marketingjének Nemzetközi Kódexe, amelyet 1981-ben fogadott el a Világegészségügyi Közgyűlés, azt a célt szolgálja, hogy védje és elősegítse a szoptatást és biztosítsa az anyatej-helyettesítő tápszerek megfelelő használatát, amennyiben az szükséges. A Kódex egyebek közt tiltja az anyatej-helyettesítők reklámozását, ingyenes és olcsó termékminták adományozását a kórházaknak és a szülőknek, a termékek előállítóinak és forgalmazóinak közvetlen kapcsolatát az anyákkal, ajándékok adását az egészségügyi dolgozóknak. A Kódex arra is kitér, hogy a tápszereken ne legyen olyan kép, ami idealizálja a tápszerez táplálást, a tápszercímke tartalmazza a tápszerez táplálással kapcsolatos veszélyeket és az anyatejes táplálás jótékony hatását.

A sikeres szoptatáshoz több feltétel egyidejű

teljesülése szükséges: ilyen az anyai elhatározás, a csecsemő képessége, hogy éhségjeleket mutasson és táplálkozni tudjon a mellből, az anya legyen képes megfelelő mennyiségű tej termelésére (az anyák 95–98%-a képes elegendő tejet termelni) és vállalja a gyakori, legalább napi nyolc alkalommal történő, igény szerinti szoptatást (5). Szükséges továbbá, hogy a szoptatás, illetve szopás legyen mindkettőjük számára kívánatos és kényelmes, és a környezet mindebben támogassa az anya-csecsemő párost. Az anya-csecsemő páros támogatásában kiemelt szerepe van az egészségügyi dolgozóknak a szülészeti intézményben és a területen, az apának, a családnak, az anyatámogató csoportoknak és egyéb segítőknek (6–8). A szoptatás megvalósulásához a dolgozó és tovább tanuló anyák esetében elengedhetetlen a munkahelytől, illetve a felsőoktatási intézménytől kapott támogatás is. Jelentős tényező a társadalom szemléletváltása; a „cumisüveg-kultúra” háttérbe szorítása, a szoptatás mint biológiai norma elismerése és ennek részeként a nyilvános szoptatás elfogadása. Tekintettel arra, hogy a nyilvános szoptatás társadalmi megítélése ellentmondásos, ezért az anyák védelmében tanácsoljuk a diszkrét szoptatást (9, 10).

A hazabocsátást követően kulcsfontosságú az egészségügyi ellátórendszer, amelyet a házi gyermekorvosi, háziorvosi és védőnői szolgálat biztosít. A védőnő feladata, hogy a rendszeres otthoni látogatások alkalmával segítse a szoptatást, a lehetséges nehézségek megelőzését, illetve megoldását, a házi gyermekorvos pedig az aktuális problémák megoldásán túlmenően bármely okból történő találkozást (például védőoltás, egészséges tanácsadás) használjon fel a szoptatás támogatására. A szoptatástámogatás akkor hatékony, ha az anya-csecsemő párost ellátó szakemberek korszerű ismeretekkel rendelkeznek a laktáció és szoptatástámogatás elmélete és gyakorlata terén (11).

A kizárólag szopó csecsemőnél az anyatej-helyettesítő tápszerrel történő pótlásnak szakmai javaslatra kell történnie, az anyának támogatást kell kapnia a tejtermelés fenntartásában/növelésében, továbbá a szoptatás gyakorlatában, és amint lehet, vissza kell térni a kizárólagos szoptatásra. *Pótláson* a szoptatás/anyatej anyatej-helyettesítő tápszerrel történő kiegészítését értjük.

Az anyák jelentős része nem tudja a szoptatással kapcsolatos célját megvalósítani, a szoptatással összefüggő valós vagy vélt nehézségek és akadályok miatt. A két leggyakoribb ok, ami miatt a szoptatás idő előtt abbamarad, a vélt vagy valós „nem elég a tej”, és az ezzel összefüggő anyai aggodalom a csecsemő nem megfelelő gyarapo-

dása miatt, továbbá a fájdalmas szoptatás. További okok (a teljesség igénye nélkül): az anyai mell laktációval kapcsolatos kórállapotai (túltelítődés, mastitis), túl sok tej, anyai endokrin zavarok, a csecsemő koraszülöttsége, betegsége, fejlődési rendellenességei (12, 13). Fontos szerepet játszanak a pszichoszociális tényezők is, például a környezet ismereteinek hiánya a megfelelő, válaszkész táplálásról (14), helytelen információk a médiában, az egészségügyben dolgozóktól és a környezettől kapott ellentmondó információk, vagy a tény, ha az anya partnere vagy más családtag szeretné táplálni a csecsemőt (15). Amikor a szoptatás idő előtt abbamarad, az esetek nagy részében megfelelő szoptatásmenedzsmenttel és támogatással a szoptatás, illetve anyatejes táplálás folytatható lenne.

A korszerű csecsemőtáplálási ajánlások a kizárólagos szoptatást javasolják az első hat élethónapban [(5) – Kanada, Norvégia csecsemőtáplálási irányelve], illetve hat hónapos kor körüli ideig (16–19), majd a szoptatás folytatása mellett a hetedik hónapban bevezetett hozzátáplálást pépes, majd félig szilárd, illetve szilárd ételekkel. Az ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition) 2017-ben publikált ajánlásában (16) úgy fogalmaz, hogy a kizárólagos szoptatás folytatása hat hónapos kor körüli ideig kívánatos, de a hozzátáplálás 4–6 hónapos korban elkezdhető. *Valamennyi ajánlás hangsúlyozza, hogy a hozzátáplálás semmiképpen ne kezdődjön el a betöltött negyedik hónap előtt, és mindenképpen kezdődjön el a hatodik élethónap betöltése után.* A legtöbb nemzeti ajánlás szerint a szoptatás folytatódjon legalább egyéves korig, illetve amíg az anya és a gyermek kölcsönösen ezt kívánják (17, 19). A WHO (5) és a kanadai irányelv (18) a szoptatás folytatását legalább kétéves korig javasolja.

