

VILNIAUS UNIVERSITETAS

RASA STUNDŽIENĖ

**KŪDIKIŲ IR ANTRŲ METŲ VAIKŲ MITYBOS
BŪKLĖ VILNIAUS MIESTE IR JĄ LEMIANTYS
VEIKSNIAI**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (09 B)

Vilnius, 2013 m.

Disertacija rengta 2009–2013 m. Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Slaugos ir vidaus ligų pagrindų katedroje.

Mokslinis vadovas:

prof. habil. dr. Danutė Kalibatiėnė (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 06 B).

TURINYS

SANTRUMPOS	5
PAAIŠKINIMAI.....	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas	7
1.2. Darbo tikslas ir uždaviniai.....	9
1.3. Darbo mokslinis naujumas	10
1.4. Darbo praktinė svarba	10
1.5. Ginamieji teiginiai.....	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
2.1. Žindymo skatinimo politika Lietuvoje ir užsienio šalyse	12
2.1.1. Tarptautinis motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodeksas	14
2.1.2. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija.....	14
2.1.3. „Innocenti“ deklaracija.....	15
2.1.4. Naujagimiams palankios ligoinės iniciatyva.....	16
2.1.5. LR Reklamos įstatymas.....	17
2.1.6. Kūdikių natūralaus maitinimo skatinimo programos	17
2.2. Žindymo paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje.....	20
2.3. Kūdikių bei antrų metų vaikų maitinimas ir jį lemiantys veiksniai	22
2.3.1. Tyrimai, kuriuose nagrinėjama žindymo reikšmė vaikų sveikatai.....	22
2.3.2. Žindymo trukmę lemiantys veiksniai	27
2.3.2.1. Motinų amžiaus, išsilavinimo bei šeiminių padėties įtaka žindymo trukmei.....	28
2.3.2.2. Mamų pasiruošimo motinystei įtaka žindymo trukmei	30
2.3.2.3. Pogimdyminės motinos ir vaiko sveikatos priežiūros įtaka žindymui	31
2.3.2.4. Žinduko įtaka žindymo trukmei.....	33
2.3.2.5. Žiniasklaida ir kiti barjerai.....	34
2.3.3. Studijos, nagrinėjančios papildomo maitinimo pradžią	35
2.4. Kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimo rodikliai	37
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	42
3.1. Literatūros šaltinių rinkimo metodika	42
3.2. Kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimo tyrimo metodika	42
3.2.1. Tiriamoji populiacija.....	42
3.2.2. Tyrimo metodai	43
3.2.3. Tyrimo procedūra.....	53

3.3. Duomenų statistinė analizė.....	57
4. TYRIMO REZULTATAI.....	59
4.1. Respondenčių socialinių ir demografinių požymių analizė	59
4.2. Žindymo rodikliai.....	61
4.2.1. Ankstyva žindymo pradžia.....	61
4.2.2. Išimtinio žindymo paplitimas.....	63
4.2.3. Žindymas iki vienerių metų.....	72
4.2.4. Žindymas iki dvejų metų.....	74
4.3. Papildomo maitinimo pradžia, maisto įvairovė, valgymų skaičius.....	77
4.3.1. Papildomo maitinimo pradžia	77
4.3.2. Minimali maisto įvairovė	79
4.3.3. Mažiausias tinkamas valgymų skaičius.....	84
4.3.4. Mažiausiai tinkamas maitinimo režimas.....	89
4.4. Geležimi papildyto, praturtinto maisto vartojimas.....	94
4.5. Motinų informuotumas apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą bei parama šeimoje	96
4.6. Motinos pieno trūkumas.....	103
4.7. Žindymo trukmės ir papildomo maitinimo pradžios įtaka vaikų sveikatai	104
4.7.1. Žindymo trukmės įtaka kūdikių sveikatai	104
4.7.2. Papildomo maitinimo pradžios įtaka vaikų sveikatai.....	108
4.8. Vaikų iki dviejų metų amžiaus fizinės būklės vertinimas.....	110
5. REZULTATŲ APTARIMAS.....	119
6. IŠVADOS	139
7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	140
8. LITERATŪRA	141
9. PUBLIKACIJOS DISERTACINIO DARBO TEMA	161
10. MOKSLINIAI PRANEŠIMAI DISERTACINIO DARBO TEMA.....	162
11. PRIEDAI	163

SANTRUMPOS

l.l.sk. – laisvės laipsnių skaičius

GJ – geriamasis jogurtas

GS – gimdymo skyrius

IGPRR – ilgosios grandinės polinesočiosios riebiosios rūgštys

KP – karvės pienas

m. – metai

Md – mediana

mėn. – mėnuo

mln. – milijonas

MP – motinos pienas

n – absoliutus tiriamųjų skaičius

p – statistinis reikšmingumas

PI – pasikliautinis intervalas

PM – pieno mišinys

proc. – procentai

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSA – Pasaulio Sveikatos Asamblėja

rs – Spearmano koreliacijos koeficientas

SN – standartinis nuokrypis

ŠS – šansų santykis

ŠS_b – bendrasis šansų santykis

ŠS_p – pakoreguotas šansų santykis

UNICEF – Jungtinių Tautų vaikų fondo Lietuvos nacionalinio komitetas

χ^2 – chi kvadrato kriterijus

x – vidurkis

PAAIŠKINIMAI

Ankstyva žindymo pradžia – žindymo pradžia per vieną valandą nuo vaiko gimimo.

Išimtinis žindymas – kūdikių žindymas iki 6 mėn. neduodant jokių kitų papildomų skysčių, išskyrus vitaminus ar vaistus.

Mišrus maitinimas – naujagimio ar kūdikio iki 6 mėn. amžiaus maitinimas ne tik motinos pienu, bet ir motinos pieno pakaitalais.

Motinos pieno pakaitalas – naujagimių ir kūdikių iki 6 mėn. amžiaus maitinimui skirtas maisto produktas, galintis iš dalies ar visiškai pakeisti motinos pieną (pradinio maitinimo mišiniai, tolesnio maitinimo mišiniai, arbata, perdirbti grūdiniai maisto produktai, maistas kūdikiams ir mažiems vaikams ir kt.).

Pradinio maitinimo mišiniai – specialiosios paskirties maisto produktai kūdikiams pirmaisiais gyvenimo mėnesiais, visiškai patenkinantys kūdikių mitybos poreikius, kol jie pradeda maitinti papildomai.

Tolesnio maitinimo mišiniai – specialiosios paskirties maisto produktai pradedamiems papildomai maitinti kūdikiams, pagrindinis palaiptinimo įvairinamos tokių kūdikių mitybos skystasis produktas.

Papildomas maitinimas – žindymo derinimas su maitinimu pusiau tirštu ir tirštu maistu, pagamintu iš įvairių produktų, ir girdymu įvairiais skysčiais.

1. ĮVADAS

1.1. Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Visavertė ir sveika mityba yra vienas svarbiausių veiksnių, nulemiančių sėkmingą naujagimio adaptaciją bei gerą kūdikio augimą, vystymąsi ir sveikatos būklę. Specialistų manymu, nuo pat pirmųjų gimimo dienų mityba turi būti visavertė ir užtikrinti visus augančio ir besivystančio mažojo individo poreikius, lemti kokybišką imuninės sistemos brandą [1;2].

Per pastaruosius keletą dešimtmečių atlikti tyrimai patvirtina, jog žindymas turi didelės įtakos tam, kad vaikas augtų sveikas. Žindymo apsauga, skatinimas ir rėmimas yra visuomenės sveikatos prioritetas, nes žindymas yra natūralus kūdikių ir mažų vaikų maitinimo būdas. Išimtinis žindymas pirmuosius šešis gyvenimo mėnesius, vėliau papildytas tinkamu maistu, užtikrina optimalų vaiko augimą, vystymąsi ir sveikatą.

Žindymas nėra tinkamai skatinamas ir remiamas. Daugelis sveikatos priežiūros ir socialinių institucijų teikia paslaugas, kurios dažnai sudaro kliūtis žindymo inicijavimui ir tęstinumui. Pasaulyje vis dažniau motinos pienas keičiamas įvairiais dirbtiniais pieno mišiniais. Maži rodikliai ir ankstyvas žindymo nutraukimas turi svarbių sveikatos ir socialinių pasekmių moterims, vaikams, bendruomenei ir aplinkai, lemia didesnius nacionalinės sveikatos priežiūros kaštus ir didina sveikatos nelygybę.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, kiekvienais metais pasaulyje 1,5 mln. vaikų miršta ir milijonai nukenčia, nes yra netinkamai maitinami. Vaikai, kurių maitinimas yra nepakankamas arba nevisavertis, dažniau serga ir kenčia dėl raidos sutrikimo pasekmių. Dėl tokios situacijos PSO, UNICEF, įvairios visuomeninės organizacijos vykdo aktyvią veiklą propaguodamos ir skatindamos kūdikių žindymą. Žindymo rėmimas tapo daugelio tarptautinių ir nacionalinių mitybos gerinimo programų dalimi [3]. PSO rekomendacijose „Sveikata visiems XXI amžiuje“ pažymėta, kad sveikai žmogaus gyvenimo pradžia labai svarbus kūdikių žindymo skatinimas ir palaikymas.

Lietuvoje daug dėmesio skiriama žindymo skatinimui – vienam svarbiausių sveiko gyvenimo pradžios ir krūties vėžio profilaktikos veiksnių. Siekiama įgyvendinti pagrindinę PSO nuostatą, jog kūdikiai turi būti išimtinai žindomi iki 6

mėn., o duodant papildomo maisto nuo 6 mėn. žindymas iki vienerių metų yra būtinai rekomenduotinas, taip pat jis gali būti tęsiamas iki 2 m. ir ilgiau [3;4].

PSO šalys narės 2012 m. gegužės mėn. vykusioje 65-ojoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje vieningai priėmė visuotinį motinų, kūdikių ir mažų vaikų mitybos planą, kuriuo siekiama, kad 2025 m. bent 50 proc. kūdikių visame pasaulyje būtų maitinami išimtinai motinos pienu. Šiuo metu išimtinai žindomi tik maždaug 38 proc. kūdikių iki 6 mėn. amžiaus [5]. Pagal PSO 2009 m. statistinius duomenis, visame pasaulyje 2000–2008 m. tik 34,8 proc. kūdikių iki 6 mėn. buvo maitinami vien tik motinos pienu [6].

Lietuvoje daugėja žindomų kūdikių, tačiau, palyginti su kitomis Europos šalimis (Švedija, Norvegija), kur mažiausi vaikų mirtingumo ir sergamumo rodikliai, vis dar tebėra mažai žindomų kūdikių. Švedijoje iki 6 mėn. žindoma 80 proc. kūdikių, Norvegijoje – 72 proc., Lietuvoje – 31,0 proc. [7]. Todėl išlieka būtinybė įvairiomis iniciatyvomis skatinti žindymą ir formuoti palankų visuomenės požiūrį į jį bei siekti, kad kuo daugiau motinų kuo ilgiau žindytų savo kūdikius.

Mokslininkai toliau tyrinėja ir siekia atskleisti, kokia žindymo trukmė yra naudinga kūdikio sveikatai, ar tris ir daugiau mėnesių žindytas kūdikis yra apsaugotas nuo didesnio sergamumo, palyginti su visai nežindytais kūdikiais. Kol kas tokio pobūdžio studijų nėra daug, o negausūs tyrimai rodo, kad žindymo apsauginė funkcija tampa akivaizdi, lyginant mažiau nei šešis ir šešis mėnesius žindytus kūdikius [8;9].

Lietuvoje ištirta, kad kūdikių ir mažų vaikų sveikata tiesiogiai priklauso nuo motinų sveikatos, mitybos, elgesio, darbo pobūdžio bei visuomeninės ir socialinės padėties, medikų praktikos ir kitų veiksnių [10]. Šalyje nėra efektyvios žindymo skatinimo sistemos, per lėtai plečiamas Naujagimiams palankių ligoninių tinklas, dėl subjektyvių ir objektyvių priežasčių gimdymo priežiūros įstaigose dar nepavyksta išvengti informacijos ir reklamos, tiesiogiai ir netiesiogiai skatinančios dirbtinį kūdikių maitinimą [11].

Respublikinis mitybos centras (nuo 2010 m. balandžio 1 d. – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras) tyrė papildomą kūdikių maitinimą. Nustatyta, kad nemaža dalis motinų kūdikius maitina ne pagal vaikų mitybos specialistų rekomendacijas: papildomu maistu kūdikiai pradeda maitinti gerokai anksčiau nei rekomenduojama, papildomo maitinimo produktai dažniausiai būna nepakankamai maistingi ir saugūs [12].

Lietuvoje pastarąjį dešimtmetį tyrinėjama, kas skatina ar atvirkščiai – gali trukdyti motinoms žindyti savo kūdikius, analizuojami su žindymo trukme susiję veiksniai [11;13–16], neseniai pradėtos nagrinėti žindymo sąsajos su vaikų fizinės sveikatos ir elgesio ypatumais [17], tačiau tokių tyrimų, kuriuose būtų išsamiai nagrinėjamos natūralaus ir papildomo maitinimo sąsajos su įvairiais motinų veiksniais, vaikų sveikata ir jų fiziniu augimu, nėra arba tai tik pradedama tyrinėti.

1.2. Darbo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas – įvertinti kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklę Vilniaus mieste bei žindymo trukmės, laiku pradėto papildomo maitinimo, maisto įvairovės, tinkamo maitinimo režimo sąsajas su vaikų amžiumi, fizine sveikatos būkle, motinų amžiumi, išsilavinimu, finansine šeimos padėtimi ir patirtimi auginant vaikus.

Siekiant darbo tikslo iškelti tokie uždaviniai:

1. Nustatyti natūralaus maitinimo paplitimą pagal jį apibūdinančius rodiklius: ankstyvo žindymo pradžią, išimtinio žindymo iki 6 mėn. bei vaikų žindymo iki vienerių–dvejų metų amžiaus trukmę.
2. Nustatyti papildomo maitinimo paplitimą pagal jį apibūdinančius rodiklius: papildomo maitinimo pradžią, maisto įvairovę, minimalų valgymų skaičių ir tinkamą maitinimo režimą.
3. Įvertinti kūdikių ir antrų metų vaikų natūralaus maitinimo, papildomo maitinimo pradžios, maisto įvairovės, tinkamo maitinimo režimo sąsajas su vaikų amžiumi, jų gimimo būdu, motinų amžiumi, išsilavinimu, patirtimi auginant vaikus ir finansine šeimos padėtimi.
4. Nustatyti motinų informuotumą apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą bei paramą šeimoje ir jo įtaką žindymo trukmei, papildomo maitinimo pradžiai, maisto įvairovei.
5. Įvertinti kūdikių ir antrų metų vaikų fizinės sveikatos būklės dinamiką per pirmuosius dvejus metus ir nustatyti jos sąsajas su mitybos rodikliais.

1.3. Darbo mokslinis naujumas

Pirmą kartą Lietuvoje buvo kompleksiskai ištirta kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklė naudojant du klausimynus – PSO dokumento *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part II: Measurement, 2010* [18] klausimyną „Kūdikių ir mažų vaikų maitinimas“ [*IYCF – Infant and young child feeding*] ir autorės sudarytą klausimyną, atspindintį motinų socialinius ir demografinius požymius, nėštumo eigą, gimdymo būdą, informacijos apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą teikimą bei vertinant vaikų fizinės sveikatos būklę, siejant ją su kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos rodikliais.

Klausimynas *Kūdikių ir mažų vaikų maitinimas (IYCF Infant and young child feeding)* buvo pritaikytas tirti Lietuvos kūdikių ir antrų metų vaikų mitybą, gavus PSO biuro Lietuvoje vadovo leidimą naudotis dokumentu *Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part 2 Measurement, WHO, 2010* ir atlikus klausimyno dvigubą vertimą iš anglų į lietuvių ir lietuvių į anglų kalbas.

Darbe analizuotas kūdikių ir antrų metų vaikų natūralaus maitinimo paplitimas, jo kitimo tendencijos lygintos su Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis. Įvertintos Vilniaus miesto kūdikių ir antrų metų vaikų žindymo trukmės, papildomo maitinimo pradžios, maisto įvairovės, tinkamo maitinimo režimo sąsajos su vaikų amžiumi, jų sveikata, motinų amžiumi, išsilavinimu, finansine šeimos padėtimi ir patirtimi auginti vaikus. Tirtas motinų informuotumas apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą bei parama šeimoje ir jų įtaką žindymo trukmei, papildomo maitinimo pradžia, maisto įvairovei.

Panaudojus prof. J. Tutkuvienės metodines rekomendacijas „Vaikų augimo ir brendimo vertinimas“ (1995) [19] buvo vertinama kūdikių ir antrų metų vaikų fizinė būklė pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais bei vaikų fizinio augimo sąsajos su jų mitybos rodikliais.

1.4. Darbo praktinė svarba

Kūdikių žindymo apžvalga Lietuvoje 1993–2011 m. parodė ryškų žindymo rodiklių dinamikos padidėjimą nuo 1999 m., kuris sietinas su Lietuvos Respublikos Vyriausybės „Kūdikių ir vaikų iki 3 m. amžiaus mitybos gerinimo programos“ įdiegimu (1994 m.) [20]. Motinų, žindančių kūdikius 6 mėn., 1993 m. buvo 8,6 proc.,

1999 m. – 22,2 proc. (padaugėjo beveik 3 kartus). Šios programos tikslas – kūdikių ir mažų vaikų žindymo, racionalaus, tinkamo papildomo bei dirbtinio maitinimo (kai neįmanomas žindymas) biologiškai vertingais produktais skatinimas ir organizavimas.

Tirta Vilniaus miesto viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje registruotų 6–23 mėn. vaikų mitybos būklė bei žindymo trukmės, papildomo maitinimo pradžios, maisto įvairovės, tinkamo maitinimo režimo sąsajos su vaikų amžiumi, jų sveikata, motinų amžiumi, išsilavinimu, finansine šeimos padėtimi ir patirtimi auginant vaikus.

Tyrimo rezultatai publikuoti mokslinėje literatūroje, medicinos visuomenė supažindinta su kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būkle, jos kitimo tendencijomis Lietuvoje, sąsajomis su socialiniais, demografiniais veiksniais bei vaikų sveikatos būkle.

Darbo rezultatai bus naudingi patiems programos dalyviams, nes remiantis atlikto tyrimo rezultatais bus galima įvertinti kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklės pokyčius per pastaruosius metus bei parengti priemones, galinčias pagerinti kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklę Lietuvoje.

Šis darbas galėtų būti naudingas visuomenės sveikatos specialistams, slaugos specialistams, šeimos gydytojams ir sveikatos politikams, rengiant ir į praktiką diegiant profilaktines bei sveikatos mokymo programas.

1.5. Ginamieji teiginiai

- Tikėtina, kad netinkamą žindymo praktiką Vilniaus mieste gali lemti motinų socialiniai ir demografiniai veiksniai (amžius, išsilavinimas, finansinė padėtis, šeimtinė padėtis) bei kiti motinų veiksniai: vėlyvas kūdikio pridėjimas prie krūties, žindymo būdas, žinduko davimas ir gimdymo būdas.
- Tikėtina, kad netinkamą papildomo maitinimo praktiką Vilniaus mieste lemia žemas motinų išsilavinimo lygis ir prastesnė ekonominė padėtis šeimoje.
- Tikėtina, kad netinkama kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklė yra susijusi su sveikatos priežiūros veiksniais: nepakankamu lankymusi nėščiosioms skirtuose kursuose, nepakankamu mokymu per gimdymą bei kontaktų su sveikatos priežiūros specialistais po gimdymo trūkumu.
- Tikėtina, kad dažnesnį kūdikių ir antrų metų vaikų sergamumą pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais gali lemti trumpa žindymo trukmė.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Žindymo skatinimo politika Lietuvoje ir užsienio šalyse

Šiandien neginčytina, kad žindymas – vienintelis teisingas kūdikių maitinimo būdas, visiškai patenkinantis kūdikio iki 6 mėn. poreikius, nulemiantis normalų jų augimą ir vystymąsi bei padedantis pamatus vaiko dvasinei, psichinei ir fizinei sveikatai. Kūdikių žindymas būtinas kūdikiui ir labai svarbus motinos sveikatai – įrodyta, kad suaugusieji, teisingai maitinti kūdikystėje, rečiau serga lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (kraujotakos sistemos ligomis, cukriniu diabetu ir kt.) [21].

Visuomenės sveikatos iniciatyvos, skirtos apsaugoti, skatinti ir remti žindymą, turi būti grindžiamos pasauline kūdikių ir mažų vaikų maitinimo strategija, patvirtinta visų PSO narių 55-ojoje Pasaulio Sveikatos Asamblėjoje (PSA) 2002 m. gegužės mėn. Pasaulinė strategija grindžiama Tarptautiniu Motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodeksu ir jį papildančiomis PSA rezoliucijomis: „Innocenti“ deklaracija dėl žindymo apsaugos, skatinimo ir rėmimo; PSO / UNICEF Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyva. Pasaulinėje strategijoje išskirtinis dėmesys skiriamas vaikų, gyvenančių kritiškomis sąlygomis, poreikiams ir apima nuostatas dėl tinkamo ir laiku pradedamo papildomo maitinimo. Žindymas taip pat išskiriamas kaip prioritetas PSO / EURO pirmame Europos maisto produktų ir mitybos veiksnių 2000–2005 m. patvirtintame plane [3].

Žindymo apsaugos, skatinimo ir rėmimo svarba taip pat pabrėžiama svarbiuose Europos Sąjungos (ES) dokumentuose. Europos dietos projekte EURODIET primygtinai rekomenduojama peržiūrėti ES žindymo veiksnių plane esančius veiksmus, plėtrą bei įgyvendinimą. Remiantis EURODIET Prancūzijos iniciatyvoje išryškintas žindymo priežiūros ir skatinimo veiksnių poreikis. Prancūzijos iniciatyva paskatinta 2000 m. priimti ES Tarybos rezoliuciją dėl mitybos ir sveikatos, kurioje žindymas buvo oficialiai pripažintas prioritetu [22].

Žindymo skatinimas priklauso nuo nacionalinės politikos įgyvendinimo ir rekomendacijų, parengtų pagal Pasaulinę kūdikių ir mažų vaikų maitinimo strategiją, kuriai pritarė visos ES šalys narės 2002 m. vykusioje 55-ojoje Pasaulio Sveikatos Asamblėjoje, ir pagal PSO / EURO Maisto ir mitybos politikos veiksnių planą.

WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) yra pasaulinis organizacijų, tinklų ir asmenų aljansas, kuris siekia apsaugoti, skatinti ir remti žindymą. WABA

veikla remiasi „Innocenti“ deklaracija, šis aljansas artimai bendradarbiauja su Jungtinių tautų vaikų fondu (UNICEF).

IBFAN siekia apginti žindymą ir užtikrinti, kad motinos gautų teisingą informaciją (kuri nebūtų susijusi su komerciniais tikslais) apie kūdikių maitinimą. IBFAN (International Baby Food Action Network) taip pat siekia padidinti pieno mišinių saugumą [23].

Ilgus metus tokios organizacijos kaip IBFAN, UNICEF ir kitos kūdikių žindymą remiančios ir ginančios organizacijos, ragino PSO pailginti išskirtinio žindymo terminą iki 6 mėn. Ekspertų komitetas atrinko, peržiūrėjo ir įvertino daugiau nei 3 000 informacijos šaltinių. 2001 m. gegužės 18 d. buvo priimta PSO rezoliucija, kurioje šalys narės raginamos „...atsižvelgiant į PSO ekspertų konsultaciją dėl optimalios kūdikių žindymo trukmės, remti išimtinį žindymą iki šešių mėnesių kaip pasaulinę visuomenės sveikatos rekomendaciją ir užtikrinti saugų ir reikiamą papildomą maistą toliau tęsiant žindymą iki dvejų metų ir ilgiau...“. PSO teigia, kad žindyti kūdikius iki 6 mėn. gali 70–75 proc. motinų. Kai nėra galimybių maitinti motinos pienu, sveikam kūdikiui reikėtų duoti pieno mišinius [24].

2012 m. gegužės mėn. vykusioje 65-ojoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje visos PSO šalys narės vieningai priėmė visuotinį motinų, kūdikių ir mažų vaikų mitybos planą, kuriuo siekiama, kad 2025 m. bent 50 proc. kūdikių visame pasaulyje būtų maitinami išimtinai motinos pienu. Šiuo metu išimtinai žindomi tik maždaug 38 proc. kūdikių iki 6 mėn. amžiaus. PSO siekia apsaugoti ir skatinti žindymą bei teikti paramą motinoms visame pasaulyje, kad jų kūdikių gyvenimo pradžia būtų geriausia [5].

65-ojoje Pasaulio sveikatos asamblėjoje PSO pabrėžė, kad ir toliau tęs savo misiją padėdama valstybėms narėms pritaikyti, įdiegti ir prižiūrėti Tarptautinio motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodekso įgyvendinimą ir su juo susijusių Pasaulio sveikatos asamblėjos rezoliucijų vykdymą; remis kūdikiams palankios priežiūros įgyvendinimą vystant naujagimiams palankių ligoninių iniciatyvą; remis dalomosios medžiagos, skirtos žindymo konsultantų mokymui, kūrimą ir platinimą. Taip pat PSO skatina valstybes narės tirti ir vertinti situaciją bei jos pokyčius savo šalyse, siekiant įgyvendinti visuotinio motinų, kūdikių ir mažų vaikų mitybos plano tikslus.

2.1.1. Tarptautinis motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodeksas

Norint tarptautiniu mastu apginti motinas nuo komercinės įtakos (kai stengiamasi įtikinti, jog motinos pieno pakaitalai tolygūs motinos pienui), buvo sukurtas šis Kodeksas. Kodekso tikslas – saugoti ir skatinti maitinimą krūtimi, teikiant teisingą informaciją, per rinkodarą ir platinimą užtikrinti tinkamą motinos pieno pakaitalų vartojimą, jeigu tai būtina, ir įtvirtinti saugų bei taisyklingą kūdikių maitinimą.

1981 m. Pasaulinė sveikatos asamblėja (181 balsų „už“, 1 „prieš“) patvirtino Kodeksą, kuris numatytas kaip minimalus reikalavimas, siekiant apginti kūdikių teisę į sveiką mitybą, remiant ir skatinant kūdikių žindymą bei siekiant, kad motinos pieno pakaitalai nebūtų reklamuojami ir platinami tokiais būdais, kurie gali trukdyti kūdikių maitinimui motinos pienu. Vyriausybės buvo raginamos nuosekliai diegti visus Kodekso nutarimus. Kodekse siekiama skatinti kūdikių žindymą ir kontroliuoti nekorektišką rinkodaros veiklą, t. y. prekybą dirbtinio maitinimo produktais [25;26].

2001 m. buvo atliktas Tarptautinio motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodekso įdiegimo tyrimas Lietuvoje, kurio tikslas – nustatyti Kodekso pažeidimus. Atliekant tyrimą buvo nustatyta daug šio Kodekso reikalavimų pažeidimų: išvykstant iš akušerijos stacionaro motinoms buvo dalijami pieno mišiniai ir kitų produktų pavyzdžiai, bendrovių dovanos bei informacinė medžiaga ir kt. Tyrimo rezultatai patvirtino būtinybę pasitelkiant įstatymus kontroliuoti motinos pieno pakaitalų rinkodaros veiklą [27].

Parengti ir sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 27 d. įsakymu Nr. V-612 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigose taikomų tarptautinių motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodekso reikalavimų patvirtinimo“ (2013 m. liepos 22 d. įsakymu Nr. V-716 „Dėl Informacijos apie motinos pieno pakaitalus ir dirbtiniam maitinimui skirtus gaminius teikimo reikalavimai“ nauja redakcija) patvirtinti reikalavimai. Šių reikalavimų diegimas sveikatos priežiūros įstaigose padeda užtikrinti kūdikių ir mažų vaikų žindymo apsaugą, rėmimą ir skatinimą bei kūdikių žindymo skatinimo iniciatyvų Lietuvoje įgyvendinimą [28;29].

2.1.2. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija

1989 m. lapkričio 20 d. Jungtinių Tautų Generalinė Asamblėja priėmė Vaiko teisių konvenciją. Šis žingsnis vainikavo daugiau nei šešis dešimtmečius trukusį

nevyriausybinių organizacijų bei kitų žmogaus teisių ekspertų darbą, kad visiems, ypač vyriausybėms, vaiko teisės taptų prioritetu. JT Vaiko teisių konvencijoje įtvirtinti nauji su vaiko teisėmis susiję etiniai principai bei tarptautinės elgesio normos.

Šis dokumentas – tai galingas įrankis, kovojant už vaiko teises, kadangi ratifikavusi JT Vaiko teisių konvenciją, šalis įsipareigoja panaudoti kuo daugiau savo išteklių, prireikus ir tarptautinį bendradarbiavimą, kad ši konvencija būtų įgyvendinta. 1995 m. Lietuva taip pat ratifikavo šią konvenciją [30]. 24-ajame Vaikų teisių konvencijos straipsnyje pabrėžiama, kad valstybės dalyvės siekia visiškai įgyvendinti vaiko teisę naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos atkūrimo priemonėmis ir imasi priemonių, kuriomis galima informuoti visus visuomenės sluoksnius, ypač tėvus ir vaikus, apie vaikų sveikatą ir mitybą, maitinimo krūtimi privalumus, higieną, vaiko gyvenamosios aplinkos sanitariją ir kelių nelaimingiems atsitikimams užkirtimą, taip pat sudaryti galimybę jiems lavintis ir tokiomis žiniomis pasinaudoti [31].

2.1.3. „Innocenti“ deklaracija

1990 m. rugpjūčio 1 d. Italijoje, aukšto lygio vyriausybių atstovų iš 30 šalių susirinkime buvo priimta „Innocenti“ deklaracija dėl kūdikių žindymo apsaugos, skatinimo ir rėmimo.

Siekiant užtikrinti pagrindinį optimalios motinystės ir vaiko sveikatos bei mitybos tikslą, visoms moterims turi būti suteikta galimybė žindyti savo kūdikius, o visi kūdikiai turi būti žindomi išimtinai nuo gimimo iki jiems sueis 4–6 mėn. Vėliau kūdikiai turi papildomai gauti reikiamo maisto ir būti toliau žindomi iki jiems sueis dveji metai ar daugiau.

Nacionalinės valdžios struktūros skatinamos integruoti kūdikių žindymo politiką į bendras sveikatos ir plėtros programas. To siekdamas, jos turi nukreipti visus veiksmus į siekį apsaugoti, skatinti ir remti kūdikių žindymą perinatalinėse, antinatalinėse programose, mitybos, šeimos planavimo tarnybos ir gydant dažnas motinų ir vaikų ligas. Visas sveikatos priežiūros personalas turi būti išmokytas ir turėti reikiamą įgūdžių, kad įgyvendintų šią kūdikių žindymo politiką [32].

2.1.4. Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyva

PSO ir UNICEF 1991 m. Ankaroje vykusioje Tarptautinės pediatrių asociacijos konferencijoje paskelbė visuotinę Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyvą. Jos tikslas – praktiškai įgyvendinti programą „10 žingsnių sėkmingo kūdikių žindymo link“, pasiekti, kad motinos savo kūdikius pirmuosius 6 mėn. vien žindytų ir po to tęstų žindymą kartu papildomai maitindamos tirštu maistu tiek ilgai, kiek tik kūdikis ir motina norės [33].

Lietuvoje pirmieji Naujagimiams palankios ligoninės (NPL) iniciatyvą 1993 m. pradėjo taikyti Kauno medicinos universiteto Akušerijos ir neonatologijos klinikos ir Vilniaus gimdymo namai. Šiuo metu Lietuvoje yra 8 ligoninės (15 proc. visų gimdymo stacionarų), kurioms suteiktas Naujagimiams palankios ligoninės vardas. Siekiant skatinti kūdikių žindymą ir plėsti Naujagimiams palankių ligoninių tinklą Lietuvoje sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 27 d. įsakymu Nr. V-613 „Dėl stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vertinimo pagal Naujagimiams palankios ligoninės reikalavimus laikinųjų taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 135-4905) patvirtinti reikalavimai gimdymo stacionarams, siekiantiems tapti NPL. Minėtos taisyklės parengtos vadovaujantis tarptautiniais PSO ir UNICEF Naujagimiams palankios ligoninės reikalavimais. Visas įstaigos personalas, kuris tiesiogiai rūpinasi pacientais, pagal savo kompetenciją turi mokėti įgyvendinti žindymo ir jo rėmimo programos priemones; visos nėščiosios, kurios lankosi įstaigoje, turi būti informuojamos apie žindymo privalumus kūdikiui, motinai, šeimai ir dirbtinio maitinimo trūkumus bei pavojus, mokomos, kaip taisyklingai žindyti ar prireikus rankomis nutraukti pieną; įstaigoje turi būti sudarytos sąlygos motinai pradėti žindyti naujagimį per pirmąjį pusvalandį po vaiko gimimo ir palikti jį su motina (prižiūrint personalui) neribotam laikui, iki naujagimis pirmą kartą pažįs krūtį ir kt. Visos ligoninės, kuriose yra gimdymo skyriai, kviečiamos prisijungti prie Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyvos.

Užsienyje taip pat plačiai vykdoma Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyva, pvz., Švedijoje šis vardas yra suteiktas visoms ligoninėms (100 proc.), Norvegijoje – 64 proc., Šveicarijoje – 59 proc., Jungtinėje karalystėje – 43 proc., o Latvijoje – 22 proc. visų gimdymo stacionarų turi Naujagimiams palankios ligoninės vardą.

Tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse atlikti tyrimai rodo, kad pakeitus gimdymo įstaigose nusistovėjusią tvarką, padaugėja natūraliai maitinančių motinų ir pailgėja

žindymo trukmė. Kaune buvo atliktas momentinis tyrimas, kurio tikslas – įvertinti, kokie veiksniai turi įtakos žindymo iki 6 mėn. trukmei, bei palyginti Kauno miesto motinų grupę su kitų Lietuvos miestų motinų grupe. Išanalizavus anonimines anketas buvo nustatyta, kad iki 6 mėn. savo kūdikius žindo 47,5 proc. kauniečių ir 35,4 proc. kitų Lietuvos miestų motinų. Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyva padėjo pagausinti žindančių motinų gretas ir pailginti žindymo trukmę Kaune: rečiau kūdikiams duotas žindukas (26,8 ir 35,7 proc.), rečiau jie buvo primaitinami mišiniu ar nutrauktu motinos pienu iš buteliuko (28,0 ir 45,5 proc.), statistiškai reikšmingai mažiau kauniečių (1,8 ir 7,9 proc.) juto skausmą žindydamos, pieno stygiumi net gimdymo skyriuje kaunietės skundėsi rečiau (17,3 ir 27,5 proc.) [34].

2.1.5. LR Reklamos įstatymas

Nuo 2001 m. sausio 1 d. Lietuvoje įsigaliojo LR Reklamos įstatymas. LR Reklamos įstatymo 14 straipsnio „Maisto reklama“ 2 punkte įteisinta: „Motinos pieno pakaitalų reklama leidžiama tik sveikatos priežiūros specialistams skirtuose leidiniuose ir teisės aktų nustatyta tvarka ant šių prekių pakuočių“ [35].

Lietuvos higienos norma HN 107:2001 „Specialiosios paskirties maisto produktai“, privaloma visiems juridiniams ir fiziniams asmenims, gaminantiems, fasuojantiems, gabenantiems, laikantiems, įvežantiems į Lietuvos Respubliką, parduodantiems specialiosios paskirties maisto produktus. Siekiant skatinti ir palaikyti maitinimą motinos pienu bei atsižvelgiant į tai, kokį svarbų vaidmenį atlieka informacija nėščioms moterims ir kūdikių motinoms pasirenkant kūdikių maitinimo būdą, šioje higienos normoje pateikiami tokie reikalavimai kūdikių mišinių ženklavimui ir informacijos pateikimui, kad pateikiama informacija užtikrintų tinkamą kūdikių produktų vartojimą ir nenuteiktų prieš kūdikių maitinimą motinos pienu [36].

2.1.6. Kūdikių natūralaus maitinimo skatinimo programos

Vadovaujantis 1993 m. Lietuvoje atliktais apklausos rezultatais, tuo metu Lietuvoje kūdikius iki 4 mėn. žindo 23 proc., o iki būtino 6 mėn. amžiaus – tik 11,1 proc. motinų bei buvo plačiai paplitęs ankstyvas ir neteisingas papildomas kūdikių maitinimas. Todėl Lietuvos Respublikos Vyriausybė 1994 m. patvirtino Kūdikių ir

vaikų iki 3 m. mitybos gerinimo programą [20], kuri pradėta vykdyti 1995 m. Šios programos tikslas – kūdikių ir mažų vaikų žindymo, racionalaus, tinkamo papildomo bei dirbtinio maitinimo (kai neįmanomas žindymas) biologiškai vertingais produktais skatinimas ir organizavimas. Pasiiekti, kad kuo daugiau motinų žindytų kūdikius, pailginti žindymo trukmę, formuoti teisingą visuomenės požiūrį mokant medikus bei tėvus, tobulinant medicinos personalo pasirengimą bei sudarant optimalias sąlygas natūraliam kūdikių maitinimui. Lietuvoje atlikus tyrimus [37;38] buvo patikslinta kūdikių mitybos tendencija bei įvertinti pokyčiai ir parengtos priemonės, kuriomis būtų galima pagerinti kūdikių mitybos būklę Lietuvoje. Buvo parengta nemažai priemonių kūdikių žindymui skatinti, taip pat daugelyje miestų parengtos žindymo skatinimo programos. Prie šios programos vykdymo prisijungė ir „Kūdikių natūralaus maitinimo rėmimo draugija“, glaudžiai bendradarbiaujama su Lietuvos nacionaliniu UNICEF komitetu, vykdoma Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyva.

Kitose Vakarų, Šiaurės Europos, Baltijos šalyse taip pat intensyviai vykdomos žindymo skatinimo programos, plečiamas Naujagimiams palankių ligoninių tinklas, įdiegti Motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodekso reikalavimai. Siekiama, kad kuo daugiau motinų kūdikius žindytų ir maitintų taip, kaip rekomenduoja Pasaulinė sveikatos organizacija. Stebima, kad programos vykdymas šalyse davė teigiamų rezultatų žindymo paplitimui. Ten, kur paplitęs dirbtinis kūdikių maitinimas, žindymo rodikliai kilo labai lėtai (Airija, Prancūzija, Škotija ir kt.). Norvegijoje nuo 1997 m. vykdoma aktyvi žindymo skatinimo programa. Šioje šalyje aukšti žindymo rodikliai, yra tik dvi pieno mišinius gaminančios firmos, dirbtinis maitinimas nėra plačiai paplitęs. Visos motinos turi žindymo paramos grupes, dirbančioms motinoms sudaromos sąlygos žindyti. Austrijoje taip pat vykdomos įvairios žindymo skaitinimo ir saugojimo programos: parengta Valstybinė kūdikių mitybos gerinimo programa, įdiegtas Motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodeksas, plečiamas Naujagimiams palankių ligoninių tinklas, steigiamos paramos grupės „mama mamai“ – visa tai davė pastebimų teigiamų pokyčių kūdikių mitybai pagerinti [39].

Vadovaujantis „Kūdikių ir vaikų iki 3 m. mitybos gerinimo programa“ bei atliktų tyrimų duomenimis, PSO rekomendacijomis, įvertinus situaciją Lietuvoje, suformuota kūdikių ir vaikų iki 3 m. mitybos koncepcija bei politika Lietuvoje. Lietuva, kaip PSO narė, privalo laikytis Pirmojo maisto ir mitybos veiksmų Europoje plano 2000–2005 m. ir suaktyvinti savo pastangas, vykdydama keturis pagrindinius

„Innocenti“ deklaracijos teiginius ir plėsdama Naujagimiams palankių ligoninių tinklą [12, 40].

Pagrindiniai uždaviniai, kuriais siekiama pagerinti tiek kūdikių sveikatą, tiek jų mitybą bei sudaryti palankias gyvenimo sąlygas namuose ir ugdymo institucijose, numatyti Lietuvos sveikatos programoje ir jos įgyvendinimo priemonių 2003–2010 m. plano 3.1 dalyje „Kūdikių mirtingumo sumažinimas“: iki 2010 m. sumažinti kūdikių mirtingumą 30 proc. ir įgyvendinant šį tikslą pasiekti, kad 40 proc. kūdikių iki 4–6 mėn. būtų maitinami motinos pienu, visuose gimdymo stacionaruose užtikrinti ankstyvą naujagimių maitinimą krūtimi, pasiekti, kad motina būtų su kūdikiu visą parą; 4.1.2. dalyje „Sveika mityba“ nurodoma, kad būtina skatinti natūralų kūdikių maitinimą [41].

Pasiekimai kūdikių mirtingumo mažinimo srityje yra žymūs, nes Lietuvos sveikatos programoje iki 2010 m. numatytas siekis sumažinti šį rodiklį 30 proc. buvo įvykdytas. 1998–2010 m. žymiai pagerėjo nėščiujų ir naujagimių priežiūra, dėl to kūdikių mirtingumas sumažėjo nuo 9,3 mirusių kūdikių, tenkančių 1 000 gimusių gyvų 1998 m., iki 4,3 – 2010 m. (daugiau nei du kartus).

Taip pat stebimi pasiekimai kūdikių žindymo srityje – kaip pažymima LR Sveikatos apsaugos ministerijos parengtuose Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenyse, kūdikių, žindytų iki 3 mėn., 2010 m. buvo 60,9 proc., žindytų iki 6 mėn. – 40,0 proc. [42].

Valstybinėje maisto ir mitybos strategijoje ir jos įgyvendinimo priemonių 2003–2010 m. plane [43], taip pat numatyta įgyvendinti priemonės ir pasiekti, kad kūdikiai iki 6 mėn. amžiaus būtų maitinami vien tik motinos pienu, tęsiant žindymą ir antraisiais kūdikio gyvenimo metais. Pagrindinės priemonės šiam tikslui pasiekti yra: Naujagimiams palankios ligoninės iniciatyvos įdiegimo akušerijos stacionaruose plėtojimas; PSO ir UNICEF Tarptautinio motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodekso įgyvendinimas, palankaus visuomenės požiūrio į žindymą formavimas ir kt.

LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl nacionalinio kūdikių žindymo skatinimo iniciatyvų įgyvendinimo komiteto patvirtinimo“, prie Sveikatos apsaugos ministerijos sudarytas Nacionalinis kūdikių žindymo skatinimo iniciatyvų įgyvendinimo komitetas PSO ir UNICEF iniciatyvoms „Naujagimiams palanki ligoninė“ bei „Motinai ir kūdikiui palanki bendruomenė“ ir nacionalinių motinos ir vaiko programų žindymo komponentams įgyvendinti. Pagrindinis šio komiteto uždavinys – skatinti kūdikių žindymą Lietuvoje [44].

Ilgalaikė patirtis rodo, kad žindymą galima apsaugoti, skatinti ir remti tik bendrais ir koordinuotais veiksmais. Žindymo ekspertai, atstovavę visoms ES valstybėms narėms ir asocijuotoms valstybėms narėms bei atitinkamoms rėmėjų grupėms, įskaitant motinas, sukūrė plano modelį, kuriame nurodyti veiksmai, įtrauktini į nacionalinius ar regioninius planus ir įgyvendintini. Jis apima specifines intervencijas ir intervencijų rinkinius, kurių efektyvumas pagrįstas įrodymais. Specifiniai žindymo apsaugos, skatinimo ir rėmimo veiksmai turi būti grindžiami efektyviu informacijos, mokymo ir informacijos sklaidos (komunikavimo) planu bei ikidiplominiu ir podiplominiu mokymu. Stebėjimas ir vertinimas, taip pat ir moksliniai tyrimai pagal susitartus darbo prioritetus yra esminiai, jei siekiama, kad planavimas būtų efektyvus.

Visuotinė nacionalinė politika turi būti grindžiama pasauline Kūdikių ir mažų vaikų mitybos strategija ir integruota į visas sveikatos politikas (nuostatas). Reikia skatinti profesines asociacijas, kad jos parengtų rekomendacijas ir praktikos gaires pagal nacionalines nuostatas. Trumpalaikiai ir ilgalaikiai planai turi būti rengiami atitinkamose ministerijose ir valdžios įstaigose, kurios taip pat turi paskirti tinkamos kvalifikacijos koordinatorius ir tarpsektorinius komitetus. Planams įgyvendinti reikia atitinkamų žmogiškųjų ir finansinių išteklių [3].

2.2. Žindymo paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje

Pagal PSO 2009 m. statistinius duomenis, visame pasaulyje 2000–2008 m. buvo žindomi tik 34,8 proc. kūdikių iki 6 mėn. Jei atsižvelgsime į statistinių duomenų pasiskirstymą pagal PSO regionus, tai 2000–2008 m. Afrikos regione 29,5 proc., Amerikos regione 30,9 proc., Pietryčių Azijos regione 43,2 proc., Europos regione 17,7 proc., Rytų Viduržemio regione 34,2 proc. kūdikių iki 6 mėn. buvo išimtinai žindomi. Apžvelgus Europos valstybes, tik motinos pienu žindomų kūdikių iki 6 mėn. 2000–2008 m. statistika yra tokia: Austrijoje – 10,0 proc., Albanijoje – 2,3 proc., Vokietijoje – 22,4 proc., Rumunijoje – 15,8 proc., Ukrainoje – 18,2 proc., Šveicarijoje – 14,0 proc., Moldavijoje – 45,5 proc. Besivystančiose šalyse tik 40 proc. kūdikių iki 6 mėn. yra maitinami motinos pienu. [45].

Lietuvoje daug dėmesio skiriama žindymo skatinimui, kaip vienam iš svarbiausių sveiko gyvenimo pradžios ir profilaktikos prieš krūties vėžį veiksnių.

Stengiamasi įgyvendinti pagrindinę PSO nuostatą, jog kūdikiai turi būti išimtinai žindomi iki 6 mėn., o papildomai maitinant nuo 6 mėn. žindoma iki 2 m. ar ilgiau.

Atliktų tyrimų duomenimis, Lietuvoje kūdikius iki 6 mėn. amžiaus žindo tik kiek daugiau nei kas trečia, o iki 12 mėn. amžiaus – maždaug kas dešimta mama. Vykdamas „Kūdikių ir vaikų iki 3 m. amžiaus mitybos gerinimo programą“ (1994 m.) bei atliekamas apklausas nustatyta, kad Lietuvoje padaugėjo kūdikių žindymo atvejų, pailgėjo maitinimo trukmė. Motinų, žندانčių kūdikius 6 mėn., 1993 m. buvo 9,8 proc., 1999 m. – 22,2 proc., 2003 m. – 23,0 proc., 2005 m. – 30,5 proc. 1995–2003 m. vidutinė žindymo trukmė Lietuvoje pailgėjo visu mėnesiu (1995 m. – 2,8 mėn., 2003 m. – 3,8 mėn.) [12;13;21;46].

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2011 m. krūtimi žindomi buvo 62,3 proc. kūdikių iki 3 mėn., ir 41,0 proc. kūdikių iki 6 mėn. Šie rodikliai per šešerius metus nuo 2005 m. pakilo 10,8 proc. ir 8,1 proc. (atitinkamai: iki 3 mėn. – 51,5; iki 6 mėn. – 32,9) [47].

Nors teigiamų poslinkių žindymo srityje yra, tačiau savo rodikliais mes tik vejame daugelį kitų šalių ir dar gerokai atsiliekame: Vengrijoje 96,7 proc. (2010 m.), Norvegijoje 80 proc. (2006 m.), Islandijoje 74,7 proc. (2009 m.), Švedijoje 72,0 proc. (2004 m.), Estijoje 54,8 proc. (2010 m.), Latvijoje 52,5 proc. motinų žindo kūdikius iki 6 mėn. [48]. Todėl, be abejonės, ir toliau būtina įvairiomis iniciatyvomis skatinti žindymą ir formuoti palankų visuomenės požiūrį į jį, siekti, kad kuo daugiau motinų kuo ilgiau žindytų savo kūdikius.

JAV Ligų kontrolės ir prevencijos centro (Center for Disease Control and Prevention) pagrindinis uždavinys buvo pagerinti motinų ir jų vaikų sveikatą, tuo tikslu pateiktas natūralaus maitinimo pranešimų protokolas, kuriame apibendrinti valstijų duomenys apie natūralų maitinimą. Natūralaus maitinimo pranešimų protokole (Breastfeeding Report Card) atsispindi, kaip kiekvienoje valstijoje propaguojamas, ginamas ir remiamas natūralus maitinimas. Ataskaitoje kiekviena valstija pateikia išvadas apie natūralaus maitinimo paplitimą: natūraliai kada nors maitintų kūdikių dalis, natūraliai maitintų iki 6 mėn. ir iki 12 mėn. kūdikių dalis, išskirtinai iki 3 ir iki 6 mėn. maitintų kūdikių dalis. Pateikiami tokie 2009 m. bendrieji duomenys apie žindymo paplitimą: iš viso žindytų buvo 76,9 proc. (2008 m. – 74,6 proc.), žindytų iki 6 mėn. amžiaus – 47,2 proc. (2008 m. – 44,3 proc.), žindytų iki 12 mėn. amžiaus – 25,5 proc. (2008 m. – 23,8 proc.), išimtinai žindytų iki 6 mėn. amžiaus – 11,9 proc. [49].

Didžiulis pagalbininko vaidmuo tenka Naujagimiui palankios ligoninės (Baby-Friendly Hospital initiative, BFHI) programai, kurią dotuoja PSO ir UNICEF. Šių abiejų organizacijų tikslas paskatinti ir pripažinti ligonines bei gimdymo centrus pajėgiais sudaryti palankias sąlygas naujagimių priežiūrai ir natūralaus maitinimo skatinimui, kurio sėkmingas vykdymas susideda iš dešimties etapų.

Rekomendacijose dėl 2011–2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo 16 uždavinyje kalbama apie motinos ir vaiko sveikatą. Šiuolaikinės sveikatos sistemos prioritetas – užtikrinti motinų, vaikų ir jaunimo fizinės, dvasinės ir socialinės sveikatos būklės pagerėjimą yra pirmaeilis valstybės bei sveikatos sistemos uždavinys. Bloga jauno amžiaus žmonių sveikata, kurią lemia ir motinos bei šeimos sveikata, verčia naudoti daugiau sveikatos sistemos išteklių, todėl jos pagerinimas yra pirmaeilis sveikatos sistemos efektyvumo užtikrinimo klausimas. Būtina prioriteto tvarka plėtojant šeimos gydytojo ir slaugytojo paslaugas, plečiant jų teikimo apimtį ir formas, išlaikyti nuoseklumą ir prioritetinį dėmesį vaikų sveikatai. Šiose rekomendacijose vienas iš siektinų motinos ir vaiko sveikatos rodiklių yra toks: kalbant apie kūdikių žindymą (bent iš dalies) iki 3 mėn., pasiekti 2015–2020 m. ES šalių vidurkį (70,0 proc.), o kalbant apie kūdikių žindymą (bent iš dalies) iki 6 mėn.–pasiekti 2015–2020 m. ES šalių vidurkį (48,0 proc.) [50].

2.3. Kūdikių bei antrų metų vaikų maitinimas ir jį lemiantys veiksniai

2.3.1. Tyrimai, kuriuose nagrinėjama žindymo reikšmė vaikų sveikatai

PSO, kaupianti ir apibendrinanti medicinos laimėjimus, vadovaujasi daugiau nei 2 000 tyrimų duomenimis, kurie įrodo motinos pieno naudą kūdikiui. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad mityba ankstyvuojų periodu turi įtakos visoms organų sistemoms ir sergamumui įvairiomis ligomis visą tolesnį žmogaus gyvenimą. PSO ir daugelyje studijų rekomenduojama žindyti vaiką iki 2 m. ar net ilgiau, arba tiek laiko, kiek jis nori ir motina apsisprendžia tai daryti [51–55].

Pasauliniu mastu žindymas yra laikomas vienu iš veiksnių prieš staigios kūdikių mirties sindromą. Žindymas svarbus ir ilgalaikiai sveikatai. Pavyzdžiui, koronarinės širdies ligos ištakos gali būti jau vaikystėje. Suaugusių žmonių, kūdikystėje žindytų maždaug metus, cholesterolio koncentracija kraujyje būnant 59–

70 m. amžiaus būna mažesnė, palyginti su maitintais tik dirbtinai. Žindymas turi įtakos tolesniam cholesterolio metabolizmui: jo sintezė organizme būna mažesnė.

Mokslininkai pastebėjo ryšį tarp maitinimo kūdikystėje būdo ir kraujospūdžio suaugusiojo amžiuje: žindytų vidutinis kraujospūdis buvo mažesnis nei maitintų dirbtinai. Kūdikystėje dirbtinis maitinimas gali sukelti limfinio audinio hipertrofiją ir kai kuriuos kitus pokyčius, susijusius su autoimuninėmis ligomis. Jis spartina celiakijos vystymąsi ir yra rizikos veiksnys Krono ligai / opiniam kolitui išsivystyti suaugusiųjų amžiuje. Žindymas padeda išvengti cukrinio diabeto. Nežindytiems ar labai trumpai žindytiems vaikams cukrinis diabetas prasideda jaunesniame amžiuje.

Žindymas mažina ir nutukimo riziką. Dirbtinio maitinimo mišiniams įsisavinti kūdikio kasa turi išskirti daugiau fermento insulino. Mokslininkų nuomone, reikšminga gali būti tai, kad motinos piene ilgosios grandinės polinesočiųjų riebiųjų rūgščių (IGPRR) yra gerokai daugiau nei karvės piene. Jų trūkumas būna ir nutukusių bei rezistenciją insulinui turinčių suaugusiųjų organizme. Mokslininkai nustatė, jog maitinimas motinos pienu padidina IGPRR koncentraciją vaiko skeleto raumenų membranose, o bazinė (nevalgius) gliukozės koncentracija kraujo plazmoje būna santykinai žemesnė. Šie anksti atsiradę pokyčiai galbūt turi įtakos vėlesniam su rezistencija insulinui susijusių ligų vystymuisi. Kitaip sakant, mišiniais maitinami kūdikiai dažniau nei žindomi kūdikiai išskiria insulino po maitinimo tam, kad gliukozės koncentracija jų kraujyje būtų tokia pat, t. y. normali. Tai gali reikšti, jog jau kūdikystėje formuojasi savotiškai rezistentiškas insulinui žmogaus medžiagų apykaitos pobūdis, galbūt išlikiantis visą gyvenimą [56;57].

Per pastaruosius keletą dešimtmečių sukaupta pakankamai duomenų, empiriškai įrodančių žindymo naudą kūdikių sveikatai. Motinos pienas mažina naujagimių ir kūdikių sergamumą vidurinės ausies uždegimu, virusų sukeltu viduriavimu, nekroziniu enterokolitu, gastroenteritu, respiracinio sincitinio viruso sukeliomomis infekcinėmis ligomis, staigios kūdikių mirties sindromu, alerginėmis ligomis, limfoma [1;2;12;57–67]. Tyrimų rezultatai dar kartą įrodo, kad motinos pienas – pats saugiausias ir sveikiausias maistas kūdikiams.

FB. Diallo, B. Rebhan ir kiti autoriai teigia, kad dažniausiai išimtinis kūdikių žindymas yra siejamas su mažesniu vaikų mirtingumu ir sergamumu diarėja, kai kuriomis kitomis virškinamojo trakto sistemos ligomis, taip pat pneumonija, kitomis virusinėmis ir infekcinėmis kvėpavimo sistemos ligomis, jeigu kūdikiai yra išimtinai žindomi penkis ar šešis mėnesius nuo gimimo [58;59;68–71].

