

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM  
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR  
Perinatális Szaktanácsadó Szakirányú Továbbképzés

## **SZAKDOLGOZAT**

**ÁDÁM-TÚRI JUDIT**

# Válaszkész táplálás és a szülői nevelési stílusok a táplálással való összefüggésben

TÉMAVEZETŐK:

**DR. VÁRADY ERZSÉBET**

neonatólógus szakorvos

**DR. VARGA KATALIN**

egyetemi tanár

Budapest, 2018.

# **TARTALOMJEGYZÉK**

1. Bevezetés	1
2. Szakirodalmi háttér	3
2.1. A szülői táplálási stílusok	3
2.2. A nem válaszkész táplálás jellemzői és hatásai	5
2.3. A válaszkész táplálás koncepciója és hatásai	6
2.4. Kitekintés a nemzetközi és hazai ajánlásokra a válaszkészség tükrében	7
2.5. Táplálási stratégiák és irányzatok beépíthetősége a válaszkészség koncepciójába	8
2.5.1. A szoptatás és az igény szerinti anyatejes táplálás jelentősége	8
2.5.2. A válaszkész cumisüveges táplálás - Paced Bottle Feeding	11
2.5.3. A gyermek által irányított hozzátáplálás - Baby-led weaning	12
2.6. A szülői táplálási stratégiákat vizsgáló skálák	15
3. Az empirikus vizsgálat bemutatása	17
3.1. Kérdések, hipotézisek	17
3.2. Kutatási módszer	18
3.2.1. Vizsgálati személyek	18
3.2.2. Eszközök és eljárás	18
3.2.3. Statisztikai elemzési terv	19
3.3. Eredmények	20
3.3.1. Demográfiai adatok	20
3.3.2. Szülők testalkata	20
3.3.3. Születés körülményei	21
3.3.4. Gyermekre vonatkozó általános kérdések	23
3.3.5. Gyermek táplálására vonatkozó általános kérdések	24
3.3.6. Anyai attitűd	25
3.3.7. Hozzátáplálás megkezdése	27
3.3.8. Válaszkészség értékelése	28
3.4. Megbeszélés	33
3.4.1. Kutatás értékelése	33
3.4.2. Következtetések	34
3.4.3. Javaslatok	36
4. Összegzés	37
5. Irodalomjegyzék	39
6. Köszönetnyilvánítás	44
7. Melléklet	45



# 1. Bevezetés

A táplálkozáshoz kapcsolható krónikus megbetegedések egyre nagyobb méreteket öltenek globálisan. Az előnytelen táplálkozási szokások, akár egy fertőző betegség, populációról populációra (WHO, 2003a) és mint egy rossz örökség, generációról generációra is tovább adódnak.

A táplálkozáshoz kapcsolódó szomatikus és pszichés megbetegedések - mind a gyermekkorra, mind az azt követő életszakaszokra nézve - egyre több tanulmány szerint hozhatók összefüggésbe a csecsemő korai táplálási tapasztalataival. A túlsúly és az elhízás az elmúlt évtizedekben Magyarországon is népbetegséggé vált (Rurik, 2015). A legfrissebb felmérések szerint a magyar kisiskolás gyermekek több mint 20%-a túlsúlyos vagy elhízott (OGYÉI, 2017).

Ebből is látható annak kiemelt fontossága, hogy már csecsemő- és kisdedkorban megelőzzük, illetve szükség esetén felismerjük és kezeljük a táplálkozási zavarokat.

A pszichoszociális gondozás alapelve szerint a csecsemő táplálásának módja és az étkezés körülményei meghatározóak a táplálás eredményeire nézve (Harbron, Booley, Najaar & Day, 2013). Figyelmet érdemlő adat, hogy a szülők 20-40%-a tapasztal valamilyen etetési problémát gyermeke első életévében és általánosságban elmondható, hogy gyakrabban aggódnak a gyermek étkezési viselkedése, mint a fejlődése vagy a gyarapodása miatt (Engle & Pelto, 2011).

Gyermekekkel foglalkozó szakemberként gyakran az kerül a szülővel való beszélgetés középpontjába, hogy *mit*, *mennyit* és *mikortól*, azaz hány hónapos kortól adhat a gondozó a gyermeknek. Nagyon fontos és hosszú távú hatása van azonban a táplálási helyzet körülményeinek is, vagyis annak, hogy *hol* és *hogyan* kínáljuk a csecsemőt vagy kisgyermeket.

Hazánkban az elmúlt negyven évben mutatott romló elhízási tendencia most stagnálni látszik, de a magyarországi szabályozások és ajánlások a mai napig sem térnek ki a csecsemőtáplálás körülményeire.

Jelen dolgozat célja:

- Bemutatni a különböző szülői nevelési stílusokat, különös tekintettel a táplálási stratégiákra
- Áttekinteni a válaszkész és a nem válaszkész táplálás koncepciójának alapjait
- Előrevetíteni a válaszkész és a nem válaszkész táplálási stílusok hatásait rövid

és hosszú távon egyaránt

- Rövid kitekintést tenni a nemzetközi és hazai ajánlásokra a csecsemőtáplálás körülményeinek vonatkozásában
- Összegezni a szakirodalmi adatokat a válaszkészséghez kapcsolódó táplálási stratégiákról és irányzatokról (úgy mint: a kizárólagos illetve igény szerinti szoptatás, a válaszkész cumisüveges táplálás, valamint a csecsemő által irányított hozzátáplálás)
- Áttekinteni a táplálási stratégiák vizsgálatára és értékelésére kidolgozott kérdőíveket és skálákat
- Bemutatni az elvégzett empirikus kutatás célját, az alkalmazott mintát, módszereket és eredményeket.
- Megfogalmazni a következtetéseket a kutatásból nyert adatok alapján
- Összegezni a megszerzett tudást és tapasztalatokat, javaslatokat tenni a jövőre nézve

## 2. Szakirodalmi háttér

### 2.1. A szülői táplálási stílusok

A nevelési stílus magában foglalja a felnőtt attitűdjét és viselkedését is, amelyek meghatározzák, hogy hogyan lép interakcióba a gyermekkel.

A táplálási stílust és viselkedést számos tényező befolyásolja. Ilyen például a társadalmi-gazdasági státusz, a környezet, a szülő lelki állapota, hite és hiedelmei, etnikuma, valamint a gyermek születési súlya is. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy például azok a szülők, akik nyomás alatt érzik magukat és folyamatosan “versenyt futnak” az idővel és az erőforrásokkal, gyakran maguk is nyomásgyakorló illetve kontrolláló magatartást mutatnak a gyermekük táplálásakor (Harbron, 2013).

Az alábbiakban több modellen keresztül mutatom be a lehetséges szülői táplálási stratégiákat. A bemutatott stílusok nem kőbe vésettek, egy családon belül a testvéreknél is különbözhetnek, valamint az adott élethelyzet és a gondozó lelkiállapota is befolyásolhatja őket.

#### *Ventura & Birch-féle 3 szülői stílus*

Egyszerű hármas modell a táplálási stratégiákra. Az alábbi cselekvések határozzák meg, hogy mit, mikor és hogyan egyen a gyermek: hogy mit tesz a gondozó elérhetővé, hogy példát mutat-e az étkezési viselkedésről, illetve, hogy korlátoz, nyomást gyakorol vagy ellenőrzi-e a gyermek fogyasztását.

A Ventura és Birch (2008) által leírt három szülői gyakorlat tehát a következő (idézi Harbron, 2013):

1. Gondoskodó / Ellátó
2. Példamutató
3. Kontrolláló

Ventura és Birch (2008) szerint a *szülői stílus* állandó az adott szülőnél és személyisége, attitűdje határozza meg, ezzel szemben viszont a *szülői gyakorlat* a viselkedés, a cselekvések összessége, mely ettől eltérhet és a környezeti tényezők is befolyásolják.

## *Black & Hurley-féle 4 szülői stílus (Harbron, 2013)*

### 1. Irányadó (autoritatív)

Lényegében ez felel meg a szenzitív nevelés vagy válaszkész nevelés elveinek. Ainsworth kötődésvizsgálatai óta számos megfigyeléses és intervenciós kutatás támasztja alá azt, hogy a pozitív interakciókkal járó válaszkész nevelés biztonságos kötődést és emberi kapcsolatokat, a gyermeknél jobb kognitív és nyelvi fejlődést eredményez, valamint a környezet felfedezését és az önszabályozó mechanizmusok fejlődését is segíti (Malmberg, 2007).

Ez a kölcsönös folyamat alapozza meg azt az érzelmi köteléket és kötődést, amely nélkülözhetetlen az egészséges szociális funkciókhoz és táplálkozási viselkedéshez is.

Azok a szülők, akik válaszkészen nevelnek, nagyobb eséllyel alkalmazzák a válaszkész táplálási stratégiákat is.

### 2. Tekintélyelvű (autoritariánus)

A szülő uralja a táplálási helyzetet. Tápláláshoz kapcsolódó magatartása irányító, nyomásgyakorló és korlátozó elemekből épül fel. Ebben az esetben a gondozó gyakran felemeli a hangját, erőlteti az evést, szinte “le akarja győzni” a gyermeket a táplálási helyzetben.

### 3. Engedékeny

Ebben az esetben lényegében a gyermek irányítja az étkezéseket. A szülő reakciói azonnaliak és látszólag támogatóak, azonban nem mindig van tekintettel a gyermek igényeire és fejlettségére, valamint hiányzik belőle a következetesség.

### 4. Kívülálló

A nehezen bevonható, kívülálló szülő nem vagy csak kevés figyelmet fordít a gyermekre az étkezés közben. A szülő elérhetlenségének eredményeként a gyermek igyekszik felhívni magára a figyelmet, ennek érdekében gyakran dobálja az ételt, kiabál vagy elutasítja azt. Bár sajnos ez a viselkedés a gyermek részéről szankciókat, nyomásgyakorlást von maga után, a gyermek mégis elérte, amit akart: a szülő odafigyelését (Black & Aboud, 2011).

### *Constanzo & Woody-féle szülői stílusok (DiSantis, 2013)*

A szülő aggodalmi és korlátai alapján sorolták be a gondozói stratégiákat, ezzel alapot teremtve a táplálási stílusokat vizsgáló skáláknak, melyeket részletesen a 2.6. fejezetben mutatok be.

### 2.2. A nem válaszkész táplálás jellemzői és hatásai

A gyermek és gondozója közti kapcsolat kölcsönösségének hiánya nem válaszkész táplálást eredményez. Ennek három fő típusát írták le (Birch, 2003):

1. Engedékeny típus. Ebben az esetben a gyermek irányítja a táplálási helyzetet.
2. Kívülálló típus, amikor a gondozó figyelmen kívül hagyja a gyermeket az etetés alatt.
3. Nyomásgyakorló, kontrolláló vagy restriktív (korlátozó) típus, amikor a gondozó túlzott módon irányítja, uralja a táplálási helyzetet.
4. A restriktív stílus lehet:
  - a. Burkolt (pl. a zsírdús vagy a gyorséttermi ételeket nem kínálja a gyermeknek)
  - b. Nyílt (korlátozza az elfogyasztható étel mennyiségét)

*“A nem válaszkészen nevelő szülők jó eséllyel nem gyakorolják a válaszkész táplálás stratégiáit sem. Ennek eredményeként az étkezések nehézkessé válnak, emellett következtelen, nem válaszkész, nem adaptív interakciók jellemzik, mely bizalomhiányos kapcsolatot eredményez. A leggyakoribb kisgyermekkorai táplálkozási zavarok közül a túlevések, a válogatosság, a rossz étvágy, az elégtelen vagy éppen a túlzott gyarapodás, a táplálékfóbiák, az egészségtelen ételek választása mind összefügghet a táplálás módjával a korai életévekben”* (Harbron, 2013, 144. oldal).

Harbron (2013, 144. oldal) szerint az étkezési zavarok, például a túlevések *“később olyan betegségek formájában jelentkezhetnek, mint a cukorbetegség, a magas vérnyomás, az önbecsülés, a testkép vagy a szocializáció zavarai”*.

Aktív negatív viselkedés összetevői például lehetnek (Harbron, 2013):

- Averzív (undorodó, irtózó, idegenkedő) kísérletek az etetésre
- Intruzív (tolakodó, beavatkozó) kísérletek az etetésre
- Beleeröltetés, fenyegetőzés
- A gyermek megrázása, a fejének kézzel tartása



### ***A nem válaszkész táplálás hatásai***

Negatív hatása van a gyermek belső éhség és jóllakottság jelzéseire, önregulációjára, szociális és érzelmi fejlődésére, beleértve a vérmérséklet és az autonómia fejlődését (Harbron, 2013).

Worobey és munkatársai (2009) azt találták, hogy az anya érzékenysége a csecsemő jelzéseire (6 hónapos korban), előre megjósolta a gyermek gyarapodását 6-12 hós kora között.

Némely kutatásban mind a korlátozó, mind az engedékeny táplálási stílus összefüggést mutatott a gyermek magasabb testtömegindexével csecsemő és kisgyermekkorban egyaránt (Hurley et al, 2011). A nyomásgyakorló gondozói viselkedés több tanulmány szerint szintén fokozta az elhízás rizikóját (DiSantis, 2011; Lumeng, 2012). Ennek ellentmondó kutatási eredmény is van, mely az 1 éves korban erőltetetten táplált gyermekeknél 2 éves korra alacsonyabb testsúlyt talált (Farrow and Blissett, 2008, idézi McNally, 2015).

A hosszútávú hatások mögött rejlő mechanizmusok még tisztázatlanok. Elképzelhető, hogy a nem válaszkész táplálás során a gondozó megnyugtatóra, büntetésre vagy jutalmazásra használja az ételt, ezáltal közvetve hat a gyermek későbbi étkezési magatartására és preferenciájára. A kifejezetten nyomásgyakorló megközelítés arra veszi rá a gyermeket, hogy akkor is egyen, ha az éhségérzete még nem jelent meg, vagy éppen jóllakott volt (Birch et al, 2001). A korlátozó attitűd pedig kívánatosabbá teheti a gyermeknek a tiltott ételeket, így azok fogyasztására sarkallja őket, amint lehetőségük nyílik rá (McNally, 2015).