Az ellenvetések a hosszú távú (vagyis az egyéves koron túl folytatott) szoptatással kapcsolatban alapvetően a társadalmi szokásokon és az anyatej továbbra is fennmaradó értékével kapcsolatos hiányos ismereteken alapulnak. Bár az anyák legnagyobb része a gyermek megnyugtatója, a stressz oldása és a szoptatással járó szoros együttlét miatt szoptatja egyéves koron túl a gyermekét, a második életévben folytatott szoptatásnak számos jótékony egészségügyi hatása is van:

– Az anyatej egyéves koron túl is értékes a táplálkozás és az immunológiai védelem szempontjából. Napi 500 ml anyatej a második életévben a gyermek energia- és fehérjeszükségletének egyharmadát, A-vitamin-szükségletének 45%-át, és majdnem a napi teljes C-vitamin-szükségletét fedezi (20).

1. táblázat. Hazai szoptatási mutatók 2012-ben és 2015-ben

Életkor	Kizárólagos szoptatás		Túlnyomórészt szoptatás		Vegyes táplálás		Mesterséges táplálás	
	2012	2015	2012	2015	2012	2015	2012	2015
0–119. nap	53,9%	50,3%	4,6%	5%	38%	40,7%	3,5%	3,9%
0–180. nap	36,1%	33,8%	6%	7,5%	54,4%	54,7%	3,4%	3,9%

(Források: GYEMSZI, 2012 és KSH, 2015 védőnői jelentés alapján, linkek: <http://193.225.50.35/webgy/regbe/belepes.php>, <https://www.antsz.hu/oszir/eform>)

– Az anyatej biológiai aktív és immunológiai védelmet nyújtó faktoraik védik a gyermeket a fertőzéssel és a fertőzések súlyosabb formáival szemben. Egy legutóbbi közleményben vizsgálták az anyatej összetételét a post partum 11–17. hónapban és azt találták, hogy az anyatejnek a post partum első évben termelődött tejjel összehasonlítva magasabb az összfehérje-, laktoferin-, lizozim-, IgA-, nátrium- és oligoszacharid tartalma, változatlan a zsír-, laktóz- és kálium tartalma és alacsonyabb a cink- és kalcium tartalma (21).

– A beteg kiseded, amikor más táplálékot és folyadékot nem szívesen fogad el, szívesen szopik, és ezzel megfelelő táplálékhoz és folyadékhoz jut betegség idején.

– A szoptatás anyára gyakorolt jótékony hatásai sok esetben a szoptatással eltöltött életidővel arányosak (mellrák, petefészekrák, cardiovascularis egészség, diabetes incidenciája esetében) (22).

– A hosszabb ideig szoptató anyák a későbbiekben is jobban viszonyulnak a gyermek evéséhez; kevésbé kontrollálják azt, ami a gyermekkorban obesitas prevenciója szempontjából fontos körülmény (23).

A pozitív egészségügyi hatásokon túlmenően újabb vizsgálatok bizonyítják, hogy az egyéves koron túl folytatott szoptatásnak MRI-vel igazolt hatása van az agyi fehérállomány fejlődésére és a kognitív teljesítményre (24). A szerzők hangsúlyozzák, hogy ez a bizonyíték új megvilágításba helyezi a WHO javaslatát a szoptatás két éves korig vagy azon túl történő folytatására vonatkozóan.

Mindezen, nagy valószínűséggel kevésbé ismert tények ellenére, a nemzetközi szakirodalomban beszámolnak arról, hogy a fejlett ipari országokban a csecsemőkoron túli (hosszú távú) szoptatás társadalmi és olykor szakmai megítélése negatív, és az anyákat a szoptatás titkolására sarkallja („closet nursing”), holott a hosszú távú szoptatás elfogadásával az egészségügyi szakembereknek támogatni kellene az anya-gyermek biopszichoszociális egészségét (25).

Az Egészséges utódokért projektben 0–3 éves gyermekeket nevelő családokat választottunk

célcsoportnak. A kutatás célja nem a csecsemőtáplálás kérdésköreinek részletes feltérképezése volt, hanem a korai regulációs nehézségek (sírás, alvási és táplálási viselkedés nehézségei) és azok lehetséges hátterének bemutatása. A szoptatásról és hozzátáplálásról csak egy kis résztémaként kérdeztünk kutatásunkban. Mivel azonban ilyen nagy szülői mintán (anyák n=1133, apák n=353) még nem született magyar elemzés a szoptatás kérdésköréről, ezért vállalkoztunk adataink bemutatására, néhány gondolatunk megosztására, és további kutatások inspirálására.

Nagymintás kutatásunk nem reprezentatív, így nincs módunkban adatainkat teljes mértékben összehasonlítani a hazai statisztikai kimutatókkal (1. táblázat), az összehasonlítások speciális mintánk alapján zajlanak. Háromrészes cikksorozatunkban arra keressük a választ, hogy milyen mértékben valósulnak meg a csecsemő- és kisedetáplálásra 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 számolunk be. Második cikkünkben a hozzátáplálás és elválaszt(ód)ás folyamatát térképezzük fel, és bemutatjuk a táplálási problémák ezzel összefüggő mutatóit. Harmadik cikkünk az önálló, autonóm étkezés alakulásának momentumait próbálja megragadni.

