

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра сімейної медицини

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за спеціальністю І. 5-медсестринство
на тему: «МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ГРУДНОГО
ВИГОДОВУВАННЯ В РЕГІОНІ»

Виконала:

здобувач вищої освіти медикопсихологічного
факультету спеціальність «Медсестринство»

Дячук Анастасія Романівна

Керівник:

к.мед.н., доцент Мельничук Л.В.

Рецензент:

професор кафедри педіатрії та
дитячих інфекційних хвороб, д.мед.н.,
Іванова Л.А.

Рецензент:

доцент кафедри догляду за хворими
та вищої медсестринської освіти,
к.мед.н., Макарова О.В.

м. Чернівці 2025

Анотація

В сучасній концепції підтримки грудного вигодовування значна роль відводиться саме медичній сестрі. Однак, результати досліджень в цьому напрямку ще недостатні, не має чіткої уяви про ефективність участі медичної сестри в реалізації грудного вигодовування в закладах охорони здоров'я, недостатньо даних про вплив медичних та соціальних факторів на успішність грудного вигодовування та його тривалість.

Метою дослідження було вивчити статистичні показники грудного вигодовування немовлят, медичні та соціальні фактори впливу на ефективність та тривалість грудного вигодовування, показники захворюваності з різним видом вигодовування в регіоні, оцінити ефективність профілактичної роботи медичних працівників в закладах первинної медико-санітарної допомоги щодо підтримки грудного вигодовування, розробити практичні рекомендації. Для досягнення вказаної мети були поставлені завдання: вивчити статистичні показники грудного вигодовування в м.Чернівцях та провести оцінку ефективності впровадження стратегії підтримки грудного вигодовування в закладах охорони здоров'я; вивчити медичні та соціальні аспекти грудного вигодовування та їх вплив на тривалість грудного вигодовування шляхом анкетування матерів-годувальниць; провести статистичну обробку отриманих результатів за допомогою методів дескриптивної та інференційної статистики; встановити проблемні питання грудного вигодовування та розробити практичні рекомендації.

За допомогою анкетування матерів-годувальниць вивчили медичні та соціальні фактори впливу на успішність (неуспішність) грудного вигодовування та його тривалість. Проведене опитування матерів дало можливість оцінити вплив медичних працівників на ефективність грудного вигодовування.

Для реалізації мети і завдань дослідження було використано комплекс взаємопов'язаних наукових і спеціальних методів, спрямованих на отримання об'єктивних і достовірних результатів, основою яких став системний підхід, а саме: бібліографічний, аналітичний, вивчення нормативно-правових, наукових, методичних документів щодо функціонування системи підтримки грудного вигодовування; метод анкетного опитування матерів щодо вигодовування дітей; математичної статистики, графічної обробки (для представлення результатів дослідження).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: проведено аналітичний збір літературних джерел та нормативно-правових документів щодо грудного вигодовування; вивчено стан вигодовування немовлят в регіоні; проведено анкетування матерів з різним видом вигодовування немовлят; виконано аналіз результатів анкетування матерів дітей; проведено вибірку і систематизацію факторів впливу на тривалість грудного вигодовування згідно анкетування; розроблено рекомендації для удосконалення санітарно-просвітницької роботи медичних працівників щодо грудного вигодовування.

Практичне значення одержаних результатів полягає у проведеному аналізі чинників впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування та його тривалість, роль медичних працівників, вплив соціальних факторів на тривалість грудного вигодовування. Науково обґрунтовано вплив соціальної державної підтримки грудного вигодовування, значення підтримки сім'ї, роль лікарів первинної мережі (педіатрів, сімейних лікарів) та медичних сестер у реалізації стратегії підтримки грудного вигодовування. Все це дозволить збільшити кількість дітей, які вигодовуються материнським молоком, та покращити показники здоров'я дітей та жінок.

Розроблені рекомендації для батьків щодо необхідності грудного вигодовування дітей можуть бути використані при проведенні санітарно-освітньої роботи медичної сестри закладів первинної мережі.

Основні положення науково-кваліфікаційної магістерської роботи викладені у фаховому періодичному виданні БДМУ, іноземних виданнях, тезах та доповідях конференцій. За матеріалами науково-практичної магістерської роботи надруковано 8 праць, серед яких – 4 статті, 3-у іноземних виданнях, 1- у фаховому виданні БДМУ, 4 тези у матеріалах іноземних конференцій.

Висновки. За даними активного опитування матерів: 45,8% дітей вигодовувались грудним молоком, 36,1% оцінили вигодовування дитини як змішане, 18,1% дітей були на штучному вигодовуванні; позитивно впливає на тривалість грудного вигодовування дотримання сучасних технологій раннього прикладання у перші 30-60 хвилин після народження, сумісне перебування з дитиною, навчання техніці грудного вигодовування, знання переваг грудного вигодовування; негативно впливає на тривалість грудного вигодовування використання замінників грудного молока у перші доби життя, низький рівень охоплення жінок тренінгами з грудного вигодовування, відсутність соціальної підтримки жінки; грудне вигодовування забезпечує гармонійний фізичний розвиток дитини, що підтверджується вірогідно нижчими показниками ІМТ у дітей 2 та 3 років у порівнянні з групою дітей, що вигодовувались замінниками грудного молока; для виконання і підтримки стратегії грудного вигодовування необхідні компетентні і добре підготовлені фахівці сестринської справи, які зобов'язані знати переваги грудного вигодовування, фізіологію лактації, вміти організовувати ефективне консультування, а також активно взаємодіяти з населенням в питаннях мотивації жінок до грудного вигодовування.

Обсяг і структура роботи. Науково-практична магістерська робота викладена українською мовою на 98 сторінках і складається зі вступу, 4 розділів (в тому числі огляду літератури, матеріалів та методів, розділу власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження), висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, що

містить 120 найменувань, з них 17- кирилицею та -103 латиницею, та додатків. Роботу ілюстровано 8 таблицями та 19 рисунками.

Ключові слова: грудне вигодовування, фізичний розвиток, молозиво, новонароджений, імунітет, мікробіоценоз кишківника, стратегія підтримки грудного вигодовування.

Abstract

In the modern concept of breastfeeding support, a significant role is assigned to the nurse. However, research in this area remains insufficient. There is no clear understanding of the effectiveness of nurses' involvement in promoting breastfeeding within healthcare institutions. Moreover, data on the impact of medical and social factors on the success and duration of breastfeeding are still lacking.

The aim of the study was to examine statistical indicators of infant breastfeeding, medical and social factors influencing the effectiveness and duration of breastfeeding, disease incidence rates depending on the type of feeding in the region, to assess the effectiveness of preventive work by healthcare professionals in primary healthcare facilities regarding breastfeeding support, and to develop practical recommendations. To achieve this goal, the following tasks were set: to study the statistical indicators of breastfeeding in Chernivtsi and assess the effectiveness of implementing a breastfeeding support strategy in healthcare institutions; to examine medical and social aspects of breastfeeding and their influence on its duration through a survey of breastfeeding mothers; to perform statistical analysis of the results using descriptive and inferential statistical methods; to identify breastfeeding issues and develop practical recommendations.

Through a survey of breastfeeding mothers, medical and social factors influencing the success (or lack thereof) and duration of breastfeeding were studied. The survey made it possible to assess the impact of healthcare professionals on breastfeeding effectiveness.

To implement the study's objectives, a set of interrelated scientific and specialized methods was used, aimed at obtaining objective and reliable results, based on a systemic approach. These included: bibliographic, system-analytical methods; analysis of regulatory, scientific, and methodological documents concerning the functioning of the breastfeeding support system; a survey method to assess mothers' breastfeeding practices; mathematical statistics and graphical tools (to present the results).

Scientific novelty of the results lies in the analytical collection of literature and regulatory documents on breastfeeding; assessment of infant feeding practices in the region; conducting a survey of mothers using different types of infant feeding; analysis of survey results; selection and systematization of influencing factors on breastfeeding duration according to the survey; and development of recommendations for improving health education work by medical staff on breastfeeding.

Practical significance of the results lies in the analysis of factors influencing women's decisions on breastfeeding and its duration, the role of healthcare professionals, and the impact of social factors on the duration of breastfeeding. The research scientifically substantiates the influence of governmental social support, the importance of family support, and the role of primary care physicians (pediatricians, family doctors) and nurses in implementing breastfeeding support strategies. This can help increase the number of breastfed children and improve the health outcomes of both children and mothers.

The developed recommendations for parents regarding the necessity of breastfeeding can be used during health education sessions by nurses in primary healthcare institutions.

The main findings of the master's thesis are presented in a professional periodical of Bukovinian State Medical University (BSMU), in international publications, conference theses, and reports. Based on the materials of the master's

scientific and practical work, 8 publications were produced: 4 articles (3 in international journals, 1 in a professional Ukrainian journal) and 4 theses in international conference proceedings.

Conclusions: According to the active survey of mothers: 45.8% of children were breastfed, 36.1% were mixed-fed, and 18.1% were formula-fed. Positive factors influencing breastfeeding duration include adherence to early initiation practices within the first 30–60 minutes after birth, rooming-in with the baby, breastfeeding technique education, and awareness of breastfeeding benefits. Negative factors include the use of formula substitutes in the first days of life, low participation in breastfeeding training, and lack of social support. Breastfeeding supports harmonious physical development, as evidenced by significantly lower BMI values in breastfed children aged 2 and 3 compared to formula-fed children. To implement and maintain a breastfeeding support strategy, competent and well-trained nursing professionals are required. They must be knowledgeable about breastfeeding benefits, lactation physiology, effective counseling, and active community engagement to motivate women to breastfeed.

Volume and structure of the work: The master's thesis is written in Ukrainian and consists of 100 pages, including an introduction, four chapters (literature review, materials and methods, personal research, and analysis/synthesis of research findings), conclusions, practical recommendations, a reference list of 120 sources (17 in Cyrillic, 103 in Latin), and appendices. The work is illustrated with 8 tables and 19 figures.

Keywords: breastfeeding, physical development, colostrum, newborn, immunity, gut microbiota, breastfeeding support strategy.

ПУБЛІКАЦІЇ

Статті

1. Мельничук Л.В., Дячук А.Р., Боднар І.С. Медичні та соціальні аспекти грудного вигодовування. Sworld journal. 2024;25(2):50-55

2. Дячук А.Р., Мельничук Л.В. Аналіз чинників успішного грудного вигодовування немовлят. Sworld journal. 2024;26(1):93-99.

3. Мельничук Л. В., Дячук А. Р., Макарова О. В. Вплив соціальних та медичних факторів на тривалість грудного вигодовування. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2025;15(1): 26-30.

4. Мельничук Л. В., Дячук А. Р., Макарова О. В., Вострікова І.С. Чинники впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування. Sworld journal. 2025;29(1):156-165.

Тези закордонні

1. Дячук А.Р., Мельничук Л.В. Роль грудного вигодовування в профілактиці захворювань дитини. Збірник матеріалів конференції "International scientific integration '2024".Seattle, Washington, USA ; 28-29.

2. Melnychuk L.V., Dyachuk A.R. Medical and social factors of successful breastfeeding.Збірник матеріалів конференції “Modern systems of science and education in the USA, EU and other countries ‘2024” (США); 112-113.

3. Дячук А. Р., Мельничук Л. В. Вплив грудного вигодовування на розвиток дитини. Збірник матеріалів «The 7th International scientific and practical conference «European congress of scientific achievements» (July 15-17, 2024) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2024.46-49p.

4. Дячук А. Р., Мельничук Л. В. Тривалість грудного вигодовування: чинники впливу. Збірник матеріалів конференції "Modern systems of science and education in the USA, EU and other countries ‘2025" N 29 on January 21, 2025. 32-35.

ЗМІСТ

	ВСТУП	12
РОЗДІЛ I	Глобальна стратегія підтримки грудного вигодовування у світі та Україні (Огляд літератури)	15
1.1	Стратегія підтримки грудного вигодовування у світі	15
1.2	Сучасний погляд на склад грудного молока	19
1.3.	Переваги грудного вигодовування	22
1.3.1	Вплив грудного вигодовування на імунітет дитини та захист від інфекційних захворювань	22
1.3.2.	Вплив грудного вигодовування на формування мікробіоти кишечника	26
1.3.3.	Роль грудного вигодовування у профілактиці ожиріння та цукрового діабету	30
1.3.4.	Значення грудного вигодовування щодо профілактики алергічних захворювань у дітей	32
1.3.5.	Вплив грудного вигодовування на психомоторний розвиток дитини	33
1.3.6.	Вплив грудного вигодовування на здоров'я жінки	34
1.4.	Перешкоди для грудного вигодовування, що впливають на передчасне завершення годування грудьми. Стан проблеми в світі та в Україні.	35
1.5.	Чинники впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування	37
РОЗДІЛ II	МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	40
2.1	Матеріали дослідження	40
2.2	Методи дослідження	41

РОЗДІЛ III	РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ	45
3.1	Характеристика вікової та соціальної структури жінок, які дали відповідь на запитання анкети.	45
3.2.	Обсяги грудного вигодовування в регіоні та дотримання стратегії підтримки грудного вигодовування	47
3.3	Фактори впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування та його тривалості	56
3.4.	Оцінка фізичного розвитку дітей з різним видом вигодовування	58
3.5.	Вплив соціальних факторів на тривалість грудного вигодовування	61
3.6.	Кореляційний аналіз факторів впливу на тривалість грудного вигодовування	62
3.7.	Багатофакторний аналіз чинників впливу на тривалість грудного вигодовування.	65
РОЗДІЛ IV	АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	67
	ВИСНОВКИ	73
	ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	75
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
	ДОДАТКИ	95

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ГВ	Грудне вигодовування
ШВ	Штучне вигодовування
ГМ	Грудне молоко
ААП	Американська академія педіатрії
Ig A,G,M,E	Імуноглобуліни A,G,M,E
IL	Інтерлейкіни
НМТ	Надлишок маси тіла
АД	Атопічний дерматит
БА	Бронхіальна астма
АР	Алергічний риніт
КНП	Комунальне некомерційне підприємство
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ІМТ	Індекс маси тіла
СДВГ	Синдром дефіциту уваги та гіперактивності
РАС	Розлад аутистичного спектру
ВФНІ	«Лікарня, доброзичлива до дитини»
Th1, Th2	Т-хелпери-1, Т-хелпери-2

ВСТУП

Дані численних досліджень демонструють, що погіршення стану здоров'я населення планети треба шукати в їхньому дитинстві, зокрема у вигодовуванні дитини в перші роки життя. Саме підтримка грудного вигодовування дітей в Україні дає можливість зниження рівня захворюваності та смертності дітей першого року життя та зменшення захворюваності в наступні періоди дитинства. Численні наукові дослідження демонструють, що «омолодження» таких хвороб як цукровий діабет, ожиріння, гіпертонічна хвороба, онкологічні хвороби можуть бути пов'язані з нераціональним вигодовуванням немовлят, а саме нехтуванням природнім вигодовуванням, раннім введенням штучних замінників грудного молока, недотриманням рекомендацій щодо термінів введення прикорму.

У 1990 році представники ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я) та Дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ (UNICEF) прийняли «Декларацію Інноценті» (The Innocenti Declaration) на підтримку грудного вигодовування. Україна приєдналася до програми підтримки грудного вигодовування у 1995 році. Рекомендації ВООЗ та ЮНІСЕФ щодо грудного вигодовування: забезпечити контакт «шкіра до шкіри» та прикладати дитину до грудей матері якнайшвидше після народження немовляти; якнайшвидше почати грудне вигодовування, найкраще - впродовж першої години життя дитини; забезпечити перебування матері та новонародженої дитини в одній палаті 24 год/добу, щоб мати змогла годувати дитину на вимогу (тобто так часто, як хоче дитина, вдень і вночі); забезпечити виключно грудне вигодовування протягом перших 6 міс від народження - немовлятам не слід давати жодних інших продуктів харчування, навіть воду; не використовувати жодних сумішей, пляшечок, сосок чи пустушок, якщо можливе виключно грудне вигодовування; поступово вводити прикорм, починаючи з 6 міс, але продовжувати грудне вигодовування до досягнення дитиною віку 2 років і

старше. Україна підтримує ці рекомендації та створює умови, щоб забезпечити їх виконання.

Грудне молоко матері є унікальним продуктом харчування для новонароджених. Воно містить усі поживні речовини, що необхідні для розвитку та росту дитини протягом перших місяців життя. Грудне молоко матері є найбезпечнішим джерелом поживних речовин, вітамінів та енергії, оскільки не містить жодних додаткових, шкідливих речовин. Грудне молоко повністю покриває потреби дитини в поживних речовинах протягом перших 6 місяців життя, з 6 до 12 місяців продовжує задовольняти щонайменше половину потреб дитини в поживних речовинах, а протягом другого року життя – покриває третину цих потреб.

Ранній початок грудного вигодовування впродовж 30-60 хвилин після народження дитини забезпечує високий рівень захисту немовляти від інфекційних захворювань, що є вагомим фактором зниження малюкової смертності. Згідно з даними ВООЗ, виключно грудне вигодовування значно знижує ризик смерті внаслідок діареї, пневмонії та інших інфекційних захворювань, а у разі хвороби діти швидше одужують. Діти й підлітки, які в грудному віці отримували молоко матері, рідше страждають від надлишкової ваги або ожиріння у старшому віці, грудне вигодовування має профілактичний ефект щодо алергічних захворювань.

Дослідження доводять, що діти, яких годували материнським молоком, демонструють вищі результати психомоторного розвитку, а також закладається основа для подальшого інтелектуального розвитку. Грудне вигодовування для дитини - це також відчуття безпеки, особливо важливе в умовах військового стану в країні.

Метою дослідження було вивчити статистичні показники грудного вигодовування немовлят, медичні та соціальні фактори впливу на ефективність та тривалість грудного вигодовування, показники фізичного

розвитку з різним видом вигодовування в регіоні, оцінити ефективність профілактичної роботи медичних працівників в закладах первинної медико-санітарної допомоги щодо підтримки грудного вигодовування, розробити практичні рекомендації

Об'єктом дослідження були види вигодовування дітей в регіоні, підтримка стратегії грудного вигодовування, труднощі під час грудного вигодовування, роль медичних працівників в стратегії підтримки грудного вигодовування. Предметом дослідження стали вплив соціальних, медичних, демографічних факторів на рішення жінки щодо грудного вигодовування та його тривалість.

Завданням дослідження було:

1. Вивчити статистичні показники грудного вигодовування в м.Чернівцях та Чернівецької області. Провести оцінку ефективності впровадження стратегії підтримки грудного вигодовування в закладах охорони здоров'я.
2. Вивчити медичні та соціальні аспекти грудного вигодовування та їх вплив на тривалість грудного вигодовування шляхом анкетування матерів-годувальниць.
3. Провести статистичну обробку отриманих результатів за допомогою методів дескриптивної та інференційної статистики.
4. Встановити проблемні питання грудного вигодовування та розробити практичні рекомендації.

РОЗДІЛ І

ГЛОБАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ПІДТРИМКИ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ У СВІТІ ТА УКРАЇНІ. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1. Стратегія підтримки грудного вигодовування у світі

Грудне вигодовування — це природний, складний і гнучкий процес взаємодії між матір'ю та її немовлям, який забезпечує дитині не лише повноцінне харчування, а й емоційну близькість. Грудне молоко — це результат багатовікової еволюції, ідеально пристосований до індивідуальних потреб новонародженої дитини на кожному етапі її розвитку.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує більшості жінок годувати своїх дітей після народження материнським молоком, так більшість новонароджених можуть отримати повноцінне грудне вигодовування. Однак, реальні цифри дітей на виключно грудному вигодовуванні значно менше. Тільки 41% немовлят у віці до 6 місяців перебувають на виключно грудному вигодовуванні. Сотні тисяч дітей можна було б врятувати щороку від тяжких інфекцій, якби всі діти були виключно на грудному вигодовуванні [1].

У 1990 році представники ВООЗ та Дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ (UNICEF) прийняли «Декларацію Інноценті» (The Innocenti Declaration) на підтримку грудного вигодовування (ГВ) [2]. Кожного року у серпні проводять Всесвітній тиждень підтримки грудного вигодовування (World Breastfeeding Week), що пропагує знання про переваги грудного вигодовування для жінок і дітей на державному рівні.

Згідно рекомендацій ВООЗ починати годувати дітей грудьми слід після народження, впродовж перших 30-60 хвилин. До 6 місяців життя дитина потребує виключно ГМ, тобто не слід їй давати іншу їжу чи рідину, включаючи воду. Після 6 місяців життя потреба немовляти в енергії та

поживних речовинах починає зростати, що потребує для задоволення цих потреб введення прикорму. ВООЗ та Американська академія педіатрії (ААП) рекомендують немовлятам починати отримувати прикорм у віці 6 місяців на додаток до грудного молока [3,4,5,6].

Підтримка грудного вигодовування на державному рівні може бути впроваджена через прийняття законів, які сприяють захисту та підтримці грудного вигодовування. Вони можуть передбачати право матері мати всі умови для годування грудьми на робочому місці, забороняти рекламу замінників грудного молока. Найефективнішим засобом охорони здоров'я для сприяння початку грудного вигодовування є Ініціатива ВООЗ/Міжнародного фонду допомоги дітям (ЮНІСЕФ) «Лікарня, дружня до дитини» (BFHI), також відома в деяких країнах як «Ініціатива, дружня до дитини» [7,8]. Рішення про грудне вигодовування залежить від багатьох складних факторів на рівні самої жінки, сім'ї, системи охорони здоров'я та суспільства. Грудне вигодовування – це набагато більше, ніж харчування дитини, це продовження внутрішньоутробного зв'язку, відчуття безпеки. Метою цієї політики є підтримка батьків досягненні їхніх цілей грудного вигодовування. Рішення жінки щодо годування дитини повинні прийматися сім'єю спільно з педіатром або сімейним лікарем. Грудне вигодовування дитини є запорукою фізіологічного та психомоторного розвитку на постнатальному етапі [10,11]. В Конвенції «Про права дитини» зазначено, що кожна дитина має право на забезпечення її раціональним харчуванням, яке дасть змогу фізіологічного розвитку і збереження здоров'я.

Українська Академія Медицини Грудного Вигодовування визначає наступні види вигодовування:

- “ексклюзивне грудне вигодовування”: це вигодовування дитини материнським молоком до введення прикорму, виключаючи жоден інший продукт чи навіть воду. Виключенням може бути захворювання дитини та потреба регідrataції за медичними показаннями;

- “переважно грудне вигодовування” – це вигодовування дитини материнським молоком, при якому дитина отримує інші рідини (воду);

- “змішане вигодовування” (“догодовування”, “доповнення”) – це вигодовування дитини материнським молоком та адаптованими сумішами, неадаптованими молочними сумішами в різних пропорціях [12].

Правила успішного грудного вигодовування

1. Раннє прикладання до грудей впродовж 30-60 хвилин ефективно стимулює лактацію і забезпечує достатню кількість грудного молока [12,13].

Викладання новонародженого на живіт матері після народження дитини забезпечує контамінацію материнською мікрофлорою і є важливим щодо профілактики інфекцій неонатального періоду [12,13].

2. Не варто годувати немовля з пляшки або іншим способом до того, як жінка прикладе його до грудей, це може стати причиною пригнічення смоктання. Введення іншої їжі викликає швидке насичення дитини і гальмує лактацію. Використання соски та пустушки може спричинити «плутанину сосків».

3. Для реалізації годування на вимогу важливо спільне перебування матері й дитини в одній палаті, що є важливою стратегією для адаптації дитини .

4. Важливо забезпечити правильне положення дитини під час смоктання, це дозволяє матері уникнути багатьох проблем і ускладнень з грудьми.