Tyrimų rezultatai apie žindymo reikšmę vaikų alerginiams susirgimams yra nevienodi. Kanadoje atlikto tyrimo duomenimis, penkis mėnesius natūraliai maitinti kūdikiai mažiau linkę sirgti alerginėmis ligomis [69]. Baltarusijoje atliktos studijos rezultatai taip pat atskleidė, kad žindymas sumažino atopinės egzemos riziką [8]. Tuo tarpu 2008 m. Japonijoje atliktas tyrimas rodo, kad žindymas nesusijęs su alerginiais susirgimais. Pastaruosius patikimiau prognozuoja tėvų polinkis į alergines ligas [72]. Nyderlanduose atlikto tyrimo duomenimis, nustatyta, kad žindymas galėtų sumažinti vaikų sergamumą atopiniu dermatitu [73].

Besivystančiose šalyse, pvz., Gvinėjoje, kur apskritai yra didelis kūdikių mirtingumas nuo išsekimo ir įvairių infekcinių ligų, nustatyta, kad išimtinis žindymas iki šešių mėnesių amžiaus ne tik 70 proc. sumažina sergamumą diarėja bei kvėpavimo takų infekcijomis, bet ir apsaugo kūdikius nuo per mažo svorio bei prasto augimo [68]. S. Ip ir bendraautoriai [74], išanalizavę daugiau nei 9 000 tyrimų, atliktų tik besivystančiose šalyse, teigia, jog žindymas mažina ne tik gastroenterito, enterokolito, kvėpavimo takų infekcijų, ausų uždegimo (otitis media), bet ir atopinio dermatito, diabeto, leukemijos ir net staigios kūdikių mirties sindromo riziką [74]. Bendrai žindymo, kaip apsauginio veiksnio nuo daugelio infekcinių ligų, svarba vienodžiau ir kryptingiau atskleidžiama tyrimuose, atliekamuose besivystančiose šalyse, o išsivysčiusiose šalyse žindymo reikšmės rezultatai yra prieštaringesni [9]. Manoma, kad skirtingi rezultatai gali būti gaunami dėl skirtingos metodologijos, taip pat dėl kitų, kaip manoma, sąveikaujančių veiksnių (ypač socialinių ir demografinių charakteristikų). Tačiau kai kuriose studijose, atliktose labai išsivysčiusiose šalyse, kontroliuojant kūdikių ir jų motinų socialines bei demografines charakteristikas, žindymo ir ypač jo trukmės svarba vaikų sveikatai išlieka [9; 69; 75].

Kūdikių žindymas siejamas ne tik su geresniais fizinės sveikatos rodikliais, mažesniu sergamumu, bet ir su geresne žindomų kūdikių pažintinių gebėjimų raida [76–77], geresniais prieraišumo santykiais [78], kurie, savo ruožtu, susiję su geresne psichosocialine vaiko raida. Kol kas labai mažai tyrinėta, ar kūdikių žindymas gali sumažinti vadinamojo probleminio elgesio riziką pirmaisiais gyvenimo metais.

Daugiausia vaikų iki 5 m. amžiaus pasaulyje miršta dėl pneumonijos. JA. Cesar ir bendraautorių (1999) atliktas tyrimas atskleidė, kad kūdikiai, kurie nebuvo žindomi, 17 kartų dažniau buvo linkę sirgti pneumonija, o kūdikiai, kurie buvo žindomi ir gaudavo papildomai kito gėrimo, buvo linkę sirgti 3,8 kartus rečiau, priklausomai nuo amžiaus. Kūdikiai, kurie gaudavo papildomo maisto, 13,4 karto

dažniau sirgo pneumonija. Kai buvo išanalizuoti duomenys pagal amžių, paaiškėjo, kad jaunesni nei 3 mėn. amžiaus kūdikiai, kurie gaudavo papildomo maisto, į ligoninę dėl pneumonijos patekdavo dažniau nei 6 mėn. kūdikiai. Tyrimas atskleidė, kad papildomas maistas neturi būti siūlomas jaunesniems nei 6 mėn. kūdikiams [79].

Pripažįstama, kad žindymas yra ne tik kūdikio maitinimo, bet ir natūralios imunizacijos būdas. Didžiojoje Britanijoje atliktas tyrimas parodė, kad išeivių iš Azijos ir Afrikos motinos pieno imunoglobulinai kinta. Trumpai gyvenančių emigrančių motinų piene yra imunoglobulinų, saugančių nuo ligų, būdingų kraštams, iš kurių jos atvykusios. Kuo ilgiau emigrantė gyvena Europos šalyje ir gimdo vaikus, tuo labiau motinos pieno apsauginės savybės prisitaiko prie toje šalyje vyraujančių ligų [80].

Ilgalaikėje perspektyvoje motinos pienas priskiriamas prie veiksmingų, saugančių nuo aterosklerozės, hipertenzijos ir nutukimo [73;81–87].

Pietų Vokietijoje R. Von Kries, B. Koletzko ir bendraautorių (1999) atliktas tyrimas su didele grupe (13 345) 5–6 m. vaikų parodė, kad išimtinis žindymas sumažina nutukimo ir viršsvorio tikimybę. Nutukimo atvejų tarp niekada nežindytų vaikų buvo 4,5 proc., žindytų – 2,8 proc. Tai priklausė ir nuo žindymo trukmės. Išimtinai žindyti iki 2 mėn. buvo 3,8 proc. nutukusių kūdikių, išimtinai žindyti iki 3–5 mėn. – 2,3 proc. ir tik 1,7 proc. buvo nutukusių kūdikių, žindyti 6–12 mėn. [88].

Yra duomenų apie žindymo trukmės reikšmę vaikų pažintinių gebėjimų raidai. Naujosios Zelandijos mokslininkai vertino 7–8 m. amžiaus vaikų kalbinius ir elgesio gabumų koeficientą (IQ). Iš 413 mažai sveriančių naujagimių, 1986 m. gimusių Naujojoje Zelandijoje, 280 išgyvenusiu vaikų buvo įvertinti, sulaukę 7–8 m. amžiaus. Paaiškėjo, kad 73 proc. motinų maitino kūdikius nutrauktu savo pienu, 37 proc. motinų kūdikius žindo iki 4 mėn. amžiaus ar ilgiau. Ilgesnė maitinimo motinos pienu trukmė buvo susijusi su didesniais kalbiniais ir elgesio gabumais. Vaikų, kurie buvo žindyti arba gavo nutrauktą motinos pieną aštuonis mėnesius ar ilgiau, vidurinis kalbinis IQ buvo 10,2 taškais, o elgesio IQ – 6,2 taškais didesni nei vaikų, kurie nebuvo maitinti motinos pienu [77; 89].

A. Bener ir kt. tyrė žindymo apsauginį poveikį nuo ūmios leukemijos ir limfomos. Kontrolinėje studijoje buvo lyginama 117 pacientų nuo 2 iki 14 m. amžiaus, kurie sirgo ūmine limfocitine leukemija, Hodžkino ir ne Hodžkino limfoma, grupė su 117 tokio paties amžiaus, lyties ir priklausančiais tai pačiai etninei grupei vaikais. Sergančiųjų žindymo trukmės mediana buvo žymiai mažesnė nei kontrolinės grupės –

atitinkamai 7 ir 10 mėn. Žindymas iki 6 mėn., palyginti su žindymu ilgiau nei 6 mėn., tapo didesnės rizikos veiksmu susirgti ūmine limfocitine limfocitemija, Hodžkino ir ne Hodžkino limfoma (atitinkamai 2,47; 3,75 ir 4,06 karto) [90].

S. Marild su bendraautoriais Švedijoje atliko tyrimą, kurio rezultatai parodė, kad ilgalaikis išimtinis žindymas sumažina riziką susirgti šlapimo takų infekcijomis. Baigus žindyti apsauginis poveikis išlieka iki 2 m. [91].

Žindymas teigiamai veikia ir pačios motinos fizinę bei emocinę sveikatą, taip pat kūdikio ir motinos ryšį. Žindančios motinos teigia patiriančios mažiau streso ir neigiamų emocijų, yra labiau prisirišusios prie savo kūdikių, sąveikas su jais apibūdina pozityviau nei nežindančios arba papildomai pieno mišiniais maitinančios kūdikį motinos [92–94].

Tuojuo po gimdymo prie krūtis pridėto naujagimio net ir silpnas žindymas skatina hormono oksitocino išsiskyrimą, kuris savo ruožtu skatina gimdos raumenų susitraukimą ir pagreitina placentos atsiskyrimą bei sumažina kraujavimo pavojų [95]. Bent 3 mėn. žindžiusios motinos du kartus rečiau serga krūtis vėžiu [96]. Susirgti osteoporoze tikimybė žindžiusioms moterims sulaukus 65 m. ir vyresnio amžiaus sumažėja 50 proc., o jei moterys žindo kūdikius iki 9 mėn., osteoporozės tikimybė sumažėja net 75 proc. [97].

JAV Šiaurės Karolinos mokslininkų tyrimais pagrįsta, kad sėkmingas išimtinis žindymas sumažina pogimdyminės depresijos tikimybę [98].

Moteriai žindymas taip pat svarbus jos sveikatai ir motinystės formavimuisi. Newcom ir bendraautorių atlikto tyrimo duomenimis, moterims, kurios žindo kūdikius, tikimybė sirgti priešmenopauziniu krūtis vėžiu sumažėjo 25 proc. Priešmenopauzinio krūtis vėžio tikimybė taip pat mažesnė 25 proc. ir toms moterims, kurios kūdikystėje buvo žindytos [99].

Nors užsienio literatūroje gausu empirinių patvirtinimų apie teigiamą žindymo reikšmę kūdikių ir vaikų fizinei sveikatai, Lietuvoje šia tema trūksta mokslinio susidomėjimo ir aktyvesnių tyrinėjimų.

Lietuvos mokslininkai L. Labanauskas ir R. Rokaitė pabrėžia, kad žindymas krūtimi labai svarbus motinos sveikatai. Žindant gimdos sienelių raumenys labiau traukiasi, todėl gimda greičiau grįžta į normalią padėtį. Žindančios krūtimi moterys rečiau serga krūtis, kiaušidžių ir gimdos ligomis. Maitinant krūtimi formuojasi emocinis motinos ir vaiko ryšys, kurį iš dalies lemia oksitocino sekrecija žindančios

motinos organizme. Šiandien jau yra įrodymų, kad žindymas veikia raminamai, sumažina neuroendokrininę reakciją į stresą ir motinos, ir vaiko organizme [100].

R. Jusienė ir kiti autoriai bandė atskleisti žindymo sąsajas su vaikų fizinės sveikatos ir elgesio ypatumais [17]. Tyrimas vyko 4 etapais nuo 2009 m. gegužės 14 d. iki rugsėjo 11 d. Vienų metų amžiaus vaikų elgesio ypatumai buvo vertinti pagal 26 teiginius, atrinktus iš Vaikų elgesio aprašo (Child Behavior Checklist, CBCL/11/2-5, T. M. Achenbach ir L. Rescorla, 2000), skirto pusantrų–penkerių metų vaikų elgesio ypatumams ir emociniams sunkumams įvertinti. Buvo nustatyta, kad 3–4 mėn. amžiaus nežindomiems kūdikiams, motinų vertinimu, dažniau būdingas pernelyg ilgas miegojimas dieną ir intensyvus verkimas, kai kūdikis būna ne ant rankų. Ilgiau žindomi vienu metų amžiaus vaikai dažniau atsibunda naktį ir dažniau atsisako valgyti papildomą maistą. Be to, jiems labiau nei trumpiau žindytiems vaikams būdingas nusiminimas atskyrus nuo tėvų. Trumpiau žindytiems vaikams dažniau būdingas priešinimasis juos guldant miegoti.

R. Jusienės ir kiti autorių teigimu, vaikų sergamumas infekcinėmis (virusinėmis ir bakterinėmis) ligomis buvo įvertintas remiantis motinų atsakymais į vienu metų vaiko raidos ir socialinės aplinkos klausimyno klausimą: „Ar Jūsų vaikas turi sveikatos problemų?“. Autoriai, siekdami nustatyti, kaip žindymas susijęs su vaikų fizine sveikata, palygino trijų kūdikių grupių žindymo trukmę: nesirgusių, retkarčiais ir dažnai sirgusių infekcinėmis ligomis. Buvo nustatyta, kad dažnai sergančių vaikų žindymo trukmė yra statistiškai reikšmingai mažesnė nei nesirgusių vaikų ($p = 0,039$) ir retkarčiais sirgusių vaikų žindymo trukmė ($p = 0,004$). Tyrimu stebėta, kad alergiškų ir nealergiškų vaikų žindymo trukmė statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,66$) [17].

2.3.2. Žindymo trukmę lemiantys veiksniai

Į lemiamus žindymo veiksnius (1 lentelė) reikia atsižvelgti kuriant žindymo skatinimo politiką, kuriant požiūrio į žindymą, praktikos ir rodmenų vertinimo protokolus. Skirtingos šių determinantų įtakos sferos nurodo, kad jų poveikį reikia vertinti pagal tam tikrą sveikatos priežiūros ir visuomenės lygį.

Įvertinus žindymo naudą, jau kelis dešimtmečius yra aktyviai tyrinėjami veiksniai, susiję su žindymo inicijavimu ir jo trukme.

1 lentelė. Žindymo trukmę lemiantys veiksniai [3]

Žindymo trukmę lemiantys veiksniai	
Motina, vaikas, šeima	<ul style="list-style-type: none"> • Amžius • Motinos žindymo patirtis ir patirtis žindant ankstesnius vaikus • Išsilavinimas, darbas, socialinė klasė, etniškumas, gyvenamoji vieta • Žinios, pažiūros, pasitikėjimas savo gebėjimu žindyti • Šeiminė padėtis, šeimos dydis, tėvo / partnerio ir šeimos parama • Gyvenimo būdas (rūkymas, alkoholis, narkotinės medžiagos, dieta, fizinė veikla) • Gimimo svoris, nėštumo laikotarpis, gimdymo būdas, naujagimio sveikata • Prieiga prie gerą žindymo patirtį turinčių modelių
Sveikatos priežiūros sistema	<ul style="list-style-type: none"> • Ikigimdyminės priežiūros prieiga ir priežiūros kokybė • Pagalbos kokybė gimdant ir per pirmąsias dienas po gimdymo • Pogimdyminės motinos ir vaiko sveikatos priežiūros prieiga ir priežiūros kokybė • Žindymo valdymo profesinės paramos būdas ir kokybė • Vienodo lygmens (patirties) konsultavimo ir paramos grupių „mama mamai“ prieiga
Visuomenės sveikatos politika	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritetas, suteikiantis žindymui lygį ir finansinę paramą • Oficialios nuostatos, rekomendacijos ir planai • Stebėjimo ir priežiūros sistemos • Ikidiplominio ir podiplominio mokymo kokybė • Finansinė grupių „mama mamai“ veiklos parama • IMIS ir įvairios žiniasklaidos panaudojimas žindymo propagavimui
Socialinė politika ir kultūra	<ul style="list-style-type: none"> • Tarptautinio kodekso įteisinimas ir vykdymas • Motinystės globos įteisinimas ir vykdymas • Kūdikių maitinimo ir motinystės pristatymas bei vaizdavimas • Viešo žindymo kliuviniai ir barjerai • Grupių „mama mamai“ paplitimas ir bendruomenių veikla • Bendruomenės sąmoningumo ir žinių lygis

2.3.2.1. Motinų amžiaus, išsilavinimo bei šeiminių padėties įtaka žindymo trukmei

Įvairiose šalyse atliktais tyrimais pastebėta, kad nepanorusios žindyti ir trumpiau žindžiusios motinos paprastai yra jaunesnės, žemesnio išsilavinimo,

vienišos, jų prastesnė šeimos finansinė situacija. Motinos išsilavinimas ir šeiminė padėtis yra reikšmingai, bet prieštaringai susijusi su žindymu skirtingose kultūrose. Nors Vakarų kultūrose ilgiau žindo aukštesnį išsilavinimą turinčios ir santuokoje gyvenančios moterys, kai kuriose Rytų kultūrose ir beveik visose Pietų Azijos šalyse dažniau ir ilgiau žindo žemesnio išsilavinimo ir netekėjusios moterys [101–108].

Sk. Kong su bendraautorais ištyrė pirmą kartą gimdžiusias moteris. Apklausos rezultatai (po 2–4 parų) parodė, kad asmeniniai, socialiniai, aplinkos veiksniai turi įtakos motinos apsisprendimui maitinti kūdikį savo pienu. Buvo nustatytos rekomendacijos sveikatos priežiūros personalui paremti ir paskatinti motinas, sudaryti palankias sąlygas natūraliai maitinti [109].

Turkijoje motinos, įgijusios universitetinį išsilavinimą (67,5 proc.), išimtinai žindo kūdikius dažniau nei turinčios žemesnį išsilavinimą (49,7 proc.). Tarp grupių rastas statistiškai reikšmingas skirtumas [110].

Teigiamas sąsajas tarp vyresnio motinos amžiaus ir žindymo patvirtina ir kitų užsienio autorių tyrimų rezultatai [102;111].

Lietuvoje atliktais tyrimais patvirtinti anksčiau autorių atliktų tyrimų duomenys – kūdikių žindymo trukmė priklausė nuo motinų amžiaus ir išsilavinimo. Įrodyta, kad aukštąjį išsilavinimą turinčios respondentės išimtinai kūdikius žindo ilgiau nei motinos, įgijusios vidurinį išsilavinimą ($p < 0,0005$). Motinos, kurių amžius buvo iki 20 m., pirmuosius du mėnesius kūdikius žindo trumpiau nei vyresnės moterys ($p < 0,0005$) [14,112].

R. Jusienė ir bendraautorai siekė iširti, ar sergamumas infekcinėmis ligomis nėra susijęs su kūdikių lytimi, gimimo būdu, motinos amžiumi, išsilavinimu, šeimine padėtimi, šeimos finansine situacija, taip pat motinos rūkymu ir alkoholio vartojimu. Mokslinės literatūros analizė rodo, kad išvardyti veiksniai gali būti reikšmingai susiję su žindymo trukme [17]. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenų analizė rodo, kad mažesnio nei vidutinio išsilavinimo motinos žindo savo kūdikius dvigubai trumpiau (vidutiniškai 3,75 mėn.) nei aukštąjį išsilavinimą turinčios motinos (vidutiniškai 8,93 mėn.). Aukštąjį išsilavinimą turinčios motinos statistiškai reikšmingai ilgiau žindo savo kūdikius nei vidurinį išsilavinimą įgijusios motinos ($p = 0,004$) ir žemesnį nei vidurinis išsilavinimą turinčios motinos ($p = 0,000$). Lygindami, ar skiriasi kūdikių sergamumas infekcinėmis ligomis skirtingo išsilavinimo motinų grupėse, statistiškai reikšmingo skirtumo neaptiko ($p = 0,318$). Reikšmingo skirtumo tarp subjektyvaus šeimos finansinės situacijos vertinimo ir žindymo trukmės nerado ($p = 0,880$).

Nebuvo reikšmingo ryšio ir tarp sergamumo ligomis dažnio bei šeimos finansinės situacijos vertinimo ($p = 0,05$), nors buvo stebima tam tikra tendencija, kad kuo prastesnė šeimos finansinė situacija, tuo dažniau vaikas serga. Buvo aptiktas glaudus ryšys tarp motinos amžiaus ir žindymo trukmės: kuo vyresnė motina, tuo ilgiau ji linkusi žindyti savo vaiką (Spearman $\rho = 0,170$, $p = 0,008$). Taip pat buvo tirta, kaip žindymo trukmė susijusi ir su šeimine situacija: nustatyta, kad vienišos motinos arba motinos, gyvenančios su draugu ar partneriu, trumpiau žindo savo kūdikius nei motinos, kurios gyveno registruotoje santuokoje ($p = 0,000$). Tokie veiksniai kaip gimdymo būdas ir vaiko lytis žindymo trukmei didelės įtakos neturėjo, buvo stebima tam tikra tendencija, kad po Cezario pjūvio gimę vaikai yra žindomi šiek tiek trumpiau ($p = 0,064$) [17].

Užsienio autorių tyrimai taip pat atskleidžia, kad vyro / partnerio, kitų šeimos narių ir bendruomenės palaikymas nėštumo ir pogimdyminiu laikotarpiu turi teigiamos įtakos žindymo trukmei [113–115], o ši parama bei specialūs mokymai yra ypač veiksmingi žindymo sėkmei ir trukmei, jei kūdikis gimė darant Cezario pjūvį [116].

JAV Minesotos universiteto žurnalistikos ir masinės komunikacijos mokyklos tyrėjos AK. Foss ir GB. Southwell (2006) tyrė, kaip šeiminė padėtis lemia žindymą, ir nustatė, kad ilgiausiai (daugiau nei 6 mėn.) žindančių grupėje buvo 75 proc. ištekėjusių moterų [117].

2.3.2.2. Mamų pasiruošimo motinystei įtaka žindymo trukmei

Apskritai, žindymui ir jo trukmei svarbu motinos žinios apie žindymą, pasitikėjimas savo galimybėmis žindyti ir sėkminga ankstesnio žindymo patirtis [103;105;107;118–121]. Paprastai pirmą kartą gimdžiusios moterys rečiau žindo ir būtent joms, o ne dar kartą pagimdžiusioms moterims, yra svarbios žinios apie žindymą [108;122].

Medikų ir motinų žinių reikšmę žindymo trukmei nagrinėjo ir Lietuvos mokslininkai. G. Levinienė nustatė, kad po medikų ir motinų informavimo apie žindymo reikšmę ir būdus palaikyti laktaciją, žindančių motinų padaugėjo 1,7 karto, o vidutinė žindymo trukmė pailgėjo vienu mėnesiu. J. Kudzytė nustatė ryšį tarp motinos noro žindyti ir žinių. Pusė motinų, kurioms buvo papasakota apie žindymo

naudą, žadėjo žindyti 4–6 mėn., ketvirtadalis – net 10–13 mėn. O tos motinos, kurios negavo žinių apie žindymo naudą, buvo nusiteikusios žindyti tik 3 mėn. [10–11].

K. Kadziauskienė, R. Bartkevičiūtė, A. Vingras ir kt., atlikę tyrimus daro prielaidą, jog Lietuvos mamos nepakankamai supranta maitinimo reikšmę, be to, medicinos įstaigose per mažai akcentuojama žindymo svarba [37].

R. Stundžienė, A. Vingras ir N. Drazdienė nustatė, kad motinos, kurioms nebuvo parodytas vienas ar kitas praktinis veiksmas, susijęs su žindymo technika, dažniau turėjo problemų, susijusių su kūdikio žindymu [15].

Vienos iš svarbiausių priežasčių, kodėl kūdikiai yra išimtinai nežindomi, anot E. Markūnienės (2003), yra silpna vidinė ir išorinė žindymo motyvacija, įsitikinimas, jog maitinimo būdas neturi įtakos kūdikio sveikatai, jo asmenybės raidai, nepasitikėjimas savimi ir galimybe išmaitinti kūdikį, baimė, jog turi nepakankamai pieno, motinų žinių trūkumas apie laktacijos valdymą, pagalbos ir paramos trūkumas šeimoje bei neigiama žindyvių motinų ir anytų įtaka, baimė kūdikį žindyti viešumoje [13].

Mokslininkai AL. Marrow ir kt. [123] atliko tyrimą, kurio tikslas buvo įvertinti, kokią įtaką žindymo trukmei turi motinų parama. Motinos atsitiktiniu būdu buvo suskirstytos į grupes, kur buvo konsultuojamos skirtingą laiką. Vienoje grupėje motinos buvo konsultuojamos 3 kartus, kitoje – 6 kartus, o kontrolinė grupė nebuvo konsultuojama visai. Rezultatai parodė, kad praėjus 3 mėn. po gimdymo išimtinai tebežindo 67,0 proc. moterų, kurios buvo konsultuotos 6 kartus, 50,0 proc. moterų, kurias konsultavo 3 kartus, ir 12,0 proc. moterų iš kontrolinės grupės.

Organizuotas medikų mokymas apie laktacijos fiziologiją ir žindymo vyksmą bei aktyvus atitinkamų žinių skleidimas motinoms ir visuomenei, reikšmingai pailgina kūdikių žindymo trukmę [46].

2.3.2.3. Pogimdyminės motinos ir vaiko sveikatos priežiūros įtaka žindymui

Y. Nakao, K. Moji ir bendraautorių (2008) Japonijoje atliktas tyrimas atskleidė ryšį tarp laiko, kada naujagimis pirmą kartą po gimimo pažindomas, ir moterų, išimtinai žindžiusių iki keturių mėnesių po gimdymo, skaičiaus. Apklausus 318 japonių, nuo kurių gimdymo praėjo keturi mėnesiai, nustatyta, kad pirmasis žindymas iki 120 min. po gimdymo buvo statistiškai patikimai reikšmingas išimtinai žindant

buvimo ligoninėje laikotarpiu ($p = 0,006$), sulaukus 1 mėn. ($p = 0,004$) ir sulaukus 4 mėn. po gimdymo ($p = 0,003$). Ankstyvą žindymą lėmė Cezario operacija, priešlaikinis gimdymas ir smarkus kraujavimas per gimdymą. Tyrėjai pabrėžė, kad ankstyvas žindymas yra susijęs su išimtiniu žindymu iki keturių mėnesių [124].

Atlikti tyrimai Švedijoje, kai 36 val. ir 3 mėn. po gimimo buvo stebėtos moterys ir jų naujagimiai, patyrusios ankstyvąjį kontaktą su savo naujagimi bent 20 min. Tokios motinos daugiau laiko praleisdavo myluodamos ir bučiuodamos savo kūdikius. Šie kūdikiai daugiau šypsodavosi ir žymiai mažiau verkėdavo. Ankstyvojo žindymo laikotarpiu moterys jausdavo pasitenkinimą motinyste, didesnę pasitikėjimo savimi, kaip motina, jausmą [125].

Ketinimas žindyti dar per nėštumą ar tuoj po gimdymo daugumos tyrėjų siejamas su ilgesne žindymo trukme [102;104].

Daugelio autorių tyrimais nustatyta, jog didžiausia įtaką žindymo trukmei turi jo skatinimas ir palaikymas [126–127]. Svarbų vaidmenį tęsiant žindymą ilgiau nei 6 mėn. turi gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų skatinimas maitinti krūtimi [128].

Besivystančiose šalyse siekiant sumažinti vaikų mirtingumą bei užkirsti kelią prastai mitybai buvo sukurta išimtinio žindymo strategija. Šiame projekte didelį vaidmenį suvaidino bendruomenės savanoriai. Motinos, su kuriomis dirbo savanoriai bei sveikatos priežiūros darbuotojai, dažniau žindo kūdikius iki 6 mėn. nei tos, kurios paramos negavo (atitinkamai 58 ir 3 proc.) [129–132].

Motinos pieno trūkumo problemą, kurią galėtume vadinti fiziologine, daugiausia lemia laikas, kada kūdikis pirmą kartą pažindo. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis (2003) laktacijos fiziologijai reikšmės turi šie medicininiai veiksniai: atidėtas pirmasis kūdikio žindymas po gimdymo (51,2 proc.) ir kūdikio atskyrimas nuo motinos (34,1 proc.); per trumpa pradinė laktacijos stimuliacija (10 min.) ir kontakto oda prie odos nebuvimas (48 proc.); kasdienis kūdikio svėrimas gimdymo stacionaruose, sukeliantis motinos nerimą dėl jos laktacijos pajėgumų (70 proc.); pieno ištraukimas iš motinos krūtų po kūdikio žindymo įprastai (27,4 proc.) ir norint pasitikrinti, kiek motina gamina pieno (11 proc.), žinduko naudojimas (31,5 proc.) ir papildomo maisto skyrimas (37,1 proc.). Taip pat pogimdyminės motinų adaptacijos, susijusios su žindymu, nesklaidumai (išbrinkusios krūtys, suskilinėję, skausmingi speneliai, skausmas ir kt.), klaidinantys patarimai motinoms, kurios ieškojo pagalbos, iškilus žindymo sunkumams (daugiau gerti, valgyti ypatingus produktus, pasitikrinti

pieno gamybos pajėgumus ir kt.). Dar vienas labai reikšmingas veiksnys palaikant žindymą yra naujagimio žindymas pagal poreikį dieną ir naktį [13].

R. Jusienė ir kt. (2009) tyrime nagrinėjo, koku būdu kūdikis maitinamas praėjus 3–4 mėn. po gimimo, įvertinant sąsajas tarp kūdikių maitinimo būdo ir įvairių biologinių, socialinių, psichologinių bei demografinių veiksnių. Nustatyta, kad gimdymas natūraliais gimdymo takais labiausiai didina tikimybę, jog moteris žindys 3–4 mėn. kūdikį. Tačiau išsami rezultatų analizė rodo, kad gimdymo būdas tampa reikšmingu veiksnium tikrai esant tam tikrai schemai ir sąveikai su kitais veiksniais, nes, neįvertinus kitų veiksnių įtakos, natūraliais gimdymo takais ir darant Cezario pjūvį pagimdžiusių moterų kūdikių maitinimo būdai praėjus 3–4 mėn. po gimdymo reikšmingai nesiskyrė. Motinų amžius taip pat turi reikšmingos nepriklausomos įtakos motinų galimybėms žindyti savo kūdikius: kuo vyresnė moteris, tuo daugiau ji turi galimybių maitinti kūdikį savo pienu, o ne pieno ar kitais mišiniais [16].

2.3.2.4. Žinduko įtaka žindymo trukmei

Pastebėta žinduko, buteliuko įtaka ankstyvo žindymo nutraukimui – kuo dažniau kūdikiui siūlomas žindukas pirmąjį gyvenimo mėnesį, tuo didesnė ankstyvo nujunkymo, t. y. ketvirtąjį gyvenimo mėnesį, rizika [128;133].

CR. Howard ir kt. bendraautorai tyrė, kokią įtaką turi žinduko (čiulptuko) naudojimas žindymo trukmei. Atliekant tyrimą stebėtos 265 kūdikių ir jų motinų poros. Motinos buvo apklausiamos antrą, šeštą, dvyliktą ir dvidešimt ketvirtą kūdikių gyvenimo savaitę ir vėliau kas dešimt dienų, iki kūdikis buvo visiškai nujunkomas. Motinos buvo apklausiamos telefonu apie žinduko naudojimą, kūdikio maitinimą, papildomą maistą, žindymo dažnumą, trukmę ir sunkumus. Nustatyta, kad dauguma motinų (68,0 proc.) pradėjo naudoti žinduką iki šešių savaičių kūdikio amžiaus. Motinos, kurios naudojo žindukus, savo kūdikius maitino rečiau, ypač antrą ir dvyliktą savaitę. Dvyliktą savaitę motinos, kurios naudojo žindukus, dažniau skundėsi, jog žindymas yra nepatogus ir kad joms trūksta pieno. Atliekant tyrimą pastebėta, kad žinduko naudojimas lemia išimtinio (kai vaikas gauna tik motinos pieną) ir mišraus (kai motinos pienas yra kūdikio raciono pagrindas) žindymo trukmę. Motinos, kurios pradėjo naudoti žinduką, linko kūdikius maitinti rečiau, todėl dažniau skundėsi pieno trūkumu. Dauguma motinų naudojo žinduką, kad nukreiptų kūdikio dėmesį nuo krūties ir pailgintų tarpus tarp maitinimų. Tyrimo išvada yra ta, kad

žindukas gali būti efektyvi nujunkymo priemonė motinoms, kurios turi aiškius ar numanomus žindymo sunkumus [134].

Australijos instituto informaciniame lape sveikatos priežiūros sistemos profesionalams apžvelgus 10 tyrimų teigiama, kad devyni tyrimai parodė, jog čiulptuko naudojimas yra susijęs su trumpesniu žindymu ar ankstesne papildomo maitinimo pradžia. Tyrimai rodo, kad ypač retas čiulptuko naudojimas neturi įtakos žindymo rezultatams. Spėjama, kad čiulptuko naudojimas patenkina įgimtą kūdikio čiulpimo refleksą, todėl kūdikis krūtį žinda rečiau. Taip pat čiulptukas gali būti demografinės, socialinės ir ekonominės, psichosocialinės ir kultūrinės aplinkos išraiška, o ši aplinka turi įtakos tiek čiulptuko naudojimui, tiek žindymo išskirtinumui ir trukmei. Tyrėjai daro išvadą, kad motinos, kurios nori žindyti savo vaikus, pirmosiomis savaitėmis turėtų vengti duoti čiulptuką [135].

2005 m. Lietuvoje (R. Stundžienė, A. Vingras, N. Drazdienė) atlikto tyrimo duomenimis, nustatyta, kad respondentės, visai nedavusios naujagimiui žinduko / čiulptuko, beveik 3 kartus ilgiau žindo (72,4 proc.) nei tos motinos, kurios davė žinduką / čiulptuką (27,6 proc., $p < 0,002$) [15].

2.3.2.5. Žiniasklaida ir kiti barjerai

Pieno mišinių reklama ir klaidinantys teiginiai apie žindymo naudą gali įtikinti motinas naudoti pieno mišinius ir anksčiau nustoti savo kūdikius maitinti krūties pienu [136].

JAV Minesotos universiteto žurnalistikos ir masinės komunikacijos mokyklos tyrėjos AK. Foss ir GB. Southwell (2006) tyrė, kaip informacija žiniasklaidoje lemia moterų apsisprendimą žindyti savo vaikus, ir nustatė, kad žiniasklaida turi įtakos motinoms, pasirenkant vaiko maitinimo būdą: pagausėjus dirbtinio maitinimo reklamų tėvams skirtame žurnale, kitais metais sumažėjo žindymo paplitimo rodiklis [117].

Kita žindymo nutraukimo priežastis buvo tiesiogiai ar netiesiogiai susijusi su medikamentų vartojimu. Atsižvelgiant į tai, kad, pasirenkant kūdikio maitinimo būdą, reikšmingiausi žindymo skatinimo veiksniai Lietuvoje, atlikto tyrimo duomenimis, buvo gydytojas (42,4 proc.) ir literatūra (41,7 proc.) [13], itin svarbu, kad gydytojai, ieškodami informacijos apie medikamentų vartojimą žindymo laikotarpiu perskaitytų ne tik vaistinio preparato pakuotės lapelį, bet nepamirštų, kad ne tik medikamentai

gali turėti žalingą poveikį žindomam kūdikiui. Dėl saugumo nutrauktas žindymas gali nepalankiai veikti kūdikio ir žindyvės sveikatą. Žindymo nutraukimas kai kuriose situacijose gali padaryti daugiau žalos kūdikio organizmui nei maža vaistinio preparato, patenkančio kūdikiui su motinos pienu, dozė, ypač tuo atveju, kai medikamentas vartojamas trumpai. Apsisprendimas nutraukti žindymą dėl medikamentų vartojimo turi būti gerai apsvarstytas ir pagrįstas realiu vaistinio preparato keliamu pavojumi, o ne gydytojo ar žindyvės nuogaštavimais. Nutraukiant žindymą dėl medikamentų vartojimo, svarbu apsvarstyti ne tik vaistinio preparato, bet ir žindymo nutraukimo keliamą pavojų kūdikiui ir žindyvei [137].

Nagrinėjant su žindymo trukme siejamus psichologinius veiksnius, išskiriamas ir nemažai tyrinėjamas moterų depresiškumas per nėštumą ir po gimdymo. Tačiau bendros nuomonės apie šių veiksnių tarpusavio sąsajas arba įtaką vienas kitam kol kas nėra. Vieni tyrimai atskleidžia, kad perinatalinis depresiškumas gali lemti ankstyvą žindymo nutraukimą [111;138–141].

Kituose tyrimuose nustatoma, kad depresiškumas nėra susijęs su žindymu arba nelemia žindymo trukmės [142–143]. Dar kiti tyrimai rodo, jog kaip tik žindymas – jeigu yra skatinamas ir palaikomas – gali mažinti moterų depresiškumą po gimdymo [92,122]. Manytume, kad didesnis motinų depresiškumas gali būti papildomas rizikos veiksnys, susijęs su kitais žindymo trukme prognozuojančiais veiksniais.

2.3.3. Studijos, nagrinėjančios papildomo maitinimo pradžią

PSO duomenimis, tik 1–3 proc. pasaulio motinų negali išmaitinti savo kūdikių krūties pienu dėl rimtų fiziologinių priežasčių, todėl iki 6 mėn. amžiaus rekomenduojamas kūdikių išimtinis žindymas. Papildomo maitinimo pradžios laikas ir taktika turi būti lankstūs: pradedama tuomet, kai kūdikis yra tam pasiruošęs [144–150].

Maitinimo tinkamai parinktais maisto produktais pradžia laiku sudaro palankias sąlygas kūdikių ir mažų vaikų sveikatos būklės ir fiziologinės raidos gerinimui, būtent spartesniu augimo laikotarpiu, todėl tai turėtų būti sveikatos apsaugos sistemos dėmesio centre [151–152].

Papildomas maitinimas yra kokybiškas, kai atsižvelgiama į vaiko maisto medžiagų poreikį, suvalgomas tinkamas maisto kiekis, valgančiajam pagelbstima priklausomai nuo amžiaus ir įgūdžių. Papildomo maitinimo pradžiai kūdikis turi būti

„subrendęs“ – pasiruošęs pasiimti, nuryti, virškinti ir pasisavinti papildomą maistą [153–157].

Svarbu, kad kūdikiams, kurie išimtinai žindomi, nauji maisto produktai pradiniu papildomo maitinimo laikotarpiu būtų duodami pakartotinai ir pakankamu dažniu. Pakartotino maitinimo tuo pačiu maistu reikia tam, kad susiformuotų įprotis valgyti sveiką maistą [154].

Žindomi kūdikai sugeba greičiau nei maitinami pieno mišiniais pripažinti tirštą maistą, kadangi jie įpratę prie didesnės skonių ir kvapų įvairovės, kurią perteikia motinos pienas, priklausomai nuo jos mitybos [158].

Per anksti pradėtas papildomas maitinimas gali lemti dažnas kūdikių mirtis bei didesnę virškinamojo trakto infekcijų riziką [159].

KK. Ong, PM. Emmett ir bendraautoriai (2006) nustatė, kad per anksti pradėtas papildomas maitinimas gali lemti nutukimą. Per anksti (1–4 gyvenimo mėnesį) papildomai maitinti pusiau tirštu ar tirštu maistu kūdikai iš pat pradžių, taip pat antraisiais, trečiaisiais gyvenimo metais priaugo daugiau svorio, jų kūno masės indeksas 1–5 gyvenimo metais būna didesnis nei žindytų [160].

Kūdikystėje ir vaikystėje svorio augimo greito tempo neigiamą įtaką patvirtina populiacijų tyrimai. Greitas svorio augimas nuo gimimo iki 2 m. lemia didesnę kūno masės indeksą, juosmens apimtį ir kūno riebalų kiekį sulaukus 5 m. [161], o greitas svorio augimas 4–12 gyvenimo mėnesį lemia didesnę kūno masės indeksą vėlesnėje vaikystėje ir jaunystėje [162–163].

Šveicarijoje (2006) atliktas tyrimas atskleidė, kad papildomo maitinimo pradžios laikui įtakos turėjo motinų amžius, jų kūno masės indeksas, žalingi įpročiai. Nustatyta, kad jaunesnio amžiaus, viršsvorio turinčios bei rūkančios respondentės buvo dažniau linkusios pradėti papildomą maitinimą anksčiau nei šeštą kūdikių gyvenimo mėnesį [164].

Nemažame kiekyje tyrimų buvo nagrinėjamos papildomo maitinimo pradžios laiko sąsajos su motinų amžiumi. Ištirta, kad motinos išsilavinimas gali lemti papildomo maisto davimo laiką ir jo kokybę bei mitybos pasirinkimą vėlesnėje vaikystėje [165–167].

Siekiant išvengti klaidų šviečiant visuomenę papildomo maitinimo pradžios klausimais, specialistams, dirbantiems su vaikais, PSO kūdikių ir mažų vaikų mitybos ekspertai rekomenduoja vadovautis tarptautiniuose susitarimuose apibrėžtais papildomo maitinimo principais [168–169].

2.4. Kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimo rodikliai

Tinkama maitinimo praktika – svarbus veiksnys, lemiantis vaikų augimą ir vystymąsi. Pasaulyje kasmet miršta apie 8,8 mln. vaikų iki 5 m. [170] – daugiausia dėl tokių priežasčių, kurių būtų galima išvengti, pvz., nepakankamos mitybos, viduriavimo, plaučių uždegimo ir kt. Ribota kūdikių bei mažų vaikų maitinimo praktika ir mikroelementų stygius yra pagrindinės vaikų neprievalgio, sergamumo ir mirtingumo priežastys [171]. Apie 35,0 proc. vaikų iki 5 m. mirčių ir 11,0 proc. sergamumą tam tikromis ligomis visame pasaulyje lemia nepakankamas vaikų maitinimas [172].

Vaikų nepakankamo maitinimo lygis išlieka nepriimtinas visame pasaulyje. Šiuo metu daugiau nei 195 mln. vaikų besivystančiose šalyse yra sutrikusio vystymosi – tai yra per mažo ūgio pagal savo amžių. Šiems vaikams žindymas yra pirmutinė gyvenimą išsauganti priemonė: 13 proc. jaunesnių nei penkerių metų vaikų gyvenimą galima išsaugoti, jei jie būtų tinkamai žindomi iki vienerių metų amžiaus [172–173].

Tinkamas kūdikių ir mažų vaikų maitinimas – tai derinys kaip, kada ir ką reikėtų maitinti [174].

Per pastaruosius du dešimtmečius buvo padarytas žymus progresas, siekiant suprasti, kokie yra efektyvūs intervenciniai veiksmai, skirti pagerinti kūdikių ir mažų vaikų maitinimą. PSO valstybės narės Pasaulio Sveikatos Asamblėjoje patvirtino globalią kūdikių ir mažų vaikų mitybos strategiją, o UNICEF vykdomoji valdyba pateikė visuotinę sistemą, pagal kurią bus vykdomi programos veiksmai [175].

2010 m. PSO, UNICEF ir partneriai paskelbė duomenis apie naujus ir atnaujintus rodiklius 46 pasaulio šalyse, kurie buvo stebimi 2002–2008 m. [176]. Šiame dokumente pateikta keletas rodiklių, kurie atspindi kūdikių ir mažų vaikų maitinimo visapusio sekimo pradžia. Dokumente [176] išskirtos pagrindinių rodiklių grupės, susijusios su **natūraliu maitinimu**: 1) ankstyva žindymo pradžia – žindymo pradžia per vieną valandą nuo vaiko gimimo; 2) išimtinis žindymas – kūdikių žindymas iki 6 mėn. neduodant jokių kitų papildomų skysčių, išskyrus vitaminus ar vaistus; 3) žindymas iki vienerių metų; **ir papildomu maitinimu**: 1) pratinimas prie kieto, pusiau kieto ir minkšto maisto – papildomo maisto pradžia; 2) minimali maisto įvairovė; 3) tinkamas valgymų skaičius; 4) minimalus tinkamas maistas; 5) maisto, gausaus geležies ir vitaminų, vartojimas.

Taip pat išskirti papildomi žindymo ir papildomo maitinimo rodikliai: 1) nors kartą motinos pienu maitinti vaikai; 2) žindymas iki 2 m.; 3) žindymas priklausomai nuo vaiko amžiaus; 4) vyraujantis žindymas iki 6 mėn.; 5) maitinimas iš buteliuko; 6) motinos pienu nemaitintų vaikų maitinimo pienu dažnis. Kūdikių ir mažų vaikų maitinimo rodikliai būtų naudingi dabartinės situacijos, susijusios su žindymu ir papildomo maisto taikymu vaikams, įvertinimu. Tiriant kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimo praktiką buvo analizuojami daugelio šalių maitinimo rodikliai.

Ankstyva maitinimo krūtimi pradžia lemia sėkmingą kūdikio išimtinį žindymą. 2007 m. Ganoje atliktoje studijoje nustatytas ryšys tarp ankstyvos maitinimo krūtimi pradžios ir geresnės kūdikio sveikatos ir mažesnio naujagimių mirtingumo dėl infekcijų [177].

ER. Moore ir kt. apžvalgoje nurodyta, kad motinos, kurios anksčiau priglaudė naujagimius po gimdymo prie krūties dažniau ($\bar{S}S = 1,82$) žindo praėjus 1–4 mėn. po gimdymo palyginti su tiriamosiomis, kurios pradėjo žindyti vėliau. Mamos, dažnai glaudusios kūdikius prie odos, po gimdymo žindo ilgiau (vidutiniškai 42,55 d.) nei to nedariusios motinos [178].

MS. Kramer ir R. Kakuma kaip ir daugelyje atliktų studijų patvirtino, jog išimtinis kūdikių žindymas iki 6 mėn. lemia mažesnę riziką susirgti virškinamojo trakto infekcijomis [179].

BA. Haider ir ZA. Bhutta (2008) ištyrė, kad ilgesnę žindymo trukmę lemia bet kokio pobūdžio motinų konsultavimas žindymo klausimais, ar tai būtų grupinės konsultacijos ($\bar{S}S = 3,88$), ar individualios ($\bar{S}S = 3,45$) [180].

Tolesnis žindymas iki vienerių metų yra svarbi kūdikių mitybos dalis. 12–23 mėn. žindomi vaikai vidutiniškai 35–40 proc. visos energijos gauna iš motinos pieno [181], o likusius 60–65 proc. – iš papildomo maisto. Motinos pienas – pagrindinis energijos ir svarbių riebalų rūgščių šaltinis, be to, jame yra daug tam tikrų mikroelementų. Žindymo įtaka mitybai labiausiai išryškėja vaikui sergant, kai vaiko apetitas kitokiam maistui sumažėja, bet jis ir toliau maitinasi motinos pienu. Tyrimai parodė, kad besivystančiose šalyse ilgesnė maitinimo krūtimi trukmė siejama su spartesniu vaiko augimu [182], mažesne lėtinių ligų vaikystėje [183] ir nutukimo [184] rizika bei geresniais pažintiniais rezultatais [185].

Žindomų vaikų papildomo maitinimo gairėse [186] ir nežindomų 6–23 mėn. vaikų papildomo maitinimo gairėse [187] ir Lietuvos „Kūdikių ir mažų vaikų žindymas: metodiniuose nurodymuose sveikatos priežiūros specialistams“ [12]

pateiktos svarbios naujos gairės, kaip tinkamai maitinti 6–23 mėn. vaikus. pabrėžiama, kaip tinkamai maitinti 6–23 mėn. vaikus. Vaikai, maitinami laikantis papildomo maitinimo gairių, būdami kūdikiai, greičiau pasiekia reikiamą ūgį ir svorį [188].

Pagrindiniai žindomų 6-23 mėn. vaikų papildomo maitinimo principai [186]:

1. Išimtinai žindyti iki 6 mėn., pradėti papildomai maitinti. Papildomo maisto duodama sukakus 6 mėn. (180 d.) ir tęsiant žindymą.

2. Priklausomai nuo poreikio, žindymą galima tęsti iki 2 m. ir ilgiau.

3. Maitinama atsižvelgiant į poreikius ir taikant psichosocialinės priežiūros principus: maitinama tiesiogiai, kai kūdikis ar vaikas valgo pats, jam padedama; jautriai reaguojama į alkio ir sotumo apraiškas; maitinama lėtai ir kantriai, skatinama valgyti be žodinės ir fizinės prievartos; jei vaikas atsisako valgyti skirtingą maistą, jis įvairiai maišomas, keičiamas skonis, tirštumas, konsistencija, taikomi skatinimo, drąsinimo metodai.

4. Papildomas maistas saugiai paruošiamas. Paisyti higienos ir tinkamo produktų laikymo, maisto ruošimo ir vartojimo taisyklių.

5. Papildomas maistas, sukakus 6 mėn., pradedamas duoti mažais kiekiais, pamažu porcijos didinamos. Vaikui augant, maisto kiekis didinamas tiek, kad būtų išlaikytas dažnas žindymas.

6. Pagal vaiko poreikį ir gebėjimą valgyti maistas pamažu tirštinamas ir įvairinamas.

7. Maitinimo dažnis ir maisto maistinė (energinė) vertė vaikui augant keičiama, didinamas papildomų maitinimų skaičius: sveikiems žindomiems 6–8 mėn. kūdikiams papildomo maisto duodama 2–3 kartus per parą, 9–11 mėn. – 3–4 kartus, 12–24 mėn. – 3–4 kartus ir pagal pageidavimą užkandžių tarp maitinimų. Tinkamo papildomo maitinimo dažnis priklauso nuo per kiekvieną maitinimą duodamo maisto maistinės (energinės) vertės. Kai motinos pieno trūksta arba patiekalo maistinė vertė maža, papildomo maisto duodama dažniau.

8. Vaiką maitinti įvairesniu maistu, kad būtų patenkinti jo mitybos poreikiai.

9. Vitaminų ir mineralinių medžiagų papildų vartojama: kai abejojama, ar papildomame maiste yra pakankamai vitaminų ir mineralinių medžiagų; siekiant užtikrinti jų reikiamą kiekį motinos piene, kai įtariama, kad maitinimasis nėra tinkamas.

10. Sergančio kūdikio, mažo vaiko maitinimas. Jis yra racionalus, kai: žindoma dažniau, užtikrinamas didesnio skysčio kiekio patekimas į organizmą; vaikas skatinamas valgyti skystus, smulkiai pertrintus (švelnius, minkštus), įvairius apetitą sukeliančius ir mėgstamus patiekalus; po ligos maisto duodama daugiau nei įprasta ir vaikas skatinamas suvalgyti daugiau.

Pagrindiniai nežindomų 6–23 mėn. vaikų papildomo maitinimo principai [187]:

1. Patikrinti, ar patenkinamas energijos poreikis.
2. Maitinama atsižvelgiant į poreikius ir taikant psichosocialinės priežiūros principus.
3. Maitinimo dažnis ir maisto maistinė (energinė) vertė: reikėtų maitinti 4–5 kartus per dieną, jei vaikas nori, 1–2 kartus per dieną pasiūlyti užkandžių tarp maitinimų. Tinkamo papildomo maitinimo dažnis priklauso nuo per kiekvieną maitinimą duodamo maisto maistinės (energinės) vertės.
4. Vaiką maitinti įvairesniu maistu, kad būtų patenkinti jo mitybos poreikiai.
5. Vitaminų ir mineralinių medžiagų papildų vartojama, kai abejojama, ar papildomame maiste yra pakankamai vitaminų ir mineralinių medžiagų; kai įtariama, kad maitinimasis nėra tinkamas.

6. Nežindomiems kūdikiams ir vaikams reikia mažiausiai 400–600 ml daugiau skysčių per dieną, esant įprastam klimatui, ir 800–1 200 ml daugiau skysčių per dieną, jei klimatas karštas.

7. Sergančio kūdikio, mažo vaiko maitinimas. Jis yra racionalus, kai: užtikrinamas didesnio skysčio kiekio patekimas į organizmą; vaikas skatinamas valgyti skystus, smulkiai pertrintus (švelnius, minkštus), įvairius apetitą sukeliančius ir mėgstamus patiekalus; po ligos maisto duodama daugiau nei įprasta ir vaikas skatinamas daugiau suvalgyti.

Neseniai paskelbta efektyvių intervencinių veiksnių peržiūra parodė, kad rūpestingai parengtos maitinimo praktikos programos gali pagerinti su kūdikių ir mažų vaikų mityba susijusius rodiklius [189].

Nėra nė vieno universalus „geriausio“ intervencinių veiksnių paketo, kuriuo būtų galima pagerinti papildomą vaikų maitinimą [190]. Pastangas pagerinti papildomo maitinimo praktiką reikia taikyti pagal esamą situaciją, vadovautis esamų maitinimo praktikų vertinimais bei analize, rasti bendruomenėje esančias ir vykdomas programas.

Siekiant pagerinti kūdikių maitinimo praktiką, svarbu apibrėžti dabartinę kūdikių maitinimo būklę šalyje. Ši informacija yra naudinga siekiant suprasti, kokie turi būti pirmiausi veiksmai. Taip pat būtų lengviau stebėti tinkamos maitinimo praktikos įvairių rodiklių progresą populiacijos lygmenyje. Taikydami neseniai sukurtus kūdikių ir antrų metų vaikų natūralaus ir papildomo maitinimo rodiklius [191], nutarėme ištirti kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklę Vilniaus mieste bei įvertinti veiksnius, kurie galėtų lemti žindymo trukmę, papildomo maitinimo pradžią, maisto įvairovę ir kitus su mityba susijusius rodiklius. Tyrimų, kuriuose būtų nagrinėjami natūralaus maitinimo (žindymo) ir papildomo maitinimo rodikliai bei jų sąsaja su įvairiais motinų ir vaikų veiksniais, Lietuvoje atlikta nedaug.

3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Literatūros šaltinių rinkimo metodika

Siekiant surasti straipsnius nagrinėjama tema peržiūrėti *Pubmed (Medline)*, *Inco-copernicus*, *Ebsco* duomenų bazėse esančios publikacijos. Iki 2013 m. jose publikuoti straipsniai ieškoti pagal tokius raktažodžius: *breastfeeding* (žindymas), *factors influencing infant and young child feeding* (veiksniai, lemiantys kūdikių ir mažų vaikų mitybą), *early initiation of breastfeeding* (ankstyva žindymo pradžia), *exclusive breastfeeding* (išimtinis žindymas), *complementary feeding* (papildomas maitinimas), *infant and young child feeding* (kūdikių ir mažų vaikų mityba), *infant nutrition and physical development* (kūdikių mityba ir fizinis išsivystymas). Atrankos kriterijus: tikslinė populiacija – vaikai iki 2 m. amžiaus, nesergantys lėtinėmis ligomis. Iš straipsnio pavadinimo ir santraukos buvo sprendžiama, ar straipsnyje aprašoma vaikų iki 2 m. amžiaus mityba. Atrinkti tik tie moksliniai straipsniai, kurie buvo publikuoti anglų arba rusų kalbomis. Literatūros šaltinių paieškai ir duomenų bazės sukūrimui, šaltinių citavimui panaudota bibliografinių duomenų kaupimo ir apdorojimo sistema *Mendeley Desktop v.1.8.4*.

3.2. Kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimo tyrimo metodika

3.2.1. Tiriamoji populiacija

Tyrimo tikslinė populiacija buvo Vilniaus miesto 6–23 mėn. amžiaus vaikai ir jų motinos. Tiriamųjų grupė suformuota iš Vilniaus miesto viešojoje įstaigoje Šeškinės poliklinikoje apsilankiusių moterų, auginančių 6–23 mėn. amžiaus vaikus. Respondentės tyrimui buvo atrinktos naudojant **įtraukimo kriterijus**:

- motinos, auginančios vaikus, kurių amžius buvo nuo 6 iki 23 mėn.;
- vaikai, kurie atliekant tyrimą nesirgo virškinamojo trakto ligomis, paveldimomis medžiagų apykaitos ir nervų sistemos ligomis bei kitomis lėtinėmis ligomis;
- motinos, su kuriomis buvo įmanomas žodinis kontaktas, kurios buvo stabilios psichinės būklės, sugebėjo adekvačiai suvokti ir atsakyti į pateikiamus klausimus bei sutiko dalyvauti tyrime.

Respondenčių atmetimo kriterijai:

- motinos, auginančios vyresnius nei 24 mėn. vaikus;
- vaikai, kurie atliekant tyrimą sirgo virškinamojo trakto ligomis, paveldimomis medžiagų apykaitos ir nervų sistemos ligomis bei kitomis lėtinėmis ligomis.

Tyrimo imtis

Darant prielaidą, kad natūralaus maitinimo ir papildomo maitinimo rodiklių grupėje mažiausias paplitimo įvertis bus 5 proc., absoliutus tikslumas sudarys 1 proc., įverčio pasikliautinis intervalas bus 95 proc., populiacijos dydis 3 000, paplitimo rodiklių įverčių nustatymui tyrimo imtis turėtų būti 1 135.

Planuotas tirti kūdikių ir antrų metų vaikų natūralaus maitinimo, papildomo maitinimo pradžios, maisto įvairovės, tinkamo maitinimo režimo ryšys su 5–9 nepriklausomais kintamaisiais. Šio ryšio tyrimui pasirinktas logistinės regresijos metodas. Darome prielaidą, kad tikėtinas atvejų dažnis galėtų būti ne mažesnis nei 5,0 proc. Pagrindinių kintamųjų skaičius galutiniame modelyje numatytas 5–9. Remiantis Hosmer ir Lemeshow (2000) [192] rekomendacijomis, kiekvieno tiriamo kintamojo teigiamų atvejų skaičius logistinei regresijai turėtų būti ne mažiau nei 10. Tokiu būdu priimtina tyrimo imtis tokiai analizei turėtų sudaryti 1 000–1 800 respondenčių.

