

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

KIERUNEK: POŁOŻNICTWO

JOANNA FAJDEK

**OCENA PRZEBIEGU KARMIENTA PIERSIĄ
W POPULACJI DZIECI 3 LETNICH NA TERENIE MIASTA ŻORY**

PRACA DYPLMOWA-MAGISTERSKA

NAPISANA POD KIERUNKIEM:

Dr n. med. Beaty Naworskiej

Zakład Propedeutyki Położnictwa

WNOZ SUM W Katowicach

KATOWICE

Obrona 5 lipca 2013 roku

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	4
1. WSTĘP.....	6
1.1 RYS HISTORYCZNY	6
1.2 REKOMENDACJE I DEFINICJE DOTYCZĄCE KARMIENTA PIERSIĄ..	8
1.3 FIZJOLOGIA LAKTACJI	9
1.4 SKŁAD MLEKA KOBIECEGO.....	10
1.5 REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE KARMIENTA PIERSIĄ	12
1.5.1 Regulacje prawne dotyczące karmienia piersią na świecie.....	12
1.5.2 Regulacje prawne dotyczące karmienia piersią w Europie	14
1.5.3 Regulacje prawne dotyczące karmienia piersią w Polsce	15
1.6 WSPIERANIE KARMIENTA PIERSIĄ W POLSCE	17
1.6.1 Organizacje propagujące karmienie piersią w Polsce	17
1.6.2 Przywileje w pracy dla kobiet karmiących piersią w Polsce	18
1.6.3 Inicjatywa Szpital przyjazny dziecku.....	18
1.6.4 Poradnictwo laktacyjne	20
1.6.5 Rola i zadania położnej we wspieraniu karmienia piersią	22
2. ZAŁOŻENIA I CELE PRACY	24
3. MATERIAŁ I METODY.....	25
4. WYNIKI.....	27
5. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA	84
6. WNIOSKI	92
7. PIŚMIENNICTWO.....	93
8. STRESZCZENIE	101
ABSTRACT	103
9. WYKAZ TABEL I RYCIN	105

10. ANEKS

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Celem pracy była ocena i analiza przebiegu karmienia piersią wśród dzieci 3- letnich w Żorach, a także uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie czynniki wpływają na długość wyłącznego karmienia piersią.
2. Czy długość wyłącznego karmienia piersią ma wpływ na długość całkowitego karmienia piersią.

1. MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród mieszkanek Żor. Kryteriami włączenia do badań było: zamieszkiwanie na terenie miasta Żory, urodzenie dziecka w 2009 roku, dobrowolny udział w badaniu i wypełniony w całości kwestionariusz. Natomiast brak zgody oraz niekompletnie wypełniony kwestionariusz stanowiły kryterium wyłączenia z badań. Wybór tej grupy matek do przeprowadzenia badań, podyktowany był zamiarem uzyskania wyników z doświadczeń w zakończonym już karmieniu piersią ale w czasie obowiązywania aktualnych zaleceń dotyczących takiego żywienia .

Po uzyskaniu zgody Prezydenta Miasta , od 01.10. 2012 roku do 31.11.2012 roku, we wszystkich przedszkolach w Żorach w grupach z dziećmi 3- letnimi, rozdano losowo wybranym 250 matkom kwestionariusze ankiet. Uzyskano 143 wypełnionych w całości kwestionariuszy. Najliczniejszą grupę -56,3% ankietowanych stanowiły kobiety w wieku powyżej 31 lat. Kolejna - 42,4% to kobiety w wieku 21-30 lat., 1,4% natomiast stanowiły kobiety do 20 roku życia. 39,6% respondentek posiadało wykształcenie wyższe magisterskie lub równoważne, 38,2% średnie, 12,5% wyższe lic/inż., 9% zawodowe ,a 0,7% gimnazjalne. Żadna z respondentek nie posiadała wykształcenia podstawowego. Wśród respondentek przeważająca grupa - 91,7% stanowiły kobiety zamężne, 4,2% jest rozwiedzione. 2,8% to kobiety niezamężne w stałym związku , a 1,4% to samotne matki.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i ankietą jako techniką badawczą. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz, zawierający pytania ogólne m.in. czy respondentki były karmione piersią i czy mają wśród bliskich kobiet doświadczone w karmieniu piersią. Pytania o planowanie ciąży i karmienie piersią mającego się urodzić dziecka, rodzaj porodu, procedury zastosowane podczas porodu siłami natury oraz jeżeli odbył się drogą cięcia cesarskiego , to jakie były do niego wskazania. Kolejność w rodzinie objętego badaniem dziecka. Inne pytania dotyczyły wieku, stanu cywilnego i wykształcenia. Kwestionariusz zawierał również pytania szczegółowe. Dotyczyły one źródeł zdobywania informacji o karmieniu piersią, problemów w karmieniu piersią, powodów, zakończenia karmienia, wprowadzania żywności uzupełniającej. Postrzegania ciąży oraz emocji po porodzie.

Analiza uzyskanych danych, została przeprowadzona w dwóch etapach: statystyka opisowa i analityczna. Statystykę opisową opracowano przy pomocy arkusza programu

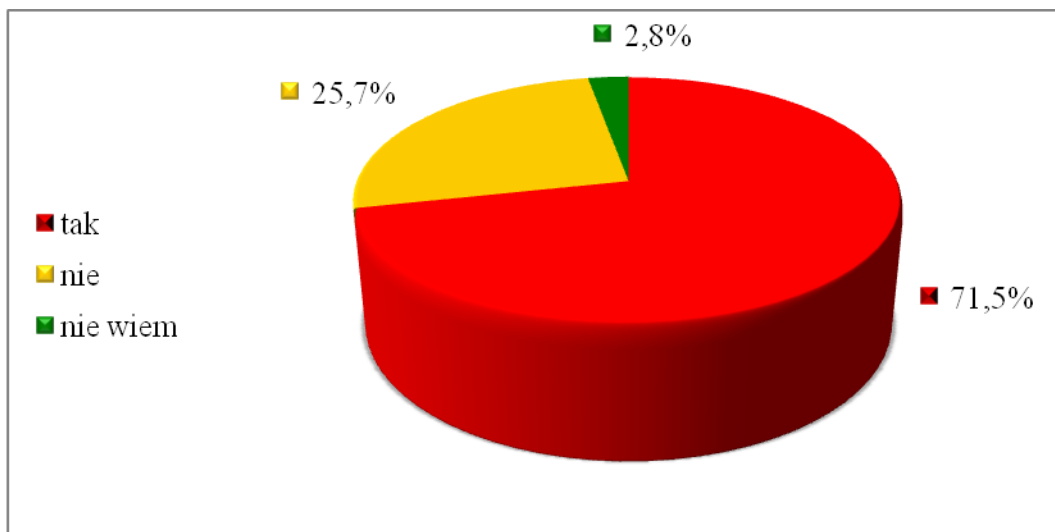
Microsoft Excel tworząc wykresy z uzyskanych danych. W części analitycznej, do wyznaczenia zależności metodą regresji wielorakiej użyto programu Statistica 10. Natomiast do wyznaczenia zależności za pomocą regresji logistycznej zastosowano Internetowy kalkulator regresji logistycznej.

Do analizy danych zastosowano testy (metody statystyczne):

- badanie zależności zmiennych metodą regresji wielorakiej (w przypadku kiedy mamy jedną zmienną objaśnianą i kilka objaśniających);
- badanie zależności zmiennych metodą regresji liniowej (w przypadku kiedy mamy jedną zmienną objaśnianą i jedną objaśniającą);
- badanie zależności zmiennych metodą regresji logistycznej (w przypadku pary zmiennych z czego zmienna objaśniana przyjmuje wartości 0 lub 1 (np. NIE - 0, TAK - 1 w odpowiedzi na pytanie ankietowe);
- wyznaczanie współczynników korelacji Pearsona oraz korelacji rang Spearmana, celem wyznaczenia siły zależności pomiędzy danymi zmiennymi.

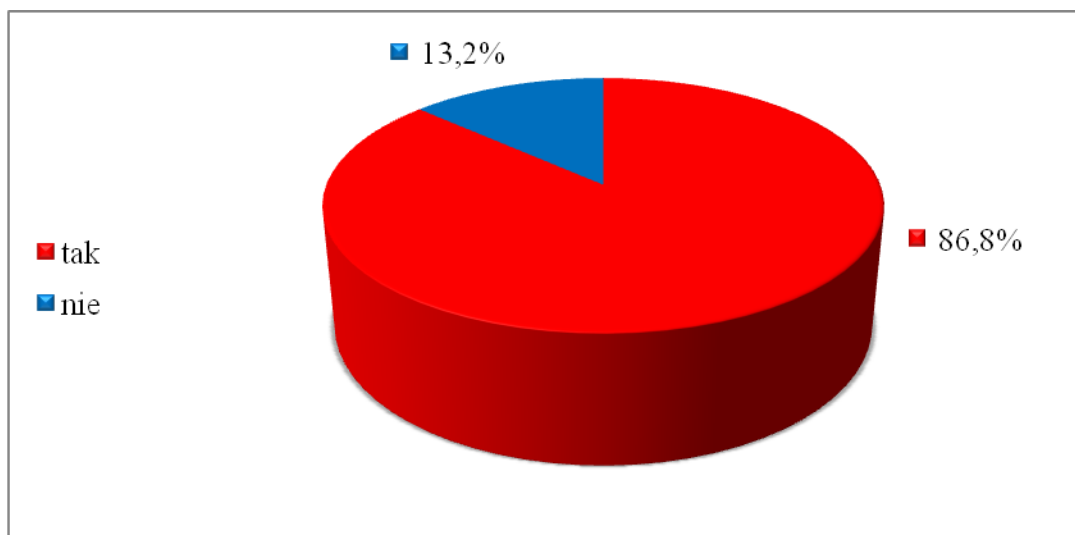
Przy badaniu wpływu emocji kobiet, próbowano wstępnie agregować je w grupy logiczne (np. uczucia bardzo pozytywne: miłość itp.) celem bardziej widocznej analizy statystycznej. Do tego celu wykorzystano metody analizy czynnikowej z wykorzystaniem programu STATISTICA 10. Jednak działania te nie przyniosły znamiennych rezultatów, tzn. zagregowane zmienne w analizie wielorakiej oznaczane były jako zmienne nieistotne. Dlatego pozostano przy zmiennych pierwotnych. Znamienność wyników statystycznych (czyli to czy dany czynnik objaśniający w sposób istotny, bądź nie, wpływa na kształtowanie się zmiennej objaśniającej) wyznaczana jest przez współczynnik istotności dla danej zmiennej objaśniającej (p) i przyjmuje się że zmienna ta jest istotna, jeżeli $p < 0,05$.

2. WYNIKI



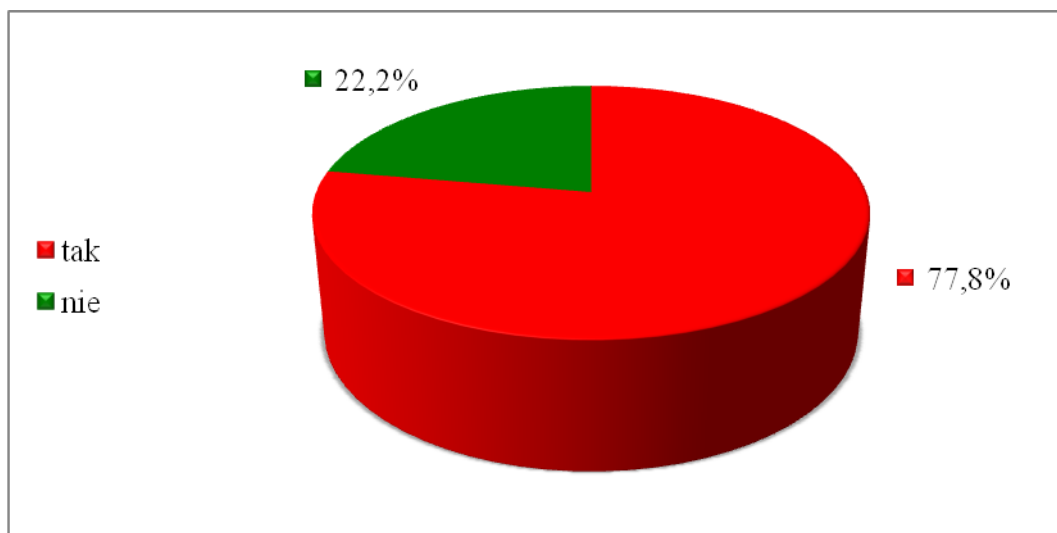
Ryc. 1. Informacja o tym, czy respondentki w dzieciństwie były karmione piersią.

71% ankietowanych kobiet twierdzi, że były karmione piersią, natomiast 26%, że nie były. Pozostałe 2,8% respondentek nie posiada na ten temat informacji.



Ryc. 2. Doświadczenie w karmieniu piersią przez znajome kobiety.

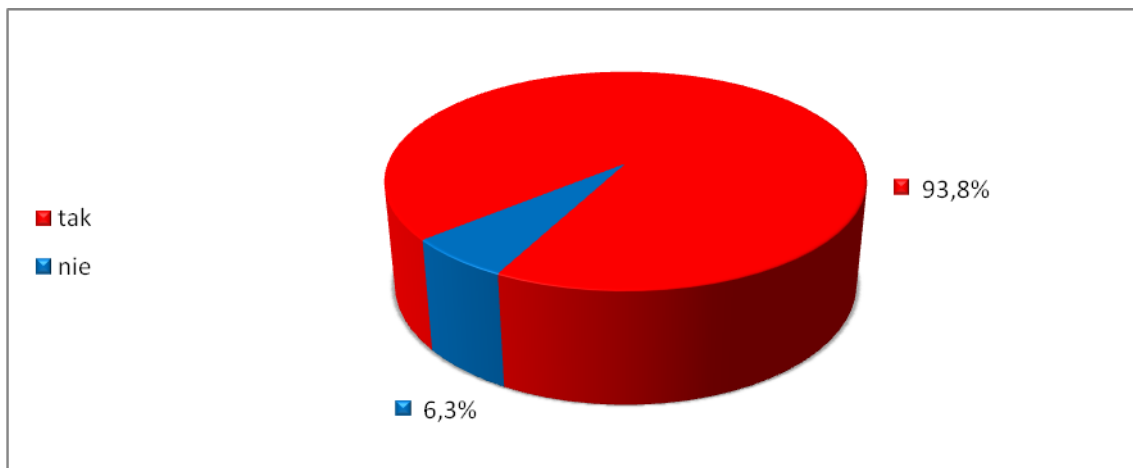
86,0% ankietowanych kobiet deklarowało, że ma wśród znajomych kobiety takie, które posiadają doświadczenie w karmieniu piersią, natomiast 13,2%, nie ma takich znajomych.



Ryc. 3. Planowanie ciąży, dotyczące ankietowanego dziecka.

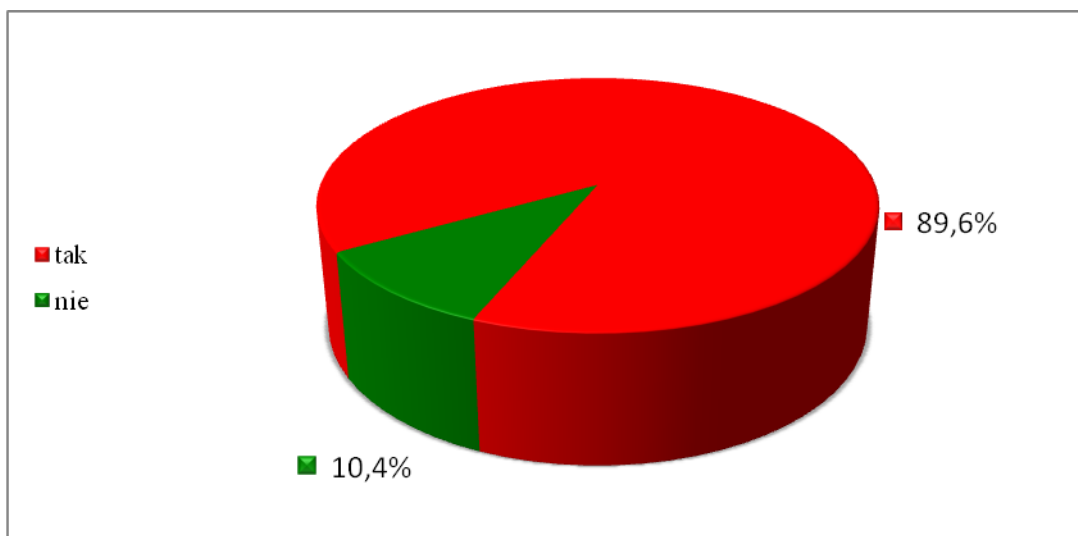
77,8% dzieci, objętych badaniem, urodziło się z planowanych ciąż, a 22,2% z niezaplanowanych.

Wyniki



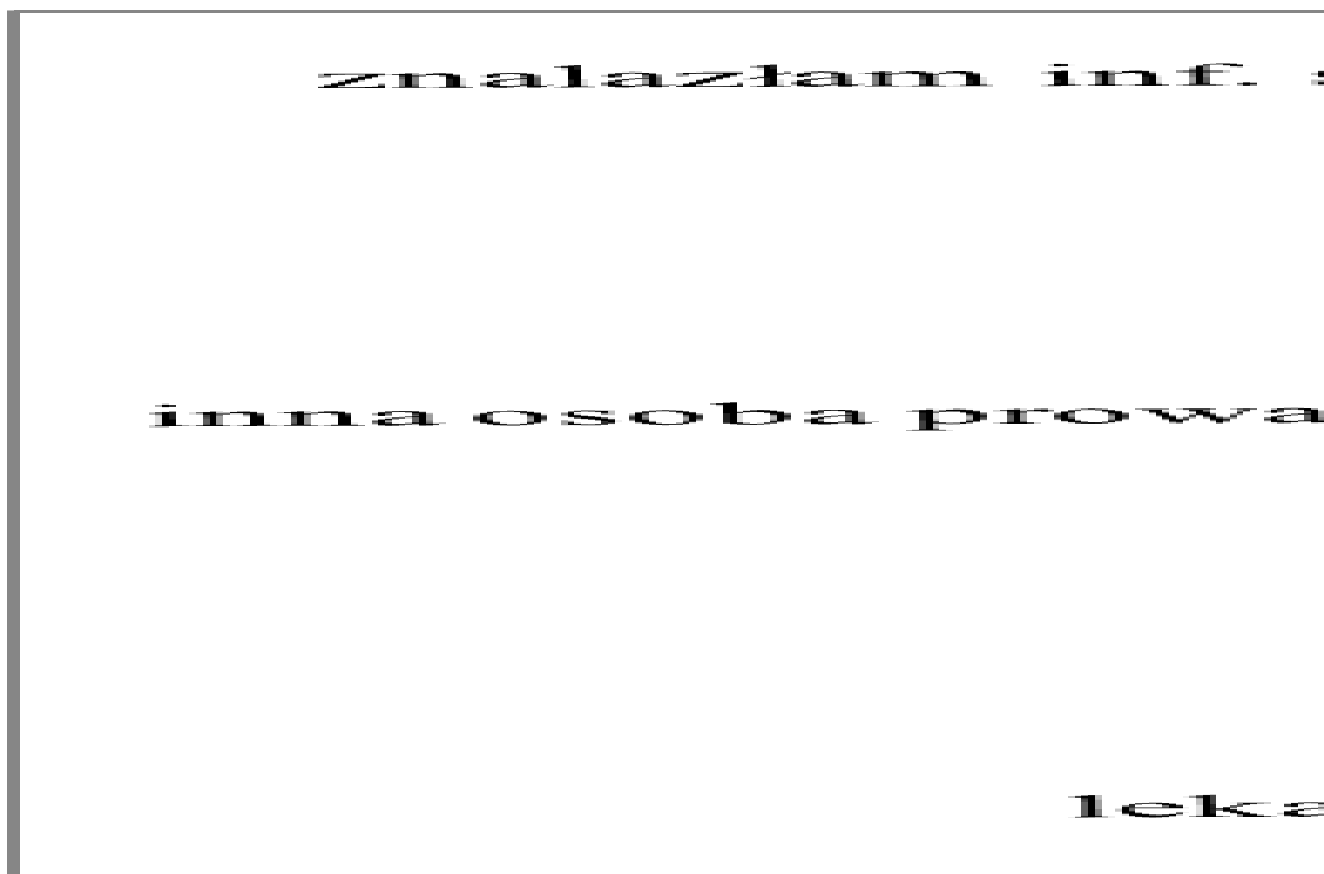
Ryc. 4. Plany respondentek dotyczące karmienia piersią.

W trakcie ciąży 93,8% kobiet planowało, że dziecko będzie karmione piersią, natomiast 6,3% nie planowało karmić piersią.



Ryc. 5. Poszukiwanie informacji o karmieniu piersią podczas ciąży.

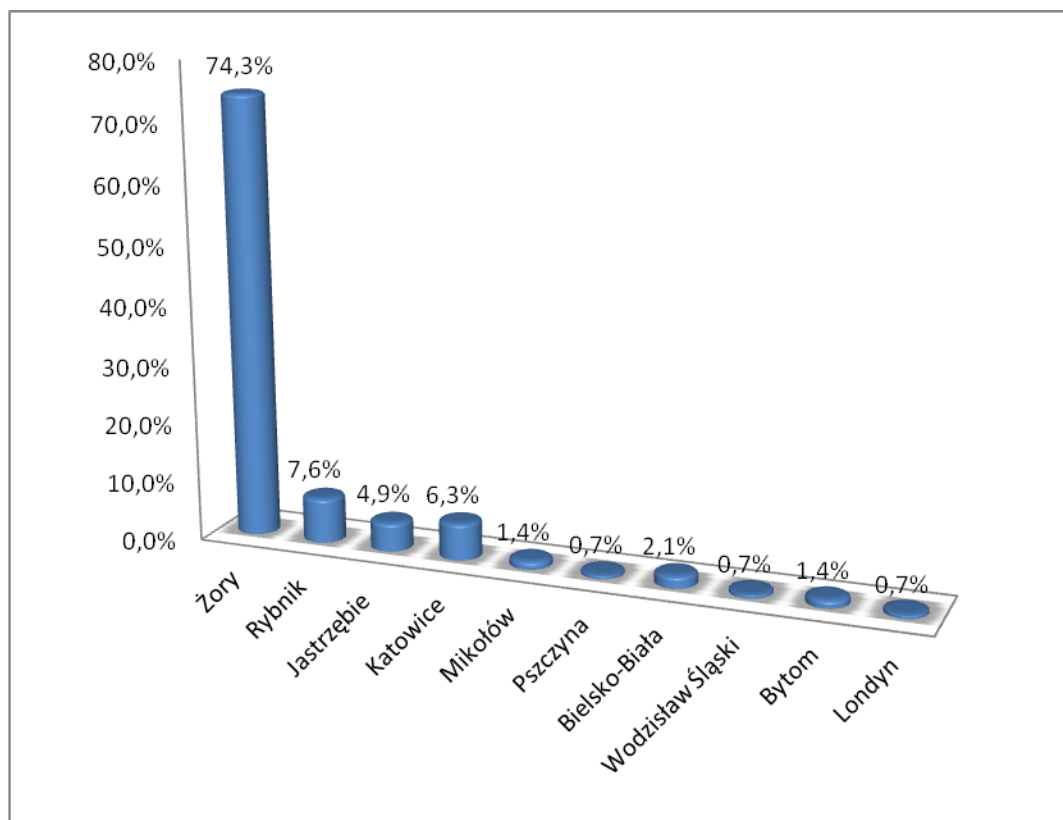
89,6% ankietowanych kobiet w trakcie ciąży szukało informacji na temat karmienia piersią, a 10,4 % nie.



Ryc. 6. Źródła wiedzy na temat karmienia piersią.

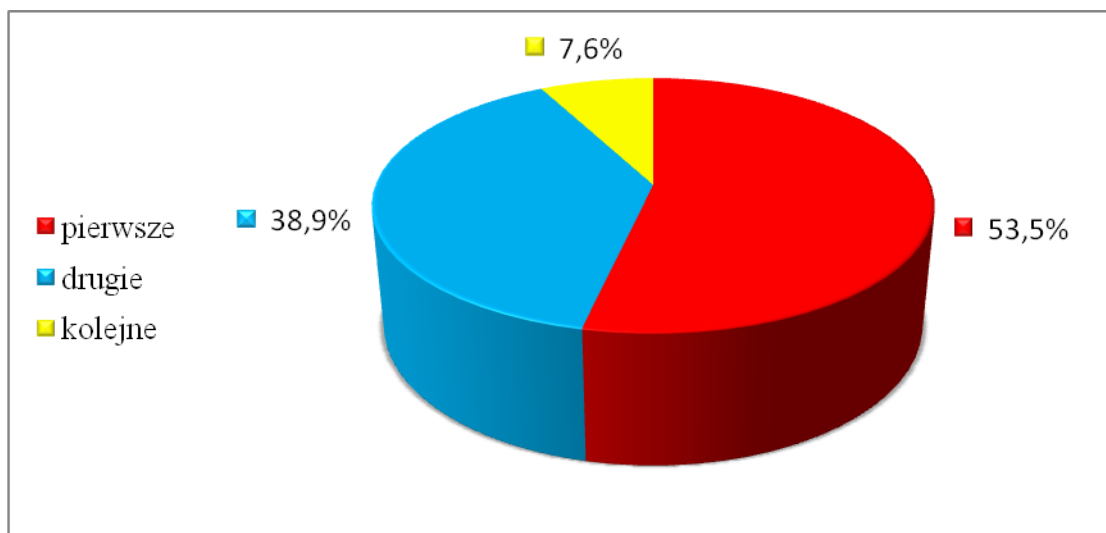
Najwięcej kobiet, bo 15,8% jako źródło wiedzy na temat karmienia piersią podaje książki. 13,7% respondentek wskazuje jako źródło wiedzy położne w szpitalu. 11,1% kobiet znalazło informacje na stronach internetowych. Kolejne 11,1% zdobyło informacje od położnych w Szkole Rodzenia. 10,9% o karmieniu piersią dowiedziało się od położnych środowiskowych. 10,7% kobiet znalazło informacje w gazetach. Kolejnym 8,6% informacji udzieliła rodzina. 4,7% otrzymało informacje od położnych w poradni K, a następnych 4,7% od znajomych. Lekarz ginekolog-położnik był źródłem wiedzy o karmieniu piersią dla 3,4% respondentek, a lekarze pediatra/neonatolog i ogólny/rodzinny/internista po 1,5%.

Wyniki



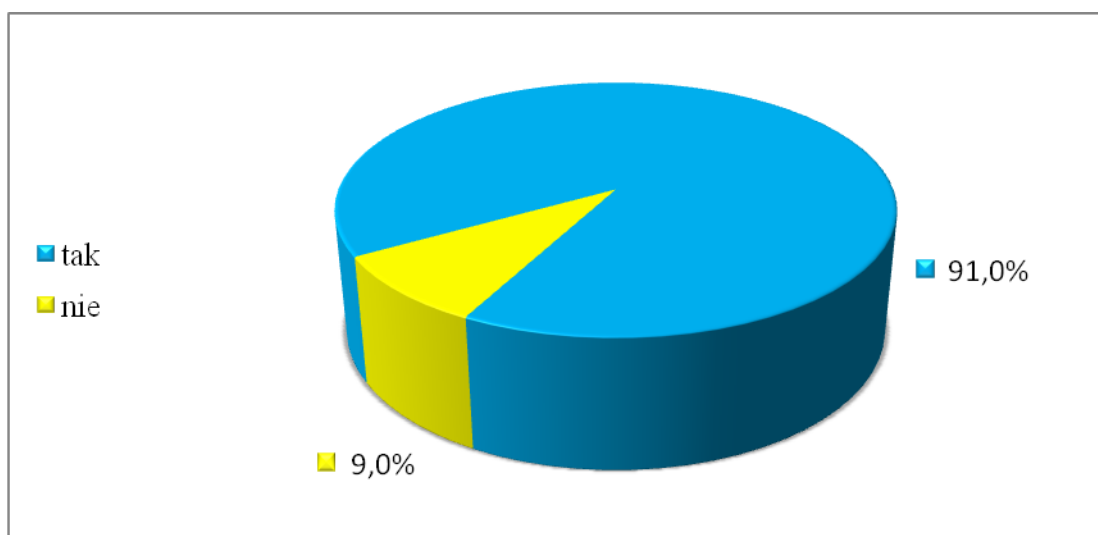
Ryc. 7. Miejscowość w której odbył się poród.

W grupie dzieci mieszkających w Żorach, urodzonych w roku 2009, 74,3% urodziło się w Żorach, 7,6 % urodziło się w Rybniku. Niewiele mniej, bo 6,3% w Katowicach, a 4,9% w Jastrzębiu. Natomiast w Bielsku-Białej 2,1%. W Mikołowie i w Bytomiu urodziło się po 1,4%. Miejscowościami, w których przyszło na świat po 0,7% mieszkańców Żor ankietowanego rocznika, są Pszczyna i Londyn.



Ryc. 8. Informacja o kolejności przyjścia na świat objętych badaniem dzieci.

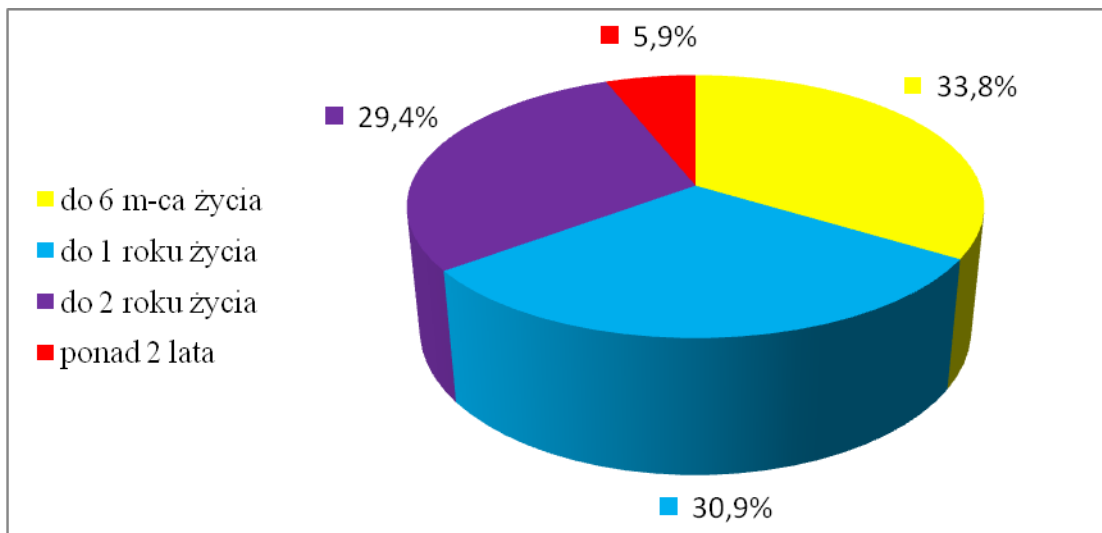
Objęte ankietą dzieci w 53,5% są pierwszymi dziećmi w rodzinie. 38,9% stanowi grupa dzieci urodzonych jako drugie. Natomiast w 7,6% są to kolejne dzieci.



Ryc. 9. Karmienie piersią poprzednich dzieci.