5. Годування материнським молоком – це спосіб продовжити зв’язок дитини з матір’ю, що забезпечує дитині почуття безпеки й комфорту. Кількість прикладань немовлят до груді індивідуальна, але бажано годувати дитину кожні 1,5-2 години на добу. За добу може бути 12 прикладань до

грудей. Чим більше прикладань до грудей, тим більше виробляється пролактину у відповідь на смоктання дитиною грудей. Отже, щоразу годуючи дитину, відбувається стимуляція вироблення наступної порції молока.

Другий гормон, який важливий для лактації – окситоцин. Він забезпечує виділення грудного молока із молочних залоз. Позитивно впливає на виділення окситоцину смоктання дитиною грудей, запах, плач, позитивні думки про дитину, задоволення. Однак, стрес і невпевненість пригнічує синтез окситоцину і негативно впливає на лактацію.

6. Тривалість годування дуже індивідуальна і регулюється дитиною: не слід відривати дитину від грудей раніше, ніж вона сама того забажає.

7. Нічні годування дитини позитивно впливають на лактацію. З 3 до 8 години ранку виробляється гормон пролактин в максимальній кількості.

8. Виключення допоювання дитини. Діти у перші місяці життя не мають потреби в додатковій воді, бо грудне молоко містить 87-90% води. Для того, щоб забезпечити дитину рідиною, потрібно частіше пропонувати груди. Це зумовлено тим, що у новонароджених центри спраги й ситості перебувають дуже близько. І якщо дитина попила воду, вона насититься, і не буде активно смоктати.

9. Не варто прикладати немовля до іншої молочної залози раніше, ніж вона висмокче з першої. Якщо швидко змінювати груди, дитина може не отримати пізнього молока, багатого білками, жирами та ферментами (лактаза та ліпаза), які допомагають засвоювати лактозу. Це забезпечує повноцінну роботу кишківника.

10. Не варто часто проводити контрольні зважування дитини, вони не дають об'єктивної інформації про повноцінність харчування дитини, але

можуть викликати занепокоєння матері і привести до необґрунтованого введення догодовування.

11. Не варто після годування зціджувати молоко. При регулярному прикладанні малюка до грудей молока виробляється рівно стільки, скільки потрібно дитині. Додаткові зціджування навпаки сприяють утворенню надлишків молока.

12. До 6 місяців дитина не потребує додаткового харчування і введення прикорму. Вводити прикорм дитині варто після появи харчового інтересу до їжі дорослих, не раніше 4-6 місяців.

13. Підтримка грудного вигодовування до 18-24 місяців. Годування на другому році життя буде сприяти захисту дитини від інфекцій і постачати унікальні речовини, необхідні для розвитку організму. [1,3,5,12,13,14].

Регуляція лактації – це нейро-гуморальний процес, який залежить від багатьох факторів. Якщо жінка, ще під час вагітності, прийняла рішення годувати грудьми, тобто налаштувалася на грудне вигодовування, це формує в головному мозку домінанту на розвиток лактації. Здатність вигодовувати дитину материнським молоком не залежить від форми і розміру грудей. Зміни об'єму грудей під час вагітності не пов'язані з ймовірністю встановлення успішної лактації, калорійністю молока, вмістом жиру та білках [12]. Лактація – явище фізіологічне та індивідуальне.

2.Сучасний погляд на склад грудного молока

Молочні залози жінки — це спеціалізовані органи, основною функцією яких є вироблення грудного молока (лактація) для вигодовування новонародженого. Вони відіграють ключову роль у репродуктивній системі жінки та забезпечують природний механізм годування немовляти, що має велике значення як для фізіологічного, так і для емоційного розвитку дитини. Будова: молочна залоза складається з часточок (дольок), кожна з яких

містить альвеоли — мішечки, вистелені секреторними клітинами, що виробляють молоко. Часточки з'єднані протоками, які транспортують молоко до соска. Адаптивність: молочні залози здатні змінювати свою активність залежно від потреб дитини — частота прикладань до грудей прямо впливає на обсяг виробленого молока. [15,16].

Молозиво — це перша форма грудного молока, яка виробляється молочними залозами жінки в останні тижні вагітності та в перші кілька днів після пологів (зазвичай до 3–5 дня). Це надзвичайно цінна біологічна рідина, яка має унікальний склад і виконує критично важливі функції для новонародженого.

Основні характеристики молозива:

Консистенція і колір: густа, в'язка рідина жовтуватого або золотистого кольору.

Об'єм: виробляється в невеликій кількості (в середньому 2–20 мл за одне годування), але цього достатньо для новонародженого, оскільки шлунок дитини в перші дні життя має дуже малий об'єм.

Склад: високий вміст білка, імуноглобулінів (особливо IgA), лейкоцитів, ферментів, лактоферину, вітамінів (особливо А), мінералів, гормонів та факторів росту. Тому його називають першою імунізацією дитини [17,18,19].

Основні компоненти зрілого грудного молока

1. Вода (близько 87%). Забезпечує потребу дитини у рідині — додаткове пиття немовлятам не потрібне. Середовище для розчинення поживних та біологічно активних речовин.

2. Білки (0,8–1%). Сироваткові білки (лактальбумін, лактоферин, імуноглобуліни) - мають високу біологічну цінність, легко засвоюються.

Казеїн забезпечує поступове вивільнення амінокислот, сприяє засвоєнню кальцію. Саме оптимальне співвідношення в жіночому молоці білкових фракцій забезпечує засвоєння білків. Лактоферин є важливим сироватковим білком у жіночому молоці, який забезпечує широкий спектр антимікробних та імуномодуючих функцій, які захищають дитину від інфекційних захворювань.

3. Жири (3,5–4,5%). Основне джерело енергії. Містять поліненасичені жирні кислоти (лінолеву кислоту і альфа-ліноленову), які критично важливі для розвитку мозку та сітківки. Домінуючою фракцією ліпідів є тригліцериди. Ліпази допомагають травленню жирів ще до контакту з ферментами дитини.

4. Вуглеводи (близько 7%). Переважно лактоза — забезпечує енергію, сприяє розвитку мозку. Олігосахариди грудного молока (НМО) — унікальні сполуки, які: живлять корисну мікрофлору кишківника; блокують адгезію патогенів; підтримують імунітет.

5. Імунні компоненти. Імуноглобуліни (IgA, IgG, IgM). Лейкоцити, лізоцим, лактоферин, інтерлейкіни. Ці речовини захищають дитину від вірусів, бактерій і грибків, формуючи пасивний імунітет.

6. Вітаміни та мікроелементи. Усі необхідні для росту та розвитку: А, D, Е, К, С, група В. Кальцій, фосфор, магній, цинк, селен тощо — в біодоступній формі. Не дивлячись на те, що вміст заліза, міді і цинку у грудному молоці низький, їх біодоступність і засвоєння максимальні.

7. Гормони та фактори росту. Інсулін, тироксин, естрогени, кортизол, лептин — впливають на метаболізм та ріст дитини. Фактори росту (EGF, TGF-β) — стимулюють розвиток органів, зокрема шлунково-кишкового тракту.

8. Клітини. Живі клітини: макрофаги, нейтрофіли, стовбурові клітини — допомагають захисту та розвитку дитини. Дослідження останніх років доводять, що ГМ не стерильне, а містить широкий спектр мікробіоти, зокрема біфідобактерії та лактобактерії, ентерококи і навіть стафілокок. Важливим компонентом для розвитку мікробіоти є олігосахариди жіночого молока. Олігосахариди забезпечують неможливість адгезії патогенних бактерій, а також харчування мікробіома [10,11,12,18,19].

Унікальність зрілого грудного молока полягає у його індивідуальності. Склад молока унікальний для кожної матері й адаптується до конкретної дитини. "Розумне" харчування: відповідає віковим потребам — від немовляти до малюка 2+ років. Динамічність: молоко змінюється впродовж годування: перше — більше водянисте для втамування спраги, пізніше — більш жирне для насичення.

3. Важливість грудного вигодовування

3.1 Вплив грудного вигодовування на імунітет дитини та захист від інфекційних захворювань

Грудне вигодовування — це потужний інструмент природної профілактики, який не має аналогів серед адаптованих сумішей.

За даними ВООЗ, ексклюзивне грудне вигодовування впродовж перших 6 місяців знижує ризик: кишкових інфекцій - на 64–87%; респіраторних захворювань - на 23–73%; госпіталізації з приводу інфекцій - майже вдвічі. Захисна дія грудного молока зберігається навіть після введення прикорму і продовження часткового вигодовування до 1–2 років і більше [20,21,22]. Цей ефект виражений тим сильніше, чим довше триває годування грудьми. Ризик синдрому раптової дитячої смерті на 36% менше при грудному вигодовуванні. Спостерігається зниження на 21-41%

постперинатальної смертності немовлят завдяки ГВ. Це дані дослідження великої когорти (приблизно 10 мільйонів) немовлят [23,24].

Прикладання до грудей немовлят впродовж перших 30-60 хвилин після народження забезпечує високий рівень захисту від кишкових інфекцій, а у випадку захворювання, діти швидше одужують [25,26,27].

Грудне вигодовування ефективно захищає дитину від гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) та грипу завдяки комплексу біоактивних компонентів грудного молока, які забезпечують як пряму противірусну дію, так і підтримку імунної системи немовляти.

Механізми захисту дитини від ГРВІ та грипу при грудному вигодовуванні:

1. Пасивна імунна передача. Імуноглобуліни класу А (IgA) — основний компонент захисту слизових оболонок (особливо дихальних шляхів). Вони: зв'язуються з вірусами (грипу, РС-вірусом, аденовірусами тощо); не дозволяють їм прикріпитися до клітин епітелію; нейтралізують віруси ще до того, як вони проникнуть у клітини дитини.

2. Біоактивні речовини з противірусною дією. Лактоферин — білок, що зв'язує залізо і блокує ріст вірусів, а також стимулює активацію лімфоцитів і фагоцитів. Лізоцим — руйнує оболонку вірусів і бактерій. Олігосахариди грудного молока (НМО) — блокують прикріплення вірусів до клітин слизової оболонки носоглотки.

3. Активація вродженого імунітету

Компоненти молока стимулюють активність нейтрофілів, макрофагів, клітин, які першими реагують на інфекцію. Гормони й фактори росту (наприклад, TGF- β) сприяють дозріванню імунної системи дитини.

4. Формування здорової мікрофлори. Біфідо- та лактобактерії, які активно розвиваються в кишечнику немовляти завдяки грудному молоку, позитивно впливають і на стан слизової дихальних шляхів — це частина мукозального імунітету.

5. "Інтелектуальний" імунітет. Через зворотний зв'язок між дитиною і матір'ю (зокрема, під час смоктання молока й обміну слиною) організм матері «отримує інформацію» про патогени і швидко синтезує антитіла до них.

У дітей, яких годують грудьми, рідше розвиваються ускладнення, такі як отити, бронхіти та пневмонії. Навіть часткове грудне вигодовування має захисний ефект, але ексклюзивне ГВ — найефективніше. Якщо дитина все ж захворіла на ГРВІ чи грип, грудне молоко сприяє швидшому одужанню і легшому перебігу захворювання. За можливості, грудне вигодовування рекомендується продовжувати не менше року, оскільки захист зберігається навіть у старших дітей.

Під час пандемії COVID-19 експерти ВООЗ рекомендували жінкам з підтвердженим діагнозом або підозрою на захворювання продовжувати практику «контакт шкіра до шкіри» та годування грудним молоком. Ці рекомендації ґрунтувалися на важливій ролі антитіл і біологічно активних речовин, що містяться в жіночому молоці, які сприяють зміцненню імунітету дитини та допомагають їй протистояти інфекції. Жінкам, які годують грудьми, рекомендована вакцинація проти COVID-19. ЮНІСЕФ рекомендує продовжувати грудне вигодовування після вакцинації, щоб захистити свою дитину [28,29,30,31,32,33,34].

Всі імунологічні компоненти грудного молока неможливо відтворити при створенні дитячих сумішей. Це- імуноглобуліни, цитокіни, гормони, фактори росту та інші складові [35,36,37,38].

Особливо важливим компонентом грудного молока є імуноглобулін А, який забезпечує захист слизових оболонок шлунка та кишечника, запобігаючи адгезії патогенних мікроорганізмів. Він утворює захисне покриття на внутрішній поверхні кишечника, оберігаючи його від дії токсинів і хвороботворних агентів. Найвища концентрація імуноглобуліну А міститься в молозиві, тому надзвичайно важливо прикладати немовля до грудей у перші дні життя, щоб забезпечити його максимальною кількістю цього цінного живильного продукту [39, 40, 41, 42].

Для формування мікробіоти кишківника немовлят важливими компонентами ГМ є біфідус-фактор, лактоферин і лізоцим. Біфідус-фактор необхідний як «будівельний матеріал» для біфідобактерій. Біфідус-фактор запезпечує зменшення у дитини кольок та епізодів діареї. Лактоферин унеможлиблює розмноження патогенів за рахунок засвоєння заліза, тим самим попереджає хвороби кишківника. Макрофаги та лейкоцити материнського молока мають здатність поглинати патогени і знешкоджувати їх.

Під час вагітності плід отримує трансплацентарний (материнський) імунітет, який забезпечує захист дитини приблизно до чотиримісячного віку. Імунітет, що передається з материнським молоком, зберігає свою захисну дію орієнтовно до шести місяців. Надалі дитина починає самостійно формувати специфічний імунітет у відповідь на перенесені захворювання або в результаті вакцинації. Згідно зі статистичними даними, діти, які отримують грудне молоко, у чотири рази рідше хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції та в десять разів рідше - на кишкові інфекції. Таким чином, грудне вигодовування є найефективнішим способом захисту дитини від інфекційних захворювань. Завдяки вмісту в грудному молоці Т- і В-лімфоцитів, компонентів комплементу, макрофагів та інтерферону, організм дитини здатен компенсувати низьку функціональну активність власної імунної системи протягом першого року життя. [43, 44, 45, 46].

Наявність антистафілококового фактора та лактопероксидази у грудному молоці є профілактичним засобом щодо окремих патогенів: стафілококів, лямблій, ентерококів, стрептококів.

Грудне молоко містить інтерферон і рибонуклеазоподібний фактор, які забезпечують потужний противірусний захист. Це особливо важливо, враховуючи роль вірусів у розвитку тяжких захворювань у дітей першого року життя, а також переважання імуносупресивного характеру імунної відповіді в цьому віковому періоді.

Таким чином, грудне вигодовування є формою пасивної передачі імунологічних факторів від матері до дитини. Воно сприяє розвитку функціональної зрілості імунної системи та чинить довготривалий вплив на імунологічну реактивність дитячого організму [45, 46].

3.2. Вплив грудного вигодовування на формування мікробіоти кишечника

Вплив грудного вигодовування на формування мікробіоти кишківника дитини — один із ключових чинників здорового розвитку немовляти, який має як короткострокові, так і довготривалі наслідки для імунітету, травлення, метаболізму та навіть нейророзвитку.

Мікробіота — це сукупність мікроорганізмів (бактерій, вірусів, грибків), що заселяють кишечник. У новонародженого вона починає формуватись від моменту народження, а перші 1000 днів життя (включаючи період внутрішньоутробного розвитку) — критичні для її становлення.

Як грудне вигодовування впливає на мікробіоту:

1. Сприяє росту корисних бактерій. Грудне молоко містить понад 200 видів олігосахаридів (НМО — human milk oligosaccharides), які не перетравлюються в шлунку дитини, але є їжею для біфідо- та лактобактерій.

Це сприяє формуванню біфідодомінантної мікробіоти — характерної для здорових немовлят на грудному вигодовуванні.

2. Запобігає надмірному росту патогенів

НМО також блокують адгезію патогенних бактерій до стінок кишечника, знижуючи ризик інфекцій. Антимікробні компоненти (лактоферин, лізоцим, секреторний IgA) пригнічують розмноження шкідливих мікроорганізмів.

3. Регулює рН кишечника. Ферментація олігосахаридів біфідобактеріями утворює коротколанцюгові жирні кислоти (ацетат, бутират, пропіонат), які: знижують рН; створюють несприятливі умови для патогенів; живлять епітелій кишківника; мають протизапальну дію.

4. Передає "живі бактерії"

У грудному молоці містяться живі пробіотичні бактерії, включно з *Bifidobacterium* та *Lactobacillus*, які безпосередньо колонізують кишечник дитини. Це ентеромаммарний шлях — мікроби із кишківника матері потрапляють до молока через імунні клітини.

До моменту народження кишечник дитини є практично стерильним. Проте вже під час пологів відбувається інтенсивна колонізація бактеріями, типовими для кишкової та вагінальної мікрофлори матері — грампозитивними коками, лактобацилями, ентеробактеріями. У подальшому мікробіота дитини зазнає змін під впливом різноманітних чинників зовнішнього середовища, насамперед залежно від типу вигодовування. У дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні, домінуючою мікрофлорою (у 80–95% випадків) є біфідобактерії [47, 48, 49].

Заселення та формування кишкової мікрофлори є складним і поступовим процесом, що відбувається в контексті функціонування шлунково-кишкового тракту як травного органа і важливої складової імунної

системи. Лімфоїдна тканина травного каналу у дітей становить близько двох третин загальної лімфоїдної маси організму і забезпечує механізми як природженого, так і набутого імунітету.

Природжений імунітет функціонує без необхідності попередньої антигенної стимуляції, виконуючи роль першої лінії захисту від проникнення різноманітних зовнішніх агентів, таких як токсини, антигени та патогенні мікроорганізми. Натомість набутий імунітет характеризується специфічністю і пам'яттю, формуючись у відповідь на повторні контакти з певними антигенами. Враховуючи це, темп і послідовність формування мікробіоценозу кишечника набувають особливого значення для нормального розвитку імунної системи. Склад облігатної кишкової мікрофлори, що є корисною для організму, значною мірою визначається типом харчування дитини і відіграє критичну роль у стимуляції, регуляції та дозріванні імунних механізмів [48].

Переважаання біфідобактерій у кишковій мікрофлорі немовлят, які отримують грудне молоко, зумовлене наявністю в ньому комплексу біологічно активних речовин. Зокрема, до біфідогенних факторів належать альбуміни, нуклеотиди, лактоферин, а також олігосахариди грудного молока, які за кількістю біфідобактерій поступаються лише лактозі. Олігосахариди не піддаються розщепленню у верхніх відділах травного тракту, що дозволяє їм потрапляти у товстий кишечник у незміненому вигляді і слугувати джерелом поживних речовин для біфідобактерій.

Крім того, низький рівень білка та фосфору у грудному молоці обумовлює знижену буферну ємність, що призводить до зниження кислотності кишкового середовища. Такі умови сприяють активній колонізації кишечника біфідобактеріями, створюючи сприятливе середовище для їх росту та розвитку [48].

Переважання біфідогенних бактерій у кишечнику дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні, супроводжується низкою позитивних ефектів, серед яких найважливішим є підвищення стійкості організму малюка до кишкових інфекцій. Цей захисний ефект пояснюється здатністю біфідобактерій пригнічувати розмноження патогенних мікроорганізмів та створювати кисле середовище в просвіті товстої кишки. Крім того, біфідобактерії беруть участь у регуляції імунної відповіді, модулюючи активність імунної системи.

Імуномодулююча функція кишкової мікрофлори проявляється у впливі на процеси диференціювання Т-супресорних клітин у ділянках лімфоїдних фолікулів кишечника. Зокрема, активація Th1-субпопуляції CD4⁺-лімфоцитів, що забезпечує ефективний захист від інфекцій, відбувається під впливом медіаторів міжклітинної взаємодії, таких як інтерлейкіни IL-2 та IL-12. У випадку переважання диференціювання у напрямку Th2-відповіді, за участю таких цитокінів, як IL-4, IL-5 та IL-13, активуються еозинофіли, підвищується рівень IgE, що сприяє формуванню atopічних реакцій. Таким чином, баланс між Th1- і Th2-реакціями, у регуляції якого бере участь мікробіота кишечника, має принципове значення для формування імунної толерантності та профілактики алергічних захворювань.

Упродовж першого року життя дитини її раціон поступово розширюється за рахунок введення прикорму та додаткових фізіологічних продуктів. Це супроводжується зміною складу кишкової мікробіоти: кількість біфідобактерій поступово зменшується, натомість зростає чисельність умовно-патогенних протеолітичних мікроорганізмів, таких як ентерококи та бактероїди. Така трансформація мікрофлори може підвищувати чутливість дитини до кишкових інфекцій.

У дітей, які отримують штучне вигодовування, процес формування місцевого імунного захисту відбувається за складнішими механізмами. У їхньому кишечнику домінують кишкова паличка, стафілококи, клостридії та

інші умовно-патогенні мікроорганізми, тоді як чисельність біфідобактерій є значно меншою. Відсутність грудного молока в харчуванні призводить до нестачі нутрієнтів, необхідних для становлення оптимального мікробіоценозу кишечника, що може негативно впливати на розвиток імунної системи та бар'єрних функцій слизової оболонки [48].

3.3. Роль грудного вигодовування у профілактиці ожиріння та цукрового діабету

На підставі досліджень встановлено, що тривале грудне вигодовування, зокрема понад два роки, асоціюється зі зниженням ризику розвитку цукрового діабету 2 типу, атеросклерозу та інших метаболічних порушень у дорослому віці приблизно на 39%. Крім того, грудне вигодовування демонструє захисний ефект проти розвитку ожиріння на різних етапах життя — від дитинства до зрілого віку. Зокрема, у дітей, яких вигодовували грудним молоком щонайменше до шести місяців, імовірність розвитку надмірної маси тіла є на 15% нижчою порівняно з дітьми, які з народження перебували на штучному вигодовуванні [49,50].

У великомасштабному когортному дослідженні, яке охопило 43 тисячі дітей, народжених у 2001 році, було проаналізовано зв'язок між типом вигодовування у перший рік життя та масо-ростовими показниками у шкільному віці [50,51,52]. Лише 20% учасників перебували на виключно грудному вигодовуванні протягом перших шести місяців життя. Результати продемонстрували достовірний зворотний зв'язок між грудним вигодовуванням і ризиком надмірної ваги та ожиріння у подальшому.

Зокрема, у семирічному віці діти, які отримували грудне молоко, мали на 15% нижчий ризик розвитку надмірної маси тіла та на 45% меншу ймовірність ожиріння порівняно з ровесниками, які з перших місяців отримували штучне харчування. У восьмирічному віці рівень ризику надмірної ваги залишався стабільним, однак частота ожиріння серед цієї

групи була ще нижчою — ймовірність його розвитку знизилася додатково на 10% [51,52,53].

Штучне вигодовування є значущим фактором підвищеного ризику розвитку ожиріння в наступні вікові періоди. Це пов'язано з вищим вмістом білка на кілограм маси тіла дитини, особливо у разі споживання немодифікованого коров'ячого молока [52, 53]. ВООЗ оголосила мету знизити рівень ожиріння у дітей до 2025 року. Це може істотно вплинути на здоров'я населення планети в майбутньому, зменшити ризик розвитку хронічних захворювань серцево-судинної системи і вплинути на тривалість життя дорослих [49,50,51,52,53].

Нехтування грудним вигодовуванням, а також раннє введення до раціону дитини коров'ячого молока або замінників грудного молока можуть підвищувати ризик розвитку цукрового діабету [49, 50, 51, 52, 53].

Проведені дослідження засвідчили, що тривалість грудного вигодовування має істотний вплив на зниження ризику розвитку цукрового діабету. Зокрема, грудне вигодовування протягом 6–12 місяців асоціювалося зі зниженням ризику виникнення захворювання на 61%, тоді як при тривалості 2–3 місяці ризик знижувався на 31%. Такий захисний ефект пояснюється позитивним впливом грудного молока на розвиток імунної системи та становлення здорової кишкової мікробіоти.

