

Pristup i dostupnost patronažnih sestara i njihov utjecaj u potpori majkama za hranjenje djece majčinim mlijekom

Ljubić, Danijela

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:630401>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-03**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 388/SSD/2024

**PRISTUP I DOSTUPNOST PATRONAŽNIH SESTARA I NJIHOV UTJECAJ
U POTPORI MAJKAMA ZA HRANJENJE DJECE MAJČINIM MLIJEKOM**

Danijela Ljubić

Varaždin, listopad 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 388/SSD/2024

**PRISTUP I DOSTUPNOST PATRONAŽNIH SESTARA I NJIHOV UTJECAJ
U POTPORI MAJKAMA ZA HRANJENJE DJECE MAJČINIM MLIJEKOM**

Student:

Danijela Ljubić, 1003070845

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović

Varaždin, listopad 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Danijela Ljubić	MATIČNI BROJ	1003070845
DATUM	27.9.2024.	KULKOVI	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Pristup i dostupnost patronažnih sestara te njihov utjecaj u potpori majkama za hranjenje djece majčinim mlijekom		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The approach and availability of visiting nurses and their impact on supporting mothers in breastfeeding their children with breast milk		
MENTOR	Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Doc. dr. sc. Oliver Vasilj, predsjednik Povjerenstva		
	2. Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor		
	3. Izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, članica		
	4. Doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenska članica		
	5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	388/SDD/2024
OPIS	

Dojenje pruža brojne zdravstvene, nutritivne, imunološke, psihološke, socijalne i ekonomske koristi za majku i dijete. Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) i UNICEF-a temelje se na dokazima te potiču isključivo dojenje prvih šest mjeseci, uz nastavak dojenja do druge godine života uz uvođenje dohrane. Podaci iz baze prijava poroda iz zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, koja sadrži izvješća o svim porodima, pokazuju varijacije u udjelu novorođenčadi koja su dojena u rodilištima. Posljednjih godina zabilježen je pad udjela isključivo dojene djece, unatoč pozitivnom trendu dojenja unutar jednog sata nakon rođenja. Takav pad u isključivom dojenju zabrinjava i naglašava potrebu za dodatnim ulaganjima u promicanje dojenja, kao i za jačanjem edukacije i podrške majkama te zdravstvenim djelatnicima. Cilj ovog rada jest pružiti pregled trenutne prakse i podrške dojenju u antenatalnom, ranom natalnom i postnatalnom razdoblju unutar primarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Provest će se i istraživanje s ciljem ispitivanja angažiranosti zdravstvenih djelatnika koji rade sa ženama tijekom trudnoće, boravka u rodilištu te nakon povratka kući. Posebna pozornost posvetit će se ulozi medicinskog osoblja u poticanju dojenja u rodilištima i na odjelima za babinjače, kao i ulozi patronažnih sestara te magistra/e sestrinstva. Istražit će se utječe li nadstandardna skrb, prema planu i programu zdravstvene zaštite, na uspješnost dojenja kod majki.

ZADATOK ISPUŠTEN	30. 09 2024	POTRIS MENTORA	Tomislav Meštrović
------------------	-------------	----------------	--------------------



Predgovor

Veliko hvala mom mentoru izv.prof.dr.sc.Tomislavu Meštoviću na strpljenju, pomoći i vodstvu pri izradi ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem se i svim ostalim profesorima Sveučilišta Sjever, Odjela za sestrinstvo na prenesenom znanju i vještinama.

Također, veliko hvala kolegama i kolegicama s godine i prijateljima uz koje je studiranje bilo ljepše i lakše.

Posebnu zahvalu upućujem mojim kolegicama, patronažnim medicinskim sestrama Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije i Doma zdravlja Zagreb-Zapad na sugestijama i distribuciji ankete.

Najveću zahvalu zaslužuje moja obitelj, moja djeca Matea i Luka te suprug Dalibor, koji su ostali uskraćeni za mnoge zajedničke trenutke pažnje i druženja, te su mi unatoč tome strpljivo i s razumijevanjem pružali podršku tijekom studiranja i izrade ovog rada.

Sažetak

Dojenje pruža brojne zdravstvene, nutritivne, imunološke, psihološke, socijalne i ekonomske koristi za majku i dijete. Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) i Međunarodnog dječjeg fonda Ujedinjenih naroda (UNICEF, sada Dječji fond Ujedinjenih naroda) temelje se na dokazima i potiču isključivo dojenje prvih šest mjeseci, uz nastavak dojenja do druge godine života uz dohranu. Podaci iz baze podataka prijava poroda iz zdravstvenih ustanova koja sadrži izvješća o svim porodima u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj pokazuju da udio novorođenčadi dojene u rodilištu varira, te je posljednjih godina zabilježen pad isključivo dojene djece iako dojenje unutar jednog sata po rođenju pokazuje pozitivan trend. Pad udjela isključivo dojene novorođenčadi zabrinjavajuć je i hitno poziva na povećanje ulaganja i truda u promicanje pozitivnih aspekata dojenja za zdravlje, edukaciju te pružanje adekvatnije podrške majkama i zdravstvenim djelatnicima. Patronažne sestre igraju jednu od ključni uloga u podršci dojenja, dajući savjete u prenatalnom, kao i praktičnu pomoć u postnatalnom razdoblju. Njihova rana i konstantna intervencija, unutar mjesec dana od poroda, može značajno utjecati na trajanje isključivog dojenja. Povezanost i suradnja zdravstvenih radnika uključenih u promicanje dojenja ključni su za osiguranje dosljedne, kvalitetne i sveobuhvatne podrške majkama i djetetu, te utječu na dužinu dojenja. Svi zdravstveni radnici u skrbi za majku i dijete – ginekolozi, pedijatri, obiteljski liječnici, medicinske sestre, patronažne sestre i savjetnici za dojenje – trebaju raditi zajedno kako bi promicali dojenje i osigurali da majke dobiju dosljedne informacije i podršku, te tako utjecali na pozitivan trend porasta novorođenčadi i dojenčadi koja su isključivo dojena ili hranjena majčinim mlijekom.

Ključne riječi: dojenje, majčino mlijeko, zakonske regulative, plan zdravstvene zaštite

Summary

Breastfeeding offers numerous health, nutritional, immunological, psychological, social, and economic benefits for both mother and child. Recommendations from the World Health Organization (WHO) and the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF, now the United Nations Children's Fund) are evidence-based and advocate for exclusive breastfeeding during the first six months, with continued breastfeeding up to two years of age along with complementary feeding. Data from the birth registration database of healthcare institutions, which contains reports on all births in healthcare facilities in the Republic of Croatia, show that the rate of newborns breastfed in maternity hospitals varies, and a decline in exclusively breastfed infants has been recorded in recent years, although breastfeeding within one hour of birth shows a positive trend. The decrease in the proportion of exclusively breastfed newborns is concerning and urgently calls for increased investment and effort in promoting the positive aspects of breastfeeding for health, education, and providing more adequate support to mothers and healthcare workers. Community nurses play a key role in supporting breastfeeding, offering prenatal advice and practical postnatal assistance. Their early and consistent intervention, within a month of childbirth, can significantly influence the duration of exclusive breastfeeding. The collaboration and coordination of healthcare professionals involved in promoting breastfeeding are essential to ensure consistent, high-quality, and comprehensive support for mothers and their children, and they impact the length of breastfeeding. All healthcare workers involved in maternal and child care – gynecologists, pediatricians, family physicians, nurses, community nurses, and lactation consultants – should work together to promote breastfeeding and ensure that mothers receive consistent information and support, thereby contributing to a positive trend of increasing the number of newborns and infants who are exclusively breastfed or fed with breast milk.

Keywords: breastfeeding, breast milk, legal regulations, healthcare plan

Popis korištenih kratica

GZ – Grad Zagreb

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

IBCLC – International board certified lactation consultant; Međunarodni savjetnik za dojenje

KB – Klinička bolnica

KBC – Klinički bolnički centar

KZŽ – Krapinsko-zagorska županija

MZHR – Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske

OB – Opća bolnica

PZZ – Primarna zdravstvena zaštita

RH – Republika Hrvatska

RPD – Rodilište prijatelj djece

RPMD - Rodilište prijatelj majki i djece

S.C. - Sectio cesarea; carski rez

WHO – World health organisation; Svjetska zdravstvena organizacija

UNICEF - United nations children's fund; Dječji fond Ujedinjenih naroda

ZŽ – Zagrebačka županija

Sadržaj

1. UVOD	1
2. DOJENJE	2
2.1. Majčino mlijeko kao personalizirani lijek	2
2.2. Fiziologija i filozofija dojenja.....	3
2.3. Odrednice dojenja.....	5
2.4. Deset koraka do uspješnog dojenja.....	7
2.5. Rodilišta prijatelj djece i rodilišta prijatelj majke i djeteta	9
2.6. Patronažna skrb u zajednici	11
2.6.1. Patronažna skrb – u zaštiti zdravlja majke i djeteta.....	12
2.7. Potpora dojenju kroz zakonske okvire RH	15
2.7.1. Nacionalni programi i regulativa	15
2.7.2. Strateški ciljevi i smjernice.....	16
2.7.3. Program zaštite i promicanja dojenja u RH.....	17
2.8. Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026	18
2.8.1. Postupci u timu zdravstvene zaštite žena (ginekološke ordinacije) ...	18
2.8.2. Postupci patronažne djelatnosti	19
2.8.3. Specijalističko -konzilijarna zdravstvena zaštita (bolnice)	20
3. METODE ISTRAŽIVANJA	21
3.1. Cilj istraživanja.....	21
3.2. Hipoteze	21
3.3. Uzorak	21
3.4. Sudionice u istraživanju	22
3.5. Obrada podataka	23
4. REZULTATI	24
4.1. Sociodemograski podaci	24
4.2. Perinatalno razdoblje	27
4.3. Natalno razdoblje	34
4.4. Postnatalno razdoblje	42
5. RASPRAVA	54
6. ZAKLJUČAK	61
7. LITERATURA	62
8. DODACI	66

Popis tablica	66
Popis grafova	66
Anketna pitanja	67
9. PRILOZI	82

1. UVOD

Dojenje – prikladno nazvano “drevna umjetnost i moderno čudo” – ima višestruke dokazane dobrobiti za bebe, njihove majke i njihova društva i stoga ga treba negovati, promicati i štititi (1). Dojenje pruža brojne zdravstvene, nutritivne, imunološke, psihološke, socijalne i ekonomske koristi za majku i dijete. WHO i UNICEF preporuke temelje se na dokazima i potiču isključivo dojenje prvih šest mjeseci, uz nastavak dojenja do druge godine života uz dohranu (2). Dojenje donosi brojne prednosti kako za majku, tako i za dijete. Kod majke smanjuje rizik od postporođajne depresije, bolesti srca i krvožilnog sustava, raka dojke i drugih oblika raka, te potiče brži povratak tjelesne mase nakon poroda. Majčino mlijeko idealno zadovoljava nutritivne potrebe dok daje pasivni imunitet kroz prolaz majčinih antitijela te jača emocionalnu povezanost između majke i djeteta. Majke koje su dojile i djeca koja su bila dojena također imaju manje prijavljene stope pretilosti i povezanih zdravstvenih rizika kasnije u životu (3). Gotovo sve žene su biološki sposobne dojiti, osim vrlo malo njih s ozbiljno ograničavajućim medicinskim poremećajima. Međutim, na praksu dojenja utječe širok raspon povijesnih, socioekonomskih, kulturnih i individualnih čimbenika (4). Društveni i kulturni stavovi, tržišni čimbenici, zdravstveni sustavi i prakse, praksa i iskustvo unutar obitelji, individualni osobni stavovi su determinante odluke o dojenju i dužini dojenja, a sve te determinante dojenja podložne su intervencijama za zaštitu, promicanje ili podršku boljem dojenju. Unatoč naporima u Republici Hrvatskoj (RH) da se unaprijedi praksa dojenja, i dalje ne pružamo poticajno okruženje za većinu žena koje žele dojiti. Promicanje dojenja je kolektivna društvena obveza, koja zahtijeva angažman zajednice, vlade i zdravstvenih sustava.

Ovaj rad pružiti će uvid u trenutnu praksu i potporu dojenju u antenatalnom, ranom natalnom i postnatalnom periodu svi dionika uključenih u promicanje dojenju i pomoć majkama, ukazati će na probleme s kojima se susreću i majke i profesionalci te predložiti preporuke za poboljšanje pristupa i kvalitetniju podršku, a posebno podršku patronažnih sestara

2. DOJENJE

2.1. Majčino mlijeko kao personalizirani lijek

Majčino mlijeko nudi ne samo prehrambene prednosti i zaštitu od infekcija, već ima i utjecaj na razvoj djeteta, s dugoročnim posljedicama. Mikrobiom igra ključnu ulogu u reguliranju imunoloških odgovora (5). Sposobnost mikrobioma da regulira reakcije domaćina u djetinjstvu ovisi o pojedinačnim bakterijskim vrstama, koje moduliraju polarizaciju T-stanica i imunološku regulaciju, metaboličke odgovore, adipogenezu, a možda čak i razvoj mozga i kognitivno funkcioniranje (6). Neispravni obrasci kolonizacije crijeva mogu imati negativne dugoročne posljedice na imunološku i metaboličku ravnotežu. Majčino mlijeko prenosi elemente majčinog mikrobioma i imunoloških odgovora te pruža specifične prebiotike koji podržavaju rast korisnih bakterija.

Način poroda i način hranjenja djeteta utječu na razvoj mikrobioma dojenčadi. Dojena djeca zadržavaju posebne mikrobne karakteristike zbog oligosaharida u majčinom mlijeku, koji djeluju kao prebiotici. Stoga postoji specifičnost interakcije između majčinog mlijeka i mikrobioma dojenčeta, uzrokujući različite učinke izazvane bakterijama na metabolizam i imunitet (7).

Osim mikrobioloških učinaka, komponente majčinog mlijeka mogu direktno utjecati na zaštitu od metaboličkih poremećaja. Neki sastojci mlijeka, poput laktoferina i mikro-RNA, mogu modulirati imunološke odgovore djeteta i utjecati na njegov metabolizam. Postoje dokazi da se multipotencijalne matične stanice izlučuju u majčino mlijeko i mogu postojati u dojenčadi (6).

Majčino mlijeko stoga nije samo savršena prehrana za dojenče, već predstavlja i specifičan personalizirani lijek koji ima značajan utjecaj na razvoj djeteta. Ono je jedinstvena prilika za oblikovanje dugoročnog zdravlja koja se ne smije zanemariti.

2.2. Fiziologija i filozofija dojenja

Razumijevanje razvoja dojki ključno je za shvaćanje fizioloških promjena koje omogućuju laktaciju. Tkivo dojke počinje se razvijati još u maternici, prolazeći kroz niz faza potrebnih za uspješno dojenje. Oko 18. ili 19. tjedna trudnoće, u fetusa se formira mliječni pupoljak, u obliku lukovice. Unutar tog pupoljka razvija se rudimentarni sustav kanalića dojke, koji je prisutan već pri rođenju. Nakon rođenja, rast mliječne žlijezde odvija se usporedno s rastom djeteta sve do puberteta.

Normalna dojka sastoji se od približno 15 do 20 režnjeva žljezdanog tkiva, koji se dalje dijele na manje režnjice odgovorne za proizvodnju mlijeka tijekom trudnoće i nakon poroda. Svaki režanj sadrži 20 do 40 lobula, a mlijeko proizvedeno u tim režnjicima ulazi u mliječne kanale koji vode prema bradavici. Mliječni kanali se tada spajaju u 5-10 glavnih mliječnih kanalića, koji se zatim otvaraju na bradavici, omogućujući djetetu da primi mlijeko (8).

Postoje četiri vrste lobula u dojci. Lobuli tipa 1 razvijaju se tijekom fetalnog života i ostaju prisutni do puberteta. S početkom puberteta, hormonalne promjene koje uključuju estrogen i progesteron tijekom svakog menstrualnog ciklusa potiču lobule tipa 1 na stvaranje novih alveolarnih pupoljaka, što dovodi do njihova sazrijevanja u lobule tipa 2. Nakon završetka puberteta, nema daljnjih promjena u strukturi dojke sve do trudnoće.

Tijekom trudnoće, hormoni u cirkulaciji uzrokuju značajne promjene u dojci, pri čemu se lobuli povećavaju i brojčano i u veličini. Do kraja trudnoće dojka je uglavnom sastavljena od lobula tipa 3. S početkom laktacije, ovi lobuli proizvode i izlučuju mlijeko, te se klasificiraju kao lobuli tipa 4. Nakon prestanka laktacije, lobuli tipa 4 regresiraju natrag u lobule tipa 3, kao rezultat smanjenja stimulacije laktogenih hormona .

Hormonalna regulacija diferencijacije dojki i lučenja mlijeka uključuje tri glavne skupine hormona. Prva skupina obuhvaća reproduktivne hormone (estrogen, prolaktin, placentni laktogen i oksitocin), čije se razine mijenjaju tijekom

reproduktivnih faza i izravno utječu na žljezdano tkivo dojki, pripremajući ga za proizvodnju mlijeka (9). Druga skupina su metabolički hormoni (hormon rasta, kortikosteroidi, tiroksin, trijodtironin i inzulin), koji, osim što reguliraju metaboličke reakcije na unos hrane i stres, također utječu na žljezdano tkivo dojke kako bi ga pripremili za laktaciju. Treća skupina hormona, poznata kao "mamilarni hormoni", uključuje prolaktin, leptin, hormon rasta i PTHrP (10).

U narednim tjednima nakon poroda, bazalna razina prolaktina vraća se na vrijednosti prije trudnoće, no svaki put kada majka doji, ta razina prolaktina privremeno se poveća 10 do 20 puta i ostaje povišena otprilike sat vremena. Ovaj porast omogućuje održavanje laktacije i proizvodnju mlijeka za sljedeće hranjenje. Ukoliko dijete redovito doji, mlijeko se može stvarati godinama, iako se količina mlijeka prirodno smanjuje nakon 7 do 9 mjeseci (11). Iz toga je izveden zaključak, da što žena više (češće i dulje) doji, više se mlijeka stvara za sljedeće podoje, uz naglasak da su anatomske odnosi i fiziološke funkcije normalni (12).

Dojenje je složen proces koji zahtijeva koordinaciju endokrinog, središnjeg i perifernog živčanog sustava za normalno funkcioniranje. Mlijeko se neprekidno stvara u mliječnim žlijezdama dojke, međutim ono ne isječe neprekidno u izvodne kanaliće, stoga ne kapa iz bradavice između podoja (12).

Ključnu ulogu u otpuštanju mlijeka ima refleks sisanja djeteta. Prilikom sisanja, dijete stimulira osjetilne živce perifernog živčanog sustava koji inerviraju područje bradavice i areole. Ovi živčani impulsi prenose se aferentnim putovima kroz kralježničnu moždinu do središnjeg živčanog sustava, konkretno do hipotalamusa. Hipotalamus potom regulira otpuštanje prolaktina iz adenohipofize i oksitocina iz neurohipofize. Povećana razina prolaktina omogućuje stvaranje mlijeka i održavanje laktacije, dok oksitocin stimulira kontrakciju mioepitelnih stanica dojke koje obavijaju alveole, što dovodi do istiskivanja mlijeka u kanaliće. Iako dijete siše iz jedne dojke, oksitocin omogućava naviranje mlijeka u obje dojke istovremeno. Oksitocin također uzrokuje kontrakcije maternice i pozitivno djeluje na raspoloženje majke.

Uz djetetovo sisanje, izlazak mlijeka mogu potaknuti i drugi čimbenici poput dodira bradavice, djetetovog plača ili čak samog pogleda na dijete. Međutim, zbog ključne uloge hipotalamusa u ovom procesu, psihološki čimbenici mogu imati značajan utjecaj. Stres i aktivacija simpatičkog živčanog sustava (adrenalin) mogu spriječiti lučenje oksitocina i prolaktina i tako spriječiti naviranje mlijeka (12). Stoga je ključno dojiljama osigurati mirno i psihološki podržavajuće okruženje nakon poroda, te ih upozoriti na moguće stresore, lijekove, pušenje, alkohol i druge čimbenike koji bi mogli negativno utjecati na dojenje. S druge strane, psihološka stabilnost, samopouzdanje, mir i emocionalna toplina potiču refleks otpuštanja mlijeka, te pozitivno utječu na dojenje, majku, dijete i njihovu emocionalnu povezanost (13).

2.3. Odrednice dojenja

WHO i UNICEF u svom dokumentu "Global Nutrition Targets 2025 Breastfeeding Policy Brief" navodi da su neodgovarajuće stope isključivog dojenja rezultat društvenih i kulturnih čimbenika, zdravstvenog sustava, komercijalnih faktora te nedovoljnog znanja o dojenju (14). Ovi čimbenici uključuju:

- Uvjerena osoba uključenih u njegu i društva općenito koja favoriziraju miješano hranjenje (npr. vjerovanje da dojenčetu trebaju dodatne tekućine ili kruta hrana prije 6 mjeseci jer samo majčino mlijeko nije dovoljno);
- Bolničke i zdravstvene prakse i politike koje ne podržavaju dojenje;
- Nedostatak odgovarajuće stručne podrške (u zdravstvenim ustanovama i u zajednici);
- Agresivna promocija dojenačkih formula, mlijeka u prahu i drugih zamjena za majčino mlijeko;

- Neadekvatni zakoni o rodiljnom i očinskom dopustu te druge radne politike koje podržavaju sposobnost žene da doji nakon povratka na posao;
- Nedostatak znanja o opasnostima neisključivog dojenja i pravilnim tehnikama dojenja među ženama, njihovim partnerima, obiteljima, zdravstvenim djelatnicima i donosiocima politika (15).

Društveni i kulturni stavovi, kao i tržišni čimbenici, imaju značajan utjecaj na oblikovanje strukturalnog konteksta dojenja. Dojenje se često prikazuje kao optimalan način prehrane za bebe, čime se ističe majčina posvećenost. Ipak, u nekim slučajevima žene koje doje u javnosti suočavaju se s negativnim reakcijama (16). Također, neki poslodavci i kolege izražavaju nelagodu kad žene doje na radnom mjestu.

Unutar zdravstvenog sustava, pružatelji zdravstvenih usluga igraju ključnu ulogu u podršci i savjetovanju o prehrani djeteta prije i nakon poroda, te tijekom suočavanja s izazovima kako bi se potaknulo isključivo i kontinuirano dojenje. Međutim, istraživanja pokazuju značajne nedostatke u znanju i vještinama zdravstvenog osoblja na svim razinama kad je riječ o podršci dojenju (2).