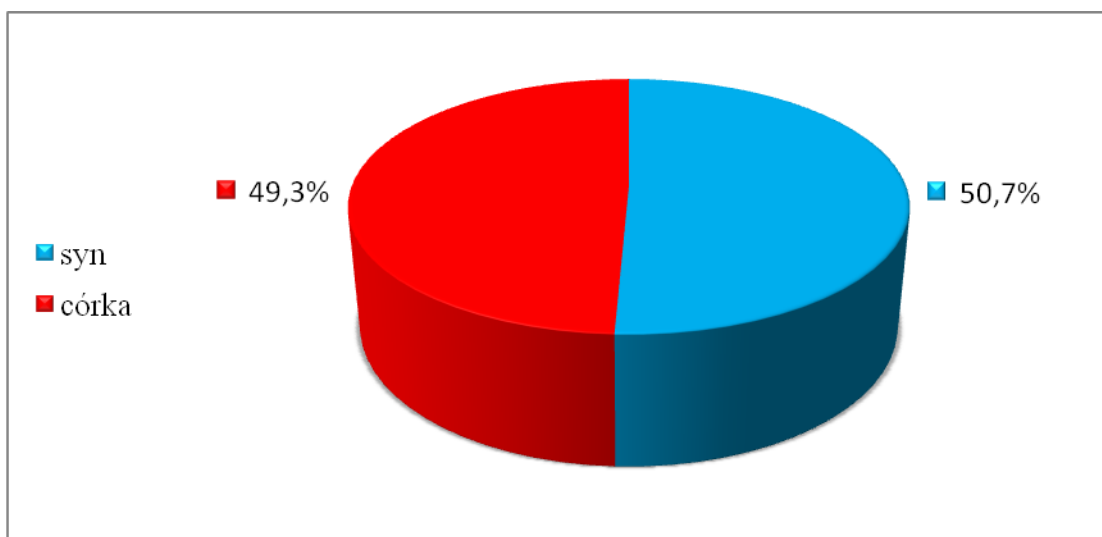
Wśród ankietowanych matek 91% karmiło poprzednie dzieci piersią, natomiast 9% z nich nie karmiło piersią.

Wyniki



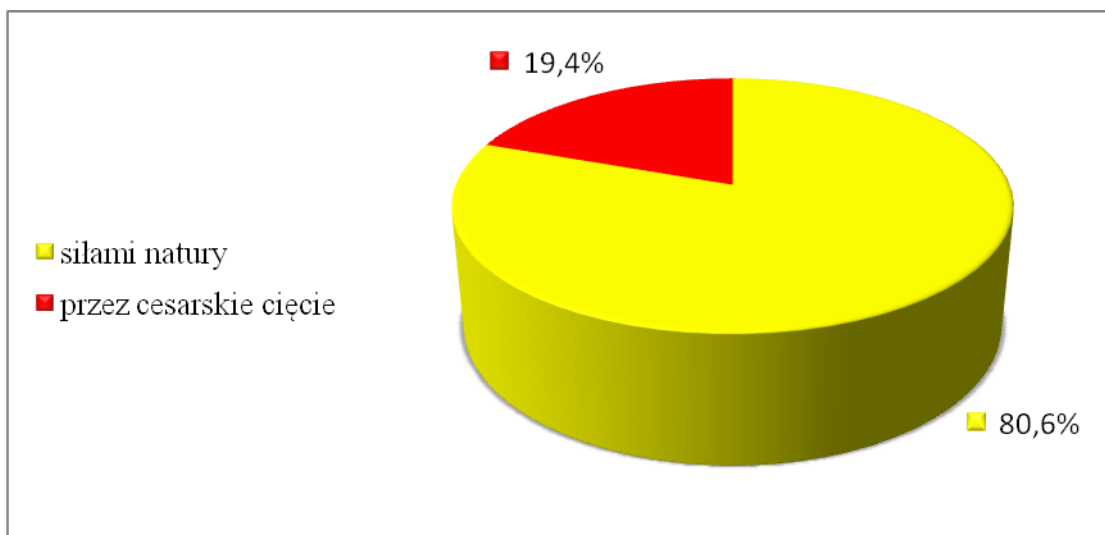
Ryc. 10. Długość trwania karmienia piersią poprzednich dzieci.

Wśród matek karmiących poprzednie dzieci piersią w 33,8% karmienie trwało do szóstego miesiąca życia dziecka. Do pierwszego roku życia karmionych było 30,9%, a 29,4% do drugiego roku życia. 5,9% kobiet karmiło ponad dwa lata.



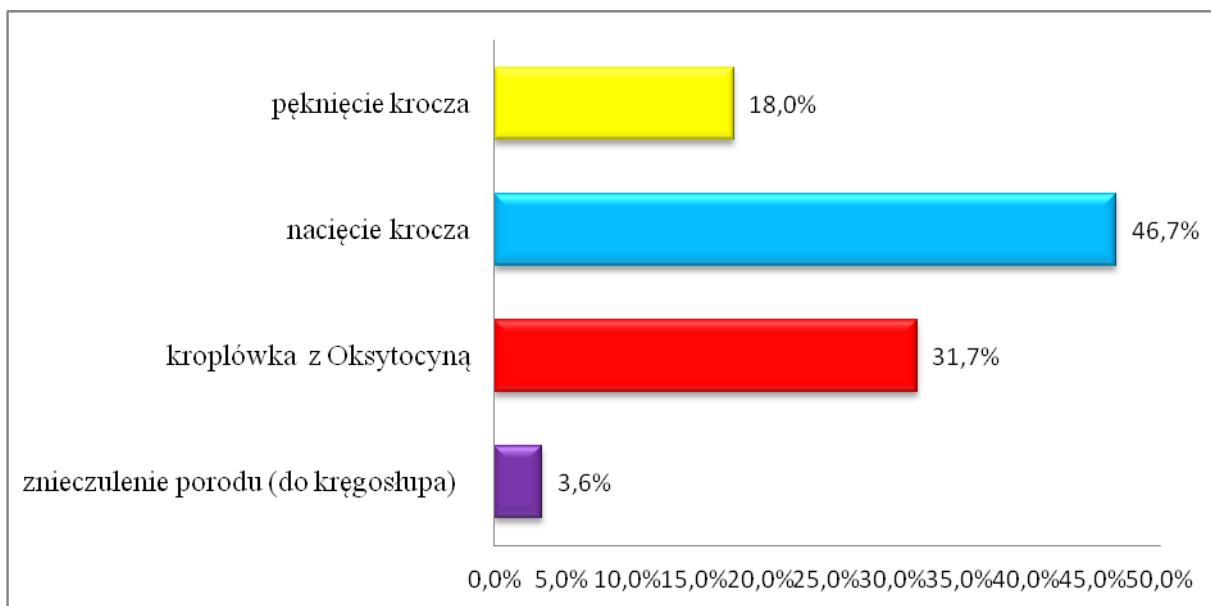
Ryc. 11. Płeć dziecka.

W ankietowanej grupie matek była niewielka przewaga tych, które miały synów (50,7%). Matki córek stanowiły 49,3%.



Ryc. 12. Sposób urodzenia dziecka.

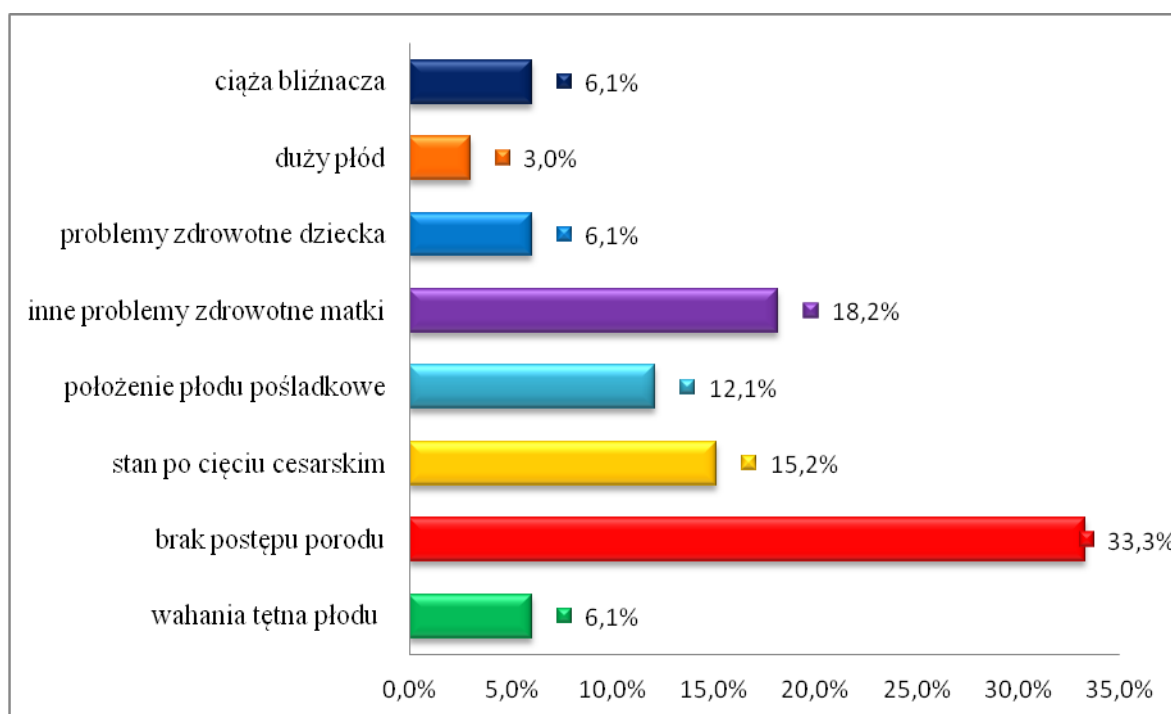
80,6% respondentek urodziło dziecko siłami natury, natomiast 19,4% porodów odbyło się poprzez cesarskie cięcie.



Ryc. 13. Procedury medyczne zastosowane podczas porodu siłami natury*.

(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n = 167).

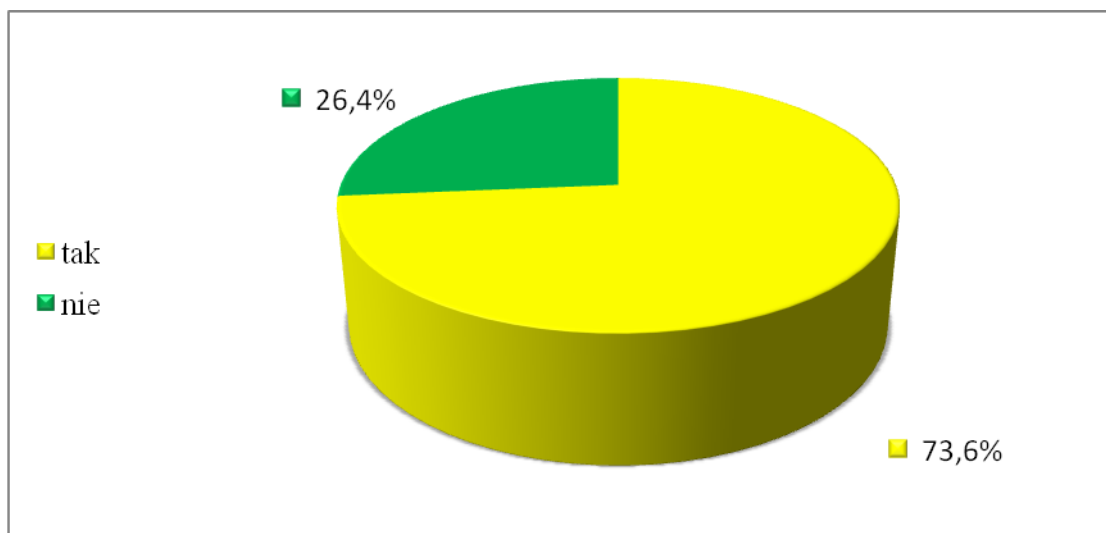
Wśród kobiet, które urodziły dziecko siłami natury, 46,7% miało nacięte krocze, a u 18% nastąpiło jego pęknięcie. Podczas porodów u 31,4% respondentek, zastosowano kroplówkę z oksytocyną. 3,6% kobiet było do porodu znieczulone.



Ryc. 14. Wskazania do porodu przez cięcie cesarskie*.

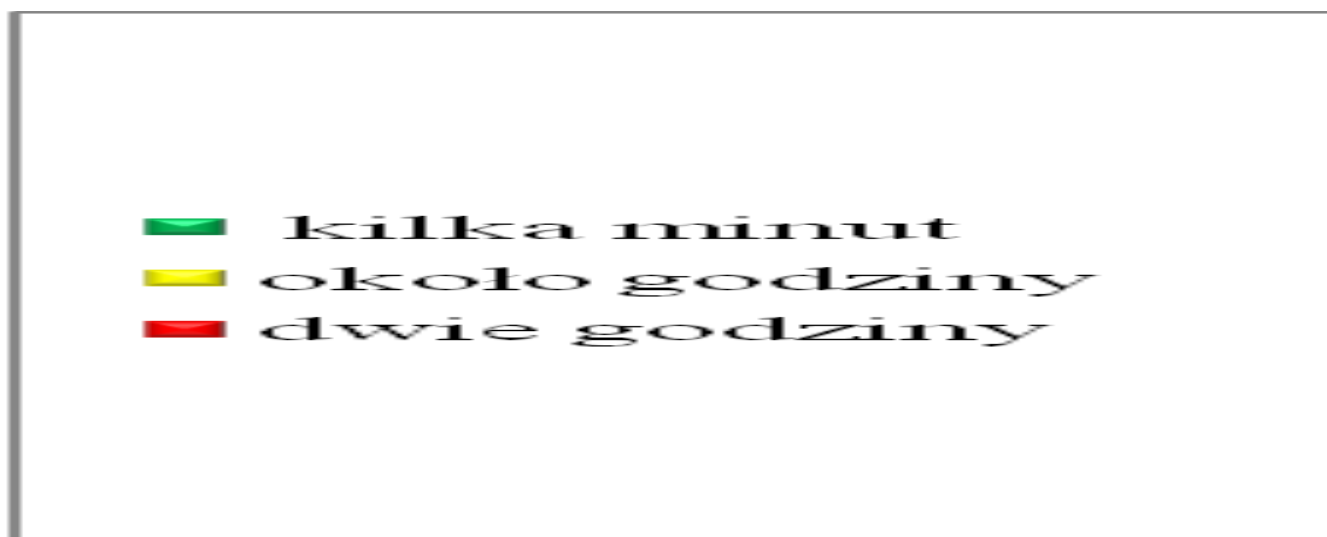
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n=33).

Najczęstszym powodem, będącym wskazaniem do porodu przez cesarskie cięcie, stanowiącym 33,3% przypadków u ankietowanych kobiet, był brak postępu porodu. Na drugim miejscu (18,2%) respondentki wskazywały inne problemy zdrowotne. W 15,2% powodem był stan po cięciu cesarskim. 12,1% wskazań stanowiło położenie pośladkowe. Po 6,1% wskazanie stanowiły wahania tętna płodu, ciąża bliźniacza oraz problemy zdrowotne dziecka. Poród dużego dziecka był wskazaniem 3,0 % porodów ukończonych tym sposobem.



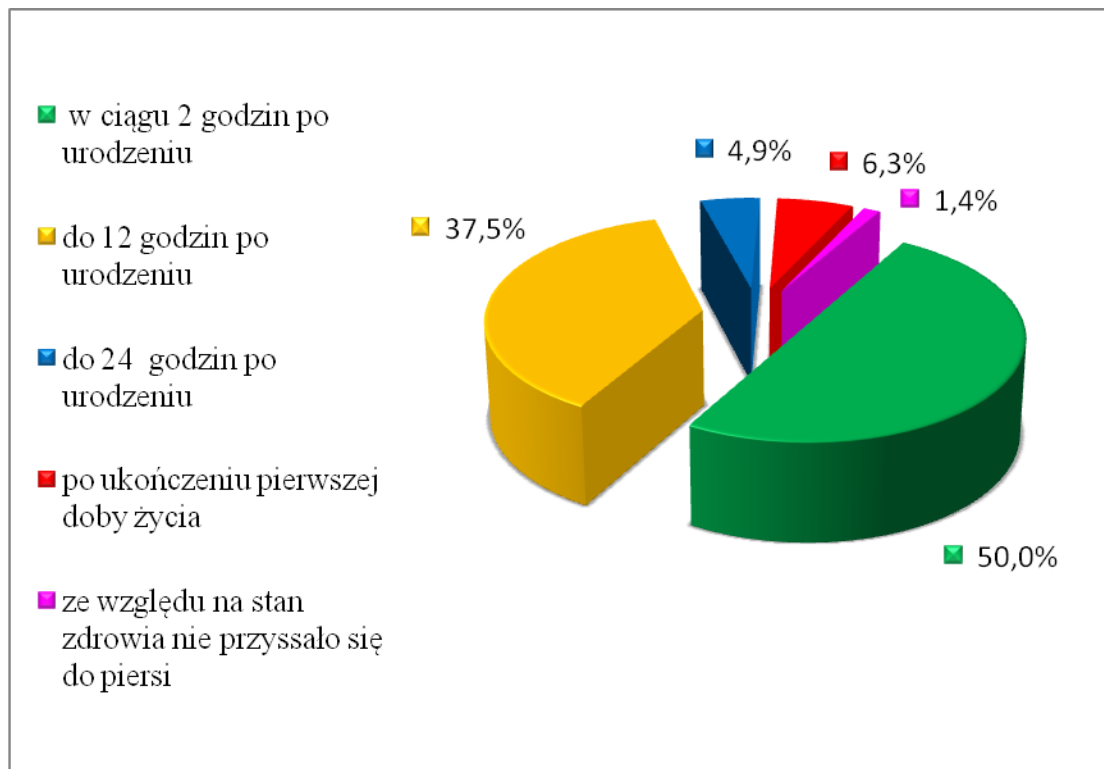
Ryc. 15. Kontakt z dzieckiem skóra do skóry po porodzie.

Kontaktu skóra do skóry z dzieckiem po porodzie doświadczyło 73,6% ankietowanych kobiet, natomiast 26,4% takiego kontaktu nie umożliwiono.



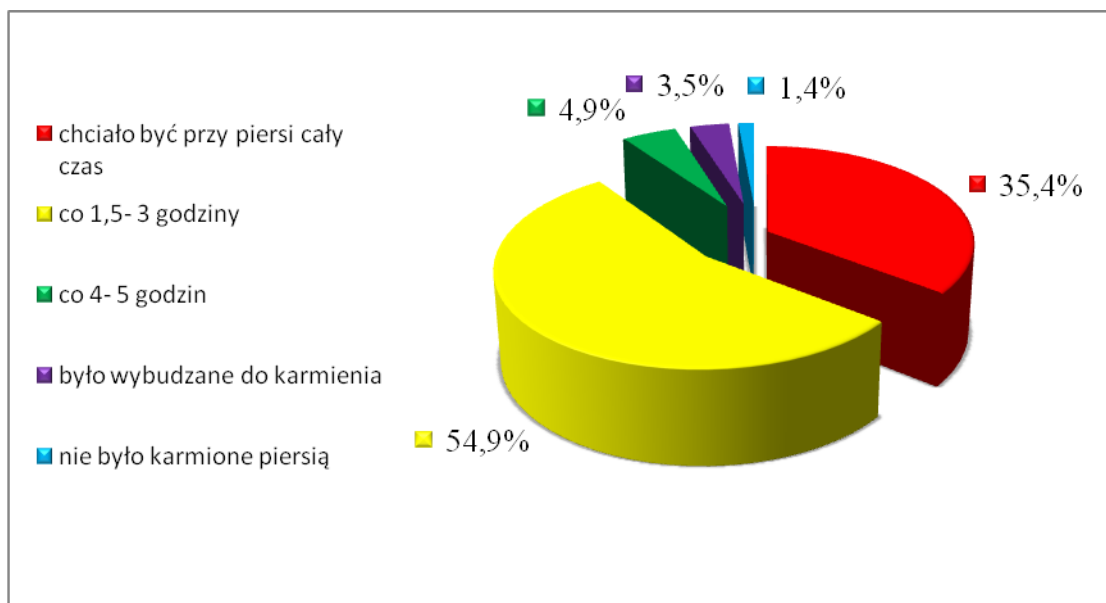
Ryc. 16. Czas trwania pierwszego kontaktu.

W ankietowanej grupie kobiet, które miały kontakt skóra do skóry z dzieckiem, w 96,2% trwał kilka minut. W 2,8% około godziny, natomiast u 0,9% dwie godziny.



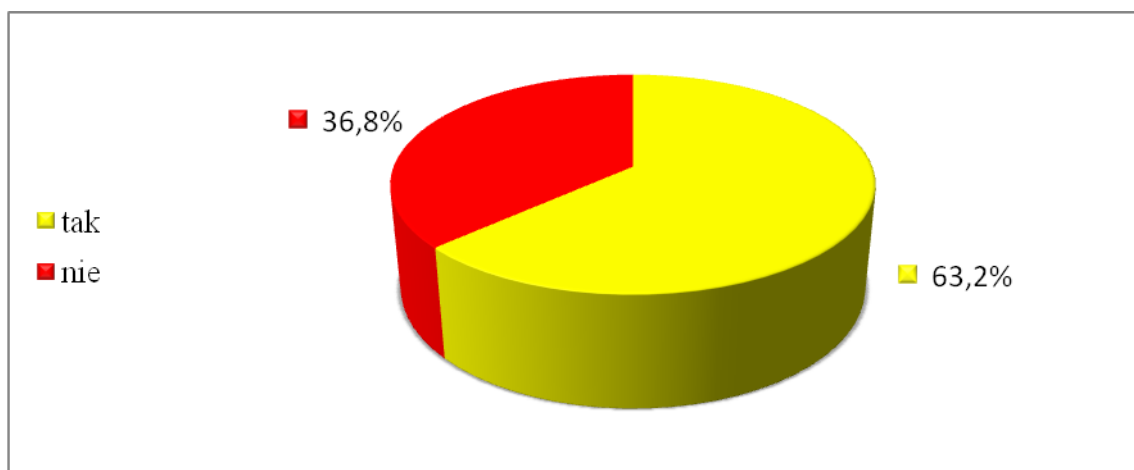
Ryc. 17. Czas ,w którym dziecko pierwszy raz przyssało się do piersi.

Najwięcej, bo 50% dzieci pierwszy raz przyssało się do piersi w ciągu 2 godzin po urodzeniu. 37,5% zrobiło to w ciągu 12 pierwszych godzin życia. Do 24 godzin po urodzeniu przyssało się do piersi 4,9% dzieci. Po ukończeniu pierwszej doby życia 6,3%. Ze względu na stan zdrowia 1,4% nie przyssało się do piersi.



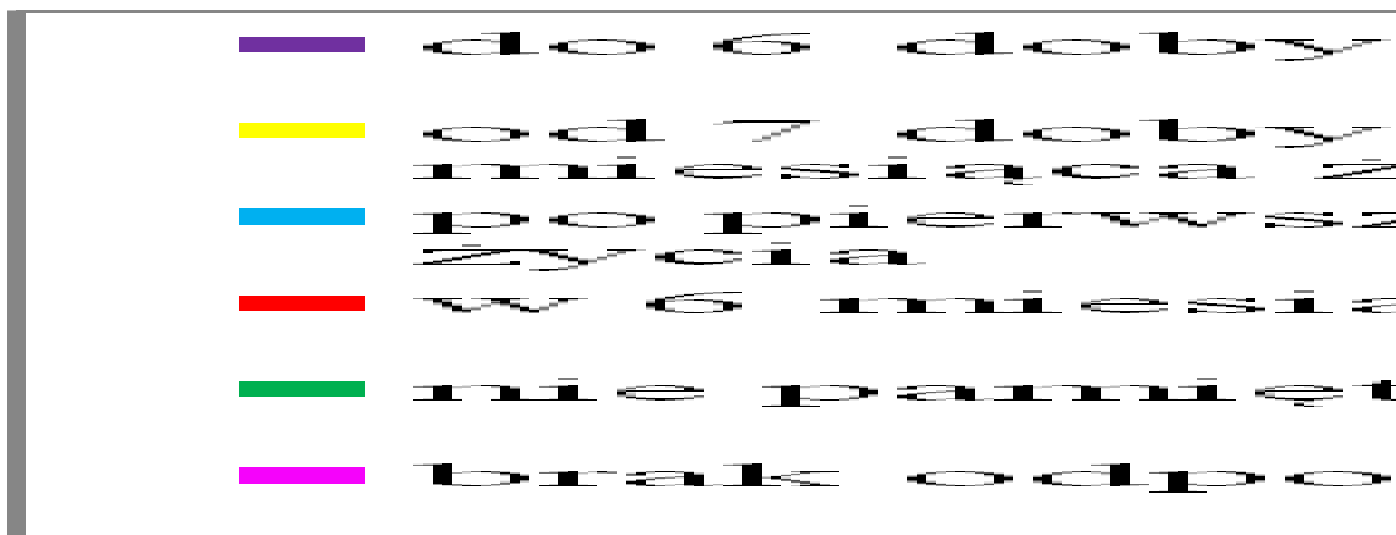
Ryc. 18. Częstotliwość zgłaszania się do piersi przez dziecko, w pierwszych dniach życia.

Wśród ankietowanych matek: 1,4% nie karmiło dziecka piersią, 54,9% respondentek karmiących piersią twierdzi, że w pierwszych dniach życia, ich dzieci zgłaszały się do piersi co 1,5-3 godziny. Drugą co do wielkości grupę (35,4%) stanowią dzieci chcące być przy piersi cały czas. Co 4-5 godzin zgłaszało się 4,9% dzieci, natomiast 3,5% było wybudzane do karmienia.



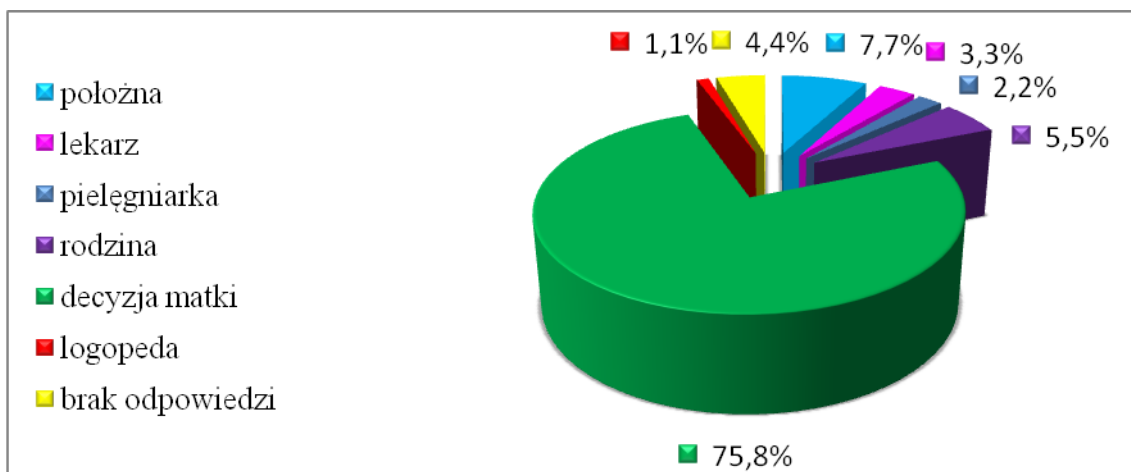
Ryc. 19. Podawanie dziecku smoczka uspokajacza.

Smoczek uspokajacz podawało dziecku 63,2% respondentek, natomiast 36,8% nie podawało dziecku smoczka.



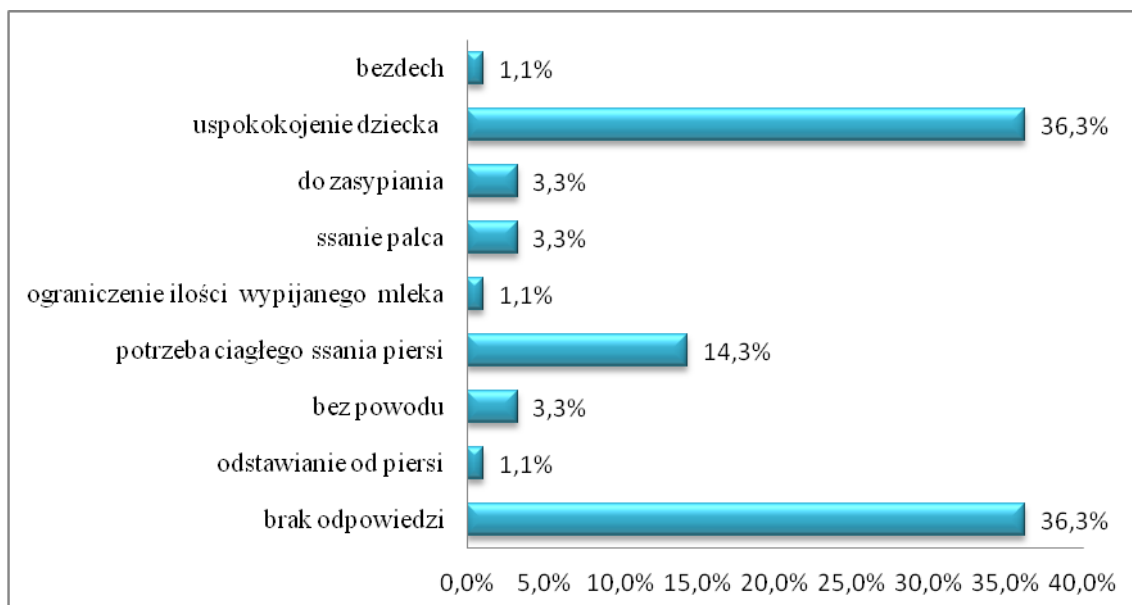
Ryc. 20. Wiek dziecka, w którym otrzymało smoczek uspokajacz.

Prawie połowa (48,4%) dzieci dostała smoczek w pierwszych sześciu dniach po urodzeniu, 29,7% dzieci od 7 doby do pierwszego miesiąca życia, a 15,4% po pierwszym miesiącu życia, 1,1% w 6 miesiącu życia. 4,4% ankietowanych kobiet nie pamięta kiedy dało dziecku smoczek. 1,1% respondentek nie odpowiedziało na pytanie.



Ryc. 21. Osoba proponująca podanie smoczka.

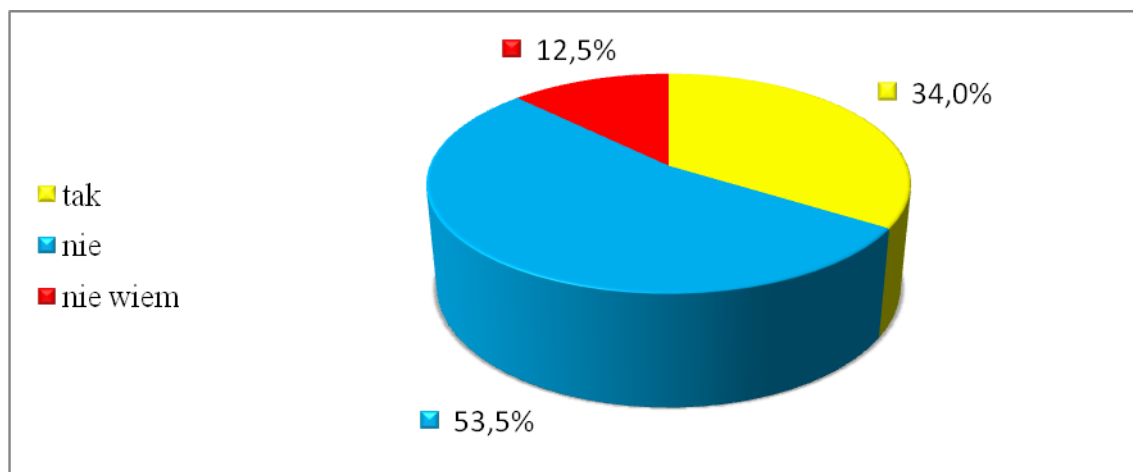
W 75,8% przypadków decyzję o podaniu smoczka podjęła matka dziecka, w 5,5% przypadków podanie smoczka zaproponowała rodzina, 7,7% było propozycją położnych, w 3,3% podanie smoczka zaproponował lekarz, 2,2% pielęgniarka, a w 1,1% smoczek zaproponował logopeda. 4,4% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi.



Ryc. 22. Powody podawania dziecku smoczka uspokajacza.

