

Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja

Krdžalić, Sabina

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:626051>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-11**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1718/SS/2023

Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja

Sabina Krdžalić, 0336047221

Varaždin, rujan 2023. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1718/SS/2023

Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja

Student

Sabina Krdžalić, 0336047221

Mentor

doc. dr. sc. Ivana Živoder

Varaždin, rujan 2023. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Sestrinstvo

STUDIJ Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

PRISTUPNIK Sabina Krdžalić

MATIČNI BROJ 0336047221

DATUM 17.07.2023.

KOLEGIJ Zdravstvena njega majke i novorođenčeta

NASLOV RADA Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU The most common problems and difficulties with breastfeeding

MENTOR dr.sc. Ivana Živoder

ZVANJE docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Vesna Sertić, v.pred., predsjednik
2. doc.dr.sc. Ivana Živoder, mentor
3. Mirjana Kolarek Karakaš, pred., član
4. Mateja Križaj Grabant, pred., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1718/SS/2023

OPIS

Dojenje je prirodan proces hranjenja novorođenčeta koji započinje odmah po rođenju. Prvim kontaktom majke i djeteta stvara se snažna povezanost koja je ključna za daljnji napredak djeteta i uspješno dojenje. Takav kontakt i samo dojenje djeteta bi se trebalo uspostaviti već u prvih sat vremena djetetova života. Konzumacijom majčina mlijeka dijete u potpunosti dobiva sve potrebne hranjive, ali i protektivne tvari koje su mu potrebne za pravilan razvoj. Također postoje brojni dokazani pozitivni učinci dojenja kako na dijete tako i na majku. Kako bi se uspostavilo pravilno dojenje ključna je uloga medicinske sestre/tehničara, koji pružaju psihičku i fizičku pomoć i podršku te daju savjete i educiraju dojilju o dojenju. Ipak, uz sve mjere uspostave i promicanja pravilnog dojenja, nerijetko dolazi do mnogih problema i poteškoća kod dojenja. Upravo ti problemi su često razlog zbog kojeg se prerano prekida jedini prirodni način hranjenja djeteta - dojenje. Cilj istraživanja je ispitati učestalost pojave problema i poteškoća dojenja i njihov utjecaj na ishode dojenja.

ZADATAK URUČEN

17.07.2023.



Handwritten signature

Predgovor

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima stručnog studija sestrinstva na ukazanom strpljenju, trudu i prenesenom znanju. Posebna zahvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Ivani Živoder što me uzela pod svoje mentorstvo, te na svoj pruženoj pomoći i odličnoj suradnji prilikom izrade ovog završnog rada.

Hvala svim prijateljima i kolegama koji su me pratili i bili uz mene tijekom studiranja, a posebno kolegi Matiji.

Također hvala mojoj obitelji na stalnom poticaju kroz cijelo moje školovanje. Vaša ljubav i podrška znače više nego što ćete ikada znati.

Sažetak

Dojenje je hranjenje novorođenčeta majčinim mlijekom. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje isključivo dojenje minimalno 6 mjeseci. Globalna stopa isključivog dojenja je nažalost niska, a iznosi 33%. Ipak, majčino mlijeko je idealna hrana za dojenčad, a biokemijski sastav je u potpunosti prilagođen djetetu. Mnogi su dokazani pozitivni učinci dojenja na dijete i na majku, a pokrivaju biološke, emocionalne i socijalne aspekte. Da bi se postiglo optimalno dojenje od iznimne je važnosti da majka i dijete savladaju pravilan položaj na dojci. Iako su refleksi sisanja i gutanja prirođeni, dojenje je nova vještina i za majku i za novorođenče koja se mora naučiti. Uz dobru edukaciju, savjete i potporu, taj proces je uvelike lakši. Tu dolazi uloga profesionalaca, odnosno medicinskih sestara/tehničara koji su prvi koji ostvaruju kontakt s budućim majkama. U ustanovama u Republici Hrvatskoj, koja sva imaju naziv Rodilišta – prijatelj djece, se tako potiče pridržavanje deset koraka za uspješno dojenje kako bi se majkama osigurala pomoć i podrška na početku dojenja kao i uspješan nastavak dojenja nakon izlaska iz rodilišta. Usprkos svim nastojanjima da podoj bude uredan, nerijetko se ipak javljaju mnogi problemi i poteškoće. Ti problemi između ostalog uključuju bolne bradavice, ispucale bradavice (ragade), uvučene i plosnate bradavice, tvrde prenapunjene dojke, zastoju dojkama, nedostatak mlijeka, začepljene mliječne kanaliće, gljivičnu infekciju dojke i mastitis. Istraživanje provedeno na temu ovog rada za cilj je imalo je ispitati iskustvo dojenja kod majki, učestalost pojave problema i poteškoća dojenja i u konačnici njihov utjecaj na ishode dojenja. Ključni rezultati nam pokazuju da 61 žena (41,5%) namjerava dojiti više od 6 mjeseci, a poteškoće kod dojenja, bile one velike ili male, se javljaju kod 131 žene (89,1%). Od tih poteškoća žene najčešće navode probleme s bolnim bradavicama, kod njih 116 (78,9%) i probleme s tvrdim prepunjenim dojkama, kod 116 žena (78,9%). Posljedice su toga najčešće umor i iscrpljenost koje navodi 57 žena, negativan utjecaj na mentalno stanje kojeg navodi 47 žena i sporiji napredak na težini i konstantna glad i plač djeteta kojeg navodi 41 žena. Prestanak dojenja kao posljedicu problema i poteškoća navode 32 žene (21,8%), te je to najčešće u dobi djeteta ispod 6 mjeseci starosti.

Ključne riječi: dojenje, isključivo dojenje, problemi i poteškoće

Summary

Breastfeeding is feeding a newborn with milk from the mother's breasts. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for a minimum of 6 months. The global rate of exclusive breastfeeding is unfortunately low, at 33%. Nevertheless, mother's milk is the ideal food for infants, and its biochemical composition is completely adapted to the child. There are many proven positive effects of breastfeeding on the child and the mother, covering biological, emotional and social aspects. In order to achieve optimal breastfeeding, it is extremely important that the mother and the child master the correct position on the breast. Although sucking and swallowing reflexes are innate, breastfeeding is a new skill for both the mother and the newborn and it must be learned. With good education, advice and support, that process is much easier. This is where the role of professionals comes in, i.e. nurses/technicians who are the first to make contact with expectant mothers. In the institutions in the Republic of Croatia, which all function under the Baby-friendly hospital initiative, adherence to the ten steps for successful breastfeeding is thus encouraged in order to provide mothers with help and support at the beginning of breastfeeding as well as successful continuation of breastfeeding after leaving the maternity ward. Despite all efforts to make the breastfeeding a smooth process, many problems and difficulties often arise. These problems include, among others, sore nipples, cracked nipples, indented and flat nipples, hard engorged breasts, lack of milk, blocked milk ducts, yeast infection of the breast and mastitis. The research conducted on the topic of this paper aimed to examine the breastfeeding experience of mothers, the frequency of occurrence of breastfeeding problems and difficulties, and ultimately their impact on breastfeeding outcomes. The key results show us that 61 women (41.5%) intend to breastfeed for more than 6 months, and 131 women (89.1%) have difficulties with breastfeeding, whether big or small. Of these difficulties, women most often mention problems with painful nipples, in the case of 116 women (78.9%) and problems with hard, full breasts, in the case of 116 women (78.9%). The most common consequences of this are fatigue and exhaustion, cited by 57 women, a negative impact on the mental state, cited by 47 women, and slower weight gain and constant hunger and crying of the child, cited by 41 women. Cessation of breastfeeding as a result of problems and difficulties is cited by 32 women (21.8%), and this happens most commonly when the child is under 6 months old.

Keywords: breastfeeding, exclusive breastfeeding, problems and difficulties

Popis korištenih kratica

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

UNICEF United Nations Children's Fund – Fond Ujedinjenih naroda za djecu

IQ Intelligence quotient – kvocijent inteligencije

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
1.1.	Prednosti mlijeka i dojenja	1
1.2.	Pozitivni učinci na dijete	2
1.3.	Pozitivni učinci na majku	2
1.4.	Položaji i načini dojenja	3
1.5.	Uloga medicinske sestre/tehničara	4
2.	Problemi i poteškoće kod dojenja	6
2.1.	Bolne bradavice.....	7
2.2.	Ispucale bradavice (ragade)	8
2.3.	Uvučene i plosnate bradavice	10
2.4.	Tvrde prenapunjene dojke i zastojna dojka.....	11
2.5.	Nedostatak mlijeka i začepljeni mliječni kanalići	12
2.6.	Gljivična infekcija dojke.....	13
2.7.	Mastitis	14
3.	Istraživanje.....	17
3.1.	Cilj.....	17
3.2.	Metode.....	17
3.3.	Sudionici.....	17
3.4.	Rezultati.....	19
3.5.	Rasprava.....	31
3.6.	Zaključak istraživanja	36
4.	Zaključak.....	38
5.	Literatura	40
6.	Popis grafova i tablica.....	46
7.	Prilozi.....	47

1. Uvod

Dojenje je prirodan proces hranjenja novorođenčeta majčinim mlijekom. To je najučinkovitiji način osiguranja zdravlja i preživljavanja djeteta, te ga Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje kao standard idealne prehrane novorođenčadi i dojenčadi. Prema preporuci SZO-a i United Nations Children's Fund; UNICEF-a to podrazumijeva stavljanje djeteta na prsa i početak dojenja već unutar prvog sata od djetetova rođenja, s nastavkom isključivog dojenja minimalno 6 mjeseci – što znači da se djetetu ne daje nikakva druga hrana ili tekućina, uključujući vodu. Dojenje se može nastaviti i nakon 6 mjeseci uz uvođenje odgovarajuće dohrane ostalim namirnicama do druge godine starosti ili duže. Međutim, suprotno preporukama SZO-a, manje od polovice dojenčadi mlađe od 6 mjeseci je isključivo dojeno. Te brojke iznose samo 44% za novorođenčad dojenu unutar prvog sata nakon rođenja, a kasnije samo 40% za svu novorođenčad dojenu prema preporuci isključivo 6 mjeseci [1, 2]. Globalna stopa isključivog dojenja je također niska, a iznosi 33% [3]. U ovom radu će se sagledati dojenje kao proces, njegovi aspekti i učinak na dojilju i dijete, kao i načini dojenja. Dotaknut će se i uloga medicinskog osoblja kod pristupa procesu dojenje i cjelokupnom razdoblju istog. Fokus je ovog rada stavljen na pojavnost problema i poteškoća kod dojenja te ishode i posljedice koje ti problemi i poteškoće sa sobom donose, te kako to u krajnosti utječe na uspostavu i nastavak isključivog dojenja.

1.1. Prednosti mlijeka i dojenja

Majčino mlijeko je idealna hrana za dojenčad. Sigurno je, čisto i sadrži antitijela koja pomažu u zaštiti od mnogih uobičajenih infektivnih i neinfektivnih dječjih bolesti. Prema sastavu majčino mlijeko se sastoji se od vode i u njoj otopljenih hranjivih tvari. Oko 40% djetetove potrebe za energijom osigurava laktoza koja je glavni ugljikohidrat u majčinom mlijeku. Za preko 50% energije su zaslužne i masti u majčinom mlijeku koje zadovoljavaju i ujedno najveći i najvažniji postotak izvora energije. Biokemijski sastav je u potpunosti prilagođen razvojnoj dobi djeteta i hranjivim tvarima se prilagođava nutritivnim potrebama djeteta, kako u prvim mjesecima života, tako i nadalje [2, 4]. No majčino mlijeko, a tako i samo dojenje, ne pokrivaju samo nutritivnu komponentu u djetetovom razvoju. Od prvog kontakta „koža na kožu“ po porodu i ostvarivanja procesa dojenja, između majke i djeteta se stvara posebna snažna psihofizička veza. Uz osjećaj bliskosti, sigurnosti i topline i majka i dijete stvaraju privrženost i emocionalnu povezanost koja

ima mnoge dobrobiti za obje strane. Dijete već tada razvija pozitivne emocionalne doživljaje ključne za daljnji rast i razvoj [5].

Dobrobiti se očituju i u budućnosti u vidu smanjenja oboljenja od nekih kroničnih bolesti poput dijabetesa melitusa, kardiovaskularnih bolesti, alergijskih bolesti, atopijskog dermatitisa, gastroenteritisa i upalnih bolesti crijeva, pa čak i malignih bolesti. Prema nekim istraživanjima djeca kasnije imaju veći kvocijent inteligencije i brže savladavaju razvojne ciljeve [6].

1.2. Pozitivni učinci na dijete

Mnogi su dokazani pozitivni učinci dojenja na dijete. Osim što doprinosi optimalnom psihomotornom, emocionalnom i društvenom rastu i razvoju, također smanjuje i mortalitet novorođenčadi, a pogotovo jer smanjuje rizik od sindroma iznenadne dojenačke smrti. Doprinosi povezanost majke i djeteta uz zadovoljavanje djetetove potrebe za sigurnosti, prehranom i bliskosti. Kao što je već navedeno, djeluje kao „prvo cijepljenje“ i štiti od infekcija i bolesti. Doprinosi manjoj pojavnosti alergijskih bolesti i astme. Štiti od upala gastrointestinalnog, mokraćnog i dišnog sustava, kao i upale srednjeg uha. Također štiti i od pojave kroničnih upalnih bolesti crijeva poput ulceroznog kolitisa i Chronove bolesti, kao i od pojave celijakije. Osigurava adekvatnu probavu i metabolizam što dovodi do manje sklonosti prekomjernoj tjelesnoj težini djeteta. Umanjuje rizik od pojave dijabetesa melitusa ovisnog o inzulinu. Pozitivno djeluje na pravilan razvoj čeljusti i zubi kod djece kao i na manji nastanak karijesa. Kod djece umanjuje rizik pojave malignih bolesti, leukemije i limfoma. Pospješuje kognitivni razvoj i dokazano djeluje na veći IQ [6, 7, 8].

1.3. Pozitivni učinci na majku

Dojenje ima i mnoge pozitivne učinke na majku. Majka se emocionalno povezuje s djetetom a samim činom dojenja se pospješuje laktacija. Zbog samog uspješnog dojenja bolje je mentalno zdravlje i psihičko blagostanje majke. Kod žena koje doje nakon poroda se maternica prije smanjuje i vraća u prirodni položaj. Gubi se manje krvi što doprinosi manjoj učestalosti slabokrvnosti odnosno anemije. Manji je rizik od pojave dijabetesa melitusa, kardiovaskularnih bolesti i povišenja krvnog tlaka. Smanjuje se rizik od osteoporoze i reumatoidnog artritisa. Manja je pojavnost karcinoma dojke i jajnika. Uz to dojenje i ubrzava gubitak i vraćanje poželjne tjelesne

težine nakon poroda. Zbog laktacijske amenoreje je i manja mogućnost nove trudnoće za vrijeme dojenja, iako to nije najpouzdaniji način kontracepcije [6, 7, 8].

1.4. Položaji i načini dojenja

Da bi se postiglo optimalno dojenje od iznimne je važnosti da majka i dijete savladaju pravilan položaj na dojci. Iako su refleksi sisanja i gutanja prirodni, dojenje je nova vještina i za majku i za novorođenče koja se mora naučiti. To može biti vrlo izazovno, posebno u počecima dojenja, te zahtijeva mnogo strpljenja i truda. Upravo zbog toga je važna edukacija, koja započinje već prenatalno, a nastavlja se za vrijeme boravka u rodilištu gdje stručno osoblje potpomaže uspostavu dojenja po rođenju djeteta. Bitno je da uspostava dojenja bude što ranija i što kvalitetnija jer se već samim pravilnim prihvatom djeteta na dojci rješavaju mnogi problemi kod dojenja, što povećava zadovoljstvo i majke i djeteta [9].

Kod potpore dojenja je važan neurobihevioralni pristup biološke skrbi koji potiče žene da doje u opuštenom, ležernom položaju, s djetetom potrbuške na njezinim prsima i uz pomoć gravitacije koja osigurava najveći mogući kontakt između tijela djeteta i majčinih prsa i trbuha. Ovaj položaj otvara majčino tijelo i potiče djetetove pokrete kroz aktivaciju 20 primitivnih neonatalnih refleksa koji stimuliraju dojenje. Takav pristup ima potencijal za smanjenje problema s dojenjem, olakšavajući pravilan prihvrat bradavice od strane djeteta i time olakšavajući početak isključivog dojenja [10].

Pravilan prihvrat podrazumijeva prijanjanje na dojku tako da se bradavica i veći dio areole nalazi u ustima djeteta. Da bi se postigao takav pravilan prihvrat, postoji nekoliko savjeta za uspješno dojenje. Potrebno je udobno se smjestiti u željenom položaju za dojenje koji odgovara i majci i djetetu, tako da je dijete postavljeno glavom, vratom i tijelom u istoj ravnini i okrenuto prema majčinom licu. Djetetov nos se postavlja u razinu bradavice, a usta blago ispod nje, nakon čega se djetetova usna dodirne bradavicom i čeka se da dijete širom otvori usta. Nježnim no odlučnim pokretom se zatim dijete prinese dojci. Kako bi majka znala je li dijete pravilno prihvatilo dojku gleda se jesu li djetetova usta širom otvorena, je li donja usna je izvrnuta prema van, dodiruje li ili gotovo dodiruje djetetova brada dojku, te vidi li se veći dio areole iznad djetetovih usta nego ispod. Ako su zadovoljeni ovi kriteriji prihvrat je pravilan i kreće kvalitetan proces dojenja [9, 11].