Lumeng és munkatársai (2012) alacsony iskolai végzettségű, valamint kisebbséghez tartozó anyáknál gyakrabban találtak rámenős és tolakodó stílusjegyeket. Ugyanezek a magatartási elemek szignifikáns kapcsolatot mutattak a gyermek túlsúlyával is.

### **2.3. A válaszkész táplálás koncepciója és hatásai**

A válaszkész táplálás fogalma és koncepciója elsőként a pszichoszociális gondozás és a fejlődépszichológia területén merült fel, mint az étkezési helyzetet leíró kifejezés. *“A válaszkész táplálás egy aktív táplálási mód. Aktív, vagyis cselekvő olyan értelemben, hogy a szülő vagy gondozó tudatosan foglalkozik azzal, hogy a gyermekkel pozitívan viselkedjen, miközben bátorítja őt és szem előtt tartja az érdekeit”* (Harbron, 2013, 143-144. oldal).

*A válaszkész táplálás során a szülő aktív pozitív viselkedésének összetevői (Engle, 2011; Black & Aboud, 2011; DiSantis, 2013; Harbron, 2013)*

- azonnal, adekvátan, érzelmileg támogató és következetes módon, a gyermek fejlettségének megfelelően reagál az éhség és jóllakottság jelekre
- soha nem erőlteti az evést
- az étkezéseket a tanulás és a szeretet színterének tekinti
- kellemes és zavaró tényezőktől mentes környezetet biztosít
- a gyermeket úgy helyezi el, hogy kényelmesen üljön és lássa a család többi tagját
- egyértelműen fejezi ki az elvárásait, verbálisan is támogat és bátorít
- a szülő beszélget és játszva tanítja gyermekét az ételekről
- egészséges, ízletes és a gyermek fejlettségének megfelelő ételleket kínál és példát mutat
- kiszámítható időpontban kínálja étellel, amikor a gyermek várhatóan éhes lesz

*A válaszkész táplálás hatásai*

- egyensúlyt teremt a gyermek felé támasztott elvárások és a válaszkészség között
- összefügg az óvodás korú és idősebb gyermekek alacsonyabb testtömegindexével
- a gyermek számára az evés könnyed, érdekes és szórakoztató (DiSantis, 2013)
- csökkenti az elhízás kockázatát (Thomson et al, 2009; Hurley, Cross & Hughes 2011).
- nagyobb a gyermek figyelme és érdeklődése az ételek és az evés iránt
- képes érzékelni saját belső jelzéseit a táplálkozással kapcsolatban
- jobban kommunikálja az igényeit
- hamarabb kezd önállóan enni (Black & Aboud, 2011)

## 2.4. Kitekintés a nemzetközi és hazai ajánlásokra a válaszkészség tükrében

A WHO és az UNICEF csecsemő- és kisgyermek táplálásra vonatkozó irányelvei már másfél évtizeddel ezelőtt is támogatták a válaszkész táplálást (WHO, 2003; UNICEF, 2005).

Az Európai Gyermekgasztroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozástudományi Társaság legfrissebb állásfoglalásában kiemeli a táplálás körülményeinek és módjának fontosságát és elismeri ezek igazolt hatását a gyermek későbbi étel preferenciájára és étvágy regulációjára. Ennek érdekében tanácsolják az anyáknak, hogy legyenek válaszkészek a gyermek éhség és jóllakottság jelzéseire, valamint ne használják az evést sem büntetés, sem jutalmazás eszközeként (ESPGHAN, 2017).

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia (AAP) ajánlása azt fogalmazza meg, hogy a szülőknek javasolt kerülni a korlátozó attitűdöt a táplálási helyzetben (Barlow, 2007).

A hazai ajánlás az egészséges csecsemő táplálásáról (NEFMI, 2010) támogatja az igény szerinti szoptatást, valamint a két éves korig, vagy akár azon túl is tartó szoptatást. Cumisüveges táplálás (akár tápszer, akár anyatej vagy donortej) esetén nem tesz említést a táplálás módjáról. A hozzátáplálás során egyértelműen leírja, hogy a csecsemőt kortól függően napi hány alkalommal szabad kínálni. A rágás képességét 4-7 hó közötti csecsemő kompetenciái között említi, ezzel ellentétben darabos ételt akkor javasol, ha a csecsemőnek már zápfogai is vannak, a részben darabos ételek bevezetését pedig 8-10 hónapos kortól ajánlja (bár az első rágófog megjelenése általában 12 hónapos kor után várható). A hazai protokoll a táplálás módjáról, körülményeiről, válaszkészségről, éhség vagy teltség jelekről nem tesz említést.

## 2.5. Táplálási stratégiák és irányzatok beépíthetősége a válaszkészség koncepciójába

Az alábbiakban áttekintem a válaszkészségre jellemző viselkedési elemek meglétét és hatásait a szoptatás (legyen az kizárólagos illetve igény szerinti), valamint a válaszkész cumisüveges táplálás (Paced Bottle Feeding) és a gyermek által irányított hozzátáplálás (Baby-led Weaning, BLW) gyakorlatában.

### 2.5.1. A szoptatás és az igény szerinti anyatejes táplálás jelentősége

Mivel a válaszkész táplálásnak is komoly hatása igazolódott a gyermek későbbi étvágy szabályozására és súlygyarapodására vonatkozóan, ezért röviden áttekintem, milyen hatása van a szoptatásnak e tekintetben, valamint, hogy hogyan vetíti előre a korai szoptatási viselkedés a későbbi gondozói válaszkészséget.

Az már igazoltnak tekinthető, hogy az első két életév kiemelt szerepet játszik a túlsúly és elhízás megelőzésében (Harrington, 2010), valamint, hogy ebben maga a szoptatás is szerepet játszik (HHS, 2011).

A szoptatás mérsékelt védőhatása a gyermekkori, serdülőkori és felnőttkori elhízás kialakulására már jól megalapozott. (Owen et al, 2005; Harder et al, 2005; Arenz, 2004, idézi DiSantis, 2013). Egyes szakértők szerint azonban ezek az eredmények lehetnek publikációs torzítások eredményei is, ők megkérdőjelezzik a szoptatás mérsékelt pozitív hatását a elhízás előfordulására. Másik megközelítés az, hogy bár sok kutatás igazolni látszik az igény szerinti szoptatás védőhatását, a kutatási eredményekben található ellentmondások azzal is indokolhatók, hogy *“az obesitas kialakulása multifaktorális, így nem lehet egyetlen tényezővel kizárólagosan magyarázni”* (Ságodi, 2017, 938. oldal).

Ezen aggodalmak ellenére az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia állásfoglalása határozottan rizikócsökkenést közölt és az elhízás-prevenციót a szoptatás előnyeire sorolta (Gartner, 2005). A(z igény szerinti) szoptatás elhízási rizikót csökkentő hatásának pontos mechanizmusa még nem ismert.

Nem csak a szoptatás megléte, hanem annak módja és a kapcsolódó viselkedési minták is a táplálási helyzet fontos dimenzióját jelentik. A szoptatás csecsemőközpontúsága valószínűleg befolyásolja, hogy a szülő mennyire kontrollálja a táplálást, valamint hatással van a szülő érzékenységére a gyermek jelzéseit illetően.

A kifejezetten kontrolláló megközelítés az anya részéről hátrányos következményekkel jár a gyermek éhség-szabályozási készségére azáltal, hogy nem válaszékész a csecsemő jelzéseire (Birch & Fisher, 1995). Az autoritatív és az engedékeny táplálási stratégiák szoptatással való összefüggése még nem teljesen körüljárt, eddigi kutatásokban nem mutatott szignifikáns együttjárást a laktációs időszak hosszával.

Az ún. “direkt” szoptatás (szemben azzal a táplálási móddal, amikor a csecsemő lefejt anyatejet kap cumisüvegből vagy egyéb eszközből) szorosán kapcsolódik a gyermek fejlett önregulációs készségéhez, valamint később a jóllakottságra adott reakciójához (DiSantis, 2013).

Prospektív vizsgálatok eredményei alátámasztották azt az állítást, hogy a szoptatás kisebb anyai kontrollt vonz magával, mint a cumisüveges táplálás, valamint összefüggést igazoltak a hosszabb ideig tartó szoptatás és a kisebb anyai korlátozás között a 6 és 12 hónapos életkorban (DiSantis, 2013). Szintén DiSantis tanulmányából derül ki, hogy azok a nők, akik három hónapig, vagy tovább

szoptattak, nagyobb válaszkészséget mutattak. Feltehetően azok az anyák, akik hosszabb ideig szoptattak, más attitűddel és más meggyőződésekkel rendelkeznek és ez befolyásolhatja a válaszkész és a nyomásgyakorló stratégiák megjelenését.

A hosszabb ideig tartó szoptatás lehetővé teszi, hogy az anya elmélyedjen a csecsemő-központú táplálási mód alkalmazásában, ezzel is növelve annak esélyét, hogy a viselkedési mintázat megmarad a hozzátáplálás időszakában is (Hsu & Fogel, 2003, idézi DiSantis, 2013).

### 2.5.2. A válaszkész cumisüveges táplálás - Paced Bottle Feeding

A kizárólag cumisüvegből táplált gyermekek nagyobb adag táplálékot fogyasztanak, mint a szoptatott csecsemők. A szoptatott gyermekeknél a cumisüveggel történő pótlással arányosan nő az elfogyasztott folyadék mennyisége (Li, 2012).

A paced bottle feeding (“ütemes” vagy “megszakított” cumisüveges táplálás) egy olyan cumisüveges táplálási mód, melynek legfőbb célja, hogy minél inkább hasonlítson a szoptatáshoz, abban az értelemben, hogy lehetőséget kínál a csecsemőnek, hogy eldöntse, mennyi táplálékot (anyatejet vagy tápszert) és milyen ütemben fogad el.

Ebben az esetben a gyermek nem hanyatt fekszik, hanem a gondozó félig ülő helyzetben tartja a karjában, lehetőséget teremtve a szemkontaktusra. A cumisüveg cumijával finoman megérinti a csecsemő felső ajkát, melynek hatására a gyermek nyitja a száját és bekapja a cumit. A gyermek szopni kezd, miközben a gondozó a cumisüveget vízszintesen tartja, mivel ilyenkor lassabban jön belőle a folyadék. Szintén a szoptást imitálja, ha a gondozó úgy tartja az üveget, hogy az első percben a gyermek már szopja a cumit, de még nem jön belőle folyadék. Vízszintesbe emelve az üveget lassú áramlást lehet biztosítani. Időnként (kb fél percenként) a gondozó lefelé billenti a cumisüveget, hogy a folyadékáramlás megálljon és gyermek pihenhessen, de a cumit a szájából nem húzza ki. Így ad lehetőséget a csecsemőnek szünetet tartani, mint ahogyan azt szoptatás közben is tenné. Ha a gyermek ilyenkor tovább szopja a cumit, akkor a gondozó finoman visszabillenti az üveget vízszintes helyzetbe, hogy újra kapjon táplálékot a csecsemő. Ez az időközönkénti billentgetés jelenti az ütemezést, miközben a gondozónak lehetősége van megfigyelni a gyermek éhség és teltség jelzéseit arckifejezése, mozdulása és esetleg hangadása útján. Amennyiben a gyermek már nem kér többet, nem fogja tovább szopni a cumit, vagy ki is köpi, elfordul, hátrahúzódik. Ilyenkor az etetésnek vége.

A válaszkész vagy “ütemes” cumisüveges táplálás során a csecsemő jellemzően kevesebbet eszik, mint a nem válaszkész formánál, így az etetések gyakorisága a szoptatáshoz hasonló napi eloszlású.

A nem válaszkész cumisüveges táplálásra jellemző, hogy a gyermek (majdnem) hanyatt fekszik, vagy valamilyen eszközben ül. A gondozó nem tart szüneteket, így a gyermek addig kénytelen nyelni, amíg van az üvegben folyadék, hogy elkerülje a fulladást. A gondozó így nem látja a gyermek jóllakottság jeleit vagy igényét a pihenésre. Veszélye, hogy a gondozó nem reagál adekvátan a csecsemő jelzéseire, ezáltal elősegíti a gyermek nagyobb kalóriafelvételét, mely növeli a későbbi túlsúly és elhízás kockázatát (AAP, 2018).

### *A válaszkész cumisüveges táplálás előnyei (Lyford, 2003)*

- A gyermek olyan ütemben táplálkozhat, ahogyan az anyamellen is teszi, így kisebb az esélye a mell későbbi elutasításának és a szoptatási problémák kialakulásának.
- A csecsemő annyit ehet, amennyit szeretne, így elkerülhető a túl- és alultáplálás.
- A szoros testközelség és válaszkészség támogatja a szülő-csecsemő kapcsolatot és kötődést.
- Csökkentheti az üres vagy éppen túl telt gyomor okozta kólikás (hasi fájdalommal járó) tüneteket.

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia kiemeli a válaszkészség fontosságát a cumisüveges táplálás során is, azt tanácsolja a szülőknek, hogy reagáljanak megfelelően a gyermek jelzéseire és kerüljék a cumisüveg kitámasztását (AAP, 2018).

A válaszkész cumisüveges táplálás megvalósítását az UNICEF ajánlása is támogatja (UNICEF, 2018).