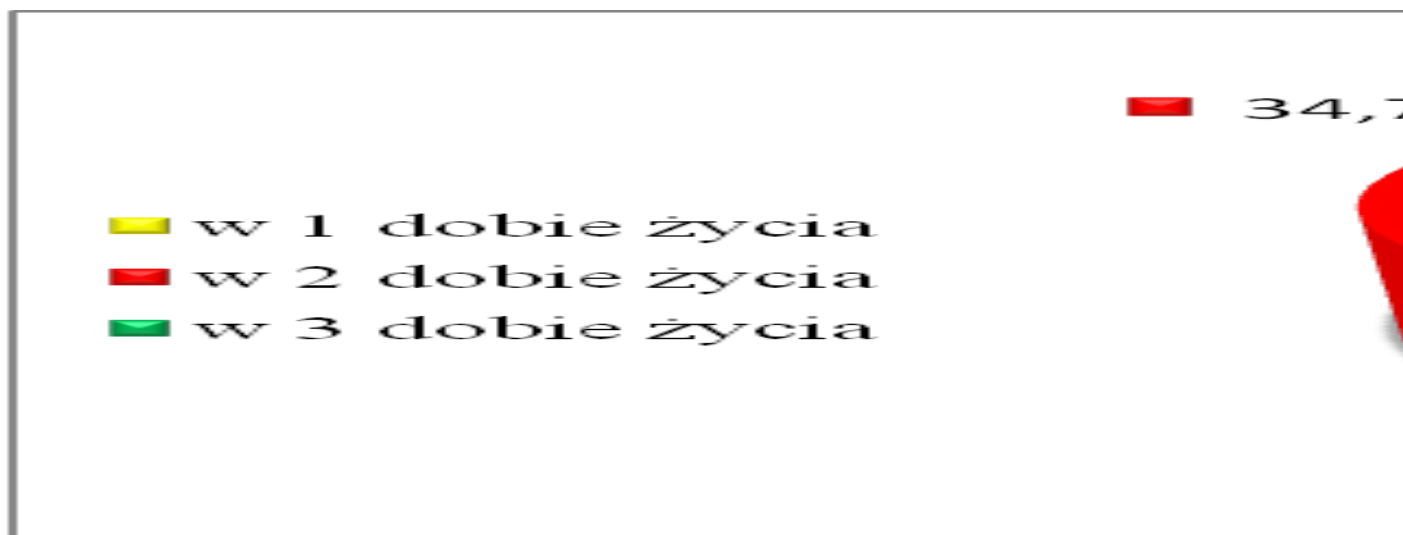
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n=91).

Matki w 36,3% podawały smoczek w celu uspokojenia dziecka. W 14,3% powodem była potrzeba ciągłego ssania piersi. Do zasypiania, z powodu ssania palca i bez powodu (w opinii matek) otrzymywało po 3,3% dzieci. Kolejne powody podawania smoczka przedstawiane przez ankietowane matki to ograniczenie ilości wypijanego mleka (1,1%), bezdech (1,1%), odstawianie dziecka od piersi (1,1 %). 36,3 % ankietowanych kobiet nie odpowiedziało na pytanie.



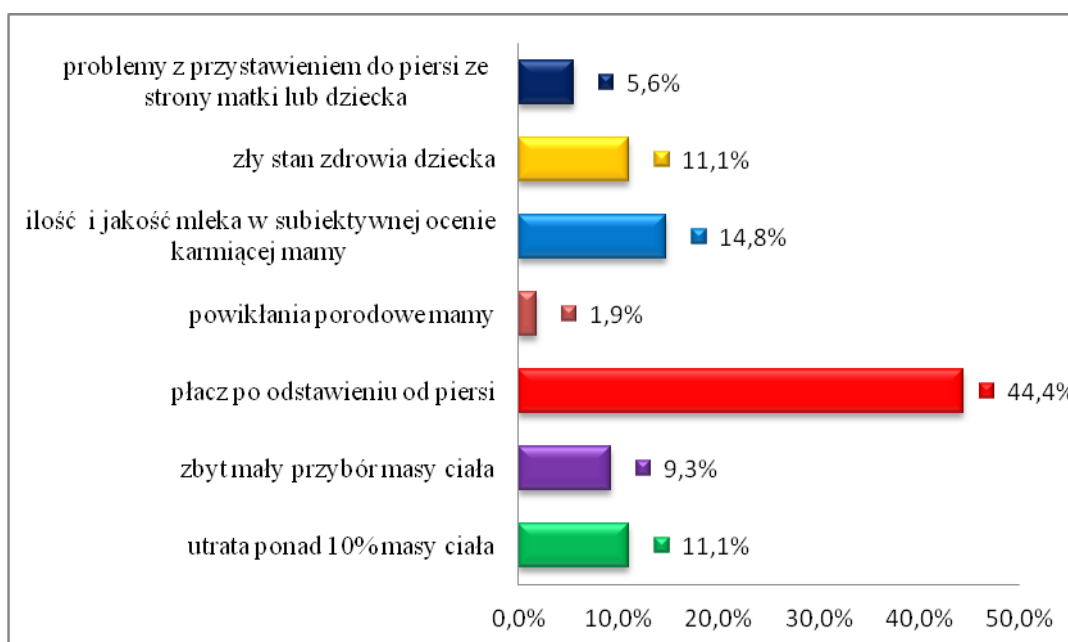
Ryc. 23. Dokarmianie dziecka w trakcie pobytu w szpitalu po urodzeniu.

Z odpowiedzi respondentek wynika, że 53,5% dzieci nie było dokarmianych w trakcie pobytu w szpitalu, a 34% dzieci było dokarmiane. Natomiast 12,5% mam nie wie czy dzieci były dokarmiane.



Ryc. 24. Doba życia, w której dziecko po raz pierwszy było dokarmione.

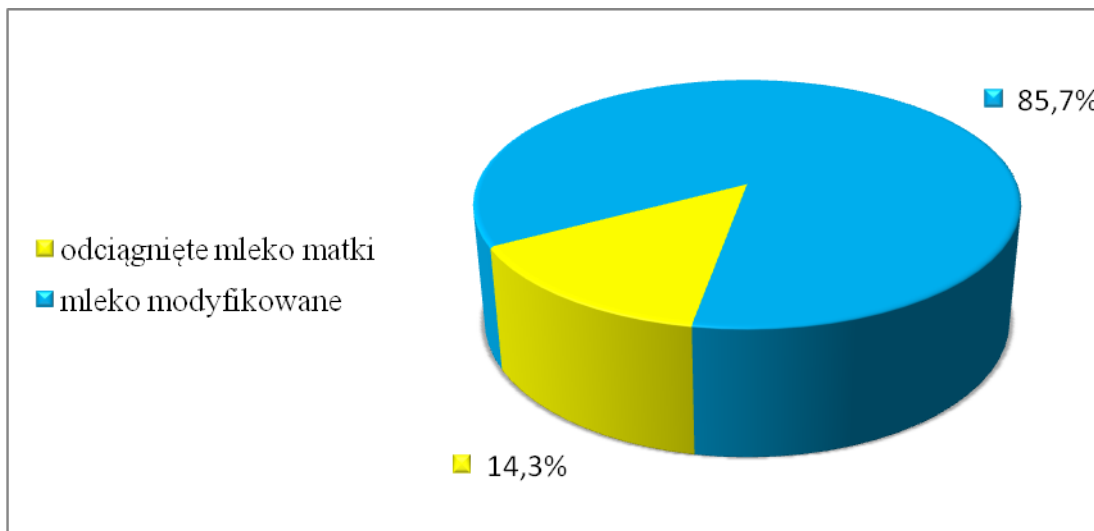
Z dokarmianych w pierwszych dniach życia dzieci, ponad połowa (61,3%), pierwszy raz była dokarmiona w 1 dobie życia, 34,7% w 2 dobie życia, a 4,1% w 3 dobie życia.



Ryc. 25. Powód dokarmiania dziecka, w pierwszych dobach po urodzeniu*.

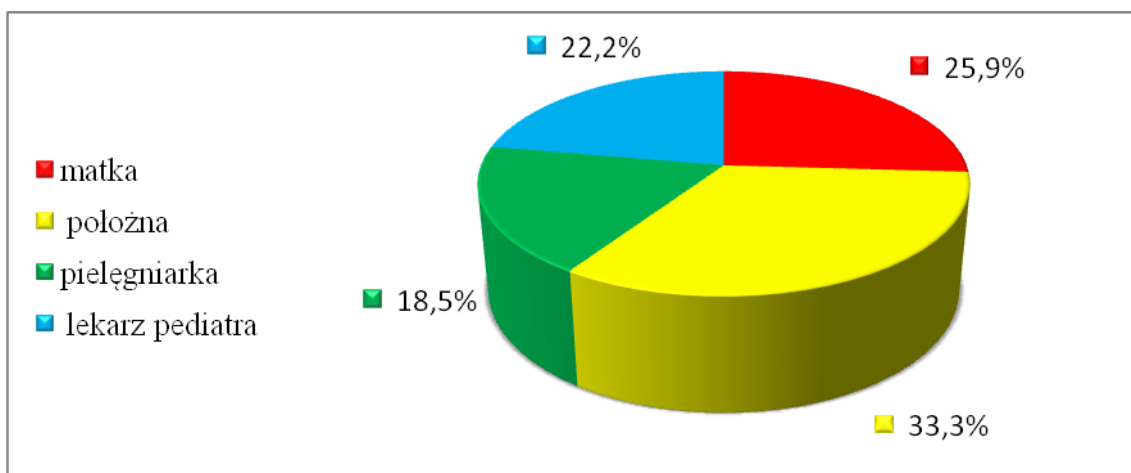
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n=53).

Powodem dla którego 44,4 % dzieci było dokarmiane w pierwszych dobach po urodzeniu był płacz po odstawieniu od piersi. W 14,8%, była to ilość i jakość mleka w subiektywnej ocenie karmiącej matki. 11,1% dzieci zostało dokarmione z powodu złego stanu zdrowia. Utrata ponad 10% masy ciała stanowiła powód dokarmienia 11,1% dzieci. Dla 9,3% dzieci był to zbyt mały przyrost masy ciała. W 5,6% dokarmiono dziecko ponieważ były problemy z przystawieniem do piersi (ze strony matki lub dziecka). Powikłania porodowe mamy w 1,9% były powodem dokarmiania dziecka.



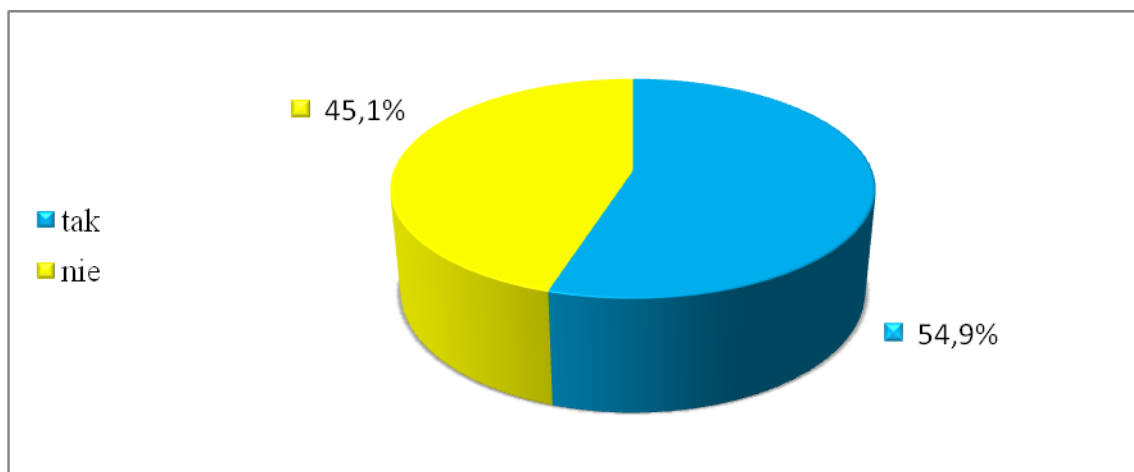
Ryc. 26. Mleko użyte do dokarmiania dziecka.

Wśród dzieci, które były dokarmiane, 85,7% otrzymało mleko modyfikowane. Odciągniętym mlekiem matki dokarmiono 14,3% dzieci.



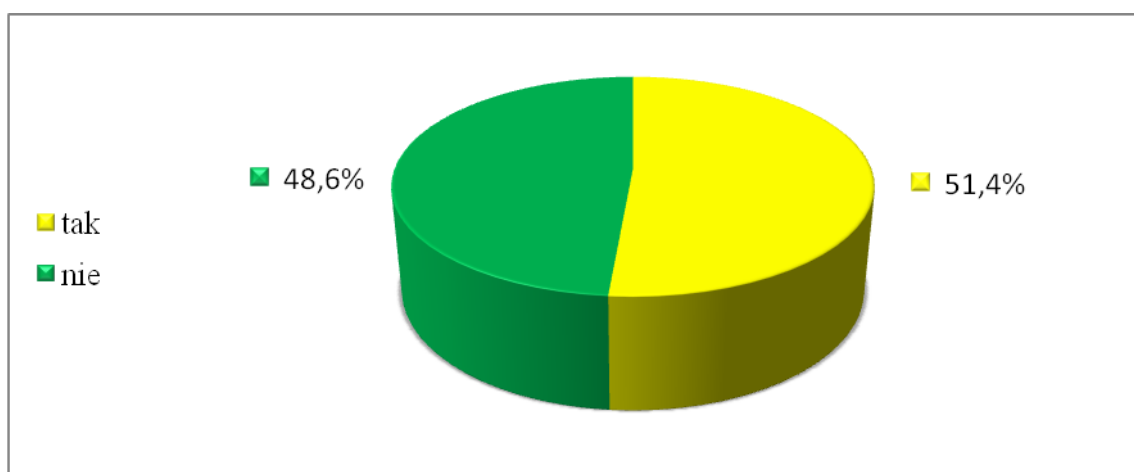
Ryc. 27. Osoba, która zdecydowała o dokarmianiu dziecka w szpitalu.

Z odpowiedzi matek wynika, że w 33,3% o dokarmianiu dziecka w szpitalu zdecydowała położna, w 25,9% przypadków matka dziecka, w 18,5% pielęgniarka, a w 22,2% lekarz pediatra.



Ryc. 28. Obecność nawału mlecznego.

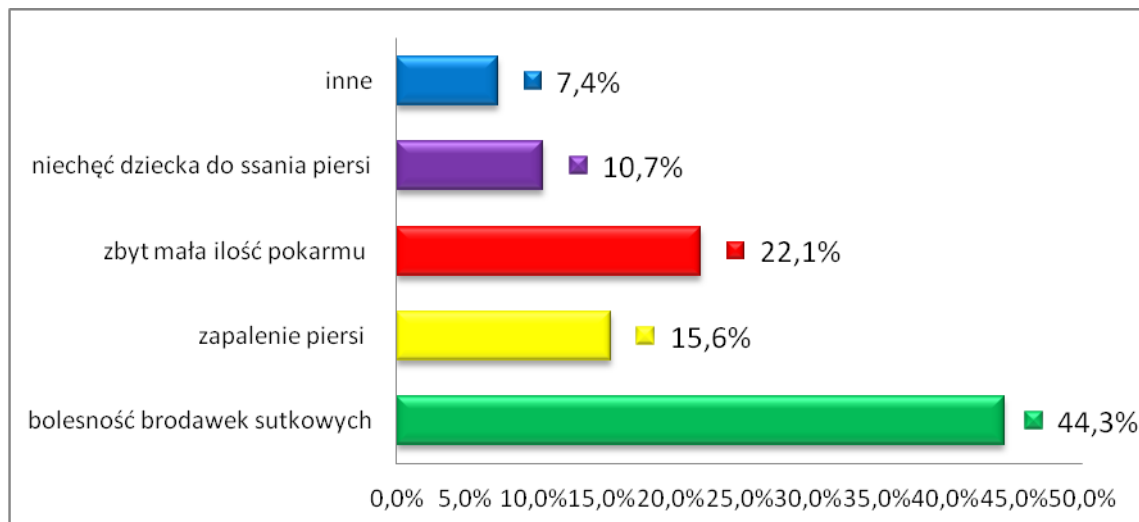
U 54,9% ankietowanych kobiet, po urodzeniu dziecka, wystąpił nawał mleczy, natomiast u 45,1% nawał nie wystąpił.



Ryc. 29. Występowanie problemów z karmieniem piersią.

51,4% respondentek stwierdziło, że wystąpiły u nich problemy z karmieniem piersią, natomiast 48,6% nie miało problemów z karmieniem piersią.

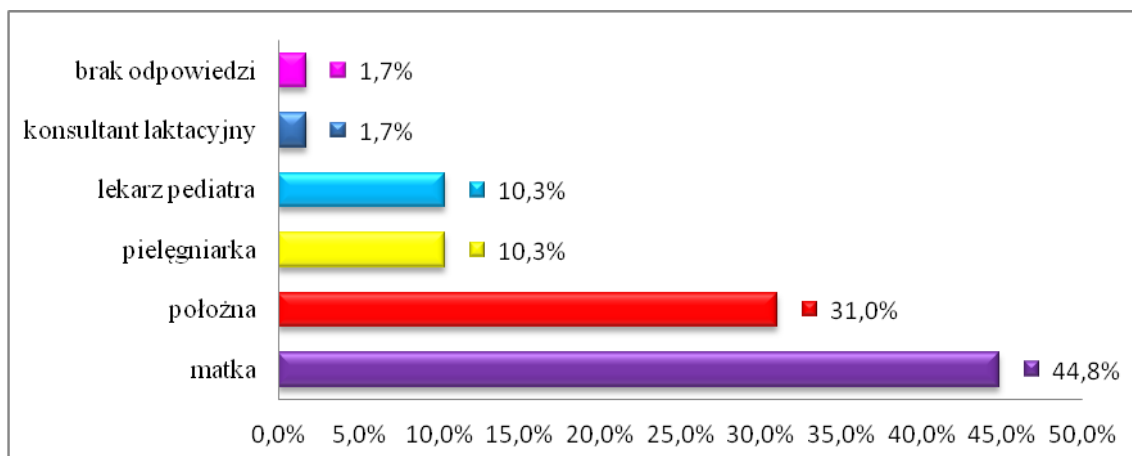
Wyniki



Ryc. 30. Problemy w karmieniu piersią*.

(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 122).

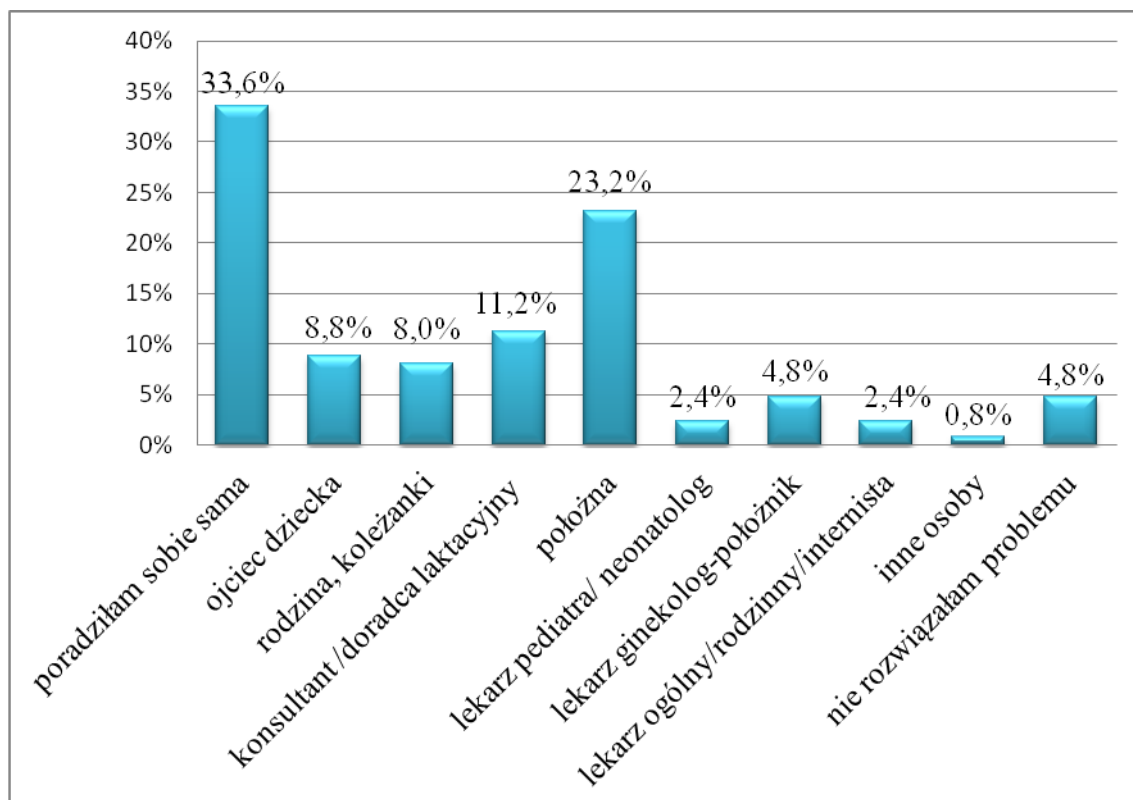
W 44,3% przypadków problemem była bolesność brodawek sutkowych. W 22,1% zbyt mała ilość pokarmu. 15,6% ankietowanych miało zapalenie piersi. U 10,7% wystąpiła niechęć dziecka do ssania piersi. U 7,4% ankietowanych wystąpiły inne problemy.



Ryc. 31. Osoby stwierdzające zbyt małą ilość pokarmu*.

(* respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n=58).

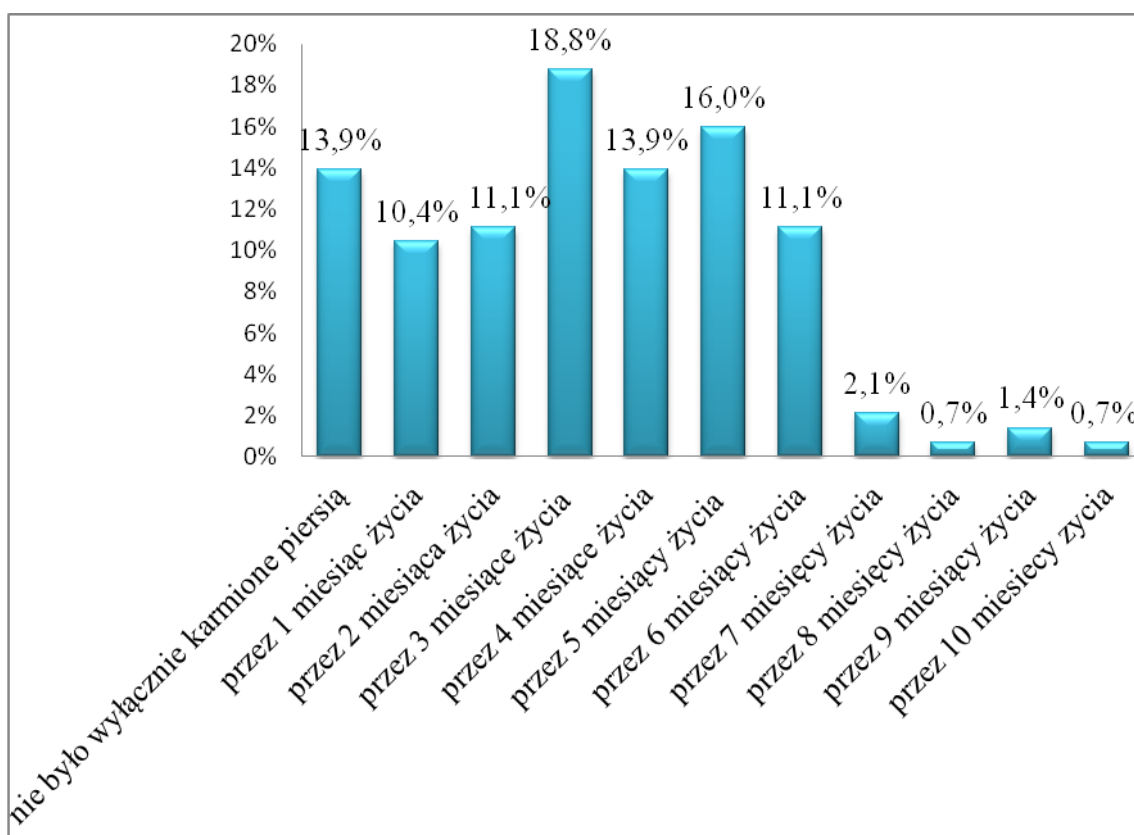
W grupie ankietowanych kobiet , które zaznaczyły problem laktacyjny w postaci zbyt małej ilości mleka: w 44,8% przypadków same go zdiagnozowały, w 31% to położna oceniła , że występuje taki problem. Pielęgniarka i lekarz pediatra były osobami stwierdzającymi zbyt małą ilość pokarmu w 10,3% każda. Stwierdzenie problemu u 1,7% respondentek było wynikiem diagnozy postawionej przez konsultanta laktacyjnego. 1,7% kobiet nie odpowiedziało na pytanie.



Ryc. 32. Osoby , które pomogły rozwiązać problemy w karmieniu piersią*.

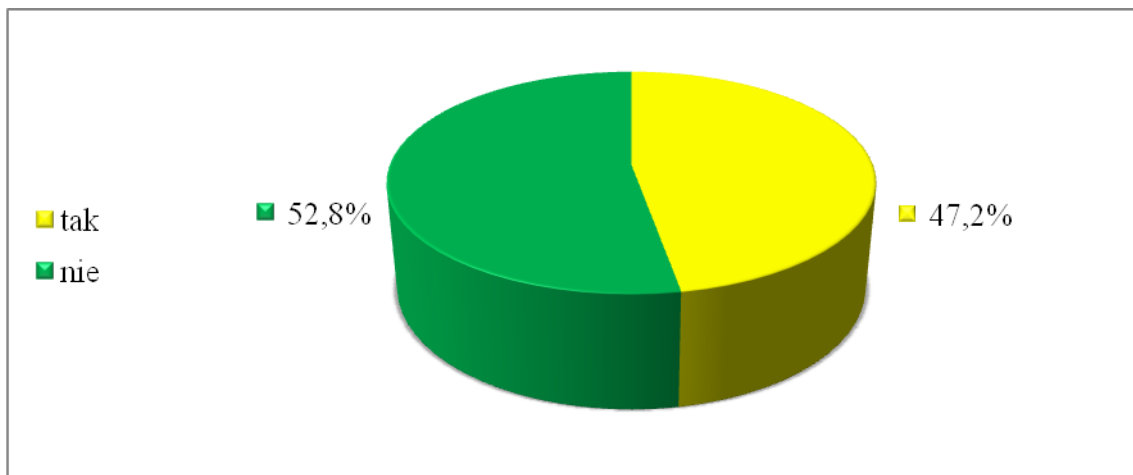
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 125).

Na zadane pytanie; kto pomógł w rozwiązaniu problemów laktacyjnych, ankietowane kobiety w 33,6% deklarowały, że poradziły sobie same. 23,3% matek pomogła położna. Konsultant laktacyjny udzielił pomocy w 11,2%. Dla 8,8% respondentek osobą, która pomogła rozwiązać problem laktacyjny był ojciec dziecka. Rodzina i koleżanki stanowią 8,0% osób udzielających pomocy. 4,8% to lekarz położnik, 2,4% lekarz pediatra/neonatolog, 2,4% lekarz ogólny/rodzinny/internista. 0,8% stanowią inne osoby. 4,8% respondentek zaznaczyło , że nie rozwiązało problemu laktacyjnego.



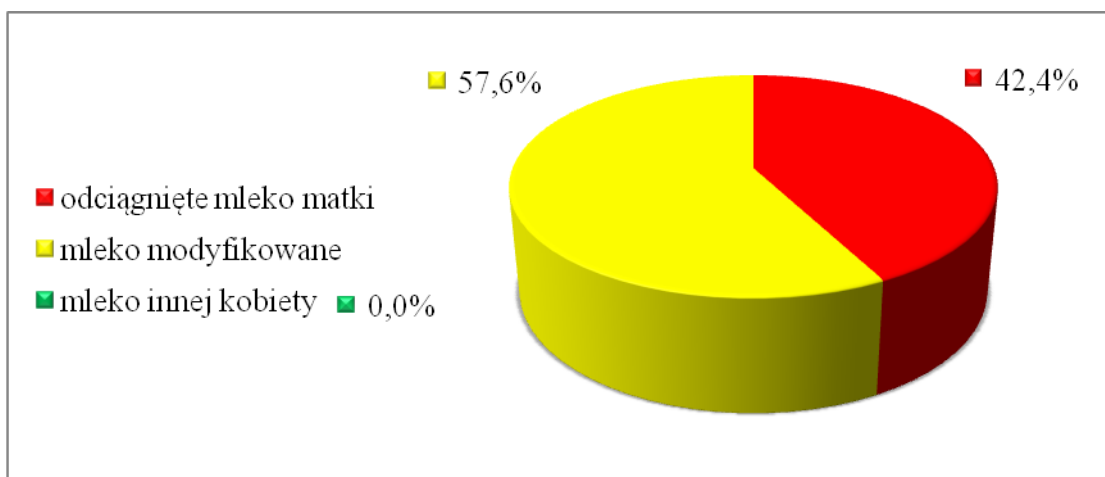
Ryc. 33. Miesiąc życia dziecka, do którego było karmione wyłącznie piersią.

Wśród ankietowanych kobiet 13,9% nie karmiło wyłącznie piersią swojego dziecka. Natomiast 10,4% dzieci było karmione wyłącznie piersią przez jeden miesiąc, 11,1% przez 2 miesiące życia, 18,8% przez 3 miesiące, 13,9% przez 4 miesiące, a 16% dzieci przez 5 miesięcy życia. Przez czas zgodny z aktualnymi zaleceniami wyłącznego karmienia piersią, czyli przez 6 miesięcy, karmione było 11,1% dzieci. 2,1% dzieci było karmione wyłącznie piersią przez 7 miesięcy życia. Kolejne 0,7% przez 8 miesięcy życia, 1,4% przez 9 miesięcy życia. A 0,7% przez 10 miesięcy .



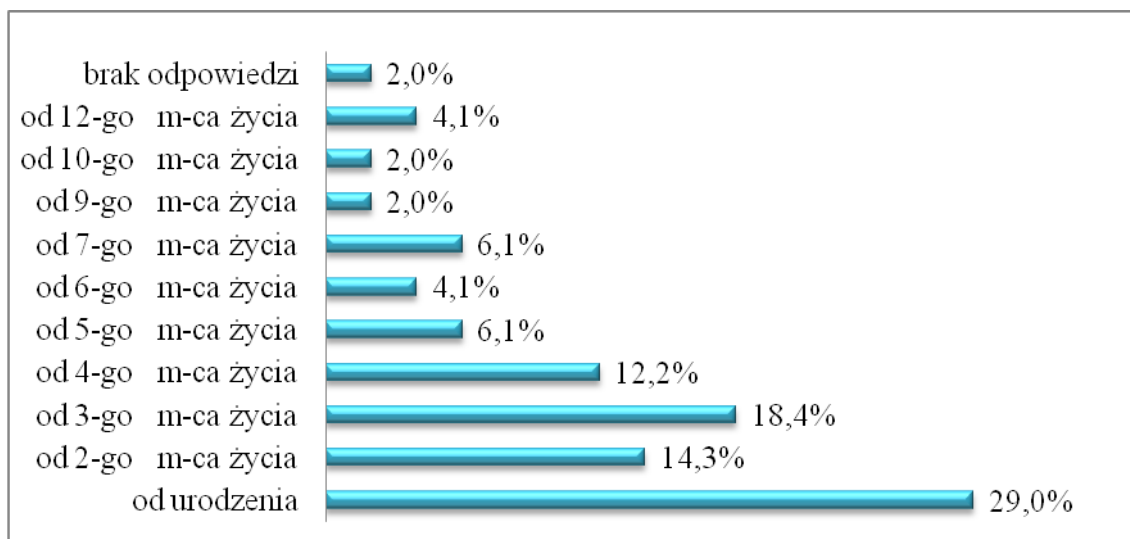
Ryc. 34. Dokarmianie innym mlekiem dziecka karmionego piersią.

52,8% karmionych piersią dzieci nie otrzymywało innego mleka do picia, natomiast 47,2% było dokarmiane .