Majke najčešće biraju ležeći položaj za dojenje. Već u rodilištu on je udobniji i lakši za majke koje se oporavljaju od poroda. Kod takvog položaja dojenja majka leži na boku s jastukom pod glavom i jednim jastukom ili dekom kao potporom za leđa. Ruku na kojoj leži može držati kraj glave ili

njome podmetnuti glavicu djeteta. Dijete je također na boku, licem i tijelom u ravnini okrenuto prema majci, te se može poduprijeti jastukom ili dekom. Slobodna ruka majke može pridržavati djetetova leđa ili dojku. Pridržavanje dojke pospješuje stabilnost i čvrstoću i pomaže djetetu da je lakše prihvati. Tu se najčešće koriste takozvani C-hvat ili U-hvat [9, 11, 12].

Ako se doji u sjedećem položaju bitno je da majka ima oslonac i potporu tijekom dojenja, posebno jer dojenje zna vremenski dugo trajati. Potrebno je jastucima podbočiti leđa, ruke i laktove, uz stabilan oslonac na stopala. Cilj je postići opušteni položaj sjedenja s leđima u okomitoj ravnini bez naginjanja naprijed nad dijete ili natrag podižući dijete na sebe [9, 11, 12].

Dva su najčešća hvata djeteta u sjedećem položaju – hvat kolijevke ili hvat nogometne lopte. Kod hvata kolijevke, dijete leži u majčinom krilu s glavom položenom na njenoj podlaktici ili u pregibu lakta. Djetetovo uho, rame i bok moraju biti u istoj ravnini kako se glava i vrat ne bi istežali, a cijelo tijelo djeteta mora biti okrenuto majci. Kod hvata nogometne lopte koristi se jastuk koji pokriva jedan bok i krilo majke i na njega se polegne dijete s glavom ispred dojke, a trupom uz majčin bok, dok su noge pozicionirane na majčinim leđima [9, 11, 12].

1.5. Uloga medicinske sestre/tehničara

Kao što je već spomenuto, dojenje je vještina koja se razvija i uči nakon rođenja djeteta. Svladavanje dojenja nije uvijek jednostavno i mogu se pojaviti mnoge prepreke, no one se uz dobru edukaciju, savjete i potporu mogu savladati. Tu dolazi uloga profesionalaca, odnosno medicinskih sestara/tehničara koji su prvi koji ostvaruju kontakt s budućim majkama. Već u trudnoći se kroz trudničke tečajeve spominje dojenje i daju se sve važne informacije o procesu i dobrobitima dojenja kako bi buduće majke mogle donijeti odluku o tome što je najbolje za njihovo dijete. Kada žena stigne u rodilište bitno je stvoriti dobru atmosferu u kojoj se roditelj osjeća sigurno, informirano i ohrabreno u svezi svega što je očekuje tijekom boravka u rodilištu. Zdravstveno osoblje, uključujući liječnike i medicinske sestre/tehničare su dužni majku informirati o prednostima dojenja naspram umjetne prehrane, potaknuti majku da što ranije ostvari kontakt „koža na kožu“ i započne dojenje, objašnjavajući i pokazujući majci pravilnu tehniku dojenja. Majci i djetetu treba omogućiti zajednički smještaj u sobi i poticati na dojenje kad god dijete to zatraži, objašnjavajući kako izgledaju specifična ponašanja djeteta vezana uz dojenje. Važno je objasniti izgled i faze mlijeka koje se stvara, te naglasiti da je djetetu dostatno dati da siše bez dodataka uzimanja neke druge prehrane ili korištenja duda varalica. Majku treba uputiti u njene prehrambene navike, promjene s kojima se susreće i kontracepciju koja slijedi. [13, 14]

Već 1989. godine su SZO i UNICEF zajednički odredili deset koraka za uspješno dojenje koji su i danas na snazi. Oni uključuju: 1. pisana pravila o dojenju u zdravstvenoj ustanovi koja zagovaraju isključivo dojenje, 2. osposobljavanje cijelog zdravstvenog kadra koji radi s dojiljama i provjera njihovog znanja i kompetencija, 3. provoditi antenatalnu zaštitu koja uključuje informiranje i edukaciju majki o prednostima isključivog dojenja i provođenju dojenja, 4. poticati kontakt „koža na kožu“ po porodu i pomoći uspostaviti dojenje, 5. pružati pomoć i podršku majci u nastavku dojenja i vršiti procjenu dojenja uz rješavanje problema i poteškoća, 6. naglasiti važnost ne davanja nikakve druge hrane djetetu osim majčina mlijeka, osim ako liječnik ne odredi drugačije, 7. provoditi rooming-in, odnosno omogućiti boravak majke i djeteta zajedno 0-24, 8. poticati i ohrabrivati majku na provođenje dojenja na zahtjev djeteta, 9. ne koristiti dude varalice i druga sredstva za smirivanje, 10. osigurati majkama pristup grupama podrške i potpore dojenju u zajednici nakon otpusta iz rodilišta [15].

Nakon otpusta dojilje kući zadaća medicinskog osoblja je i osigurati posjete patronažne sestre. Patronažna zaštita majke i novorođenčadi uključuje prvi posjet u razdoblju od tjedan dana nakon poroda, drugi posjet nakon petnaest dana od poroda, a ako postoje komplikacije ili se utvrdi potreba za češćim dolascima, u dogovoru s liječnikom, patronažna sestra može doći i više puta. Novorođenče u tom razdoblju treba vagati jedanput na tjedan kako bi se ocijenio tjelesni napredak i utvrdilo je li dojenje dostatno. Osim toga važna je i pravilna prehrana majke kao i potpora cjelokupne okoline što se tiče dojenja. Predviđene mjere koje patronažna sestra provodi uključuju davanje uputa dojilji o pravilnoj prehrani, prednostima isključivog dojenja novorođenčeta i djelovanju na cjelokupni rast i razvoj, razvoj emocionalne komponente i međuljudskih odnosa. Patronažna medicinska sestra tako skrbi za cijelu obitelj i zajednicu, uključujući majku i novorođenče. Po dolasku iz rodilišta ona je prva koja ima kontakt s njima, procjenjuje stanje, daje upute, pruža podršku i provodi skrb tijekom babinja i dojenačkog perioda. Jedna od najvažnijih zadaća je upravo edukacija i pružanje podrške i potpore kod dojenja. Iz tog razloga je izuzetno važno da svaka patronažna sestra bude kvalitetan samostalni profesionalac educiran u svim područjima kako bi pružila najbolju moguću skrb. Mora poštivati principe rada i raditi na kontinuiranom nadopunjavanju znanja i stručnom usavršavanju iz svog područja rada [16, 17].

2. Problemi i poteškoće kod dojenja

Usprkos svim nastojanjima da podoj bude uredan, nerijetko se javljaju mnogi problemi i poteškoće. Takvi problemi koji se javljaju u ranom postporođajnom razdoblju negativno utječu na sam proces isključivog dojenja i razdoblje dojenja [18]. Tu je važan stav žene prema dojenju koji je definiran kao perspektiva koja uključuje osjećaje, raspoloženja i emocije, a usko je povezan sa znanjem o dojenju. Prema prethodnim istraživanjima dokazano je da je majčin stav koji daje prednost dojenju usko povezan s duljim trajanjem dojenja [19]. Mnogi su individualni i kulturni čimbenici koji utječu na dojenje djeteta. Tu spadaju obrazovanje žena, status zaposlenja, sociokulturne crte, doživljaji i osjećaji vezani uz sliku vlastita tijela, psihološki status, potpora koju dobivaju od zdravstvenih radnika i okoline te odluka i želja za isključivim dojenjem. Majčino znanje o dojenju, samopouzdanje tijekom dojenja, te tehnika dojenja koja se koristi uvelike utječu na doživljaj problema i poteškoća s dojenjem [18].

Mnoge žene tijekom razdoblja dojenja dožive neke od problema i poteškoća dojenja. Najčešće je to bol i ozljede bradavica unutar razdoblja od 1 do 8 tjedana nakon poroda. Neka istraživanja navode da je prevalencija samoprijavljenih simptoma bradavica uključujući bol i svrbež kod žena čak 79%, a samoprijavljenih oštećenja bradavica 58%. Kao čimbenike koji dovode do problema žene same prepoznaju i navode slabu količinu mlijeka, ravne ili uvučene bradavice, mehaničke uzroke stresa na bradavicu i okolnoj koži, infekcije ili neka upalna stanja poput psorijaze ili ekcema. Kao česti problem se spominje i problem majčine percepcije nedovoljne količine mlijeka i pretjerano plačljivog i neutješnog djeteta. Mogućnosti tretiranja i liječenja problema i smjernice pružatelja usluga za nelagodu bradavica i kožne probleme koji se javljaju kod dojilja i dalje su ograničeni. Kako bi se poboljšalo razumijevanje, potrebno je utvrditi ključne čimbenike koji doprinose oštećenju bradavice, uključujući bol, svrbež i traumu kože [19, 20].

Iako je većina majki zadovoljna potporom zdravstvenih radnika u pogledu dojenja, više od jedne trećine navodi kako pomoć koju su dobile u rodilištu nije riješila njihove probleme s dojenjem. Unatoč svim smjernicama za dojenje koje su dobile od profesionalaca savjetnika za dojenje, više od 1/4 žena koje su namjeravale dojiti u konačnici moraju odustati od dojenja i dohranjivati dijete adaptiranim mlijekom [19, 20].

2.1. Bolne bradavice

Problemi s bradavicama povezani s dojenjem česti su i važni čimbenici koji utječu na dojenje. Dojilje probleme s bolnim bradavicama opisuju kao bol u bradavicama tijekom i nakon dojenja, koji ometa proces dojenja i drugi je najčešći razlog ranog prekida isključivog dojenja. Glavni uzroci bolova i ozljeda bradavica su neprikladne tehnike dojenja i nepravilan položaj djeteta. Bol u bradavicama uzrokovana nepravilnim položajem je čest problem kod dojilja, a može dovesti do traume bradavice i predstavljati važnu prepreku uspješnom dojenju. Isto tako, pravilan položaj i prianjanje djeteta na dojku su ključni za povećanje količine i unosa mlijeka. Tu je opet bitna edukacija o pravilnom hvatu i postavljanju djeteta na dojku koja može dovesti do smanjenja boli u bradavicama i produljenja trajanja dojenja [21]. Bol u bradavicama može se javiti i zbog upale kod kontinuiranog djelovanja prekomjerne mehaničke sile rastezanja i deformacijskih sila na epidermis bradavice, dermis i stromu tijekom sisanja djeteta. Mehaničko rastezanje i sile deformacije mogu uzrokovati mikrokrvarenje i upalu. Iako je okolna koža bradavice i areola relativno pogodna za zacjeljivanje rana, ona je također izložena jedinstvenim rizicima iz okoliša. Dva su ključna čimbenika koji sprječavaju i liječe bol i upalu bradavica - eliminacija prevelike mehaničke sile tijekom sisanja i eliminacija prekomjerne hidracije epitela koja dovodi do rizika od oštećenja kože uzrokovanog vlagom [22].

Unatoč prednostima dojenja i za dijete i za majku, klinička potpora za probleme kao što je bol u bradavicama kod majke ostaje nedovoljno istražena. Bol se često pripisuje disbiozi dojke, kandidijazi ili anatomskim anomalijama dojenčadi uključujući između malformacije usana i nepca. Klinički protokoli univerzalno navode da su pravilan prihvata djeteta na dojku i pravilno držanje prilikom hranjenja glavno uporište liječenja bolova i rana na bradavicama, no biomehanički parametri bezbolnog prianjanja i držanja ostaju izostavljena varijabla u gotovo svim kliničkim istraživanjima dojenja. Često se prepisuju farmaceutski tretmani za majke, kirurški zahvati i intervencije na tijelu djeteta kako bi se tretirao bol bez dokaza o dobrobiti [22].

Čak 90% žena prijavljuje akutnu bol u dojka i bradavicama tijekom prvog tjedna od početka dojenja, a ta se bol smatra kliničkom normom i povezanom s mehanikom dojenja. Stoga većina kliničkih intervencija cilja na mehaničke ili položajne okidače boli. Međutim, 30% žena koje nastavljaju dojeti 2 tjedna nakon poroda prijavljuju upornu bol u dojka i bradavicama. Od žena s upornim bolovima koje traže stručnu pomoć, 43% i dalje ima uporne bolove. Budući da se malo pozornosti pridaje rješavanju boli tijekom dojenja, žene rijetko dobivaju odgovarajuće znanje i vještine za samostalno rješavanje svoje boli povezane s dojenjem. Strategije samokontrole boli

uključuju distrakcije, opuštanje i vježbe disanja [23]. Kao pomoć kod samostalnog kontroliranja boli razvijena je intervencija samoupravljanja dojenjem, temeljena na okviru teorije individualnog i obiteljskog samoupravljanja. U ovom okviru, samoupravljanje je konceptualizirano kao proces u kojem žene koriste znanje, uvjerenja i društvenu podršku kako bi postigle ciljeve dojenja. Prva tri tjedna dojenja kritični su prozor kada žene odlučuju nastaviti dojiti ili prestati dojiti. Stoga je bila izuzetno važna podrška okoline uz pristup tekstualnim komunikacijskim i obrazovnim modulima na koje su žene pozitivno reagirale [24].

2.2. Ispucale bradavice (ragade)

Ozljeda bradavice može se definirati makroskopskim promjenama u debljini, obliku i kontinuitetu kože te lokalnim promjenama krvnih žila koje su povezane s boli i nelagodnom. Često je rezultat neadekvatnog položaja, pritiska na dojku i primjene sile ili nabreklosti dojke. Kod patološke nabreklosti dojke, mlijeko nakupljeno u režnjićima i kanalićima curi u intersticijski prostor, uzrokujući limfnu i vaskularnu kongestiju i rezultirajući upalnim stanjem koje, ako je dugotrajno, može doprinijeti infekcijama dojke, osobito ako postoji lezija bradavice kao „ulazna vrata“ za patogene. Edem i otvrdnuće bradavično-areolarnog kompleksa novorođenčetu otežava hvatanje i sisanje, pa je stoga nabreklost dojke ujedno i uzrok, ali i posljedica ozljede bradavice [25].

Kada se govori o fisuri dojke, odnosno takozvanim ragadama, tu se podrazumijeva nastanak makroskopske lezije na samoj bradavici, areoli ili okolnoj koži dojke. Očituje se u vidu rascjepa, gubitka kože, rane ili kliničkih dokaza eritema, edema i mjehura. Čak 80% do 90% žena doživi bol i probleme u nastavku dojenja zbog pojave fisure bradavice. Mnogi su čimbenici koji dovode do nastanka fisure, a najčešće to uključuje nepravilno dojenje i nepravilan prihvat bradavice i nastavak sisanja od strane djeteta. Drugi mogući uzroci traume i boli bradavice su bakterijske, virusne i gljivične infekcije bradavice, previše snažno ili preslabo dojenačko sisanje, pranje bradavice sapunom te korištenje dudu varalice ili bočice za bebe. Neliječene fisure dojke mogu dovesti do problema kao što su jaka bol, krvarenje iz bradavice, neadekvatno lučenje mlijeka, mastitis i apsces dojke. Bol koji uzrokuje fisura dojke smanjuje proizvodnju i lučenje majčinog mlijeka što rezultira stresom kod majke i djeteta i na kraju prestankom dojenja. Gutanje krvi iz fisure bradavice može dovesti i do povraćanja krvi kod djeteta. Brzo i učinkovito liječenje ovakvog problema važan je čimbenik uspjeha dojenja i prevencije mastitisa i apscesa dojke. Topikalne masti, otopine ili sprejevi, ograničenje vremena dojenja, izlaganje bradavice zraku i svjetlu,

podučavanje ispravnim metodama dojenja, utrljavanje bradavice mlijekom, hidrogel, oblozi od tople vode, ekstrakt metvice, vrećica čaja, kolagenazna mast, dekspantenol i lanolin su samo neke od metoda koje se koriste za prevenciju i liječenje bolova u bradavicama i fisura [26].

Istraživanje autora Mariani Neto C. i suradnika provedeno je s ciljem sagledavanja još jednog mogućeg terapijskog načina rješavanja boli kod fisure bradavica – majčina mlijeka. Istraživanje je provedeno uspoređujući dva različita tretmana, korištenje visoko pročišćenog bezvodnog lanolina i izdojenog majčinog mlijeka. U istraživanje je bilo uključeno 180 dojilja koje su imale bolove i ozljede bradavica nastale tijekom procesa dojenja. One su bile nasumično raspoređene u dvije skupine, jedna koja je bila liječena pročišćenim bezvodnim lanolinom i druga koja je bila liječena vlastitim izdojenim mlijekom [27].