Išdalyta 1 200, surinkta 980 (81,6 proc.) anketų, iš jų 102 buvo užpildytos netinkamai, likusios 878 – panaudotos tyrime. Faktinę tiriamųjų grupę sudarė **878** moterys ir jų 6–23 mėn. amžiaus vaikai, apsilankę pas šeimos ar vaikų ligų gydytoją ir sutikę dalyvauti tyrime, kurių pateikti duomenys tiko duomenų analizei.

3.2.2. Tyrimo metodai

Tyrimui atlikti parengėme dviejų dalių anketą ir duomenų rinkimo formą, skirtą medicininių duomenų (Vaiko sveikatos raidos istorijų) analizei (1-3 priedai).

I dalis – klausimynas „Kūdikių ir mažų vaikų maitinimas“ (IYCF – Infant and young child feeding), kuris buvo sudarytas pritaikius PSO dokumentą *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part II: Measurement, 2010* [18]. II dalis – autorės parengta 30 klausimų anketa.

„**Kūdikių ir mažų vaikų maitinimas**“ (IYCF) klausimynas. 2011-03-15 buvo gautas PSO biuro Lietuvoje vadovo R. Petkevičiaus leidimas (5 priedas)

naudotis dokumentu *Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part 2 Measurement, WHO*, pagal kurį buvo sudarytas klausimynas, atliktas klausimyno dvigubas vertimas iš anglų į lietuvių bei iš lietuvių į anglų kalbas.

IYCF *Infant and young child feeding* klausimyne (1 priedas) pateikti rodikliai plačiai naudojami tiriant vaikų iki 24 mėn. mitybą: žindymo trukmę, papildomo maitinimo pradžią, maisto įvairovę, maitinimų dažnį ir tinkamą vaikams maitinimo režimą. „Kūdikių ir mažų vaikų maitinimo“ (IYCF) klausimyno rodikliai buvo taikomi daugelyje šalių, stebint kūdikių ir mažų vaikų mitybos praktiką [176]. Dokumentuose pateikti įvairių pasaulio regionų: Pietų Afrikos, Šiaurės Afrikos / Vakarų Azijos / Europos, Centrinės Azijos, Pietų / Pietryčių Azijos ir Lotynų Amerikos [176;193] duomenys apie vaikų iki 24 mėn. mitybos rodiklius.

Klausimyną „Kūdikių ir mažų vaikų maitinimas“ (IYCF) sudarė 27 klausimai, suskirstyti į keturis pogrupius. I pogrupis – demografiniai duomenys: amžius, lytis, vaikų skaičius (4 klausimai). II pogrupis – žindymo modulis (IFB *Infant breastfeeding*), kuriuo siekiama nustatyti ankstyvo žindymo pradžios paplitimą (5 klausimai). III pogrupis – kūdikių ir mažų vaikų maitinimo modulis (IYCF *Infant and young child feeding*) (13 klausimų), klausimai atspindėjo žindymo paplitimą, papildomo maitinimo paplitimą, maisto įvairovę, valgymų dažnį. IV pogrupis – papildomi klausimai apie geležimi papildytą, praturtintą maistą (IFF *Iron-fortified foods*) (4 klausimai). Klausimai atspindėjo geležimi papildyto, praturtinto maisto, davimą.

Penkiolikos anketos klausimų atsakymo galimybės buvo trys (vienas (1) – „taip“, nulis (0) – „ne“ ir du (2) – „nežinau“), iš jų respondentė galėjo pasirinkti tą, kuris tiksliausiai atspindėjo jos nuomonę.

II dalis – tyrėjos parengtų 30 klausimų (2 priedas) grupės atspindėjo: nėštumą, gimdymo būdą (9–11, 13 klausimai), išimtinio žindymo paplitimą, kūdikių žindymo trukmę, žindymo nutraukimo priežastis, papildomo maitinimo pradžią, teisingo papildomo maitinimo pradžios principus, maitinimo pieno mišiniais ir karvės pienu pradžios paplitimą (15–24, 26–29 klausimai), žinių, informacijos suteikimą kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimo klausimais (12, 14, 25, 30 klausimai).

Socialinių ir demografinių požymių dalį sudarė respondenčių amžius, šeiminė sudėtis (gyvena registruotoje santuokoje; su draugu/partneriu; viena; atskirai nuo savo ar vyro tėvų; kartu su savo ar vyro tėvais), išsilavinimas (žemesnis už vidurinį, vidurinis (įskaitant profesinį), aukštasis neuniversitetinis (įskaitant aukštesnįjį –

technikumai, kolegijos), universitetinis, socialinė padėtis (šiuo metu dirba; nedirba), finansinė padėtis (vidutinės šeimos pajamos: iki 1 500 Lt; 1 501–2 500 Lt; 2 501–3 500 Lt; 3 501 ir daugiau Lt; finansinė padėtis – geresnė nei daugumos gyventojų; vidutinė; prastesnė nei daugumos gyventojų), vaikų amžius (1–8 klausimai) (2 priedas).

Analizavome žindymo ir papildomo maitinimo rodiklius bei jų skirtumus ir ryšį su respondenčių (amžius, išsilavinimas, šeiminė padėtis, patirtis auginant vaikus, finansinė padėtis, nėštumas, gimdymo būdas), vaikų (amžius, lytis, išnešiotumo laipsnis) ir informuotumo veiksniais.

Kintamųjų grupavimas:

Motinių amžiaus skirstinys turėjo normalų pobūdį, amžiaus grupių sudarymui buvo pasirinkta 25-oji procentilė (27 m.). Motinas suskirstėme į šias amžiaus grupes: < 27 m., 28–33 m., > 34 m. Kai tiriamųjų skaičius nagrinėjant atskirus klausimus grupėse buvo mažas, grupės buvo stambinamos į dvi grupes: < 30 m. ir > 30 m. Pagal apklaustųjų išsilavinimo lygį respondentes suskirstėme į keturias grupes: žemesnis nei vidurinis; vidurinis; aukštasis neuniversitetinis (įskaitant ir aukštesnįjį); aukštasis universitetinis. Kadangi nebuvo tiriamųjų, turinčių žemesnį nei vidurinį išsilavinimą, pagal išsilavinimą sudarėme tris respondenčių grupes. Pagal šeimines padėtis respondentės buvo suskirstytos į tris grupes: registruota santuoka; neregistruota santuoka; vieniša. Dėl mažo tiriamųjų skaičiaus, nagrinėjant atskirus klausimus, grupės buvo sustambintos į dvi grupes: registruota santuoka; neregistruota santuoka / vieniša. Pagal vidutinės šeimos pajamas tiriamieji buvo suskirstyti į keturias grupes: < 1 500 litų; 1 501–2 500 litų; 2 501–3 500 litų; > 3 501 litų.

Pagal vaikų skaičių šeimoje siekėme įvertinti mamų patirtį auginant vaikus. Vaikų skirstymas į dvi, o ne į tris grupes buvo pasirinktas todėl, kad trečia vaikų grupė (3 ir daugiau vaikų) buvo per maža duomenų analizei. Respondentės buvo suskirstytos į dvi grupes – vienas vaikas, du ir daugiau vaikų.

Žindymo ir papildomo maitinimo rodikliai buvo skaičiuoti pagal PSO metodikoje [18] pateiktus skaičiavimus:

Žindymo rodiklių skaičiavimas

Ankstyvo žindymo pradžia. Visų 6–23 mėn. amžiaus vaikų, pradėtų žindyti iš karto per pirmąją valandą nuo gimimo, skaičius.

Atsakymo galimybės buvo trys: nulis (0) – jei po gimdymo pradėjo žindyti iš karto, mažiau nei po valandos; vienas (1) – pradėjo žindyti daugiau nei po valandos, bet mažiau nei po 24 val.; du (2) – pradėjo žindyti daugiau nei po 24 val.

Pagal gautus duomenis atsakymai buvo suskirstyti į dvi grupes: pirmoji grupė – naujagimiai po gimdymo žindyti iš karto, mažiau nei po valandos – užkoduota 0; antroji grupė – žindyti daugiau nei po valandos – užkoduota 1.

Kintamieji, kurie galėjo lemti ankstyvo žindymo pradžią:

X1 – planuotas nėštumas (0);

neplanuotas (1);

X2 – per nėštumą moteris neturėjo sveikatos sutrikimų (0);

turėjo sveikatos sutrikimų (1);

X3 – gimdymas buvo natūralus (0);

atliktas Cezario pjūvis (1);

X4 – naujagimis gimė išnešiotas (0);

naujagimis gimė neišnešiotas arba pernešiotas (1).

Išimtinio žindymo paplitimas. Pirmuosius 6 mėn. vaikų maitinimas tik motinos pienu, neduodant kitų skysčių (arbatų, vandens), išskyrus vitaminus, vaistus.

Buvo pateiktas atviras klausimas: „Kiek laiko (mėn.) maitinote vaiką tik motinos pienu papildomai nemaitindama pieno mišiniais ir neduodama jokių kitų skysčių (išskyrus vitaminus, mineralus, ar vaistus)?“. Rekomenduojama išimtinio žindymo rodiklį išskaidyti plačiau į šias amžiaus grupes: iki 1 mėn.; 3 mėn.; 6 mėn.

Gauti duomenis buvo suskirstyti į dvi grupes: pirmoji grupė – kūdikiai, kurie išimtinai buvo žindomi 6 mėn. – užkoduota 0; antroji grupė – kūdikiai, kurie išimtinai buvo žindomi trumpiau nei 6 mėn. – užkoduota 1.

Kintamieji, kurie galėjo lemti išimtinio žindymo trukmę:

X1 – motinos amžius;

X2 – motinos išsilavinimas:

vidurinis (1);

aukštasis neuniversitetinis (2);

aukštasis universitetinis (3);

X3 – patirtis auginant vaikus: vienas vaikas (1);

du ir daugiau (0);

- X4 – ankstyva žindymo pradžia:
 pridėti prie krūties iš karto, per pirmąją valandą (1);
 vėliau nei po pirmosios valandos (0);
- X5 – gimdymas: natūralus (1);
 atliktas Cezario pjūvis (0);
- X6 – šeiminė padėtis: registruota santuoka (1);
 neregistruota santuoka, vieniša (0);
- X7 – žinduko / čiulptuko davimas: nedavė (0);
 davė (1);
- X8 – žindymo pobūdis: žindo pagal poreikį (1);
 žindo pagal režimą (kas 3–4 val.) (0);
- X9 – finansinė padėtis: < 1 500 litų (0);
 1 501–2 500 litų (1);
 2 501–3 500 litų (2);
 > 3 501 litų (3);
- X10 – gimdymo skyriuje buvote mokoma:
 taip (1);
 nepakankamai / nebuvo mokoma (0);

Vaikų žindymas iki vienerių metų amžiaus. 12–15 mėn. amžiaus vaikų, kurie atliekant tyrimą buvo žindomi, skaičius. Gauti duomenys buvo suskirstyti į dvi grupes: pirmoji grupė – kūdikiai, kurie buvo žindomi iki vienerių metų – užkoduota 1; antroji grupė – kūdikiai, kurie nebuvo žindomi iki vienerių metų – užkoduota 0.

Kintamieji, kurie galėjo lemti vaikų žindymą iki vienerių metų:

- X1 – motinos išsilavinimas:
 vidurinis (1);
 aukštasis neuniversitetinis (2);
 aukštasis universitetinis (3);
- X2 – motinos amžius
- X3 – šeiminė padėtis: registruota santuoka (1);
 neregistruota santuoka, vieniša (0);
- X4 – žinduko / čiulptuko davimas: nedavė (0);
 davė (1);
- X5 – nėštumas: planuotas nėštumas (0);
 neplanuotas (1).

Vaikų žindymas iki dviejų metų amžiaus. 20–23 mėn. amžiaus vaikų, kurie atliekant tyrimą buvo žindomi, skaičius. Gauti duomenys buvo suskirstyti į dvi grupes: pirmoji grupė – kūdikiai, kurie buvo žindomi iki dviejų metų – užkoduota 1; antroji grupė – kūdikiai, kurie nebuvo žindomi dvejų metų – užkoduota 0.

Kintamieji, kurie galėjo lemti vaikų žindymą iki dviejų metų:

X1 – motinos išsilavinimas:

vidurinis (1);

aukštasis neuniversitetinis (2);

aukštasis universitetinis (3);

X2 – motinos amžius

X3 – šeiminei padėtis: registruota santuoka (1);

neregistruota santuoka, vieniša (0);

X4 – žinduko / čiulptuko davimas: nedavė (0);

davė (1);

X5 – nėštumas: planuotas nėštumas (0);

neplanuotas (1).

Papildomo maitinimo rodikliai

Papildomo maitinimo pradžia. Papildomas maitinimas turi būti pradedamas ne anksčiau nei 17 sav. Atsakymo galimybės buvo trys: nulis (0) – anksčiau nei 17 sav.; vienas (1) – 17–26 sav.; du (2) – vėliau nei 26 sav. Pagal gautus duomenis atsakymai buvo suskirstyti į dvi grupes: pirmoji grupė – papildomas maitinimas pradėtas ne anksčiau nei 17 sav. – užkoduota 0; antroji grupė – papildomas maitinimas pradėtas anksčiau nei 17 sav. – užkoduota 1.

Kintamieji, kurie galėjo lemti papildomo maitinimo pradėjimą laiku:

X1 – motinos išsilavinimas:

vidurinis (1);

aukštasis neuniversitetinis (2);

aukštasis universitetinis (3);

X2 – motinos amžius;

X3 – nėščiąjų mokyklą: lankė (1);

nelankė (0);

X4 – namuose buvote mokoma kaip maitinti kūdikį:

taip (1);

nepakankamai / nebuvote mokoma (0);

X5 – patirtis auginant vaikus: vienas vaikas (1);

du ir daugiau vaikų (0).

Mažiausia maisto įvairovė. Skaičius 6–23 mėn. amžiaus vaikų, kurie buvo maitinami 4 ar daugiau grupių maisto produktais iš 7 maisto produktų grupių: (1) grūdai, šaknys ir šakniagumbiai; (2) ankštiniai ir riešutai; (3) pieno produktai; (4) mėsos produktai; (5) kiaušiniai; (6) vaisiai ir daržovės, kuriuose gausu vitamino A; (7) kiti vaisiai ir daržovės.

Pagal gautus duomenis atsakymai buvo suskirstyti į dvi grupes: pirma grupė – 4 ar daugiau grupių maisto produktais iš 7 maisto produktų grupių – užkoduota 0; antra grupė – mažiau nei 4 gr. maisto produktų iš 7 maisto produktų grupių – užkoduota 1.

Kintamieji, kurie galėjo lemti maisto įvairovę:

X1 – motinos išsilavinimas:

vidurinis (1);

aukštasis neuniversitetinis (2);

aukštasis universitetinis (3);

X2 – motinos amžius;

X3 – vaikų amžius: vaikai suskirstyti į 3 grupes: 6–11 mėn.; 12–17 mėn.; 18–23 mėn.;

X4 – nėščiąjų mokyklą: lankė (1);

nelankė (0);

X5 – namuose buvote mokoma, kaip maitinti kūdikį

taip (1);

nepakankamai / nebuvote mokoma (0);

X6 – patirtis auginant vaikus: vienas vaikas (1);

du ir daugiau vaikų (0);

X7 – finansinė padėtis: < 1 500 litų (0);

1 501–2 500 litų (1);

2 501–3 500 litų (2);

> 3 501 litų (3).

Mažiausias valgymų dažnis. Skaičius 6–23 mėn. amžiaus vaikų, kurie buvo maitinami kietu, pusiau skystu arba minkštu (papildomu) maistu mažiausią kartų kiekį arba dažniau per dieną.

Krūtimi maitinamų vaikų mažiausias valgymų kartų skaičius priklauso nuo amžiaus (2 kartai, jei vaikas yra 6–8 mėn. amžiaus; 3 kartai, jei vaikas yra 9–23 mėn. amžiaus). Krūtimi nemaitinamų vaikų mažiausias kartų skaičius nepriklauso nuo amžiaus (4 kartai visiems vaikams nuo 6 iki 23 mėn.).

Skaičiavimas:

6–23 mėn. vaikai žindyti vakar ir valgymų skaičius ≥ 2 arba ≥ 3

Žindomi 6–23 mėn. vaikai

ir

6–23 mėn. vaikai nežindyti vakar ir (PM kartai + KP kartai + GJ kartai + valgymų skaičius ≥ 4)

Nežindomi 6–23 mėn. vaikai

Pagal gautus duomenis atsakymai buvo suskirstyti į dvi grupes, o kiekviena grupė į du pogrupius: pirmosios grupės (6–23 mėn. vaikai, atliekant tyrimą žindyti), pogrupiai: pirmas – ≥ 2 arba ≥ 3 valgymų skaičius – užkoduota 0; antras – ≤ 2 arba ≤ 3 valgymų skaičius – užkoduota 1. Antrosios grupės (6–23 mėn. vaikai, atliekant tyrimą nežindyti) pogrupiai: pirmas – ≥ 4 valgymų skaičius (įskaitant pieno mišinių [PM], karvės pieno [KP], geriamojo jogurto [GJ] valgymų skaičių) – užkoduota 0; antras – ≤ 4 valgymų skaičius – užkoduota 1.

Kintamieji, kurie galėjo lemti mažiausią patiekalų dažnį:

X1 – vaikų amžius: vaikai suskirstyti į 4 grupes: 6–8 mėn.; 9–11 mėn.; 12–17 mėn.; 18–23 mėn.;

X2 – motinos išsilavinimas:

vidurinis (1);

aukštasis neuniversitetinis (2);

aukštasis universitetinis (3);

X3 – motinos amžius;

X4 – nėščiųjų mokyklą lankė (1);

nelankė (0);

X5 – namuose buvote mokoma, kaip maitinti kūdikį:

taip (1);

nepakankamai / nebuvo mokoma (0);

X6 – patirtis auginant vaikus: vienas vaikas (1);

du ir daugiau vaikų (0);

X7 – finansinė padėtis: < 1 500 litų (0);

1 501–2 500 litų (1);

2 501–3 500 litų (2);

> 3 501 litų (3).

Mažiausiai tinkamas maitinimo režimas. Skaičius 6–23 mėn. amžiaus žindomų (nežindomų) vaikų, kurie vakar buvo maitinami laikantis mažiausios maisto įvairovės ir mažiausio valgymų dažnio.

Apskaičiuojant šį rodiklį ir tiriant žindomus vaikus naudojamas 7 maisto grupių įvertinimas, o nežindomus vaikus – 6 maisto grupių įvertinimas, kai neįtraukiami pieno produktai. Taip yra todėl, kad šiame daugiamačiame rodiklyje pieninis maistas laikomas atskiru ir būtinu nežindomiems vaikams. Atskyrus pieninį maistą nuo įvairovės įvertinimo išvengiama šios maisto grupės dvigubo skaičiavimo. 6 maisto produktų grupės: (1) grūdai, šaknys ir šakniagumbiai; (2) ankštiniai ir riešutai; (3) mėsos produktai; (4) kiaušiniai; (5) vaisiai ir daržovės, kuriose gausu vitamino A; (6) kiti vaisiai ir daržovės.

Pagal gautus duomenis atsakymai buvo suskirstyti į dvi grupes: pirma grupė – žindomų vaikų mažiausiai tinkamas režimas; antra grupė – nežindomų vaikų mažiausiai tinkamas režimas. Kiekviena grupė turi po du pogrupius: pirmas pogrupis – teisingas vaikų maitinimo režimas – užkoduota 0; antras pogrupis – neteisingas vaikų maitinimo režimas – užkoduota 1.

Skaičiavimas:

6–23 mėn. vaikai, atliekant tyrimą žindyti ir (maitinti ≥ 4 maisto gr. iš 7 maisto gr.) ir
(maitinimų sk. ≥ 2 arba ≥ 3)

Žindomi 6–23 mėn. vaikai

ir

Nežindomi 6–23 mėn. vaikai (maitinti $PM + KP + GJ \geq 2$) ir (6 maisto grupių įvertinimas ≥ 4) ir ($PM + KP + GJ +$ maitinimų sk. ≥ 4)

Nežindomi 6–23 mėn. vaikai

Kintamieji, kurie galėjo lemti mažiausiai priimtina maitinimo režimą:

X1 – vaikų amžius: vaikai suskirstyti į 4 grupes: 6–8 mėn.; 9–11 mėn.; 12–17 mėn.; 18–23 mėn.;

X2 – motinos išsilavinimas:

vidurinis (1);

aukštasis neuniversitetinis (2);

aukštasis universitetinis (3);

X3 – motinos amžius;

X4 – nėščiujų mokyklą: lankė (1);

nelankė (0);

X5 – namuose buvote mokoma, kaip maitinti kūdikį:

taip (1);

nepakankamai / nebuvote mokoma (0);

X6 – patirtis auginant vaikus: vienas vaikas (1); du ir daugiau vaikų (0);

X7 – finansinė padėtis: < 1 500 litų (0);

1 501–2 500 litų (1);

2 501–3 500 litų (2);

> 3 501 litų (3);

X8 – papildomo maitinimo pradžios laikas: ne anksčiau 17 sav. (0)

ne laiku anksčiau nei 17 sav. (1).

III dalis – medicininių dokumentų analizė

Pagal tyrėjo sudarytą duomenų rinkimo formą (3 priedas) buvo analizuojamos Vaiko sveikatos raidos istorijos. Buvo renkami šie duomenys: informacija apie vaiko sveikatos būklę - kokiomis ligomis ir kaip dažnai sirgo per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus, hemoglobino (HGB) tyrimų rodikliai (sprendžiama, ar Hb yra normos ribose), fiziniai duomenys (ūgis, svoris). Fizinis tiriamų vaikų augimas vertintas pagal Tutkuvienės metodines rekomendacijas „Vaikų augimo ir brendimo įvertinimas“ (1995) [19].

Svarbiausia yra fizinės būklės darna (harmoningumas), kai rodikliai (svoris) atitinka ūgį, svoris yra tokiaame pačiame procentilių koridoriuje, kaip ir ūgis.

3.2.3. Tyrimo procedūra

Biomedicininiam tyrimui atlikti 2011-10-04 išduotas Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto leidimas Nr.158200-10-408-112 (4 priedas) bei iš Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos 2012-04-17 gautas leidimas Nr. 2R-1435(2.6.1) (6 priedas). 2011-03-15 buvo gautas PSO biuro Lietuvoje vadovo R. Petkevičiaus leidimas (5 priedas) naudotis dokumentu *Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part 2 Measurement, WHO*, pagal kurį buvo sudarytas I klausimynas „Kūdikių ir mažų vaikų maitinimas“ bei atliktas klausimyno dvigubas vertimas iš anglų į lietuvių bei iš lietuvių į anglų kalbas.

Tyrimo pradžioje abu klausimynai buvo patikrinti bandomuoju tyrimu apklausiant 50 motinų, kurios augino 6–23 mėn. vaikus. Neaiškūs klausimai pakoreguoti:

1. „Kuriais metais ir kurį mėnesį gimėte?“ – koreguota: *jūsų gimimo diena*;
2. „Ar vakar per dieną ar naktį vaikas valgė geležimi papildytų kietų, pusiau kietų ar skystų maisto produktų, specialiai skirtų kūdikiams ir mažiems vaikams, kurių galima įsigyti vietos rinkoje (košelės, tyrelės ir kt.)?“ – koreguota: *Ar vakar vaikas valgė geležimi papildytų maisto produktų, specialiai skirtų kūdikiams ir mažiems vaikams?*
3. „Maitinote krūtimi“ – koreguota: *žindote*;
4. „Dėjau pastangas, kad sumažėtų pienas“ – koreguota: *stengiausi, kad sumažėtų pienas*.

Tyrėjų sudarytam klausimyno (II dalis) patikimumui patikrinti buvo suskaičiuotas *kappa* koeficientas. Bandomosios grupės apklausa atlikta du kartus su 1 savaitės intervalu. Kappa koeficientas svyravo 0,8307–1,00 ribose ($p < 0,005$) (2 lentelė). Anketos bandomojo tyrimo rezultatai rodo labai didelį rezultatų sutapimo laipsnį, tai yra, labai patikimą priemonę.

2 lentelė. Kappa koeficiento paskaičiavimas

Klausimas / kintamasis	Kappa	Standartinė paklaida	p
Išsilavinimas	1,00*	0,1130	< 0,0005
Ar šiuo metu dirbate?	1,00	0,1414	< 0,0005
Šeiminė sudėtis	1,00	0,1219	< 0,0005
Gyvenate su tėvais	1,00	0,1414	< 0,0005
Vidutinės šeimos pajamos	0,95*	0,1072	< 0,0005

Kaip subjektyviai vertinate savo šeimos finansinę situaciją?	0,88*	0,1009	< 0,0005
Paskutinis jūsų nėštumas	1,00	0,1414	< 0,0005
Nėštumas buvo planuotas / neplanuotas	0,8980	0,1407	< 0,0005
Ar buvo sveikatos sutrikimų per nėštumą?	1,00	0,1414	< 0,0005
Ar lankėte nėščiųjų mokyklėlę, kursus?	1,00	0,1414	< 0,0005
Kaip gimė kūdikis?	1,00	0,1000	< 0,0005
Ar gimdymo skyriuje Jūs buvote mokoma, kaip taisyklingai maitinti kūdikį krūtimi?	0,9032	0,1022	< 0,0005
Kaip maitinote išvykdama iš stacionaro?	0,9411	0,1296	< 0,0005
Kokiu būdu maitinote kūdikį namuose praėjus 3 mėn. po gimdymo?	0,9695	0,0848	< 0,0005
Kiek laiko išimtinai žindote ir nedavėte jokių kitų skysčių?	0,99640**	0,00237	< 0,0005
Pirmuosius šešis gyvenimo mėnesius kūdikis buvo žindomas pagal poreikį?	1,00	0,1414	< 0,0005
Ar žindydavote naktį?	1,00	0,1414	< 0,0005
Ar tarp žindymų pirmuosius 6 mėn. duodavote kūdikiui pasaldinto vandens, gliukozės, arbatėlių ar pan.?	1,00*	0,1334	< 0,0005
Jei per pirmuosius 6 mėn. buvo atsiradęs motinos pieno trūkumas, ką darėte?	1,00	0,1414	< 0,0005
Ar davėte vaikui čiulptuką?	1,00	0,1414	< 0,0005
Ar davėte pieno mišinio?	1,00	0,1414	< 0,0005
Daugiau išsėjotės?	0,9010	0,1407	< 0,0005
Dažniau žindote?	0,8804	0,1404	< 0,0005
Konsultavotės su medikais	1,00	0,1414	< 0,0005
Daugiau gėrėte	1,00	0,1414	< 0,0005
Nustojote žindyti	0,99906	0,00062	< 0,0005
Nežindymo priežastys	1,00	0,1041	< 0,0005
Namuose mokė vaiko maitinimo	0,9728*	0,1154	< 0,0005
Davėte pieno mišinio mėn.	1,00	0,0647	< 0,0005
Davėte karvės pieno mėn.	0,9507	0,0901	< 0,0005
Papildomą maitinimą pradėjote	1,00	0,1041	< 0,0005
Nutraukėte žindymą	1,00	0,1041	< 0,0005
Žindymą tęsėte	0,9580	0,1413	< 0,0005
Pradėjote nuo vienos rūšies	0,9083	0,1408	< 0,0005
Maisto kiekį didinote pamažu	1,00	0,1041	< 0,0005
Duodavote kito maisto, kol vaikas priprasdavo prie ankstesnio	0,8744	0,1403	< 0,0005
Gamindavote namuose	0,8516	0,1399	< 0,0005
Duodavote pramoniniu būdu paruošto maisto	0,9292	0,1411	< 0,0005
Duodavote šviežio maisto	1,00	0,1041	< 0,0005
Duodavote ne tą pačią dieną gaminto maisto	1,00	0,1041	< 0,0005

Pakartotinai nešildėte maisto	0,8549	0,1399	< 0,0005
Informaciją teikė sveikatos priežiūros specialistai	0,8307	0,1412	< 0,0005
Žiniasklaida	0,8780	0,1404	< 0,0005
Draugai	0,9010	0,1407	< 0,0005
Artimieji	0,8649	0,1401	< 0,0005
Niekas nesuteikė informacijos, patirtis	1,00	0,1414	< 0,0005

Apklausa atlikta Vilniaus miesto viešojoje įstaigoje Šeškinės 2011 m. lapkričio mėn. – 2013 m. kovo mėn. Per visą apklausos laikotarpį buvo išdalyta 1200 anketų, surinkta 980 (81,6 proc.) anketų, iš jų 102 buvo užpildytos netinkamai, likusios 878 – panaudotos tyrime.

Apklausą atlikome laikydamiesi sociologinių ir medicininių tyrimų profesinės etikos nuostatų. Į gydytojo priėmimą atvykus motinai su 6–23 mėn. amžiaus vaiku, specialiai instrukuota bendruomenės slaugytoja pasiūlo dalyvauti tyrime. Prieš duodama raštišką sutikimą dalyvauti tyrime, motina suprantama forma buvo informuojama apie biomedicininio tyrimo tikslą, planą, taikomus metodus, duomenų valdytoją ir pan. Jeigu asmuo sutinka dalyvauti tyrime, jis pasirašo *Asmens informavimo ir informuoto asmens sutikimo formą*. Respondentės užpildytas anketas atiduodavo slaugytojui, kuris jas perduodavo tyrėjui. Sutikusios dalyvauti tyrime respondentės anketas pildė pačios. Tais atvejais, kai viena mama atsisakydavo pildyti, klausimynas buvo įteikiamas kitai mamai.

Medicininių dokumentų analizė. Vertinant, kaip veikia duomenų rinkimo forma, buvo atrinkta 20 tiriamų vaikų Vaiko sveikatos raidos istorijų. Iš Vaiko sveikatos raidos istorijų buvo renkami šie duomenys: informacija apie vaiko sveikatos būklę: kokiomis ligomis ir kaip dažnai sirgo per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus, hemoglobino (HGB) tyrimų rodikliai, fiziniai duomenys (ūgis, svoris). Pastarieji buvo vertinami 4 laikotarpiais: vaikui gimus, 6 mėn., 12 mėn. ir 18 mėn. amžiaus vaiko.

Pagal išnešiotumą vaikai buvo suskirstyti į dvi grupes: išnešioti ir neišnešioti / pernešioti. Tyrėme, kokiomis ligomis ir kaip dažnai sirgo vaikai per pirmuosius–antruosius gyvenimo metus. Ligas suskirstėme į grupes: kvėpavimo ligos; virškinamojo trakto ligos; šlapimo takų ligos; alerginės ligos; rachitas ir mažakraujystė. Pagal susirgimų skaičių vaikus suskirstėme į tris grupes: (1) – nesirgę; (2) – sirgę 1–3 kartus; (3) – sirgę daugiau nei 3 kartus.

Buvo analizuojami hemoglobino (HGB) tyrimų rodikliai – sprendžiama, ar HGB yra normos ribose (3 lentelė) [194].

3 lentelė. HGB normos pagal amžių

Analizė	Normos pagal amžių			
	6 mėn.	1–2 m.	4–5 m.	10–15 m.
HGB – hemoglobinas g/l	122 ± 10	120 ± 11	124 ± 10	135 ± 15

Fizinis vaiko augimas buvo vertinamas pagal prof. Tutkuvienės knygoje „Vaikų augimo ir brendimo vertinimas“ pateiktas diagramas (1995) [19].

Tiriamajame darbe vertinama vaikų iki dvejų metų fizinės būklės fiziniai matmenys – ūgis ir svoris. Fizinė būklė įvertinta procentiliniu metodu. Svorio ir ūgio rodiklių svyravimo diapazonas suskirstomas į 100 intervalų, kurie ir vadinami procentilėmis (‰). Tarpai tarp procentilių vadinami koridoriais. Pagrindiniai yra šie:

- I: dydžiai iki 3 ‰ – labai maži rodikliai;
- II: nuo 3 iki 10 ‰ – maži rodikliai;
- III: nuo 10 iki 25 ‰ – apy mažiai rodikliai;
- IV: nuo 25 iki 50 ‰ – dydžiai arti vidutinių;
- V: nuo 50 iki 75 ‰ – vidutiniai intervalų dydžiai;
- VI: nuo 75 iki 90 ‰ – apy didžiai rodikliai;
- VII: nuo 90 iki 97 ‰ – dideli rodikliai;
- VIII: dydžiai virš 97 ‰ – labai dideli rodikliai.

Ūgio, svorio vertinimas (interpretacija): vidutinis yra nuo 25 iki 75 ‰; nuo 10 iki 25 ‰ – gana žemas; nuo 75 iki 90 ‰ – gana aukštas; nuo 3 iki 10 ‰ – žemas; nuo 90 iki 97 ‰ – aukštas; mažiau nei 3 ‰ – labai žemas; aukščiau nei 97 ‰ – labai aukštas.

Svarbiausia yra fizinės būklės darna (harmoningumas), tai yra, kai rodikliai (svoris) atitinka ūgį, svoris yra tokia pat procentilių koridoriuje, kaip ir ūgis.

Fizinis vaikų augimas buvo vertinamas taip:

Darnus (harmoningas) augimas (HA, kai ūgis normalus (N) - atitinka amžių arba nukrypęs nuo vidutinio leistinose ribose. Šiam variantui priskirtini vidutinio ūgio, gana žemi ir gana aukšti vaikai bei aukšti ir žemi vaikai (ūgis yra viename iš koridorių nuo 3 iki 97 ‰, kai svoris yra proporcingas ūgiui, augimo greitis yra

normalus arba saikingai nukrypęs nuo vidutinio, augimo greitis yra nuo 3 iki 97 ‰).
Pirma grupė – HAN vidutinio ūgio; HAN gana žemi; HAN gana aukšti; HAN aukšti;
arba HAN žemi vaikai.

Darnus (harmoningas) augimas, kai ūgis yra kraštutinis (K) ir aiškiai neatitinka amžiaus: didesnis nei 97 ‰ (HAK: labai aukšti) arba mažesni nei 3 ‰ (HAK: labai žemi), o svoris atitinka ūgį. Antra grupė – HAK labai aukšti; HAK labai žemi.

Nedarnus (neproporcingas / neharmoningas) augimas (NHA), kai vaiko svoris formuojasi neproporcingai ūgiui (nuo ūgio koridoriaus nukrypsta daugiau nei per vieną koridorių). Trečia grupė – NHA (kai NHA: vidutinio ūgio, svoris didelis; NHA: aukšto ūgio, svoris labai mažas; NHA: labai žemas, svoris labai didelis; ir pan.).

3.3. Duomenų statistinė analizė

Statistinei analizei naudoti tradiciniai aprašomosios ir tiriamosios statistikos metodai. Bendrosioms tolydžių duomenų charakteristikoms apibūdinti apskaičiuoti vidurkiai, mediana, standartinis nuokrypis (SN). Kategorinių duomenų dažnis vertintas absoliučiaisiais skaičiais ir procentais, įverčio intervaliniam vertinimui apskaičiuotas 95 proc. pasikliautinis intervalas.

Žindymo ir papildomo maitinimo rodiklių ryšiui su respondenčių (amžiumi, išsilavinimu, šeimine padėtimi, patirtim auginant vaikus, finansine padėtimi, nėštumu, gimdymo būdu), vaikų (amžiumi, lytimi, išnešiotumo laipsniu) ir informuotumo mažų vaikų mitybos klausimais veiksniais įvertinti panaudotas chi kvadrato, Fišerio tikslusis metodas, Mantelio–Henzelio chi kvadrato testas tendencijai, ir dvinarės logistinės regresijos metodai. Vaiko augimo darnos kaitos vertinimui 6 mėn., 12 mėn. ir 18 mėn. laikotarpiu buvo pasirinktas išplėstinis Maknemaro (Boukerio simetrijos) testas. Bendram ryšiui (t. y. neatsižvelgiant į kitų kintamųjų įtaką) tarp kategorinių kintamųjų apskaičiuotas šansų santykis (ŠS) ir jo 95 proc. pasikliautinis intervalas. Logistinės regresijos rezultatų interpretacijoje šis ŠS buvo žymimas ŠS_b. Daugiamačiam logistinės regresijos modeliui sudaryti pasirinktas tiesioginis būdas (kintamuosius atrenka, šalina, keičia pats tyrėjas). Kintamieji į modelį atrinkti ne tik statistiniu, bet ir epidemiologiniu požiūriu. Galutiniam išvadų apie nepriklausomų kintamųjų ryšio su priklausomu kintamuoju vertinimui buvo

naudotas daugiamate logistinė regresija apskaičiuotas pakoreguotas šansų santykis (\check{S}_p) ir jo 95 proc. pasikliautiniai intervalai. Nepriklausomo kintamojo ryšio su priklausomu kintamuoju interpretacijoje rezultatai pateikti nurodant bendrąjį (\check{S}_b) ir pakoreguotą (\check{S}_p) šansų santykius.

Daugiamačio regresijos modelio tinkamumas buvo vertinamas didžiausio tikėtino chi kvadrato statistika, klasifikacine lentele, Kokso ir Snelo (Cox&Snell) bei Negelkerkės (Negelkerke) determinacijos koeficientais. Logistinės regresijos diagnostikai buvo naudojamas Kuko atstumas (Cook's distance), stebėjimo poveikio indeksas (leverage). Siekiant įvertinti multikolinearumą buvo apskaičiuotas dispersijos mažėjimo daugiklis (VIF, variance inflation factor).

Statistinio reikšmingumo lygmuo buvo pasirinktas $\alpha = 0,05$, rezultatai buvo vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kai $p \leq 0,05$.

Duomenų tvarkymui ir analizei naudoti statistiniai paketai SPSS (v. 20.0), *WinPepi* (v.11.19) [195].

4. TYRIMO REZULTATAI

4.1. Respondenčių socialinių ir demografinių požymių analizė

Į kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklės tyrimą buvo įtrauktos 878 motinos, kurios augino 6–23 mėn. amžiaus vaikus. Tiriamųjų amžius svyravo nuo 19 iki 43 m., amžiaus vidurkis buvo 30,1 m. (SN – 4,06), mediana (Md) – 30 m., dažniausiai sutinkamas 29 m. amžius, daugiau nei pusė respondenčių buvo 28–33 m. – 481 (54,8 proc.) (4 lentelė).

4 lentelė. Respondenčių socialiniai demografiniai požymiai

Socialiniai ir demografiniai požymiai	Tiriamoji grupė		
		N	%
Respondenčių amžius	< 27 m.	225	25,6
	28–33 m.	481	54,8
	> 34 m.	172	19,6
Išsilavinimas	Vidurinis (profesinis)	97	11,0
	Aukštasis neuniversitetinis (technikumas, kolegija)	282	32,1
	Aukštasis universitetinis	499	56,8
Šeimtinė padėtis	Registruota santuoka	783	89,2
	Neregistruota santuoka	67	7,6
	Vieniša	28	3,2
Gyvena su tėvais	Atskirai nuo savo ar vyro tėvų	752	85,6
	Kartu su savo ar vyro tėvais	126	14,4
Vidutinės šeimos pajamos per mėn.	< 1 500 Lt	105	12,0
	1 501–2 500 Lt	250	28,5
	2 501–3 500 Lt	232	26,4
	> 3 501 Lt	291	33,1
Šiuo metu dirbate	Ne	841	95,8
	Taip	37	4,2

Nustatyta, kad didesnė moterų dalis buvo susituokusios – 783 (89,2 proc.), įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą – 499 (56,8 proc.), gyveno atskirai nuo savo ar vyro tėvų – 752 (85,6 proc.) ir priklausė 3 501 ir daugiau litų vidutiniškai per mėnesį gaunančių pajamų tiriamųjų grupei – 291 (33,1 proc.). Atliekant tyrimą beveik visos motinos (841) nedirbo (95,8 proc.) (4 lentelė).

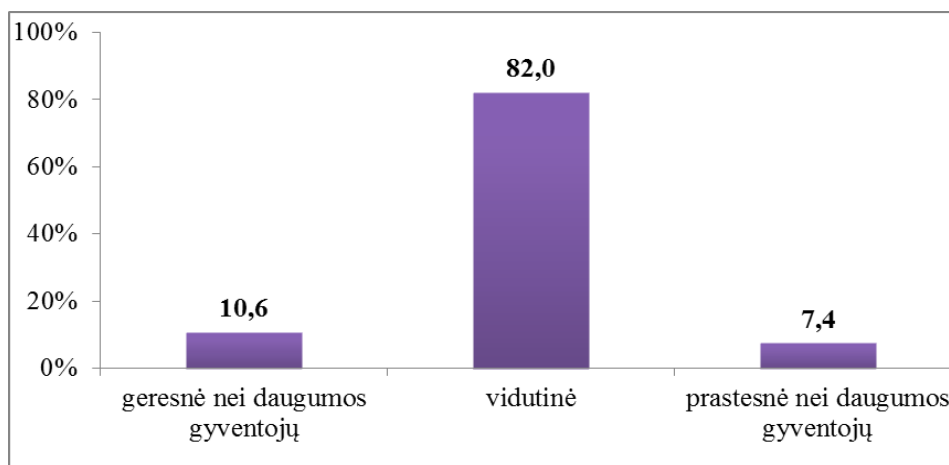
Vaikų pasiskirstymas pagal lytį, amžių, skaičių šeimoje ir gimimo būdą pateiktas 5 lentelėje. Tiriamųjų vaikų amžius buvo nuo 6 iki 23 mėn., vidurkis – 15,5 mėn. (SN – 5,5), Md – 16,5 mėn. Beveik visi naujagimiai gimė išnešioti – 844

(96,1 proc.). Pagal amžių, vaikus suskirstėme į grupes: 6–8 mėn., 9–11 mėn., 12–17 mėn. ir 18–23 mėn. amžiaus grupės. Mergaičių ir berniukų buvo apylygiai (5 lentelė).

5 lentelė. Vaikų demografiniai požymiai

Vaikų demografiniai požymiai	Tiriamoji grupė		
		N	%
Vaikų amžius	6–8 mėn.	142	16,2
	9–11 mėn.	122	13,9
	12–17 mėn.	203	23,1
	18–23 mėn.	411	46,8
	Vaikai iki vienerių metų Vaikai iki dvejų metų	260 618	29,6 70,4
Lytis	Berniukas	438	49,9
	Mergaitė	440	50,1
Vaikų skaičius šeimoje	Vienas	476	54,2
	Du ir daugiau	402	45,8
Naujagimis gimė	Išnešiotas	844	96,1
	Neišnešiotas	25	2,9
	Pernešiotas	9	1,0

Kiek daugiau nei dešimtadalis respondenčių savo finansinę padėtį vertino geriau nei daugumos gyventojų – 93 (10,6 proc.), o didesnę dalis moterų savo finansinę padėtį vertino kaip vidutinę – 720 (82,0 proc.) (1 pav.).



1 pav. Šeimos finansinė padėtis

Dauguma tyrime dalyvavusių moterų – 678 (77,2 proc.) – atsakė, kad nėštumą planavo, o neplanavusių nėštumo buvo 200 (22,8 proc.) (6 lentelė).

Motinių apklausa parodė, kad natūraliai gimdė 652 moterys (74,3 proc.), o Cezario pjūvis buvo taikytas 226 respondentėms (25,7 proc.) (6 lentelė).

6 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas apžvelgiant nėštumą ir gimdymą

Kintamieji		N	%
Nėštumas	Planuotas	678	77,2
	Neplanuotas	200	22,8
Per nėštumą buvo sveikatos sutrikimų	Taip	151	17,2
	Ne	727	82,8
Gimdymo būdas	Natūraliai (be nuskausminamųjų, su nuskausminamaisiais)	652	74,3
	Cezario operacija	226	25,7
Kaip maitinote naujagimį išvykdama iš GS?	Motinos pienu	764	87,0
	Motinos pienu ir pieno mišiniu	106	12,1
	Pieno mišiniu	8	0,9
Kaip maitinote kūdikį namuose po 3 mėn.?	Motinos pienu	596	67,9
	Motinos pienu ir pieno mišiniu	136	15,5
	Pieno mišiniu	146	16,6

Pagal atsakymus į klausimą „Kaip maitinote kūdikį išvykdama iš gimdymo skyriaus ir namuose praėjus 3 mėn.“ pastebėta, kad maitinimas motinos pienu sumažėjo 19,1 proc., o kūdikio maitinimas pieno mišiniais išaugo 15,7 proc.

4.2. Žindymo rodikliai

4.2.1. Ankstyva žindymo pradžia

Iš karto po vaiko gimimo per 1 val. žindyti buvo pradėjusios dauguma respondenčių – 634 (72,2 proc.). Likusi dalis moterų, t. y. 244 (27,8 proc.), naujagimius pirmą kartą prie krūties pridėjo vėliau nei po 1 val. (7 lentelė).

7 lentelė. Ankstyva žindymo pradžia

Kada vaikas buvo pirmą kartą pridėtas prie krūties?	N	%
Iš karto per 1 val.	634	72,2
Vėliau nei per 1 val.	244	27,8
Iš viso	878	100,0
Iš karto per 1 val.	634	72,2
Po 1 val.	154	17,5
Po 24 val.	90	10,3
Iš viso	878	100,0

Motinos, kurios naujagimius po gimdymo prie krūties pridėjo vėliau nei po 1 val., vidutiniškai pradėdavo žindyti po 5,7 val. (SD – 4,09), mediana (Md) – 4,5 val.

Respondentės, pažymėjusios, kad po gimdymo pradėjusios žindyti vėliau nei po 24 val., vidutiniškai pradėjo žindyti po 1,5 d. (SD – 1,16), mediana (Md) – 1 d.

Nagrinėjant ankstyvo žindymo pradžią ir nėštumo planavimą, paaiškėjo, jog statistiškai reikšmingų sąsajų tarp ankstyvos žindymo pradžios ir nėštumo planavimo nenustatyta (ŠS = 0,86, 95 % PI 0,59–1,25, p = 0,411) (8 lentelė).

8 lentelė. Ankstyvo žindymo pradžios vertinimas atsižvelgiant į nėštumo planavimą, sveikatos sutrikimus per nėštumą, gimdymo būdą ir naujagimio išnešiotumą

Kintamieji	Prie krūties pirmą kartą pridėtas		ŠS	95% PI	p
	Iškarto per 1 val. (n=634)	Vėliau nei per 1 val. (n=244)			
	N (%)	N (%)			
Nėštumas planuotas neplanuotas	485 (71,5)	193 (28,5)	0,86	0,59-1,25	0,411
	149 (74,5)	51 (25,5)	-	-	-
Sveikatos sutrikimų nėštumo metu buvo nebuvo	95 (62,9)	56 (37,1)	0,59	0,40-0,87	0,005
	539 (74,1)	188 (25,9)	-	-	-
Gimdymas natūralus Cezario operacija	565 (86,7)	87 (13,3)	14,78	10,13-21,58	<0,0005
	69 (30,5)	157 (69,5)	-	-	-
Gimė išnešiotas neišnešiotas/ pernešiotas	619 (73,3)	225 (26,7)	3,48	1,64-7,49	<0,0005
	15 (44,1)	19 (55,9)	-	-	-

Moters sveikatos sutrikimai turėjo įtakos ankstyvam žindymui. Tos moterys, kurios turėjo sveikatos sutrikimų per nėštumą, pradėjo žindyti kūdikį vėliau nei per pirmąją valandą nei tos, kurios sveikatos sutrikimų neturėjo. Kitaip tariant, tarp ankstyvos žindymo pradžios ir sveikatos sutrikimų yra statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys (ŠS = 0,59, 95 % PI 0,40–0,87, p = 0,005) (8 lentelė), t. y. turėjusių sveikatos sutrikimų moterų grupėje ankstyvo žindymo šansas buvo 40 proc. mažesnis nei sveikatos sutrikimų neturėjusių moterų grupėje.

Tiriant žindymo pradžią ir gimdymą, paaiškėjo, kad moterys, kurios gimdė natūraliai, daug dažniau pradėjo žindyti kūdikį iš karto – 565 (86,7 proc.), nei tos,

kurioms buvo daroma Cezario operacija, – 69 (30,5 proc.). Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas glaudus tiesioginis ryšys tarp ankstyvos žindymo pradžios ir gimdymo būdo ($\check{S}S = 14,78$; 95 % PI 10,13–21,58; $p < 0,001$) (8 lentelė).

Ankstyvo žindymo pradžia tiesioginės įtakos gali turėti ir naujagimio išnešiotumas ($\check{S}S = 3,48$; 95 % PI 1,64–7,49; $p < 0,001$) (8 lentelė). Išnešioti naujagimiai buvo pradedami anksti žindyti dažniau – 619 (73,3 proc.), nei neišnešioti arba pernešioti – 15 (44,1 proc.).

Daugiamatės logistinės regresijos metodu vertinti vėlyvo žindymo pradžią lemiantys motinų veiksniai. Pirminiam modeliui sudaryti atrinkti šie veiksniai: nėštumo planavimas, motinos sveikata per nėštumą, gimdymo būdas, naujagimio išnešiotumas. Iš modelio pašalinus statistiškai nereikšmingą regresorių „nėštumo planavimas“ gautas statistiškai reikšmingas modelis (9 lentelė).

9 lentelė. Vėlyvą žindymo pradžią lemiantys rizikos veiksniai

Kintamieji	Vėlyva žindymo pradžia			
	$\check{S}S_b$	$\check{S}S_p$	95 % PI	p
Motinos sveikatos sutrikimai	1,17	1,52	0,96–2,39	0,074
Gimė nenatūraliai (Cezario op.)	14,78	16,04	11,05–23,27	< 0,001
Gimė neišnešiotas / pernešiotas	3,49	6,38	2,95–13,79	< 0,001

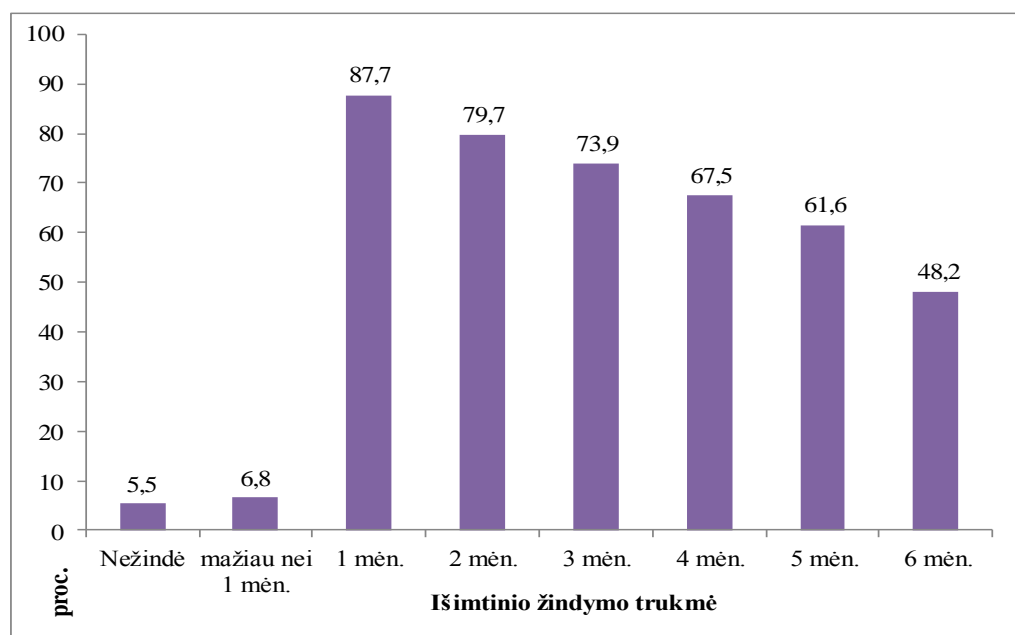
$N = 878$, Modelio $\chi^2 = 271,192$; l.l.sk. = 3; $p < 0,001$; $R^2 = 0,266$ (Cox, Shell); 0,383 (Nagelkerke).

Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad svarbiausi vėlyvą žindymą lemiantys veiksniai yra gimimo būdas ir išnešiotumas. Nustatytas glaudus tiesioginis ryšys tarp gimimo nenatūraliai ir neišnešiotumo su vėlyvo žindymo pradžia. Gimimas nenatūraliai (Cezario pjūvis) 16 kartų padidina vėlyvo žindymo šansą palyginti su gimimu natūraliai ($\check{S}S_p = 16,04$; 95 % PI 11,05–23,27), o gimus neišnešiotam arba pernešiotam naujagimiui vėlyvo gimdymo šansas padidėja 6,4 kartus ($\check{S}S_p = 6,38$; 95 % PI 2,95–13,49). Nenustatytas statistiškai reikšmingas motinos sveikatos sutrikimų ryšys su vėlyvo žindymo pradžia ($\check{S}S_p = 1,52$; 95 % PI 0,96–2,39; $p = 0,074$).

4.2.2. Išimtinio žindymo paplitimas

Išimtinis žindymas pirmuosius šešis gyvenimo mėnesius užtikrina optimalų vaikų augimą, vystymąsi ir sveikatą. Atsižvelgiant į pagrindinę PSO nuostatą,

kūdikiai turi būti išimtinai žindomi iki 6 mėn. neduodant jokių kitų papildomų skysčių (arbatos, vandens), išskyrus vaistus ir vitaminus. Tyrimu nustatyta, jog išimtinio žindymo iki 1 mėn. paplitimas sudarė 770 (87,7 proc.; 95 % PI 85,36–89,71), iki 3 mėn. – 649 (73,9 proc.; 95 % PI 70,91–76,71), iki 6 mėn. – 423 (48,2 proc.; 95 % PI 44,89–51,48) (2 pav.).



2 pav. Išimtinio žindymo paplitimas

Dauguma apklaustųjų motinų atsakė, kad žindo kūdikį naktį – 854 (97,3 proc.) ir žindo kūdikius pagal jų poreikį – 725 (82,6 proc.) (10 lentelė).

10 lentelė. Žindymo pobūdis

Žindymo parametrai	Tiriamoji grupė			95 % PI
		N	%	
Kaip žindėte pirmuosius 6 mėn.?	Pagal poreikį	725	82,6	79,92–84,94
	Pagal režimą (kas 3–4 val.)	153	17,4	15,06–20,08
Ar žindėte naktį?	Žindo naktį	854	97,3	95,96–98,16
	Nežindo naktį	24	2,7	1,84–4,04
Ar pirmuosius 6 mėn. tarp žindymų duodavote papildomų skysčių?	Neduodavo	582	66,3	63,10–69,34
	Kasdien	44	5,0	3,75–6,67
	Retai	252	28,7	25,81–31,78

Tyrimo rezultatai parodė, kad papildomų skysčių (arbatų, vandens) tarp maitinimų motinos pienu pirmuosius 6 mėn. kasdien davė 44 (5,0 proc.), retai – 252

(28,7 proc.), o visai nedavė daugiau nei du trečdaliai – 582 (66,3 proc.) – motinų (10 lentelė).

Nustatėme ryšį tarp išimtinio žindymo trukmės ir papildomų skysčių tarp maitinimų davimo: motinos, kurios neduodavo papildomų skysčių, išimtinai žindo ilgiau, nei tos, kurios davė papildomų skysčių (11 lentelė).