Водночас інші результати досліджень виявили потенційно несприятливі наслідки високого споживання молочних продуктів у дитячому віці. Аналіз харчових звичок дітей віком до 15 років показав, що регулярне вживання великої кількості молока, сиру, йогуртів та морозива може бути пов'язане з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 1 типу. Зокрема, споживання 2–3 склянок коров'ячого молока щодня асоціювалося з підвищенням ризику на 78% [51, 52].

3.4. Значення грудного вигодовування щодо профілактики алергічних захворювань у дітей.

Численні наукові дослідження демонструють взаємозв'язок між грудним вигодовуванням і ризиком розвитку алергічних захворювань, зокрема респіраторної алергії та бронхіальної астми, у дітей. Дані свідчать, що серед дітей, які перебували на виключно грудному вигодовуванні щонайменше протягом трьох місяців, у шестирічному віці частота респіраторної алергії становила 20,8%, а бронхіальної астми - 11,3%. У групах дітей, які не отримували грудного молока або перебували на змішаному/штучному вигодовуванні, ці показники були вищими.

Результати аналізу показали, що грудне вигодовування протягом перших трьох місяців життя асоціюється зі зниженням ризику розвитку респіраторної алергії на 23%, а ймовірність виникнення бронхіальної астми - на 34%, за умови відсутності генетичної схильності до даної патології [54,55,56].

Захисна дія грудного молока щодо розвитку алергічних захворювань пояснюється його біологічно активним складом, зокрема наявністю речовин, що виконують кілька ключових функцій: стимуляція формування здорової кишкової мікробіоти, яка відіграє важливу роль у дозріванні імунної системи дитини та сприяє становленню імунологічної толерантності - здатності імунної системи не реагувати на нешкідливі, але чужорідні антигени; підсилення бар'єрної функції слизової оболонки кишечника, що обмежує транслокацію потенційних алергенів у системний кровотік і тим самим знижує ймовірність сенсibilізації.

У багатьох дітей перші прояви алергічних захворювань - таких як харчова алергія та атопічний дерматит - часто збігаються в часі з припиненням грудного вигодовування та введенням прикорму. У цьому віці основними провокуючими чинниками є саме харчові алергени. Згодом у

дитини може розвинути сенсibiliзація до побутових і пилкових алергенів, що зумовлює появу респіраторних алергічних захворювань - бронхіальної астми (БА) та алергічного риніту (АР) [54,55,56,57,58,59,60,61].

3.5. Вплив грудного вигодовування на психомоторний розвиток дитини

ГВ сприяє вищому рівню психомоторного розвитку немовляти, а також закладає основу для подальшого когнитивного розвитку. Діти, які отримували грудне молоко, мають кращі результати академічної успішності під час навчання. Це доведено великими рандомізованими дослідженнями. Такий ефект можна пояснити сукупністю позитивного безпосереднього впливу речовин грудного молока на мозок дитини та впливу емоційного поведінкового контакту в парі “мама-дитина” під час годування грудьми. Відомо, що грудне молоко містить унікальні білки, які позитивно впливають на розвиток мозку дитини. Саме в ранньому віці відбувається більшість ключових процесів розвитку головного мозку — до 80% його формування припадає на перші роки життя. Компоненти материнського молока, зокрема незамінні амінокислоти, фактори росту та поліненасичені жирні кислоти, сприяють мієлінізації нервових волокон, що забезпечує швидке та ефективне проведення нервових імпульсів. Метааналіз показав, що грудне вигодовування у ранньому віці пов'язане з підвищенням середнього IQ на 3,4 бали на основі результатів 16 спостережних досліджень, які контролювали кілька супутніх факторів. Дев'ять досліджень також було скориговано з урахуванням інтелекту матері, що виявило користь грудного вигодовування у розмірі 2,6 бала. У скоригованому аналізі учасники, яких годували грудьми протягом 12 місяців або довше, мали вищі бали IQ на 3,8 бали, більше років навчання та вищі щомісячні доходи, ніж ті, кого годували грудьми менше 1 місяця. Аналіз показав, що прибуток був відповідальний за 72% ефекту на IQ [62].

Діти з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності(СДВГ) перебували на грудному вигодовуванні в більш короткі періоди, ніж контрольна група, рідше перебували на грудному вигодовуванні протягом 6–12 місяців або >12 місяців, рідше перебували на винятково грудному вигодовуванні. При СДВГ та при РАС може існувати можливість зворотного причинно-наслідкового зв'язку, оскільки немовлята з цими діагнозами можуть мати погані оральні навички і бути неуважними при грудному вигодовуванні, що призводить до більш раннього відлучення від грудей. Продовження грудного вигодовування у другому році життя дитини сприяє подальшому розвитку мовлення та слуху [62]. Крім того, грудне вигодовування забезпечує дитині відчуття безпеки й емоційного комфорту, що має особливе значення в умовах війни в країні [11].

3.6. Вплив грудного вигодовування на здоров'я жінки

Грудне вигодовування позитивно впливає не лише на дитину, а й на самопочуття та здоров'я матері. Жінкам рекомендовано продовжувати грудне вигодовування до двох років, а при наявності таких захворювань, як ендометріоз або міома матки, — до трьох років. Відмова від грудного вигодовування або його коротка тривалість асоціюється з підвищеним ризиком розвитку пухлин матки та молочних залоз [63, 64, 65].

Крім того, грудне вигодовування сприяє формуванню тісного емоційного зв'язку між матір'ю і дитиною, що позитивно впливає на побудову довірливих взаємин у наступні періоди дитинства. У таких жінок довше зберігається стереотип «материнської поведінки»: вони більш уважно піклуються про дитину, що, своєю чергою, знижує ризик травм і інфекційних захворювань [66, 67].

Підтримка з боку партнера та близьких відіграє важливу роль у реалізації намірів матері щодо грудного вигодовування. Уже під час вагітності партнер має сприяти зменшенню фізичного та емоційного

навантаження на жінку, забезпечуючи їй більше часу для відпочинку та відновлення. Одним із бар'єрів для тривалого грудного вигодовування є повна зайнятість матері. Дослідження свідчать, що надання жінкам оплачуваної відпустки може суттєво вплинути на тривалість виключного грудного вигодовування - зокрема, підвищити показник його збереження до 6 місяців життя дитини до 50% [68,69,70,71].

4. Перешкоди для грудного вигодовування, що впливають на передчасне завершення годування грудьми. Стан проблеми в світі та в Україні.

Нестача знань

Не всі жінки отримують адекватну сучасну інформацію про грудне вигодовування від медичних працівників на всіх етапах планування вагітності, під час вагітності та після народження дитини. Ця проблема гостро стоїть в світі і Україна не є виключенням. Найчастіші проблеми із грудним вигодовуванням - це біль в сосках, нагрубання грудей, мастит, підтікання молока, проблеми з прикладанням до грудей. Якщо жінка не отримає професійної допомоги для подолання цих перешкод - є велика ймовірністю припинення годування грудьми [72,73].

Застарілі практики щодо організації грудного вигодовування, серед яких надто сувора і необгрунтована дієта для матері-годувальниці, годування по режиму замість годування на вимогу, рекомендації щодо обмеження тривалості прикладання до грудей, травматичні практики у випадку лактостазу, маститу, зайві необгрунтовані обмеження щодо способу життя матері, можливості отримувати медикаменти та процедури - це все сприяє передчасному завершенню грудного вигодовування та меншій його поширеності [74].

Невідповідність між очікуваннями щодо грудного вигодовування та реальністю, а також переконання, що суміші є повноцінними заміниками

грудного молока - це основна причина припинення грудного вигодовування протягом перших двох тижнів після пологів.

Вплив батька дитини чи партнера матері на практику годування є критично важливим. Якщо батько не має належних знань про грудне вигодовування, то він схилитиме жінку до вигодовування сумішшю, як більш зручного способу вигодовування [75,76,77].

Недостатні знання про грудне вигодовування чи невдалий попередній досвід членів родини та друзів може сприяти передчасному завершенню грудного вигодовування жінкою. Батьки та медичні працівники можуть неправильно інтерпретувати плач і неспокій дитини як нестачу молока чи його погану якість. Це є частою причиною введення формули та передчасного завершення грудного вигодовування [78,79,80].

Соціальні норми або сором'язливість годувати грудьми в громадських місцях.

Годування грудьми мало підтримується поза домом. Багато людей вважає більш прийнятним у громадських місцях годування з пляшки, а не грудьми. Сприйняття грудей як сексуального об'єкту можуть викликати у жінок почуття дискомфорту щодо годування груддю в громадських місцях. Це свідчить про те, що соціальне середовище не дуже сприяє грудному вигодовуванню [81,82].

Працевлаштування та догляд за дітьми. Жінки часто стикаються з негнучкістю робочого часу, а також з відсутністю приватності під час годування грудьми чи зціджування молока, не мають місця для зберігання зцідженого грудного молока, не можуть знайти заклади для догляду за дітьми поруч з роботою це спричиняє передчасне завершення грудного вигодовування [83,84].

Існують серйозні недоліки, пов'язані з грудним вигодовуванням, у політиці та практиці лікарень. Низький пріоритет, який надається підтримці грудного вигодовування, раннє необгрунтоване догодовування сумішшю немовлят, прихована реклама молочних сумішей - все це має великий вплив на поширеність грудного вигодовування та/або його тривалість [85,86,87,88,90]. Агресивна пропаганда сумішей як "повноцінних замінників" грудного молока. Реклама сумішей зображує молочні суміші такими ж або кращими за грудне молоко, або зображує штучне вигодовування як вибір способу життя, а не рішення з наслідками для здоров'я та економіки. Агресивний маркетинг сумішей і їх доступність, включаючи розповсюдження безкоштовних зразків, збільшують рівень штучного вигодовування. Виробники сумішей спрощують поведінку дітей у одну проблему - годування, яку можна вирішити, купуючи молочні суміші. Реклама сумішей націлена на медичних працівників і наукові установи через фінансову підтримку їх діяльності. Конфлікт інтересів загрожує чесності та неупередженості медичних працівників. Компанії виробники сумішей продовжують свідомо та регулярно порушувати принципи Кодексу маркетингу і збуту замінників грудного молока. Розуміння суті, ступеню та способу впливу перешкоджаючих факторів повинне допомагати фахівцям, родинам та суспільству формувати політику підтримання грудного вигодовування [91].

5. Чинники впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування

Аналіз показав, що на показник EBF впливають численні фактори, включаючи індивідуальні, соціально-економічні, робоче місце та зайнятість, а також система охорони здоров'я. Подальший багатфакторний аналіз показав, що матері з вищим рівнем EBF мали такі характеристики: намір годувати грудьми під час вагітності, знання грудного вигодовування та більше задоволення підтримкою через систему охорони здоров'я після

пологів. Рівень EBF у Китаї становить понад 40%, і підтримка грудного вигодовування вимагає заходів на багатьох рівнях, включаючи індивідуальні особливості, роботу та умови зайнятості жінок, знання грудного вигодовування та медичні послуги [92,93,94,95].

Фактори, що сприяють такому вищому показнику, є результатом кількох політичних рішень, у результаті яких більше високоосвічених жінок, які мають доступ до медичної інформації та освіти, повідомляють про більший намір годувати грудьми під час вагітності. Жінки також мають доступ до медичних послуг у районах з більшою кількістю ініціатив лікарень, доброзичливих до дитини, а офіційно працевлаштовані жінки мають доступ до оплачуваної відпустки по вагітності та пологах. Усі ці фактори сприяли вищим показникам грудного вигодовування, показуючи, що для вирішення проблем, пов'язаних з оптимізацією практики грудного вигодовування, слід спрямувати численні стратегії, починаючи з індивідуальних якостей і умов працевлаштування жінок і закінчуючи знаннями про грудне вигодовування та послугами охорони здоров'я. У відповідь державні установи охорони здоров'я, медичні працівники та громадянське суспільство повинні збільшити інвестиції, щоб підтримати жінок у досягненні оптимальних практик грудного вигодовування. [96,97,98]

Серед материнських ознак, позитивно пов'язаних з початком і тривалістю грудного вигодовування, були старший вік матері, вища освіта матері і відкладене повернення до роботи [98,99]. Крім того, було показано, що психологічні змінні матері впливають на грудне вигодовування і можуть розглядатися як потенційні цілі втручання. Дослідження виявили, що тривога після пологів, наміри щодо ГВ і ставлення до ГВ були прогностичними ознаками тривалості ГВ [100,101,102,103].

Розрив між ранніми намірами та пізнішою практикою через різні причини, включно з факторами матері дитини, а також соціальною підтримкою з боку професіоналів, членів родини. Серед них доступність

соціальної підтримки є ключем до вирішення проблеми. Стресові реакції у матерів, пов'язані з військовими діями, необхідністю покинути свої домівки виступають додатковим тригером, який впливає на тривалість ГВ немовлят [104,105,106,107].

Матері, зайняті неофіційною роботою, рідше годували грудьми, ніж ті, хто був домогосподаркою або працював повний робочий день. Жінки, які працюють на приватних підприємствах, рідше годують грудьми, ніж жінки, які працюють на державних посадах [108,109,110,111,112].

Тематичні дослідження в країнах світу показують, що практику грудного вигодовування на популяційному рівні можна швидко покращити за допомогою багаторівневих і багатокомпонентних втручань у соціоекологічній моделі та середовищах. Грудне вигодовування не є виключною відповідальністю жінок і вимагає колективних суспільних підходів, які враховують гендерну нерівність. Врахування грудного вигодовування у медичних стандартах: важливо включити рекомендації та протоколи щодо грудного вигодовування у медичні стандарти та клінічні настанови. Це стимулюватиме медичних працівників до підтримки грудного вигодовування та забезпечення належної допомоги матерям. Ці можливості впровадження грудного вигодовування можуть бути реалізовані в рамках широкої координації та співпраці між державними органами, медичними установами, громадськими організаціями та суспільством у цілому. В процесі пошуку шляхів для підтримання грудного вигодовування українські фахівці повинні користуватися сучасними науковими даними з авторитетних міжнародних джерел [113,114,115].

Узагальнюючи, можна сказати, що грудне молоко є найкращим харчуванням для немовлят, забезпечуючи їх усім необхідним для здорового розвитку. Підтримка грудного вигодовування повинна бути пріоритетом у системі охорони здоров'я, а матері повинні отримувати необхідну підтримку і рекомендації для успішного годування груддю [116,117,118,119,120].

РОЗДІЛ II

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою проведеного дослідження було вивчення сучасних аспектів грудного вигодовування дітей в регіоні, дотримання стратегії підтримки грудного вигодовування, впливу медичних та соціальних чинників на тривалість та успішність грудного вигодовування, основні труднощі, які виникають при грудному вигодовуванні.

2.1 Матеріали дослідження

Для вирішення завдання здійснено аналіз статистичних показників виключно грудного вигодовування немовлят в м.Чернівцях. Проведено аналіз статистичних форм звітності КНП «Міська дитяча поліклініка», КНП «Центр ПМСД «Роша»», КНП «Центр ПМСД «Садгора»».

Створено анкету-опитувальник для жінок-годувальниць, яка включала 24 питань: соціальний статус жінок, вік, освіта, прихильність до грудного вигодовування, труднощі під час грудного вигодовування, наявність навчальних тренінгів з грудного вигодовування, знання переваг грудного вигодовування, джерела інформації щодо грудного вигодовування, тощо.

Для вирішення першочергового завдання дослідження було вивчено та проаналізовано:

1. Статистичні показники закладів охорони здоров'я
2. Інформацію з літературних джерел
3. Дані анкетованого опитування жінок, які мали дітей з різним видом вигодовування.
4. Історія розвитку дитини (ф-112), дані антропометрії дітей до 3-х років.

2.2 Методи дослідження

Під час проведення досліджень нами були використані методи: анонімного анкетування, порівняльний, статистичний, метод системного аналізу, антропометричний, графічного представлення результатів.

Для вирішення поставлених у роботі завдань було проведено анонімне анкетоване опитування 72 жінок, діти яких перебували на візитах педіатрів в комунальній міській установі м. Чернівці "Міська дитяча поліклініка" та сімейних лікарів в ЦПМСД Чернівецької області впродовж вересня 2023 року- березня 2024 року. Верифікація дослідження здійснювалась на основі вивчених даних після анкетування.

Критеріями включення в дослідження були:

- наявність 1 і більше дітей віком до 4 років;
- згода на участь в дослідженні;
- можливість відповідати на поставлені запитання.

Відбір опитуваних жінок проводився випадковим суцільним методом.

Кожному учаснику опитування були запропоновані 24 запитань анонімної анкети щодо соціального статусу, віку, проблемних питань грудного вигодовування, тривалості грудного вигодовування, термінів введення прикорму, подальшого визначення можливих шляхів їх вирішення та їх відношення до грудного вигодовування в цілому (додаток).

Розробка анкет відповідно до показників була здійснена на основі існуючих підходів до вивчення питань грудного вигодовування автором роботи разом з науковим керівником.

Для оцінки показників фізичного розвитку дітей з різним видом вигодовування проведено оцінку маси тіла, зросту, розраховувався ІМТ.

Використовувалися загальноприйняті у медицині методи статистики. Результати дослідження в цифровій формі вносились в спеціально створену базу даних, формування зведених таблиць та статистична обробка матеріалу виконувалася в операційній системі Windows 7 за допомогою програм «Microsoft Office Excel (2007)» та «STATISTICA 10» (StatSoft, Inc., США).

Використовували загальноприйняті в медицині методи варіаційної статистики, вираховувались середня арифметична виборки (M), середньоквадратичне відхилення, стандартна помилка середньої арифметичної (m). При оцінці значимості різниці між середніми величинами вираховували t-критерій Стюдента. Для твердження про вірогідність різниці вираховувалася загальноприйнята величина рівня вірогідності $p < 0,05$.

Результати дослідження в цифровій формі вносились в спеціально створені таблиці згідно з критеріями та показниками анкет.

1. Статистична обробка інформації проводилась за допомогою середнього значення за формулою: де X - середнє значення; $x_1 + x_2 + \dots + x_n$ - сума балів; N- кількість складових. Середнє значення набору даних обчислюється як сума всіх елементів, поділена на кількість елементів.

$$X = (x_1 + x_2 + \dots + x_n) / N$$

Середня похибка (або стандартна помилка середнього) визначали як стандартне відхилення середнього значення, яке оцінює точність середнього значення. Вона показує, як сильно середнє значення може відрізнятися від фактичних значень.

2. Середня похибка

Середня похибка (або стандартна помилка середнього) визначається як стандартне відхилення середнього значення, яке оцінює точність середнього значення. Вона показує, як сильно середнє значення може відрізнятися від фактичних значень.

При оцінці значимості різниці між середніми величинами вираховували t-критерій Стюдента. Для твердження про вірогідність різниці вираховувалася загальноприйнята величина рівня вірогідності $p < 0,05$.

3. Проведено кореляційний аналіз — це статистичний метод, який використовується для вивчення і оцінки зв'язку між двома або більше змінними. Визначили, чи існує взаємозв'язок між змінними, а також оцінили його силу та напрямок.

У кореляційному аналізі використовували такі основні поняття. Позитивна кореляція: коли одна змінна збільшується, а інша також збільшується. Негативна кореляція: коли одна змінна збільшується, а інша зменшується. Відсутність кореляції: коли зміни однієї змінної не впливають на іншу. Коефіцієнт кореляції (зазвичай позначали як r - числове значення, що варіюється від -1 до 1, яке відображає: $r=1$: ідеальний позитивний лінійний зв'язок. $r=-1$: ідеальний негативний лінійний зв'язок $r=0$: відсутність лінійного зв'язку. Значення коефіцієнта кореляції дає уявлення про силу зв'язку: $0.1 \leq 0.3$ -слабкий зв'язок; $0.3 \leq 0.5$ - помірний зв'язок; $r \geq 0.5$ - сильний зв'язок.

Типи кореляції: лінійна кореляція, коли зміни однієї змінної пропорційно змінюють іншу. Нелінійна кореляція: коли зміни однієї змінної не є пропорційними змінам іншої.

4. Визначали довірчий інтервал (довірчий інтервал на параметр) — це статистичний інтервал, який використовується для оцінки невідомого параметра популяції, наприклад, середнього значення чи пропорції, на основі вибірки даних. Цей інтервал надає діапазон значень, в якому, з певною ймовірністю (рівнем довіри), знаходиться істинне значення параметра.

Довірчий інтервал визначали наступним чином:

Рівень довіри (наприклад, 95%, 99%) — це ймовірність того, що істинне значення параметра потрапить у цей інтервал, якщо ви повторюєте вибірку нескінченно багато разів. У випадку 95%-го довірчого інтервалу, ми можемо стверджувати, що з ймовірністю 95% істинне значення параметра потрапить у цей інтервал. Формула довірчого інтервалу залежить від виду параметра і розподілу даних. Наприклад, для оцінки середнього значення з нормального розподілу (якщо відомо або припускається, що дисперсія відома) довірчий інтервал можна обчислити за допомогою стандартної помилки та критичних значень розподілу (наприклад, нормального або t -розподілу).

5. Розрахували відношення шансів (odds ratio, OR), і відносний ризик (relative risk, RR) - це статистичні показники, які використовуються для оцінки зв'язку між впливом (наприклад, фактором ризику) і наслідком (наприклад, захворюванням). Обидва терміни часто використовуються в епідеміології та медичних дослідженнях, але мають різні значення та застосування.

РОЗДІЛ III

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Характеристика вікової та соціальної структури жінок, які дали відповідь на запитання анкети

У дослідженнях взяли участь 72 жінок віком від 19 років до 39 років і які мали дітей від народження до 4 років.

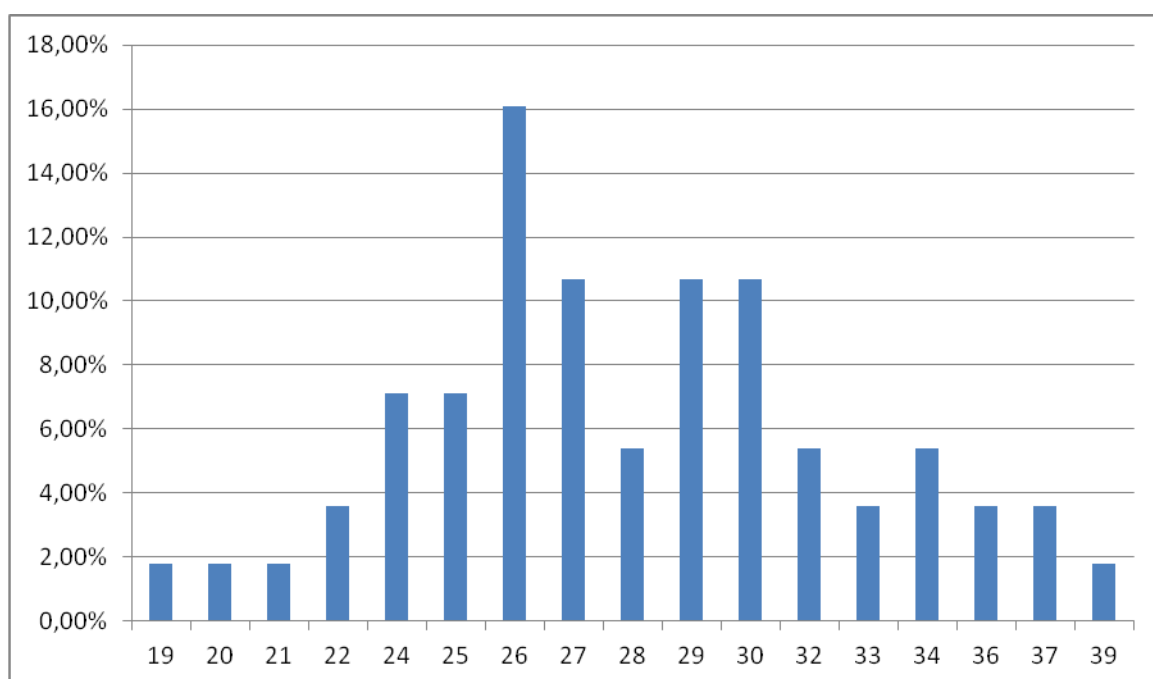


Рис.1 Віковий склад жінок-годувальниць, які дали відповідь на питання анкети.

