

Michalina Żegleń¹

Koło Naukowe Studentów Kierunku Położnictwo, Akademia Bialska im. Jana Pawła II, Biała Podlaska

Katarzyna Błaszczak²

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Iwona Gładysz³, Wioleta Zarębska⁴, Małgorzata Smędra⁵,

Barbara Cydejko⁶, Agnieszka Burak⁷

Akademia Bialska im. Jana Pawła II, Biała Podlaska

https://doi.org/10.29316/9788368103342_6

LAKTACJA W OPINII KOBIET

BREASTFEEDING FROM WOMEN'S PERSPECTIVE

Streszczenie

Celem rozdziału było zbadanie poziomu wiedzy kobiet z zakresu laktacji w zależności od miejsca zamieszkania, ilości posiadanych dzieci oraz źródeł, z których czerpały wiedzę na ten temat. Materiał i metody. W rozdziale zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w rozdziale był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 15 pytań. Wyniki. Wykazano istotne różnice w poziomie wiedzy w zależności od wykształcenia ($p=0,004$) i liczby dzieci ($p=0,037$). Miejsce zamieszkania nie miało istotnego wpływu. Głównym źródłem informacji był Internet, a kobiety

Abstract

Aim of the chapter was to examine the level of women's knowledge about lactation depending on place of residence, number of children, and the sources from which this knowledge was obtained. The chapter employed a diagnostic survey method. The research tool used was an original questionnaire consisting of 15 questions. Significant differences in the level of knowledge were demonstrated depending on education level ($p = 0.004$) and number of children ($p = 0.037$). Place of residence did not have a significant impact. The main source of information was the Internet, and women

¹ studentka, e-mail: michalina.zeglen15@gmail.com

² mgr, e-mail: monika.blaszczyk1993@gmail.com

³ dr, <https://orcid.org/0000-0003-1267-6414>; e-mail: i.gladysz@dyd.akademiabialska.pl

⁴ mgr, <https://orcid.org/0009-0006-3661-5295>; e-mail: w.zarebska@dyd.akademiabialska.pl

⁵ mgr, e-mail: m.smerda@o2.pl

⁶ mgr, e-mail: barbaracydejko@onet.pl

⁷ mgr, e-mail: agnieszkaburak2008@interia.pl

korzystające z niego miały wyższy poziom wiedzy. Wnioski. Stwierdzono brak wpływu miejsca zamieszkania na poziom wiedzy o laktacji co oznacza, że należy stosować jednolite standardy edukacji laktacyjnej zarówno wobec kobiet z obszarów miejskich, jak i wiejskich. Stwierdzona istotność statystyczna pomiędzy poziomem wykształcenia, a wiedzą o laktacji wskazuje na potrzebę działań edukacyjnych np. poprzez częstsze wizyty laktacyjne. Niższy poziom wiedzy u kobiet posiadających troje lub więcej dzieci wskazuje, że edukacja powinna obejmować także wieloródki, z uwzględnieniem aktualnych zaleceń i ewentualnej korekty utrwalonych, nieprawidłowych nawyków.

Słowa kluczowe: laktacja, karmienie piersią, wiedza kobiet

who used it had a higher level of knowledge. No influence of place of residence on the level of knowledge about lactation was found, which means that uniform standards of lactation education should be applied to both urban and rural women. The statistically significant relationship between education level and knowledge about lactation indicates the need for educational activities, for example through more frequent lactation visits. The lower level of knowledge among women with three or more children indicates that education should also include multiparous women, taking into account current recommendations and the possible correction of established, incorrect habits.