### **2.5.3. A gyermek által irányított hozzátáplálás - Baby-led weaning**

Az csecsemő által irányított hozzátáplálás (BLW) módszer alapelve, hogy támogatja a csecsemő önbizalmát és önállóságát azáltal, hogy az ő jelzéseire hagyatkozik. A hozzátáplálás akkor kezdődik, amikor a gyermek mutatja az önálló evés képességének jeleit és a saját tempójában halad előre. Megengedi a gyermeknek, hogy az ösztöneit kövesse, szüleit és testvéreit utánózva sajátítsa el az evéshez szükséges gyakorlati tudást egy szórakoztató és természetes úton (Rapley, 2008).

### *A BLW előnyei (Rapley, 2008)*

- Rágás korai megtanulása
- Az étvágy és a mennyiségek szabályozása
- Önállóságra és magabiztosságra tanít, a csecsemő a kezdetektől megtanul bízni az ételben és bízni a saját képességeiben.
- Ismerkedhet például az ételek állagával, hőmérsékletével, színével, illatával.
- Közös családi étkezések, továbbá nem kell etetni a gyermeket, a szülőnek “könnyebb dolga van”
- Saját tapasztalatom azt mutatja, hogy a BLW-s gyerekek sokkal ritkábban lesznek válogatósak, ezáltal az ételek szélesebb skáláját fogyasztják szívesen, potenciálisan hosszabb távon is kiegyensúlyozott és egészséges étrendet kialakítva.
- Mivel a szoptatás mennyisége a BLW mellett csak fokozatosan és lassan csökken, a gyermek igénye szerint, ezért a szoptatás hosszútávú egészségügyi előnyeivel is számolhatunk.
- Az ételkészítés olcsóbb és egyszerűbb
- Az egész család egészségére pozitív hatással lehet

### *A BLW-vel kapcsolatban felmerülő szakmai aggályok*

#### **A nem megfelelően kínált ételek esetén a félrenyelés kockázata megnőhet.**

Mivel a BLW-ben nem pürésítik az ételt annak érdekében, hogy a csecsemő rágás nélkül is le tudja nyelni azt, hanem kézbe illő falatokat kínálnak, sok szülő és szakember aggódik a félrenyelés, fulladás miatt. Valójában, ha a csecsemő egyenesen ül és maga dönthet arról, hogy milyen és mekkora darab ételt vesz a szájába, illetve arról, hogy mekkorát harap, a fulladás esélye nem nagyobb, mint a pürével táplált csecsemők esetében.

A BLW elmélete szerint azok a gyermekek, akik már az első étkezéseknél találkoznak darabos ételekkel, sokkal könnyebben és kisebb kockázattal tanulhatják meg a falatot kezelni, szükség esetén előreoklendezni és kiköpni. Ezzel szemben azoknál, akik csak 9-10 hónapos korukban vagy még később találkoznak falatokkal, nagyobb eséllyel okoz problémát. Naylor kutatásai szerint a csecsemő rágási képessége korábban előbb fejlődik ki, mint a falat hátra (a garathoz) való juttatásának képessége, valamint az étel szájhoz emelésének motoros feltételei (Naylor, 2001, idézi Rapley, 2011)



<p>A fulladás kockázatát növeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ha a gyermek még nem mutatja a hozzátáplálásra való érettség jeleit (ülés, rágómozgás, érdeklődés, kéz-szem koordináció, stb.)</li> <li>● Ha valaki más teszi a falatot a gyermek szájába.</li> <li>● Ha hátradöntve vagy (félig) fektetve eteti a gyermeket pl. pihenőszékben, kagylóülésben.</li> <li>● Ha túl nagy, túl kicsi, túl kemény vagy a szájban nehezen kezelhető falatot kínál.</li> <li>● Ha a szülő egyedül hagyja a gyermeket étkezés közben.</li> </ul>	<p>A fulladás kockázatát csökkenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ha a gyermek önállóan veheti a kezébe és a szájába az ételt</li> <li>● Ha a gyermek már képes egyedül vagy kis segítséggel felülni és megtartani magát. (Ilyenkor ugyanis a hasizmai már elég erősek ahhoz, hogy függőleges testhelyzetben maradjon és szükség esetén egy előrehajlással, előregörnyedéssel vagy köhintéssel köpje ki a nem kívánatos falatot.)</li> <li>● Ha mindig a csecsemő korának, érettségének és képességeinek megfelelő ételleket kínálunk, megfelelő puhaságúra elkészítve, megfelelő méretben és alakban kínálva azokat.</li> </ul>
--	---

1. táblázat: A fulladás rizikóját befolyásoló tényezők a BLW módszerben.

### **Meg tudja emészteni a csecsemő a darabos ételleket?**

A pürésített ételek jobban hozzáférhetőek az emésztőenzimek számára, a tápanyagok azokból könnyebben szívódnak fel, mint a darabokban szájba vett vagy esetleg lenyelt ételekből. Ennek mentén felmerül a dilemma, hogy vajon okoz-e tápanyaghiányt az igény szerinti hozzátáplálás. Tény, hogy a csecsemők igen hamar megtanulnak rágni, ínyükkel, fogaikkal pürésíteni a falatokat. A pürésített és a darabolt ételek között tápanyagtartalomban is van különbség, így például a reszelt almában hamarabb oxidálódik a C-vitamin, míg az BLW módszerben a gondozó egész almával kínálja a gyermeket, így az abból bevitt vitamin mennyisége magasabb lehet.

Az anyatej vastartalma (valamint a csecsemőtápszereké) megfelelő az időre született egészséges gyermekek számára legalább hat hónapos korukig (Butte et al, 2002; Kramer and Kakuma, 2002). A vashiány meglehetősen gyakori veszély a 6-12 hó között, befolyásolják családi rizikófaktorok és a születés körülményei (korai köldökellátás) is. A tápanyaghiány kockázatát csökkenti, ha a szülő a hozzátáplálás megkezdését követő első hetekben vitaminokban és vasban gazdag táplálékokat kínál, nem pedig szénhidrátban dús gabonaféléket, melyek inkább a kalóriabevitelt képesek fokozni.

### *A BLW és a válaszkészség*

A BLW összefüggést mutat a kisebb anyai kontrollal és nyomásgyakorlással (Brown & Lee, 2011), valamint a BLW-s gyermekek fejlettebb önregulációs képességgel rendelkeznek (mely alacsonyabb testtömegindexet eredményez), valamint egészségesebb ételeket választanak a nekik kínáltak közül (Townsend & Pitchford, 2012).

Persze érdekes kérdés az is, hogy a BLW-t választó anyák kevésbé lesznek később kontrollálók a hozzátáplálásban, vagy inkább arról van-e szó, hogy a kevésbé kontrolláló anyák nagyobb arányban választják a BLW-t, mint táplálási módot.

## 2.6. A szülői táplálási stratégiákat vizsgáló skálák

A következőkben bemutatom a táplálási helyzet vizsgálatára leggyakrabban használt mérési eszközöket. Az alábbi öt módszer közül négy a szülői viselkedést, egy pedig a gyermek táplálkozási magatartását méri és értékeli.

### *Infant Feeding Style Questionnaire (IFSQ)*

Az Infant Feeding Style Questionnaire (IFSQ) az anyai viselkedési mintázatok és hitek, hiedelmek értékelésének segítségével vizsgálja a szülői táplálási stílusokat. A felmérés 81 kérdését az alábbi öt tárgykörbe sorolták:

1. Nem beavatkozó (“Laissez-faire”)
2. Nyomásgyakorló/kontrolláló
3. Korlátozó/kontrolláló
4. Válaszkész
5. Engedékeny

### *Child Feeding Questionnaire (CFQ)*

A Child Feeding Questionnaire (CFQ) a következő szempontokra fókuszál: nyomásgyakorlás a gyermekre, hogy megegye az összes ételt, éhségérzet nélkül is egyen, “eleget egyen” - a gondozó nézőpontja szerint - (Birch, 2001). A személyesen felvett kérdőív 31 tételből áll, melyben a főbb szempontok a

következők: a szülői felelősségvállalás mértéke a gyermek táplálásában, nyomásgyakorlás, korlátozás és az étkezések ellenőrzése (Goulding, 2014).

#### ***Caregiver's Feeding Style Questionnaire (CFSQ)***

A Caregiver's Feeding Style Questionnaire 19 tételből áll, melyet személyesen vesznek fel a szülővel. A vizsgált dimenziók: elvárások a gyermekkel szemben, hogyan látja a szülő a gyermek gyarapodását, gondozói aggodalmak és a csecsemő válogatósága (Goulding, 2014).

#### ***Responsiveness to Child Feeding Cues Scale (RCFCS)***

A Responsiveness to Child Feeding Cues Scale (RCFCS) egy megfigyeléses vizsgálat, melynek során a szülői válaszkészséget vizsgálják a gyermek éhség és jóllakottság jelzéseire. A skála kiemelten fókuszál az elhízás rizikójához kapcsolódó paraméterekre és 7-24 hónapos gyermekekre szabott (Hodges, 2013).

#### ***Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)***

A Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) a gyermek étkezési viselkedését felmérő kérdőív, melyet a gondozó tölt ki. 35 kérdésből áll és olyan főbb szempontok mentén méri fel a magatartást, mint a válaszkészség a jóllakottsággal szemben, válaszkészség az ételkínálatban, valamint, hogy mennyire élvezzi a gyermek az ételeket. A CEBQ validált mérési mód, mely alkalmas a gyermek viselkedésében az obezogén (elhízás irányába ható) faktorok kimutatására (Wardle, 200x; Carnell, 2007).

## 3. Az empirikus vizsgálat bemutatása

### 3.1. Kérdések, hipotézisek

A korábbi kutatások egyértelműen rávilágítottak a szülői attitűd és a gyermek táplálása, valamint a következményes hosszútávú egészségi hatások összefüggéseire.

Saját munkámban és magánéletemben egyaránt találkoztam a hozzátáplálás időszakát élő szülőkkel, problémáikkal, kérdéseikkel és volt szerencsém sokféle táplálási helyzetet személyesen is megfigyelni, kísérni. A szülők körében nagyon gyakoriak a szigorú elvárások a gyermekkel szemben, gyakran például - a gyermekorvosi vagy védőnői javaslat megvalósítása érdekében - grammonként ellenőrzik az amúgy egészséges gyarapodású csecsemő által elfogyasztott mennyiségeket. Tapasztalatom szerint ez sok esetben rendkívül nagy teljesítménykényszert és szorongást okoz a szülőben, táplálási stílusát a nyomásgyakorlás irányába tolva el.

Jelen kutatást azért hoztam létre, hogy mélyebben megismerkedjek a magyar anyák táplálási szokásaival, felmérjem, milyen attitűddel táplálják gyermekeiket.

#### *Elsősorban a következő kérdésekre kerestem a választ:*

Vajon képesek-e “jó” megoldásokat találni? Figyelnek-e a gyermekük igényeire?

Mutat-e összefüggést a válaszkészség és az igény szerinti szoptatás, valamint a szoptatás időtartama? Általában folytatódik-e az igény szerinti szilárd ételek bevezetése után is?

Van-e összefüggés a születés körülményei és a válaszkész hozzátáplálás között?

Feltételeztem, hogy a szülők nagy hányadát zavarja a hozzátáplálás során potenciálisan kialakuló „felfordulás”, ezért gyakran törölgetik, tisztogatják gyermeküket evés közben.

Feltételeztem, hogy az anyák nagy része nem eszik, amikor a gyermeket eteti.

Feltételezem, hogy a gyermekek egy részét úgy etetik, hogy közben valamilyen módon szórakoztatják, vagy a figyelmét elterelik az evésről.

Feltételeztem, hogy a szülők testtömeg-indexe összefüggést mutat a válaszkészségükkel.

## 3.2. Kutatási módszer

### 3.2.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálatban olyan anyák vehettek részt, akiknek gyermeke betöltötte a 6. hónapot, de még nem töltötte be a 19. hónapot.

A célcsoport elérése csecsemőtáplálással foglalkozó tematikus online közösségekben történt, egészen konkrétan a következő elnevezésű, közösségi oldalon létrejött fórumokon:

- “Baba hozzátáplálás - mikor mit + receptek”
- “BLW “falatkás” avagy darabos, igény szerinti hozzátáplálás”
- “Egészséges hozzátáplálás (eszmecsere, fórum)”
- “Hozzátáplálás csak a szuper mamiknak”
- “Hozzátáplálás (4 hónapos kortól)”
- “Hozzátáplálás kioktatás/veszekedés nélkül”
- “Hozzátáplálás babáknak és nagyobb gyerekek étrendje”
- “Hozzátáplálás 4 hónapos kortól”
- “Hozzátáplálás (Akik nem a WHO szerint csinálják)”

Feltételeztem, hogy ezekben a csoportokban olyan szülők vannak, akik igyekeznek informálódni, törődnek a gyermekük hozzátáplálásának minőségével, körülményeivel és törekednek az optimális megoldásokra.

A kérdőívet az adatgyűjtési időszakban 1196 fő töltötte ki.

### 3.2.2. Eszközök és eljárás

A kérdőív összeállításához a korábban ismertetett, táplálási stílust felmérő skálák kérdéseiből is emeltem át példákat és hozzátettem saját ötleteimet is. Céлом az volt, hogy az online közösségben részt vevő anyák minél többen kitöltsék a kérdőívet és így viszonylag nagy mintán dolgozhassak. Tehát a már meglévő, validált kérdőívek használatát két okból vettem el: 1) az önkitöltős felmérések túl hosszúak voltak, és úgy gondoltam, hogy nem lesz kedvük az anyáknak kitölteni a 15 percnél több időt igénylő kérdőívet 2) a rövidebb skálák személyes megfigyelést és gyakorlott riportert igényelnek, mely szintén csökkentette volna a résztvevők számát.

Az összeállított kérdőív 79 tételből állt és a következő tárgykörökben vett fel adatokat a szülőktől: Demográfiai kérdések (3), Szülők testalkatára vonatkozó kérdések (4), Gyermek születésének körülményei (10), Gyermekre vonatkozó általános kérdések (7), Gyermek anyatejes vagy tápszeres táplálása (10), Hozzátáplálás kezdete (4), Hozzátáplálás körülményei (15), Hozzátáplálás irányítása (7), Anyai attitűd (18), Csecsemő attitűd (1).

