

Usporedna studija stavova o dojenju autohtonog stanovništva i etničkih manjina u Republici Hrvatskoj

Valentić, Ivona

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:082431>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-29**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



zir.nsk.hr



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 124/SSD/2021

**USPOREDNA STUDIJA STAVOVA O
DOJENJU AUTOHTONOG STANOVNIŠTVA
I ETNIČKIH MANJINA U REPUBLICI
HRVATSKOJ**

Ivona Valentić, 1365/336D

Varaždin, svibanj 2022.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Studij sestrinstva-menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 124/SSD/2021

**USPOREDNA STUDIJA STAVOVA O
DOJENJU AUTOHTONOG STANOVNIŠTVA
I ETNIČKIH MANJINA U REPUBLICI
HRVATSKOJ**

Student:

Ivona Valentić, 1365/336D

Mentor:

dr. sc. Tomislav Meštrović

Varaždin, svibanj 2022.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		▼
PRISTUPNIK	Ivona Valentić	MATIČNI BROJ	1365/336D
DATUM	24.09.2021.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Usporedna studija stavova o dojenju autohtonog stanovništva i etničkih manjina u Republici Hrvatskoj		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	A comparative study of attitudes towards breastfeeding of the indigenous population and ethnic minorities in the Republic of Croatia		
MENTOR	Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Doc. dr. sc. Hrvojka Soljačić Vraneš, predsjednik		
	2. Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor		
	3. Doc. dr. sc. Ivan Milas, član		
	4. Izv. prof. dr. sc. Marin Šubarić, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak diplomskog rada

BROJ
124/SSD/2021

OPIS

Sva istraživanja potvrđuju važnost dojenja u prvim mjesecima života. Preporuka Svjetske zdravstvene organizacije jest da sva djeca, osim rijetkih iznimaka zbog medicinski uvjetovanih razloga, trebaju dobivati isključivo majčino mlijeko barem u prvih šest mjeseci djetetova života. Ipak, univerzalnost ove poruke može biti različito shvaćena u populaciji, što je potrebno adekvatno istražiti a onda i adresirati u sklopu promocije zdravlja. Shodno tome, osim generalnog presjeka o važnosti dojenja, kao dio ovog diplomskog rada provest će se opsežno istraživanje s ciljem usporedbe stavova i duljine dojenja na području općine Đulovac i autohtonog stanovništva Hrvatske te utvrditi je li dužina dojenja u skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. Koristit će se anketni upitnik koji će ispitivati sociodemografske podatke sudionica, pitanja vezana uz osobna iskustva dojenja te skalu za ispitivanje stavova o dojenju. Za skalu stavova od dojenju koristit će se adaptirani upitnik Iowa skala stavova o dojenju Instituta za socijalna i bihevioralna istraživanja Državnog sveučilišta u Iowi (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale) s dozvolom autora. U radu će se naglasiti i uloga magistre sestrinstva o ovoj problematici uz specifične javnozdravstvene smjernice.

ZADATAK URUČEN

POTPIS MENTORA

Tomislav Meštrović

Sažetak

Dojenje je kamen temeljac javnog zdravlja u zemljama s niskim i visokim resursima. Unatoč tome, zdravstvene vlasti i kreatori politike u zemljama s visokim resursima rijetko ga smatraju prioritetnim područjem. U zemljama s visokim resursima ova praksa nema kratkoročne posljedice jer je smrtnost dojenčadi niska. Međutim, postoje dugoročne implikacije donošenja mjera za poboljšanje kratkog isključivog dojenja i kratkog trajanja dojenja. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) ima jasne preporuke utemeljene na dokazima, po kojoj bi isključivo dojenje trebalo trajati minimalno šest mjeseci, nakon čega slijedi dojenje i odgovarajuća dodatna hrana, odnosno dohrana, dvije godine ili duže. Ova uvijek aktualna tema među majkama koje doje/ne doje dijete otvara razne stavove i mišljenja koja smo ispitali u ovom istraživanju u sklopu diplomskog rada.

Za istraživanje je korišten anketni upitnik koji se sastojao od sociodemografskih podataka i pitanja vezanih uz osobna iskustva. Prvo istraživanje provedeno je 2018. godine na području općine Đulovac koje je obuhvatilo samo doseljenice s Kosova (100), dok je drugo istraživanje provedeno u 2021. godini putem online ankete na autohtonom stanovništvu Republike Hrvatske (2536). Kroz rad je također teorijski obrađena tema dojenja te prikazana problematika istoga u RH. Na osnovu komparativnog istraživanja u dva različita vremenska perioda doneseni su određeni zaključci. Dobiveni podaci analizirani su u SPSS 24 statističkom programu od IBM-a. U radu su prikazane frekvencije, postotci, aritmetičke sredine sa standardnim devijacijama te Cronbach alpha koeficijent unutarnje pouzdanosti za deskriptivnu statistiku.

Cilj rada bio je ispitati i usporediti stavove o dojenju žena s područja općine Đulovac i autohtonog stanovništva Republike Hrvatske. Glavne hipoteze, odnosno nul-hipoteze ovog rada su bile da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja (urbano i ruralno područje) i da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju između sudionica iz Đulovca, doseljenica s Kosova i sudionica istraživanja autohtonog stanovništva Republike Hrvatske. Provedenim istraživanjem uočava se kako zapravo nema statistički značajne razlike između ruralnog i urbanog područja. Dok nam je druga hipoteza

provedena U-testom pokazala kako postoji statistički značajna razlika stavova o dojenju između sudionica iz Đulovca-doseljenica s Kosova u istraživanju iz 2018. godine i stavova o dojenju kod sudionica ovog istraživanja. Prosječan rezultat na skali iznosi 69,40 +/- 10,46 odnosno sudionice iz Đulovca pokazuju pozitivnije stavove o dojenju od autohtonog stanovništva Republike Hrvatske.

Jedna je od ključnih stavki pravovremeno educiranje novopečenih majki o dobrobitima majčina mlijeka te načinima pravilnog dojenja, misleći pritom na određene tehnike dojenja te ispravan hvat djeteta na dojku. Tu dolazimo do važnosti uloge magistara sestrinstva koji bi putem određenih edukacija pripremali dojilje za prvi susret s dojenjem, dok bi za vrijeme boravka u rodilištu svoje znanje i iskustvo prenosili majkama te se uključili i u praktični dio edukacije.

.

Ključne riječi: dojenje, Hrvatska, proces, majka, dijete

Summary

Breastfeeding represents a cornerstone of public health in low- and high-resource countries. Nevertheless, health authorities and policy makers in high-resource countries rarely consider it a priority area. In high-resource countries, this practice has no short-term consequences because infant mortality is low. However, there are long-term implications of adopting measures to improve short-term exclusive breastfeeding and short-term breastfeeding. The World Health Organization (WHO) has clear evidence-based recommendations that exclusive breastfeeding should last for a minimum of six months, followed by breastfeeding and appropriate supplementary food, or supplementation, for two years or longer. This topic among breastfeeding / non-breastfeeding mothers is always current and pertinent, and opens up various attitudes and opinions that we have examined in research as a part of this thesis.

A survey questionnaire was used for the study, which consisted of sociodemographic data and questions related to personal experiences. The first research was conducted in 2018 with women living in Đulovac which comprehended only immigrants from Republic of Kosovo (100), second research was conducted in 2021 through online survey on autochthonous population of Republic of Croatia (2536). The paper also theoretically deals with breastfeeding and presents the issue of breastfeeding in the Republic of Croatia. Based on a comparative study in two different time periods, certain conclusions were drawn. The data obtained were analyzed in the SPSS 24 statistical program from IBM. This research presents frequencies, percentages, arithmetic means with standard deviations and Cronbach's alpha internal reliability coefficient for descriptive statistics. The aim of the study was to examine and compare the attitudes of breastfeeding women from Đulovac municipality and the indigenous population of the Republic of Croatia. The aim hypotheses, zero-hypotheses of this research were that there is no statistically significant difference in attitudes about breastfeeding depending on the area of residence (urban and rural area) and that there is no statistically significant difference in attitudes about breastfeeding between participants from Đulovac, immigrants from

Kosovo, and participants in the research of the autochthonous population of the Republic of Croatia. The research shows that there is no statistically significant difference between rural and urban areas. While the second hypothesis conducted by the U-test showed that there is a statistically significant difference in attitudes about breastfeeding between participants from Đulovac-immigrants from Kosovo in the 2018 study and attitudes about breastfeeding among participants in this study. The average score on the scale is 69.40 +/- 10.46, which means the participants from Đulovac show more positive attitudes about breastfeeding than the indigenous population of the Republic of Croatia.

One of the key items is the education of new mothers about the benefits of breast milk and ways of proper breastfeeding, including breastfeeding techniques and the correct grip of the child on the breast. Here we ascertain the importance of the role of Masters of nursing who would prepare breastfeeding mothers for the first encounter with breastfeeding through certain education, while during their stay in the maternity ward they would transfer their knowledge and experience to mothers and get involved in the practical part of education.