Keywords: lactation, breastfeeding, women's knowledge

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), jak również inne ważne organizacje, takie jak UNICEF, Amerykańska Akademia Pediatrii uznały, że mleko kobiece ma nadrzędną wartość nad mieszankami sztucznymi na bazie mleka krowiego. WHO jasno określa, iż powinno rozpocząć się karmienie naturalne w ciągu pierwszej godziny od porodu i zaleca wyłączone karmienie piersią przez pierwsze pół roku życia dziecka. Wyłączne oznacza, że dziecko otrzymuje jedynie mleko z piersi, lub odciągnięte mleko matki z butelki. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę na to, aby karmienie dziecka odbywało się w odpowiedzi na jego indywidualne potrzeby, czyli na żądanie. Następnie po ukończeniu 6 miesięcy WHO rekomenduje stopniowe rozszerzanie diety o żywność uzupełniającą, czyli wzbogacanie jej o pokarmy stałe. Jednak nadal zaleca się, aby do roku to mleko było posiłkiem bazowym (WHO, 2024). Światowa Organizacja Zdrowia zaleca kontynuowanie karmienia piersią nawet do ukończenia przez dziecko dwóch lat, a nawet dłużej. Wszyscy zgodnie twierdzą, że karmienie naturalne powinno trwać tak długo, jak potrzebują tego matka i dziecko (WHO, 2024). W opiece nad noworodkiem obowiązują standardy opieki, które są aktualizowane w oparciu o najnowsze doniesienia naukowe i badania. Są one oczywiście tożsame ze stanowiskami ważnych organizacji światowych i towarzystw naukowych związanych z medycyną takich, jak: WHO, UNICEF, AAP, czy ESPGHAN. Standardy te powinny być znane pracownikom ochrony zdrowia, szczególnie

tym, którzy zajmują się bezpośrednio opieką nad kobietami ciężarnymi, rodzącymi, położnicami oraz noworodkami, ale także tym, którzy prowadzą w tym zakresie edukację (Nehring-Gogulska, Żukowska-Rubik, 2017).

Postępowanie po narodzinach wg Standardów mówi o wdrożeniu programu „10 kroków do udanego karmienia piersią”, który ma udowodnioną skuteczność. Ma to na celu przede wszystkim ujednolicenie zasad i postępowania we wszystkich placówkach w kraju, aby wiedza i wytyczne przekazywane kobietom były wszędzie takie same (Kostuch, 2019). Program 10 kroków mówi o tym, że placówki medyczne powinny:

1. W pełni przestrzegać Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące i odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia, mieć na piśmie ujednolicone zasady żywienia niemowląt, które są sprzyjające karmieniu naturalnemu i rutynowo przekazywane personelowi oraz rodzicom, jak również posiadać stały system monitorowania i zarządzania danymi w tym zakresie.
2. Zapewnić, aby personel posiadał odpowiednią wiedzę, kompetencje i umiejętności do wspierania karmienia piersią.
3. Omawiać z kobietami ciężarnymi i ich bliskimi korzyści płynące z karmienia piersią oraz zasady prawidłowego postępowania w zakresie karmienia piersią.
4. Umożliwiać natychmiastowy i nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” i wspierać matki w rozpoczęciu karmienia piersią, tak szybko jak tylko będzie to możliwe po porodzie.
5. Wspierać matki w rozpoczęciu i utrzymaniu laktacji oraz w radzeniu sobie z trudnościami związanymi z karmieniem piersią.
6. Nie podawać noworodkom karmionym piersią innych pokarmów czy płynów niż mleko matki (z wyjątkiem szczególnych wskazań medycznych).
7. Umożliwić matkom i noworodkom przebywanie razem oraz stosować system rooming-in przez całą dobę.
8. Wspierać matki w rozpoznawaniu oznak głodu i reagowaniu na sygnały dziecka związane z potrzebą karmienia.
9. Instruować matki w zakresie użycia butelek, smoczków do karmienia i smoczków do uspokajania niemowląt oraz związanego z nimi ryzyka dla przebiegu karmienia piersią.
10. Koordynować wypis ze szpitala w taki sposób, aby rodzice i ich dzieci mieli szybki dostęp do opieki i wsparcia po opuszczeniu szpitala (Kostuch, 2019).