Найчисельнішу групу у дослідженнях склали жінки 21-30 років.

Таблиця 1

Вікова структура жінок-годувальниць (%)

Вікова група	Вид вигодовування	
	Виключно грудне	Штучне та змішане
До 20 років	5,6	7,7

21-30 років	55,6	53,8
31-35 років	33,3	28,2
Старше 35 років	5,6	10,3

Отже, у жінок вікової групи 21-30 років однаково часто спостерігали грудне та штучне вигодовування (відповідно 55,6% та 53,8%, $p>0,05$). Подібна тенденція була характерною у жінок 31-35 років (відповідно 33,3% та 28,2%, $p>0,05$). Жінки старше 35 років частіше відмовлялись від грудного вигодовування (відповідно 5,6% проти 10,3%, $p<0,05$) (табл.1).

Таблиця 2

Структура соціального статусу жінок-годувальниць, які дали відповідь на питання анкети (%)

Вікова група	Вид вигодовування	
	Виключно грудне	Штучне та змішане
Студенти	13,3	7,7
Службовці	26,7	23,1
Підприємці	23,3	23,1
Без постійного місця роботи	36,7	46,1

Соціальний статус жінки визначали за 4 групами: 1-студенти, 2-службовці (вчителі, медичні працівники, державні службовці), 3-підприємці (у т.ч., які працюють на приватних підприємствах), 4- без постійного місця роботи. Найчисельнішою групою жінок, які дали відповідь на запитання

анкети, були жінки без постійного місця роботи. Кількість дітей з різним вигодовуванням у соціальних групах жінок вірогідно не відрізнялась(табл.2).

3.2. Обсяги грудного вигодовування в регіоні та дотримання стратегії підтримки ГВ

Таблиця 3

Дані статистичних звітів закладів первинної допомоги у м. Чернівцях щодо обсягів виключно грудного вигодовування за 2024 рік

КНП	Грудне вигодовування до 3 міс.(%)	Грудне вигодовування до 6 міс.(%)
Міська дитяча поліклініка	24,1	74,3
ЦПМСД «Роша»	37,0	63,0
ЦПМСД «Садгора»	29,8	69,6
Міська поліклініка №3	2,9	97,1
Всього по місту	25,2	73,4

Аналіз статистичних звітів закладів первинної допомоги продемонстрував, що у КНП «Міська дитяча поліклініка», де допомогу дітям надають педіатри, обсяги грудного вигодовування дітей до 6 місяців вищі (74,3%), ніж у ЦПМСД «Роша» (63,0%) та «Садгора» (69,6%), де працюють лікарі загальної практики-сімейні лікарі (табл.3). Однак, ці показники вище середніх показників по Україні (50%, проф. О.П. Волосовець, 2025р.).

За даними активного опитування матерів: 66,7% дітей вигодовувались до 6 місяців виключно грудним молоком, 25,0% мали виключно ГВ до 2 місяців, 8,3% - до 4 місяців.

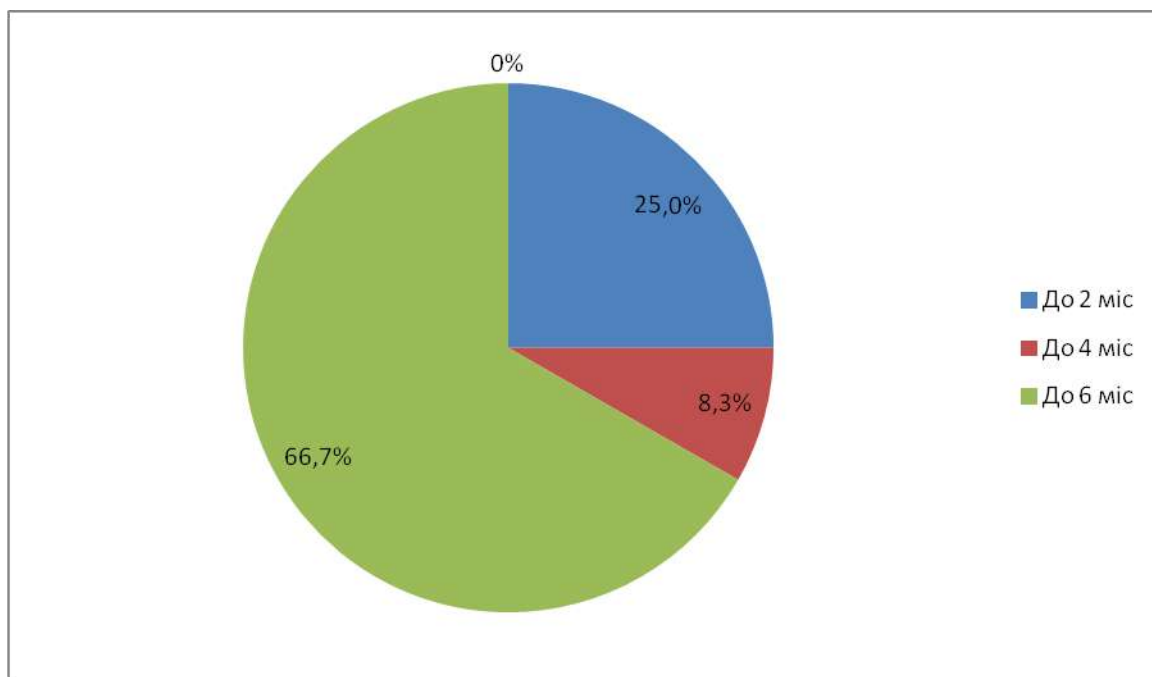


Рис.2. Тривалість виключно грудного вигодовування за даними опитування жінок.

За результатами опитування жінок встановили, що 45,8% дітей годувались грудним молоком, 36,1% визначили вид вигодовування як змішане, 18,1% вказали на раннє штучне вигодовування

дитини.

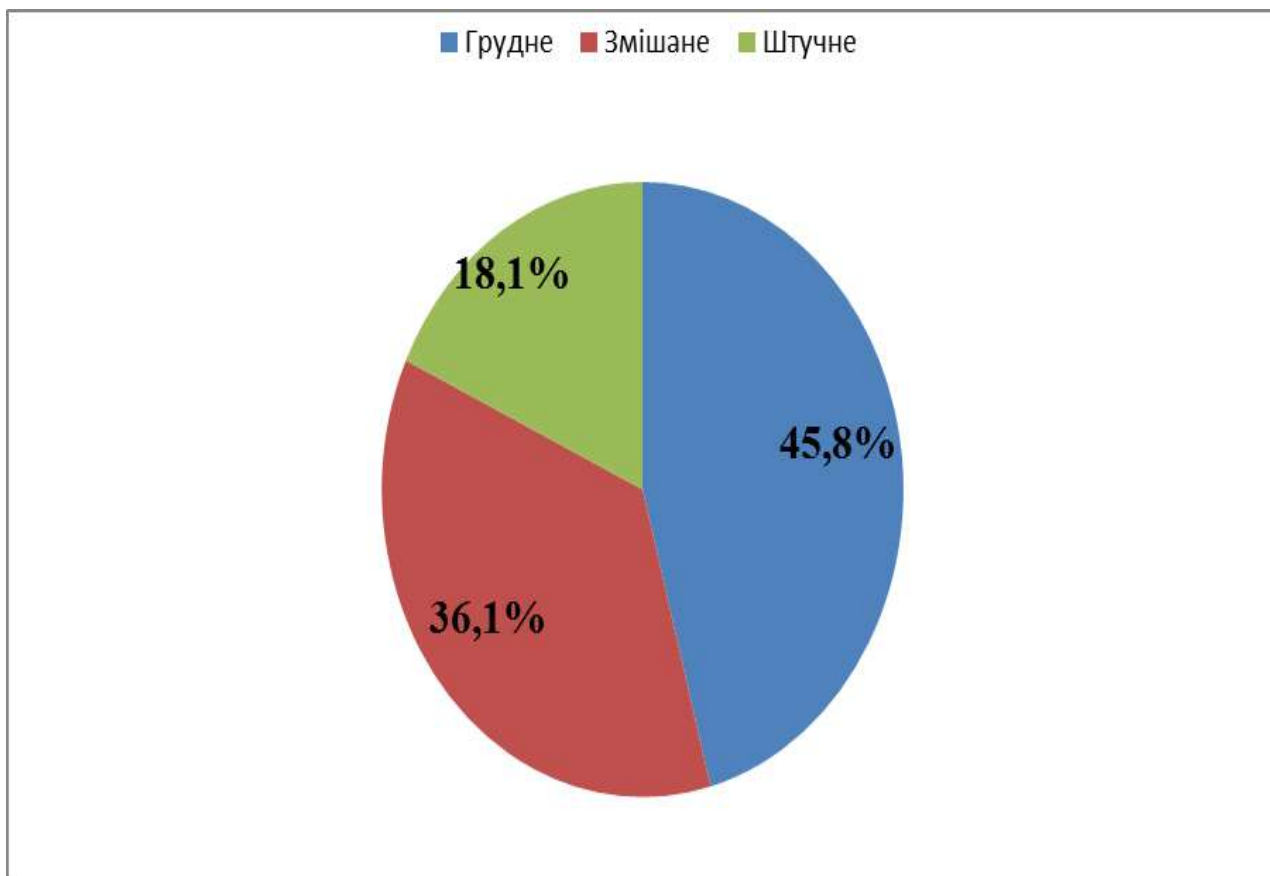


Рис.3. Види вигодовування дітей за даними опитування жінок.

Таким чином, дані активного опитування жінок дають менші обсяги грудного вигодовування (45,8%), ніж офіційна статистика.

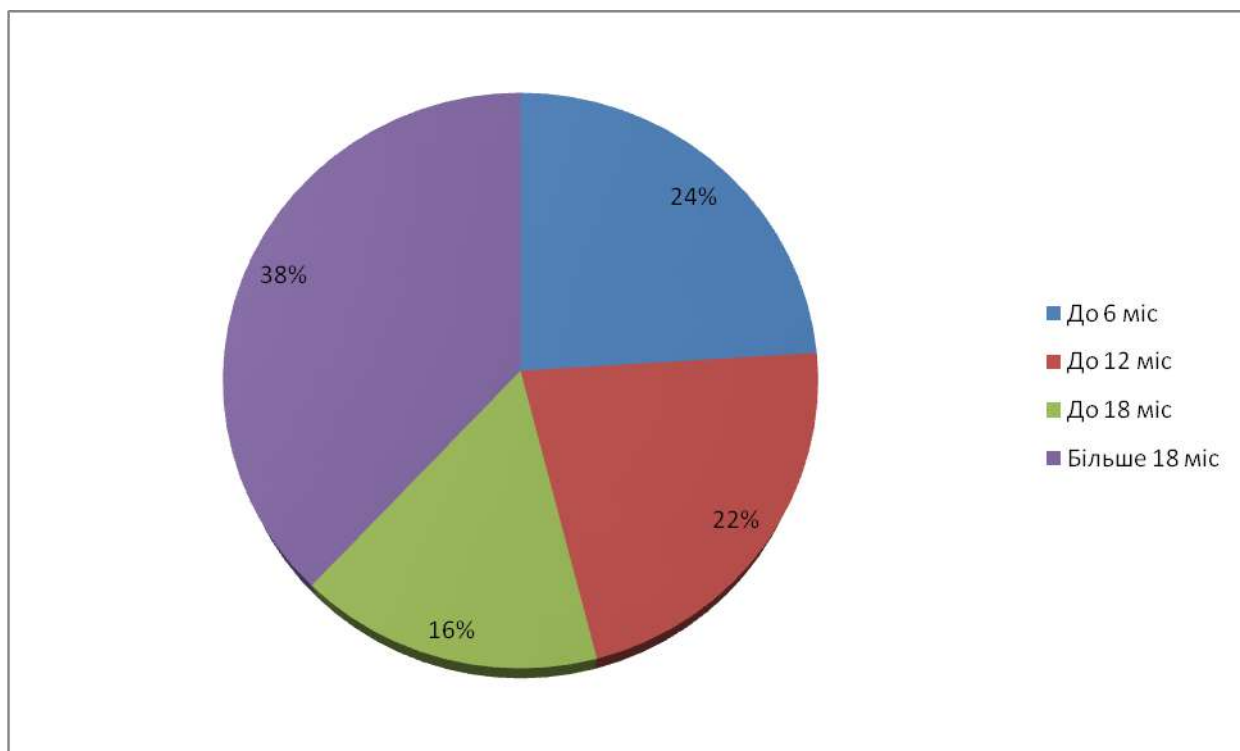


Рис.4. Тривалість грудного вигодовування за даними опитування жінок.

Оптимальними термінами грудного вигодовування (за рекомендаціями ВООЗ) вважають 24 місяці, а при бажанні жінки і довше. За результатами наших досліджень більше 18 місяців діти вигодовувались материнським молоком у 38% випадків, ще 16% жінок годували дітей до 18 місяців. Отже, у 46% випадів при грудному вигодовуванні жінки припиняють годування раніше оптимальних термінів (рис.4).

Анкета-опитувальник включала питання дотримання стратегії підтримки грудного вигодовування у пологових стаціонарах. Більшість жінок (73,2%) підтвердили дотримання стратегії раннього прикладання до груді у пологовій залі впродовж 30-60 хвилин.

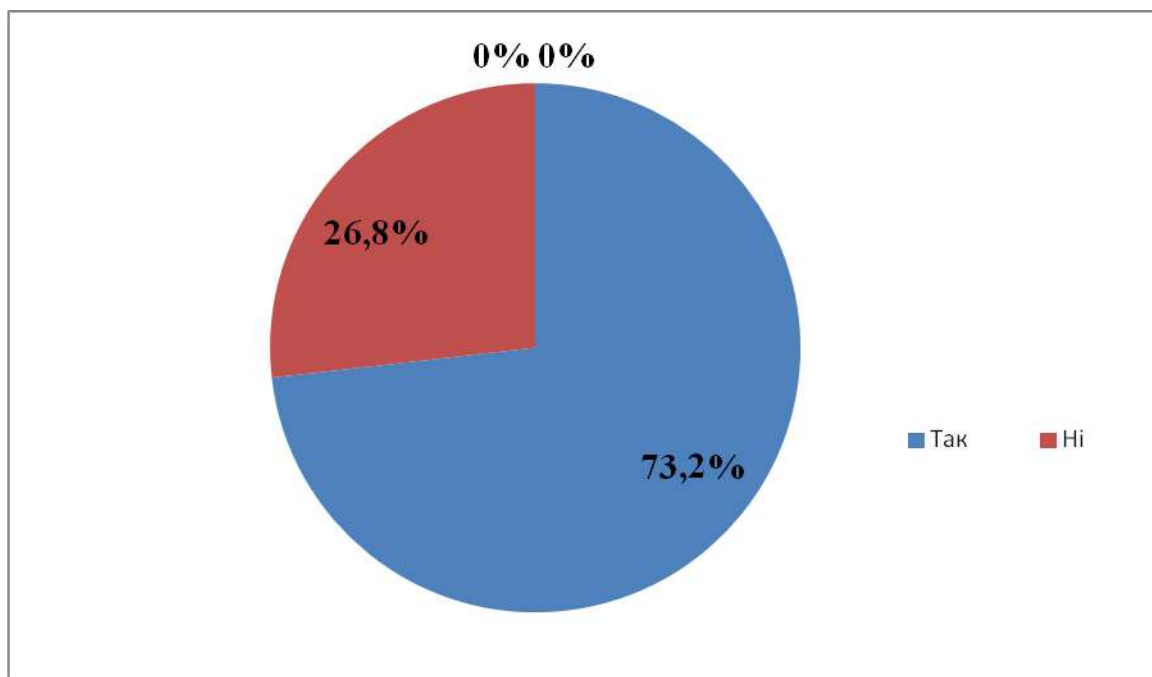


Рис.5. Дотримання технології раннього прикладання за даними опитування жінок.

На сумісному перебуванні були 82,1% жінок, які дотримувались годування «за вимогою».

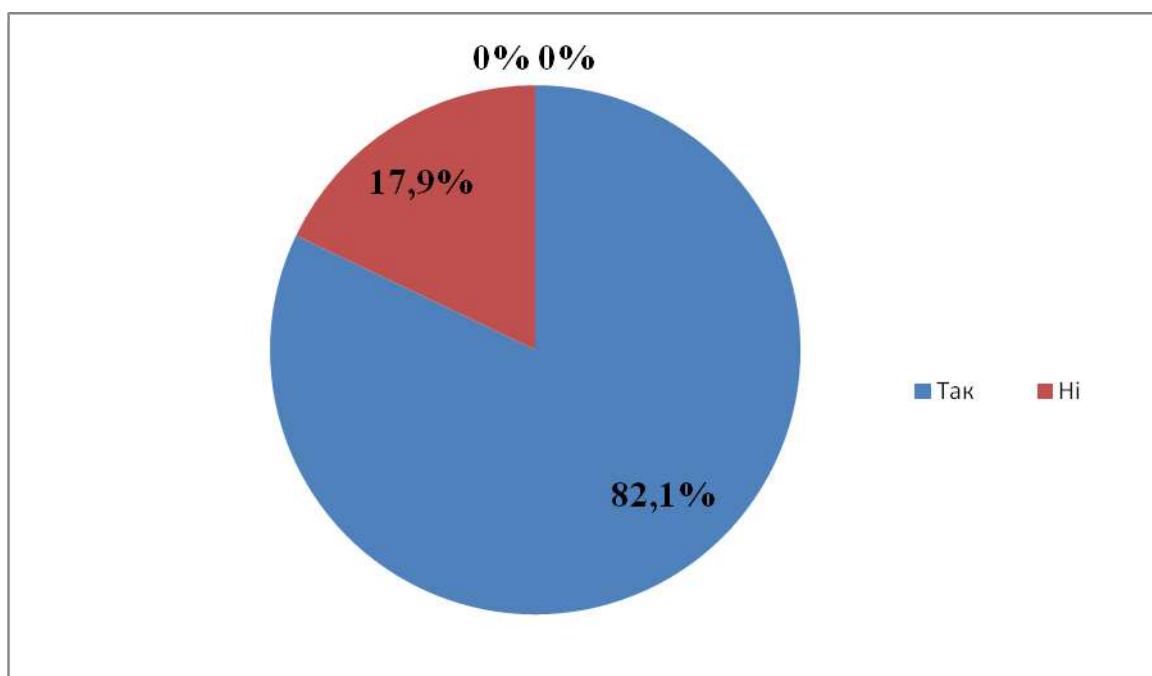


Рис.6. Дотримання технології сумісного перебування за даними опитування жінок.

Однак, 64,3% жінок вказали на використання замінників грудного молока у перші доби життя дитини, більшість з яких на 1-2 доби життя.

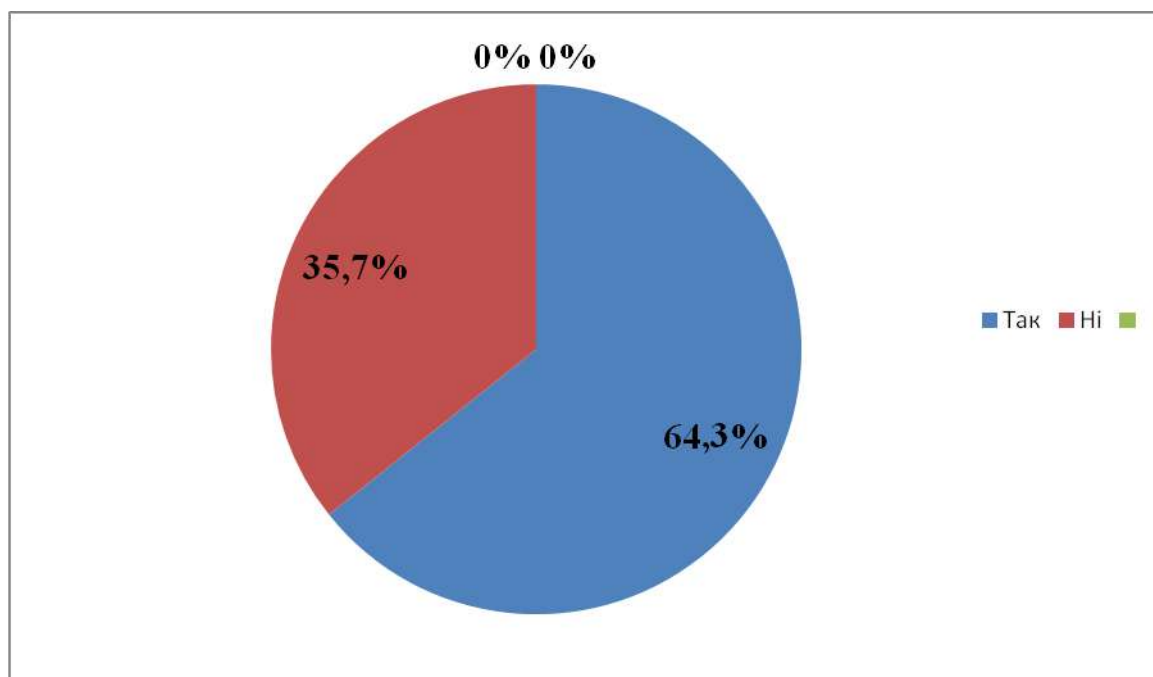


Рис.7. Кількість новонароджених, які отримали замінники грудного молока у пологових стаціонарах, за даними опитування жінок.

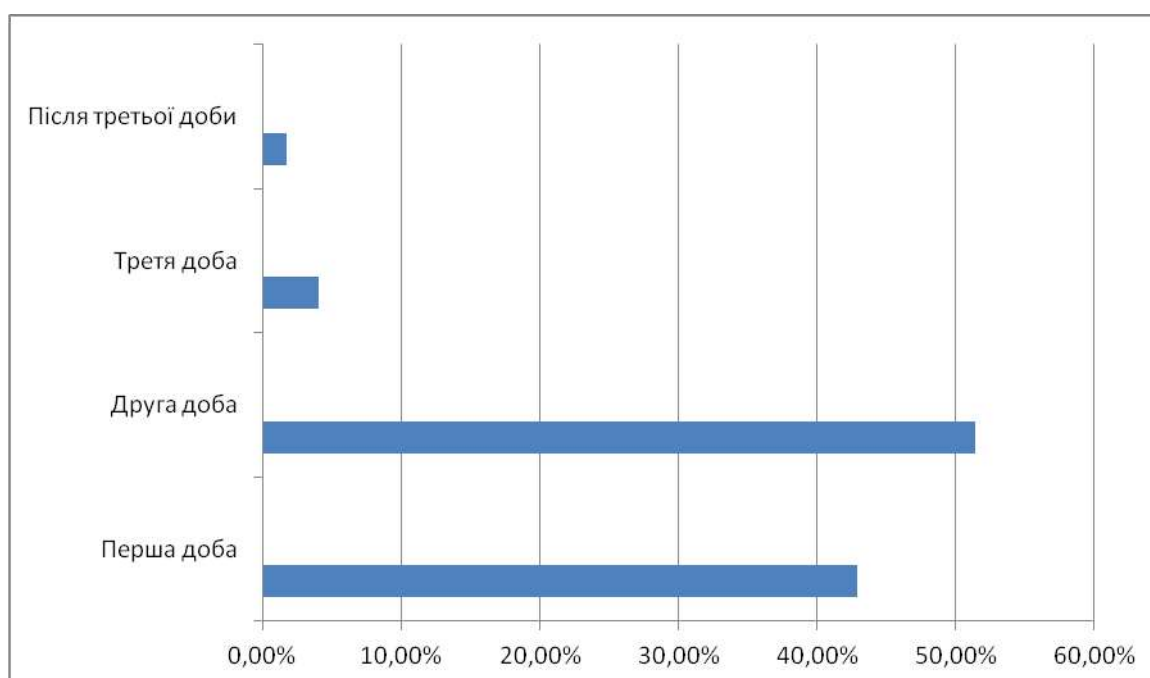


Рис. 8.Вік отримання штучної суміші

Причинами використання замінників грудного молока у 34,3% жінок були «відсутність молока» в перші доби, у 20% - втрата маси тіла новонародженого на 3 добу життя, у 34,3%- неспокій та плач дитини, у 5,7%- проблеми із сосками та порушення сну. Це може свідчити про низький рівень знань фізіологічних особливостей лактації та фізіології новонародженої дитини серед медичних працівників та жінок.