Résztevéők és módszerek

A 2010-ben indított Egészséges utódokért projekt céljáról és indokoltságáról, részletes kutatásmódszertani háttéréről, a kutatás felépítéséről, a használt eszközökről, és mintánk általános sajátosságairól részletesen olvashatnak korábbi tanulmányunkban (26¹). Ebben a cikkünkben

¹Ajánlott a *Gyermekgyógyászat* folyóirat, illetve a Heim Pál Kórház online felületén elérhető teljes módszertani cikk megismerése (a lapban csak ennek egy töredéke jelent meg). Elérhetőség: http://heimpalkorhaz.hu/wp-content/uploads/2014/07/Scheuring-et-al_Gyermekgy%C3%B3gy%C3%A1szat_2012_teljes_Net.pdf

2. táblázat. Néhány fontosabb diagnosztikus kategória gyakorisága a kórházi mintában orvosi kivizsgálás során

Diagnózisok	Kérdőívvel is rendelkező orvosi minta (n=619)
Irregularis légzés	4,5%
Affekt apnoe	1,9%
Légzéskimaradás	6,6%
Csecsemőkori rosszulletek	10,5%
Erős sírás, nyugtalanság	15,0%
Szoptatási nehézség	10,3%
Alvászavar	15,2%
Horkolás	2,9%
Éjszakai felriadás	8,1%
Bizonytalan rosszullet, bizarr mozgások	4,8%
Aktivitás és figyelemzavar	4,4%
Étvágytalan – súlya normális gyarapodású	5,0%
Súlyállás/-csökkenés – alimentáris	3,2%
Súlyállás/-csökkenés – organikus	6,6%
Visszatérő felső légúti infekciók	24,2%
Visszatérő obstruktív tünetek	23,9%
Laryngitis subglottica (krupp)	9,9%
Hasfájás	12,3%
Obstipáció	4,0%

eszközeinket és mintáinkat cikksorozatunk elemzési céljainak megfelelően mutatjuk be.

Vizsgálati személyek

Összesen 1164 csecsemő és kisgyermek szülei töltötték ki az íveket (csak anya 811 esetben, csak apa 31 esetben, mindkét szülő 322 esetben). A kutatásba két forrásból nyertünk résztvevőket. Egyrészt a Heim Pál Gyermekkorház Belgyógyászati, Alvásdiagnosztikai és Neurológiai Osztályait (ambuláns vagy osztályos kivizsgálás, kezelés során) látogató családok (n=580, 2010 és 2011 közötti 0–3 éves korú betegek 31,3%-a), másrészt a kórház vonzáskörzetében és más budapesti kerületekben vagy Pest megyei településeken dolgozó védőnők és házi gyermekorvosok segítségével megszólított családok (n=584) töltötték ki kérdőívünket. Mintánkban szerepelnek egészséges, valamint akut és krónikus beteg gyermekek. Az anyai kérdőíveket kitöltő családok (n=1133) közül 619 esetben történt szakorvosi vizsgálat, ahol az alábbi főbb betegséggycikliságokat állapítottuk meg (2. táblázat).

A családok szociodemográfiai helyzetéről (lakás-, munka- és anyagi körülményeiről) korábbi cikkünkben részletesen olvashatnak (26). Bár

3. táblázat. Mintánk szociodemográfiai jellemzői (anyák: n=1133, apák: n=353)

Demográfiai szempontok	Átlagok ± szórások vagy százalékos gyakoriság
Életkor	
Anyák életkora	32,0±5,1 év (minimum: 15 év, maximum: 49 év)
Apák életkora	34,8±5,3 év (minimum: 15 év, maximum: 60 év)
Iskolai végzettség	
Anyák – legalább középfokú	82,2% (47,3% felsőfokú is)
Apák – legalább középfokú	77,4% (43,1% felsőfokú is)
Családi állapot	
Anyák	
házasságban vagy élettársi közösségben	92,0%
gyermekét egyedül nevelő	8,0%
Apák	
házasságban vagy élettársi közösségben	99,7%
gyermekét egyedül nevelő	0,3%
Átlagos vállalt gyermekszám	1,66±0,89 volt (minimum: 1, maximum: 8)
Gyermekek neme	
Fiú	52,7%
Lány	47,3%
Gyermekek életkora	15,3±10,9 hónap (minimum: 0,23 hónap, maximum: 58 hónap) 96,7% 36 hónapos korú vagy annál fiatalabb
Gyermekek testvérsorban elfoglalt helye	
első vagy második	89,9%
harmadik vagy többedik	10,1%
Gyermekek jogi státusza a családokban	
biológiai gyermek	99,50%
örökbe fogadott vagy nevelt gyermek	0,35%
a partner előző kapcsolatából született gyermek	0,15%

mintánkban többségben vannak a legalább középfokú végzettségű, középosztálybeli szülők, akiknek életkörülményei legalább „átlagosnak” mondhatók, a célzott életkori mintaválasztás mellett mind társadalmi-gazdasági státuszban, mind a lakókörnyezet és az anyagi javak tekintetében megfelelő sokszínűség mutatkozik a mintán belül, amely az összefüggés-elemzések komplexitását biztosítja (3. táblázat). (Megjegyzés: A demográfiai kérdéseknél a legtöbb esetben találunk 1-2%-nyi hiányzó adatot, amit nem tüntettünk fel részletesen. A gyakorisági adatok mindig a valós válaszadók arányait tükrözik.)

Mérőeszközeink és eljárás

Kérdőívcsomagunkban egy saját szerkesztésű alapkérdőívben [(27); a témákat részletesen lásd (26)] a részletes szociodemográfiai háttér, vala-

