

נייר עמדה

הרגלי אכילה וקשרי האכלה לגדילה והתפתחות בריאה בילדות, מלידה ועד גיל 6 שנים

מסמך עמדה מטעם עמותת עתיד – עמותת הדיאטנים והתזונאים
בישראל - פורום ילדים,

אפריל 2013



כתיבה: תרצה שני RD, טל שדה – קון RD, ענת תבור RD, אסנת
רבין RD, ורד קאופמן שריקי RD, חברות פרום ילדים בעמותת עתיד

נייר עמדה: הזנת ילדים בגיל אפס עד שש | 1

עריכה מדעית: נירה פלדמן, ד"ר אסנת סטון, ד"ר טלי סיני

תוכן עניינים

| | | |
|---------|---|----|
| 3..... | א. מבוא | 3 |
| 5..... | ב. תזונה בשנת החיים הראשונה | 5 |
| 5..... | 1. הנקה | 5 |
| 6..... | 2. טעימות, טעמים והעדפות | 6 |
| 7..... | 3. תפיסת המשקל הבריא של הילד כחלק מהקשרים סוציו-אקונומיים ותרבותיים | 7 |
| 8..... | ג. הרכב, איכות ופיזור הארוחות לאורך היום | 8 |
| 10..... | ד. סביבת האכילה | 10 |
| 10..... | 1. ארוחה משפחתית | 10 |
| 10..... | 2. אכילה מחוץ לבית | 10 |
| 12..... | ה. תפקיד והשפעת הורים ומטפלים בהתפתחות אכילה בריאה | 12 |
| 12..... | 1. הורים וסביבה חברתית | 12 |
| 13..... | 2. סגנון הורי והתנהגויות אכילה אצל ילדים | 13 |
| 16..... | ו. גורמים נוספים הקשורים לתזונה ולאורח חיים בריא | 16 |
| 16..... | 1. פעילות גופנית | 16 |
| 16..... | 2. זמן מסך | 16 |
| 17..... | 3. שינה | 17 |
| 19..... | ז. תפקיד ותחומי אחריות של דיאטניות בתזונת ילדים בגיל הרך | 19 |
| 21..... | ח. סיכום | 21 |
| 22..... | ט. ביבליוגרפיה | 22 |
| 33..... | י. נספחים | 33 |

א. מבוא

השנים הראשונות לחיים הינן בעלות חשיבות רבה. בשנים אלה נוצר הבסיס להתפתחות הפיזית, הרגשית, החברתית והקוגניטיבית. בשנים אלה יש חשיבות רבה במיוחד להרגלי התזונה, הממלאים תפקיד חשוב הן במיצוי פוטנציאל הגדילה של הילד ובהתפתחות התקינה, והן בהרגלי התזונה אשר יסגל לעצמו בגיל מבוגר.

כינון ופיתוח קשרי האכלה טובים בין ההורים/מטפלים והילד נחוצים מאוד לאימוץ הרגלי תזונה טובים. ככל שאלה יושרו מוקדם יותר כן ייטב, שכן הניסיון לשנות הרגלי אכילה לקויים נמצא קשה ומורכב יותר בשלבי גדילה והתפתחות מאוחרים יותר (1-3).

הרגלי תזונה טובים חשובים להשגת בריאות מיטבית הן בשנות החיים הראשונות והן בטווח הארוך. אימוץ הרגלי אכילה בריאים בשילוב אורח חיים פעיל, כבר בגיל הצעיר עשויים להקטין את הסיכון להתפתחות מחלות כרוניות כגון השמנה, מחלות לב וכלי דם, סוכרת סוג 2, סרטן והפרעות אכילה (4,5).

בעשורים האחרונים אנו עדים לשינויים רבים שחלו בסביבה התזונתית של הילד ומשפחתו. בניגוד למרבית התקופות של ההיסטוריה האנושית, בהן מחסור במזון היווה איום חמור על ההישרדות, כיום בארצות מפותחות (ביניהן ישראל) הרגלי האכלה ואכילה של ילדים מושפעים מסביבת שפע של מזון, ובפרט מזון מתועש, שהינו זמין, זול, טעים ומוכן לאכילה. מזון זה מאופיין בכמויות גבוהות יחסית של סוכר פשוט, שומנים רוויים ונתרן, הידועים כמזיקים לבריאות, והינו דל ברכיבי תזונה חיוניים כמו חלבון איכותי, פחמימות מורכבות, סיבים תזונתיים, ויטמינים, מינרלים ועוד, החשובים במיוחד בקרב ילדים לצורך גדילה והתפתחות תקינות.

השימוש במזון המתועש שכיח, ולא אחת מוביל למצב שבו הורים אינם מקנים לתינוק ולפעוט הרגלי אכילה נכונים. ההורים מציעים לתינוק ולפעוט מזון שאינו מזין דיו ומעלה את הסיכון להתפתחות עתידית של עודף משקל והשמנת יתר מצד אחד, ועשוי ליצור מחסורים תזונתיים סמויים מצד שני (6-8).

מאפיין נוסף של השינויים בהרגלי צריכת המזון בעולם המודרני הוא עלייה במספר הארוחות הנאכלות מחוץ לבית, ארוחות שמכילות בדרך כלל כמויות גדולות יותר של קלוריות ואחוזי שומן (9). מנגד, ישנה ירידה במספר הארוחות המשפחתיות בהן ישנה אפשרות להורה להוות מודל חיקוי חיובי עבור ילדיו לאכילה בריאה.

נוסף לשינויים בדפוסי צריכת המזון, פחתו ההזדמנויות לפעילות גופנית שאינה יזומה, גורם אשר תורם אף הוא למאזן אנרגיה חיובי, ולעלייה המשמעותית בשכיחות עודף משקל והשמנת יתר בילדים.

נתוני מחקרים בקרב ילדי גן בישראל משכבות סוציו-אקונומיות שונות מראים כי 27-40 אחוז מהילדים בעלי עודף משקל ו/או השמנת יתר [BMI מעל אחוזון 85] (10-12). בקרב ילדים בגילאים 4-7 ממעמד סוציו-אקונומי נמוך בארץ, עודף משקל נמצא קשור לתפיסה אימהית שגויה של משקל הילד (תת הערכה). תוצאות אלו מחזקות את ממצאי דו"ח חדש של הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי – Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) המגלה כי ישראל היא מבין המדינות המפותחות בהן אחוז הילדים השמנים הוא בין הגבוהים באירופה. ילדים שמנים מועדים להפוך למבוגרים שמנים. הסיכון של ילדים בעלי עודף משקל בגיל הגן להיות שמנים גם בגיל בית הספר גדול פי שלושה לעומת ילדים במשקל תקין. הסיכון של ילדים שהיו בעלי עודף משקל בגיל בית הספר להפוך למבוגרים שמנים גדול פי שמונה מאלה שלא היו בעלי עודף משקל בילדותם (13).

בקרב מבוגרים קיימת אחריות אישית בבחירת ובצריכת המזון. תינוקות, פעוטות וילדים צעירים תלויים בהורים ובמטפלים אחרים על מנת לקבל מזון אשר יקדם תזונה בריאה. הורים ומטפלים מתווכים בין הסביבה החיצונית לילד ולכן, יש להם תפקיד מכריע בפיתוח הרגלי האכילה ובחירת המזונות של הילדים. לגורמים אלה השפעה חשובה ביותר על עתידו הבריאותי של הילד.

נייר עמדה זה, מטרתו לאגד את הידע והכלים הקשורים בתזונת ילדים, תוך הכוונה לביסוס ופיתוח הרגלי תזונה בריאים ויחסי האכלה טובים ומקדמי בריאות. אנו מאמינים כי נייר זה צפוי לסייע לדיאטנים, כמו גם למטפלים נוספים בתחום, הבאים במגע עם הורים ו/או העוסקים בהזנת תינוקות וילדים בשנות חייהם הראשונות.

ב. תזונה בשנת החיים הראשונה

1. הנקה

הנקה מומלצת כמזון בלעדי עד גיל חצי שנה ומספקת את צרכי התינוק. לאחר גיל זה, יש לערוך הכנסה מדורגת של מזונות מוצקים תוך המשך הנקה או הזנה בתרכובת מזון לתינוקות (תמ"ל) בהתאם למוכנות התינוק מבחינה מוטורית ותחושתית לשינוי מרקם המזון. הכנסת המזון המוצק תהיה הדרגתית עד להגעה לכמות המותאמת לארוחה. במידה ותהיה חשיפה למזון בין השבועות 26 – 17 לחיי התינוק היא תהיה בכמויות מזעריות. המשך הנקה מומלץ בתוספת מזון משלים עד גיל שנה ואף יותר מכך (נספח מספר 1) (14).

חלב אם הינו הדרך הטבעית והביולוגית המספקת את צרכי התינוק בחדשי חייו הראשונים. הוא מכיל רכיבים המשפיעים על בריאות התינוק, גדילה והתפתחות התינוק בצורה מיטבית. ישנם מחקרים רבים כיום אשר מאשרים שלהנקה ישנו אפקט קטן אך עקבי המגן מפני השמנה (15-18). הדרך והמנגנון להגנה זו עדיין לא ברורים. אחת ההשערות היא שחלב אם הינו אידיאלי להתפתחות האנטומית והפיזיולוגית של מערכת העיכול בצורה שונה מזו של הזנה בתמ"ל. השונות באה לידי ביטוי בספיגה ובניצול של חומרים מזינים בשלבים מאוחרים יותר של החיים (19). השערה נוספת היא שהנקה נותנת לתינוק אפשרות ויסות עצמי לכמות האנרגיה הנצרכת באמצעות השפעה על מנגנוני השובע. נקודה זו מתבטלת כאשר מאכילים את התינוק על ידי תמ"ל (20-23). במקביל, ישנן עדויות שההנקה משפיעה על הדרך שבה מתקבל המזון, וכן על השליטה בצריכה האנרגטית. יתרון נוסף של ההנקה הוא בכך שמתאפשרת העברת טעמים לתינוק היונק. כאשר ייחשף התינוק בהמשך לאותם טעמים היענותו תהיה גדולה יותר (24-27). ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ההשקפה שהנקה תורמת למוכנות הילד בקבלת מזונות מוצקים לעומת תמ"ל (28).

עיקרי הדברים:

- עידוד הנקה מלאה עד גיל חצי שנה, המשך הנקה בתוספת למזון משלים לפחות עד גיל שנה.

2. טעימות, טעמים והעדפות

מחקרים מצביעים על כך שבחירת המזונות של האם במהלך ההיריון וההנקה משמשת כבסיס למוכנות התינוק להתנסות עם מזונות מוצקים. טעמים וריחות עוברים לעובר דרך מי השפיר וחלב האם, ומשפיעים על העדפות תזונתיות עתידיות (29, 24, 26).