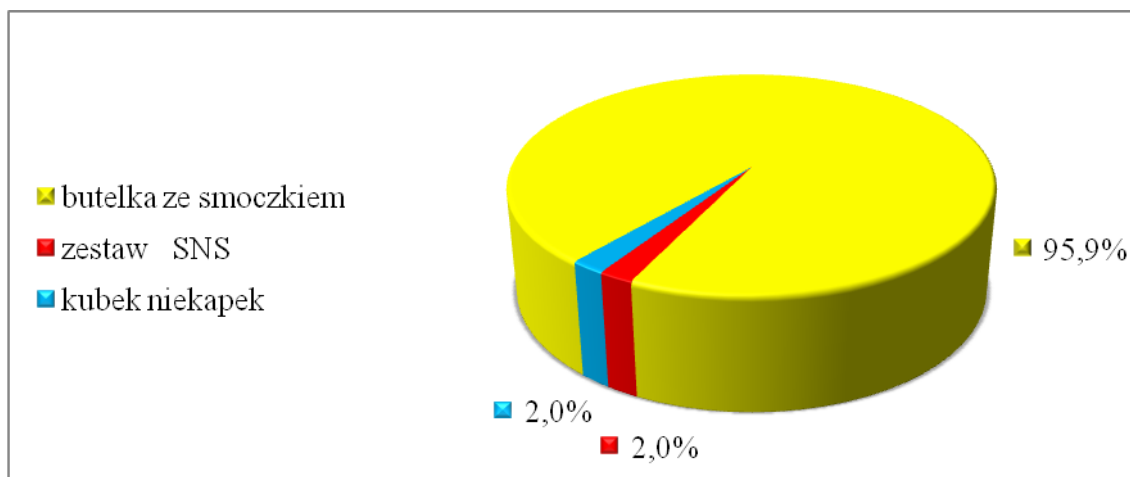
Ryc. 35. Rodzaj mleka użytego do dokarmiania.

Wśród dokarmianych dzieci: 57,6% otrzymywało mleko modyfikowane, natomiast 42,4% odciągnięte mleko matki.



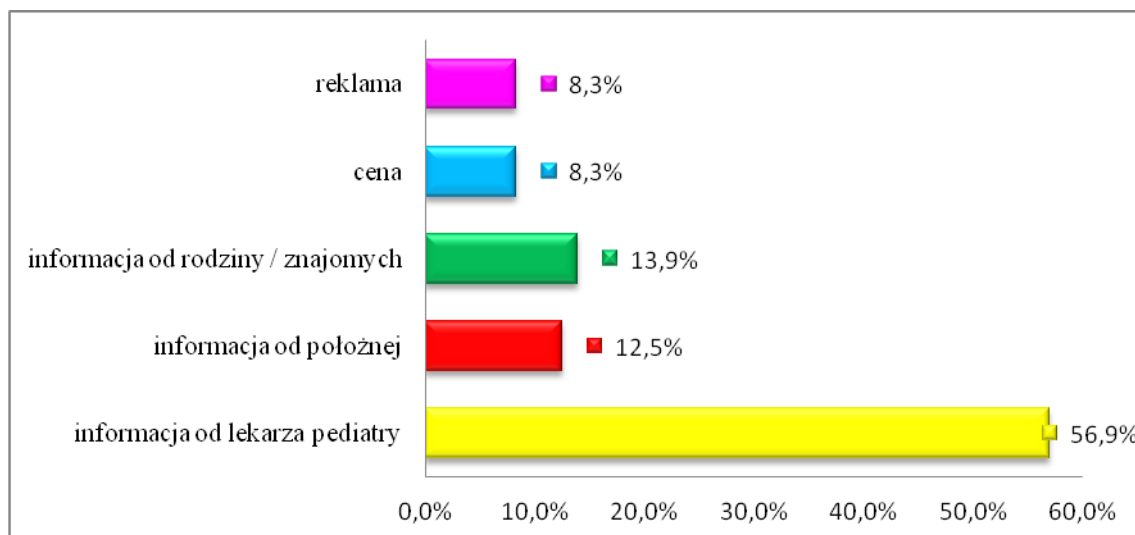
Ryc. 36. Miesiąc życia dziecka, od którego otrzymywało mleko modyfikowane.

Od urodzenia, mlekiem modyfikowanym było karmione, bądź dokarmiane 29% dzieci. 14,3% dzieci otrzymywało go od 2-go miesiąca życia, 18,4% od 3-go miesiąca życia, 12,2% od 4-go miesiąca życia, 6,1%, od 5-go miesiąca życia, 4,1% od 6-go miesiąca życia, 6,1% od 7-go miesiąca życia, 2,0% od 9-go miesiąca życia, 2,0% od 10-go miesiąca życia, 4,1% od 12-go miesiąca życia. 2% kobiet nie udzieliło odpowiedzi.



Ryc. 37. Metoda jaką dziecko było dokarmiane mlekiem modyfikowanym.

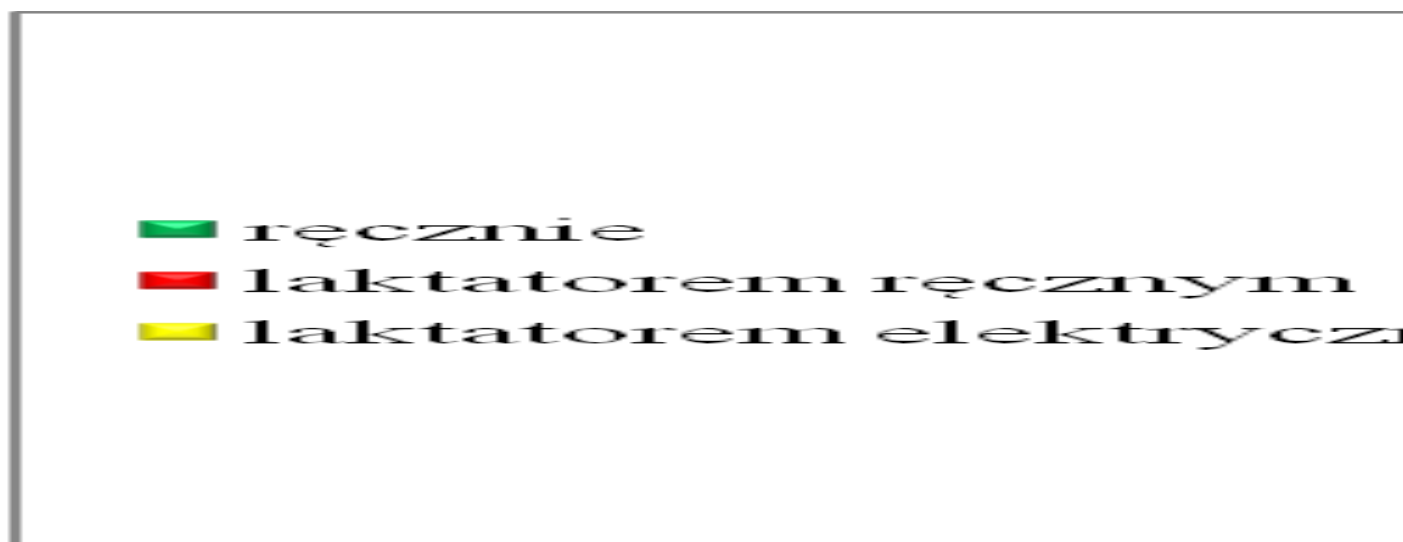
95,9% dzieci było karmione mlekiem modyfikowanym za pomocą butelki ze smoczkiem, 2% za pomocą zestawu SNS, a 2% za pomocą kubka niekapek.



Ryc. 38. Powody wyboru mleka modyfikowanego*.

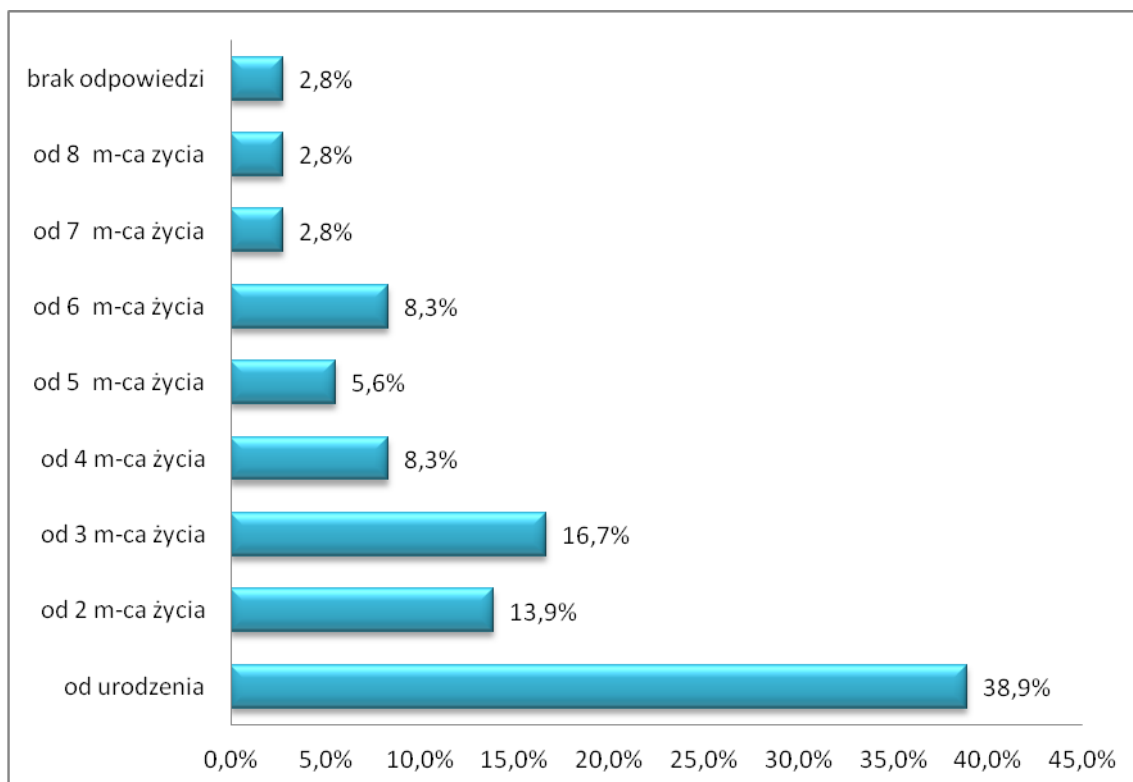
(* respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 72).

Wybierając mleko modyfikowane do dokarmiania dziecka: 56,9% respondentek kierowało się informacją od lekarza pediatry, 12,5% opierało się na informacji od położnej, 13,9% informacją od rodziny/znajomych. Dla 8,3% ważna była cena, a dla 8,3% reklama.



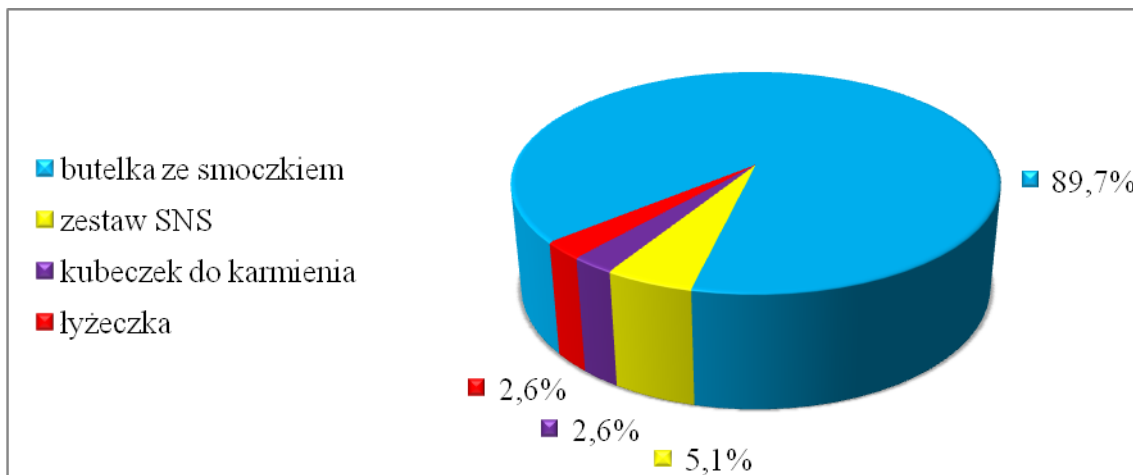
Ryc. 39. Sposoby odciągania mleka z piersi.

Wśród respondentek odciągających mleko z piersi: 72,0% odciągało mleko z piersi laktatorem ręcznym, natomiast po 14% respondentek- ręcznie i laktatorem elektrycznym.



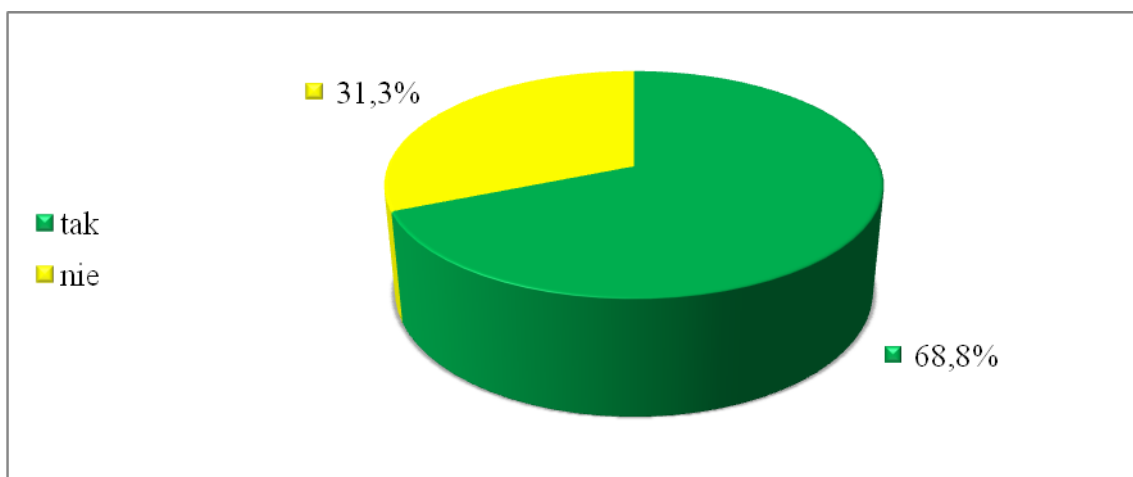
Ryc. 40. Miesiąc życia dziecka, od którego było dokarmiane odciągniętym mlekiem matki.

Wśród dzieci dokarmianych odciągniętym mlekiem matki: 38,9% było dokarmiane od urodzenia, od 2-go miesiąca 13,9%, 16,7% dzieci dokarmiano od 3-go, a 8,3% od 4-go miesiąca życia. 5,6% od 5-go, 8,3% od 6-go miesiąca życia, 2,8% od 7 go miesiąca życia i 2,8% od 8-go miesiąca życia. Nie odpowiedziało na pytanie 2,8%.



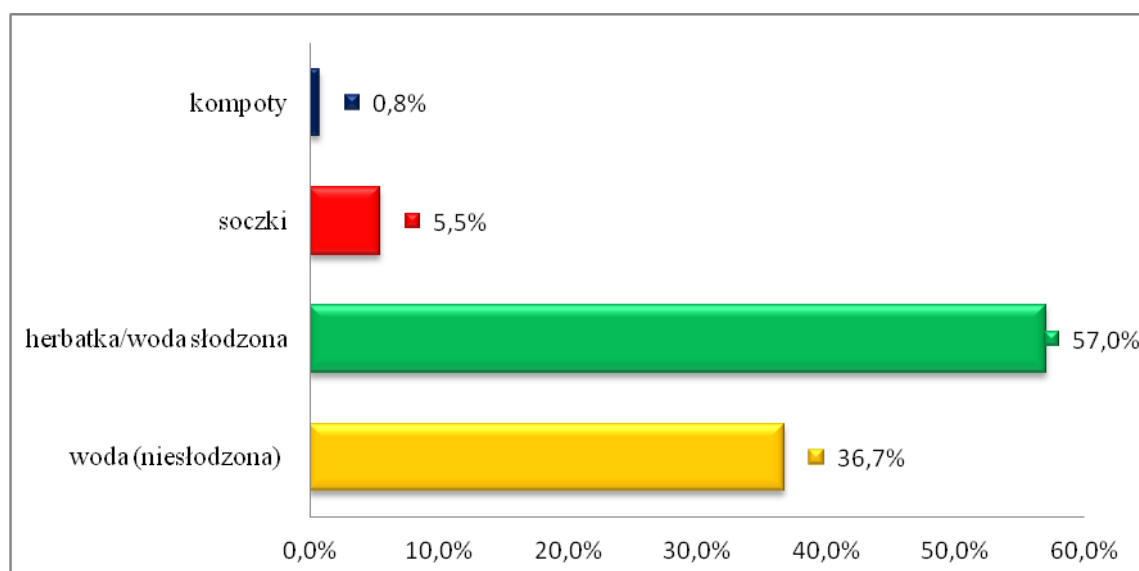
Ryc. 41. Metody dokarmiania dziecka odciągniętym mlekiem matki.

Do dokarmiania dzieci odciągniętym swoim mlekiem 89,7% respondentek użyło butelki ze smoczkiem, 5,1% dokarmiło dzieci za pomocą zestawu SNS. Kubeczek do karmienia i łyżeczkę zastosowało po 2,6% matek.



Ryc. 42. Podawanie dziecku karmionemu piersią innych płynów do picia.

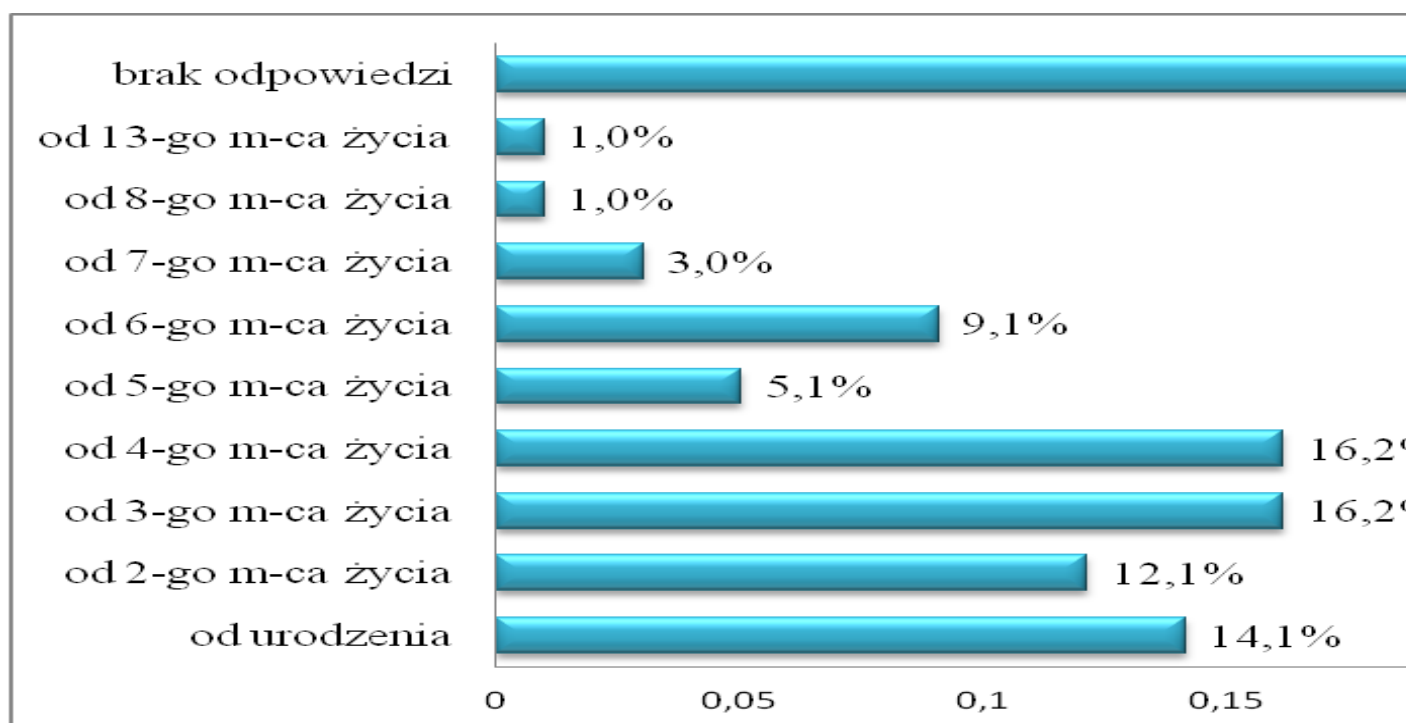
68,8% mam podawało swoim dzieciom karmionym piersią również inne płyny do picia, podczas gdy 31,3% nie podawało.



Ryc. 43. Płyny podawane do picia, karmionemu piersią dziecku*.

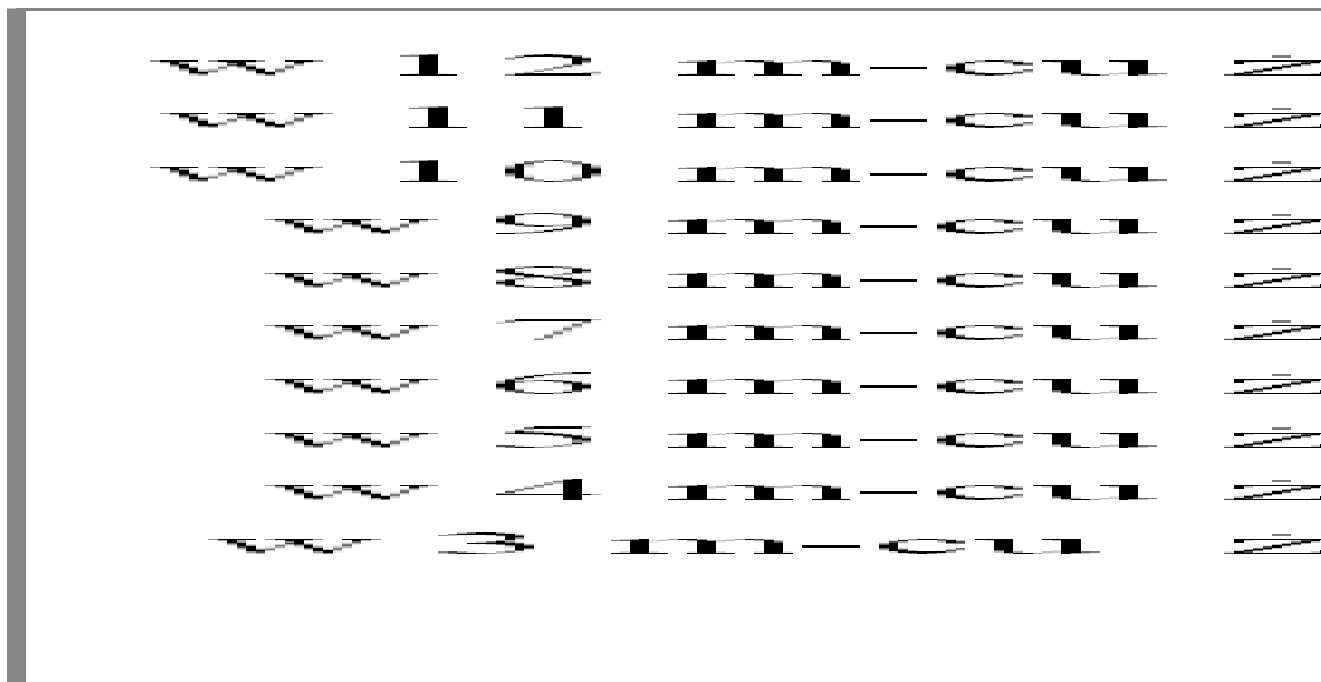
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 128).

57% mam podawało dziecku karmionemu piersią do picia herbatki/wodę słodzoną, 36,7% wodę (niesłodzoną), 5,5% soczki, a 0,8% kompoty.



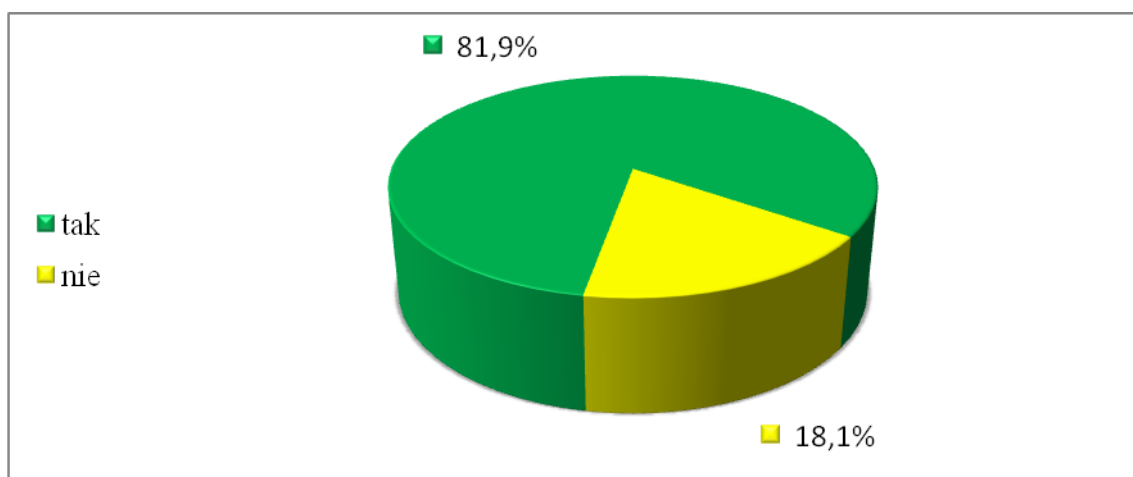
Ryc. 44. Miesiąc życia dziecka, od którego otrzymywało inne płyny do picia.

14,1% dzieci było dopajane od urodzenia, 12,1% od 2-go miesiąca życia, 6,2% od 3-go, 16,2% od 4-go. 5,1% dopajano od 5-go miesiąca życia, 9,1% od 6-go, a kolejne 3% od 7go miesiąca. Od 8go miesiąca życia 1% i 1% od 13 - go miesiąca życia. 22,2% respondentek nie udzieliło odpowiedzi.



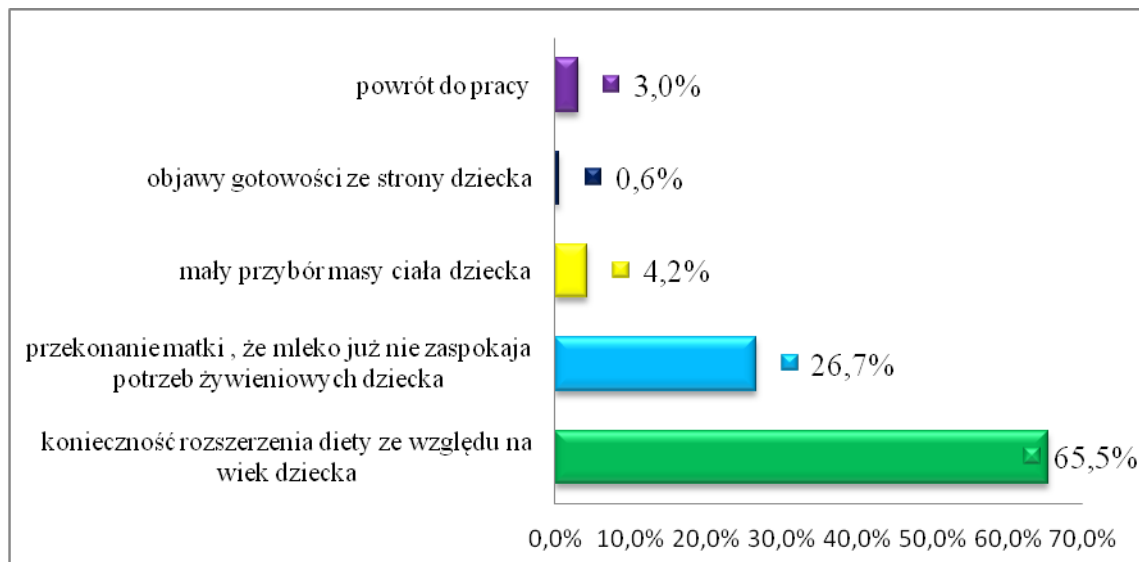
Ryc. 45. Miesiąc życia dziecka, w którym wprowadzono żywność uzupełniającą.

0,7% dzieci żywność uzupełniającą wprowadzono w 3 miesiącu życia, 31,9% w 4 miesiącu życia, 20,8% w 5 miesiącu życia, 22,2% w 6 miesiącu życia, 16,7% w 7 miesiącu życia, 4,2% w 8 miesiącu życia, 0,7% w 9 miesiącu życia, 0,7% w 10 miesiącu życia, 0,7% w 11 miesiącu życia, 1,4% w 12 miesiącu życia.



Ryc. 46. Decyzja o wprowadzeniu żywności uzupełniającej.

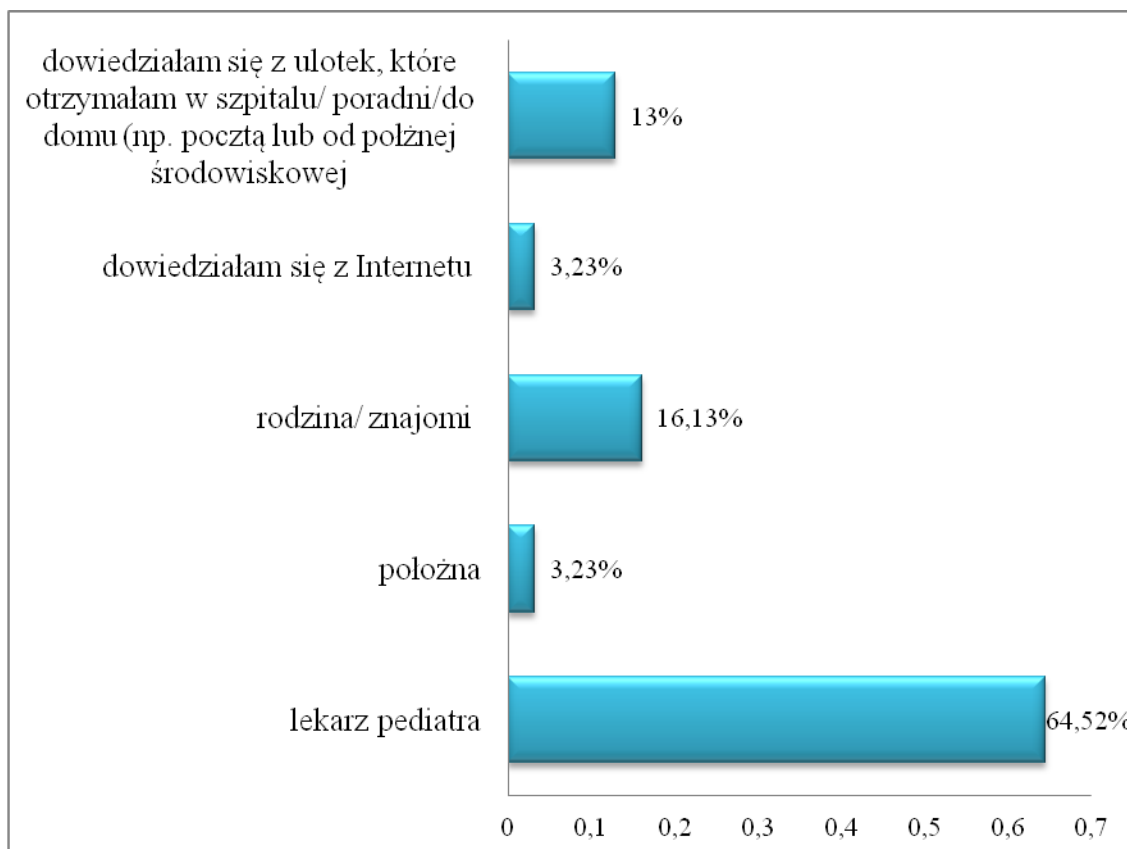
82,9% kobiet same podjęły decyzję o wprowadzeniu żywności uzupełniającej, natomiast w przypadku 18,1% była to sugestia innych osób.