Sve sudionice dobile su iste upute o tehnici dojenja i standardima terapijske njege. Provedene su tri procjene, jedna u vrijeme uključivanja u studiju, druga nakon 48 sati i treća nakon 7 dana. U svakom intervalu prikupljeni su podaci u odnosu na bol i traumu. Za varijablu boli korištena je VAS ljestvica, a za varijablu traume rezultat ozljede bradavice. Rezultati su pokazali da je došlo do poboljšanja boli od druge do treće procjene u skupini koja je koristila pročišćeni bezvodni lanolin, dok je bol ostala nepromijenjena između ova dva razdoblja u skupini koja je primala vlastito izdojeno mlijeko. Što se tiče traume, utvrđeno je poboljšanje u njezinoj proširenosti i dubini od prve do treće procjene, a bolje je rezultate postigla skupina liječena pročišćenim bezvodnim lanolinom u odnosu na skupinu liječenu vlastitim izdojenim mlijekom. Zaključno tome vidi se da je liječenje bolova i ozljeda bradavica s pročišćenim bezvodnim lanolinom postiglo bolje rezultate nego s izdojenim majčinim mlijekom, na temelju sedmodnevnog razdoblja liječenja [27]. Kada se bol u bradavici ne može riješiti konvencionalnim metodama, može se koristiti štitnik za bradavicu. Štitnik za bradavicu je tanko fleksibilno silikonsko pomagalo koje se stavlja preko bradavice i areole prije dojenja. Korištenjem pruža fizičku barijeru s ciljem povećanja udobnosti majke, a istovremeno omogućuje nastavak dojenja djeteta. Mnoge majke koriste štitnike za bradavice jer se smatraju korisnima, međutim, stručno mišljenje ostaje podijeljeno glede njihova korištenja zbog zabrinutosti oko smanjenog prijenosa mlijeka do djeteta, neadekvatnog pražnjenja dojke, nedovoljne proizvodnje mlijeka, izmijenjenog ritma i načina sisanja djeteta i kraćeg trajanja dojenja [28].

2.3. Uvučene i plosnate bradavice

Još jedan od problema dojenja predstavljaju uvučene i plosnate bradavice. Prevalencija tog stanja u općoj populaciji iznosi 10%-20%. Može biti i prirođeno i stečeno i iako nije opasno po život, psihološki i fiziološki može biti štetno za pojedinca [29]. Uvučene bradavice ili inverzija bradavice patološko je stanje koje pogađa 2%-10% žena. Kongenitalne inverzije su najčešći oblici, dok su stečene inverzije rjeđe. Osim što izaziva psihološku nelagodu, ovo stanje može izazvati funkcionalne probleme koji nerijetko sprječavaju kvalitetno dojenje. Patogeneza kongenitalne inverzije bradavice ovisi o kratkoći mliječnih kanala, nedostatku potpornog tkiva i prisutnosti fibroznih traka koje uzrokuju retrakciju u dnu bradavice [30].

Jedan od načina rješavanja uvučene bradavice je bila takozvana tehnika obrnute štrcaljke. Smatralo se da je to najjednostavniji, najjeftiniji, najdostupniji i najučinkovitiji način izokretanja bradavica. Kod te metode žene s uvrnutim bradavicama se educiralo kako koristiti obrnutu štrcaljku i primijeniti nježan negativni pritisak oko bradavice kako bi je izokrenule. Postupak se ponavljao prije svakog podoja koliko god je bilo potrebno. Ženama s uvučenim bradavicama dojenje često predstavlja izazov zbog neadekvatnog sisanja i uzimanja mlijeka od strane djeteta koje može dovesti do nedovoljnog izvlačenja mlijeka, frustracije majke i slabe sitosti djeteta, što na kraju završava preranim prekidom dojenja. Cilj istraživanja Nabulsi M. i suradnika je bio provesti randomizirano kontrolirano ispitivanje kako bi se istražilo poboljšava li uporaba okrenute štrcaljke kod zdravih trudnica u terminu s uvrnutim bradavicama poboljšanje stope početka i nastavka dojenja u usporedbi sa standardnom skrbi. Također se u obzir uzela tehnika korištenja Nipplette™ uređaja s gumom i štrcaljkom koji primjenjuje nježnu negativnu sukciju bradavice tijekom dana i/ili noći kako bi je izokrenuo. Prijavljena stopa uspjeha te tehnike na uzorku od 22 žene je od 80% za izokretanje bradavice i 100% za dojenje. Uspješno stavljanje djeteta na dojku bilo je prisutno u 60% do trećeg dana, a sve su žene dojile do 28. dana. Kod primjene obrnute štrcaljke koristio se uzorak od 8 žena, gdje je sedmero dojenčadi (87,5%) dojilo do prvog tjedna, a šestoro (75%) ih je isključivo dojilo nakon šest tjedana. Glavna prednost obrnute štrcaljke u odnosu na Nipplette™ i tehniku gume i štrcaljke je činjenica da su štrcaljke dostupne u svim zemljama, jeftine, jednostavne za korištenje. Ipak, korištenjem tih tehnika može doći do komplikacija poput infekcija bradavice, krvarenje bradavice ili uvlačenje gumice u djetetova usta. Zaključno, upotreba tehnike obrnute štrcaljke kod žena s uvrnutim bradavicama nije bila povezana s poboljšanjem stope dojenja u bilo kojem trenutku tijekom prvih šest mjeseci nakon poroda, niti je bila povezana s većim zadovoljstvom majke dojenjem ili boljom kvalitetom dojenja [31, 32].

Posljedično, sve se različite terapijske strategije temelje na zajedničkim glavnim pretpostavkama, disekciji ili resekciji fibroznih traka i mliječnih kanala, povećanju volumena ispod bradavice ili popunjavanju mrtvog prostora stvorenog resekcijom i stezanje vrata bradavice. Svaki kirurški pristup ima svoje prednosti i nedostatke. Bez obzira na njihovu konformaciju, lokalni režnjevi se mogu pripremiti kako bi stabilizirali i poduprli bazu bradavice bez ugrožavanja dojenja. No režnjevi zahtijevaju relativno produljeno operativno vrijeme, višestruke rezove i sa sobom vuku naknadne ožiljke. Također postoji i velik rizik ovih tehnika, gdje je moguće izazvati distorziju kompleksa bradavice i areole, što dovodi u pitanje konačni estetski ishod. Korektivne tehnike koje se temelje na šavovima predstavljaju glavnu prednost za smanjenje ožiljaka na koži kompleksa bradavice i areole, međutim, šav nudi nesigurniju stabilnost izokrenute bradavice u usporedbi s postavljanjem režnja. Postoji potreba za standardiziranom metodom za procjenu rezultata, uključujući estetske, funkcionalne i psihološke rezultate. Također su potrebne prospektivne studije sa standardiziranom metodom mjerenja ishoda kako bi se bolje razumjelo koja je idealna korektivna strategija za pacijente s različitim stupnjevima inverzije bradavice [30].

2.4. Tvrde prenapunjene dojke i zastoja dojka

Nabreklost dojki je prenapunjenost dojki mlijekom, što dovodi do natečenih, tvrdih i bolnih dojki. Mnoge žene to dožive tijekom prvih nekoliko dana nakon poroda, obično između trećeg i petog dana, iako se to može dogoditi i kasnije. Nabreklost je češća kada je dojenje ograničeno, kada žene imaju poteškoća s dojenjem ili su odvojene od svog djeteta. To dovodi do nedovoljnog pražnjenja grudi, što posljedično dovodi do komplikacija kao što su upala dojke, bolne i ispucale bradavice i smanjena količina mlijeka. Posljedično, žene mogu prestati dojiti. Neugodna nabreklost dojki sprječava se i rješava čestim i dugotrajnim stavljanjem djeteta na obje dojke, u razmacima od otprilike sat vremena i toliko dugo dok dojke ne omekšaju. Ako dijete slabo siše, potrebno je izdojiti mlijeko kako bi se smanjila napetost i nelagoda. Još uvijek nedostaju dosljedni dokazi o drugim oblicima liječenja. Postoje neki dokazi koji upućuju na to da bi neki tretmani mogli biti obećavajući u liječenju nabreklih dojki, kao što su akupunktura, akupresura, listovi kupusa, hladni oblozi s gelom, biljni oblozi i masaža, ali potrebno je više studija da bi se saznao pravi učinak ovih intervencija [33, 34].

2.5. Nedostatak mlijeka i začepljeni mliječni kanalići

Iako u manjini, značajan broj dojene novorođenčadi dobiva neadekvatnu prehranu i hidrataciju. Mnoge dojilje navode probleme kao što su kašnjenje mlijeka i nedovoljno ili neadekvatno stvaranje mlijeka. Prema nekim procjenama, odgođeni početak pune proizvodnje mlijeka, kojeg majke definiraju kao prekasno stvaranje mlijeka, kod kojeg mlijeko dolazi 72 sata nakon poroda, javlja se u 33-44% žena koje su rodile prvi put. U jednom istraživanju koje je obuhvaćalo dobro educirane majke dobrovoljke, 15% njih imalo je trajno nedovoljno mlijeka nakon tri tjedna unatoč intenzivnoj profesionalnoj potpori laktaciji. Problemi nedovoljne laktacije su se javljali zbog minimalnog prenatalnog povećanja grudi kao i kod minimalnog povećanja grudi nakon poroda, a spominju se i prethodne operacije grudi, što ukazuje na biološke temeljne uzroke. Takvi nedostaci izlažu značajni broj novorođenčadi riziku od nedovoljne prehrane i hidratacije danima, tjednima ili dulje. Duža razdoblja takvog gladovanja su opasna jer se preklapaju s najrizičnijim razdobljem za novorođenčad, što posljedično može imati smrtne ishode. Rana nedovoljna prehrana i hidracija ima moguće dugoročne učinke uključujući neurorazvojne posljedice kao što su poremećaj pažnje i hiperaktivnost, autizam, cerebralna paraliza, kognitivno i razvojno kašnjenje, epilepsija, oštećenje sluha, kernikterus, jezični poremećaj, poremećaji raspoloženja, niži IQ i poremećaje specifičnog učenja. [35]

Odgovarajući na ove sve veće dokaze o mogućoj šteti, nedavni naponi u reformi medicine usmjereni su na korištenje više mjerenja, medicinskih intervencija i tehnologija unutar paradigme isključivog dojenja umjesto na predlaganje naznačene promjene paradigme. Ali znanost podupire jednostavnije rješenje, a to je primjena načela predostrožnosti za hranjenje gladne novorođenčadi najprikladnijim dostupnim dodatnim mlijekom kako bi se izbjegla šteta koja se može spriječiti, uključujući smrt i trajni invaliditet. Usklađivanje medicinskog istraživanja i prakse, javnozdravstvene politike i društvenog razumijevanja sigurnog dojenja sa znanstvenim dokazima predstavlja izazove koji vjerojatno zahtijevaju politička institucionalna rješenja za uvođenje demokratskog i stručnog nadzora nad medicinom i zdravstvenom politikom u javnom interesu [35].

2.6. Gljivična infekcija dojke

Nerijetko se od strane mnogih profesionalaca za simptome boli i nelagode u dojkama tijekom i nakon dojenja smatra da su posljedica gljivične infekcije. Iako brojni čimbenici mogu pridonijeti razvoju takvih simptoma, uključujući loše postavljanje djeteta na dojku, vazospazam bradavice ili dermatitis bradavice, velik broj ovih slučajeva se pripisuje kandidijazi bradavice. U više navrata dijagnoza se temelji samo na vizualnoj procjeni dojki, bez provođenja popratnih laboratorijskih pretraga, poput kulture bradavica i/ili majčinog mlijeka ili lančane reakcije polimerazom (PCR). Dostupni su kontradiktorni podaci koji se tiču povezanosti između boli u bradavicama i prisutnosti gljivica na bradavici ili u majčinom mlijeku, što dovodi do stalne polemike o ovom pitanju [36].

Malo je dokaza koji podupiru hipotezu da *Candida* spp, uključujući *C. albicans* u majčinom mlijeku ili na kompleksu bradavica-areola, uzrokuje znakove i simptome popularno dijagnosticirane kao kandidijaza dojke. Nema dokaza da su antifungalni tretmani učinkovitiji od protoka vremena kod žena s ovim simptomima. Štoviše, *Candida* spp, uključujući *C. albicans*, obično se identificira u zdravom ljudskom mlijeku i mikrobiomima kompleksa bradavica-areola. Klinički gledano, bradavice podložne ponavljanim mikrotraumama mogu povremeno izgledati ružičaste i sjajne, s finim ljuskama i svrbežom, ali taj izgled nije dijagnoza kandidijaze. Fine bijele ljuskice koje se često pripisuju kandidijazi bradavica su hiperkeratoza stratum corneuma, koja se javlja u kontekstu ponavljajućih mikrotrauma i prekomjerne hidracije. Svrbež je posljedica otpuštanja histamina kao odgovor na upalu [37].

Prema provedenim istraživanjima *Candida albicans* otkrivena je u ustima dojenčeta u 10 od 11 slučajeva među dojiljama s bolovima u bradavicama i pozitivnim kulturama na *C. albicans* u bradavicama i/ili majčinom mlijeku, dok se *C. albicans* nije mogla otkriti u žena koje ne doje.

Ove činjenice dovode do hipoteze da se *C. albicans* prenio na majčinu bradavicu kroz djetetova usta. Tu hipotezu podupiru i druga izvješća koja pripisuju podrijetlo infekcije majčinom vaginitisu koji se prenosi na usta djeteta tijekom vaginalnog poroda. Također se mora obratiti pozornost na mogućnost da *Candida* spp. stvara biofilm na silikonskim površinama i dudama varalicama jer je sve više dokaza da je njihova uporaba povezana s razvojem dječje kandidijaze. Hoće li *Candida* ostati u bradavici kao patogen ovisi o drugim parametrima, kao što je lokalna iritacija bradavice ili nedavna uporaba antibiotika, s negativnim učinkom na normalnu bakterijsku floru bradavice i područja dojke. Teorija prijenosa s djeteta na majku poduprla se činjenicom da se glavna razina boli smanjila kod svih zahvaćenih sudionika 1 tjedan nakon početka sistemskog i lokalnog

liječenja antifungalnim lijekovima za majku, kao i lokalnog liječenja protiv gljivica za dojenče [36].

Kandidijaza kao etiološki čimbenik boli u bradavicama kod dojilja ostaje izvor kontroverzi i rasprava među liječnicima i stručnjacima za dojenje. Uvjerenje da su gljivice najčešći uzrok bolnih bradavica tijekom dojenja široko je prihvaćeno ne samo od strane pacijenata, već i od strane primalja i savjetnika za dojenje, što je dovelo do moguće nepotrebnih empirijskih antifungalnih tretmana, često bez korisnih rezultata. Liječenje antifungalnim lijekovima rijetko je indicirano za dojilje koje imaju bolove u bradavicama praćene probadanjem ili stalnom boli u dojkaama između podoja i ružičastim sjajnim epitelom bradavice s finim bijelim ljuskicama kože. Produljeno korištenje antifungalnih lijekova ne može se opravdati. Potrebne su višestruke strategije za stabilizaciju povratne sprege mikrobioma kada se pojave bolovi u bradavicama i dojkaama, kako bi se izbjeglo pretjerano liječenje dojilja i njihove djece antifungalnim lijekovima. Postoji potreba za komparativnom procjenom pristupa pristajanju i držanju, odnosno djetetovom prihvatu dojke i pozicioniranju prilikom hranjenja koji ima za cilj eliminirati intraoralno povlačenje tkiva dojke i povezanu ponavljajuću mikrotraumu od sukobljenih intraoralnih vektora sile tijekom dojenja, ako želimo izbjeći pretjeranu medikalizaciju dojilja i njihove dojenčadi. Ključno je ispravno identificirati temeljni uzrok bolnog dojenja u dojilja, ne zanemarujući druge važne diferencijalne dijagnoze, jer adekvatno liječenje ovog stanja može dovesti do značajnog ublažavanja simptoma i stoga pospješiti nastavak dojenja [36, 37].

2.7. Mastitis

Mastitis ili upala dojke je česta komplikacija dojenja. On može, ali i ne mora biti popraćen infekcijom. Obično pogađa žene u razdoblju dojenja, ali se može vidjeti u svim životnim dobima, pa čak i kod muškaraca. Sam mastitis uzrokuje značajnu bol i nelagodu kod žena i može dovesti do toga da majke prestanu dojit svoju djecu onoliko dugo koliko one planiraju i žele [38].

Postoji nekoliko rizičnih čimbenika za razvoj mastitisa a oni uključuju začepljene mliječne kanaliće, dojke prepunjene mlijekom, bolne i ispucale bradavice i nepravilno držanje i hvat djeteta na dojci [38].

Mastitis se može pojaviti samo u jednoj ili u obje dojke, a prati ga niz simptoma. Većina mastitisa, odnosno upala dojke započinje vidljivim tvrdim, natečenim i crvenim područjem dojke, uz stanje praćeno temperaturom iznad 38,5 °C, zimicom i lošim općim stanjem koje se nerijetko opisuje kao gripa. Simptomi mogu trajati od dva do tri dana do nekoliko tjedana ili više. Obično postoji

određeni kontinuum; zastoj majčinog mlijeka razvija se u upalu bez infekcije, koja se razvija u infektivni mastitis koji se kasnije može razviti u apsces. Dijagnoza mastitisa se postavlja na temelju anamneze i fizikalnog pregleda, a dijagnostički postupci nisu rutinski potrebni niti se provode. Smjernice SZO za slanje uzorka mlijeka u laboratorij govore da se mlijeko šalje u slučaju da nema odgovora na antibiotsko liječenje unutar dva dana, u slučaju alergije na antibiotsko liječenje, u slučaju ponovljenih infekcija dojke, u slučaju bolničkog liječenja infekcije, u slučajevima koji zahtijevaju hospitalizaciju ili u teškim i neuobičajenim slučajevima. Majčino mlijeko nije sterilno, a bakterije su prisutne na bradavici, koži dojke, pa čak i mliječnim kanalima, pa sama prisutnost bakterija u mlijeku ne mora nužno ukazivati na mastitis [39].