Faktori kao što su rizične trudnoće, medicinski potpomognuti porođaji i produljeni boravci u bolnici, zdravstvene komplikacije kod majki, kao i nedonoščad ili novorođenčad s niskom tjelesnom težinom, mogu dovesti do kasnijeg početka dojenja. Osim toga, bolničke prakse, poput razdvajanja majke i djeteta, hranjenje dojenčadi prije dojenja te besplatni uzorci zamjena za majčino mlijeko, također mogu otežati uspostavljanje dojenja.

Unutar obitelji, tradicije i iskustva ženskih članova često utječu na učestalost i trajanje dojenja (17). U nekim tradicionalnim zajednicama kolostrum se smatra štetnim i odbacuje, a uvođenje prehrane prije dojenja može odgoditi početak dojenja. Također, stavovi i podrška očeva mogu imati velik utjecaj – žene čiji partneri podržavaju dojenje imaju tendenciju dulje dojiti. Na individualnoj razini, odluka o dojenju često se donosi do trećeg tromjesečja trudnoće. Najčešći razlozi za odluku o dojenju uključuju subjektivne norme i prepoznate prednosti

dojenja. Namjera majke snažno predviđa početak i trajanje dojenja, pod uvjetom da postoje odgovarajući uvjeti podrške.

Negativan utjecaj na dojenje mogu imati čimbenici poput savjeta ili postupaka koji podrivaju majčino samopouzdanje i uvjerenje u vlastite sposobnosti, loš položaj prilikom dojenja ili neadekvatna podrška, osobito u prvim tjednima nakon poroda. Majke koje imaju teškoća s dojenjem, poput osjećaja da nemaju dovoljno mlijeka, češće uvode nadomjestke za majčino mlijeko, što može dovesti do ranog prekida dojenja. Nadalje, faktori poput pušenja, prekomjerne tjelesne težine, pretilosti te depresije mogu imati značajan utjecaj na dojenje zbog učestalosti tih stanja među ženama.

Radne obveze često su jedan od glavnih razloga za nedojenje ili rano prestanak dojenja, a njihov učinak može biti višedimenzionalan, uključujući umor, praktičnost i zahtjevnost posla. Povećan broj žena na radnom mjestu naglašava važnost prilagodbe radnih uvjeta, uključujući pauze za dojenje i prostorije za tu namjenu, kao i adekvatan rodiljni dopust. Većina studija izvješćuje o negativnim učincima rada na dojenje; žene koje se planiraju vratiti na posao nakon poroda imaju manju vjerojatnost da će započeti ili nastaviti dojiti. Kratki porodiljni dopust (<6 tjedana) dovodi do četiri puta povećanja izgleda za neuspostavu ili rani prekid dojenja (4).

2.4. Deset koraka do uspješnog dojenja

Dojenje je temeljni način pružanja optimalne prehrane i zdravstvene zaštite dojenčadi, s dugoročnim koristima za zdravlje i razvoj djeteta, kao i za zdravlje majke. Međutim, uspjeh dojenja često ovisi o podršci koju majka prima u prvim danima nakon poroda. Prepoznavši potrebu za sustavnom podrškom, WHO i UNICEF pokrenuli su inicijativu Bolnice (rodilišta) prijatelji djece (RPD) koja je usmjerena na promicanje dojenja unutar zdravstvenih ustanova (18). Kroz program RPD, UNICEF već godinama kontinuirano podupire stvaranje uvjeta za podržavanje dojenja u rodilištima, a od 2016. godine sva javna rodilišta u

RH nose naziv RPD, što znači da provode Deset koraka za uspješno dojenje. Rodilišta koja žele zadržati ovu titulu svake tri godine trebaju zatražiti ponovno vanjsko ocjenjivanje (11). Temelj ove inicijative čini dokument "10 koraka do uspješnog dojenja", koji pruža smjernice za rodilišta i zdravstvene djelatnike o praksi koja podržava dojenje. Ovih deset koraka pruža sveobuhvatan okvir za pružanje potrebne skrbi i informacija majkama, počevši od trenutka poroda pa sve do trenutka kada majka i dijete napuštaju zdravstvenu ustanovu. Provedba ovih koraka dokazano povećava stope isključivog dojenja i osigurava majkama znanje i samopouzdanje potrebno za uspješno dojenje. Kroz jasne smjernice o politikama podrške dojenju, uključujući edukaciju zdravstvenih djelatnika, pravilnu primjenu dojenja odmah nakon poroda, te kontinuiranu podršku majkama, inicijativa doprinosi stvaranju okruženja koje je prijateljski nastrojeno prema dojenju.

- Kritični postupci upravljanja:

1a. U potpunosti se pridržavajte Međunarodnog kodeksa marketinga nadomjestaka za majčino mlijeko i relevantnih rezolucija Svjetske zdravstvene skupštine.

1b. Imajte pisane brošure hranjenja dojenčadi koja se rutinski priopćava osoblju i roditeljima.

1c. Uspostavite kontinuirani sustav praćenja i upravljanja podacima.

2. Osigurajte da osoblje ima dovoljno znanja, sposobnosti i vještina za podršku dojenju.

- Ključne kliničke prakse:

3. Razgovarajte o važnosti i upravljanju dojenjem s trudnicama i njihovim obiteljima.

4. Omogućite trenutni i neprekinuti kontakt koža na kožu i podržite majke da počnu s dojenjem što je prije moguće nakon poroda.
5. Podrška majkama u započinjanju i održavanju dojenja i rješavanju uobičajenih poteškoća.
6. Nemojte davati dojenoj novorođenčadi nikakvu drugu hranu ili tekućinu osim majčinog mlijeka, osim ako nije medicinski indicirano.
7. Omogućite majkama i njihovoj dojenčadi da ostanu zajedno i prakticiraju boravak u sobi 24 sata dnevno.
8. Podržite majke da prepoznaju i odgovore na znakove svoje dojenčadi za hranjenje.
9. Savjetujte majke o upotrebi i rizicima bočica za hranjenje, sisaca i duda.
10. Koordinirajte otpust tako da roditelji i njihova djeca imaju pravovremeni pristup stalnoj podršci i njezi (12).

2.5. Rodilišta prijatelj djece i rodilišta prijatelj majke i djeteta

Inicijativu za RPD pokrenuli su WHO i UNICEF 1991. kako bi potaknuli rodilišta da primijene Deset koraka do uspješnog dojenja. Ovi koraci predstavljaju niz pravilnika i postupaka koje trebalo ustanove slijediti kako bi podržali dojenje. WHO je 2018. revidirao Deset koraka na temelju smjernica iz 2017. o zaštiti, promicanju i podršci dojenju u bolnicama. UNICEF-ovi podaci pokazuju da u razvijenim zemljama jedno dijete od petero djece nikada nije dojeno. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) u RH je 2017. bilo dojeno 82,7% djece koja izlaze iz rodilišta, između trećeg i petog mjeseca života broj isključivo dojene djece pada na 71,7%, a među djecom od 6 do 11 mjeseci svega je 10,7% djece koja su i dalje dojena. Tijekom provedbe inicijative RPD u RH od 1993. do 1998. godine petnaest rodilišta dobilo tu akreditaciju. Međutim, inicijativa je obustavljena nakon što su u svim hrvatskim rodilištima počeli dijeliti pakete „Sretna beba“, što je bilo u suprotnosti s

Međunarodnim pravilnikom o prodaji i marketingu zamjena za majčino mlijeko (Kod), kojeg su uspostavili WHO i UNICEF. Distribucija tih paketa bila je nespojiva s ciljevima inicijative RPD. Inicijativa je ponovno pokrenuta tek 2007. godine, nakon prestanka distribucije paketa „Sretna beba“ u rodilištima. Do kraja 2016. sva javna rodilišta u Hrvatskoj stekla su naziv RPD, čime je RH ponovno postala jedna od najuspješnijih zemalja u provedbi ove inicijative na globalnoj razini. Iako su se rodilišta, u trenutku kada su ocjenjivana da postanu RPD, mogla odlučiti i za ocjenu „Rodilište prijatelj majki i djece“ (RPMD), ni jedno rodilište u RH nije zatražilo takvu neobveznu ocjenu (11).

Tijekom akcije „Prekinimo šutnju“, u kojoj se navodi da se u RH krše ljudska prava žena tijekom zdravstvene skrbi o njihovu reproduktivnom zdravlju, u sredstvima javnog priopćavanja i na mrežnim stranicama mnogih nevladinih organizacija te na društvenim mrežama, objavljena su brojna svjedočanstva žena o negativnim i potresnim iskustvima tijekom boravka u rodilištima. Kao neposredna reakcija na ta negativna iskustva i potresne priče, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (MZRH), zajedno s Uredom UNICEF-a za RH, odlučilo je pokrenuti inicijativu RPMD kako bi se humanizacijom zdravstvene zaštite koja je postignuta inicijativom RPD obuhvatilo i majke (11). Cilj zajedničke inicijative MZHR i Ureda UNICEF-a za RH je daljnje prilagođavanje rodilišta potrebama majki, poboljšanje komunikacije između zdravstvenih djelatnika i roditelja, bolje informiranosti i partnerstva. U pilot programu, koji RH pokreće među prvima u svijetu, sudjeluju rodilišta Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka, Kliničke bolnice (KB) Merkur, KB Sveti Duh i OB Zabok (12). U međuvremenu, inicijativa je postala dio Nacionalnog programa za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. do 2020. godine, što je dodatno naglasilo njezinu važnost u kontekstu zaštite zdravlja majki i djece. Vlada RH prihvatila je ovu inicijativu, a prema programu rok za njezinu provedbu bio je postavljen za 2019. godinu, uz MZHR i UNICEF kao glavne nositelje. Cilj zajedničke inicijative MZHR i Ureda UNICEF-a za RH je daljnje prilagođavanje rodilišta potrebama majki, poboljšanje komunikacije između zdravstvenih djelatnika i roditelja, bolje informiranosti i partnerstva.

2.6. Patronažna skrb u zajednici

Patronažna zdravstvena zaštita predstavlja preventivnu i medicinsko-socijalnu djelatnost polivalentnog karaktera, integriranu u sustav primarne zdravstvene zaštite (PZZ) s ciljem promicanja i očuvanja zdravlja pojedinaca, obitelji i zajednice. Ona je bitan dio sestrinske skrbi u zajednici, fokusirana na pružanje njege u kućnom okruženju ili na drugim mjestima gdje ljudi žive i provode svoje vrijeme. Glavni fokus djelovanja patronažnih sestara je na zdravstvenom odgoju, edukaciji, informiranju i obrazovanju, s ciljem unapređenja zdravlja i sprječavanja bolesti, posebno u najosjetljivijim fazama života. One pružaju pojačanu skrb u specifičnim životnim razdobljima i okolnostima, posvećujući posebnu pažnju novorođenčadi, dojenčadi, trudnicama, babinjačama, kroničnim bolesnicima, starijim osobama, invalidima, socijalno ugroženim skupinama, korisnicima palijativne skrbi, migrantima i svim drugim osjetljivim grupama. Uspješna provedba patronažne njege zahtijeva suradnju s različitim timovima i službama, uključujući obiteljsku medicinu, pedijatriju, ginekologiju, stomatologiju, palijativnu njegu, socijalne službe, ustanove za njegu u kući te obrazovne institucije (19). Kroz ovu široku suradnju, patronažna sestra osigurava sveobuhvatnu skrb koja obuhvaća ne samo zdravstvenu njegu već i edukaciju i prevenciju unutar zajednice. Temeljni model intervencije patronažne medicinske sestre je kućna posjeta pojedincu i/ili obitelji direktno tamo gdje žive, u domu (stan/kuća) ili na mjestu trenutnog smještaja (Dom za starije i nemoćne osobe, domovi za djecu, centri za rehabilitaciju, udomiteljske obitelji, Udruga za inkluziju i dr.) Planiranje kućnih posjeta se provodi prema pozivu osobe koja treba patronažnu skrb ili člana obitelji, susjeda, prijatelja, stručnih suradnika, prijava iz rodilišta, bolnica, Centra za socijalni rad. Osim kućnog posjeta u obiteljima, patronažne sestre provode aktivnosti zdravstvenog odgoja kroz rad u malim grupama s različitim skupinama korisnika u zajednici (20).

2.6.1. Patronažna skrb – u zaštiti zdravlja majke i djeteta

Zaštita zdravlja majke i djeteta među prioritarnim je zadacima patronažne zdravstvene zaštite. Zdrav početak od začeća; trudnoće, porođaja, prve godine života i nadalje bitan je za zdravlje i dobrobit budućeg naraštaja (21). Mjere promicanja i očuvanja zdravlja žena i djece ovu zaštitu svrstavaju u preventivu visokog stupnja. Zdravlje majki i djece pod posebnom je skrbi u organiziranim suvremenim zjednicama zbog: osjetljivosti u vezi rađanja i majčinstva te rastom i razvojem djece; prekonceptijsko, prenatalno, perinatalno razdoblje i djetinjstvo utječu na zdravlje sljedećeg naraštaja ljudi; okolišni čimbenici (društveni, zemljopisni i ekonomski, ali i inefektivni, toksični i dr.) utječu na djetetovo zdravlje; zdravlje majke i djeteta utječe na reproduktivno zdravlje novih naraštaja i demografsku situaciju zajednice u budućnosti.

- Skrb tijekom trudnoće

Svrha programa patronažne skrbi jest provođenje mjera primarne i sekundarne prevencije kako bi se procijenilo zdravstveno, psihičko, socijalno i ekonomsko stanje trudnice (22), kao i prepoznavanje faktora ugroženosti. Ove aktivnosti uključuju unapređenje zdravlja, planiranje bolesti, otkrivanje visokorizičnih trudnoća i svladavanje prepreka u osiguranju perinatalne zaštite. Procjenjuju se faktori kao što su obiteljska struktura, socijalne i ekonomske prilike, uvjeti stanovanja, zdravstveno stanje trudnice i članovi njezine obitelji te anamneza ranijih trudnoća. Ključni ciljevi patronažne skrbi su procjena stanja trudnice, planiranje mjera pomoći te praćenje tjelesnih i psihičkih promjena tijekom trudnoće. Pravovremeno prepoznavanje ugrožavajućih čimbenika omogućuje pravovremeno poduzimanje potrebnih mjera za smanjenje komplikacija i osiguranje sigurnosti trudnice i djeteta.

Patronažna sestrinska skrb uključuje i edukaciju trudnica i njihovih obitelji o zdravim navikama i načinima života, o prepoznavanju i ublažavanju smetnji u

trudnoći, pripremama za porod. Pored toga, poseban se naglasak stavlja na motivaciju i pripremu za uspješno dojenje. Trudnice se educiraju o važnosti i prednostima dojenja za majku, dijete i zajednicu te dobivaju praktične savjete kako bi se lakše suočile s mogućim izazovima tijekom dojenja. Podrška obuhvaća informacije o pravilnom hvatu na dojci, položaju djeteta prilikom dojenja, prevenciji i rješavanju problema poput bolnih bradavica ili zastoja mlijeka te poticanje produženog dojenja. Ovim mjerama trudnicama se omogućuje bolje razumijevanje i priprema za majčinstvo, osiguravajući im neophodnu podršku. Priprema trudnice za porod i roditeljstvo ključno je područje rada patronažnih sestara, jer trudnice uče kako prepoznati faze poroda, koje tehnike mogu koristiti za olakšanje poroda te kako osigurati zdrav emocionalni odnos s djetetom nakon poroda te izuzetno važne prve podoje koji su bitni za uspostavljanje laktacije na vrijeme. Program uključuje i tečajeve u zajednici (Grupa za potporu dojenju) za buduće roditelje, gdje se kroz rad u grupama pružaju znanja i vještine vezane uz njegu djeteta, dojenje i odgovorno roditeljstvo (22).

- Skrb tijekom babinja

Zdravstvena skrb za babinjače, žene koje se oporavljaju nakon poroda, ključna je komponenta patronažne djelatnosti u sustavu zdravstvene njege. Nastavlja se na skrb koja je započela u rodilištu i od velike je važnosti za dobrobit i zdravlje majke i novorođenčeta. Skrb u razdoblju nakon porođaja uključuje kontrolu i praćenje fizioloških zbivanja žene i novorođenčeta, te zadovoljavanje edukativnih i suportivnih potreba žene i obitelji u odnosu na novorođenče (21). Bazira se na rješavanju problema vezanih uz prehranu, osobnu higijenu, laktaciju, eliminaciju i emocionalnu stabilnost majke, potporu obitelji i okoline a sve to kako bi se postigli optimalni uvjeti za fizički i psihički oporavak majke nakon poroda.

Patronažna skrb započinje prikupljanjem anamnestičkih podataka koji uključuju opće identifikacijske informacije, obiteljsku anamnezu, socijalno-ekonomske uvjete te procjenu stambenih uvjeta. Važno je i analizirati dostupnu

medicinsku dokumentaciju, poput otpusnih pisama roditelje i novorođenčeta, kao i prenatalnu dokumentaciju ako trudnica nije bila pod nadzorom patronažne skrbi. Također, provodi se detaljna procjena zdravstvenih navika majke, kao i procjena njezine edukiranosti o roditeljstvu i stavovima prema majčinstvu. Posebna pažnja posvećuje se procjeni psihofizičkog stanja babinjače, uključujući psihološku stabilnost, komunikacijske vještine te samopercepciju majke, posebice vezano uz sliku o sebi nakon poroda. Ova procjena je iznimno važna jer mnoge majke mogu osjećati emocionalnu nestabilnost ili neizvjesnost zbog novonastale situacije.

Osim općih procjena, patronažna sestra procjenjuje i izloženost majke zdravstvenim rizicima poput pušenja, konzumacije alkohola ili droga, kao i prisutnost zaraznih bolesti ili psihičkih tegoba.

Patronažna skrb u vezi s dojenjem bi trebala biti individualizirana, a ovisi o puno predisponirajućih faktora; majčine želje i motivacije za dojenjem, edukacije o dojenju u prenatalnom razvoju i daljnje podrške i edukacije u natalnom razdoblju za vrijeme boravka u rodilištu. Iako je dojenje prirodan proces, ono je uspješno samo tamo gdje je majka motivirana za dojenje, ima priliku učiti i ovladati znanjima i vještinama dojenja, steći samopouzdanje i oblikovati pozitivne stavove (21), uz podršku i pomoć profesionalaca i najbližih članova obitelji.

- Skrb za novorođenče i dojenče

Patronažna sestra za novorođenče i dojenče provodi se u prvim mjesecima, istovremeno uz skrb za babinjaču, podrškom roditeljima kroz procjenu stanja djeteta, prepoznavanje tjelesnih poteškoća te osiguravanje optimalnih uvjeta za rast i razvoj. Skrb obuhvaća procjenu osnovnih potreba poput prehrane, spavanja, eliminacije i sigurnosti djeteta. Procjena stanja i potreba novorođenčeta uključuje pravovremeno prepoznavanje tjelesnih poteškoća i stvaranje optimalnih uvjeta za rast i razvoj. Cilj je educirati roditelje kako bi razumjeli, prihvatili i primijenili mjere za očuvanje zdravlja djeteta te rješavanje

njegovih osnovnih životnih potreba. Osim toga, procjenjuju se potencijalni rizici unutar obitelji kako bi se spriječile bolesti i povrede. Roditelji stječu znanja i vještine za praćenje zdravstvenog stanja novorođenčeta, prepoznavanje simptoma bolesti i pravovremeno traženje stručne pomoći za ublažavanje eventualnih tegoba.

2.7. Potpora dojenju kroz zakonske okvire RH

2.7.1. Nacionalni programi i regulativa

Zaštita, promicanje i podrška dojenju prioritet su javnog zdravstva u RH, što je vidljivo iz brojnih dokumenata koje su usvojili Hrvatski sabor i Vlada u proteklih petnaestak godina, a odnosili su se na Nacionalne strategije razvoja zdravstva od 2012.– 2020. godine, Nacionalne populacijske politike, Nacionalne strategije za prava djece u RH za razdoblje od 2014. do 2020. godine te dvaju Programa za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. godine i od 2018. do 2020. godine (23). Trenutno aktualni dokument je novi Nacionalni program za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje 2024.-2027. godine s ciljem daljnjeg unaprjeđenja zdravstvenog sustava i ishoda, a nastao je u skladu s Nacionalnom razvojnom strategijom do 2030. godine, Nacionalnim planom razvoja zdravstva 2021.-2027. i Akcijskim planom razvoja zdravstva 2021.-2025.

Provedba prvih dokumenata dovela je do toga da su od 2007. do 2016. godine sva javna hrvatska rodilišta ispunila kriterije UNICEF-a i WHO za dobivanje naziva RPD što je važno postignuće ne samo na domaćem nego i na međunarodnom planu (23).

Ključno za provedbu Nacionalnog programa je regulacija marketinga i prodaje zamjena za majčino mlijeko, bočica, duda varalica te dječje hrane za dohranu. Ovi proizvodi regulirani su Međunarodnim pravilnikom WHO iz 1981. godine i rezolucijama Svjetske zdravstvene skupštine donesenim nakon toga. Hrvatski

sabor usvojio je Zakon o provedbi Uredbe (EU) br. 609/2013, koji regulira marketing i prodaju zamjena za majčino mlijeko, a na snazi je od 1. travnja 2019.

2.7.2. Strateški ciljevi i smjernice

Unutar šireg okvira Nacionalne razvojne strategije, Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021.-2027. godine postavlja specifične ciljeve vezane uz zdravlje građana. Prvi poseban cilj unutar ovog plana, pod nazivom "Bolje zdrave životne navike i učinkovitija prevencija bolesti", naglašava ključnu ulogu prevencije bolesti i promicanja zdravih navika u povećanju kvalitete života i smanjenju smrtnosti. Promicanje zdravih životnih navika ima za cilj povećanje očekivanog trajanja života, ali i poboljšanje kvalitete života kroz povećanje broja godina provedenih u zdravlju, bez bolesti ili invaliditeta. Prevencija najčešćih bolesti, poput kardiovaskularnih i malignih bolesti, od suštinske je važnosti za postizanje tih ciljeva. Također, podrška dojenju uključena je kao jedna od ključnih mjera jer ima višestruke koristi za zdravlje djece i majki, smanjujući rizik od kasnijih zdravstvenih problema. Strateški okvir protiv raka do 2030. godine naglašava potrebu za povećanjem preventivnih mjera, ranom dijagnostikom i poboljšanjem kvalitete liječenja. Uspjeh u smanjenju poboli i smrtnosti od raka može se ostvariti kroz edukaciju građana o važnosti zdravih životnih navika, uključujući i dojenje, koje dokazano smanjuje rizik od pojave invazivnog raka dojke i raka jajnika. Metaanalize koje su uključile 47 istraživanja iz 30 zemalja pokazale su da se za svaku godinu povećanja dojenja rizik od raka dojke smanjuje za 4%. Ovaj podatak ilustrira koliko je važnost promicanja dojenja u okviru zdravstvene politike, ne samo radi zdravlja djeteta i majke, već i kao mjera prevencije smrtonosnih bolesti (24).