11 lentelė. Papildomų skysčių davimo dažnis ir išimtinio žindymo paplitimas

Tarp žindymų pirmuosius 6 mėn. davėte papildomų skysčių?	Išimtinis žindymas				p*
	N	%	N	%	
	Išimtinai žindo kūdikius 1 mėn. (n = 770)		Išimtinai žindo trumpiau nei 1 mėn. (n = 60)		
Kasdien (n = 420)	16	2,1	4	6,7	< 0,0005
Retai (n = 238)	191	24,8	47	78,3	
Nedavėte skysčių (n = 572)	563	73,1	9	15,0	
	Išimtinai žindo kūdikius 3 mėn. (n = 649)		Išimtinai žindo trumpiau nei 3 mėn. (n = 181)		< 0,0005
Kasdien (n = 20)	8	1,2	12	6,6	
Retai (n = 238)	114	17,6	124	68,5	
Nedavėte skysčių (n = 572)	527	81,2	45	24,9	
	Išimtinai žindo kūdikius 6 mėn. (n = 423)		Išimtinai žindo trumpiau nei 6 mėn. (n = 407)		< 0,0005
Kasdien (n = 20)	4	0,95	16	3,9	
Retai (n = 238)	32	12,7	206	50,6	
Nedavėte skysčių (n = 572)	387	91,5	185	45,5	

*Apskaičiuota Pirsono chi kvadrato principu

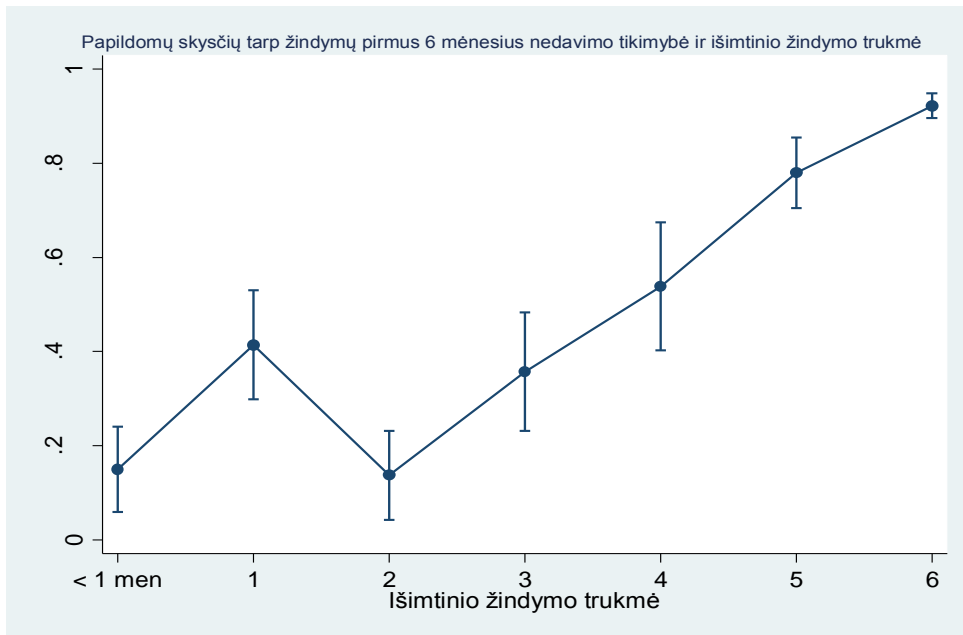
Reikšmingai daugiau motinų, nedavusių papildomų skysčių tarp maitinimų, buvo tarp išimtinai žindžusių 1 mėn. – 563 (73,1 proc.), 3 mėn. - 527 (81,2 proc.) ir 6 mėn. – 387 (91,5 proc.), nei tarp trumpiau žindžusių (analogiškai 1 mėn. – 9 (15,0 proc.; $p < 0,0005$), 3 mėn. – 45 (24,9 proc.; $p < 0,0005$), 6 mėn. – 185 (45,5 proc.; $p < 0,0005$) (11 lentelė).

12 lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad yra tiesioginė priklausomybė tarp išimtinio žindymo trukmės ir papildomų skysčių nedavimo tarp žindymų. Neduodant papildomų skysčių tarp žindymų atsiranda 67 kartais didesnis šansas išimtinai žindyti kūdikius iki 6 mėn.

12 lentelė. Išimtinio žindymo trukmės ryšys su papildomu skysčių nedavimu tarp žindymų pirmuosius šešis gyvenimo mėnesius

Išimtinio žindymo trukmė	ŠS	95 % PI	p*
< 1 mėn.	1,00	–	< 0,0005
1 mėn.	4,00	1,71–9,41	
2 mėn.	0,90	0,31–2,62	
3 mėn.	3,14	1,28–7,70	
4 mėn.	6,61	2,70–16,16	
5 mėn.	20,05	8,73–46,06	
6 mėn.	67,11	30,30–148,65	

Kaip matome 3 pav., yra statistiškai reikšminga „dozinė“ priklausomybė. Nustatyta statistiškai reikšminga tiesinė ($p < 0,00005$), kvadratinė ($p = 0,0001$), ketvirto ($p = 0,0027$), penkto laipsnio ($p = 0,0062$) ir jungtinė ($p < 0,00005$) tendencija (priklausomybė) (3 pav.).



3 pav. Papildomų skysčių tarp žindymų pirmus 6 mėn. nedavimo tikimybė ir išimtinio žindymo trukmė

Pagal išimtinio žindymo trukmę respondentes suskirstėme į dvi grupes. Pirmoji grupė: motinos, kurios išimtinai žindo kūdikius 6 mėn. – 423 (51,0 proc.); antroji grupė: išimtinai žindo trumpiau nei 6 mėn. – 407 (49,0 proc.). Iš analizės atmetėme 48 motinas, kurios nurodė, kad išimtinai visai nežindo.

13 lentelėje pateiktas išimtinio žindymo paplitimas įvairiose grupėse pagal amžių, išsilavinimą, šeiminių padėtį, vaikų skaičių, ankstyvą žindymą, žindymo būdą, informacijos teikimą GS, gimdymo būdą, žinduko davimą bei finansinę padėtį.

13 lentelė. Išimtinio žindymo paplitimas įvairiose respondenčių grupėse

Kintamasis	Išimtinai žindo 6 mėn. (n = 423)	Išimtinai žindo trumpiau nei 6 mėn. (n = 455)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Amžius < 27 m. 28–33 m. ≥ 34 m.	65 (28,9) 259 (53,8) 99 (57,6)	160 (71,1) 222 (46,2) 73 (42,4)	1,00 2,87 3,34	– 2,02–4,09 2,15–5,19	<0,0005*
Išsilavinimas vidurinis (profesinis) aukštasis neuniversitetinis (technikumas) aukštasis universitetinis	19 (19,6) 120 (42,6) 284 (56,9)	78 (80,4) 162 (57,4) 215 (43,1)	1,00 3,04 5,42	– 1,69–5,51 3,10–9,58	<0,0005*
Gyvena registruotoje santuokoje neregistruotoje santuokoje / vieniša	399 (51,0) 24 (25,3)	384 (49,0) 71 (74,7)	1,00 0,33	– 0,19–0,54	< 0,0005
Vaikų skaičius šeimoje vienas du ir daugiau	212 (44,5) 211 (52,5)	264 (55,5) 191 (47,5)	1,00 1,38	– 1,04–1,81	0,019
Ankstyvas žindymas per 1 val. vėliau nei per 1 val.	333 (52,5) 90 (36,9)	301 (47,5) 154 (63,1)	1,00 0,53	– 0,39–0,72	< 0,0005
Gimdė natūraliai Cezario operacija	334 (51,2) 89 (39,4)	318 (48,8) 137 (60,6)	1,00 0,62	– 0,45–0,85	0,002
Žindė pagal poreikį žindo kas 3–4 val.	382 (52,7) 41 (26,8)	343 (47,3) 112 (73,2)	1,00 0,33	– 0,22–0,49	< 0,0005
Nedavė žinduko Davė žinduką	222 (72,3) 201 (35,2)	85 (27,7) 370 (64,8)	1,00 0,21	– 0,15–0,28	< 0,0005
Pajamos < 1 500 Lt 1 501–2 500 Lt 2 501–3 500 Lt > 3 501 Lt	36 (34,3) 103 (41,2) 120 (51,7) 164 (56,4)	69 (65,7) 147 (58,8) 112 (48,3) 127 (43,6)	1,00 1,34 2,05 2,48	– 0,81–2,22 1,24–3,41 1,52–4,05	<0,0005*

* Mantelio–Henzelio chi kvadrato testas tendencijai

Įvertinome išimtinio žindymo paplitimo įvairiose amžiaus grupėse tendencijas, kuri yra statistiškai reikšmingai didėjanti su amžiumi: 28 metų ir vyresnio amžiaus motinų daugiau žindė kūdikius išimtinai iki 6 mėn. nei 27 metų ir jaunesnio amžiaus tiriamųjų (Mantel-Haenszel $\chi^2=36,008$, l.l.sk.=1, $p<0,0005$). Gauti rezultatai rodo, kad didėjant amžiui stiprėja amžiaus ryšys su išimtiniu žindymu iki 6 mėn.

Tiriant išimtinį žindymą ir respondenčių išsilavinimą, paaiškėjo, kad moterys, kurios buvo įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą 284 (56,9 proc.), dažniau žindė išimtinai iki 6 mėnesių lyginant su tom, kurios turėjo aukštąjį neuniversitetinį 120 (42,6 proc.) ir, kurios turėjo vidurinį (profesinį) išsilavinimą 19 (19,6 proc.) ($\chi^2=49,408$, l.l.sk.=1, $p<0,0005$). Nustatyta tiesioginė išimtinio žindymo priklausomybė nuo išsilavinimo.

Nustatyta, kad motinos, auginančios du ir daugiau vaikų, nežymiai dažniau žindė išimtinai iki 6 mėnesių 211 (52,5 proc.), negu tos, kurios augino vieną vaiką 212 (44,5 proc.) ($\chi^2=5,197$, l.l.sk.=1, $p=0,023$). Nustatytas tiesioginis statistiškai reikšmingas ryšys tarp vaikų auginimo ir išimtinio žindymo (ŠS=1,38, 95% PI 1,04 - 1,81). Auginančios du ir daugiau vaikų turėjo 38 proc. didesnę šansą išimtiniam žindymui lyginant su auginančiomis vieną vaiką.

Mamoms, kurioms kūdikis buvo pridedamas prie krūtinės iškart per pirmą valandą nuo gimimo, dažniau išimtinai žindė 6 mėnesius 333 (52,5 proc.) nei tos, kurių kūdikiai buvo pridedami prie krūtinės vėliau nei po pirmos valandos nuo gimimo 89 (39,4 proc.) ($\chi^2=16,619$, l.l.sk.=1, $p<0,0005$). Nustatyta atvirkštinė priklausomybė tarp vėlyvos žindymo pradžios ir išimtinio žindymo (ŠS= 0,53, 95% PI 0,39 - 0,72).

Išimtinis kūdikių žindymas 6 mėnesius dažniau buvo stebimas pas tas motinas, kurios gimdė natūraliai ($h=8,955$, l.l.sk.=1, $p=0,003$). Moterys, pagimdžiusios natūraliai kūdikį, dažniau išimtinai žindė iki 6 mėnesių 334 (51,2 proc.), negu tos, kurioms buvo atlikta Cezario operacija (35,8 proc.). Moterys, kurioms buvo atlikta Cezario operacija turėjo 38 proc. mažesnę šansą žindymui iki 6 mėnesių (ŠS=0,62, 95% PI 0,45 - 0,85) lyginant su moterims gimdžiusiomis natūraliai.

Ištekėjusios moterys žindė statistiškai reikšmingai ilgiau, nei vienišos ar gyvenusios su partneriu. Tos moterys, kurios gyveno registruotoje santuokoje su partneriu, dažniau kūdikius išimtinai žindė iki 6 mėnesių 399 (51,0 proc.), negu tos, kurios gyveno su partneriu nesusituokusios arba vienos 24 (25,3 proc.) ($\chi^2=21,362$,

l.l.sk.=1, $p<0,0005$). Nustatyta atvirkštinė priklausomybė tarp gyvenusių neregistruotoje santuokoje ir išimtinio žindymo iki 6 mėn. Nesusituokusios turėjo 67 proc. mažesnę šansą žindymui iki 6 mėn.

Tiriamųjų grupėje, kurios kūdikiams neduodavo žinduko/čiulptuko stebimas dažnesnis išimtinis žindymas 6 mėnesius 222 (72,3 proc.), nei grupėje, kurioje žindukas / čiulptukas buvo duodamas 201 (35,2 proc.) ($\chi^2=108,531$, l.l.sk.=1, $p<0,0005$). Išimtinis žindymas 6 mėnesius turi atvirkštinį ryšį su žinduko/čiulptuko davimu kūdikiui ($\check{S}S = 0,21$, 95% PI 0,15-0,28, $p<0,0005$). Moterys, kurios davė žinduką turėjo 64,8 proc. mažesnę šansą išimtiniam žindymui iki 6 mėn.

Nustatyta, kad moterys, kurios žindydavo kūdikį pagal jo poreikį, išimtinai žindė ilgiau 382 (52,7 proc.), nei tos, kurios žindydavo pagal nustatytą režimą 41 (26,8 proc.) ($\chi^2=32,858$, l.l.sk.=1, $p<0,0005$). Rastas atvirkštinis ryšys tarp žindymo pagal jo poreikius ir išimtinio žindymo iki 6 mėnesių ($\check{S}S=0,33$, 95% PI 0,22 – 0,49).

Įvertinome išimtinio žindymo iki 6 mėnesių priklausomybę nuo gaunamų vidutinių pajamų. Išimtinio žindymo iki 6 mėnesių paplitimo tendencija yra statistiškai reikšmingai didėjanti su pajamų didėjimu ($\chi^2=21,368$, l.l.sk.=1, $p<0,0005$). 1501 lt ir daugiau pajamų per mėnesį gaunančiose šeimose kūdikiai dažniau buvo išimtinai iki 6 mėnesių žindomi nei tose šeimose, kurių pajamos per mėnesį buvo iki 1500 lt. (13 lentelė).

Tirtas išimtinio žindymo ryšys su demografiniais-socialiniais (amžius, išsilavinimas, santuoka, pajamos), motinos (ankstyvo žindymo pradžia, gimė natūraliai, žinduko davimas, žindymo pobūdis, patirtis auginant vaikus) veiksniais. Atrinkti tyrimui regresoriai (nepriklausomi kintamieji) yra skirtingo pobūdžio (14 lentelė). Todėl pasirinkome blokinį dvinarės logistinės regresijos modelio sudarymo būdą. Pirmąjį bloką sudarė demografinės socialinės kintamosios, II-ąją – motinos veiksniai. Pirmasis sudarytas modelis su visais nepriklausomais kintamaisiais (demografiniais-socialiniais, motinos veiksniais) pasižymėjo mažesniu modelio atitikimu turimiems duomenims. Iš modelio buvo pašalinta kintamoji “patirtis auginant vaikus“, kurios modelyje p reikšmė buvo lygi 0,733. Gautas galutinis statistiškai reikšmingas ir palyginti gerai atitinkantis turimus duomenis modelis. Papildžius I-ą bloką II-o bloko kintamosiomis modelis pagerėjo, tikėtumo $-2 \log$ sumažėjo nuo 1116,48 iki 1013,15 ($p<0,001$), teisingai klasifikuotų atvejų procentas padidėjo nuo 64,6 proc. iki 69,5.

14 lentelė. Išimtinį žindymą iki 6 mėn. lemiantys rizikos veiksniai (I blokas)

Kintamasis	Išimtinis žindymas			
	ŠS _b	ŠS _p	95 % PI	p
I blokas*				
Amžiaus grupė				
< 27 m.	1,00	1,00	–	< 0,0005
28–33 m.	2,87	2,34	1,64–3,34	< 0,0005
> 34 m.	3,34	2,82	1,83–4,35	< 0,0005
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis) aukštasis	1,00	1,00	–	< 0,0005
neuniversitetinis (technikumas) aukštasis	3,04	2,31	1,29–4,15	0,005
universitetinis	5,42	3,75	2,11–6,65	< 0,0005
Santuoka				
registruota santuoka	1,00	–	–	
neregistruota / vieniša	0,33	0,43	0,26–0,72	0,001
Pajamos				0,836
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	
1 501–2 500 Lt	1,34	1,08	0,64–1,82	0,781
2 501–3 500 Lt	2,05	1,17	0,69–1,99	0,570
> 3 501 Lt	2,48	1,24	0,73–2,09	0,426

I bloko kintamųjų modelis teisingai klasifikavo 64,6 proc. respondenčių, $\chi^2 = 99,52$; l.l.sk. = 8; $p < 0,0005$; Cox, Shell $R^2 = 0,107$; Nagelkerke $R^2 = 0,143$.

Remiantis sudarytu modeliu rastas ryšys tarp išimtinio žindymo ir demografinių bei socialinių kintamųjų (amžius, išsilavinimas, santuoka). Šie demografiniai ir socialiniai veiksniai pagerino kitų nagrinėtų veiksnių prognostinę vertę. Kaip rodo modelio rezultatai, amžius ir išsilavinimas turi glaudų tiesioginį ryšį su išimtinio žindymu. Motinos, kurių amžius yra 28 m. ir daugiau, turi 2–3 kartus didesnę šansą išimtinai žindyti iki 6 mėn. nei 27 m. ir jaunesnės motinos. Aukštesnio išsilavinimo moterys turi 1,8–3,3 kartus didesnę šansą išimtinai žindyti iki 6 mėn. nei žemesnio išsilavinimo moterys. Nerasta reikšmingo ryšio tarp pajamų ir išimtinio žindymo.

Dvimate analize (15 lentelė) nustatytas ryšys tarp išimtinio žindymo ir santuokos bei vidutinių gaunamų pajamų galėjo būti iškreiptas dėl skirtingo tokių požymių kaip amžius ir išsilavinimas pasiskirstymo tyrimo grupėse.

15 lentelė. Išimtinį žindymą iki 6 mėn. lemiantys veiksniai (II blokas)

Kintamasis	Išimtinis žindymas			
	ŠS _b	ŠS _p	95 % PI	p
I+II blokas**				
Amžiaus grupė				
< 27 m.	1,00	1,00	–	< 0,0005
28–33 m.	2,87	2,06	1,64–3,34	< 0,0005
> 34 m.	3,34	3,04	1,86–4,97	< 0,0005
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis)	1,00	1,00	–	< 0,0005
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	3,04	1,77	0,96–3,27	0,067
aukštasis universitetinis	5,42	3,31	1,81–6,04	< 0,0005
Santuoka				
registruota santuoka	1,00	1,00	–	
neregistruota / vieniša	0,33	0,73	0,42–1,27	0,265
Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	0,460
1 501–2 500 Lt	1,34	0,95	0,55–1,67	0,870
2 501–3 500 Lt	2,05	0,80	0,45–1,43	0,457
> 3 501 Lt	2,48	1,10	0,64–1,94	0,713
Ankstyvo žindymo pradžią				
žindymas iš karto	1,00	1,00	–	
žindymas po > 1 val.	0,53	0,75	0,50–1,12	0,162
Gimdė natūraliai				
natūraliai	1,00	1,00	–	
Cezario operacija	0,62	0,62	0,40–0,96	0,033
Žinduko davimas				
Nedavė žinduko	1,00	1,00	–	
Davė žinduką	0,21	0,29	0,21–0,40	< 0,0005
Žindymo pobūdis				
pagal poreikį	1,00	1,00	–	
pagal režimą	0,33	0,57	0,37–0,88	0,010

Modelio $\chi^2 = 202,85$; *l.l.sk.* = 13; $p < 0,0005$; Cox, Shell $R^2 = 0,206$; Nagelkerke $R^2 = 0,275$.

Remdamiesi logistinės regresijos modeliu gavome tiriamų veiksnių įverčius, atsižvelgus į kitus modelyje esančius veiksniai. Iš nagrinėtų motinos ir naujagimio veiksnių rastas statistiškai reikšmingas atvirkštinis ryšys tarp išimtinio žindymo ir Cezario operacijos (ŠS = 0,62; 95 % PI 0,40–0,96), žinduko davimo (ŠS = 0,29; 95 % PI 0,21–0,40), žindymo pobūdžio (ŠS = 0,57; 95 % PI 0,37–0,88).

4.2.3. Žindymas iki vienerių metų

Žindymas iki vienerių metų amžiaus buvo vertinamas pagal PSO skaičiavimo metodiką [18] tai 12–15 mėn. amžiaus vaikų, kurie atliekant tyrimą buvo žindomi, skaičius. 135 vaikai buvo 12–15 mėn. amžiaus, iš jų 39 (28,9 proc., 95 % PI 21,9–37,03) atliekant tyrimą buvo žindomi iki vienerių metų (16 lentelė).

16 lentelė. Žindymas iki vienerių metų

Žindymas iki vienerių metų	N	%	95 % PI
Taip	39	28,9	21,9–37,03
Ne	96	71,1	
Iš viso	135	100,0	–

17 lentelėje pateiktas žindymo iki vienerių metų paplitimas įvairiose grupėse pagal amžių, išsilavinimą, šeiminių padėtį, vaikų skaičių, žinduko davimą bei neštumo planavimą.

17 lentelė. Žindymo iki vienerių metų paplitimas įvairiose respondenčių grupėse

Kintamasis	Žindo iki vienerių metų (n = 39)	Žindo trumpiau nei vieneri metai (n = 96)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Amžius					
< 27 m.	4 (13,3)	26 (86,7)	1,00	–	< 0,0005
28–33 m.	15 (20,5)	58 (79,5)	1,68	0,46–6,68	
≥ 34 m.	20 (62,5)	12 (37,5)	10,83	2,66–48,19	
Išsilavinimas**					
vidurinis / aukštasis neuniversitetinis	8 (11,6)	61 (88,4)	1,00	–	< 0,0005
aukštasis universitetinis	31 (47,0)	35 (53,0)	6,75	2,60–18,04	
Gyvena					
registruotoje santuokoje	39 (32,8)	80 (67,2)	0,37	0,12–1,03	0,006*
neregistruotoje santuokoje / vieniša	0	16 (100,0)	–	–	
Nedavė žinduko	15 (46,9)	17 (53,1)	1,00	–	p = 0,010
Davė žinduką	24 (23,3)	79 (76,7)	0,34	0,14–0,87	

Kintamasis	Žindo iki vienerių metų (n = 39)	Žindo trumpiau nei vieneri metai (n = 96)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Nėštumas planuotas	39 (33,9)	76 (66,1)	5,75	1,54–25,32	0,001*
neplanuotas	0	20 (100,0)	–	–	

* *Fišerio testas*

** *Dėl mažo tiriamųjų skaičiaus, grupės buvo sustambintos į dvi grupes.*

Vaikus iki vienerių metų dažniau žindo 34 m. ir vyresnės respondentės – 20 (62,5 proc.) negu jaunesnės nei 28 m. amžiaus motinos. Nustatyta žindymo iki vienerių metų paplitimo didėjimo tendencija priklausomai nuo motinos amžiaus ($\chi^2 = 18,54$; $p < 0,0005$).

Iširta, kad kūdikių, žindytų iki 1 m., paplitimo tendencija motinų išsilavinimo grupėje buvo statistiškai reikšmingai didėjanti ($\chi^2 = 20,549$; $p < 0,0005$). Mamos, kurios turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą – 31 (47,0 proc.) – žindo iki 1 m., o turėjusios vidurinį / aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą – 8 (11,6 proc.).

Ilgam kūdikio žindymui iki vienerių metų reikšmingą įtaką turėjo tokie kintamieji kaip moterų šeiminė padėtis ir nėštumo planavimas.

Žinduko / čiulptuko davimas kūdikiui turėjo atvirkštinį ryšį su jų žindymu iki vienerių metų (ŠS = 0,34; 95 % PI 0,14–0,87; $p < 0,010$). Motinos, kurios neduodavo kūdikiui žinduko / čiulptuko, dažniau žindo vaikus iki vienerių metų – 15 (46,9 proc.) nei tos, kurios duodavo, – 24 (23,3 proc.).

Tirtas žindymo iki vienerių metų ryšys su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas, santuoka) bei motinos (žinduko davimas, nėštumo planavimas) veiksniais. Dėl kintamojo „žinduko davimas“ modelis tapo nepatikimas, o kintamųjų „nėštumo planavimas“ ir „šeiminė padėtis“ dėl mažo atvejų skaičiaus negalėjome įvertinti. Gautas galutinis statistiškai reikšmingas ir palyginti gerai atitinkantis turimus duomenis modelis.

Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad svarbiausi žindymą iki vienerių metų lemiantys veiksniai yra motinų amžius ir išsilavinimas. Nustatėme glaudų ryšį tarp kūdikių žindymo iki vienerių metų amžiaus ir šių veiksnių: motinų 34 m. ir vyresnis amžius (ŠS_p = 15,15; 95 % PI 3,50–65,56; $p < 0,0005$), aukštasis universitetinis išsilavinimas (ŠS_p = 10,14; 95 % PI 3,43–29,93; $p < 0,0005$) (18 lentelė).

Vyresnis amžius (34 m. ir daugiau) 15 kartų padidina žindymo iki vienerių metų amžiaus šansą, palyginti su jaunesniu amžiumi. Aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios moterys turėjo 10 kartų didesnę šansą žindyti savo kūdikius iki vienerių metų nei turinčios žemesnį išsilavinimą (18 lentelė).

18 lentelė. Kūdikių žindymą iki vienerių metų lemiantys veiksniai

Kintamasis	Vaikų žindymas iki vienerių metų			
	ŠS _b	ŠS _p	95 % PI	p
Amžiaus grupė				
< 27 m.	1,00	1,00	–	–
28–33 m.	1,68	1,43	0,40–5,14	0,585
> 34 m.	10,83	15,15	3,50–65,56	< 0,0005
Išsilavinimas*				
vidurinis / aukštasis neuniversitetinis	1,00	1,00	–	
aukštasis universitetinis	6,75	10,14	3,43–29,93	< 0,0005

* Dėl mažo tiriamųjų skaičiaus, grupės buvo sustambintos į dvi grupes.

Modelio $\chi^2 = 45,85$; l.l.sk. = 3; $p < 0,0005$, teisingai klasifikuotų atvejų dalis sudarė 82,2 proc., Cox, Shell $R^2 = 0,29$; Nagelkerke $R^2 = 0,40$.

4.2.4. Žindymas iki dvejų metų

Vaikų žindymas iki dvejų metų amžiaus buvo vertinamas pagal PSO skaičiavimo metodiką [18], tai 20–23 mėn. amžiaus vaikų, kurie atliekant tyrimą buvo žindomi, skaičius. 284 vaikai buvo 20–23 mėn. amžiaus, iš jų 20 (7,0 proc.; 95 % PI 4,60–10,6) atliekant tyrimą buvo žindomi iki dvejų metų (19 lentelė).

19 lentelė. Vaikų žindymas iki dvejų metų

Vaikų žindymas iki dvejų metų	N	%	95 % PI
Taip	20	7,0	4,60–10,6
Ne	264	93,0	–
Iš viso	284	100,0	

20 lentelėje pateiktas žindymo iki dvejų metų paplitimas įvairiose grupėse pagal amžių, išsilavinimą, šeimines padėtis, vaikų skaičių, žinduko davimą bei nėštumo planavimą.

Nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp žindymo iki dvejų metų ir respondenčių amžiaus ($\chi^2 = 1,839$; l.l.sk. = 1; $p = 0,175$) bei šeiminės padėties ($\chi^2 = 0,007$; l.l.sk. = 1; $p = 0,933$) (20 lentelė).

20 lentelė. Žindymo iki dvejų metų paplitimas įvairiose respondenčių grupėse

Kintamasis	Žindo iki vienerių metų (n = 39)	Žindo trumpiau nei vieneri metai (n = 96)	ŠS	95 % PI	P
	N (%)	N (%)			
Amžius					
< 27 m.	3 (3,8)	76 (96,2)	1,00	-	0,584
28–33 m.	14 (9,4)	135 (90,6)	2,63	0,68–11,91	
≥ 34 m.	3 (5,4)	53 (94,6)	1,43	0,22–9,35	
Išsilavinimas*					
vidurinis / aukštasis neuniversitetinis	3 (2,2)	133 (97,8)	1,00	-	0,002
aukštasis universitetinis	17 (11,5)	131 (88,5)	5,75	1,54–25,32	
Gyvena					
registruotoje santuokoje	20 (7,9)	234 (92,1)	5,33***	0,33–86,45	0,145**
neregistruotoje santuokoje / vieniša	0	30 (100,0)	-	-	
Nedavė žinduko	13 (10,8)	107 (89,2)	1,00	-	0,033
Davė žinduką	7 (4,3)	157 (95,7)	0,37	0,12–1,03	
Nėštumas					
planuotas	16 (8,0)	183 (92,0)	1,00	-	0,315
neplanuotas	4 (4,7)	81 (95,3)	0,56	0,15–1,88	

* Dėl mažo tiriamųjų skaičiaus, grupės buvo sustambintos į dvi grupes

** Fišerio tikslusis metodas

*** pakoreguotas ŠS (lentelėje 2 x 2 prie kiekvieno langelyje skaičiaus pridėta 0,5)

Buvo nustatytos reikšmingos sąsajos tarp apklaustųjų išsilavinimo ir kūdikių žindymo iki dvejų metų ($\chi^2 = 9,325$; l.l.sk. = 2; $p = 0,002$). Motinos, kurios turėjo aukštąjį universitetinį išsilavinimą, reikšmingai dažniau žindo vaikus iki 2 m. – 17 (11,5 proc.) nei tos, kurios turėjo vidurinį / aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą, – 3 (2,2 proc.).

Nustatyta, kad mamos, kurios neplanavo nėštumo, turėjo 44 proc. mažesnę šansą vaikus žindyti iki dvejų metų palyginti su tomis, kurios planavo (ŠS = 0,56; 95 % PI 0,15–1,88; $p = 0,315$).

Motinos, kurios davė kūdikiams žinduką / čiulptuką, turėjo 63 proc. mažesnę šansą žindyti vaikus iki dvejų metų palyginti su motinomis, kurios nedavė žinduko (ŠS = 0,37; 95 % PI 0,12–1,03; p = 0,033).

Tirtas žindymo iki dvejų metų ryšys su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas, santuoka) bei motinos (žinduko davimas, nėštumo planavimas) veiksniais. Kintamasis „žinduko davimas“ nebuvo reikšmingas veiksnys (21 lentelė), o kintamųjų „nėštumo planavimas“ ir „šeiminė padėtis“ dėl mažo atvejų skaičiaus negalėjome įvertinti. Gautas galutinis statistiškai reikšmingas ir palyginti gerai atitinkantis turimus duomenis modelis.

21 lentelė. Vaikų žindymą iki dvejų metų lemiantys veiksniai

Kintamasis	Vaikų žindymas iki dvejų metų			
	ŠS _b	ŠS _p	95 % PI	p
Amžiaus grupė				
< 27 m.	1,00	1,00	–	
28–33 m.	2,63	1,46	0,38–5,68	0,583
> 34 m.	1,43	1,03	0,19–5,68	0,975
Išsilavinimas*				
vidurinis / aukštasis neuniversitetinis	1,00	1,00	–	
aukštasis universitetinis	5,75	4,54	1,25–16,53	0,022
Žinduko davimas				
nedavė žinduko	1,00	1,00	–	
davė žinduką	0,37	0,50	0,18–1,36	0,173

* Dėl mažo tiriamųjų skaičiaus grupės buvo sustambintos į dvi grupes

Modelio $\chi^2 = 13,19$; l.l.sk. = 4, $p < 0,010$, teisingai klasifikuotų atvejų dalis sudarė 93 proc.;

Cox, Shell $R^2 = 0,045$; Nagelkerke $R^2 = 0,114$.

Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad svarbiausi žindymą iki dvejų metų lemiantys veiksniai yra motinų išsilavinimas – aukštasis universitetinis išsilavinimas (ŠS_p = 4,54; 95 % PI 1,25–16,53; p < 0,022). Aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios moterys turėjo 4,5 karto didesnę šansą žindyti savo vaikus iki dvejų metų nei turinčios žemesnį išsilavinimą (21 lentelė).

4.3. Papildomo maitinimo pradžia, maisto įvairovė, valgymų skaičius

4.3.1. Papildomo maitinimo pradžia

Maitinimo tinkamai parinktais maisto produktais pradžia laiku sudaro palankias sąlygas kūdikių ir mažų vaikų sveikatos būklės ir fiziologinės raidos gerinimui, būtent spartesniu augimo laikotarpiu. Beveik visos respondentės – 860 (97,9 proc.) – papildomą maitinimą pradėjo ne anksčiau nei 17 sav., kitos – 18 (2,1 proc.) – pradėjo anksčiau nei 17 sav.

22 lentelėje pateikta papildomo maitinimo pradžia įvairiose grupėse. Nerasta statistiškai reikšmingos papildomo maitinimo pradžios paplitimo tendencijos kitimo priklausomai nuo amžiaus ($\chi^2 = 1,203$; $p = 0,273$). Nenustatyta statistiškai reikšmingų sąsajų tarp papildomo maitinimo pradžios ir respondenčių išsilavinimo ($\chi^2 = 0,607$; l.l.sk. = 2; $p = 0,436$).

22 lentelė. Papildomo maitinimo pradžios paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	Papildomas maitinimas pradėtas ne anksčiau 17 sav.	Papildomas maitinimas pradėtas anksčiau nei 17 sav.	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Amžius					
< 27 m.	219 (97,3)	6 (2,7)	1,00	–	0,273*
28–33 m.	477 (99,2)	4 (0,8)	3,27	0,76–15,87	
≥ 34 m.	164 (95,3)	8 (4,7)	0,56	0,16–1,89	
Išsilavinimas					
vidurinis (profesinis) aukštasis	93 (95,9)	4 (4,1)	1,00	–	0,436*
neuniversitetinis (technikumas) aukštasis	278 (98,6)	4 (1,4)	2,99	0,54–16,33	
universitetinis	489 (98,0)	10 (2,0)	2,10	0,47–7,48	
Patirtis auginant vaikus					
vienas vaikas	458 (96,2)	18 (3,8)	0,03**	0,0–0,51	< 0,0005
du ir daugiau vaikų	402 (100)	0	1,00	1,00	

* Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai

** pakoreguotas ŠS, kiekvienam 2 x 2 lentelės langeliui pridėjus 0,5

Visos motinos, auginančios du ir daugiau vaikų, papildomą maitinimą pradėjo ne anksčiau nei 17 sav. – 402 (100 proc.), o 3,8 proc. mamų, auginančių pirmą vaiką, papildomą maitinimą pradėjo anksčiau nei 17 sav. ($\chi^2 = 15,520$; l.l.sk. = 1; $p < 0,0005$). Nustatytas statistiškai glaudus atvirkštinis ryšys tarp patirties auginant vaikus ir papildomo maitinimo pradžios laiku ($\check{S}S = 0,03$; 95 % PI 0,00–0,51). Motinos, auginusios vieną vaiką, turėjo 97,0 proc. mažesnę šansą pradėti maitinti papildomai laiku palyginti su auginusiomis du ir daugiau vaikų.

Tirtas papildomo maitinimo pradžios laiku ryšys su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas) bei motinos (vaikų skaičius, nėščiųjų mokyklos lankymas) veiksniais. Logistinės regresijos galutinis modelis buvo statistiškai reikšmingas tik su kintamaisiais „amžiaus grupė“ ir „išsilavinimas“ (23 lentelė).

23 lentelė. Papildomo maitinimo pradžią laiku lemiantys veiksniai – amžius ir išsilavinimas

Kintamasis	Papildomo maitinimo pradžia laiku			
	$\check{S}S_b$	$\check{S}S_p$	95 % PI	p
Amžiaus grupė				0,013
< 27 m.	1,00	1,00	–	
28–33 m.	3,27	2,95	0,80–10,88	0,105
> 34 m.	0,56	0,48	0,16–1,46	0,194
Išsilavinimas				0,278
vidurinis (profesinis)	1,00	1,00	–	
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	2,99	3,26	0,77–13,87	0,110
aukštasis universitetinis	2,10	1,96	0,57–6,74	0,286

Modelio $\chi^2 = 11,73$; l.l.sk. 4, $p = 0,019$; Cox, Shell $R^2 = 0,013$; Nagelkerke $R^2 = 0,073$; modelis teisingai klasifikuoja 97,9 proc. atvejų.

Pagal logistinės regresijos modelį papildomo maitinimo laiku paplitimas tirtose amžiaus grupėse yra skirtingas ($p < 0,013$). Tačiau lyginant vyresnio amžiaus grupes su jaunesnio amžiaus grupe (< 27 m.) reikšmingos priklausomybės nerasta.

Tiriamųjų išsilavinimas neturėjo reikšmingo poveikio papildomo maitinimo pradžiai.

4.3.2. Minimali maisto įvairovė

Minimali maisto įvairovė – 6–23 mėn. vaikai, gaunantys maistą, kuriame yra keturios ar daugiau iš septynių maisto grupių. Septynių maisto produktų grupę sudaro:

1. grūdiniai, šaknys ir šakniagumbiai;
2. ankštiniai ir riešutai;
3. pieno produktai;
4. mėsiškas maistas (mėsa, žuvis, paukštiena, kepenys);
5. kiaušiniai;
6. vaisiai ir daržovės, kuriose gausu vitamino A;
7. kiti vaisiai ir daržovės.

Nustatyta, kad 4 ir daugiau maisto produktų rūšimis buvo maitinti labai didelė dalis vaikų – 825 (94,0 proc.), netinkama maisto įvairovė sudarė tik 53 (6,0 proc.). Atliekant tyrimą dauguma respondentų iš septynių maisto produktų grupių dažniausiai savo vaikui į maisto racioną įtraukdavo penkias maisto produktų grupes: grūdai ir šakniagumbiai, pieno produktai, mėsiškas maistas, vaisiai ir daržovės, kuriose gausu vitamino A, bei kiti vaisiai ir daržovės (24 lentelė, žr. 75 psl.).

Tiriant vaikų maitinimą grūdais ir šakniagumbiais, paaiškėjo kad 870 (99,1 proc.) motinų vakar maitino savo vaikus grūdinais ir šakniagumbių produktais. Tokių produktų vartojimo paplitimas buvo skirtingas tirtose vaikų amžiaus grupėse ($p = 0,0397$).

Ankštiniais maisto produktais ir riešutais maitino 68 (7,7 proc.) respondentės. Ryšys tarp ankštinių maisto produktų ir vaiko amžiaus nenustatytas ($\chi^2 = 7,362$; l.l.sk. = 3; $p = 0,061$).

Analizuojant pieno produktų grupės maistą, atliekant tyrimą žindomiems kūdikiams buvo skaičiuoti tik tokie pieno produktai kaip: varškė, varškės sūris, jogurtas, fermentinis sūris, kefyras, grietinė, šokoladinis varškės sūrelis, nežindomiems – visi anksčiau išvardyti pieno produktai ir pieno mišinys, karvės pienas, geriamasis jogurtas. Nustatyta, kad 776 (88,4 proc.) tiriamųjų vakar maitino savo vaikus pieno produktais.

Pastebėta statistiškai reikšminga tendencija tarp pieno produktų vartojimo ir vaiko amžiaus ($\chi^2 = 132,770$; $p < 0,0005$), t. y. kuo vyresni vaikai, tuo dažniau motinos pradeda juos papildomai maitinti pieno produktais. Pavyzdžiui, 6–8 mėn.

amžiaus vaikus pieno produktais maitino 88 motinos (62,0 proc.), o 18–23 mėn. amžiaus – 401 tiriamoji (97,6 proc.) (24 lentelė).

Mėsiškas maistas, kurį sudarė galvijų kepenys, inkstai, žuvis ir bet kokia mėsa, taip pat buvo dažnas vaikų maisto racione – 821 (93,5 proc.). Dažniausiai mėsiško maisto produktų grupę sudarė bet kokia mėsa – 799 (91,0 proc.), o tokie produktai kaip žuvis – 143 (16,3 proc.) – ir galvijų kepenys – 31 (3,5 proc.) – buvo mažiau populiarūs.

Augant vaikui mėsiškų maisto produktų jų maisto racione statistiškai reikšmingai didėja ($\chi^2 = 103,764$; $p < 0,0005$).

Nedidelė dalis motinų – 160 (18,2 proc.) – teigė, kad vakar jų vaikas valgė kiaušinių. Kiaušinių vartojimas vaiko racione priklausė nuo vaiko amžiaus ($\chi^2 = 28,224$; $p < 0,0005$). Kuo vaikas vyresnis, tuo kiaušinių vartojimas tampa dažnesnis.

Tiriant vaikų maitinimą vaisiais ir daržovėmis, kuriose gausu vitamino A, paaiškėjo kad 800 (91,1 proc.) motinų vakar maitino savo vaikus vitamino A turinčiais produktais. Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp vaiko amžiaus didėjimo ir vaisių bei daržovių, turinčių vitamino A, davimo ($\chi^2 = 453,291$; $p < 0,0005$).

Kitus vaisius ir daržoves savo vaiko mitybos racionui rinkosi beveik visos tyrime dalyvavusios motinos – 856 (97,5 proc.). Vaisių ir daržovių dažnis mitybos racione priklausė nuo vaikų amžiaus ($\chi^2 = 12,201$; $p < 0,0005$) (24 lentelė).

Nustatyta, kad 4 ir daugiau maisto produktų rūšimis buvo maitinti labai didelė dalis vaikų – 825 (94,0 proc.), netinkama maisto įvairovė sudarė tik 53 (6,0 proc.).

24 lentelė. 6–23 mėn. vaikų maisto įvairovė

Maisto įvairovė		Vaiko amžius					95 % PI	p
		6–8 mėn.	9–11 mėn.	12–17 mėn.	18–23 mėn.	Viso		
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
1) grūdiniai, šakniagumbiai	ne	4 (2,8)	0	0	4 (1,0)	8 (0,9)	–	0,0397*
	taip	138 (97,2)	122 (100,0)	203 (100,0)	407 (99,0)	870 (99,1)	0,98–0,99	
2) ankštiniai ir riešutai	ne	138 (97,2)	108 (88,5)	186 (91,6)	378 (92,0)	810 (92,3)	–	0,061
	taip	4 (2,8)	14 (11,5)	17 (8,4)	33 (8,0)	68 (7,7)	0,06–0,09	
3) pieno produktai	ne	54 (38,0)	24 (19,7)	14 (6,9)	10 (2,4)	102 (11,6)	–	< 0,0005**
	taip	88 (62,0)	98 (80,3)	189 (93,1)	401 (97,6)	776 (88,4)	0,86–0,90	
4) mėsishkas maistas	ne	37 (26,1)	11 (9,0)	7 (3,4)	2 (0,5)	57 (6,5)	–	< 0,0005**
	taip	105 (73,9)	111 (91,0)	196 (96,6)	409 (99,5)	821 (93,5)	0,92–0,95	
5) kiaušiniai	ne	130 (91,5)	107 (87,7)	178 (87,7)	303 (73,7)	718 (81,8)	–	< 0,0005**
	taip	12 (8,5)	15 (12,3)	25 (12,3)	108 (26,30)	160 (18,2)	0,16–0,21	
6) vaisiai ir daržovės, kuriuose gausu vitamino A	ne	19 (13,4)	3 (2,5)	24 (11,8)	32 (7,8)	78 (8,9)	–	< 0,0005**
	taip	123 (86,6)	119 (97,5)	179 (88,2)	379 (92,2)	800 (91,1)	0,89–0,93	
7) kiti vaisiai ir daržovės	ne	3 (2,1)	12 (9,8)	7 (3,4)	0	22 (2,5)	–	< 0,0005**
	taip	139 (97,9)	110 (90,2)	196 (96,6)	411 (100,0)	856 (97,5)	0,96–0,98	

* *Fišerio testas*

** *Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai*

25 lentelėje pateikėme maisto įvairovės pasiskirstymą įvairiose grupėse pagal respondenčių amžių, išsilavinimą, vaikų amžių, vaikų skaičių, neščiųjų mokyklos lankymą, šeimos pajamas. Nustatyta, kad motinos amžius, išsilavinimas, patirtis auginant vaikus nelėmė vaikų maisto įvairovės ($p > 0,05$).

25 lentelė. Maisto įvairovės paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	< 4 maisto produktų rūšys (n = 53)	≥ 4 maisto produktų rūšys (n = 825)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Motinos amžius					
< 27 m.	16 (7,1)	209 (92,9)	1,00	–	0,056*
28–33 m.	33 (6,9)	448 (93,1)	0,96	0,50–1,92	
≥ 34 m.	4 (2,3)	168 (97,7)	0,31	0,07–0,99	
Išsilavinimas					
vidurinis (profesinis) aukštasis	10 (10,3)	87 (89,7)	1,00	–	0,195
neuniversitetinis (technikumas) aukštasis	15 (5,3)	267 (94,7)	0,49	0,20–1,27	
universitetinis	28 (5,6)	471 (94,4)	0,52	0,23–1,24	
Vaikų amžius					
6–11 mėn.	46 (17,4)	218 (82,6)	1,00	–	0,0005*
12–17 mėn.	3 (1,5)	200 (98,5)	0,07	0,01–0,23	
18–23 mėn.	4 (1,0)	407 (99,0)	0,05	0,01–0,13	
Lankė neščiųjų mokyklą					
nelankė	40 (8,6)	424 (91,4)	1,00	–	0,001
lankė	13 (3,1)	401 (96,9)	0,34	0,17–0,67	
Pajamos					
< 1 500 Lt	15 (14,3)	90 (85,7)	1,00	–	<0,0005*
1 501–2 500 Lt	12 (4,8)	238 (95,2)	0,30	0,12–0,73	
2 501–3 500 Lt	4 (1,7)	228 (98,3)	0,11	0,02–0,34	
> 3 501 Lt	22 (7,6)	269 (92,4)	0,49	0,23–1,07	
Patirtis auginant vaikus					
vienas vaikas	31 (6,5)	445 (93,5)	1,00	–	0,519
du ir daugiau vaikų	22 (5,5)	380 (94,5)	0,83	0,45–1,51	

* *Mantel-Haenszel chi kvadrato testas tendencijai*

Nustatyta, kad didėjant vaikų amžiui (nuo 12 mėn.), jiems duodamas maistas buvo įvairesnis ($\chi^2 = 70,077$; $p < 0,0005$), t. y. vyresnių vaikų maistas dažniau buvo papildytas 4 ir daugiau maisto produktais: beveik visi 18–23 mėn. vaikai buvo maitinami 4 ir daugiau maisto produktų grupėmis – 407 (99,0 proc.), mažiau vaikų 6–11 mėn. amžiaus grupėje buvo maitinami 4 ir daugiau maisto produktų grupėmis – 218 (82,6 proc.).

Pastebėta, kad motinos, kurios per nėštumą nelankė kursų ($\chi^2 = 10,628$; l.l.sk. = 1; $p = 0,001$), rečiau savo vaikus maitino 4 ir daugiau maisto produktų grupėmis (25 lentelė). Kalbant apie motinas, per nėštumą lankiusias kursus, mažos maisto įvairovės šansas buvo mažesnis nei kalbant apie nelankiusias ($p < 0,001$).

Nustatytas tiesioginis statistiškai reikšmingas ryšys tarp šeimos pajamų ir maisto produktų įvairovės. Šeimos, gaunančios mažesnes pajamas, dažniau tiekdamo vaikui maistą iš mažiau nei 4 maisto produktų rūšių nei šeimos gaunančios didesnes pajamas ($> 1\,501$ Lt) ($p < 0,0005$).

Tirtas maisto įvairovės ryšys (daugiau nei 4 maisto produktų rūšys) su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas, pajamos) bei motinos (vaikų skaičius, amžius, nėščiujų mokyklos lankymas, informacijos maitinimo klausimais teikimas namuose) veiksniais (26 lentelė).

26 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus vaikų maisto įvairovę (daugiau nei 4 maisto produktų rūšys) lemiantys veiksniai

Kintamasis	ŠS	ŠS _p	95 % PI	p
Amžius				
< 27 m.	1,00	1,00	–	0,127
28–33 m.	0,96	1,57	0,707–3,481	0,268
≥ 34 m.	0,31	0,54	0,15–1,89	0,332
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis) aukštasis	1,00	1,00	–	0,620
neuniversitetinis (technikumas)	0,49	0,57	0,18–1,79	0,335
aukštasis universitetinis	0,52	0,63	0,22–1,84	0,398
Nėščiujų mokyklos lankymas				
nelankė	1,00	1,00	–	
lankė	0,34	0,20	0,09–0,42	< 0,0005
Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	0,097
1 501–2 500 Lt	0,30	0,41	0,15–1,12	0,080
2 501–3 500 Lt	0,11	0,20	0,05–0,75	0,017
≥ 3 501 Lt	0,49	0,55	0,22–1,37	0,199
Vaiko amžiaus grupė:				
6–11 mėn.	1,00	1,00	–	< 0,0005
12–17 mėn.	0,07	0,07	0,02–0,25	< 0,0005
18–23 mėn.	0,05	0,05	0,02–0,14	< 0,0005
Patirtis auginti vaikus				
vienas vaikas	1,00	1,00	–	
du ir daugiau vaikų	0,83	1,04	0,45–2,26	0,92

Modelio $\chi^2 = 116,45$; l.l.sk. 12; $p < 0,0005$; Cox, Shell $R^2 = 0,124$; Nagelkerke $R^2 = 0,339$; modelis teisingai klasifikuoja 93,6 proc. atvejų.

Tokie kintamieji kaip išsilavinimas, patirtis, motinos amžius statistiškai buvo nereikšmingi.

Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad svarbiausi maisto įvairovę lemiantys veiksniai yra nėščiosioms skirtų kursų lankymas, vaikų amžius ir šeimos pajamos.

Daugiamatės logistinės regresijos skaičiavimai (atsižvelgiant į kontroliuojančių veiksnių poveikį) patvirtino, kad maisto įvairovei teigiamą poveikį turėjo nėščiosioms skirtų kursų lankymas ($\check{S}S_p = 0,20$; 95 % PI 0,09–0,42; $p < 0,0005$), 18–23 mėn. vaikų amžius ($\check{S}S_p = 0,05$; 95 % PI 0,02–0,14; $p < 0,0005$) ir didesnės nei 3 500 Lt šeimos pajamos ($\check{S}S_p = 0,55$; 95 % PI 0,05–0,75; $p < 0,017$). Nėščiųjų mokyklos lankymas 80 proc. sumažina maisto įvairovės (< 4 maisto rūšys) šansą palyginti su nėščiųjų mokyklos nelankymu. 18–23 mėn. amžiaus vaikai 95,0 proc. turėjo didesnę šansą būti maitinami 4 ir daugiau maisto produktais negu jaunesni nei 18 mėn. vaikai. 3 500 Lt ir didesnes pajamas gaunančių šeimų turėjo 45 proc. didesnę šansą savo vaikams suteikti įvairesnę maistą nei šeimos, kurių pajamos yra iki 3 000 Lt. (26 lentelė).

4.3.3. Mažiausias tinkamas valgymų skaičius

Žindomų vaikų mažiausias valgymų skaičius priklauso nuo amžiaus: ≥ 2 kartai, jei vaikas yra 6–8 mėn. amžiaus; ≥ 3 kartai, jei vaikas yra 9–23 mėn. amžiaus. Nežindomų vaikų mažiausias valgymų skaičius nepriklauso nuo amžiaus: ≥ 4 kartai visiems vaikams nuo 6 iki 23 mėn.

Atliekant tyrimą 9 mėn. ir vyresni vaikai statistiškai reikšmingai rečiau buvo žindomi nei 6–8 mėn. amžiaus vaikai (27 lentelė). Šioje lentelėje pateikti rezultatai rodo su amžiumi statistiškai reikšmingai mažėjantį atliekant tyrimą žindytų vaikų dalį.

Tiriamuosius suskirstėme į dvi grupes: pirmoji grupė – 6–23 mėn. vaikai, kurie atliekant tyrimą buvo žindyti ($n = 231$), antroji grupė – 6–23 mėn. vaikai, kurie atliekant tyrimą nebuvo žindyti ($n = 647$).

27 lentelė. Vaikų žindymas atliekant tyrimą

Vaikų amžius	Atliekant tyrimą buvo žindyti		
	Taip (n = 231) N (%)	Ne (n = 647) N (%)	p
6–8 mėn.	76 (53,5)	66 (46,5)	< 0,0005
9–11 mėn.	55 (45,1)	67 (54,9)	
12–17 mėn.	54 (27,0)	146 (73,0)	
18–23 mėn.	46 (11,1)	368 (88,9)	

Nustatyta, kad žindomi 6–8 mėn. kūdikiai dažniau buvo maitinami du ir daugiau kartų pusiau kietu ar kietu maistu 72 (94,7 proc.) (p=0,248), o 9–23 mėn. vaikai – tris ir daugiau kartų per parą (p < 0,0005) (28 lentelė).

28 lentelė. Valgymų skaičiaus paplitimas atsižvelgiant į žindytų vaikų amžių

Vaikai, kurie atliekant tyrimą buvo žindyti	Valgymų skaičius				p
	< 2 kartai	≥ 2 kartai	< 3 kartai	≥ 3 kartai	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
6–8 mėn. (n = 76)	4 (5,3)	72 (94,7)	–	–	0,248
9–11 mėn. (n = 55)	–	–	3 (5,5)	52 (94,5)	<0,0005
12–17 mėn. (n = 54)	–	–	3 (5,6)	51 (94,4)	
18–23 mėn. (n = 46)	–	–	0	46 (100,0)	

Statistiškai reikšmingai dažniau vyresnio amžiaus (≥ 34 m.) – 63 (90,0 proc.) ir aukštąjį universitetinį išsilavinimą – 145 (84,3 proc.) turinčios mamos valgydino žindomus vaikus >2 ar >3 kartų palyginti su jaunesnio amžiaus (< 27 m.) – 32 (72,7 proc.) ir neuniversitetinį išsilavinimą turinčiomis – 34 (75,6 proc.) respondentėmis (p < 0,005) (29 lentelė).

29 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus žindytų vaikų valgymų skaičiaus paplitimas įvairiose grupėse

Kintamoji	Netinkamas valgymų sk. 6-8 mėn. < 2 k 9-23 mėn. <3k	Tinkamas valgymų sk. 6-8 mėn. > 2 k 9-23 mėn. >3k	p
	N (%)	N (%)	
Amžius			0,015*
<27 metai	12 (27,3)	32 (72,7)	
28-33 metų	29 (24,8)	88 (75,2)	
=>34 metai	7 (10,0)	63 (90,0)	
Išsilavinimas			<0,0005
vidurinis	10 (71,4)	4 (28,6)	
aukštesnysis / aukštasis	11 (24,4)	34 (75,6)	
neuniversitetinis			
aukštasis			
universitetinis	27 (15,7)	145 (84,3)	

Kintamoji	Netinkamas valgymų sk. 6-8 mėn.< 2 k 9-23 mėn. <3k	Tinkamas valgymų sk. 6-8 mėn.> 2 k 9-23 mėn. >3k	p
	N (%)	N (%)	
Nėščiųjų mokyklos lankymas nelankė lankė	29 (22,0) 19 (19,2)	103 (78,0) 80 (80,8)	0,607
Pajamos iki 1500 lt 1501-2500 lt 2501-3500 lt 3501 ir > lt	11 (29,7) 8 (16,7) 7 (17,9) 22 (20,6)	26 (70,3) 40 (83,3) 32 (82,1) 85 (79,4)	0,490*
Vaiko amžiaus grupė 6-8 mėn. 9-11 mėn. 12-17 mėn. 18-23 mėn.	29 (38,2) 12 (21,8) 3 (5,6) 4 (8,7)	47 (61,8) 43 (78,2) 51 (94,4) 42 (91,3)	<0,0005*
Patirtis auginti vaikus vienas vaikas du ir daugiau vaikų	27 (23,1) 21 (18,4)	90 (76,9) 93 (81,6)	<0,0005

Valgymų skaičiaus paplitimo tendencija didėjo priklausomai nuo vaiko amžiaus ir patirties auginant vaikus: 12–17 mėn. amžiaus grupėje beveik visi žindomi vaikai buvo maitinami >2 ar >3 kartų per dieną – 51 (94,4 proc.); pakartotinai gimdžiusios motinos dažniau maitino žindomus vaikus >2 ar >3 kartų per dieną – 93 (81,6 proc.) (p < 0,0005).

Nežindomų vaikų mažiausias valgymų skaičius turėtų būti 4 kartai ir daugiau, kalbant apie visus vaikus nuo 6 iki 23 mėn. Tyrimu nustatyta, kad valgymų skaičiaus paplitimo tendencija vaikų amžiaus grupėje buvo statistiškai reikšmingai didėjanti (p < 0,0005) (30 lentelė).