Keywords: breastfeeding, Croatia, process, mother, child

Popis korištenih kratica

BFHI – Baby Friendly Hospital Initiative

EU – Europska unija

WHO – World Health Organization

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

MOH – Ministry of Health

RH – Republika Hrvatska

SARS-CoV-2 – Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

ELOIN – Longitudinal Childhood Obesity Study

X – aritmetička sredina

SD – standardna devijacija

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1 Anatomija dojke	3
2. Uloga i važnost dojenja	4
2.1. Laktacija	4
2.1.1. Stvaranje mlijeka i uloga hormona.....	4
2.2. Proces dojenja	5
2.3. Korisni učinci dojenja	6
2.4. Vremenska potreba dojenja	6
3. Pravilan položaj djeteta na dojnama.....	7
3.1. Tehnika dojenja	7
3.2.1. Ležeći položaj	8
3.2.2. Dojenje na leđima (biološki položaj)	9
3.2.3. Sjedeći položaj	10
4. Teškoće za vrijeme dojenja	12
4.1. Ravne ili uvučene bradavice	12
4.2. Bolne i ispucane bradavice.....	13
4.3. Mastitis	13
4.4. Nedostatak mlijeka.....	13
4.5. Gljivične infekcije	14
5. Dojenje u Republici Hrvatskoj	14
5.1. Uvjeti za majke.....	15
5.1.1. Naknade za rodiljni i roditeljski dopust	15
5.1.2. Zaštita dojenja od agresivnog marketinga	15
5.1.3. Kulturne norme	16
5.1.4. Bolnička inicijativa prilagođena bebi	16
5.2. Problemi dojenja u RH	17
5.2.1. Propuštene prilike u obrazovanju mladih i javnosti.....	17
5.2.2. Antenatalno obrazovanje o dojenju	17
5.2.3. Problemi s prijavljenim i stvarnim stopama dojenja	18
5.2.4. Dopuna adaptiranim mlijekom u bolnici	19
5.2.5. Promjene u skrbi za rodilje	19
6. Uloga magistre sestrinstva	20

7. Istraživanje	21
7.1. Cilj i hipoteze istraživanja	21
7.2. Metodologija.....	21
7.3. Rezultati.....	26
7.4. Demografska slika Hrvata s Kosova u općini Đulovac	39
8. Rasprava	40
9. Zaključak	43
10. Literatura	45
Popis slika	48
Popis tablica	50
Prilozi	51

1. Uvod

U svih sisavaca, s iznimkom ljudi, laktacija i dojenje prijeko su potrebni za reprodukciju i preživljavanje vrste. Danas, napretkom tehnologije i medicine, ljudskoj vrsti preživljavanje više ne ovisi dojenju, pa se tako sam proces hranjenja dojenčeta može odvijati putem majčinog mlijeka, ali i pomoću adaptiranog mlijeka. Razdoblje prve godine života ima ključnu ulogu u razvoju djeteta jer ga karakterizira intenzivan rast tijekom kojeg dijete utrostručuje svoju težinu. Jedna od ključnih karakteristika dojenja je ta da uvelike potiče stvaranje emotivne veze između majke i djeteta. Osim jačanja emotivne veze, budi se i osjećaj zaštićenosti, ljubavi, brige i kontinuirane socijalne stimulacije. Za prvih šest mjeseci života majčino mlijeko je idealna hrana, sadrži sve potrebne hranjive tvari, proteine, vitamine, minerale, a sadrži i majčina antitijela te stimulira djetetov imunološki sustav [1, 2].

Stavovi o prehrani dojenčadi dinamični su i značajno su se promijenili posljednjih godina pa ni danas mišljenja nisu jedinstvena te se razlikuju među pedijatrima, nutricionistima i drugim stručnjacima koji se bave ovom problematikom, a posebice se razlikuju mišljenja majki dojenčadi.

Gledajući sa psihološke strane, brojni podražaji koje dijete dobiva tijekom dojenja utječu na osjećaj sigurnosti, ali prvenstveno, povoljno utječu na razvoj središnjeg živčanog sustava. Manje je ove stimulacije prilikom hranjenja na bočicu, a u nekim slučajevima i majkama koje hrane dijete bočicom treba više vremena da se povežu sa svojim djetetom nego majkama koje dijete doje. Ponajprije, bitno je za naglasiti da je dojenje najhigijenski, najudobniji i najjeftiniji način hranjenja djeteta.

U prvih šest mjeseci života majčino mlijeko zadovoljava nutritivne potrebe djeteta. Nakon šest mjeseci dojenja samo mlijeko ne može zadovoljiti sve potrebe djeteta koje brzo raste. Uz velike dobrobiti dojenja za djecu, dojenje je bitno za prilagodbu majke novonastaloj ulozi, gdje se afirmiraju kao majke te jačaju svoju majčinsku ljubav [1].

Dojenje je samo po sebi prirodno i urođeno svim ženskim sisavcima, tako i ljudima, no ponekad nije dovoljan samo prirodni nagon hranjenja djeteta majčinim mlijekom. Uz sada nam poznate različite tehnike dojenja, osiguravanje pravilnog hvata djeteta na dojku, a onda i razne probleme koji se mogu javiti u početcima dojenja, ponekim je majkama ipak teško uspostaviti i održati ovakav način hranjenja dojenčeta. U takvim slučajevima mnoge se majke okreću ka adaptiranoj prehrani, odnosno umjetnoj zamjeni za majčino mlijeko. Ponekad su razlozi fizičke prirode (bolesti dojke, zdravstvene komplikacije nastala uslijed pokušaja

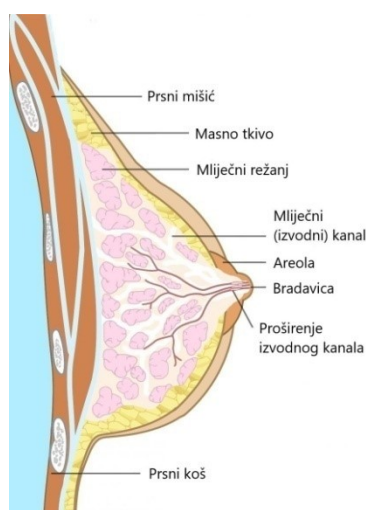
dojenja), a ponekad oni počivaju u individualnim stavovima i željama majke. Kako kod uspostave dojenja, tako i kod održavanja i samog vremenskog perioda u kojem majka doji dijete, vrijede slični obrasci – neke majke prestaju dojiti zbog prestanka laktacije, smanjene količine mlijeka, navedenih razloga fizičke prirode, dok se druge odlučuju na prestanak dojenja iz osobnih, društvenih ili drugih razloga.

Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje dojenje već jedan sat nakon samog rođenja djeteta. Također, navode preporuku za isključivo dojenje do prvih šest mjeseci djetetova života, a nastavak dojenja i do dvije godine djetetova života, pa i duže, ali, naravno, uz primjerenu dohranu [2].

1.1 Anatomija dojke

Strukturu ženskih dojki prvi je opisao Sir Astley Paston Cooper 1840. godine kroz svoje opsežne anatomske disekcije dojki. Dojka ima lobarnu organizaciju koju čine duktalni sustavi segmentacije. Jedan poseban mliječni kanal otvara se na bradavici, grana se u nekoliko segmentnih subsegmentnih kanala, a završava u brojnim terminalnim kanalima i lobulima. Svaka mlijačna žlijezda (lat. *mamma*, grč. *mastos*, dojka) sastoji se od 15-25 režnjeva složene tubulo alveolarne građe, kojima je funkcija izlučivanje mlijeka za prehranu novorođenčeta. Svaki režanj koji je od susjednih režnjeva odijeljen gustim vezivnim tkivom s mnogo masnog tkiva zapravo je žlijezda za sebe s vlastitim odvodnim kanalom (*ductus lactiferus*), koji završava ljevkastim nastavkom na bradavici. Terminalni kanal i lobuli formiraju terminalne duktalno-lobularne jedinice. Kod žena, veličina i broj režnjeva pokazuju velike varijacije i mijenjaju se i tijekom života [3,4,5]. Mliječna žlijezda spolno zrele žene općenito seže od 2./3. do 6. rebra i od parasternalne do prednje aksilarne linije s redovito postojećim kranio-lateralno usmjerenim ogrankom u pazušnoj šupljini. Lijeva i desna žlijezda su jedna od druge odvojene grudima, *sinus mammarum*, udubinom koja prolazi iznad prsne kosti [6].

Bradavica dojke (*mamilla mammae*) i pojas koji okružuje (*areola mammae*) prekriveni su nježnom i jače pigmentiranom kožom na kojoj se nalaze izvodni kanalići apokrilnih Montgomeryjevih žlijezda [7]. Promjer areolarne regije iznosi od 35 do 50 milimetara. Stupanj pigmentiranosti uvjetovan je prisutnošću melanina koji je izraženiji u trudnoći. Na površini su areole takozvana Morgagnijeva tjelešca, odnosno žlijezde znojnice [8].