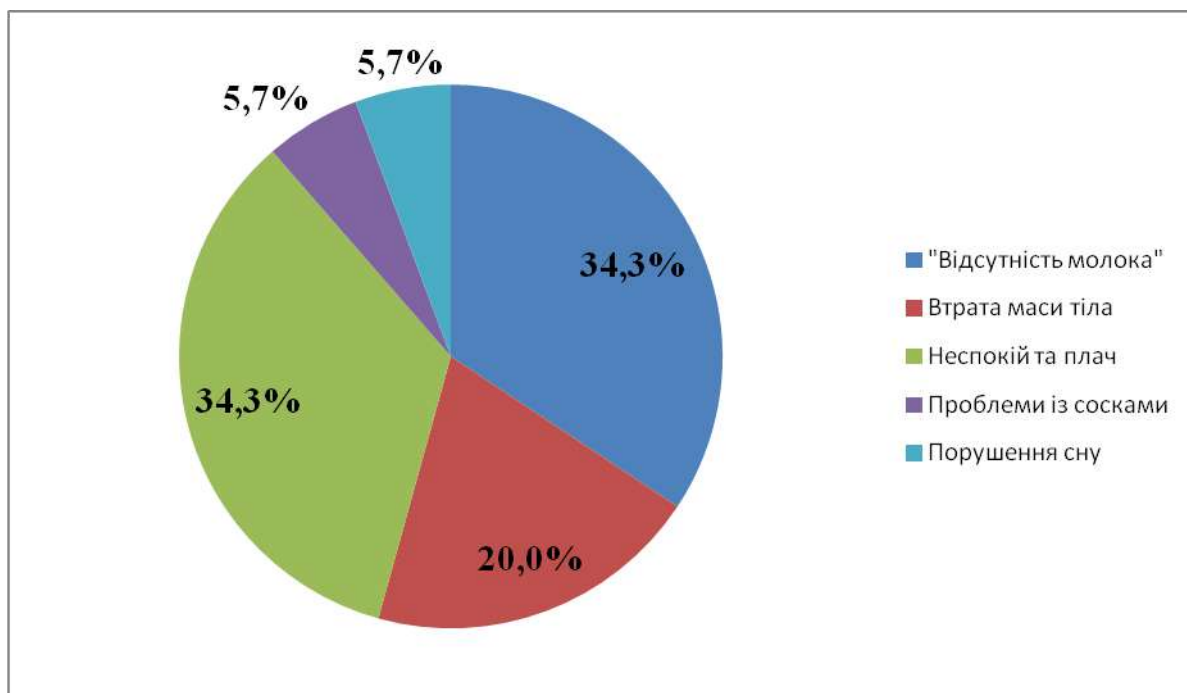


Рис.9. Причини отримання замінників грудного молока за даними опитування жінок.

На питання анкети щодо проблем прикладання до груді, 48,9% опитаних вказали на проблеми із сосками (біль, тріщини), 28,9% - на лактостаз, 13,3%-мляве смоктання, що є, зазвичай, наслідком використання замінників грудного молока. Лише 6,7% жінок заперечили проблеми прикладання до груді.

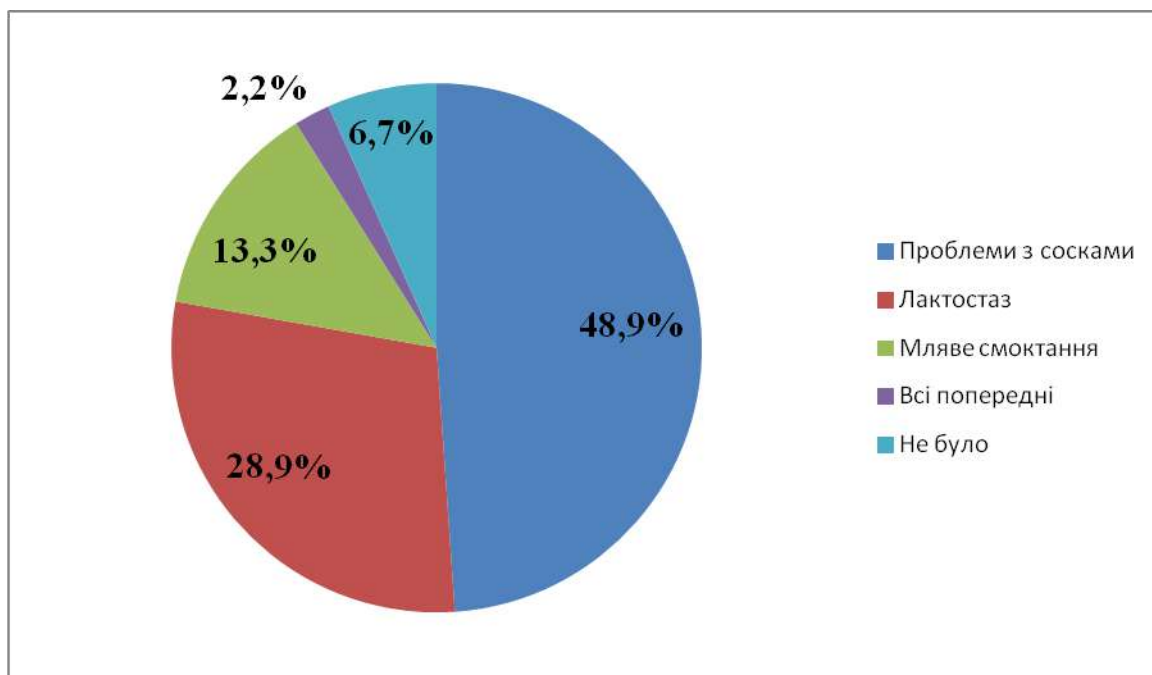


Рис.10. Проблеми прикладання до груді за даними опитування жінок.

На питання «Чи пропонували Ви воду дитині до 6 місяців?», 30,9% підтвердили цей факт. Більшість жінок (69,1%) дотримувались рекомендацій ВООЗ і не пропонували дитині воду до 6 місяців.

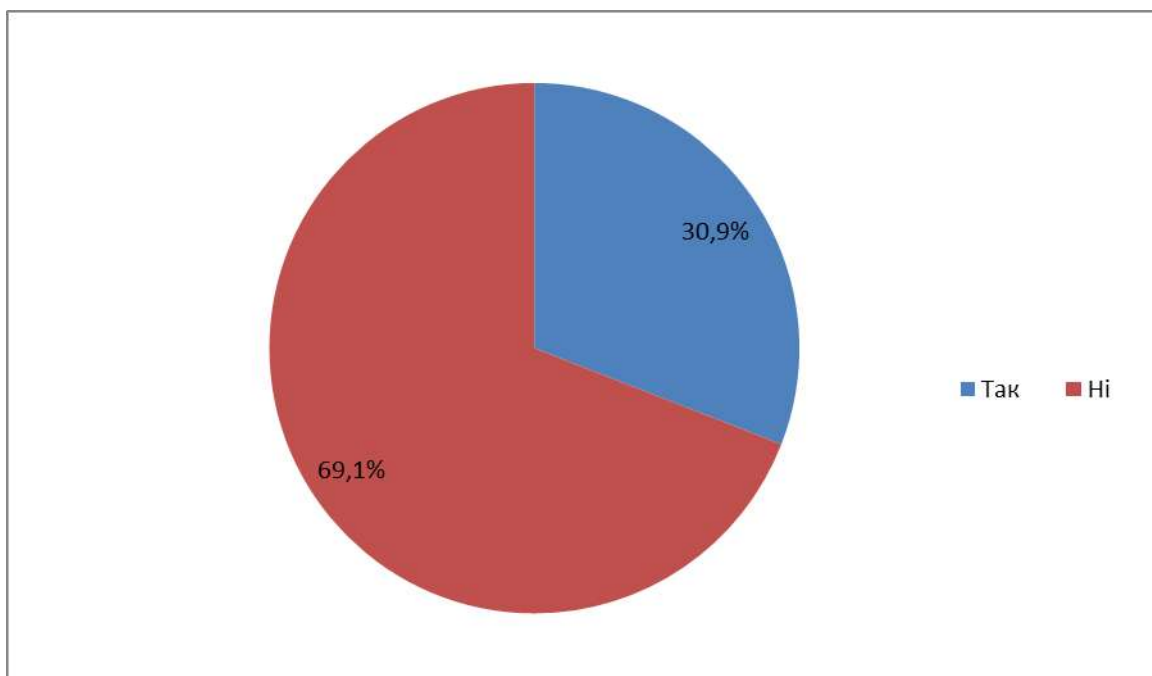


Рис.11 Відповідь на питання «Чи давали воду дитині до 6 міс.».

Навчання з техніки грудного вигодовування підтвердили лише 17,9% жінок, тобто більшість жінок не мали можливостей підготовки до грудного вигодовування.

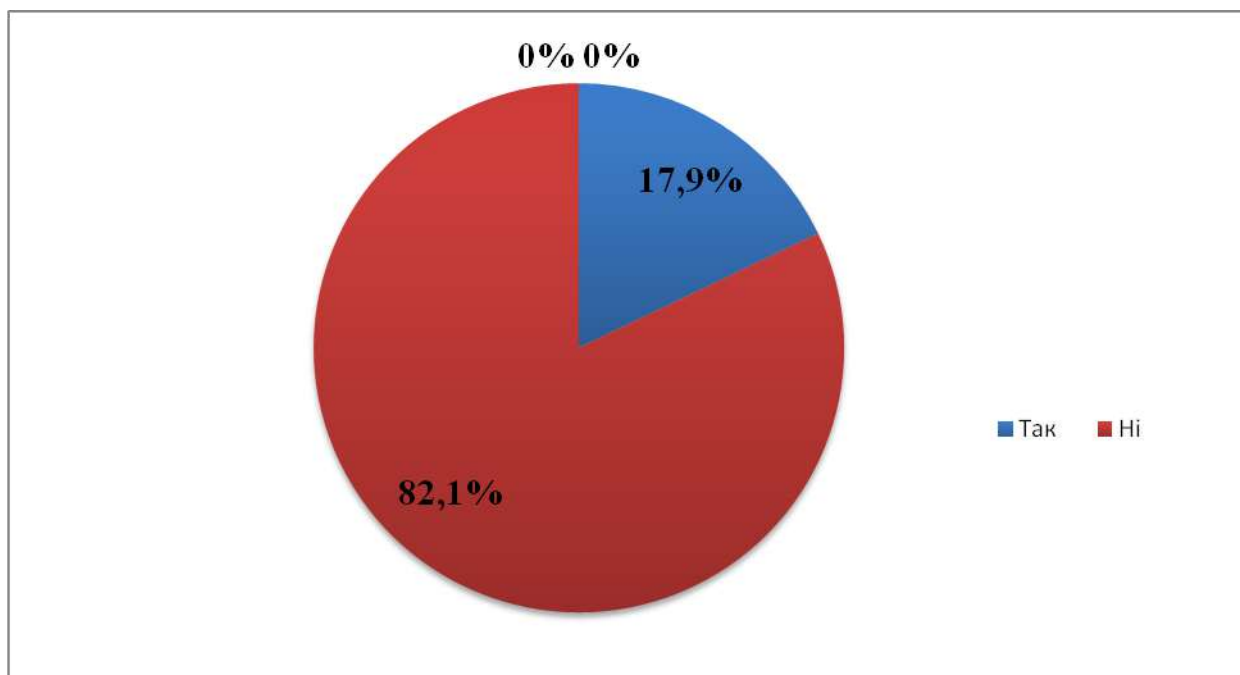


Рис.12. Кількість жінок, які пройшли навчання з грудного вигодовування.

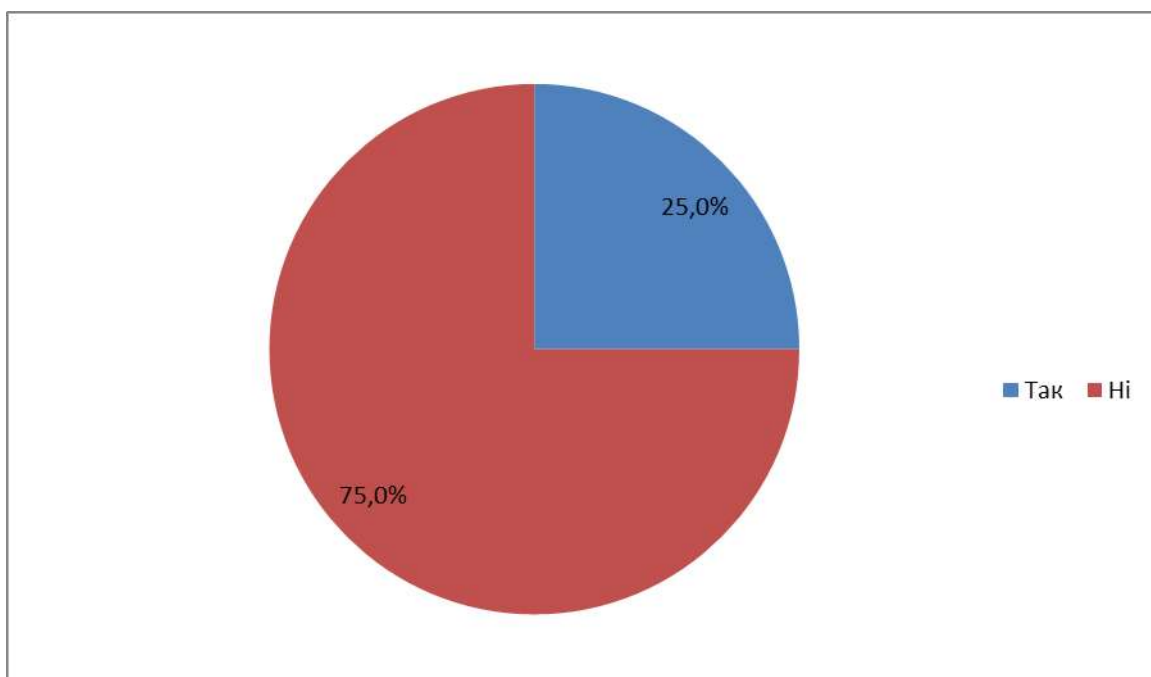


Рис.13 Використання імітаторів молочної залози

Використання імітаторів молочної залози підтвердили 25,0% жінок, більшість з них (75,0%) дотримались рекомендацій ВООЗ.

3.3. Фактори впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування та його тривалості

В умовах низьких обсягів навчання жінок техніці грудного вигодовування, велике значення має інформація від медичних працівників закладів первинної допомоги на етапах вагітності та медичного супроводу дитини.

Матерів також просили оцінити ступінь впливу кількох зовнішніх осіб (медсестер, педіатрів, сімейних лікарів, друзів та соціальних мереж), а також мотиви, які їх спонукали прийняти рішення про грудне вигодовування. Лише 40,0% жінок були задоволені інформацією від сімейного лікаря та 46,4%- від медичної сестри (рис.14,15). Більшість (60%) опитаних отримували інформацію з соціальних мереж та інших джерел.

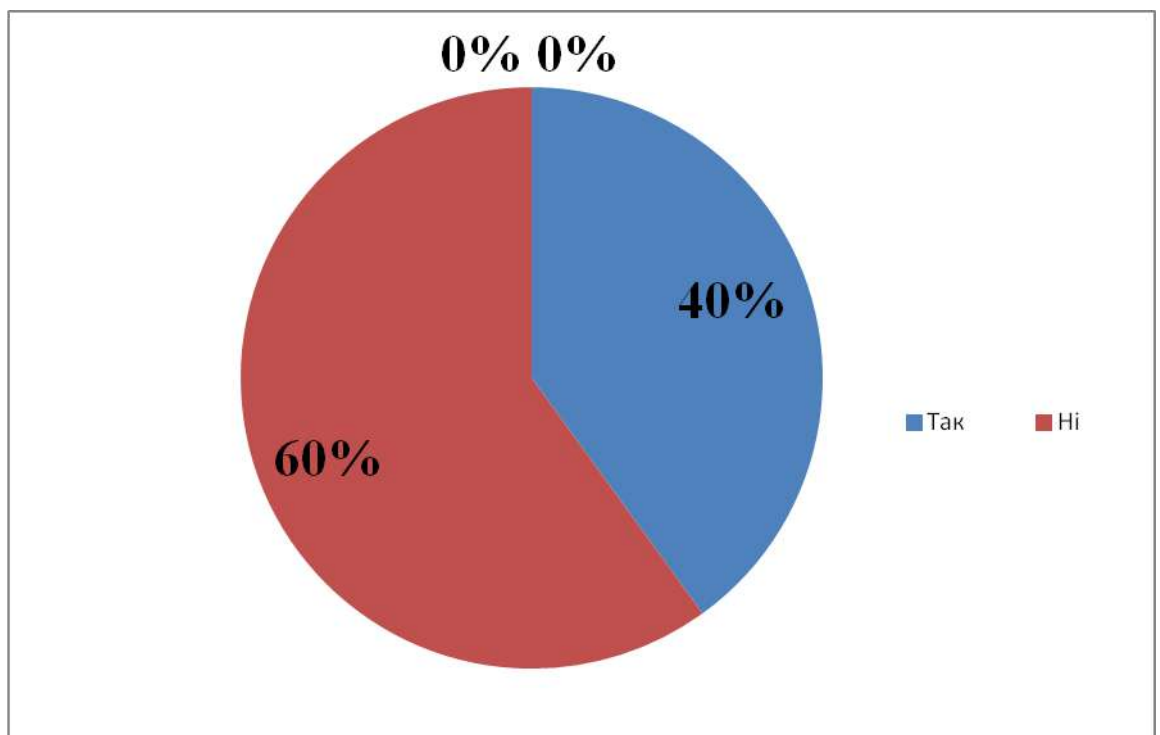


Рис.14. Задоволеність інформацією з грудного вигодовування від сімейного лікаря, педіатра.

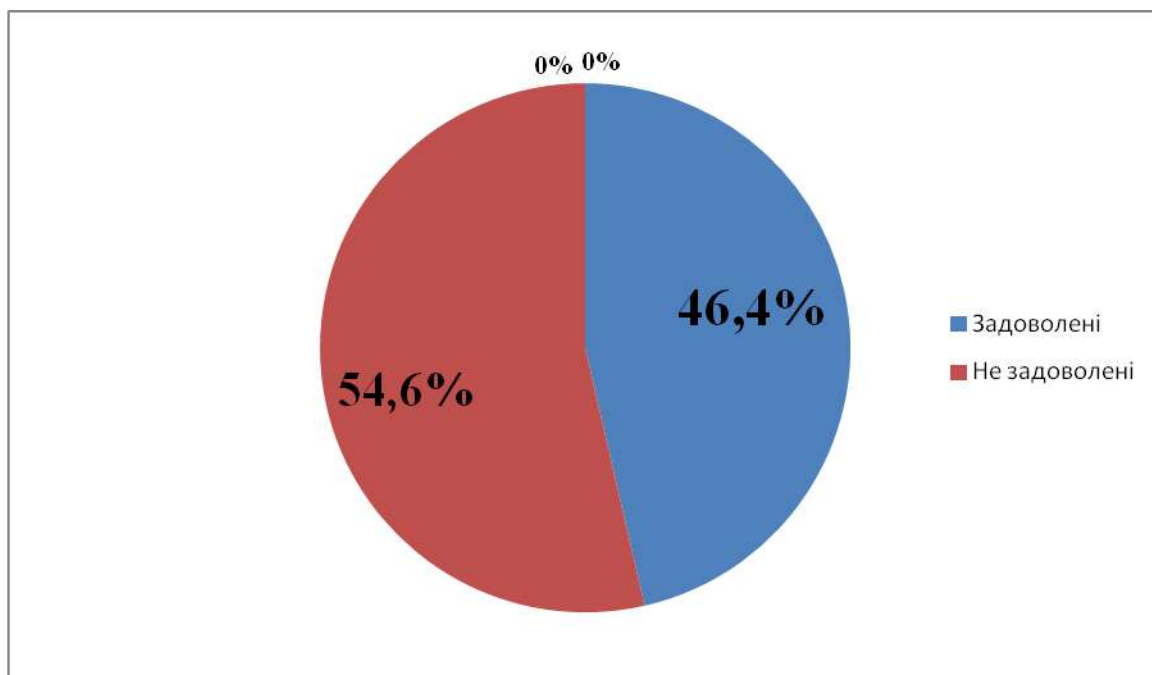


Рис.15. Задоволеність інформацією з питань грудного вигодовування від медичних сестер

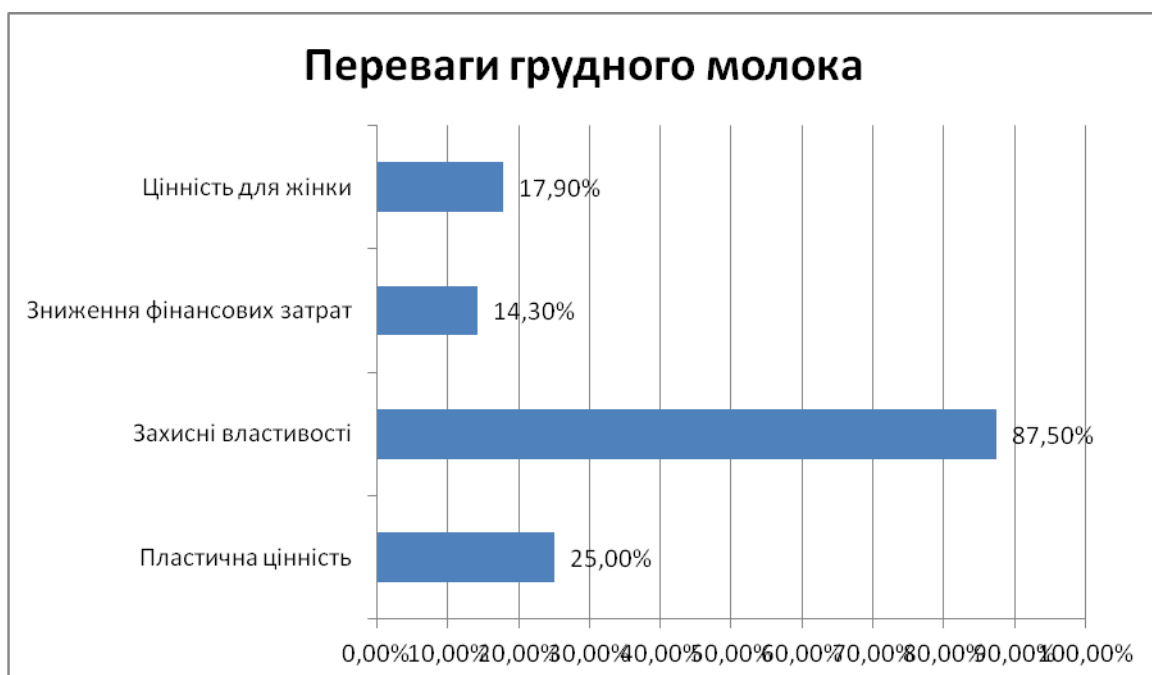


Рис.16. Результати відповіді на питання знань переваг грудного вигодовування

На питання знань переваг грудного вигодовування більшість жінок (87,5%) усвідомлюють значення грудного молока для захисту дитини від інфекцій, 25,0% жінок знають про цінність складу жіночого молока, 17,9%

жінок знають про вплив грудного вигодовування на власне здоров'я, 14,3% жінок вказали на зниження фінансових затрат при ГВ. Однак, жодна жінка не вказала на весь комплекс переваг ГВ.