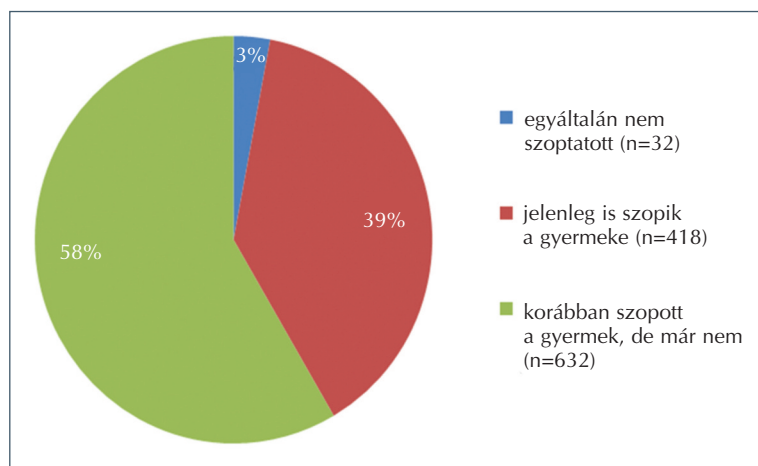
mint az eddigi gyermekvállalási és gyermeknevelési történet kikérdezése után a klasszikus regulációs problémák három fő területével foglalkoztunk. Főleg zárt kérdéseket tettünk fel a táplálással kapcsolatban (diszkrét kérdések két vagy több válaszlehetőséggel vagy Likert-típusú skálaitemek általában öt választható fokozattal). Csak az „egyéb” kérdések kifejtése volt nyitott válaszadáshoz kötve. A kérdőíveket vagy kórházi dolgozók, vagy védőnők, néhány esetben házi gyermekorvosok juttatták el a családokhoz, akik önállóan töltötték ki azokat. A kórházi munka során néhány esetben, ahol azt a szülők igényelték olvasási, megértési nehézségeik miatt, a kórházi dolgozók a kérdések és válaszlehetőségek értelmezése, valamint a jelölés tekintetében felajánlották segítségüket a kitöltés során. Kérdőívünkben a szoptatással és a hozzátáplálással kapcsolatban a keretes részben látható kérdéseket tettük fel a szülőknek.

Szoptatás

1. Mennyi ideig szoptat(ott)?
jelenleg is – ... hónapig – nem emlékszem
2. Mennyire szeret/szeretett szoptatni? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot!)
Egyáltalán nem 1 2 3 4 5 Nagyon
3. Felléptek nehézségek a szoptatásnál?
igen – nem
 - 3.1. Beteg voltam a szoptatási idő alatt.
 - 3.2. Kevés volt a tejem.
 - 3.3. Türelmetlenül szopott a gyerekem.
 - 3.4. Folyton félrenyelt, öklendezett.
 - 3.5. Egyéb: ...

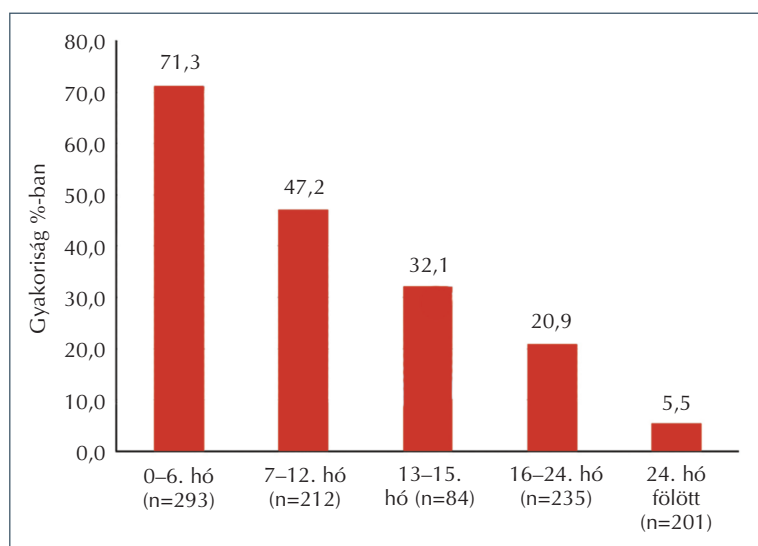
Étkezés, gyarapodás

1. Fennáll-e táplálási, gyarapodási nehézség gyermekénél?
igen – nem
2. Hányszor eszik gyermeke naponta? (Kérjük, számmal írja be!)
3. Hogyan táplálja/táplálta csecsemőjét?
igény szerint – napirend szerint
4. Ha nem igény szerint, akkor miért? (Kérjük, jelölje be, többet is választhat!)
 - 4.1. Nem értek vele egyet.
 - 4.2. Jobb, ha én határozom meg a napi ritmust.
 - 4.3. Táplálási probléma miatt, orvosi előírásra.
 - 4.4. Mások így tanácsolták.
 - 4.5. Egyéb: ...
5. Ha gyermeke eszik már pépes vagy szilárd ételt is, hány hónapos korban kezdte a bevezetést?
... hónap
6. Problémát jelent-e Önnek gyermeke etetése? (Kérjük, karikázza be a megfelelő számot!)
Soha 1 2 3 4 5 Minden alkalommal



1. ábra. Szoptatás előfordulása 0–3 éves korú gyermekeket nevelő családokban (n=1082)

A mintánkban mindössze 3% azoknak az aránya, akik egyáltalán nem szoptatták gyermekeiket



2. ábra. A kérdőív felvételekor szoptatott gyermekek százalékos aránya korcsopontonként. A szoptatási arány lineárisan csökken a csecsemők és kisdedek életkorával

Statisztikai elemzések

Adatainkon kvantitatív statisztikai próbákat végeztünk SPSS 20.0 programcsomagon. Mivel számos változó értékei ordinális skálán helyezkedtek el, illetve az eloszlások gyakran eltértek a normálistól, nagymértékű ferdeséget mutattak, ezért nemparametrikus módszereket választottunk, melyek esetében az átlagkülönbségeket parametrikus módszerrel ellenőriztük. A változók együtt járásának vizsgálatára Spearman-féle rangkorrelációt (ρ , p), két csoport átlagkülönbségeinek tesztelésére Mann–Whitney-pró-

bát (Z , p , $M \pm SD$), több csoport esetében Kruskal–Wallis-tesztet [$Z(df)$, p , $M \pm SD$] használtunk. Diszkrét változók keresztösszefüggéseinek elemzésekor pedig függetlenségvizsgálatot [$\chi^2(df)$, p , ϕ] végeztünk.