Podczas prowadzenia edukacji kobiet spodziewających się dziecka oraz kobiet karmiących bardzo istotne jest, aby uzbroić je w narzędzia, dzięki

którym same będą w stanie ocenić stan swojej laktacji. Najczęstszym dylematem na początku jest to, czy dziecko otrzymuje wystarczającą ilość pokarmu. W odpowiedzi na ten problem powstała lista wskaźników skutecznego karmienia. Przeanalizowanie ich pozwala rozróżnić sytuacje, kiedy kobiecie wydaje się, iż ma zbyt mało mleka od rzeczywistych niedoborów pokarmu (Wilińska, 2022). I tak można przyjąć, że dziecko otrzymuje wystarczającą ilość mleka, jeżeli:

1. Technika karmienia jest prawidłowa (dziecko ssie pierś efektywnie, odgłos połykania mleka jest słyszalny co najmniej 10 minut z jednej piersi).
2. Ilość karmień w ciągu doby wynosi 8-12, w tym przynajmniej jedno w nocy.
3. Ze strony kobiety odruch wypływu pokarmu z piersi dobrze działa, a rytm ssania jest miarowy, regularny, przerywany seriami połknięć.
4. Kobieta po sesji karmienia odczuwa rozluźnienie w piersiach (dotyczy to w szczególności okresu noworodkowego, zanim następuje stabilizacja laktacji).
5. Dziecko po karmieniu jest spokojne, lub nawet zasypia, jednocześnie w ciągu doby wykazuje aktywność przez co najmniej 4 godziny, reaguje na bodźce.
6. Oddaje 3-4 rozluźnione, papkowate stolce w ciągu doby (do 6 tygodnia życia), później może wypróżniać się nawet raz na kilka dni, jednak nie rzadziej niż raz na 10 dni.
7. Moczy około 6 pieluszek na dobę, mocz jest słomkowy i nie ma wyczuwalnego zapachu.
8. Obserwujemy prawidłowe przyrosty masy ciała (pamiętając o fizjologicznie występującym spadku masy ciała w pierwszych dobach życia, który jednak nie może przekroczyć 10% masy urodzeniowej). Na podstawie wieloletnich obserwacji powstały opracowane przez Ruth Lawrence normy przyrostów masy ciała odpowiednie do wieku:
 - 26-31 g/dobę w okresie 0-3 mies.,
 - 17-18 g/dobę w okresie 3-6 mies.,
 - 12-13 g/dobę w okresie 6-9 mies.,
 - 9 g/dobę w okresie 9-12 mies. (Wszolek i in., 2023).

Do najczęściej występujących problemów laktacyjnych należy niewystarczająca ilość pokarmu. Najważniejszą zasadą, o jakiej należy pamiętać jest to, że laktacja odbywa się na zasadzie popytu i podaży. Gdy karmienie dziecka przebiega prawidłowo, uwzględniając technikę przystawiania, ilość karmień, czy aktywność dziecka przy piersi to gruczoły sutkowe idealnie dostosowują ilość wytwarzanego mleka do ciągle zmieniających się potrzeb stale rosnącego dziecka (Żukowska-Rubik, Dmoch-Gajzlerska, 2016).

Nawał pokarmu to problem dotyczący większości matek karmiących piersią. Mniej więcej w 2-3 dobie po porodzie naturalnym, a 3-4 dobie po cesarskim cięciu piersi zaczynają wytwarzać dziesięć razy więcej pokarmu na skutek spadku poziomu progesteronu i wysokiego poziomu prolaktyny. Jest to stan fizjologiczny, jednak przez objawy takie jak silne napięcie skóry, czy problem z podaniem piersi dziecku stwarza on problemy młodym matkom. Laktacja na tak wczesnym etapie jest nieustabilizowana i nadmierna względem potrzeb noworodka (Błajda, Drzał, 2023).