Mastitis se obično dijeli u dvije skupine: laktacijski mastitis koji se javlja kod dojilja i nelaktacijski mastitis [40].

Laktacijski mastitis je relativno česta bolest dojke, koja zahvaća do 33% dojilja. Najčešće se pojavljuje u prvih šest tjedana nakon početka dojenja, ali se može javiti i tijekom cijelog razdoblja dojenja. Uzrok je najčešće obilna proizvodnja mlijeka, što uz smanjeno pražnjenje dojke dovodi do zastoja mlijeka. Trajni zastoj mlijeka uzrokuje upalnu reakciju u dojci ili neinfektivni mastitis i moguću sekundarnu bakterijsku infekciju ili infektivni mastitis. Ozbiljnost varira od samoograničavajuće neinfektivne upale do teških infekcija koje stvaraju apsces, a etiologija može biti upalna, infektivna, temeljena na bakterijskoj neravnoteži ili multifaktorska. Simptomi su kao što je već navedeno slični gripi, a uključuju vrućicu, mijalgije i zimicu, uz crveno, osjetljivo, vruće i natečeno područje oko dojke. Kako bi se izbjegle komplikacije, neophodna je pravovremena dijagnoza i pravilno liječenje. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze i kliničkog pregleda, te eventualno uzorka majčinog mlijeka koji se šalje na kulturu. U slučaju izraženijih simptoma ili sumnje na sepsu, ako je temperatura iznad 38,5 °C, radi se hemokultura. Laktacijski mastitis može se klinički opisati kao "samoograničavajući" budući da se obično povlači bez medicinske intervencije samoliječenjem. U slučaju neinfektivnog mastitisa pokušava se konzervativno liječiti, na primjer masiranjem zahvaćene dojke, dojenjem djeteta ili temeljitim izdajanjem dovoljno često da se zahvaćena dojka isprazni i korištenjem hladnih obloga za smirivanje upale [40, 41].

Ipak, kod infektivnog mastitisa, ženama su potrebni antibiotici za liječenje infekcije koja, ako se ne liječi može dovesti do apscesa dojke ili septikemije, što može zahtijevati hospitalizaciju i operaciju. Moguće je razviti mastitis više puta, a žene mogu doživjeti laktacijski mastitis više puta dok doje isto dijete. Žene koje razviju mastitis mogu prerano prestati dojiti zbog boli koju stanje uzrokuje, straha da bi antibiotici mogli proći kroz mlijeko ili netočnih savjeta zdravstvenih radnika

da prestanu dojeti. Zbog toga je dojlje potrebno podržati u nastavku dojenja i informirati je da iako je za nju bolno i neugodno, nije opasno dojeti dijete iz upaljene dojke [40, 41].

3. Istraživanje

Tijekom izrade završnog rada provedeno je istraživanje pod nazivom „Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja“.

3.1. Cilj

Cilj istraživanja bio je ispitati iskustvo dojenja kod majki, učestalost pojave problema i poteškoća dojenja i u konačnici njihov utjecaj na ishode dojenja.

3.2. Metode

Za prikupljanje podataka potrebnih za provedbu istraživanja korišten je anonimni anketni upitnik pod nazivom „Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja“. Upitnik je bio izrađen putem online usluge „Google obrasci“ isključivo za potrebe istraživanja, a sastojao se od 30 pitanja podijeljenih u 3 kategorije. Prva kategorija je kroz 10 pitanja pokrivala sociodemografske podatke i podatke o porodima, druga kategorija je kroz 8 pitanja pokrivala podatke vezane uz navike i iskustvo dojenja, te se na kraju treća kategorija kroz 12 pitanja fokusirala na same probleme i poteškoće kod dojenja te njihov utjecaj na ishode dojenja. Anketni upitnik je bio distribuiran preko društvene mreže Facebook, a podaci su se prikupljali u periodu od 25.07.2023. do 25.08.2023. Prikupljeni podaci su se obrađivali u programu Microsoft Excel.

3.3. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 147 žena. Uvjeti za ispunjavanje anketnog upitnika su bili punoljetnost i iskustvo majčinstva iz aspekta dojenja. Najviše majki, njih 91 je bilo u dobi između 26 i 35 godina (61,9%), najčešći završeni stupanj obrazovanja je bila srednja škola, koju je završilo 100 sudionica (68%), češće mjesto stanovanja je urbano, odnosno grad sa 76 odgovora (51,7%). Što se tiče ranog statusa, 127 žena (86,4%) je zaposleno. U većini se žene pod bračni status izražavanju kao udate, sa 120 odgovora (81,6%), dok u kućanstvu najčešće žive s partnerom i djetetom/djecom, njih 118 (80,3%). Kao najčešći dosadašnji broj trudnoća navode 2 trudnoće sa 71 odgovorom (48,3%), dok je dosadašnji broj poroda 1 porod s 80 odgovora (54,4%). Porodi su kod 117 (79,6%) žena izvršeni vaginalno. Najčešći broj djece koji žene, njih 82 (55,8%), navode je jedno dijete. Ostali sociodemografski podaci i njihov raspon je prikazan u tablici 4.3.1.

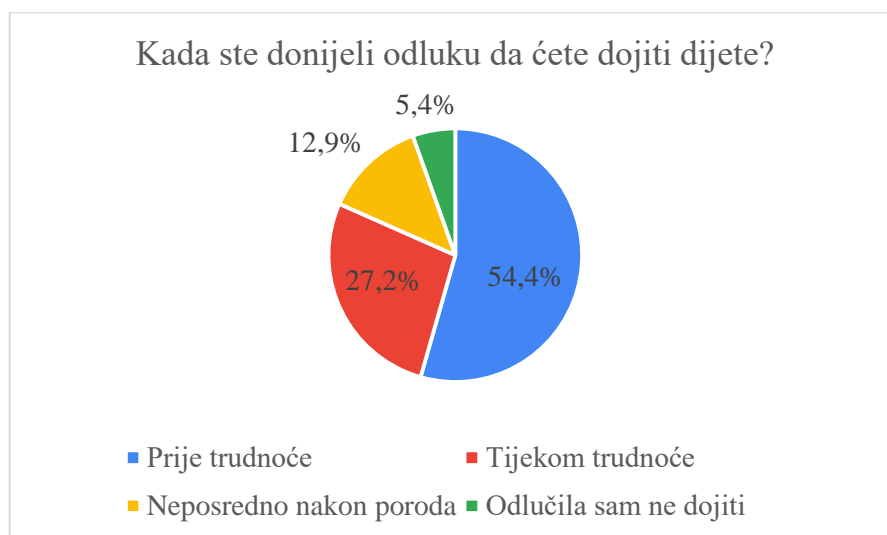
SOCIODEMOGRAFSKI PODACI SUDIONICA			
		Broj sudionica	Postotak (%)
Dob	18 – 25	35	23,8%
	26 – 35	91	61,9%
	36 – 45	17	11,6%
	46 i više	4	2,7%
Završen stupanj obrazovanja	osnovna škola	0	0%
	srednja škola	100	68%
	preddiplomski studij	15	10,2%
	diplomski studij	27	18,4%
	poslijediplomski studij	5	3,4%
Mjesto stanovanja	urbano (grad)	76	51,7%
	ruralno (selo)	71	41,3%
Radni status	zaposlena	127	86,4%
	povremeno zaposlena	5	3,4%
	nezaposlena	15	10,2%
Bračni status	udata	120	81,6%
	neudata	22	15%
	rastavljena	2	1,4%
	zaručena	2	1,4%
	vanbračna zajednica	1	0,7%
Suživot u kućanstvu	partner	3	2%
	partner i dijete/djeca	118	80,3%
	partner, djeca, roditelji/šira obitelj	25	17%
	dijete	1	0,7%
Broj trudnoća	1	59	40,1%
	2	71	48,3%
	3	14	9,5%
	4 i više	3	2%
Broj poroda	1	80	54,4%
	2	62	42,2%
	3	5	3,4%
	4 i više	0	0%
Način poroda	vaginalno	117	79,6%
	carskim rezom	30	20,4%
Broj djece	jedno	82	55,8%
	dvoje	61	41,5%
	troje	4	2,7%
	četvero	0	0%
	pet i više	0	0%

Tablica 3.3.1 Sociodemografski podaci sudionica

Izvor: Autor-S.K.

3.4. Rezultati

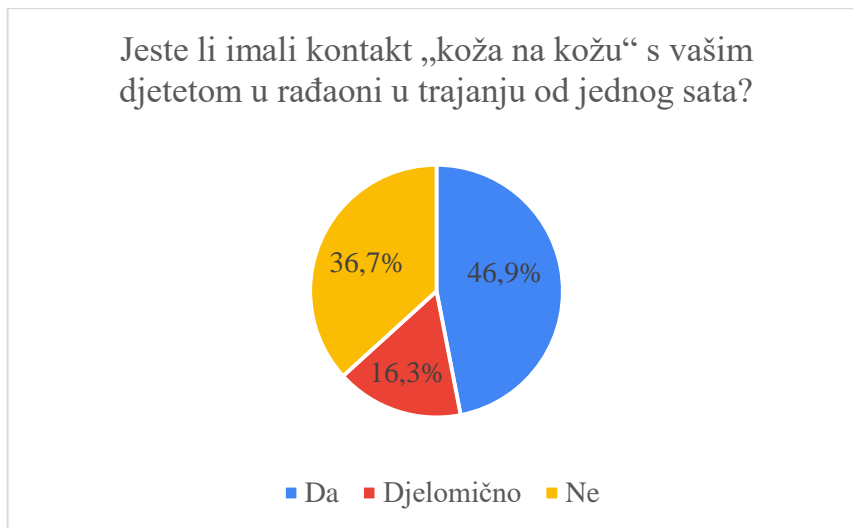
Prvo pitanje drugog dijela anketnog upitnika koji ispituje dojenje kod majki glasilo je „Kada ste donijeli odluku da ćete dojiti dijete?“. Pregled grafa 3.4.1 nam daje uvid u to da je većina žena odluku o dojenju donijela prije same trudnoće, te taj odgovor odabire 80 žena što je 54,4%. Odluku o dojenju tijekom trudnoće donijelo je 40 žena (27,2%), a odluku neposredno nakon poroda 19 žena (12,9%), dok 8 žena (5,4%) odgovara da su odlučile ne dojiti.



Graf 3.4.1. Kada ste donijeli odluku da ćete dojiti dijete?

Izvor: Autor- S.K.

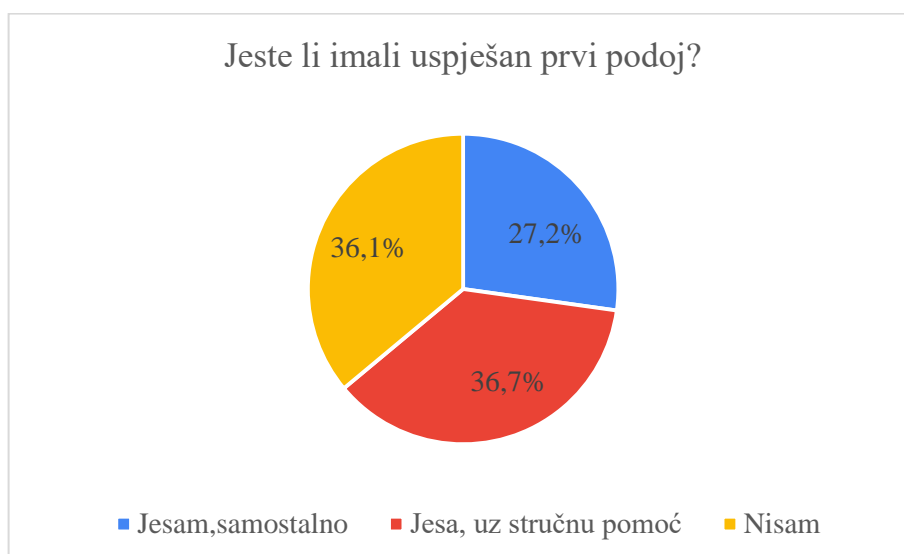
Drugo pitanje glasilo je „Jeste li imali kontakt „koža na kožu“ s vašim djetetom u rađaoni u trajanju od jednog sata?“. Pregled grafa 3.4.2 nam daje uvid u to da je većina žena imala kontakt „koža na kožu“ u trajanju od jednog sata, pa tako 69 žena (46,9%) odgovara s da. 54 žene (36,7%) odgovara da nisu imale kontakt „koža na kožu“, dok su djelomičan kontakt „koža na kožu“ imale 24 žene (16,3%).



Graf 3.4.2 Jeste li imali kontakt „koža na kožu“ s vašim djetetom u rađaoni u trajanju od jednog sata?

Izvor: Autor- S.K.

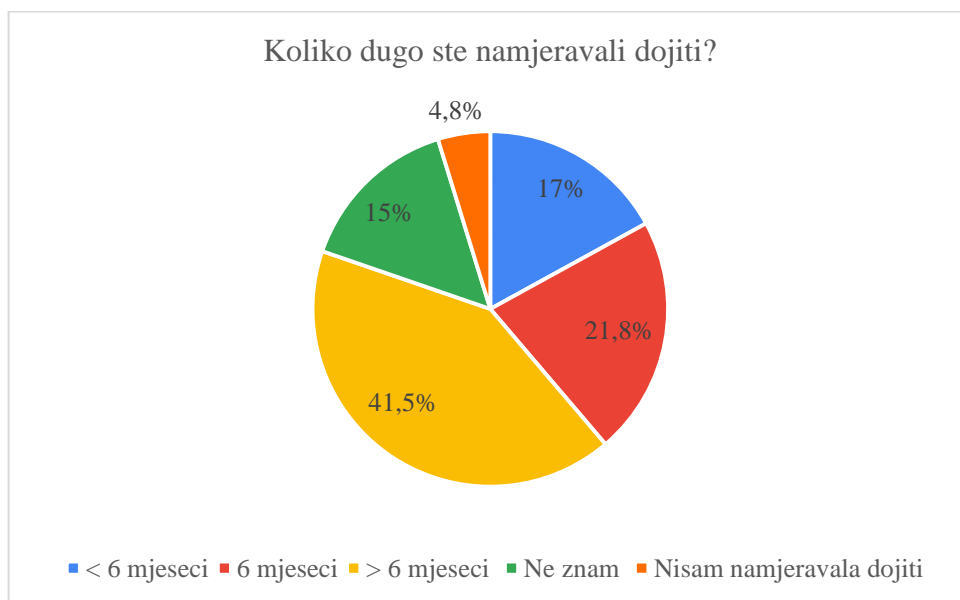
Treće pitanje glasillo je „Jeste li imali uspješan prvi podoj?“. Pregled grafa 3.4.3 nam daje uvid u to da je uspješan prvi podoj uz stručnu pomoć ostvarilo 54 žena (36,7%), dok su neuspješan prvi podoj imale 53 žene (36,1%). Samostalan uspješni podoj je imalo 40 žena (27,2%).



Graf 3.4.3 Jeste li imali uspješan prvi podoj?

Izvor: Autor- S.K.

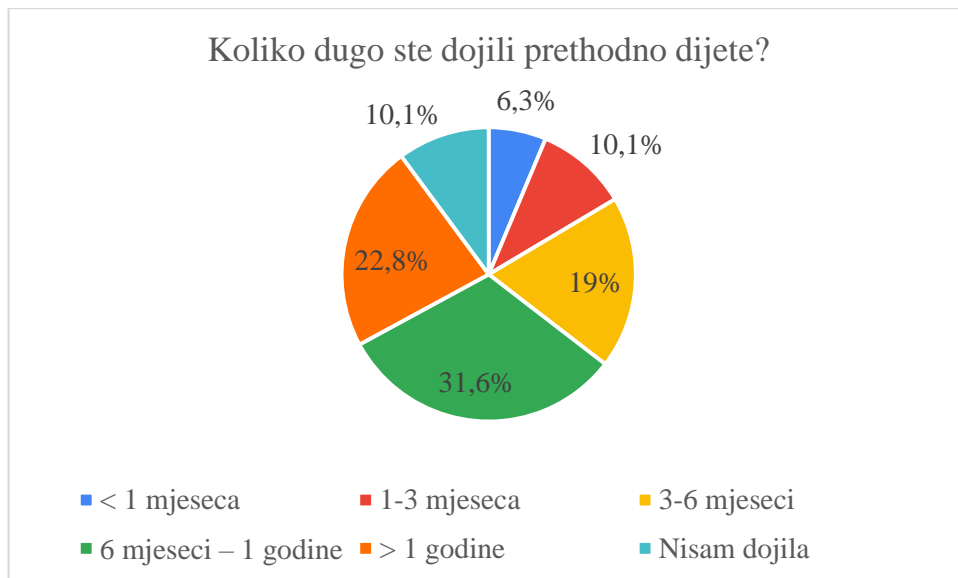
Četvrto pitanje glasilo je „Koliko dugo ste namjeravali dojiti?“. Pregled grafa 3.4.4 nam daje uvid u to da je najviše žena odgovorilo da je namjeravalo dojiti više od 6 mjeseci, njih 61(41,5%). 32 žene (21,8%) su namjeravale dojiti 6 mjeseci, 25 žena (17%) je namjeravalo dojiti manje od 6 mjeseci, 22 žene (15%) su odgovorile da ne znaju koliko su dugo namjeravale dojiti, te je 7 žena (4,8%) odgovorilo da nisu namjeravale dojiti.