מחקרים עם סוגי תמ"ל שניתנו לתינוקות מורים שלטעמים אליהם נחשף התינוק בחודשי חייו הראשונים ישנה השפעה על הטעמים אותם יעדיף כילד וכבוגר (30, 31). כבר בלידתם מגלים תינוקות העדפה למתוק ודחייה של טעמים מלוח ומריר (32, 33). קיימת סברה שנטיות אלה התפתחו כדי לספק לגוף אנרגיה, כיוון שמזונות מתוקים נקשרים למזונות המכילים אנרגיה רבה, ואילו המרירים מזוהים עם מזונות רעילים.

במקביל, ישנה שונות בין ילדים ברגישות למרקמי מזון שונים אשר תשפיע על מוכנותם להתנסות ולאכול (34). הורים נתקלים בהעדפה של טעם מתוק בזמן המעבר למזונות מוצקים. ניתן לראות שמזונות מתוקים יתקבלו בקלות על ידי התינוק עם הצגה ראשונה ואילו מזונות בטעמים אחרים ידרשו מספר חשיפות עד למצב שבו התינוק ישמח לאכלם.

התקבלותם של מזונות וטעמים נוספים תלויה ונוצרת על ידי התנסות במזונות אלה, וכן ההקשרים החברתיים והפסיכולוגים הקשורים בכך. נטייתו הראשונית של הילד היא לדחות מזונות בחשיפה ראשונה, נטייה זו מקושרת לנאופוביה (neophobia; חרדה ממזונות חדשים). חשיפה חוזרת בסביבה שאינה כופה ולוחצת מקדמת את הנושא. **יתכן שתידרש חשיפה של 10-16 פעמים לפני שהמזון יתקבל על ידי הפעוט (35, 36).**

חשיפה בלבד למזונות אינה מספקת כדי שהמזון יתקבל על ידי התינוק. יש להגיע למצב שבו הוא יטעם את המזון (37, 38). מודעות לתהליך הנורמאלי של קבלת המזון הינה חשובה, כיוון שכרבע מההורים לתינוקות ולפעוטות מגיעים למסקנות לגבי ההעדפות התזונתיות של ילדם לאחר שתי חשיפות או פחות (39). במחקרים שנערכו ועקבו אחר הרגלי האכילה של תינוקות ופעוטות נמצאו מגמות של העדפות למזונות עתירי אנרגיה ומתוקים, ומצד שני חסרה צריכה של מזונות המספקים ויטמינים ומינרלים כגון ירקות ופירות (40-42). לכן, נראה שהורים ומטפלים זקוקים לעידוד וחיזוק כדי שיחזרו ויציעו לפעוט מזון עשיר ברכיבי מזון המותאמים לגילם בניגוד למזונות עשירים באנרגיה וחסויים.

עיקרי הדברים:

- צריכת המזון של האם בזמן הריון והנקה ישפיעו בעתיד על העדפותיו של התינוק והפעוט.
- לעתים נדרשת חשיפה של תינוק למזון מסוים 10-16 פעמים על מנת שטעם זה יתקבל אצלו. חשיפה חוזרת זו חשובה במיוחד כאשר מדובר במזונות שאינם מתוקים דוגמת ירקות ופירות.

3. תפיסת המשקל הבריא של הילד כחלק מהקשרים סוציו-אקונומיים ותרבותיים

התזונה בבית, וכחלק מזה המזון המוגש לילדים, משקף את ההיבטים התרבותיים, האמונות והתפיסות השונות הנוגעות במזון ובתזונה. אלה מושפעים מקולינריות משפחתית ומצב סוציו-אקונומי. נמצא כי משקל יתר, בעיקר בינקות, אינו בהכרח נקשר אוניברסלית לבריאות לקויה. במקומות רבים ייתפס תינוק בעודף משקל כתינוק בריא והוריו יתפסו כ"הורים מוצלחים", ולכן לא יעשה ניסיון לשנות את משקל התינוק. כמו כן, פעמים רבות בכי תינוקות יפורש על ידי הגורמים המאכילים כרעב אפשרי ואלה ימהרו להאכילו, או להעשיר את תזונתו בדדיסה. תופעה זו נמצאה שכיחה יותר באימהות דלות אמצעים (43-46). בישראל הערכת הגדילה מתקיימת על פי עקומות הגדילה של ה - CDC (Centers for Disease Control), כאשר ישנה כוונה לעבור לעקומות ה - WHO (World Health Organization) (47,48). הערכת הגדילה מאפשרת למערכת הרפואית לזהות בעיות בריאותיות שעלולות להתפתח כתוצאה משבירת העקומות מטה או מעלה, בהתאם לבעיה לטפל בה ולמנוע החמרתה.

עיקרי הדברים:

יש לקחת בחשבון את התפיסות התרבותיות של המשפחה וסביבת הילד בכל הקשור למשקל תקין כאשר מדריכים את המשפחה והאם - בעיקר לגבי הנחיות תזונתיות לילד.

ג. הרכב, איכות ופיזור הארוחות לאורך היום

ההרכב והאיכות התזונתית של האוכל נמצאו כגורמים בעלי השפעה ניכרת על מגפת ההשמנה שקיימת בעולם המערבי. מגפה זו הולכת ומתרחבת גם לגיל הרך. העלייה בנגישות של אוכל צפוף קלוריות וחוסר סדר יום בארוחות, יש להם חלק נכבד בהשפעתם על נושא זה.

בבסיס ההנחיות לתזונת הילד נמצאת פירמידת המזון הישראלית (49). כמות רכיבי התזונה, החלבונים, הפחמימות והשומנים המומלצים הינם בהתאם לגיל על פי (DRI's Dietary Reference Intakes) (50). משרד הבריאות פרסם בשנת 2004 מדריך מקצועי לאנשי מקצוע המיועד לגיל הרך ובו מפורטות הדרישות התזונתיות (מותאמות לפי גילאים) ומצוין בו גודל המנות המומלצות במשקל (גרמים) או בנפח (מ"ל) על פי גילאים, עם התייחסות ל-DRI's. מומלץ לחלק את צריכת האנרגיה היומית לפי החלוקה הבאה:

20% מהאנרגיה בארוחת הבוקר, 33% מהאנרגיה בארוחת הצהרים, 14% מהאנרגיה בארוחות הביניים – עשר ומנחה, 33% מהאנרגיה בארוחת הערב. חשוב לפזר את הארוחות במשך היום בהתאם לצרכי האכילה של הילדים. משך הזמן בין הארוחות משתנה בהתאם ליכולת האכילה של הילד וגילו (נספח מספר 3) (51).

יש להביא בחשבון שגודל המנות צריך להיות מותאם לגיל הילד ולנפח קיבתו. קיבת הילד קטנה בהשוואה לזו של מבוגר ומותאמת לגופו, כך שהילד אמור לאכול באופן טבעי כמות התואמת את ממדיו. בשנים האחרונות ישנה מגמה של הגדלת המנות המוגשות (52), בעיקר כשמדובר במנות של מזון מהיר (53,55). התוצאה היא, הגשת מנות גדולות לילדים בבית ומחוצה לו גורמת לעלייה בצריכה האנרגטית היומית (56,57), וכתוצאה מכך לעלייה במשקל (53,54). אם כן, צריכת המזון של ילדים מושפעת לא רק מסוגי המזונות המוגשים להם, אלא גם מהכמות המוצעת.

בנוסף, לעיתים ישנה תחושה מוטעית של ההורים לגבי הכמות אותה התינוק/הפעוט אמור לצרוך. כתוצאה מכך עלולות להתפתח בעיות אכילה של הגיל הרך. גם לתכיפות הארוחות ישנה חשיבות, שכן יש קשר ישיר בין תכיפות הארוחות לבין התפתחות השמנה. ככל שמספר הארוחות גדל, ישנם שיעורים נמוכים יותר של השמנה (58,59).

למעשה, החל מגיל שנה, הגיל בו התינוק מצטרף לשולחן האוכל המשפחתי, מומלץ ליישם את ההנחיות לתזונה נבונה כפי שמופיעות במדריך של משרד הבריאות המיועדות לכלל האוכלוסייה. הנחיות אלו עוסקות במקורות לחלבון, סיבים תזונתיים ושומנים. במשך השנתיים הראשונות לחיים, לא מומלצת הגבלת שומן או כולסטרול בתפריט מחשש לפגיעה

בגדילה ובהתפתחות, עקב דרישה גבוהה של גוף הילד לאנרגיה וחומצות שומן החיוניות בגיל זה (14,51).

ארוחת בוקר חשובה לשבירת צום הלילה. ישנן עדויות מצטברות לכך שדילוג על ארוחת בוקר הינו גורם סיכון להשמנה (60), ובגילאי בית ספר אף לירידה ביכולות הריכוז, התמודדות עם מבחנים ותפקוד בכתה (61). יש לציין כי רוב המחקרים בתחום נערכו בקרב בני נוער ומבוגרים, אך ההנחה היא שהם רכשו הרגלים אלו בילדות (52).

יש לשים דגש על צריכת מים כמקור מרכזי לנוזלים. שתיית מיצים העשירים בסוכר מעלה את הסיכון להשמנת ילדים (62-64). ממחקרים חדשים בתחום עולה כי ההשפעות השליליות של משקאות ממותקים, הן מעבר לעליה במשקל. הם גורמים להצטברות שומן ויסרלי (visceral fat): השומן העוטף איברים חיוניים בחלל הבטן כמו כבד, לבלב) והצטברות מאגרי שומן ברקמות שונות כמו כבד ושרירים. במרבית המחקרים בנושא נמצא כי עליה כזו מלווה בסיכון מוגבר להתפתחות תסמונת מטבולית, סוכרת סוג 2, מחלות לב וכלי דם ומחלות כבד לא-אלכוהולית (65). שתיית מיצים איננה רק גורם סיכון להשמנה בקרב ילדים. שתיית מיצים ממותקים נמצאה קשורה בתזונה באיכות ירודה (66), שכן הקלוריות ממיצים ממותקים יגרמו לתחושת מלאות, וכתוצאה מכך להפחתה באכילת מזונות המכילים את רכיבי התזונה החשובים לגדילה והתפתחות, כמו חלבונים, ויטמינים ומינרלים. במחקר שבו נבדקו תינוקות שאובחנו כ-FTT (Failure to thrive) מסיבה אנאורגנית, נמצא כי צריכת מיצים בכמות גדולה באה על חשבון צריכת מזון המכיל יותר קלוריות, חלבון, שומן ורכיבי תזונה נוספים. בנוסף, צריכה של פרוקטוז וסורביטול בכמות ניכרת עלולה לגרום לשלשולים וכאבי בטן פונקציונליים בילדים (67,68). חשוב לקחת בחשבון שהעדפה למתוק קיימת אצל כל ילד מלידה, ולכן בהעדר הקניית הרגל מכוון לשתיית מים יעדיף הילד שתייה מתוקה על פני שתיית מים.