Zupełnie odwrotnym problemem do niewystarczającej ilości pokarmu, może się okazać hiperlaktacja, a dokładnie zbyt szybki wypływ mleka z piersi. Sprawia to problem zarówno kobiecie, jak i noworodkowi, ponieważ nie jest on w stanie kontrolować ilości pobieranego pokarmu. Konsekwencją tego jest prężenie się, niepokój dziecka przy piersi, krztuszenie się, łapczywe połykanie, odpychanie się rączkami od matki, czy nawet odmowa jedzenia z piersi (Piątkowska, 2017).

Bolesne brodawki jest to problem większości kobiet karmiących piersią w pierwszych tygodniach po porodzie. Fizjologicznie po porodzie zwiększa się wrażliwość brodawek sutkowych, co czasami też określane jest przez kobiety jako ból. Wynika on ze zmian hormonalnych zachodzących w organizmie kobiety w porożu.

Obrzęk piersi i zastój pokarmu są częstym problemem, bo dotyczy on 30-85% karmiących kobiet (rozbieżności w różnych źródłach). Jest jednak często mylony/utożsamiany z nawałem, a w rzeczywistości jest niejako powikłaniem złego postępowania przy nawale (Wilińska, 2022). Przyczyny obrzęku i zastoju: zła technika karmienia, nieprawidłowe postępowanie w nawale, (rzadziej) ośrodkowe zablokowanie wyrzutu oksytocyny, np. na skutek silnego stresu, lub bólu, uraz mechaniczny w obrębie biustu (uderzenie, ścisnięcie, trzęsienie).

Zapalenie piersi obejmuje jeden, lub więcej płatów gruczołu piersiowego i towarzyszą mu ogólnoustrojowe objawy grypopodobne. Na piersi widoczne jest zgrubienie, które jest samoistnie bolesne, występuje też zaburzenie wypływu mleka. Aby móc stwierdzić zapalenie piersi spełnione muszą zostać dwa kryteria dotyczące samej piersi i jeden objaw ogólnoustrojowy. Zapalenia obserwujemy najczęściej między 2 a 6 tygodniem po urodzeniu, choć zdarzyć się może na każdym etapie karmienia. Przebieg w dużej mierze zależy od szybkości reakcji i sposobu leczenia (Nehring-Gugulska i in., 2023.).

Ropień piersi jest to następstwo nieprawidłowo, lub zbyt późno leczonego zapalenia piersi. Zwykle występuje on w okresie porożu, czyli do 6 tygodnia po urodzeniu oraz w przypadku nagłego odstawienia dziecka od

piersi. Kobiety, które miały wcześniej zapalenie piersi predysponują do nawrotu tej przypadłości i w efekcie powstania ropnia. Niewłaściwy tok leczenia zapalenia, który prowadzi do antybiotykoodporności to także czynnik sprzyjający. Ponadto ropień może się pojawić w momencie, kiedy z jakichś przyczyn dochodzi do zaburzenia drenażu mleka z fragmentu piersi zajętego zapalnie, lub gdy kobieta rezygnuje z podawania dziecku chorej piersi (Nehring-Gogulska i in., 2017).