A vizsgálatban részt vevő anyák egy online felületen található kérdőívet töltöttek ki, melyet a Google Forms szoftverrel készítettem.

### **3.2.3. Statisztikai elemzési terv**

Az Google Forms-ban összegyűjtött adatokat először MS Excel programban dolgoztam fel. A kitöltött 1196 kérdőív között az adatok elsődleges ellenőrzése során néhány olyan adatsort találtam, melyben valamilyen logikai ellentmondás volt (pl. az anya azt írta, hogy 15 hónapig szoptatta gyermekét, de a csecsemő jelenleg 12 hónapos), így ezek a kérdőívek, a hiányos kérdőívekkel együtt az elemzésre szánt mintából törlésre kerültek (7,35%; n=82), mivel azt feltételeztem, hogy a többi kérdésre is adhatott hibás választ a kitöltő. Feldolgozásra 1115 kérdőív maradt.

Az eredmények értékeléséhez hozzáértő segítséget vettem igénybe és a feldolgozást az R nevű statisztikai programban végeztük. A különböző változók közötti együttjárási kapcsolatot Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk. A független változók (szülés módja, táplálás módja stb.) prediktív erejét lineáris regresszióval vizsgáltuk a függő változóra (válaszkészség) nézve.

### 3.3. Eredmények

A kérdőív összetettsége és a nagy arányú részvétel a kutatásban együttesen azt eredményezték, hogy jelen szakdolgozatban csak az adatok egy részének feldolgozása vált lehetségessé.

Fő fókuszba így a születés körülményei, a gyermek táplálási módja, valamint a válaszkészség és az ezzel összefüggést mutató változók kerültek, melyek tekintetében a következő eredményeket találtam.

#### 3.3.1. Demográfiai adatok

A vizsgálatban részt vevő anyák átlagos életkora 31,15( $\pm$ 4,74) év, a kitöltők között a legfiatalabb anya 15 éves, a legidősebb pedig 46 éves volt. Az anyák 75%-a 26-36 év közötti.

A megkérdezett anyák 1%-a általános iskolát, 35%-a középiskolát végzett, 3% jelenleg felsőoktatásban tanul, 57% felsőfokú végzettséggel, 4% pedig posztgraduális képesítéssel is rendelkezik.

A résztvevők lakhely szerinti megoszlása a következőképp alakult: kisebb községben 10%, falun 11%, megyeszékhelyen 17%, városban 35%, fővárosban pedig 27% él.

#### 3.3.2. Szülők testalkata

Az anya és az apa aktuális testsúlyára és testmagasságára kérdeztem rá. A vizsgálatban részt vevő anyák átlagos testtömegindexe (Body Mass Index, BMI) a kérdőív felvételének időpontjában 25,02( $\pm$ 4,80). A legalacsonyabb érték 14,98, míg a legmagasabb 41,45 volt.

Az apáknál ugyanezek az értékek: átlagos testtömegindexe 27,28( $\pm$ 4,32) legalacsonyabb érték 15,78, a legmagasabb pedig 63,12.

BMI kategória	Anya	Apa	BMI kategória	Anya	Apa
Súlyos soványság (<16)	0,1%	0,05%	Sovány (<18,5)	5,56%	0,81%
Mérsékelt soványság (16-16,99)	0,8%	0,05%	Normál (18,5-25)	50,40%	31,03%
Enyhe soványság (17-18,49)	4,6%	0,6%	Túlsúlyos (25,1-29,9)	39,91%	61,61%
Normális testsúly (18,5-24,99)	50,4%	31,0%	Elhízott (≥30)	4,13%	6,55%
Túlsúlyos (25-29,99)	28,5%	45,8%			
I. fokú elhízás (30-34,99)	11,8%	17,5%			
II. fokú elhízás (35-39,99)	3,1%	4,0%			
III. fokú elhízás (≥40)	0,5%	0,8%			

2. táblázat: Az anyai és apai testömegindexek eloszlása a vizsgált mintában kétféle csoportosítás szerint.

A szülőpár BMI-je esetenként együtt mozgott. A vizsgált mintában nem fordult elő olyan, hogy mindkét szülő sovány, 19%-os arányban volt mindkét szülő normál testalkatú, 28%-os arányban voltak egyaránt túlsúlyosak és a szülőpárok 1,4%-ánál volt mindkét szülő elhízott.

Az anyai és apai BMI közötti korreláció szignifikáns volt ( $r=0,2$ ;  $p=0,001$ ), vagyis a szülők testalkata egymással gyenge együttjárást mutatott.

### 3.3.3. Születés körülményei

A gyermekek 21%-a született a 37,1-39,0 betöltött terhességi hét között (early term, korai érett újszülött) és 69%-a 39,1-42. hét (full term, érett újszülött) között. A 37. hét betöltése előtt a gyermekek 6%-a (koraszülöttek), ebből 35-37 hét között (late preterm, kései koraszülött) 4%.

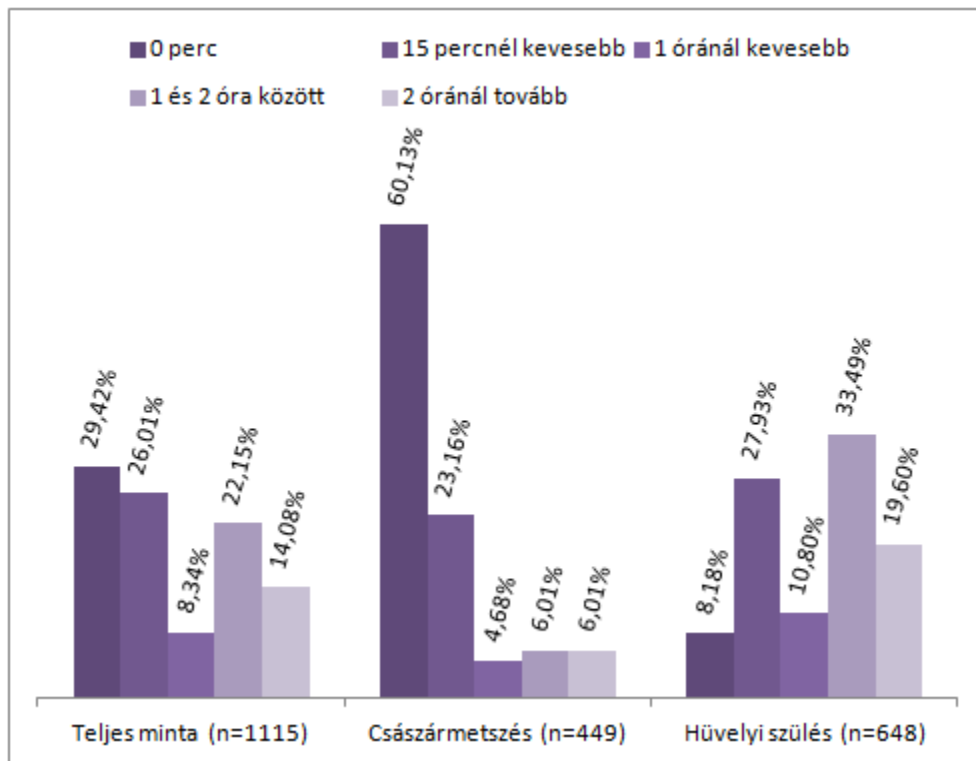
A vizsgált gyermekek átlagosan 3319,71(±506,81) gramm súllyal születtek. A legkisebb születési súly 750 gramm, míg a legnagyobb 5120 gramm volt.

Alábbi kategóriák százalékos megoszlása: <2500 gramm: 5% ; 2500-3500 gramm: 58% ; 3500-4500 gramm: 36% ; 4500< gramm 1%.



A kis súlyú újszülöttek (<2500 gramm) között 19 olyan gyermek volt, aki betöltött 37. hét után született. A koraszülöttek átlagosan 2413,43(±588,11) gramm súllyal jöttek világra, a legkisebb súlyú 750 gramm, a legnagyobb pedig 3500 gramm súllyal. A vizsgált mintában a gyermekek 99%-a (n=1102) született intézményben és 1%-uk (n=13) otthon.

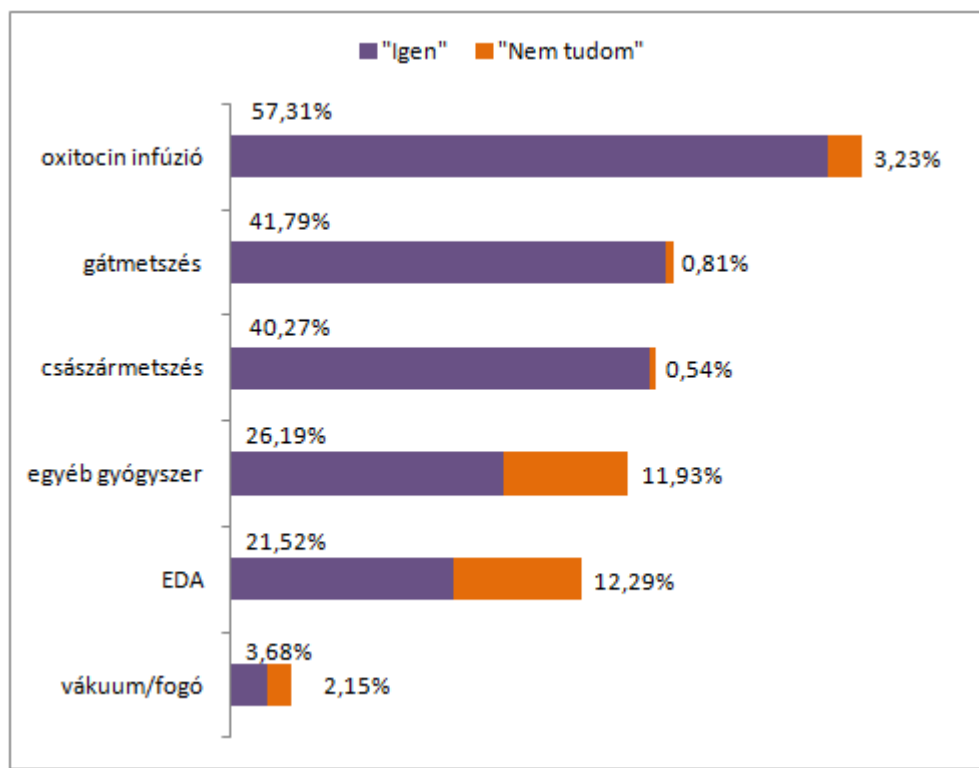
A szülések 58%-a zajlott hüvelyi úton, ebből 3%-nál történt eszközös szülésbefejezés. A császármetszések aránya 40% volt, az anyák 2%-a pedig nem tudta biztosan megmondani, hogyan szült.



1. ábra: A szülés utáni közvetlen anya-újszülött testkontaktus időtartama a teljes vizsgált mintában, valamint császármetszés és hüvelyi szülés esetén.

A fenti adatok értelmezésénél figyelembe kell venni, hogy a kérdőívben nem kérdeztem rá az apával való korai bőrkontaktusra és a halasztott anya-újszülött bőrkontaktusra.

A szülésnél történt beavatkozások az anyák 92%-át érintik, mindössze 89 (8%) anya válaszolta azt, hogy nála egyik sem történt meg. A leggyakoribb beavatkozás az oxitocin infúzió volt.



2. ábra: A szülésnél történt beavatkozások gyakorisága a teljes mintában.

A "nem tudom" válaszok magas aránya is elgondolkodtató, bár ezt részben az is indokolja, hogy a résztvevők bizonyos hányada feltételezhetően nem ismeri pontosan az epidurális érzéstelenítés fogalmát.

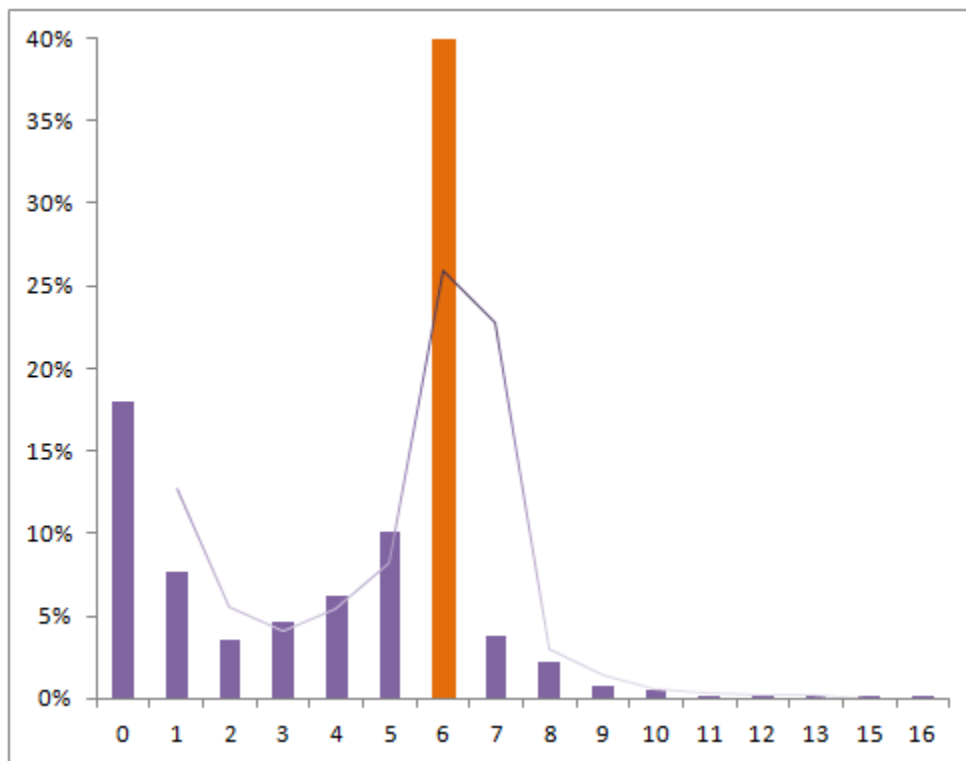
### 3.3.4. Gyermekre vonatkozó általános kérdések

A vizsgált gyermekek korának átlaga a kérdőív felvételének időpontjában 11 ( $\pm 3,68$ ) hónap. A gyermekek 58%-a 6-12 hó közötti, 42%-a pedig 12-18 hó közötti. A gyermekek között 49% a lányok és 51% a fiúk aránya. A gyermekek 76%-a elsőszülött gyermek, 19%-uk második, 5%-uk pedig harmadik vagy többedik gyermek a családban.