Eredmények

A szoptatás előfordulása 0–3 éves gyermekeket nevelő családokban

A válaszoló, 0–3 éves korú gyermeket nevelő családokban az anyák 97%-a szoptatott a kérdőív felvételének időpontjában vagy azt megelőzően (1. ábra).

Azoknál a családoknál, ahol az édesanya már abbahagyta a szoptatást ($n=685$), az átlagos szoptatási idő $7,6 \pm 6,8$ hónap (minimum: 0 hónap, maximum: 38 hónap) volt. Azoknál a családoknál, akiknél a kérdőív kitöltésének idején is szoptatott az édesanya ($n=396$), a gyermekek átlagos életkora $8,1 \pm 6,8$ (minimum: 0 hónap, maximum: 34 hónap) hónap volt. (Megjegyzés: Az életkori hónapok kerekített számolására a statisztikai kerekítést használtuk. Vagyis például négy hónaposok mindazok, akik 3,5–4,5 hónap közötti életkorúak.) A 2. ábrán bemutatjuk, hogy a kérdőív felvételekor szoptatott gyermekek mintájában – a csecsemőtáplálási ajánlásokban használt életkori határok szerint (0–6. hó, 7–12. hó, 13–24. hó, 24 hó felett) csoportosítva – az egyes korcsoportokban milyen volt a szoptatási gyakoriság. Ez az arány a 0–6. hónapban 71,3%, a 7–12. hónapban 47,2%, a 13–15. hónapban ($n=84$) 32,1%, a 16–24. hónapban ($n=235$) 20,9% [összevontan a 13–24 hónaposokat ($n=319$) 21,9%]. A kétévesnél idősebb gyermekek ($n=201$) 5,5%-a szoptott még.

Nem tudunk választ adni arra, hogy a 0–6 hónapos korú szoptatott csecsemőknél milyen arányban történt kizárólagos szoptatás (ezzel kapcsolatos kérdést nem tettünk fel).

A szoptatás időtartamában megfigyelhető különbségek

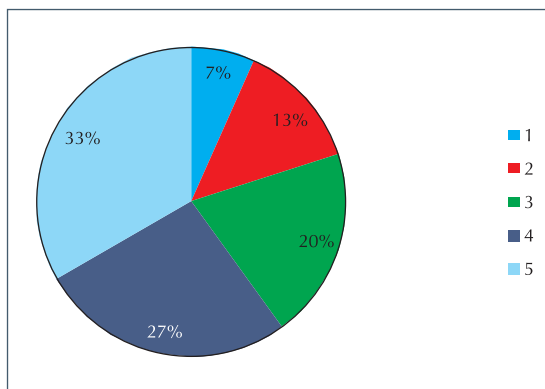
A már nem szoptató gyermek almintájában ($n=685$) összehasonlítottuk a szoptatás hosszát olyan változókkal, amelyek a szakirodalomban is szempontként szerepelnek. A csoportok között Mann–Whitney-próbát végeztünk. Eredményeinket a 4. táblázat tartalmazza.

Ezek szerint szignifikánsan rövidebb ideig szoptattak az alacsonyabb végzettségű anyák (–2,5 hónap), a szív- és érrendszeri megbetege-

4. táblázat. A szoptatás hosszában mutatkozó különbségek az egyes változók esetében

Változó	Mann-Whitney-próba eredménye (Z, p)	Átlag ± szórás különbség
Gyermek neme: lányok (n=330) vs. fiúk (n=355)	n.s.	
Gyermek helye a testvérsorban: első gyermek (n=404) vs. többedik gyermek (n=207)	n.s.	
Anya iskolai végzettsége: felsőfokú (n=298) vs. legfeljebb érettségizettek (n=383)	Z=-5,37; p<0,001	felsőfokú: 9,0±7,0 hónap maximum középfokú: 6,6±6,4 hónap
Anyagi helyzet: jól élnek (n=418) vs. beosztással és nélkülözéssel élnek (n=262)	n.s.	
Anya szív-ér rendszeri betegsége: Beteg (n=63) vs. nem beteg (n=621)	Z=-2,19; p=0,029	beteg: 5,8±5,2 hónap nem beteg: 7,8±6,9 hónap
Beteg (n=) vs. nem beteg (n=) Anya légzőszervi betegsége (n=57 vs. n=627) emésztőszervi betegsége (n=49 vs. n=635) nőgyógyászati betegsége (n=64 vs. n=620) idegrendszeri betegsége (n=15 vs. n=669) pszichiátriai betegsége (n=43 vs. n=641)	n.s.	
Rendszeres gyógyszereszedés: igen (n=95) vs. nem (n=582)	Z=-2,01; p=0,045	szed: 6,5±6,2 hónap nem szed: 7,8±6,8 hónap
Várandósság tervezett volt-e? igen (n=520) vs. nem (n=153)	Z=-2,99; p=0,003	tervezett: 7,9±6,7 hónap nem tervezett: 6,5±6,8 hónap
Problémák a várandósság alatt: volt (n=201) vs. nem volt (n=482)	Z=-3,02; p=0,003	problémás: 6,5±6,2 hónap problémamentes: 8,0±6,9 hónap
Dohányzás várandósság alatt: igen (n=75) vs. nem (n=606)	Z=-4,61; p<0,001	dohányzott: 4,9±6,0 hónap nem dohányzott: 7,9±6,8 hónap
Dohányzás a kérdőív felvételekor: igen (n=169) vs. nem (n=510)	Z=-5,13; p<0,001	dohányzik: 5,4±5,7 hónap nem dohányzik: 8,3±6,9 hónap
Részt vett-e szülésfelkészítésen? igen (n=181) vs. nem (n=501)	Z=-4,59; p<0,001	részt vett: 9,2±6,7 hónap nem vett részt: 7,0±6,7 hónap
Problémás volt-e a szülés? igen (n=175) vs. nem (n=496)	n.s.	
Szülés lefolyása: császárr (n=267) vs. vaginális (n=413)	n.s.	
Inkubátor/speciális kezelés az újszülöttnak: volt (n=169) vs. nem volt (n=501)	Z=-2,52; p=0,012	volt speciális kezelés: 7,0±7,2 hónap nem volt: 7,9±6,6 hónap
Segítséget kapott-e otthon a gyermekágy alatt? igen (n=570) vs. nem (n=109)	n.s.	
Bevonja-e a párját a gyermekgondozásba? igen (n=589) vs. nem (n=87)	n.s.	
Mástól kap-e segítséget? igen (n=565) vs. nem (n=118)	n.s.	
Gyermek beteges-e? Igen (n=103) vs. nem (n=501)	n.s.	