Karmienie piersią niesie ze sobą szereg korzyści, obejmujących zarówno zdrowie dziecka, jak i dobrostan matki. Mleko kobiece to żywa substancja biologiczna, która nie tylko dostarcza składników odżywczych, ale także aktywnie wspiera rozwój układu odpornościowego i neurologicznego dziecka. U noworodków karmionych piersią zaobserwowano niższe ryzyko infekcji układu oddechowego, biegunek, martwiczego zapalenia jelit (NEC), białaczki limfatycznej i szpikowej, chłoniaka nieziarniczego, wrzodziejącego zapalenie jelit (choroba Leśniowskiego-Chrona), zakażeń układu moczowego, zapalenia ucha środkowego oraz zespołu nagłej łóżeczkowej (SIDS). W dłuższej perspektywie dzieci karmione piersią rzadziej cierpią na otyłość, cukrzycę typu 1 i 2, nadciśnienie tętnicze oraz choroby alergiczne. Karmienie piersią przynosi także korzyści matce. Oprócz wspomagania involucji macicy dzięki oksytocynie, zmniejsza ryzyko krwotoków poporodowych, anemii oraz wystąpienia raka piersi i jajnika. Długoterminowo kobiety karmiące piersią są mniej narażone na rozwój osteoporozy, cukrzycy typu 2 oraz chorób układu krążenia. Laktacja sprzyja także budowaniu więzi emocjonalnej matki z dzieckiem, wpływa na redukcję stresu i obniżenie poziomu kortyzolu, co odgrywa istotną rolę w zdrowiu psychicznym po porodzie (Geddes i in., 2022).

Celem rozdziału było zbadanie poziomu wiedzy kobiet z zakresu laktacji w zależności od miejsca zamieszkania, liczby posiadanych dzieci oraz źródeł wiedzy, z których czerpały tę wiedzę.

Materialy i metody

Badania przebiegały w następujących etapach: dokonano przeglądu literatury z zakresu laktacji i wiedzy kobiet w tym zakresie oraz przygotowano autorski kwestionariusz ankiety, zweryfikowano kwestionariusz ankiety, przeprowadzono badania. Badania te prowadzone były od 11.01.2024 r. do 21.01.2024 r., w formie Formularza Google, rozpowszechnionego na forach internetowych i portalach społecznościowych (Grupy na Facebooku Mamy dla Mamy, Położne). Wyżej wymieniona ankieta przeprowadzona została wśród 200 losowo wybranych kobiet, które rodziły w przeciągu ostatnich 5 lat, z czego 100 z nich posiadało jedno dziecko, lub było aktualnie w ciąży,

a kolejne 100 posiadało dwoje i więcej dzieci. Udział w badaniach był w pełni anonimowy i dobrowolny.

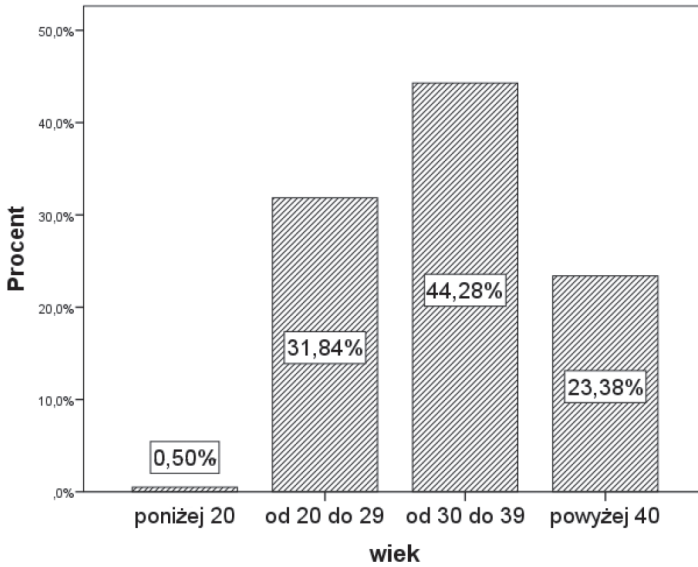
Opracowanie statystyczne

Do analizy danych użyto pakietu SPSS Statistics 25,0. Rozkład zmiennych oceniono za pomocą testów rang U Manna-Whitneya, rang H Kruskala-Wallisa oraz testu Kołomogorowa-Smirnowa. Wyniki przeprowadzonych badań przedstawione zostały w formie wykresów i tabel, do opracowania których zastosowano powyższe testy.