A nappali ellátást nyújtó intézménybe járó gyermekeket (n=26) nem vettem bele a vizsgált mintába, csak azokat, akik otthon vannak, mert esetükben az anyának nagyobb rálátása van a gyermek táplálását érintő kérdésekre.

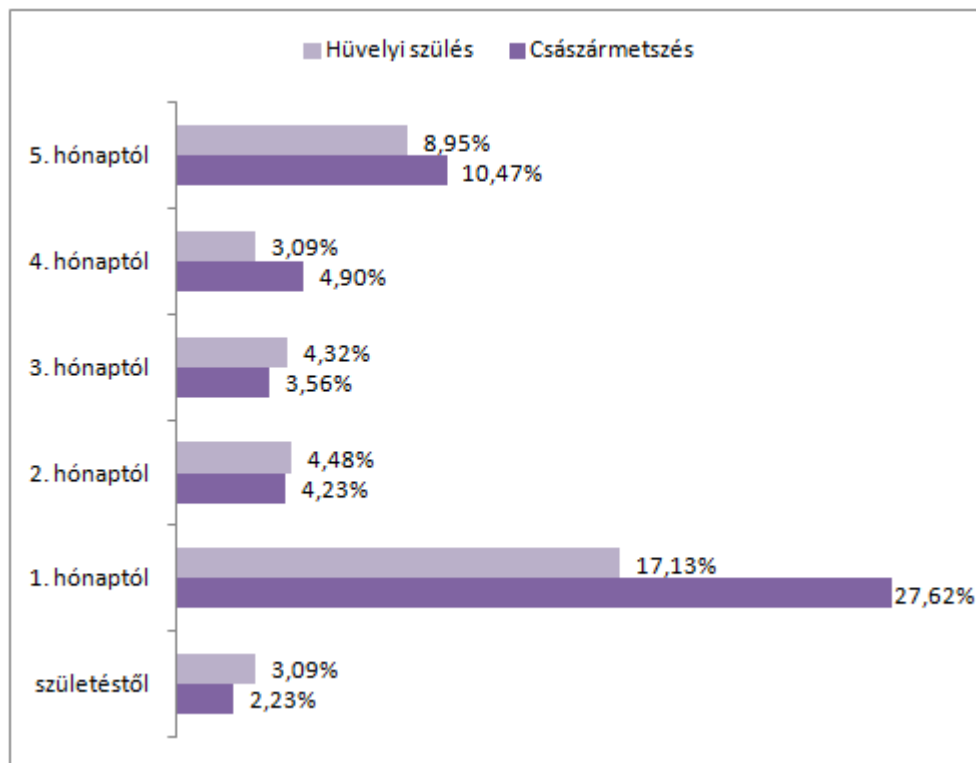
### 3.3.5. Gyermekek táplálására vonatkozó általános kérdések

Az anyák közel fele, 49,8%-a a gyermek hat hónapos koráig vagy azon túl is kizárólag szoptatott. A gyermekek harmada (34%) három hónapos kora után már nem volt kizárólagosan szoptatott. A gyermekek 24%-a már születésétől vagy az első hónaptól kapott tápszert. A gyermekek 1%-a csak az első élethónapban kapott tápszeres kiegészítést.



3. ábra: a kizárólagos szoptatás hossza (betöltött hónap) a teljes mintában.

A császármetszéssel születettek 29%-a volt tápszeres 1 hónapos korában, 35%-a 3 hónapos korában és 37%-a 6 hónaposan.



4. ábra: A tápszeres táplálás kezdő időpontjának gyakorisága havi bontásban hüvelyi szülés és császármetszés esetén.

A gyermekek 56%-a a kérdőív felvételének időpontjában a hozzátáplálás mellett csak anyatejet, 33% csak tápszert kapott, 6% vegyesen táplált (azaz anyatejet és tápszert is kapott). A kérdőív kitöltésének idején a gyermekek 6%-a sem anyatejet, sem tápszert nem kapott már.

Összesen 60%-uk volt még szoptatott gyermek a kitöltéskor. A gyermekek 76%-ánál történt igény szerinti szoptatás legalább a szoptatási időszak egy részében.

### 3.3.6. Anyai attitűd

Az anyákat arra kértem, hogy írják le azt a három szót, amely a legjobban kifejezi a hozzátápláláshoz kapcsolódó érzéseiket. A szavak előfordulását vizsgáltam és a következők bizonyultak a leggyakoribbnak: öröm, aggodalom, félelem, izgalom, türelem, kihívás, egészség. Az alábbi illusztrációt a Wordclouds szoftverrel készítettem ([www.wordclouds.com](http://www.wordclouds.com)).



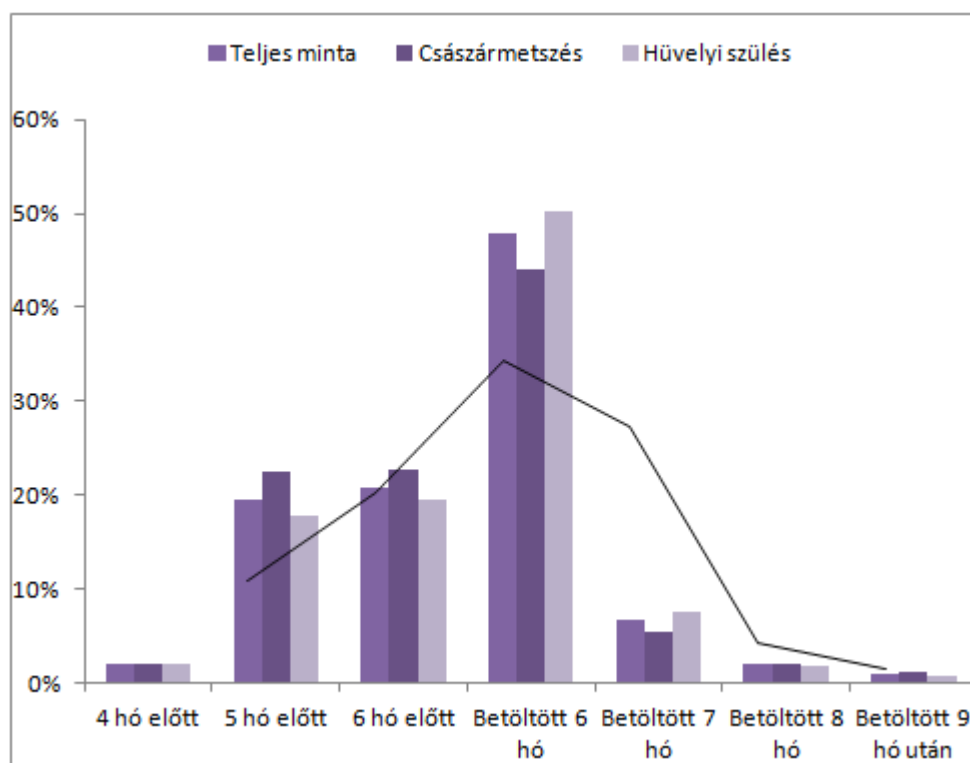
akiknél 0 perc volt az együtt töltött idő 1,13, akiknél két óra vagy annál több, azoknál közel fele ekkora, 0,68 lett a zavaró pontok átlaga.

Az anyák 20%-a gondolja úgy, hogy van olyan étel, amit gyermeke - bár még nem kóstolta - nem fog majd megenni. Ők valamennyien meg is nevezték ezt a konkrét ételt, élelmiszert.

Az anyák 43%-a válaszolta azt, hogy mindig vagy gyakran megtörli gyermeke kezét vagy arcát nem csak evés után, hanem már az étkezés közben is.

### 3.3.7. Hozzátáplálás megkezdése

Az anyák 2%-a kezdte meg a hozzátáplálást a gyermek betöltött 4. hónapja előtt, 20% a 5. hónap előtt, 21% kezdte a betöltött 6. hó előtt, 47% a betöltött 6. hónap után. 7%-uk a 7. hó után, 2% a 8. hó után és 1% a betöltött 9. hónap után. Vagyis az anyák 43%-a nem várta meg az Egészségügyi Világszervezet által is javasolt (WHO, 2003b) hat hónapos kort a szilárd ételek bevezetésével.



6. ábra: A hozzátáplálás megkezdésének ideje a teljes mintában és a szülés módjának függvényében.

A 6-8 hónapos csecsemőket naponta átlagosan 2 alkalommal kínálják szilárd táplálékkal, a 8-12 hónapos csecsemőket 3, a 12-18 hónap közötti kisgyermeket pedig átlagosan 4 alkalommal.

### 3.3.8. Válaszkészség értékelése

A kérdőívben elszórtan elrendezett, a válaszkészségre, vagy éppen a nem válaszkész (nyomásgyakorló, korlátozó, engedékeny) szülői stílusokra utaló elemeket egy külön erre a kérdőívre kialakított pontozási rendszer szerint értékeltem (lásd melléklet). A kitöltő anya legkevesebb -10, legfeljebb +10 pontot érhetett el. A kérdések közül egyetlen korhoz kötődő volt ("Ki tartja az itatáshoz szükséges eszközt?"). Ebben az esetben figyelembe kellett venni a fejlődési szórásokat: 9 hónapnál fiatalabb csecsemőtől ugyanis nehezebben elvárható az önálló ivás, így itt a 6-9 hós gyermekek édesanyjai nem kaptak pontlevonást, ha itatták a gyermeküket.

Az anya válaszkész pontszámait (VKP) három kategóriába soroltam (-10-0 alacsony, 1-5 közepes, 6-10 magas), ennek tükrében kerestem összefüggésre utaló gyakoriságokat az alábbi adatok értelmezésével:

Vizsgált változók	Összes vizsgált anya n=1115	Alacsony VKP [-10-0] n=255	Közepes VKP [1-5] n=594	Magas VKP[6-10] n=266
<b>Anya életkora</b>	31,1 (±4,7)	31,8	30,8	31,2
<b>Gyermek neme</b>				
fiú	51,5%	56,5%	51,7%	46,2%
lány	48,5%	43,5%	48,3%	53,8%
<b>Anya végzettsége</b>				
Általános iskola	1,4%	0,4%	1,9%	1,5%
Középiskola	34,6%	33,7%	36,2%	32,0%
Felsőoktatásban hallgató	2,7%	2,7%	2,2%	3,8%
Főisk./Egyetemi diploma	57,2%	59,2%	55,9%	58,3%
Posztgrad. képesítés	4,0%	3,9%	3,9%	4,5%
<b>Anya túlsúlyos/elhízott</b>	44,0%	46,3%	46,3%	36,8%

<b>Szülés módja</b>				
Császármetszés	40,3%	44,3%	40,1%	36,8%
Hüvelyi szülés	54,8%	49,0%	55,7%	58,3%
Eszközös szülésbefejezés	3,3%	3,9%	2,7%	4,1%
<b>Szülés helye szerint</b>				
otthon	1,2%	0,4%	0,7%	3,0%
intézményben	98,8%	99,6%	99,3%	97,0%
<b>Aranyóra szerint</b>				
0 perc	29,4%	36,1%	28,6%	24,8%
15 percnél kevesebb	26,0%	29,0%	25,6%	24,1%
1 óránál kevesebb	8,3%	10,6%	7,9%	7,1%
1 és 2 óra között	22,2%	19,2%	23,1%	22,9%
2 óránál tovább	14,1%	5,1%	14,8%	21,1%
<b>Hányadik gyermek?</b>				
első	75,7%	76,9%	77,4%	70,7%
második	19,0%	19,6%	17,2%	22,6%
többedik	5,3%	3,5%	5,4%	6,8%
<b>Gyermek kora</b>				
6-11,9 hós	57,8%	72,5%	59,4%	40,2%
12,0-18,0 hós	42,2%	27,5%	40,6%	59,8%
<b>Táplálás módja</b>				
Anyatejet kapott (betöltött hó)	8,5 (±4,6)	6,5	8,3	10,6
Kizárólag anyatejet kapott (betöltött hó)	4,2 (±2,7)	3,2	4,1	5,4
Igény szerint szoptat(ott)	76,3%	60,0%	76,4%	91,7%
Hozzátaplálás kezdete (betöltött hó)	5,5 (±1,1)	5,1	5,4	6,0



Tápszeres	32,9%	47,5%	33,8%	16,9%
Anyatejes	55,6%	39,6%	54,2%	74,1%
Vegyesen táplált	5,8%	8,2%	6,9%	1,1%
Egyik sem	5,7%	4,7%	5,1%	7,9%

3. táblázat: Különböző vizsgált változók aránya az alacsony, a közepes és a magas válaszkész pontszámot elért anyák csoportjában.