Ryc. 47. Powody wprowadzenia żywności uzupełniającej*.

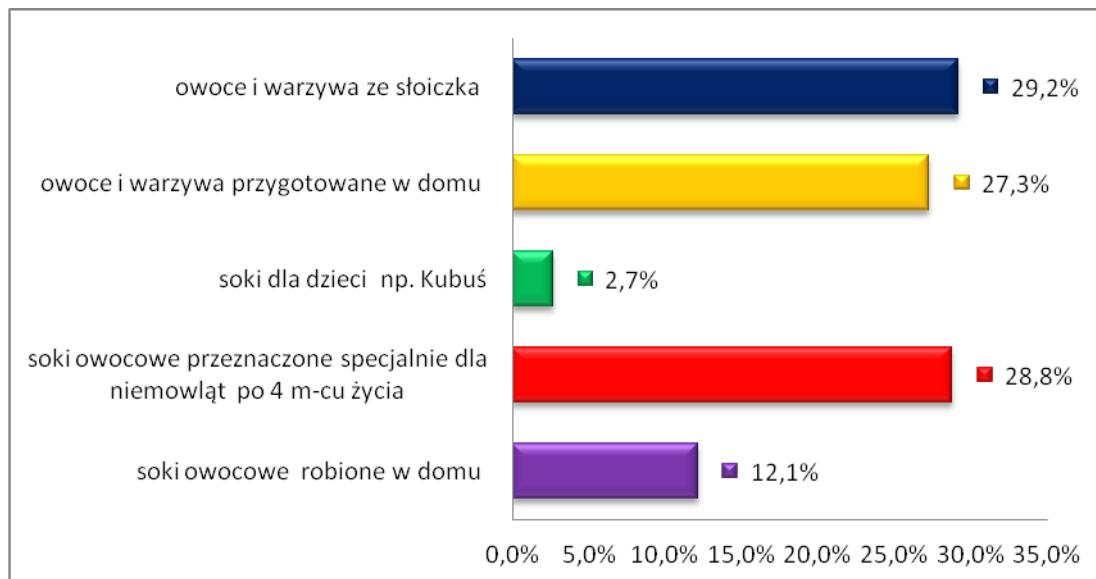
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 165).

W 65,5% przypadków powodem wprowadzenia żywności uzupełniającej była konieczność rozszerzenia diety ze względu na wiek dziecka. W 26,7% było nim przekonanie matki, że mleko nie zaspokaja już potrzeb żywieniowych dziecka. 4,2% powodów, to mały przybór masy dziecka, 3% powrót matki do pracy, a 0,6% objawy gotowości ze strony dziecka.



Ryc. 48. Osoby i źródła wiedzy, mające wpływ na podjęcie decyzji przez matkę, aby wprowadzić żywność uzupełniającą.

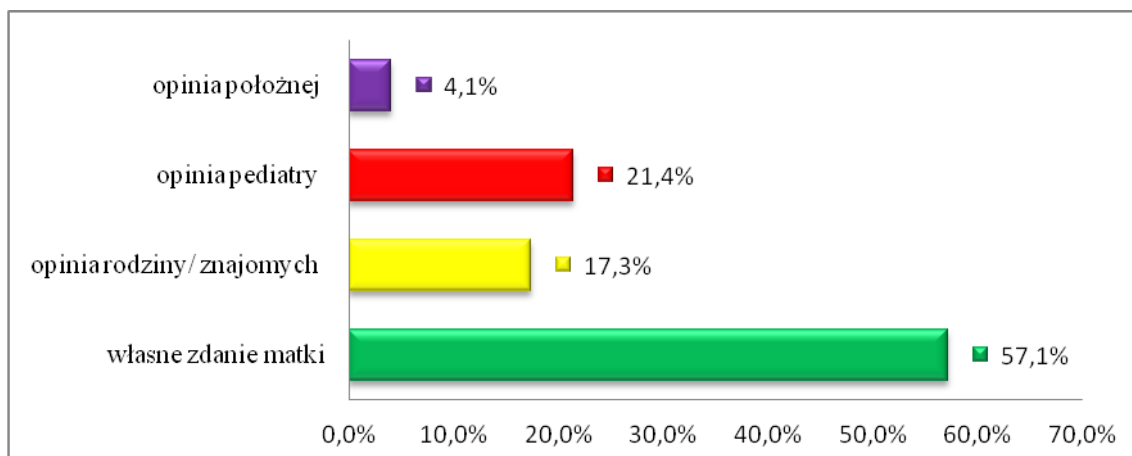
W grupie matek (18,1 %), które podjęły decyzję o wprowadzeniu żywności uzupełniającej pod wpływem opinii innych osób, w 64,52 % tą osobą był lekarz pediatra, w 16,13% przypadków rodzina/znajomi, w 3,23% położna, a 3,23% kobiet zasugerowało się informacją zdobytą w Internecie.



Ryc. 49. Produkty wprowadzone jako pierwsze do diety dziecka*.

(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 264).

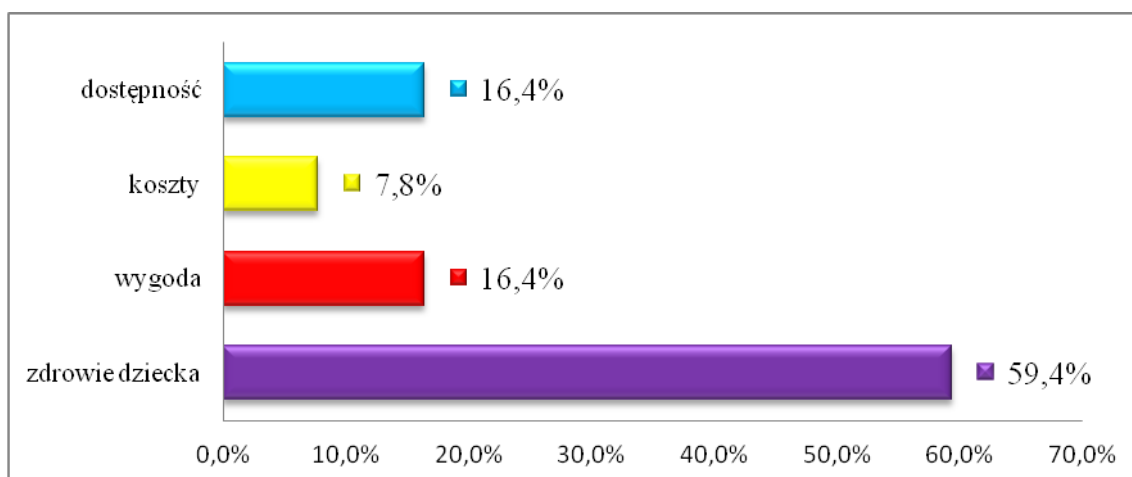
W 29,2% przypadków jako pierwsze do diety dziecka zostały wprowadzone owoce i warzywa ze słoiczka. Kolejne 28,8% dzieci otrzymało soki owocowe przeznaczone dla niemowląt po 4 miesiącu życia. 27,3% dzieci podano owoce i warzywa przygotowane w domu, a 12,1% soki owocowe robione w domu. Soki dla dzieci, np. Kubaś-2,7%.



Ryc. 50. Osoby opinią których kierowała się respondentka w wyborze żywności uzupełniającej*.

(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź),(n=196).

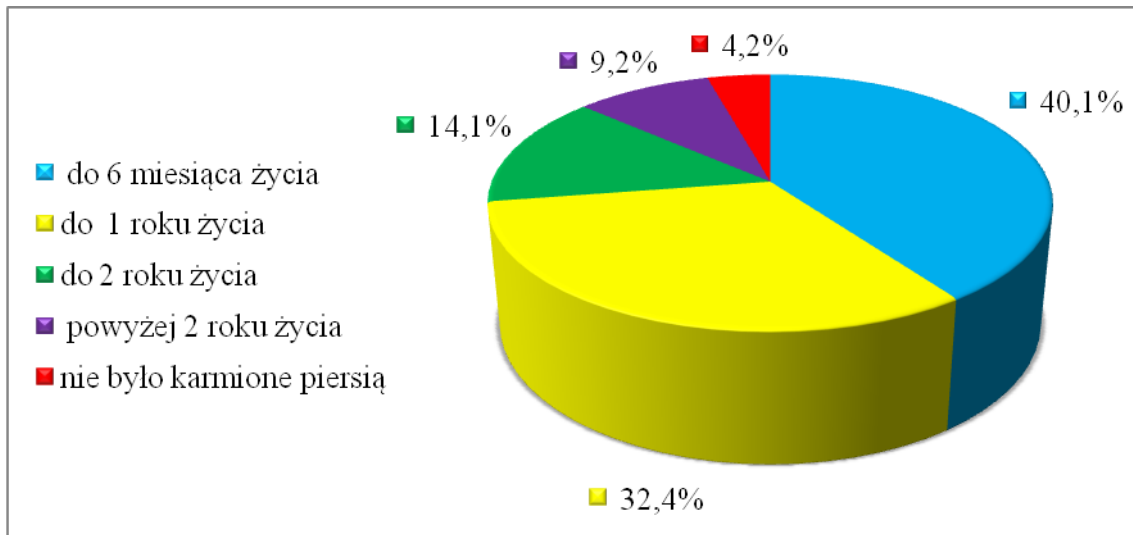
57,1% matek kierowało się własnym zdaniem w wyborze żywności uzupełniającej. Dla 21,4% ważna była opinia pediatry. Opinią rodziny/znajomych kierowało się 17,3% respondentek. Natomiast 4,1% opinią położnej.



Ryc. 51. Powody wyboru żywności uzupełniającej podawanej dziecku*.

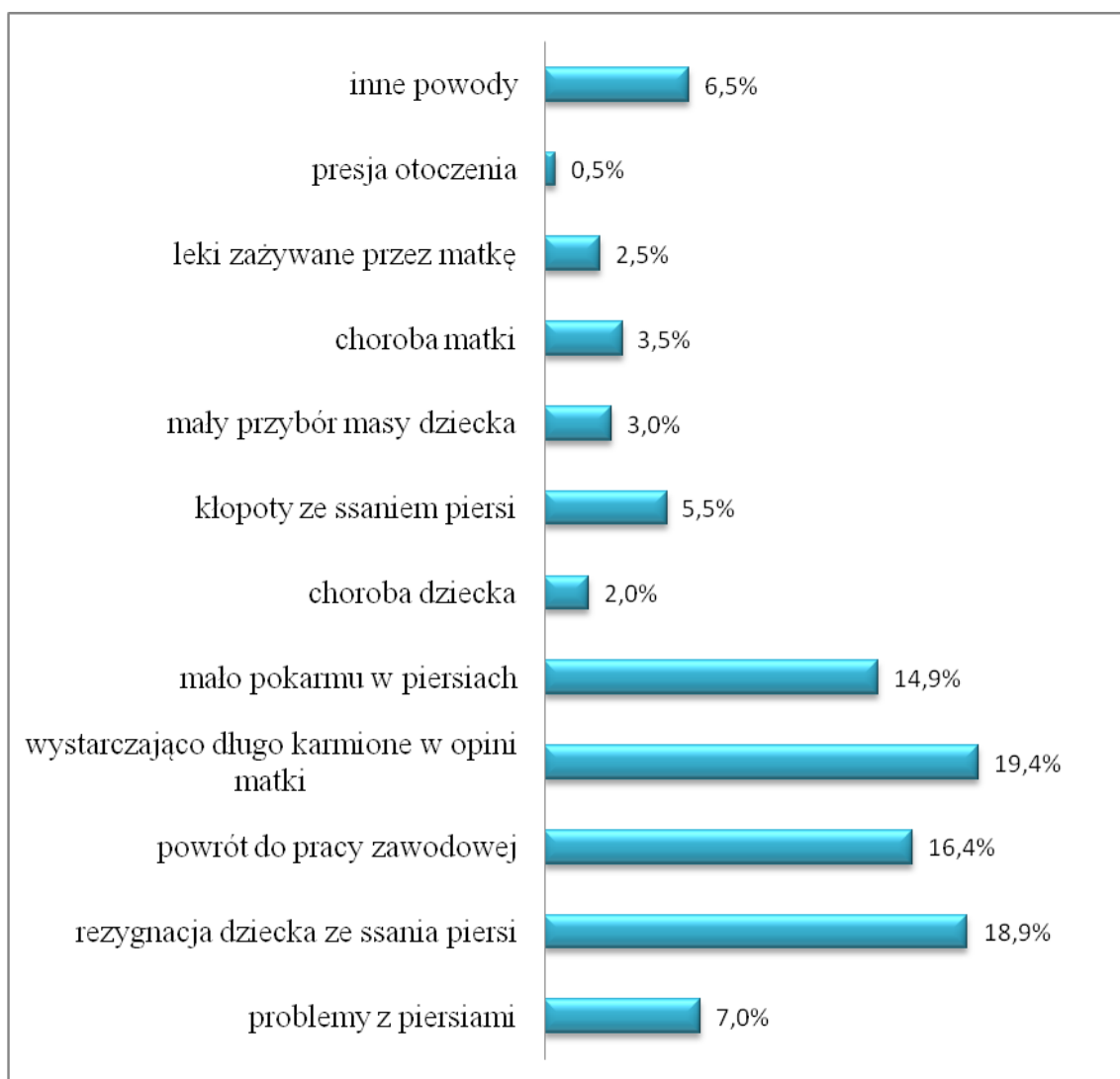
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 219).

59,4% respondentek przy wyborze żywności uzupełniającej dla dziecka kierowało się zdrowiem dziecka, 16,4% wygodą, 7,8 % kosztami, a 16,4% dostępnością.



Ryc. 52. Wiek do którego dziecko było karmione piersią.

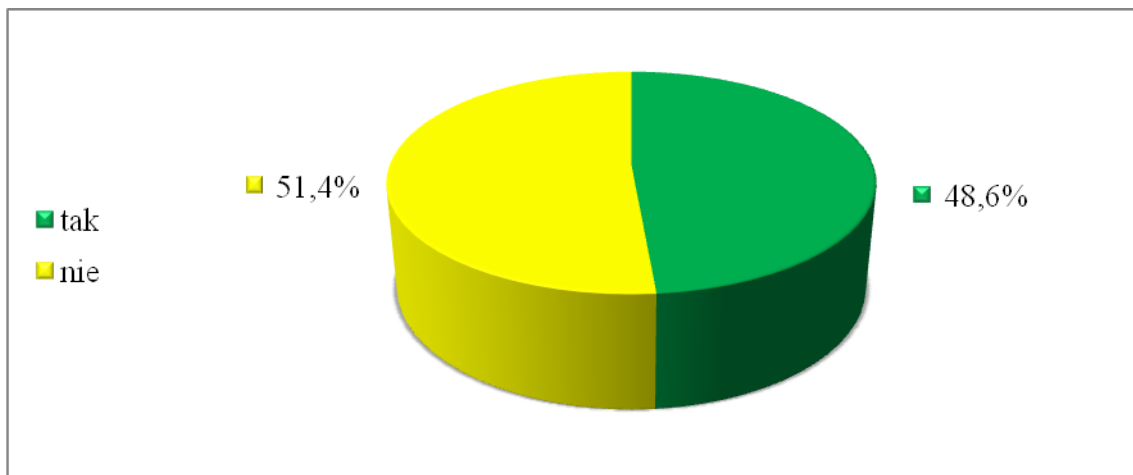
40,1% dzieci było karmione piersią do 6 miesięcy życia. Do 1 roku życia było karmione 32,4%, natomiast do 2 roku życia 14,1%. 9,2% dzieci były karmione powyżej 2 roku życia. Natomiast 4,2% dzieci nie było karmione piersią.



Ryc. 53. Powody, z jakich zakończono karmienie dziecka piersią*.

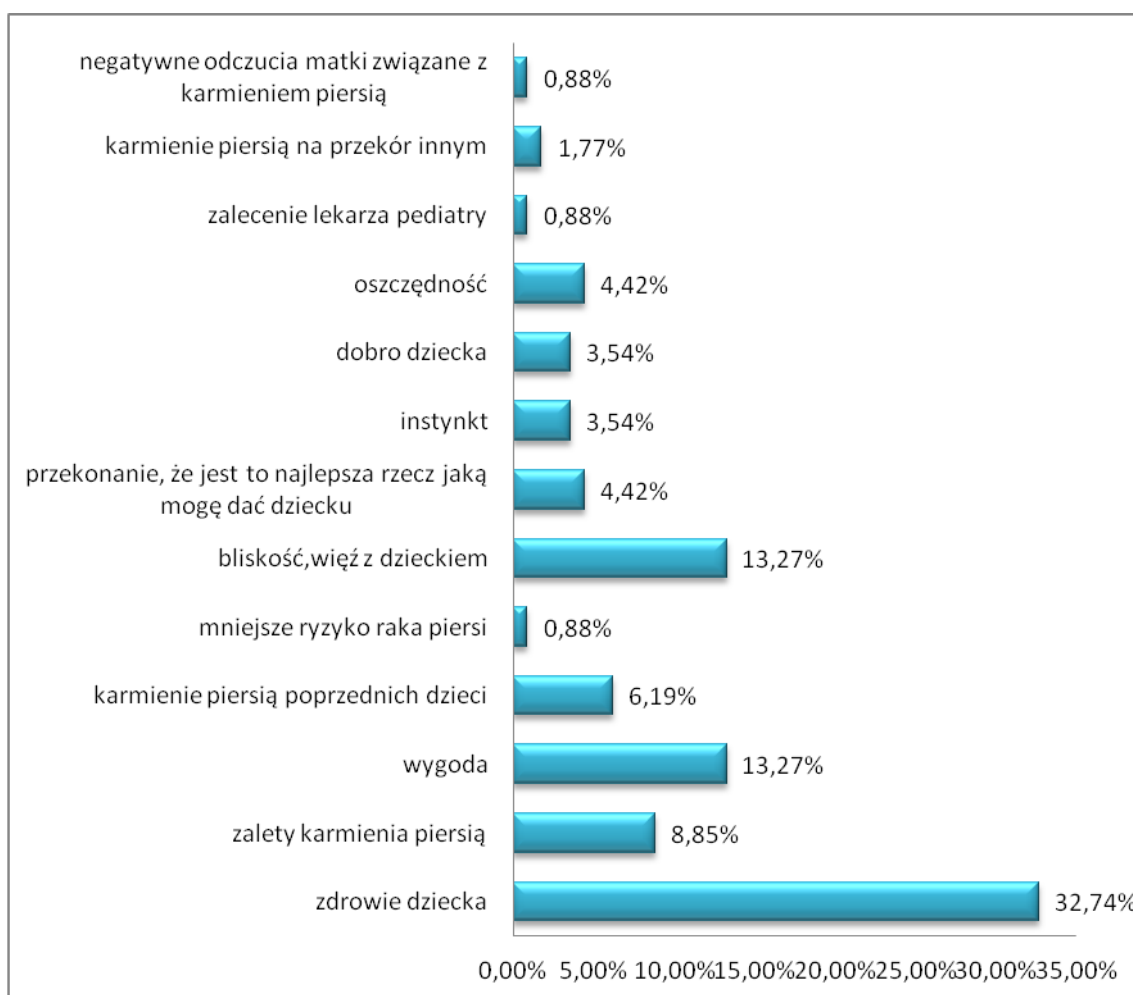
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n= 201).

Najczęstszym powodem zakończenia karmienia piersią, zaznaczonym przez 19,4% ankietowanych, było wystarczająco długie karmienie. Rezygnacja dziecka ze ssania piersi, była powodem zakończenia karmienia dla 18,9% respondentek. Dla 16,4% był to powrót do pracy zawodowej. Mało pokarmu w piersiach zaznaczyło 14,9% ankietowanych. 7% zakończyło karmienie piersią z powodu problemów z piersiami. Inne powody zaznaczyło 6,5 % kobiet. Z powodu kłopotów ze ssaniem piersi, 5,5% respondentek zakończyło karmienie. Choroba przerwała w 3,5% karmienie piersią. A dodatkowe 2,5% zaprzestało karmienia z powodu zażywania leków. Dla 3% powodem był mały przybór masy ciała dziecka. Kolejne 2% stanowi choroba dziecka, a 0,5% presja otoczenia.



Ryc. 54. Istnienie powodów determinujących karmienie piersią.

Na zadane pytanie, czy istniało coś, co wpłynęło w decydujący sposób na to , że karmiła Pani, bądź nie, swoje dziecko piersią, 48,6% ankietowanych kobiet odpowiedziało twierdząco . Natomiast 51,4% respondentek uznało , że takiego decydującego, powodu nie było.

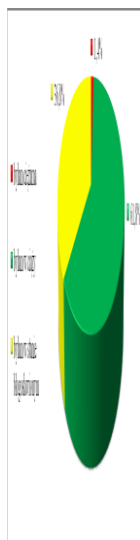


Ryc. 55. Czynniki mające wpływ na karmienie piersią dziecka, w ocenie respondentek *.

(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n=106).

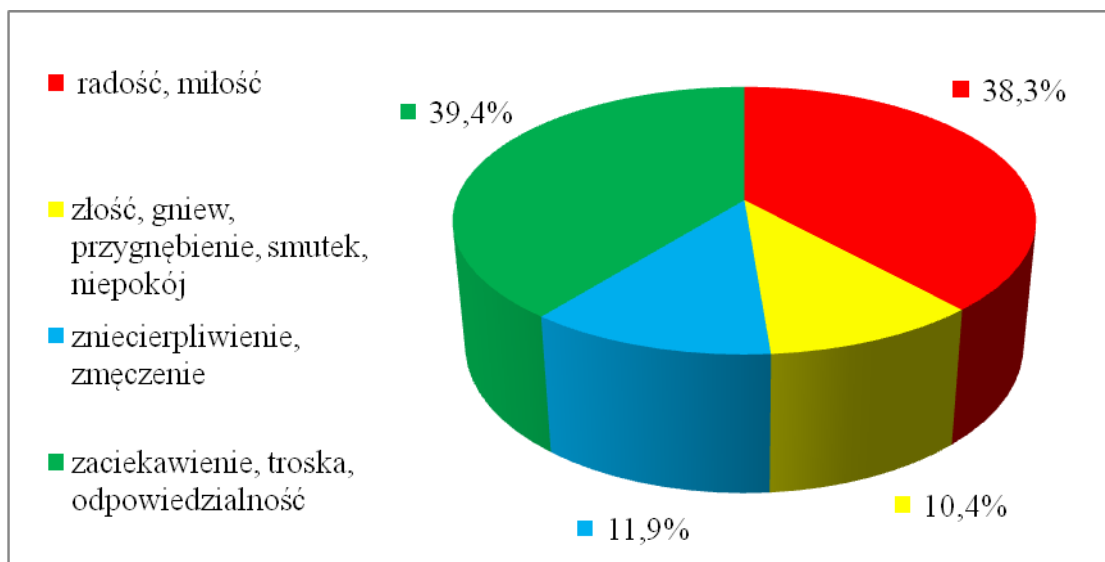
Najczęstszym powodem, który wpłynął na decyzję o karmieniu dziecka piersią wskazywanym przez respondentki, było zdrowie dziecka (32%). Wygoda tak samo jak bliskość i więź z dzieckiem była powodem dla 13,3% matek. Na ogólnie pojęte zalety karmienia piersią wskazało 8,8% kobiet. Dla 6,2% powodem było karmienie piersią poprzednich dzieci. Oszczędność na równi z przekonaniem, że jest to najlepsza rzecz jaką można dać dziecku były powodem dla 4,4% matek. Po 3,5% respondentek wskazywało instynkt i dobro dziecka. Mniejsze ryzyko zachorowania na raka piersi, to dla 0,9% respondentek powód do karmienia piersią. Dla takiej samej liczby, było nim zalecenie lekarza pediatry. Powodem było także, karmienie na przekór innym zaznaczone przez 1,8% ankietowanych matek.

Wyniki



Ryc. 56. Samopoczucie w czasie ciąży, w ocenie respondentek.

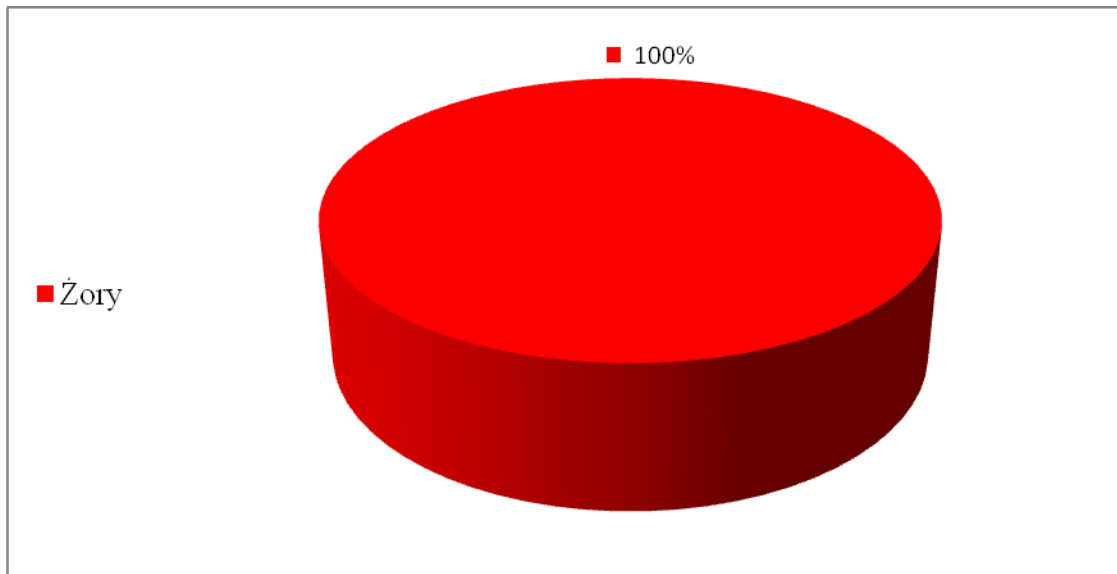
Wśród ankietowanych kobiet 61,8% zaznaczyło, że „było w ciąży”. 36,8% oceniło, że czas ciąży był dla nich stanem błogosławionym. A 1,4% kobiet, czuło się ciężarną.



Ryc. 57. Uczucia towarzyszące ankietowanym matkom w pierwszym czasie po narodzinach dziecka*.

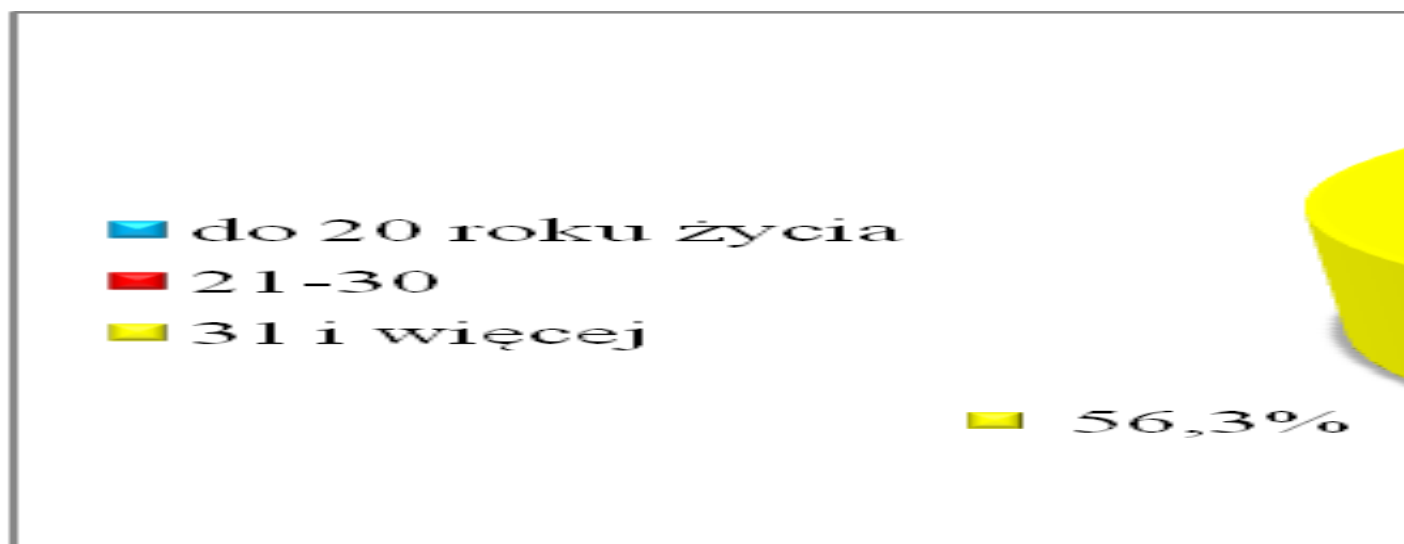
(*respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź), (n = 681).

Zaciekawienie i troska, aż u 39,4% były głównym uczuciem towarzyszącym kobietom po porodzie. Radość i miłość dotyczyły 38,3% kobiet. U 11,9% tymi uczuciami było zniecierpliwienie i zmęczenie. Natomiast 10,4% matek doświadczało złości, gniewu, przygnębienia, smutku i niepokoju.



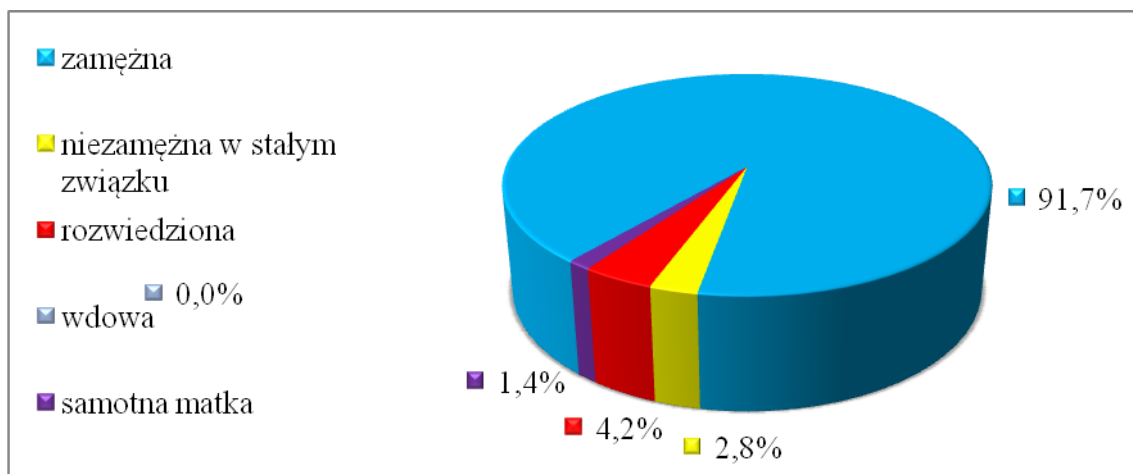
Ryc. 58. Miasto zamieszkania respondentek.

100% ankietowanych matek, zgodnie z założeniami badania, jest mieszkankami Żor.