Graf 3.4.4 Koliko dugo ste namjeravali dojiti?

Izvor: Autor- S.K.

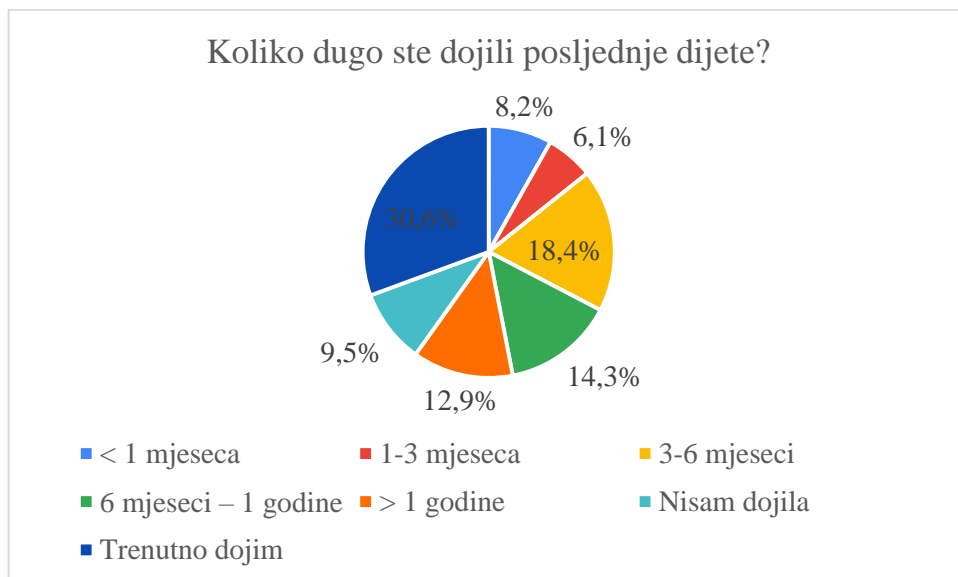
Peto pitanje glasilo je „Koliko dugo ste dojili prethodno dijete?“. Pitanje je bilo sastavljeno za majke koje imaju više od jednog djeteta, te je uz pitanje stajala napomena da prvorotke mogu preskočiti pitanje. Samim time odgovor na ovo pitanje nisu dale sve žene već njih 79, što se mora sagledati kod tumačenja rezultata. Pregled grafa 3.4.5 nam daje uvid u to da je najviše žena odgovorilo da su prethodno dijete dojile između 6 mjeseci i 1 godine, njih 25 (31,6%). Više od 1 godine je dojilo 18 žena (22,8%), 3 do 6 mjeseci je dojilo 15 žena (19%), 8 žena (10,1%) odgovara da su dojile 1 do 3 mjeseca, te isto toliko žena odgovara da nisu dojile. Tek 5 žena (6,3%) odgovara da su dojile manje od 1 mjeseca.



Graf 3.4.5 Koliko dugo ste dojili prethodno dijete?

Izvor: Autor- S.K.

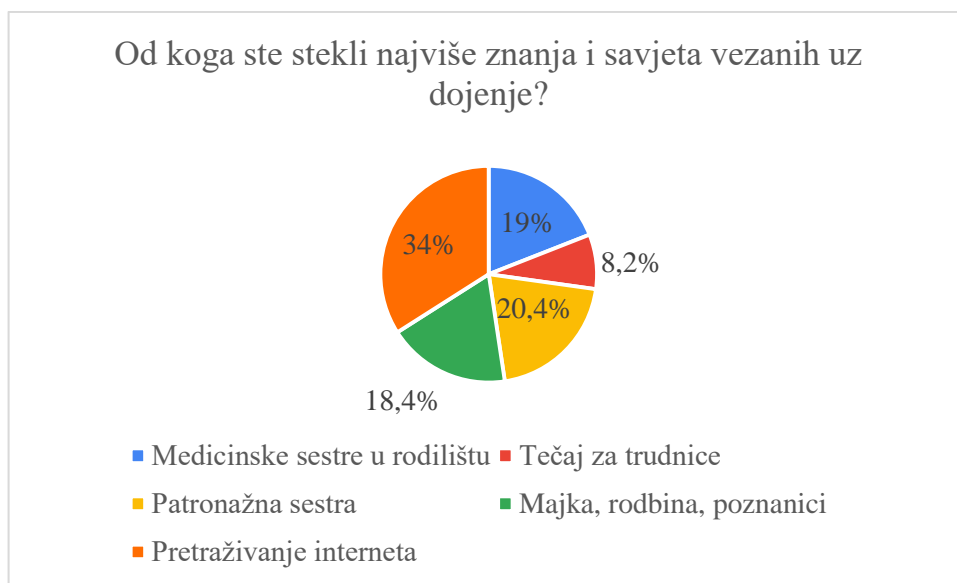
Šesto pitanje glasilo je „Koliko dugo ste dojili posljednje dijete?“. Pregled grafa 3.4.6 nam daje uvid u to da najviše žena, njih 45 (30,6%) trenutno doji. 27 žena (18,4%) odgovara da su posljednje dijete dojile 3 do 6 mjeseci, 21 žena (14,3%) odgovara da su dojile 6 mjeseci do 1 godine, 19 žena (12,9%) odgovara da su dojile više od 1 godine, 14 žena (9,5%) odgovara da nije dojilo, 12 žena (8,2%) odgovara da je dojilo manje od 1 mjeseca i 9 žena (6,1%) odgovara da je dojilo 1 do 3 mjeseca.



Graf 3.4.6 Koliko dugo ste dojili posljednje dijete?

Izvor: Autor- S.K.

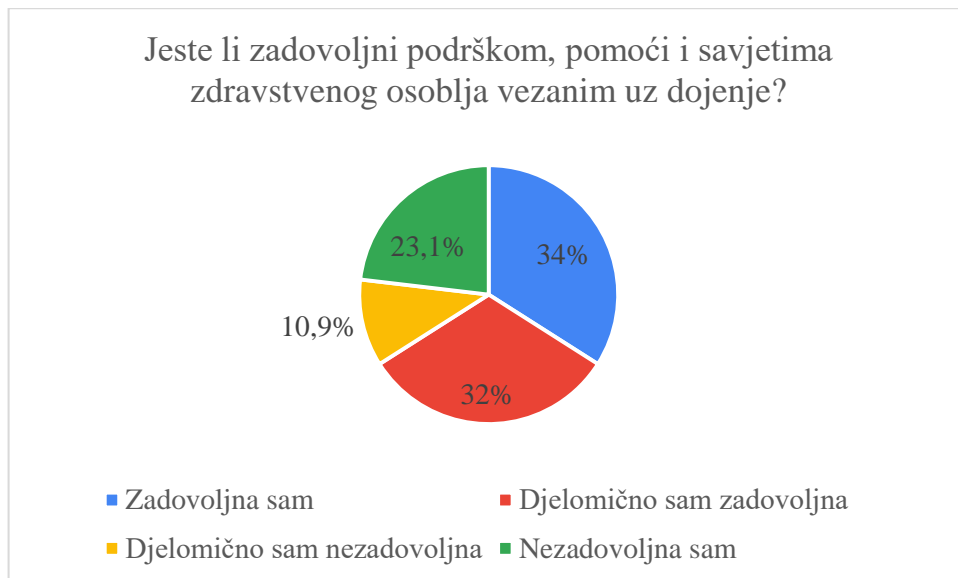
Sedmo pitanje glasilo je „Od koga ste stekli najviše znanja i savjeta vezanih uz dojenje?“. Pregled grafa 3.4.7 nam daje uvid u to da je najveći broj žena svoje znanje i savjete vezane uz dojenje stekao pretraživanjem interneta, te je taj odgovor dalo 50 žena (34%). 30 žena (20,4%) odgovara da je najviše znanja i savjeta steklo od patronažne sestre, 28 žena (19%) odgovara da je najviše znanja i savjeta steklo od medicinskih sestri u rodilištu, 27 žena (18,4%) odgovara da je najviše znanja i savjeta steklo od svojih majki, rodbine i poznanica i 12 žena (8,2%) odgovara da je najviše znanja i savjeta steklo pohađanjem tečaja za trudnice.



Graf 3.4.7 Od koga ste stekli najviše znanja i savjeta vezanih uz dojenje?

Izvor: Autor- S.K.

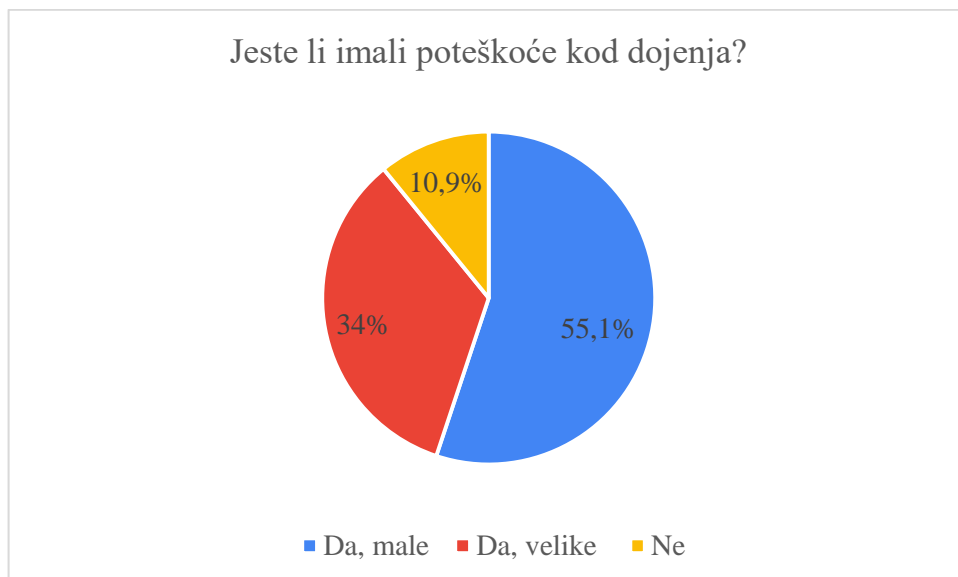
Osmo pitanje glasilo je „Jeste li zadovoljni podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje?“. Pregled grafa 3.4.8 nam daje uvid u to da je 50 žena (34%) zadovoljno podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje. 47 žena (32%) odgovara da je djelomično zadovoljno, 34 žene (23,1%) odgovaraju da su nezadovoljne i 16 žena (10,9%) odgovara je djelomično nezadovoljno podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje.



Graf 3.4.8 Jeste li zadovoljni podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje?

Izvor: Autor- S.K.

Treći dio anketnog upitnika ispitivao je probleme i poteškoće dojenja, a prvo pitanje glasilo je „Jeste li imali poteškoće kod dojenja?“. Pregled grafa 3.4.9 nam daje uvid u to da je najviše žena imalo poteškoće kod dojenja, no one su bile male, pa taj odgovor daje 81 žena (55,1%). 50 žena (34%) odgovara da su imale poteškoće kod dojenja i da su one bile velike, dok 16 žena (10,9%) odgovara da nije imalo poteškoća kod dojenja.



Graf 3.4.9 Jeste li imali poteškoće kod dojenja?

Izvor: Autor- S.K.

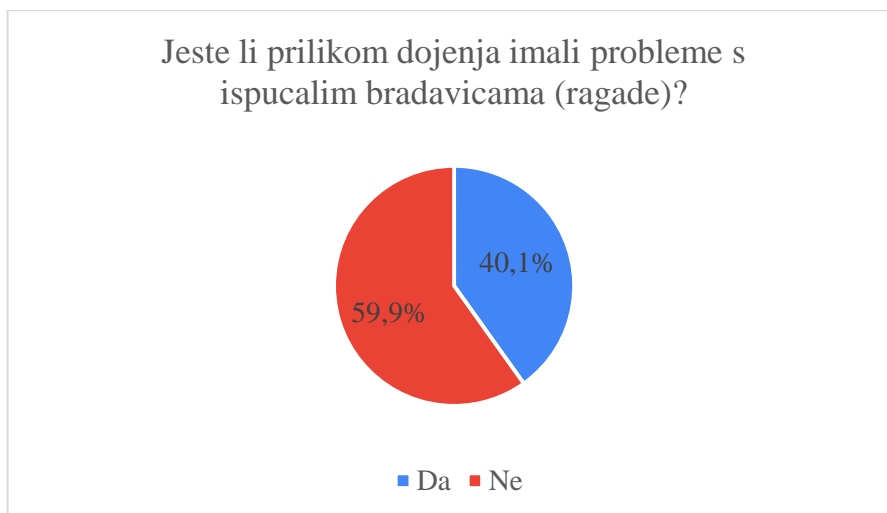
Drugo pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s bolnim bradavicama?“. Pregled grafa 3.4.10 nam daje uvid u to da je 116 žena (78,9%) odgovorilo „da“, potvrđujući da su imale probleme s bolnim bradavicama. 31 žena (21,1%) je odgovorila „ne“, negirajući probleme s bolnim bradavicama.



Graf 3.4.10. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s bolnim bradavicama?

Izvor: Autor- S.K.

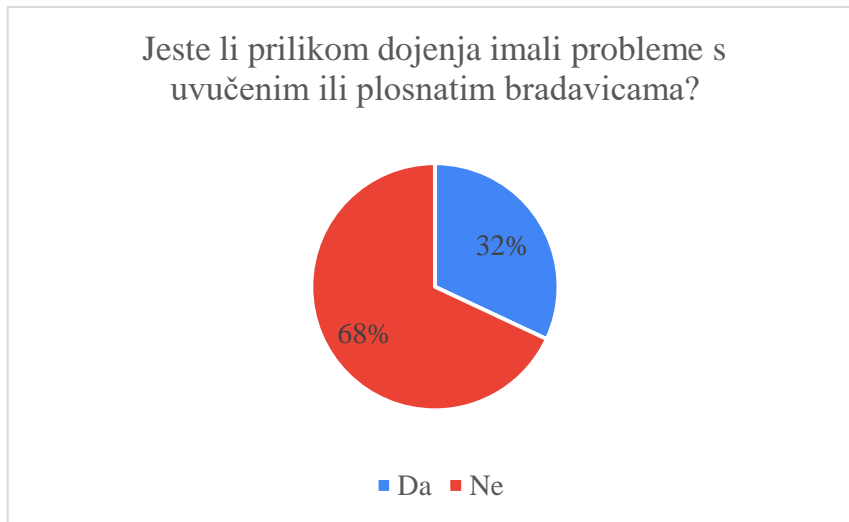
Treće pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s ispucalim bradavicama (ragade)?“. Pregled grafa 3.4.11 nam daje uvid u to da je 88 žena (59,9%) odgovorilo „ne“, negirajući probleme s ispucalim bradavicama. 59 žena (40,1%) žena odgovorilo je „da“, potvrđujući probleme.



Graf 3.4.11 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s ispucalim bradavicama (ragade)?

Izvor: Autor- S.K.

Četrto pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s uvučenim ili plosnatim bradavicama?“. Pregled grafa 3.4.12 nam daje uvid u to da je 100 žena (68%) odgovorilo „ne“, negirajući probleme s uvučenim ili plosnatim bradavicama. 47 žena (32%) odgovorilo je „da“, potvrđujući probleme.



Graf 3.4.12 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s uvučenim ili plosnatim bradavicama?

Izvor: Autor- S.K.

Peto pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s tvrdim prepunjenim dojkama?“. Pregled grafa 3.4.13. nam daje uvid u to da je 116 žena (78,9%) odgovorilo „da“, potvrđujući probleme s tvrdim prepunjenim dojkama. 31 žena (21,1%) odgovorilo je „ne“, negirajući probleme.



Graf 3.4.13 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s tvrdim prepunjenim dojkama?

Izvor: Autor- S.K.

Šesto pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa zastojsnom dojkom?“. Pregled grafa 3.4.14 nam daje uvid u to da je 114 žena (77,6%) odgovorilo „ne“, negirajući probleme sa zastojsnom dojkom. 33 žene (22,4%) odgovorilo je „da“, potvrđujući probleme.



Graf 3.4.14 Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa zastojsnom dojkom?

Izvor: Autor- S.K.

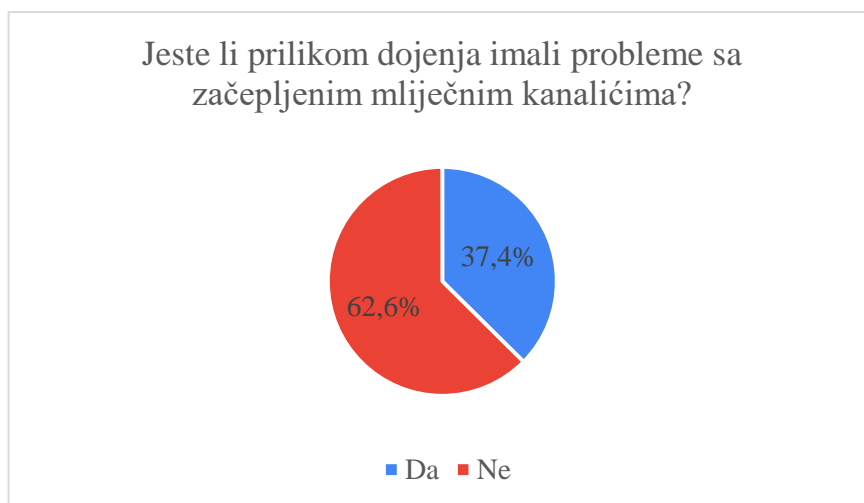
Sedmo pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s nedostatkom mlijeka?“. Pregled grafa 4.4.15 nam daje uvid u to da je 99 žena (67,3%) odgovorilo „ne“, negirajući probleme s nedostatkom mlijeka. 48 žena (32,7%) odgovorilo je „da“, potvrđujući probleme.