30 lentelė. Valgymų skaičiaus paplitimas atsižvelgiant į nežindyto vaiko amžių

Vaikai, kurie atliekant tyrimą nebuvo žindyti	Valgymų skaičius		p
	< 4 kartai N (%)	≥ 4 kartai N (%)	
6–8 mėn. (n = 66)	24 (36,4)	42 (63,6)	< 0,0005
9–11 mėn. (n = 67)	10 (14,9)	57 (85,1)	
12–17 mėn. (n = 146)	57 (39,0)	89 (61,0)	
18–23 mėn. (n = 368)	21 (5,7)	347 (94,3)	

Statistiškai reikšmingai dažniau vyresnio amžiaus (≥ 34 m.) mamos valgydino nežindomus vaikus 4 ir daugiau kartų – 94 (92,2 proc.) palyginti su jaunesnio amžiaus (< 27 m.) respondentėmis – 143 (79,0 proc.) ($p = 0,022$) (31 lentelė).

Valgymų skaičiaus paplitimo tendencija didėjo priklausomai nuo vaiko amžiaus – 18–23 mėn. amžiaus grupėje beveik visi vaikai buvo maitinami 4 ir daugiau kartų per dieną – 340 (92,4 proc.) ($p < 0,0005$).

31 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus nežindyto vaiko valgymų skaičiaus paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	Netinkamas valgymų sk. < 4 kartai	Tinkamas valgymų sk. ≥ 4 kartai	p
	N (%)	N (%)	
Amžius			
< 27 m.	38 (21,0)	143 (79,0)	0,002*
28–33 m.	50 (13,7)	314 (86,3)	
≥ 34 m.	8 (7,8)	94 (92,2)	
Išsilavinimas			
vidurinis (profesinis)	21 (25,3)	62 (74)	0,147*
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	27 (11,4)	210 (88,6)	
aukštasis universitetinis	48 (14,7)	279 (85,3)	
Nėščiųjų mokyklos lankymas			
nelankė	42 (12,7)	290 (87,3)	0,108
lankė	54 (17,1)	261 (82,9)	
Pajamos			
iki 1 500 Lt	25 (36,8)	43 (63,2)	<0,0005*
1 501–2 500 Lt	27 (13,4)	175 (86,6)	
2 501–3 500 Lt	24 (12,4)	169 (87,6)	
$\geq 3 501$ Lt	20 (10,9)	164 (89,1)	
Vaiko amžiaus grupė			
6–8 mėn.	19 (28,8)	47 (71,2)	<0,0005*
9–11 mėn.	10 (14,9)	57 (85,1)	
12–17 mėn.	39 (26,7)	107 (73,3)	
18–23 mėn.	28 (7,8)	340 (92,4)	
Patirtis auginti vaikus			
vienas vaikas	55 (15,3)	304 (84,7)	0,700
du ir daugiau vaikų	41 (14,2)	247 (85,8)	

* *Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai*

Valgymų skaičiaus paplitimo tendencija didėjo priklausomai nuo šeimos pajamų – $\geq 3 501$ Lt grupėje dauguma vaikų buvo maitinami 4 ir daugiau kartų per dieną – 164 (89,1 proc.) ($p < 0,0005$).

Motinių išsilavinimas, patirtis auginant vaikus ir kursų lankymas nėštumo metu nebuvo reikšmingai susiję su valgymų skaičiumi ($p > 0,05$).

Logistinės regresijos modeliui sudaryti žindyčių kūdikių 6–8 mėn. ir 9–23 mėn. amžiaus žindyčių vaikų grupėje buvo per mažas atvejų skaičius.

Tirtas nežindyčių vaikų valgymų skaičiaus ryšys su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas, pajamos) bei motinos (vaikų skaičius, nėščiųjų mokyklos lankymas, vaikų amžius) veiksniais (32 lentelė).

32 lentelė. Nežindyčių 6–23 mėn. amžiaus vaikų valgymų skaičių lemiantys veiksniai

Kintamasis	ŠS _b	ŠS _p	95 % PI	p
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis)	1,00	1,00	–	0,002
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	4,28	4,92	1,74–13,92	
aukštasis universitetinis	1,56	1,28	0,50–3,26	
Nėščiųjų mokyklos lankymas				
Nelankė	1,00	1,00	–	0,017
Lankė	0,38	0,41	0,19–0,85	
Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	0,656
1 501–2 500 Lt	1,66	0,76	0,28–2,02	
2 501–3 500 Lt	2,52	1,24	0,40–3,91	
≥ 3 501 Lt	1,60	1,25	0,43–3,67	
Vaiko amžiaus grupė				
6–8 mėn.	1,00	1,00	–	< 0,0005
9–11 mėn.	1,11	0,72	0,29–1,75	
12–17 mėn.	5,99	6,89	2,64–17,95	
18–23 mėn.	10,29	8,36	3,45–20,24	
Patirtis auginti vaikus				
Vienas vaikas	1,00	1,00	–	0,466
Du ir daugiau vaikų	0,46	0,77	0,39–1,54	

Modelio $\chi^2 = 75,13$; l.l.sk. = 11; $p < 0,0005$; Cox, Shell $R^2 = 0,110$; Nagelkerke $R^2 = 0,253$.

Pradiniame modelyje buvo panaudoti visi nurodyti kintamieji, tačiau modelis buvo statistiškai nepakankamai patikimas. Pašalinome kintamąjį „motinos amžiaus grupė“ ($p = 0,734$). Gautas galutinis modelis, geriausiai atitinkantis turimus duomenis.; modelis teisingai klasifikuoja 91,8 proc. atvejų. Gauti tyrimo rezultatai rodo, kad svarbiausi nežindyčių vaikų tinkamą valgymų skaičių lemiantys veiksniai yra motinų išsilavinimas, vaikų amžius ir nėščiųjų mokyklos lankymas.

Kaip rodo modelio rezultatai, aukštesnį išsilavinimą turinčios mamos ($\bar{S} = 4,92$; 95 % PI 1,74–13,92) turėjo 4,9 karto didesnę šansą maitinti nežindomus vaikus 4 ir dažniau kartų per dieną nei vidurinę ar aukštąją universitetinę išsilavinimą turinčios moterys. Nerasta reikšmingo ryšio tarp pajamų, patirties auginant vaikus ir valgymų skaičiaus (32 lentelė).

4.3.4. Mažiausiai tinkamas maitinimo režimas

Tinkamas maitinimo režimas 6-23 mėn. žindytų ir nežindytų vaikų buvo taikytas 83,6 proc. vaikų.

Pagal maisto įvairovę ir mažiausią tinkamą valgymų skaičių vaikai buvo suskirstyti į dvi grupes. Pirmą grupę: žindomi vaikai, maitinami jiems tinkamu režimu; antra grupė: nežindomi vaikai, maitinami jiems tinkamu režimu. Kiekviena grupė buvo išskirta į du pogrupius. Pirmas pogrupis: teisingas tinkamas vaikų maitinimo režimas; antras pogrupis: neteisingas tinkamas vaikų maitinimo režimas.

Žindomų vaikų tinkamas maitinimo režimas buvo nustatomas, kai vaikas vakar buvo žindomas, maitinamas 4 maisto grupėmis iš septynių bei valgydinamas 2 ir daugiau kartų (6–8 mėn.) ar 3 ir daugiau kartų (9–23 mėn.) per dieną.

Gauti rezultatai rodo, kad didėjant motinų amžiui stiprėja amžiaus ryšys su 6–23 mėn. amžiaus žindytų vaikų tinkamu maitinimo režimu ($p = 0,015$) (33 lentelė).

33 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus žindytų vaikų tinkamo režimo paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	Tinkamas maitinimo režimas N (%)	Netinkamas maitinimo režimas N (%)	\bar{S}	95 % PI	p
Amžius					
< 27 m.	32 (72,7)	12 (27,3)	1,00	–	0,015*
28–33 m.	88 (75,2)	29 (24,8)	1,14	0,47–2,64	
≥ 34 m.	63 (90,0)	7 (10,0)	3,38	1,09–11,05	

Kintamasis	Tinkamas maitinimo režimas N (%)	Netinkamas maitinimo režimas N (%)	ŠS	95 % PI	p
Išsilavinimas					
vidurinis (profesinis)	4 (28,6)	10 (71,4)	1,00	–	
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	34 (75,6)	11 (24,4)	7,73	1,72–39,23	<0,0005*
aukštasis universitetinis	145 (84,3)	27 (15,7)	13,43	3,48–61,66	
Nėščiujų mokyklos lankymas					
Nelankė	103 (78,0)	29 (22,0)	1,00	–	0,607
Lankė	80 (80,8)	19 (19,2)	1,19	0,59–2,41	
Pajamos					
< 1 500 Lt	26 (70,3)	11 (29,7)	1,00	–	
1 501–2 500 Lt	40 (83,3)	8 (16,7)	2,12	0,67–6,89	0,490*
2 501–3 500 Lt	32 (82,1)	7 (17,9)	1,93	0,58–6,73	
≥ 3 501 Lt	85 (79,4)	22 (20,6)	1,63	0,63–4,08	
Vaiko amžiaus grupė:					
6–8 mėn.	47 (61,8)	29 (38,2)	1,00	–	<0,0005*
9–11 mėn.	43 (78,2)	12 (21,8)	2,21	0,95–5,36	
12–17 mėn.	51 (94,4)	3 (5,6)	10,49	2,91–56,43	
18–23 mėn.	42 (91,3)	4 (8,7)	6,48	2,01–27,09	
Patirtis auginti vaikus					
Vienas vaikas	90 (76,9)	27 (23,1)	1,00	–	0,383
Du ir daugiau vaikų	93 (81,6)	21 (18,4)	1,33	0,67–2,66	

* *Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai*

Tiriant tinkamą maitinimo režimą ir respondenčių išsilavinimą, paaiškėjo, kad moterys, kurios buvo įgijusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą – 145 (84,3 proc.) – reikšmingai dažniau maitino vaikus jiems tinkamu režimu palyginti su tomis, kurios turėjo aukštąjį neuniversitetinį – 34 (75,6 proc.) – ir vidurinį (profesinį) išsilavinimą – 4 (28,6 proc.; $p < 0,0005$). Nustatyta tiesioginė tinkamo maitinimo režimo priklausomybė nuo išsilavinimo bei didėjant vaikų amžiui tiesiogiai didėja šansas vaikams būti maitinamiems jiems tinkamu režimu ($p < 0,0005$) (33 lentelė).

Nerasta reikšmingo ryšio tarp nėščiųjų mokyklos lankymo, pajamų, patirties auginant vaikus ir tinkamo maitinimo režimo (33 lentelė).

Nežindomų vaikų teisingas maitinimosi režimas buvo nustatomas, kai vaikas vakar buvo nežindomas, maitinamas 4 maisto grupėmis iš šešių, papildomi skysčiai (PM, KP ar geriamasis jogurtas) duodami 2 ir daugiau kartų, jis buvo valgydinamas 4 ir daugiau kartų (6–23 mėn.) per dieną.

Nežindomų vaikų teisingas maitinimosi režimas buvo reikšmingai susijęs su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas, pajamos) veiksniais. Pastebėta, kad didėjant motinų amžiui, esant aukštesniam išsilavinimui, didesnėms pajamoms bei augant vaikui didėja tendencija, kad nežindyti 6–23 mėn. vaikai bus maitinami jiems tinkamu režimu (34 lentelė).

Nerasta reikšmingo ryšio tarp nėščiųjų mokyklos lankymo, pajamų, patirties auginant vaikus, mokymo namuose vaikų maitinimo klausimais ir tinkamo maitinimo režimo.

34 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus nežindytų vaikų tinkamo maitinimo režimo paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	Tinkamas maitinimo režimas	Netinkamas maitinimo režimas	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Amžius					
< 27 m.	143 (79,0)	38 (21,0)	1,00	–	0,002*
28–33 m.	314 (86,3)	50 (13,7)	1,67	1,01–2,72	
≥ 34 m.	94 (92,2)	8 (7,8)	3,12	1,35–8,07	
Išsilavinimas					
vidurinis (profesinis)	62 (74,7)	21 (25,3)	1,00	–	0,009
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	210 (88,6)	27 (11,4)	2,63	1,31–5,20	
aukštasis universitetinis	279 (85,3)	48 (14,7)	1,97	1,04–3,63	
Nėščiųjų mokyklą					
Nelankė	290 (87,3)	42 (12,7)	1,00	–	0,108
Lankė	261 (82,9)	54 (17,1)	0,70	0,44–1,11	
Pajamos					
< 1 500 Lt	43 (63,3)	25 (36,7)	1,00	–	<0,0005*
1 501–2 500 Lt	175 (86,6)	27 (13,4)	3,77	1,88–7,47	
2 501–3 500 Lt	169 (87,6)	24 (12,4)	4,09	2,02–8,26	
≥ 3 501 Lt	164 (89,1)	20 (10,9)	4,77	2,29–9,93	
Vaiko amžiaus grupė					
6–8 mėn.	47 (71,2)	19 (28,8)	1,00	–	<0,0005*
9–11 mėn.	57 (85,1)	10 (14,9)	2,30	0,91–6,09	
12–17 mėn.	107 (73,3)	39 (26,7)	1,11	0,55–2,21	
18–23 mėn.	340 (92,4)	28 (7,6)	4,91	2,38–9,89	
Patirtis augininti vaikus					
Vienas vaikas	304 (84,7)	55 (15,3)	1,00	–	0,700
Du ir daugiau vaikų	247 (85,8)	41 (14,2)	1,09	0,69–1,74	

Kintamasis	Tinkamas maitinimo režimas	Netinkamas maitinimo režimas	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Namuose buvo mokoma maitinti kūdikį					
Ne	357 (85,0)	63 (15,0)	1,00	–	0,874
Taip	194 (85,5)	33 (14,5)	1,04	0,64–1,69	

* Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai

Tirtas mažiausio tinkamo maitinimo režimo ryšys su demografiniais ir socialiniais (amžius, išsilavinimas, pajamos) bei motinos (mokymas maitinimo klausimais namuose) veiksniais. Modelis su kintamaisiais „patirtis auginant vaikus“ ir „nėščiųjų mokyklos lankymas“ buvo nestabilus (gauti nerealūs įverčiai), todėl šie kintamieji pašalinti. Remiantis sudarytu modeliu, rastas ryšys tarp 6–8 mėn. amžiaus vaikų tinkamo maitinimo režimo ir motinų išsilavinimo. Kaip rodo modelio rezultatai, išsilavinimas yra tiesiogiai susijęs su tinkamu maitinimo režimu. Motinos, kurių išsilavinimas yra aukštasis universitetinis, turi 95 proc. didesnę šansą 6–8 mėn. amžiaus kūdikius maitinti jiems tinkamu režimu palyginti su vidurinių išsilavinimą turinčiomis respondentėmis (ŠSp = 0,05; 95 % PI 0,01–0,44; p = 0,005). Nerasta reikšmingo ryšio tarp pajamų ir tinkamo maitinimo režimo (35 lentelė).

35 lentelė. 6–8 mėn. amžiaus žindytų vaikų tinkamą maitinimo režimą lemiantys veiksniai

Kintamasis	ŠS	ŠSp	95 % PI	p
Amžius*				
< 30 m.	1,00	1,00	–	0,436
≥ 30 m.	0,97	0,61	0,18–2,10	
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis)	1,00	1,00	–	0,005
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	0,75	0,78	0,08–7,58	
aukštasis universitetinis	6,36	0,05	0,01–0,44	
Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	0,444
1 501–2 500 Lt	3,00	3,41	0,16–74,62	
2 501–3 500 Lt	1,50	2,88	0,16–52,01	
≥ 3 501 Lt	1,45	5,37	0,69–41,99	

* Amžiaus grupėje > 34 m. stebėjimų skaičius buvo lygus nuliui, todėl amžiaus grupės buvo sustambintos ir naudotos grupės < 30 m. bei ≥ 30 m.

Modelio $\chi^2 = 18,69$; l.l.sk. = 7; p = 0,009; Cox, Shell $R^2 = 0,229$; Nagelkerke $R^2 = 0,315$; modelis teisingai klasifikuoja 73,6 proc. atvejų.

Tiriant 9–23 mėn. amžiaus žindyčių vaikų tinkamo maitinimo režimo sąsajas su įvairiais veiksniais, nustatyta, kad šeimos pajamos yra susiję su tinkamu maitinimo režimu. Šeimos, kurių pajamos per mėnesį yra $\geq 3\,501$ Lt, turi 5 kartus didesnę šansą 9–23 mėn. amžiaus vaikus maitinti jiems tinkamu režimu palyginti su mažesnes pajamas turinčiomis šeimomis ($\check{S}S_p = 0,11$; 95 % PI 0,02–0,61; $p = 0,011$). Nerasta reikšmingo ryšio tarp motinų amžiaus ir tinkamo maitinimo režimo (36 lentelė).

36 lentelė. 9–23 mėn. amžiaus žindyčių vaikų tinkamą maitinimo režimą lemiantys veiksniai

Kintamasis	ŠS	ŠS _p	95 % PI	p
Amžius*				
< 30 m.	1,00	1,00	–	
≥ 30 m.	0,45	0,27	0,07–1,03	0,056
Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	
1 501–2 500 Lt	2,50	0,39	0,08–1,78	0,222
2 501–3 500 Lt	7,78	0,07	0,01–0,75	0,028
$\geq 3\,501$ Lt	5,00	0,11	0,02–0,61	0,011

Modelio $\chi^2 = 12,06$; l.l.sk. = 5; $p = 0,034$; Cox, Shell $R^2 = 0,078$; Nagelkerke $R^2 = 0,174$; modelis teisingai klasifikuoja 89,9 proc. atvejų.

* Amžiaus grupėje > 34 m. buvo stebėjimų skaičius lygus nuliui, todėl amžiaus grupės buvo sustambintos ir naudotos grupės < 30 m., ≥ 30 m.

Logistinės regresijos modelis atskleidė, kad 6–23 mėn. amžiaus nežindyčių vaikų tinkamą maitinimo režimą statistiškai reikšmingai nulemia pajamos ir vaiko amžius (37 lentelė).

37 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus nežindyčių vaikų tinkamą maitinimo režimą lemiantys veiksniai

Kintamasis	ŠS	ŠS _p	95% PI	p
Amžius				
< 27 m.	1,00	1,00	–	
28–33 m.	1,67	1,33	0,74 – 2,38	0,229
≥ 34 m.	3,12	2,20	0,89 – 5,46	
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis)	1,00	1,00	–	
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	2,63	1,62	0,77–3,39	0,198
aukštasis universitetinis	1,97	1,00	0,48–2,12	
Nėščiųjų mokyklos lankymas				
Nelankė	1,00	1,00	–	
Lankė	1,43	0,87	0,50 – 1,51	0,619

Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	-	
1 501–2 500 Lt	3,77	2,26	1,12 – 4,58	0,02
2 501–3 500 Lt	4,09	2,15	0,98 – 4,69	
≥ 3 501 Lt	4,77	3,41	1,56 – 7,46	
Vaiko amžiaus grupė				
6–8 mėn.	1,00	1,00	-	
9–11 mėn.	2,3	1,86	0,75 – 4,61	<0,0005
12–17 mėn.	1,11	1,06	0,53 – 2,11	
18–23 mėn.	4,91	4,08	1,97 – 8,45	
Patirtis auginant vaikus				
Vienas vaikas	1,00	1,00	-	
Du ir daugiau vaikų	0,92	1,31	0,70 – 2,41	0,388

Modelio Chi kvadratas 62,55, llsk. 12, $p < 0,0005$, R^2 (Cox, Snell) 0,092, R^2 (Nagelkerke) 0,162, modelis teisingai klasifikuoja 85,3 proc. atvejų.

Šeimos, kurių pajamos per mėn. $\geq 3\,501$ Lt, turi 3,4 karto didesnę šansą 6–23 mėn. amžiaus vaikus maitinti jiems tinkamu režimu palyginti su žemesnes pajamas turinčiomis šeimomis ($\check{S}S_p = 3,41$; 95 % PI 1,56–7,46; $p = 0,02$). 18–23 mėn. nežindyti vaikai turi 4 kartus didesnę tikimybę būti maitinami jiems tinkamu režimu palyginti su jaunesnio nei 18 mėn. vaikais (37 lentelė).

Nerasta reikšmingo ryšio tarp respondenčių amžiaus, išsilavinimo, patirties auginant vaikus, nėščiujų mokyklos lankymo ir tinkamo maitinimo režimo.

4.4. Geležimi papildyto, praturtinto maisto vartojimas

Tai yra 6–23 mėn. vaikų, maitinamų geležimi papildytu, praturtintu maistu ir specialiai kūdikiams bei mažiems vaikams skirtais maisto papildais, kurių sudėtyje yra geležies, proporcija.

Pagal gautus duomenis atsakymai buvo suskirstyti į dvi grupes. Pirma grupė: vaikai, kurie gauna geležimi papildyto, praturtinto maisto (kepenys, inkstai, bet kokia mėsa, šaldyta, šviežia žuvis), specialių geležies preparatų, vartoja žuvų taukus ar pieno mišinius, kuriuose yra geležies; antra grupė: vaikai, su maistu negaunantys geležimi papildyto, praturtinto maisto ar kitų specialių geležies papildų.

38 lentelėje pateiktas geležimi papildyto maisto ar geležies papildų vartojimo paplitimas įvairiose grupėse pagal socialinius ir demografinius (amžių, išsilavinimą, finansinę padėtį, vaikų amžių) bei motinų (maisto įvairovę) veiksnus.

Įvertinome maisto, kurio sudėtyje yra geležies, ar geležies papildų vartojimo paplitimo įvairiose motinų amžiaus ($p = 0,616$), išsilavinimo ($p = 0,943$) grupėse tendencijas, tačiau jos buvo statistiškai nereikšmingos (38 lentelė).

38 lentelė. Geležimi papildyto, praturtinto maisto vartojimo paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	Vartojo geležimi papildytą maistą	Nevartojo geležimi papildytą maistą	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Amžius					
< 27 m.	221 (98,2)	4 (1,8)	1,00	–	0,616*
28–33 m.	459 (95,4)	22 (4,6)	0,38	0,09–1,13	
≥ 34 m.	168 (97,7)	4 (2,3)	0,76	0,14–4,15	
Išsilavinimas					
vidurinis (profesinis) aukštasis	93 (95,9)	4 (4,1)	1,00	–	0,943*
neuniversitetinis (technikumas) aukštasis	274 (97,2)	8 (2,8)	1,47	0,32–5,65	
universitetinis	481 (96,4)	18 (3,6)	1,15	0,28–3,60	
Vaiko amžius					
6–8 mėn.	119 (83,8)	23 (16,2)	1,00	–	<0,0005*
9–11 mėn.	115 (94,3)	7 (5,7)	3,18	1,25–9,07	
12–17 mėn.	200 (100,0)	0	78,86**	4,78–1 300,96	
18–23 mėn.	414 (100,0)	0	163,03**	9,86–2 694,27	
Pajamos					
< 1 500 Lt	97 (92,4)	8 (7,6)	1,00	1,00	0,968*
1 501–2 500 Lt	244 (97,6)	6 (2,4)	3,35	0,99–12,01	
2 501–3 500 Lt	232 (100,0)	0	40,54**	2,33–704,59	
≥ 3 501 Lt	275 (94,5)	16 (5,5)	1,42	0,51–3,64	
Maisto įvairovė					
≥ 4 maisto rūšys	818 (99,2)	7 (0,8)	89,59	33,33–261,83	<0,0005
< 4 maisto rūšys	30 (56,6)	23 (43,4)	1,00	–	

* Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai

** ŠS pakoreguotas, lentelėje 2 x 2 kiekvienam langeliui pridedant 0,5

Maisto produktų, kuriuose yra geležies, arba geležies papildų vartojimas susijęs su vaiko amžiumi ($p < 0,0005$), t. y. kuo vyresnis vaikas, tuo didesnis šansas, kad jo maisto racione bus geležies turinčių maisto produktų. Jei 6–8 mėn. ir 9–11 mėn. amžiaus grupėse geležies produktų arba geležimi papildytų maisto produktų gaudavo 83,8 proc. ir 94,3 proc. vaikų, tai 12–17 mėn. ir 18–23 mėn. amžiaus grupėse gaudavo

visi vaikai (38 lentelė). Didėjant vaikų amžiui stiprėja amžiaus ryšys su geležimi papildyto maisto vartojimu.

Ištirta, kad vaikai, kurie buvo maitinami 4 ir daugiau maisto produktų rūšių, turėjo žymiai didesnę šansą su maistu gauti geležies ($\bar{X} = 89,59$; 95 % PI 33,33–261,83) (38 lentelė).

Nerasta priklausomybės tarp pajamų didėjimo ir geležimi papildyto, praturtinto maisto bei geležies papildų vartojimo tendencijos ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,968$).

4.5. Motinų informuotumas apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą bei parama šeimoje

Nėščiąjų mokyklą lankė daugiau nei pusė – 464 (52,8 proc.), nelankė 414 (47,2 proc.) apklausoje dalyvavusių motinų. Du trečdaliai – 547 (62,3 proc.) – respondenčių teigė, kad jos gimdymo skyriuje buvo mokomos kūdikių maitinimo klausimais, tačiau namuose – tik trečdalis, t. y. 306 (34,9 proc.) (39 lentelė).

39 lentelė. Informacijos apie vaikų mitybą teikimas įvairiose institucijose

Lankėte nėščiąjų mokyklą	Ne	414	47,2 %
	Taip	464	52,8 %
Ar gimdymo skyriuje mokė kūdikių maitinimo klausimais?	Taip	547	62,3 %
	Ne / nepakankamai	331	37,7 %
Ar namuose mokė vaikų maitinimo klausimais (žindymo technikos, papildomo maitinimo pradžios principų)?	Taip	306	34,9 %
	Ne / nepakankamai	572	65,1 %

Nustatytas reikšmingas ryšys tarp nėščiąjų mokyklos lankymo ir socialinių bei demografinių veiksnių: amžiaus, išsilavinimo ir vaikų skaičiaus (40 lentelė).

Nustatyta kad nėščiąjų mokyklos lankymas yra tiesiogiai susijęs su motinos amžiumi, išsilavinimu, dviejų ir daugiau vaikų auginimu ($p < 0,0005$).

40 lentelė. Moterų konsultacijos lankymą lemiantys socialiniai ir demografiniai veiksniai

Kintamasis	Lankėte nėščiųjų mokyklą		ŠS	95 % PI	p
	N (%) Taip	N (%) Ne			
Amžius					
< 27 m.	65 (28,9)	160 (71,1)	1,00	–	<0,0005*
28–33 m.	259 (53,8)	222 (46,2)	2,87	2,02–4,10	
≥ 34 m.	99 (57,6)	73 (42,4)	3,34	2,15–5,18	
Išsilavinimas					
vidurinis (profesinis)	19 (19,6)	78 (80,4)	1,00	–	<0,0005*
aukštasis neuniversitetinis (technikumas)	120 (42,6)	162 (57,4)	3,04	1,71–5,60	
aukštasis universitetinis	284 (56,9)	215 (43,1)	5,42	3,13–9,76	
Vaikų skaičius šeimoje					
vienas	116 (24,4)	360 (75,6)	1,00	–	< 0,0005
du ir daugiau	298 (74,1)	104 (25,9)	8,89	6,47–12,22	

* *Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai*

Buvo tirta, ar motinų informuotumas apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą turi įtakos išimtinio žindymo trukmei (41 lentelė).

Nustatytas statistiškai reikšmingas tiesioginis ryšys tarp išimtinio žindymo iki 6 mėn. ir informacijos teikimo gimdymo skyriuje (ŠS = 1,46; 95 % PI 1,10–1,94; p = 0,008) (41 lentelė).

41 lentelė. Motinų informuotumas, lemiantis išimtinio žindymo trukmę

Kintamasis	Išimtinai žindo 6 mėn. (n = 423)	Išimtinai žindo trumpiau nei 6 mėn. (n = 455)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Nėščiųjų kursas					
nelankė	195 (47,1)	219 (52,9)	1,00	–	0,547
lankė	228 (49,1)	236 (50,9)	1,09	0,82–1,43	
GS mokė žindymo					
taip	283 (51,7)	264 (48,3)	1,46	1,10–1,94	0,008
ne / nepakankamai	140 (42,3)	191 (57,7)	1,00	–	
Namuose mokyta maitinti					
mokyta	156 (51,0)	150 (49,0)	1,19	0,89–1,58	0,253
nemokyta / nepakankamai	267 (46,7)	305 (53,3)	1,00	–	

Informacija, gauta nėščioms skirtuose kursuose bei grįžus į namus po gimdymo, neturėjo reikšmingos įtakos išimtinio žindymo iki 6 mėn. trukmei.

Tyrėme, ar motinų informuotumas apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą per nėštumą, gimdymo skyriuje ir namuose po gimdymo turėjo įtakos žindymui iki vienerių ir dvejų metų (42 lentelė).

42 lentelė. Motinų informuotumas, lemiantis žindymo trukmę iki vienerių–dvejų metų

Kintamasis	Žindo 1 m. (n = 39)		ŠS	95 % PI	p
	Taip	Ne			
	N (%)	N (%)			
Nėščiųjų kursas nelankė lankė	15 (17,9) 24 (47,1)	69 (82,1) 27 (52,9)	1,00 4,09	– 1,74–9,68	< 0,0005
GS mokė žindymo taip ne / nepakankamai	12 (20,3) 27 (35,5)	47(79,7) 49 (64,5)	0,46 1,00	– 0,19–1,08	0,053
Namuose mokyta maitinti mokyta nemokyta / nepakankamai	16 (43,2) 23 (23,5)	21 (56,8) 75 (76,5)	2,48 1,00	1,02–5,94 –	0,024
Kintamasis	Žindo 2 m. (n = 20)		ŠS	95 % PI	p
	Taip	Ne			
	N (%)	N (%)			
Nėščiųjų kursas nelankė lankė	0 20 (11,8)	114 (100,0) 150 (88,2)	1,00 31,19*	– 1,89–514,88	< 0,0005
GS mokė žindymo taip ne / nepakankamai	17 (7,6) 3 (5,0)	207 (92,4) 57 (95,0)	1,56 1,00	0,4–8,59 –	0,356**
Namuose mokyta maitinti mokyta nemokyta / nepakankamai	13 (10,7) 7 (4,3)	108 (89,3) 156 (95,7)	2,68 1,00	0,95–8,19 –	0,062

* ŠS pakoreguotas, lentelėje 2 x 2 kiekvienam langeliui pridedant 0,5

** Fišerio tikslusis testas

Nustatyta, kad motinos, kurios buvo informuojamos, mokomos nėščiųjų kursuose ar namuose, turėjo didesnę šansą vaikus toliau žindyti iki vienerių metų ($p < 0,05$). Žindyti iki dvejų metų didesnę šansą turėjo tos respondentės, kurioms

informacija buvo teikta per nėštumą (ŠS = 31,19; 95 % PI 1,89–514,88; p < 0,0005; 42 lentelė).

Analizuojant, kaip motinų informavimas, mokymas galėjo lemti papildomo maitinimo pradžią laiku, nustatyta, kad pradedant papildomą maitinimą teigiamą tiesioginį ryšį turėjo informacijos teikimas gimdymo skyriuje ir namuose (43 lentelė).

43 lentelė. Motinų informuotumas, lemiantis papildomo maitinimo pradžią laiku

Kintamasis	Papildomas maitinimas pradėtas ne anksčiau nei 17 sav.	Papildomas maitinimas pradėtas anksčiau nei 17 sav.	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Nėščiųjų kursų nelankė lankė	396 (95,7) 464 (100,0)	18 (4,3) 0	1,00 43,35*	– 2,61–719,37	<0,0005
Gimdymo skyriuje mokė žindymo nemokė žindyti mokė žindyti	317 (95,8) 543 (99,3)	14 (4,2) 4 (0,7)	1,00 6,00	– 1,86–25,18	0,001
Namuose mokyta maitinti mokyta nepakankamai nemokyta	306 (100) 174 (95,6) 380 (97,4)	– 8 (4,4) 10 (2,6)	16,92* 0,57 1,00	0,99–288,50 0,20–1,70 –	0,026**

* ŠS pakoreguotas, lentelėje 2 x 2 kiekvienam langeliui pridedant 0,5

** Mantel-Haenszel chi kvadratas tendencijai

Visos motinos, kurios buvo mokytos žindyti kūdikį namuose, papildomą maitinimą pradėjo laiku – 306 (100 proc.) palyginti su tomis, kurios buvo nepakankamai mokytos, kaip reikia žindyti kūdikį, – 174 (95,6 proc.) ir tomis, kurios visai nebuvo mokytos, – 380 (94,7 proc.) ($\chi^2 = 11,904$; l.l.sk. = 2; p = 0,003). Motinos, kurios per nėštumą lankė kursus, papildomą maitinimą pradėjo laiku.

Tirtas maisto įvairovės ryšys su per nėštumą, gimdymo skyriuje ir namuose gauta informacija maitinimo klausimais (44 lentelė).

Nėščiųjų kursų lankymas turėjo tiesioginį ryšį su maža maisto įvairove (ŠS = 2,91; 95 % PI 1,50–6,01). Tuo tarpu motinų mokymas gimdymo skyriuje 57 proc. sumažino mažos maisto įvairovės šansą. Nerasta ryšio tarp mokymo namuose ir maisto įvairovės (44 lentelė).

44 lentelė. Motinų informuotumas, lemiantis maisto įvairovės paplitimą

Kintamasis	≤ 4 maisto produktų rūšys (n = 53)	≥ 4 maisto produktų rūšys (n = 825)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Nėščiujų kursas nelankė lankė	13 (3,1)	401 (96,9)	1,00	–	0,001
	40 (8,6)	424 (91,4)	2,91	1,50–6,01	
Gimdymo skyriuje mokė žindyti nemokė žindyti	15 (9,7)	139 (90,3)	1,00	–	0,013
	24 (4,4)	523 (95,6)	0,43	0,21–0,90	
Namuose mokyta maitinti mokyta nemokyta / nepakankamai	17 (5,6)	289 (94,4)	0,88	0,46–1,95	0,891
	36 (9,2)	536 (90,8)	1,00	–	

Tirtas 6–23 mėn. amžiaus vaikų tinkamo maitinimo režimo ryšys su nėščiujų mokyklos lankymu, informacijos teikimu gimdymo skyriuje ir namuose, mitybos klausimais (44 lentelė). Nustatyta, kad motinos, kurios gimdymo skyriuje buvo mokomos vaikų maitinimo klausimais, turėjo 3,53 kartus didesnę šansą vaikus maitinti jiems tinkamu režimu ($p < 0,0005$). Nerasta reikšmingo ryšio tarp nėščiujų mokyklos lankymo bei informacijos teikimo namuose ir priimtino maitinimo režimo (45 lentelė).

45 lentelė. 6–23 mėn. amžiaus vaikų tinkamo maitinimo režimo paplitimas įvairiose grupėse

Kintamasis	Tinkamas maitinimo režimas	Netinkamas maitinimo režimas	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Nėščiujų kursas nelankė lankė	341 (82,3)	73 (15,3)	1,00	–	0,401
	393 (84,7)	71 (17,7)	1,18	0,82–1,72	
Gimdymo skyriuje mokė žindyti nemokė žindyti	240 (72,5)	91 (27,5)	1,00	–	< 0,0005
	494 (90,3)	53 (9,7)	3,53	2,44–5,13	
Namuose mokyta maitinti mokyta nemokyta / nepakankamai	260 (85,0)	46 (15,0)	1,17	0,79–1,75	0,891
	474 (82,9)	98 (17,1)	1,00	–	

Tyrėme, ar šeimos narių (vyro) parama turi įtakos žindymo trukmei, papildomo maitinimo pradžia laikui, maisto įvairovei, tinkamam maitinimo režimui (46 lentelė).

Pastebėta, kad moterys, kurios gyveno registruotoje santuokoje, turėjo 3,07 karto didesnę šansą išimtinai žindyti 6 mėn. ($p < 0,0005$), 16,19 karto didesnę šansą žindyti vienerius metus ($p = 0,017$) bei 2,26 kartus didesnę šansą maitinti vaikus jiems priimtinu režimu ($p = 0,001$) (46 lentelė).

46 lentelė. Šeimos narių parama, lemianti žindymo trukmę, papildomo maitinimo pradžią, maisto įvairovę, tinkamą maitinimo režimą

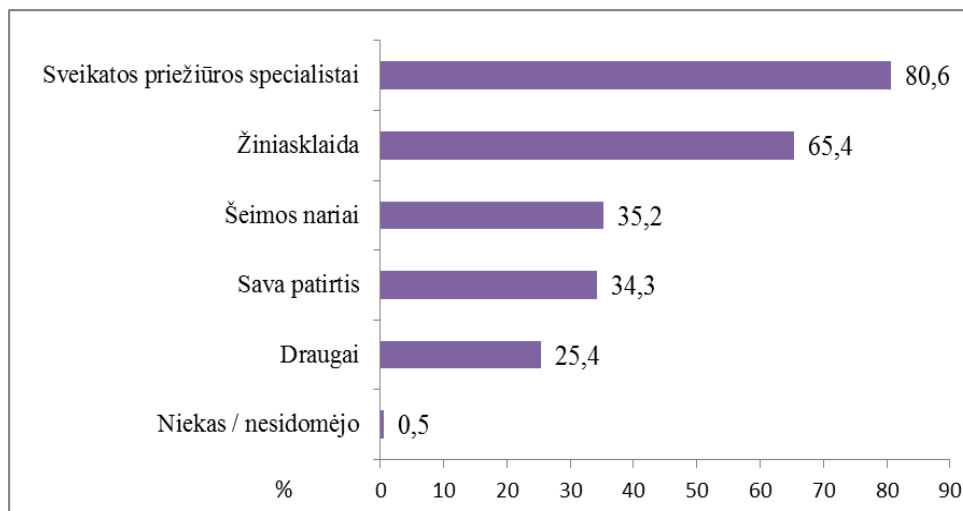
Kintamasis	Išimtinis žindymas		ŠS	95 % PI	p
	6 mėn. (n = 423)	< 6 mėn. (n = 455)			
	N (%)	N (%)			
Santuoka Registruota neregistruota / vieniša	399 (51,0)	384 (49,0)	3,07	1,86–5,21	< 0,0005
	24 (25,3)	71 (74,7)	1,00	–	
Kintamasis	Žindo 1 m.		ŠS	95 % PI	p
	Taip (n = 39)	Ne (n = 96)			
	N (%)	N (%)			
Santuoka Registruota neregistruota / vieniša	39 (32,8)	80 (67,2)	16,19	1,03–254,74	0,017
	0	16 (100,0)	1,00	–	
Kintamasis	Žindo 2 m.		ŠS	95 % PI	p
	Taip (n = 20)	Taip (n = 20)			
	N (%)	N (%)			
Santuoka registruota neregistruota / vieniša	20 (7,9)	234 (92,1)	5,33	0,33–86,45	0,145*
	0	30 (100,0)	1,00	–	
Kintamasis	Papildomas maitinimas pradėtas		ŠS	95 % PI	p
	ne anksčiau nei 17 sav. (n = 860)	anksčiau nei 17 sav. (n = 18)			
	N (%)	N (%)			
Santuoka registruota neregistruota / vieniša	765 (97,7)	18 (2,3)	0,22	0,01–3,57	0,245*
	95 (100,0)	0	1,00	–	

Kintamasis	≤ 4 maisto produktų rūšys (n = 53)	≥ 4 maisto produktų rūšys (n = 825)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Santuoka registruota / neregistruota / vieniša	46 (5,9)	737 (94,1)	0,78	0,34–2,12	0,727
	7 (7,4)	88 (92,6)	1,00	–	
Kintamasis	Tinkamas maitinimo režimas (n = 734)	Netinkamas maitinimo režimas (n = 144)	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Santuoka registruota / neregistruota / vieniša	666 (85,1)	117 (14,9)	2,26	1,33–3,75	0,001
	68 (71,6)	27 (28,4)	1,00	–	

* *Fišerio testas*

Papildomo maitinimo pradžia laiku bei maisto įvairovei reikšmingos įtakos santuokos registracija neturėjo ($p > 0,05$).

Į klausimą „Kas teikė jums informaciją apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą?“, dauguma motinų atsakė, kad sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai ir slaugytojos) – 708 (80,6 proc.), du trečdaliai tiriamųjų informacijos vaikų maitinimo klausimais gavo iš radijo, televizijos, knygų, žurnalų (4 pav.).

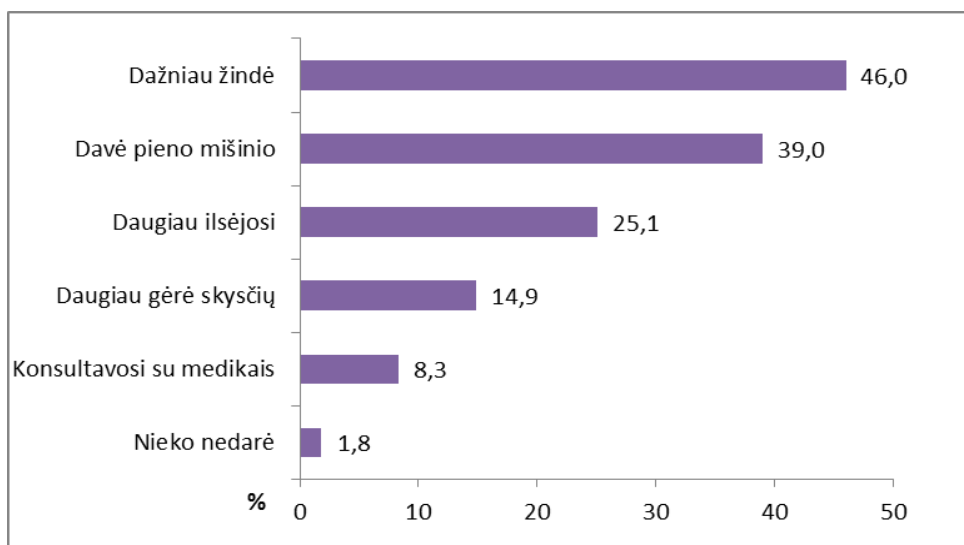


4 pav. Žinių apie kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimą šaltiniai

4.6. Motinos pieno trūkumas

Iš 878 tiriamųjų 665 (75,7 proc.) motinos teigė, kad buvo motinos pieno (MP) trūkumas, ketvirtadaliui – 213 (24,3 proc.) – nebuvo.

Į klausimą „Ką darėte, kai pastebėjote, kad pieno kiekis pradėjo mažėti?“ beveik pusė – 404 (46,0 proc.) – atsakė, jog stengėsi, kad MP būtų daugiau, todėl dažniau kūdikį dėjo prie krūties, daugiau nei trečdalis – 342 (39,0 proc.) – pradėjo papildomai maitinti pieno mišiniais, ketvirtadalis – 220 (25,1 proc.) – stengėsi daugiau ilsėtis (5 pav.).



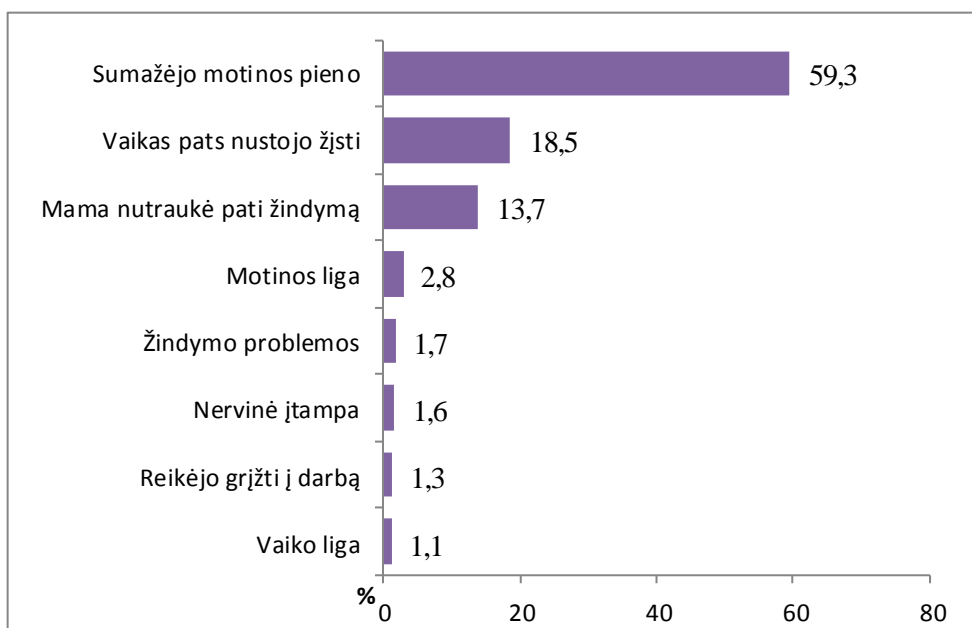
5 pav. Veiksmai esant motinos pieno trūkumui

Sumažėjus pieno kiekiui krūtyse į medikus kreipėsi tik 73 (8,3 proc.) apklausoje dalyvavusios motinos.

Atliekant tyrimą beveik trečdalis – 244 (27,8 proc.) – respondenčių dar žindo savo vaikus. Kitos mamos jau nežindo – 634 (72,2 proc.). Žindymo vidurkis buvo 7,88 mėn. (SD = 5,45), mediana (Md) – 7 mėn.

Dažniausia maitinimo motinos pienu baigimo priežastis buvo pieno sumažėjimas ir dingimas be jokių priežasčių – 376 (59,3 proc.) (6 pav.).

Antroje vietoje – 117 (18,5 proc.) respondenčių teigė, kad vaikas pats savaime nustojo žįsti, 87 (13,7 proc.) manė, kad maitina per ilgai ir nutraukė pačios. Kitos priežastys: dėl motinos ligos – 18 (2,8 proc.), dėl žindymo problemų – 11 (1,7 proc.), dėl nervinių išgyvenimų baigė maitinti 10 (1,6 proc.), reikėjo eiti į darbą – 8 (1,3 proc.), dėl vaiko ligos – 7 (1,1 proc.) (6 pav.).



6 pav. Motinos pieno baigties priežastis

4.7. Žindymo trukmės ir papildomo maitinimo pradžios įtaka vaikų sveikatai

4.7.1. Žindymo trukmės įtaka kūdikių sveikatai

Siekdami išsiaiškinti žindymo trukmės įtaką vaiko sveikatai, išanalizavome 878 Vaiko sveikatos raidos istorijas. Buvo analizuota, kokiomis ligomis ir kiek kartų vaikas sirgo iki vienerių ir dvejų metų amžiaus. Pagal susirgimų skaičių vaikus suskirstėme į tris grupes: nesirgę; sirgę 1–3 kartus; sirgę daugiau nei 3 kartus. Per pirmuosius metus daugiausia kūdikių 640 (72,9 proc.) sirgo 1–3 kartus; 149 (17,0 proc.) – daugiau nei 3 kartus. 89 (10,1 proc.) kūdikiai per pirmuosius gyvenimo metus nesirgo nė karto. Antraisiais metais taip pat dauguma vaikų sirgo 1–3 kartus – 734 (83,6 proc.); 106 (12,1 proc.) – daugiau nei 3 kartus; 38 (4,3 proc.) vaikai visai nesirgo.

Nustatyta, kad vienerius metus motinos pienu maitinti vaikai sirgo reikšmingai rečiau per pirmuosius gyvenimo metus. 71 (68,9 proc.) trumpiau nei metus žindytas kūdikis per pirmuosius metus sirgo 1–3 kartus, o tarp ilgai maitintų motinos pienu (1 metus) tokių kūdikių buvo trečdalis – 32 (31,1 proc.) ($p = 0,013$) (47 lentelė).

47 lentelė. Žindymo trukmės įtaka vaikų sveikatai

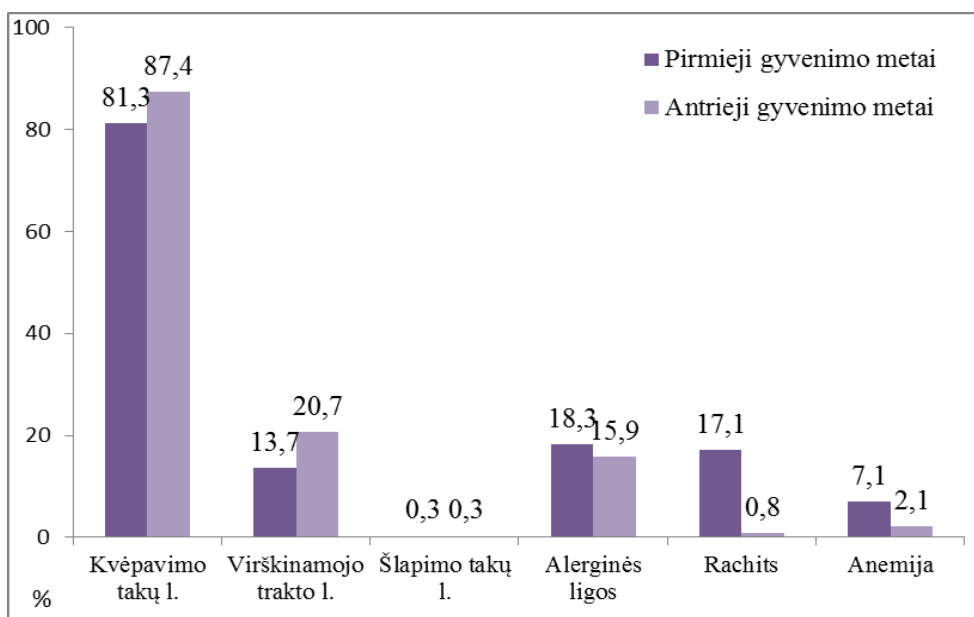
Kintamasis	Žindo 1 m.		ŠS	95 % PI	p
	Taip (n = 39)	Ne (n = 96)			
	N (%)	N (%)			
Sirgo per pirmuosius metus					
nesirgo	7 (41,2)	10 (58,8)	1,00	–	0,013*
1–3 kartus	32 (31,1)	71 (68,9)	0,64	0,20–2,19	
4 ir daugiau kartų	0	15 (100,0)	0,05	0,00–0,80	
Sirgo per antruosius metus					
nesirgo	0	23 (100,0)	1,00	–	0,476
1–3 kartus	20 (9,2)	197 (90,8)	4,88	0,30–78,59	
4 ir daugiau kartų	0	44 (100,0)	–	–	
Kintamasis	Žindo 2 m.		ŠS	95 % PI	p
	Taip (n = 20)	Ne (n = 264)			
	N (%)	N (%)			
Sirgo per pirmuosius metus					
nesirgo	0	4 (100,0)	1,00	–	0,125*
1–3 kartus	35 (35,0)	65 (65,0)	4,88	0,35–68,68	
4 ir daugiau kartų	4 (12,9)	27 (87,1)	1,47	0,09–24,01	
Sirgo per antruosius metus					
nesirgo	0	12 (100,0)	–	–	0,4345**
1–3 kartus	20 (11,5)	230 (88,5)	4,71	0,31–76,39	
4 ir daugiau kartų	0	22 (100,0)	–	–	

* Mantel-Haenszel chi kvadrato testas tendencijai

** Fišerio tikslusis testas

Stebėta, kad dvejus metus žindyti vaikai rečiau sirgo per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus nei vaikai, žindyti trumpiau, tačiau skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas. Nebuvo nė vieno dvejus metus žindyto vaiko, sirgusio 4 ir daugiau kartų per antruosius gyvenimo metus ($p = 0,4345$). Ilgesnė žindymo trukmė sumažina vaikų šansą susirgti per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus.

Vienerių–dvejų metų vaikų pasiskirstymas pagal persirgtas ligas pateiktas 7 pav. Nustatyta, kad vaikai per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus dažniausiai sirgo kvėpavimo takų ligomis (daugiau nei 80 proc.), mažiau nei ketvirtadalis sirgo virškinamojo trakto ligomis ir alerginėmis ligomis. Alerginėmis ligomis, rachitu ir mažakraujyste vaikai dažniau sirgo per pirmuosius gyvenimo metus nei antruosius.



7 pav. Vaikų pasiskirstymas pagal persirgtas ligas per pirmuosius–antruosius gyvenimo metus

Buvo analizuojami hemoglobino (HGB) tyrimų rodikliai, žiūrėta, kaip dažnai šis tyrimas darytas per pirmuosius dvejus vaiko metus, ir sprendžiama, ar HGB yra normos ribose (norma laikyta, kai nuo 1 mėn. iki 1 m. HGB – 110–130g/L, o nuo 1 iki 5 m. – 120–135 g/L).

93 (10,6 proc.) vaikams iš 878 tirtų buvo nustatytas mažas HGB kiekis kraujyje. Nustatyta, kad dviem trečdaliams vaikų – 612 (69,7 proc.) – tyrimas darytas 1–2 kartus per dvejus metus, trečdaliui – 266 (30,3 proc.) – 3 ir daugiau kartų.

Stebėta, kad vaikai, kuriems buvo nustatytas mažas HGB kiekis kraujyje, turėjo didesnę šansą dažniau atlikti kraujo tyrimą, palyginti su tais, kuriems HGB kiekis kraujyje buvo normos ribose (48 lentelė).

48 lentelė. HGB tyrimo dažnis priklausomai nuo HGB kiekio

Kintamasis	HGB tyrimas atliktas		ŠS	95 % PI	p
	1–2 k./2 m. (n = 612)	> 3 k./2 m. (n = 266)			
	N (%)	N (%)			
Mažas kiekis HGB					
nenustatytas	594 (75,7)	191 (24,3)	12,96	7,42–23,57	< 0,0005
nustatytas	18 (19,4)	75 (80,6)	1,00	–	

Nustatėme, kad 454 motinos iš 878 tirtų savo vaikams nebuvo davusios karvės pieno (KP), jo davė beveik pusė tiriamųjų – 424 (48,3 proc.). Nerasta ryšio tarp KP gavimo ir šanso susirgti anemija (49 lentelė).

49 lentelė. Mažą HGB kiekį lemianti ankstyva maitinimo karvės pienu pradžia

Kintamasis	Mažas kiekis HGB		ŠS	95 % PI	p
	nenustatytas (n = 398)	nustatytas (n = 93)			
	N (%)	N (%)			
Karvės pienu pradėta maitinti					
anksčiau nei 12 mėn. (n = 135)	124 (91,9)	11 (8,1)	0,62	0,26 – 1,53	0,334
vėliau nei 12 mėn. (n = 289)	274 (94,8)	15 (5,2)	1,00	–	

Tyrėme žindymo trukmės įtaką vaikų sergamumui dažniausiomis ligomis pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais (50 lentelė). Tyrimo duomenų analizė parodė, kad vaikai, kurie buvo žindyti vienerius ir dvejus metus, rečiau sirgo kvėpavimo takų ligomis ($p < 0,05$). Žindymas vienerius ir dvejus metus turi prevencinį poveikį kvėpavimo takų ligoms nes ilgesnė žindymo trukmė sumažina šansą sirgti kvėpavimo takų ligomis.

Reikšmingo ryšio tarp žindymo trukmės ir sergamumo alerginiais susirgimais, žarnyno infekcijomis, rachitu nenustatėme (50 lentelė).