3.4. Оцінка фізичного розвитку дітей з різним видом вигодовування

Більшість дітей, які вигодовувались грудним молоком не мали ознак порушення фізичного розвитку (92,7%) та анемічного синдрому (81,8%).

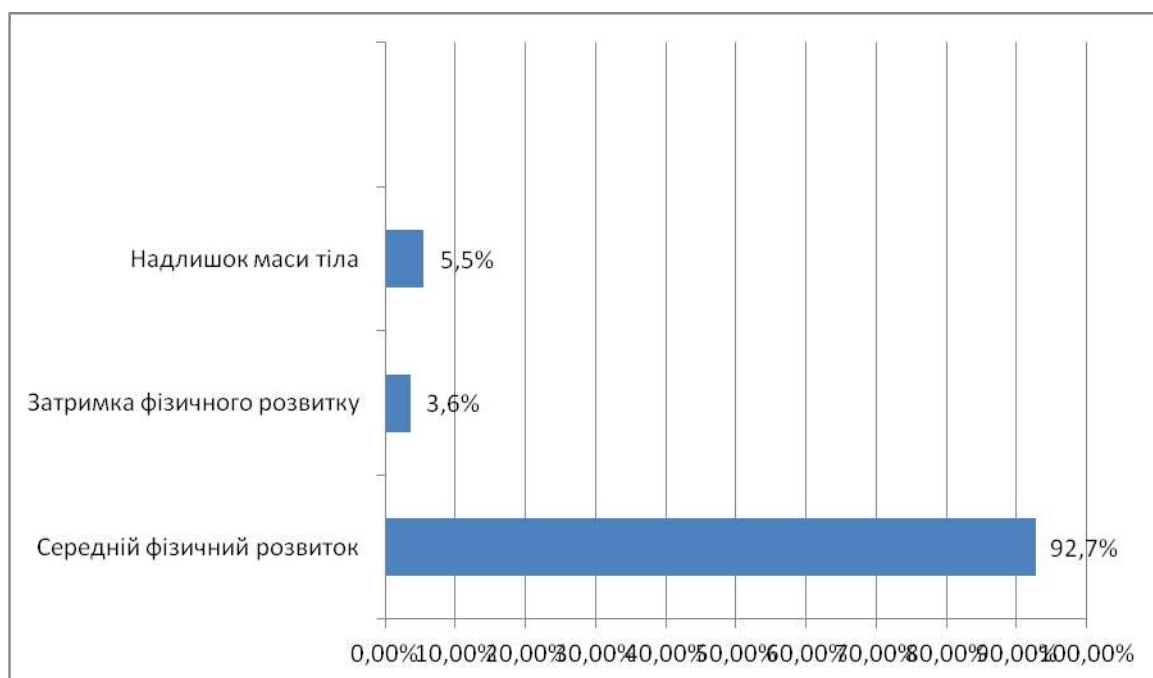


Рис.17. Показники фізичного розвитку дітей з різним видом вигодовування

Грудне вигодовування забезпечує середній фізичний розвиток дитини та зменшує ризики дефіцитних станів, а саме залізодефіцитної анемії. Грудне вигодовування забезпечує потреби дитини у мікроелементах, зокрема залізі. В наших дослідженнях 81,8% дітей мали показники гемоглобіну та кількості еритроцитів у межах фізіологічної норми.

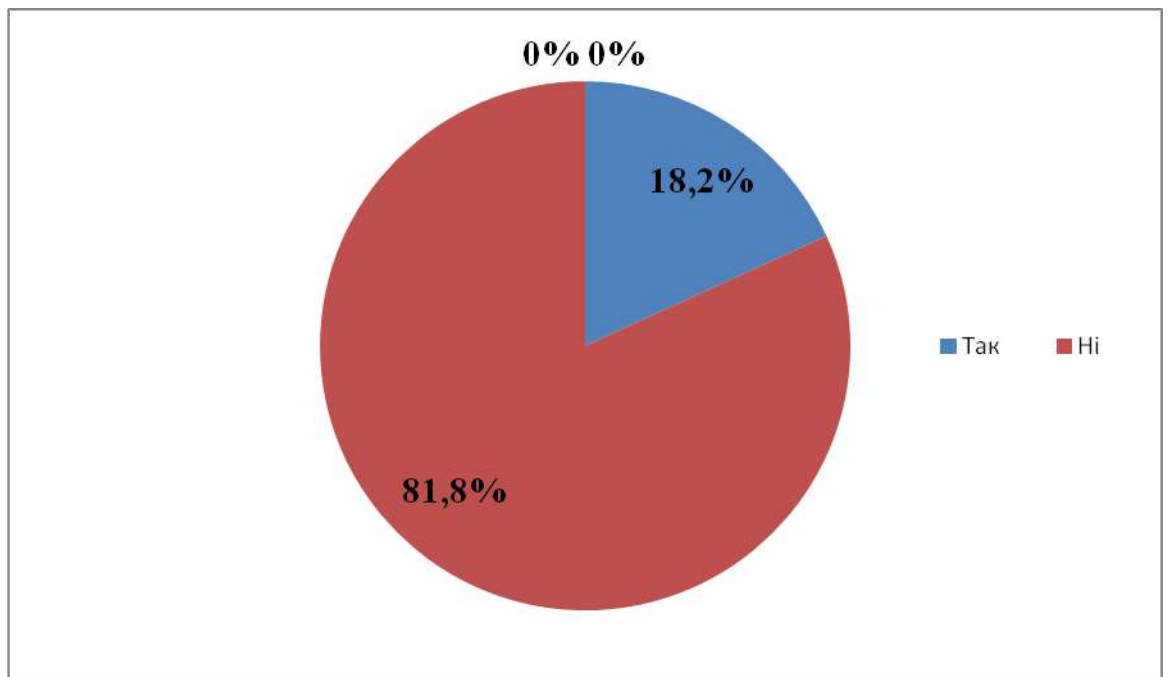


Рис.18.Наявність анемічного синдрому у дітей на грудному вигодовуванні.

Аналіз фізичного розвитку дітей протягом перших трьох років життя залежно від типу вигодовування продемонстрував відсутність статистично значущих відмінностей у масі тіла та ІМТ у перші 12 місяців життя. Зокрема, середні значення маси тіла у віці 12 місяців становили 10250,59 г у групі дітей на грудному вигодовуванні та 10750,18 г у групі дітей на штучному вигодовуванні ($p > 0,05$), що свідчить про статистично недостовірну різницю. Порівняльний аналіз ІМТ у 12 місяців дітей з різним вигодовуванням не демонстрував вірогідної різниці, а саме склав $17,34 \pm 1,63$ у дітей на грудному вигодовуванні та $17,45 \pm 1,22$ у дітей на штучному вигодовуванні ($p > 0,05$).

Середні щомісячні прирости маси тіла до 6 місяців також не виявили суттєвих відмінностей між групами: $816,6 \pm 195,01$ у дітей на грудному вигодовуванні проти $830,0 \pm 124,28$ у дітей на штучному вигодовуванні. Після 6 місяців життя у дітей на штучному вигодовуванні спостерігався дещо вищий середній приріст маси ($360,36$ г проти $317,5$ г), проте ця різниця не досягла статистичної значущості. Таким чином, упродовж першого року

життя тип вигодовування не мав суттєвого впливу на антропометричні показники.

Натомість, у віці 2 та 3 років виявлено достовірні відмінності між групами за показниками ІМТ. Так, у 2 роки середній ІМТ у групі дітей на грудному вигодовуванні становив $16,96 \pm 0,47$, тоді як у групі дітей на штучному вигодовуванні — $19,26 \pm 0,37$ ($p < 0,05$). Аналогічна тенденція зберігалася у 3 роки: $16,96 \pm 1,45$ (ГВ) проти $18,57 \pm 0,69$ (ШВ) ($p < 0,05$). Ці результати свідчать про значуще підвищення ризику розвитку надмірної маси тіла у дітей, які отримували замінники грудного молока.

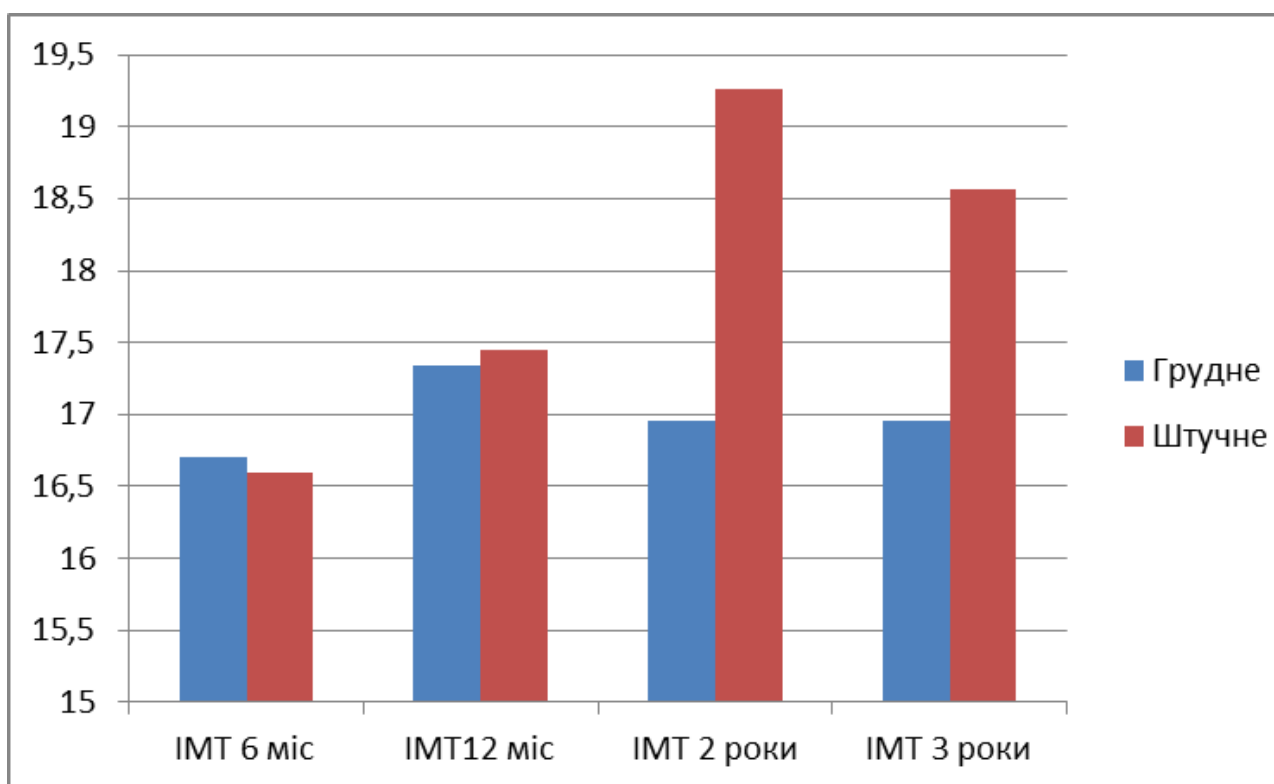


Рис.19. Показники ІМТ у дітей з різним вигодовуванням.

Отримані дані узгоджуються з результатами попередніх досліджень, які підтверджують захисний ефект грудного вигодовування щодо метаболічного програмування та профілактики ожиріння. Механізми цього зв'язку можуть включати гормональний склад грудного молока, розвиток

механізмів саморегуляції апетиту у дитини, а також відмінності в білковому складі та швидкості всмоктування нутрієнтів.

Розраховали Індекс здоров'я немовлят на грудному вигодовуванні (кількість здорових дітей до загальної кількості дітей) і він був вірогідно вищий (78,2%) в групі дітей на грудному вигодовуванні у порівнянні з групою дітей на штучному вигодовуванні (34,6%). Отже, грудне вигодовування має профілактичний ефект щодо захворювань дітей перших років життя.

3.5. Вплив соціальних факторів на тривалість ГВ

Таблиця 4

Тривалість грудного вигодовування в різних соціальних групах жінок (місяців)

Соціальна група	Тривалість грудного вигодовування M±m
Студенти	11,57±6.12
Службовці	18,00±2,27
Підприємці	11,14±3,83
Відсутність роботи	15,00±5,09

Найбільша тривалість грудного вигодовування спостерігалась у групі службовців та жінок без постійного місця роботи, найменша – у жінок-підприємців (табл.4). У вікових групах жінок тривалість грудного вигодовування була більшою у жінок 31-35 років, найменша- у жінок 21-30 років (табл.5).

Таблиця 5

Тривалість грудного вигодовування в різних вікових групах жінок(місяців)

Вікова група	Тривалість грудного вигодовування $M \pm m$
До 20 років	8,04±4,91
21-30 років	4,76±3,89
31-35 років	18,0±0,00
Старше 35 років	9,26±5,24

Таблиця 6

Тривалість грудного вигодовування жінок з різною освітою

Освіта жінки	Тривалість грудного вигодовування(міс)
Вища	23,50±9.07
Середня	18.67±7,07

Тривалість грудного вигодовування була вищою у жінок з вищою освітою у порівнянні з жінками з середньою освітою. Це може вказувати на роль освіти як фактора загальних знань в усвідомлюванні переваг грудного вигодовування (табл. 6).

3.6. Кореляційний аналіз факторів впливу на тривалість грудного вигодовування

Проведено кореляційний аналіз між різними факторами та тривалістю грудного вигодовування. Результати кореляційного аналізу демонструють, що сильний позитивний зв'язок існує між тривалістю грудного вигодовування та наявністю навчань з питань грудного вигодовування ($r = 0,69; p < 0,005$), соціальною групою жінки ($r = 0,73; p > 0,005$), помірний позитивний зв'язок виявлено між тривалістю грудного вигодовування та задоволеністю інформацією від сімейного лікаря ($r = 0,42; p > 0,005$), віковою групою жінки ($r = 0,47; p < 0,005$), сильний негативний зв'язок виявлено між тривалістю грудного вигодовування та використанням штучної суміші у перші доби ($r = -0,62; p < 0,005$), труднощами прикладання до груді ($r = -0,70; p < 0,005$). Проведений кореляційний аналіз між тривалістю грудного вигодовування та кількістю візитів до лікаря з причин захворювання дитини встановив від'ємні кореляції середньої сили ($r = -0,4; p < 0,05$). (табл.7).

Таблиця 7

Кореляційний аналіз факторів тривалості грудного вигодовування

Фактори	Проблеми лактації	Достатні прибавки маси тіла	Тривалість грудного вигодовування	Використання замінників грудного молока
Вік жінки	$r = -0,3^*$	$r = 0,3$	$r = 0,47^*$	$r = 0,1$
Кількість візитів по захворюванням дитини	-	-	$r = -0,4$	$r = 0,3$
Соціальна група	$r = -0,5^*$	$r = 0,1$	$r = 0,73$	$r = 0,02$

Навчання з питань грудного вигодовування	$r = -0,2$	$r = 0,1$	$r = 0,69^*$	$r = -0,2$
Труднощі прикладання до груді	$r = -0,2^*$	$r = 0,2$	$r = -0,70^*$	$r = -0,2$
Задоволеність інформацією, отриманої від сімейного лікаря	$r = -0,4$	$r = 0,2$	$r = 0,42$	$r = -0,1$
Використання замінників грудного молока в перші доби життя	$r = 0,95$	$r = 0,1$	$r = -0,62^*$	-

* $p < 0,05$.

Таблиця 8

Тривалість грудного вигодовування (у місяцях) в залежності від чинників

Чинник	Так	Ні	Вірогідність різниці
Навчання з питань грудного вигодовування	$13,71 \pm 5,53$	$11,08 \pm 4,37$	$p > 0,05$
Наявність проблем з сосками	$8,70 \pm 3,47$	$16,0 \pm 4,06$	$p < 0,05$

Наявність лактостазу	15,86±5,12	7,64±5,24	p<0,05
Використання заміників грудного молока в перші доби	9,5±6,62	13,33±5,71	p<0,05
Раннє прикладання до груді	14,83±4,89	8,69±5,53	p<0,05
Сумісне перебування	14,83±4,89	8,69±5,53	p<0,05

На тривалість грудного вигодовування негативно впливали труднощі у перші доби, а саме проблеми із сосками, використання заміників грудного молока. Позитивно впливало на тривалість грудного вигодовування дотримання сучасних технологій раннього прикладання у перші 30-60 хвилин після народження, сумісне перебування, навчання техніці грудного вигодовування (табл.4).

3.7. Багатофакторний аналіз чинників впливу на тривалість грудного вигодовування.

Проведено багатофакторний аналіз, що включає всі змінні, які потенційно можуть бути пов'язані. Визначили фактори, які пов'язані з рішенням матері годувати грудьми. Жінки, які відвідували тренінги з навчання грудному вигодовуванню вдвічі частіше годували груддю (ДІ 95% 1,32, 3,34), порівняно з тими, що не мали навчання; тих, хто раніше годував грудьми дітей мали в рази більше шансів мати намір годувати грудьми (ДІ 95% 3,46, 14,10), у порівнянні з тими, хто не мав; тих, хто мав підтримку від свого партнера в 1,5 рази частіше мали грудне вигодовування (ДІ 95% 1,09, 2,28), порівняно з тими, хто не отримав цієї підтримки.

Розраховували співвідношення шансів (OR) щодо тривалості грудного вигодовування в різних соціальних групах (1-студенти; 2-службовці; 3-підприємці; 4-без постійної роботи). Для тривалості ГВ 6 місяців: шанси у групі 2 в 1.5 рази більші, ніж у групі 3. Для тривалості ГВ 12 місяців: шанси у групі 2 в 1.5 рази більші, ніж у групі 3. Для тривалості ГВ 18 місяців: шанси грудного вигодовування 18 місяців у групі 2 в 0.57 рази більші, ніж у групі 3. OR для групи 1 і групи 4: 1.80 — це означає, що шанси мати 18 місяців ГВ у групі 1 у 1.8 рази більші, ніж у групі 4. Таким чином, шанси тривалого грудного вигодовування вищі у жінок 2 групи (службовці), які отримують державні соціальні виплати і найнижчі у жінок без постійного місця роботи.

Відносний ризик тривалості ГВ 18 місяців RR:RR для групи 2 і групи 4: 1.597 — ймовірність тривалого ГВ у групі 2 на 159.7% більша, ніж у групі 4. RR для групи 3 і групи 4: 2.4 — ймовірність у групі 3 в 2.4 рази більша, ніж у групі 4. RR для групи 1 і групи 2: 0.874 — це означає, що ймовірність тривалості ГВ в 18 місяців у групі 1 на 87.4% від ймовірності в групі 2. RR для групи 1 і групи 3: 0.583 — це означає, що ймовірність тривалості ГВ в 18 місяців у групі 1 на 58.3% від ймовірності в групі 3. RR для групи 1 і групи 4: 1.4 — це означає, що ймовірність тривалості ГВ в 18 місяців у групі 1 на 140% більша, ніж у групі 4.

Таким чином, відносний ризик тривалого ГВ найнижчий у 4 соціальній групі (без постійної роботи) і найвищий у 2 соціальній групі (службовці). Група 1 має середній рівень відносного ризику, але порівняно з групою 3 та групою 4, вона має перевагу в частці осіб, що мають тривалість ГВ 18 місяців. Це свідчить, що жінки, які оформлені офіційно на роботу і отримують соціальну державну підтримку у вигляді соціальних виплат, мають можливість до тривалого грудного вигодовування.

РОЗДІЛ IV

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Проведений аналіз літератури показав, що питанням вигодовування немовлят, зокрема значенню грудного вигодовування для росту і розвитку дитини, приділяється багато уваги.

Вигодовування дитини материнським молоком є запорукою фізіологічного росту і психомоторного розвитку немовлят, продовженням пренатального зв'язку з матір'ю, яке забезпечує гармонійний розвиток дитини. В Конвенції «Про права дитини» приділено багато уваги забезпеченню дітей раціональним харчуванням, а саме грудному вигодовуванню.

Більшість жінок приймають рішення щодо грудного вигодовування під час вагітності, деякі приймають рішення в кінці вагітності або навіть після пологів. Намір годувати грудьми є вирішальним фактором для його реалізації, особливо це стосується тривалості виключно грудного вигодовування. Однак, багато жінок, які бажають годувати грудьми, можуть цього не зробити з різних причин: труднощі під час перших прикладань, відсутність знань про переваги грудного вигодовування, вплив соціальних факторів, відсутність підтримки в сім'ї. Але, цей складний процес вартує майбутніх позитивних наслідків для здоров'я дитини та самої жінки.

Грудне молоко містить широкий спектр макроелементів та мікроелементів, включаючи білки, жири, вуглеводи, вітаміни та мінерали, а також біологічно активні компоненти, які сприяють формуванню імунної системи, розвитку мозку та інших життєво важливих органів. Біологічно активні компоненти грудного молока, такі як антитіла, гормони та ферменти, забезпечують захист від інфекцій і сприяють правильному метаболізму. Імуноглобуліни, зокрема sIgA, захищають слизові оболонки від патогенів,

тоді як гормони, такі як лептин і грелін, регулюють апетит і енергетичний обмін.

Дослідження доводять, що діти, яких годували материнським молоком, демонструють вищі результати психомоторного розвитку. Грудне вигодовування також закладає основу для подальшого когнитивного розвитку. В умовах війни в Україні грудне вигодовування для дитини - це також відчуття безпеки.

Для реалізації рішення жінки щодо ГВ вирішальне значення має доступ до медичної підтримки та консультацій, які дають можливість подолати труднощі. Вищий рівень освіти може позитивно вплинути на рішення матері годувати грудьми, оскільки вона може бути більш поінформованою про переваги грудного вигодовування. Чисельні міжнародні дослідження вказують на зв'язок між материнським наміром годувати виключно грудьми та позитивним ставленням щодо EBF, розумінням переваг грудного вигодовування, соціальною підтримкою, наявністю попереднього досвіду грудного вигодовування, старший вік матері.

Грудне вигодовування сприяє захисту від хвороб не лише для немовлят, а й для годуючих матерів. Жінки, які годують грудьми протягом тривалого періоду, захищені від ожиріння під час вагітності, а ризик раку молочної залози та яєчників зменшується.

Аналіз статистичних звітів закладів первинної допомоги продемонстрував, що у КНП «Міська дитяча поліклініка», де допомогу дітям надають педіатри, обсяги грудного вигодовування дітей до 6 місяців вищі (74,3%), ніж у ЦПМД «Роша» (63,0%) та «Садгора» (69,6%), де працюють лікарі загальної практики-сімейні лікарі (табл.3). Однак, ці показники вище середніх показників по Україні (50%, проф. О.П. Волосовець, 2025р.). За результатами опитування жінок встановили, що 45,8% дітей годувались грудним молоком, 36,1% визначили вид вигодовування як змішане, 18,1% -

штучне. Таким чином, дані активного опитування жінок дають менші обсяги грудного вигодовування (45,8%), ніж офіційна статистика.