n.s.: nem szignifikáns



3. ábra. A szoptatás szubjektív megítélése a „Mennyire szeret/szeretett szoptatni?” kérdés szerint. A válaszok ötfokú Likert-skálán az 1 = „egáltalán nem” és az 5 = „nagyon” értékek között mozogtak. A válaszadók 20%-a nem szeretett szoptatni (ötfokú Likert-skálán 1-es és 2-es értékek aránya), míg a minta 33%-a nagyon szerette a szoptatást (a Likert-skála 5-ös értékének aránya)

désben szenvedő anyák (–2 hónap), azok, akik rendszeresen gyógyszert szedtek (–1,3 hónap), akik nem tervezték a várandósságukat (–1,3 hónap), akik dohányoztak a várandósság alatt (–3 hónap) és/vagy után (–2,8 hónap), akiknek problémás volt a várandóssága (–1,5 hónap), akik nem vettek részt szülésfelkészítésen (–2,2 hónap), akiknek újszülöttje speciális kezelésben részesült (–0,9 hónap). Nem mutatkozott szignifikáns különbség a gyermek neme, testvérsorban elfoglalt helye és a család anyagi helyzete szerint. Nem hátráltatták a szoptatást az anya egyéb szomatikus és mentális megbetegedései, a szülés lefolyása, az, hogy mennyi támogatást kapott otthon az anya a gyermekellátásban, és az sem számított, hogy a gyermek beteges-e vagy sem. A Spearman-korreláció szerint nem befolyásolta a szoptatás hosszát az anya életkora a születéskor, a lakás nagysága és zsúfoltsága, és a szülésélmény tízfokú skálán megadott szubjektív megítélése sem.

A szoptatás szubjektív megítélése, problémák

A megkérdezett édesanyák általában „szerettek szoptatni” (átlagos értékük 1–5-ig skálán: $4,2 \pm 1,1$; részletezve lásd 3. ábra), azonban az anyák 20%-ában (1–2-es értéket bejelölők) jelentős ellenérzést váltott ki a szoptatás. A szoptatás hossza és a szoptatás szubjektív megítélése között csak enyhe pozitív összefüggést találtunk ($\rho=0,27$; $p<0,001$). A fentebb vizsgált szempontok közül csupán a szubjektív szülésélmény-

nyel találtunk enyhe pozitív kapcsolatot ($\rho=0,24$, $p<0,001$).

A válaszadók ($n=1084$) 54,8%-ánál ($n=594$) merültek fel nehézségek, problémák a szoptatással kapcsolatban. Az 5. táblázatban összegyűjtöttük azoknak a válaszoknak az arányait, amelyek az alapkérdőívben feltett kérdésekre érkeztek, és azokat, amelyek az egyéb megjegyzések utánközléséből adódtak. Mint láthatjuk, a leggyakrabban említett nehézségek a „tej elégtelen mennyisége”, az „anya betegsége, gyógyszereszedése”, a „gyermek türelmetlensége szopás közben”, a „mellgyulladás”, a „szopás sikertelensége”, valamint a „mellbimbó kisebesedése”. A spontán említett okok között szerepelt néhány hiedelem, például hogy nem volt elég tápláló a tej. A szoptató anyák 39,5%-a egy-egy nehézségről számolt be, de voltak, akiknek egyidejűleg több problémája is adódott a szoptatás alatt.

Szülők közötti egyetértés

Vizsgálatunkban 322 szülőpár töltötte ki kérdőívünket. Az anyai és apai megítélés közötti korrelációk hozzájárulnak annak megítéléséhez, mennyire lát(tat)ják objektíven gyermekeiket a szülők. Az apák szinte teljesen hasonlóan emlékeztek a szoptatás időtartamára, mint az anyák ($\rho=0,93$, $p<0,001$), azonban azt, hogy az édesanya mennyire szeret szoptatni, már szubjektívebben ítélte meg a két szülő ($\rho=0,68$; $p<0,001$), ugyanakkor ez az együttjárás is magas volt. Az anyák valamivel jobban szerettek szoptatni ($Z=-2,49$; $p=0,013$), mint ahogy ezt a párjuk észlelte (az átlagkülönbség mindössze 0,15; anyák: $4,3 \pm 1,0$ vs. apák: $4,1 \pm 1,1$). A szoptatási nehézségek észlelésében sem volt teljes megfelelés [$\chi^2(1)=99,15$; $p<0,001$, $\phi=0,59$]: a minta közel 21%-ában az anya és az apa másképp ítélte meg a helyzetet (az egyikük látott problémát, a másikuk nem).