2.7.3. Program zaštite i promicanja dojenja u RH

Strateški smjerovi Programa koje RH ističe kao iznimno važne u području zaštite i promicanja dojenja jesu:

1. održivost programa promicanja dojenja u zdravstvenom sustavu s osobitim naglaskom na program RPD,
2. uvođenje KOD-a WHO-a u pravnu regulativu RH,
3. osnaživanje i nastavak programa promicanja dojenja u zajednici,
4. sustav praćenja i evaluacije u provođenju svih posebnih ciljeva programa (23).

Ovaj program definira strateške smjerove, ciljeve, podciljeve, mjere i aktivnosti koje se odnose na zaštitu i promicanje dojenja u RH, a temelji se na ključnim nacionalnim strateškim dokumentima spomenutim u prethodnom dijelu, kao i na smjernicama WHO-a. Glavni cilj programa je povećati postotak isključivog i ukupnog povećanja dojenja. Prema globalnim ciljevima WHO-a za unapređenje prehrane do 2025. godine, cilj je postići 50 % isključivog dojenja tijekom prvih šest mjeseci života. Prema podacima HZJZ, 2013. godine 58,2 % dojenčadi u dobi od 3 do 5 mjeseci bilo je isključivo dojeno, dok je 2017. taj postotak porastao na 71,7 %.

Planirane mjere za provedbu programa uključuju osiguranje održivosti inicijativa za zaštitu, podršku i promicanje dojenja u rodilištima, jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja. Također, naglasak je na dosljednoj primjeni WHO-ovog KOD-a u Hrvatskoj te na poboljšanje uvjeta poroda kroz ljudska prava u rodilištima. Novi program RPMD predlaže se kao ključna mjera za podršku dojenju, uz dodatne inicijative za promociju dojenja na dječjim odjelima.

Program također ističe važnost praćenja i evaluacije stope dojenja i prehrane dojenčadi i male djece. Posebna pažnja posvećuje se radu prve banke humanog mlijeka u RH te nastavku prikupljanja i distribucije doniranog mlijeka.

Za održivost programa zaštite, promicanja i potpore dojenju važno je osnivanje nacionalnog referentnog centra za planiranje, provođenje i koordinaciju edukacije zdravstvenih radnika i roditelja, i tijekom trudnoće i prije planirane trudnoće, od vrtičke do studentske dobi u KBC Zagreb kao najvećoj ustanovi te vrste u RH u kojoj bi se obrazovali kadrovi za provođenje edukacije zdravstvenih radnika u svim programima promicanja dojenja u RH kao i nacionalni ocjenjivači koji bi se bavili evaluacijom (kvalitetom) provođenja navedenih programa sa svrhom certificiranja ustanova unutar zdravstvenog sustava koje ih žele provoditi (23).

2.8. Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026.

Odluku o planu i programu mjera zdravstvene zaštite donosi ministar zdravstva, na prijedlog državnih zdravstvenih zavoda, a uz suglasnost nadležnih komora i Hrvatskog lječničkog zbora.

Planom i programom mjera zdravstvene zaštite utvrđuje se skup mjera i postupaka koji se primjenjuju kod pojedinaca, skupina i šire zajednice s ciljem zaštite zdravlja te se definiraju aktivnosti sukladno utvrđenim sredstvima i ciljevima radi njihove provedbe, subjekti koji su ih dužni provoditi i način provođenja tih mjera (25).

Djelatnosti koje se spominju u dokumentu a uključene suene u prenatalni, natalnu i postnatalnu zaštitu žena i djece u odnosu na dojenje odnose se uglavnom na PZZ.

2.8.1. Postupci u timu zdravstvene zaštite žena (ginekološke ordinacije)

Zdravstveni odgoj i prosvjećivanje trudnice - upute i savjeti uz specijalistički ili kontrolni opstetrički pregled. Nadležnost ginekološke ambulante u PZZ;

izvršitelji: doktor medicine, specijalist ginekologije i opstetricije; suradnici: medicinska sestra; patronažna sestra; primalja – asistent.

2.8.2. Postupci patronažne djelatnosti

- Patronažna zaštita trudnica - edukacija o fiziologiji trudnoće, psihofizičkim promjenama za vrijeme trudnoće, poželjnim obrascima zdravstvenog funkcioniranja; edukacija o porodu, babinjama, tehnikama dojenja, tehnikama ublažavanja boli, roditeljstvu; motivacija za dojenje i uključivanje u tečajeve i grupe potpore i podrške; savjetovanje za prepoznavanje i ublažavanje normalnih smetnji za vrijeme trudnoće te o zakonskim propisima za vrijeme trudnoće; socijalni uvid. Populacija: sve trudnice. Nadležnost patronažne službe; izvršitelji: prvostupnik sestrinstva; magistar sestrinstva; prvostupnik primaljstva; magistar primaljstva; suradnici: tim zdravstvene zaštite žena; tim obiteljske (opće) medicine.
- Patronažna zaštita babinjača - edukacija o uobičajenim teškoćama kod poroda, njezi dojki, laktaciji, tehnikama dojenja, pohrani i čuvanju izdojenog mlijeka, relaktaciji, prehrani za vrijeme dojenja; edukacija i demonstriranje postupaka prevencije zastoje dojke, ručnog izdajanja, upotreba mehaničke ili električne izdajalice, alternativnih tehnika hranjenja; edukacija o pripremi zamjena za majčino mlijeko; edukacija o njezi perianalne regije, spolnim odnosima nakon poroda, kontracepciji, važnosti odlaska na ginekološki pregled, Kegelovim vježbama, uspješnoj eliminaciji te tjelesnim aktivnostima nakon poroda. Populacija: sve babinjače. Nadležnost patronažne službe; izvršitelji: prvostupnik sestrinstva; magistar sestrinstva; prvostupnik primaljstva; magistar primaljstva; suradnici: tim zdravstvene zaštite žena; tim obiteljske (opće) medicine.
- Patronažna zaštita novorođenčadi - edukacija roditelja o karakteristikama zdravog novorođenčeta, fiziološkim promjenama;

edukacija i demonstracija o njezi i higijeni kože, vlasišta, sluznica, njezi spolovila, njezi noktiju i oblačenju; edukacija o mikroklimatskim uvjetima, edukacija i demonstracija o položajima djeteta, prevenciji ozljeda, toaleti pupčanog batrljka, lapiziranje pupka; vađenje krvi za novorođenački probir iz suhe kapi krvi*; edukacija o važnosti sistematskih pregleda, važnosti cijepljenja te pravima i obvezama iz područja zdravstvene i socijalne zaštite. Populacija: sva novorođenčad. Nadležnost patronažne službe; izvršitelji: prvostupnik sestrinstva; magistar sestrinstva; prvostupnik primaljstva; magistar primaljstva; tim obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena.

2.8.3. Specijalističko - konzilijarna zdravstvena zaštita (bolnice)

Dojenje se spominje samo u naslovu: Početna skrb za novorođenče na porođajnom odjelu u bolnici u svim razinama (I. II. i III. razina neonatalne skrbi) (25) u kontekstu prvog podoja nakon poroda.

3. METODE ISTRAŽIVANJA

3.1. Cilj istraživanja

Ovaj rad će pružiti pregled trenutne prakse i podrške dojenju tijekom antenatalnog, ranog natalnog i postnatalnog razdoblja unutar primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Provedeno istraživanje nastoji utvrditi razinu posvećenosti zdravstvenih djelatnika koji rade sa ženama tijekom trudnoće, boravka u rodilištu te nakon povratka kući, te ukazati na problematiku u postizanju veće stope dojenja u svim aspektima odrednica koje se navode kao razlozi za nedojenje. Posebna pažnja posvećena je ulozi medicinskog osoblja koje potiče dojenje u rodilištima i na odjelima za babinjače, kao i ulozi patronažnih sestara, te se istražuje ima li nadstandardna skrb (prema planu i programu zdravstvene zaštite) veći utjecaj na dojenje kod majki.

3.2. Hipoteze

H1 - postoji razlika u u zadovoljstvu majki potporom dojenju u radu patronažnih sestara

H2 - postoji statistički značajna razlika u podršci dojenju koja se provodi u RPD i RPMD

H3 - postoji statistički značajna razlika u broju dojene djece između dviju županija

3.3. Uzorak

Istraživanje je provedeno putem anketnog upitnika koji je kreiran na platformi Google Forms. Anketa se sastojala od 33 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa.

Na početku je objašnjena tema istraživanja, opisana svrha prikupljanja podataka i prikazan kontakt istraživača na koji se sudionice mogu obratiti u slučaju da imaju pitanja u vezi ankete. Nakon što su potvrdile da žele sudjelovati u ispunjavanju ankete, sudionicama je prikazan niz pitanja o trudnoći, dojenju i podršci zdravstvenih radnika i patronažnih sestara u dojenju.

Prikupljanje podataka trajalo je od 22.8.2024. do 10.9.2024.

3.4. Sudionice u istraživanju

Sudionice u istraživanju bile su majke koje su u istraživanje pozvane na zamolbu nekolicine patronažnih sestara iz Krapinsko-zagorske županije (KZŽ) i Grada Zagreba (GZ) dijeljenjem poveznice na upitnik. Zamoljene su i da poveznicu prosljede drugim majkama koje su dijete rodile 2021. godine ili kasnije.

Ukupno je upitnik ispunilo 313 sudionica, ali su u obradi podataka zadržane samo one koje žive na području KZŽ, GZ i Zagrebačke županije (ZŽ) i imaju dijete rođeno 2021. godine ili kasnije. Primjenom ovih kriterija, u konačnom uzorku ostala je 221 sudionica.

Od njih 221, 130 (58,8%) ih je bilo iz KZŽ, a 91 (41,2%) iz GZ i ZŽ. Većina sudionica su mlađe od 35 godina (73,8%), visoko obrazovane (51,6%), u braku (83,3%) i žive u kućanstvu s partnerom i djecom (71%). Ispitanice iz GZ i ZŽ imale su porod u zagrebačkim rodilištima (99%), a žene iz KZŽ su rodile u Županijskoj bolnici OB Zabok (76%) te u zagrebačkim rodilištima (24%).

3.5. Obrada podataka

Podaci su obrađeni u statističkom programu Jamovi (The Jamovi Project, 2022) (26). Frekvencije odgovora na pojedino pitanje prikazane su na cijelom uzorku, kao i zasebno na poduzorcima sudionica iz Zagrebačke i Krapinsko-zagorske županije. Kod pitanja na koja su odgovori davani na skali Likertovog tipa, izračunate su aritmetičke sredine i standardne devijacije, odnosno prosječno slaganje s pojedinom tvrdnjom i varijabilnost podataka.

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografski podaci

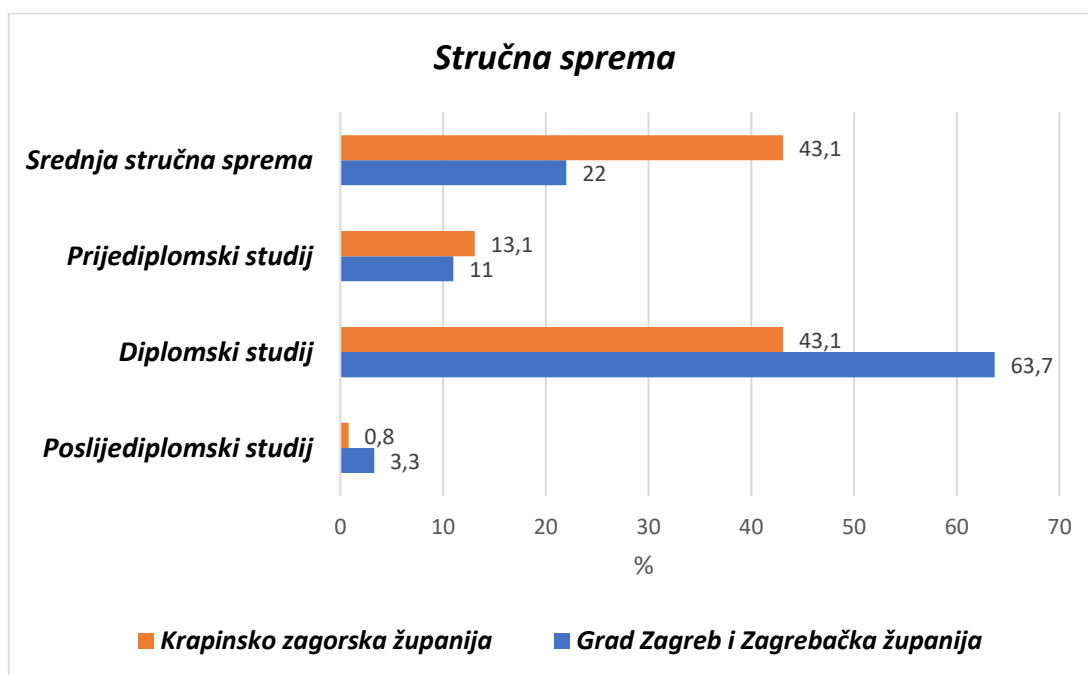
Table 1. Sociodemografske karakteristike sudionice istraživanja (N=221)

	<i>Sociodemografske karakteristike</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Dob</i>	<i>21-25 godina</i>	<i>21</i>	<i>9.5 %</i>
	<i>26-30 godina</i>	<i>59</i>	<i>26.7 %</i>
	<i>31-35 godina</i>	<i>83</i>	<i>37.6 %</i>
	<i>36-40 godina</i>	<i>45</i>	<i>20.4 %</i>
	<i>41-45 godina</i>	<i>13</i>	<i>5.9 %</i>
<i>Stupanj obrazovanja</i>	<i>Diplomski studij</i>	<i>114</i>	<i>51.6 %</i>
	<i>Poslijediplomski studij</i>	<i>4</i>	<i>1.8 %</i>
	<i>Prijediplomski studija</i>	<i>27</i>	<i>12.2 %</i>
	<i>Srednja stručna sprema</i>	<i>76</i>	<i>34.4 %</i>
<i>Bračni status</i>	<i>Rastavljena</i>	<i>1</i>	<i>0.5 %</i>
	<i>Samohrana majka</i>	<i>2</i>	<i>0.9 %</i>
	<i>U braku</i>	<i>184</i>	<i>83.3 %</i>
	<i>U vanbračnoj zajednici</i>	<i>33</i>	<i>14.9 %</i>
	<i>Zaručena</i>	<i>1</i>	<i>0.5 %</i>
<i>Kućanstvo u kojem žive</i>	<i>Samohrana majka s djetetom/djecom</i>	<i>1</i>	<i>0.5 %</i>
	<i>Samohrana majka s djetetom/djecom i roditeljima</i>	<i>2</i>	<i>0.9 %</i>
	<i>Uža obitelj - partner i dijete/djeca</i>	<i>157</i>	<i>71.0 %</i>
	<i>Šira obitelj - partner, dijete/djeca, baka i / ili djed</i>	<i>61</i>	<i>27.6 %</i>
<i>Broj djece</i>	<i>1</i>	<i>123</i>	<i>55.7%</i>
	<i>2</i>	<i>75</i>	<i>33.9%</i>

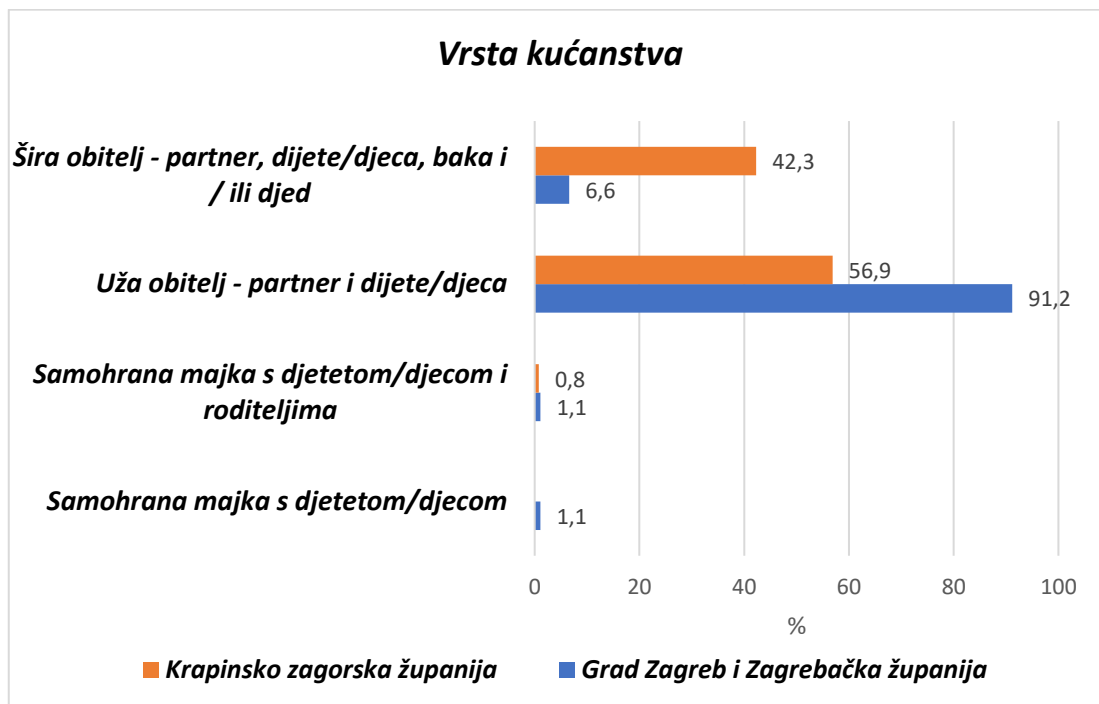
	3	20	9.0%
	4	3	1.4%
Županija	<i>Krapinsko-zagorska županija</i>	130	58.8 %
	<i>Zagrebačka županija i Grad Zagreb</i>	91	41.2 %

Značajne razlike u demografskim podacima između dviju županija uočavaju se u stečenoj stručnoj spemi ispitanica, kao i u vrsti kućanstava u kojima žive. Najznačajnije su razlike žena iz GZ i ZŽ koje imaju visoku stručnu spremu (63,7%) u odnosu na žene iz KZŽ (43,1%). Upečatljiva je i razlika ispitanica sa srednjom stručnom spremom; KZŽ 41,3%, a za GZ i ZŽ 22%. Kućanstva u kojima ispitanice najčešće žive u GZ i ZŽ su 91,2% s partnerom i djetetom/djecom, dok ih u takvoj zajednici u KZŽ živi 56,9%. U KZŽ su visoko zastupljena kućanstva u kojima ispitanice žive sa širom obitelji; partner, dijete/djeca, baka i / ili djed. Zastupljenost takvih kućanstava u KZŽ je 42,3% te se vidi velika razlika u odnosu na takva kućanstava u GZ i ZŽ (6,6%).