Slika 1.1.1 Prikaz anatomije dojke

Izvor: <https://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/prevenција-raka/1321>

2. Uloga i važnost dojenja

2.1. Laktacija

Sposobnost dojke da izlučuje mlijeko naziva se laktacijom. Mehanizam kojim se postiže ovaj učinak, odnosno početak laktacije pri porođaju ovisi o djelovanju estrogena, progesterona i prolaktina. Laktacija se uspostavlja postupno, pod kontrolom je hormona prolaktina koji se počne izlučivati nakon porođaja zbog pada razine estrogena. Tijekom trudnoće kombinacija estrogena i progesterona koji cirkuliraju u krvi inhibira izlučivanje mlijeka blokiranjem oslobađanja prolaktina iz hipofize i time što mliječne žlijezde ne reagiraju na ovaj hormon hipofize. Blokada nestaje na samom kraju trudnoće, izbacivanjem posteljice, i gubitkom njezine opskrbe hormonima, kao i smanjenjem proizvodnje hormona u jajnicima. U cirkulaciji ostaje dovoljno estrogena koji potiče lučenje prolaktina putem hipofize te tako pogoduje laktaciji [9]. Nakon poroda prolaktin ostaje glavni laktogeni hormon. Ovisno o broju obroka povećava se koncentracija prolaktina, tj. ovisno o jačini, dužini i frekvenciji sisanja ostaje u krvi sve dok majka doji. Povećanje količine i proizvodnje mlijeka najočigledniji su znak uspostavljanja laktacije [10].

Kada je refleks pražnjenja dojki normalan, dijete kroz sedam minuta ili čak i ranije može popiti 90% mlijeka koje se nalazi u dojci [11]. Pri samom početku dojenja refleks otpuštanja mlijeka iz dojki ne mora se neophodno osjetiti. Međutim, prvih nekoliko tjedana mogu se osjetiti blagi trnci u dojkama kada nastupi otpuštanje mlijeka.

2.1.1. Stvaranje mlijeka i uloga hormona

Dva su glavna mehanizma uključena u proizvodnju mlijeka: lučenje (izlučivanje) i aktivni refleks ubrizgavanja mlijeka iz dojke. Najmanje šest hormona uključeno je u razvoj mliječne žlijezde i proizvodnju mlijeka. Najvažnija su dva od njih – prolaktin i oksitocin. Obje nastaju u hipofizi, žlijezdi koja se nalazi u bazi mozga. Prolaktin ima središnju ulogu u pripremi dojke za proizvodnju mlijeka [10].

Prolaktin također sudjeluje u procesima koji se tijekom trudnoće odvijaju u dojkama, ali se tada ne događa proizvodnja mlijeka jer ga blokiraju drugi hormoni koje luči posteljica. Stoga, čim se posteljica izbacila nakon rođenja, počinje proizvodnja i lučenje mlijeka.

Mlijeko se proizvodi u žljezdanom mjehuru i skuplja se u malim nastavcima drenažnih cijevi koje se nalaze ispod areole (tamnija pigmentirana koža oko bradavica). Mlijeko se može isprazniti samo dojenjem ili cijedenjem (ručno ili pumpicom).

2.2. Proces dojenja

Dojenje povećava proizvodnju mlijeka: prvo, pražnjenje dojke brže stvara novo mlijeko, a drugo, sisanjem se potiču živčani završeci u areoli, koji potiču hipofizu na jače lučenje hormona prolaktina. Prolaktin ubrzava proizvodnju mlijeka pa se krug zatvara. Drugi hormon je oksitocin. Oksitocin ne sudjeluje u proizvodnji mlijeka, ali pomaže u izbacivanju mlijeka iz alveola kroz kanale sve dok se ne proširi i konačno izbaciti kroz bradavice. Pod djelovanjem ovog hormona tijekom dojenja, mlijeko teče iz dojke, što će svaka majka osjetiti (ne prvih dana, već tijekom uspostavljene laktacije) kao ugodan osjećaj [13].

Postoji česta mogućnost da majka primijeti kako mlijeko curi i iz druge dojke za vrijeme dojenja. Nakon što je refleks "pražnjenja" dojke dobro razvijen, dojenje je uvelike kraće zbog oslobađanja veće količine mlijeka. Sami akt sisanja i dojenja potiče proizvodnju prolaktina, iako sveukupno najviše ovisi o mentalnom stanju majke. Stres i ostali stresori mogu utjecati na majku na način da se ne može potpuno opustiti pa tako oslobađanje oksitocina može biti blokirano.

„Još u dalekoj povijesti žene su svoju djecu othranjivale na dojci. Od kada čovjek kao vrsta postoji, žene su svoju djecu hranile svaki tren kada su to djeca zatražila. Takav je odnos osiguravao djetetu toplinu, hranu i zaštitu. 1989. godine Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF su oblikovale svoje stavove o zaštiti, poticanju i podupiranju dojenja. Također, donijeli su preporuke za promicanje dojenja u rodilištima i novorođenačkim odjelima u obliku „Deset koraka do uspješnog dojenja“ [14].

„Svaka ustanova koja pruža usluge roditeljima i brine se za novorođenčad treba:

1. Imati ispisana pravila o dojenju koja služe cjelokupnom osoblju;
2. Proučiti svo zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila;
3. Informirati sve trudnice o dobrobitima dojenja i o tome kako se doji;
4. Pomoći majkama da počnu dojiti unutar pola sata od rođenja djeteta;

5. Pokazati majkama kako se doji i kako da sačuvaju izlučivanje mlijeka, čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi;
6. Uskratiti novorođenčadi bilo kakvu drugu hranu ili piće osim majčina mlijeka, osim ako to nije medicinski uvjetovano;
7. Organizirati zajedništvo u istoj prostoriji majke i djeteta („rooming in“)
 - 24 sata na dan;
8. Poticati majke da doje na zahtjev novorođenčeta;
9. Uskratiti djeci dude varalice;
10. Poticati osnivanje grupa za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri napuštanju rodilišta, odnosno bolnice“ [14].

2.3. Korisni učinci dojenja

Trenutne preporuke u pogledu prehrane dojenčadi i male djece zalažu se za isključivo dojenje do šest mjeseci dojenačke dobi, nakon čega slijedi nastavak dojenja s odgovarajućim suplementima do navršene jedne godine, odnosno dvije godine, ili onoliko koliko to majka i dijete žele. Istraživanje navodi niz povoljnih učinaka dojenja na zdravlje majke i djeteta, ali i na obitelj i društvo u cjelini [10].

U dojenačkoj dobi djeca na prirodnoj prehrani imaju manju učestalost respiratornih i gastrointestinalnih infekcija, smanjeni rizik od sindroma iznenadne smrti dojenčadi, kasnije u životu i leukemije, razvoj alergija i pretilosti te povoljan učinak na kognitivni razvoj djeteta.

Korisni učinci dojenja na zdravlje majke uključuju smanjenje postporođajnih krvarenja, bržu involuciju maternice, povećane razmake između trudnoća, smanjeni rizik od postporođajne depresije, reumatoidnog artritisa, dijabetesa tipa 2, kardiovaskularne bolesti te raka dojke i jajnika [10].

2.4. Vremenska potreba dojenja

Isključivo dojenje do navršenih šest mjeseci života željeni je cilj (prema WHO). Takozvano ekskluzivno dojenje definirano je kao isključivo dojenje majčinim mlijekom u prvih šest mjeseci djetetova života bez ikakvih drugih pripravaka, uključujući i vodu. Voda nije

potrebna prvih 4-6 mjeseci, jer količina tekućine koju je dijete dobilo iz mlijeka zadovoljava dnevne potrebe za vodom, čak i tijekom ljetnih mjeseci [12].

Isključivo dojenje ima najveći potencijalni utjecaj na smanjenje smrtnosti djece od bilo koje preventivne intervencije [15]. To je dio optimalnog postupka dojenja, koji također uključuje inicijaciju dojenja unutar jednog sata od poroda i nastavljanje dojenja sve do druge godine starosti djeteta ili čak i duže.

Isključivo dojenje je kamen temeljac djetetova opstanka i zdravlja jer pruža neophodnu, nezamjenjivu ishranu za rast i razvoj djeteta. Također, služi kao prva imunizacija djeteta, odnosno pružanje zaštite od mogućih respiratornih infekcija, dijareje i drugih potencijalno opasnih bolesti. Isključivo dojenje ima i zaštitni učinak na pretilost i određene nezarazne bolesti kasnije u životu [16].

Pojedinačno prilagođeno uvođenje dodatne prehrane može započeti već u četvrtom mjesecu života, a trebalo bi započeti najkasnije do početka sedmog mjeseca života. Nakon šest mjeseci bebinu potrebu za zdravom prehranom ne može zadovoljiti samo majčino mlijeko [13].

3. Pravilan položaj djeteta na dojckama

3.1. Tehnika dojenja

U samom procesu dojenja veliku ulogu igra i pravilan položaj djeteta na dojci te odgovarajuća tehnika dojenja. Dojenče prije hranjenja treba staviti tako da cijelo tijelo bude okrenuto prema majčinom tijelu, a ne samo prema glavi. Visina bradavice treba biti u visini nosa. Stimulacijom gornje usne djeteta s bradavicom, dijete otvara usta i dodiranjem obraza okreće glavu prema bradavici. Dojenče je spremno prihvatiti dojku kad su usta širom otvorena, a jezik malo ispružen i leži poput tanjura na donjoj usni [10].