עיקרי הדברים:

- יש להתאים את גודל המנה/הצלחת לגיל הילד.
- חשוב להקפיד על סדר יום תזונתי המכיל 3 ארוחות עיקריות: בוקר, צהריים וערב. בין הארוחות העיקריות יש לשלב ארוחות ביניים הכוללות פירות ומוצרי מזון עשירים ברכיבי תזונה בריאים.
- חשיבות רבה נודעת לארוחת הבוקר.
- יש להעדיף שתיית מים על פני שתיית מיצים.

ד. סביבת האכילה

1. ארוחה משפחתית

בעבר, אכילה אצל ילדים הייתה קשורה לאירוע חברתי הכולל אינטראקציות משפחתיות. כיום, ישנה נטייה הולכת וגוברת, לאכול לבד מול הטלוויזיה ובמקביל יורדת החשיבות של הארוחה המשפחתית (69). בארה"ב נמצא שכרבע מהילדים בגילאים צעירים אוכלים לפחות פעמיים ביום מול הטלוויזיה (70), כאשר הצפייה בטלוויזיה נמצאה קשורה בהתפתחות השמנה (70,71). לארוחה משפחתית חשיבות רבה מכמה סיבות. ראשית, אכילת ארוחה משפחתית לפחות שלוש פעמים בשבוע נמצאה שמפחיתה את הסיכון להתפתחות השמנה בקרב ילדים (72,73). שנית, היא מייצרת הזדמנות להורים להוות מודל חיקוי לצריכת מזונות מזינים ולהרגלי תזונה בריאים (74,75). ארוחה משפחתית מעלה את הצריכה של מזונות בעלי רכיבים תזונתיים בריאים כגון ירקות ופירות (73,76).

עיקרי הדברים:

- חשוב ליזום ארוחה משפחתית לפחות 3 פעמים בשבוע.
- חשוב כי לפחות אחד ההורים יאכל בשולחן עם הילדים, ויהווה מודל חיקוי לאכילה בריאה, מגוונת ומאוזנת.

2. אכילה מחוץ לבית

ילדים רבים גדלים כיום בסביבה משפחתית שבה שני ההורים עובדים במשרה מלאה, והילדים נאלצים לאכול חלק משמעותי מהארוחות שלהם מחוץ למסגרת המשפחה הגרעינית. בישראל כ-50% מהילדים בגילאים 0-6 נמצאים יום ארוך במסגרות חינוכיות (77). כתוצאה מכך, ישנן דמויות נוספות המשפיעות על סביבת ההאכלה והאכילה של הילד. דמויות אלה יכולות להיות סבתות, מטפלות פרטיות או מטפלות וגננות במסגרת מעונות וגנים. מכאן, שישנה חשיבות לחינוך והדרכה של דמויות אלו שלוקחות חלק משמעותי בהזנת התינוק והילד, ושילוב מערך הדרכה ופיקוח על מעונות וגנים המספקים את הארוחה החמה לילדים.

מאפיין נוסף של החברה המודרנית הינו ריבוי ארוחות מחוץ לבית, או לחילופין הזמנת מזון מוכן הביתה. גורמים אלה משפיעים על סוג האוכל וגודל המנות המוגשות לילד, כמו גם על האיכות התזונתית של המזון הנאכל. אלו באים לביטוי בעיקר בכמויות נתן ושומן גבוהות יותר, בנוסף על סגנון האכלה שאינו מותאם לתחושות רעב שובע של הילד (80-9,78).

עיקרי הדברים:

- יש מקום לחינוך והדרכה של מטפלים פורמליים ובלתי פורמליים.
- דרושים הדרכה ופיקוח על תפריטים ומזונות הנאכלים במסגרות הפורמליות דוגמת מעונות היום והגנים.

ה. תפקיד והשפעת הורים ומטפלים בהתפתחות אכילה בריאה

1. הורים וסביבה חברתית

הורים ומאכילים בוגרים בוחרים אלו מזונות יכנסו לתפריט ויגשו לילדים החל מהרגע הראשון של הצגת מזונות מוצקים.

מחקרים תומכים בהכרה שהעדפות תזונתיות וצריכה תזונתית של ילדים הינם השלכה של המזון אותו הם מכירים. המידה שבה יחשפו הילדים למזונות שונים בסביבה הביתית והחינוכית, ובכללם ירקות ופירות, תשפיע על צריכתם בקרב ילדים (81-83). הרגלי אכילה וצריכה של מזונות הנרכשים בילדות מועברים לבגרות (84).

צורה, סגנון והתנהגויות האכילה של המאכילים הבוגרים מהווים מודל חיקוי שממנו לומדים הילדים. ילדים לומדים על מזון דרך חשיפה ישירה בהתנסות אישית של אכילה ודרך התבוננות במנהגי האכילה של אחרים. ילדים מושפעים במידה רבה מבחירותיהם התזונתיות של חבריהם האוכלים איתם (85,86). כמו כן, ידועה ההשפעה של מטפלים האוכלים יחד עם הילדים על בחירת המזון של הילד (87,88) השפעה זו יורדת כאשר נמצאים במקום ילדים אחרים עם עמדות השוללות את הבחירות של המטפלים ומציגות בחירת מזון אלטרנטיבית אותה הילד שואף לחקות (89).

ישנן עדויות מצטברות לכך שקיום ארוחות משפחתיות מקטין את הסיכון להשמנה בקרב ילדים (72,73) ומייצר הזדמנות להורים להוות מודל חיקוי לצריכת מזונות מזינים והתנהגות תזונתית בריאה (90).

מחקרים מראים כי גישה חריגה כלפי אוכל ואכילה אצל ההורים תהווה גורם סיכון להתפתחות של הפרעות אכילה בבנות מתבגרות. כך לדוגמה, לאימהות עם בעיות וסוגיות הקשורות במשקל וההופעה החיצונית, יש נטייה להעיר באופן תכוף על ההופעה החיצונית ועל השינויים במשקל שלהן ושל בני הבית. דבר זה גורם במקרים רבים לחוסר שביעות רצון בסיסית מהגוף. מסרים אלה עוברים בצורה ישירה ועקיפה לבנות. דוגמה נוספת היא כאשר האכילה המשפחתית הופכת להיות שדה קרב ומקום למאבקי שליטה. הדיאלוג העיקרי בבית הינו סביב המשקל או שהורים עסוקים באופן מתמיד בדיאטות אופנתיות וניסיונות בלתי פוסקים לשליטה במשקל (91-93), עוברים לילד מסרים שליליים רבים המפריעים ופוגעים ביכולתו לווסת את אכילתו באופן מאוזן ובריא. הילדים גדלים בתחושה שנושא האוכל טומן בחובו רגשות שליליים ומטענים רגשיים כבדים ויחסם לנושא זה הופך להיות טעון ובעייתי.

עיקרי הדברים:

חשוב שההורים ובני המשפחה יקפידו על שיח חיובי סביב נושא האכילה וימנעו מעיסוק מרובה בנושא המשקל והמראה החיצוני, הן שלהם והן של ילדיהם בנוכחות הילדים.

2. סגנון הורי והתנהגויות אכילה אצל ילדים

הגדרת המושג הורות כוללת בתוכה השגחה והאכלה של הילדים הפרטיים. דרכי האכלה והרגלי האכילה של הילד התפתחו כתגובה הורית לגורמים הסביבתיים השליליים שהיו בעבר הלא-רחוק וכללו מחסור במזון עד כדי סכנת רעב ומחסורים תזונתיים. הם הועברו מדור לדור והפכו למסורת תרבותית.

חשוב להבין כי התנהגויות האכלה/הרגלים שהתפתחו בעבר במטרה להתמודד עם הסיכון לרעב ומחלות של הילד אינן אפקטיביות כיום, ואף ההיפך הוא הנכון – הן מזיקות בעולם השפע ובתקופה בה מנסים להתמודד עם סכנות הנגרמות מעודף מזון, כמו השמנה ומחלות הנלוות אליה. שיטות האכלה קדומות כוללות האכלה לעיתים קרובות ובמהירות בתגובה למצוקה, הגשת מאכלים המועדפים על ידי הילדים מבלי לשים לב לערכם התזונתי, עידוד הילדים לאכול ככל האפשר כאשר יש אוכל זמין תוך שימוש באמצעי שכנוע, כפיה וכדומה. התנהגויות האכלה אלה גורמות להשתרשות הרגלי אכילה שאינם מבוססים על מודעות לגוף ועל תחושת הרעב והשובע הטבעיים. הן מושפעות מזמינות המזון, מהכמות המונחת על הצלחת וכתגובה לרגשות. לפיכך, בסביבה בה המזון זמין בכל עת, כשהוא בעל צפיפות קלורית גבוהה ומוגש בשפע רב, עלולות התנהגויות אלה לגרום לאכילה בכמות גדולה מצרכי הגוף וכתוצאה מכך להשמנה.

קיימת שונות בין תרבויות שונות בטכניקות ובדרכים השונות בהן מוגש האוכל לילדים. כמו כן, ישנה שונות בגישה ההורית לגבי האכלת הילד ובאינטראקציה בזמן האכלה בהתאם למאפיינים השונים של הילדים כמו גיל, מין ומשקלו והתנהגותו בזמן האוכל. השונות בין ההורים בנוגע להאכלה באה לידי ביטוי גם בדרגת האוטונומיה אותה מאפשרים ההורים לילדים (94,95). לאינטראקציה זו יכולה להיות השפעה רבה על התפתחות ההעדפות התזונתיות של הילד, צריכת המזון ואיכותו וכן משקלו של הילד. חשוב לציין שבסגנון האכלת הילד יכולות לבוא לידי ביטוי השפעות לא מכוונות מצד ההורים. לדוגמה, הורים המעוניינים לשפר את בריאותו של הילד ולחצים עליו לאכול מזונות עשירים בוויטמינים כמו ירקות מצד אחד ומגבילים את צריכת המזון המהיר מצד שני, זאת במטרה למנוע השמנה, עלולים, אם לא יעשו זאת נכון ליצור אפקט שלילי בהעדפות התזונתיות של הילד ובוויסות העצמי של תצרוכת האנרגיה.