A fenti egyszerűsített adattáblából szembetűnő, hogy az anyatejes táplálás időtartama, a kizárólagos szoptatással töltött hónapok száma, valamint a hozzátáplálás kezdete is összefügghet az anya válaszkészségével, így ezeket a változókat Pearson-féle korrelációval is megvizsgáltuk.

	n	Pearson r	p	együttjárás iránya	együttjárás mértéke	szignifikáns?
<b>Kizárólagos szoptatás hossza</b>	1115	0.29	< 0.001	pozitív	gyenge/ közepes határán	igen
<b>Anyatejes táplálás hossza</b>	1115	0.32	< 0.001	pozitív	közepes	igen
<b>hozzátáplálás kezdete</b>	1115	0.32	< 0.001	pozitív	közepes	igen
<b>anyai BMI</b>	1115	- 0.07	0.019	negatív	nagyon gyenge	igen
<b>apai BMI</b>	1114	- 0.06	0.0497	negatív	nagyon gyenge	igen
<b>szülő átlag BMI</b>	1114	- 0.08	0.0052	negatív	nagyon gyenge	igen

4. táblázat: A kizárólagos szoptatás, az anyatejes táplálás, a hozzátáplálás megkezdésének ideje, valamint a szülők testtömegindexének korrelációja a válaszkész pontokkal.

A kizárólagos szoptatás és a VKP közötti korreláció szignifikáns volt ( $r=0,29$ ;  $p<0,001$ ). Az anyatejes táplálás időtartama és a VKP között szintén szignifikáns kapcsolatot találtam ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ). A hozzátáplálás kezdete szintén szignifikánsan összefüggött a VKP-kal ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ), azaz minél később kezdtek a szilárd ételek bevezetését, annál magasabb VKP-t értek el.

A gyermek táplálási módja is összefügghet az anyai válaszkészséggel. A legmagasabb VKP-t elérték közül 16,9% volt kizárólag tápszeres, míg 74,1%-uk kizárólag anyatejes gyermek.

A részben ( $b=-2,08059$ ,  $t=-4,017$ ,  $p<0,001$ ) vagy teljes egészében tápszerrel táplált ( $b=-1,66264$ ,  $t=-4,162$ ,  $p<0,001$ ) gyermekeknél szignifikánsan alacsonyabb válaszkész pontszámot mértem, mint a kizárólag anyatejet kapó gyermekeknél.

Az anyai ( $r=-0,07$ ;  $p=0,019$ ), az apai ( $r=-0,06$ ;  $p=0,0497$ ) és a szülőpár átlagolt BMI-je ( $r=-0,08$ ;  $p=0,0052$ ) negatív irányban mutatott szignifikáns összefüggést a VKP-val, de csak nagyon gyenge együttjárás volt megfigyelhető. Ezeket a független változókat lineáris regresszióval is vizsgáltuk és sem az anyai, sem az apai BMI, sem pedig a kettő interakciója nem jelezte előre szignifikánsan az elért VKP-t.

	n	b	SE	t	p	irány	szignifikáns?
Anya.BMI;	1111	-0.131351	0.110141	- 1.193	0.2333	negatív	nem
Apa.BMI;	1111	-0.119366	0.103765	- 1.150	0.2502	negatív	nem
Anya.BMI: Apa.BMI;	1111	-0.003327	0.003900	0.853	0.3938	negatív	nem

5. táblázat: Az anyai BMI, apai BMI és a kettő interakciójának hatása a válaszkész pontokra

Az anya iskolai végzettségét lineáris regresszióval vizsgálva azt találtuk, hogy az anyák már általános iskolai végzettséggel szignifikánsan nagyobb válaszkészséget mutatnak a nullánál. A csak általános iskolát végzettekhez képest negatívan, de nem szignifikánsan térnek el a magasabb végzettségű anyák, vagyis az iskolai végzettség nem jósolta be a VKP-t.

Anya iskolai végzettsége	b	SE	t	p	irány	szignifikáns?
Ált. isk. (baseline)	3.3750	0.7624	4.427	< 0.001	pozitív	igen
Főiskola/Egyetem	-0.3452	0.7719	-0.447	0.655	negatív	nem
Felsőokt.hallgató	-0.0750	0.9441	-0.079	0.937	negatív	nem
Középiszkola	-0.5848	0.7781	-0.752	0.452	negatív	nem
Posztgrad. képzés	-0.3528	0.8877	-0.397	0.691	negatív	nem

6. táblázat: Az anya iskolázottsága és a válaszkészség összefüggéseinek vizsgálata lineáris regresszióval.

A szülés módja és a válaszkészség közötti összefüggést is feltételeztem a táblázatban látottak alapján. Az alacsony VKP-t elért anyák 44,3%-a, a közepes VKP 40,1%-a, a magas VKP-t elérőknek pedig 36,8%-a szült császármetszéssel. Ugyanezek az arányok hüvelyi szülésnél: alacsony 49%, közepes 55,7%, magas 58,3%.

Ezen adatokból kiindulva az összefüggést lineáris regresszióval is megvizsgáltuk. Azok az anyák, akiknél hüvelyi szülés volt, szignifikánsan nagyobb VKP-t értek el a nullánál. A hüvelyi szülésen kívül egyedül a császármetszés jósolta be szignifikánsan a válaszkészséget, az viszont negatív irányban. A császármetszéssel szült anyák tehát szignifikánsan alacsonyabb VKP-t értek el, mint a hüvelyi úton szült nők ( $b=-0,4981$ ,  $t(\text{szabadsági fok})=-2,637, p=0,00848$ ).

	b	SE	t	p	irány	szignifikáns?
hüvelyi szülés (baseline)	3.1751	0.1229	25.830	< 0.001	pozitív	igen
Császármetszés	-0.4981	0.1889	-2.637	0.00848	negatív	igen
Eszközös	0.1222	0.5144	0.237	0.81231	pozitív	nem
Nem ismert	-1.2307	0.7266	-1.694	0.09061	negatív	nem

7. táblázat: A szülés módja és a válaszkészség összefüggései.

A magas VKP csoportba esett anyák 91,7%-a, a közepes VKP-ban az anyák 76,4%-a, míg az alacsony csoportba került anyáknak már csak 60%-a szoptatta gyermekét igény szerint.

## 3.4. Megbeszélés

### 3.4.1. Kutatás értékelése

Jelen kutatás egészen újszerű szempontok alapján is vizsgálja a gyermek táplálásának körülményeit a születéstől a hozzátáplálás időszakáig.

A kutatás korlátai között említhető, hogy a mintavétel nagy száma ellenére sem tekinthető reprezentatívnak az átlagpopulációra vonatkoztatva, mivel a táplálás kérdésében célzottan érdeklődő, internetet használó populáció került felmérésre. A szülők és a gyermekek antropometriai (fizikai méreteinek) mérése hiányzik, vagyis egy következő kutatásban javasolt ezek felvétele egy szakképzett személy által, ugyanis az önkitöltős jelleg miatt az adatok pontossága megkérdőjelezhető. Jelen kutatás nem minden életkorban tesz különbséget az anyatejes táplálás és a direkt szoptatás között, ennek pontos meghatározását, követését szintén a személyesen felvett adatok esetén lehet legjobban megvalósítani.

A kutatásban alkalmazott kérdőív nem alkalmas a szülő táplálási stílusának pontos meghatározására és kategóriába helyezésére. A kérdőív csak a gondozói válaszkészség mértékét hivatott megállapítani azáltal, hogy a válaszkész interakciók és a kifejezetten nem válaszkész cselekvések arányát vizsgálja.

A kutatás értékét növeli az igen nagy részvételi arány, amelyből nagy mintájú adatbázis készült. Hazánkban korábban ilyen jellegű felmérés még nem készült. A szülés körülményeinek és a szülői táplálási stratégia összefüggéseinek vizsgálatára ilyen módon külföldi tanulmányokban sem találtam még példát. Az adatok további feldolgozása is lehetséges, melyben lehetőség van például a különböző etetési, itatási szokások, az anyai attitűd, a hozzátáplálás módjának és körülményeinek vizsgálatára és összefüggéseinek értékelésére.

### 3.4.2. Következtetések

A kutatásban kapott válaszok részben alátámasztják a korábbi kutatási eredményeket, részben pedig új összefüggések lehetőségét vetik fel.

A gyermekeknek egyharmada 3 hónapos kora után már nem szopott kizárólagosan, aki kapott anyatejet valamilyen formában, az is csak átlagosan 8 hónapos koráig.

Igazolódott hipotézisem, miszerint az anyák nagyon érzékenyek a hozzátáplálás során keletkező felfordulásra, sőt, közel felük törölgeti a gyermek kezét vagy arcát már az étkezés közben is. Ezt a táplálási viselkedést korábbi kutatások nem vizsgálták.

Nem igazolódott a feltételezésem, miszerint az anyák nem esznek együtt gyermekeikkel, 57%-uk ugyanis azt válaszolta, hogy mindig, vagy gyakran ő maga is eszik, amikor a gyermeke eszik.

Igazolódott a feltételezésem, amely szerint a gyermekek egy jelentős részét úgy etetik, hogy közben valamilyen módon elterelik a figyelmét az étkezésről: 21%-uk mindig vagy gyakran bekapcsolja a tévét, mesét mond vagy énekelget a gyermeknek étkezés közben.

Az anyák többségének fontosabb volt, hogy egészséges és elegendő ételt kínáljon gyermekének, mint hogy milyen módon kínálja azt, vagy hogy gyermeke élvezze az étkezést. Ez a jelenleg elterjedt csecsemőtáplálási mentalitással, valamint saját tapasztalatommal is teljesen egybevágó adat. Az anyák többet foglalkoznak a gyermek által elfogyasztott grammokkal, az ételek napokig tartó fokozatos bevezetésével, valamint a szoptatások mihamarabbi kiváltásával, mint azzal, hogy a gyermeküket válaszkészen táplálják és könnyedé tegyék az étkezéseket.

Az anyai, az apai és a szülőpár átlagos testtömegindexe sem mutatott erős összefüggést a válaszkészséggel, sem a korreláció, sem a lineáris regresszió vizsgálatával. A korábbi kutatásokban talált összefüggés, mely szerint az szülők magas BMI-je összefüggést mutat a gyakoribb nyomásgyakorló viselkedéssel (Haycraft, 2008), feltehetően azért nem látszott a saját vizsgálatban, mert a kontrolláló viselkedést nem önmagában vizsgáltuk, hanem a válaszkészségi pontokba beépített elemként. Másrésztől érdemes lehet ezt a vizsgálatot személyesen felvett antropometriai adatokkal is megismételni.

A szoptatás és a hozzátáplálás alatti válaszkészség jelen kutatásban tapasztalt szignifikáns összefüggése egybevágott a korábbi kutatási eredményekkel (Hsu & Fogel, 2003; DiSantis, 2013; McNally, 2015). Azok a nők, akik hosszabb ideig szoptatták kizárólagosan gyermeküket, illetve hosszabb ideig fenntartották az

anyatejes táplálást, magasabb válaszkész pontszámot értek el. A hosszabb ideig tartó szoptatás során valószínűleg olyan csecsemő-központú viselkedést mutat az anya, amely a hozzátáplálás idején is megmarad.

Olyan új potenciális összefüggésekre is ráleltem, melyekre korábbi kutatásokban nem találtam példát.

Minél később kezdte el a hozzátáplálást az anya, annál magasabb válaszkész pontszámot ért el a hozzátáplálás időszakában; ez az összefüggés szignifikáns, közepes együttjárást mutatott.

A császármetszéssel szült anyák szignifikánsan alacsonyabb válaszkész pontszámot értek el, mint a hüvelyi úton szült nők. A részben vagy teljes egészében tápszerrel táplált gyermekeknél szignifikánsan alacsonyabb válaszkész pontszámot mértem, mint a kizárólag anyatejet kapó gyermekeknél. Ezt egyfajta logikus láncolatnak is tekinthetjük, az ugyanis már ismert tény, hogy a császármetszéssel szült anyák közül kevesebben kezdik meg a szoptatást, mint a hüvelyi úton szülők (Kuyper, 2014), így ez előrevetíti a császármetszéssel szülőknél gyakoribb tápszeres táplálást. A tápszeres táplálás is lehet válaszkész (lásd: 2.6. fejezet), de ennek népszerűsítése még gyerekcipőben jár, hazánkban pedig egyenesen ismeretlen módszer.

Hasonló a helyzet a hozzátáplálás válaszkészségével, hazánkban nem elterjedt a fogalom, sem az annak összetevőit népszerűsítő ajánlások. A szilárd ételek bevezetésének válaszkészségével leginkább a BLW-s (lásd: 2.7. fejezet) anyák körében találkozunk, tapasztalatom szerint más közösségekben egészen ritka a hozzátáplálás körülményeinek megvitatása.

### 3.4.3. Javaslatok

A szülés körüli beavatkozások jelen kutatás szerint a szülő-csecsemő táplálási kapcsolatra még a hozzátáplálás idején is hatással vannak. Prevenációs szemmel nézve, a szülés minőségében elért pozitív változás feltehetően javítaná a gyermekkel szemben tanúsított anyai válaszkészséget, közvetve pedig valószínűleg csökkentené a csecsemő táplálása körül kialakuló problémákat.

A korábbi szakirodalmi adatok figyelembevételével és a jelen kutatás eredményeinek szem előtt tartásával arra jutottam, hogy a válaszkész táplálás jelentőségére fel kell hívni a szakemberek és a szülők figyelmét. A válaszkész táplálás alapelveit ismertetni kellene a várandósság alatt és az egészséges csecsemő utánkövetése során. Mindez hozzájárulna ahhoz, hogy javuljon a gyermekek hosszú távú egészsége és a szülő-gyermek kapcsolat.