Megbeszélés

A felmérés értéke, hogy nagyszámú ($n=1164$, ebből $n=1133$ anya) csecsemőnél és gyermeknél vettünk fel táplálásra vonatkozó adatokat. A vizsgálat jelen idejű és retrospektív méréseket egyaránt tartalmazott, nem volt reprezentatív, ezért nem vonatkozatható az átlagpopulációra. A mintában egészséges és beteg gyermekek is szerepeltek, azonban arányaik nagy valószínűséggel eltérnek az országos kohorsztól. Mivel a kutatás fő célkitűzése az volt, hogy a korai regulációs zavarokról nyerjünk információt, ez a

5. táblázat. Szoptatási nehézségek gyakorisága

Elemzés	Anyai beszámoló a szoptatási nehézségekről	Gyakoriság	Százalékos arány a problémás csoporton belül	Százalékos arány a teljes mintához (n=1084) képest
Konkrétan megkérdezett nehézségek				
n=592	Kevés a tej, hamar elapadt, nehezen indult be (bármilyen okból)	341	57,6	31,5
	Anya betegsége, gyógyszerszedése, akut vagy tartós stressz	71	12,0	6,5
	Türelmetlenül szopott a gyermek	71	12,0	6,5
	Félrenyelt, öklendezett	26	4,4	2,4
Egyéb nehézségek spontán említése – utánkódolás				
n=565	Mellgyulladás	41	7,3	3,8
	Nem tudott, nem akart szopni, nem szopott	32	5,7	3,0
	Mellbimbó kisebesedése, gyulladása	26	4,6	2,4
	Aluszékony a baba, belealudt a szoptatásba (például sárgaság miatt)	18	3,2	1,7
	Bukás, hányás, reflux	12	2,1	1,1
	„Lusta a baba”, „nem küzd”, „ügyetlen”, „ráun”	11	1,9	1,0
	Fájt a szoptatás (mell, méh, varratok stb.)	8	1,4	0,7
	Nehezen kapta be a mellet (rossz technika, helytelen mellre tétel, nagy mellbimbó)	8	1,4	0,7
	Baba erőtlen (például betegség, fejlődési probléma miatt, gyenge szopóreflex stb.)	8	1,4	0,7
	Bizonytalanság, összeszokás nehézsége	8	1,4	0,7
	Csak bimbóvédővel sikerült a szoptatás	6	1,1	0,6
	Ikerszoptatás	6	1,1	0,6
	Állandóan szopott (túl hosszú, túl gyakori, túl lassan, csak ez nyugtatta meg stb.)	5	0,9	0,5
	Csak üvegből fogadta el a tejet	5	0,9	0,5
	Lenőtt nyelv, szájpadahasadék	5	0,9	0,5
	Befelé forduló mellbimbó	4	0,7	0,4
	Koraszülöttség	4	0,7	0,4
	A baba hasfájós volt (sok levegőt nyelt, mohó)	4	0,7	0,4
	„Nem volt elég tápláló, zsíros a tej”	4	0,7	0,4
	Harapott	4	0,7	0,4
	Nyugtalan a környezet (például testvérek)	3	0,5	0,3
	Légzésszavar	2	0,4	0,2
	Baba nagyon nyugtalan, sírós (evés közben is akár)	2	0,4	0,2
	Baba érzékenysége a tejre (tejmentes diéta szükségessége, hurutos széklet)	2	0,4	0,2
	Fejésre volt szükség	2	0,4	0,2
	Hozzáétaplálásra volt szükség (nem gyarapodott eléggé)	2	0,4	0,2
	Csak egyik mellet fogadta el	2	0,4	0,2
	Foggal született, nem tudott szopni	1	0,2	0,1
	Korai menses	1	0,2	0,1
	Túl sok tej	1	0,2	0,1
Említett nehézségek száma				
n=590	1 nehézség	428	72,5	39,5
	2 nehézség	134	22,7	12,4
	3 nehézség	26	4,4	2,4
	4 nehézség	2	0,3	0,2

körülmény korlátozta a csecsemőtáplálásra vonatkozó részletesebb, konkrétabb információk körét (például nem derült fény a kizárólagos szoptatás tartamára).

Hazai viszonylatban olyan értékes összefüggéseket vizsgáltunk, mint a szoptatás szubjektív megítélése a szülőpár részéről, a szoptatás hosszával összefüggést mutató változók, az anyák által megnevezett okok, amik miatt nehézséget éltek meg a szoptatás során.

Az anyák 60%-a úgy nyilatkozott, hogy szeret szoptatni (az ötfokú Likert-skálán 4–5 értékek), viszont 20%-uk a szoptatást negatívan élte meg (az ötfokú Likert-skálán 1–2 értékek). Az anyák több mint felénél valamilyen nehézség merült fel a szoptatással kapcsolatban, a szoptatás negatív megítélése viszont nem volt ezzel jelentős összefüggésben. Vagyis annak ellenére, hogy problémák lépnek fel, a szoptató anyák hajlamosak szeretni, élvezni a szoptatást. A szoptatásra való megfelelő felkészítés a várandósság alatt, a szoptató nő proaktív támogatása, és a nehézségek mielőbbi megoldása jelen ismereteink szerint növeli a szoptatás kizárólagosságát és tartamát, és segít abban, hogy a szoptató anyák örömetlinek éljék meg. Az optimális szoptatás (a szoptatás elkezdése a megszületés után az anyával bőrkontaktusban, optimális ideig fenntartott szoptatás/kizárólagos szoptatás) elérését bizonyítottan segíti a szoptatással kapcsolatos képzés a szakemberek és anyák számára, a tanácsadás és támogatás az anyák és családok számára. Strukturált programok, mint a BBKK, hozzájárulnak e célok eléréséhez (28).

A szakirodalmi publikációkban a szoptatás időtartamát befolyásoló számos lehetséges tényezőről számoltak be, azonban az, hogy találta-e összefüggést, az adott tényező milyen hosszú ideig tartó szoptatással mutatott összefüggést, és milyen erősségű volt az együttjárás, az egyes vizsgálatokban eltérő (29–32). A szuboptimális szoptatás (az ajánlottnál rövidebb ideig tartó szoptatás, illetve kizárólagos szoptatás) kockázatával összefüggésbe hozott tényezők sorába tartozik az anyák alacsonyabb iskolai végzettsége és jövedelme, a dohányzás, az először szülő anya, az anyai obesitas, a szülésfelkészítő tanfolyamon való részvétel hiánya, a tápszeres pótlás a szülészeti intézményben. Az általunk vizsgált változók közül az anyai dohányzás, az

alacsonyabb iskolai végzettség és a szülésfelkészítés hiánya mutatta a legerősebb összefüggést a szoptatás tartamával.