Graf 1. Usporedba ispitanica prema stručnoj spemi (%)



Graf 2. Usporedba ispitanica prema vrsti kućanstava u kojima žive (%)



4.2. Perinatalno razdoblje

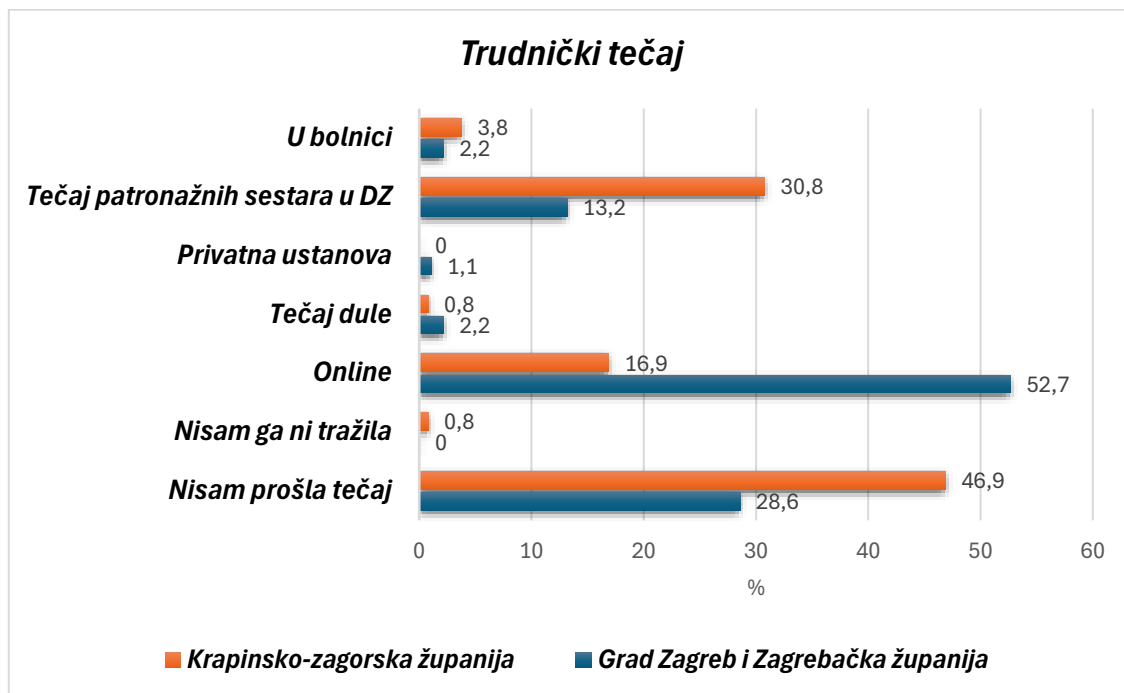
Table 2. Motiviranost i edukacija ispitanica u prenatalnom razdoblju KZŽ (N=130); GZ i ZŽ (N=91)

	Grad Zagreb i Zagrebačka županija		Krapinsko zagorska županija	
	N	f	N	f
<i>Motivirana za dojenje</i>	82	90.1 %	118	90.8 %
<i>Nije motivirana za dojenje</i>	6	6.6 %	5	3.8 %
<i>Nisam razmišljala o dojenju u trudnoći</i>	3	3.3 %	7	5.4 %
<i>Uglavnom urednog tijeka</i>	73	80.2%	100	77%
<i>Blaže komplikacije - kuće do poroda</i>	11	12.1%	18	13.8%
<i>Teže komplikacije - povremeno hospitalizacija</i>	7	7.7%	9	6.9%
<i>Većinu vremena do poroda-hospitalizirana</i>	0	0	3	2.3%
<i>Nisam prošla tečaj</i>	26	28.6%	61	46.9%
<i>Nisam ga ni tražila</i>	0	0%	1	0.8%
<i>Online</i>	48	52.7%	22	16.9%
<i>Tečaj dule</i>	2	2.2%	1	0.8%
<i>Privatna ustanova</i>	1	1.1%	0	0
<i>Tečaj patronažnih sestara u DZ</i>	12	13.2%	40	30.8%
<i>U bolnici</i>	2	2.2%	5	3.8%
<i>Znanje o obilasku patronažnih sestara u trudnoći?</i>				
<i>Da</i>	31	34.1 %	63	48.5 %
<i>Ne</i>	60	65.9 %	67	51.5 %
<i>Patronažna posjeta u trudnoći?</i>				
<i>Da</i>	19	20.9 %	50	38.5 %
<i>Ne</i>	72	79.1 %	80	61.5 %

Razlike u motiviranosti za dojenje u prenatalnom razdoblju ispitanica su minimalne i nisu značajne kao i tijek trudnoće ispitanica. U 92.3% slučajeva trudnoće su bile uredna tijeka ili blažih komplikacija žena iz GZ i ZŽ. U KZŽ trudnoće uredna tijeka ili s blagim komplikacijama imao je 90.8% žena. Primjetna je razlika u polaznosti i vrsti tečaja za trudnice koje su odabrale ispitanice iz urbane i ruralne sredine. Trudnički tečaj je slušalo 52.3% žena u KZŽ dok je u ZG i ZŽ tečaj prošlo 71.4% žena. Žene iz urbane sredine preferirale su online tečajeve (52.7%), zatim tečajeve patronažnih sestara u domovima zdravlja (DZ) (13.2%), dok je tečajeve u zagrebačkim rodilištima prošlo je svega 3.8% ispitanica, a najmanje su bili zastupljeni tečajevi dula (2 žene) i privatni tečajevi (1 žena). U KZŽ najposjećeniji su bili tečajevi patronažnih sestara pri DZ 30.8%, zatim online 16.9%, slično kao i žene GZ i ZŽ na tečajevima u OB Zabok bilo je svega 3.9% žena, dok je tečaj dula prošla 1 žena iz KZŽ. (Graf 3)

Primjetana je razlika u patronažnim posjetama trudnicama kao i o znanju da je takva posjeta moguća. Majke iz GZ i ZŽ su imale samo 20.9% patronažnih posjeta u trudnoći, dok u KZŽ patronažne sestre su obišle 38.5% trudnica. Također 48.5% majki iz KZŽ znalo je da ta opcija postoji dok u GZ i ZŽ 66.9% žena nije imalo saznanja o takvim posjetama. (Graf 4)

Graf 3. Usporedba posjećenosti i vrsta preferiranih tečajeva za trudnice (%)



Graf 4. Usporedba informiranosti o mogućnosti posjete patronažne sestre i posjete trudnicama (%)

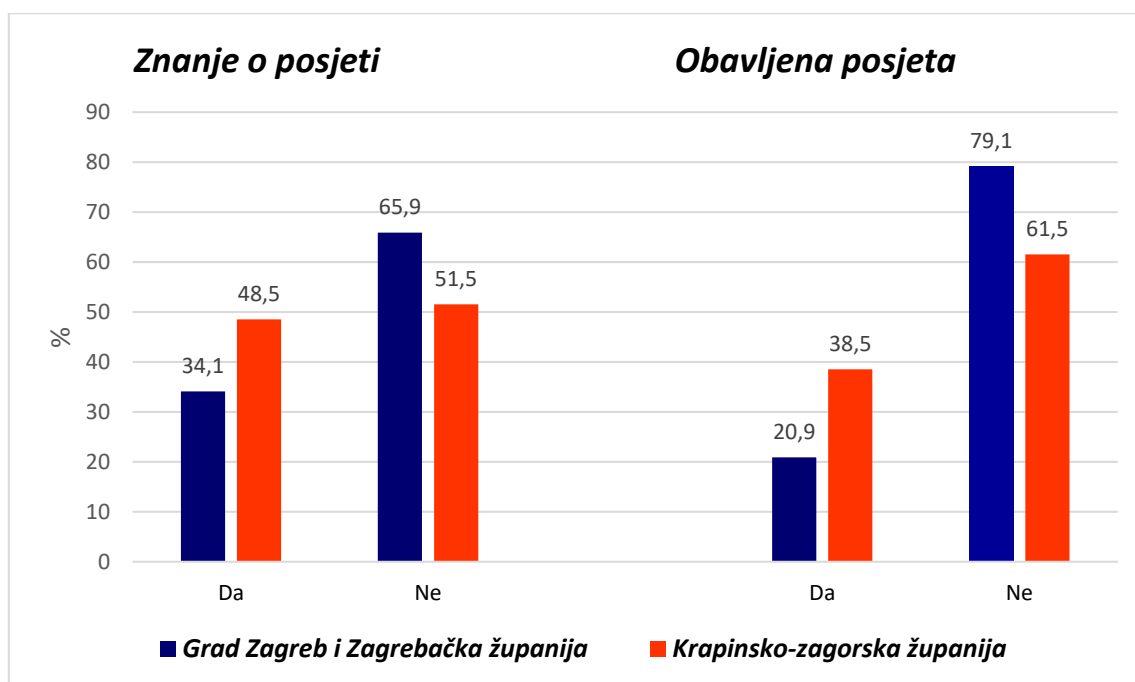


Table 3. Izvori iz koji su majke dobivale najviše informacija (Mean/SD)

<i>Grad Zagreb i Zagrebačka županija</i>	<i>N</i>	<i>Missing</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
<i>Info o dojenju ginekološka ordinacija</i>	74	17	0,446	0,761
<i>Info o dojenju prijateljice i rodbina</i>	81	10	2,037	0,928
<i>Info o dojenju tečajevi za trudnice</i>	79	12	1,747	1,103
<i>Info o dojenju patronažna sestre u trudnoći</i>	80	11	1,775	1,321
<i>Info o dojenju kontrole u bolnici</i>	75	16	0,427	0,738
<i>Info o dojenju internetski forumi</i>	82	9	1,829	1,004
<i>Info o dojenju internetske stranice institucija</i>	81	10	2,086	1,051
<i>Info o dojenju literatura o roditeljstvu</i>	78	13	1,769	1,005
<i>Krapinsko-zagorska županija</i>	<i>N</i>	<i>Missing</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
<i>Info o dojenju ginekološka ordinacija</i>	98	32	0,469	0,763
<i>Info o dojenju prijateljice i rodbina</i>	120	10	2,1	0,883
<i>Info o dojenju tečajevi za trudnice</i>	102	28	1,48	1,15
<i>Info o dojenju patronažna sestre u trudnoći</i>	112	18	2,143	1,13
<i>Info o dojenju kontrole u bolnici</i>	102	28	0,725	0,977
<i>Info o dojenju internetski forumi</i>	107	23	1,925	0,918
<i>Info o dojenju internetske stranice institucija</i>	105	25	1,924	1,107
<i>Info o dojenju literatura o roditeljstvu</i>	103	27	1,437	1,185

Ispitanice iz GZ i ZŽ najviše su informacija o dojenju saznale na internetskim stranicama institucija koje se bave promicanjem dojenja poput Grupa za potporu dojenja, Međunarodnih savjetnica za dojenje (IBCLC) savjetnica, Udruga Roda (x 2.086; SD 1.051) , smatrale ove izvore vrlo korisnima uz nešto veću varijabilnost u ocjenama. Smatrale su umjereno važnima informacije o dojenju od prijateljica i rodbine, (x 2.037;SD 0.928) uz nešto višu varijabilnost u odgovorima. Internetske stranice kao što su forumi su smatrale vrlo

korisnima (x 2.086; SD1.051) s prosječnom ocjenom uz također nešto veću variabilnost. Literatura o roditeljstvu je bila umjereno važan izvor (x 1.769; SD1.005), kao i posjeta patronažne sestre u trudnoći (x 1.775; SD 1.321), te tečajevi za trudnice (x 1.747; SD 1.103); međutim SD-i ukazuje na slično mišljenje ispitanica o važnosti dobivenih informacija u literaturi, dok imaju podjeljeno mišljenje o kvaliteti edukacije prilikom patronažne posjete i na tečajevima za trudnice. Informacije o dojenju u ginekološkim ordinacijama (x 0.446; SD 0.761) i prilikom pregleda i kontrola u bolnici (x 0.427; SD 0.738) ispitanice iz GZ i ZŽ ocijenile su vrlo niskim ocjenama i relativno niskom SD što znači da su ispitanice uglavnom bile istog mišljenja i iskustva o negativnoj ocjeni tih izvora.

Ispitanice iz KZŽ najviše informacija o dojenju dobivale su od patronažnih sestara prilikom kućne posjete (x 2.143; SD1.130) uz umjerenu variabilnost u odgovorima, što može ukazivati na pristup patronažnih sestara prema dojenju. Prijateljice i rodbina (x 2.100; SD 0.883) također su prepoznate kao važan izvor informacija o dojenju, uz nisku standardnu devijaciju ispitanice iz KZŽ smatraju ih bitnim. Internetski izvori za ispitanice iz KZŽ su umjerene važnosti; internetski forumi (x 1.925; SD 0.918) su prepoznati kao dobar izvor informacija, sudionice imaju relativno slične stavove o korisnosti informacija s foruma, ali varijabilnost u odgovorima pokazuje da su iskustva ipak donekle različita. Internetske izvore sa stranica institucija koje se bave promicanjem dojenja poput Grupa za potporu dojenja, IBCLC savjetnica, Udruge Roda (x1.924;SD 1.107) smatraju manje važnima od informacija s foruma i podjeljenog su mišljenja. Tečajeve za trudnice (x 1.480; SD 1.150) ocijenile su kao najnje važan izvor uz relativno visoku SD. Literatura o roditeljstvu (x 1.437; SD 1.185) ukazuje da informacije iz tog izvora smatraju umjereno korisnim uz široku varijabilnost u odgovorima. Kao i ispitanice iz ZG i ZŽ, informacije koje su dobile u ginekološkim ordinacijama (x 0,469; SD 0,763) te prilikom pregleda i kontrola u bolnici (x 0,725; SD 0,977) smatraju najmanje relevantnim i korisnim uz razliku da su majke iz KZŽ ipak dobile nešto više informacija o dojenju u bolnicama.

Graf 5. Usporedba izvora iz kojih su ispitanice dobile najviše informacija o dojenju (Mean/SD)

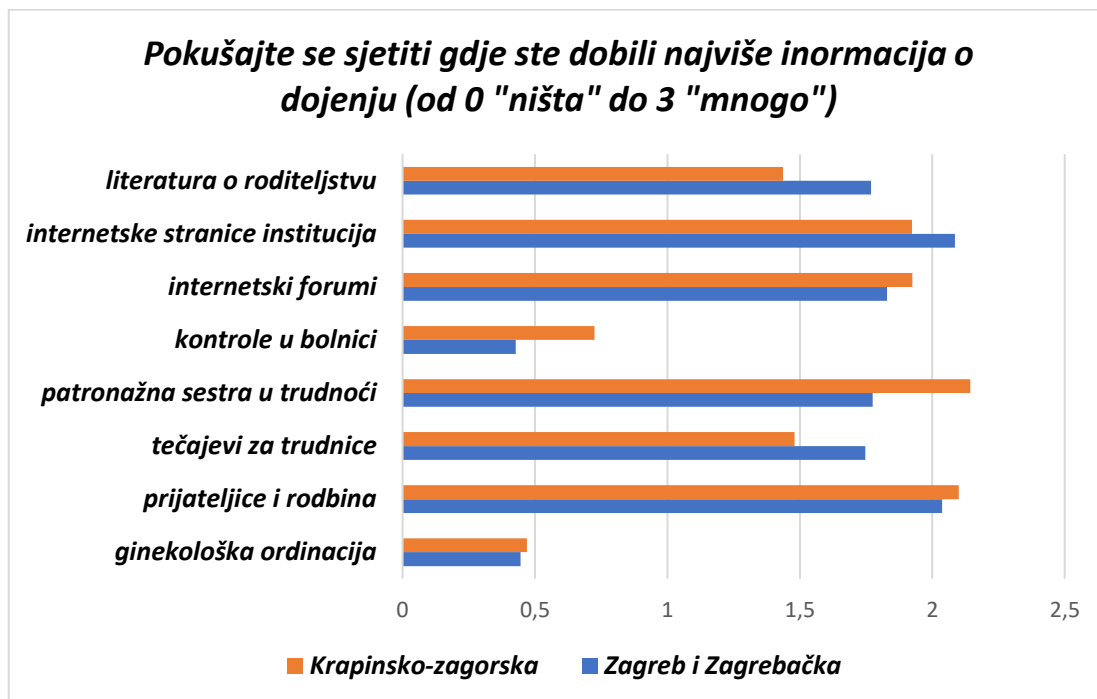


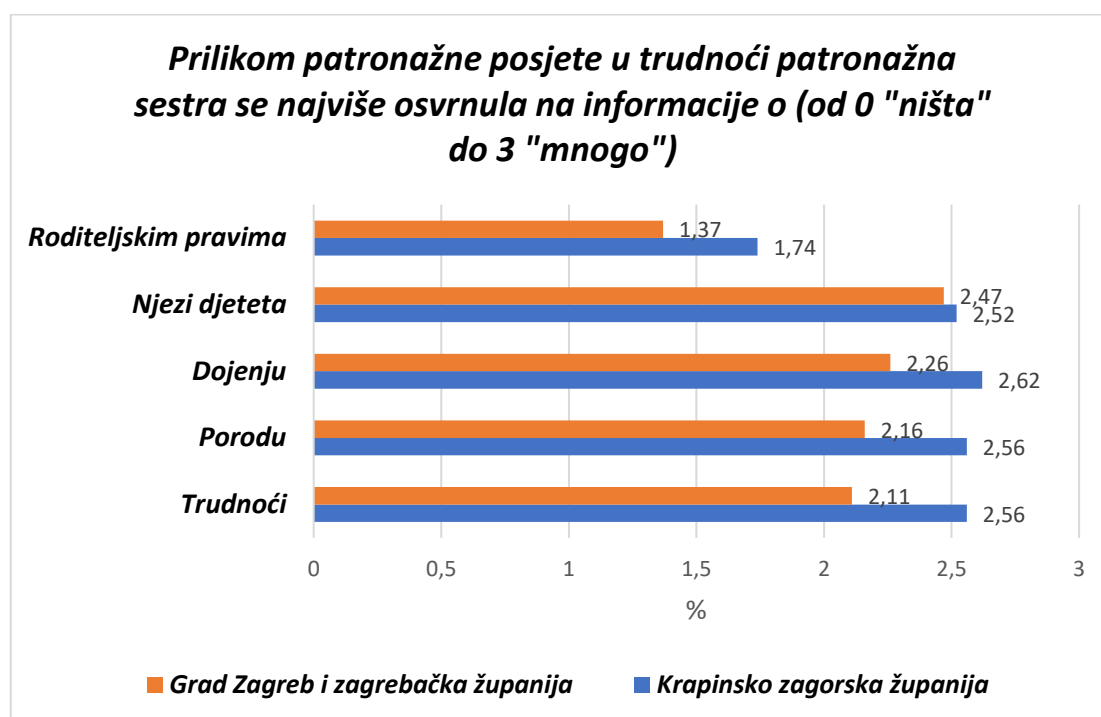
Table 4. Informiranje trudnica prilikom patronažne posjete (Mean/SD)

Grad Zagreb i Zagrebačka županija	N	Mean	SD
Patronažna sestra - o trudnoći	19	2,11	0,875
Patronažna sestra - o porodu	19	2,16	0,958
Patronažna sestra - o dojenju	19	2,26	0,806
Patronažna sestra - o njezi_djeteta	19	2,47	0,772
Patronažna sestra - o roditeljskim_pravima	19	1,37	0,895
Krapinsko-zagorska županija			
Patronažna sestra - o trudnoći	50	2,56	0,675
Patronažna sestra - o porodu	50	2,56	0,644
Patronažna sestra - o dojenju	50	2,62	0,635
Patronažna sestra - o njezi_djeteta	50	2,52	0,614
Patronažna sestra - o roditeljskim_pravima	50	1,74	1,026

Trudnice iz GZ i ZŽ su najrelevantnija i pozitivna iskustva nakon posjete patronažne sestre imale s informacijama o njezi djeteta (x 2.47;SD 0.772). Prilično ujednačeno ocjenile su informacije o dojenju (x 2.26; SD 0.86), porodu (x 2.16; SD 0.958) i trudnoći (x 2.11; SD 0.875). Najviše su ipak dobile informacije o dojenju uz relativno ujednačene odgovore. Umjereno su zadovoljne informacijama o porodu i trudnoći, uz nešto veću variabilnost u podacima. Nisko su ocjenile informacije o roditeljskim pravima (x 1.37; SD 0.895) uz umjerenu variabilnost u odgovorima.

U KZŽ o informacijama koje su dobile u trudnoći sudionice su najbolje ocjenile informacije o dojenju (x 0.262; SD 0.635) koje ukazuju na vrlo ujednačena mišljenja i pozitivna iskustva. Visoko su ocjenile i informacije o trudnoći (x 2.56; SD 0.675); porodu (x 2.56; SD 0.644), njezi djeteta (x 2.52; SD 0.614) koji također imaju nisku varijabilnost i ukazuju ujednačenja mišljenja. Najslabije su ocjenile informacije o roditeljskim pravima (x 1.74; SD 1.026) uz višu variabilnost u odgovorima. (Graf 6)

Graf 6. Usporedba pruženih informacija trudnicama za vrijeme patronažne posjete (Mean/SD)



4.3. Natalno razdoblje

Table 5. Vrijeme poroda s obzirom na gestacijsku dob, način poroda, vrijeme provedeno u "Zlatnom satu" i kako je hranjeno dijete za vrijeme hospitalizacije KZŽ (N=130); GZ i ZŽ (N=91)

	Grad Zagreb i Zagrebačka županija		Krapinsko-zagorska županija	
Porod iz 42 tjedna	3	3.3%	5	3.8%
Porod u terminu	82	90.1%	116	89.2%
Prijevremeni porođaj 34 do < 37 tjedna	6	6.6%	7	5.9%
Prijevremeni porođaj 28 do < 32 tjedna	0	0	2	1.5%
Vaginalni prirodni	14	15.9%	25	19.2%
Vaginalni uz lijekove	25	27.5%	55	42.3%
Vaginalni uz epiduralnu analgeziju	15	16.5%	11	8.5%
S.C. spinalna analgezija/anestezija	31	34.1%	25	19.2%
S.C. opća anestezija	6	6.6%	14	10.8%
"Zlatni sat" oko 120 minuta	7	7.7%	4	3.1%
"Zlatni sat" oko 60 minuta	39	42.8%	38	29.2%
"Zlatni sat" oko 30 minuta	13	14.3%	31	23.8%
"Zlatni sat" oko 10 minuta	9	9.9%	33	25.4%
Nisam imala "zlatni sat"	23	25.3%	24	18.5%
Hranjeno je na bočicu mojim izdojenim mlijekom	1	1.1 %	5	3.8 %
Isključivo je hranjeno na bočicu	13	14.3 %	14	10.8 %
Ne, isključivo je dojeno	14	15.4 %	28	21.6 %
Slabo je dojeno uz mliječnu formulu na bočicu	20	22 %	33	25.4 %
Uglavnom je dojeno uz pokoju bočicu mliječne formule	39	42.8 %	45	34.6 %
Uglavnom je dojeno uz pokoju bočicu mog izdojenog mlijeka	4	4.4 %	5	3.8 %

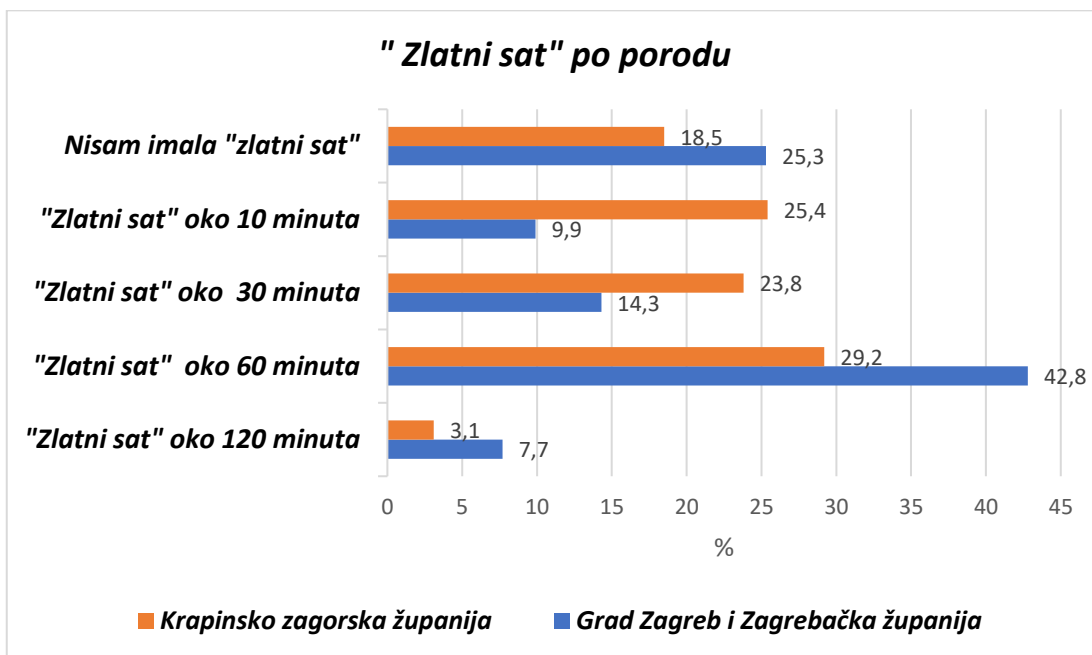
<i>Otpust iz bolnice - 2 do 4</i>	80	87.9 %	99	76.2 %
<i>Otpust iz bolnice - 5 do 7</i>	7	7.7 %	24	18.5 %
<i>Otpust iz bolnice - 8 do 10</i>	3	3.3 %	4	3.1 %
<i>Otpust iz bolnice - više od 10 dana</i>	1	1.1 %	3	2.3 %