ילדים נולדים עם יכולת בסיסית לווסת את צריכת האנרגיה ומודעות לתחושות הרעב והשובע שעלולה להתקלקל על ידי גורמים חיצוניים שונים (96). שליטה הורית במיומנויות האכלה, נייר עמדה: הזנת ילדים בגיל אפס עד שש | 13

ובמיוחד שליטה על הכמות ה"מותרת" לאכילה, נמצאו קשורות ביכולת ויסות עצמי נמוכה של צריכת האנרגיה בילדים ובמיוחד בנערות (97,98) ובמחקרים חדשים אף להפרעות אכילה אצל פעוטים (99). כמו כן, כאשר קיים חשש שהילד אינו אוכל מספיק, לחץ הורי על הילד לאכול כמויות גדולות יותר, עלול לשבש את יכולת הוויסות של הילד, ובכך להוביל לאכילת יתר (100). פעמים רבות, מאכלים מתוקים ועתירי אנרגיה משמשים לחיזוק התנהגותי של הילד (לדוגמה: "אם תאכל את הירקות תקבל קינוח" או "אם תסדר את המשחקים שלך תקבל ממתק"). שימוש באסטרטגיה זו של המטפלים (הורים ומחנכים) עשויה להוביל בצורה לא מכוונת להעדפה וצריכה מוגזמת של מזונות אלה (85). גם הגבלת הגישה למזונות מסוימים יכולה להשפיע על בחירת המזונות אותם הילד מעדיף (101).

רדנות הורית מוגזמת ולחץ עלולים להוביל לחוסר ויסות וחוסר שליטה בצריכת המזון בארוחה. לדוגמה, לחץ לאכול ירקות ופירות יכול להוביל להתנגדות ולצריכה מועטה יותר של מזונות אלה (97,102,103). שליטה הורית מוגזמת הנוגעת למיומנויות אכילה (לדוגמה: "אכלת מספיק" או "אתה חייב לסיים את האוכל מהצלחת") גורמת גם היא לפגיעה בוויסות העצמי (104). בסגנון הורות רודני הילדים נאלצים להתעלם מהתחושות הפנימיות של רעב, תיאבון ושובע, עד כי תחושות אלו נעלמות מהם (105,106). תהליך זה עלול לגרום נטייה לאכילה מוגזמת ולהשמנה (107,108) או לחלופין לבעיות אכילה בגיל הרך (109).

סגנון הורי עקבי של האכלת ילדים נשמר לאורך חיי הילד ומאפיין את האינטראקציות בין הורה לילד במגוון רחב של מצבים. ישנם מספר מחקרים המקשרים בין סגנונות האכלה הוריים והרכב צריכת המזון של הילדים. הורות סמכותית, המאופיינת בהצבת גבולות מובנים, אך במקביל מתווכת על ידי חום, אהבה, גמישות ומוכנות למשא ומתן לשם התאמה לצריכה ודרישות הילד, נמצאה קשורה בעלייה בצריכת מוצרי חלב וירקות (110,111). לעומת זאת, סגנון הורות רודני נמצא קשור באופן הפוך לצריכת ירקות ופירות (112,113), כמו גם לסיכוי גבוה כמעט פי חמש להתפתחות עודף משקל בקרב ילדים בני שש בהשוואה לילדים שלהוריהם סגנון הורות סמכותי (114).

ממצאים אלה ונוספים מראים כי התנהגות סמכותית בעת האכלה, המגדירה ציפיות ברורות להתנהגות הילדים בזמן האוכל ומגיבה לצרכי הילד, יכולה לפתח כישורי אכילה בריאים אצל ילדים ולהפחית את הסיכון להשמנה (115,116). הורות סמכותית, המכבדת את צרכי הילד וקשובה לצרכיו ולרצונותיו, תורמת ועוזרת לילדים להפוך למבוגרים בעלי אכילה מודעת הנהנים מבריאות גופנית, רגשית וחברתית טובה יותר. אכילה מודעת מסתמכת על היכולת לתת אמון בעצמך ולהרגיש בנוח עם החוויה הפנימית של תחושות התיאבון, הרעב והשובע. לדוגמה: "אני מבינה שאתה שבע ולכן אכלת רק חצי מהמנה" (117-119). גישה מובילה

בניהול אכילה בריאה של ילדים היא "חלוקת אחריות בהאכלה" שהגתה אלן סאטר (120). על פי גישה זו ההורים אחראיים על שעות הארוחה ועל סוג האוכל המוגש לשולחן, ואילו הילד אחראי על הכמויות וסוג האוכל מתוך המבחר שהוגש לו (121).

עיקרי הדברים:

חשוב כי הורים ימנעו מרודנות בהאכלה, הכוללת שליטה קיצונית והכתבה של סוג המזון והכמויות הנאכלות על ידי הילד. התנהגות זו עלולה לגרום להתנגדות לאכילת מאכלים בריאים, לסרבנות אכילה או לחילופין לאכילת יתר ולחוסר מודעות לתחושת הרעב/שובע הטבעיים של הגוף. יש להעדיף סגנון הורות סמכותי, המאפשר לילד אוטונומיה בבחירת המזון והכמויות, תוך מתן אפשרות אכילה בהתאם להרגשת הרעב והשובע שלו.

ו. גורמים נוספים הקשורים לתזונה ולאורח חיים בריא

1. פעילות גופנית

פעילות גופנית חיונית לבריאות בכל גיל. היא מהווה גורם מפתח של ההוצאה האנרגטית במאזן האנרגיה ובפיתוח הצדדים הרגשיים והחברתיים, פיתוח מיומנויות ביטחון ויכולות אישיות והקמת בסיס פעיל לסגנון החיים בעתיד (122). יש לציין כי לא נמצאו מחקרים מובהקים המקשרים פעילות גופנית בגיל הרך [עד גיל שנתיים] עם מניעת מחלות (123,124). כמו כן, עדיין ישנן חילוקי דעות בין גופי מחקר שונים בנוגע למשך הזמן המומלץ כדי למקסם התפתחות מוטורית מיטבית (122). עם זאת, מוסכם שיצירת הרגלי פעילות בגיל הצעיר תתמוך בהמשך פעילות גופנית בגיל הבוגר. פעילות גופנית היא גם מרכיב בסיסי לאורח חיים בריא המהווה חלק חשוב במניעת השמנה כבר בגיל הגן (125).

כבר בשנה הראשונה לחיים ניתן לעודד את התינוק להתפתחות התנועה במרחב, למשל, עידוד הזחילה. חשוב להתאים את הפעילות לילדים צעירים כיוון שילד ישתף פעולה בעיקר כאשר הוא נהנה ולא נמצא בתחרות, וכך יוכל להתמיד. על ההורים לעודד תנועה כחלק ממשחק עם הילד, פעילות בגני משחקים, בגינות מחוץ לבית. כל זאת, תוך דוגמה אישית, עידוד משחק פעיל וסיוע לילד לרכוש מיומנויות פיזיות בסיסיות המתאימות לגילו (128). כמו כן, ניתן לחלק את הפעילות למספר פעמים במשך היום בהתאם ליכולות הילד. חשוב לדעת שישנה חשיבות להשפעת הסביבה המשפחתית והפיזית על כמות הפעילות הגופנית של הפעוט והילד (126). מגיל שנתיים עד שש ההמלצות לפעילות הן 60 דקות ביום כחלק מסדר היום ומתרבות הפנאי (127-130).

עיקרי הדברים: למרות שאין המלצות ברורות, רוב העוסקים בתחום סבורים כי מומלץ לאפשר לילדים עד גיל שנתיים פעילות לא מובנת של 30 דקות ליום. מגיל שנתיים ועד גיל 6 מומלץ לצבור 60 דקות פעילות יומית כחלק מסדר היום ומתרבות הפנאי.

2. זמן מסך

זמן מסך מתייחס לפרק הזמן שבו ילד נמצא מול מסך כולל: טלוויזיה, מחשב, אייפד, אייפוד, מכשירים סלולאריים וכדומה. זמן מסך מקבץ בתוכו מגוון התנהגויות סבילות שבהן הילד יושב או שוכב וההוצאה האנרגטית מאד נמוכה.

כאמור, נמצא קשר בין זמן מסך לבין התפתחות השמנה, בעיקר בגילאים 6-7 שנים (72,131,132). מספר מחקרים מראים קיום קשר זה גם בגילאים צעירים יותר (133,134). אכילה מול מסך גוררת אכילה של מזונות בעלי איכות תזונתית ירודה (135). נמצא קשר בין זמן מסך לבין צריכה גבוהה של מזונות עתירי קלוריות כגון חטיפים וממתקים (136,137). היבט שלילי נוסף של הישיבה מול מסך היא הצפייה בפרסומות המעודדות את הילדים לצריכת יתר של חטיפים וממתקים (138,139).

מחקרים שבדקו את השפעת זמן המסך על ילדים, הראו שצמצום זמן מסך מפחית את צריכת האנרגיה שלהם ומוריד את מסת הגוף. מכאן צמצום זמן מסך הוא כלי חשוב במניעה ובטיפול בהשמנה (125,140,141). כמו-כן, מדינות רבות כבר החלו ברגולציה על פרסומות של מזונות עתירי קלוריות ומשקאות מתוקים בשעות בהן ילדים צופים בטלוויזיה (142).

כדי לצמצם בזמן המסך מומלץ להימנע מהכנסת טלוויזיות ומחשבים לחדר הילדים. יש לעודד לצפייה מודעת ומתוכננת על ידי ההורים בזמן הפרסומות, תוך הסבת תשומת לב הילד להבדל בין מציאות לדמיון כדי למנוע תפיסה שגויה של המציאות. לדוגמה, דמות מצוירת שאוכלת חטיפים ומתחזקת כתוצאה מכך, אינה מייצגת את מה שיקרה לילד אם יאכל את אותו חטיף. כמו כן, חשוב להגביל את משך הזמן שבו ילדים צמודים למסך. עד גיל שנתיים רצוי להימנע לגמרי בצפייה במסך, ולאחר מכן, עד גיל 6, להגביל ל-7 שעות שבועיות ולא יותר משעתיים ביום (128,143,144). חשוב במיוחד להימנע מצפייה בטלוויזיה בזמן האוכל.

עיקרי הדברים: מתחת לגיל שנתיים להימנע עד כמה שאפשר מזמן מסך. מגיל שנתיים עד גיל שש שנים להגביל את זמן המסך לשבע שעות שבועיות ולא יותר משעתיים ביום. להימנע מאכילה תוך כדי צפייה במסך.

3. שינה

בעשרים השנים האחרונות ישנה ירידה במשך שעות השינה של פעוטות (145). חוסר בשעות שינה בילדות המוקדמת נמצא קשור להשמנת ילדים, במיוחד בגיל הצעיר (-146) (149). כמו כן, נמצא קשר בין מעט שעות שינה בילדות למשקל עודף בבגרות. מכאן שיתכן שלמספר שעות השינה בילדות, השפעה ארוכת טווח (149).

לקשר בין מיעוט מספר שעות שינה והשמנה הוצעו כמה הסברים התנהגותיים והורמונליים. שינויים אלה יכולים לתרום לבחירה של מזון עתיר קלוריות צפופות, צריכת מזון מופרזת

ושינויים בהוצאת האנרגיה (150). מחסור בשינה עלול להגביר את צריכת המזון ואכילה מוגברת בהעדר רעב (במיוחד אכילה של חטיפים). יתכן גם ששעות ערות רבות יביאו לאכילה מוגברת (151). במקביל, מחסור בשינה משבש את רמות הורמוני הלפטין והגרלין הקשורים לתחושות שובע ורעב. שיבוש זה עלול להשפיע על ירידה בתחושת השובע במהלך היום וכתוצאה מכך לעליה בצריכה האנרגטית (152,153).