Graf 3.4.15 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s nedostatkom mlijeka?

Izvor: Autor- S.K.

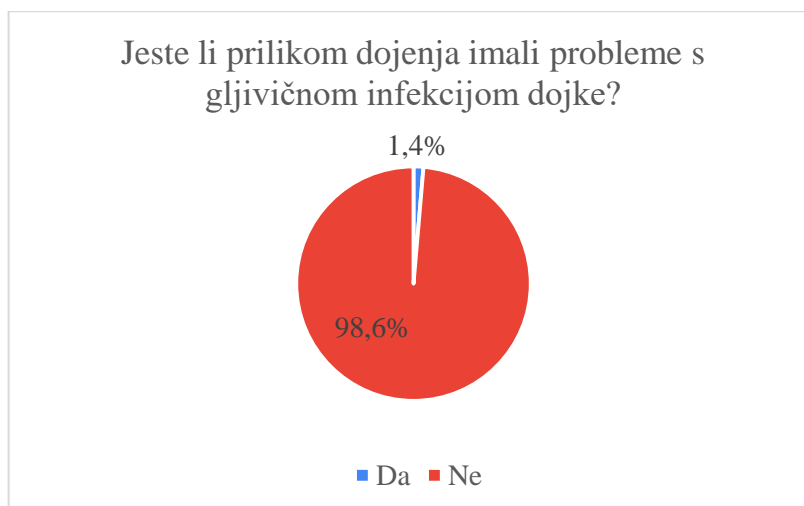
Osmo pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa začepjenim mliječnim kanalićima?“. Pregled grafa 3.4.16. nam daje uvid u to da su 92 žene (62,6%) odgovorile je „ne“, negirajući probleme sa začepjenim mliječnim kanalićima. 55 žena (37,4%) odgovorilo je „da“, potvrđujući probleme.



Graf 3.4.16 Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa začepjenim mliječnim kanalićima?

Izvor: Autor- S.K.

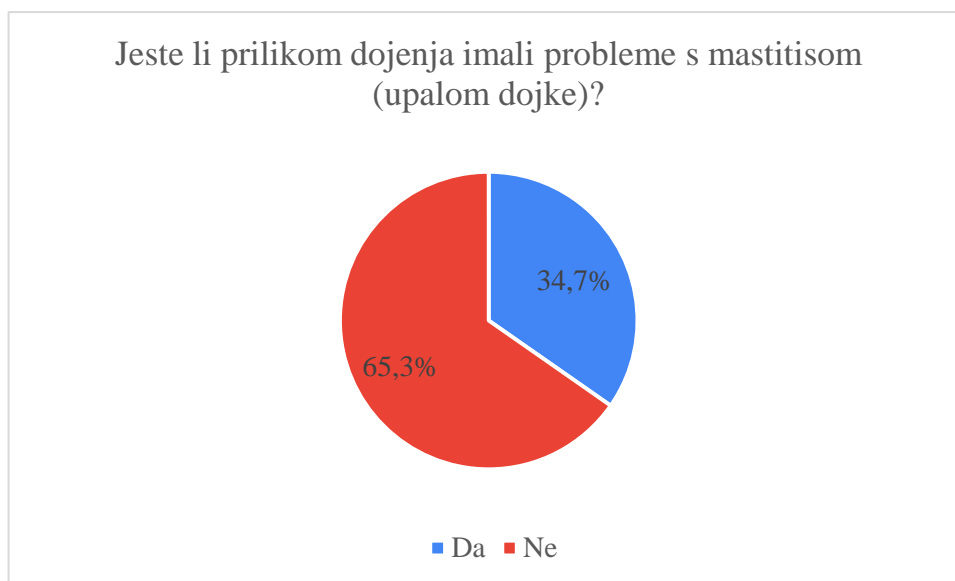
Deveto pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s gljivičnom infekcijom dojke?“. Pregled grafa 3.4.17. nam daje uvid u to da je 145 žena (98,6%) odgovorilo „ne“, negirajući probleme s gljivičnom infekcijom dojke. 2 žene (1,4%) su odgovorile „da“, potvrđujući probleme.



Graf 3.4.17 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s gljivičnom infekcijom dojke?

Izvor: Autor- S.K.

Deseto pitanje glasilo je „Jeste li prilikom dojenja imali probleme s mastitisom (upalom dojke)?“. Pregled grafa 3.4.18. nam daje uvid u to da je 96 žena (65,3%) odgovorilo „ne“, negirajući probleme s mastitisom, tj. upalom dojke. 51 žena (34,7%) odgovorila je „da“, potvrđujući probleme.



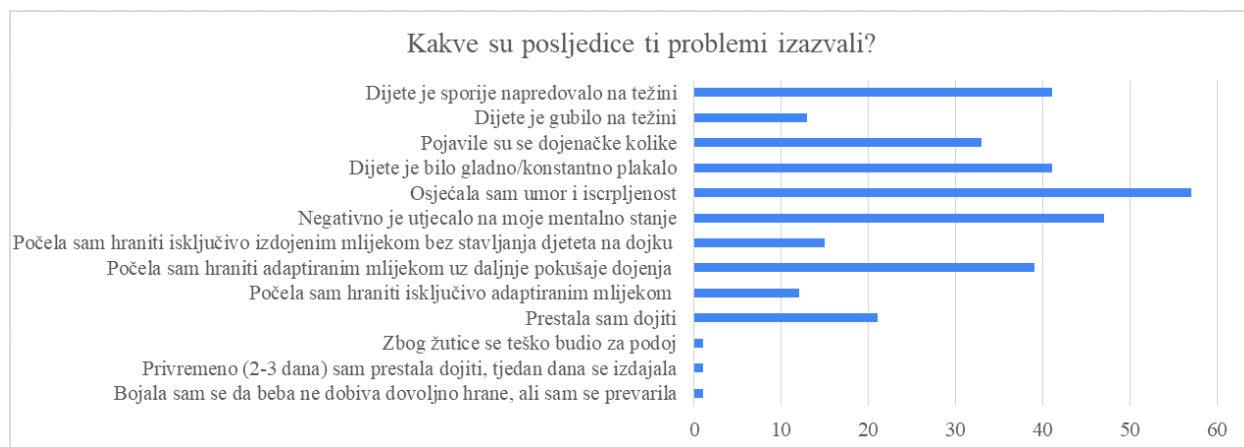
Graf 3.4.18 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s mastitisom (upalom dojke)?

Izvor: Autor- S.K.

Jedanaesto pitanje glasilo je „Kakve su posljedice ti problemi izazvali?“. Pitanje je bilo postavljeno na principu mogućnosti višestrukih odgovora, te je to bilo naglašeno kod ispunjavanja.

Pregled grafa 3.4.19 nam daje uvid u dobivene odgovore date od strane 126 žena. Najviše žena, njih 57 navodi kako je osjećalo umor i iscrpljenost kao posljedicu problema i poteškoća s dojenjem. Sljedeće po redu se navodi da su problemi i poteškoće negativno utjecale na mentalno stanje kod 47 žena. 41 žena navodi da je dijete sporije napredovalo na težini, te isto toliko žena navodi da je dijete bilo gladno i konstantno plakalo kao posljedica problema i poteškoća s dojenjem. 39 žena navodi da su kao posljedicu problema i poteškoća s dojenjem počele dijete hraniti adaptiranim mlijekom uz daljnje pokušaje dojenja. 33 žene navode da su se kao posljedica pojavile dojenačke kolike. 21 žena navodi da je kao posljedicu problema i poteškoća s dojenjem prestala dojiti svoje dijete. 15 žena navodi da je počelo hraniti isključivo izdojenim mlijekom bez stavljanja djeteta na dojku. 13 žena navodi da je kao posljedicu problema i poteškoća s dojenjem dijete gubilo na težini. 12 žena navodi da su kao posljedicu počele hraniti isključivo adaptiranim mlijekom. 3 žene navode ostale probleme od onih navedenih kao mogući odgovori na postavljeno pitanje. Jedan od njih navodi kako je posljedica bilo teško buđenje djeteta za podoj zbog žutice,

drugi navodi da je privremeno (2-3) dana došlo do prestanka dojenja i tjedan dana izdavanja i treći navodi da se majka bojala da dijete ne dobiva dovoljno hrane, ali se u konačnici prevarila.



Graf 3.4.19 Kakve su posljedice ti problemi izazvali?

Izvor: Autor- S.K.

Dvanaesto pitanje glasillo je „Ako su problemi doveli do prestanka dojenja, u kojoj je to dobi djeteta bilo?“. Pitanje je bilo postavljeno na principu mogućnosti slobodnog dopisivanja uz naglasak da se što točnije navede dob djeteta u navršenim danima, tjednima i/ili mjesecima. Podaci su grupirani prema starosti djeteta prema tjednima, a zatim i mjesecima do druge godine. Pregled grafa 3.4.20 nam daje uvid u dobivene odgovore date od strane 32 žene. 5 žena navodi da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 1 tjedna, a isto toliko žena navodi da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 1 mjeseca. 5 odgovora daje isti broj žena, njih 3.

Prvi odgovor je da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 2 tjedna, drugi odgovor je da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 2 mjeseca, treći odgovor je da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 3 mjeseca, četvrti odgovor je da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 4 mjeseca i peti odgovor je da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 5 mjeseci. 2 žene navode da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 3 tjedna, a isto toliko žena navodi da je do prestanka dojenja došlo u dobi djeteta od oko 2 godine. Po jedna žena navodi da je do prestanka dojenja došlo u dobi od oko 6 mjeseci, te oko 9 mjeseci i jedna žena navodi da se izdaja već 5 i pol mjeseci.



Graf 3.4.20 Ako su problemi doveli do prestanka dojenja, u kojoj je to dobi djeteta bilo?

Izvor: Autor- S.K.

3.5. Rasprava

Isključivo dojenje je jedini prirodni način hranjenja djeteta od njegova rođenja. Kao što je već navedeno preporuka Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a je da se svako dijete isključivo doji minimalno prvih 6 mjeseci njegova života, no po mogućnosti i duže. Sami podaci SZO-a i UNICEF-a govore o tome da je dojenje, usprkos svim pozitivnim aspektima koje sa sobom donosi, vrlo malo zastupljeno i prakticirano u svijetu. Razlozi ne dojenja i prestanka dojenja su mnogobrojni, a često se javljaju upravo zbog problema i poteškoća kod dojenja. Ovo istraživanje pod nazivom „Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja“ je stoga za cilj imalo istražiti upravo te teme.

U istraživanju je sudjelovalo 147 žena. Uz pomoć anketnog upitnika podijeljenog na društvenu mrežu Facebook prikupljali su se podaci za obradu.

Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno i u potpunosti anonimno, te su žene u bilo kojem trenutku mogle odustati od ispunjavanja anketnog upitnika. Nedostaci ovog istraživanja su ograničenost prikupljenih podataka na populaciju majki koje koriste društvenu mrežu Facebook, te relativno mali broj sudionica. Anketni upitnik je sastavljen od 30 pitanja podijeljenih u 3 kategorije. Prva kategorija se odnosila na sociodemografske podatke te podatke o trudnoćama i porodima koji su se ispitali kroz 10 pitanja. Druga kategorija se odnosila na prikupljanje podataka vezanih uz samo dojenje, te iskustvo i navike dojenja kroz 8 pitanja. Treća kategorija se odnosila

na konkretne probleme i poteškoće kod dojenja, njihovu pojavnost i utjecaj na majku, dijete i u krajnosti na ishode dojenja, a sadržavala je 12 pitanja.

Sociodemografski prikupljeni podaci pokazuju da je najviše sudionica bilo je u dobnoj skupini 26-35 godina (61,9%), najčešći završeni stupanj obrazovanja je bila srednja škola (68%), češće iz urbanog mjesta stanovanja, tj. grada (51,7%), zaposlenih (86,4%) i udatih (81,6%). U kućanstvu najčešće žive s partnerom i djetetom/djecom (80,3%), dosadašnji broj trudnoća iznosi 2 trudnoće (48,3%), a dosadašnji broj poroda 1 porod (54,4%). Porodi su izvršeni vaginalno (79,6%), a najčešći broj djece je jedno dijete (55,8%).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako ne postoji značajnija statistička povezanost između navika, problema i poteškoća kod dojenja i dobi sudionica, završenog stupnja obrazovanja ni mjesta stanovanja. Također nema značajne povezanosti s obzirom na bračni status, suživot u kućanstvu ni broj djece. Broj trudnoća, broj poroda i način izvršenja poroda također nisu statistički povezani. S obzirom na te rezultate možemo zaključiti da okolina ne igra veliku ulogu u nastanku problema i poteškoća, već se one mogu prepisati drugim faktorima. Prethodna istraživanja na području Republike Hrvatske daju rezultate koji ukazuju da je dojenje češće prisutno među starijim dobnim skupinama u odnosu na mlađe, kao i pozitivniji stav i veća učestalost dojenja kod majki višeg završenog stupnja obrazovanja u odnosu na one niže obrazovanje [42]. Ti podaci se ne podudaraju s rezultatima ovog istraživanja što može ukazivati na promjene stavova, razmišljanja i postupaka u vezi s dojenjem kod majki danas s obzirom na podatke iz prošlog desetljeća.

Podaci o samom dojenju u drugom dijelu upitnika imaju za cilj dobiti bolji uvid u iskustvo dojenja kod majki, stav kod dojenja, navike i uspješnost te trajanje dojenja, kao i izvore educiranosti i sustav potpore kod dojenja. Najviše sudionica je odluku da će dojiti svoje dijete donijelo prije trudnoće (54,4%). Što se tiče ostvarivanja kontakta „koža na kožu“ s novorođenim djetetom u prvom satu nakon poroda, najviše sudionica se izjavljuje da je on bio ostvaren (46,9%).

Ovakvi dobiveni rezultati se poklapaju s istraživanjem provedenim u Etiopiji 2017. godine, gdje se pregledom istraživanja utvrđeno da je kontakt „koža na kožu“ ostvaren u 44,8% slučajeva, pokazujući nam da su podaci otprilike isti. Ipak, prakticiranje kontakta „koža na kožu“ i sama uspješnost je još uvijek niska s obzirom na sve dobrobiti koje takav kontakt odmah po rođenju donosi i za majku i za dijete [43]. Što se tiče uspješnosti prvog podoja, najviše sudionica navodi da je on bio uspješan, ali uz stručnu pomoć (36,7%).

Istraživanje u Kini, provedeno od studenog 2020. do siječnja 2021. imalo je za cilj utvrditi uspješnost ranog dojenja i ishode. U istraživanje su bile uključene 203 trudnice, od kojih 102 u

skupini s intervencijama od strane osoblja i 101 u kontrolnoj skupini. Rezultati su pokazali da učestalost uspješnijeg ranog dojenja bila viša u intervencijskoj skupini (75,8%), dok je u kontrolnoj skupini bila značajnije manja (42,9%). Prvo dojenje je u intervencijskoj skupini također počelo ranije, unutar 50 minuta po porodu, dok je u kontrolnoj skupini to iznosilo 90 minuta. Uzevši u obzir rezultate ovog istraživanja, vidimo da je uloga medicinskog osoblja kod prvog podoja od velike važnosti i uvelike povećava uspješnost dojenja [44]. Takvi rezultati se mogu usporediti s ovim istraživanjem, koje također ukazuje da je podoj bio uspješan uz pomoć i intervencije medicinskog osoblja. Nadalje, najviše sudionica je namjeravalo dojiti svoje dijete više od 6 mjeseci (41,5%). Prethodno dijete je najviše sudionica dojilo između 6 mjeseci i 1 godine (31,6%), dok su svoje posljednje dijete sudionice u vrijeme provođenja istraživanja trenutno dojile (30,6%). Istraživanje provedeno u Iranu 2020. godine imalo je za cilj istražiti u kojoj dobi prestaje isključivo dojenje i koji razlozi doprinose tome. Vrijeme prestanka je prema rezultatima iznosilo između 1 i 36 mjeseci, s prosjekom oko 19 mjeseci. Najčešće doba prestanak dojenja je bilo 24 mjeseca djetetove starosti, odnosno dvije godine (32,9%). Ti se rezultati donekle slažu s rezultatima ove ankete. U obzir se mora uzeti da je, potvrdivši i prethodnu pretpostavku, veći dio žena za vrijeme provedbe ovog istraživanja još uvijek aktivno dojio. Ipak, podaci o prethodnom djetetu pokazuju nam da je više od godinu dana dojilo tek 22,8% dojilja, dok je većina dojila između 6 mjeseci i 1 godine (31,6%).