U obje županije prilično su ujednačeni podaci o porodu gdje su najčešći porodi u terminu (GZ i ZŽ 90.1%; KZŽ 89.2%). Prema vrsti poroda postoje značajnije razlike osim kod prirodnih vaginalnih poroda (GZ i ZŽ 15.9%; KZŽ 19.2%). Veći udio vaginalnih potoda uz lijekove (42.3%) provodio se u OB Zabok, dok je u zagrebačkim rodilištima (27.5%) osjetno manji. U KZŽ slabo je zastupljen vaginalni porod uz epiduralnu analgeziju (8.5%), dok se GZ i ZŽ obezbojavanje poroda ovim načinom provodi duplo češće (16.5%). Općenito je visok postotak poroda carskim rezom (s.c.) u obje županije (ZG i ZŽ 40.7%; KZŽ 30 %) s tim da GZ i ZŽ prednjači u tim porodima. S obzirom na anesteziju, s.c. u spinalnoj anesteziji u GZ i ZŽ su češći (GZ i ZGŽ 34.1%; 19.2%), dok su u KZŽ češći u općoj anesteziji (GZ i ZŽ 6.6%; KZŽ 10.8%). Produženi "zlatni sat" (120 minuta) bio je češći u GZ i ZŽ (7,7%) nego u KZŽ (3,1%). Sat vremena kontakta bio je najčešći oblik "zlatnog sata" u GZ i ZŽ (42,8%), dok je u KZŽ bio nešto rjeđi (29,2%). U KZŽ županiji 30 minuta "zlatnog sata" bilo je učestalije (23,8%) u odnosu na Zagreb (14,3%) kao i kratki kontakt od samo 10 minuta (25,4%) koji je u KZŽ najučestaliji i znatno češći nego u GZ i ZŽ (9,9%). Četvrtina ispitanica (25.3%) iz GZ/ZŽ nije imalo iskustvo "zlatnog 7)sata", dok je u KZŽ taj postotak bio manji (18,5%). (Graf 7)

Niske su vrijednosti isključivo dojene djece u rodilištima nakon poroda za GZ i obje županije (KZŽ 21.6%; ZG/GŽ 15.4%), kao i djece hranjenje isključivo majčinim mlijekom na bočicu (KZŽ 3.8%;GZ/ZŽ 4.4%). Najučestaliji način hranjenja djece u KZŽ je dojenje uz pokoju bočicu mliječne formule (MF) (34.6%), a u GZ i ZŽ značajno niži (12.8%) i tu je najznačajnija razlika u podacima. Nešto više od trećine djece u obje županije hranjeno je isključivo

na bočicu MF (KZZ 10.8%; ZG i GŽ 14.3%) ili je slabo dojeno uz uglavnom MF (KZZ 22%; ZG i GŽ 25.4%). (Graf 8)

Graf 7. Usporedba provođenja "Zlatnog sata" u rodilištima(%)



Graf 8. Usporedba najučestalijih načina hranjenja novorođenčadi za vrijeme hospitalizacije nakon rođenja (%)

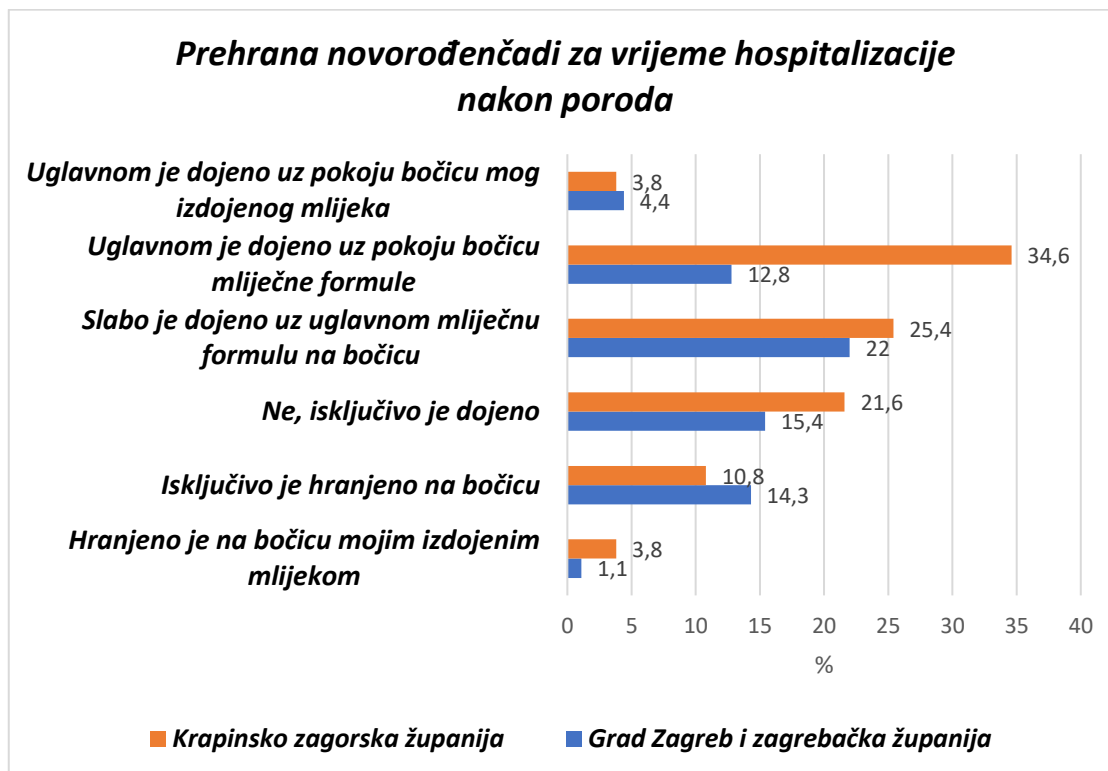


Table 6. Podrška i potpora dojenju u rodilištima (Mean/SD)

	N	Mean	SD
RPMD (OB Zabok)			
Objasnile važnost podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka]	97	2,98	1,07
Objasnile/pokazale pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje]	97	2,81	1,12
Objasnile/pokazale pravilan hvat i položaj kod dojenja]	97	2,82	1,11
Objasnile /pokazale da i Vi sebi namjestite udoban položaj kod dojenja]	97	2,69	1,16
Objasnile/pokazale da će se obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda te da je tada važno čim češće dojiti]	97	2,93	1,17

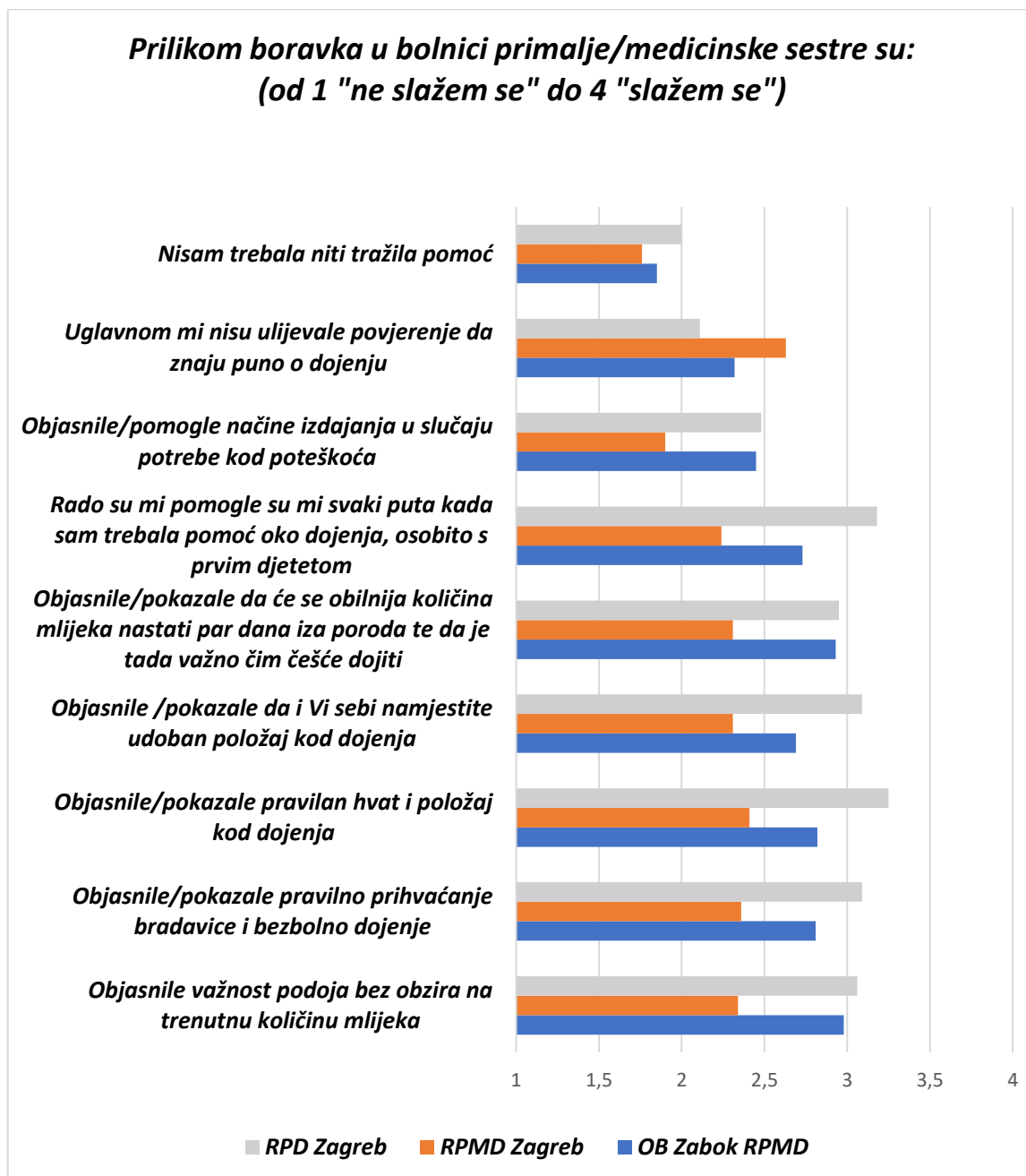
<i>Rado su mi pomogle su mi svaki puta kada sam trebala pomoć oko dojenja, osobito s prvim djetetom]</i>	97	2,73	1,16
<i>Objasnile/pomogle načine izdavanja u slučaju potrebe kod poteškoća]</i>	97	2,45	1,23
<i>Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju]</i>	97	2,32	1,16
<i>Nisam trebala niti tražila pomoć]</i>	97	1,85	1,06
<hr/>			
RPMD (KB Merkur; KB Sveti Duh)			
<i>Objasnile važnost podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka</i>	59	2,34	1,2
<i>Objasnile/pokazale pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje</i>	59	2,36	1,16
<i>Objasnile/pokazale pravilan hvat i položaj kod dojenja</i>	59	2,41	1,21
<i>Objasnile /pokazale da i Vi sebi namjestite udoban položaj kod dojenja</i>	59	2,31	1,22
<i>Objasnile/pokazale da će se obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda te da je tada važno čim češće dojiti</i>	59	2,31	1,29
<i>Rado su mi pomogle su mi svaki puta kada sam trebala pomoć oko dojenja, osobito s prvim djetetom</i>	59	2,24	1,18
<i>Objasnile/pomogle načine izdavanja u slučaju potrebe kod poteškoća</i>	59	1,9	1,17
<i>Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju</i>	59	2,63	1,17
<i>Nisam trebala niti tražila pomoć</i>	59	1,76	1,1
<hr/>			
RPD (KBC Zagreb;KBC Sestre Milosrdnice)			
<i>Objasnile važnost podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka</i>	65	3,06	1,029
<i>Objasnile/pokazale pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje</i>	65	3,09	1,128
<i>Objasnile/pokazale pravilan hvat i položaj kod dojenja</i>	65	3,25	0,969
<i>Objasnile /pokazale da i Vi sebi namjestite udoban položaj kod dojenja</i>	65	3,09	1,027
<i>Objasnile/pokazale da će se obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda te da je tada važno čim češće dojiti</i>	65	2,95	1,096
<i>Rado su mi pomogle svaki puta kada sam trebala pomoć oko dojenja, osobito s prvim djetetom</i>	65	3,18	0,983
<i>Objasnile/pomogle načine izdavanja u slučaju potrebe kod poteškoća</i>	65	2,48	1,147
<i>Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju</i>	65	2,11	1,106
<i>Nisam trebala niti tražila pomoć</i>	65	2	1,146

Većina žena u OB Zabok (RMPD) solidno je ocjenila tvrdnje: „objašnjenja o važnosti podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka“ (x 2.98; SD 1.07), „objasnile/pokazale pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje,“(x 2.81;SD = 1.12), „ objasnile/pokazale da će se obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda te da je tada važno čim češće dojiti“ (x 2.93; SD 1.17) i pokazale pravilan hvat kod dojenja (x 2.82; SD 1.11) uz nešto veću varijabilnost. Manje su zadovoljstva pokazale u pomoći za demonstriranje majkama da se postave u najugodniji položaj za dojenje (x 2.69; SD 1.16); pružile pomoć oko dojenja svaki puta kada je majka trebala (x 2.73: SD 1.16), uz također veću varijabilnost u odgovorima. OB Zabok najniže je ocjenjen za pomoć oko izdavanja u slučaju potrebe (x 2.45; SD 1.23) uz veću varijabilnost u odgovorima. Negativne tvrdnje: „Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju“ (x 2.32; SD 1.16) i „Nisam trebala niti tražila pomoć“ (x 1.85; SD) imaju najniže ocjene , što bi upućivalo da je ipak osoblje ulijevalo povjerenje i da su trebale i tražile pomoć uz pojedine iznimke.

RMPD iz Zagreba (KB Merkur; KB Sveti Duh) imaju najniže ocjene za sve tvrdnje. Najviše je ocijenjena tvrdnja „Nisu mi ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju“ (x 2.63; SD 1.17) što bi uz relativno umjerenu varijabilnost ukazivalo da je ipak postojao manjak povjerenja u stručno znanje osoblja o dojenju. Nisko su ocjenile pomoć oko izdavanja u slučaju potrebe (x 1.9; SD 1.17), uz umjerenu varijabilnost kao i tvrdnju „Nisam trebala niti tražila pomoć“ (x 1.76; SD 1.1). Osrednje ocjene dale su ostalim tvrdnjama uz visoku varijabilnost u odgovorima: važnost podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka (x 2.34; SD 1.2); objasnile/pokazale pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje (x 2.36; SD 1.16); objasnile/pokazale pravilan hvat i položaj kod dojenja (x 2.41; SD 1.21); objasnile /pokazale da i Vi sebi namjestite udoban položaj kod dojenja (x 2.31; SD 1.22); objasnile/pokazale da će se obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda te da je tada važno čim češće dojiti (x 2.31; SD 1.29); rado su mi pomogle svaki puta kada sam trebala pomoć oko dojenja, osobito s prvim djetetom (x 2,24; SD 1.18). Prosječne ocjene su uglavnom niske, što ukazuje na opće nezadovoljstvo korisnica podrškom.

Najbolje ocjene dobila su RPD zagrebačka rodilišta (KBC Zagreb; KBC Sestara Milosrdnica). Ispitanice su najboljom ocjenile podršku pri postavljanju djeteta u pravilan hvat i položaj kod dojenja (x 3.25; SD 0.969) i „Rado su mi pomogle svaki puta kada sam trebala pomoć oko dojenja“ (x 3.18; SD 0.983) uz nisku varijabilnost, koja ukazuje da su iskustva ispitanica bila slična. Slijedi podrška majkama da same nađu udoban položaj kod dojenja (x 3.09; SD 1.027); pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje (x 3.09; SD 1.128); važnost podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka (x 3.06; SD 1.029) koje su također dobro ocjenjene uz nešto malo višu varijabilnost u odgovorima. Dobro je ocjenjeno da će obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda (x 2.95; SD 0.98) uz nisku varijabilnost u odgovorima. Prosječno su ocjenile pomoć pri izdajanju u slučaju potrebe (2.48; SD 1.147), a najniže su ocjene dobile i negativne tvrdnje „Nisam trebala ni tražila pomoć“ (x 2; SD 1.146) i „Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju“ (x 2.11; SD 1.106) što ukazuje da su trebale pomoć i podršku te stručnost osoblja. (Graf 9)

Graf 9. Usporedba podrške i potpore dojenju u rodilištima (Mean/SD)



4.4. Postnatalno razdoblje

Table 7. Vrijeme prijave patronažnoj sestri od dolaska iz bolnice. prva posjeta i učestalost posjeta u prvih mjesec dana KZŽ (N=131); GZ i ZŽ (N=91)

	Grad Zagreb i Zagrebačka županija		Krapinsko-zagorska županija	
	N	f	N	f
Vrijeme prijave patronažnoj sestri:				
<i>Isti dan po dolasku iz bolnice</i>	44	48.3%	74	56.9%
<i>Odmah sljedeći dan</i>	26	28.6%	29	22.3%
<i>Bio je vikend, prvi radni dan</i>	14	15.4%	17	13.1%
<i>Par dana po dolasku</i>	3	3.3%	6	4.6%
<i>Nisam se javila</i>	3	3.3%	0	0
<i>Ne sjećam se</i>	1	1.1%	4	3.1%
Prva posjeta po dolasku iz bolnice:				
<i>3-4 dan</i>	10	11.0%	15	11.5%
<i>Isti dan po pozivu</i>	15	16.5%	15	11.5%
<i>Odmah sljedeći dan</i>	61	67.0%	100	76.9%
<i>Čekala sam je 5 dana i više</i>	5	5.5%		
Učestalost posjeta:				
<i>Nije me posjetila</i>	3	3.3%	0	0
<i>Bila je samo 1 ili 2 puta jer ja nisam trebala daljnje posjete</i>	21	23.1%	8	6.1%
<i>Obilazila nas je skoro svaki dan prvih tjedan/dva, a kasnije još najmanje jednom tjedno do mjesec dana</i>	19	20.9%	53	40.8%
<i>Dolazila je 2-3 puta prvi tjedan, dalje eventualno još dva puta do mjesec dana starosti</i>	38	41.7%	65	50%
<i>tri puta u mjesec dana</i>	2	2.2%	0	0
<i>Jednom svakih 7 dana</i>	8	8.8%	1	0.8%
<i>2-3 puta tjedno prvih mjesec dana</i>			3	2.3%

Vrijeme prijave ispitanica patronažnoj službi u obje županije bilo je uglavnom kratko. Najčešće su se ispitanice javile isti dan po povratku iz rodilišta (GZ i ZŽ 48.3%; KZŽ 56.9.95%) ili sljedeći dan (GZ i ZŽ 28.6%; KZŽ 22.3%). Dio ispitanica bio je otpušten u vrijeme vikenda što je odgodilo prijavu do prvog radnog dana (GZ i ZŽ 15.4%; KZŽ 13.1%), a dio ih se javio par dana po dolasku iz rodilišta (GZ i ZŽ 3.3%; KZŽ 46%). Patronažnoj sestri nisu se javile 3 (3.3%) ispitanice iz ZG i ZŽ, a ukupno pet žena iz obje županije ne sjeća se tog trenutka (GZ i ZŽ 1.1%; KZŽ 3.1%)

Vrijeme odaziva patronažnih sestara s obzirom na poziv roditelja u obje županije bilo je uglavnom kratko. Prva posjeta u većini slučajeva je uslijedila drugi dan po prijavi (GZ i ZŽ 67%; KZŽ 76.95%) ili isti dan (GZ i ZŽ 16.5%; KZŽ 11.5%). Kod manjeg broja žena posjeta je bila 3-4 dan od poziva (GZ i ZŽ 11%; KZŽ 11.5%), dok ih je dio iz GZ i ZŽ posjetu imalo te 5. dana i više .