50 lentelė. Žindymo trukmės įtaka vaikų sergamumui dažniausiomis ligomis

Pirmieji gyvenimo metai	Žindo 1 m.		ŠS	95 % PI	p
	Taip (n = 39)	Ne (n = 96)			
	N (%)	N (%)			
Sirgo kvėpavimo takų ligomis					
Taip	24 (21,8)	86 (78,2)	0,19	0,07–0,51	< 0,0005
Ne	15 (60,0)	10 (40,0)	1,00	–	
Sirgo žarnyno infekcijomis					
Taip	4 (25,0)	12 (75,0)	0,88	0,18–2,89	> 0,99*
Ne	35 (29,4)	84 (70,6)	1,00	–	

Sirgo alerginėmis ligomis					
Taip	4 (25,0)	12 (75,0)	0,80	0,18–2,89	> 0,99
Ne	35 (29,4)	84 (70,6)	1,00	–	
Sirgo rachitu					
Taip	4 (16,7)	20 (83,3)	0,43	0,10–1,44	0,227
Ne	35 (31,5)	76 (68,5)	1,00	–	
Antrieji gyvenimo metai	Žindo 2 m.		ŠS	95 % PI	p
	Taip (n = 20)	Ne (n = 264)			
	N (%)	N (%)			
Sirgo kvėpavimo takų ligomis					
Taip	13 (5,3)	234 (94,7)	0,24	0,08–0,77	0,008*
Ne	7 (18,9)	30 (81,1)	1,00	–	
Sirgo žarnyno infekcijomis					
Taip	3 (5,2)	55 (94,8)	0,67	0,12–2,44	0,774*
Ne	17 (7,7)	209 (92,3)	1,00	–	
Sirgo alerginėmis ligomis					
Taip	7 (12,5)	49 (87,5)	2,36	0,75–6,75	0,084
Ne	13 (5,7)	215 (94,3)	1,00	–	
Sirgo rachitu					
Taip	0	3 (100,0)	1,82	0,13–24,66	> 0,99
Ne	20 (7,1)	261 (92,9)	1,00	–	

* *Fišerio testas*

4.7.2. Papildomo maitinimo pradžios įtaka vaikų sveikatai

Tyrėme papildomo maitinimo pradžios įtaką vaikų sergamumui dažniausiomis ligomis pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais (51–52 lentelės).

Nustatėme, kad vaikai, kuriems papildomas maitinimas buvo pradėtas laiku (atitinkamai: žarnyno infekcijomis nesirgo 98,5 proc., anemijomis – 98,7 proc.) ir žindymas tęstas toliau (atitinkamai: žarnyno infekcijomis nesirgo 96,7 proc., anemijomis – 96,3 proc.) per pirmuosius metus reikšmingai dažniau nesirgo nurodytomis ligomis palyginti su vaikais, kurie papildomu maistu buvo pradėti maitinti būdami jaunesni nei 17 sav. (atitinkamai: žarnyno infekcijomis nesirgo 1,5 proc., anemijomis – 1,3 proc.) ir žindymas nutrauktas (atitinkamai: žarnyno infekcijomis nesirgo 3,3 proc., anemijomis – 3,7 proc.) ($p < 0,05$) (51 lentelė).

51 lentelė. Papildomo maitinimo pradžios įtaką vaikų sergamumui pirmaisiais gyvenimo metais

Pirmieji gyvenimo metai	Papildomas maitinimas pradėtas ne anksčiau nei 17 sav.	Papildomas maitinimas pradėtas anksčiau nei 17 sav.	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Sirgo žarnyno infekcijomis					
Taip	113 (94,2)	7 (5,8)	0,24	0,08–0,74	0,007*
Ne	747 (98,5)	11 (1,5)	1,00	–	
Sirgo mažakraujyste					
Taip	55 (88,7)	7 (11,3)	0,11	0,04–0,34	< 0,0005*
Ne	805 (98,7)	11 (1,3)	1,00	–	
Pirmieji gyvenimo metai	Nenutraukėte žindymo pradėjusi papildomą maitinimą	Nutraukėte žindymą pradėjusi papildomą maitinimą	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Sirgo žarnyno infekcijomis					
Taip	108 (90,0)	12 (10,0)	0,31	0,14–0,69	0,001
Ne	733 (96,7)	25 (3,3)	1,00	–	
Sirgo mažakraujyste					
Taip	55 (88,7)	7 (11,3)	0,30	0,12–0,85	0,012*
Ne	786 (96,3)	30 (3,7)	1,00	–	

* *Fišerio testas*

Reikšmingo ryšio tarp papildomo maitinimo pradžios ir sergamumo kvėpavimo takų ligomis, rachitu, alerginėmis ligomis nenustatėme.

Tyrėme papildomo maitinimo pradžios įtaką vaikų sergamumui dažniausiomis ligomis antraisiais gyvenimo metais (52 lentelė).

Pastebėta, kad vaikai, kurių papildomas maitinimas buvo pradėtas laiku, per antruosius metus reikšmingai dažniau nesirgo alerginėmis ligomis 727 (98,5 proc.), o tie, kurie buvo žindyti ir toliau pradėjus papildomą maitinimą, dažniau nesirgo anemija 826 (96,0 proc.) palyginti su vaikais, kurių papildomas maitinimas buvo pradėtas anksčiau nei 17 sav. 11 (1,5 proc.) ir žindymas nutrauktas 34 (4,0 proc.).

52 lentelė. Papildomo maitinimo pradžios įtaka vaikų sergamumui antraisiais gyvenimo metais

Antrieji gyvenimo metai	Papildomas maitinimas pradėtas ne anksčiau nei 17 sav.	Papildomas maitinimas pradėtas anksčiau nei 17 sav.	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Sirgo žarnyno infekcijomis					
Taip	182 (100,0)	0	9,95	0,60–164,68	0,034*
Ne	678 (97,4)	18 (2,6)	1,00	–	
Sirgo alerginėmis ligomis					
Taip	133 (95,0)	7 (5,0)	0,29	0,10–0,89	0,015*
Ne	727 (98,5)	11 (1,5)	1,00	–	
Antrieji gyvenimo metai	Nenutraukėte žindymo pradėjusi papildomą maistą	Nutraukėte žindymą pradėjusi papildomą maistą	ŠS	95 % PI	p
	N (%)	N (%)			
Sirgo mažakraujyste					
Taip	15 (83,3)	3 (16,7)	0,21	0,06–0,72	0,036*
Ne	826 (96,0)	34 (4,0)	1,00		

* *Fišerio testas*

4.8. Vaikų iki dvejų metų amžiaus fizinės būklės vertinimas

Tiriamajame darbe buvo vertinama vaikų iki dvejų metų fizinės būklės fiziniai matmenys – ūgis ir kūno masė (svoris). Fizinė būklė įvertinta procentiliniu metodu, naudojant prof. Tutkuvienės (1995) metodines rekomendacijas „Vaikų augimo ir brendimo įvertinimas“.

Ūgio, kūno masės (svorio) vertinimas (interpretacija): vidutiniai – nuo 25 iki 75 ‰, nuo 10 iki 25 ‰ – apyžemiai ir apylengviai, nuo 75 ‰ iki 90 ‰ – apyaukščiai ir apysunkiai, nuo 3 ‰ iki 10 ‰ – žemi ir lengvi, nuo 90 ‰ iki 97 ‰ – aukšti ir sunkūs, žemiau nei 3 ‰ – labai žemi ir labai lengvi, aukščiau nei 97 ‰ – labai aukšti ir labai sunkūs. Buvo vertinta: vaikų ūgis pagal lytį ir amžių; vaikų kūno masė pagal lytį ir amžių; kūno masė pagal ūgį ir lytį.

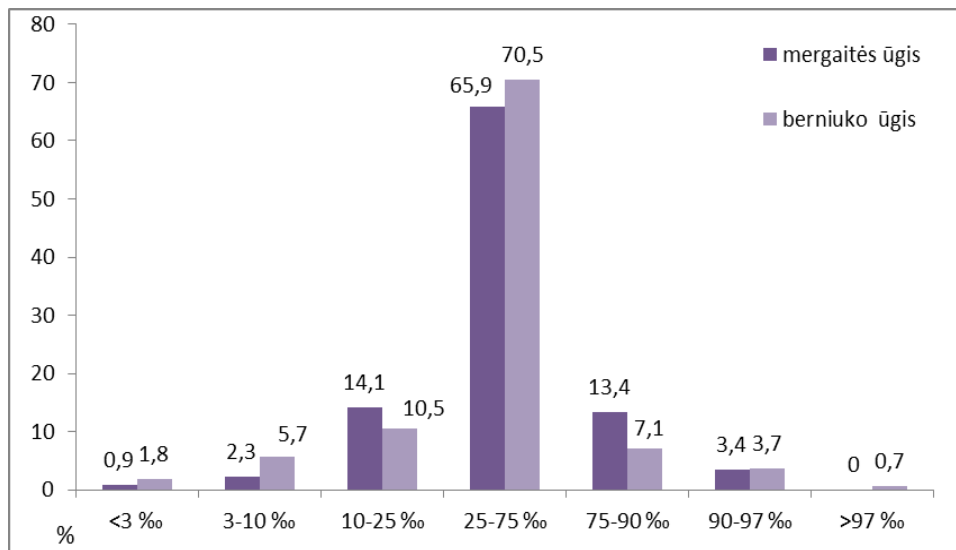
Išanalizavus 878 Vaiko sveikatos raidos istorijose įrašytus trijų amžiaus laikotarpių (6 mėn., 12 mėn. ir 18 mėn.) vaikų fizinius duomenis (ūgį ir kūno masę), nustatyta, kad gimusių vaikų ūgio vidurkis – 52,81 cm (SD – 2,466), mediana (Md) – 53 cm, svorio vidurkis – 3 551,72 g (SD – 484,084), mediana (Md) – 3 550 g. (53 lentelė).

53 lentelė. Vaikų iki dvejų metų amžiaus fizinės būklės pasiskirstymas pagal amžių

Kriterijus	Vidurkis	SN ±	Mediana (Md)	Mažiausia reikšmė	Didžiausia reikšmė
Bendrieji duomenys					
Gimusio vaiko ūgis (cm)	52,81	2,466	53	44	60,00
Gimusio vaiko svoris (g)	3 551,72	484,084	3 550	1 860	5 220
6 mėn. kūdikio ūgis (cm)	68,65	2,400	68,50	58	76
6 mėn. kūdikio svoris (g)	8 105,84	838,559	8 000	5 200	11 600
12 mėn. vaiko ūgis (cm)	76,61	2,667	77	68	85
12 mėn. vaiko svoris (g)	10 234,70	1 029,221	10 100	7 380	12 800
18 mėn. vaiko ūgis (cm)	82,72	2,807	82,00	72	92
18 mėn. vaiko svoris (g)	11 665,80	1 091,349	11 600	8 500	15 000
Mergaitės					
Gimusio vaiko ūgis (cm)	52,66	2,514	53,00	45,00	60,00
Gimusio vaiko svoris (g)	3 498,03	508,165	3 470,00	1 860	4 870
6 mėn. kūdikio ūgis (cm)	68,02	2,091	68,00	61,00	74,00
6 mėn. kūdikio svoris (g)	7 952,99	762,123	80 00,00	6 000	10 000
12 mėn. vaiko ūgis (cm)	76,15	2,699	76	68	84
12 mėn. vaiko svoris (g)	10 076,36	10 41,176	10 000,00	7 380	12 700
18 mėn. vaiko ūgis (cm)	82,16	2,876	82	72	90
18 mėn. vaiko svoris (g)	11 466,86	10 94,004	11 500	8 500	14 500
Berniukai					
Gimusio vaiko ūgis (cm)	52,92	2,411	53,00	44	60
Gimusio vaiko svoris (g)	3 605,66	452,826	3 610,00	2050	5 220
6 mėn. kūdikio ūgis (cm)	69,28	2,524	69,00	58,00	76,00
6 mėn. kūdikio svoris (g)	8 259,39	883,483	8200	5 200	11 600
12 mėn. vaiko ūgis (cm)	77,07	2,555	77	71	85
12 mėn. vaiko svoris (g)	10 393,76	993,105	10300	8 000	12 800
18 mėn. vaiko ūgis (cm)	83,28	2,621	83	75	92
18 mėn. vaiko svoris (g)	11 865,65	1 052,645	12000	9 000	15 000

Nustatyta, kad mergaičių ir berniukų ūgio ir kūno masės vidurkiai trijuose laikotarpiuose atitiko prof. Tutkuvienės (1995) metodinėse rekomendacijose nurodytas šio amžiaus vidurkių normas.

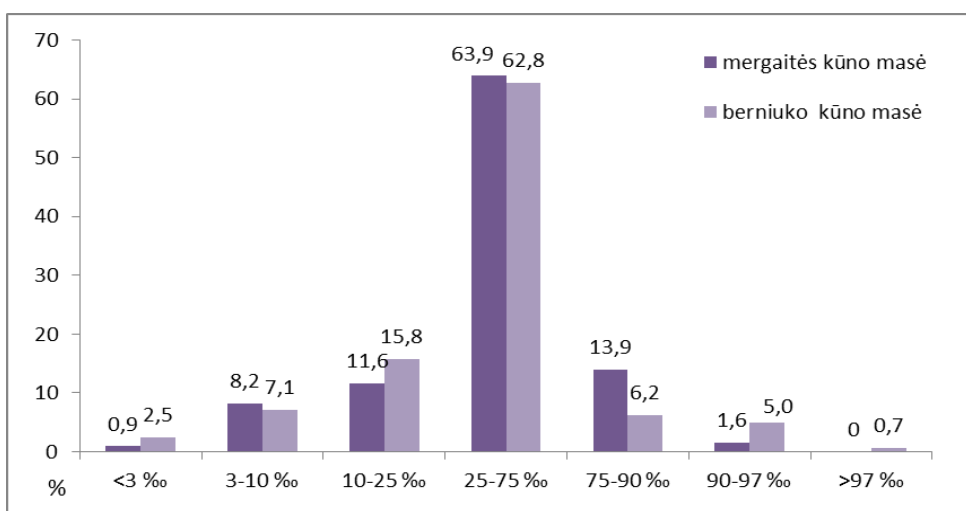
Buvo vertintas 6 mėn., 12 mėn. ir 18 mėn. vaikų ūgis ir kūno masė pagal lytį ir amžių (8–13 pav.). 8 pav. pavaizduota 6 mėn. amžiaus vaikų ūgis, kuris buvo vertintas pagal vienmatę ūgio kitimo kreivę. $\chi^2 = 22,474$, *l.l.sk.* = 6, $p = 0,001$



8 pav. 6 mėn. kūdikių ūgio pasiskirstymas pagal vienmatę ūgio kitimo kreivę

Stebima, kad dauguma vaikų buvo vidutinio ūgio, o lyginant mergaites su berniukais, pastarųjų buvo šiek tiek daugiau 25–75 % koridoriuje. Taip pat stebėta, kad 6 mėn. laikotarpiu mergaičių daugiau buvo apyžemių (10–25 %) – 62 (14,1 proc.) – ir apyaukščių (75–90 %) – 59 (13,4 proc.) palyginti su berniukais, atitinkamai: 46 (10,5 proc.) ir 31 (7,1 proc.).

9 pav. pavaizduota 6 mėn. amžiaus vaikų kūno masė, vertinta pagal vienmatę svorio kitimo kreivę. $\chi^2 = 30,295$; *l.l.sk.* = 6; $p < 0,0005$

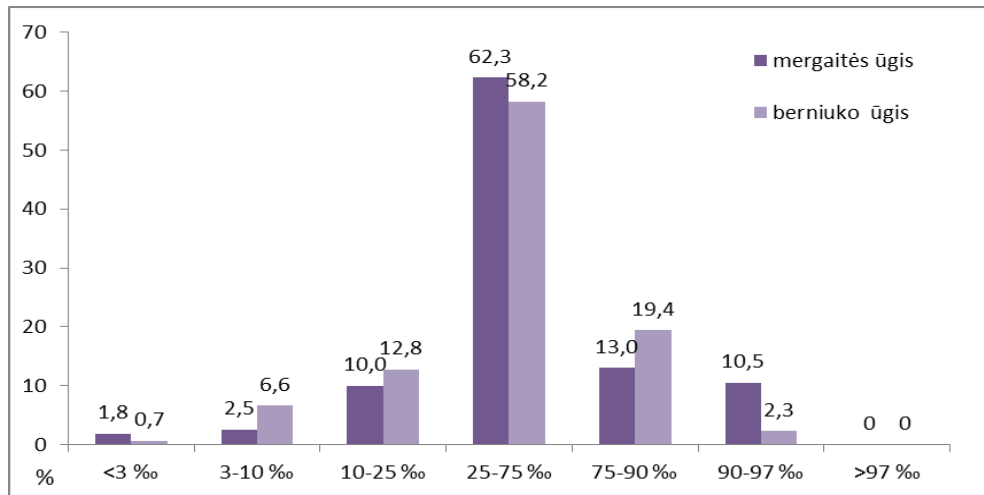


9 pav. 6 mėn. kūdikių kūno masės pasiskirstymas pagal vienmatę svorio kitimo kreivę

Stebima, kad daugiau nei du trečdaliai vaikų buvo vidutinio svorio. Lyginant mergaites su berniukais, stebėta, kad 6 mėn. laikotarpiu mergaičių daugiau buvo

apysunkių (75–90 ‰) – 61 (13,9 proc.) – ir mažiau apylengvių (10–25 ‰) – 51 (11,6 proc.) palyginti su berniukais, atitinkamai 27 (6,2 proc.) ir 69 (15,8 proc.).

10 pav. pavaizduota 12 mėn. amžiaus vaikų ūgis, kuris buvo vertintas pagal vienmatę ūgio kitimo kreivę. $\chi^2 = 41,155, l.l.sk. = 5, p < 0,0005$

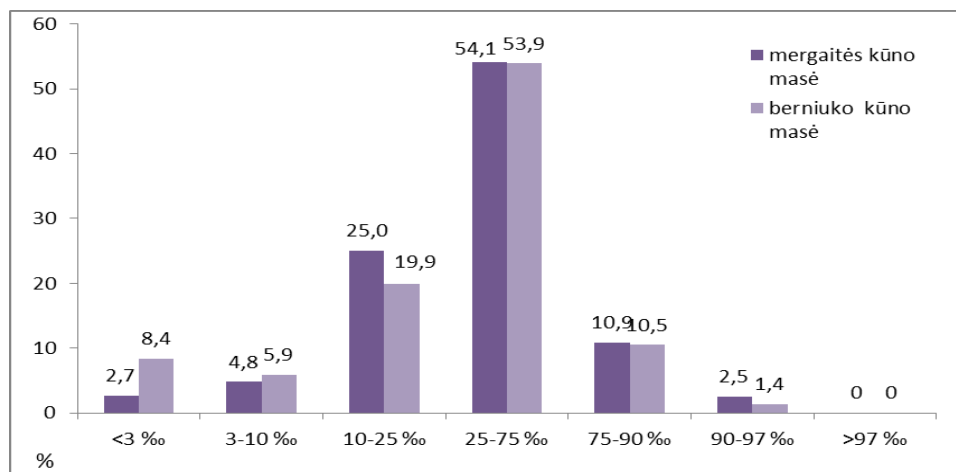


10 pav. 12 mėn. kūdikių ūgio pasiskirstymas pagal vienmatę ūgio kitimo kreivę

Stebima, kad dauguma vaikų buvo vidutinio ūgio, o lyginant mergaites su berniukais, jų buvo šiek tiek daugiau 25–75 ‰ ribose. Taip pat stebėta, kad 12 mėn. laikotarpiu mergaičių 5 kartus daugiau buvo aukštų (90–97 ‰) – 46 (10,5 proc.) – ir mažiau apyaukščių (75–90 ‰) – 57 (13,0 proc.) palyginti su berniukais, atitinkamai: 10 (2,3 proc.) ir 85 (19,4 proc.).

11 pav. pavaizduota 12 mėn. amžiaus vaikų kūno masė, vertinta pagal vienmatę svorio kitimo kreivę. Stebima, kad daugiau nei pusė vaikų buvo vidutinio svorio. Lyginant mergaites su berniukais, stebėta, kad 12 mėn. laikotarpiu mergaičių buvo daugiau apylengvių (10–25 ‰), palyginti su berniukais, atitinkamai: 110 (25,0 proc.) ir 87 (19,9 proc.). Pastebėta, kad 37 (8,4 proc.) berniukai buvo labai lengvi (< 3 ‰).

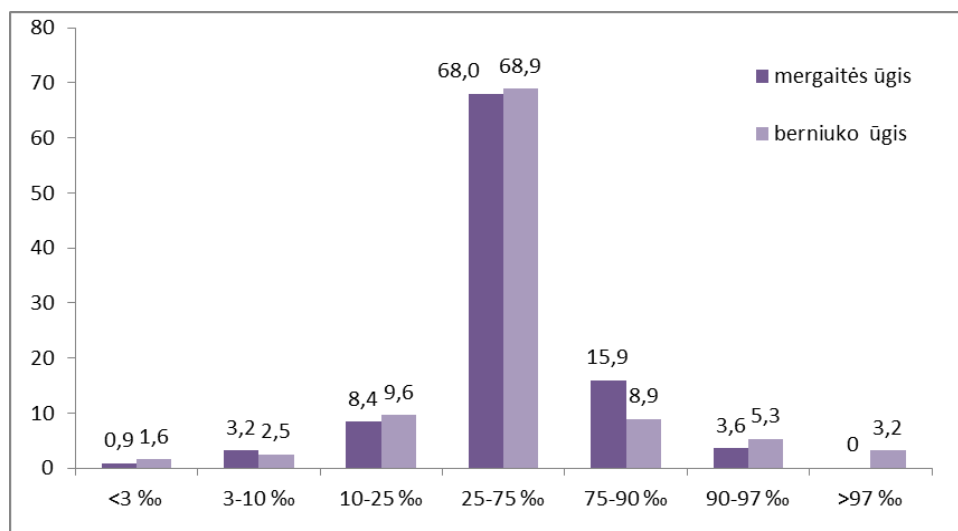
$$\chi^2 = 17,489, l.l.sk. = 5, p = 0,004$$



11 pav. 12 mėn. kūdikių kūno masės pasiskirstymas pagal vienmatę svorio kitimo kreivę

12 pav. pavaizduota 18 mėn. amžiaus vaikų ūgis, kuris buvo vertintas pagal vienmatę ūgio kitimo kreivę.

$$\chi^2 = 25,578, \text{ l.l.sk.} = 6, p < 0,0005$$

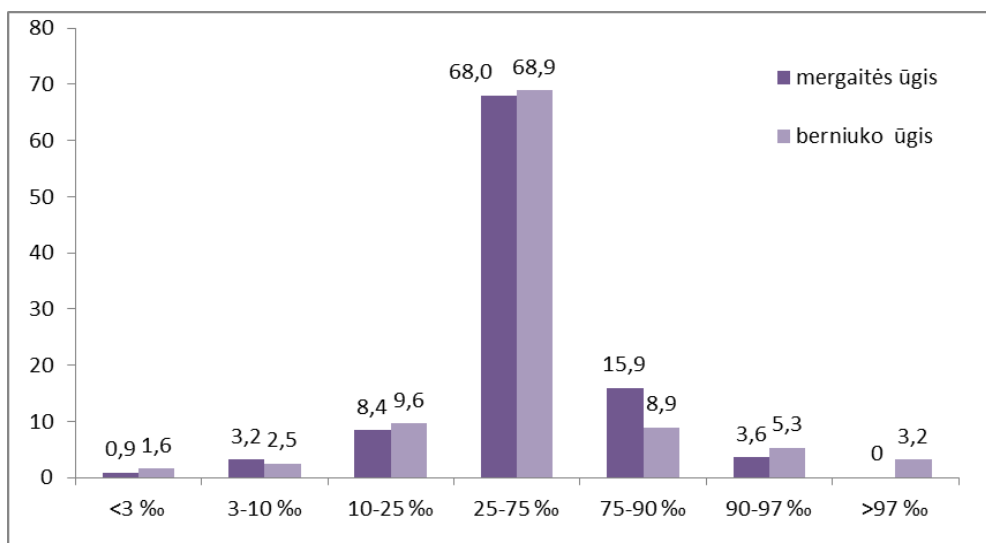


12 pav. 18 mėn. kūdikių ūgio pasiskirstymas pagal vienmatę ūgio kitimo kreivę

Stebima, kad daugiau nei du trečdaliai vaikų buvo vidutinio ūgio. Lyginant mergaites su berniukais, esminių skirtumų nestebėta, tik tai, kad mergaičių daugiau buvo apyaukščių (75–90 %) palyginti su berniukais (12 pav.).

13 pav. pavaizduota 18 mėn. amžiaus vaikų kūno masė, vertinta pagal vienmatę svorio kitimo kreivę. Stebima, kad daugiau nei pusė vaikų buvo vidutinio svorio. Lyginant mergaites su berniukais, stebėta, kad 18 mėn. laikotarpiu mergaičių buvo mažiau apylengvių (10–25 %) – 57 (13,0 proc.), ir šiek tiek daugiau apysunkių (75–90 %) – 58 (13,2 proc.) palyginti su berniukais, atitinkamai: 81 (18,5 proc.) ir 48 (11,0 proc.).

$$\chi^2 = 10,438; \text{ l.l.sk.} = 6; p = 0,107$$



13 pav. 18 mėn. kūdikių kūno masės pasiskirstymas pagal vienmatę svorio kitimo kreivę

Nustatėme, kad didžiosios dalies vaikų (daugiau nei 88 proc.) visais trim nagrinėtais laikotarpiais (6, 12, 18 mėn.) fizinis augimas buvo harmoningas.

Nustatytas statistiškai reikšmingas augimo darnos pasiskirstymo pokytis 12 mėn., palyginti su 6 mėn. amžiaus kūdikiais (54 lentelė).

54 lentelė. Vaikų fizinio augimo darnos pasiskirstymas 6, 12, 18 mėn. laikotarpiu

Kriterijus	6 mėn.	12 mėn.	p*	18 mėn.	p**
	N (%)	N (%)		N (%)	
Darnus (harmoningas) augimas (HAN)	824 (93,8)	778 (88,6)	< 0,0005	787 (89,6)	0,680
Darnus (harmoningas) augimas, kai ūgis yra kraštutinis (HAK)	13 (1,5)	11 (1,3)		11 (1,3)	
Nedarnus (neharmoningas) augimas (NHA)	41 (4,7)	89 (10,1)		80 (9,1)	

* Išplėstinis Maknemaro (Boukerio simetriškumo) testas

** Išplėstinis Maknemaro (Boukerio simetriškumo) testas lyginant 12 mėn. ir 18 mėn. laikotarpius

Žymiai padidėjo nedarnaus fizinio augimo vaikų dalis 12 mėn. Taigi, 6 mėn. ir 12 mėn. vaikų augimo darnos skirstiniai yra skirtingi. Kito stebimo amžiaus – 12 mėn. ir 18 mėn. – vaikų augimo darnos reikšmingų pokyčių nenustatyta ($p = 0,680$; 54 lentelė).

12 ir 18 mėn. laikotarpiu tirtų vaikų fizinis augimas buvo stebėtas daugiau nedarnus, palyginti su 6 mėn. laikotarpiu (atitinkamai: NHA: 6 mėn. – 4,7 proc.; 12 mėn. – 10,1 proc.; 18 mėn. – 9,1 proc.).

Tiriamuoju darbu norėjome išsiaiškinti, ar vaikų fizinis augimas priklausė nuo tinkamos mitybos – žindymo trukmės ir tinkamo maitinimo režimo. Duomenys pateikti 55–57 lentelėse.

Nustatyta, kad 6 mėn. kūdikių harmoningam fiziniam augimui įtakos turėjo vaikų žindymas iki vienerių metų ($p = 0,0001$) ir tinkamas kūdikių maitinimas ($p = 0,016$). Visų kūdikių, kurie buvo žindyti iki dvejų metų, 6 mėn. fizinis augimas buvo darnus, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo negavome (55 lentelė).

55 lentelė. 6 mėn. kūdikių fizinio augimo darna atsižvelgiant į žindymo trukmę ir tinkamą maitinimo režimą

Kintamasis	Fizinio augimo darna (6 mėn.)			p
	HAN (n = 824)	HAK (n = 13)	NHA (n = 11)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Žindo 1 m.				
Taip (n = 39)	29 (74,4)	3 (7,7)	7 (17,9)	0,0001*
Ne (n = 96)	92 (95,8)	4 (4,2)	0	
Žindo 2 m.				
Taip (n = 20)	20 (100,0)	0	0	–
Ne (n = 264)	257 (97,3)	0	7 (2,7)	
Tinkamas maitinimo režimas				
Taip (n = 734)	697 (95,0)	13 (1,2)	28 (3,8)	0,016
Ne (n = 144)	127 (88,2)	4 (2,8)	13(9,0)	

* *Fišerio testas*

Stebėta, kad 12 mėn. vaikų harmoningam fiziniam augimui įtakos turėjo tik vaikų žindymas iki vienerių metų ($p = 0,0074$). Žindymas iki dvejų metų ir tinkamas vaikų maitinimas reikšmingos įtakos neturėjo, nors vaikų fizinio augimo darnai stebimas teigiamas poveikis (56 lentelė). Vaikams, kurie nebuvo žindyti iki 1 m., buvo nustatytas kraštutinis ūgis, kuris neatitiko amžiaus, palyginti su žindytais vaikais iki vienerių metų.

56 lentelė. 12 mėn. vaikų fizinio augimo darna atsižvelgiant į žindymo trukmę ir tinkamą maitinimo režimą

Kintamasis	Fizinio augimo darna (12 mėn.)			p
	HAN (n = 824)	HAK (n = 13)	NHA (n = 11)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Žindo 1 m.				
Taip (n = 39)	28 (71,8)	0	11 (28,2)	0,0074*
Ne (n = 96)	84 (87,5)	4 (4,2)	8 (8,3)	
Žindo 2 m.				
Taip (n = 20)	20 (100,0)	0	0	0,3131*
Ne (n = 264)	231 (87,5)	3 (1,1)	30 (11,4)	
Tinkamas maitinimosi režimas				
Taip (n = 734)	656 (89,4)	7 (1,0)	71 (9,7)	0,109
Ne (n = 144)	122 (84,7)	4 (2,8)	18 (12,5)	

* *Fišerio testas*

Nustatyta, kad 18 mėn. vaikų harmoningam fiziniam augimui įtakos turėjo vaikų žindymas iki vienerių metų ($p = 0,0068$) (57 lentelė). Vaikams, kurių mamos

savo vaikų nežindo iki 1 m. ir rinkosi jiems netinkamą maitinimo režimą, dažniau buvo nustatytas kraštutinis ūgis, neatitikęs amžiaus, palyginti su tais vaikais, kurie buvo žindyti iki vienerių metų ir maitinami tinkamu režimu.

Statistiškai reikšmingo ryšio tarp išimtinio žindymo 6 mėn., papildomo maitinimo pradžios ir vaikų fizinio augimo 6, 12 ir 18 mėn. laikotarpiu nenustatyta.

57 lentelė. 18 mėn. vaikų fizinio augimo darna atsižvelgiant į žindymo trukmę ir tinkamą maitinimo režimą

Kintamasis	Fizinio augimo darna (18 mėn.)			p
	HAN (n = 824)	HAK (n = 13)	NHA (n = 11)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Žindo 1 m.				
Taip (n = 39)	27 (69,2)	1 (2,6)	11 (28,2)	0,0068*
Ne (n = 96)	85 (88,5)	4 (4,2)	7 (7,3)	
Žindo 2 m.				
Taip (n = 20)	20 (100,0)	0	0	– 0,241
Ne (n = 264)	246 (93,2)	0	18 (6,8)	
Priimtinis maitinimosi režimas				
Taip (n = 734)	658 (89,6)	7 (1,0)	80 (9,4)	0,108
Ne (n = 144)	129 (89,6)	4 (2,8)	11 (7,6)	

* *Fišerio testas*

Dvinarės daugiamatės logistinės metodu nustatyta, kad atsižvelgus į motinų amžių, išsilavinimą, santuokos būklę, vidutines šeimos pajamas, svarbiausi veiksniai, lemiantys darnų vaikų fizinį augimą iki 18 mėn., yra išnešiotumas ir išimtinis žindymas iki 6 mėn. (58 lentelė).

58 lentelė. Veiksniai, lemiantys 18 mėn. vaikų fizinio augimo darną

Kintamasis	ŠS _b	ŠS _p	95 % PI	p
Amžiaus grupė				
< 27 m.	1,00	1,00	–	< 0,0005
28–33 m.	0,08	0,75	0,02–0,25	< 0,0005
> 34 m.	0,19	0,17	0,05–0,64	0,009
Išsilavinimas				
vidurinis (profesinis) aukštasis	1,00	1,00	–	0,233
neuniversitetinis (technikumas) aukštasis	1,04	1,30	0,49–3,45	0,598
universitetinis	0,64	0,78	0,31–1,96	0,591
Santuoka				
registruota santuoka	1,00	1,00	–	0,460
neregistruota / vieniša	1,31	1,39	0,58–3,32	

Pajamos				
< 1 500 Lt	1,00	1,00	–	0,480
1 501–2 500 Lt	1,03	1,12	0,48–2,60	0,800
2 501–3 500 Lt	1,22	1,77	0,73–4,30	0,210
> 3 501 Lt	0,94	1,51	0,64–3,53	0,347
Gimė:				
Išnešiotas	2,81	2,98	1,19–7,50	0,020
Neišnešiotas	1,00	1,00	–	
Išimtinis žindymas				
6 mėn.				
Žindytas 6 mėn.	1,21	1,72	1,05–2,82	0,032
Nežindytas 6 mėn.	1,00	1,00	–	
Priimtinis maitinimo režimas				
Teisingas	0,81	0,72	0,35–1,46	0,355
Neteisingas	1,00	1,00	–	

Modelio $\chi^2 = 51,37$; l.l.sk. = 11; $p < 0,0005$; teisingai klasifikuotų atvejų dalis sudarė 90,9 proc.; Cox, Shell $R^2 = 0,058$; Nagelkerke $R^2 = 0,125$.

Išnešiotumas ir išimtinis žindymas iki 6 mėn. yra tiesiogiai susiję su harmoningu vaikų vystymusi iki 18 mėn. amžiaus. Gimę išnešioti vaikai turėjo 2,81 karto didesnę harmoningo fizinio augimo šansą nei neišnešioti. Išimtinis žindymas iki 6 mėn. 1,21 karto padidino harmoningo fizinio augimo šansą (58 lentelė).

5. REZULTATŲ APTARIMAS

PSO ir UNICEF rekomenduoja, kad jaunesni nei 6 mėn. vaikai būtų maitinami tik motinos pienu, vėliau juos galima papildomai maitinti maistingais, saugiais maisto produktais, tęsiant žindymą, kol vaikui sukaks 2 m. Gerinant kūdikių ir mažų vaikų maitinimo praktikas pagal šias rekomendacijas, tuomet, kai vaikai yra sveiki ir kai jie serga, svarbu organizuoti tinkamą jų maitinimą, nes išimtinis žindymas iki 6 mėn. reikšmingai sumažina jaunesnių nei 5 m. vaikų mirtingumą nuo dviejų pagrindinių susirgimų – viduriavimo ir plaučių uždegimo [196].

Nepaisant daugelio žindymo privalumų motinoms ir jų vaikams, daugelis moterų išsivysčiusiose šalyse ilgai nežindo. Belgijoje ir Jungtinėje Karalystėje tik apie 25 proc. vaikų žindomi pirmuosius 6 mėn. Australijoje, Kanadoje, Suomijoje, Italijoje, JAV ir kai kuriose kitose šalyse apie 15 proc. išimtinai žindoma 6 mėn. [183,197].

Literatūros duomenimis, Norvegija, Švedija – tai tos šalys, kurioms būdingi gana aukšti žindymo rodikliai dėl motinoms palankios socialinės aplinkos. Norvegijoje 99,0 proc. kūdikių yra pradedami žindyti, išimtinai iki 3 mėn. žindomi 70,0 proc. kūdikių, iki 6 mėn. žindymą tęsia 80,0 proc. motinų. Švedijoje pradeda žindyti 98,0 proc. motinų, išimtinai iki 3 mėn. – 60,0 proc., iki 6 mėn. – 72,0 proc. Kitų šalių rodikliai mažesni: Vokietijoje pradeda žindyti 96,0 proc. motinų, išimtinai iki 3 mėn. žinda 33,0 proc., iki 6 mėn. – 48,0 proc. Estijoje: pradeda 82,0 proc., iki 6 mėn. žinda 40,0 proc. Latvijoje: pradeda 92,0 proc., išimtinai iki 3 mėn. – 63,0 proc., iki 6 mėn. – 46,0 proc. Lietuvoje – pradeda žindyti 98,0 proc. motinų, išimtinai iki 3 mėn. žinda 41,0 proc., iki 6 mėn. – 31,0 proc. [7].

Savo tyrimu, kaip daugelis kitų šalių tyrėjų, nagrinėjome natūralaus maitinimo rodiklių (ankstyva žindymo pradžia, išimtinis žindymas, žindymas iki vienerių dvejų metų) paplitimą. Nustatėme, kad išimtinai iki 1 mėn. žindė 87,7 proc. (95 % PI 85,36–89,71), išimtinai iki 3 mėn. – 73,9 proc. motinų (95 % PI 70,91–76,71), išimtinai iki 6 mėn. – 48,2 proc. (95 % PI 44,89–51,48). Iki vienerių metų žindė 28,9 proc. motinų (95 % PI 21,9–37,03) iki dvejų – 7,0 proc. (95 % PI 4,60–10,6). Gauti išimtinio žindymo rezultatai rodo, kad motinų žindymas yra skatinamas ir prižiūrimas pakankamai sėkmingai.

Lyginant ištirtą žindymo pradžią su Baltijos šalimis (Estijoje – 82,0 proc., Latvijoje – 92,0 proc.) mūsų gautas žindymo pradžios dažnis (94,5 proc.) yra šiek tiek

didesnis, tačiau tokios šalys kaip Norvegija, Švedija, Vokietija šiuo atžvilgiu pirmauja (daugiau nei 96,0 proc.).

Rekomendacijose dėl 2011–2020 m. Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vienas iš siektinų motinos ir vaiko sveikatos rodiklių – kalbant apie kūdikius, žindytus (bent iš dalies) iki 3 mėn., pasiekti 2015–2020 m. ES šalių vidurkį (70,0 proc.), o kalbant apie kūdikius, žindytus (bent iš dalies) iki 6 mėn., pasiekti 2015–2020 m. ES šalių vidurkį (48,0 proc.) [50]. Mūsų tyrimo duomenimis, bent iš dalies iki 3 mėn. žindo 77,8 proc. motinų, bent iš dalies iki 6 mėn. – 57,6 proc., o tai rodo, kad skatinant motinų žindymą bei sveikatos priežiūros įstaigose sudarius optimalias sąlygas kūdikių žindymui iki 2015–2020 m. Lietuva gali pasiekti ES šalių vidurkį.

Kinijoje 2008–2010 m. analizuotas žindymo dažnis: tyrimas atskleidė, kad žindymo atvejų skaičius nuo 6 mėn. iki 18 mėn. sumažėjo žymiai: 6 mėn. kūdikius žindo 88 (48,9 proc.), 12 mėn. – 12 (6,7 proc.), 18 mėn. – 3 (1,7 proc.) motinos [198].

Apžvelgiant Kinijos kaimuose gyvenančių motinų žindymo paplitimą, nustatyta, kad 98,3 proc. kūdikių buvo žindyti apskritai, 59,4 proc. naujagimių buvo pradėti žindyti per pirmąją valandą. Daugiau nei pusė (55,5 proc.) motinų tęsė žindymą iki vienerių metų, 9,4 proc. žindo iki vaikai suėjo dveji metai. Kaime gyvenančių motinų žindymo dažnis žymiai geresnis nei mieste gyvenančių [199].

Ganos Respublikoje ištyrus 300 9–23 mėn. amžiaus vaikų mitybą, pastebėta, kad net 66,0 proc. kūdikių buvo išimtinai žindomi iki 6 mėn. Išimtinis žindymas iki 6 mėn. neturėjo neigiamos įtakos papildomo maitinimo pradžios laikui [200].

Pasaulyje pastarąjį dešimtmetį tyrinėjama, kas skatina ar atvirkščiai – gali trukdyti motinoms žindyti savo kūdikius, analizuojami su žindymo trukme susiję veiksniai. Nustatyta, kad žindymo paplitimas gali skirtis priklausomai nuo rasės, etninės kilmės, išsilavinimo ir pajamų. Jungtinėse Amerikos Valstijose pradeda žindyti daugiau nei 70,0 proc. baltųjų moterų, o juodaodžių moterų – 54,0 proc. [201]. Geografiniai skirtumai rodo, jog daugelis kūdikių šalies pietryčiuose išimtinai žindomi bent 6 mėn. iki 10 proc. [202].

Daugelio autorių tirti socialiniai demografiniai veiksniai, galintys lemti žindymo trukmę, buvo reikšmingai, bet prieštaringai susiję su žindymu skirtingose kultūrose. Nors Vakarų kultūrose ilgiau žinda aukštesnį išsilavinimą turinčios ir santuokoje gyvenančios moterys, kai kuriose Rytų kultūrose ir beveik visose Pietų

Azijos šalyse dažniau ir ilgiau žinda žemesnio išsilavinimo ir netekėjusios moterys [113–119].

Australijoje neturtingos, mažiau išsilavinusios moterys žinda mažiau nei moterys, baigusios mokyklas. 30 m. ir vyresnės mamos (28,0 proc.) du kartus dažniau žinda kūdikius iki 12 mėn., palyginti su 18–29 m. amžiaus motinomis (14,0 proc.) [203].

Jungtinėje Karalystėje žindymas dažniau buvo stebimas tose moterų grupėse, kurios turėjo aukštąjį išsilavinimą ir buvo vyresnės nei 30 m. amžiaus [204].

2003 m. Filipinuose [205], atliekant tyrimą, buvo analizuoti 30446 36 mėn. amžiaus vaikų mitybos būklės rodikliai. Nustatyta, kad 1 482 (48,7 proc.) naujagimiai buvo žindyti per pirmąją valandą nuo gimimo. 2 118 (69,6 proc.) kūdikių buvo žindomi iki 6 mėn. Lyginant su Vietname (Huong Nguyen Thu ir kt., 2012 [206]) atlikto tyrimo duomenimis, motinos, gyvenančios miestuose (53,9 proc.; ŠS = 1,22), turinčios aukštesnį išsilavinimą (56,0 proc.; ŠS = 1,37) ir geresnį socialinį ekonominį statusą (54,5 proc.; ŠS = 1,29) buvo linkusios vėliau pradėti žindyti palyginti su mamomis, gyvenančiomis kaimo vietovėse, turinčiomis žemesnį išsilavinimą ir prastesnes socialines bei ekonomines sąlygas. Pirmą kartą gimdžiusios mamos turėjo didesnę šansą pradėti naujagimį žindyti vėliau. Buvo analizuota neplanuoto nėštumo įtaka ankstyvam žindymo inicijavimui bei žindymo trukmei: motinos, kurios neplanavo nėštumo, vėliau pradėdavo ankstyvą žindymą (ŠS = 1,44; 90 % PI 1,17–1,78), tačiau tai buvo labiau būdinga toms šeimoms, kurių socialinis ir ekonominis statusas buvo prastesnis. Pastebėta, kad motinos, gyvenančios pasiturimai, bet neplanavusios nėštumo, turėjo didesnę tikimybę vaikus žindyti trumpiau (ŠS = 0,60; 90 % PI 0,48–0,76) [205].

Neseniai JAV atliktame tyrime nustatyta, kad mažas pajamas turinčiose šeimose, susidūrus su žindymo problemomis, dažniau nustojama žindyti anksčiau nei motinos planavo [207]. Mūsų tyrimu nustatyta, išimtinio žindymo iki 6 mėn. paplitimo tendencija yra statistiškai reikšmingai didėjanti su pajamų didėjimu ($\chi^2 = 21,368$, l.l.sk. = 1, $p < 0,0005$). Todėl medikų paramos reikia toms moterims, kurių pajamos mažesnės.

Vadovaujantis vienodomis gairėmis ir vertinimo rodikliais buvo iširta kūdikių maitinimo praktika 28 besivystančiose šalyse ir palyginta su kitais rodikliais: vidutine gyvenimo trukme, išsilavinimu ir ekonominiu statusu. Apžvelgus 28 šalių maitinimo rodiklius, nustatyta, kad tik ketvirtadalis motinų savo vaikus išimtinai žindo

pirmuosius šešis jų gyvenimo mėnesius: procentas svyruoja pagal šalis nuo 5,0 proc. Ukrainoje iki 57,0 proc. Mongolijoje. Tačiau tolesnis vaikų žindymo iki vienerių metų rodiklis net siekė 75,0 proc. (procentinė dalis tarp šalių svyravo nuo 20,0 proc. iki 97,0 proc.) Vidutinė maitinimo krūtimi trukmė buvo ilgiausia Bangladeše (33 mėn.), o trumpiausia – Baltarusijoje (6 mėn.). Besivystančiose šalyse pastebėti atvirkštiniai rodikliai lyginant su mūsų tyrimu: motinos iš žemesnio išsivystymo indekso šalių dažniau išimtinai žindo savo vaikus ($\bar{S}S = 0,274$, PI: 0,057–0,579) nei mamos iš aukšto išsivystymo šalių ($\bar{S}S = 0,140$; PI: 0,031–0,192) [193].

Kaip rodo mūsų tyrimo rezultatai, amžius ir išsilavinimas turėjo glaudų tiesioginį ryšį su išimtinu žindymu. Motinos, kurių amžius buvo 28 m. ir daugiau, 2–3 kartus dažniau išimtinai žindo iki 6 mėn., nei 27 m. ir jaunesnės motinos. Aukštesnio išsilavinimo moterys turėjo 1,8–3,3 kartus didesnę šansą išimtinai žindyti iki 6 mėn. nei žemesnio išsilavinimo moterys.

Tyrimu nustatėme, kad yra glaudus ryšys tarp kūdikių žindymo iki vienerių metų amžiaus ir motinų išsilavinimo. Vyresnis amžius (34 m. ir daugiau) 15 kartų padidino žindymo iki vienerių metų amžiaus šansą lyginant su jaunesniu amžiumi ($\bar{S}S_p = 15,15$; 95 % PI 3,50–65,56; $p < 0,0005$). Aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios moterys turėjo 10 kartų didesnę šansą žindyti savo kūdikius iki vienerių metų nei turinčios žemesnį išsilavinimą ($\bar{S}S_p = 10,14$; 95 % PI 3,43–29,93; $p < 0,0005$).

Žindymą iki dvejų metų taip pat lėmė motinų išsilavinimas: aukštąjį universitetinį išsilavinimą turinčios moterys turėjo 4,5 karto didesnę šansą žindyti savo vaikus iki dvejų metų nei turinčios žemesnį išsilavinimą ($\bar{S}S_p = 4,54$; 95 % PI 1,25–16,53; $p < 0,022$). Tokie veiksniai kaip šeiminė padėtis žindymo iki dvejų metų trukmės nelėmė.

Mūsų tyrimo duomenys rodo, jog sveikatos priežiūros darbuotojai, visuomenės sveikatos specialistai, dalyvaujantys motinų švietime žindymo klausimais, daugiau dėmesio turi kreipti į jaunesnio amžiaus ir žemesnį išsilavinimą turinčias motinas.

Lietuvoje atlikti tyrimai patvirtino mūsų ir kitų autorių atliktų tyrimų duomenis – kūdikių žindymo trukmė priklauso nuo motinų amžiaus ir išsilavinimo. Buvo įrodyta, kad aukštąjį išsilavinimą turinčios respondentės išimtinai kūdikius žindo ilgiau nei motinos, įgijusios vidurinį išsilavinimą ($p < 0,0005$). Motinos, kurių amžius buvo iki 20 m., pirmuosius du mėnesius kūdikius žindo trumpiau nei vyresnio amžiaus moterys ($p < 0,0005$) [14;113]. Tai rodo, kad socialinių ir demografinių veiksnių

įvairiose šalyse bei kultūrose tyrimai yra svarbūs, siekiant atskleisti didesnes rizikos grupes.

R. Jusienė ir kt. (2009) savo tyrime taip pat nagrinėjo sąsajas tarp kūdikių maitinimo būdo ir įvairių biologinių, socialinių, psichologinių, demografinių veiksnių. Nustatė, kad gimdymas natūraliais gimdymo takais labiausiai didina tikimybę, jog moteris namuose žindys 3–4 mėn. kūdikį. Motinų amžius taip pat turėjo reikšmingos nepriklausomos įtakos motinų galimybėms žindyti savo kūdikius: kuo vyresnė moteris, tuo daugiau ji turėjo galimybių maitinti kūdikį savo pienu, o ne pieno mišiniais [16].

Australijoje Briggs atliktas tyrimas taip pat atskleidė, jog žinduko / čiulptuko naudojimas susijęs su trumpesniu žindymu ar ankstesne papildomo maitinimo pradžia. Tyrėja daro išvadą, kad motinos, kurios nori žindyti savo vaikus, pirmosiomis savaitėmis turėtų vengti duoti žinduką [135].

Savo tyrimu nustatėme, kad tokie veiksniai kaip neplanuotas nėštumas (nelauktas kūdikis) ir žinduko davimas taip pat turėjo neigiamos įtakos žindymo trukmei. Nustatyta, kad motinos, kurios neplanavo nėštumo, turėjo 44 proc. mažesnę šansą vaikus žindyti iki dvejų metų ($\bar{S}S = 0,56$; 95 % PI 0,15–1,88; $p = 0,315$), o davusios kūdikiams žinduką / čiulptuką, turėjo 63 proc. mažesnę šansą žindyti vaikus iki dvejų metų ($\bar{S}S = 0,37$; 95 % PI 0,12–1,03; $p = 0,033$).

Pagal 2005 m. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenis nustatyta, kad respondentės, kurios nedavė žinduko kūdikiams, beveik 3 kartus ilgiau žindo (72,4 proc.) nei tos motinos, kurios žinduką davė (27,6 proc., $p < 0,002$) [15].

Mūsų ir kitų autorių tyrimais buvo analizuotas ankstyvas naujagimio pridėjimas prie krūties.

2007 m. Nepale atliktas tyrimas, kuriame buvo tirtas 6–9 mėn. amžiaus kūdikių maitinimas. Nepaisant to, kad beveik visos motinos (99,7 proc., $n = 324$) žindo savo kūdikius, per 1 val. po gimdymo pradėjo žindyti tik 185 (57,0 proc.) respondentės, išimtinis žindymas iki 6 mėn. buvo labai retas: iki 1 mėn. – 240 (74,0 proc.); iki 3 mėn. – 78 (24,0 proc.); iki 6 mėn. – 29 (9,0 proc.) [208].

Mūsų tyrimo duomenimis, anksti (iš karto per 1 val. po gimdymo) žindyti buvo pradėjusios dauguma motinų – 634 (72,2 proc.). Vėlyvą žindymą, kaip ir daugelis kitų užsienio autorių nustatė, lėmė moters sveikatos sutrikimai per nėštumą, Cezario operacija ir naujagimio neišnešiotumas. Moterų, turėjusių sveikatos sutrikimų, grupėje ankstyvo žindymo šansas buvo 41 proc. mažesnis nei sveikatos sutrikimų neturėjusių moterų grupėje ($\bar{S}S = 0,59$; 95 % PI 0,40–0,87; $p = 0,005$).

Nustatytas glaudus tiesioginis ryšys tarp gimimo nenatūraliai ir neišnešiotumo su vėlyvo žindymo pradžia. Gimimas nenatūraliai (Cezario pjūvis) 16 kartų padidino vėlyvo žindymo šansą palyginti su gimimu natūraliai ($\check{S}S_p = 16,04$; 95 % PI 11,05–23,27), o gimus neišnešiotam arba pernešiotam naujagimiui vėlyvo gimdymo šansas padidėja 6,38 karto ($\check{S}S_p = 6,38$; 95 % PI 2,95–13,49).

Vietname 2008–2010 m. atliktas tyrimas, kuriame stebėti kūdikiai nuo gimimo iki 12 mėn. amžiaus. Informacija apie kūdikių maitinimą gauta per interviu, naudojant struktūrizuotą klausimyną. Duomenų rinkimas buvo patvirtintas mokslinių tyrimų komiteto Hanojaus medicinos universitete. Pastebėta, kad anksti pradėtas žindymas per pirmąją valandą buvo žymiai labiau paplitęs miesto vietovėse palyginti su kaimo. Logistinės regresijos analizė parodė, kad didesnio svorio naujagimiai ir didesnės pajamos didino šansą anksčiau pridėti kūdikį prie krūties ($p < 0,001$). Cezario operacija, kaip nustatėme ir savo tyrimu, atvirkščiai mažino motinų šansą pradėti anksti žindyti ($\check{S}S = 0,12$; $p < 0,001$). Išimtinis žindymas pirmaisiais mėnesiais buvo reikšmingai dažniau paplitęs kaimo vietovėse nei miestuose. Motinų, gyvenančių mieste tendencija ilgiau išimtinai žindyti priklausomai nuo jų aukštesnio išsilavinimo nestebėta. Kaimo vietovėse tendencija buvo priešinga – ilgėjo išimtinio žindymo trukmė priklausomai nuo aukštesnio išsilavinimo (žemesnio išsilavinimo motinos žindo 98 paras, o aukštesnio – 108 paras, $p < 0,05$) [206].

N. Yesildal ir kt. autorių Turkijoje tirtas 158 vaikų iki 23 mėn. amžiaus išimtinis žindymas ir jo nutraukimo priežastys. Nustatyta, kad išimtinio žindymo iki 6 mėn. dažnis buvo 22,4 proc., o tolesnis žindymas iki dvejų metų (20–23 mėn.) siekė 10,0 proc. Stebėtos dvi pagrindinės priežastys, dėl kurių buvo nutrauktas žindymas – tai pieno trūkumas (38,1 proc.) ir paties kūdikio atsisakymas (14,3 proc.). Trumpesnei žindymo trukmei įtakos turėjo ir tai, kad pusei motinų buvo rekomenduojamas pieno mišinys esant pieno trūkumui [209].

Mūsų tirtų motinų žindymo vidurkis buvo 7,88 mėn. Pagrindinės priežastys, dėl kurių mamos nustojo žindyti, sutapo su Turkijoje (N.Yesildal, 2008) atlikto tyrimo duomenimis. Pirmą priežastis: pieno sumažėjimas – 376 (59,3 proc.); antra: vaikas pats savaime nustojo žįsti – 117 (18,5 proc.), trečia: motinos nutraukė pačios, nes manė, kad pakankama žindymo trukmė – 87 (13,7 proc.).

Vokietijoje ankstyvas žindymas teigiamai susijęs su pakartotiniu nėštumu ($\check{S}S = 0,25$, 95 % PI 0,15–0,42) ir informacijos gavimu nėštumo metu ($\check{S}S = 0,37$, 95% PI 0,23–

0,60) .) ir neigiamai susijęs su partnerio neigiamu požiūriu į žindymą (ŠS 21,79, 95% PI 13,46-35,27) [210].

V. Rose (2010) atlikto tyrimo tikslas buvo nustatyti pagrindinius PSO rekomenduojamus kūdikių ir mažų vaikų maitinimo rodiklius Tanzanijoje. Tyrimo imtį sudarė 7 603 vaikai iki 23 mėn. amžiaus. Rezultatai parodė, kad žindymas Tanzanijoje yra universalus, nes beveik visos mamos (98,0 proc.) žinda savo vaikus. Žindymą krūtimi per pirmąją valandą po gimimo pradėjo 46,1 proc. motinų, tačiau išimtinį žindymą iki 6 mėn. taikė 49,9 proc. respondenčių. Gauti labai aukšti žindymo iki vienerių–dvejų metų rodikliai. Dauguma motinų (apie 91,0 proc.) žindo vaikus iki 1 m., iki dvejų metų – 51,1 proc. Dažniausi veiksniai, kurie lėmė vėlyvą kūdikio pridėjimą prie krūties ir trumpesnį žindymo laikotarpį, buvo jaunas motinų amžius (< 25 m.), žemas išsilavinimas, nepakankamas švietimas, nepakankama priežiūra po gimdymo namuose ir prastos socialinės sąlygos [211].