Fontos volna a válaszkészség integrálása a hazai csecsemőtáplálási ajánlások közé. Véleményem szerint indokolt legalább a következő alapelvek szerepeltetése:

*Az optimális csecsemőtáplálásban nem csak az számít, hogy mit kap enni a csecsemő, hanem az is, hogy hogyan, mikor, hol és kitől.*

#### **Mit tegyen a szülő?**

- *Játszva tanítsa gyermekét az ételekről, evésről*
- *Kiszámítható időpontban kínálja étellel, amikor a gyermek várhatóan éhes lesz*
- *Biztosítson kellemes és zavaró tényezőktől mentes környezetet az evéshez*
- *Egyen együtt a család és a szülő mutasson példát*
- *Figyeljen a gyermek éhség és jóllakottság jelzéseire*
- *Reagáljon azonnal, adekvátan, érzelmileg támogató és következetes módon*
- *Egészséges, ízletes és a gyermek fejlettségének megfelelő ételeket kínáljon*
- *Egyértelműen fejezze ki elvárásait, támogassa és bátorítsa a gyermeket*
- *Soha ne erőltesse az evést*
- *Az étkezéseket tekintse a tanulás és a szeretet színterének*

A hat hónapos korig tartó kizárólagos, majd két éves korig vagy azon túl is folytatott szoptatás támogatása már egészen elterjedt, de a tápszeres táplálás válaszkész útja még beépítendő a hazai protokollba. Kívánatos lenne az ezzel kapcsolatos ismeretterjesztés a gyermekorvosok, védőnők és laktációs szaktanácsadók körében, hogy a tápszeres táplálást választó vagy arra szoruló anyák megfelelően tudják alkalmazni a válaszkész táplálás elveit.

## 4. Összegzés

Egyre növekvő számú tudományos forrás támasztja alá, hogy a táplálkozáshoz kapcsolódó testi és lelki megbetegedések - gyermek- és felnőttkorban egyaránt - összefüggenek a csecsemő korai táplálási tapasztalataival. Kiterjedt nemzetközi szakirodalom hangsúlyozza a válaszkész táplálás jelentőségét ezek megelőzésében.

A válaszkész táplálás a csecsemő vagy kisgyermek és gondozója közötti kölcsönös kapcsolaton alapszik. Ennek kiváló alapot teremt az igény szerinti szoptatás, mivel ebben az esetben az anyák kevésbé kontrollálók és válaszkészebbek az alapvető éhség- és jóllakottságjelekre, várhatóan fenntartva ezt a hozzáállást a hozzátáplálás idején is.

A szakirodalom szerint a válaszkész táplálás az egészséges étkezési szokások, valamint az önszabályozás kialakításának alapja. A csecsemőkorai válaszkész táplálás ezen kívül összefüggést mutat az ideális gyarapodási görbékkel, az optimális tápanyagellátottsággal, valamint a testsúly hosszútávon ideális tartományban tartásával is.

A fenti, igen erős érvek ellenére a válaszkész táplálás koncepciója csak a nemzetközi táplálási ajánlásokban jelenik meg, a hazaiakban csak a szoptatás igény szerinti megvalósítására korlátozódik. Tanulmányok szerint a válaszkész cumisüveges táplálás (Paced Bottle Feeding) és a gyermek által irányított hozzátáplálás (Baby-Led Weaning) elveiben és gyakorlatában is megfelel a válaszkészségnek, beépíthető annak kereteibe.

A szülői táplálási stratégiákat számos korábbi kutatási módszer hivatott vizsgálni. Ezekből merítve, de mégis új szempontokat, kérdéseket beillesztve saját kérdőívet hoztam létre, melyet igen nagy számban (n=1196) töltöttek ki olyan anyák, akiknek gyermeke a kérdőív időpontjában 6-18 hónapos életkorú volt és már megkezdték a gyermek étrendjébe a szilárd ételek bevezetését.

A kutatásban kapott válaszok részben alátámasztották a korábbi kutatási eredményeket, részben pedig új összefüggések lehetőségét vetik fel. Az értékelhető kérdőíveket (n=1115) többféle statisztikai módszerrel vizsgálva a következő eredményeket kaptam.

1) Az anyák nagyon érzékenyek bizonyultak a hozzátáplálás során keletkező felfordulásra. Közel felük tisztítja meg a gyermek kezét vagy arcát az étkezés közben. Az anyák 57%-ban együtt esznek a gyermekükkel, viszont a gyermekek 21%-át úgy etetik, hogy közben valamilyen módon elterelik a figyelmét.



2) Az anyák többségének fontosabb volt, hogy egészséges és elegendő ételt kínáljon gyermekének, mint hogy milyen módon kínálja azt, vagy hogy gyermeke élvezze az étkezést.

3) Az anyai, az apai és a szülőpár átlagos testtömegindexe sem mutatott erős összefüggést a válaszkészséggel, sem a korreláció, sem a lineáris regresszió vizsgálatával.

4) A szoptatás és a hozzátáplálás alatti válaszkészség szignifikáns összefüggése egybevágott a korábbi kutatási eredményekkel. Azok a nők, akik hosszabb ideig szoptatták kizárólagosan gyermeküket ( $r=0,29$ ;  $p<0,001$ ), illetve hosszabb ideig fenntartották az anyatejes táplálást ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ), szignifikánsan magasabb válaszkész pontszámot értek el.

Olyan új potenciális összefüggések is felmerültek, melyekre korábbi kutatásokban nem találtam példát:

1) Minél később kezdte el a hozzátáplálást az anya, annál magasabb válaszkész pontszámot ért el a hozzátáplálás időszakában; ez az összefüggés szignifikáns, közepes együttjárást mutatott ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ).

2) A császármetszéssel szült anyák szignifikánsan alacsonyabb válaszkész pontszámot értek el, mint a hüvelyi úton szült nők ( $b=-0,4981$ ,  $t= -2,637$ ,  $p=0,00848$ ).

3) A részben vagy teljes egészében tápszerrel táplált gyermekeknél szignifikánsan alacsonyabb válaszkész pontszámot mértem, mint a kizárólag anyatejet kapó gyermekeknél.

A szülés körüli beavatkozások jelen kutatás eredményei alapján a szülő-csecsemő táplálási kapcsolatra még a hozzátáplálás idején is hatással vannak. A szülés minőségében elért javulás feltehetően javítaná a szülő válaszkészségét gyermeke felé, közvetve pedig csökkenthetné a csecsemőtáplálási zavarok előfordulását is.

A korábbi szakirodalmi adatok figyelembevételével és a jelen kutatás eredményeinek szem előtt tartásával arra jutottam, hogy a válaszkész táplálás népszerűsítése és hivatalos ajánlásokba való integrálása egészen a korai perinatális időszaktól kezdve fontos volna és hozzájárulna ahhoz, hogy mind a gyermekek hosszú távú egészségi állapota, mind a szülő-gyermek kapcsolat javuljon.

## 5. Irodalomjegyzék

1. AAP (2018). American Academy of Pediatrics. Healthy Active Living for Families (HALF) Program: Infant Food and Feeding. *Elérés: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/HALF-Implementation-Guide/Age-Specific-Content/Pages/Infant-Food-and-Feeding.aspx>*
2. Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B., von Kries, R. (2004). Breast-feeding and childhood obesity - a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004, 28:1247–1256.
3. Barlow, S.E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. 2007;120 Suppl 4:S164–92.
4. Birch, L. L., Fisher, J. A. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin North Am* 1995, 42(4):931–953.
5. Birch, L. L., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., Markey, C., Sawyer, R., Johnson, S. (2001). Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001, 36(3):201–210.
6. Birch, L. L., Fisher, J. O., Krahnstoeber, D. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in absence of hunger. *Am J Clin Nutr*. 2003;78(2):215-220.
7. Black, M. M., Aboud, F. E. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *J Nutr* 2011;141(3):490-494.
8. Brown, A., Lee, M. (2011). Maternal control of child feeding during the weaning period. Differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. *Maternal & Child Health Journal*, 15(8), 1265–1271. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-010-0678-4>.
9. Butte, N. F., Lopez-Alarcon, M. G., Garza, C. (2002). Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva, WHO. ISBN 9241562110 *Elérés: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42519/9241562110.pdf?sequence=1>*
10. Carnell, S., Wardle, J. (2007). Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite* 48, 104-113.
11. DiSantis, K. I., Hodges, E. A., Johnson, S. L., Fisher, J.O. (2011). The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: a systematic review. *International Journal of Obesity* 35, 480–492.

12. DiSantis, K. I., Hodges, E. A., Fisher, J. O. (2013). The association of breastfeeding duration with later maternal feeding styles in infancy and toddlerhood: a cross-sectional analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013 10:53.
13. Engle, P. L., Pelto, G. H. (2011). Responsive Feeding: Implications for Policy and Program Implementation. *J Nutr* 141: 508-511, 2011.
14. ESPGHAN (2017). Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J.M., Indrio, F., Lapillonne, A., Molgaard, C. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Jan; 64(1):119-132.
15. Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., Eidelman, A. I. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005, 115(2):496–506.
16. Goulding, A. N., Rosenblum, K. L., Miller, A. L., Peterson, K. E., Chen, Y. P., Kaciroti, N., Lumeng, J. C. (2014). Associations between maternal depressive symptoms and child feeding practices in a cross-sectional study of low-income mothers and their young children. *Int J Behav Nutr Phys Act* 11 (1): 75. doi:10.1186/1479-5868-11-75.
17. Harbron, J., Booley, S., Najaar, B., Day, C. E. (2013). Responsive feeding: establishing healthy eating behaviour early on in life. *South African Journal of Clinical Nutrition.* 26. S141-149.
18. Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G., Plagemann, A. (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005, 162(5):397–403.
19. Harrington, J. W., Nguyen, V. Q., Paulson, J. F., Garland, R., Pasquinelli, L., Lewis, D. (2010). Identifying the "Tipping Point" Age for Overweight Pediatric Patients. *Clin Pediatr (Phila)* 2010, 49(7):638–643.
20. Haycraft, E. L., Blissett, J. M. (2008). Maternal and Paternal Controlling Feeding Practices: Reliability and Relationships With BMI. *Obesity* (2008) 16, 1552–1558. doi:10.1038/oby.2008.238
21. HHS (2011). The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, *Office of the Surgeon General*; 2011. Elérés: <https://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/calltoactiontosupportbreastfeeding.pdf>
22. Hodges, E. A., Johnson, S. L., Hughes, S. O., Hopkinson, J. M., Butte, N. F., Fisher, J. O. (2013). Development of the Responsiveness to Child Feeding Cues Scale. *Appetite.* 2013 June; 65: 210–219

23. Hurley, K. M., Cross, M. B., Hughes, S. O. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *J Nutr* 2011, 141(3):495–501.
24. Hsu, H. C., Fogel, A. (2003). Stability and transitions in mother-infant face-to-face communication during the first 6 months: a microhistorical approach. *Dev Psychol* 2003, 39(6):1061–1082.
25. IoM, Committee on Obesity Prevention Policies for Young Children (2011). Early Childhood Obesity Prevention Policies. Institute of Medicine, Washington, DC: The National Academies Press.
26. Kramer, M. S., Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD003517
27. Kuyper, E., Vitta, B., Dewey, K. (2014). Implications of Cesarean Delivery for Breastfeeding Outcomes and Strategies to Support Breastfeeding. A&T Technical Brief Issue 8, February 2014. Elérés: [https://pdfs.semanticscholar.org/4222/a77d90f94333838c3ce5425ab3e540dc97e7.pdf?\\_ga=2.162395388.1576638643.1523881144-702643425.1522787836](https://pdfs.semanticscholar.org/4222/a77d90f94333838c3ce5425ab3e540dc97e7.pdf?_ga=2.162395388.1576638643.1523881144-702643425.1522787836)
28. Li, R., Magadia, J., Fein, S. B., Grummer-Strawn, L. M. (2012). Risk of Bottle-feeding for Rapid Weight Gain During the First Year of Life. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(5):431-436.
29. Lyford, E. (2003). How to bottlefeed the breastfed baby - tips for a breastfeeding supportive style of bottle feeding. Elérés: [https://kellymom.com/store/freehandouts/bottle\\_feeding.pdf](https://kellymom.com/store/freehandouts/bottle_feeding.pdf)
30. Malmberg, L., Stein, A., West, A., Lewis, S., Barnes, J., Leach, P., Sylva, K., FCCC. (2007). Parent-infant interaction: a growth model approach. *Infant Behav Dev*. 2007; 30(4):615-630.
31. McNally, J., Hugh-Jones, S., Caton, S., Vereijken, C., Weenen, H., Hetherington, M. (2015). Communicating hunger and satiation in the first 2 years of life: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition* Volume 12, Issue 2 April 2016 205-228.
32. NEFMI (2010). Védőnői Szakmai Kollégium. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja az egészséges csecsemő (0-12 hónap) táplálásáról (1. módosított változat) *Hivatalos Értesítő* 2010. évi 104. szám 15277.
33. OGYÉI (2017) Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) sajtóközleménye. A gyermekkori elhízás előfordulása hazánkban. 2017. október 11. Elérés: <http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/COSI%20eredmenyek.pdf>
34. Owen, C. G., Martin, R. M., Whincup, P. H., Davey-Smith, G., Gillman, M. W., Cook, D. G. (2005). The effect of breastfeeding on mean body mass index

- throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr* 2005, 82(6):1298–1307.
35. Paul, I. M., Bartok, C. J., Downs, D. S., Stifter, C. A., Ventura, A. K., Birch, L. L. (2009). Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. *Advances in Pediatrics* 56 107–133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yapd.2009.08.012>.
  36. Rapley, G., Murkett, T. (2008). *Baby-led weaning. Helping your baby to love good food*. London: Vermilion. ISBN 978 0 091923808.
  37. Rapley, G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Practitioner* Vol. 84, Iss. 6, (Jun 2011): 20-3.
  38. Rurik I. (2015). Obesitas és obezitológia Magyarországon. *Metabolizmus XIII. évfolyam* 1. szám 67-72.
  39. Ságodi L., Sólyom E., Kiss-Tóth E. (2017). A csecsemőkori táplálás összefüggése a gyermekkori elhízással. Irodalmi áttekintés. *Orvosi Hetilap* 158 (24). pp. 938-943. ISSN 0030-6002
  40. Thompson, A. L., Mendeza, M. A., Borjac, J. B., Adaira, L. S., Zimmere, C. R., Bentley, M. E. (2009). Development and Validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. Published in final edited form as: *Appetite*. 2009 October; 53(2) : 210–221. doi:10.1016/j.appet.2009.06.010.
  41. Townsend, E., Pitchford, N. J. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ Open*, 2(1), e000298. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000298>.
  42. UNICEF (2016). UNICEF UK Baby-friendly Initiative Infosheet. Responsive feeding: Supporting close and loving relationships. Elérés:<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/Responsive-Feeding-Infosheet-Unicef-UK-Baby-Friendly-Initiative.pdf>
  43. UNICEF. (2018) UNICEF UK Baby-friendly Initiative Infosheet. Infant formula and responsive bottle feeding. Elérés: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/Infant-formula-and-responsive-bottle-feeding.pdf>
  44. Ventura, A., Birch, L. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys*. 2008;5:15.
  45. Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, 963-970.
  46. WHO (2003a). World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916).