נמנום (שינה קצרה) במהלך היום לא יכול להוות תחליף לשנת הלילה כאמצעי למניעת השמנה (154). חוסר בשעות שינה יכול להשפיע על תפקודים התנהגותיים כמו תוקפנות מוגברת ומצבי רוח משתנים, שאחת הדרכים הנפוצות להרגיען היא מתן ממתקים וחטיפים (155,156).

מחקרים בקרב ילדים צעירים מראים שהגיל הרך היא תקופה קריטית בהתפתחות התנהגויות שינה, העשויות להשפיע על הסיכון להשמנה (157). התאמה של מספר שעות השינה לגיל הילד - עד גיל שנתיים שינה של 12 שעות, בגילאי 2-5 שינה של 11 שעות - יכולה להוות אסטרטגיה למניעת השמנה ולבריאות מיטבית (148). יצירה של רוטינת שינה קבועה מגילאים צעירים יכולה לעזור במיסוד שעת שינה מותאמת לגיל.

עיקרי הדברים: קיים קשר בין משך שעות שינה בילדות לבין הפחתת הסיכון להשמנה. חשוב אפוא להקנות הרגלי שינה כבר במהלך שנת החיים הראשונה. עד גיל שנתיים מומלצת שינה של לפחות 12 שעות. בגילאי 2-5 שינה של 11 שעות.

ז. תפקיד ותחומי אחריות של דיאטניות בתזונת ילדים בגיל הרך

כדיאטנים אנו מכירים בחשיבות של הקניית אורח חיים בריא מתחילת החיים והשפעתו על גדילה בריאה. יש לתת דגש לא רק בטיפול, כי אם גם בקידום בריאות. כשבריאות הילד הנה בראש מעיננו, אנו רואים לנכון לאמץ את הגישה שקידום אורח חיים בריא של המשפחה יתרום לבריאות הילד, שכן המשפחה בגיל הצעיר הינה 'סוכן הבריאות'. על כן התערבות בגיל הצעיר הינה לרוב דרך מעורבות משפחתית. על דיאטנים העובדים עם ילדים להעמיק את ידיעותיהם בתזונת ילדים כדי להתאים את הגישה ודרכי העבודה להורים ולילדים (158,159).

מרכיבי עבודת הדיאטנית:

ייעוץ פרטני במסגרת המשפחתית

1. הערכה תזונתית של התפריט אותו הילד אוכל.
2. אבחון חסרים תזונתיים באם קיימים.
3. הערכת עמדות ההורים והילד בנוגע לתזונה ולאכילה.
4. זיהוי צרכים וביטויים רגשיים המופיעים בצורת האכילה והאכלה.
5. התאמת תכנית לקידום הרגלי אכילה בריאים של הילד הכוללת שעות ארוחה, מיקום, תזונה מאוזנת מותאמת לצרכים התזונתיים של הילד, פעילות גופנית סדירה מותאמת גיל, בירור והתאמת שעות השינה וזמני המסך בהתאם לגיל.
6. הקניית ידע וחינוך תזונתי.
7. לימוד ושיקום התנהגויות אכילה והאכלה. המלצה על תקשורת הורה ילד המקדמת אינטראקציות חיוביות ביחסי האכלה וסביבה תומכת. לדוגמה, חלוקת אחריות בהאכלה בין הורים וילדים (מודל אלן סאטר) והאכלה מותאמת (Responsive feeding) (120,160,161).
8. מעקב אחר התקדמות השינויים, תעודד ותחזק אותם, תוך חיזוק תחושת מסוגלות של ההורה לבחירות תזונתיות בריאות והצבת גבולות תזונתיים.

במסגרת מערכות מוסדיות

1. הערכה תזונתית והמלצות לתפריטים במערכת הגנים והמעונות.
2. הנחיית צוותי מערכת החינוך בנושאי תזונה, מסרים ואינטראקציות הנוגעות לאכילה והאכלה.
3. פעילויות העשרה להורים בנושאי תזונה הכוללות הרצאות וסדנאות במסגרות החינוך וקופות החולים.

4. פעילויות חווייתיות לילדים בנושאי תזונה נכונה וחשיבותה לגדילה בריאה.
5. ארגון והשתתפות בתכניות המקדמות נושאים תזונתיים על ידי הרצאות וסדנאות לצוותים הרפואיים העוסקים בגיל הרך, רופאי ילדים ואחיות טיפות חלב.
6. השתתפות בפיתוח מדיניות במוסדות ממשלתיים המקדמות ותומכות בתזונה בריאה בגיל הרך ויישומה בשטח.

עיקרי הדברים: דיאטנית המטפלת בילדים, צריכה לכוון את הטיפול דרך ההורים והמשפחה. עליה לתת ייעוץ ולבנות תכנית שתתייחס לכל ההיבטים החשובים להתפתחות תקינה, וללוות את המשפחה בתהליך. חשוב לשלב דיאטנית גם במסגרות החינוכיות להתאמת התפריט ולעידוד תכניות לקידום בריאות.

ח. סיכום

במהלך תקופת הינקות והילדות ישנה הזדמנות להקנות הרגלי חיים בריאים שיבטיחו בריאות טובה בילדות ובבגרות. ההשפעה מתחילה כבר בהתפתחות העוברית, כאשר הרכב המזון והטעמים מועברים לעובר באמצעות תזונת האם, וממשיכה באמצעות ההנקה. חלב אם הינו הדרך הטבעית והביולוגית המספקת את צרכי התינוק בחדשי חייו הראשונים. חלב אם מכיל רכיבים המשפיעים על בריאות התינוק, גדילה והתפתחות התינוק בצורה מיטבית, כולל הפחתת הסיכון להשמנה. לכן, מומלצת הנקה מלאה עד גיל חצי שנה, והמשך הנקה בשילוב עם מזונות משלימים עד גיל שנה לפחות.

עם המעבר למזונות מוצקים, ההעדפות התזונתיות של ילדים משקפות את הסביבה התרבותית, המזונות אליהם נחשפו, האסטרטגיות והתקשורת הקשורות בהאכלה ואכילה. בשל העדפה מולדת למתוק, נדרשת לעתים חשיפה מוגברת למזונות בריאים דוגמת ירקות ופירות על מנת שטעמים אלו יתקבלו אצל הילדים. מלבד סוג המזון, ישנה חשיבות לסדר יום הכולל 3 ארוחות עיקריות וביניהן ארוחות ביניים, כאשר מומלץ לאמץ סגנון הורות סמכותית בו ההורים אחראיים על סוג המזון המוצע, בעוד הילד מווסת את הבחירה והכמות הנאכלת. חשיבות מיוחדת נודעת לאכילה של ארוחת בוקר והעדפת שתייה של מים על פני מיצים. לארוחה המשפחתית חשיבות רבה, שכן זוהי הזדמנות של ההורה להוות מודל לאכילה בריאה. בזמן הארוחה יש להימנע ממסרים שליליים והתעסקות יתר במשקל ובמראה גוף, ולהעדיף מסרים חיוביים הקשורים באכילה בריאה. מומלץ לכל המשפחה להימנע מאכילה מול מסך, ובכלל לצמצם את זמן המסך של הילדים ל- 7 שעות בשבוע (ולא יותר משעתיים ביום) ולהגביר את הפעילות הגופנית היומית לכדי 60 דקות.

מכאן, שלמבוגרים הנמצאים בקשר עם הילדים, ובעיקר להורים, ישנה השפעה רבה על ההתפתחות התזונתית של הילד. חשוב לעודד הורות סמכותית ותהליכים שיקדמו את המודעות והידע של הורים ומטפלים אחרים, בהתנהגויות אכילה המקדמות בריאות תזונתית בגיל הרך. דבר זה יתרום לגדילת ילדים בעלי יכולות לוויסות עצמי של כמויות האוכל, תוך שמירה על משקל גוף תקין לאורך זמן, מניעת פגיעה בגדילה ועליה במסוגלות והערכה עצמית של הילד.

דיאטנית עם ניסיון בעבודה עם ילדים היא איש המקצוע שיכול לסייע ולכוון את הציבור הרחב והציבור המקצועי ביישום עקרונות אלו.

1. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004;62:39-50.
2. סמיש-טלאור ש. ארוחות ילדות כחוויות מעצבות התפתחות. הוצאת "אח" בע"מ, 2006.
3. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:112–117.
4. Gillman MW. Early infancy as a critical period for development of obesity and related conditions. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program* 2010;65:13-20; discussion 20-4. doi: 10.1159/000281141.
5. Yajnik CS. The lifecycle effects of nutrition and body size on adult adiposity, diabetes and cardiovascular disease. *Obes Rev* 2002;3:217-224.
6. Turnbull B, Lanigan J, Singhal A. Toddler diets in the U.K.: deficiencies and imbalances. 1. Risk of micronutrient deficiencies. *J Fam Health Care* 2007;17:167-170.
7. Lanigan J, Turnbull B, Singhal A. Toddler diets in the UK: deficiencies and imbalances. 2. Relationship of toddler diet to later health. *J Fam Health Care* 2007;17:197-200.
8. Kant AK. Reported consumption of low-nutrient-density foods by American children and adolescents: nutritional and health correlates, NHANES III, 1988 to 1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:789-796.
9. Bowman SA, Gortmaker SL, Ebbeling CB, Pereira MA, Ludwig DS. Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004; 113(1 Pt 1):112-118.
10. Pinhas-Hamiel O, Bar-Zvi E, Boyko V, Reichman B, Lerner-Geva L. Prevalence of overweight in kindergarten children in the center of Israel – association with lifestyle habits. *Child Care Health Dev* 2009;35:147-152. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00905.x.
11. Nemet D, Geva D, Eliakim A. Health promotion intervention in low socioeconomic kindergarten children. *J Pediatr* 2011;158:796-801.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.10.040. Epub 2011 Jan 17.
12. Kaufman-Shriqui V, Fraser D, Novack Y, Bilenko N, Vardi H, Abu-Saad K, Elhadad N, Feine Z, Mor K, Shahar DR. Maternal weight misperceptions and smoking are associated with overweight and obesity in low SES preschoolers. *Eur J Clin Nutr* 2012;66:216-223. doi: 10.1038/ejcn.2011.144.
13. בר דוד, י. מגמות בהשמנת ילדים בגילאי שלוש, שש ועשר בישראל. מדיקל 2009; אינטרנט: <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?medicalField=26&itemID=1930> (accessed 1 Jan 2013).
14. ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות. מדריך לאנשי מקצוע להזנת התינוק והפעוט 2012. http://www.health.gov.il/hozer/bz25_2012.pdf (accessed 20 Dec 2012).
15. Dewey KG. Is Breastfeeding Protective against Child Obesity? *J Hum Lact* 2003;19:9–18.
16. Owen C, Martin R, Whincup P, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115:1367–1377.

17. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:1247–1256.
18. Stettler N. Nature and strength of epidemiological evidence for origins of childhood and adulthood obesity in the first year of life. *Int J Obes* 2007;31:1035– 1043.
19. Riordan J, Countryman BA. Basics of Breastfeeding. Part I: Infant Feeding Patterns Past and Present. *JOGN Nurs* 1980;9:207–210.
20. Adair LS. The infant's ability to self-regulate caloric intake: a case study. *J Am Diet Assoc* 1984;84:543–546.
21. Fomon SJ, Filer LJ, Thomas LN, Anderson TA, Nelson SE. Influence of formula concentration on caloric intake and growth of normal infants. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1975;64:172–181.
22. Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razafindrakoto C, Ziegler P. Relationship between Portion Size and Energy Intake among Infants and Toddlers: Evidence of Self Regulation. *J Am Diet Assoc* 2006;106:S77–S83.
23. Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *J Am Diet Assoc* 2000;100:641-646.
24. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. *Pediatrics* 2001;107:E88.
25. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods *Pediatrics* 1994;93:271-277.
26. Cooke L, Fildes. The impact of flavour exposure in utero and during milk feeding on food acceptance at weaning and beyond. *Appetite* 2011;57:808-811. doi: 10.1016/j.appet.2011.05.317.
27. Mennella JA, Johnson A, Beauchamp GK. Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of amniotic fluid. *Chem Senses* 1995;20:207-209.
28. Mennella JA, Beauchamp GK. Understanding the origin of flavor preferences. *Chem Senses* 2005;30 Suppl 1:i242-i243.
29. Forestell CA, Mennella JA. Early determinants of fruit and vegetable acceptance. *Pediatrics* 2007;120:1247–1254.
30. Mennella JA, Beauchamp GK. Developmental changes in the acceptance of protein hydrolysate formula. *J Dev Behav Pediatr* 1996;17:386–391.
31. Mennella JA, Lukasewycz LD, Castor SM, Beauchamp GK. The timing and duration of a sensitive period in human flavor learning: a randomized trial. *Am J Clin Nutr* 2011 ;93:1019-1024. doi: 10.3945/ajcn.110.003541.
32. Bartoshuk LK, Beauchamp GK. Chemical Senses. *Annu Rev Psychol* 1994;45:414–449.
33. Birch LL. Development of Food Preferences. *Annu Rev Nutr* 1999;19:41–62.
34. Coulthard H, Blissett J. Fruit and vegetable consumption in children and their mothers. Moderating effects of child sensory sensitivity. *Appetite* 2009;52:410-415.
35. Cooke L. The importance of exposure for healthy eating in childhood: a review. *J Hum Nutr Diet* 2007;20:294-301.
36. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What Kind of Exposure Reduces Children's Food Neophobia? *Appetite*. 1987;9:171–178.

37. Sullivan SA, Birch LL. Pass the sugar, pass the salt: experience dictates preference. *Dev Psychol* 1990;26:546–551.
38. Birch LL, Marlin DW. I Don't Like It; I Never Tired It: Effects of Exposure on Two-Year-Old Children's Food Preferences. *Appetite* 1982;3:353–360.
39. Carruth BR, Ziegler P, Gordon A, Barr SI. Prevalence of Picky Eaters among Infants and Toddlers and their Caregiver's Decisions about Offering a Food. *J Am Diet Assoc* 2004;104:S57–S64.
40. Fox MK, Pac S, Devaney B, Jankowski L. Feeding Infants and Toddlers Study: What Foods are Infants and Toddlers Eating? *J Am Diet Assoc* 2004;104(Supplement 1):S22–S30.
41. Devaney B, Ziegler P, Pac S, Karwe V, Barr SI. Nutrient Intakes of Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc* 2004;104(1 Supplement 1):S14–S21.
42. Webb KL, Lahti-Koski M, Rutishauser I, Hector DJ, Knezevic N, Gill T, Peat JK, Leeder SR; CAPS Team. . Consumption of “extra” foods (energy-dense, nutrient-poor) among children aged 16-24 months from western Sydney, Australia. *Public Health Nutr* 2006;9:1035–1044.
43. Baughcum AE, Burklow KA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal Feeding Practices and Childhood Obesity: A Focus Group Study of Low-income Mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:1010–1014.
44. Bronner YL, Gross SM, Caulfield L, Bentley ME, Kessler L, Jensen J, Weathers B, Paige DM. Early Introduction of Solid Foods among Urban African-American Participants in WIC. *J Am Diet Assoc* 1999;99(4):457–461.
45. Steinman L, Doescher M, Keppel GA, Pak-Gorstein S, Graham E, Haq A, Johnson DB, Spicer P. Understanding infant feeding beliefs, practices and preferred nutrition education and health provider approaches: an exploratory study with Somali mothers in the USA. *Matern Child Nutr* 2010;6:67-88. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00185.x.
46. Crawford PB, Gosliner W, Anderson C, Strode P, Becerra-Jones Y, Samuels S, Carroll AM, Ritchie LD. Counseling Latina mothers of preschool children about weight issues: suggestions for a new framework. *J Am Diet Assoc* 2004;104(3):387-394.
47. משרד הבריאות עקומות גדילה 2005. אינטרנט: <http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=35&catId=574&PageId=3276> (גישה ב-30 בדצמבר 2011).
48. משרד הבריאות. עקומות גדילה 2012. אינטרנט: <http://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/Pages/curves.aspx> (גישה 1 ינואר 2012).
49. אלטמן ח. המחלקה לתזונה, שרותי בריאות הציבור, משרד הבריאות. פירמידת המזון. אינטרנט: <http://www.old.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=33&catId=846> (גישה 1 בינואר 2012)
50. Panel on macronutrients, panel on the definition of dietary fiber, subcommittee on upper reference levels of nutrients, subcommittee on interpretation and uses of Dietary Reference Intakes, and the standing committee on the scientific evaluation of Dietary Reference Intakes. Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol,

- Protein, and Amino Acids (Macronutrients), Washington, DC: National Academies Press; 2005. Internet: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10490&page=1 (accessed 1 Jan 2012).
51. משרד הבריאות. שירותי בריאות הציבור, שירותי המזון והתזונה, המטה. לאכול ולגדול. תדריך להזנת תינוקות ופעוטות במסגרות חינוכיות מגיל 3 חודשים עד גיל 5 שנים, 2006. אינטרנט: http://prdupl02.ynet.co.il/ForumFiles_2/24586215.pdf. (גישה 1 ינואר 2012).
 52. Nielsen SJ, Popkin BM. Patterns and Trends in Food Portion Sizes, 1977-1998. *JAMA* 2003;289:450-453.
 53. Huang TT, Howarth NC, Lin BH, Roberts SB, McCrory MA. Energy intake and meal portions: associations with BMI percentile in U.S. children. *Obes Res* 2004; 12:1875-1885.
 54. McConahy KL, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Picciano MF. Food portions are positively related to energy intake and body weight in early childhood. *J Pediatr* 2002;140:340-347.
 55. Piernas C, Popkin BM. Food portion patterns and trends among U.S. children and the relationship to total eating occasion size, 1977-2006. *J Nutr* 2011 Jun;141:1159-1164. doi: 10.3945/jn.111.138727.
 56. Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Mickle SJ, Goldman JD, Cook A. Foods Commonly Eaten in the United States, 1989-1991 and 1994-1996: Are Portion Sizes Changing? *J Am Diet Assoc* 2003;103:41-47.
 57. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, van Jaarsveld CHM, Wardle J. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *Eur J Clin Nutr* 2008;62:985-990.
 58. Fabry P, Hejl Z, Fodor J, Braun T, Zvolankova K. The frequency of meals. Its relation to overweight, hypercholesterolaemia, and decreased glucose-tolerance. *Lancet* 1964;2:614-615.
 59. Koletzko B, Toschke AM. Meal patterns and frequencies: do they affect body weight in children and adolescents? *Crit Rev Food Sci Nutr* 2010;50:100-105. doi: 10.1080/10408390903467431.
 60. Szajewska H, Rusczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2010;50:113-119. doi: 10.1080/10408390903467514.
 61. Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metzler JD. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2005;105:743-760.
 62. Malik VS, Schulze MB, Hu FB. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2006;84:274-288.
 63. Collison KS, Zaidi MZ, Subhani SN, Al-Rubeaan K, Shoukri M, Al-Mohanna FA. Sugar-sweetened carbonated beverage consumption correlates with BMI, waist circumference, and poor dietary choices in school children. *BMC Public Health* 2010;10:234. doi: 10.1186/1471-2458-10-234.
 64. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Regular sugar-sweetened beverage consumption between meals increases risk of overweight among preschool-aged children. *J Am Diet Assoc* 2007;107:924-934.

65. Maersk M, Belza A, Stødkilde-Jørgensen H, Ringgaard S, Chabanova E, Thomsen H, Pedersen SB, Astrup A, Richelsen B. Sucrose-sweetened beverages increase fat storage in the liver, muscle, and visceral fat depot: a 6-mo randomized intervention study. *Am J Clin Nutr*. 2012;95:283-239. doi: 10.3945/ajcn.111.022533.
66. Libuda L, Alexy U, Buyken AE, Sichert-Hellert W, Stehle P, Kersting M. Consumption of sugar-sweetened beverages and its association with nutrient intakes and diet quality in German children and adolescents. *Br J Nutr* 2009;101:1549-1557. doi: 10.1017/S0007114508094671.
67. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93: 438-443.
68. Dennison BA. Fruit juice consumption by infants and children: a review. *J Am Coll Nutr* 1996;15(5 Suppl):4S-11S.
69. Fitzpatrick E, Edmunds LS, Dennison BA. Positive effects of family dinner are undone by television viewing. *J Am Diet Assoc* 2007;107:666-671.
70. Dubois L, Farmer A, Girard M, Peterson K. Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children. *Public Health Nutr* 2008;11:1267-1279. doi: 10.1017/S1368980008002887.
71. Dennison BA, Erb TA, Jenkins PL. Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics* 2002;109:1028–1035.
72. Rollins BY, Belue RZ, Francis LA. The beneficial effect of family meals on obesity differs by race, sex, and household education: the national survey of children's health, 2003-2004. *J Am Diet Assoc* 2010;110:1335-1339. doi: 10.1016/j.jada.2010.06.004.
73. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011;127:e1565-e1574. doi: 10.1542/peds.2010-1440.
74. Gable S, Chang Y, Krull JL. Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-age children. *J Am Diet Assoc* 2007;107:53–61.
75. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009;52:1–7. doi: 10.1016/j.appet.2008.08.006.
76. Raynor HA, Van Walleghe EL, Osterholt KM, Hart CN, Jelalian E, Wing RR, Goldfield GS. The relationship between child and parent food hedonics and parent and child food group intake in children with overweight/obesity. *J Am Diet Assoc* 2011 ;111:425-430. doi: 10.1016/j.jada.2010.12.013.
77. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, משרד החינוך. ילדים בגני ילדים ומעונות יום תשס"ה, ירושלים 2007. אינטרנט: http://www.cbs.gov.il/www/publications/children05/pdf/print_h.pdf (accessed 1 Jan 2012).
78. Poti JM, Popkin BM. Trends in energy intake among US children by eating location and food source, 1977-2006. *J Am Diet Assoc* 2011;111:1156-1164. doi: 10.1016/j.jada.2011.05.007.