Найбільш частими труднощами при грудному вигодовуванні були проблеми із сосками (35,7%), лактостаз (21,4%), мляве смоктання (7,1%). У 28,6% жінок не було жодних проблем щодо грудного вигодовування. 73,2% матерів підтвердили перше прикладання новонародженого до груді впродовж 30-60 хвилин. Однак, 64,3% жінкам пропонували штучну суміш в перші доби. Серед причин отримання штучної суміші були: «відсутність молока» у перші доби (34,3%), втрата маси тіла новонародженого на 3 добу (20,0%), неспокій дитини (34,3%), проблеми із сосками та інші (11,4%). Це свідчить про низький рівень знань фізіології лактації та хибні рішення щодо рекомендацій заміників грудного молока серед жінок та медичних працівників. Крім того, матерів також просили оцінити ступінь впливу кількох зовнішніх осіб (медсестер, педіатрів, сімейних лікарів, друзів та соціальних мереж), а також мотиви, які їх спонукали прийняти рішення про грудне вигодовування. Лише 40,0% жінок були задоволені інформацією від сімейного лікаря та 46,4%- від медичної сестри. Більшість (60%) опитаних отримували інформацію з соціальних мереж та інших джерел. Це вимагає удосконалення освітньої роботи щодо переваг грудного вигодовування на різних етапах підготовки жінки. Крім того, також рекомендовано медичним працівникам проводити більше роз'яснювальної роботи з жінками над інформацією з Інтернету та соціальних медіа, головним чином з двох причин: щоб охопити більшу кількість жінок щодо різних аспектів здоров'я та зміцнення довіри до медичного працівника, як надійного джерела інформації.

Найбільша тривалість грудного вигодовування спостерігалась у групі службовців ($18,00 \pm 2,27$) та жінок без постійного місця роботи ($15,00 \pm 5,09$), найменша – у жінок-підприємців ($11,14 \pm 3,83$). Це може свідчити про важливість державної соціальної підтримки жінок, які оформили декретну відпустку. У вікових групах жінок тривалість грудного вигодовування була

більшою у жінок 31-35 років ($18,0 \pm 0,00$), найменша- у жінок 21-30 років ($4,76 \pm 3,89$).

Фактори, пов'язані з попереднім досвідом грудного вигодовування та освітою матерів, є вирішальними приходить до прийняття рішення про грудне вигодовування. Враховуючи доведений вплив партнерів на прийняття рішень, це так важливо, щоб вони були повністю залучені в процес.

Проведено кореляційний аналіз між різними факторами та тривалістю грудного вигодовування. Результати кореляційного аналізу демонструють, що сильний позитивний зв'язок існує між тривалістю грудного вигодовування та наявністю навчань з питань грудного вигодовування ($r = 0,69; p < 0,005$), соціальною групою жінки ($r = 0,73; p > 0,005$), помірний позитивний зв'язок виявлено між тривалістю грудного вигодовування та задоволеністю інформацією від сімейного лікаря ($r = 0,42; p > 0,005$), віковою групою жінки ($r = 0,47; p < 0,005$), сильний негативний зв'язок виявлено між тривалістю грудного вигодовування та використанням штучної суміші у перші доби ($r = -0,62; p < 0,005$), труднощами прикладання до груді ($r = -0,70; p < 0,005$).

На тривалість грудного вигодовування негативно впливає труднощі у перші доби, а саме проблеми із сосками ($8,70 \pm 3,47$), використання замінників грудного молока ($9,5 \pm 6,62$). Позитивно впливає на тривалість грудного вигодовування дотримання сучасних технологій раннього прикладання у перші 30-60 хвилин після народження, сумісне перебування ($14,83 \pm 4,89$), навчання техніці грудного вигодовування ($13,71 \pm 5,53$).

Проведено багатофакторний аналіз, що включає всі змінні, які потенційно можуть бути пов'язані. Визначили фактори, які пов'язані з рішенням матері годувати грудьми. Жінки, які відвідували тренінги з навчання грудному вигодовуванню вдвічі частіше годували груддю (ДІ 95% 1,30, 3,31), порівняно з тими, що не мали навчання; тих, хто раніше годував

грудьми дітей мали в рази більше шансів мати намір годувати грудьми (ДІ 95% 3,42, 14,10), у порівнянні з тими, хто не мав; тих, хто мав підтримку від свого партнера в 1,5 рази частіше мали грудне вигодовування (ДІ 95% 1,04, 2,21), порівняно з тими, хто не отримав цієї підтримки.

Проведені розрахунки співвідношення шансів (OR) щодо тривалості грудного вигодовування в різних соціальних групах підтвердили вплив соціального статусу жінки на рішення щодо тривалого грудного вигодовування. Жінки – службовці, які отримують державні соціальні виплати, мають у 1,5 рази більше шансів тривалого ГВ у порівнянні із жінками-підприємцями. Відносний ризик RR тривалості ГВ 18 місяців у групі жінок-службовців на 159.7% більший, ніж у групі жінок без постійного місця роботи. Відносний ризик RR тривалості ГВ 18 місяців у групі жінок-підприємців у 2,4 рази більший, ніж у групі жінок без постійного місця роботи. Ймовірність тривалості ГВ в 18 місяців у групі жінок-студенток на 87.4% від ймовірності тривалого ГВ в групі жінок-службовців. Ймовірність тривалості ГВ в 18 місяців у групі жінок-студенток на 58.3% від ймовірності тривалого ГВ в групі жінок-підприємців. Ймовірність тривалості ГВ в 18 місяців у групі студенток на 140% більша, ніж у групі жінок без постійної роботи. Таким чином, відносний ризик тривалого ГВ найнижчий у соціальній групі жінок без постійної роботи і найвищий у соціальній групі жінок-службовців. Це свідчить про значення соціальної державної підтримки у вигляді соціальних виплат щодо рішення жінки до тривалості грудного вигодовування.

Грудне вигодовування незамінне для забезпечення повноцінного розвитку і росту дитини. За результатами наших досліджень більшість дітей на грудному вигодовуванні мали середні показники фізичного розвитку та показники гемоглобіну у межах фізіологічної норми. Аналіз фізичного розвитку дітей протягом перших трьох років життя залежно від типу вигодовування продемонстрував відсутність статистично значущих

відмінностей у масі тіла та ІМТ у перші 12 місяців життя. Зокрема, середні значення маси тіла у віці 12 місяців становили $10\,236,36 \pm 1\,236,82$ у групі дітей на грудному вигодовуванні та $10\,109,09 \pm 991,18$ у групі дітей на штучному вигодовуванні ($p > 0,05$). Середні щомісячні прирости маси тіла до 6 місяців також не виявили суттєвих відмінностей між групами: $816,6 \pm 195,01$ у дітей на грудному вигодовуванні проти $830,0 \pm 124,28$ у дітей на штучному вигодовуванні. Після 6 місяців життя у дітей на штучному вигодовуванні спостерігався дещо вищий середній приріст маси ($353,27 \pm 84,01$ проти $321,85 \pm 84,48$ г), проте ця різниця не досягла статистичної значущості. Таким чином, упродовж першого року життя тип вигодовування не мав суттєвого впливу на антропометричні показники. Натомість у віці 2 та 3 років виявлено достовірні відмінності між групами за показниками ІМТ. Так, у 2 роки середній ІМТ у групі дітей на грудному вигодовуванні становив $16,96 \pm 0,47$, тоді як у групі дітей на штучному вигодовуванні — $19,26 \pm 0,37$ ($p < 0,05$). Аналогічна тенденція зберігалася у 3 роки: $16,96 \pm 1,45$ (ГВ) проти $18,57 \pm 0,69$ (ШВ) ($p < 0,05$). Ці результати свідчать про значуще підвищення ризику розвитку надмірної маси тіла у дітей, які отримували штучне вигодовування. Отримані дані узгоджуються з результатами наукових досліджень, які підтверджують захисний ефект грудного вигодовування щодо метаболічного програмування та профілактики ожиріння. Механізми цього зв'язку можуть включати гормональний склад грудного молока, розвиток механізмів саморегуляції апетиту у дитини, а також відмінності в білковому складі та швидкості всмоктування нутрієнтів.

Узагальнюючи, можна сказати, що грудне молоко є найкращим харчуванням для немовлят, забезпечуючи їх усім необхідним для здорового розвитку. Підтримка грудного вигодовування повинна бути пріоритетом у системі охорони здоров'я, а матері повинні отримувати якісну інформацію і рекомендації від компетентних медичних працівників для успішного годування груддю.

ВИСНОВКИ

Грудне вигодовування є стандартом вигодовування немовлят, що забезпечує фізіологічний процес росту і розвитку дитини на роки. На рішення жінки щодо грудного вигодовування та його тривалість впливає багато факторів: медичних, соціальних, демографічних.

1. За даними активного опитування матерів: 45,8% дітей вигодовувались грудним молоком, 36,1% оцінили вигодовування дитини як змішане, 18,1% дітей були на штучному вигодовуванні. Ці показники нижчі за дані статистичних звітів закладів в м. Чернівцях (73,4%, $p < 0,05$).

2. Позитивно впливає на тривалість грудного вигодовування дотримання сучасних технологій раннього прикладання у перші 30-60 хвилин після народження (73,2% жінок), сумісне перебування з дитиною (82,1%), навчання техніці грудного вигодовування (17,9%), знання переваг грудного вигодовування (87,5%).

3. Негативно впливає на тривалість грудного вигодовування використання замінників грудного молока у перші доби життя (64,3% жінок), низький рівень охоплення жінок тренінгами з грудного вигодовування (17,9%), відсутність соціальної підтримки жінки (студенти, підприємці, жінки без постійного місця роботи).

4. Сильні позитивні кореляції існують між тривалістю грудного вигодовування та наявністю навчань з питань грудного вигодовування ($r = 0,69$; $p < 0,005$), соціальною групою жінки ($r = 0,73$; $p > 0,05$), сильні негативні кореляції виявлено між тривалістю грудного вигодовування та використанням штучної суміші у перші доби ($r = -0,62$; $p < 0,05$), проблемами прикладання до груді ($r = -0,70$; $p < 0,05$), помірні позитивні кореляції існують між задоволеністю отриманої інформації від медичних працівників та тривалістю ГВ ($r = 0,42$; $p > 0,05$).

5. Шанси тривалого грудного вигодовування вищі у жінок службовців, які отримують державні соціальні виплати, на 159.7% більші, ніж у групі жінок без постійної роботи. Група жінок студенток має середній рівень відносного ризику, але порівняно з групою підприємців та жінок без постійної роботи, вона має перевагу в частці осіб, що мають тривалість ГВ 18 місяців.

6. Грудне вигодовування забезпечує гармонійний фізичний розвиток дитини, штучне вигодовування підвищує ризик розвитку надмірної маси тіла. У віці 2 та 3 років виявлено достовірні відмінності між групами за показниками ІМТ $16,96 \pm 0,47$ (ГВ) проти $19,26 \pm 0,37$ (ШВ) ($p < 0,05$) та $16,96 \pm 1,45$ (ГВ) проти $18,57 \pm 0,69$ (ШВ) ($p < 0,05$) відповідно.

7. Низький рівень задоволеності інформацією з грудного вигодовування від сімейних лікарів (40,0%) та медичних сестер (46,4%) потребує навчання медичних працівників та жінок на етапах вагітності, перші доби перебування в пологових стаціонарах та подальших етапах медичного супроводу для уникнення проблем та відмови від грудного вигодовування.

8. Для виконання і підтримки стратегії грудного вигодовування необхідні компетентні і добре підготовлені фахівці сестринської справи, які зобов'язані знати переваги грудного вигодовування, фізіологію лактації, вміти організовувати ефективне консультування, а також активно взаємодіяти з населенням в питаннях мотивації жінок до грудного вигодовування.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Запровадити обов'язкові навчання (тренінги) жінок техніці грудного вигодовування на всіх етапах підготовки жінки до материнства (планування вагітності, вагітність, перинатальні центри, заклади первинної допомоги).
2. Удосконалити та підвищити рівень підготовки медичних працівників з питань грудного вигодовування та фізіології новонародженого шляхом тематичних циклів удосконалення для медичних сестер та лікарів первинної допомоги.
3. Залучати засоби масової інформації для проведення заходів підтримки грудного вигодовування та поширення інформації про позитивний вплив грудного вигодовування на здоров'я дитини та матері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. World Health Organization. Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants [Internet]. Geneva: WHO; 2023[cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>
2. UNICEF. Celebrating the innocent declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: past achievements, present challenges and priority actions for infant and young child feeding. New York: UNICEF; 2006. 64 p.
3. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025 Breastfeeding Policy Brief. Geneva: WHO; 2014. 8 p.
4. Шадрін ОГ, Марушко Т.Л. Актуальні питання підтримки та збереження грудного вигодовування дітей в Україні. Здоров'я України. Педіатрія. 2019;1:20-1.
5. American Academy of Pediatrics. Infant feeding in disasters and emergencies. Breastfeeding and Other Options [Internet]. Itasca, Illinois: AAP; 2020[cited 2025 Jan 29]. Available from: <https://publications.aap.org/DocumentLibrary/Solutions/PCO/FormsTools/disasterf-actsheet.pdf>
6. Bai YK, Alsaidi M. Sustainable Breastfeeding: A State-of-the Art Review. J Hum Lact. 2024;40(1):57-68. doi: 10.1177/08903344231216094
7. Shing JS, Lok KY, Fong DY, Fan HS, Chow CL, Tarrant M. The Influence of the Baby-Friendly Hospital Initiative and Maternity Care Practices on Breastfeeding Outcomes. J Hum Lact. 2022;38(4):700-10. doi: 10.1177/08903344221086975
8. Li L, Song H, Zhang Y, Li H, Li M, Jiang H, et al. Breastfeeding Supportive Services in Baby-Friendly Hospitals Positively Influenced Exclusive Breastfeeding

Practice at Hospitalization Discharge and Six Months Postpartum. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 30];18(21):11430. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8582788/pdf/ijerph-18-11430.pdf> doi: 10.3390/ijerph182111430

9. World Health Organization. *How the Marketing of Formula Milk Influences our Decisions on Infant Feeding*. Geneva: WHO; 2022. 36 p.

10. Кісельова ММ, Моштук ОС, Григоренко ЛВ, Шлемкевич ОЛ. Грудне вигодовування дітей – «золотий стандарт», давній досвід і нові науково доведені переваги. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2022;XII;2(44):53-8. doi: 10.24061/2413-4260.XII.2.44.2022.10

11. Безрук В, Семань-Мінько І, Шкробанець І, Булик Т, Ринжук Л, Гресько М, та ін. Менеджмент підтримки грудного вигодовування в умовах війни. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024;14,2(52):145-50. doi: 10.24061/2413-4260.XIV.2.52.2024.20

12. Бабіч Л, Кривов'яз Т, Дебела В, Краснікова М, Кудлай М. Позиційний документ УАМГВ № 1: Актуальність грудного вигодовування, переваги, можливі перешкоди, шляхи сприяння поширеності. *Українська академія медицини вигодовування* [Internet]. 2023[cited 2025 Feb 16]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1HjU9G54HOxhaeVeENqX_1IWCVP1ty6Ao/view

13. United Nations Children's Fund (UNICEF). *Global breastfeeding scorecard: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes* [Internet]. UNICEF/WHO; 2019[cited 2025 Jan 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>

14. Odar Stough C, Khalsa AS, Nabors LA, Merianos AL, Peugh J. Predictors of exclusive breastfeeding for 6 months in a national sample of US children. *Am J Health Promot*. 2019;33:48–56. doi: 10.1177/0890117118774208

15. Marinelli KA, Thompson AK. Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. *Journal of Human Lactation* [Internet]. 2019[cited 2025 Jan 21];35(3):089033441985180. Available from: https://www.researchgate.net/publication/333836448_Core_Curriculum_for_Interdisciplinary_Lactation_Care doi: 10.1177/0890334419851800
16. Spencer B, Campbell SH, Chamberlain K, editors. Core Curriculum for interdisciplinary Lactation Care. 2nd ed. Jones & Bartlett Learning; 2022. 600 p.
17. Fewtrell MS, Mohd Shukri NH, Wells JCK. ‘Optimising’ breastfeeding: What can we learn from evolutionary, comparative and anthropological aspects of lactation? *BMC Med* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 17];18:4. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1473-8#citeas> doi: 10.1186/s12916-019-1473-8
18. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional. 8th ed. Amsterdam: Elsevier; 2015. 800 p.
19. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/s0140-6736(15)01024-7
20. Santiago-Cruz RM, Alvarado-de Luzuriaga E, Monroy-Azuara MG, Arciga-Vázquez GS, Cano-Vázquez EN, Cruz-Apanco U, et al. Breastfeeding and infant feeding in the first level of attention. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2019;57(6):387-94.
21. Geiger I, Kostenzer J, Matthäus V, Mader S, Zimmermann LJI. Reassessing and Extending the European Standards of Care for Newborn Health: How to Keep Reference Standards in Line with Current Evidence. *Children* [Internet]. 2024[cited 2025 Apr 03];11(6):653. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10887008/pdf/children-11-00179.pdf> doi: 10.3390/children11020179

22. Meek JY, Noble L. Technical Report: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics [Internet]. 2022[cited 2025 Jan 29];150(1):e2022057989. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/1/e2022057989/188348/Technical-Report-Breastfeeding-and-the-Use-of> doi: 10.1542/peds.2022-057989
23. Горленко ОМ, Лукашук СВ, Переста МІ, Ленченко АВ. Грудне вигодовування: характеристика та переваги. Функціональні розлади травлення у дітей. Ужгород; 2022. 31 с.
24. Фролова ТВ, Стенкова НФ, Терещенкова ІІ, Барська ЛЯ, Сіняєва ІР. Принципи організації вигодовування та харчування здорових дітей раннього віку. Харків; 2019. 37 с.
25. Notarbartolo V, Giuffrè M, Montante C, Corsello G, Carta M. Composition of Human Breast Milk Microbiota and Its Role in Children's Health. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2022;25(3):194-210. Doi: 10.5223/pghn.2022.25.3.194
26. Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of SIDS: an individual participant data meta-analysis. Paediatrics [Internet]. 2017[cited 2025 Jan 22];140(5):e20171324. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320718066_Duration_of_Breastfeeding_and_Risk_of_SIDS_An_Individual_Participant_Data_Meta-analysis doi: 10.1542/peds.2017-1324
27. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/s0140-6736(15)01024-7
28. Boundy EO, Nelson JM, Li R. Public Belief in the Maternal Health Benefits of Breastfeeding - United States, 2018 and 2021. Prev Chronic Dis [Internet].

2023[cited 2025 Feb 14];20:230010. Available from:
https://www.cdc.gov/pcd/issues/2023/23_0010.htm doi: 10.5888/pcd20.230010

29. Patnode CD, Henrikson NB, Webber EM, Blasi PR, Senger CA, Guirguis-Blake JM. Breastfeeding and Health Outcomes for Infants and Children: A Systematic Review. *Pediatrics* [Internet]. 2025[cited 2025 Apr 17]. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/doi/10.1542/peds.2025-071516/201741/Breastfeeding-and-Health-Outcomes-for-Infants-and> doi: 10.1542/peds.2025-071516

30. Vargas AJ. Human Milk Composition: An Atlas for Child Health Recommendations. *Advances in Nutrition* [Internet]. 2024[cited 2025 Jan 21];15(1):100151. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2161831323014357?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.advnut.2023.100151

31. Дука КД, Мишина НВ, Єфанова АО, Дука ІГ. Вільне вигодовування немовлят: проблеми і наслідки у дітей раннього віку. *Здоров'я дитини*. 2017;12(2):117-20. doi: 10.22141/2224-0551.12.2.2017.99765

32. Nuampa S, Ratinthorn A, Patil CL, Kuesakul K, Prasong S, Sudphet M. Impact of personal and environmental factors affecting exclusive breastfeeding practices in the first six months during the COVID-19 pandemic in Thailand: a mixed-methods approach. *Int Breastfeed J*. 2022;17(1):73. doi: 10.1186/s13006-022-00515-3

33. Yahya NFS, Teng NIMF, Shafiee N, Juliana N. Association between Breastfeeding Attitudes and Postpartum Depression among Mothers with Premature Infants during COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 22];18(20):10915. Available from:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8535779/pdf/ijerph-18-10915.pdf> doi: 10.3390/ijerph182010915

34. Whited N, Cervantes J. Antibodies Against SARS-CoV-2 in Human Breast Milk After Vaccination: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med*. 2022;17(6):475-83. doi: 10.1089/bfm.2021.0353
35. Vassilopoulou E, Feketea G, Koumbi L, Mesari C, Berghea EC, Konstantinou GN. Breastfeeding and COVID-19: From Nutrition to Immunity. *Front Immunol* [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 20];12:661806. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8058436/pdf/fimmu-12-661806.pdf> doi: 10.3389/fimmu.2021.661806
36. Stuckelberger S, Favre G, Ceulemans M, Nordeng H, Gerbier E, Lambelet V, Stojanov M, Winterfeld U, Baud D, Panchaud A, Pomar L. SARS-CoV-2 Vaccine Willingness among Pregnant and Breastfeeding Women during the First Pandemic Wave: A Cross-Sectional Study in Switzerland. *Viruses* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 24];13(7):1199. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8310322/pdf/viruses-13-01199.pdf> doi: 10.3390/v13071199
37. World Health Organization Update on WHO Interim Recommendations on COVID-19 Vaccination of Pregnant and Lactating Women [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/update-on-who-interim-recommendations-on-covid-19-vaccination-of-pregnant-and-lactating-women>
38. Sharmin N, Lubna Z, Hiramoni FA, Sharkar T, Ahmed MZ. Mental health status of pregnant women and breastfeeding mothers during COVID-19 outbreak in Bangladesh. *International Journal of Indian Psychology*. 2021:1-25. Doi: 10.25215/1002.073
39. Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(7):1219-29. Doi: 10.1111/aogs.14092

40. Miettinen ME, Honkanen J, Niinistö S, Vaarala O, Virtanen SM, Knip M. Breastfeeding and circulating immunological markers during the first 3 years of life: the diabimmune study. *Diabetologia*. 2022;65(2):329–35. Doi: 10.1007/s00125-021-05612-2
41. Hamer DH, Solomon H, Das G, Knabe T, Beard J, Simon J, et al. Importance of breastfeeding and complementary feeding for management and prevention of childhood diarrhoea in low-and middle-income countries. *J Glob Health* [Internet]. 2022[cited 2025 Feb 16];12:10011. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9344980/pdf/jogh-12-10011.pdf> doi: 10.7189/jogh.12.10011
42. Маменко МЄ, Шунько ЄЄ, Белоусова ОЮ, Барська ЛЯ, Кірсанова ТО, Боброва КО, та ін. Щодо грудного вигодовування в умовах пандемії COVID-19. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2020;3:6-8.
43. Popofsky S, Noor A, Leavens-Maurer J, Quintos-Alagheband ML, Mock A, Vinci A, et al. Impact of Maternal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Detection on Breastfeeding Due to Infant Separation at Birth. *J Pediatr*. 2020;226:64-70. Doi: 10.1016/j.jpeds.2020.08.004
44. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern. Child Nutr* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 30];17:e13088. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7537017/pdf/MCN-17-e13088.pdf> doi: 10.1111/mcn.13088
45. Нетребенко ОК. Харчування і розвиток імунітету у дітей на різних видах вигодовування . *Світ нутріціології*. 2016;1:2-7.
46. Schaal NK, Zöllkau J, Hepp P, Fehm T, Hagenbeck C. Pregnant and breastfeeding women's attitudes and fears regarding the COVID-19 vaccination. *Arch Gynecol Obstet*. 2022;306(2):365-72. Doi: 10.1007/s00404-021-06297-z