W rozdziale zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym wykorzystanym w rozdziale był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 15 pytań (pytania otwarte oraz zamknięte). Pytania dotyczyły poziomu wiedzy dotyczącej laktacji. Pozostałe pytania stanowiły zmienne niezależne, takie jak: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, doświadczenie związane z porodem, które pozwoliły na charakterystykę badanej grupy.

Wyniki

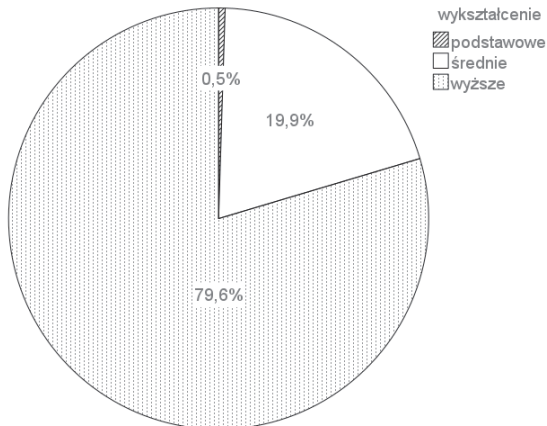
Prawie połowa badanych osób (44,5%) zadeklarowała, że ma od 30 do 39 lat ($n = 89$). Nieco mniej, bo jedna trzecia respondentów (32,0%) miała między 20 a 29 lat ($n = 64$). Jedna czwarta ankietowanych (23,0%) wskazała, że ma więcej niż 40 lat ($n = 46$). Tylko jedna ($n = 1$) respondentka miała mniej niż 20 lat (0,5%). Szczegółowe informacje dotyczące wieku respondentów przedstawiono. Szczegółowe dane przedstawia Rysunek 1.



Rysunek 1. Rozkład osób badanych pod względem wieku (N = 200)

Źródło: opracowanie własne.

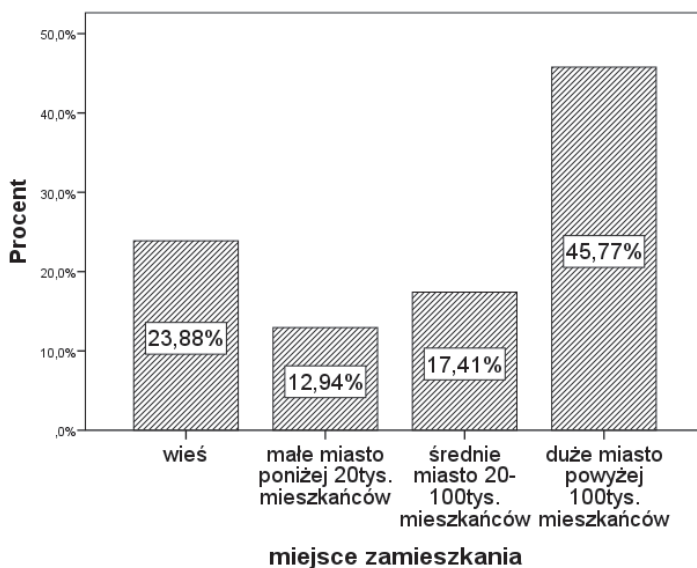
Zdecydowana większość badanych osób (80%) miała wykształcenie wyższe (n = 160). Blisko jedna piąta ankietowanych (19,5%) zadeklarowała wykształcenie średnie (n = 39). Tylko jedna (n = 1) osoba miała wykształcenie podstawowe (0,5%). Informacje te, w formie graficznej, przedstawiono na Rysunku 2.



Rysunek 2. Rozkład osób badanych pod względem poziomu wykształcenia (N = 200)

Źródło: opracowanie własne.