47. WHO (2003b). World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO, 2003.
48. Worobey J., Lopez M.I. & Hoffman D.J. (2009) Maternal behavior and infant weight gain in the first year. *J Nutr Ed Beh* 41, 169–175.

## 6. Köszönetnyilvánítás

Köszönöm **Dr. Várady Erzsébetnek** a témavezetőként nyújtott támogatását, segítségét, szakmai tanácsait a kutatási kérdőív elkészítéséhez és a dolgozat véglegesítéséhez, valamint azt, hogy bőségesen ellátott a vonatkozó nemzetközi szakirodalmi forrásokkal.

Köszönöm **Dr. Varga Katalinnak** a dolgozat szerkezetéhez és tartalmához adott hasznos tanácsait és segítségét.

Férjemnek, **Ádám Péternek** köszönöm a statisztikai elemzésekben és a kapcsolódó diagramok elkészítésében nyújtott áldozatos, kitartó és türelmes segítségét, valamint odaadó támogatását a dolgozat elkészítésének teljes ideje alatt.

Köszönöm **Zrubka Márknak**, hogy segített az adatok statisztikai programban való feldolgozásában és az eredmények értelmezésében.

## 7. Melléklet

### *1. sz. Melléklet: A teljes kutatási kérdőív*

## Hozzátáplálás körülményei kérdőív

Kedves Kitöltő!

Ádám-Túri Judit dietetikus vagyok, szakdolgozati kutatásomat az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Perinatális Szaktanácsadó képzésének keretein belül végzem. Témám: a csecsemő hozzátáplálásának körülményei.

Kérem, hogy - amennyiben gyermeke jelenleg 6 és 18 hónap közötti és már megkezdtek a hozzátáplálást (vagyis az anyatejen/tápszereken kívüli egyéb ételek és italok kínálását) - töltsse ki kérdőívemet.

A kérdőív kitöltése önkéntes és névtelenül történik, az adatokat kizárólag összesítve, anonim módon és kutatási célból használom fel.

\*A csillaggal jelölt mezők kitöltése kötelező.

Anya életkora: \*

---

Anya legmagasabb iskolai végzettsége: \*

- Általános iskola
- Középiskola (gimnázium, szakközépiskola, szakiskola)
- Jelenleg felsőoktatásban hallgató vagyok
- Főiskolai / Egyetemi diploma
- Posztgraduális képesítéssel rendelkezem



Lakhelye: \*

- Főváros
- Város
- Megyeszékhely
- Kisebb község
- Falu

Anya testsúlya (kilogramm): \*

---

Anya testmagassága (centiméter): \*

---

Apa testsúlya (kilogramm): \*

---

Apa testmagassága (centiméter): \*

---

Hányadik hétre született a gyermek? \*

---

Mennyi volt a gyermek születési súlya (gramm)? \*

---

Születés helye: \*

- Otthon
- Intézményben

A szülésnél az alábbi beavatkozások voltak: \*

	igen	nem	nem tudom
EDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
egyéb gyógyszer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oxitocin infúzió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vákuum/fogó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gátmetszés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
császármetszés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mennyi ideig maradt testközelben gyermekével KÖZVETLENÜL a szülés után?  
\*

- 0 perc
- 15 percnél kevesebb
- 1 óránál kevesebb
- 1 és 2 óra között
- 2 óránál tovább

A gyermek kora jelenleg (betöltött hónap): \*

---

A gyermek neme: \*

- lány
- fiú

Hányadik gyermeke? \*

- első
- második
- többedik

Jár-e a gyermek nappali ellátást nyújtó intézménybe (bölcsőde, családi napközi, napközbeni gyermekfelügyelet, stb.)?

- Igen
- Nem

Ha igen, átlagosan naponta hány órát tölt ott a gyermek?

---

Gyermek testsúlya a kérdőív felvételének időpontjában (gramm): \*

---

Gyermek testhossza a kérdőív felvételének időpontjában (centiméter): \*

---

A kizárólagos szoptatás azt jelenti, hogy a gyermek sem tápszert, sem vizet, sem teát nem kap az anyatej mellett. Hány hónapos koráig kapott gyermeke KIZÁRÓLAG anyatejet? \*

---

Hány hónapos koráig kapott gyermeke anyatejet (is)? (Ha a gyermek jelenleg is kap anyatejet, akkor a jelenlegi kora írandó be.) \*

---

Hány hónapos KORÁTÓL kapott gyermeke tápszert? (Amennyiben a gyermek egyáltalán nem kapott tápszert, "0" írandó.) \*

\_\_\_\_\_

Hány hónapos KORÁIG kapott gyermeke tápszert? (Amennyiben a gyermek egyáltalán nem kapott tápszert, "0" írandó. Ha gyermeke most is kap tápszert, akkor jelenlegi korát írja be.) \*

\_\_\_\_\_

Ha még jelenleg is ad, hányszor ad tápszert 24 óra alatt? (Amennyiben a gyermek egyáltalán nem kap tápszert, "0" írandó.) \*

\_\_\_\_\_

Gyermekekem jelenleg (TÖBB VÁLASZ IS MEGJELÖLHETŐ) \*

- Szoptatott baba.
- Anyatejet kap cumisüvegből.
- Anyatejet kap egyéb eszközzel (pl. pohár, fecskendő, svéd pohár, stb.).
- Tápszert kap cumisüvegből.
- Tápszert kap egyéb eszközzel (pl. pohár, fecskendő, svéd pohár, stb.).
- Sem anyatejet, sem tápszert nem eszik már.

Gyermeke igény szerint szopott/szopik? Az IGÉNY SZERINTI SZOPTATÁS azt jelenti, hogy a gyermek igénye szerint mellre kerülhet, sem a szoptatások időzítése, sem hossza nem korlátozott. \*

- Igen
- Nem

Használt-e a gyermek valaha cumit? \* Mark only one oval.

- Igen  
 Nem

Használt-e a gyermek valaha cumisüveget? \* Mark only one oval.

- Igen  
 Nem

Ha szopik, a szoptatások száma 24 óra alatt (ha nem szopik, "0" írandó): \*

\_\_\_\_\_

Kérem, az alábbi mezőbe írja le azt a HÁROM SZÓT, amelyek legjobban kifejezik az Ön hangulatát, érzelmeit, érzéseit a hozzátáplálással kapcsolatban. \*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kérem, hogy fontosságuk szerint tegye sorba az alábbi állításokat! (1-es sorszámú legyen, amelyik a legfontosabb Önnek a hozzátáplálás során.)

	Gyermekem szabadon ismerkedjen az ételekkel.	Egészséges ételek biztosítása a gyermek számára.	Gyermekem megfelelően gyarapodjon.	Az étkezés legyen könnyed és szórakoztató.	Gyermekem megtanulja az étkezési rituálét és szabályait.
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A gyermek mennyi idős korában kezdték meg a hozzátáplálást (BETÖLTÖTT hónap)? \*

\_\_\_\_\_

Naponta hány alkalommal kínálja az anyatejen/tápszeren kívül más étellel a gyermeket? \*

\_\_\_\_\_

Ebből hány alkalommal mondaná “sikeresnek” az étkezést? \*

\_\_\_\_\_

Milyen volt gyermeke a hozzátáplálás KEZDETÉN az ételekkel kapcsolatban? (TÖBB VÁLASZ IS MEGJELÖLHETŐ) \* Tick all that apply.

- Lelkes
- Kíváncsi
- Elutasító
- Érdektelen
- Bizalmatlan

Hogyan kínálta a hozzátáplálásnál az ELSŐ ÉTELEKET? \*

- Gyümölcsle vagy zöldséglé formájában a szájába adtam.
- Pép/püré formájában, kanállal a szájába adtam.
- Falatkák formájában kezemmel a szájába adtam.
- Falatkák formájában a kezébe adtam vagy elé tettem.

Egyéb: \_\_\_\_\_

A következő soroknál kérem, jelölje meg, hogy inkább Ön, vagy inkább a gyermek határozza meg az étkezés alábbi jellemzőit! \*

	Mindig én döntöm el	Általában én döntöm el	Közösen döntünk róla	Általában a gyermekemre bízom	Mindig a gyermekemre bízom
Azt, hogy MIKOR eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Azt, hogy MIT eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Azt, hogy HOL eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Azt, hogy MENNYIT eszik a gyermek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Használnak/használtak-e “etetőhálót”?

- Igen, rendszeresen.
- Igen, néha.
- Próbáltuk, de nem vált be.
- Nem próbáltuk.

Kérem jelölje meg, mennyire jellemzőek az alábbi állítások! \*

	sosem fordul elő	nagyon ritka	esetenként előfordul	gyakran előfordul	mindig így történik
Amikor mindenki otthon van, akkor az egész család egyszerre ül az asztalhoz enni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor a gyermekem eszik, én is vele eszem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ugyanazt az ételt eszem, amit a gyermeknek kínálok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gyermekem etetőszékben ül a családi asztalnál.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gyermek tévét, videót néz az étkezés közben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Énekelek vagy mesét mondok a gyermekemnek étkezés közben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étkezés közben a gyermeknek az ételről és az evésről beszélek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gyermekem játszik étkezés közben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A gyermekem a szobában szabadon mozog étkezés közben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Kérem jelölje meg, mennyire jellemzőek az alábbi állítások! \*

	sosem fordul elő	nagyon ritka	esetenként előfordul	gyakran előfordul	mindig így történik
Zavar, amikor a gyermekem belenyúl az ételébe és maszatos lesz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étkezés közben megtörölöm a gyermekem kezét, ha maszatos lesz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Étkezés közben megtörölöm a gyermekem arcát, ha maszatos lesz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örömmel nézem, ahogyan gyermekem érelklődve tapogatja az ételét.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Csak akkor vagyok elégedett, ha a gyermekem megeszi az összes számára tálalt ételt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megengedem a gyermekemnek, hogy az amúgy kanállal fogyasztandó ételbe kézzel belenyúljon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zavar, ha gyermekem elutasítja a kínált ételt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jellemzően miből kap vizet a gyermek? \*

- Hagyományos pohárból vagy svéd itatópohárból
- Csőrös vagy szívószálas pohárból
- Csepegésmentes pohárból
- Cumisüvegből
- Kanálból, fecskendőből
- Nem iszik vizet

Jellemzően ki tartja az itatáshoz használt eszközt?

- Én tartom
- Gyermekem kezébe adom
- Mindketten fogjuk

Kérem jelölje meg, mennyire jellemzőek az alábbi állítások! \*

	sosem fordul elő	nagyon ritka	esetenként előfordul	gyakran előfordul	mindig így történik
Gyermekeim étkezéseinek előre meghatározott időpontja van.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy gondolom, ha én nem irányítanám az étkezést, a gyermekeim TÚL SOKAT enne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy gondolom, ha én nem irányítanám az étkezést, a gyermekeim TÚL KEVESET enne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyermekeim képes tudtomra adni, ha jóllakott.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyermekeim képes tudtomra adni, ha éhes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szavakkal bátorítom gyermekemet, hogy egyen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megmutatom gyermekemnek, hogyan egyen (pl. én is harapok, vagy bekapok egy kanál ételt).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha gyermekeim elutasít egy ételt, később újra kínálom vele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Említsen meg néhány jelet, amelyekből gyermeke jóllakottságára következtet: \*

---

---

---

---

Említsen meg néhány jelet, amelyekből gyermeke éhségére következtet: \*

---

---

---

---

Van-e olyan étel, amiről úgy gondolja, hogy a gyermek nem fogja megenni? (Pl. azért, mert a szülők sem szeretik, vagy, mert jellegzetes, erős íze van.) Ha van ilyen, kérem írja az egyéb válaszhoz az adott étel(eke)t. \*

Nem, nincs ilyen étel.

Igen, éspedig:

---

Nagyon köszönöm válaszait!

2. sz. Melléklet: Válaszkész pontszámok (VKP) kialakítása

Szekció	Kérdés rövid neve	Feltétel	VKP
Sorba tett állítások	Szabad ismerkedés	1. vagy 2. helyre tette	+1
	Étkezés könnyed	1. vagy 2. helyre tette	+1
Étkezés irányítása	Mit és mennyit	Legalább az egyik a “mindig” vagy “általában” sorban	-1
Első mátrix	Együtt esznek	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
	Ugyanazt eszik	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
	TV-t néz	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Mesél, énekel	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Evésről beszél	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
Második mátrix	Kezét törli	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Arcát törli	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Öröm	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
	Elégedetlenség	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Belenyúlhat	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
Vízivás	Szülő itat	Csak 9 hónapos kor fölött	-1
Harmadik mátrix	Időzítés	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Kontroll1	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Kontroll2	“Mindig” vagy “gyakran”	-1
	Éhségjel	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
	Teltségjel	“Mindig” vagy “gyakran”	+1
	Példamutatás	“Mindig” vagy “gyakran”	+1