Najveća učestalost posjeta roditeljama bila je 2-3 puta tjedno, dalje eventualno još dva puta do mjesec dana starosti (GZ i ZŽ 41.7%; KZŽ 50%), slijede posjete skoro svaki dan prvih tjedan/dva, a kasnije još najmanje jednom tjedno do mjesec dana (GZ i ZŽ 20.9%; KZŽ 40.8%) i tu je najveća razlika između dviju županija. U GZ i ZŽ 21 (23.1%) majka su imale posjetu 1-2 puta, te dalje nisu trebale patronažnu skrb, dok je u KZŽ 6 (6.1%) nije trebalo česte posjete. U ZŽ 8 (8.8%) ispitanica patronažna je sestra obilazila jednom tjedno, odnosno imala je 4 posjete u mjesec dana, a u KŽ 1 (0.8%) žena. Dio posjeta po učestalosti zailježene su samo u jednoj od županija; tri puta u mjesec dana posjećivane su 2 (2.2%) roditelje iz GZ i ZŽ, te u toj županiji 3 (3.3) žene nisu imale patronažnu posjetu, a 2-3 puta tjedno (8-12 posjeta) kroz mjesec dana patronažne sestre su obilazile 3 (2.3%) majke u KZŽ. (Graf 10)

Graf 10. Usporedba učestalosti patronažnih posjeta (%)

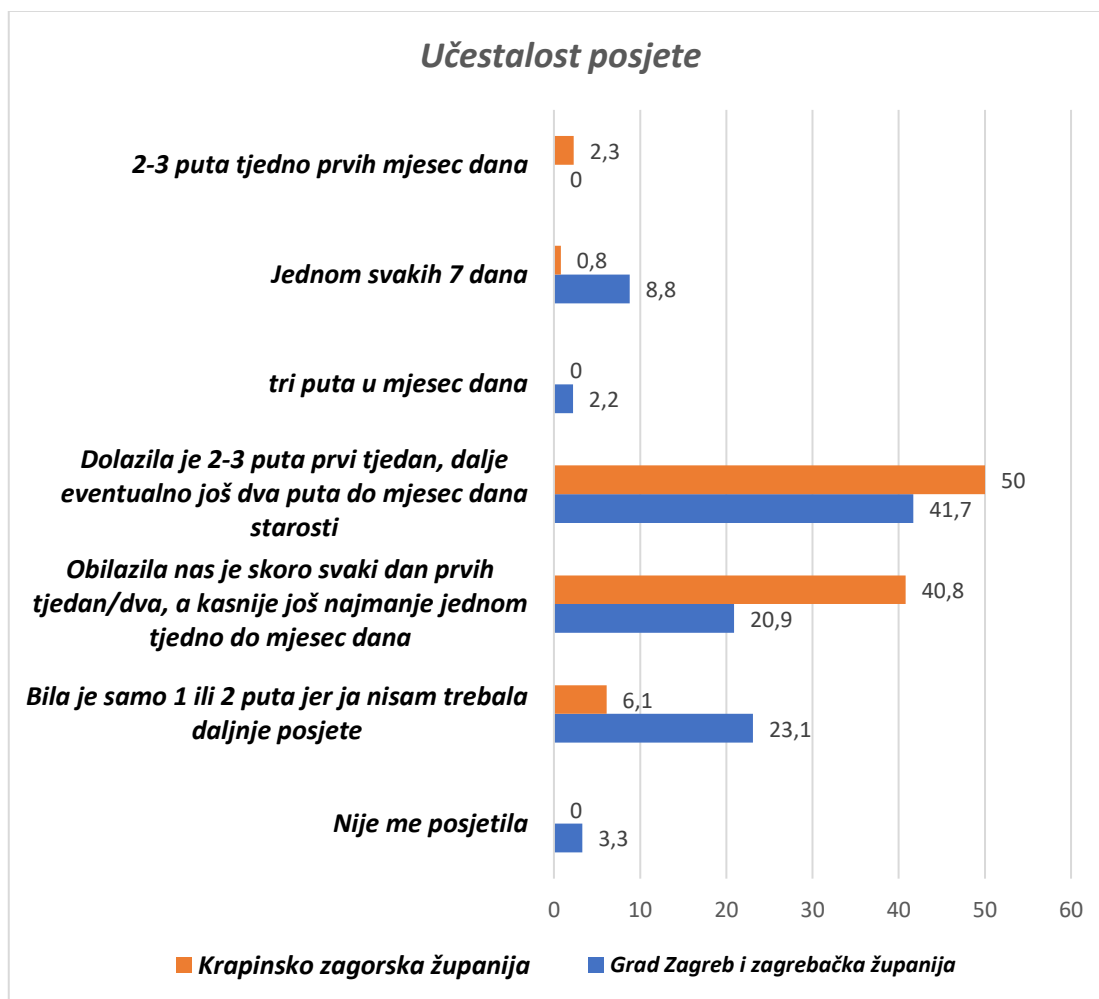


Table 8. Podrška i pomoć patronažni sestara nakon poroda (Mean/SD)

Grad Zagreb i Zagrebačka županija	N	Mean	SD
• Bile smo u kontaktu još dok sam bila u rodilištu tražila sam je savjete	91	1,58	1,076
• Prva posjeta trajala je oko 1h i više	91	3,4	0,965
• Naučila me da dojenje ne smije biti bolno osim malo na početku sisanja i da ispravim hvat ako me cijelo vrijeme boli	91	3,38	1,041
• Objasnila /pomogla mi je pronaći najbolji položaj kod dojenja kod dojenja	91	3,38	1,019

• <i>Prema potrebi prilikom posjeta ponovila je postupke važne za pravilo dojenje</i>	91	3,26	1,114
• <i>Poticala me da vodim dnevnik koliko je puta dijete dojilo te koliko je imalo stolica i mokrilo/24h</i>	91	2,92	1,195
• <i>Naučila me da dijete treba dobiti tjedno 150-200 grama, vratiti porođajnu težinu 14 dan po porodu</i>	91	3,46	1,003
• <i>Bila je dostupna za pomoć/savjet van njenog radnog vremena</i>	91	3,52	0,97
• <i>Nije bila stručna ja sam znala više o dojenju od nje</i>	91	1,2	0,521
• <i>Ustručavala sam se biti iskrena i nisam je tražila pomoć iako mi je trebala</i>	91	1,18	0,607
<hr/>			
<i>Krapinsko-zagorska županija</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
• <i>Bile smo u kontaktu još dok sam bila u rodilištu tražila sam je savjete</i>	130	1,61	1,045
• <i>Prva posjeta trajala je oko 1h i više</i>	130	3,32	0,973
• <i>Naučila me da dojenje ne smije biti bolno osim malo na početku sisanja i da ispravim hvat ako me cijelo vrijeme boli</i>	130	3,42	0,987
• <i>Objasnila /pomogla mi je pronaći najbolji položaj kod dojenja kod dojenja</i>	130	3,32	1,071
• <i>Prema potrebi prilikom posjeta ponovila je postupke važne za pravilo dojenje</i>	130	3,4	1,024
• <i>Poticala me da vodim dnevnik koliko je puta dijete dojilo te koliko je imalo stolica i mokrilo/24h</i>	130	3,04	1,151
• <i>Naučila me da dijete treba dobiti tjedno 150-200 grama, vratiti porođajnu težinu 14 dan po porodu</i>	130	3,63	0,759
• <i>Bila je dostupna za pomoć/savjet van njenog radnog vremena</i>	130	3,78	0,57
• <i>Nije bila stručna, ja sam znala više o dojenju od nje</i>	130	1,31	0,645
• <i>Ustručavala sam se biti iskrena i nisam je tražila pomoć iako mi je trebala</i>	130	1,22	0,532

U obje županije majke su pokazale najveće zadovoljstvo dostupnošću patronažnih savjeta i van radnog vremena patronažnih sestara (GZ i ZŽ x 3.52: SD 0,97; KZZ x 3.78; SD 0.57) uz blažu varijabilnost podataka majki iz KZZ. Odlično su ocjenile i prvu posjetu koja je trajala više od 1 sat (GZ i ZŽ x3.4/ SD 0.965; KZZ x 3.32/ SD 0.973) uz ujednačena iskustva, kao i tvrdnje „Objasnila

/pomogla mi je pronaći najbolji položaj kod dojenja“ (GZ i ZŽ 3.38 /SD 1.019; KZŽ 3.32/1.071); „Prema potrebi prilikom posjeta ponovila je postupke važne za pravilno dojenje“ (GZ i ZŽ 3.26/SD 1.114; KZŽ x 3.4/ SD 1.024); „Poticala me da vodim dnevnik koliko je puta dijete dojilo te koliko je imalo stolica i mokrilo/24h“ (GZ i ZŽ 2.92/SD 1.195; KZŽ 3.04/SD 1.151) s tim da je varijabilnost odgovora zadnje tvrdnje nešto viša za obje županije u odnosu na prethodne. U KZŽ su majke bile zadovoljnije edukacijom o dobivanju djeteta na masi i vraćanju porođajne kilaže u 14 dana (GZ i GŽ x 3.46/SD 1.003; KZŽ x 3.63/SD 0.759), savjetima da sisanje ne smije biti bolno osim na početku dojenja i da mora ispraviti krivi hvat na dojci (ZG i ZŽ x 3.38/SD 1.041; KZŽ 3,42/SD 0.987) gdje su rezultati srednje vrijednosti bili viši uz nižu SD u odnosu na GZ i ZŽ. Slabu ocjenu u obje županije (GZ i ZŽ x 1.58; SD 1.076; KZŽ x 1.61; SD 1.045) patronažne sestre su dobile za dostupnost majkama u rodilištu.

Na negativne tvrdnje „Nije bila stručna ja sam znala više o dojenju od nje“ (GZ i ZŽ x 1.2/SD 0.521; KZŽ 1.31/SD 0.645) srednje ocjene kao i SD su niske, što pokazuje da većina majki nije smatrala da zna više o dojenju od savjetnica i nisu se ustručavale tražiti pomoć uz nekolicinu iznimaka. (Graf 11)

Graf 11. Usporedba podrške i pomoći patronažnih sestara nakon poroda (Mean/SD)

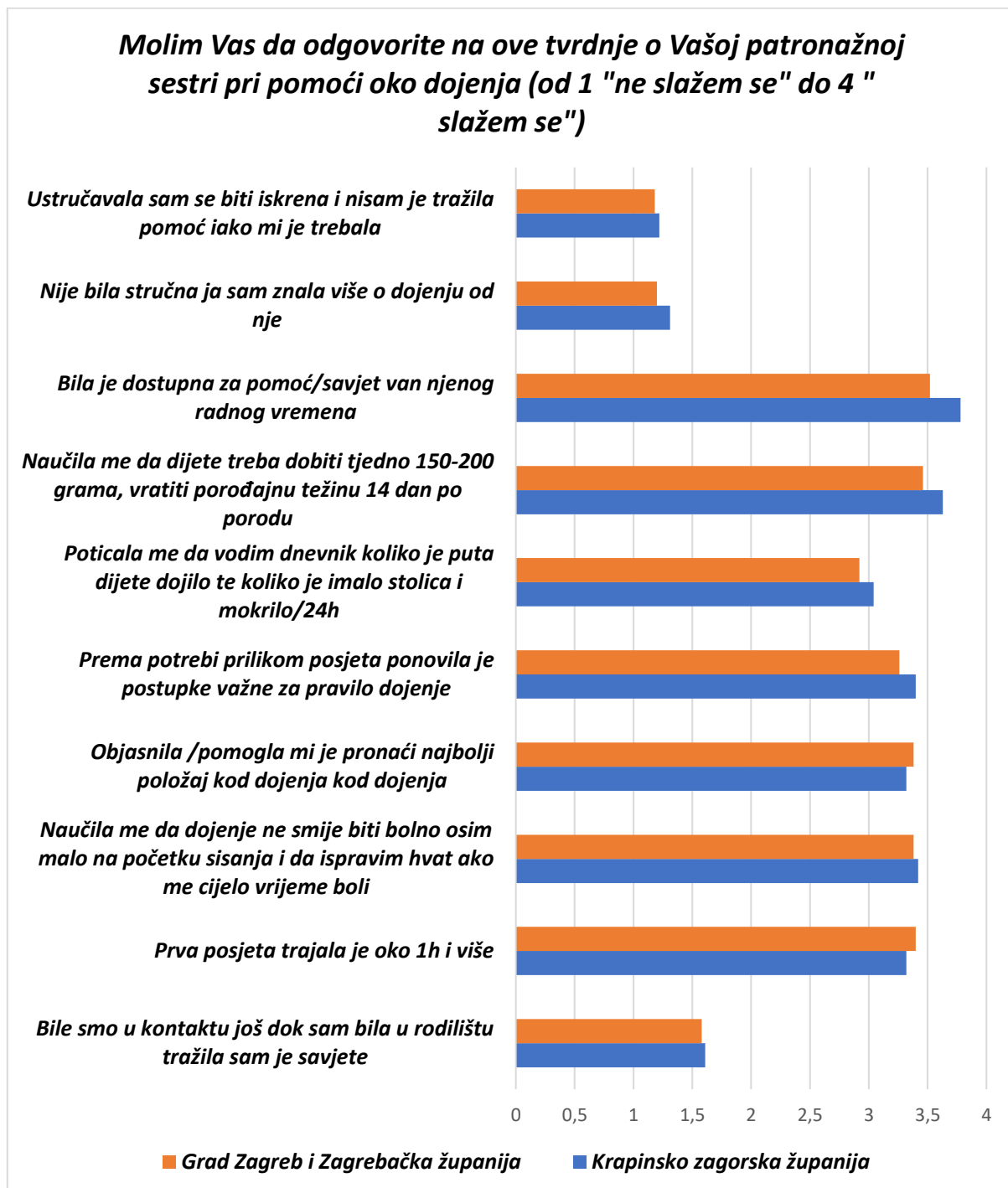


Table 9. Pokusno dojenje KZŽ (N=131); GZ i ZŽ (N=91)

	Grad Zagreb i Zagrebačka županija		Krapinsko-zagorska županija	
	N	f	N	f
Jeste li čuli za pokusno dojenje?				
Da	20	22.0 %	57	43.8 %
Ne	71	78.0 %	73	56.2 %
Jeste li prakticirala pokusno dojenje?				
Imala sam vagu pa sam prakticirala često	5	5.5 %	25	19.2 %
Nisam	66	72.5 %	65	50.0 %
Prilikom patronažne posjete	11	12.1 %	35	26.9 %
U rodilištu koji puta	9	9.9 %	5	3.8 %
Je li Vas osnažilo u dojenju?				
Da jako	17	18.7 %	47	36.2 %
Nisam baš bila sigurna koliko je to mjerodavno	16	17.6 %	26	20.0 %
Nisam ni znala da ta opcija postoji	58	63.7 %	57	43.8 %

Za takozvano „pokusno dojenje“, način na koje majke koje doje mogu pratiti prirast djeteta na težini, znalo je 43.8% ispitanica, dok u GZ i ZŽ upola manje (22%). Sukladno tome i prakticiranje takvog načina kontrole prirasta na težini dojene djece nakon sisanja u KZŽ koristilo je 50% žena. 3.8% u rodilištu ponekad, prilikom patronažnih posjeta 26.9% te majke koje su posjedovale vagu 19.2%. U GZ i ZŽ tek je 27.5% ispitanica prakticiralo „pokusno dojenje“, od toga u rodilištu 9.9%, 12.1% prilikom patronažne posjete i svega 5.5% majki je imalo vagu kod kuće i koristile su je često. Ovaj postupak u osnaživanju majki za dojenje 17.6% ispitanica iz GZ i ZŽ smatralo je nemjerodavnim, dok u KZŽ 20% žena nije tu opciju smatralo dobrom. U GZ i ZŽ 63.7% majki, a u KZŽ 43.8% ispitanica nije znalo za tu mogućnost praćenja prirasta nakon dojenja. Zadovoljstvo „pokusnim dojenjem“ i osnaživanje majki prijavilo je

36.2% ispitanica iz KZZ, dok ih je u GZ i ZŽ s pozitivnim iskustvom bilo upola manje, 18.7%. (Graf 12)

Graf 12. Usporedba prakticanja pokusnog dojenja u kući ispitanica (%)

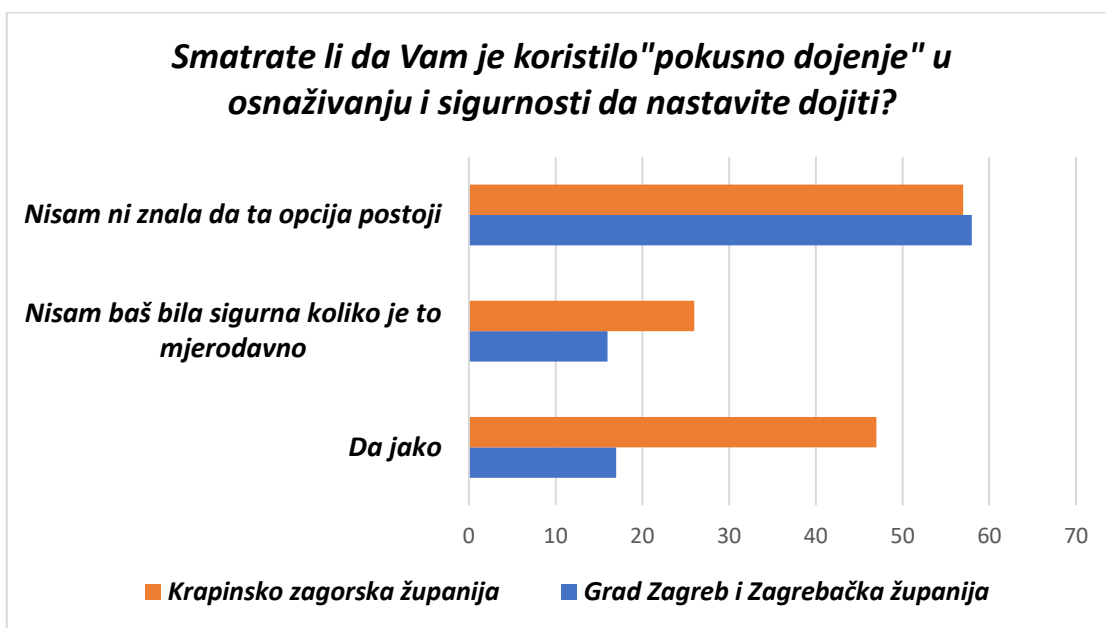


Table 10. Utjecaj patronažne podrške na dojenje KZZ (N=125); ZG i ZŽ (N=89)

Nakon pomoći patronažne sestre kako je dalje hranjeno Vaše dijete?	Grad Zagreb i Zagrebačka županija		Krapinsko-zagorska županija	
	N (89)	f	N (125)	f
Dojila / izdajala sam vrlo kratko prvih par dana	5	5.6%	5	4%
Isključivo sam dojila/ izdajala	38	42.7%	52	41.6%
Kombinirala sam izdojeno majčino mlijeko i mliječnu formulu na bočicu	13	14.6%	22	17.6%
Rijetko sam dojila/izdajala mliječna formula je bila primarna hrana	4	4.5%	13	10.4%

<i>Uglavnom sam dojila uz pokoju bočicu izdojenog mlijeka ili mliječne formule kraće vrijeme te kasnije isključivo dojila/izdajala</i>	29	32.6%	33	26.4%
<i>*nisam htjela dojiti</i>	2		5	

<i>Do kada je vaše dijete dojeno?</i>	<i>N (87)</i>	<i>f</i>	<i>N(121)</i>	<i>f</i>
<i>manje od 1 mjesec</i>	5	5.8%	22	18.2%
<i>1-2 mjeseca</i>	6	6.9%	17	14.1%
<i>3-4 mjeseca</i>	10	11.5%	10	8.3%
<i>5-6 mjeseci</i>	6	6.9%	16	13.2%
<i>7-9 mjeseci</i>	17	19.5%	9	7.4%
<i>10-12 mjeseci</i>	13	14.9%	6	4.9%
<i>više od godinu dana</i>	30	34.5%	41	33.9%
<i>*nije dojeno</i>	4			9

*frekvencije su izračunate za ispitanice koje su pokazale želju za dojenjem

Nakon patronažne skrbi ispitanicama koje su pokazale interes za dojenje broj djece koja su dojena ili hranjena izdojenim majčinim mlijekom u obje županije porastao je u odnosu na takvo hranjenje djece u bolnici (GZ i ZŽ 42.7%; KZŽ 41.6%). Slične su stope ispitanica koja su svoju djecu dojile/izdajale kratko prvih par dana (GZ i ZŽ 5.6%; KZŽ 4%). Rijetko dojenje uz uglavnom primarnu hranu MF u KZŽ (10.4%) je puno učestalije nego u GZ i ZŽ (4.5%). Kombinirano hranjenje majčinim mlijekom/dojenjem i MF isto tako prednjači u KZŽ (GZ i ZŽ 14.6%; KZŽ 17.6%), a ispitanice koje su uglavnom dojile uz pokoju bočicu MF, te kasnije nastavile samo dojiti (GZ i ZŽ 32.6%; KZŽ 26.6%) prisutnije je u urbanoj sredini.

U anketi su sudjelovale i ispitanice koje su rodile do unazad dva tjedna pa rezultate o dužini dojenja djece možemo gledati okvirno. U Tablici 4.4.4. prikazane su frekvencije ispitanica koje su htjele dojiti. U KZŽ je primjetan nagli pad djece hranjene majčinim mlijekom do kraja drugog mjeseca starosti. Manje od mjesec dana u KZŽ dojilo/izdajalo je 18.2% ispitanica, dok za taj postotak za GZ i ZŽ 5.8%, a do kraja 2 mjeseca starosti djece u KZŽ prestaje dojiti još 14.1%, a u GZ i ZŽ 6.9% žena. S navršena 4 mjeseca starosti djece

dojenje prekida još 11.5% ispitanica iz GZ i ZŽ, te 8.3% iz KZŽ, a do kraja 6 mj dojenje prekida još 6.9% žena iz GZ i ZŽ i 13.2.% ispitanica iz KZŽ. Poslije 6 mjeseca starosti djece vidi se nagliji pad dojenja/izdavanja ispitanica iz ZG i ZŽ (7-9 mjeseci 9.5%; 10-12 mjeseci 14.9%), dok je nešto blaži u KZŽ (7-9 mjeseci 7.4%; 10-12 mjeseci 4.9%). Godinu dana i više dojilo je 34.5% ispitanica iz GZ i ZŽ, te 33.9% iz KZŽ. (Graf 13)

Graf 13. Usporedba dužine dojenja/izdavanja (%)

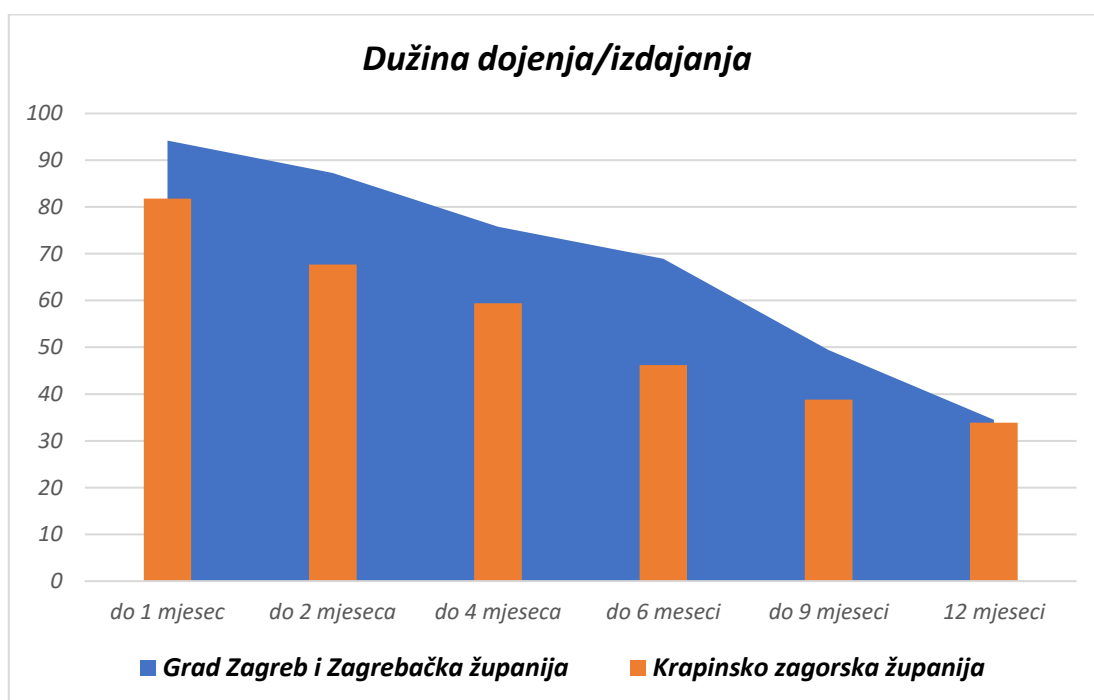


Table 11. Najčešće poteškoće dojenja kod ispitanica KZŽ (N=56); GZ i ZŽ (36)

Poteškoće/razlozi nedojenja	Grad Zagreb i Zagrebačka županija		Krapinsko-zagorska županija	
	N(36)	%	N(56)	%
<i>Bolno dojenje i oštećene bradavice/ragade</i>	11	30.6%	14	25%
<i>Mlijeko je bilo "preslabo" (vodeno)</i>	3	8.3%	12	21.4%
<i>Odbijanje dojke od strane djeteta već u rodilištu pri prvim pokušajima dojenja</i>	6	16.7%	15	26.8%
<i>Uvučene bradavice</i>	7	19.4%	13	23.2%
<i>Ostala sam bez mlijeka u prva dva tjedna po porodu iako sam dijete stavljala na dojku svaka 2h.</i>	5	13.9%	18	32.1%
<i>Strah da dijete dovoljno ne pojede jer nisam mogla izmjeriti količinu mlijeka iz dojkama</i>	4	11.1%	7	12.5%
<i>Upala / zastojna dojke-mastitis</i>	11	30.6%	2	3.6%
<i>Nedostatna pomoć i podrška dojenju od strane profesionalaca</i>	8	22.2%	9	16.1%
<i>Uzimanje lijekova zbog neke bolesti i prestanak dojenja na preporuku liječnika</i>	6	16.7%	8	14.3%
<i>Nelagoda zbog dojenja pred drugima, pogotovo u javnosti</i>	1	2.8%	0	0%

Majke iz GZ i ZŽ kao najčešći razlog prestanka dojenja navode bolno dojenje i oštećene bradavice (30.6%), te upala/zastojna dojka - mastitis (30.6%). Nedostatna pomoć i podrška dojenju od strane profesionalaca (22.2%) također zauzima visok postotak u učestalosti. Slijede „Odbijanje dojke od strane djeteta već u rodilištu pri prvim pokušajima dojenja“, te “Uzimanje lijekova zbog neke bolesti i prestanak dojenja na preporuku liječnika“ sa istom učestalošću (16.7%). Ispitanice iz GZ i ZŽ kao manje česte poteškoće navode da su ostale bez mlijeka u prva dva tjedna iako su dijete stavljale na prsa svaka 2h. (13.9%), strah da dijete dovoljno ne pojede jer nisu mogle izmjeriti količinu mlijeka u dojkama (11.1%) i da je mlijeko bilo preslabo-vodeno (8.3%). Jedna je majka prijavila nelagodu zbog dojenja pred drugima. Majke iz KZŽ najčešće su imale problema s pravilnim hvatom na dojku jer izjavljuju da su ostale bez mlijeka u

prva dva tjedna po porodu iako su dijete stavljale na prsa svaka dva sata (32.1%). Sljedeći visoki postoci prepreka gledajući ukupno bio je za tvrdnje: „Odbijanje dojke od strane djeteta već u rodilištu pri prvim pokušajima dojenja“ (KZŽ 26.8%); „Bolno dojenje i oštećene bradavice/ragade“ (25%); „uvučene bradavice“ (23.2%); „Mlijeko je bilo „preslabo“ (vodeno)“ (21.4%). Manje ušestale poteškoće za majke iz KZŽ bile su nedostatna pomoć profesionalaca (16.7%), uzimanje lijekova i posljedično prestanak dojenja na preporuku liječnika (14.3%) i strah, jer ne znaju koliko je dijete popilo iz majčinih dojki (12.5). Majke iz KZŽ su manje učestli uzrok poteškoća navele upalu dojke (3,6%).