Blisko połowa badanych osób (46,0%) mieszkała na terenie dużego miasta o liczbie mieszkańców przekraczającej 100 tys. osób ($n = 92$). Co czwarty badany (24,0%) mieszkał na wsi ($n = 48$). Mniej niż co piąta respondentka (17,5%) zaznaczyła, że mieszka w średniej wielkości mieście o liczbie mieszkańców od 20 do 100 tys. osób ($n = 35$). Najmniej, bo 12,5% badanej próby mieszkało w małym mieście o liczbie mieszkańców wynoszącej poniżej 20 tys. osób ($n = 25$). Na Rysunku 3 przedstawiono rozkład badanych osób pod względem miejsca zamieszkania.



Rysunek 3. Rozkład osób badanych pod względem miejsca zamieszkania ($N = 200$)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 1. Współczynniki porównań międzygrupowych rang U Manna-Whitneya pomiędzy zdobytym wykształceniem, a poziomem wiedzy ($N = 200$)

poziom wiedzy	podstawowe i średnie ($n=40$)		wyższe ($n=160$)				
	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang	U	p	rg
	5	78,59	6	106,74	2361,00	0,004	0,28

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie informacji przedstawionych w Tabeli 1 można stwierdzić, że odnotowano istotną statystycznie różnicę między porównywanymi grupami pod względem poziomu wiedzy ($U = 2361,00$; $p = 0,004$). Respondentki z wykształceniem wyższym ($Mdn = 6$; $Mrang = 106,74$) cechowały się wyższym poziomem wiedzy niż respondentki z wykształceniem

podstawowym i średnim (Mdn = 5; Mrang = 78,59). Oznacza to, że poziom wykształcenia wpływa na poziom wiedzy badanych kobiet.

Miejsce zamieszkania (zmienna niezależna grupująca) różnicowało poziom wiedzy na temat laktacji (zmienna zależna).

Tabela 2. Współczynniki porównań międzygrupowych rang H Kruskalla-Wallisa między miejscem zamieszkania a poziomem wiedzy (N = 102)

grupa	poziom wiedzy	Mdn	Mrang	H (3)	p	Post-hoc
I	wieś	6,00	95,05	5,16	0,161	n.i.
II	małe miasto poniżej 20 tys. mieszkańców	5,50	81,67			
III	średnie miasto od 20 do 100 tys. mieszkańców	6,00	108,57			
IV	duże miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	6,00	106,68			

* p < 0,05; ** p < 0,01

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki analiz, które nie wykazały żadnych istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami. Oznacza to, że miejsce zamieszkania nie wpływało na poziom wiedzy badanych osób. Zaprezentowane powyżej dane pozwalają jedynie częściowo stwierdzić, że wiedza badanych kobiet na temat laktacji zależy wyłącznie od poziomu wykształcenia. W przypadku wielkości miejsca zamieszkania – nie wpływało ono na poziom wiedzy.

Analiza porównawcza poziomu wiedzy na temat laktacji z uwzględnieniem liczby posiadanych dzieci wykazała, że wiedza kobiet zależy od liczby posiadanych dzieci. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy liczba dzieci (zmienna niezależna grupująca) różnicowała poziom wiedzy (zmienna zależna) przeprowadzono analogiczne porównanie międzygrupowe testem rang H Kruskalla-Wallisa, którego wyniki zaprezentowano w Tabeli 3.

Tabela 3. Współczynniki porównań międzygrupowych rang U Manna-Whitneya między liczbą dzieci a poziomem wiedzy (N = 200)

poziom wiedzy	I: jedno (n=102)		II: dwoje (n=74)		III: troje i więcej (n=22)					
	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang	Mdn	Mrang	H(2)	p	ϵ^2	Post-hoc
	6	102,28	6	104,55	5	69,61	7,24	0,027	0,037	III < I* III < II*