Podaci iz istraživanja u Iranu, u dobi od 6 mjeseci do 1 godine iznose tek 6,5%. Zaključno, duljina trajanja dojenja u Iranu je puno duža s obzirom na navike dojenja u Hrvatskoj, prema ovom istraživanju [45]. Vezano uz sustav potpore, najviše znanja i savjeta vezanih uz dojenje su sudionice dobile samostalno pretraživanjem interneta (34%). Što se tiče zadovoljstva s podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje najviše sudionica je zadovoljno (34%). Istraživanje provedeno u Irskoj od 24. siječnja 2022. do 15. veljače 2022. napravljeno je na principu dobivanja odgovora na postavljeno otvoreno pitanje. Sudionice su izrazile svoje zadovoljstvo iskustvom u rodilištu vezanim uz podršku dojenja od strane osoblja. Odgovori su bili mnogobrojni, njih 2264, a većina se ne poklapa s rezultatima ovog istraživanja. Žene iz Irske su općenito opisivale nezadovoljstvo postupcima zdravstvenih radnika. Mnoge od njih (56%) nisu imala prethodna iskustva s dojenjem, te su se susretale s mnogobrojnim problemima. Općenito su navodile kako postoji nedostatak znanja o dojenju od strane osoblja, kao i nedostatak ponuđene pomoći i podrške kod pojave problema. Navodile su da nije bilo potrebne podrške za uspješno

započinjanje ili nastavak dojenja. Mnoge su žene spomenule kako su problemi često ostajali neriješeni, stvarajući im tako osjećaj zabrinutosti stres. Također su mnoge navodile da su proturječne informacije izazivale emocionalni stres, te bi se zbog toga i često obeshrabrile da nastave dojeti [46]. Usporedivši to s ovim istraživanjem vidimo da je 34% žena ipak izrazilo neki oblik nezadovoljstva, što nam govori da još uvijek potrebna podrška, pomoći i savjeti zdravstvenog osoblja nisu idealni.

Podaci iz trećeg dijela upitnika odnose se na konkretne probleme i poteškoće kod dojenja. Oni su za cilj imali provjeriti pojavnost i utjecaj samih problema i poteškoća na majku i dijete, te na ishode dojenja. Najviše sudionica je navelo da su imale poteškoće kod dojenja (55,1%). Pojavnost problema s bolnim bradavicama potvrđuje većina sudionica (78,9%). Probleme s ispucalim bradavicama, odnosno pojavom ragada negira većina sudionica (59,9%). Probleme s uvučenim ili plosnatim bradavicama većina sudionica negira (68%). Pojavnost problema s tvrdim prepunjenim dojčkama potvrđuje većina sudionica (78,9%). Probleme sa zastojnom dojčkom većina sudionica negira (77,6%). Probleme s nedostatkom mlijeka većina žena također negira (67,3%). Probleme sa začepljenim mliječnim kanalčićima negira većina sudionica (62,6%). Većina žena negira probleme s gljivičnom infekcijom dojke (98,6%). Probleme s mastitisom odnosno upalom dojke većina sudionica opet negira (65,3%).

Usporedivši rezultate ovog istraživanja s istraživanjem provedenim u Kanadi [47] i Demokratskoj Republici Kongo [48], vidimo da su problemi s kojima se doji prilikom dojenja susreću isti. Oni između ostalog također uključuju bolne, ispucale bradavice, nedovoljnu proizvodnju mlijeka i napetost i prepunjenost dojki. Istraživanje provedeno u Kanadi ukazuje da se pojavnost problema bolnih bradavica kreće oko 75,9%, što se podudara s rezultatima ovog istraživanja. Pojava problema s tvrdim prepunjenim dojčkama kreće se oko 34,9%, a problemi s nedovoljnom proizvodnjom mlijeka javljaju se u 15,4% slučajeva [47]. Pojavnost problema bolnih bradavica u Demokratskoj Republici Kongo kreće se oko 37%, a problemi s ispucalim bradavicama oko 31%. Problemi s tvrdim prepunjenim dojčkama kreću se oko 10%, a s nedostatkom mlijeka oko 18%. Rezultati tog istraživanja se ne poklapaju s ovim istraživanjem, štoviše, podaci su uvelike drugačiji. Iako su problemi i poteškoće s kojima se doji prilikom dojenja susreću isti, njihova incidencija je značajnije veća. S obzirom na te podatke možemo zaključiti da su problemi u Hrvatskoj češći i veći nego Demokratskoj Republici Kongo [48].

Posljedice tih problema su mnogobrojne, a najčešće u ovom istraživanju se spominje osjećaj umora i iscrpljenosti dojilje, koji odmah prati i negativan odraz na mentalno stanje. Također, zbog problema i poteškoća kod dojenja sudionice navode da je njihovo dijete sporije napredovalo na težini, bilo gladno i konstantno plakalo. Nadalje se kao posljedica spominje potreba započinjanja hranjenja djeteta adaptiranim mlijekom uz daljnje pokušaje dojenja. Mnoge navode pojavu dojenačkih kolika koje negativno utječu i na dijete i na majku, te nažalost ti problemi i poteškoće na kraju dovode do potpunog prestanak dojenja djeteta. Istraživanje provedeno u Domu zdravlja Mostar obuhvaćalo je 300 žena, 145 dojilja i 155 ne dojilja. Cilj je bio vidjeti zbog kojih čimbenika žene odustaju od dojenja. Prema rezultatima, do prestanka dojenja najčešće dolazi zbog neiskustva majke, straha i niskog samopouzdanja. Ključni faktor je i nedostatak podrške od strane okoline i stručnog osoblja. Prvorotke češće osjećaju zabrinutost i strah zbog novodobivene uloge. Umor i stres se također spominju kao česti faktori, kojeg slijedi nedostatak mlijeka. Kada dođe do prestanka dojenja to je najčešće samostalna odluka na koju nitko osim samih majki nije utjecao [49]. Ti rezultati pokazuju da je potrebna bolja edukacija i podrška dojiljama, kako bi se povećala prevalencija i održalo dojenje. Istraživanje na području Vukovarsko-srijemske županije, provedeno od veljače do travnja 2021. godine, za cilj je imalo ispitati učestalost isključivog dojenja. U istraživanju su sudjelovale 302 sudionice. Prema rezultatima najčešći razlozi prestanka dojenja uključuju slabo napredovanje na težini i mastitis [50]. S tim rezultatima se opet nameće potreba za boljom edukacijom i pomoći dojiljama tijekom razdoblja dojenja.

Kada zbog svih prije navedenih problema i poteškoća dođe do prestanka dojenja, važno je uzeti u obzir u kojoj je to dobi djeteta. Rezultati ovog istraživanja nam pokazuju da je najčešće vrijeme prestanka dojenja unutar mjesec dana djetetova života. Sljedeći podaci pokazuju da je prestanak nadalje bio unutar šest mjeseci djetetova života. Samim time dobivamo uvid da je dojenje prekinuto vrlo rano, zaustavivši tako sve dobrobiti koje ono sa sobom donosi i uskrativši djetetu, ali i majci jedan od ključnih faktora emocionalne i socijalne povezanosti i razvijanja i održavanja zdravih odnosa. Sagledavši istraživanje provedeno 2018. godine u Iranu, možemo usporediti podatke s ovim istraživanjem. U istraživanju je sudjelovalo 410 majki iz urbanih i ruralnih područja. Evidencija je uključivala demografske podatke, uključujući dob majki, spol novorođenčeta, zanimanje majke i razinu obrazovanja, vrstu poroda, trajanje dojenja, prijašnje trudnoće, vrijeme početka korištenja dohrane, status korištenja umjetnog mlijeka i korištenje dude

varalice, kao i detaljnu evidenciju dojenja. Rezultati su pokazali da je prestanak dojenja prije 2. godine iznosio 34%, dok je 65,8% majki navodilo dojenje do 1. godine života. Stopa ranog prekida dojenja prije 6 mjeseci starosti u istraživanju iz Irana bila je 6%.

U usporedbi s istraživanjem ovog rada, taj je postotak puno manji s obzirom na 410 sudionica, dok u ovom radu od 147 sudionica taj postotak iznosi 18,4% [51]. Također, istraživanje provedeno u Gani do veljače 2021. godine imalo je za cilj ispitati istu problematiku prevalencije i prestanka isključivog dojenja u djece od 6 mjeseci starosti. Rezultati su pokazali da je prevalencija isključivog dojenja do 6 mjeseci u Gani 50%. Neki čimbenici poput zaposlenosti, odgovarajuće skrbi i edukacije prije poroda, podrška okoline i zdravstvenog osoblja su olakšavali nastavak isključivog dojenja kod majki. Ipak, samo polovica djece je do 6 mjeseci bila isključivo dojena, što je relativno nisko [52]. Uspoređujući s rezultatima ove ankete vidimo da je situacija slična i da je dojenje u nekoj mjeri zanemareno i izostavljeno.

Kod pregleda svih ovih rezultata u obzir treba uzeti moguće greške u odgovorima zbog subjektivnosti i odgovora temeljenih na dosjećanju, kao i moguću racionalizaciju kod odgovaranja na pitanja.

3.6. Zaključak istraživanja

Iako preporuke navode minimalno dojenje od 6 mjeseci, mnoge dojilje odustaju od dojenja puno prije. Sve češći je trend i potpunog odbijanja dojenja, gdje se dojenje ni ne započinje jer majke navode da ni ne žele pokušati dojiti. Novorođenčad tako biva uskraćena od jedinog prirodnog načina hranjenja. Takva praksa dugoročno ostavlja posljedice na dijete i na majku. Tu se naravno nameće pitanje koji je razlog tome. Cilj ovog istraživanja je bio ispitati koji od poznatih problema i poteškoća koji se javljaju kod dojenja i u kojoj mjeri utječu na dojenje. Prema podacima ovog istraživanja, sociodemografski podaci nemaju značajnu korelaciju s pojavom i utjecajem problema i poteškoća kod dojenja na samo dojenje. Majke većinom odluku za dojenje donose prije trudnoće i planiraju dojiti prema preporukama SZO-a, što ukazuje da u većoj mjeri imaju razvijenu svijest o važnosti dojenja. Kod rođenja i ostvarivanja prvog kontakta „koža na kožu“, kao i kod uspješne uspostave prvog podoja možemo sagledati važan aspekt medicinskog osoblja koje igra veliku ulogu u tome hoće li taj proces biti uspješan. Prema rezultatima ankete i same žene smatraju da je ta uloga bitna, iako mnoge nisu nužno u potpunosti zadovoljne iskustvom i ulogom koju je zdravstveno osoblje odigralo. Tu se nameće pitanje educiranost, ali i samog načina rada i koliko je spremno i kvalitetno pružena skrb i podrška majci i djetetu kod usvajanja i savladavanja dojenja.

Naravno, uz sve pokušaje da se dojenje pravilno uspostavi i održava, uvijek postoji mogućnost pojave problema i poteškoća. Prema rezultatima ovog istraživanja, najčešće se javljaju problemi boli bradavica, koje se može pripisati nepravilnom hvatu bradavice zbog neiskustva i ne korigiranja krivog hvata. Isto tako se javljaju problemi s prepunjenosti dojke, što također može ukazivati na nepravilan i nedovoljan podoj, a i moguću lošu edukaciju u vidu mogućnosti izdavanja i drugih metoda olakšavanja neugodnosti. Ostali problemi se javljaju u nešto manjim postocima, što ne znači da moraju biti zanemareni. Svi ti problemi izazivaju stres, umor i iscrpljenost, što i same sudionice navode. Posljedično, svi problemi i poteškoće utječu na dijete. Tu se javlja slabo napredovanje na težini, glad, plač i kolike kao i potreba za prelaskom na druge metode hranjenja, odnosno adaptirano mlijeko. Najgora posljedica je svakako potpuni prestanak dojenja. Ipak, i to se u velikoj mjeri događa. Do samog odustajanja od dojenja je prema rezultatima ovog istraživanja došlo kod 32 sudionice od njih 147, što iznosi 21,8%. Sam taj postotak je vrlo velik, a još više zabrinjava činjenica da se to događa unutar 6 mjeseci djetetova života, štoviše, kod velike većine sudionica već u prvih mjesec dana djetetova života.

4. Zaključak

Dojenje je mnogo više od samog hranjenja djeteta. To je proces kroz kojim se gradi bliskost i stvara osjećaj sigurnosti. Brojne su prednosti koje dojenje sa sobom nosi za majku i za dijete djelujući na biološke, emocionalne i socijalne aspekte. Kako bi se sagledali i razumjeli sve dobrobiti dojenja, potrebno je majke, njihovu okolinu i sveukupnu populaciju pobliže upoznati s dojenjem. U prošlosti, no nažalost i u današnje vrijeme, dojenje je još uvijek svrstano pod tabu temu u društvu. Iako su mnoge stigme razbijene, još uvijek ne postoji otvoren dijalog i potpuno razumijevanje svih pogodnosti dojenja. Izostavivši medije i njihov utjecaj, naglasak bi se ovim putem mogao staviti na zdravstveno osoblje.

Kao i inače, medicinske sestre i tehničari su stručnjaci koji su na prvim crtama komunikacije i interakcije s ljudima. Već kod planiranja obitelji važno je staviti naglasak na dojenje. Bilo da su u pitanju trudnice ili žene koje planiraju i žele postati majke, važno je rano ih upoznati s dojenjem, prednostima dojenja i samim procesom. Dakle edukacija je ključna, a razumijevanje teorijskog znanja uvelike olakšava daljnju provedbu u praksi. Mnoge majke i jesu educirane i upoznate s dojenjem i svim prednostima, te često već i prije začeca imaju pozitivnu sliku o dojenju, kao i namjeru svoje dijete dojiti. Problemi ipak nastaju kod provođenja teorije u stvarnosti. Već po porodu ključni su trenuci uspostave kontakta „koža na kožu“ i prvog uspješnog dojenja. Medicinska sestra je opet tu uz majku kroz taj proces i osim edukatora ovdje postaje i podrška majci. Dojenje je za majku i dijete novo, neistraženo područje. Oboje se nerijetko teško isprva snalaze u toj novoj ulozi. Od problema prihvata, do bolnih grudi, bilo zbog oštećenih bradavica ili prepunih dojki, preko nedovoljne količine mlijeka ili neadekvatnog sisanja, do problema s kolikama, plakanjem, neprospavanim noćima i umorom i iscrpljenosti majke, često dolazi do straha i preispitivanja nastavka dojenja.

Mnoge majke navode bespomoćnost, gubitak samopouzdanja i nedovoljnu podršku okoline kao faktore koji ih još više odvrate od dojenja. Upravo taj aspekt podrške možda i igra najveću ulogu. Često majke navode da nisu zadovoljne količinom pomoći i podrške kao ni kvalitetom pružanja iste od strane medicinskog osoblja. Često nije bilo ponuđeno rješenje za probleme kod dojenja, a stres koji je nastao kao posljedica nekonkretnih ili šturih informacija je od strane osoblja bio previđen. Takve situacije su moguće, jer zdravstveno osoblje uz sve svoje obaveze može

zanemariti ili nedovoljno pažnje posvetiti nekom aspektu koji je u tome trenutku dojilji bio krucijalan. Ipak, svaka medicinska sestra mora biti zagovaratelj i podrška majci.

Potrebno je stvoriti odnos povjerenja uz omogućavanje pravovremene, specifične i praktične podrške prilagođene njihovim potrebama. Podrška je u razdoblju dojenja neophodna i mora se pružiti na individualiziran, informativan i nepristran način kako bi se izgradilo samopouzdanje dojilja za uspostavu isključivog dojenja i uspješan nastavak istog. Svaki napor mora se fokusirati na nastojanje izbjegavanja najgoreg ishoda za majku i dijete – prestanka dojenja.

U Varaždinu _____ 2023.

Sabina Krdžalić

5. Literatura

- [1] World Health Organization: Breastfeeding. <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>, dostupno 28.08.2023.
- [2] World Health Organization: Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, Geneva, 2017.
- [3] T.B. Amoo, T. Popoola, T. Lucas: Promoting the practice of exclusive breastfeeding: a philosophic scoping review, BMC Pregnancy Childbirth, br. 22(1), svibanj 2022., str. 380.
- [4] D. Geddes, S. Perrella: Breastfeeding and Human Lactation. Nutrients, br. 11(4), 2019., str. 802.
- [5] F.Z. Karimi, R. Sadeghi, N. Maleki-Saghooni, T. Khadivzadeh: The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis, Taiwanese journal of obstetrics & gynecology, br. 58(1), 2019., str. 1–9.
- [6] K. L. Westerfield, K. Koenig, R. Oh: Breastfeeding: Common Questions and Answers, American family physician, br. 98(6), 2018., str. 368–373.
- [7] Hrvatska udruga grupa za potporu dojenja: Prednosti dojenja. <http://hugpd.hr/dojenje/prednosti-dojenja/>, dostupno 28.08.2023.
- [8] United Nations International Children's Emergency Fund: Grupe za potporu dojenju i priručnik za voditeljice grupa. Dostupno na: <https://www.unicef.org/croatia/reports/grupe-za-potporu-dojenju-i-prirucnik-za-voditeljice-grupa>, dostupno 28.08.2023.
- [9] Udruga RODA - Roditelji u akciji: Dojenje. https://rodilista.roda.hr/media/attachments/Bros_Dojenje_2015_web.pdf, dostupno 28.08.2023.
- [10] M. Milinco, L. Travan, A. Cattaneo, A. Knowles, M.V. Sola, E. Causin, C. Cortivo, M. Degrassi, F. Di Tommaso, G. Verardi, L. Dipietro, M. Piazza, S. Scolz, M. Rossetto, L. Ronfani, Trieste BN (Biological Nurturing) Investigators: Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial, International breastfeeding journal, br. 15(1), 2020., str. 21.