47. McLaurin-Jiang S, Garner CD, Krusch K, Hale TW. Maternal and Child Symptoms Following COVID-19 Vaccination Among Breastfeeding Mothers. *Breastfeed Med*. 2021;16(9):702-9. Doi: 10.1089/bfm.2021.0079
48. Yi DY, Kim SY. Human Breast Milk Composition and Function in Human Health: From Nutritional Components to Microbiome and MicroRNAs. *Nutrients* [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 19];13(9):3094. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8471419/pdf/nutrients-13-03094.pdf> doi: 10.3390/nu13093094
49. Santos-Guzmán A, Rivera JA, Unar-Munguía M, Ramírez-Silva I. Addressing Infant and Young Child Feeding Recommendations From a Planetary Health Perspective. *Adv Nutr* [Internet]. 2024[cited 2025 Feb 16];15(11):100303. Available from: doi:
50. Wu Y, Marc I, Bouchard L, Ouyang F, Luo ZC, Fan J, et al. Study protocol for the Sino-Canadian Healthy Life Trajectories Initiative (SCHeLTI): a multicentre, cluster-randomised, parallel-group, superiority trial of a multifaceted community-family-mother-child intervention to prevent childhood overweight and obesity. *BMJ Open* [Internet]. 2021[cited 2025 Feb 25];11(4):e045192. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8021741/pdf/bmjopen-2020-045192.pdf> doi: 10.1136/bmjopen-2020-045192
51. Сенаторова ГС, Чайченко ТВ, Тельнова ЛГ, Ріга ОО. Хвороби ендокринної системи у дітей. Харків; 2021. 138 с.
52. Бережний ВВ, редактор. Актуальні питання педіатрії. Київ: Червона Рута-Турс; 2022. 430 с.
53. Rito AI, Buoncristiano M, Spinelli A, Salanave B, Kunešová M, Hejgaard T, et al. Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 52. Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017. *Obes Facts*. 2019;12(2):226-43. Doi: 10.1159/000500425

54. Казмірчук ВЄ, Ковальчук ЛВ. Клінічна імунологія і алергологія. Вінниця: Нова книга; 2021. 528 с.
55. Чопяк ВВ, Гаврилюк АМ, редактори. Клінічна імунологія та алергологія. Київ: Медицина; 2024. 479 с.
56. Nuzzi G, Di Cicco ME, Peroni DG. Breastfeeding and allergic diseases: what's new? Child (Basel, Switzerland) [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 11]; 8(5):330. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8145659/pdf/children-08-00330.pdf> doi: 10.3390/children8050330
57. Hu Y, Chen Y, Liu S, Jiang F, Wu M, Yan C, et al. Breastfeeding duration modified the effects of neonatal and familial risk factors on childhood asthma and allergy: a population-based study. Respir Res [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 21];22(1):41. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7866653/pdf/12931_2021_Article_1644.pdf doi: 10.1186/s12931-021-01644-9
58. Савельєва-Кулик Н. Діагностика, лікування і профілактика алергії на коров'яче молоко. Оновлені рекомендації Європейського товариства дитячої гастроентерології, гепатології та нутриціології, ESPGHAN, 2023 р. Дитячий лікар. 2024;3:32-6.
59. Peters RL, Kay T, McWilliam VL, Lodge CJ, Ponsonby AL, Dharmage SC, et al. The interplay between eczema and breastfeeding practices may hide breastfeeding's protective effect on childhood asthma. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(2):862–71. Doi: 10.1016/j.jaip.2020.09.006
60. Курченко АІ, Романюк ЛІ, Левченко АЗ. Харчова алергія. Сучасний погляд на діагностику та лікування. Астма та алергія. 2023;4:65-73. Doi: 10.31655/2307-3373-2023-4-65-73

61. Шадрін ОГ, Няньковський СЛ, Уманець ТР, Клименко ВА, Добрянський ДО, Івахненко ОС, та ін. Рекомендації щодо ведення дітей із харчовою алергією до білка коров'ячого молока. *Дитячий лікар*. 2019;1:27-42.
62. McGowan C, Bland R. The Benefits of Breastfeeding on Child Intelligence, Behavior, and Executive Function: A Review of Recent Evidence. *Breastfeed Med*. 2023;18(3):172-87. Doi: 10.1089/bfm.2022.0192
63. Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, Tworoger SS, Jordan SJ, Risch HA, et al. Association Between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA Oncol* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 16];6(6):e200421. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2763398> doi: 10.1001/jamaoncol.2020.0421
64. Park Y, Sinn DH, Oh JH, Goh MJ, Kim K, Kang W, et al. The Association Between Breastfeeding and Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Parous Women: A Nation-wide Cohort Study. *Hepatology*. 2021;74(6):2988-97. Doi: 10.1002/hep.32034
65. Stordal B. Breastfeeding reduces the risk of breast cancer: A call for action in high-income countries with low rates of breastfeeding. *Cancer Med*. 2023;12(4):4616-25. Doi: 10.1002/cam4.5288
66. Yuen M, Hall OJ, Masters GA, Nephew BC, Carr C, Leung K, et al. The Effects of Breastfeeding on Maternal Mental Health: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(6):787-807. Doi: 10.1089/jwh.2021.0504
67. Karaburun IEG, Yalçın SS. Breast refusal: an analysis of frequency, onset timing, recovery status, and their interplay with breastfeeding self-efficacy and maternal depression. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1-20. Doi: 10.1186/s12889-024-21023-5
68. Luthuli S, Haskins L, Mapumulo S, Rollins N, Horwood C. 'I decided to go back to work so I can afford to buy her formula': a longitudinal mixed-methods

study to explore how women in informal work balance the competing demands of infant feeding and working to provide for their family. BMC Public Health [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 15];20(1):1847. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7709310/pdf/12889_2020_Article_9917.pdf doi: 10.1186/s12889-020-09917-6

69. Hao Y, Wang L, Wang C, Peng A, Gao W, Marc I, et al. Breastfeeding Practices and Associated Factors in Shanghai: A Cross-Sectional Study. Nutrients [Internet]. 2022[cited 2025 Jan 15];14(20):4429. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9610171/pdf/nutrients-14-04429.pdf> doi: 10.3390/nu14204429

70. Nuampa S, Patil CL, Prasong S, Kuesakul K, Sudphet M. Exploring the Association between Socioeconomic and Psychological Factors and Breastfeeding in the First Year of Life during the COVID-19 Pandemic in Thailand. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022[cited 2025 Jan 27];20(1):130. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9819422/pdf/ijerph-20-00130.pdf> doi: 10.3390/ijerph20010130

71. Ragusa R, Marranzano M, La Rosa VL, Giorgianni G, Commodari E, Quattrocchi R, et al. Factors Influencing Uptake of Breastfeeding: The Role of Early Promotion in the Maternity Hospital. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):1-13. Doi: 10.3390/ijerph18094783

72. Child Rights Resource centre. Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E) Toolkit: Rapid start-up for emergency nutrition person Facilitators and barriers to Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in Kilimanjaro Region, Tanzania: a qualitative study. Int J Pediatr [Internet]. 2019[cited 2025 Feb 09];2019:8651010. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6378044/pdf/IJPEDI2019-8651010.pdf> doi: 10.1155/2019/8651010

73. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeed Med*. 2022;17(5):360-76. Doi: 10.1089/bfm.2022.29207.kbm nel. Paris; 2022. 26 p.
74. Xiao X, Loke AY, Zhu S-n, Gong L, Shi H-m, Ngai F-w. The sweet and the bitter: mothers' experiences of breastfeeding in the early postpartum period: a qualitative exploratory study in China. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 20];15(1):12. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7038609/pdf/13006_2020_Article_256.pdf doi: 10.1186/s13006-020-00256-1
75. Vilar-Compte M, Hernández-Cordero S, Ancira-Moreno M, Burrola-Méndez S, Ferre-Eguiluz I, Omaña I, et al. Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. *Int J Equity Health* [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 23];20(1):110. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8082937/pdf/12939_2021_Article_1432.pdf doi: 10.1186/s12939-021-01432-3
76. Chen J, Xin T, Gaoshan J, Li Q, Zou K, Tan S, et al. The association between work related factors and breastfeeding practices among chinese working mothers: a mixed-method approach. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2019[cited 2025 Jan 15];14(1):28. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6598252/pdf/13006_2019_Article_223.pdf doi: 10.1186/s13006-019-0223-z
77. Joseph FI, Earland J. A qualitative exploration of the sociocultural determinants of exclusive breastfeeding practices among rural mothers, North West Nigeria. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2019[cited 2025 Jan 15];14(1):38. Available from:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6701117/pdf/13006_2019_Article_231.pdf doi: 10.1186/s13006-019-0231-z

78. Sandhi A, Lee GT, Chipojola R, Huda MH, Kuo S-Y. The relationship between perceived milk supply and exclusive breastfeeding during the first six months postpartum: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 18];15(1):65. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7367342/pdf/13006_2020_Article_310.pdf doi: 10.1186/s13006-020-00310-y

79. Huang Y, Liu Y, Yu X-Y, Zeng T-Y. The rates and factors of perceived insufficient milk supply: a systematic review. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2022[cited 2025 Jan 30];18(1):e13255. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8710095/pdf/MCN-18-e13255.pdf> doi: 10.1111/mcn.13255

80. Paramashanti BA, Dibley MJ, Huda TM, Prabandari YS, Alam NA. Factors influencing breastfeeding continuation and formula feeding beyond six months in rural and urban households in Indonesia: a qualitative investigation. *Int Breastfeed J*. 2023;18(1):48. Doi: 10.1186/s13006-023-00586-w

81. Nsiah-Asamoah C, Doku DT, Agblorti S. Mothers' and grandmothers' misconceptions and socio-cultural factors as barriers to exclusive breastfeeding: a qualitative study involving Health Workers in two rural districts of Ghana. *PloS One* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 29];15(9):e0239278. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7498105/pdf/pone.0239278.pdf> doi: 10.1371/journal.pone.0239278

82. Charantimath U, Bellad R, Majantashetti N, Washio Y, Derman R, Kelly PJ, et al. Facilitators and challenges to exclusive breastfeeding in Belagavi District, Karnataka, India. *PloS ONE* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 20];15(5):e0231755. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7197767/pdf/pone.0231755.pdf> doi: 10.1371/journal.pone.0231755

83. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401(10375):472-85. Doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8.

84. Baker P, Smith JP, Garde A, Grummer-Strawn LM, Wood B, Sen G, et al. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet*. 2023;401(10375):503–24. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01933-X

85. DeMaria AL, Ramos-Ortiz J, Basile K. Breastfeeding trends, influences, and perceptions among Italian women: a qualitative study. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 22];15(1):1734275. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7054928/pdf/ZQHW_15_1734275.pdf doi: 10.1080/17482631.2020.1734275

86. Ayton JE, Tesch L, Hansen E. Women's experiences of ceasing to breastfeed: Australian qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2019[cited 2025 Jan 25];9(5):e026234. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6528004/pdf/bmjopen-2018-026234.pdf> doi: 10.1136/bmjopen-2018-026234

87. Athavale P, Hoeft K, Dalal RM, Bondre AP, Mukherjee P, Sokal-Gutierrez K. A qualitative assessment of barriers and facilitators to implementing recommended infant nutrition practices in Mumbai, India. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2020[cited 2025 Jan 20];39(1):7. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7385866/pdf/41043_2020_Article_215.pdf doi: 10.1186/s41043-020-00215-w

88. Rollins N, Piwoz E, Baker P, Kingston G, Mabaso KM, McCoy D, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet*. 2023;401(10375):486–502. Doi: 10.1016/S0140-6736(22)01931-6
89. Mohebbati LM, Hilpert P, Bath S, Rayman MP, Raats MM, Martinez H, et al. Perceived insufficient milk among primiparous, fully breastfeeding women: is infant crying important? *Matern Child Nutr* [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 24];17(3):e13133. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8189230/pdf/MCN-17-e13133.pdf> doi: 10.1111/mcn.13133
90. Piccolo O, Kinshella M-LW, Salimu S, Vidler M, Banda M, Dube Q, et al. Healthcare worker perspectives on mother's insufficient milk supply in Malawi. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2022[cited 2025 Jan 30];17(1):14. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8867656/pdf/13006_2022_Article_460.pdf doi: 10.1186/s13006-022-00460-1
91. De Roza JG, Fong MK, Ang BL, Sadon RB, Koh EYL, Teo SSH. Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: a longitudinal study. *Midwifery* [Internet]. 2019[cited 2025 Jan 17];79:102532. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819302189?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.midw.2019.102532
92. Callaghan S, Moore RL, Geraghty AA, Yelverton C, McAuliffe F. Examination of weight status, parity and maternal education factors on intentions to breastfeed and breastfeeding duration in an Irish cohort. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2020;79(OCE 2):E158.
93. Sartor L, Pyram-Vincent C, Lin HM, Ouyang Y, Wax DB, Beilin Y. Race and Intention to Breastfeed are the Strongest Predictors of Exclusive Breastfeeding: a

Retrospective Study. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2024;11(6):3704-13. Doi: 10.1007/s40615-023-01819-8

94. Rm MS, Rn EW, Rn JL, Rm AB. The supporting role of the midwife during the first 14 days of breastfeeding: A descriptive qualitative study in maternity wards and primary healthcare. *Midwifery*. 2019;78:50-7. Doi: 10.1016/j.midw.2019.07.016

95. Котова НВ, Старець ОО, Хіменко ТМ, Геращенко ЮО, Коваленко ДА. Дослідження існуючої практики годування дітей першого року життя: опитування батьків. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2020;10(1):14-21. Doi: 10.24061/2413-4260.X.1.35.2020.2

96. Sánchez C, Franco L, Regal P, Lamas A, Cepeda A, Fente C. Breast Milk: A Source of Functional Compounds with Potential Application in Nutrition and Therapy. 2021;13(3):1026. Doi:10.3390/nu13031026

97. Wood NK, Odom-Maryon T, Smart DA. Factors Associated With Exclusive Direct Breastfeeding in the First 3 Months. *Nurs Womens Health*. 2022;26(4):299-307. Doi: 10.1016/j.nwh.2022.05.006

98. Morrison AH, Gentry R, Anderson J. Mothers' Reasons for Early Breastfeeding Cessation. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019;44(6):325-30. Doi: 10.1097/NMC.0000000000000566

99. World Health Organization. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods. Geneva: WHO; 2021. 122p.

100. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJD, Bégin F, et al. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401(10375):472-85. Doi: 10.1016/s0140-6736(22)01932-8

101. Li Q, Tian J, Xu F, Binns C. Breastfeeding in China: A Review of Changes in the Past Decade. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021[cited 2025 Feb 10];17(21):8234. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7664678/pdf/ijerph-17-08234.pdf> doi: 10.3390/ijerph17218234
102. Shi H, Yang Y, Yin X, Li J, Fang J, Wang X. Determinants of exclusive breastfeeding for the first six months in China: a cross-sectional study. *Int Breastfeed*. 2021;16:40. Doi: 10.1186/s13006-021-00388-y
103. Li J, Nguyen TT, Wang X, Mathisen R, Fang J. Breastfeeding practices and associated factors at the individual, family, health facility and environmental levels in China. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2020[cited 2025 Feb 23];16(2):e13002. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7591310/pdf/MCN-16-e13002.pdf> doi: 10.1111/mcn.13002
104. Ares Segura S. The challenges of breastfeeding in a complex world. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022;96(4):283-5. Doi: 10.1016/j.anpede.2022.01.003
105. Kianian B, Leidman E, Bilukha O. Infant and young child feeding practices in refugee settings across 203 population-based surveys from 2013-2019. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2024[cited 2025 Jan 19];20(1):e13568. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10749998/pdf/MCN-20-e13568.pdf> doi: 10.1111/mcn.13568
106. Melo LCO, Bonelli MCP, Lima RVA, Gomes-Sponholz FA, Monteiro JCDS. Anxiety and its influence on maternal breastfeeding self-efficacy. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 22];29:e3485. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8584807/pdf/0104-1169-rlae-29-e3485.pdf> doi: 10.1590/1518-8345.5104.3485

107. Hoff CE, Movva N, Rosen Vollmar AK, Pérez-Escamilla R. Impact of Maternal Anxiety on Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2019;10(5):816-26. doi: 10.1093/advances/nmy132
108. Navarro-Rosenblatt D, Garmendia ML. Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding: A Review of the Literature. *Breastfeed Med*. 2018;13(9):589-97. Doi: 10.1089/bfm.2018.0132
109. Qiao J, Wang Y, Li X, Jiang F, Zhang Y, Ma J, et al. A Lancet Commission on 70 years of women's reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in China. *Lancet*. 2021;397(10293):2497-536. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)32708-2
110. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018;10(1):48. Doi: 10.3390/nu10010048
111. Cassidy TM. Relational Perspective in Breastfeeding Research. *J Hum Lact*. 2024;40(3):348-51. doi: 10.1177/08903344241255124
112. Nuampa S, Tilokskulchai F, Patil CL, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W. Factors related to exclusive breastfeeding in Thai adolescent mothers: Concept mapping approach. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2019[cited 2025 Jan 22];15(2):e12714. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7198966/pdf/MCN-15-e12714.pdf> doi: 10.1111/mcn.12714
113. Nuampa S, Chanprapaph P, Tilokskulchai F, Sudphet M. Breastfeeding challenges among Thai adolescent mothers: Hidden breastfeeding discontinuation experiences. *J. Health Res*. 2020;36:12–22. Doi: 10.1108/JHR-01-2020-0011
114. Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and Structural Determinants of Health Inequities in

- Maternal Health. J Womens Health (Larchmt). 2021;30(2):230-5. doi: 10.1089/jwh.2020.8882
115. Pregnancy at Age 35 Years or Older: ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. Obstet Gynecol. 2022;140(2):348-66. Doi: 10.1097/AOG.0000000000004873
116. World Health Organization. World Health Organization Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1 Definitions [Internet]. Geneva^ WHO; 2021[cited 2025 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596664>
117. Susiloretni KA, Hadi H, Blakstad MM, Smith ER, Shankar AH. Does exclusive breastfeeding relate to the longer duration of breastfeeding? A prospective cohort study. Midwifery. 2019;69:163-171. doi: 10.1016/j.midw.2018.11.008
118. Louis-Jacques AF, Stuebe AM. Enabling Breastfeeding to Support Lifelong Health for Mother and Child. Obstet Gynecol Clin North Am. 2020;47(3):363-81. Doi: 10.1016/j.ogc.2020.04.001
119. Lehane E, Buckley C, Mulcahy H, McCarthy E, Cogan L, O'Connell R, et al. Evaluating the process of practice enhancement for exclusive breastfeeding (PEEB): a participatory action research approach for clinical innovation. Int Breastfeed J. 2024;19(1):39. Doi: 10.1186/s13006-024-00648-7
120. Baker P, Santos T, Neves PA, Machado P, Smith J, Piwoz E, et al. First-food systems transformations and the ultra-processing of infant and young child diets: The determinants, dynamics and consequences of the global rise in commercial milk formula consumption. Matern Child Nutr [Internet]. 2021[cited 2025 Jan 20];17(2):e13097. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7988871/pdf/MCN-17-e13097.pdf> doi: 10.1111/mcn.13097

ПУБЛІКАЦІЇ

Статті

1. Мельничук Л.В., Дячук А.Р., Боднар І.С. Медичні та соціальні аспекти грудного вигодовування. *Sworld journal*. 2024;25(2):50-55
2. Дячук А.Р., Мельничук Л.В. Аналіз чинників успішного грудного вигодовування немовлят. *Sworld journal*. 2024;26(1):93-99.
3. Мельничук Л. В., Дячук А. Р., Макарова О. В. Вплив соціальних та медичних факторів на тривалість грудного вигодовування. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2025;15(1): 26-30.
4. Мельничук Л. В., Дячук А. Р., Макарова О. В., Вострікова І.С. Чинники впливу на рішення жінки щодо грудного вигодовування. *Sworld journal*. 2025;29(1):156-165.

Тези закордонні

1. Дячук А.Р., Мельничук Л.В. Роль грудного вигодовування в профілактиці захворювань дитини. Збірник матеріалів конференції "International scientific integration '2024". Seattle, Washington, USA ; 28-29.
2. Melnychuk L.V., Dyachuk A.R. Medical and social factors of successful breastfeeding. Збірник матеріалів конференції "Modern systems of science and education in the USA, EU and other countries '2024" (США); 112-113.
3. Дячук А. Р., Мельничук Л. В. Вплив грудного вигодовування на розвиток дитини. Збірник матеріалів «The 7th International scientific and practical conference «European congress of scientific achievements» (July 15-17, 2024) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2024.46-49p.
4. Дячук А. Р., Мельничук Л. В. Тривалість грудного вигодовування: чинники впливу. Збірник матеріалів конференції "Modern systems of science and education in the USA, EU and other countries '2025" N 29 on January 21, 2025. 32-35.

АНКЕТА матері-годувальниці № _____

№	Запитання	Відповідь
1.	Вигодовування дитини	1. Грудне 2. Штучне 3. Змішане
2.	До якого віку дитини було виключно грудне вигодовування	1. До 2 міс. 2. До 4 міс. 3. До 6 міс
3.	До якого віку дитина вигодовувалась грудним молоком	1. До 6 міс 2. До 12 міс. 3. До 18 міс. 4. Більше 18 міс.
4.	Чи прикладалась Ваша дитина до груді в пологовій залі в перші 30-60 хвилин	1.Так 2.Ні
5.	Чи були Ви на сумісному перебуванні	1.Так 2.Ні
6.	Чи давали Ви воду дитині до 6 міс?	1.Так 2.Ні
7.	Чи використовували Ви імітатори груді?	1.Так 2.Ні
8.	Чи пропонували Вам дати штучну суміш в пологовому будинку?	1.Так 2.Ні
9.	Якщо так, то з причини	1.Відсутності молока 2. Втрати маси тіла 3. Неспokoю та плачу дитини 4.Інше _____
10.	Якщо так, то на ____добу	1. Першу 2. Другу 3. Третю 4. Після третьої
11.	До якої вікової групи Ви відноситься	1.До20 3.31-35 2.21-30 4. Старше 35
12.	Якщо так, то з причини	1. Мало грудного молока 2. Низької прибавки маси тіла 3. Неспokoю та плачу дитини 4.Інше _____
13.	Чи годували Ви дитину за вимогою?	1.Так 2.Ні

14.	Чи були у Вас труднощі прикладання до груді?	1. Проблеми з сосками 2. Лактостаз 3. Мляве смоктання 4. Інше
15.	Чи були у дитини прояви анемії?	1.Так 2.Ні
16.	Чи були у дитини порушення фізичного розвитку	1.Відставання фізичного розвитку 2. Надлишок маси тіла
17.	З якого віку Ви ввели прикорм дитині	1.4-6міс. 2. 6 міс. 3.7 міс. 4.8 міс.
18.	Чи проходили Ви навчання з грудного вигодовування?	1.Так 2.Ні
19.	До якої соціальної групи Ви відноситься? Освіта?	1. Студент 2. Службовець(в т.ч. вчитель, лікар) 3. Підприємець 4. Без роботи
20.	Чи знаєте Ви переваги грудного вигодовування	1.Так 2.Ні
21.	Якщо так, це	1. Пластична цінність грудного молока 2. Захисні властивості грудного молока (материнські антитіла) 3. Зниження фінансового навантаження 4. Цінність для здоров'я жінки
22.	Що для Вас найцінніше в грудному вигодовуванні?	1. Цінність грудного молока 2. Можливість захистити (материнські антитіла) малюка 3. Зниження фінансового навантаження 4. Цінність для власного здоров'я
23.	Чи достатньо інформації з грудного вигодовування Ви отримали від сімейного лікаря?	1.Так 2.Ні
24.	Чи достатньо інформації з грудного вигодовування Ви отримали від медичної сестри?	1.Так 2.Ні