U tom trenutku dojenče bi trebalo što prije privući k sebi, ne nagnjati se nad njega i ne gurati dojku. Za majku je važno da zauzme udoban položaj jer dojenje traje oko pola sata. Ispravan položaj znači da beba ima bradavicu i donji dio areole u usnoj šupljini, nos dodiruje majčinu kožu i da je brada utisnuta u dojku.

Tvrde i male grudi obično ne trebaju ništa osim već opisane privrženosti djeteta za sebe. Ponekad je potrebno samo jednim prstom pritisnuti dojku malo iznad bradavice ili povući kožu prema gore. Za veće ili velike grudi хват s četiri prsta ispod dojke bolji je od zahvata s dva prsta s trećim, četvrtim i petim prstom ispod dojke i kažiprstom iznad bradavice. Prilikom držanja dojke s četiri prsta, pridržava se teška i puna dojka, što djetetu olakšava uspješno

držanje bradavice i areole u ustima. Dakle, ako je dijete dobro postavljeno, u usnoj šupljini, osim bradavice, postoji i odgovarajući dio areole koji se nalazi ispod bradavice [13].

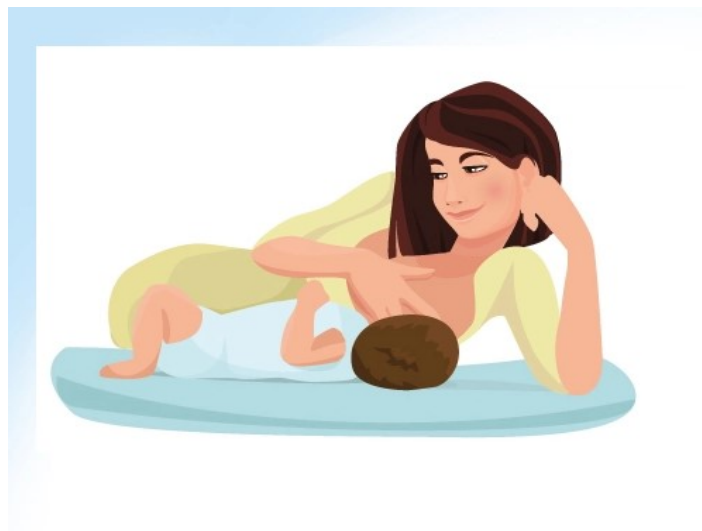
Bradavica se tada nalazi ispod mekog nepca i okružena je samo mekim tkivom pa se ne može oštetiti, bez obzira koliko često i koliko dugo imate dijete na prsima. Neispravan položaj je kada je samo bradavica u usnoj šupljini koja je ili ispod tvrdog nepca ili na granici tvrdog i mekog nepca, samim tim dolazi do oštećenja bradavice te dojenje postaje bolno. Oštećenje može biti toliko ozbiljno da se s mlijekom ponekad pojavi krv. Oštećenje bradavice i bol tijekom hranjenja siguran su znak da beba nije dobro prihvatila dojku i da je bradavica ispod tvrdog nepca, odnosno da je bradavica previše plitko u usnoj šupljini [13].

3.2. Položaji dojenja

3.2.1. Ležeći položaj

Položaj može biti ležeći ili sjedeći. Ležeći položaj najčešći je u rodilištu jer majke i dalje imaju bol u međici (nakon rezanja i šivanja) ili bolnu trbušnu stijenku nakon carskog reza. Kod ležanja na leđima i u poluležećem položaju, važno je postaviti jastuke ili motane deke kako bi majci i djetetu bilo ugodno. Dovoljno je da majka ima samo jednu slobodnu ruku, dok drugom obgrli dijete [10] (Slika 3.2.1.1).

Ležanje na boku pogodno je za prve dane dojenja, ali i dojenja tijekom noći. Kao u svakom dosad opisanom položaju, pa tako i u ovom, udobnost majke je na prvome mjestu, stoga leđa trebaju biti poduprta jastukom. Ovaj položaj podrazumijeva majku i dijete u ležećem položaju na boku, s tim da oboje moraju biti okrenuti jedno prema drugome. Rukom koja se nalazi na strani boka na kojemu majka leži podupire si glavu, a slobodnom rukom pridržava dijete. Koju će dojku dijete primiti zavisi o boku na kojeg će majka leći. Dakle, ukoliko je to lijevi bok, dijete će sisati lijevu dojku [18].

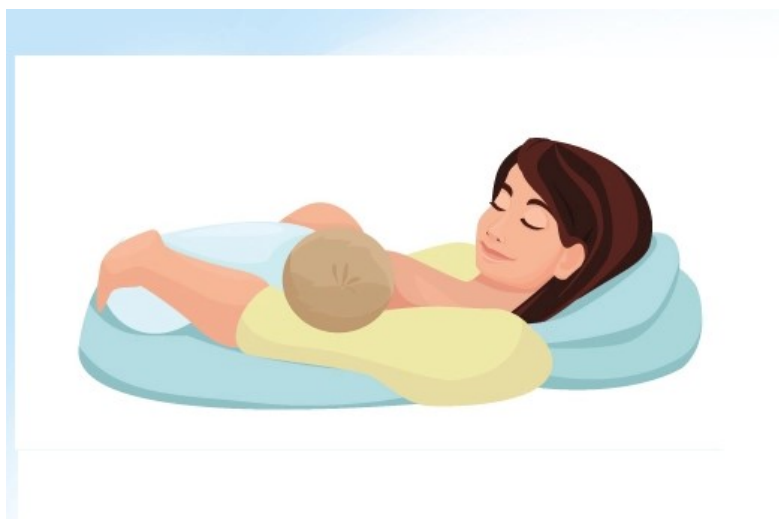


Slika 3.2.1.1. Ležeći položaj dojenja

Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

3.2.2. Dojenje na leđima (biološki položaj)

U ovom položaju majka leži na leđima, a dijete na njoj licem i trbuhom dolje. Katkad mu majka mora pridržati čelo kako glavica ne bi padala naprijed. Kod toga položaja treba pripaziti da se dojka adekvatno isprazni. Položaj koristi kod djece s malim i uvučenim ili sraštenim jezikom (frenulum jezika) i ako postoji snažan refleks otpuštanja mlijeka [17] (Slika 3.2.2.1).



Slika 3.2.2.1. Položaj dojenja na leđima-biološki položaj

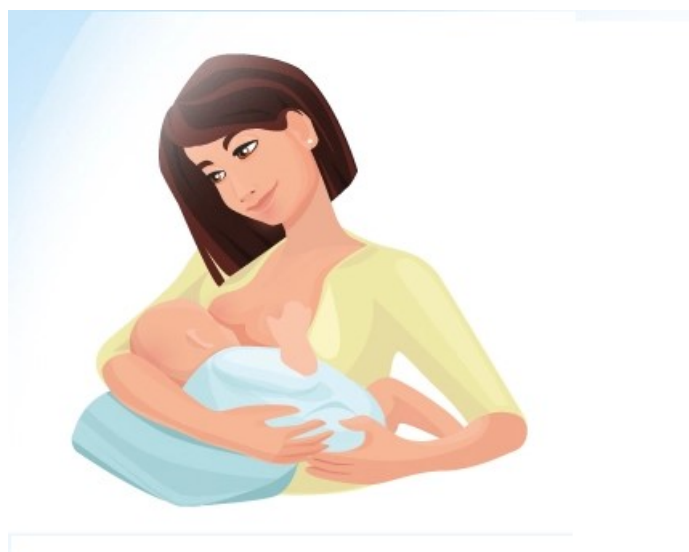
Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

3.2.3. Sjedeći položaj

Sjedeći položaj se dijeli na položaj kolijevke, unakrsne kolijevke i položaj nogometne lopte. Za svaki od tih položaja bitna je ne samo udobnost djetetu nego i majci. Dok je dijete cijelim tijelom okrenuto prema majci tako da su mu nos i gornja usna u razini bradavice, a usta odmah ispod bradavice, majka dojku primi C-hvatom tako da je palac iznad bradavice, a ostatak prstiju ispod bradavice [17].

3.2.3.1. Položaj kolijevke

Najbolje je ako majka sjedi u udobnom i širokom naslonjaču. Stopala trebaju biti na podu, a leđa ravna. Koljena treba položiti malo više od kukova, pa je dobro koristiti se podloškom za noge. Iza leđa se može staviti jastuk, pa tako neće osjećati bol u leđima tijekom dojenja i nakon njega. Dijete leži na podlaktici ruke na strani dojke kojom će biti hranjeno. Dijete je okrenuto bočno, a glava mu je na podlaktici nešto niže od pregiba lakta. Majka podlakticom pridržava leđa, a dlanom djetetovu stražnjicu. Djetetovu donju ruku majka treba položiti uz njegovo tijelo. Važno je da se majka ne nagnje prema naprijed, jer tako opterećuje kralježnicu, ali ni natrag jer tada mlijeko sporije teče [17] (Slika 3.2.3.1.1).