79. Benjamin SE, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Haines J, Finkelstein J, Kleinman K, Gillman MW. Early child care and adiposity at ages 1 and 3 years. *Pediatrics* 2009;124:555-562. doi: 10.1542/peds.2008-2857.
80. Kim J, Peterson KE. Association of infant child care with infant feeding practices and weight gain among US infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:627-633. doi: 10.1001/archpedi.162.7.627.
81. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr* 2009;12:267-283. doi: 10.1017/S1368980008002589. Epub 2008 Jun 18.
82. Kratt P, Reynolds K, Shewchuk R. The Role of Availability as a Moderator of Family Fruit and Vegetable Consumption. *Health Educ Behav* 2000;27:471-482.
83. Bryant M, Stevens J, Wang L, Tabak R, Borja J, Bentley ME. Relationship between home fruit and vegetable availability and infant and maternal dietary intake in African-American families: evidence from the exhaustive home food inventory. *J Am Diet Assoc* 2011;111:1491-1497. doi: 10.1016/j.jada.2011.07.007.
84. Singer MR, Moore LL, Garrahe EJ, Ellison RC. The tracking of nutrient intake in young children: the Framingham Children's Study. *Am J Public Health* 1995 ;85:1673-1677.
85. Birch LL. Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers' food preference. *Child Dev* 1980;51:489-496.
86. Greenhalgh J, Dowey AJ, Horne PJ, Fergus Lowe C, Griffiths JH, Whitaker CJ. Positive and negative peer modelling effects on young children's consumption of novel blue foods. *Appetite* 2009;52:646-653. doi: 10.1016/j.appet.2009.02.016.
87. Hendy HM, Raudenbush B. Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite* 2000;34:61-76.
88. Addressi E, Galloway AT, Visalberghi E, Birch LL. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite* 2005;45:264-271.
89. M. Hendy H. Effectiveness of Trained Peer Models to Encourage Food Acceptance in Preschool Children. *Appetite* 2002;39:217-225.
90. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of breakfast consumption among children and adolescents. A systematic review. *Appetite* 2009;52:1-7. doi: 10.1016/j.appet.2008.08.006. Epub 2008 Aug 22.
91. Hood MY, Moore LL, Sundarajan-Ramamurti A, Singer M, Cupples LA, Ellison RC. Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24:1319-1325.
92. Lowes J, Tiggemann M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *Br J Health Psychol* 2003;8(Pt 2):135-147.
93. McCabe MP, Ricciardelli LA, Stanford J, Holt K, Keegan S, Miller L. Where is all the pressure coming from? Messages from mothers and teachers about preschool children's appearance, diet and exercise. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15:221-230.
94. Birch LL, Fisher JO. Development of Eating Behaviors among Children and Adolescents. *Pediatrics* 1998;101(3 part 2):539-549.
95. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context. An integrative model. *Psychol Bull* 1993;113:487-496.

96. Rolls BJ, Engell D, Birch LL. Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *J Am Diet Assoc* 2000 Feb;100:232-234.
97. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res* 2004;12:1711-1722.
98. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr* 2003;78:215-220.
99. Morrison H, Power TG, Nicklas T, Hughes SO. Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. *Appetite* 2013;63:77-83. doi: 10.1016/j.appet.2012.12.017.
100. Farrow and Blissett. Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain? *Pediatrics* 2006;118 (2):293-298.
101. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr* 1999;69:1264-1272.
102. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc* 2002;102:58-64.
103. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are 'picky eaters'. *J Am Diet Assoc* 2005;105:541-548.
104. Birch LL, Fisher JO, Castro CN, Grimm-Thomas K, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite* 2001;36:201-210.
105. Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. "Just three more bites": an observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite* 2007;48:37-45.
106. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite* 2006;46:318-323.
107. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obes Res* 2002;10:453-462.
108. Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite* 2008;50:252-259.
109. Rigal N, Chabanet C, Issanchou S, Monnery-Patris S. Links between maternal feeding practices and children's eating difficulties. Validation of French tools. *Appetite* 2012 ;58:629-637. doi: 10.1016/j.appet.2011.12.016.
110. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008;17:5-15.
111. Blisswtt J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite* 2011;57:826-831. doi: 10.1016/j.appet.2011.05.318.
112. Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO, Morales M. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite* 2005;44:243-249.
113. Gable S, Lutz S. Household, Parent and Child Contributions to Childhood Obesity. *Family Relations* 2000;49:293-300.

114. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics* 2006;117:2047–2054.
115. Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *Int J Obes (Lond)* 2010 ;34:1116-1124. doi: 10.1038/ijo.2010.43.
116. Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, de Vries NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes* 2011;6:e12-e27. doi: 10.3109/17477166.2011.566339.
117. Lohse B, Satter E, Horacek T, Gebreselassie T, Oakland MJ. Measuring eating competence: psychometric properties and validity of the ecSatter Inventory. *J Nutr Educ Behav* 2007;39 (suppl):S154-S166.
118. Hurley KM, Cross MB, Hughes SO. A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *J Nutr* 2011;141:495-501. doi: 10.3945/jn.110.130047.
119. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr* 2008;99 Suppl 1:S22-S25.
120. Satter E. Ellyn Satter's division of responsibility in feeding 2012. Internet: <http://www.ellynsatter.com/ellyn-satters-division-of-responsibility-in-feeding-i-80.html> (accessed 30 Dec 2012).
121. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. . Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* 2013; 60:85–94. doi: 10.1016/j.appet.2012.09.014.
122. Timmons BW, Naylor PJ, Pfeiffer KA. Physical activity for preschool children—how much and how? *Can J Public Health* 2007;98(Suppl 2):S122-S134.
123. Hills AP, King NA, Armstrong TP. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity. *Sports Med* 2007;37:533-545.
124. British Medical Association, Board of Science. Preventing childhood obesity. BMA publications unit, 2005. Internet: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Preventing_childhood_obesity_2005.pdf (accessed 1 Jan 2012).
125. te Velde SJ, van Nassau F, Uijtdewilligen L, van Stralen MM, Cardon G, De Craemer M, Manios Y, Brug J, Chinapaw MJ; ToyBox-study group. Energy balance-related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: a systematic review of prospective studies. *Obes Rev* 2012;13 Suppl 1:56-74. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00960.x.
126. Hodges EA, Smith C, Tidwell S, Berry D. Promoting Physical Activity in Preschoolers to Prevent Obesity: A Review of the Literature. *J Pediatr Nurs* 2013;28:3-19.. doi: 10.1016/j.pedn.2012.01.002.
127. National Association for Sport and Physical Education. Active Start. A statement of physical activity guidelines for children birth to five years. Reston, VA:NASPE Publications, 2002. Internet: http://www.healthychildcarenc.org/PDFs/CC_NEWS502.pdf (accessed 1 Jan 2012).

128. מניעה וטיפול בהשמנת ילדים ובני נוער. קווים מנחים. האיגוד הישראלי לרפואת ילדים, האיגוד (גישה 1 ינואר 2012). <http://www.pediatrics.org.il/guids/obesity2010.pdf> לרפואת המשפחה. אינטרנט:
129. גרוסמן, צ. השמנה בילדים – הנחיות האיגוד ומה ניתן לעשות בשטח. אינטרנט: <http://pedcon.org.il/sites/pedcon/files/grossman-2011.pdf>. (גישה 1 ינואר 2012)
130. Barlow SE; Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatric* 2007;120 Suppl 4:S164-S92.
131. Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Thompson D, Greaves KA. BMI from 3-6 y of age is predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *Int J Obes (Lond)* 2005 ;29:557-564.
132. Gortmaker SL, Must A, Sobol AM, Peterson K, Colditz GA, Dietz WH. Television watching as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:356-362.
133. Lumeng JC, Rahnema S, Appugliese D, Kaciroti N, Bradley RH. Television exposure and overweight risk in preschoolers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:417-422.
134. Mendoza JA, Zimmerman FJ, Christakis DA. Television viewing, computer use, obesity, and adiposity in US preschool children. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007;;4:44.
135. Miller SA, Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Gillman MW. Association between television viewing and poor diet quality in young children. *Int J Pediatr Obes* 2008;3:168-176. doi: 10.1080/17477160801915935.
136. Connor, S. M. Food-related advertising on preschool television: Building brand recognition in young audiences. *Pediatrics* 2006;118:1478-1485.
137. Taveras EM, Sandora TJ, Shih MC, Ross-Degnan D, Goldmann DA, Gillman MW. The association of television and video viewing with fast food intake by preschool-age children. *Obesity* 2006;14:2034-2041.
138. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh A, Rayner M, Godfrey C, Caraher M, Angus K. Review of Research on the Effects of Food Promotion to Children. Glasgow, UK: Center for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003. Internet: <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf> (accessed 30 Dec 2012).
139. Borzekowski DL, Robinson TN. The 30-second effect: an experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *J Am Diet Assoc* 2001;101:42-46.
140. Epstein LH, Roemmich JN, Robinson JL. et al. A randomized trial on the effects of reducing television on BMI in young children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:239-245. doi: 10.1001/archpediatrics.2007.45.
141. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999;282:1561-1567.
142. Swinburn B, Shelly A. Effects of TV time and other sedentary pursuits. *Int J Obes (Lond)* 2008;32 Suppl 7:S132-S136. doi: 10.1038/ijo.2008.249.
143. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics* 2001;107(2):423-426.