Italijoje 2010 m. atlikta tėvų apklausa [212] – tirta 198 vaikų žindymo trukmė, išimtinio žindymo paplitimas bei veiksniai, galintys turėti reikšmingos įtakos žindymo rodikliams. Rezultatai atskleidė, kad po 3 mėn. žindo 65,5 proc. motinų (išimtinis žindymas – 39,7 proc.; dalinis žindymas, kai papildomai duodama kitų skysčių – 11,7 proc.; mišrus maitinimas [žindymas kartu su pieno mišiniais] – 14,1 proc.), o po 5 mėn. – 51,7 proc. (išimtinis žindymas – 18,5 proc.; vyraujantis žindymas, kai papildomai duodama kitų skysčių – 15,6 proc.; mišrus maitinimas [žindymas kartu su pieno mišiniais] – 17,9 proc.). Stebima tai, kad kūdikiui augant trumpėja išimtinis žindymas ir dažnėja mišrus maitinimas. Veiksniai, lemiantys trumpesnę žindymo trukmę, buvo vėlyvas naujagimio pridėjimas prie krūties ir pirmas gimdymas. Vienas iš rizikos veiksnių, lemiantis trumpesnį žindymą bei vėlyvą naujagimio pridėjimą prie krūties, buvo Cezario operacija.

Lenkijoje buvo tirtos 427 motinos, kurias tiriant analizuoti 591 vaiko žindymo rodikliai. Nustatyta, kad vidutinė išimtinio žindymo trukmė buvo 4,73 mėn. Žindyti pradėjo beveik visos motinos (97,8 proc.), o toliau po 12 mėn. žindo tik trečdalis – 32,49 proc. – mamų [213]. Savo tyrimu taip nustatėme, kad iki 12 mėnesių žindė tik trečdalis respondenčių.

Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos departamento 2010 m. duomenimis, 75,0 proc. motinų buvo bent trumpą laiką žindžiusios, iki 6 mėn. žindo 43,0 proc. (Havajų valstijoje – 60,4 proc.), iki 12 mėn. – 22,4 proc. (Havajuose – 33,1 proc.) mamų.

Išimtinai iki 6 mėn., kaip rekomenduoja PSO, žindo tik 13,3 proc. tiriamųjų (atitinkamai Havajai – 16,0 proc.) [214].

Australijoje 2009 m. kohortiniu tyrimu buvo stebėta 9 773 vaikų žindymo trukmė 6 mėn., 12 mėn. ir 24 mėn. amžiaus laikotarpiais. Nustatyta, kad 59,0 proc. (5 813) vaikų buvo žindyti iki 6 mėn., 27,0 proc. (2 596) žindyti iki 12 mėn. ir tik 3,0 proc. (241) buvo žindyti iki dvejų ir daugiau metų. Jaunesnio amžiaus motinos buvo linkusios žindyti trumpiau palyginti su vyresnio amžiaus mamomis (20–24 m. – 51,5 proc.; 30–36 m. – 65,0 proc., $p < 0,01$). Moterys, kurios gimdė pirmą kartą arba pagimdė neišnešiotą naujagimį bei gyveno nesusituokusios, taip pat buvo linkusios žindyti trumpiau nei 6 mėn. ar 12 mėn. ($p < 0,01$). Respondentės, turėjusios aukštąjį universitetinį išsilavinimą (63,0 proc.), buvo linkusios 2 kartus dažniau žindyti savo vaikus iki 6 mėn. nei baigusios vidurinę mokyklą (33,2 proc.; $p < 0,01$) [215].

Taip pat nustatėme, kad išimtinai trumpiau žindo tos motinos, kurios pagimdė pirmą kartą ($\bar{X} = 1,38$; 95 % PI 1,04–1,81) bei gyveno su partneriu nesusituokusios arba vienos ($\chi^2 = 21,362$; l.l.sk. = 1; $p < 0,0005$).

Mūsų gauti duomenis patvirtino daugelio autorių gautus rezultatus, kad žindymo trukmę lemia socialiniai demografiniai veiksniai, ankstyvas naujagimio pridėjimo laikas prie krūties, gimdymo būdas, žinduko/čiulptuko naudojimas), todėl sveikatos priežiūros specialistai turi į tai atsižvelgti, siekiant geresnių žindymo rodiklių.

Motinos pieno trūkumo problemą, kurią galėtume vadinti fiziologine, daugiausia lemia laikas, kada kūdikis pirmą kartą pažindo. Lietuvoje atlikto tyrimo duomenimis (2003) laktacijos fiziologijai reikšmės turi šie veiksniai: atidėtas pirmasis kūdikio žindymas po gimdymo (51,2 proc.) ir kūdikio atskyrimas nuo motinos (34,1 proc.), žinduko naudojimas (31,5 proc.) ir papildomų skysčių skyrimas (37,1 proc.). Dar vienas labai reikšmingas veiksnys žindymo palaikyme buvo naujagimio žindymas pagal poreikį dieną ir naktį [21].

Savo tyrimu taip pat patvirtinome E. Markūnienės (2003) [13] gautus duomenis, kad sėkmingam žindymui teigiamos įtakos turi kūdikio žindymas pagal poreikį ir papildomų skysčių tarp žindymų nedavimas. Stebėta tiesioginė priklausomybė tarp išimtinio žindymo trukmės ir papildomų skysčių nedavimo tarp žindymų. Neduodant papildomų skysčių tarp žindymų atsiranda 67 kartais didesnis šansas išimtinai žindyti kūdikius iki 6 mėn. žindant pagal kūdikio poreikius išimtinis

žindymas taip pat ilgėja nei žindant pagal nustatytą režimą ($\chi^2 = 32,858$, l.l.sk. = 1, $p < 0,0005$, ŠS = 0,33, 95 % PI 0,22–0,49).

Maitinimo tinkamai parinktais maisto produktais pradžia laiku sudaro palankias sąlygas kūdikių ir mažų vaikų sveikatos būklės ir fiziologinės raidos gerinimui, būtent spartesniu augimo laikotarpiu. Per anksti pradėtas papildomas maitinimas gali lemti dažnas kūdikių mirtis bei padidinti virškinamojo trakto infekcijų riziką [159].

Papildomas maitinimas yra kokybiškas, kai atsižvelgiama į vaiko maisto medžiagų poreikį. Papildomo maitinimo pradžia kūdikis turi būti „subrendęs“ – pasiruošęs pasiimti, nuryti, virškinti ir pasisavinti papildomą maistą. Kaip rekomenduoja PSO organizacija papildomas maistas turi būti pradėtas nuo 6 mėn., išimtinai, galima nuo 4 mėn., bet neanksčiau. Beveik visos mūsų tyrime dalyvavusios respondentės – 860 (97,9 proc.) – papildomą maitinimą pradėjo ne anksčiau nei 17 sav.

Tyrimų, nagrinėjančių kūdikių ir antrų metų vaikų papildomo maitinimo rodiklius: papildomo maitinimo pradžią, maisto įvairovę, valgymų skaičių, tinkamą maitinimo režimą, daugiau atlikta besivystančiose šalyse, išsivysčiusiose šalyse tokių tyrimų rasta labai nedaug.

Apžvelgus 2004 ir 2010 m. Tanzanijos demografinius ir sveikatos rodiklius apie papildomo maitinimo pradžią nustatyta, kad kūdikių papildomo maitinimo pradžios rodiklis pagerėjo nuo 79,6 proc. (2004 m.) iki 92,3 proc. (2010 m.). Tačiau kiti papildomo maitinimo rodikliai nepagerėjo: maisto įvairovė, kurią turi sudaryti mažiausiai 4 maisto produktų rūšys sumažėjo 1,5 proc. (2004 m. 39,5 proc.; 2010 m. 38,0 proc.); minimalus valgymų dažnis priklausomai nuo vaiko amžiaus ir to, ar jis yra žindomas, ir tinkamas maitinimo režimas (minimali maisto įvairovė ir valgymų dažnis) labai žymiai sumažėjo (maisto įvairovė sumažėjo nuo 45,0 proc. 2004 m. iki 18,5 proc. 2010 m., tinkamas maitinimo režimas nuo 34,7 proc. 2004 m. iki 13,4 proc. 2010 m.). Veiksniai, lemiantys tokią pablogėjusią 6–23 mėn. vaikų mitybą buvo šie: žemas tėvų išsilavinimas, prasta socialinė ekonominė padėtis, prasta vaiko ir motinos priežiūra po gimdymo, kaimo vietovė [211].

Kitas tyrimas, kuriame buvo apžvelgti 28 besivystančių šalių papildomo maitinimo rodikliai, atskleidė, kad papildomo maitinimo rodiklis svyravo nuo 15,0 proc. Somalyje iki 95,0 proc. Baltarusijoje. Aukšti 6 mėn. ir vyresnių vaikų papildomo maitinimo rodiklių duomenys buvo teigiamas požymis, rodantis didesnes maisto pasirinkimo galimybes, maisto įvairovę. Tačiau jaunesnių nei 6 mėn. vaikų šis rezultatas gali reikšti galimai neigiamą poveikį, nes gali būti, kad papildomas

maitinimas pradedamas per anksti. Jaunesnių nei 6 mėn. vaikų santykinai maži žindymo rodikliai aukšto išsivystymo rodiklio šalyse taip pat rodo neigiamą padėtį [193].

Mūsų tyrimu nustatyta, kad papildomo maitinimo laiku paplitimas buvo skirtingas tirtose amžiaus grupėse ($p < 0,013$). Tačiau lyginant vyresnio amžiaus motinų grupes su jaunesnio amžiaus grupe (< 27 m.) nerasta reikšmingos priklausomybės. Tiriamųjų išsilavinimas taip pat neturėjo reikšmingo poveikio papildomo maitinimo pradžiai. Buvo gautas statistiškai stiprus atvirkštinis ryšys tarp patirties auginant vaikus ir papildomo maitinimo pradžios laiku ($\check{S}S = 0,03$, 95 % PI 0,00–0,51). Motinos, auginusios vieną vaiką, turėjo 97,0 proc. mažesnę šansą pradėti maitinti papildomai laiku lyginant su auginusioms du ir daugiau vaikų.

R.N.O. Aryeetey ir kt. (2013) nustatė, kad 56,0 proc. tirtų 9–23 mėn. vaikų buvo maitinami tinkamai, vadovaujantis PSO rekomendacijomis. Nustatyta, kad didesni šansai vaikams būti tinkamai maitinamiems yra tada, kai juos maitino keli šeimos nariai ($\check{S}S = 1,3$; $p = 0,04$), kai motinos turėjo aukštesnę išsilavinimą ($\check{S}S = 2,25$; $p = 0,014$) ir buvo geresnė šeimos finansinė padėtis ($\check{S}S = 1,03$, $p = 0,016$). Užtikrinti tinkamą vaikų maitinimą žymiai mažesnė tikimybė buvo vaikams, kurie buvo išrankūs maistui ($\check{S}S = 0,25$; $p < 0,001$) ir sirgo per pastarąjį mėnesį ($\check{S}S = 0,41$; $p = 0,028$) [200].

Šveicarijoje (2006) atliktas tyrimas atskleidė, kad papildomo maitinimo pradžios laikui įtakos turėjo motinų amžius, jų kūno masės indeksas, žalingi įpročiai. Nustatyta, kad jaunesnio amžiaus, viršsvorio turinčios bei rūkančios respondentės buvo dažniau linkusios pradėti papildomą maitinimą anksčiau nei šeštą kūdikio gyvenimo mėnesį [164].

Buvo vertinta 6–23 mėn. vaikų minimali maisto įvairovė, ar vaikai gauna maisto, kurį sudaro keturios ar daugiau maisto grupės. Grupę sudarė septynios maisto produktų grupės: 1) grūdiniai produktai, šaknys ir šakniagumbiai; 2) ankštiniai produktai ir riešutai; 3) pieno produktai; 4) mėsiskas maistas (mėsa, žuvis, paukštiena, kepenys, galvijų vidaus organų mėsa); 5) kiaušiniai; 6) vaisiai ir daržovės, kuriose gausu vitamino A; 7) kiti vaisiai ir daržovės.

Keli tyrimai parodė, kad maisto įvairovė yra geras rodiklis, užtikrinantis tinkamą mikroelementų suvartojimą, be to, įvairovė yra susijusi su vaiko mitybos būkle [216–217].

Atlikdami tyrimą nustatėme, kad dauguma respondenčių iš septynių maisto produktų grupių dažniausiai savo vaikui į maisto racioną įtraukdavo šias penkias maisto produktų grupes: grūdai ir šakniagumbiai – 870 (99,1 proc.); pieno produktai – 776 (88,4 proc.); mėsishkas maistas – 821 (93,5 proc.); vaisiai ir daržovės, kuriose gausu vitamino A – 800 (91,1 proc.); kiti vaisiai ir daržovės – 856 (97,5 proc.). Nustatyta, kad 4 ir daugiau maisto produktų rūšimis buvo maitinta labai didelė dalis vaikų – 825 (94,0 proc.), netinkama įvairovė sudarė tik 53 (6,0 proc.).

2012 m. palyginti penkių Pietų Azijos šalių – Bangladešo, Indijos, Nepalo, Pakistano ir Šri Lankos – 6–23 mėn. amžiaus vaikų papildomo maitinimo pagrindiniai rodikliai [218] ir juos lemiantys veiksniai. Nustatyta, kad papildomo maitinimo pradžios rodiklis Pakistane buvo žemas (39,2 proc.; 95 % PI 33,8–44,9), Indijoje – vidutinis (54,6 proc.; 95 % PI 52,0–57,1), o Nepale (69,7 proc.; 95 % PI 62,4–76,2), Bangladeše (71,1 proc.; 95 % PI 64,5–76,9) ir Šri Lankoje (83,9 proc.; 95 % PI 78,8–87,9) – didesnis. 6–23 mėn. amžiaus vaikų mažiausia mitybos įvairovė buvo užtikrinta nuo 15,2 proc. (95 % PI 14,4–16,1) tiriamųjų Indijoje iki 71,1 proc. (95 % PI 68,4–73,7) Šri Lankoje, tarp jų – Nepalas (34,2 proc.) ir Bangladešas (41,9 proc.). Mažiausio patiekalų dažnio rodiklis buvo daugiau nei 80,0 proc. visose šalyse, išskyrus Indiją (41,5 proc.). Krūtimi maitinamų vaikų mažiausiai priimtina dieta buvo užtikrinta 9,2 proc. tiriamiesiems Indijoje, 31,8 proc. Nepale, 39,6 proc. Bangladeše ir 67,9 proc. Šri Lankoje.

Netinkamą maitinimo praktiką visose šiose šalyse dažniausiai lėmė tai, kad motinos turėjo žemą išsilavinimą ir vargingai gyveno. Kiti požymiai, įrodantys, kad maitinimas yra netinkamas, buvo ribota prieiga prie žiniasklaidos priemonių, nepakankama priežiūra prieš gimdymą ir kontaktų su sveikatos priežiūros specialistais nebuvimas po gimdymo. Nustatyta, kad papildomo maitinimo rodiklis didėjo augant vaiko amžiui (Bangladeše, Indijoje ir Nepale), žemesnio išsilavinimo mamos vėliau pradėdavo papildomą maitinimą, Indijoje ir Šri Lankoje vėlyva maitinimo papildomu maistu pradžia buvo susijusi su mažesniu vizitų pas gydytoją skaičiumi. Nepakankamas valgymų dažnis buvo susijęs su mažu vaiko amžiumi (6–11 mėn. amžiaus grupėje) ir žemu respondenčių išsilavinimu.

Šis tyrimas taip pat parodė, kad ribota prieiga prie žiniasklaidos priemonių buvo svarbus veiksnys, lėmęs daugelį papildomo maitinimo rodiklių. Vieni iš sveikatos priežiūros veiksnių, lemiančių nepakankamą maitinimą, yra nepakankama

priežiūra prieš gimdymą, po gimdymo, kontaktų su sveikatos priežiūros specialistais po gimdymo trūkumas [218].

Savo tyrimu išsiaiškinome, tinkama maisto įvairovė buvo užtikrinta 94,0 proc. vaikų. Svarbiausi maisto įvairovę lemiantys veiksniai buvo nėščiosioms skirtų kursų lankymas, vaikų amžius ir šeimos pajamos. Tyrimas patvirtino, kad maisto įvairovei teigiamą poveikį turėjo nėščiosioms skirtų kursų lankymas ($\check{S}S_p = 0,20$; 95 % PI 0,09–0,42; $p < 0,0005$), 18–23 mėn. vaikų amžius ($\check{S}S_p = 0,05$; 95 % PI 0,02–0,14; $p < 0,0005$) ir didesnės nei 3 500 Lt šeimos pajamos ($\check{S}S_p = 0,55$; 95 % PI 0,05–0,75; $p < 0,017$). Nėščiujų mokyklos lankymas 80,0 proc. sumažino mažiausios maisto įvairovės (< 4 maisto rūšys) šansą palyginti su nėščiujų mokyklos nelankymu. 18–23 mėn. amžiaus vaikai 95,0 proc. turėjo didesnę šansą būti maitinami 4 ir daugiau maisto produktais negu jaunesni nei 18 mėn. vaikai. 3 500 Lt ir didesnes pajamas gaunančių šeimų turėjo 45 proc. didesnę šansą savo vaikams pateikti įvairesnį maistą nei šeimos, kurių pajamos buvo iki 3 000 Lt.

Žindomiems vaikams mažiausias valgymų skaičius priklauso nuo amžiaus: 2 kartai ir daugiau, jei vaikas yra 6–8 mėn. amžiaus; 3 kartai ir daugiau, jei vaikas yra 9–23 mėn. amžiaus. Nežindomų vaikų mažiausias valgymų skaičius nepriklauso nuo amžiaus – 4 kartai ir daugiau visiems vaikams nuo 6 iki 23 mėn. Ištyrėme, kad žindomi 6–8 mėn. kūdikiai dažniau buvo maitinami du ir daugiau kartų pusiau kietu ar kietu maistu, o 9–23 mėn. vaikai – tris ir daugiau kartų per parą ($p < 0,0005$). Nežindomų vaikų grupėje nustatyta, kad valgymų skaičiaus paplitimo tendencija vaikų amžiaus grupėje buvo statistiškai reikšmingai didėjanti ($p < 0,0005$). Teisingas valgymų dažnis per dieną žindomų 6–23 mėn. kūdikių sudarė 95,7 proc., nežindomų vaikų – 82,7 proc. Gauti pakankamai geri vaikų valgymų dažnio rezultatai, tačiau didesnis sveikatos priežiūros darbuotojų dėmesys, mokant tėvus vaikų maitinimo klausymais, turi būti nukreiptas į nustojančias žindyti motinas.

Kaip anksčiau nagrinėtame tyrime [218], kad svarbiausi nežindytų vaikų tinkamą valgymų skaičių lemiantys veiksniai buvo motinų išsilavinimas, vaikų amžius ir nėščiujų mokyklos lankymas: aukštesniojo išsilavinimo mamos ($\check{S}S = 4,92$; 95 % PI 1,74–13,92) turėjo 4,9 karto didesnę šansą maitinti vaikus 4 ir dažniau kartų per dieną nei vidurinę ar aukštąją universitetinę išsilavinimą turinčios moterys.

Kitas papildomo maitinimo rodiklis – tinkamas maitinimo režimas, kuris vertinamas pagal maisto įvairovę ir mažiausiai tikamą valgymų skaičių. Teisingas maitinimo režimas buvo taikytas 83,6 proc. 6-23 mėn. vaikų. Analizuojant veiksnius,

lemiančius žindyti ir nežindyti 6-23 mėn. vaikų tinkamą maitinimo režimą, nustatyta: 6–23 mėn. amžiaus žindyti vaikų tinkamą maitinimo režimą lemia aukštasis universitetinis motinų išsilavinimas ($p = 0,005$) ir $\geq 3\ 501$ Lt pajamos per mėnesį ($p = 0,011$), 6–23 mėn. amžiaus nežindyti vaikų tinkamą maitinimo režimą nulemia taip pat didesnės šeimos pajamos ($p = 0,02$) ir vyresnis vaiko amžius ($p < 0,0005$). Neradome reikšmingo ryšio tarp nėščiųjų mokyklos lankymo, patirties auginant vaikus ir tinkamo vaikų maitinimo režimo.

Tyrėme 6–23 mėn. vaikų mitybą: kaip dažnai jie buvo maitinami geležimi papildytu maistu ir specialiai kūdikiams ir mažiems vaikams skirtais maisto papildais, kurių sudėtyje yra geležies. Savo tyrimu nustatėme, kad maisto produktų, kuriuose yra geležies, arba geležies papildų vartojimas susijęs su vaiko amžiumi ($p < 0,0005$), t. y. kuo vyresnis vaikas, tuo didesnis šansas, kad jo maisto racione bus geležies turinčių maisto produktų bei tai, kad vaikai, kurie maitinami 4 ir daugiau maisto produktų rūšių, turi žymiai didesnę šansą su maistu gauti geležies ($\bar{S}S = 89,59$; 95 % PI 33,33–261,83).

Daugelio tyrimų ištirta, kad žindymo trukmei labai svarbios motinų žinios apie žindymą, jo reikšmę kūdikio ir pačios motinos sveikatai, žinios, kaip įveikti iškilusius natūralaus maitinimo sunkumus, taip pat labai svarbus pasitikėjimas savo galimybėmis žindyti ir sėkminga ankstesnio žindymo patirtis [104;106;107;**Error! Reference source not found.**–121;125]. Paprastai pirmą kartą gimdžiusios moterys rečiau žinda ir būtent joms, o ne dar kartą pagimdžiusioms moterims, yra svarbios žinios apie natūralų kūdikio maitinimą [108;122].

Mūsų tyrimo duomenimis, nėščiųjų kursus lankė kiek daugiau nei pusė – 464 (52,8 proc.) – respondenčių, du trečdaliai – 547 (62,3 proc.) – motinų teigė, kad jos gimdymo skyriuje buvo mokomos kūdikių maitinimo klausimais, o namuose kūdikių ir mažų vaikų maitinimo praktikos buvo mokomos tik trečdalis – 306 (34,9 proc.). Analizuojant motinų informuotumą kūdikių ir mažų vaikų maitinimo klausimais daugiau dėmesio reikėtų skirti po gimdymo į namus grįžusioms motinoms. Tyrimas parodė per mažą sveikatos priežiūros darbuotojų aktyvumą lankant motinas namuose bei skatinant kūdikių žindymą.

Medikų ir motinų žinių reikšmę žindymo trukmei nagrinėjo ir Lietuvos mokslininkai. Levinienė nustatė, kad mamos, kurias medikai informavo apie žindymo reikšmę ir būdus palaikyti laktaciją, 1,7 karto dažniau norėjo žindyti, taip pat vienu mėnesiu pailgėjo vidutinė žindymo trukmė [11].

J. Kudzytė taip pat nustatė ryšį tarp motinos noro žindyti ir žinių. Pusė motinų, kurioms buvo kalbėta apie žindymo naudą, žadėjo žindyti 4–6 mėn., ketvirtadalis – net 10–13 mėn. O tos motinos, kurios negavo žinių apie žindymo naudą, buvo nusiteikusios žindyti tik 3 mėn. [10].

Mes taip pat atradome statistiškai reikšmingą ryšį tarp motinų mokymo ir ilgesnės žindymo trukmės. Pastebėta, kad motinos, kurios buvo informuojamos ir mokomos nėščiąjų kursuose ar namuose, turėjo didesnę šansą vaikus toliau žindyti iki vienerių metų ($p < 0,05$). Žindyti iki dvejų metų didesnę šansą turėjo tos respondentės, kurioms informacija buvo teikta per nėštumą moterų konsultacijoje ($\check{S}S = 31,19$; 95 % PI 1,89–514,88; $p < 0,0005$). Rastas reikšmingas tiesioginis ryšys tarp išimtinio žindymo iki 6 mėn. ir informacijos teikimo gimdymo skyriuje ($\check{S}S = 1,46$; 95 % PI 1,10–1,94; $p = 0,008$), t. y. motinos, kurios buvo mokomos gimdymo namuose, dažniau žindo išimtinai iki 6 mėn.

B. Olang ir kiti autoriai (2012) stebėjo, kad svarbų vaidmenį tęsiant žindymą ilgiau nei 6 mėn. turi gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų skatinimas maitinti krūtimi [126–128].

Vienos iš svarbiausių pripažintų priežasčių, kodėl kūdikiai yra išimtinai nežindomi, anot E. Markūnienės (2003), yra motinų žinių trūkumas apie laktacijos valdymą, pagalbos ir paramos trūkumas šeimoje bei neigiama žindyvių motinų ir anytų įtaka, baimė kūdikį žindyti viešumoje [13].

Analizuojant, kaip motinų informavimas ir mokymas galėjo lemti papildomo maitinimo pradžią, mūsų tyrime nustatyta, kad pradedant papildomą maitinimą teigiamą tiesioginį ryšį turėjo informacijos teikimas gimdymo skyriuje ($p = 0,001$) ir namuose ($p = 0,026$). Visos motinos, mokytos žindyti kūdikį namuose, papildomą maitinimą pradėjo laiku – 306 (100 proc.) palyginti su tomis, kurios buvo nepakankamai mokytos, kaip reikia žindyti kūdikį – 174 (95,6 proc.) – ar visai nebuvo mokytos – 380 (94,7 proc.). Mamos, kurios per nėštumą lankė kursus, taip pat papildomą maitinimą pradėjo laiku ($\check{S}S = 43,35$; 95 % PI 2,61–719,37).

Motinų mokymas taip pat turėjo įtakos ir kitiems papildomo maitinimo rodikliams, tokiems kaip maisto įvairovė ir tinkamas maitinimo režimas. Tyrimu nustatyta, kad motinų mokymas gimdymo skyriuje turėjo tiesioginį ryšį su maisto įvairove ($\check{S}S = 0,43$; 95 % PI 0,21–0,90): motinų mokymas gimdymo skyriuje 57,0 proc. sumažino mažos maisto įvairovės šansą. Respondentės, kurios gimdymo skyriuje

buvo mokomos vaikų maitinimo klausimais, turėjo 3,53 kartus didesnę šansą vaikus maitinti jiems tinkamu maitinimo režimu ($p < 0,0005$).

Mūsų tyrimo duomenimis, tokie veiksniai kaip artimųjų (tėvų) parama žindymo trukmei, papildomo maitinimo pradžia ir tinkamo maitinimo režimui įtakos neturėjo ($p > 0,05$).

Lygindami su kitų autorių tyrimais [126–127] nustatėme, kad tinkamai vaikų mitybai svarbų vaidmenį turėjo šeimos narių (vyro) parama. Moterys, kurios gyveno registruotoje santuokoje, turėjo 3,07 karto didesnę šansą išimtinai žindyti 6 mėn. ($p < 0,0005$), 16,19 karto didesnę šansą žindyti vienerius ($p = 0,017$) metus bei 2,26 kartus didesnę šansą maitinti vaikus jiems tinkamu maitinimo režimu ($p = 0,001$). Papildomo maitinimo pradžia laiku bei maisto įvairovei reikšmingos įtakos santuokos registracija neturėjo ($p > 0,05$).

Per pastaruosius kelis dešimtmečius sukaupta pakankamai duomenų, įrodančių žindymo naudą kūdikių sveikatai. Nustatyta, kad motinos pienas mažina naujagimių ir kūdikių sergamumą vidurinės ausies uždegimu, virusų sukeltu viduriavimu, nekrozinium enterokolitu, gastroenteritu respiracinio sincitinio viruso sukeliomomis infekcinėmis ligomis, staigios kūdikių mirties sindromu, alerginėmis ligomis, limfoma [1;2;12;57–67].

Nustatyta, kad išsivysčiusiose šalyse žindomi kūdikiai rečiau hospitalizuojami dėl įprastų jaunesnių kaip vienerių metų kūdikių ligų [69].

JA. Cesar, CG. Victora ir bendraautorių (1999) atliktas tyrimas atskleidė, kad daugiausia vaikų iki 5 m. amžiaus pasaulyje miršta dėl pneumonijos. Stebėta, jog kūdikiai, kurie nebuvo žindomi, 17 kartų dažniau buvo linkę sirgti pneumonija, o kūdikiai, kurie buvo žindomi ir gaudavo papildomai kito gėrimo, buvo linkę sirgti 3,8 kartus rečiau priklausomai nuo amžiaus [79].

Jungtinių Amerikos Valstijų sveikatos departamento duomenimis (2011), kūdikiai, kurie buvo maitinami pieno mišiniu ir buvo anksti jų nutrauktas žindymas, turėjo didesnę riziką įgyti viršsvorio ir mirti nuo staigaus kūdikio mirties sindromo, dažniau sirgti bei lankytis pas gydytojus [202, 219].

LM. Lamberti ir kitų autorių atlikta literatūros apžvalga pabrėžė žindymo svarbą viduriavimo prevencijoje. Žindymas svarbus visuose amžiaus perioduose iki vaikai sueis dveji metai, neišskiriant laikotarpio iki 6 mėn. Visai nežindyti kūdikiai turėjo didesnę riziką mirti nuo diarėjos nei žindyti (iki 5 mėn. ŠS = 10,52; 6–11 mėn. ŠS = 1,47; 12–23 mėn. ŠS = 2,57) [220].

Ip, Chung ir kt. (2007) apžvelgė daugelį straipsnių, analizuojančių žindymo įtaką ir naudą motinos ir kūdikio sveikatai išsivysčiusiose šalyse. Stebėta, kad kūdikiai, kurie nebuvo žindomi, dažniau sirgo infekcinėmis ligomis, tokiomis kaip otitas, gastroenteritas, pneumonija, taip pat buvo didesnė nutukimo rizika, didesnė rizika susirgti 1 ir 2 tipo cukriniu diabetu, leukemija ir staigios kūdikio mirties sindromu. Neišnešiotiems kūdikiams, kurie negavo motinos pieno, didesnė rizika buvo susirgti nekrozuojančiu enterokolitu. Motinoms, kurios nežindo, buvo didesnė rizika susirgti krūties, kiaušidžių vėžiu, antro tipo cukriniu diabetu ir metaboliniu sindromu. Todėl siekiant išvengti panašių susirgimų Amerikos pediatrių draugija ir PSO rekomenduoja išimtinai kūdikius žindyti iki 6 mėn., o vėliau pradedant papildomą maitinimą žindymą tęsti iki vienerių ar dvejų gyvenimo metų [74].

Mūsų tyrimu nustatėme, kad per pirmuosius (72,9 proc.) ir antruosius (83,6 proc.) metus daugiausia vaikų sirgo iki trijų kartų, mažiau nei ketvirtadalis lankėsi pas gydytoją dėl ligos daugiau nei 3 kartus. Nesirgo per pirmuosius metus iki 10,0 proc. kūdikių, o per antruosius gyvenimo metus nesirgo tik 4,3 proc. vaikų. Su amžiumi vaikų nesilankymas pas gydytoją dėl ligos mažėjo.

Tyrimo duomenys patvirtino anksčiau nagrinėtų autorių rezultatus, kad žindymas sumažina vaikų sergamumą tam tikromis ligomis. Stebėjome, kad vienerius metus motinos pienu maitinti vaikai sirgo reikšmingai rečiau per pirmuosius gyvenimo metus ($p = 0,013$). Nebuvo nė vieno dvejus metus žindyto vaiko, sirgusio 4 ir daugiau kartų per antruosius gyvenimo metus ($p = 0,4345$). Ilgesnė žindymo trukmė sumažina šansą vaikams susirgti per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus.

Apžvelgus, kokiomis ligomis vaikai dažniausiai sirgo per pirmuosius–antruosius gyvenimo metus, nustatyta, kad jie sirgo kvėpavimo takų ligomis (daugiau nei 80,0 proc.), mažiau nei ketvirtadalis sirgo virškinamojo trakto ligomis ir alerginėmis ligomis. Išanalizavus ligas išsamiau stebėta, kad iš kvėpavimo takų ligų vaikams dažniau buvo diagnozuojami otitai, ūmios virusinės respiratorinės infekcijos ir pneumonijos; iš virškinamojo trakto ligų dažniau diagnozuota disbiozė; alerginių ligų – atopinis dermatitas ar alergija kuriam nors maisto produktui. Alerginėmis ligomis, rachitu ir mažakraujyste vaikai dažniau sirgo per pirmuosius gyvenimo metus.

Mūsų duomenų analizė parodė, kad vaikai, kurie buvo žindyti vienerius ir dvejus metus, rečiau sirgo kvėpavimo takų ligomis ($p < 0,05$). Galime manyti, jog žindymas vienerius ir dvejus metus turi prevencinį poveikį kvėpavimo takų ligoms, kaip ir patvirtina daugelis anksčiau aptartų tyrimų. Reikšmingo ryšio tarp žindymo

trukmės ir sergamumo alerginiais susirgimais, žarnyno infekcijomis, rachitu nenustatėme.

Ištyrę papildomo maitinimo pradžios įtaką vaikų sergamumui dažniausiomis ligomis pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais, nustatėme, kad vaikai, kuriems papildomas maitinimas buvo pradėtas laiku ir žindymas tęstas toliau, žarnyno infekcinėmis ligomis ir anemijomis per pirmuosius metus reikšmingai dažniau nesirgo (atitinkamai: žarnyno infekcijomis nesirgo 98,5–96,7 proc., anemijomis – 98,7–96,3 proc.), palyginti su vaikais, kurių papildomas maitinimas buvo pradėtas anksčiau nei 17 sav. ir žindymas nutrauktas (atitinkamai: žarnyno infekcijomis nesirgo 1,5–3,3 proc., anemijomis – 1,3–3,7 proc.; $p < 0,05$).

Analizuodami antruosius vaiko gyvenimo metus stebėjome, kad vaikai, kuriems papildomas maitinimas buvo pradėtas laiku, per antruosius metus reikšmingai dažniau nesirgo alerginėmis ligomis (98,5 proc.), o tie, kurie buvo žindyti ir toliau, pradėjus papildomą maitinimą, dažniau nesirgo anemija (96,0 proc.) palyginti su vaikais, kurių papildomas maitinimas buvo pradėtas anksčiau nei 17 sav. (1,5 proc.) ir žindymas nutrauktas (4,0 proc.).

Išanalizavę savo tyrimo duomenis ir apžvelgę daugelio užsienio autorių tyrimus pastebėjome, kad tinkamas kūdikių ir antrų metų vaikų maitinimas turi įtakos vaikų sveikatos būklei. Tinkama mityba gali lemti ir vaikų fizinius rodiklius – amžių ir svorį.

PS. Sawadogo (2006), MM. Moursi (2008) su kitais autoriai ir Christina A. (2011) patvirtino, kad kūdikių ir mažų vaikų mitybos rodikliai yra teigiamai susiję su antropometriniais rodikliais, nusakančiais tinkamą vaikų maitinimą [221–223].

Kinijoje 2008–2010 m. tyrimu siekta išsiaiškinti, kaip yra maitinami vaikai, bei įvertintas jų fizinis augimas. Vaikų mitybai vertinti buvo panaudoti du klausimynai: vienas apie valgytą maistą per pastarąsias 24 val. ir 7 d. vaiko mitybos dienynas, kuriuos respondentės, atėjusios į profilaktinį pasitikrinimą, jau buvo užpildžiusios. Vaikų fizinis augimas vertintas pagal šiuos rodiklius: ūgis priklausomai nuo amžiaus; kūno masė pagal amžių; ūgio bei kūno masės priklausomybė. Fiziniai rodikliai buvo matuojami per apsilankymus.

Atliekant Kinijoje tyrimą stebėtiems vaikams mažas svoris nenustatytas. Viršsvoris fiksuotas nuo 6,0 proc. iki 5,0 proc. (6 mėn. laikotarpiu – 6,11 proc.; 12 mėn. – 5,0 proc.; 18 mėn. – 5,0 proc.). Pastebėta, kad vaikų viršsvoris 6 mėn. ir 18 mėn. laikotarpiu dažnesnis buvo tose šeimose, kurios turėjo geresnį socialinį ir ekonominį statusą. Papildomai maitinant maisto konsistencija keitėsi priklausomai nuo

vaiko amžiaus – vyresni vaikai dažniau valgydavo pusiau kieto ir kieto maisto. Maisto įvairovė ir dažnis taip pat pasikeitė teigiama kryptimi, priklausomai nuo vaiko amžiaus (atitinkamai: > 3 kartų valgymų 6 mėn. 89,4 proc., o 18 mėn. – 100 proc.; maisto įvairovė > 4 produktų per dieną 6 mėn. – 63,3 proc., o 18 mėn. – 90,0 proc.) [199]. Tai, kad dažnesni maisto įvairovė ir valgymų skaičius stebėti didėjant vaiko amžiui, patvirtino ir mūsų tyrimas.

Aukšto sutrikusio vystymosi lygio mastas daugelyje Pietų Azijos šalių rodo, kad papildomo maitinimo praktika yra nepakankama. Pavyzdžiui, Indijoje sutrikusio vystymosi rodiklis (jaunesnių nei 5 m. amžiaus vaikų, kurių ūgio ir amžiaus santykis yra labai mažas, dalis) buvo 48,0 proc., ir tokių vaikų papildomo maitinimo rodikliai buvo labai menki palyginti su Šri Lanka, kurioje buvo santykinai mažas sutrikusio vystymosi rodiklis (17,0 proc.) ir geresnė papildomo maitinimo praktika [218].

Mes savo darbe taip pat vertinome vaikų iki dvejų metų fizinius matmenis – ūgį ir kūno masę (svorį). Fizinė būklė įvertinta procentiliniu metodu, naudojant prof. J. Tutkuvienės (1995) metodines rekomendacijas [19]. Išanalizavus 878 Vaiko sveikatos raidos istorijose įrašytus vaikų fizinius duomenis – ūgį ir kūno masę – trimis amžiaus laikotarpiais (6 mėn.; 12 mėn.; 18 mėn.), nustatyta, kad gimusių vaikų ūgio vidurkis yra 52,81 cm, svorio vidurkis – 3 551,72 g. Nustatyta, kad mergaičių ir berniukų ūgio ir kūno masės vidurkiai trijuose laikotarpiuose atitiko prof. J. Tutkuvienės (1995) metodinėse rekomendacijose nurodytas šio amžiaus vidurkių normas.

Įvertinus vaikų ūgį ir kūno masę pagal lytį ir amžių 6 mėn., 12 mėn. ir 18 mėn. gyvenimo laikotarpiu, stebėta, kad daugiau nei pusė tirtų vaikų buvo vidutinio ūgio ir turėjo vidutinę kūno masę (25–75 ‰).

Vertinant ūgio ir svorio nukrypimus, nustatyta, kad 6 mėn. laikotarpiu mergaitės labiau išsiskyrė savo rodikliais nei berniukai: daugiau buvo apyžemių (10–25 ‰) – 14,1 proc., apyaukščių (75–90 ‰) – 13,4 proc., apysunkių (75–90 ‰) – 13,9 proc. (atitinkamai berniukai: apyžemiai (10,5 proc.); apyaukščiai (7,1 proc.) ir apysunkiai (15,8 proc.).

12 mėn. laikotarpiu stebėta, kad mergaičių 5 kartus daugiau buvo aukštų (90–97 ‰) – 10,5 proc., palyginti su berniukais (2,3 proc.). Daugelio mergaičių svoris buvo apylengvis (10–25 ‰), palyginti su berniukais (atitinkamai 25,0 proc. ir 19,9 proc.). Daugiau nei 10,0 proc. berniukų ir mergaičių buvo apysunkių (75–90 ‰), palyginti su 6 mėn. – stebimas kūno masės mažėjimas.

18 mėn. laikotarpiu esminių skirtumų nestebėta, gal tik tai, kad mergaičių daugiau buvo apyaukščių (75–90 %) palyginti su berniukais. Vertinant kūno masės pokyčius, stebime, kad mergaičių daugiau apylengvių (10–25 %) – 13,0 proc. ir šiek tiek daugiau apysunkių (75–90 %) – 13,2 proc., palyginti su berniukais (atitinkamai 18,5 proc. ir 11,0 proc.).

Nustatėme, kad didžiosios dalis vaikų (daugiau nei 88 proc.) visais trim nagrinėtais laikotarpiais (6, 12, 18 mėn.) fizinis augimas buvo darnus. Stebėtas statistiškai reikšmingas fizinio augimo darnos pasiskirstymo pokytis 12 mėn., palyginti su 6 mėn. amžiaus kūdikiais. Žymiai padidėjo nedarnaus fizinio augimo vaikų dalis 12 mėn. Kito stebimo amžiaus – 12 mėn. ir 18 mėn. – vaikų augimo darnos reikšmingų pokyčių nenustatyta ($p = 0,680$).

Tyrėme, ar vaikų fizinis augimas priklauso nuo tinkamos mitybos – žindymo trukmės ir tinkamo maitinimo režimo. Nustatėme, kad 6 mėn. kūdikių harmoningam fiziniam augimui įtakos turėjo žindymas iki vienerių metų ($p = 0,0001$) ir tinkamas kūdikių maitinimas ($p = 0,016$), o 12 mėn. ($p = 0,0074$) ir 18 mėn. ($p = 0,0068$) vaikų harmoningam fiziniam augimui įtakos turėjo tik vaikų žindymas iki vienerių metų. Vaikams, kurių mamos savo vaikų nežindo iki 1 m. ir rinkosi jiems netinkamą maitinimo režimą, dažniau buvo nustatytas kraštutinis ūgis, neatitikęs amžiaus, palyginti su tais vaikais, kurie buvo žindyti iki vienerių metų ir maitinami tinkamu režimu.

Latvijoje 2004 m. – 2007 m. atliktas tyrimas [224], vertinantis žindymo įtaką kūdikių iki vienerių metų fiziniam augimui, taip pat patvirtino, kad žindomi vaikai ir maitinami motinos pieno pakaitalais (pieno mišiniais) kūdikiai auga skirtingai. Nustatyta, kad 1 mėnesio amžiaus žindomų berniukų kūno masė ($p = 0,01$) ir galvos apimtis ($p = 0,0447$) buvo didesnė palyginti su kūdikiais, maitinamais pieno mišiniais. 3 mėnesį statistiškai reikšmingų skirtumų tarp žindomų ir nežindomų kūdikių augimo nebuvo stebėta. 12 mėn. žindomų berniukų ūgis skyrėsi nuo nežindomų kūdikių ($p = 0,005$). Tyrimas atskleidė, kad žindomi ir pieno mišiniais maitinami kūdikiai auga skirtingai, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų rasta nedaug.

Mūsų tyrimas atskleidė, kad svarbiausi veiksniai, lemiantys darnų vaikų fizinį augimą iki 18 mėn., yra išnešiotumas ir išimtinis žindymas iki 6 mėn.: gimę išnešioti vaikai turėjo 2,81 karto didesnę harmoningo fizinio augimo šansą nei neišnešioti ir išimtinis žindymas iki 6 mėn. 1,21 karto padidino harmoningo fizinio augimo šansą.

Remiantis mūsų ir kitų autorių [222-223; 225], tyrimo rezultatais, galima daryti išvadą, kad kūdikių ir mažų vaikų mitybos rodikliai yra teigiamai susiję su antropometriniais rodikliais, nusakančiais jų fizinės sveikatos būklę. Vis labiau pripažįstama, kad netinkamas papildomas maitinimas turi neigiamos įtakos vaiko fiziniam augimui. Tinkama maisto įvairovė turi potencialą pagerinti augimo tendencijas [226].

6. IŠVADOS

1. Nustatyti natūralaus maitinimo rodikliai: gimus naujagimiui, per pirmą valandą žindyti pradėjo daugiau nei du trečdaliai (72,2 proc.) apklaustų motinų; išimtinai iki 6 mėn. kūdikius žindė 48,2 proc. respondenčių; trečdalis tiriamųjų žindė savo vaiką iki vienerių metų, o 7,0 proc. – iki dviejų metų amžiaus, vidutinė žindymo trukmė siekė beveik 8 mėn.
2. Papildomo maitinimo rodikliai buvo labai geri: beveik visos motinos pradėjo papildomą maitinimą ne anksčiau 17 savaičių; tinkama maisto įvairovė buvo užtikrinta 94,0 proc. vaikų; teisingas valgymų per dieną dažnis sudarė 95,7 proc. žindomų ir 82,7 proc. – nežindomų 6–23 mėn. vaikų; tinkamas maitinimo režimas taikytas 83,6 proc. 6-23 mėn. vaikų.
3. Natūralaus ir papildomo maitinimo rodikliams turėjo įtakos kai kurie tiriamųjų sveikatos ir sociodemografiniai veiksniai. Vėlyvą naujagimio pridėjimą prie krūties pagimdžius lėmė motinos sveikatos sutrikimai per nėštumą, Cezario operacija ir naujagimio neišnešiotumas; dažnesnį išimtinį žindymą iki 6 mėn., žindymą iki vienerių ar dviejų metų lėmė vyresnis motinų amžius, aukštesnis išsilavinimas, gyvenimas susituokus; papildomo maitinimo pradžią lėmė patirtis auginant du ir daugiau vaikų; maisto įvairovei teigiamą poveikį turėjo vaikų amžius (12 ir daugiau mėn.) ir geresnės šeimos pajamos, o tokie veiksniai kaip vyresnis motinų amžius, aukštesnis išsilavinimas ir vaikų amžius (9 ir daugiau mėn.) lėmė teisingą vaikui maitinimo režimą.
4. Mažiausiai informacijos vaikų maitinimo klausimais iš sveikatos priežiūros personalo motinos sulaukė namuose, grįžusios po gimdymo. Daugiau nei pusė respondenčių žinių gavo per nėštumą ir gimdymo skyriuje, o namuose – tik 34,9 proc. Tiriamųjų švietimas ir mokymas vaikų maitinimo klausimais bei gyvenimas susituokus turėjo teigiamos įtakos ilgesnei žindymo trukmei, papildomo maitinimo pradžiai, didesnei maisto įvairovei bei teisingam vaiko maitinimo režimui.
5. 6 mėn., 12 mėn. ir 18 mėn. gyvenimo laikotarpiais daugiau nei pusė tirtų vaikų buvo vidutinio ūgio ir turėjo vidutinę kūno masę (25–75 ‰). Svarbiausi veiksniai, turėję įtakos darniam vaikų fiziniam augimui iki 18 mėn., buvo naujagimio išnešiotumas ir išimtinis žindymas iki 6 mėn. Nustatyta, kad ilgesnė žindymo trukmė buvo susijusi su mažesniu vaikų sergamumu kvėpavimo takų ligomis per pirmuosius ir antruosius gyvenimo metus.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Rekomenduojame toliau stebėti žindymo dinamiką, siekiant nustatyti išimtinio žindymo, žindymo iki vienerių metų didėjimo tendencijas kaip vieną iš profilaktikos veiksnių, lemiančių mažesnę vaikų sergamumą per pirmuosius dvejus gyvenimo metus.
2. Nustatyti natūralaus ir papildomo maitinimo rodiklius lemiantys veiksniai parodė, kad ir toliau išlieka būtinybė įvairiomis iniciatyvomis skatinti ilgesnį motinų žindymą, mokyti papildomo maitinimo pradžios principų bei sveikatos priežiūros įstaigose sudaryti optimalias sąlygas kūdikių žindymui, skatinti žinių sklaidą apie vaikų maitinimą.
3. Organizuojant motinų skatinimą žindyti ir mokymą vaikų maitinimo klausimais, reikia atkreipti dėmesį į tokius veiksnius, kaip amžius, išsilavinimas, patirtis auginant du ir daugiau vaikų, santuokos būklė, šeimos finansinė būklė, gimdymo būdas, vaiko išnešiotumas.
4. Manome, kad PSO klausimynas apie kūdikių ir antrų metų vaikų mitybą gali būti naudojamas visuomenės ir sveikatos priežiūros specialistų praktikoje vertinant kūdikių ir antrų metų vaikų mitybą. Gavus informaciją, bus galima stebėti, vertinti natūralaus ir papildomo maitinimo rodiklius, kuriuos išanalizavus, bus galima nustatyti neadekvačiai maitinamų vaikų grupes.

8. LITERATŪRA

1. Markūnienė E. Kūdikių žindymas: ES Phare projektas. Parama sveikatos reformai ir pirminės sveikatos priežiūros plėtrai / Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija; Vilnius: Charibdė, 2000. -30 p.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Prieiga internete: <http://www.who.dk/> [žr. 2012-08-21].
3. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a VPP for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004.
4. Global strategy on infant and young child feeding. 55 th World Health Assembly. Geneva: World health Organization, 2002.
5. Celebrating World breastfeeding Week 2013. Breastfeeding support: close to mothers, 1 to 7 August. WHO. Prieiga internete: <http://www.pradzia.org/sites/pradzia.org/files/WHO%20Statement%20World%20Breastfeeding%20Week%202013.pdf> [žr. 2013-08-30].
6. World health statistics 2009. Prieiga internete: <http://www.who.int/whosis/> [žr. 2012-09-14].
7. Nutrition in the First 1,000 Days. Breastfeeding Policy Scorecard. State of the World's Mothers; 2012:42-43.
8. Kramer MS, Guo T, Platt R.W, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, Shapiro S, Chalmers B, Hodnett E, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Bogdanovich N. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. American Journal of Clinical Nutrition. 2003; 78(2):291-295.
9. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Beck Fein S. A Longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. Pediatrics, 1997; 99(6). Prieigą internetą: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e5> [žr. 2013-06-30].
10. Kudzytė J. Kūdikių sveikatos ir vystymosi ypatumų ryšys su motinos sveikata ir jų žiniomis apie sveiką gyvenimą. Daktaro disertacija. Kaunas, 1993.
11. Levinienė G. Natūralaus maitinimo skatinimo programa ir jos efektyvumo įvertinimas. Daktaro disertacija. Vilnius, 1991.

12. Vingras A, Markūnienė E, Vingraitė J. ir kt. Kūdikių ir mažų vaikų žindymas: metodiniai nurodymai sveikatos priežiūros specialistams. Respublikinis mitybos centras, Vilnius, 2005. -39 p.
13. Markūnienė E. Medicininiai, psichologiniai ir socialiniai kūdikių žindymo veiksniai. Daktaro disertacija. Kauno medicinos universitetas, 2003.
14. Bartkevičiūtė R, Barzda A, Stukas R, Vingras A, Abaravičius A. Kūdikių išimtinio žindymo trukmės ir ją įtakančių veiksnių tyrimas. Visuomenės sveikata. 2007; 1:21–25, ISSN 1392-2696.
15. Stundžienė R, Vingras A, Drazdienė N. Žindymui atsiliepiantys veiksniai. Medicinos teorija ir praktika, 2005; 2(42).
16. Jusienė R, Breidokienė R, Markūnienė E, Širvinskienė G, Žemaitienė N. Išnešiotų trijų-keturių mėnesių kūdikių žindymą po gimimo prognozuojantys veiksniai. International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach (Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichosocialinis požiūris). 2011; 8:41-66.
17. Jusienė R, Breidokienė R, Čekuolienė D, Markūnienė E, Širvinskienė G, Zamalijeva O, Žemaitienė N. Žindymo reikšmė vaikų iki vienerių metų amžiaus sveikatai. Visuomenės sveikata. 2011; 1(52):116-125.
18. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices - Part II Measurement. Geneva: 2010 WHO.
19. Tutkuvienė J. Vaikų augimo ir brendimo vertinimas. - Vilnius, 1995.
20. Kūdikių ir vaikų iki 3 metų amžiaus mitybos gerinimo programa: Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1994 11 09 nutarimas Nr.1108. Valstybės žinios 1994; Nr. 88-1692.
21. Gudavičienė I, Bartkevičiūtė R, Baniene A, Švelnienė D. Gyventojų sveikatos gerinimas ir maisto saugos užtikrinimas. Įgyvendinant maisto ir mitybos strategijos priemones. Nacionalinis sveikatos tarybos metinis pranešimas 2011. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados, 2011, Vilnius.
22. EURODIET Core Report. Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe: Science & Policy Implications. 2000.
23. The International Baby Food Action Network. Prieiga internete: <http://www.ibfan.org/> [žr. 2012-08-21].

24. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001 (WHO/NHD/01.09) Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
25. International code of marketing of breast – milk substitutes. Geneva: World Health Organization, 1981.
26. IBFAN Kūdikių sveikatos apsauga. Tarptautinis motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodeksas. Vadovas sveikatos priežiūros darbuotojams. – Kaunas, 2000. -63 p.
27. Tarptautinis motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodeksas ir jo įdiegimo Lietuvoje tyrimas. Kaunas, 2001.
28. Dėl sveikatos priežiūros įstaigose taikomų tarptautinių motinos pieno pakaitalų rinkodaros kodekso reikalavimų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugpjūčio 27 d. įsakymu Nr. V-612. Valstybės žinios 2004; Nr. 135-4904.
29. Dėl Informacijos apie motinos pieno pakaitalus ir dirbtiniam maitinimui skirtus gaminius teikimo reikalavimų patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-716. Valstybės žinios 2013; Nr. 82-4094.
30. JT vaikų teisės. Prieiga internete: http://www.gelbvaik.lt/lt/ch_rights/jt_conv_short, [žr. 2012-08-21].
31. 24-asis vaiko teisių konvencijos straipsnis. Prieiga internete: http://www.hrmi.lt/downloads/structure/vaiko_teisiu_konvencija.pdf., [žr. 2012-08-21].
32. WHO/UNICEF. The Inocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Geneva: WHO/UNICEF, 1990.
33. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1998 (document WHO/CDH/98.9).
34. Markūnienė E, Nedzelskienė I. Veiksniai turintys įtakos žindymo trukmei, Už gyvybę, 2003, Nr. 4.
35. LR Reklamos įstatymas. Žin., 2000, Nr. 64 – 1937.
36. Dėl Lietuvos Respublikos SAM 2001 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. 666 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 107:2001 „Specialiosios paskirties maisto produktai patvirtinimo pakeitimo“ LR SAM įsakymas 2012 m. birželio 29 d. Nr. V-660, Žin., 2012, Nr. 80 – 4200.

37. Kadziauskienė K, Bartkevičiūtė R, Vingras A. ir kt. Kūdikių mitybos būklė Lietuvoje 1995 – 1996 m., Higiena ir epidemiologija, Vilnius, 1997, Nr. 4(60), p.11-18.
38. Kadziauskienė K, Bartkevičiūtė R, Vingras A. Kūdikių natūralaus maitinimo būklė Lietuvoje, 1999 04 23 konferencijos „Sveiko ir sergančio kūdikio maitinimas“ medžiaga, Vilnius, 1999, p 5.
39. Naujagimiams palankių ligoninių tinklas. Prieiga internete: <http://www.unicef.org.uk/babyfriendly/> [žr. 2012-08-21].
40. World Health Organization, Regional Office for Europe. The first action plan for food and nutrition policy: WHO European region 2000 – 2005. Copenhagen, 2001.
41. Lietuvos sveikatos programa: 1997 – 2010. Žin., 1998, Nr. 64 – 1842.
42. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys“ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas 2011 m. birželio 7 d. Nr.XI-1430.
43. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl Valstybinės maisto ir mitybos strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2003-2010 metų plano patvirtinimo“, 2003 m. spalio 23 d., Nr.1325 (Žin., 2003, Nr.101-4556).
44. Nacionalinio kūdikių žindymo skatinimo iniciatyvų įgyvendinimo komiteto darbo reglamentas. Prieiga internete: http://www.ilca.org/files/resources/international_regional_documents/Blueprint%20Lithuania-nian.pdf. [žr. 2012-08-21].
45. Всемирная организация здравоохранения, 2009. Мировая статистика здравоохранения, 2009г. Prieiga internete: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS09_Full.pdf [žr. 2012-08-21]ю
46. Vitkauskas K. Medicinos įtaka žindymo trukmei Lietuvoje. Medicinos teorija ir praktika. 2007; 13(4): 454-460.
47. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Prieiga internete: http://www.hi.lt/content/sveik_stat_skyrius.html [žr. 2012-08-21].
48. European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe Updated: July 2012. Prieiga internete: <http://data.euro.who.int/hfad/>, [žr. 2012-08-21].
49. Breastfeeding report card. United States. Centers for disease control and prevention, August, 2012.