Slika 3.2.3.1.1. Položaj kolijevke

Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

3.2.3.2. Unakrsni položaj kolijevke

Unakrsni položaj kolijevke sličan je položaju kolijevke, samo što se dijete pridržava rukom koja se nalazi na suprotnoj strani od dojke koju dijete doji. Rukom se pridržava vrat i ramena

djeteta, a glava treba imati mjesta za zabacivanje unatrag. Dojka se pridržava rukom koja se nalazi na strani dojke koju dijete doji. Ovaj položaj je dobar kod problema s prihvatom dojke [19] (Slika 3.2.3.2.1.).

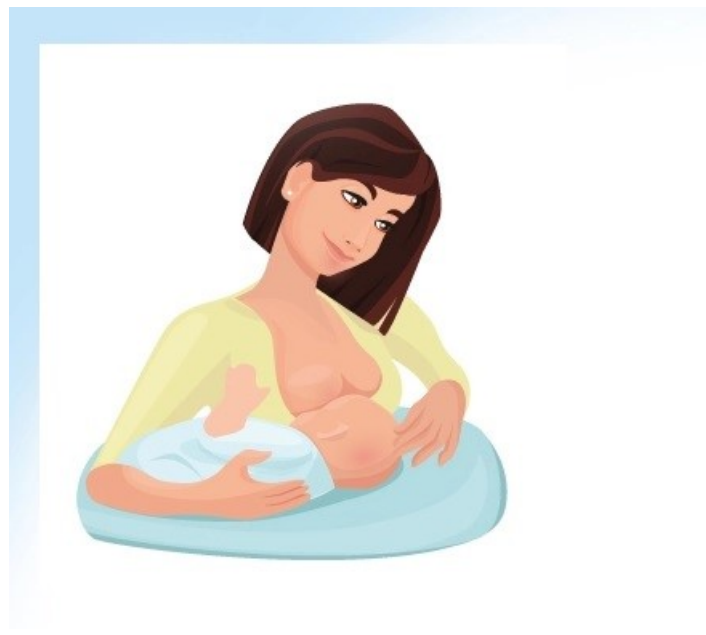


Slika 3.2.3.2.1. Unakrsni položaj kolijevke

Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

3.2.3.3. Položaj nogometne lopte

Dijete leži pod majčinom rukom na jastuku u položaju na leđima. Njegova je glava na majčinoj ruci ili na jastuku, a leđa oslonjena na majčinu podlakticu. Tijelo i stražnjica su u visini majčina struka. Stopala ne smiju doticati naslon stolca ili kreveta. „Rugby“ položaj koristi se kod prijevremeno rođene djece i djece male porođajne težine te kod one s neurološkim poteškoćama jer omogućuje majci dobru kontrolu glave i leđa. Koristi se kod učenja tehnike dojenja jer je dobra vizualizacija položaja areole, bradavice i djetetovih usta, što majci omogućuje dobar uvid u način kako dijete prihvaća dojku. Položaj je prigodan kod zastojne dojke, kod bolnih i oštećenih bradavica, te dojenja blizanaca [17] (Slika 3.2.3.3.1).



Slika 3.2.3.3.1. Položaj nogometne lopte

Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

4. Teškoće za vrijeme dojenja

Problemi s dojenjem su česti i mogu uzrokovati raniji prestanak dojenja. Jedan od razloga tomu može biti i skraćeno vrijeme postporođajnog boravka u bolnici pa nema prostora za adekvatnu edukaciju. Također, zbog zabrinutosti, iscrpljenosti, bolnosti, raznih stresora može doći do problema kod dojenja koji su prvenstveno povezani s inhibicijom refleksa opuštanja mlijeka. Neke od najčešćih poteškoća za vrijeme dojenja su ravne ili uvučene bradavice, bolne i ispucane bradavice, mastitis, nedostatak mlijeka, gljivične infekcije.

4.1. Ravne ili uvučene bradavice

Inverzija bradavica uzrokovana je priraslicama na bazi bradavice. To je jedna od čestih pojava na samom početku dojenja. Važno je za naglasiti kako ova poteškoća nema potrebu hitnog interveniranja. U idealnom slučaju, zdravstveni djelatnik procjenjuje tip bradavice tijekom trećeg tromjesečja. Način kojim možemo utvrditi kakva je bradavica je taj da nasuprot postavljenim palcem i kažiprstom pritisnemo areolu, te promatramo bradavicu. Ukoliko se bradavica ispupči ili barem malo oblikuje riječ je o ravnoj ili uvučenoj bradavici, a ukoliko se

uvuče riječ je o prirodno uvučenoj bradavici [20]. Ono što dojiljama u tom slučaju čini najveći problem jest teže ostvarivanje pravilnog hvata djeteta na dojku. Bez obzira na jačinu otpusta mlijeka, i dijete može teže to mlijeko povući u slučaju uvučene bradavice. Medicinski djelatnici iz tog razloga danas često preporučuju korištenje silikonskih „šeširića“ za bradavice koji omogućе da dijete zahvati silikonsku bradavicu dok se sisanjem stvara vakuum kojim se onda povlači i mlijeko iz dojke. Ponekad ova metoda poluči uspjehom, dok u dosta slučajeva ipak pomaže samo ručno izdavanje ili izdavanje pumpicom.

4.2. Bolne i ispucane bradavice

Bolne bradavice su najčešće rezultat nepravilnog položaja, nepravilne tehnike dojenja, ponekad i oboje. Također, grube manipulacije bradavicama, prejako trljanje pa čak i nepravilna toaleta. Najbolja prevencija za bolne bradavice je prenatalna edukacija. Dakle, uputiti majke o pravilnim tehnikama dojenja te na koji način dijete odvojiti od dojke.

Kada su bradavice bolne, majke treba poticati i savjetovati da doje na manje bolnu dojku. Preporuča se češće dojenje ako su potrebni analgetici i ištrcati iz dojke dok se ne uspostavi refleks opuštanja. Majku treba naučiti kako pravilno izvući bradavicu iz djetetovih usta stavljajući mali prst u kut djetetovih usta da prestane sisati prije nego što je izvuče [21].

4.3. Mastitis

Mastitis je bakterijski celulitis interlobularnog vezivnog tkiva dojke i mliječnih žlijezda. Organizmi koji uzrokuju bolest mogu pristupiti kroz ragadu. Najčešći patogeni uzročnici su *Staphylococcus aureus* i *Escherichia coli* [22].

Simptomi mastitisa prepoznaju se kao crvena, topla, otečena dojka, bolna na dodir uz osjećaj slabosti i bolova u mišićima, a sve je praćeno povišenom tjelesnom temperaturom od 38.5°C. Mastitis kao stanje nastaje naglo uz najčešće jednostranu manifestaciju i traje dva do tri tjedna [23].

4.4. Nedostatak mlijeka

Upravo je nedostatak mlijeka jedan od najčešćih problema koji majke navode glavnim razlogom prestanka dojenja. Smanjena proizvodnja majčinog mlijeka smatra se stanjem u kojem majčino tijelo proizvodi manju količinu mlijeka potrebnu za dnevni unos novorođenčeta. Rijetko i nedovoljno često pražnjenje dojki može biti jedan od glavnih razloga nastanka ovog problema. Appetit, glad djeteta i sisanje najbolji su poticaji za proizvodnju mlijeka. Kada je dijete gladnije, češćim sisanjem će potaknuti veću proizvodnju mlijeka.

Ukoliko dijete ima smanjeni apetit ili slabije siše, potrebno je češće se izdajati kako bi se stimulirala daljnja proizvodnja mlijeka.

4.5. Gljivične infekcije

Kada bradavice svrbe i peku te žena osjeća probadajuću bol, koja ne prestaje ni nakon prvih nekoliko minuta dojenja, onda je to vjerojatno infekcija. Navedeni simptomi najčešće upućuju na gljivičnu infekciju uzročnikom *Candida albicans*. Bradavice mogu izgledati eritematozno ili ispucano. Ovi simptomi mogu se ukloniti oralnom primjenom odgovarajuće antifungalne terapije [24]. Prisutnost gljivične infekcije kod djeteta često se promatra u obliku bijelih mrlja u ustima ili na jeziku, a često je popraćena i gljivičnom infekcijom u pelenskom području [25].

5. Dojenje u Republici Hrvatskoj

Podaci UNICEF-a pokazuju da jedno od petoro djece u razvijenim zemljama nikada nije dojeno. U Hrvatskoj se 82,7% djece doji u trenutku napuštanja rodilišta. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2017. taj broj pada na 71,7% s trećeg na peti mjesec, a u slučaju djece od 6 do 11 mjeseci dojeno je samo 10,7% [26].

UNICEF-ovo istraživanje “Kako se roditelji i zajednice brinu za najmlađu djecu” pokazuje da jedna od tri majke odustaje od dojenja prije nego što dijete napuni dva mjeseca. Nakon tri mjeseca, samo jedna trećina još uvijek doji, dok samo 19% majki doji duže od šest mjeseci.