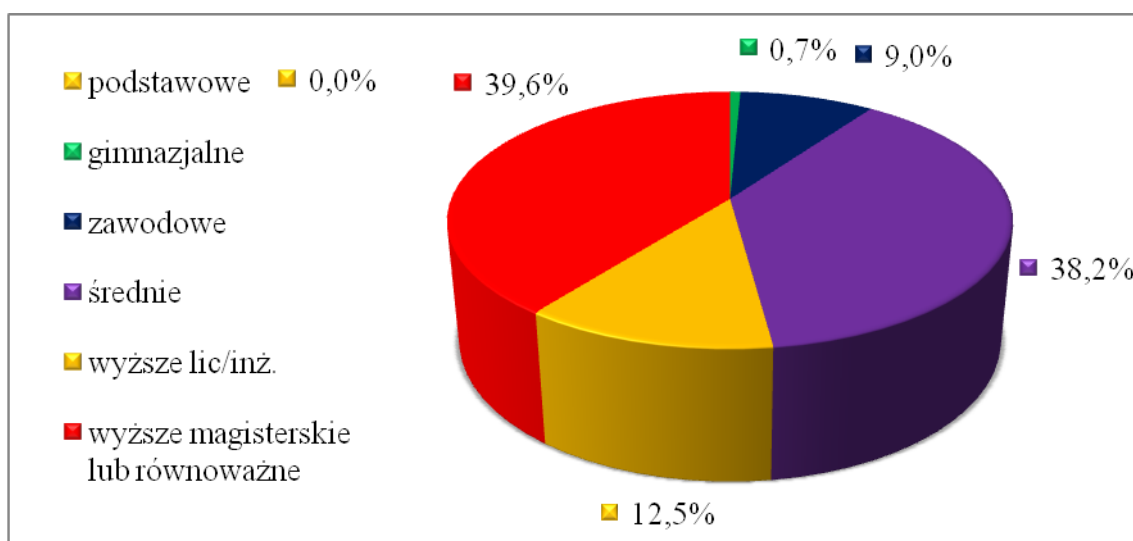
Ryc. 59. Wiek respondentek.

Najliczniejszą grupę - 56,3% ankietowanych stanowią kobiety w wieku powyżej 31 lat. Kolejne - 42,4% to kobiety w wieku 21 - 30 lat. 1,4% natomiast stanowią kobiety do 20 roku życia.



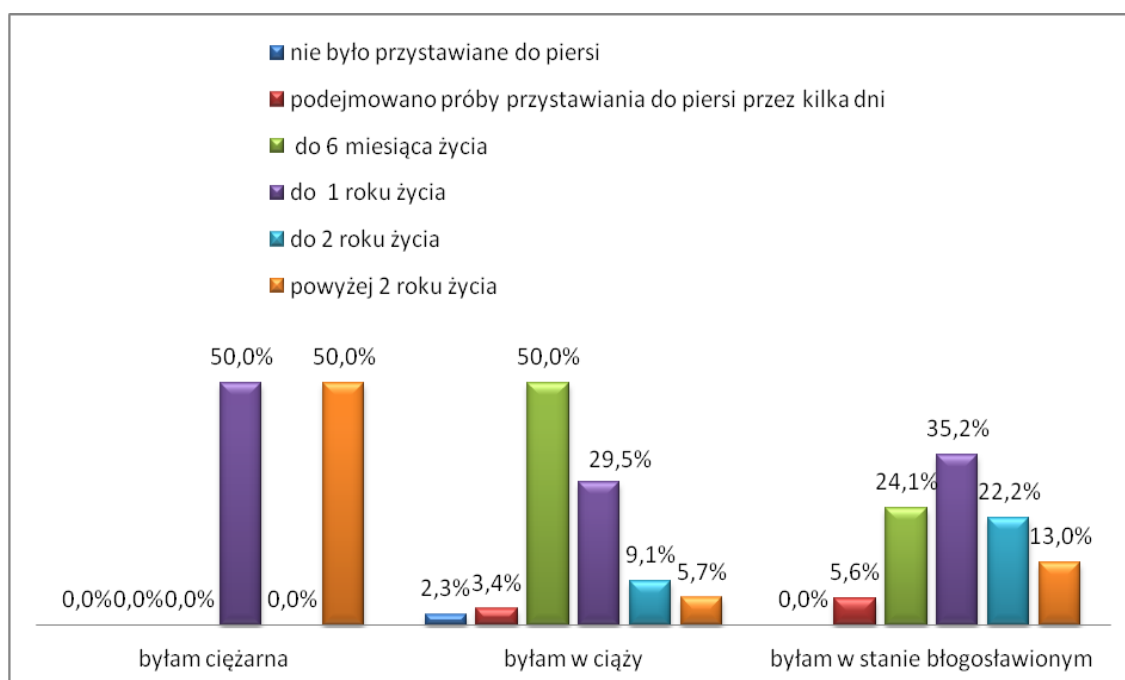
Ryc. 60. Stan cywilny respondentek.

Wśród respondentek przeważająca grupa bo 91,7% to kobiety zameżne, 4,2% jest rozwiedzione. 2,8% to kobiety niezameżne w stałym związku, a 1,4% to samotne matki.



Ryc. 61. Wykształcenie respondentek.

Wśród ankietowanych kobiet 39,6% posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równoważne, 38,2% średnie, 12,5% wyższe lic/inż., 9% zawodowe, a 0,7% gimnazjalne. Żadna z respondentek nie posiadała wykształcenia podstawowego.



Ryc. 62 . Wpływ postrzegania ciąży na długość wyłącznego karmienia piersią.

Ze względu na bardzo niewielki odsetek badanych, które negatywnie postrzegały swoją ciążę (zaledwie 2 osoby), w analizie statystycznej pominięto tę grupę odpowiedzi i skupiono się na postrzeganiu neutralnym oraz pozytywnym.

Dokonano analizy metodą regresji logistycznej przyjmując 2 stany zmiennej objaśniającej 0 – negatywne bądź neutralne postrzeżenie ciąży, 1 – pozytywne postrzeżenie ciąży. Otrzymano wyniki :

91 cases have Y=0; 53 cases have Y=1.

Variable Avg SD

1 1.8264 1.0296

Overall Model Fit...

Chi Square = 9.3589; df=1; p = 0.0022

Coefficients and Standard Errors...

Variable Coeff. StdErr p

1 0.5229 0.1764 0.0030

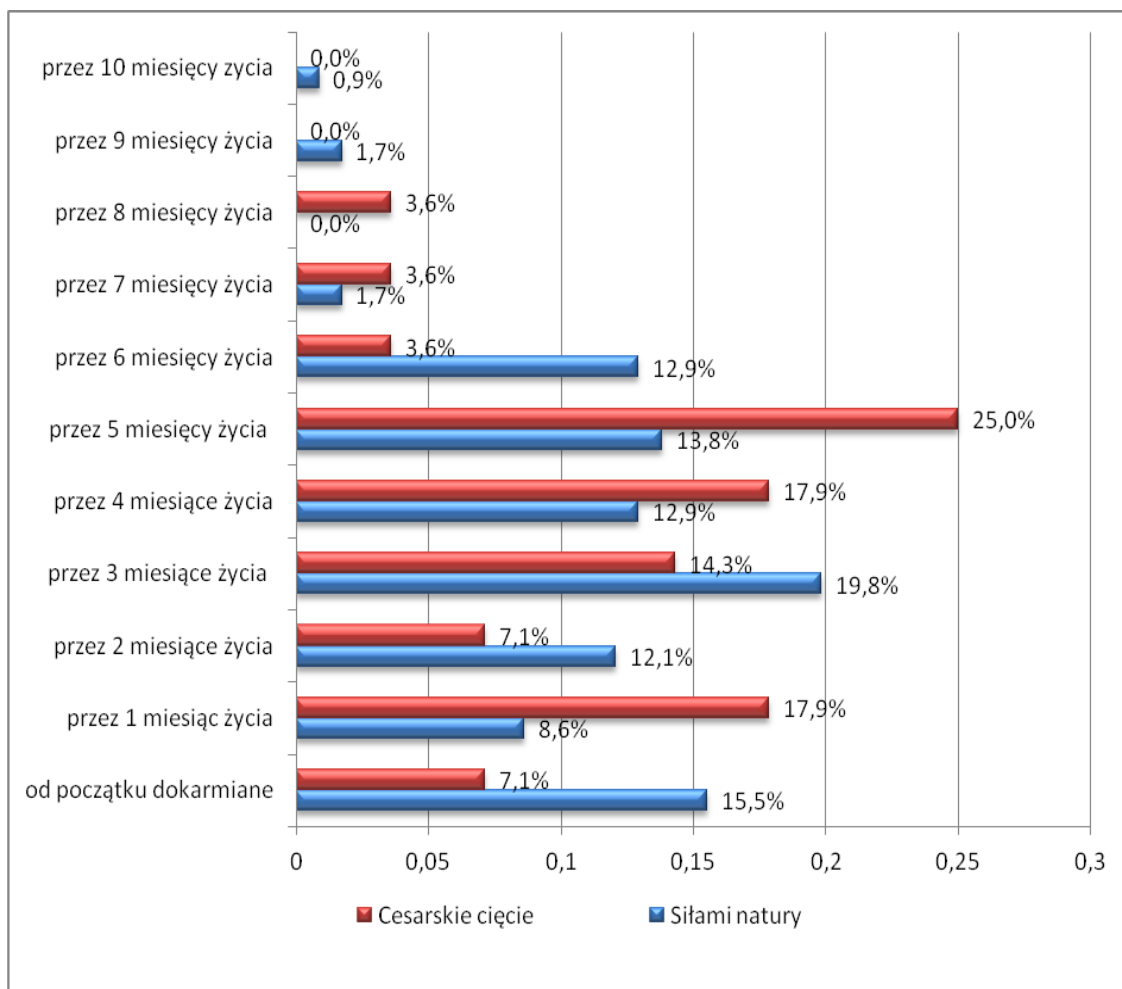
Intercept -1.5264

Odds Ratios and 95% Confidence Intervals...

Variable O.R. Low -- High

1 1.6869 1.1939 2.3835

Wynika stąd znaczne i istotne zwiększenie odsetka kobiet pozytywnie postrzegających ciążę wraz ze wzrostem długości karmienia piersią (QR=1,687 p = 0,003).



Ryc. 63. Sposób ukończenia ciąży, a długość wyłącznego karmienia piersią.

Dokonano analizy metodą regresji logistycznej przyjmując 2 stany zmiennej objaśniającej :0 – cesarskie cięcie, 1 – poród naturalny. Otrzymano wyniki :
28 cases have Y=0; 116 cases have Y=1.

Variable Avg SD . 1 3.3056 2.1930. Overall Model Fit...

Chi Square = 0.1813; df=1; p = 0.6702.Coefficients and Standard Errors...

Variable Coeff. Std Err p 1 - 0.0407 0.0955 0.6698

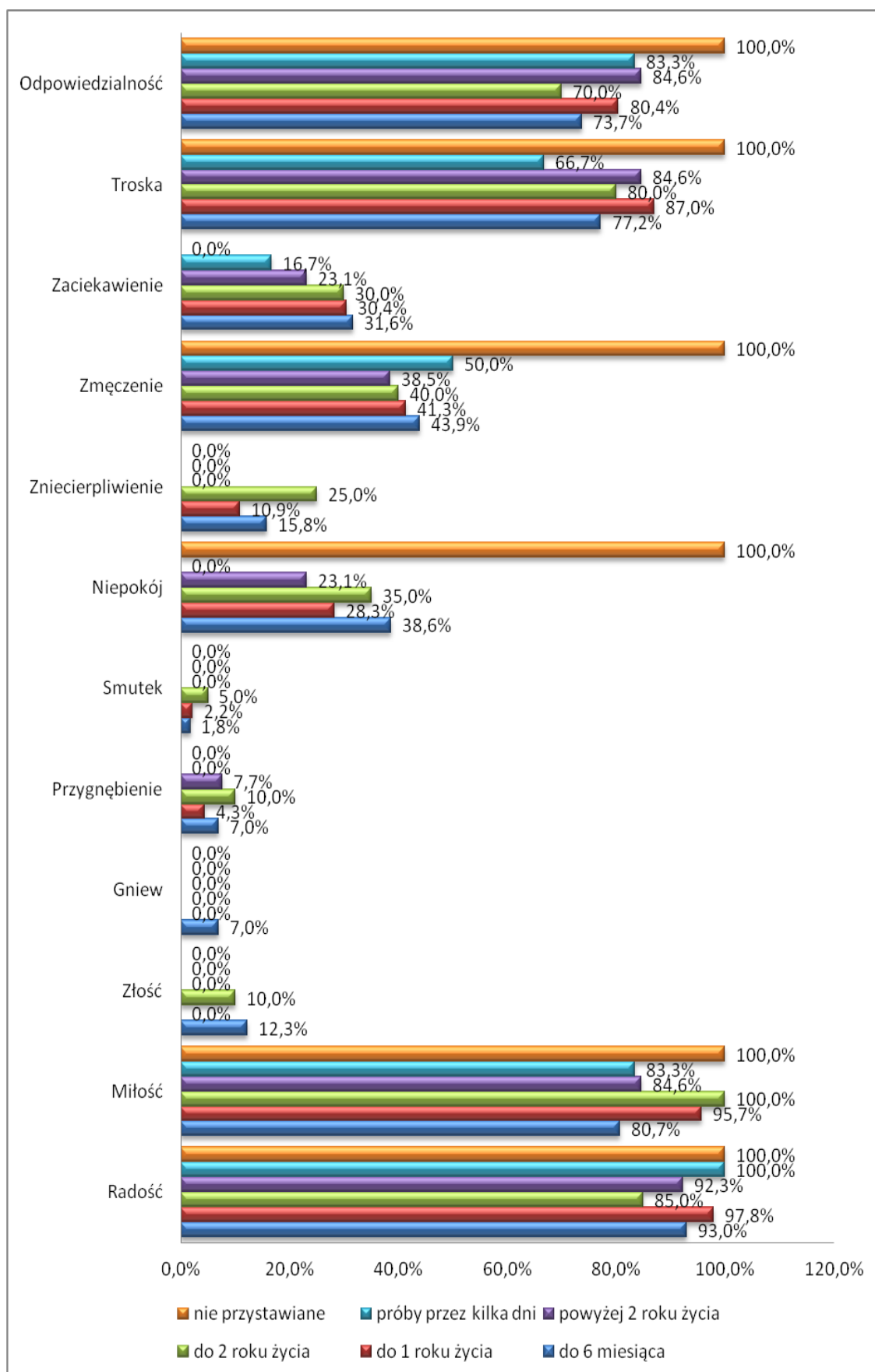
Intercept 1.5584

Odds Ratios and 95% Confidence Intervals...

Variable O.R. Low -- High 1 0.9601 0.7962 1.1577

Ponieważ poziom istotności wyniósł 0,67, na podstawie otrzymanych wyników nie można określić wpływu sposobu ukończenia ciąży na długość wyłącznego karmienia piersią. Powodem tego może być zbyt mała wielkość badanej próby, która spowodowała zwiększenie czynnika losowego w badaniach.

Wyniki



Ryc. 64. Wpływ uczuć matek w pierwszym okresie po porodzie na długość karmienia piersią.

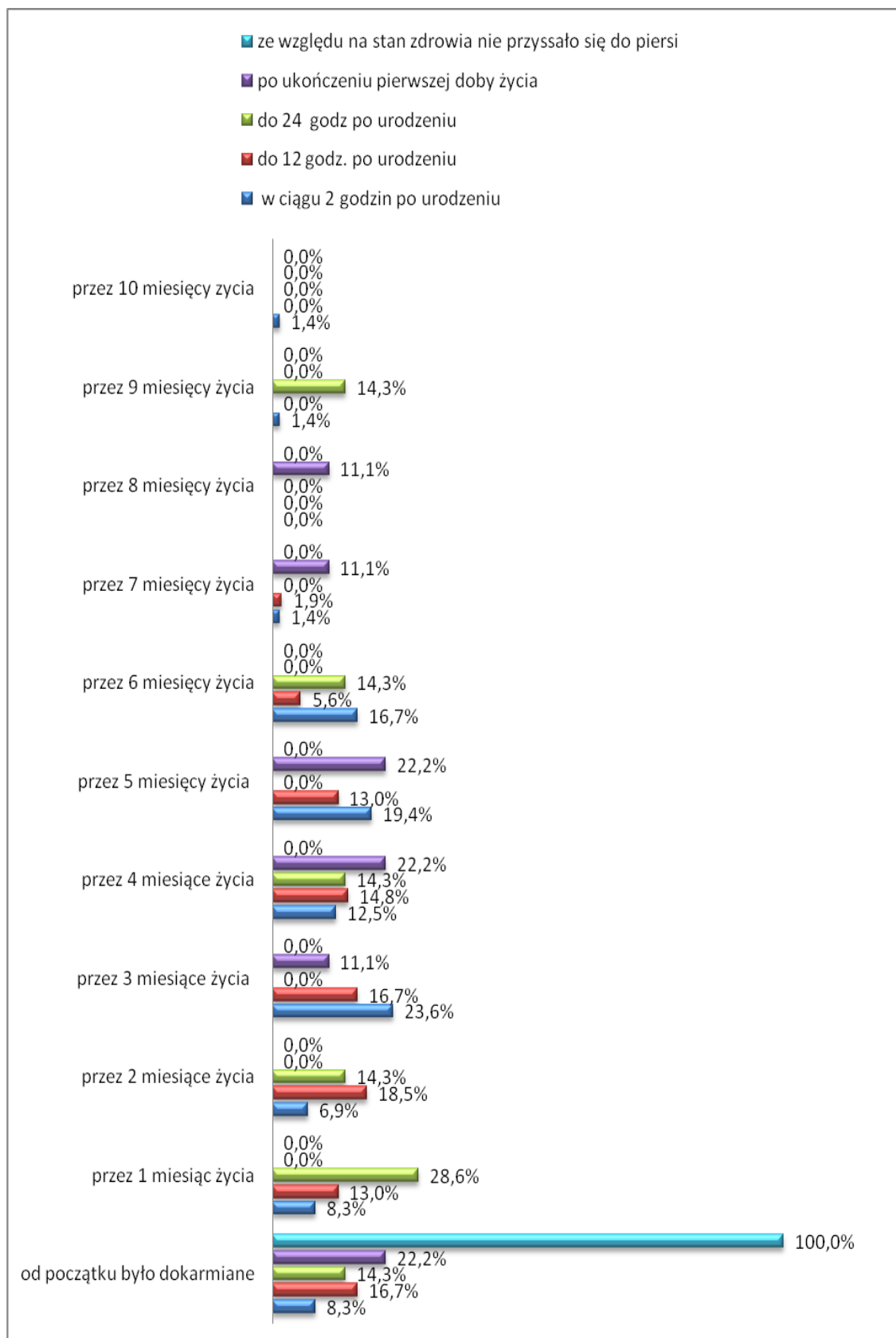
Dokonano analizy statystycznej wpływu poszczególnych uczuć na długość karmienia piersią metodą regresji wielorakiej.

Rodzaj uczuć	Wartość współczynnika regresji	Poziom istotności (p)
Radość	-0,159747	0,133907
Miłość	0,088640	0,386428
Złość	-0,088056	0,401911
Gniew	-0,206272	0,074385
Przygnębienie	0,132548	0,256424
Smutek	0,001821	0,984071
Niepokój	-0,084591	0,335032
Zniecierpliwienie	0,050108	0,619733
Zmęczenie	-0,045403	0,620624
Zaciekawienie	-0,016566	0,852994
Troska	0,086278	0,394701
Odpowiedzialność	-0,027144	0,799224

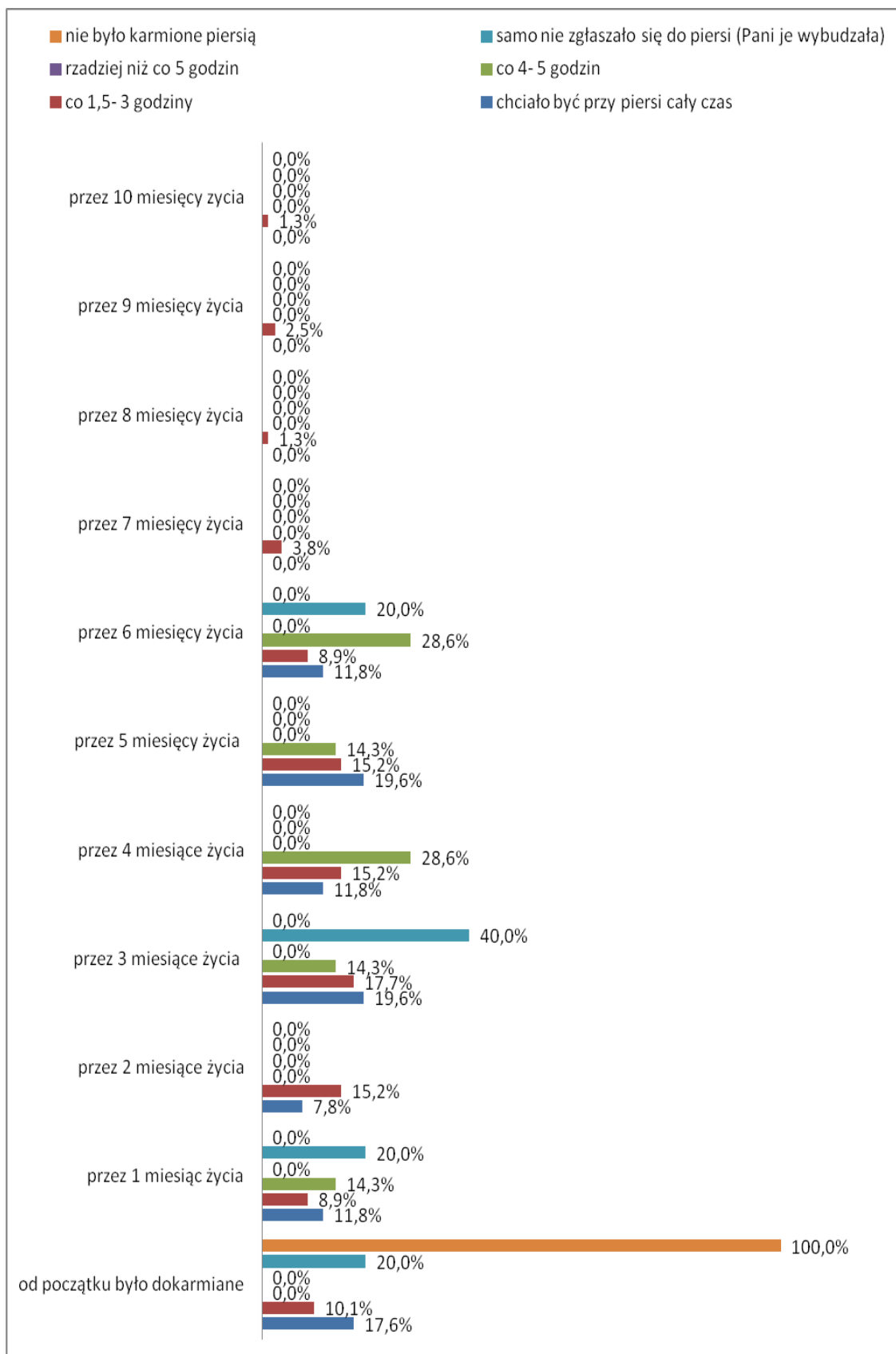
Tabela 1. Wpływ poszczególnych uczuć na długość karmienia piersią.

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: $R = 28166445$ $R^2 = ,07933486$
 Popraw. $R^2 = \text{-----}$ $F(12,131) = ,94070$ $p < ,50888$ Błąd std. estymacji: 1,0358

Na podstawie otrzymanych wyników nie udało się ustalić istotnego wpływu poszczególnych odczuć ani też ich zbiorczego wpływu na długość karmienia piersią.



Ryc. 65. Czas pierwszego przystawienia, a długość wyłącznego karmienia piersią

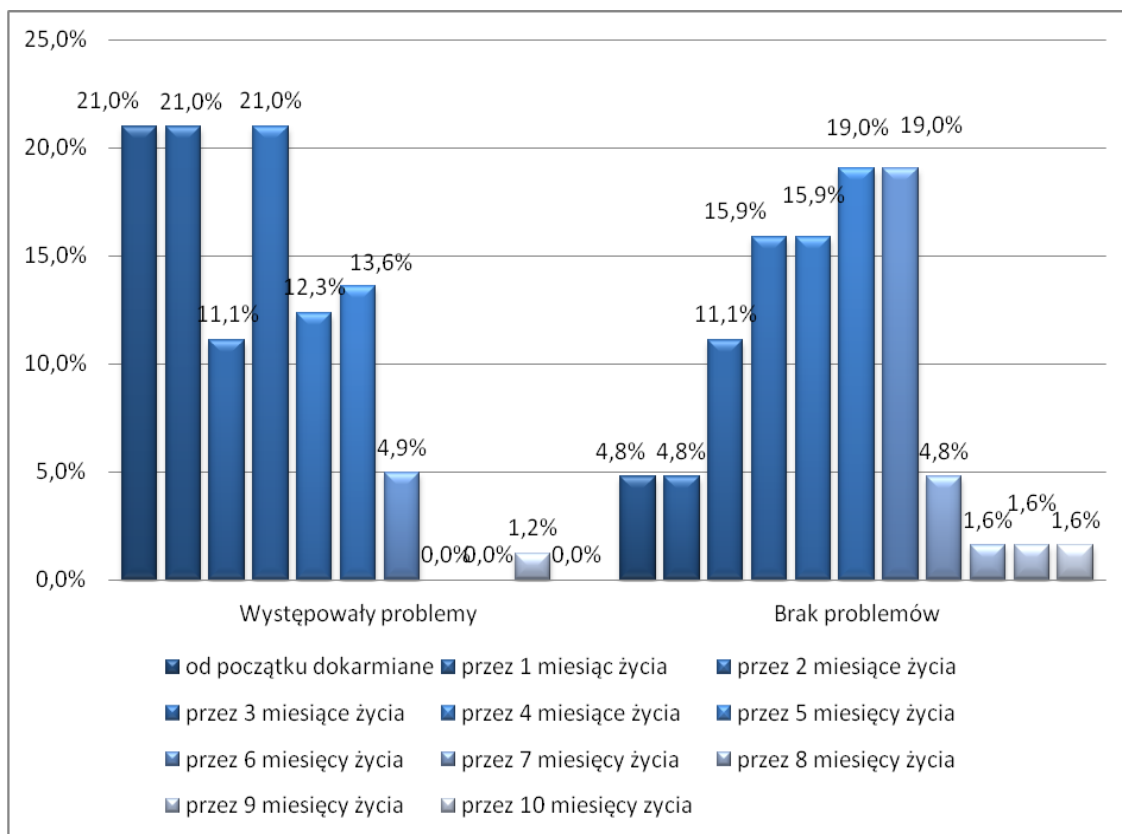


Ryc. 66. Zgłaszanie się dziecka do ssania piersi, a długość wyłącznego karmienia piersią.

Wyniki

Dla obu badanych czynników dokonano analizy statystycznej metodą regresji liniowej. Dla czasu pierwszego przystawienia do piersi otrzymano następujące wyniki: podsumowanie regresji zmiennej zależnej: $R = ,02751162$ $R^2 = ,00075689$ Popraw. $R^2 = \text{-----}$ $F(1,142) = ,10756$ $p < ,74342$ Błąd std. estymacji: 2,2076. Ze względu na wysoką wartość współczynnika istotności $p < 0,743$, nie można stwierdzić zależności pomiędzy czasem pierwszego przystawienia do piersi, a długością wyłącznego karmienia piersią. W przypadku analizy wpływu zgłaszania się dziecka do ssania piersi otrzymano wyniki: podsumowanie regresji zmiennej zależnej:

$R = ,19551593$ $R^2 = ,03822648$. Popraw. $R^2 = ,03145342$ $F(1,142) = 5,6439$ $p < ,01885$ Błąd std. estymacji: 2,1658. Wynika stąd, że czynnik ten istotnie wpływa na czas wyłącznego karmienia piersią. Jednakże tylko 3,8% zmienności tego czasu może być objaśniane przez zmienność zgłaszania się dziecka do ssania piersi.



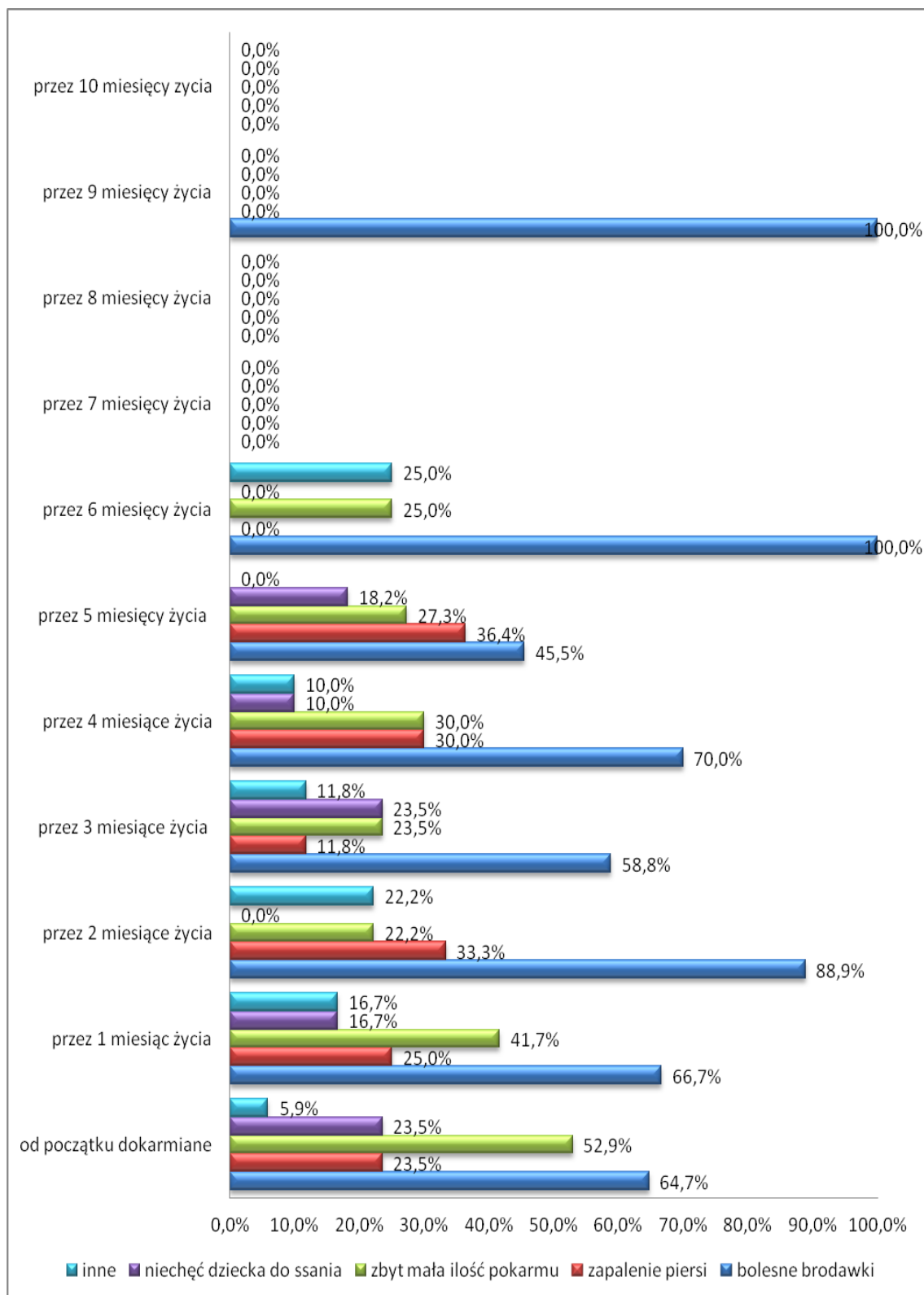
Ryc. 67. Problemy w czasie karmienia piersią, a długość wyłącznego karmienia piersią.

Analizując rozkład graficzny przedstawiony na rycinie 71, widoczne jest znaczne zwiększenie czasu wyłącznego karmienia piersią w grupie kobiet nie mających problemów podczas karmienia, w stosunku do grupy kobiet, które problemów doświadczały. Aby sprawdzić prawdziwość tej tezy dokonano statystycznego szacowania tej zależności metodą regresji logistycznej. Otrzymano tą drogą następujące wyniki:

63 cases have $Y=0$; 81 cases have $Y=1$. Variable Avg SD 1 3.3056 2.1930. Overall Model Fit. Chi Square = 21.5189; df = 1; p = 0.0000. Coefficients and Standard Errors. Variable Coeff. Std Err p 1 -0.3919, 0.0930 0.0000 Intercept 1.5804. Odds Ratios and 95% Confidence Intervals. Variable O.R. Low -- High 1 0.6758 0.5632 0.8108.