50. Rekomendacijos dėl 2011-2020 metų Lietuvos sveikatos programos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo. Prieiga internete: <http://www.sveikatosprojektai.org/node/41>, [žr. 2012-08-21].
51. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002.
52. American Academy of pediatrics Section on Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 2005; 115: 496–506.
53. International Lactation Consultant Association. Evidence-based clinical practice guidelines for breastfeeding management during the first fourteen days. ILCA, USA, 1999.
54. Association of women's health obstetric and neonatal nurses. Evidence – based clinical practice guideline. Breastfeeding support: prenatal care through the first year. AWHONN, Washington DC, 2000.
55. Hernandez A.M, Aguayo M.J. Breastfeeding. How to promote and support breastfeeding in pediatric practice. Recommendations of the Breastfeeding Committee. *An. Pediatr (Barc)* 2005; 63: 340–56.
56. Vitkauskas K. Kūdikio žindymas: Nepakeičiamas kaip motinos meilė, 2008, 308 p.
57. Sadauskaite-Kuehne V, et al. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes Metab Res Rev* 2004.
58. Banajeh SM, Hussein RF. The impact of breastfeeding on serum electrolytes in infants hospitalized with severe dehydrating diarrhoea in Yemen. *Annals of Tropical Paediatrics*. 1999; 19(4):371–376.
59. Vieira GO, Silva LR, de O Vieira T. Child feeding and diarrhea morbidity. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2003; 79(5): 449–454.
60. Dell S, To T. Breastfeeding and asthma in young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002; 155:1261-1265.
61. Jalil F, Karlberg J, Hanson LA, Lindblad BS: Growth disturbance in an Urban area of Lahore, Pakistan related to feeding patterns, infections and age, sex, socio-economic factors and seasons. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1989, 350:44-54.
62. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20.

63. Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001; 323:303-6.
64. Blaymore Bier JA, Oliver T, Ferguson A, Vohr BR. Human milk reduces outpatient upper respiratory symptoms in premature infants during their first year of life. *J Perinatol* 2002; 22:354-9.
65. Bulkow LR, Singleton RJ, Karron RA, Harrison LH. Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection among Alaska native children. *Pediatrics* 2002; 109:210-6.
66. Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child* 2003; 88:224-8.
67. US Department of Health and Human Services: *Healthy People 2010*. Washington, DC: US.
68. Diallo FB, Bell L, Moutquin JM, Garant MP. The effects of exclusive versus non-exclusive breastfeeding on specific infant morbidities in Conakry. *Pan Africa Medical Journal*. 2009;2:2.
69. Coulibaly R, Seguin L, Zunzunegui MV, Gauvin L. Links between maternal breast-feeding duration and Quebec infants' health: a population-based study. Are the effects different for poor children? *Maternal and Child Health Journal*. 2006;10:537-543.
70. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Fromme H, Abou-Dakn M, Koletzko B.V. Breastfeeding duration and exclusivity associated with infants' health and growth: data from a prospective cohort study in Bavaria, Germany. *Acta Paediatrica*. 2009;98:974-980.
71. Mahrshahi S, Oddy WH, Peat JK, Kabir I. Association between infant feeding patterns and diarrhoeal and respiratory illness: A cohort study in Chittagong, Bangladesh. *Int Breastfeed J* 2008; 3:28.
72. Miyake Y, Tanaka K, Sasaki S, Kiyohara C, Ohya Y, Fukushima W, Yokoyama T, Hirota Y. Breastfeeding and atopic eczema in Japanese infants: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2009;20:234-241.
73. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. 2011;(204):1-341.

74. Snijders BE, Thijs C, Dagnelie PC, Stelma FF, Mommers M, Kummeling I, et al. Breast-feeding duration and infant atopic manifestations, by maternal allergic status, in the first 2 years of life (KOALA study). *J Pediatr* 2007;151(4):347-351.
75. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG: Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis Geneva: World Health Organization; 2007.
76. Ribas-Fitó N, Sala M, Mazon C, Kagevinas M, Sunyer J. Breastfeeding, exposure to organochlorine compounds, and neurodevelopment in infants. *Pediatrics*. 2003;5:e580-e585.
77. Horwood LJ, Fergusson DM. Breastfeeding and later social and academic outcomes. *Pediatrics*. 1998;101(1):1-7.
78. Else-Quest NM, Hyde JS, Clark R. Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merril Palmer Quarterly*. 2003;49(4):495-517.
79. Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission fro pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study, *british medical Journal*, 1999; 318: 316-1320.
80. Nathavitan KA, Catty D, McNeish AS. IgA antibodies in human milk: epidemiological markers of previous infections? *Arch Dis Child* 1994;71:192-7.
81. Butte NF. The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 2001; 48:189-198.
82. Oweis A, Tayem A, Froelicher ES. Breastfeeding practices among Jordanian women. *International Journal of Nursing Practices*. 2009; 15:32–40.
83. Gillman MW. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001; 285(19):2461-7.
84. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity- a systematic review. *Int J Obes* 2004, 28(10):1247-1256.
85. Jane A Scott, SuYNg and Lynne Cobiac. The relationship between breastfeeding and weight status in a national sample of Australian children and adolescents. *BMC Public Health* 2012, 12:107.
86. Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman ShL, Zhou Li, Hu FB, Colditz GA, Gillman MW. Breastfeeding and risk for childhood obesity. Does maternal diabetes or obesity status matter? *Diabetes care* 2006; 29(10): 2231-2237.

87. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162:397–403.
88. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barbert D, Grunert V, von Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *British medical Journal*, 1999; 319:147-150.
89. Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*; 2001;84:F23-7.
90. Bener A, Denic S, Galadari S. Longer breastfeeding and protection against childhood leukemia and lymphoma. *European Journal of Cancer*, 2001; 37:234-8;
91. Marild S. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 2004; 93(2):164-168.
92. Mezzacappa ES, Katkin ES. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*. 2002; 21(2):187–193.
93. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O’Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115(2):496-506.
94. Agunbiade Ojo M. Ogunleye, Opeyemi V. Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. *International Breastfeeding Journal* 2012;7:5.
95. Markūnienė E. *Motinystės menas*. Kaunas, 2000, p 9-11.
96. Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease, *Lancet*, 2002; 360:187-95.
97. Paton LM et al. Pregnancy and lactation have no long-term deleterious effect on measures of bone mineral in healthy women: a twin study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003; 77:707-14.
98. Gallardo M. Breastfeeding difficulties may lead to depression in new moms 2011. Prieiga internete: <http://scopeblog.stanford.edu/>, [žr. 2012-08-21].
99. Newcomb P, Storer B, Longnecker M. Lactation reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:81-7.

100. Labanauskas L, Rokaitė R. Vaikų dietologija : universiteto vadovėlis. Kaunas, 2009.
101. Barria MR, Santander G, Victoriano T. Factors associated with exclusive breastfeeding at 3 months postpartum in Valdivia, Chile. *Journal of Human Lactation*. 2008; 24(4):439–445.
102. Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending support groups. *Journal of Perinatal Medicine*. 2009; 3(2):185–192.
103. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *European Journal of Public Health*. 2007; 17(6):579–584.
104. Kronborg H, Væth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004; 32:210–216.
105. Kuo S, Hsu C, Li C, Lin K, Chen C, Gau M, Chou Y. Community-based epidemiologic study on breastfeeding and associated factors with respect to postpartum periods in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(7):967–975.
106. Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Kruger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only few factors. *European Journal of Public Health*. 2005; 16(2):162–167.
107. Perez-Rios N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: The Puerto Rican experience. *Journal of Human Lactation*. 2008; 24(3):293–302.
108. Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. Breastfeeding practices and associated factors among children under 24 months of age in Timor-Leste. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2007; 61:387–397.
109. Kong Sk, Lee Dt. Factors influencing decision to breastfeed. *Nurs*, 2004; 46 (4), 369-379.
110. Karac Am Z. Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17:341–349.

111. Alvik A, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol consumption, smoking and breastfeeding in the first six months after delivery. *Acta Paediatrica*. 2009; 95:686–693.
112. Stundžienė R, Kalibatiene D, Vingras A. Kūdikių mitybos ypatumai pirmaisiais gyvenimo metais. *Medicinos teorija ir praktika* 2010; 16(4): 379–386, ISSN 1392-1312.
113. Larsen JS, Hall EOC, Aagaard H. Shattered Expectations: When mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008; 22:653–661.
114. Li J, Kendall GE, Henderson S, Downie J, Landsborough L, Oddy WH. Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica*. 2008; 97:221–225.
115. Claibourne I, Dungy Rhona J, McInnes David M. et al. Infant feeding attitudes and knowledge among socioeconomically disadvantaged women in Glasgow. *Matern Child Health J*. 2008; 12:313–322.
116. Lin C, Kuo S, Lin K, Chang T. Evaluating effect of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarian delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17:2838–2845.
117. Foss AK, Southwell GB. Infant feeding and the media: the relationship between Parents' Magazine content and breastfeeding, 1972–2000 *International Breastfeeding Journal* 2006; 1(10):1746-4358.
118. Valerie Gilbert T, Ulep Maridel P Borja. Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: a cross-sectional study *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:69.
119. Taylor J, Cabral H. Are women with unintended Pregnancies are less likely to breastfeed? *J Fam Pract* 2002; 51(5):431–436.
120. Scott J, Binns C, Oddy W, Graham K: Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006; 117:e646–e655.
121. Chinebuah B, Perez-Escamilla R: Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breastfeeding among primiparous in Ghana. *J Nutr* 2001; 131:1247–1249.
122. Kendell-Tackett K. A New paradigm for depression in new mothers: The central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory

- treatments protect maternal health. *International Breastfeeding Journal*, 2007;6(2).
123. Marrow AL, Guerrero ML, Shults J. et al. Efficacy of home based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial, *The lancet*, 1999 m., 353:1226-1231.
 124. Nakao Y, Moji K, Honda S, Oishi K. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: a self-administered questionnaire survey. *International Breastfeeding Journal* 2008; 3:doi:10.1186/1746-4358-3-12.
 125. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002; 29(4):278-84;
 126. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue, 2007; 1:CD001141. DOI: 10.1002/14651858.
 127. Kok Leong Tan. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular Malaysia *International Breastfeeding Journal* 2011; 6:2.
 128. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *International Breastfeeding Journal* 2012; 7:7.
 129. Tylleskär T, Jackson D, Meda N, Ingunn M.S, Chopra M, Hama Diallo A, Doherty T, Ekström EC, Fadnes LT, Goga A, Kankasa C, Klungsøyr J, Lombard C, Nankabirwa V, Nankunda JK, Van de-Perre P, Sanders D, Shanmugam R, Sommerfelt H, Wamani H, Tumwine JK: Exclusive breastfeeding promotion by peer counselors in sub-Saharan Africa: a cluster-randomized trial. *Lancet* 2011; 378:420-427.
 130. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR: Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:1643-1647.
 131. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Infant feeding study group: Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361:1418-1423.

132. Baker EJ, Sanei LC, Franklin N. Early initiation of and exclusive breastfeeding in large-scale community-based programs in Bolivia and Madagascar. *J Health Popul Nutr* 2006; 24(4):530-539.
133. Barros FC, Victora CG. Pacifier associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 2008; 95(4): 497-499.
134. Howard CR, Howard FM, Lanheard B, A de Blicck E, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early Pacifier Use on Breastfeeding Duration. *Pediatrics*, 1999; 103(3).
135. Joanna Briggs Institute. Early childhood pacifier use in relation to breastfeeding, SIDS, infection and dental malocclusion, Best Practice. 2005, 9(3):1-6. Prieiga internete: <http://uk.reuters.com/article/idUKTRE52F51N20090316>. [žiūrēta 2012-03-25]
136. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P: Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000, 106:e67–e70.
137. Pilvinienė R, Mačiulaitis R, Jankūnas R, Milvidaitė I, Markūnienė E. Žindymas ir medikamentai. *Medicina*, 2006; 42(12):1035-1045.
138. Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*. 2007; 96:590–594.
139. Akman I, Kuscu MK, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoglu M, Orhon L, Karabekiroglu A, Ozek E. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2008; 44:369–373.
140. Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic: Is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *International Journal of Nursing*, 2006; 43:11–20.
141. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of moods and cycles. *Journal of Affective Disorders* 2004; 79:167–176.

142. Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J. High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation. *Journal of Woman's Health*. 2009; 18(7):945–953.
143. McCarter-Spaudling D, Horowitz JA. How does postpartum depression affect breastfeeding? *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2007; 32(1):10–17.
144. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005; Issue 2:CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.
145. Turan M, Coskun A, Gökçay G. Effect of feeding exclusively with breast milk in the early postpartum period on length of feeding. *Istanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 2000; 63:286–292.
146. Infant and young child nutrition. Fifty fourth World Health Assembly. Resolution WHA54.2. WHO, Geneva, Switzerland. 2001, 14-22.
147. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union, 2006, EUNUTNET (European Commission funded project [SPC 2003320]).
148. Foote KD, Marriott LD. Weaning of infants. *Archives of Disease in Childhood* 2003; 88: 488–492.
149. Freeman V, Hof M, Haschke F. Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: Euro-growth study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*: 2000; 31: S76–S85.
150. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Fleischer Michaelsen K, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, Goudoever J.V. Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008; 46:99–110.
151. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Rogers I, Steer C. et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*, 2005; 330.
152. Michaelsen F, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO Regional Publication, European series, 2000.

153. Dewey KG. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child PAHO/WHO, Washington DC, 2003.
154. Vingras A, Stukas R. Papildomas kūdikių maitinimas: Kada ir Koks? Medicinos teorija ir praktika, 2008; 3(14):250-259.
155. International Food Policy Research Institute / WHO. Moving forward with complementary feeding: indentifying indicators and research priorities. Washington DC: FCND Discussion Paper 146, 2003.
156. Briefel RR, Reidy K, Karwe V, Denavey B. Feeding infants and toddlers study: Improvements needed in meeting infant feeding recommendations. J Am Diet Assoc. 2004; 104: S-1-S37.
157. Complementary feeding. Summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Report of the global consultation. Geneva, 10-13 December 2001, WHO.
158. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatrics 2001;107: E88.
159. Hancıoğlu A & Alyanak İY. Babies and children mortality. In Turkey Demographic and Health Survey 2003 (Hacettepe Üniversitesi Nüfus etütleri Enstitüsü ed.). Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teskilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Turkey pp. 2004; 109-118.
160. Ong KK, Emmett PM, Noble S, Ness A, Dunger DB. Dietary energy intake at the age of 4 months predicts postnatal weight gain and childhood body mass index. Pediatrics, 2006; 117: e503-e508.
161. Ong KK, Ahmed ML, Emmett PM, Preece MA, Dunger DB. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. BMJ. 2000; 320: 967-971.
162. Stettler N, Bovet P, Shamlaye H et al. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in children from Seychelles, a country in rapid transition; the importance of early growth. Int J Obes Relat Metab Disord. 2002; 26: 214-219.66.
163. Stettler N, Zemel BS, Kumanyika SK, Stallings VA. Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter cohort study. Pediatrics. 2002; 109: 194-19.

164. Dratva J, Merten S, Ackermann-Liebrich U. The timing of complementary feeding of infants in Switzerland: Compliance with the Swiss and the WHO guidelines. *Acta Pædiatrica*, 2006; 95: 818825.
165. Northstone K, Emmett PM, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet*. 2001;14:43–54.;
166. Rogers I, Emmett PM. The effect of maternal smoking status, educational level and age on food and nutrient intakes in preschool children: results from the Avon Longitudinal Study of parents and children. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 854–864. 76.
167. Emmett PM, North, Noble S. Types of drinks consumed by infants at 4 and 8 months of age: a descriptive study. ALSPAC Study Team. *Public Health Nutr*. 2003; 3:211–217.
168. Infant and young child feeding. Programming Guide. United Nations Children's Fund (UNICEF) May 2011. Prieiga internete: http://www.unicef.org/aids/files/hiv_IYCF_programmingguide_2011.pdf. [žiūrēta 2012-03-25].
169. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. PAHO/WHO, 2003. Prieiga internete: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/guiding_principles_complefeeding_breastfed.pdf WHO [žiūrēta 2012-03-25].
170. United Nations Children's Fund. Young child survival and development 2009. Prieiga internete: http://www.unicef.org/childsurvival/index_51095.html [žiūrēta 2013-01-10].
171. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003; 361, 2226–2234.
172. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 2008; 371:243–260.
173. United Nations Children's Fund. Tracking progress on child and maternal nutrition: A survival and development priority 2009a. Prieiga internete: http://www.unicef.org/nutrition/index_51688.html [žiūrēta 2013-01-10].

174. Pelto GH, Levitt E, Thairu L. Improving feeding practices: Current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food and Nutrition Bulletin*. 2003; 24:45–82.
175. World Health Organization and United Nations Children's Fund. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: 2003.
176. World Health Organization, United Nations Children's Fund and partners. *Indicators for assessing infant and young child practices part III Country Profiles*. Geneva: 2010b WHO. Prieiga internete: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599757/en/index.html> [žiūrėta 2011-10-10].
177. Edmond KM et al. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2007; 86:1126–1131.
178. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (3):CD003519.
179. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (1):CD003517.
180. Haider BA, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion strategies and feeding practices. In: Bhutta ZA et al., *What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival*. *Lancet*, 2008, 371:417–440.
181. Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, 24:5–28.
182. Simondon KB. et al. Breast-feeding is associated with improved growth in length but not weight, in rural Senegalese toddlers. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001, 73:959–967
183. Davis MK. Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:125–142.
184. Butte NF. The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:189–198.

185. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48:159–172.
186. Pan American Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. 2008. Prieiga internete: <http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/a85622.pdf> [žiūrėta 2013-01-10].
187. World Health Organization. Guiding Principles for feeding non-breastfed children 6–24 months of age. Geneva: 2005.
188. Saha KK, Frongillo EA, Alam DS, Arifeen SE, Persson LA, Rasmussen KM. Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2008; 87:1852–1859.
189. Dewey K, Adu-Afarwuah S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal and Child Nutrition*, 2008; 4:24–85.
190. Daelmans B, Mangasaryan N, Martines J, Saadeh R, Casanovas C, Arabi M. Strengthening actions to improve feeding of infants and young children 6 to 23 months of age: Summary of a recent World Health Organization and UNICEF technical meeting, Geneva, 6–9 October 2008. *Food and Nutrition Bulletin*, 2009; 30(2):S236–S238.
191. World Health Organization and United Nations Children’s Fund. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part I. Geneva: 2008a WHO. Prieiga internete http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596664/en/index.html [žiūrėta 2012-01-10].
192. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 2-nd ed. John Wiley Sons Inc., N-Y., 2000; 346-347.
193. Arabi M, Mangasaryan N, Frongillo EA, Avula R. Infant and young child feeding in developing countries. *Child Development*, 2012; 83:32–45.
194. *Pediatric bendrojoje praktikoje*. Vaistų žinios. Vilnius, 2004. p. 609-615.
195. Abramson JH. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiologic Perspectives & Innovations* 2011, 8:1.
196. World Health Organization collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on

- infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet*; 2000; 355:451–455.
197. WHO Global data bank on infant and young child feeding (Accessed March 2012);
 198. Ma JQ, Zhou LL, Hu YQ, Liu JR, Liu SS, Zhang J, Sheng XY. A summary index of infant and child feeding practices is associated with child growth in urban Shanghai. *BMC Public Health*, 2012; 12:568.
 199. Guo S, Fu X, Scherpbier RW, Wang Y, Zhou H, Wangb H, Hipgravea DB. Breastfeeding rates in central and western China in 2010: implications for child and population health. *Bull World Health Organ* 2013;91:322–331.
 200. Aryeetey RNO, Goh YE. Duration of exclusive breastfeeding and subsequent child feeding adequacy. *Ghana Medical Journal* 2013; 47:24-29.
 201. Centers for Disease Control and Prevention. Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by state – national immunization survey, United States, 2004-2008, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010; 59(11):327-334.
 202. US. Department of Health and Human Services. The surgeon general’s call to action to support breastfeeding. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General: Washington DC: 2011;
 203. Australian Health Ministers Conference. Australian national breastfeeding strategy 2010-2015. Canberra: 2009; 14-15.
 204. NHS Information Centre. Infant feeding survey 2010: Early Results. June 21, 2011.ic.nhs.uk/pubs/infantfeeding10.
 205. Valerie Gilbert T, Ulep Maridel P Borja. Association between pregnancy intention and optimal breastfeeding practices in the Philippines: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:69 doi:10.1186/1471-2393-12-69.
 206. Thu HN, Eriksson B, Khanh TT, Petzold M, Bondjers G, Thi Kim ChN, Thanh LN, Ascher H. Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. *BMC Public Health* 2012;12:964.
 207. Jennifer H, Douma M. Barriers to breastfeeding in women of lower socioeconomic status. Michigan State University, 2012.

208. Ulak M, Chandyo RK, Mellander L, Shrestha PS, Strand TA. Infant feeding practices in Bhaktapur, Nepal: across-sectional, health facility based survey. *International Breastfeeding Journal* 2012; 7:1.
209. Yesildal N, Aytar G, Kocabay K, Mayda AS, Cetin Dagli S, Bahcebasi T. Breastfeeding practices in Duzce, Turkey. *J Hum Lact.* 2008; 24(4):393-400.
210. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition.* 2008; 99:1127–1132.
211. Rose V. Infant and young child feeding practices among children aged 0-23 months in Tanzania Institution, 2013. Prieiga internete: <http://ogma.newcastle.edu.au/vital/access/manager/Repository/> [žiūrėta 2013-03-11].
212. Sbarbati MM, Mattei A, Scacciafratte P, Marci S, Troiano MG, Battisti E, Patacchiola A, Angelone AM, Baldi G. Survey on the prevalence, duration and exclusivity of breastfeeding in the province of Rieti, Italy. *Medicina Preventiva e di Comunita;* 2013, 25(4):317-327.
213. Romaszko J, Czerwionka-Szaflarska M, Piekus N, Skajewska B, Sielużycka A, Romaszko E, Kwiatkowski A, Gawryjolek J, Bucinski A. An assessment of the duration of breastfeeding in north-eastern Poland. *Central European Journal of Medicine* 2013(8):75-79.
214. NIS Data on breastfeeding rates among children born in 2007 and Healthy People 2020. US Department of Health and Human Services, 2010. *Hawaii J Med Public Health.* 2013 March; 72(3): 81–86.
215. Hure AJ, Powers JR, Chojenta CL, Byles JE, Loxton D. Poor adherence to national and international breastfeeding duration targets in an Australian longitudinal cohort. 2013, *PLoS ONE* 8(1).
216. Rah J H, Akter N, Semba R D, de Pee S, Bloem M W, Campbell A A, Moench-Pfanner R, Sun K, Badham J, Kraemer K. Low dietary diversity is a predictor of child stunting in Bangladesh. *Euro J Clin Nutr* 2010; 64:1393-1398.
217. Steyn NP, Nel JH, Nantel G, Kennedy G, Labadarios D: Food variety and dietary diversity scores in children: are they good indicators of dietary adequacy? *Public Health Nutr* 2006, 9:644–650.

218. Senarath U, Agho KE, Akram DS, Godakandage SSP, Hazir T, Jayawickrama H, Joshi N, Kabir I, Khanam M, Patel A, Pusdekar Y, Roy SK, Siriwarden I, Tiwari K, Dibley MJ. Comparisons of complementary feeding indicators and associated factors in children aged 6–23 months across five South Asian countries. *Maternal and Child Nutrition*. 2012; 8 (1):89–106.
219. Fani L, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E. “Protective Effect of Exclusive Breastfeeding Against Infections During Infancy: A Prospective Study.” *Archives of Disease in Childhood*. 2010; 95(12):1004–1008.
220. Lamberti LM, Fischer Walker CHL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* 2011, 11(3):S15.
221. Sawadogo PS, Martin-Prével Y, Savy M, Kameli Y, Traissac P, Traoré AS, Delpuech F: An infant and child feeding index is associated with the nutritional status of 6- to 23-month-old children in rural Burkina Faso. *J Nutr* 2006; 136:656–663;
222. Moursi MM, Martin-Prével Y, Eymard-Duvernay S, Capon G, Trèche S, Maire B, Delpuech F: Assessment of child feeding practices using a summary index: stability over time and association with child growth in urban Madagascar. *Am J Clin Nutr* 2008; 87:1472–1479.
223. Christina A. Dietary Diversity is Associated with Nutrient Intakes and Nutritional Status of Children in Ghana. *Asian Journal of Medical Sciences* 2011; 2:105-109.
224. Oginska A, Vētra J, Pilmane M. Relations between infant feeding practices and anthropometrical traits in Latvia. *Acta medica Lituanica* 2008; 15(1):61–66.
225. Armond A, Ruel M T. Dietary diversity is associated with child nutritional status. Evidence from 11 Demographic and Health Surveys. *J Nutr* 2004; 134: 2579-85. PMID:15465751.
226. Onyango AW, Elaine Borghi, Onis Mde, Casanovas MdeC, Garza C. Complementary feeding and attained linear growth among 6–23-month-old children. *Public Health Nutrition*, 2013. Prieiga internete: <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980013002401>.

9. PUBLIKACIJOS DISERTACINIO DARBO TEMA

1. Stundžienė R, Kalibatienė D, Vingras A. *Kūdikių mitybos ypatumai pirmaisiais gyvenimo metais*. Medicinos teorija ir praktika. 2010; 16(4):379-386, ISSN 1392-1312.
2. Stundžienė R, Kalibatienė D. „*Kūdikių mityba Lietuvoje ir užsienio šalyse*“. Medicinos teorija ir praktika 2012;19(4):359–367.
3. Stundžienė R, Kalibatienė D, Žagminas K. *Vilniaus miesto 6–23 mėnesių vaikų mitybos būklė, sąsajos su vaikų ir motinų socialiniais, demografiniais ir kitais veiksniais*. 2013 m. rugsėjo mėn. priimta publikacijai „Visuomenės sveikata“

10. MOKSLINIAI PRANEŠIMAI DISERTACINIO DARBO TEMA

1. Stundžienė R. „Kūdikių racionalios mitybos principai“ Respublikinėje mokslinėje praktinėje slaugos specialistų konferencijoje „Slaugos mokslas ir praktika 2010“. Publikuotos mokslinės tezės „Kūdikių racionalios mitybos principai“ konferencijos medžiagoje. 2010 m. balandžio mėn. 30 d., Vilnius.
2. Stundžienė R., Vingras A. „Children nutrition from 2 to 5 years of age“ Tarptautinėje mokslinėje konferencijoje „Nursing science and practice 2011“. Publikuotos mokslinės tezės „Children nutrition from 2 to 5 years of age“ konferencijos medžiagoje. 2011 m. gegužės mėn. 20-21 d., Vilnius.
3. Stundžienė R. „Vaikų maitinimas antraisiais–penktaisiais gyvenimo metais“ Tarptautinėje mokslinėje praktinėje slaugos specialistų konferencijoje „Slaugos mokslas ir praktika 2011“. Publikuotos mokslinės tezės „Vaikų maitinimas antraisiais–penktaisiais gyvenimo metais“ konferencijos medžiagoje. 2011 m. gegužės 20-21 d., Vilnius.
4. Stundžienė R. „The development of healthy eating habits among children at the age of 2 to 5“. Pediatric Nurses Conference of the Baltic States „Pediatric Care Development and Nursing Practice in the Baltic States“. 2011 m. spalio 21 d. Riga, Latvia.
5. Stundžienė R., Kalibatienė D. „Kūdikių ir antrų metų vaikų mitybos būklė Vilniaus mieste Respublikinėje mokslinėje praktinėje slaugos specialistų konferencijoje „Slaugos mokslas ir praktika 2013“. 2013 m. lapkričio 21 d., Vilnius.

11. PRIEDAI

1 PRIEDAS

1. Kūdikių ir mažų vaikų maitinimo (IYCF) klausimynas

Gerbiamos respondentės, ši anketa skirta įvertinti mažų vaikų mitybą pirmaisiais ir antraisiais jų gyvenimo metais. Labai prašome dėmesiai susipažinti ir atsakyti į kiekvieną klausimą. Jums tinkantį atsakymą apibraukite **1** o į esamas tuščias vietas įrašykite Jums reikiamą atsakymą. Šių duomenų konfidencialumą garantuojame. Dėkojame už pastangas, nuoširdžius atsakymus ir sugaištą Jums brangų laiką.

Kiekviena apklausoje dalyvaujanti moteris turi užpildyti atskirą žindymo modulio įdiegimo formą.

Kiekvienam vaikui turi būti užpildyta atskira kūdikio ir mažo vaiko maitinimo modulio forma.

I. DEMOGRAFINIAI DUOMENYS

1. **Motinos vardas:**
2. **Motinos amžius** (pilni metai) |_____| metai |__|__| mėn. |__|__| d.
3. **Kiek auginate vaikų:** vieną1
du2
tris3
keturis4
4. **Nurodykite vaiko(ų) vardą(us), lytį ir amžių:**

Eil. Nr.	Vaiko vardas	Nurodykite vaiko lytį		Nurodykite vaiko amžių
		Berniukas	Mergaitė	
1		1	0	____ metai __ __ mėn.
2		1	0	____ metai __ __ mėn.
3		1	0	____ metai __ __ mėn.
4		1	0	____ metai __ __ mėn.

II. ŽINDYMO MODULIO ĮDIEGIMAS (IBF)

Informacinis lapas

NR.	KLAUSIMAI	KODAVIMO KATEGORIJS	
1	Jūsų gimimo diena	Mėnuo..... Metai.....	
2	Kiek metų Jums sukako per pastarąjį gimtadienį?	Amžius (pilnų metų).....	
3	Ar Jūs kada nors buvote pastojusi?	Taip.....1 Ne.....0	→ Baigti apklausą
4	Ar Jūs kada nors gimdėte? (net jei kūdikis gyveno kelias minutes ar kelias valandas)	Taip.....1 Ne.....0	→ Baigti apklausą

5. Užpildykite lentelę apie kiekvieną gimusį vaiką: prašome įrašyti, kuris vaikas buvo žindomas ir kada pirmą kartą buvo pridėtas prie krūties

Eil. Nr.	Vaiko vardas	Ar Jūs kada nors žindote ?		Jei žindote, tai kada pirmą kartą po gimdymo pradėjote žindyti ?
		Taip	Ne	
1		1	0	Iš karto (nedelsiant).....000 Valandos.....1 __ Dienos.....2 __
2		1	0	Iš karto (nedelsiant).....000 Valandos.....1 __ Dienos.....2 __
3		1	0	Iš karto (nedelsiant).....000 Valandos.....1 __ Dienos.....2 __
4		1	0	Iš karto (nedelsiant).....000 Valandos.....1 __ Dienos.....2 __

Jei teigiate iš karto po gimdymo pradėjusi žindyti savo vaiką, apibraukite 000 (Iš karto (nedelsiant)).

Jei mažiau nei po valandos, apibraukite 1 (valandos).

Jei mažiau nei po 24 val., apibraukite 1 (valandos) ir įrašykite pilnų valandų skaičių nuo 1 iki 23.

Kitu atveju (dienos) apibraukite 2 ir įrašykite pilnų dienų skaičių.

III. KŪDIKIŲ IR MAŽŲ VAIKŲ MAITINIMO MODULIS (IYCF)

Informacinis lapas

Kiekvienam vaikui turi būti užpildytas atskiras kūdikių ir mažų vaikų maitinimo modulio informacinis lapas.

Vaiko (VARDAS), pavardės pirmoji raidė

.....

Vaiko lytis: berniukas – 1 ... mergaitė – 0

NR.	KLAUSIMAI IR FILTRAI	KODAVIMO KATEGORIJS	
1	Kuriais metais ir kurį mėnesį gimė vaikas?	Diena..... Mėnuo..... Metai.....	
2	Kiek metų vaikui sukako per pastarąjį jo / jos gimtadienį?	Mažiau nei 1 m.....0 1 metai.....1 2 ar daugiau metų.....2	
3	Kelių mėnesių amžiaus yra vaikas?	Amžius, nurodant pilnų mėnesių skaičių _ _	
4	Ar vaikas kada nors buvo žindytas krūtimi?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2	→ pereiti prie 5a → pereiti prie 5a
5	Ar vaikas vakar dieną ar naktį buvo žindytas ?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2	→ pereiti prie 6
5a	Jei nežindote, ar vaikas vakar per dieną ar naktį buvo maitinamas motinos pienu vienu iš šių būdų: šaukšteliu, iš puodelio ar buteliuko arba kitos moters pienu?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2	
6	Ar vaikui vakar per dieną ar naktį davėte kokių nors vitaminų?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2	
7	Ar vaikui vakar per dieną ar naktį davėte kokių nors vaistų?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2	

8. Perskaitykite lentelėje pateiktą skysčių sąrašą ir atitinkamai pažymėkite atsakymus „Taip“ - (1) arba „Ne“ - (0) arba „Nežinau“ - (2), (apibraukite tinkamą variantą).

Užpildę skysčių sąrašą atsakykite į 9 klausimą (žr. stulpelį dešinėje) apie punktus (8B, 8C ir / arba 8F), jei atsakėte „Taip“ (kad gėrė pateiktą skystį).

NR.	KLAUSIMAI IR FILTRAI	KODAVIMO KATEGORIJOS			KLAUSIMAI IR KODAVIMO KATEGORIJOS
		TAIP	NE	NEŽINAU	
8	Ar vaikas gėrė sąraše išvardytus skysčius?				9. Kiek kartų vakar dieną ar naktį gėrė B, C ir E skysčius?
A	Grynas vanduo	1	0	2	
B	Kūdikiams skirtas pieno mišinys (pateikti naudojamo pieno mišinio pavadinimą)	1	0	2	B __ __ kartų
C	Pienas (karvės, ožkos)	1	0	2	C __ __ kartų
D	Sultys ar sulčių gėrimas	1	0	2	
E	Namuose spaustos sultys	1	0	2	
F	Geriamasis jogurtas	1	0	2	F __ __ kartų
G	Mineralinis vanduo / limonadai (vandenys, prisotinti angliarūgšte)	1	0	2	
H	Negazuotas mineralinis vanduo / šaltinio vanduo	1	0	2	
I	Arbatžolių arbata	1	2	2	
J	Vaisinė arbata	1	0	2	
	Kiti skysčiai: šiame laukelyje įrašykite kitus skysčius, kurie nebuvo paminėti ankstesniame sąraše:				


10. Prašome apibūdinti viską, ką vaikas valgė vakar per dieną ir naktį, būdamas namuose ar ne namuose. Pabraukite atitinkamo maisto produkto, kurio davėte vaikui vakar, pavadinimą. Atitinkamai pažymėkite atsakymus „Taip“ (1), „Ne“ (0), „Nežinau“ (2) (apibraukite tinkamą variantą).

NR.	KLAUSIMAI IR FILTRAI	KODAVIMO KATEGORIJOS		
		TAIP	NE	NEŽINAU
10				
A	Košė, duona, makaronai ar kitas iš grūdų pagamintas maistas: miežiai, grikiiai, kukurūzai, avižos, ryžiai, rugiai, soros	1	0	2
B	Daržovės, kurių vidus yra geltonas arba oranžinis: moliūgas, morkos, saldžioji paprika	1	0	2
C	Bulvės, kaliaropės, ropės, griežčiai ar kitas iš šaknų pagamintas maistas	1	0	2
D	Bet kokios tamsiai žaliais lapais daržovės: burokėlių lapai, špinatai, brokoliai, lapinės salotos	1	0	2

E	Geltoni ar oranžiniai vaisiai, kuriuose yra daug vitamino A: sunokę mangai, abrikosai, persikai, persimonai, melionai	1	0	2
NR.	KLAUSIMAI IR FILTRAI	KODAVIMO KATEGORIJOS		
10		TAIP	NE	NEŽINAU
F	<i>Bet kokie kiti vaisiai:</i> obuoliai, bananai, greipfrutai, vynuogės, citrinos, svarainis, kriaušės, slyvos, ananasai, kiviai, arbūzai, mandarinai, granatai, spanguolės, juodieji serbentai, gervuogės, šilauogės, agrastai, mėlynės, braškės, avietės. <i>ir daržovės:</i> burokėliai, briuseliniai kopūstai, kopūstai (paprastieji, raudonieji), agurkai, pomidorai, cukinijos, aguročiai, baklažanai, kalmarai, žiediniai kopūstai, svogūnai	1	0	2
G	Galvijų kepenys, inkstai, širdys ar kitų organų mėsa	1	0	2
H	Bet kokia mėsa: veršiena, jautiena, kiauliena, ėriena, triušiena, vištiena, antiena, kalakutiena, žąsiena	1	0	2
I	Virti kiaušiniai: vištų, putpelių	1	0	2
J	Šviežia, šaldyta, džiovinta žuvis, jūrų gėrybės	1	0	2
K	Koks nors iš pupelių, žirnių, lęšių, riešutų ar sėklų pagamintas maistas	1	0	2
L	Sūris, jogurtas ar kiti pieno produktai: varškė, fermentiniai sūriai, grietinė, sūreliai, kefyras, jogurtai	1	0	2
M	Bet koks aliejus, riebalai ar sviestas arba su bet kuriuo iš jų pagamintas maistas	1	0	2
N	Bet koks saldus maistas, pvz., šokoladas, saldainiai, kepiniai, pyragaičiai ar sausainiai	1	0	2
O	Skonio pagardai, pvz., prieskoniai, žolelės	1	0	2

Patikrinkite A–O grupių atsakymus

Je visi atsakymai yra „Ne“ → pereikite prie 11 kl. Jei bent vienas yra „Taip“ arba „Nežinau“ → pereikite prie 12 kl.

11	Ar vaikas vakar per dieną ar naktį valgė kieto, pusiau kieto ar skysto maisto? Je TAIP – pabandykite išsiaiškinti, kokio kieto, pusiau kieto ar skysto maisto valgė?	Taip.....1 <i>Grižkite prie 10 klausimo ir įrašykite valgytą maistą.</i> <i>Tada pereikite prie 12 kl.</i> Ne.....0 Nežinau.....2	 → pereikite į 13 kl. → pereikite į 13 kl.
12	Kiek kartų vaikas vakar per dieną ar naktį valgė kieto, pusiau kieto ar skysto maisto, išskyrus skysčius?	kartų skaičius _ _ Nežinau.....8	
13	Ar vaikas vakar per dieną ar naktį ko nors valgė iš buteliuko su žinduku?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2	

IV. PAPILDOMI KLAUSIMAI APIE GELEŽIMI PAPILDYTĄ MAISTĄ (*angl. iron-fortified foods, IFF*)

NR.	KLAUSIMAI IR FILTRAI	KODAVIMO KATEGORIJS
IFF Q1	Ar vakar vaikas valgė geležimi praturtintų maisto produktų, specialiai skirtų kūdikiams ir mažiems vaikams?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2
IFF Q2	Ar vakar vaikas vartojo kokių nors maisto produktų, į kuriuos Jūs pridėjote geležies?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2
IFF Q3	Ar vakar vaikas vartojo kitų maisto papildų (pvz. žuvų taukų)?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2
IFF Q4	Ar vakar dieną arba naktį vaikas vartojo kūdikiams ir mažiems vaikams skirtų pieno mišinių, papildytų geležimi?	Taip.....1 Ne.....0 Nežinau.....2

Anketos užpildymo data: _____ metai _____ mėnuo _____ diena

2 PRIEDAS

2. Papildomas klausimynas (Tyrėjo klausimynas)

Bendroji dalis – 1

1. Vaiko sveikatos raidos istorijos numeris (arba vardas ir pirma pavardės raidė):

2. Vaiko gimimo metai, mėnuo, diena:

3. Jūsų išsilavinimas

- ₁ žemesnis už vidurinį
₂ vidurinis (įskaitant profesinį)
₃ aukštasis neuniversitetinis (įskaitant aukštesnįjį – technikumai, kolegijos)
₄ aukštasis universitetinis

4. Ar šiuo metu dirbate?

- ₁ taip
₀ ne

5. Jūsų šeiminei sudėtis

- ₁ Gyvenate registruotoje santuokoje
₂ Gyvenate su draugu / partneriu
₃ Gyvenate viena

6. Gyvenate:

- ₁ atskirai nuo savo ar vyro tėvų
₂ kartu su savo ar vyro tėvais

7. Vidutinės šeimos pajamos:

- ₁ iki 1 500 Lt
₂ 1 501–2 500 Lt
₃ 2 501–3 500 Lt
₄ 3 501 ir daugiau Lt

8. Kaip subjektyviai vertinate savo šeimos finansinę situaciją:

- ₁ Geresnė nei daugumos gyventojų
₂ Vidutinė
₃ Prastesnė nei daugumos gyventojų

Duomenys apie nėštumą, gimdymą – 2

9. Paskutinis jūsų nėštumas:

- ₀ pirminis
₁ pakartotinas

10. Ar šis nėštumas buvo:

- ₀ planuotas
₁ neplanuotas

11. Ar buvo sveikatos sutrikimų per nėštumą?

- ₀ ne
₁ taip

12. Ar lankėte nėščiųjų mokyklėlę, kursus?

- ₀ ne
₁ taip

13. Kaip gimė kūdikis?

- ₀ natūraliai be nuskausminamųjų / su nuskausminamaisiais
₁ atlikus Cezario pjūvį

14. Ar gimdymo skyriuje Jūs buvote mokoma, kaip taisyklingai žindyti/maitinti kūdikį krūtimi?

- ₀ ne
₁ taip
₂ nepakankamai

Duomenys apie žindymą ir maitinimą – 3

15. Kaip maitinote išvykdama iš stacionaro?

- ₁ vien tik žindote
₂ žindote ir papildomai primaitinote pieno mišiniu
₃ vien tik pieno mišiniu

16. Koku būdu maitinote kūdikį namuose praėjus 3 mėn. po gimdymo?

- ₁ vien tik žindote
₂ žindote ir maitinate nutrauktu pienu iš buteliuko
₃ visą laiką maitinate nutrauktu pienu iš buteliuko
₄ žindote ir maitinate pieno mišiniu iš buteliuko
₅ visą laiką dirbtinai (pieno mišiniu iš buteliuko)

17. Kiek laiko maitinote vaiką tik savo pienu (žindėte), papildomai nemaitindama pieno mišiniais ir neduodama jokių kitų skysčių (išskyrus vitaminus, mineralus ar vaistus)?

_____ mėn. (įrašykite)
_____ metų (įrašykite)

18. Pirmuosius šešis gyvenimo mėnesius kūdikis buvo žindomas:

- ₀ pagal režimą (kas 3–4 val.)
₁ pagal poreikį (tuomet, kai kūdikis nori, ir tiek laiko, kiek nori)

19. Ar žindydavote naktį (nuo 24 iki 6 val.)?

- ₀ ne
₁ taip

20. Ar tarp žindymų pirmuosius šešis gyvenimo mėnesius duodavote kūdikiui pasaldinto vandens, gliukozės, arbatėlių ar pan.?

- ₀ retai
₁ kasdien
₂ neduodavau

21. Jei per pirmuosius 6 mėn. buvo atsiradęs motinos pieno trūkumas, ką darėte?

(galite pasirinkti daugiau nei vieną Jums tinkamą variantą)

- ₁ davėte (pabraukite): pieno mišinio, parduotuvėje pirktu karvės pieno, ne parduotuvėje pirktu karvės pieno ir kt.
- ₂ daugiau ilsėjotės
- ₃ dažniau žindote
- ₄ konsultavotės su sveikatos priežiūros darbuotojais
- ₅ nieko nedarėte
- ₆ kita (įrašykite)

22. Ar davėte vaikui čiulptuką / žinduką?

- ₀ ne
- ₁ taip

23. Kada nustojote maitinti kūdikį (vaiką) savo pienu?

_____ mėn. (įrašykite)

_____ m. (įrašykite)

24. Dėl kokių priežasčių nustojote maitinti (žindyti) savo pienu? (galite

pasirinkti daugiau nei vieną Jums tinkamą variantą)

- ₁ be jokios priežasties sumažėjo ir dingo pienas
- ₂ dėl nervinių pergyvenimų
- ₃ dėl su žindymu susijusių problemų (mastitas, sutrūkinėję, skausmingi speneliai)
- ₄ dėl kitų mamos ligų (nurodykite ligą:))
- ₅ dėl vaiko ligų (nurodykite ligą:))
- ₆ reikėjo eiti į darbą, paskaitas (darbas, visuomeninė veikla)
- ₇ stengiausi, kad sumažėtų pieno, galvodama, kad pakankamai ilgai maitinu
- ₈ baimė negražiai atrodyti (sugadinti figūrą)
- ₉ atrodė, kad pienas nevisavertis, todėl kūdikis nepakankamai pasisotina
- ₁₀ kita (įrašykite)

25. Ar namuose Jūs buvote mokoma, kaip taisyklingai maitinti kūdikį?

- ₀ ne
- ₁ taip
- ₂ nepakankamai

26. Kada pradėjote duoti kūdikiui pieno mišinių?

₁ mėn. (įrašykite)

₀ nedaviau visai

27. Kada pradėjote duoti kūdikiui karvės pieno?

₁..... mėn. (įrašykite)

₀ nedaviau visai

28. Kada pirmą kartą davėte papildomo tiršto maisto (ne pieno mišinio)?

₀ anksčiau nei 17 sav. (anksčiau nei 4 mėn.)

₁ ne anksčiau nei 17 sav.

29. Pradėdama papildomą maitinimą laikėtės šių principų:

(galite pasirinkti daugiau nei vieną Jums tinkamą variantą)

₁ nutraukėte žindymą

₂ žindymą tęsėte toliau, jis išliko pagrindinis kūdikio maisto šaltinis

₃ pradėjote nuo vienos maisto rūšies (pvz., morkų)

₄ maisto kiekį didinote pamažu (nuo 1–2 arb. š. iki 1 valg. š., kol pasiekėte reikiamą porcijos dydį)

₅ kito maisto produkto duodavote, kai priprasdavote prie ankstesnio

₆ maistą gamindavote namie

₇ duodate pramoniniu būdu pagaminto maisto

₈ davėte šviežią maistą (gamintą tą pačią dieną)

₉ davėte maistą, pagamintą ne tą pačią dieną

₁₀ nesuvalgyto maisto pakartotinai nešildėte ir neduodavote

30. Žinių apie kūdikių ir mažų vaikų maitinimą šaltiniai:

₁ Sveikatos priežiūros specialistų (gydytojo, slaugytojo) patarimai

₂ Žiniasklaida (televizija, internetas, žurnalai, knygos)

₃ Draugių patarimai

₄ Mamų, senelių, kitų artimųjų patarimai

₅ Ankstesnis patyrimas auginant vaikus

₆ Nesidomiu

Anketos užpildymo data: _____ metai _____ mėnuo _____ diena.

Jūsų kontaktiniai duomenys, el. paštas (jei kiltų neaiškumų):

.....

3 PRIEDAS

3. Medicininių duomenų rinkimo forma

(pildo tyrėjas iš Vaiko sveikatos raidos istorijos)

1. Vaiko sveikatos raidos istorijos numeris:

2. Gimusio vaiko svoris: svoris (g) ūgis (cm)

3. Vaikas gimė: ₁ išnešiotas, ₂ neišnešiotas, ₃ pernešiotas

4. 6 mėn. kūdikio: svoris (g) ūgis (cm)

5. Fizinis 6 mėn. kūdikio išsivystymas

Rodiklis (procentilė)	< 3 %	3–10 %	10–25 %	25–75 %	75–90 %	90–97 %	> 97 %
Ūgis	labai žemas	žemas	apyžemis	vidutinis	apyaukštis	aukštas	labai aukštas
Rodiklis (procentilė)	< 3 %	3–10 %	10–25 %	25–75 %	75–90 %	90–97 %	> 97 %
Svoris	labai žemas	žemas	apyžemis	vidutinis	apyaukštis	aukštas	labai aukštas

6. Vienų metų vaiko: svoris (g) ūgis (cm)

7. Fizinis 1 m. vaiko išsivystymas

Rodiklis (procentilė)	< 3 %	3–10 %	10–25 %	25–75 %	75–90 %	90–97 %	> 97 %
Ūgis	labai žemas	žemas	apyžemis	vidutinis	apyaukštis	aukštas	labai aukštas
Rodiklis (procentilė)	< 3 %	3–10 %	10–25 %	25–75 %	75–90 %	90–97 %	> 97 %
Svoris	labai žemas	žemas	apyžemis	vidutinis	apyaukštis	aukštas	labai aukštas

8. 1,5 m. vaiko: svoris (g) ūgis (cm)

9. Fizinis 1,5 m. vaiko išsivystymas

Rodiklis (procentilė)	< 3 %	3–10 %	10–25 %	25–75 %	75–90 %	90–97 %	> 97 %
Ūgis	labai žemas	žemas	apyžemis	vidutinis	apyaukštis	aukštas	labai aukštas
Rodiklis (procentilė)	< 3 %	3–10 %	10–25 %	25–75 %	75–90 %	90–97 %	> 97 %
Svoris	labai žemas	žemas	apyžemis	vidutinis	apyaukštis	aukštas	labai aukštas

10. Kiek kartų sirgo vaikas:

per pirmuosius gyvenimo metus..... per antruosius gyvenimo metus.....

nesirgę

nesirgę

sirgę 1–3 kartus

sirgę 1–3 kartus

sirgę daugiau nei 3 kartus

sirgę daugiau nei 3 kartus

11. Kokiomis ligomis sirgo vaikas per pirmuosius–antruosius gyvenimo metus?

Kokiomis ligomis sirgo vaikas per pirmuosius metus	Kokiomis ligomis sirgo vaikas per antruosius metus
Kvėpavimo ligos <input type="checkbox"/>	Kvėpavimo ligos <input type="checkbox"/>
Virškinamojo trakto ligos <input type="checkbox"/>	Virškinamojo trakto ligos <input type="checkbox"/>
Šlapimo takų ligos <input type="checkbox"/>	Šlapimo takų ligos <input type="checkbox"/>
Alerginės ligos <input type="checkbox"/>	Alerginės ligos <input type="checkbox"/>
Rachitas <input type="checkbox"/>	Rachitas <input type="checkbox"/>
Mažakraujystė <input type="checkbox"/>	Mažakraujystė <input type="checkbox"/>

12. HGB TYRIMAI

Kraujo tyrimo rodikliai	Data	Data	Data	Data	Tyrimas neatliktas
Hgb	Norma <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Norma <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Norma <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Norma <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

Kodas 211950810, M.K.Čiurlionio 21/27, 03101, Vilnius Tel.(85)2398701, 2398700, faks.2398705, El.p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS
M.K.Čiurlionio 21/27, LT-03101, Vilnius Tel.(85) 2686998, el.p.: rbtek@mf.vu.lt

LEIDIMAS ATLIKTI BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ

2011-10-04 Nr.158200-10-408-112

Tyrimo pavadinimas:

Kūdikų ir mažų vaikų mityba pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais

Protokolo Nr.: KMVM-1
Versija: 1
Data: 2011-09-13
Asmens informavimo forma (lietuvių kalba):
Versija: 2
Data: 2011-10-02
Pagrindiniai tyrėjai: D.Kalibatienė (R.Stundžienė)
Biomedicininio tyrimo vieta:
Įstaigos pavadinimas: Viešoji įstaiga Šeškinės poliklinika
Įstaigos adresas: Šeškinės g. 24, Vilnius

Leidimas išduotas Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto posėdžio (protokolas Nr. 158200-2011/10), vykusio 2011 m. spalio 04 d., sprendimu.

Vilniaus regioninio biomedicininių tyrimų etikos komiteto ekspertų grupės nariai			
Nr.	Vardas, pavardė	veiklos sritis	dalyvavo posėdyje
1	doc. Dr.Laimutė Jakavonytė	filosofija	taip
2	doc. Dr. Kęstutis Žagminas	epidemiologija	taip
3	dr. Indrė Isokaitė	teisė	ne
4	dr. Marija Veniūtė	visuomenės sveikata	ne
5	doc.dr. Jolanta Gulbinovič	medicina	ne
6	prof.dr. Vytautė Pečiulienė	medicina, odontologija	taip
7	Laura Malinauskienė	medicina	taip
8	dr. Gražina Pastavkaitė	klinikinė psichologija	ne
9	Ugnė Šakūnienė	pacientų teisės	taip

Pirmininkė

Vytautė Pečiulienė



5 PRIEDAS



2011 03 15

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ
WELTGESUNDHEITSORGANISATION

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ
БЮРО

Head office: 8, Scherfigsvej, DK-2100
Copenhagen Ø, Denmark; Telephone: +45
39 17 17 17; Fax: +45 39 17 18 18
Country office in Lithuania: Didžioji str 22,
LT-01228, Vilnius, Lithuania; Telephone
3705 2126743; Fax: 37052126605, email:
whoitu@euro.who.int; per@euro.who.int

Our reference:
Notre référence:
Unser Zeichen:
См. наш номер:
lithuania
letterhead

Your reference:
Votre référence:
Ihr Zeichen:
На Ваш номер:

No 06/R

Reabilitacijos, sporto medicinos ir slaugos instituto
direktorei prof. Danutei Kalibatienei
Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas
M. K. Čiurlionio g. 21
LT-03101
Vilnius

Gerbiamoji profesore Danute Kalibatiene,

Informuojame, kad Jūsų vadovaujamos įstaigos doktorantei, slaugos magistrei Rasai Stundžienei Pasaulio sveikatos organizacijos biuras Lietuvoje leidžia naudotis PSO parengta medžiaga „*Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part II Measurement*“ ir „*Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part III Country profiles*“ jos moksliniam darbui ir mokslo daktaro disertacijos rengimui.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Su pagarba,

Doc. dr. Robertas Petkevičius
PSO biuro Lietuvoje vadovas
PSO atstovas Lietuvoje



6 PRIEDAS



Universiteto Raštineje
GAUTA
Gauta VU ME 2012 04 23 Nr. 12-04-23
Nr. 150000-6-408 59 - 1875

VALSTYBINĖ DUOMENŲ APSAUGOS INSPEKCIJA

Vilniaus universitetui
Universiteto g. 3, LT-01513 Vilnius
(registruotu laišku ir el. paštu stundziene.rasa@gmail.com)

✓ Prof. D.Kalibatienei
Doktorantei R.Stundzienei

SPRENDIMAS DĖL LEIDIMO VILNIAUS UNIVERSITETUI ATLIKTI ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO VEIKSMUS

2012 m. balandžio 14 d. Nr. 2R-1445 (2.6.1)
Vilnius

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, išnagrinėjusi Vilniaus universiteto 2012 m. kovo 29 d. Pranešimą dėl išankstinės patikros ir Duomenų apsaugos priemonių aprašą (Inspekcijoje gauta 2012-04-03, reg. Nr. 1R-1440) bei patikslintą 2012 m. balandžio 5 d. Pranešimą dėl išankstinės patikros ir Duomenų apsaugos priemonių aprašą (Inspekcijoje gauta 2012-04-10, reg. Nr. 1R-1531) (toliau – patikslintas Pranešimas) dėl asmens duomenų tvarkymo mokslinio medicininio tyrimo („Kūdikių ir mažų vaikų mityba pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais“) tikslu,

n u s t a t ė,

kad patikslintame Pranešime nurodyti asmens duomenų tvarkymo veiksmai atitinka Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme (Žin., 1996, Nr. 63-1497; 2008, Nr. 22-804; 2011, Nr. 65-3046) nustatytus asmens duomenų tvarkymo ir duomenų subjektų teisių įgyvendinimo reikalavimus, bei numatytos tinkamos organizacinės ir techninės duomenų saugumo priemonės.

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 33 straipsniu, Išankstinės patikros atlikimo taisyklių, patvirtintų Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2006 m. vasario 2 d. įsakymu Nr.1T-6 (Žin., 2006, Nr. 18-653; 2009, Nr. 11-447) 11 ir 18.1 punktais,

n u s p r e n d ž i a

Vilniaus universitetui išduoti leidimą atlikti patikslintame Pranešime nurodytų asmens duomenų tvarkymo mokslinio medicininio tyrimo („Kūdikių ir mažų vaikų mityba pirmaisiais ir antraisiais gyvenimo metais“) tikslu, veiksmus.

Direktoriaus pavaduotoja,
pavadojanti direktorių



Rita Vaitkevičienė

A. Krisenel, tel. (8 5) 219 7276, el. p. aurelija.krisenel@ada.lt
G. Bakšys, tel. (8 5) 219 7267, el. p. gediminas.baksys@ada.lt

Biudžetinė įstaiga
A. Juozapavičiaus g. 6/ Slucko g. 2,
LT-09310 Vilnius
Tel. (8 5) 279 1445
Faks. (8 5) 261 9494
El. p. ada@ada.lt

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 188607912