- [11] HiPP Hrvatska: Položaji za dojenje i savjeti za njegu. <https://www.hipp.hr/mljecne-formule/majcino-mlijeko-i-dojenje/savjeti-za-dojenje/polozaji-za-dojenje/>, dostupno 28.08.2023.
- [12] Udruga RODA - Roditelji u akciji: Ispravan položaj pri dojenju. <https://www.roda.hr/portal/dojenje/ispravan-pocetak-dojenja/ispravan-polozaj-pri-dojenju.html>, dostupno 28.08.2023.
- [13] United Nations International Children's Emergency Fund: Rodilište - prijatelj majki i djece. <https://www.unicef.org/croatia/izvjesca/rodiliste-prijatelj-majki-i-djece>, dostupno 28.08.2023.
- [14] World Breastfeeding Trends Initiative: WBTi tool. <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/resources/wbti-tool>, dostupno 28.08.2023.
- [15] United Nations International Children's Emergency Fund: Inicijativa bolnica-prijatelj djece. <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>, dostupno 28.08.2023.
- [16] Z. Mojsović i sur.: Sestrinstvo u zajednici 1 Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2004.
- [17] Z. Mojsović i sur.: Sestrinstvo u zajednici 2 Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [18] Z. Karaçam, M. Sağlık: Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey, Turk pediatri arsivi, br. 53(3), 2018., str. 134–148.
- [19] H. Mäkelä, A. Axelin, T. Kolari, H. Niela-Vilén: Exclusive breastfeeding, breastfeeding problems, and maternal breastfeeding attitudes before and after the baby-friendly hospital initiative: A quasi-experimental study, Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives, br.35, 2023.
- [20] L. Laageide, S. Radke, D. Santillan, P. Ten Eyck, J. Powers: Postpartum Nipple Symptoms: Risk Factors and Dermatologic Characterization, Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine, br. 16(3), 2021., str. 215–221.
- [21] Z. Wang, Q. Liu, L. Min, X. Mao: The effectiveness of the laid-back position on lactation-related nipple problems and comfort: a meta-analysis, BMC pregnancy and childbirth, br. 21(1), 2021., str. 248.

- [22] P. Douglas: Re-thinking lactation-related nipple pain and damage, *Women's health* (London, England), br. 18, 2022.
- [23] R. Lucas, Y. Zhang, S.J. Walsh, H. Evans, E. Young, A. Starkweather: Efficacy of a Breastfeeding Pain Self-Management Intervention: A Pilot Randomized Controlled Trial, *Nursing research*, br. 68(2), 2019., str. E1–E10.
- [24] R. Lucas, K. Bernier, M. Perry, H. Evans, D. Ramesh, E. Young, S. Walsh, A. Starkweather: Promoting self-management of breast and nipple pain in breastfeeding women: Protocol of a pilot randomized controlled trial, *Research in nursing & health*, br. 42(3), 2019., str. 176–188.
- [25] J.O. Cecilio, F.V. MendonçaVieira, F.S. Oliveira, J.V. Guimarães, N. Del'Angelo Aredes, D.R. Evangelista, S.H. Campbell: Breast shells for pain and nipple injury prevention: A non-randomized clinical trial, *PEC innovation*, br. 1, 2022.
- [26] A. Niazi, V.B. Rahimi, S. Soheili-Far, N. Askari, P. Rahmanian-Devin, Z. Sanei-Far, A. Sahebkar, H. Rakhshandeh, V.R. Askari: A Systematic Review on Prevention and Treatment of Nipple Pain and Fissure: Are They Curable?, *Journal of pharmacopuncture*, br. 21(3), 2018., str. 139–150.
- [27] C. Mariani Neto, R.S. de Albuquerque, S.C. de Souza, R.O. Giesta, A.P.S. Fernandes, B. Mondin: Comparative Study of the Use of HPA Lanolin and Breast Milk for Treating Pain Associated with Nipple Trauma. Estudo comparativo do uso de lanolina HPA e leite materno para o tratamento da dor associada ao trauma mamilar, *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia : revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia*, br. 40(11), 2018., str. 664–672.
- [28] V.S. Coentro, S.L. Perrella, C.T. Lai, A. Rea, K. Murray, D.T. Geddes: Effect of nipple shield use on milk removal: a mechanistic study, *BMC pregnancy and childbirth*, br. 20(1), 2020., str. 516.
- [29] D. Nagaraja Rao, R. Winters: *Inverted Nipple*, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2023
- [30] M.L. Mangialardi, I. Baldelli, M. Salgarello, E. Raposio: Surgical Correction of Inverted Nipples, *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, br. 8(7), 2020.
- [31] M. Nabulsi, R. Ghanem, M. Abou-Jaoude, A. Khalil: Breastfeeding success with the use of the inverted syringe technique for management of inverted nipples in

- lactating women: a study protocol for a randomized controlled trial, *Trials*, br. 20(1), 2019., str. 737.
- [32] M. Nabulsi, R. Ghanem, H. Smaili, A. Khalil: The inverted syringe technique for management of inverted nipples in breastfeeding women: a pilot randomized controlled trial, *International breastfeeding journal*, br. 17(1), 2022., str. 9.
- [33] I. Zakarija-Grkovic, F. Stewart: Treatments for breast engorgement during lactation, *The Cochrane database of systematic reviews*, br. 9(9), 2020.
- [34] L. Mangesi, I. Zakarija-Grkovic: Treatments for breast engorgement during lactation, *The Cochrane database of systematic reviews*, br. (6), 2016.
- [35] V.K. Wilde: Breastfeeding Insufficiencies: Common and Preventable Harm to Neonates, *Cureus*, br. 13(10), 2021.
- [36] K.M. Plachouri, F. Mulita, C. Oikonomou, M. Papadopoulou, L. Akrida, E. Vryzaki, G.I. Verras, S. Georgiou: Nipple candidiasis and painful lactation: an updated overview, *Postepy dermatologii i alergologii*, br. 39(4), 2022., str. 651–655.
- [37] P. Douglas: Overdiagnosis and overtreatment of nipple and breast candidiasis: A review of the relationship between diagnoses of mammary candidiasis and *Candida albicans* in breastfeeding women, *Women's health (London, England)*, br. 17, 2021.
- [38] M.A. Crepinsek, E.A. Taylor, K. Michener, F. Stewart: Interventions for preventing mastitis after childbirth, *The Cochrane database of systematic reviews*, br. 9(9), 2020.
- [39] M. Pevzner, A. Dahan: Mastitis While Breastfeeding: Prevention, the Importance of Proper Treatment, and Potential Complications, *Journal of clinical medicine*, br. 9(8), 2020., str. 23-28.
- [40] C. Krogerus, E. Wernheden, L.B. Hansen: Mastitis, *Ugeskrift for laeger*, br. 181(47), 2019.
- [41] E. Wilson, S.L. Woodd, L. Benova: Incidence of and Risk Factors for Lactational Mastitis: A Systematic Review, *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, br. 36(4), 2020., str. 673–686.
- [42] United Nations International Children's Emergency Fund: Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi, Ured UNICEF-a za Hrvatsku, Zagreb, 2013.

- [43] D.E. Dirirsa, M.A. Salo, T.A. Geleta, B.S. Deriba, G.T. Melese: The practice of early mother-newborn skin-to-skin contact after delivery of healthy term neonate and associated factors among health care professionals at health facilities of Southwestern Oromia, Ethiopia: A cross-sectional study, *PLoS One*, BR. 17(12), 2022.
- [44] C. Huang, L. Hu, Y. Wang, B. Luo: Effectiveness of early essential newborn care on breastfeeding and maternal outcomes: a nonrandomized controlled study, *BMC Pregnancy Childbirth*, br. 22(1), 2022., str. 707.
- [45] S. Mirafzali, A. Akbari Sari, A. Iranpour, S. Alizadeh: Breastfeeding Duration and Its Effective Factors in Kerman Province, Iran, *Glob Pediatr Health*, br. 9, 2022.
- [46] N. Lawlor, L. Prihodova, D. Byrne, M. Etherton, F. Rahill, C. Wilson, E.J. O'Sullivan: A qualitative analysis of women's postnatal experiences of breastfeeding supports during the perinatal period in Ireland, *PLoS One*, br. 18(7), 2023.
- [47] N.V. Scime, A. Metcalfe, A. Nettel-Aguirre, K. Nerenberg, C.H. Seow, S.C. Tough, K.H. Chaput: Breastfeeding difficulties in the first 6 weeks postpartum among mothers with chronic conditions: a latent class analysis, *BMC Pregnancy Childbirth*, br. 23(1), 2023., str. 90
- [48] P. Babakazo, M. Bosonkie, E. Mafuta, N. Mvuama, M.A. Mapatano: Common breastfeeding problems experienced by lactating mothers during the first six months in Kinshasa, *PLoS One*, br. 17(10), 2022.
- [49] I. Palac: Proširenost dojenja i čimbenici koji uvjetuju odustajanje od dojenja na području Mostara, *Zdravstveni glasnik*, br. 2(2), 2016., str. 35-46.
- [50] K. Krajnović: Učestalost isključivog dojenja na području Vukovarsko-srijemske županije, *Završni rad, Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera Osijek fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo*, Osijek, 2021.
- [51] E. Babae, B. Eshrati, M. Asadi-Aliabadi, M. Purabdollah, M. Nojomi: Early Cessation of Breastfeeding and Determinants: Time to Event Analysis, *Journal of nutrition and metabolism*, 2020.
- [52] S. Mohammed, I. Yakubu, A.G. Fuseini, A.M. Abdulai, Y.H. Yakubu: Systematic review and meta-analysis of the prevalence and determinants of exclusive

breastfeeding in the first six months of life in Ghana, BMC Public Health, br. 23(1), 2023., str. 920.

6. Popis grafova i tablica

<i>Graf 3.4.1 Kada ste donijeli odluku da ćete dojeti dijete?.....</i>	<i>19</i>
<i>Graf 3.4.2 Jeste li imali kontakt „koža na kožu“ s vašim djetetom u rađaoni u trajanju od jednog sata?.....</i>	<i>20</i>
<i>Graf 3.4.3 Jeste li imali uspješan prvi podoj?.....</i>	<i>20</i>
<i>Graf 3.4.4 Koliko dugo ste namjerali dojeti?.....</i>	<i>21</i>
<i>Graf 3.4.5 Koliko dugo ste dojili prethodno dijete?.....</i>	<i>22</i>
<i>Graf 3.4.6 Koliko dugo ste dojili posljednje dijete?.....</i>	<i>22</i>
<i>Graf 3.4.7 Od koga ste stekli najviše znanja i savjeta vezanih uz dojenje?.....</i>	<i>23</i>
<i>Graf 3.4.8 Jeste li zadovoljni podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje?.....</i>	<i>24</i>
<i>Graf 3.4.9 Jeste li imali poteškoće kod dojenja?.....</i>	<i>24</i>
<i>Graf 3.4.10 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s bolnim bradavicama?.....</i>	<i>25</i>
<i>Graf 3.4.11. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s ispucalim bradavicama (ragade)?.....</i>	<i>25</i>
<i>Graf 3.4.12 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s uvučenim ili plosnatim bradavicama?..</i>	<i>26</i>
<i>Graf 3.4.13 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s tvrdim prepunjenim dojkama?.....</i>	<i>26</i>
<i>Graf 3.4.14 Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa zastojućom dojkom?.....</i>	<i>27</i>
<i>Graf 3.4.15 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s nedostatkom mlijeka?.....</i>	<i>27</i>
<i>Graf 3.4.16 Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa začepjenim mliječnim kanalićima?....</i>	<i>28</i>
<i>Graf 3.4.17 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s gljivičnom infekcijom dojke?.....</i>	<i>28</i>
<i>Graf 3.4.18 Jeste li prilikom dojenja imali probleme s mastitisom (upalom dojke)?.....</i>	<i>29</i>
<i>Graf 3.4.19 Kakve su posljedice ti problemi izazvali?.....</i>	<i>30</i>
<i>Graf 3.4.20 Ako su problemi doveli do prestanka dojenja, u kojoj je to dobi djeteta bilo?.....</i>	<i>31</i>

<i>Tablica 3.3.1 Sociodemografski podaci sudionica.....</i>	<i>18</i>
---	-----------

7. Prilozi

Anketni upitnik

Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja

Poštovane,

Pred Vama se nalazi anketni upitnik koji se provodi u svrhu izrade završnog rada na preddiplomskom studiju sestrištva Sveučilišta Sjever Varaždin, pod naslovom: „Najčešći problemi i poteškoće kod dojenja“ pod mentorstvom doc. dr. sc. Ivane Živoder. Sudjelovanje u istraživanju je u potpunosti anonimno i dobrovoljno. Ni jedan dani odgovorneće biti povezan s Vašim identitetom, te će biti obrađen isključivo u svrhu istraživanja i izrade završnog rada. Anketni upitnik je namijenjen svim majkama, sadrži 30 pitanja, a vrijeme rješavanja se procjenjuje na 5-10 minuta, te u svakom trenutku možete odustati od ispunjavanja istog. Zahvaljujem na izdvojenom vremenu i strpljenju kod ispunjavanja upitnika!

Sabina Krdžalić, studentica 3. godine
Preddiplomski stručni studij sestrištvo, Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin

* Označava obavezno pitanje

1. Koliko imate godina? *

- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 i više

2. Koji je Vaš završeni stupanj obrazovanja? *

- Osnovna škola
- Srednja škola
- Preddiplomski studij
- Diplomski studij
- Poslijediplomski studij

3. Koje je Vaše mjesto stanovanja? *

- Urbano (Grad)

Ruralno (Selo)

4. Koji je Vaš radni status? *

Zaposlena

Povremeno zaposlena

Nezaposlena

5. Koji je Vaš bračni status? *

Udata

Neudata

Rastavljena

Ostalo: _____

6. S kime živite u kućanstvu? *

Partner

Partner i dijete/djeca

Partner, djeca, roditelji/šira obitelj

Ostalo: _____

7. Koji je Vaš dosadašnji broj trudnoća? *

1

2

3

4 i više

8. Koji je Vaš dosadašnji broj poroda? *

1

2

3

4 i više

9. Na koji način je izvršen porod? *

Vaginalno

Carskim rezom

10. Koliko djece imate? *

- Jedno
- Dvoje
- Troje
- Četvero
- Pet i više

Sljedeća pitanja vezana su uz dojenje.

11. Kada ste donijeli odluku da ćete dojiti dijete? *

- Prije trudnoće
- Tijekom trudnoće
- Neposredno nakon poroda
- Odlučila sam ne dojiti

12. Jeste li imali kontakt „koža na kožu“ s vašim djetetom u rađaoni u trajanju od jednog sata?*

- Da
- Djelomično
- Ne

13. Jeste li imali uspješan prvi podoj? *

- Jesam, samostalno
- Jesam, uz stručnu pomoć
- Nisam

14. Koliko dugo ste namjeravali dojiti? *

- < 6 mjeseci
- 6 mjeseci
- > 6 mjeseci
- Ne znam
- Nisam namjeravala dojiti

15. Koliko dugo ste dojili prethodno dijete? (Ako ste prvorotka preskočite pitanje.)

- < 1 mjeseca
- 1-3 mjeseca
- 3-6 mjeseci

6 mjeseci – 1 godine

> 1 godine

Nisam dojila

16. Koliko dugo ste dojili posljednje dijete? *

< 1 mjeseca

1-3 mjeseca

3-6 mjeseci

6 mjeseci – 1 godine

> 1 godine

Nisam dojila

Trenutno dojim

17. Od koga ste stekli najviše znanja i savjeta vezanih uz dojenje? *

Medicinske sestre u rodilištu

Tečaj za trudnice

Patronažna sestra

Majka, rodbina, poznanici

Pretraživanje interneta

18. Jeste li zadovoljni podrškom, pomoći i savjetima zdravstvenog osoblja vezanim uz dojenje?*

Zadovoljna sam

Djelomično sam zadovoljna

Djelomično sam nezadovoljna

Nezadovoljna sam

Sljedeća pitanja su vezana uz probleme i poteškoće kod dojenja.

19. Jeste li imali poteškoće kod dojenja? *

Da, male

Da, velike

Ne

20. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s bolnim bradavicama? *

Da

Ne

21. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s ispucalim bradavicama (ragade)? *

Da

Ne

22. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s uvučenim ili plosnatim bradavicama? *

Da

Ne

23. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s tvrdim prepunjenim dojkama? *

Da

Ne

24. Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa zastojskom dojkom? *

Da

Ne

25. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s nedostatkom mlijeka? *

Da

Ne

26. Jeste li prilikom dojenja imali probleme sa začepljenim mliječnim kanalčićima? *

Da

Ne

27. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s gljivičnom infekcijom dojke? *

Da

Ne

28. Jeste li prilikom dojenja imali probleme s mastitisom (upalom dojke)? *

Da

Ne

29. Kakve su posljedice ti problemi izazvali? (moguće odabrati više stavki)

Dijete je sporije napredovalo na težini

Dijete je gubilo na težini

Pojavile su se dojenačke kolike

- Dijete je bilo gladno/konstantno plakalo
- Osjećala sam umor i iscrpljenost
- Negativno je utjecalo na moje mentalno stanje
- Počela sam hraniti isključivo izdojenim mlijekom bez stavljanja djeteta na dojku
- Počela sam hraniti adaptiranim mlijekom uz daljnje pokušaje dojenja
- Počela sam hraniti isključivo adaptiranim mlijekom
- Prestala sam dojiti
- Ostalo: _____

30. Ako su problemi doveli do prestanka dojenja, u kojoj je to dobi djeteta bilo? (Navedite navršene dane, tjedne i/ili mjesec.)




IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, SABINA KRDOŽALIC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom NAJČEŠĆI PROBLEMI I POTJEŠKOLE KOD DOVENJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)


(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.