Wskaźnik QR = 0,676, oznacza, że z każdym kolejnym okresem, karmienia piersią, ilość kobiet u których występowały problemy w trakcie karmienia piersią malała średnio, aż o 32,4% w stosunku do ogólnej liczby badanych.

Wyniki



Ryc. 68. Struktura rodzajowa problemów w karmieniu piersią, a długość wyłącznego karmienia piersią.

Aby oszacować wpływ poszczególnych rodzajów problemów na długość czasu wyłącznego karmienia piersią, wykonano analizę statystyczną metodą regresji wielorakiej. Otrzymane wyniki przedstawiono poniżej.

Rodzaj problemu	Wartość współczynnika regresji	Poziom istotności (p)
Bolesne brodawki	-0,174194	0,034453
Zapalenie piersi	-0,130807	0,103772
Zbyt mała ilość pokarmu	-0,226926	0,005408
Niechęć dziecka do ssania	-0,142577	0,074843
Inne	-0,093839	0,242408

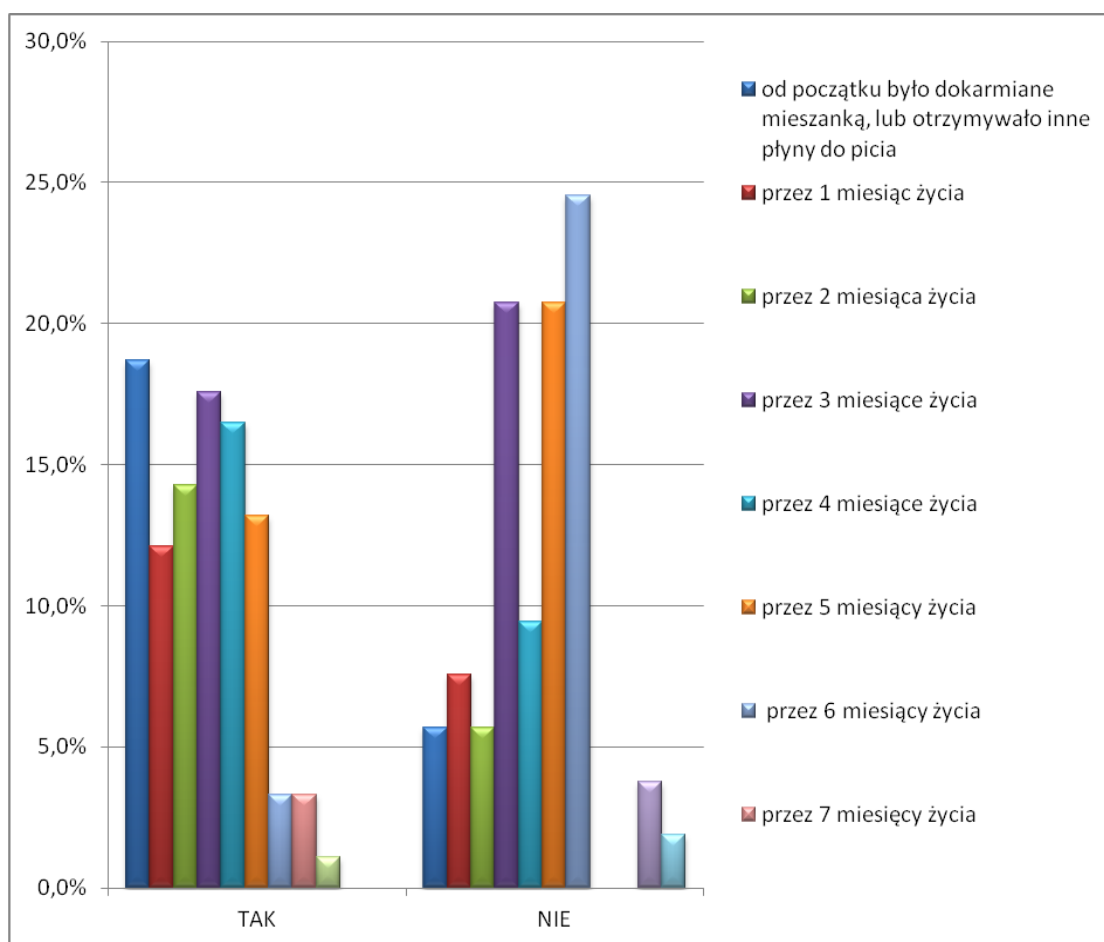
Tabela 2. Wpływ poszczególnych rodzajów problemów w karmieniu piersią na długość czasu wyłącznego karmienia piersią.

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej $R = ,40150827$ $R^2 = ,16120889$
 Popraw. $R^2 = ,13081791$, $F(5,138) = 5,3045$, $p < ,00017$. Błąd std. estymacji: 2,0517.

Oznacza to, że istotny wpływ na kształtowanie się długości wyłącznego karmienia piersią mają przede wszystkim zbyt mała ilość pokarmu oraz bolesność brodawek. Nieco poniżej wymaganego poziomu istotności, uplasowała się niechęć dziecka do ssania piersi. Zapalenie piersi oraz inne problemy nie wpłynęły na badaną zmienną w istotny sposób.

Analiza współczynnika korelacji wielorakiej oraz odpowiadającego mu wskaźnika determinacji wykazała, że problemy podczas karmienia wyjaśniają w 16% zmienność długości czasu wyłącznego karmienia piersią.

Wyniki



Ryc.69. Podawanie dziecku smoczka uspokajacza, a długość wyłącznego karmienia piersią.

Dokonano analizy metodą regresji logistycznej przyjmując 2 stany zmiennej objaśniającej: 0 - nie podawano smoczka, 1 - podawany był smoczek.

Otrzymano wyniki :

53 cases have Y=0; 91 cases have Y=1.

Variable Avg SD .1 3.3056 2.1930

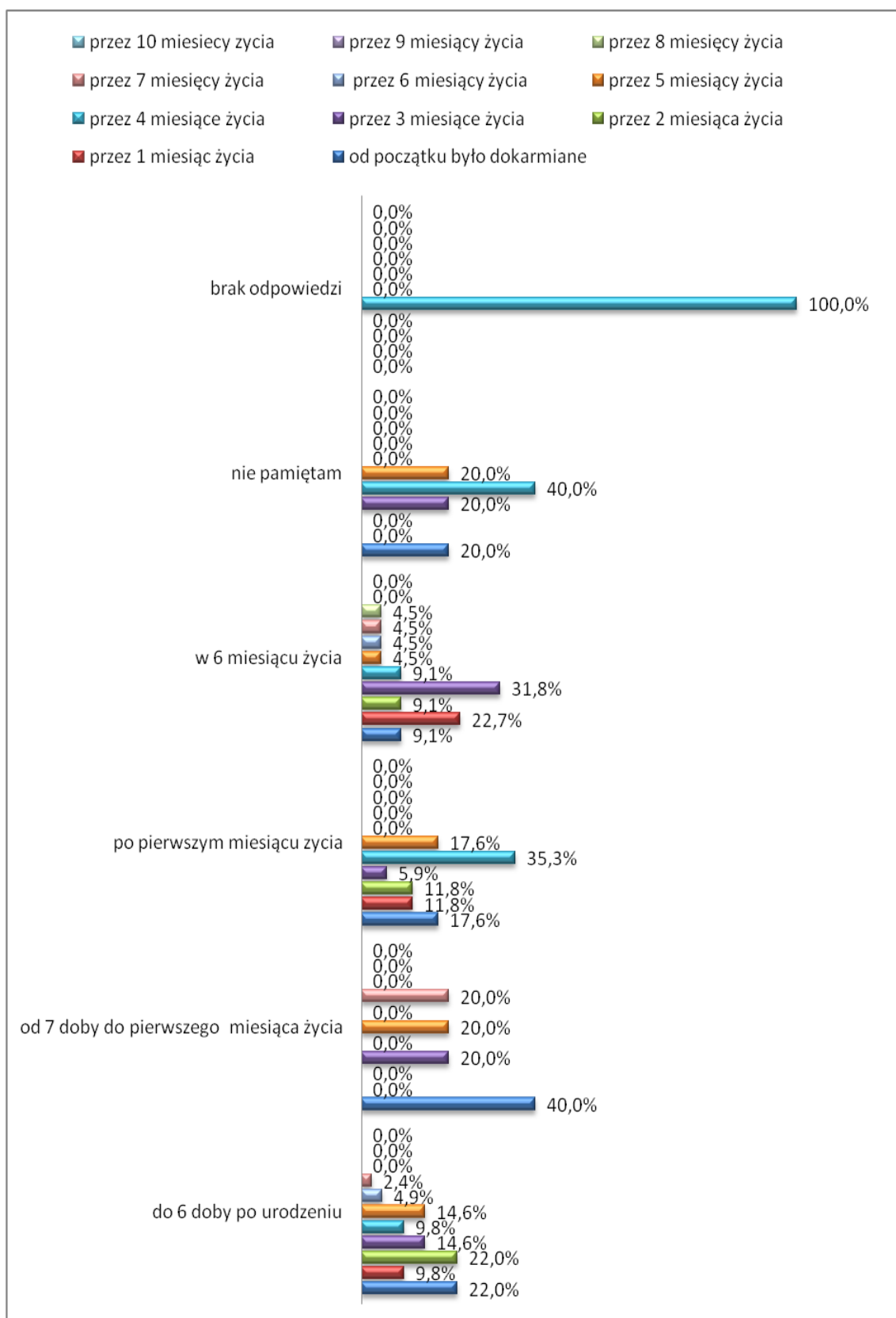
Overall Model Fit... Chi Square =15.3319; df = 1; p = 0.0001

Coefficients and Standard Errors .Variable Coeff. StdErr p -0.3291 0.0902 0.0003

Intercept 1.6871. Odds Ratios and 95% Confidence Intervals...

Variable O.R. Low -- High 1 0.7196 0.6029 0.8588

Otrzymano wskaźnik QR = 0,719, co oznacza, że matki nie podające smoczka uspokajacza zdecydowanie dłużej karmiły dzieci wyłącznie piersią (istotność $p = 0,0003$).

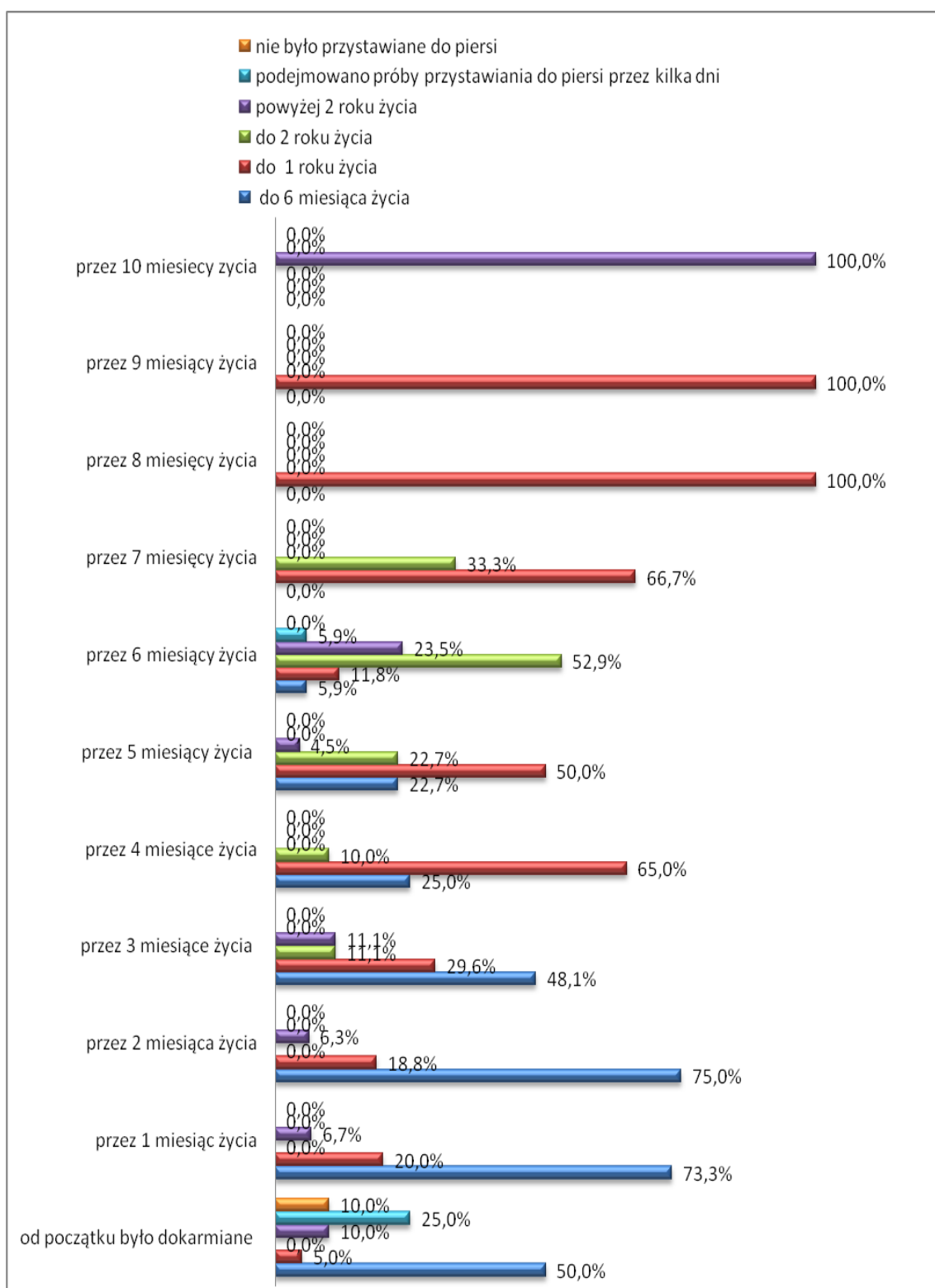


Ryc. 70. Pierwsze otrzymanie smoczka uspokajacza, a czas wyłącznego karmienia piersią.

Wyniki

Po wstępnym odrzuceniu wyników osób, które odpowiedziały na to pytanie „nie pamiętam” bądź nie udzieliły odpowiedzi wcale, dokonano analizy statystycznej metodą regresji liniowej. Otrzymano wyniki: podsumowanie regresji zmiennej zależnej $R = ,28924823$ $R^2 = ,08366454$ Popraw. $R^2 = ,07275578$ $F(1,84) = 7,6695$ $p < ,00691$ Błąd std. estymacji: 1,9434.

Oznacza to, że czas wyłącznego karmienia piersią można w 8% wyjaśnić zmiennością czasu pierwszego podania smoczka uspokajacza.



Ryc. 71. Czas wyłącznego karmienia piersią, a długość całkowitego karmienia.

Wyniki

Dokonano analizy statystycznej wpływu czasu wyłącznego karmienia piersią na długość całkowitego karmienia. Użyto do tego metody regresji liniowej.

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: $R = ,50018983$ $R^2 = ,25018986$ Popraw.

$R^2 = ,24490951$ $F(1,142) = 47,381$ $p < ,00000$. Błąd std. estymacji: $,89783$.

Współczynnik korelacji pomiędzy obu zmiennymi wynosi 0,5. Wskaźnik determinacji $R^2 = 0,25$.

Oznacza to, że długość całkowitego karmienia, aż w 25 % może być określana przez czas wyłącznego karmienia piersią.

3. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Zgodnie ze światowymi zaleceniami, karmienie wyłącznie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia, potem wprowadzanie żywności uzupełniającej i kontynuacja karmienia przez dwa lata i dłużej, jest złotym standardem żywienia dzieci [6,11,13]. Jednak, mimo propagowania idei karmienia naturalnego, nadal mała liczba dzieci w Polsce, a tym samym w Żorach, jest karmiona zgodnie z tym standardem. Na tę sytuację ma wpływ wiele czynników. Przede wszystkim są to brak przekazu pokoleniowego w karmieniu naturalnym, oraz brak rozwiązań systemowych wspierających ten optymalny sposób żywienia dzieci.

Wśród mieszkanek Żor, które urodziły dzieci w 2009 roku, 93,8 % planowało karmić naturalnie swoje dzieci i prawie wszystkie w czasie ciąży zbierały informacje o karmieniu piersią. Źródłem tej wiedzy były przede wszystkim położne, dalej książki, strony internetowe, gazety, a także rodzina. Prawie wszystkie matki, bo 95,8% rozpoczęło karmienie piersią. Ale prawie połowa dzieci, zwłaszcza te które chciały być przy piersi cały czas, już od pierwszej doby życia była dokarmiana mlekiem, prawie zawsze butelką ze smoczką. Ponad połowa z nich otrzymywała mleko modyfikowane, pozostałe natomiast odciągnięte mleko matki. Zgodnie z zaleceniami, wyłącznie piersią, przez 6 miesięcy karmione było 11,1 % dzieci. Natomiast u 9,2% dzieci czas całkowitego karmienia piersią wynosił ponad dwa lata. Na pytanie o powody dla których karmiły dzieci piersią, żorskie matki wskazywały przede wszystkim: zdrowie dzieci, bliskość i więź z dzieckiem, wygodę, karmienie piersią poprzednich dzieci, oszczędność. Różne były powody zakończenia karmienia piersią. Najczęściej było to przekonanie matki, że dziecko było już odpowiednio długo karmione, potem rezygnacja dziecka ze ssania piersi i powrót do pracy zawodowej.

Ostatnie badania epidemiologiczne dotyczące sposobu żywienia dzieci, w tym karmienia piersią, przeprowadziła w Polsce w 1997 roku - w ramach rządowego ogólnopolskiego Programu Promocji Karmienia Piersią - prof. Krystyna Mikiel-Kostyra. Z badań tych wynikało, że karmienie piersią rozpoczynało 92% matek, ale wyłącznie piersią karmiło 68% [58]. Od tego czasu informacje o sposobie żywienia polskich dzieci uzyskiwane są z badań na mniejszych grupach [59]. Największym z nich, była ocena żywienia dzieci w województwie kujawsko - pomorskim, przeprowadzona przez Bernatowicz-Łojko. Objęto nim 1000 niemowląt. W dniu wypisu ze szpitala karmionych piersią było 99,4% donoszonych noworodków ale wyłącznie

Omówienie wyników i dyskusja

mlekiem matki tylko 65% [60]. Natomiast według Zagóreckiej i wsp. gdzie badana grupa to 134 dzieci, karmienie piersią rozpoczyna 97,7% matek, ale 50% noworodków jest dokarmianych sztucznie [61]. Z badań przeprowadzonych w Łodzi przez Ligenę i wsp. wynika, że jedynie 50% dzieci było karmionych wyłącznie piersią bezpośrednio po urodzeniu [62]. Według Kamianowskiej i wsp. wyłącznie piersią na oddziale noworodkowym, karmionych jest 85% dzieci [63].

W badaniach własnych, uzyskano podobny do wyżej przedstawionych wyników odsetek matek rozpoczynających karmienie piersią po urodzeniu dziecka (98,6%). Istotnie niższy jest natomiast odsetek noworodków dokarmianych mieszanką i wynosi 13,9%.

Również wskaźniki wyłącznego karmienia piersią i długości karmienia uzyskane w ostatnich badaniach, są podobne do wyników Mikiel-Kostyry. Z badań z 1997 roku wynikało, że w 4 miesiącu życia było karmione piersią 65% dzieci, ale wyłącznie - 29%. W 6 miesiącu karmione piersią było 57% niemowląt, a wyłącznie piersią 9%. Według Bernatowicz-Łojko, w 4 miesiącu życia karmionych piersią jest 59%, ale wyłącznie 30%, a 6 miesiącu tylko 14% dzieci, jest karmionych wyłącznie piersią. W świetle badań Zagóreckiej i wsp. w 6 miesiącu 68,6% niemowląt jest karmionych piersią, ale tylko 3,7% wyłącznie. Z badań Ligenzy i wsp., wynika, że w 6 miesiącu karmionych piersią jest 3,7% dzieci. Zawadzka-Gralec i wsp. (badano 100 dzieci) przedstawiła, że w 6 miesiącu wyłącznie piersią karmione było 38% niemowląt [64]. W badaniach własnych otrzymano wynik: przez 4 miesiące życia wyłącznie piersią, karmione jest 13,9% niemowląt. Natomiast do 6 miesiąca życia karmione jest 40,1% niemowląt, ale wyłącznie piersią 11,1%.

Z tych niewielkich badań wyraźnie widać, że Polskie wskaźniki różnią się od wskaźników europejskich, gdzie 3 miesiące wyłącznie piersią karmi 50% matek na Węgrzech, Danii, Islandii, Słowacji, Norwegii i w Szwecji. W krajach takich jak: Białoruś, Łotwa, Bułgaria, Litwa, w ostatnich latach wskaźniki karmienia piersią znacznie wzrosły [59]. W Norwegii skuteczny system wspierania karmienia piersią skutkuje tym, że 98% kobiet karmi piersią swoje dzieci po porodzie, 90% w wieku 3 miesięcy, 80% w wieku 6 miesięcy, a 46% w wieku 12 miesięcy [66].

Poszukując czynników mających korzystny wpływ na długość karmienia piersią, poddano analizie wpływ czasu wyłącznego karmienia piersią na tę długość. Zagórecka i wsp. stwierdzają, że czas zakończenia karmienia piersią oceniany w 6 i 12 miesiącu życia dziecka, wiąże się z czasem wprowadzania dokarmiania, z wiekiem matki

i wyłącznym karmieniem piersią w okresie noworodkowym, a w 6 miesiącu dodatkowo z pracą zawodową matki [61]. W badaniach własnych dokonano analizy statystycznej wpływu czasu wyłącznego karmienia piersią na długość całkowitego karmienia. Użyto do tego metody regresji liniowej. Uzyskano istotnie statystyczny wynik: w 25%, długość całkowitego karmienia może być określana przez czas wyłącznego karmienia piersią. Z powyższego wynika, że na długość karmienia piersią ma wpływ długość wyłącznego karmienia piersią.

Kobiety w różny sposób postrzegają ciążę, nie zawsze ma to związek z mierzalnymi wskaźnikami jej dobrostanu. Dokonano analizy metodą regresji logistycznej, przyjmując 2 stany zmiennej objaśniającej: 0 – negatywne bądź neutralne postrzeżenie ciąży, 1 – pozytywne postrzeżenie ciąży. Oceniono, że kobiety pozytywnie postrzegające ciążę dłużej karmią piersią swoje dzieci. Nie znaleziono innych doniesień dotyczących tej zależności.

W badaniach własnych, czynnikiem mającym istotny wpływ na długość wyłącznego karmienia piersią, jest też częstość zgłaszania się dziecka do ssania piersi w pierwszych dniach życia. Najwięcej, bo 28,6 % dzieci karmionych wyłącznie piersią przez 6 miesięcy to te, które zgłaszały się do ssania piersi co 4-5 godzin. Zgodnie z aktualną wiedzą karmione piersią dziecko, aby się najeść, powinno zgłaszać się do karmienia 8-12 razy na dobę. Mniejsza częstość pobierania pokarmu, a tym samym niewystarczająca stymulacja piersi do produkcji mleka, w świetle teorii powinna skutkować niewystarczającą jego ilością. Długie przerwy w zgłaszaniu się dziecka do karmienia, mogły natomiast być czynnikiem utwierdzającym matkę w jej kompetencjach w karmieniu piersią (że ma pokarm i jest on dobry) i niepodejmowaniu decyzji o dokarmianiu dziecka w tym czasie, co zniwelowało przewidywane niekorzystne skutki zbyt rzadkich karmień. Z badań własnych wynika, że w pierwszej dobie życia dokarmione było aż 61,2 % noworodków, z czego prawie połowa tylko dlatego, że płakały po odstawieniu od piersi.

3,8% zmienności czasu wyłącznego karmienia piersią, może być objaśniane przez zmienność zgłaszania się dziecka do ssania piersi. Nie znaleziono innych badań w których byłaby oceniana ta zależność.

Analizowano również wpływ czasu pierwszego przystawienia noworodka do piersi na długość wyłącznego karmienia piersią. Wyszczególniono przedziały czasowe pierwszego przystawienia do piersi: w ciągu 2 godzin, do 12-tu godzin, do 24 godzin po urodzeniu, po ukończeniu pierwszej doby życia, oraz brak przystawienia ze względu na

stan zdrowia. Najwięcej, bo 50% noworodków przyssało się do piersi w ciągu 2 godzin po narodzinach. Najlicniejsza grupa dzieci - 16,7% , które w 6 miesiącu życia były karmione wyłącznie piersią, to właśnie te, które po raz pierwszy otrzymały pierś w ciągu dwóch godzin po urodzeniu. Jednak po dokonaniu analizy statystycznej metodą regresji liniowej, nie stwierdzono zależności pomiędzy czasem pierwszego przystawienia do piersi, a długością wyłącznego karmienia piersią. W świetle badań własnych czas pierwszego przystawienia do piersi nie wpływa na długość wyłącznego karmienia piersią. Można jednak podejrzewać, że spodziewany korzystny wpływ optymalnego czasu przystawienia noworodka do piersi – do dwóch godzin po porodzie , został ograniczony przez brak odpowiednio długiego kontaktu skóra do skóry. Aż 96,2% respondentek zaznaczyło, że trwał on tylko kilka minut. Z doniesień naukowych wynika, że kontakt skóra do skóry, a co za tym idzie dostępność matczynej piersi i wynikająca z tego możliwość zaspokojenia potrzeby bliskości, głodu, ssania, wywołuje całą kaskadę hormonalną i jest czynnikiem uruchamiającym nie tylko skuteczne karmienie piersią, ale przede wszystkim proces przywiązania matki i dziecka. Nie znaleziono innych badań oceniających wpływ czasu pierwszego przystawienia do piersi na długość jego wyłącznego trwania.

Na pytanie o problemy w karmieniu piersią twierdząco odpowiedziało 51, 4% respondentek. Zaobserwowano, w analizie badań własnych, znaczne zwiększenie czasu wyłącznego karmienia piersią w grupie kobiet nie mających problemów podczas karmienia, w stosunku do grupy kobiet u których problemy występowały. Analiza współczynnika korelacji wielorakiej oraz odpowiadającego mu wskaźnika determinacji wykazała, że problemy podczas karmienia wyjaśniają w 16% zmienność długości czasu wyłącznego karmienia piersią. Istotna statystycznie, wskazana przez prawie połowę respondentek z grupy mającej problemy z karmieniem piersią , okazała się bolesność brodawek sutkowych, która jednak, w świetle badań własnych, nie ma wpływu na długość wyłącznego karmienia piersią. Natomiast istotny statystycznie wpływ na kształtowanie się długości wyłącznego karmienia piersią, działając zdecydowanie na jego skrócenie, ma zbyt mała ilość pokarmu, stwierdzana w połowie przypadków przez matki. Znamiennie inne wyniki otrzymano w badaniach przeprowadzonych przez McClellan i wsp. gdzie niedostateczna ilość mleka ale również ból brodawek wskazano jako główne przyczyny wczesnego odstawienia dziecka od piersi. Mimo tego, że większość badanych kobiet karmiących piersią, doświadczających przewlekłego bólu sutków, była w stanie osiągnąć normalny poziom produkcji mleka [67]. Również ból

brodawek jako główną przyczynę wczesnego odstawienia dziecka od piersi wskazali McClellan i wsp. w badaniach dotyczących wpływu bólu brodawek spowodowanego urazem i bólu niezwiązanego z uszkodzeniem brodawek na karmienie piersią. W opinii tych badaczy konsekwencje bólu brodawek sięgają daleko poza akt karmienia piersią, zwłaszcza w przypadku kobiet, u których ból trwa kilka miesięcy. Według McClellan i wsp. dalsze badania nad przyczynami bólu brodawek są konieczne w celu wdrożenia skutecznych interwencji, mających na celu nie tylko utrzymanie karmienia piersią, ale również zmniejszenie dalszych powikłań, takich jak zakażenie i depresja poporodowa [68].

Nasilony ból piersi, bez wskazania dokładnego miejsca jego lokalizacji, doświadczany przez karmiące matki, w dwóch pierwszych tygodniach po porodzie został zidentyfikowany w badaniach Watkins i wsp. jako czynnik zwiększający dwukrotnie ryzyko depresji poporodowej, występującej w ciągu dwóch miesięcy po porodzie [69]. Niechęć dziecka do ssania piersi, zapalenie piersi oraz inne problemy wskazywane przez respondentki w badaniach własnych, nie wpłynęły w istotny sposób na długość wyłącznego karmienia piersią.

Szukając czynników wpływających na długość wyłącznego karmienia piersią, postawiono matkom pytanie czy podawały dziecku smoczek uspokajacz. Twierdząco na pytanie odpowiedziało 63,2% respondentek. Z badań własnych wynika, że matki nie podające smoczka uspokajacza zdecydowanie dłużej karmiły dzieci wyłącznie piersią. Woś i Gawęda badały natomiast wpływ podawania smoczka na długość całkowitego karmienia piersią. Ponad połowa ankietowanych przez nie matek, deklarowała podawanie smoczka uspokajacza, jednak w świetle tych badań nie miało to znamiennego wpływu na czas trwania karmienia naturalnego [70]. W przeglądzie systematycznym dokonanym przez O'Connor i wsp. nie podano jednoznacznego wpływu podawania smoczka uspokajacza na długość karmienia piersią [71]. Również w przeglądzie mającym na celu sprawdzenie wpływu stosowania smoczka u zdrowych noworodków urodzonych w terminie, na czas trwania karmienia piersią i ryzyko SIDS (Sudden Infant Death Syndrome – nagła śmierć zdrowego niemowlęcia w czasie snu), dokonanym przez Hewitt i wsp. wynikało, że smoczek zmniejsza czas trwania każdego, nie wyłącznego i wyłącznego karmienia piersią, jednak efekt ten nie jest istotny statystycznie. Ustalono natomiast, że użycie smoczka podczas snu jak i rutynowe stosowanie smoczka, zmniejszało ryzyko SIDS. W opinii badaczy, wyniki wskazują, że smoczki powinny być odradzane w pierwszym miesiącu życia dziecka ale po jego

upływie, stosowanie smoczka może zmniejszać ryzyko wystąpienia SIDS [72]. Podobne zalecenia dotyczące stosowania smoczka uspokajacza przedstawiła Amerykańska Akademia Pediatrii. AAP dopuszcza stosowanie smoczka uspokajacza w sytuacjach uzasadnionych medycznie, np. jako środek uspokajający dla wyjątkowo niespokojnych lub cierpiących z powodu bólu niemowląt, jako sposób na zmniejszenie częstości SIDS w rodzinach obarczonych takim ryzykiem, jako sprzęt wspomagający w procesie rehabilitacji funkcji ssania prowadzonej przez fachowe osoby. Prawidłowe używanie smoczka uspokajacza pozwala na utrzymanie prawidłowej laktacji i polega na stosowaniu go do drzemki lub zasypiania w pozycji na plecach, dopiero po ustabilizowaniu się laktacji, czyli po 3- 4 tygodniach życia dziecka [11].

W badaniach własnych, dla wnikliwszej analizy wpływu smoczka uspokajacza, na długość wyłącznego karmienia piersią, poddano analizie również czas jego pierwszego podania dziecku. Wyszczególnione przedziały czasowe podawania smoczka uwzględniały ważne w laktacji etapy: do 6 doby po urodzeniu (czas zakończenia laktogenezy II), i od 7 doby życia do pierwszego miesiąca życia (czas stabilizacji laktacji), oraz po pierwszym miesiącu życia dziecka (czas ustabilizowanej laktacji). W świetle badań własnych czas wyłącznego karmienia piersią można w 8% wyjaśnić zmiennością czasu pierwszego podania smoczka uspokajacza.