5. RASPRAVA

Majčino mlijeko nije samo savršena prehrana za dojenče, već predstavlja i specifičan personalizirani lijek koji ima značajan utjecaj na razvoj djeteta. Ono je jedinstvena prilika za oblikovanje dugoročnog zdravlja koja se ne smije zanemariti (6). Dojenje je temeljni način pružanja optimalne prehrane i zdravstvene zaštite dojenčadi, s dugoročnim koristima za zdravlje i razvoj djeteta, kao i za zdravlje majke. Uspjeh dojenja često ovisi o podršci koju majka prima u trudnoći, prvim danima nakon poroda i u kasnijem postnatalnom razdoblju. Podrška zdravstvenog sustava, odnosno dionika koji sudjeluju u potpori dojenju majki jedan je od važnih čimbenika za uspješno dojenje, no nije presudan. Potpora partnera, obitelji i okoline izrazito su važni za početak i dugoročno dojenje. Na praksu dojenja osim zdravstvenih, utjecaj imaju i mnogi drugi čimbenici; individualni, povijesni, socioekonomski, kulturni (4). U ovom radu proučavani su zdravstveni sustavi i prakse, individualna iskustva majki, kao i iskustva unutar obitelji, te intervencije koje provode zdravstveni radnici, dionici u poticanju i podršci dojenju. RH ima dobre zakonske podloge koje omogućuju dojenje. Prvenstveno je to obavezan i dodatni rodiljni dopust, te roditeljski dopust (27). Ima dobre strateške ciljeve i smjerove za zaštitu dojenja promicanje dojenja kroz nacionalne programe, koji prate preporuke svjetskih institucija, ali lošu, usudila bih se reći nemoguću provodljivost. Ono što nam je manjkavo je nepovezanost zdravstvenog sustava, slaba zastupljenost dojenja u kurikulumima o obrazovanju i nastava kroz dobru i stručnu praksu, preopterećenost zaposlenika zdravstvenog sustava.

U dosadašnjim istraživanjima dokazano je da su majčina samoučinkovitost dojenja i namjera dojenja najvažniji prediktori početka, nastavka isključivog dojenja i duljine dojenja tijekom šest mjeseci nakon rođenja (3). Važan negativni čimbenik predstavlja nedovoljan broj posjeta patronažne medicinske sestre za vrijeme trudnoće. Rezultati dobre sestrinske prakse upućuju da upoznavanje majke s patronažnom medicinskom sestrom treba započeti tijekom trudnoće, i to stoga jer je patronažna medicinska sestra kompetentna skrbiti o trudnicama, i to na način provođenja metoda zdravstvenog odgoja

(npr. pravilna prehrana tijekom trudnoće, upoznavanje i ublažavanje normalnih smetnji u trudnoći, priprema za porođaj i roditeljstvo) (28). Majke još uvijek ne znaju da ih patronažna sestra treba obići u trudnoći. Ne postoji zakonska obveza prijave trudnica patronažnim sestrama iako pojedini informatički programi koje koristi primarna zdravstvena zaštita imaju mogućnost prijave. Više od pola ispitanica nije znalo da ih patronažna sestra treba posjetiti u trudnoći, međutim u KZŽ ipak je patronažnu posjetu ostvarilo 38% trudnica dok je u GZ i ZŽ njih 20% ostvarilo taj kontakt. To možemo opravdati manjom sredinom i pronalasku trudnica slučajno, usmenom predajom od sumješšana i/ili manjim brojem prijava trudnoća iz ginekoloških ordinacija. Prema planu i programu zdravstvene zaštite RH ginekološke ordinacije su dužne poslati patronažnu sestru u posjetu trudnici te tu postoje dvije razine nužnosti; optimalna - patronažni savjet jednom tijekom trudnoće (obuhvat 35.000 – 40.000 trudnica) i nadstandard - patronažni savjet barem jednom tijekom trudnoće (obuhvat 35.000 – 40.000 trudnica) uz dodatne patronažne savjete (25). Uz lošu prijavu ginekoloških ambulanti u državnim zdravstvenim ustanovama danas trudnice često vode trudnoću u privatnim ginekološkim djelatnostima koje uopće nisu povezane za državnim zdravstvenim sektorom te prijave iz tih ordinacija kroz sustav ne postoje.

Antenatalna edukacija trudnica kroz patronažnu skrb provodi se kroz tečajeve za trudnice i posjete u trudnoći i druge javno-zdravstvene aktivnosti koje provode patronažne sestre na temu roditeljstva (19). Široka dostupnost interneta, online tečajevi, privatni tečajevi za trudnice bili su najvećim djelom izbor u potrazi informacija o dojenju ispitanica iz GZ i ZŽ područja, dok majke iz ruralne sredine preferiraju tečajeve patronažnih sestara. Nekada popularni tečajevi u bolnicama izgubili su na važnosti izbora majki te je njihova posjećenost jako niska. Prilikom posjete trudnici patronažne sestre KZŽ osvrnule su se na sve bitne teme; dojenje, trudnoća, njega djeteta, porod i roditeljska prava, te su se posvetile ispitanicama više nego kolegice iz GZ i ZŽ.

Jedan čimbenik koji je privukao pažnju posljednjih godina je utjecaj perinatalnih intervencija. Intrapartalne intervencije, posebno carski rez, epiduralna analgezija i sintetička infuzija oksitocina, ometaju optimalan uspjeh

dojenja kroz različite mehanizme. Smanjen kontakt koža na kožu nakon S.C.-a utječe na laktaciju ograničavanjem ponašanja dojenčeta prije hranjenja, povezanosti majke i djeteta i otpuštanja oksitocina kod majke. Kontakt koža na kožu, koji uključuje postavljanje osušenog, golog djeteta potrbuške na majčina gola prsa, i nulto odvajanje između novorođenčeta i majke odmah nakon rođenja, dobro su poznati zaštitni čimbenici za uspostavljanje dojenja. Opioidna analgezija, poput one u epiduralnoj, može prijeći krvno-moždanu barijeru u fetusa i utjecati na reflekse hranjenja. Dodatno, hipoteza je da infuzije oksitocina desenzibiliziraju oksitocinske receptore u dojka, slabeći refleks izbacivanja mlijeka (29). Zabrinjavajuć je podatak o učestalosti završavanja poroda S.C.-om u svim rodilištima u ovom ispitivanju iako je u Zagrebu postotak veći za oko 10% nego u OB Zabok i iznosi 40%. Još uvijek je udio prirodnih poroda nizak, a udio poroda uz lijekove prednjači u OB Zabok i iznosi visokih 42.3%, dok je u zagrebačkim rodilištima za oko 15% manje takvih poroda.

Međunarodna federacija ginekologije i opstetricije naglašava važnost dojenja unutar prvog sata nakon rođenja, poznatog kao "Zlatni sat". Ovakav rani početak dojenja ima velike koristi i za majku i za bebu, uključujući prevenciju postporođajnog krvarenja, pomaže involuciju maternice i nudi laktacijsku amenoreju, koja djeluje kao oblik kontracepcije. Za novorođenče, dojenje tijekom ovog razdoblja pomaže osigurati kolostrum (ključan za sprječavanje infekcija) te je važno za uspostavljanje laktacije (29). Provođenje „Zlatnog sata“ također nije zadovoljavajuće te je u svim ispitivanim rodilištima oko 50% žena imalo to iskustvo između 30-60 minuta. Čak 25% žena dobilo je svoje dijete u OB Zabok tek 10 minuta, a to iskustvo nije imalo čak 25% majki u zagrebačkim rodilištima i 18% majki u OB Zabok.

RPD zagrebačka rodilišta davala su najbolju podršku dojenju, a majke su izrazile pozitivna iskustva u pomoći kod pravilnog postavljanja djeteta na dojku, pravilnog položaja za majku, pomoći svaki puta kada bi majka to trebala; slijedi rodilište OB Zabok (RPMD), a najlošije rezultate sa vrlo visokom srednjom vrijednošću za tvrdnju „Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju“ i niskim vrijednostima tvrdnji o pomoći i potpori dojenju

imala su zagrebačka rodilišta u pilot projektu RPMD. Za vrijeme boravka u bolnicama isključivo je dojeno svega 15.4 % novorođenčadi u zagrebačkim rodilištima, a u OB Zabok 21.6 %. Dojenje uz pokojnu bočicu MF bio je najčešći način hranjenja novorođenčadi u rodilištima te se kretalo u svim rodilištima oko 40%, dok je dječje hranjenje MF/ili slabo dojeno uz MF bilo oko 35%.

Prijava patronaži najčešće se provodi pozivom same roditelje patronažnoj sestri prema mjestu stanovanja. Nema prijava preko zdravstvenog sustava. U KZZ postoji prijava rođene djece iz bolnice OB Zabok putem maila glavnoj sestri DZ KZZ, te se dalje prosljeđuje prema patronažnim sestrama, uz poziv iz OB Zabok svakoj patronažnoj sestri roditelje koja pripada terenu za koji je zadužena. Ispitanice su pokazale uglavnom zadovoljstvo radom patronažnih sestara, uz česte patronažne posjete koje su prelazile 7 posjeta u prvih mjesec dana što spada u nadstandardnu skrb prema Planu i programu zdravstvene zaštite (25). Tri žene nisu imale patronažnu posjetu u GZ i ZGŽ, ali i tri se nisu niti javile patronažnoj sestri pa možemo zaključiti da su majke 100% imale bar jednu posjetu.

Za uspostavu dojenja u nedonoščadi primjenjive su metode probnog vaganja prije i poslije dojenja i postupno smanjenje dohrane. Probno vaganje može pomoći dojenčadi da postignu isključivo dojenje (30). Patronažne sestre iz ruralnog područja koriste češće metodu pokusnog dojenja, kao i učestalije posjete nego majke iz GŽ i ZŽ, međutim svi postupci koje provode nisu doveli do zadovoljavajućeg postotka dojene djece. Dapače, podaci dojene djece u ruralnom području su poražavajući. Do 6 mjeseci svega oko 50% posto ispitanica iz KZZ je dojilo svoju djecu, dok je oko 70% majki iz urbanog područja dojilo svoju djecu do 6 mj. Primjećuje se nagli pad dojenja između 1 i 2 mjeseca života u KZZ, u odnosu na ispitanice iz GZ i ZŽ. Po dolasku iz rodilišta nije dojilo oko 6% žena iz GZ i ZŽ, te nešto manje od 20% žena iz KZZ, te ta brojka raste za oko 15% u sljedećem mjesecu i to duplo više kod žena iz KZZ.

Ako usporedimo primarnu prevenciju i skrb u trudnoći ona je bila loša, ali osjetno bolja u KZZ nego u GZ i ZŽ. Na sekundarnoj i tercijarnoj razini skrbi za

ispitanice bilo je razlika u gradskim bolnicama RPD i RPMD, ali promatrajući bolnice prema županijama možemo zaključiti da nije bilo većih razlika u pruženoj skrbi i broj dojene djece u bolnici, ali ono što je primjetno u promatranim županijama su razlike u demografskim podacima koje mogu biti uzrok stopi dojenja u KZŽ. Ispitanice iz KZŽ u većoj mjeri živjele su u višegeneracijskim obiteljima, a i razlike su bile u nižoj obrazovanosti. Stope dojenja u dostupnoj literaturi također se jako razlikuju prema obrazovanju majke. Što duže majka provede u obrazovanju, to je vjerojatnije da će započeti i nastaviti dojiti. U Ujedinjenom Kraljevstvu 90% žena na menadžerskim i profesionalnim poslovima počinje dojiti u usporedbi sa 74% žena u rutinskim i fizičkim poslovima i 71% onih koje nikada nisu radile (31). Sredinom 20. stoljeća zabilježen je pad dojenja i u razvijenim i u nerazvijenim zemljama svijeta što su mnogi autori nazvali „jednim od najvećih nekontroliranih bioloških eksperimenata u svijetu“. Bila je tendencija majčino mlijeko zamjeniti kravljim mlijekom ili industrijskim prerađevinama. Dojenje tada više nije bilo pravilo, nego iznimka (32). Institucionalne prakse koje su se provodile krajem prošlog stoljeća, implementirane u okruženju marketinga od strane industrije adaptiranog mlijeka, sveprisutne su u bile tri faze perinatalne skrbi povezane sa smanjenim stopama početka dojenja, trajanja i ekskluzivnosti: pružanje ženama u prenatalnoj skrbi informacija o hranjenju dojenčadi formulom koju proizvodi tvrtka i besplatne formule ponude; davanje majkama besplatnog adaptiranog mlijeka pri otpustu iz bolnice; i bolnička nemedicinski indicirana uporaba formule za dojenje dojenčadi dovele su do katastrofalnog pada dojenja djece (33). Pomodarstvo tog vremena, hranjenje djece na bočicu adaptiranim mlijekom koje se djelilo besplatno, doveli je do generacija koje danas ne potiču dojenje niti imaju stečenog iskustva u vezi dojenja. Današnje bake i prabake imaju krivu percepciju iz vlastitih iskustava te često nehotice daju pogrešne savjete mladim majkama. Intenzivnije posjete patronažnih sestara provode se do 3. ili 4. tjedna starosti djeteta te tada uglavnom prestaju, pa podaci o naglijem prestanku dojenja u KZŽ između 1. i 2. mjeseca života također mogu upućivati i na lošu podršku okoline te posljedično odustajanje od dojenja. Istraživački članak „Utjecaj baka na stopu dojenja:

sustavni pregled“ opisuje da pozitivno mišljenje bake o dojenju može utjecati na majku do 12 % za veću vjerojatnost da započne s dojenjem. Suprotno tome, negativno mišljenje može smanjiti vjerojatnost dojenja do 70 % (34). To se također može povezati i iz rezultata ovog istraživanja u razlikama u poteškoćama, odnosno razlozima koje su navele ispitanice koje nisu dojile. Često slušamo kako starija populacija navodi tvrdnju „Mlijeko je bilo "preslabo" tj. vodeno“ kao razlog za prestanak dojenja 2,5 x češće u KZŽ nego u GZ i ZŽ. Ostali razlozi kao što su ragade i oštećene bradavice, upala dojke, uvučene bradavice, dijete nije prihvaćalo dojk u prvim danima nakon poroda već u rodilištu, ostala sam bez mlijeka mogu upućivati na lošu prededukaciju prije poroda, slabiju educiranost zdravstvenih radnika koji bi trebali poticati prirodno hranjenje novorođenčadi, ali isto tako i na neadekvatnu podršku uže ili šire obitelji u kući pacijentice (35).

Malo zabrinjava podatak iz jednog istraživanja u gradskom području da je čak 34,1% patronažnih sestara neutralno prema dojenju ili hranjenju mliječnom formulom što je zaista visok postotak za zdravstvene djelatnice koje svakodnevno rade s dojiljama (36). Podaci o stavovima medicinskih sestara uključenih u edukaciju o dojenju a rade na bolničkim odjelima ne nalazi se u dostupnoj domaćoj literaturi.

Patronažne sestre, kao i njihove kolegice u rodilištima uglavnom ovise o neformalnom obrazovanju koje vrlo često nalaze same i ovisi o vlastitim afinitetima i željama pojedinca. Obrazovni kurikulumi zastarjeli su i formalno obrazovanje ne pruža adekvatnu edukaciju o dojenju (37). Smatra se da jedna patronažna sestra dnevno obavi sedam posjeta pacijentima, što je oko 1.800 posjeta godišnje. Broj od 5.100 pacijenata, koliko je propisano za jednu patronažnu sestru znači da bi jednoj medicinskoj sestri trebalo tri godine da samo jednom obiđe svoje pacijente (38). S obzirom na populaciju i problematiku s kojom se patronažne sestre susreću, a rade sa zdravom i bolesnom populacijom svih dobnih skupina, postavlja se pitanje koliko kvalitetno mogu obaviti svoj posao prema pacijentima koje bi patronažna služba trebala obuhvatiti, a za pretpostaviti je da tu postoje i osobni prioriteti i afirmacija prema određenoj problematici. DTP postupci u patronažnoj

zdravstvenoj zaštiti, vrijeme dolaska i odlaska, vrijeme provođenja pojedinog postupka, vođenje dokumentacije nerealno su postavljeni i teško ih je zadovoljiti (22).

Problemi u podršci dojenju uveliko ovise o društvu općenito, politikama, zakonima, sustavima koji su uključeni u obrazovanje, o skrbi i zapošljavanju motiviranog zdravstvenog osoblja uključenog u poticanje i edukaciju o hranjenju djece majčinim mlijekom.

6. ZAKLJUČAK

Dojenje se može zamisliti kao niz isprepletenih karika koje ovise jedna o drugoj. To nije samo fiziološki proces; ono je snažno povezano s društvenim, kulturnim i ekonomskim čimbenicima koji utječu na stavove majki, njihovo znanje i sposobnost da uspješno doje. Dojenje djeluje prema principu ponude i potražnje, a odgovorno hranjenje osigurava adekvatnu količinu mlijeka, zdrav razvoj djeteta i pozitivno iskustvo za majku. Ipak, društvene i kulturne norme, nedostatak potpore često dovode do ranog prestanka dojenja. I dalje postoje izazovi u promoviranju dojenja u javnom prostoru, kao i u podršci majkama za vrijeme trudnoće, u rodilištima i nakon izlaska iz bolnice. Unatoč napretku, mnoge žene i dalje se susreću s neadekvatnim praksama, poput odgađanja prvog podoja ili nedostatka stručne podrške u prenatalnom, natalnom i postnatalnom razdoblju. Ove prakse ne samo da otežavaju početak dojenja, već utječu i na dugoročnu uspješnost. Vlada RH i zdravstvene institucije moraju prepoznati važnost kreiranja poticajnog okruženja koje podržava dojenje kroz edukaciju, praktičnu pomoć i sustavnu podršku majkama. Primjeri iz drugih zemalja pokazuju da ulaganje u ove resurse donosi rezultate – povećavaju se stope dojenja, a time se unapređuje i zdravlje cijele populacije. Konačno, edukacija majki mora obuhvatiti sve čimbenike koji utječu na dojenje kako bi im se omogućilo donošenje informiranih odluka. Iako Hrvatska ima jedan od najpovoljnijih zakona o porodiljnom dopustu, što predstavlja važan korak u podršci majkama, potrebno je raditi i na širem društvenom pristupu prema dojenju. Dugoročno gledano, neophodno je osigurati sustavnu podršku ne samo kroz zdravstvene institucije, već i kroz društvenu promjenu koja će učiniti dojenje normaliziranim, prihvaćenim i podržanim u svim aspektima života. Stvaranje prijateljskog okruženja za dojenje mora uključivati edukaciju djece, mladih i budućih roditelja kako bi se postigla svijest o prednostima dojenja za zdravlje majki i djece te za društvo u cjelini.