A szoptatási nehézségek közül az anyák 31,5%-a nevezte meg okként a kevés tejet, ami a kérdésben feltett és az anyák által megnevezett okok közül a legmagasabb arányban szerepelt. Ez az adat korrelál a nemzetközi szakirodalommal (15, 33), amely szerint a vélt vagy valós „nem elég a tej” a szoptatás idő előtti abbahagyásának leggyakoribb oka. Vizsgálatunkban a másik két, leggyakrabban említett ok, amelyek azonban számarányukban az előbbinél jóval kisebbek; a szoptatással kapcsolatos fájdalom (fájdalmas bimbó, mellgyulladás) az esetek 6,9%-ában, anyai betegség és gyógyszeresedés pedig az esetek 6,5%-ában szerepelt.

A hazai szoptatási statisztika egyéves koron túli szoptatással kapcsolatos adatokat nem tartalmaz, ezért értékes, hogy a mintában a 12–36 hónapos életkorúak szoptatási adatairól kaptunk információt. A hazai szoptatási adatszolgáltatás szerint az első év betöltésekor még szopó csecsemők számaránya az elmúlt években 35% körül volt. Mintánkban a 12–24 hónapos korcsoportban 21,9%-os szoptatási gyakoriságot találtunk. A vizsgálat értéke, hogy hosszú távú szoptatással kapcsolatos hazai adat tudásunk szerint nem ismeretes.

TÁMOGATÁS

Az EGÉSZSÉGES UTÓDOKÉRT program finanszírozására a Fővárosi Közgyűlés Egészségügyi és Szociálpolitikai Bizottsága 127/2010. (14.27) számú határozatával született támogatási szerződés. Az adatfelvétel után az elemzéseket a Szundi Alvászavaros Gyermekekért Közhasznú Alapítvány, a Heim Pál Gyermekkórház Fejlesztéséért Alapítvány, valamint az Electrooxygen Kft. támogatta.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnénk köszönetünket kifejezni minden részt vevő családnak, kórházi kollégának és szakmai partnernek (kiemelten az MTA Természettudományi Kutatóközpont Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet munkatársainak, Gervai Juditnak és munkacsoportjának), akik támogatása nélkül a program nem valósulhatott volna meg.

Irodalom

1. 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.
2. Liu J, Leung P, Yang A. Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients* 2013;6(1):76-89.
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387(10017):491-504.
4. WHO. Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care. 2009 Geneva. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ (Letöltve: 2017. ápr. 2)
5. WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. *World Health Organization*; 2003.
6. Hector D, King L. Interventions to encourage and support breastfeeding. *NSW Public Health Bulletin* 2005;16(3-4):56-61.
7. Dunn RL, Kalich KA, Henning MJ, Fedrizzi R. Engaging field-based professionals in a qualitative assessment of barriers and positive contributors to breastfeeding using the social ecological model. *Maternal and Child Health Journal* 2015;19(1):6-16.
8. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: A systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(3):S20.
9. Amir LH. Breastfeeding in public: "You can do it?". *International Breastfeeding Journal* 2014;9(1):187.
10. Office of Women's Health. US Department of Health and Human Services. Breastfeeding in public. <https://www.womenshealth.gov/breastfeeding/breastfeeding-home-work-and-public/breastfeeding-public>. letöltve: 2017. 11. 9.
11. Geraghty SR, Riddle SW, Shaikh U. The breastfeeding mother and the paediatrician. *Journal of Human Lactation* 2008;24(3):335-9.
12. Grueger B, Canadian Paediatric Society & Community Paediatrics Committee. Weaning from the breast. *Paediatrics and Child Health* 2013;18(4):210.
13. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726-e732.
14. Engle PL, Pelto GH. Responsive feeding: Implications for policy and program implementation. *Journal of Nutrition* 2011;141:508-11.
15. Brown A, Arnott B. Breastfeeding duration and early parenting behaviour: The importance of an infant-led, responsive style. *PLoS One* 2014;9(2):e83893.
16. 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.
17. American Academy of Pediatrics (AAP) Section on Breastfeeding. Policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-e841.
18. Health Canada. Nutrition for healthy term infants - recommendations from six to 24 months. 2014. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/infant-feeding.html> (letöltve: 2017 10. 25).
19. Csecsemő és Gyermekegyészet Szakmai Kollégium. Az egészséges csecsemő (0–12 hónap) táplálása. 2009.
20. Dewey KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatric Clinics of North America* 2001;48(1):87-104.
21. Perrin MT, Fogleman AD, Newburg DS, Allen JC. Breast milk volume and composition during late lactation (7–20 months). *Maternal and Child Nutrition* 2016;13(e12239): 1-12.
22. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015;104(467):96-113.
23. 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.
24. Deoni SCL, Dean DC, Piryatinsky I, O'Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage* 2013;82:77-86.
25. Brockway M, Venturato L. Breastfeeding beyond infancy: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2016; 72(9):2003-15.
26. 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.
27. Scheuring N, Danis I, Gervai J. „Egészséges Utódokért” Kérdőívcsomagok. Kézirat. Budapest, 2010.
28. Sutton M, O'Donoghue E, Keane M, Farragher L, Long J. Interventions that promote increased breastfeeding rates and breastfeeding duration among women. *Health Research Board, Dublin*; 2016.
29. Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health* 2014;105(3): e179-e185.
30. Hure AJ, Powers JR, Chojenta CL, et al. Poor adherence to national and international breastfeeding duration targets in an Australian longitudinal cohort. *PLoS One* 2013;8: e54409.
31. Kristiansen AL, Lande B, Overby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutrition* 2010;13:2087-96.
32. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and Child Health Journal* 2011;15:260-8.
33. Flaherman VJ, Beiler JS, Cabana MD, Paul IM. Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: The impact on breastfeeding duration. *Maternal and Child Nutrition* 2016;12(3):463-72.