Analizie statystycznej poddano zależność pomiędzy sposobem ukończenia ciąży, a długością wyłącznego karmienia piersią. Na podstawie otrzymanych wyników nie udało się określić wpływu sposobu ukończenia ciąży na długość wyłącznego karmienia piersią. Z badań własnych wynika, że sposób ukończenia ciąży nie ma wpływu na długość wyłącznego karmienia piersią. Inne wyniki uzyskano w badaniach Woś i Gawędy, gdzie większość dzieci urodzonych przez cięcie cesarskie była karmiona piersią, ale prawie połowa była dokarmiana mieszanką już w pierwszym półroczu życia [66]. Również badania Howard i wsp. w grupie 700 noworodków pokazały, że dzieci urodzone przez cięcie cesarskie były częściej dokarmiane niż urodzone drogami natury [73].

Związek między interwencjami w czasie porodu, a czasem trwania karmienia piersią na 1280 par matka-niemowlę badali [Bai DL](#) i wsp. Analiza tych badań wykazała, że wywołanie porodu, opioidowe leki przeciwbólowe i cesarskie cięcie wiążą się z krótszym czasem trwania karmienia piersią. Wywołanie porodu i nagłe cesarskie cięcie wiążą się też z krótszym okresem wyłącznego karmienia piersią. Badacze zalecają konieczność większego wsparcia dla tej grupy karmiących piersią matek

[74]. W badaniach [Brown](#) i [Jordan](#) matki, które doświadczyły komplikacji porodowych istotnie statystycznie krócej karmią piersią, w porównaniu do matek u których poród przebiegał fizjologicznie. Największy wpływ miało cięcie cesarskie, następnie zagrożenie życia płodu, brak postępu porodu i krwotoki poporodowe. Badacze wyciągnęli wniosek, że pewne komplikacje podczas porodu mogą zwiększyć ryzyko specyficznych fizycznych trudności z karmieniem piersią, prawdopodobnie z powodu ich związku z otrzymywanymi lekami [75].

Z powyższych informacji wynika znaczna różnicach w wynikach badań własnych w stosunku do wyników prezentowanych badaczy. Na takie różnice w wynikach badań może mieć wpływ czas ich przeprowadzenia. Badania własne są najświeższe, a w związku z tym wpływ na lepsze wyniki mogą mieć wprowadzane w Polsce, procedury szpitalne sprzyjające karmieniu piersią, w tym również po cięciu cesarskim.

Kolejnym czynnikiem, którego wpływ na długość karmienia piersią starano się ocenić, były uczucia matek w pierwszym okresie po porodzie. Respondentki miały możliwość zaznaczenia dowolnej liczby doświadczanych uczuć. Od pozytywnych, takich jak : radość, miłość, przez neutralne (zaciekawienie, troska, odpowiedzialność), potem zniecierpliwienie , zmęczenie i negatywne (złość, gniew, przygnębienie, smutek, niepokój). Na podstawie otrzymanych wyników nie udało się ustalić istotnego wpływu poszczególnych uczuć ani też ich zbiorczego wpływu na długość karmienia piersią. W świetle badań własnych uczucia doświadczane przez matki w czasie po narodzinach dziecka nie mają wpływu na długość karmienia piersią. Nie znaleziono badań potwierdzających te wyniki. Natomiast informacje uzyskane z badań pośrednio dotyczących uczuć matek – wpływu stresu matki na inicjację i stabilizację karmienia piersią oraz zależności temperamentu dziecka i jego zależności względem karmienia piersią, dowodzą istotnego ich wpływu na karmienie piersią.

Wpływ matczynego stresu na inicjację i stabilizację karmienia piersią badali Doulougeri i wsp. Z analizy ich badań wynika, że poziom stresu jest istotnie związany z opóźnieniem rozpoczęcia laktacji, mniejszą ilością mleka, rzadszym karmieniem i krótszym czasem trwania pierwszego karmienia. Pozytywne emocje matek skutkują natomiast częstszym karmieniem piersią. Badany przez nich poziom kortyzolu nie był istotnie związany z rozpoczęciem i stabilizacją karmienia piersią [76].

Jones badała temperament niemowlęcia i jego zależności w stosunku do karmienia piersią przez matki depresyjne i nie depresyjne. Wyniki badań dowiodły, że mniejsze szanse na karmienie piersią mają matki depresyjne, karmiące dzieci z dużym

Omówienie wyników i dyskusja

natężeniem negatywnych reakcji. Nie zauważono natomiast takiego wpływu na kontynuację karmienia piersią, przez matki bez objawów depresji. Wyniki badań sugerowały, że stan emocjonalny depresyjnej matki i temperament niemowlęcia wzajemnie na siebie wpływają i determinują niekorzystny wzorzec karmienia piersią [77].

W badaniach Watkins i wsp. poszukiwano z kolei zależności między wczesnymi doświadczeniami z karmieniem piersią, a występowaniem depresji poporodowej w ciągu 2 miesięcy po porodzie. Za pomocą Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej zbadano 2586 kobiet. Z badań tych wynika, że kobiety, które mają trudności w karmieniu piersią podczas dwóch pierwszych tygodni po porodzie, są bardziej narażone na depresję poporodową po 2 miesiącach, w porównaniu do kobiet, u których nie występowały trudności w karmieniu piersią. Istotne również okazały się odczucia kobiet w stosunku do karmienia piersią - te które stwierdzały, że nie lubią karmić piersią, były bardziej narażone na depresję poporodową w porównaniu do kobiet, które deklarowały, że lubią karmić. W konkluzji autorzy stwierdzili, że kobiety z trudnościami w karmieniu piersią należy badać pod kątem objawów depresji [69]. Jest to ważna informacja, biorąc pod uwagę fakt, że depresja zdarza się w przybliżeniu u 13% kobiet po porodzie [78]. Również w tej sytuacji, jak w przypadku doświadczenia patologicznego porodu czy przewlekłego bólu brodawek sutkowych, aby karmienie piersią mogło się udać, potrzebne jest matce dodatkowe wsparcie.

4. WNIOSKI

1. Karmienie piersią, dzieci urodzonych w 2009 roku, mieszkających w Żorach, nie przebiegało według aktualnych zaleceń dotyczących karmienia piersią.
2. Czynniki, które w badanej populacji działały korzystnie na długość wyłącznego karmienia piersią to: brak problemów podczas karmienia piersią, niestosowanie smoczka uspokajacza u dziecka, zgłaszanie się dziecka do ssania piersi w pierwszych dniach życia co 3-4 godziny i pozytywne postrzeżenie ciąży przez matkę.
3. Im dłużej dziecko było karmione wyłącznie piersią, tym istotnie statystycznie dłuższy był czas jego całkowitego karmienia piersią.

5. STRESZCZENIE

Przedstawiona praca dotyczy oceny przebiegu karmienia piersią w populacji dzieci 3 letnich na terenie miasta Żory.

Karmienie piersią, zgodnie ze współczesną wiedzą, jest właściwym dla gatunku ludzkiego, jedynym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci zapewniającym im optymalny stan zdrowia i rozwój. Umożliwia uzyskanie zdrowia zapisanego w kodzie genetycznym poszczególnych osób [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]. Mleko matki stanowi dla niemowląt przepustkę do zdrowego życia. Unikalność pokarmu kobiecego wynika z jego składu. Mleko ludzkie to kompozycja doskonale dobranych ilościowo i jakościowo składników dostosowanych do potrzeb intensywnie rozwijającego się organizmu dziecka [1,2,3,4,8,10]. Jest przyjazne dla środowiska, jest niewyczerpanym i odnawiającym się źródłem pożywienia [6].

We wstępie pracy przedstawiono historię karmienia piersią, rekomendacje i definicje dotyczące karmienia piersią. Omówiono fizjologię laktacji oraz skład mleka kobiecego. Zaprezentowano również regulacje prawne dotyczące karmienia piersią na świecie, w Europie i w Polsce. W rozdziale dotyczącym wspierania karmienia piersią w Polsce, omówiono organizacje propagujące karmienie piersią, przywileje w pracy dla kobiet karmiących piersią. Szeroko omówiono Inicjatywę Szpital Przyjazny Dziecku, poradnictwo laktacyjne, oraz rolę i zadania położnej we wspieraniu karmienia piersią.

Celem pracy była ocena i analiza przebiegu karmienia piersią wśród dzieci 3- letnich w Żorach, a także uzyskanie odpowiedzi na pytania: jakie czynniki korzystnie wpływają na długość wyłącznego karmienia piersią, i czy długość wyłącznego karmienia piersią ma wpływ na długość całkowitego karmienia piersią.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, i ankietą jako techniką badawczą. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz.

Po uzyskaniu zgody Prezydenta Miasta, od 01.10. 2012 roku do 31.11.2012 roku, we wszystkich przedszkolach w Żorach, w grupach z dziećmi 3 letnimi, rozdano losowo wybranym 250 matkom kwestionariusze ankiet. Uzyskano 143 wypełnionych w całości kwestionariuszy. Wszystkie badane kobiety zostały poinformowane o celu badań, ich anonimowości oraz o sposobie wykorzystywania uzyskanych wyników. Analiza uzyskanych danych, została przeprowadzona w dwóch etapach: statystyka opisowa i analityczna. Część analityczna, w zależności od potrzeb, została opracowana

przy pomocy metod: regresji logistycznej, wielorakiej lub liniowej. Do analizy wykorzystano program Statistica 10.

Zgodnie ze światowymi zaleceniami, karmienie wyłącznie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia, potem wprowadzanie żywności uzupełniającej i kontynuacja karmienia przez dwa lata i dłużej, jest złotym standardem żywienia dzieci [6,11,13].

Wśród mieszkanek Żor, które urodziły dzieci w 2009 roku, 93,8 % planowało karmić naturalnie swoje dzieci i prawie wszystkie w czasie ciąży zbierały informacje o karmieniu piersią. Źródłem tej wiedzy były przede wszystkim położne, potem książki, strony internetowe, gazety, a także rodzina. Prawie wszystkie matki, bo 95,8%, rozpoczęło karmienie piersią. Ale prawie połowa dzieci, zwłaszcza te które chciały być przy piersi cały czas, już od pierwszej doby była dokarmiana mlekiem, prawie zawsze butelką ze smoczkiem. Ponad połowa z nich otrzymywała mleko modyfikowane, pozostałe natomiast odciągnięte mleko matki. Zgodnie z zaleceniami, wyłącznie piersią, przez 6 miesięcy karmione było 11,1 % dzieci. Natomiast u 9,2% dzieci czas całkowitego karmienia piersią wynosił ponad dwa lata. Na pytanie o powody dla których karmiły dzieci piersią, żorskie matki wskazywały przede wszystkim: zdrowie dzieci, bliskość i więź z dzieckiem, wygodę, karmienie piersią poprzednich dzieci i oszczędność. Różne były powody zakończenia karmienia piersią. Najczęściej było to przekonanie maki, że dziecko było już odpowiednio długo karmione, potem rezygnacja dziecka ze ssania piersi i powrót do pracy zawodowej.

Wyniki przeprowadzonej analizy wykazały, że karmienie piersią dzieci, urodzonych w 2009 roku, mieszkających w Żorach, nie przebiegało według aktualnych zaleceń dotyczących karmienia piersią. W badanej populacji, istotnie statystycznie dłużej, wyłącznie piersią, karmiły matki, które pozytywnie postrzegały ciążę, nie doświadczały problemów w czasie karmienia, a dziecko zgłaszało się do ssania piersi w pierwszych dniach życia co 3-4 godziny i nie otrzymywało smoczka uspokajacza. Im dłużej dziecko było karmione wyłącznie piersią, tym istotnie statystycznie, dłuższy był czas jego całkowitego karmienia piersią.

ABSTRACT

This article contains evaluation of breastfeeding in a population of 3-year-old children in the town of Żory.

According to the current knowledge, breastfeeding is appropriate for the human species and is also the only right way of feeding infants and toddlers, providing an optimal health and developmental level. Breastfeeding helps to possess the level of health written in the genetic code of each person [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]. Mother's milk allows newborns to be healthy. The uniqueness of mother's milk is connected with its composition. It contains components which are perfectly (quantitatively and qualitatively) balanced and are suitable for intensively developing organism of a baby [1,2,3,4,8,10]. Breast milk is environmentally friendly and is an inexhaustible and self-renewing source of food [6].

The history of breastfeeding, recommendations and definitions connected with breastfeeding are presented in the introduction. There is also described the physiology of lactation and composition of mother's milk and regulations on breastfeeding in the world, Europe and Poland. The organisations promoting breastfeeding and privileges at work for breastfeeding mothers are described in the chapter on breastfeeding support in Poland. The initiative of Childfriendly Hospital, lactation counseling, role and tasks of a midwife in breastfeeding support are also presented in this part of the thesis.

The aim of this thesis was an evaluation and analysis of breastfeeding among 3-year-old children in Żory as well as getting answers for the questions: which factors have positive effect on the duration of exclusive breastfeeding and if the duration of exclusive breastfeeding influences the duration of total breastfeeding? Diagnostic poll method and a questionnaire were used as a research technique. The research were conducted in all kindergartens in Żory, after obtaining an agreement from the President of Żory. From 01.10. 2012 to 31.11.2012, 250 randomly chosen mothers of 3-year-olds got questionnaires. 143 fully filled questionnaires were collected. All participants were informed about the aim of the study, its anonymity and how the results would be used.

Analysis of the data was carried out in two stages: descriptive and analytical statistics. In analytical part various methods were used (as required) logistic, multiple and linear

regression. All the analysis were conducted in Statistica 10. According to global recommendations, the gold standards of infant nutrition is an exclusive breastfeeding during first six months of life and afterwards introduction of complementary foods and continued exclusive breastfeeding for two years or more [6,11,13].

93,8% of women from Żory, who had a baby in 2009, planned to breastfeed their children and almost all of those women collected informations about breastfeeding during pregnancy. Source of this knowledge were: midwives, then books, websites, magazines and families. Almost all mothers (95,8%) started to breastfeed. However, almost half of the babies (especially those who wanted to suck all the time) was fed with additional milk, and it was almost always bottle-feeding. More then half of them obtained modified milk, and the rest had the mother's milk artificially sucked. According to recommendations, 11,1% of children were exclusively breastfed during 6 months while 9,2% of the infants were totally breastfed for more then 2 years. For the respondents the main reason for breastfeeding were: health of an infant, closeness and bond with a baby, comfort, breastfeeding of previous children and economy. There were several reasons for weaning. Most often mother claimed, that baby was breastfed long enough, sometimes baby resigned to suck or mother returned to work. The results of conducted analysis showed, that breastfeeding of children from Żory, born in 2009, was not led according to current breastfeeding recommendations. In studied population, mothers who significantly longer exclusively breastfed perceived pregnancy positively, did not experience any problems during pregnancy and infant wanted to suck every 3-4 hours during first days after labour and did not get any pacifier. The longer child was exclusively breastfed, the significantly longer was total breastfeeding.

6. WYKAZ TABEL I RYCIN

Tabele

Tabela 1. Wpływ poszczególnych uczuć na długość karmienia piersią.	72
Tabela 2. Wpływ poszczególnych rodzajów problemów w karmieniu piersią na długość czasu wyłącznego karmienia piersią.	79

Ryciny

Ryc. 1. Informacja o tym, czy respondentki w dzieciństwie były karmione piersią.	27
Ryc. 2. Doświadczenie w karmieniu piersią przez znajome kobiety.	28
Ryc. 3. Planowanie ciąży, dotyczące ankietowanego dziecka.	28
Ryc. 4. Plany respondentek dotyczące karmienia piersią.	29
Ryc. 5. Poszukiwanie informacji o karmieniu piersią podczas ciąży.	29
Ryc. 6. Źródła wiedzy na temat karmienia piersią.	30
Ryc. 7. Miejscowość w której odbył się poród.	31
Ryc. 8. Informacja o kolejności przyjścia na świat objętych badaniem dzieci.	32
Ryc. 9. Karmienie piersią poprzednich dzieci.	32
Ryc. 10. Długość trwania karmienia piersią poprzednich dzieci.	33
Ryc. 11. Płeć dziecka.	33
Ryc. 12. Sposób urodzenia dziecka.	34
Ryc. 13. Procedury medyczne zastosowane podczas porodu siłami natury*.	34
Ryc. 14. Wskazania do porodu przez cięcie cesarskie*.	35
Ryc. 15. Kontakt z dzieckiem skóra do skóry po porodzie.	36
Ryc. 16. Czas trwania pierwszego kontaktu.	36
Ryc. 17. Czas ,w którym dziecko pierwszy raz przyssało się do piersi.	37
Ryc. 18. Częstotliwość zgłaszania się do piersi przez dziecko, w pierwszych dniach życia.	38
Ryc.19. Podawanie dziecku smoczka uspokajacza.	38

Ryc. 20. Wiek dziecka, w którym otrzymało smoczek uspokajacz.....	39
Ryc. 21. Osoba proponująca podanie smoczka	39
Ryc. 22. Powody podawania dziecku smoczka uspokajacza.....	40
Ryc. 23. Dokarmianie dziecka w trakcie pobytu w szpitalu po urodzeniu.....	41
Ryc. 24. Doba życia ,w której dziecko po raz pierwszy było dokarmione.....	41
Ryc. 25. Powód dokarmiania dziecka, w pierwszych dobach po urodzeniu*.....	42
Ryc. 26. Mleko użyte do dokarmiania dziecka.....	43
Ryc. 27. Osoba, która zdecydowała o dokarmianiu dziecka w szpitalu.	43
Ryc. 28. Obecność nawąłu mlecznego	44
Ryc. 29. Występowanie problemów z karmieniem piersią.	44
Ryc. 30. Problemy w karmieniu piersią*.....	45
Ryc. 31. Osoby stwierdzające zbyt małą ilość pokarmu*.....	46
Ryc. 32. Osoby , które pomogły rozwiązać problemy w karmieniu piersią*.....	47
Ryc. 33. Miesiąc życia dziecka, do którego było karmione wyłącznie piersią.	48
Ryc. 34. Dokarmianie innym mlekiem dziecka karmionego piersią.....	49
Ryc. 35. Rodzaj mleka użytego do dokarmiania.	49
Ryc. 36. Miesiąc życia dziecka, od którego otrzymywało mleko modyfikowane.	50
Ryc. 37. Metoda jaką dziecko było dokarmiane mlekiem modyfikowanym.	50
Ryc. 38. Powody wyboru mleka modyfikowanego*.....	51
Ryc. 39. Sposoby odciągania mleka z piersi.	51
Ryc. 40. Miesiąc życia dziecka, od którego było dokarmiane odciągniętym mlekiem matki.....	52
Ryc. 41. Metody dokarmiania dziecka odciągniętym mlekiem matki.	53
Ryc. 42. Podawanie dziecku karmionemu piersią innych płynów do picia.	53
Ryc. 43. Płyny podawane do picia, karmionemu piersią dziecku*.....	54
Ryc. 44. Miesiąc życia dziecka, od którego otrzymywało inne płyny do picia.....	55
Ryc. 45. Miesiąc życia dziecka, w którym wprowadzono żywność uzupełniającą.....	56

Wykaz tabel i rycin

Ryc. 46. Decyzja o wprowadzeniu żywności uzupełniającej.....	56
Ryc. 47. Powody wprowadzenia żywności uzupełniającej*.....	57
Ryc. 48. Osoby i źródła wiedzy, mające wpływ na podjęcie decyzji przez matkę, aby wprowadzić żywność uzupełniającą.	58
Ryc. 49. Produkty wprowadzone jako pierwsze do diety dziecka*.....	59
Ryc. 50. Osoby opinią których kierowała się respondentka w wyborze żywności uzupełniającej*	60
Ryc. 51. Powody wyboru żywności uzupełniającej podawanej dziecku*.....	60
Ryc. 52. Wiek do którego dziecko było karmione piersią.	61
Ryc. 53. Powody, z jakich zakończono karmienie dziecka piersią*.....	62
Ryc. 54. Istnienie powodów determinujących karmienie piersią.....	63
Ryc.55.Czynniki mające wpływ na karmienie piersią dziecka, w ocenie respondentek.	64
Ryc. 56. Samopoczucie w czasie ciąży, w ocenie respondentek.	65
Ryc. 57. Uczucia towarzyszące ankietowanym matkom w pierwszym czasie po narodzinach dziecka*.....	66
Ryc. 58. Miasto zamieszkania respondentek.	67
Ryc. 59. Wiek respondentek.	67
Ryc. 60. Stan cywilny respondentek.	68
Ryc. 61. Wykształcenie respondentek.....	68
Ryc. 62 . Wpływ postrzegania ciąży na długość wyłącznego karmienia piersią.	69
Ryc. 63. Sposób ukończenia ciąży, a długość wyłącznego karmienia piersią.	70
Ryc. 64. Wpływ uczuć matek w pierwszym okresie po porodzie na długość karmienia piersią.....	71
Ryc. 65. Czas pierwszego przystawienia, a długość wyłącznego karmienia piersią	73
Ryc. 66. Zgłaszanie się dziecka do ssania piersi, a długość wyłącznego karmienia piersią.	74
Ryc. 67.Problemy w czasie karmienia piersią, a długość wyłącznego karmienia piersią.	76

Ryc. 68. Struktura rodzajowa problemów w karmieniu piersią, a długość wyłącznego karmienia piersią.....	77
Ryc.69. Podawanie dziecku smoczka uspokajacza, a długość wyłącznego karmienia piersią.....	79
Ryc. 70. Pierwsze otrzymanie smoczka uspokajacza, a czas wyłącznego karmienia piersią.....	80
Ryc. 71. Czas wyłącznego karmienia piersią a długość całkowitego karmienia.....	82

7. ANEKS

1. Zgoda Prezydenta Miasta Żory na zbieranie kwestionariuszy ankiet.
2. Kwestionariusz Badawczy.

URZĄD MIASTA ŻORY

ISO 9001:2008

ŚLĄSKA NAGRODA JAKOŚCI



Al. Wojska Polskiego 25, 44-240 Żory
tel. 32 43 48 200, fax 32 43 50 780
www.zory.pl e-mail: umzory@um.zory.pl

Żory, 20.05.2013r.

ED.4456.4.34.2013.GC

**Pani
Dyrektor Przedszkola
44-240 Żory**

Zwracam się z prośbą o pomoc Pani Joannie Fajdek studentce położnictwa Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zebraniu materiału badawczego w postaci ankiet skierowanych do rodziców dzieci 3-letnich.

Z poważaniem

z up. PREZYDENTA MIASTA
Bożena Dąbrowska
Naczelnik Wydziału Edukacji

Otrzymują:

- Pani Joanna Fajdek, os. 700-lecia 13/22, 44-240 Żory,
- aa

KWESTIONARIUSZ BADAWCZY

Szanowna Pani

Poniższa ankieta skierowana jest do matek dzieci urodzonych w 2009 roku, mieszkających w Żorach. Udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy. Wyniki badań służą jedynie celom naukowym. Tematyka badań dotyczy karmienia piersią i związana jest z przygotowaniem pracy magisterskiej „Ocena przebiegu karmienia piersią w populacji dzieci 3 letnich na terenie miasta Żory”. Kwestionariusz zawiera pytania zamknięte - gdzie wybraną odpowiedź należy zaznaczyć znakiem „x”, oraz pytania otwarte które należy uzupełnić w wykropkowanych miejscach. W pytaniach z gwiazdką* można wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

Bardzo proszę o rzetelne wypełnienie ankiety

Joanna Fajdek

ANKIETA

1. Czy Pani była karmiona piersią TAK [] NIE []
2. Czy w Pani otoczeniu jest kobieta, która karmiła lub obecnie karmi piersią (znajoma, krewna, etc.) TAK [] NIE []
W Polsce 90% ciąż nie jest zaplanowanych , mimo to wielu rodziców przyjmuje narodzone dzieci z radością
3. Czy planowała Pani ciążę TAK [] NIE []
4. Czy będąc w ciąży planowała Pani karmienie piersią TAK [] NIE []
5. Jeżeli tak to, czy starała się Pani dowiedzieć czegoś na temat karmienia piersią TAK [] NIE []
6. Jeśli tak, to kto udzielił Pani informacji o karmieniu piersią *:
(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

lekarz ogólny/ rodzinny/ internista/	[]
lekarz ginekolog- położnik	[]
lekarz pediatra / neonatolog	[]
położna w Poradni K	[]
położna w szpitalu	[]
położna środowiskowa	[]
położna w Szkole Rodzenia	[]
inna osoba prowadząca zajęcia w Szkole Rodzenia	[]
ojciec dziecka	[]

- rodzina []
- znajomi []
- znalazłam informacje sama: w książkach []
- w gazetach []
- na stronach internetowych []
7. Gdzie odbył się poród?(miejsowość):.....
8. Ankietowane dziecko jest Pani; pierwszym dzieckiem []
- drugim dzieckiem []
- kolejnym dzieckiem []
9. Jeżeli jest to kolejne Pani dziecko ,to czy poprzednie były karmione piersią:
- TAK [] NIE []
10. Jeżeli tak, to jak długo? a).....miesiące, b).....miesiące,.....
11. Płeć dziecka syn [] córka []
- 12.W jaki sposób urodziła Pani dziecko :
- siłami natury []
- przez cięcie cesarskie []
13. Jeżeli poród odbył się siłami natury to: *
- (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*
- czy była Pani znieczulona (do kręgosłupa) TAK [] NIE []
- czy otrzymała pani kroplówkę z Oksytocyną TAK [] NIE []
- czy miała Pani nacięte krocze TAK [] NIE []
- czy wystąpiło pęknięcie krocza TAK [] NIE []
14. Jeżeli urodziła Pani przez cięcie cesarskie to czy odbyło się ze wskazań: *
- (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*
- nagłych : - wahania tętna płodu []
- brak postępu porodu []
- (przyczyna) - krwawienie []
- inne, jakie?.....
- czy było planowe - stan po cięciu cesarskim []
- (przyczyna) - położenie płodu pośladkowe []
- wysokie ciśnienie []
- inne Pani problemy zdrowotne []
- problemy zdrowotne dziecka []
- 15 .Czy miała Pani możliwość kontaktu z dzieckiem skóra do skóry TAK [] NIE []

- pielęgniarka []
- lekarz pediatra []
27. Czy miała Pani nawał mleczny (obrzęk piersi/nadmiar pokarmu) TAK [] NIE []
28. Czy miała Pani problemy z karmieniem piersią TAK [] NIE []
29. Jeżeli tak, to jakie **(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)* :
- bolesne brodawki []
- zapalenie piersi []
- zbyt mała ilość pokarmu []
- niechęć dziecka do ssania piersi []
- inne, jakie ?..... []
30. Jeżeli miała Pani problem ze zbyt małą ilością pokarmu, to kto to stwierdził*:
(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
- Pani []
- położna []
- pielęgniarka []
- lekarz pediatra []
- inna osoba, kto?..... []
31. Jeżeli miała Pani problemy z karmieniem piersią, to kto pomógł Pani w ich rozwiązaniu *: *(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*
- poradziłam sobie sama []
- ojciec dziecka []
- rodzina, koleżanki []
- konsultant /doradca laktacyjny []
- położna []
- lekarz pediatra/ neonatolog []
- lekarz ginekolog-położnik []
- lekarz ogólny/rodzinny/internista []
- inna osoba (kto?)..... []
- nie rozwiązałam problemu []
32. Do kiedy dziecko było karmione wyłącznie piersią: do miesiąca życia.
(przy czym , np. karmienie do 2 miesiąca życia oznacza, że dziecko miało skończony 1 m. życia, a nie skończony 2 m. życia)
33. Czy karmione piersią dziecko, dokarmiła Pani mlekiem TAK [] NIE []
34. Jeżeli tak, to jakim : odciągniętym swoim pokarmem []

mlekiem modyfikowanym []

mlekiem innej kobiety []

35. Jeżeli dziecko było dokarmiane mlekiem modyfikowanym to:

od którego miesiąca życia.....

w jaki sposób:

- butelką ze smoczkiem []

- innymi metodami, jakimi?.....

36. Czym kierowała się Pani w wyborze mleka modyfikowanego*:

informacją od - lekarza pediatry []

- położnej []

- rodziny/znajomych []

- ceną []

- reklamą []

37. Jeżeli dziecko było dokarmiane odciągniętym Pani mlekiem to:

od którego miesiąca życia.....

w jaki sposób:

- butelką ze smoczkiem []

- innymi metodami, jakimi?.....

W jaki sposób odciągała Pani mleko:

- ręcznie []

- laktatorem: - ręcznym []

- elektrycznym []

38. Czy podawała Pani dziecku karmionemu piersią inne płyny do picia

TAK [] NIE []

39. Jeżeli tak, to co to było*:

(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

woda (niesłodzona) []

herbatka/woda słodzona []

inny płyn, jaki?.....

Od którego miesiąca życia dziecka.....

40. W jakim wieku dziecka, wprowadziła Pani żywność uzupełniającą: w.....miesiącu.

41. Czy wprowadzenie żywności uzupełniającej było Pani decyzją TAK [] NIE []

42. Jeżeli tak, to z jakiego powodu* *:(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

uznałam, że ze względu na wiek dziecka

- powinnam już rozszerzyć dietę []
- uważałam , że mleko już mu nie wystarcza []
- dziecko mało przybierało na wadze []
- inne, jakie ?..... []

43. Jeżeli nie była to Pani decyzja, to kto zaproponował wprowadzenie żywności uzupełniającej *: *(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)*

- lekarz pediatra []
- położna []
- rodzina/ znajomi []
- dowiedziałam się z Internetu []
- dowiedziałam się z ulotek, które otrzymałam w szpitalu/ poradni/ do domu
(np. pocztą lub od położnej środowiskowej) []
- inne powody, jakie?..... []

44. Jakie produkty wprowadziła Pani jako pierwsze do diety dziecka:

- soki owocowe []
- robione w domu []
- soki przeznaczone specjalnie dla niemowląt po 4 m-cu życia []
- soki dla dzieci , np. Kubuś []
- owoce i warzywa []
- przygotowane w domu []
- ze słoiczka []

45. Czym sugerowała się Pani w wyborze żywności uzupełniającej: *
(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

- własnym zdaniem []
- opinią rodziny/ znajomych []
- opinią pediatry []
- opinią położnej []

46. Czym kierowała się Pani wybierając żywność uzupełniającą dla dziecka : *
(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

- zdrowiem dziecka []
- wygoda []
- kosztami []
- dostępnością []

47. Do kiedy dziecko było karmione piersią:

- do 6 miesięcy życia []
- do 1 roku życia []
- do 2 roku życia []
- powyżej 2 roku życia []

48. Jaki był powód zakończenia karmienia piersią*:

(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

- problemy z piersiami []
- dziecko samo zrezygnowało ze ssania piersi []
- powrót do pracy zawodowej []
- uznałam, że dziecko było już wystarczająco długo karmione []
- za mało pokarmu w piersiach []
- choroba dziecka []
- dziecko miało kłopot ze ssaniem piersi []
- dziecko za mało przybierało na wadze []
- moja choroba []
- leki, które musiałam zażywać []
- presja otoczenia []
- inne, powody, jakie ?.....

49. Czy jest coś co wpłynęło w decydujący sposób na to, że karmiła Pani, bądź nie,

swoje dziecko piersią TAK [] NIE []

50. Jeżeli tak, to co to jest.....

51. Jakie określenie najlepiej oddaje Pani samopoczucie w czasie ciąży?

(Dotyczy ciąży z dzieckiem objętym tą ankietą)

- byłam ciężarna []
- byłam w ciąży []
- byłam w stanie błogosławionym []

52. Jakie uczucia towarzyszyły Pani najczęściej, w czasie gdy została Pani matką?:*

(można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)

(Dotyczy dziecka, objętego tą ankietą)

radość [], miłość [], złość [], gniew [], przygnębienie [], smutek [], niepokój [],
zniecierpliwienie [], zmęczenie [], zaciekawienie [], troska [], odpowiedzialność [].

DANE OSOBY ANKIETOWANEJ

Miasto zamieszkania.....

Proszę podać swój wiek :

do 20 roku życia []

21-30 rok życia []

31 i więcej lat życia []

Jaki jest Pani stan cywilny:

zamężna []

niezamężna w stałym związku []

rozwidziona []

wdowa []

samotna matka []

Jakie jest Pani wykształcenie:

podstawowe []

gimnazjalne []

zawodowe []

średnie []

wyższe lic/inż []

wyższe magisterskie lub równoważne []

Serdecznie dziękuję za wypełnienie ankiety.