Većina majki prestaje dojit kada dijete ima između tri i četiri mjeseca. Istraživanje pokazuje da je društveno-ekonomski status roditelja značajno povezan s vjerojatnosti da će dijete biti dojeno i koliko dugo. Majke s nižim stupnjem obrazovanja i one s nižim društveno-ekonomskim statusom, kao i majke djece s neurotizmom i poteškoćama u razvoju, doje rjeđe i kraće. Majke s višim stupnjem obrazovanja, višim društveno-ekonomskim statusom, u dobnom rasponu od 30 do 40 godina, te one iz gradskih naselja češće se odlučuju isključivo za dojenje.

Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje dojenje isključivo tijekom prvih šest mjeseci, a nakon toga nastavak dojenja dok dijete ne napuni dvije godine ili više, sve dok dijete i majka to žele, uz odgovarajuću dohranu.

Podaci su jasni da je, uz stalne napore na promicanju dobrobiti dojenja tijekom trudnoće buduće majke i tijekom boravka u rodilištu, nužno razviti programe za podršku majkama i nakon tog razdoblja kako bi se povećala stopa duljine razdoblja dojenja.

To znači bolju podršku majkama od pedijatara i neonatalnih medicinskih sestara za kućne posjete, kao i od zajednice u cjelini, posebno u razdoblju od tri do šest mjeseci starosti.

5.1. Uvjeti za majke

5.1.1. Naknade za rođiljni i roditeljski dopust

Hrvatske naknade za rođiljni dopust olakšavaju dojenje, pri čemu većina dojenčadi ima skrbnika dvanaest mjeseci. Unatoč ograničenim naknadama za drugu polovicu dvanaestomjesečnog razdoblja, više od 85% majki koristi punih 12 mjeseci rođiljnog dopusta [27].

Žene koje se vrate na posao ili dijele roditeljski dopust sa svojim partnerom prije prvog rođendana djeteta mogu iskoristiti pravo na pauze za dojenje pri čemu mogu uzeti dva sata (plaćeno) za pauze za dojenje u određenom radnom danu do dvanaest mjeseci nakon poroda [28]. Fleksibilnost i iskorištavanje naknada za dopust jasno pokazuje da rođiljne naknade u Hrvatskoj ne ograničavaju isključivost ili trajanje dojenja, čak ni u manjini slučajeva kada se žena vrati na posao prije dvanaest mjeseci nakon poroda.

5.1.2. Zaštita dojenja od agresivnog marketinga

Otkad je BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) uveden u hrvatska rođilišta, u njima se ne oglašava tvrtka za formule (strogo se zamjera ako se to oglašavanje pojavi). Tijekom procesa pristupanja Europskoj uniji (EU), hrvatsko zakonodavstvo moralo se prilagoditi tako da uključuje direktive EU-a koje reguliraju formulu i uključuju dijelove Međunarodnog kodeksa marketinga zamjena za majčino mlijeko (Kodeks); ovo je bio prvi put da su mjere iz Kodeksa implementirane u nacionalno zakonodavstvo i propise.

Daljnja prilika pruža se tijekom sljedećih nekoliko mjeseci, budući da se Hrvatska prilagođava Uredbu EU-a 609/2013 o mliječnim pripravcima za dojenčad, koja ima potencijal za provedbu važnih ograničenja u marketingu adaptiranih mliječnih proizvoda i dohrane [26].

Iako je marketing formula vrlo vidljiv i prenatalno i postnatalno, žene i obitelji zaštićene su od oglasa u rođilištima, što pogoduje povećanju isključivosti i trajanja dojenja. Iako u praksi postoji mnogo prostora za poboljšanja, vjerojatno je da će marketing formula tijekom sljedećih nekoliko godina postati još ograničeniji.

5.1.3. Kulturne norme

Kulturno, žene očekuju da će barem pokušati dojiti dok su u bolnici. Istraživanje provedeno na 200 srednjoškolaca pokazalo je da većina učenika i učenica smatra važnim pokušati dojiti nakon porođaja.

Dojenje u javnosti prihvatljivo je u Hrvatskoj, iako mediji ponekad pokušavaju to učiniti kontroverznim, izvještaji skrivenih kamera pokazali su da su ljudi u velikoj mjeri isto podržavali. Ne postoji poseban zakon koji regulira pravo na dojenje u javnosti, vjerojatno jer se nije pokazalo potrebnim. Ovakva atmosfera olakšava dojenje uključeno u svakodnevnu rutinu i aktivnosti [26].

5.1.4. Bolnička inicijativa prilagođena bebi

Kao i u mnogim europskim zemljama, povijest dojenja u Hrvatskoj tijekom 20. stoljeća obilježena je medicinizacijom poroda, što je rezultiralo time da se sve više majki odlučilo koristiti industrijsko mlijeko za prehranu svoje djece.

Situacija se pogoršala tijekom Hrvatskog rata za neovisnost devedesetih godina, velikim i nekontroliranim donacijama dječjih mliječnih proizvoda te su kao rezultat toga UNICEF i Ministarstvo zdravstva RH (MOH) počeli provoditi bolnicu prilagođenu bebama Inicijativa (BFHI) programom od 1993. do 1999. Hrvatska je bila u tri vodeće zemlje u Europi s najvećim brojem BFHI materinstava, iza Švedske i Norveške [27].

Zbog odobrenja Ministarstva zdravstva za distribuciju paketa Happy Baby (Sretna beba) u rodilištima, paketa koji je od žena zahtijevao da dostave svoje osobne podatke u zamjenu za paket uzoraka proizvoda, program BFHI obustavio je UNICEF u New Yorku i ponovno je pokrenut tek nekoliko godina kasnije, 2006. Program je bio iznimno uspješan u poboljšanju prakse u rodilištima, a od 2016. sva su hrvatska javna rodilišta akreditirana kao prilagođena djeci [29].

Značajno za financijsku i organizacijsku održivost BFHI-a, od 2015. nadalje Ministarstvo zdravstva je preuzelo BFHI od UNICEF-a to da sve bolnice trebaju obnoviti svoju akreditaciju tijekom 2018./2019. Osim toga, standardi BFHI su u procesu uključivanja u Nacionalne standarde kvalitete bolnica, što je daljnje jamstvo da će se dugoročno pridržavati. Dojenje je također izričito navedeno u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2020. godine.

Okruženje u javnim rodilištima, u kojima se odvija 99% poroda, vrlo je povoljno za rano započinjanje dojenja i dojenje pri otpustu iz bolnice, što se odražava visokom stopom dojenja u bolnici – svako dojenje poslije poroda i tijekom prvog mjeseca dojenčeta. U sljedećem odjeljku ovoga rada raspravljat će se o preprekama dojenju koje dovode do ogromnog pada stope dojenja nakon otpusta iz bolnice [26].

5.2. Problemi dojenja u RH

5.2.1. Propuštene prilike u obrazovanju mladih i javnosti

Vrijeme donošenja odluke o hranjenju dojenčadi je kritično; žene koje su dojenje smatrale važnim i prije trudnoće imaju veću vjerojatnost da će dojiti isključivo i duže. To naglašava važnost redovitih javnozdravstvenih aktivnosti koje promiču dojenje i uključenje dojenja u redovne školske programe.

Iako su javnozdravstvene kampanje bile uključene u Program zaštite i promicanja dojenja 2015.-2016., nema opsežnijih, dugotrajnih kampanja. Do sada su se provodili termini nacionalnih aktivnosti, a administrativno kašnjenje Ministarstva zdravstva u odobrenju novog Programa za razdoblje 2017.-2020. ne pomaže situaciji (osobna korespondencija između autora nacionalnog Odbora za dojenje, 2018.).

Hrvatsko istraživanje koje je obuhvatilo srednjoškolce zaključilo je da je znanje učenika o dojenju nedovoljno i nedostatno. To ne čudi budući da se dojenje u školskim programima spominje tek usputno, bez konkretnih podataka o dobrobitima za majke, dojenčad i djecu. Hrvatska omladina, od kojih će većina biti roditelji u sljedećih 5-10 godina, ne dobiva potrebne podatke o hranjenju dojenčadi u optimalno vrijeme [30].

5.2.2. Antenatalno obrazovanje o dojenju

Iako to nije bila vrlo važna komponenta u svim uspješnim intervencijama za poboljšanje isključivosti i trajanja dojenja u Hrvatskoj, obrazovanje o dojenju tijekom antenatalnog razdoblja pokazalo se da poboljšava isključivost i trajanje dojenja. Stoga je pri prije-porođajnim pregledima koje pohađa 94% žena u Hrvatskoj velika propuštena prilika za edukaciju žena o važnosti dojenja. Samo 9% žena izvijestilo je da je od svog ginekologa dobilo informacije o dojenju, a samo 1% žena identificiralo je ginekologe kao jedan od svoja dva najveća izvora korisnih informacija o dojenju [27].

Nakon 36 tjedana, kada žena premjesti skrb u bolnicu, situacija ostaje nepromijenjena – studija u velikoj splitskoj bolnici prilagođenoj bebama pokazala je da je samo 10% žena dobilo informacije o dojenju tijekom antenatalnih pregleda u bolnici .