144. De Craemer M, De Decker E, De Bourdeaudhuij I, Vereecken C, Deforche B, Manios Y, Cardon G; ToyBox-study group. Correlates of energy balance-related behaviours in preschool children: a systematic review. *Obes Rev* 2012;13 Suppl 1:13-28. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00941.x.
145. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003;111:302-307.
146. Carter PJ, Taylor BJ, Williams SM, Taylor RW. Longitudinal analysis of sleep in relation to BMI and body fat in children: the FLAME study. *BMJ* 2011;342:d2712. doi: 10.1136/bmj.d2712.
147. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S, Miller MA. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;31:619-626.
148. Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2008;16:265-274. doi: 10.1038/oby.2007.63.
149. Landhuis, C. E., R. Poulton, D. Welch, and R. J. Hancox. Childhood sleep time and long-term risk for obesity: A 32-year prospective birth cohort study. *Pediatrics* 2008; 122:955-960. doi: 10.1542/peds.2007-3521.
150. Taheri S. The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. *Arch Dis Child* 2006;91:881-884.
151. Patel SR. Reduced sleep as an obesity risk factor. *Obes Rev* 2009;10(suppl 2):61-68. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00664.x.
152. Hart CN, Jelalian E. Shortened sleep duration is associated with pediatric overweight. *Behav Sleep Med* 2008;6:251-267. doi: 10.1080/15402000802371379.
153. Gangwisch JE. Epidemiological evidence for the links between sleep, circadian rhythms and metabolism. *Obes Rev* 2009;10(suppl 2):37-45. doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00663.x.
154. Bell JF, Zimmerman FJ.. Shortened nighttime sleep duration in early life and subsequent childhood obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:840-845. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.143.
155. Cao M, Guilleminault C. Guilleminault. Sleep difficulties and behavioral outcomes in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:385-389. doi: 10.1001/archpedi.162.4.385.
156. Gregory AM, Van der Ende J, Willis TA, Verhulst FC. Parent-reported sleep problems during development and self-reported anxiety/depression, attention problems, and aggressive behavior later in life. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:330-335.
157. National Sleep Foundation 2011. Children and Sleep. Internet: <http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/children-and-sleep> (accessed 30 Dec 2012).
158. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Mihatsch W, Moreno LA, Puntis J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:662-669. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182169253.

159. Vereijken CM, Weenen H, Hetherington MM. Feeding infants and young children. From guidelines to practice, conclusions and future directions. *Appetite* 2011;57:839-843. doi: 10.1016/j.appet.2011.07.009.
160. Engle PL, Pelto GH. Responsive feeding: implications for policy and program implementation. *J Nutr* 2011;141:508-511. doi: 10.3945/jn.110.130039. Epub 2011 Jan 26.
161. Estes PR, Anchondo IM. Responsive feeding and Satter's feeding dynamic models. *J Nutr* 2011;141:2095. doi: 10.3945/jn.111.149542.

י. נספחים

נספח 1: מעבר להזנה משלימה

מתוך מדריך לאנשי מקצוע להזנת התינוק והפעוט 2012

6. מעבר להזנה משלימה (Complementary Feeding)

6.1 המלצות:

החל מגיל 6 חודשים, צרכי האנרגיה ורכיבי התזונה של התינוק גדלים, ועל כן יש להוסיף לתפריט היומי מזונות מתפריט המשפחה, המהווים השלמה לחלב אם (או תמ"ל).

6.2. הגיל המתאים להזנה משלימה:

לאחר גיל 6 חודשים, הזנה בלעדית בחלב אם או תמ"ל אינה מספקת את כל צרכי התינוק. הכנסה מדורגת של מזונות מוצקים, תוך המשך ההנקה או ההזנה בתמ"ל, תתקיים כאשר התינוק מראה מוכנות, אך לא לפני גיל 4 חודשים. הוספת מזונות לתפריט התינוק או המקבל תמ"ל, החל מגיל חצי שנה, נחוצה למטרות תזונתיות והתפתחותיות ומאפשרת את המעבר ממזון נוזלי למוצק. הזנה משלימה כוללת מזונות מוצקים ולא תמ"ל. השימוש בתמ"ל עלול להקטין את משך ותדירות ההנקה, וכך יקטן ייצור החלב על ידי האם עם פגיעה במשך ההנקה. ההנקה מומלצת כל עוד קיים רצון הדדי של האם והתינוק. מצד שני, סכנות פוטנציאליות של גמילה מאוחרת הן עיכוב בגדילה, חסרים תזונתיים (ברזל, אבץ, ויטמין D) והתפתחות בעיות באכילה, למשל העדפת מזונות נוזליים וסירוב להתקדם למזונות במרקם מוצק יותר. קיימים מספר תנאים מוטוריים ותחושתיים הבאים בו זמנית ומראים על מוכנות התינוק לשינוי מרקם המזון (ממרקם נוזלי למרקם מחיתי ולמוצקים) והם:

1. יכולת להישאר במצב ישיבה תוך החזקה יציבה של הראש.

2. יכולת תאום בין עיניים ידיים ופה, המאפשרת לתינוק לראות לאחוז ולהגיש את המזון לפה.

3. יכולת לבלוע מוצקים.

חלק מהפרמטרים קשורים ונלמדים בתהליך החשיפה למזון, ולכן מומלץ שהתהליך יתבצע בקצב איטי ולאורך זמן. לרוב כל שלושת אבני הדרך יופיעו מגיל חצי שנה ואילך. הורים צריכים להתחיל להציע מזון מוצק כאשר התינוק מראה את סימני המוכנות הללו. רוב התינוקות יהיו מוכנים סמוך לגיל 6 חודשים. אם התינוק דוחה את המזון המוצע, פרוש הדבר שאינו מוכן עדיין ושנדרשות חשיפות נוספות תוך ימים אחדים בשיטת ניסוי וטעייה. חשוב

לידע הורים על תהליך ההתפתחות ולהדריכם בחשיבות הצפייה בתינוק מחד, ולפעול לפי האיתותים של התינוק הקשורים בגדילתו והתפתחותו מאידך.

6.3. מזונות ראשוניים המתאימים ל"עימות" מזון:

בתקופת המעבר למזונות מוצקים, חשוב שהתינוק ימשיך לקבל כמות מספקת של חלב אם או תמ"ל, ובמקביל ייחשף הדרגתית לכמויות קטנות של מזונות. כאשר נעשית חשיפה לפני גיל 6 חודשים החשיפה תעשה בכמויות מזעריות. לאחר גיל 6 חודשים כמויות המזון תגדלנה בהדרגה, עד להגעה לכמות המתאימה לארוחה. מומלץ להתחיל במזונות עשירים ומועשרים בברזל. מזונות כמו: בשר בקר, הודו ועוף, דגים, קטניות, דייסות לתינוקות מועשרות בברזל, ירקות ופירות

מומלצים כמאכלים ראשוניים (ראה טבלה בנספח מס' 1). השימוש במאכלים יחידים מקל על מציאת הסיבה לתגובה של אי סבילות למזון, אם תתרחש. בנוסף, קיימת חשיבות להפרדה בין המאכלים על מנת להרגיל את התינוק לטעמים ומרקמים שונים.

נספח 2: הנחיות לתזונה נבונה

מתוך לאכול ולגדול תדריך להזנת תינוקות פעוטות וילדים במסגרות חינוכיות 2006 משרד הבריאות

□ צריכת מזון דל בשומן רווי

לילדים עד גיל שנתיים יש לתת מוצרי חלב בעלי תכולת שומן של לא פחות מ-3 אחוזים. לילדים מעל גיל שנתיים מומלץ לאכול מוצרי חלב רזים (גבינות 5%, מעדנים ויוגורטים 3%, חלב 1%), בשר בקר רזה, עוף ללא עור.

□ גיוון בקבוצת המזון העשירה בחלבון

המזון בקבוצה זו מכיל רכיבי תזונה חיוניים לגדילה ולהתפתחות: יש להקפיד על צריכת חלב ומוצרי העשירים בסידן, לבריאות העצמות והשיניים. כמו כן יש להקפיד על צריכת מוצרי עוף, בשר ודגים, העשירים בברזל, למניעת אנמיה.

□ אכילת דגנים, קטניות, ירקות ופירות

מומלץ לצרוך את הירקות והפירות על קליפתם. כמו כן, מומלצים דגנים מלאים, אורז מלא, שיבולת שועל, לחם מחיטה מלאה, בהיותם מקור עיקרי לסיבים תזונתיים ויטמינים ומינרלים.

□ אכילת ירקות ופירות

ההמלצה כיום היא לאכול לפחות חמישה סוגי ירקות ופירות ביום, מחמישה צבעים שונים.

מומלץ להגיש במסגרות החינוכיות 3 סוגים של ירק ו-3 סוגי פירות בארוחות הבוקר והצהרים לאורך השבוע.

□ אכילה מסודרת

מומלץ לאכול 3 ארוחות עיקריות (בוקר, צהרים וערב) ו 2-3 ארוחות ביניים. ארוחת ביניים יכולה להיות כריך עם ממרח (חמוס, טחינה, גבינה לבנה וכדומה), יוגורט ופרי, דגני בוקר עם חלב וכדומה.

□ הפחתת מלח (נתרן)

מומלץ לצמצם את השימוש במלח או אבקות מרק ולהימנע משימוש מופרז במזון עשיר בנתרן כמו אבקות מרק וחטיפים מלוחים. יש לזכור, כי מרבית המזונות המתועשים המוכנים והחצי מוכנים מכילים הרבה נתרן.

נספח 3: גודל מנה

מתוך לאכול ולגדול תדריך להזנת תינוקות ופעוטות מגיל 3 חודשים עד גיל 5 שנים. שרותי בריאות הציבור משרד הבריאות ספטמבר 2006

הטבלה "הגדרת גודל מנה לפני בישול" מציגה את גודל המנה המומלץ של כל פריטי המזון הדרושים לארוחת צהרים לפני הבישול (גולמי), לפי מרכיבי הארוחה השונים בהתאם לקבוצות הגיל. טבלה זו יכולה לסייע בתכנון המצרכים הדרושים להכנת פריטי המזון.

שימוש בכמויות המצוינות בטבלה יביא לגודל המנה המוכנה המומלצת להגשה כמפורט בטבלה

"טבלת הגדרת גודל מנה להגשה - ארוחת צהרים בשרית".

טבלת גודל מנות לפני בישול בארוחת צהרים בשרית בגרמים

| פריט מזון | גילאי 1-3 שנים | גילאי 4-5 שנים |
|--|----------------|----------------|
| חזה הודו/ חזה עוף/שיפודי הודו/שיפודי עוף/ גולש בקר או הודו | 40-70 גר' | 90 גר' |
| כרעיים עוף (עם עור ועצמות) | 100-120 | 160 |
| טחון – הודו/בקר (קציצות/המבורגר/קבב) | 40-70 | 100 |
| חזה עוף (להכנת שניצל) | 40-70 | 100 |
| דג ללא עצמות (פילה)/קציצות דג | 50-100 | 120 |
| אורז | 26 | 40 |
| חיטה | 15 | 20 |
| כוסמת/גריסים/בורגול/קוסקוס | 20 | 30 |
| תירס | 80 | 120 |
| קטניות | 20-30 | 40-50 |
| סולת/פתיתים | 40 | 60 |
| ספגטי | 30 | 50 |
| תפו"א/בטטה מחית | 110 | 160 |
| תפו"א/בטטה פרוסות | 70 | 110 |
| ירקות מבושלים או מאודים | 80 | 150 |
| ירקות חיים | 55 | 110 |
| פירות | 1/2 | 1/2 |