7. LITERATURA

1. Prentice AM. Breastfeeding in the Modern World. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 2022 Jun 9;78(Suppl. 2):29–38.
2. Infant and young child feeding [Internet]. [cited 2024 Sep 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. Piro SS, Ahmed HM. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020 Jan 6;20(1):19.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):491–504.
5. Relationship between Infant Feeding and the Microbiome: Implications for Allergies and Food Intolerances [Internet]. [cited 2024 Oct 13]. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/8/1030>
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475–90.
7. Human Milk Oligosaccharides (HMOs) and Infant Microbiota: A Scoping Review [Internet]. [cited 2024 Oct 13]. Available from: <https://www.mdpi.com/2304-8158/10/6/1429>
8. Human Milk and Lactation: Background, Physiology, Human Milk and Preterm Infant [Internet]. [cited 2024 Sep 11]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1835675-overview>
9. Neville MC, McFadden TB, Forsyth I. Hormonal Regulation of Mammary Differentiation and Milk Secretion. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2002 Jan 1;7(1):49–66.
10. Rančić I. USPOREDBA DULJINE DOJENJA U GRADSKOJ I RURALNOJ SREDINI.
11. Biology LibreTexts [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 13]. 14.7: Lactation. Available from: [https://bio.libretexts.org/Courses/Lumen_Learning/Anatomy_and_Physiology_II_\(Lumen\)/14%3A_Module_12-_Development_and_Inheritance/14.07%3A_Lactation](https://bio.libretexts.org/Courses/Lumen_Learning/Anatomy_and_Physiology_II_(Lumen)/14%3A_Module_12-_Development_and_Inheritance/14.07%3A_Lactation)

12. Guyton C.A, Hall E.J, urednici. Medicinska fiziologija. Zagreb Medicinska naklada; Trudnoća i laktacija. Medicinska naklada Zagreb; 2016. 1003–1017 p.
13. Walter MH, Abele H, Plappert CF. The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Front Endocrinol* [Internet]. 2021 Oct 27 [cited 2024 Oct 13];12. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2021.742236/full>
14. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief [Internet]. [cited 2024 Oct 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
15. Lyell J. Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months up to at least 50%.
16. Women's perceptions of factors needed to encourage a culture of public breastfeeding: a cross-sectional study in Sweden, Ireland and Australia | *International Breastfeeding Journal* | Full Text [Internet]. [cited 2024 Oct 13]. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-023-00583-z>
17. Darwent KL, McInnes RJ, Swanson V. The Infant Feeding Genogram: a tool for exploring family infant feeding history and identifying support needs. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Oct 19;16(1):315.
18. Dijokienė I, Žemaitienė R, Stonienė D. Late Preterm Newborns: Breastfeeding and Complementary Feeding Practices. *Children*. 2024 Apr;11(4):401.
19. Perše AŽ. Preventivni i zdravstveno odgojni rad patronažne sestre.
20. Patronažna zdravstvena zaštita – Dom zdravlja Zagreb – Istok [Internet]. [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://dzz-istok.hr/primarna-zdravstvena-zastita/patronazna-zdravstvena-zastita/>
21. Zorka Mojsović i suradnici. Sestrinstvo u zajednici : priručnik za studij sestrinstva. In *Zdravstveno veleučilište Zagreb*; 2006.
22. Smjernice-za-provodenje-zdravstvene-njege-u-patronaznoj-djelatnosti.pdf [Internet]. [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2022/03/Smjernice-za-provodenje-zdravstvene-njege-u-patronaznoj-djelatnosti.pdf>
23. NP za zaštitu i promicanje dojenja 2024. -2027..pdf [Internet]. [cited 2024 Sep 4]. Available from:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2024%20Objave/NP%20za%20za%C5%A1titu%20i%20promicanje%20dojenja%202024.%20-2027..pdf>

24. Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027..pdf [Internet]. [cited 2024 Sep 18]. Available from: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>
25. Odluka o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023. – 2026. [Internet]. [cited 2024 Sep 11]. Available from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_10_127_1773.html
26. jamovi - otvoreni statistički softver za radnu površinu i oblak [Internet]. [cited 2024 Nov 3]. Available from: <https://www.jamovi.org/>
27. Dimnjakovi J. Organizacija zdravstvenog sustava i zakonska regulativa kao potpora dojenju u Hrvatskoj.
28. Žulec M, Puharić Z, Zovko A. Influence of preparation for the childbirth to the length of breastfeeding. *SG/NJ*. 2014 Dec 1;19(3):205–10.
29. The association between intrapartum interventions and immediate and ongoing breastfeeding outcomes: an Australian retrospective population-based cohort study | *International Breastfeeding Journal* | Full Text [Internet]. [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-022-00492-7>
30. Funkquist EL, Tuvemo T, Jonsson B, Serenius F, Nyqvist KH. Influence of test weighing before/after nursing on breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care*. 2010 Feb;10(1):33–9.
31. Brown A. 9 Sociological and Cultural Influences upon Breastfeeding. *The Global Health Network Collections* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2024 Oct 5]; Available from: <https://tghncollections.pubpub.org/pub/9-sociological-and-cultural-influences-upon-breastfeeding/release/2>
32. view.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 9]. Available from: <https://repozitorij.unizd.hr/islandora/object/unizd%3A3035/datastream/PDF/view>
33. Kaplan DL, Graff KM. Marketing Breastfeeding—Reversing Corporate Influence on Infant Feeding Practices. *J Urban Health*. 2008 Jul;85(4):486–504.
34. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Apr 27;16(1):91.

35. Bengough T, Dawson S, Cheng H, McFadden A, Gavine A, Rees R, et al. Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis. *Matern Child Nutr.* 2022 Aug 25;18(4):e13405.
36. Šoštarić ŽS. Znanje, stavovi i praksa o dojenju zagrebačkih patronažnih sestara.
37. Roguljić AV. EDUKACIJA O DOJENJU NA STUDIJIMA SESTRINSTVA: ANALIZA SADRŽAJA I USPOREDBA S PRAKSOM U PATRONAŽI SPLITSKO – DALMATINSKE ŽUPANIJE.
38. HKMS. Istraživanje HKMS o opterećenosti patronažnih sestara pokazalo zabrinjavajuće podatke – HKMS [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.hkms.hr/arhiva/7201>

8. DODACI

Popis tablica

Table 1. Sociodemografske karakteristike sudionice istraživanja (N=221)	24
Table 2. Motiviranost i edukacija ispitanica u prenatalnom razdoblju KZŽ (N=130); GZ i ZŽ (N=91)	27
Table 3. Izvori iz koji su majke dobivale najviše informacija (Mean/SD)	30
Table 4. Informiranje trudnica prilikom patronažne posjete (Mean/SD)	32
Table 5. Vrijeme poroda s obzirom na gestacijsku dob, način poroda, vrijeme provedeno u "Zlatnom satu" i kako je ranjeno dijete za vrijeme hospitalizacije KZŽ (N=130); GZ i ZŽ (N=91)	34
Table 6. Podrška i potpora dojenju u rodilištima (Mean/SD)	37
Table 7. Vrijeme prijave patronažnoj sestri od dolaska iz bolnice, prva posjeta i učestalost posjeta u prvih mjesec dana KZŽ (N=131); GZ i ZŽ (N=91)	42
Table 8. Podrška i pomoć patronažnoj sestri nakon poroda (Mean/SD)	44
Table 9. Pokusno dojenje KZŽ (N=131); GZ i ZŽ (N=91)	48
Table 10. Utjecaj patronažne podrške na dojenje KZŽ (N=125); ZG i ZŽ (N=89)	49
Table 11. Najčešće poteškoće dojenja kod ispitanica KZŽ (N=56); GZ i ZŽ (36)	52

Popis grafova

Graf 1. Usporedba ispitanica prema stručnoj spremi (%)	25
Graf 2. Usporedba ispitanica prema vrsti kućanstava u kojima žive (%)	26
Graf 3. Usporedba posjećenosti i vrsta preeriranih tečajeva za trudnice (%)	29
Graf 4. Usporedba informiranosti o mogućnosti posjete patronažne sestre i posjete trudnicama (%)	29
Graf 5. Usporedba izvora iz kojih su ispitanice dobile najviše informacija o dojenju (Mean/SD)	32
Graf 6. Usporedba pruženih informacija trudnicama za vrijeme patronažne posjete (Mean/SD)	33
Graf 7. Usporedba probodjenja "Zlatnog sata" u rodilištima (%)	36
Graf 8. Usporedbanajučestalijih načina hranjenja novorođenčadi za vrijeme hospitalizacije nakon rođenja (%)	37
Graf 9. Usporedba podrške i potpore dojenju u rodilištima (Mean/SD)	41
Graf 10. Usporedba učestalosti patronažnih posjeta (%)	44
Graf 11. Usporedba podrške i pomoći patronažnih sestara nakon poroda (Mean/SD)	47
Graf 12. Usporedba prakticiranja pokusnog dojenja u kući ispitanica (%)	49
Graf 13. Usporedba dužine dojenja/izdavanja (%)	51

Anketna pitanja

Pristup i dostupnost patronažnih sestara i njihov utjecaj u potpori majkama za hranjenje djece majčinim mlijekom

Poštovane majke,

Ovim Vas putem pozivam na sudjelovanje u istraživanju pod nazivom "Pristup i dostupnost patronažnih sestara i njihov utjecaj potpori majki za hranjenje djece majčinim mlijekom" koje provodim u svrhu izrade i obrane diplomskog rada na diplomskom sveučilišnom studiju Sestrinstvo - Menadžment u sestrinstvu na Sveučilištu Sjever pod mentorstvom dr. sc. Tomislava Meštrovića.

Rezultati istraživanja koristit će se za izradu diplomskog rada i za potrebe pisanja znanstvenih članaka te objavu u znanstvenim časopisima.

Sudjelovanje u ovom istraživanju dobrovoljno je i anonimno te u svakom trenutku možete odustati, a nastavkom ispunjavanja ankete dajete suglasnost za korištenje rezultata u znanstvene svrhe.

Cilj ovog istraživanja je procijeniti motiviranost majki za dojenje te potporu i pomoć koju majke dobivaju u rodilištu, a koja je izuzetno važna za uspostavljanje dojenja.

Istraživat ću i usporediti način rada, dostupnost patronažnih sestara te njihove napore i utjecaj na ohrabrivanje majki za uspješno hranjenje djece majčinim mlijekom.

Za dodatne informacije, nedoumice ili nejasnoće možete se obratiti na e-mail adresu: daljubic@unin.hr ili broj telefona 099 /3964-723

Unaprijed Vam hvala na izdvojenom vremenu i trudu za ispunjavanje ankete.

Srdačan pozdrav,

Danijela Ljubić, bacc. med. techn.

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - Menadžment u sestrinstvu

Odjel za sestrinstvo

Sveučilišni centar Varaždin

Sveučilište sjever

daljubic@unin.hr [Promijeni račun](#)



Nije dijeljeno

* Označava obavezno pitanje

Pristajete sudjelovati u ovoj anketi *

Pristajem

Dalje

Izbrisi obrazac

U kojem gradu/mjestu stanujete? *

Tekst kratkog odgovora

Kojoj dobnoj skupini pripadate? *

- Do 20 godina
 - 21-25 godina
 - 26-30 godina
 - 31-35 godina
 - 36-40 godina
 - 41-45 godina
 - 46 godina i više
-

Stupanj obrazovanja: *

- Niža stručna sprema
 - Srednja stručna sprema
 - Prijediplomski studija (viša stručna sprema)
 - Diplomski studij (visoka stručna sprema, magisterij)
 - Poslijediplomski studij (doktorat znanosti)
-

Bačni status? *

- U braku
- U vanbračnoj zajednici
- Rastavljena
- Samohrana majka
- Ostalo: _____

U kakvom kućanstvu živite? *

- Uža obitelj - partner i dijete/djeca
- Šira obitelj - partner, dijete/djeca, baka i / ili djed
- Samohrana majka s djetetom/djecom
- Samohrana majka s djetetom/djecom i roditeljima
- Ostalo: _____

Koliko djece imate? *

Vaš odgovor _____

Kako ne mogu istraživati podatke za svako dijete ako ste rodila više puta, molim *
Vas da napišite mjesec i godinu rođenja djeteta o kojem ćete odgovarati na
daljnja pitanja u anketi?

Datum

dd.mm.gggg

Natrag

Dalje

Izbriši obrazac

Pristup i dostupnost patronažnih sestara i njihov utjecaj u potpori majkama za hranjenje djece majčinim mlijekom

daljubic@unin.hr [Promijeni račun](#)



Nije dijeljeno

* Označava obavezno pitanje

Trudnoća

Vaša trudnoća sa zadnjim djetetom bila je: *

- Uglavnom urednog tijeka
- Imala sam blaže komplikacije ali sam bila kod kuće do poroda
- Imala sam teže komplikacije te povremeno bila hospitalizirana
- Većinu vremena do poroda sam provela u bolnici

Jeste li bila motivirana za dojenje dok ste bila trudna? *

- Da
- Ne
- Nisam razmišljala o dojenju u trudnoći
- Ostalo: _____

Jeste li prošla neki oblik tečaja za trudnice? *

- Online
- Tečaj patronažnih sestara u DZ
- U bolnici
- Nisam prošla tečaj
- Ostalo: _____

Pokušajte se sjetiti gdje ste dobila najviše informacija o dojenju :

	Mnogo	Nešto	Malo	Ništa
U ginekološkoj ordinaciji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Od bliskih prijateljica i rodbine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na tečajevima za trudnice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prilikom posjete patronažne sestre u trudnoći	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prilikom odlazaka na kontrole u bolnicu gdje ste rodila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na internetskim forumima od iskustva drugih žena/mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na internetskim stranicama institucija koje se bave promicanjem dojenja poput Grupa za potporu dojenja, IBCLC savjetnica, Udruge Roda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iz literature namijenjene roditeljstvu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Iako nema redovite prijave trudnica patronažnim sestrama, jeste li znala da Vas patronažna sestra može obići u trudnoći? *

- Da
 Ne

Je li Vas obišla patronažna sestra u trudnoći? *

- Da
 Ne

Prilikom patronažne posjete u trudnoći patronažna sestra se najviše osvrnula na informacije o:

	Mnogo	Nešto	Malo	Ništa
Trudnoći	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Porodu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dojenju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Njezi djeteta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roditejskim pravima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Natrag](#)

[Dalje](#)

[Izbrisi obrazac](#)

Pristup i dostupnost patronažnih sestara i njihov utjecaj u potpori majkama za hranjenje djece majčinim mlijekom

daljubic@unin.hr [Promijeni račun](#)



Nije dijeljeno

* Označava obavezno pitanje

Porod i boravak u bolnici

U kojem rodilištu ste rodila svoje zadnje dijete? *

Vaš odgovor

U kojem ste tjednu trudnoće rodila? *

- Prijevremeni porođaj ekstremno niske gestacije < 28 tjedana
- Prijevremeni porođaj vrlo niske gestacije 28 do < 32 tjedna
- Rani prijevremeni porođaj 32 do < 34 tjedna
- Kasni prijevremeni porođaj 34 do < 37 tjedna
- Porod u terminu 37 do < 42 tjedna
- Iza 42 tjedna

Porod je bio: *

- Vaginalni prirodni (bez ubrzavanja poroda lijekovima)
- Vaginalni uz tzv. "drip"
- Vaginalni - epiduralna analgezija/anestezija
- Carski rez u spinalnoj analgeziji/anesteziji (bila ste budna, ali omamljena)
- Carski rez u općoj anesteziji ("spavala" ste za vrijeme poroda)
- Ništa od navedenog
- Ostalo: _____

Po porodu ste trebali imati takozvani „Zlatni sat“ s djetetom tijekom kojeg je dijete * s Vama s ciljem ostvarivanja prvog kontakta "koža na kožu" i prvog podoja. Najčešće se događa da dijete uzmu u svrhu prvog kupanja, mjerenja, vaganja te povijanja i tada Vam ga daju na podoj. Je li Vam ikako omogućen taj prvi kontakt u "Zlatnom satu"?

- Kratko 10 tak minuta
 - 30 tak minuta
 - 60 minuta
 - Nisam imala to iskustvo
 - Ostalo: _____
-

Prilikom boravka u bolnici primalje/medicinske sestre su : *

	Slažem se	Djelomično se slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se
Objasnile važnost podoja bez obzira na trenutnu količinu mlijeka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objasnile/pokazale pravilno prihvaćanje bradavice i bezbolno dojenje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objasnile/pokazale pravilan hvat i položaj kod dojenja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objasnile /pokazale da i Vi sebi namjestite udoban položaj kod dojenja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objasnile/pokazale da će se obilnija količina mlijeka nastati par dana iza poroda te da je tada važno čim češće dojiti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rado su mi pomogle su mi svaki puta kada sam trebala pomoć oko dojenja, osobito s prvim djetetom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objasnile/pomogle načine izdavanja u slučaju potrebe kod poteškoća	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uglavnom mi nisu ulijevale povjerenje da znaju puno o dojenju	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nisam trebala niti tražila pomoć	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Koliko je često dok ste boravili u bolnici Vaše dijete hranjeno na bočicu? *

- Ne, isključivo je dojeno
- Uglavnom je dojeno uz pokoju bočicu mog izdojenog mlijeka
- Hranjeno je na bočicu mojim izdojenim mlijekom
- Uglavnom je dojeno uz pokoju bočicu mliječne formule
- Slabo je dojeno uz uglavnom mliječnu formulu na bočicu
- Isključivo je hranjeno na bočicu
- Ostalo: _____

Koji ste dan Vi i/ili dijete otpušteni iz bolnice? *

(ako je bio produžen boravak djeteta u bolnici a Vi ste bila ranije otpuštena upišite podatak kada je dijete bilo otpušteno)

- 2-4
- 5-7
- 8-10
- Više od 10 dana

Natrag

Dalje

Izbriši obrazac

Pristup i dostupnost patronažnih sestara i njihov utjecaj u potpori majkama za hranjenje djece majčinim mlijekom

daljubic@unin.hr [Promijeni račun](#)



Nije dijeljeno

* Označava obavezno pitanje

Patronažna skrb po dolasku iz rodilišta

Sjećate li se koji ste se dan javili patronažnoj sestri po dolasku iz rodilišta? *

- Isti dan
- Sljedeći dan
- Bio je vikend, prvi radni dan
- Par dana po dolasku
- Nisam se javila
- Ne sjećam se

Kada je uslijedila posjeta patronažne sestre poslije poziva? *

- Isti dan po pozivu
- Odmah sljedeći dan
- 3-4 dan
- Čekala sam je 5 dana i više

Sjećate li se koliko Vas je često posjećivala patronažna sestra u prvih mjesec dana po dolasku iz rodilišta? *

- Odbila sam posjetu
- Nije me posjetila
- Bila je samo jednom
- Bila je samo 1 ili 2 puta jer ja nisam trebala daljnje posjete
- Obilazila nas je skoro svaki dan prvih tjedan/dva, a kasnije još najmanje jednom tjedno do mjesec dana
- Dolazila je 2-3 puta prvi tjedan, dalje eventualno još dva puta do mjesec dana starosti
- Ostalo: _____

Molim Vas odgovorite na ove tvrdnje o vašoj patronažnoj sestri pri pomoći oko dojenja: *

	Slazem se	Djelomično se slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se
Bile smo u kontaktu još dok sam bila u rodilištu tražila sam je savjete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prva posjeta trajala je oko 1h i više	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naučila me da dojenje ne smije biti bolno osim malo na početku sisanja i da ispravim hvat ako me cijelo vrijeme boli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Objasnila /pomogla mi je pronaći najbolji položaj kod dojenja kod dojenja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prema potrebi prilikom posjeta ponovila je postupke važne za pravilo dojenje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poticala me da vodim dnevnik koliko je puta dijete dojilo te koliko je imalo stolica i mokriilo/24h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naučila me da dijete treba dobiti tjedno 150-200 grama, vratiti porođajnu težinu 14 dan po porodu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bila je dostupna za pomoć/savjet van njenog radnog vremena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nije bila stručna ja sam znala više o dojenju od nje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ustručavala sam se biti iskrena i nisam je tražila pomoć iako mi je trebala	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeste li čula za takozvano "pokusno dojenje"? *

- Da
- Ne

Pravilno "pokusno dojenje" je vaganje djeteta prije i nakon podoja u istoj odjeći bez mijenjanja pelene, na istoj vagi i na istom mjestu vaganja. Ono nam daje uvid u okvirnu količinu popijenog majčinog mlijeka iz dojki. Jeste li prakticirali "pokusno dojenje" ikako? *

- U rodilištu koji puta
- Prilikom patronažne posjete
- Imala sam vagu pa sam prakticirala često
- Nisam

Smatrate li da vam je koristilo "pokusno dojenje" u osnaživanju i sigurnosti da nastavite dojiti? *

- Da jako
- Nisam baš bila sigurna koliko je to mjerodavno
- Nisam ni znala da ta opcija postoji

Nakon dolasku iz rodilišta i nakon pomoći patronažne sestre kako je dalje hranjeno Vaše dijete? *

- Nisam htjela dojiti
- Isključivo sam dojila/ izdajala
- Uglavnom sam dojila uz pomoć bočicu izdojenog mlijeka ili mliječne formule kraće vrijeme te kasnije isključivo dojila/izdajala
- Rijetko sam dojila/izdajala mliječna formula je bila primarna hrana
- Dojila / izdajala sam vrlo kratko prvih par dana
- Kombinirala sam izdojeno majčino mlijeko i mliječnu formulu na bočicu
- Ostalo: _____

Do kada je vaše dijete dojeno? *

- Nije dojeno
- manje od 1 mjesec
- 1-2 mjeseca
- 3-4 mjeseca
- 5-6 mjeseci
- 7-9 mjeseci
- 10-12 mjeseci
- više od godinu dana

Ako niste dojila ili ste kratko dojila koji je bio razlog? (moguće je označiti više odgovora) *

- Uspješno sam dojila
- Bolno dojenje i oštećene bradavice
- Upala / zastojna dojke-mastitis
- Rane na dojnama-ragade
- Strah da dijete dovoljno ne pojede jer nisam mogla izmjeriti količinu mlijeka iz dojki
- Ostala sam bez mlijeka u prva dva tjedna po porodu iako sam dijete stavljala na dojku svaka 2h.
- Mlijeko je bilo "preslabo" (vođeno)
- Odbijanje dojke od strane djeteta već u rodilištu pri prvim pokušajima dojenja
- Uvučene bradavice
- Nelagoda zbog dojenja pred drugima, pogotovo u javnosti
- Nedostatna pomoć i podrška dojenju od strane profesionalaca
- Uzimanje lijekova zbog neke bolesti i prestanak dojenja na preporuku liječnika
- Ostalo: _____

I za kraj ako biste htjela podijeliti sa mnom neko Vaše iskustvo ili komentar, pozitivan ili negativan, koji Vam se čini bitan za temu?

Vaš odgovor _____

[Natrag](#)

[Dalje](#)

[Izbriši obrazac](#)

9. PRILOZI

Sveučilište
Sjever

MARK
ZAJEDNICA



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smije 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, DANIJELA LJUZIC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PRISTUP I DOSTUPNOST PATRONAŽNIH SERTIFIKATA I KAZNICE (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 članku 58, 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 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 sveučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.