Daljnji problem je što samo manjina žena pohađa nastavu/tečaj prije poroda – stopa varira od studije do studije, od 16% do 20%. Nastava prije poroda izvrsna je prilika za pružanje obiteljima detaljnih informacija o dojenju, osobito o tome što mogu očekivati u prvih nekoliko tjedana, iako Cochrane meta-analiza nije imala konačne zaključke, pojedina istraživanja pokazala su da pohađanje kvalitetnog tečaja prije trudnoće koji detaljno pokriva dojenje može poboljšati stopu dojenja [27].

Hrvatska studija pokazala je da je pohađanje tečaja prije rođenja djeteta povezano s isključivim dojenjem u prva 3 mjeseca djetetova života. UNICEF Hrvatska je izradio obrazovne materijale za nastavnike pred porođajnih tečajeva koji sadrže temeljite informacije o podučavanju dojenja. Ono što ostaje na društvu, najviše na zdravstvenim djelatnicima jest potaknuti i motivirati što veći broj trudnica da se odluči pohađati takav tečaj.

5.2.3. Problemi s prijavljenim i stvarnim stopama dojenja

Druga pitanja također utječu na isključivost i trajanje dojenja nakon porođaja. Prvo, iako kriteriji BFHI inzistiraju na tome da se "najmanje 75% beba isključivo doji od rođenja do otpusta", postoje značajne razlike u podacima predstavljenim različitim bolničkim oblicima i stvarnom stopom dojenja. Jedno hrvatsko istraživanje pokazalo je da je isključivo dojenje tijekom prvih 48 sati nakon poroda zabilježeno vrlo različito, ovisno o upotrijebljenom obliku - pri otpustu na obrascu za pregled novorođenčeta (98%, zabilježilo ga je otpuštanje pedijatra), jednom dnevno promatranje zdravstvenog stanja novorođenčeta (59%, evidentirano jednom dnevno od strane osoblja), te opažanja svakog obroka (7%, zabilježene za svaku dohranu od strane majki i/ili osoblja), zapanjujućih razlika od 91% [26].

Mjereno tijekom cijelog boravka u bolnici, opažanja na svakom hranjenju pokazala su da je samo 3% dojenčadi isključivo dojeno. Važno je napomenuti da iako je ova studija obuhvatila samo jednu veliku bolnicu (koja čini oko 10% poroda u Hrvatskoj), izvještaji majki na forumu koji podupire dojenje „Roda“ pokazali su da je to indikativno za trendove u bolnicama u cijeloj zemlji.

5.2.4. Dopuna adaptiranim mlijekom u bolnici

Dopuna adaptiranim mlijekom u bolnici vrlo je štetna za isključivost i trajanje dojenja. Norveško istraživanje pokazalo je da je suplementacija adaptiranim mlijekom u prvom tjednu nakon poroda povezana sa šest puta većim rizikom isključivog prestanka dojenja unutar prvog mjeseca nakon poroda, a značajna povezanost nastavlja se do trećeg mjeseca djetetova života. Slični su rezultati pronađeni u Finskoj, čak i kada je većina dodataka prehrani (76%) korištena uz donirano ljudsko mlijeko [27].

Hrvatsko istraživanje identificiralo je rano uzimanje dodataka prehrani (dopunu adaptiranim mlijekom) kao čimbenik rizika za kraće isključivo dojenje i svako dojenje uopće. U svim okruženjima, dokazi pokazuju da se rano dodavanje adaptiranog mlijeka velikim dijelom vrši iz nemedicinskih razloga, a studije iz Kanade i Hrvatske navode kako u 75% slučajeva, dodatak prehrani nije bio medicinski indiciran. Primjer je što još uvijek u nekim rodilištima u Hrvatskoj, nakon inicijalnog pregleda novorođenčeta, dijete biva nahranjeno adaptiranim mlijekom pa tek onda nakon nekog vremena stavljeno majci na prsa. Time se usporava i potreba novorođenčeta da vuče mlijeko iz majčinih dojki, logično – jer je sito. U velikoj većini hrvatskih rodilišta, ako je porod obavljen carskim rezom, dijete je prvo nahranjeno adaptiranim mlijekom, nakon čega je odneseno majci. Obuka osoblja o ovom pitanju mogla bi višestruko koristiti isključivosti i trajanju dojenja.

5.2.5. Promjene u skrbi za roditelje

U posljednjih dvadeset godina prosječan boravak u bolnici nakon vaginalnog poroda varirao je između tri i pet dana, protežući se između pet i sedam dana nakon carskog reza [26].

To je ženama pružilo široku priliku da dobiju informacije o dojenju i podršku od obučenog osoblja prilagođenog djetetu. Međutim, u posljednje dvije godine sve više bolnica smanjuje duljinu prosječnog boravka u bolnici (od početka pandemije SARS-CoV-2), što će najvjerojatnije ukloniti neke beneficije koje pruža BFHI. Dakle, unazad dvije godine, pod uvjetom da je porod prošao bez težih komplikacija te u slučajevima gdje se roditelj dobro osjeća, otpust iz bolnice često se događa već 2 dana od dana poroda. U većini slučajeva, kod roditelje u ta dva dana još ni ne dolazi do konkretnog otpusta mlijeka iz dojki te je vremenski period prekratak za svladavanje tehnika i ispravnih položaja za dojenje.

Stope carskog reza u Hrvatskoj udvostručile su se između 2001. i 2019. (s 11,9% na 22,9%). Porodaj carskim rezom povezan je s nižom stopom isključivosti i trajanja dojenja, a povezan je i s isključivim prestankom dojenja mjesec dana nakon poroda.

S obzirom na to da će dojenčad rođena carskim rezom vjerojatnije dobiti dodatak prehrani u obliku adaptiranog mlijeka u bolnici, suočavaju se s dva faktora koji smanjuju ekskluzivno i svako trajanje dojenja, a povećanje općenitog broja carskih rezova značit će da će veći broj majki prije dohranjivati i odustati od dojenja. Hrvatice su također podvrgnute štetnim intrapartalnim praksama koje kompliciraju prve dane i tjedne nakon poroda – žena u boli vjerojatno će imati više poteškoća nakon poroda, uključujući probleme s dojenjem [31].

6. Uloga magistre sestrinstva

Intervencije zdravstvenog odgoja vezane za promicanje dojenja kao najbolje opcije, tijekom trudnoće mogu podrazumijevati jednu ili više sesija, koje bi se predavale grupama ili pojedinačno, u formalnom ili neformalnom okruženju. Održavaju se od strane zdravstvenih profesionalaca. Zdravstveni odgoj o dojenju može biti usmjeren samo na žene ili čak može uključivati i članove obitelji (partneri, roditelji) [32].

Direktna uloga magistre sestrinstva u najvećem postotku javlja se na odjelu rodilišta kada dolazi u doticaj s roditeljama. Njeno obrazovanje i informiranost o tehnikama, položajima pri dojenju, kao i poteškoćama i načinima saniranja poteškoća pri dojenju od velike je važnosti za pravovaljan pristup roditelji koja tek uči kako pravilno dojiti dijete. Ako se roditelji pristupi zainteresirano i s razumijevanjem, kroz verbalnu edukaciju o važnosti prehrane djeteta majčinim mlijekom te praktičnim i neposrednim pokazivanjem kvalitetnog hvata te tehnike dojenja, velika je vjerojatnost da će roditelja upiti sve korisne informacije i uspješno nastaviti s dojenjem i nakon otpusta iz bolnice.

Sami sadržaj zdravstvenog odgoja za promicanje početka dojenja može uključivati zdravstvene ishode dojenja u usporedbi s hranjenjem adaptiranim mlijekom, što očekivati pri dojenju i kako prevenirati i riješiti poteškoće povezane uz dojenje. Također, uključuje praktične vještine kao što su pozicioniranje i pričvršćivanje dojenčeta na dojku uz mogućnost razgovora s dojiljama te promatrati sami akt dojenja [33]. Na magistri je sestrinstva i to da educira ostale medicinske djelatnike i djelatnice, medicinske sestre koje će također više puta u danu obilaziti roditelje, ne samo kako bi odnijele dijete na previjanje ili kupanje, već i kako bi aktivno sudjelovale u edukaciji roditelje o dojenju – verbalno i praktično. Čak i roditelje koje su prošle kvalitetne trudničke tečajeve u kojima je detaljno obrađena tema dojenja, pri prvom

susretu s dojenjem često su nesigurne, ponekad i nespretne dok ne ovladaju tehnikom koja se zbog mogućih poteškoća može činiti prekomplikirano. Na medicinskim je djelatnicima tada da budu podrška i motivatori koji će pristupiti problemu i savjetovati roditelju o svim mogućnostima, bez verbalnog forsiranja („svaka žena zna dojiti svoje dijete, samo ga stavi na prsa“) koje je nažalost i dalje učestalo u hrvatskim rodilištima.

7. Istraživanje

7.1. Cilj i hipoteze istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati i usporediti stavove i dužinu dojenja autohtonog stanovništva Hrvatske te utvrditi je li dužina dojenja u skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. Sekundarni cilj istraživanja bio je usporediti stavove i dužinu dojenja između stanovništva s područja općine Đulovac, doseljenica iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021. godine.