* p < 0,05; ** p < 0,01

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie informacji przedstawionych w tabeli 3 można powiedzieć, że analiza wykazała istotne statystycznie różnice dla wszystkich grup. Odnotowano istotną statystycznie różnicę między porównywanymi grupami w poziomie wiedzy ($H(2) = 7,24$; $p = 0,027$). Wielkość współczynnika ϵ ($\epsilon^2 = 0,04$) wskazuje na wystąpienie bardzo słabego efektu różnic. Testy post hoc obliczone metodą Bonferroniego-Dunna wykazały, że kobiety posiadające troje i więcej dzieci ($Mdn = 5$; $Mrang = 69,61$) miały istotnie ($p = 0,037$) niższy poziom wiedzy niż kobiety mające jedno dziecko ($Mdn = 6$; $Mrang = 102,28$). W dalszej kolejności zauważyć można, że kobiety mające troje i więcej dzieci ($Mdn = 5$; $Mrang = 69,61$) cechowały się istotnie ($p = 0,029$) mniejszym poziomem wiedzy aniżeli kobiety mające dwoje dzieci ($Mdn = 6$; $Mrang = 104,55$). Można zatem powiedzieć, że liczba posiadanych dzieci różnicowała poziom wiedzy badanych kobiet.

Wnioski

1. Stwierdzono brak wpływu miejsca zamieszkania na poziom wiedzy o laktacji co oznacza, że należy stosować jednolite standardy edukacji laktacyjnej zarówno wobec kobiet z obszarów miejskich, jak i wiejskich.
2. Stwierdzona istotność statystyczna pomiędzy poziomem wykształcenia, a wiedzą o laktacji wskazuje na potrzebę działań edukacyjnych np. poprzez częstsze wizyty laktacyjne.
3. Niższy poziom wiedzy u kobiet posiadających troje lub więcej dzieci wskazuje, że edukacja powinna obejmować także wieloródki, z uwzględnieniem aktualnych zaleceń i ewentualnej korekty utrwalonych, nieprawidłowych nawyków.

Piśmiennictwo

1. Błajda, J., Drzał, G., Łęcznar, M., Kucab, A. (2023). Zasady postępowania w nawale pokarmu. W: E. Krośnianin (red.), *Opieka nad kobietą w różnych okresach życia: Wybrane zagadnienia. Tom 1* (s. 69-89). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
2. Geddes, D. T., Gridneva, Z., Perrella, S. L., Mitoulas, L. R., Kent, J. C., Stinson, L. F., Lai, C. T., Sakalidis, V., Twigger, A. J., Hartmann, P. E. (2021). 25 years of research in human lactation: From discovery to translation. *Nutrients*, 13(9), 3071. <https://doi.org/10.3390/nu13093071>
3. Kostuch, M. (2019). 10 kroków do udanego karmienia piersią. *Postępy Neonatologii*, 25(1), 27-31.
4. Nehring-Gugulska, M., Żukowska-Rubik, M. (2016). Protokół leczenia zapalenia piersi. *Ginekologia po Dyplomie*, 18(5), 53-70.
5. Nehring-Gugulska, M., Żukowska-Rubik, M., Pietkiewicz, A. (2023). *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Medycyna Praktyczna.

6. Piątkowska, J. (2017). Laktacja: teoria w praktyce. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 4, 10-12.
7. World Health Organization. (2014). *Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief* (WHO/NMH/NHD/14.7). Pobrane z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7> (dostęp: 30.04.2025).
8. Wilińska, M. (2022). *Laktacja*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
9. Wszolek, K., Przewoźny, S., Nowek, A., Odor, A., Małyszka Hoffmann, P., Przybylski, M., Żurawski, J., Pięt, M., Wilczak, M. (2023). Grossly Bloody Colostrum-The Need for Staff Education and Maternal Support. *Journal of clinical medicine*, 12(23), 7326. <https://doi.org/10.3390/jcm12237326>
10. Żukowska-Rubik, M., Dmoch-Gajzlerska, E. (2016). Czy wprowadzenie pojęcia, żywności uzupełniającej i dokarmiania wpływa na czas karmienia piersią? Pobrane z: <https://standardy.pl/index.php/artykuly/id/1187> (dostęp: 30.04.2025).