Hipoteze

Postavljene su nul-hipoteze.

1. Ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja (urbano i ruralno područje).
2. Ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju između sudionica iz Đulovca, doseljenica s Kosova i sudionica istraživanja autohtonog stanovništva Hrvatske.

7.2. Metodologija

Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 2536 sudionica iz područja cijele Hrvatske. Najveći broj sudionica imao je između 31 i 35 godina (27,8%), završenu srednju školu (43,9%) ili fakultet (39,8%), udano je (88,4%) te živi u urbanom području – gradu (72,4%). Također najveći broj sudionica dolazi s područja Grada Zagreba (21,3%), ima ukupne prihode veće od 7000kn mjesečno (82,7%) te su zaposlene (80,5%) i imaju dvoje djece (42,9%).

Tablica 7.2.1. sadrži podatke o sociodemografskim karakteristikama sudionica istraživanja izražene u postotku.

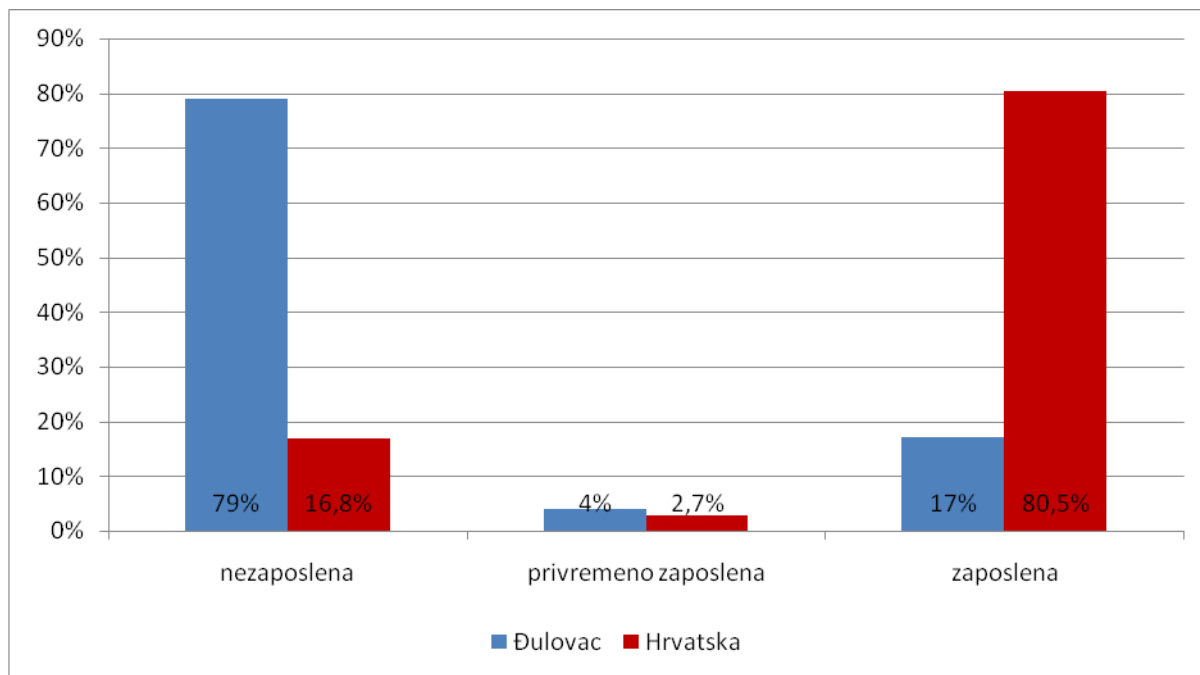
Tablica 7.2.1. Deskriptivni podaci za sociodemografske karakteristike sudionica istraživanja
(N=2536; f - frekvencija, % - postotak)

Izvor: autor I.V.

Sociodemografska karakteristika		F	%
dob	18-20 godina	13	0,5%
	21-25 godina	149	5,9%
	26-30 godina	417	16,4%
	31-35 godina	704	27,8%
	36-40 godina	606	23,9%
	više od 41 godinu	647	25,5%
završena razina obrazovanja	osnovna škola	14	0,6%
	srednja škola	1113	43,9%
	viša škola	400	15,8%
	fakultet	1009	39,8%
bračni status	neudana	293	11,6%
	udana	2243	88,4%
ukupni prihodi kućanstva	do 2000kn	13	0,5%
	2001-4000kn	56	2,2%
	4001-7000kn	369	14,6%
	više od 7000kn	2098	82,7%
mjesto stanovanja	urbano područje (grad)	1837	72,4%
	ruralno područje (selo)	699	27,6%
radni status	nezaposlena	425	16,8%
	privremeno zaposlena	69	2,7%
	zaposlena	2042	80,5%
broj djece	trenutno trudna	18	0,7%
	jedno	966	38,1%
	dvoje	1087	42,9%
	troje	371	14,6%
	četiri i više	94	3,7%
županija	Bjelovarsko-bilogorska županija	70	2,8%

Brodsko-posavska županija	105	4,1%
Dubrovačko-neretvanska županija	68	2,7%
Grad Zagreb	540	21,3%
Istarska županija	98	3,9%
Karlovačka županija	88	3,5%
Koprivničko-križevačka županija	45	1,8%
Krapinsko-zagorska županija	48	1,9%
Ličko-senjska županija	15	0,6%
Međimurska županija	54	2,1%
Osječko-baranjska županija	236	9,3%
Požeško-slavonska županija	45	1,8%
Primorsko-goranska županija	170	6,7%
Sisačko-moslavačka županija	84	3,3%
Splitsko-dalmatinska županija	218	8,6%
Šibensko-kninska županija	62	2,4%
Varaždinska županija	99	3,9%
Virovitičko-podravska županija	55	2,2%
Vukovarsko-srijemska županija	109	4,3%
Zadarska županija	103	4,1%
Zagrebačka županija	224	8,8%

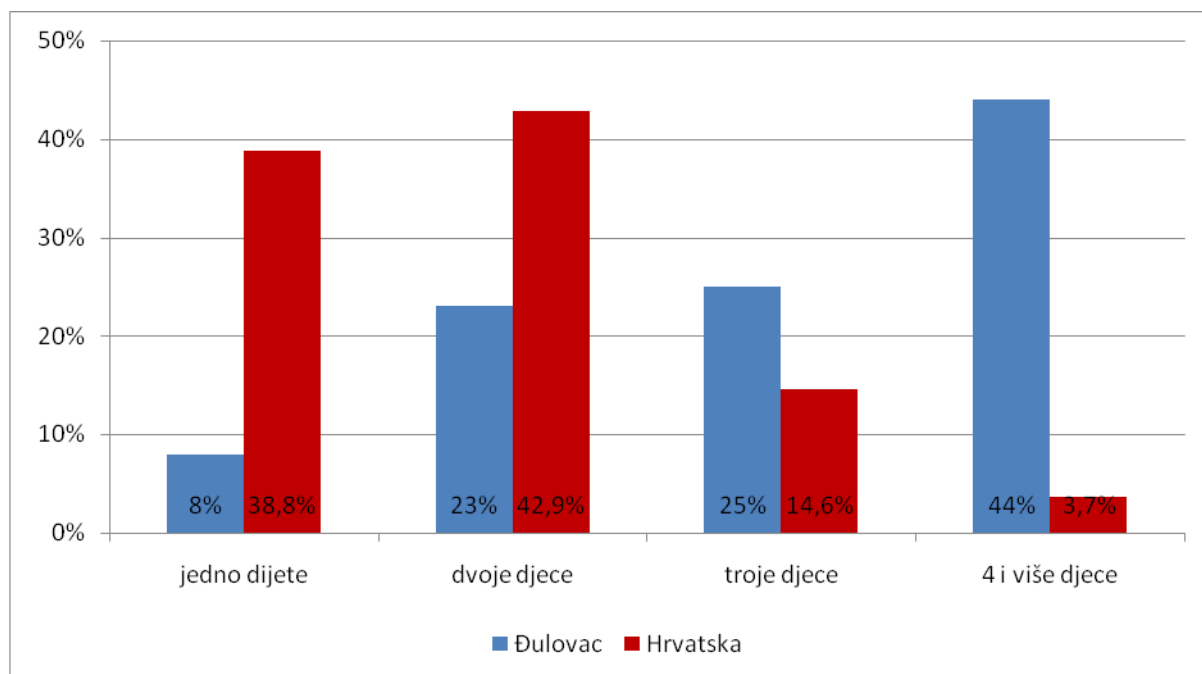
Stavka koja se značajno razlikuje u odnosu doseljenica s Kosova i autohtonog stanovništva Republike Hrvatske je stanje zaposlenosti. Značajno nisku razinu zaposlenosti imaju doseljenice s Kosova, samo 16,8% dok se zaposlenost autohtonog stanovništva penje na 80,5% u korist zaposlenosti. Odnos možemo vidjeti u prikazanom grafu (Slika 7.2.1).



Slika 7.2.1. Radni status stanovništva s područja općine Đulovac (N=100), doseljenice iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021. (N=2536)

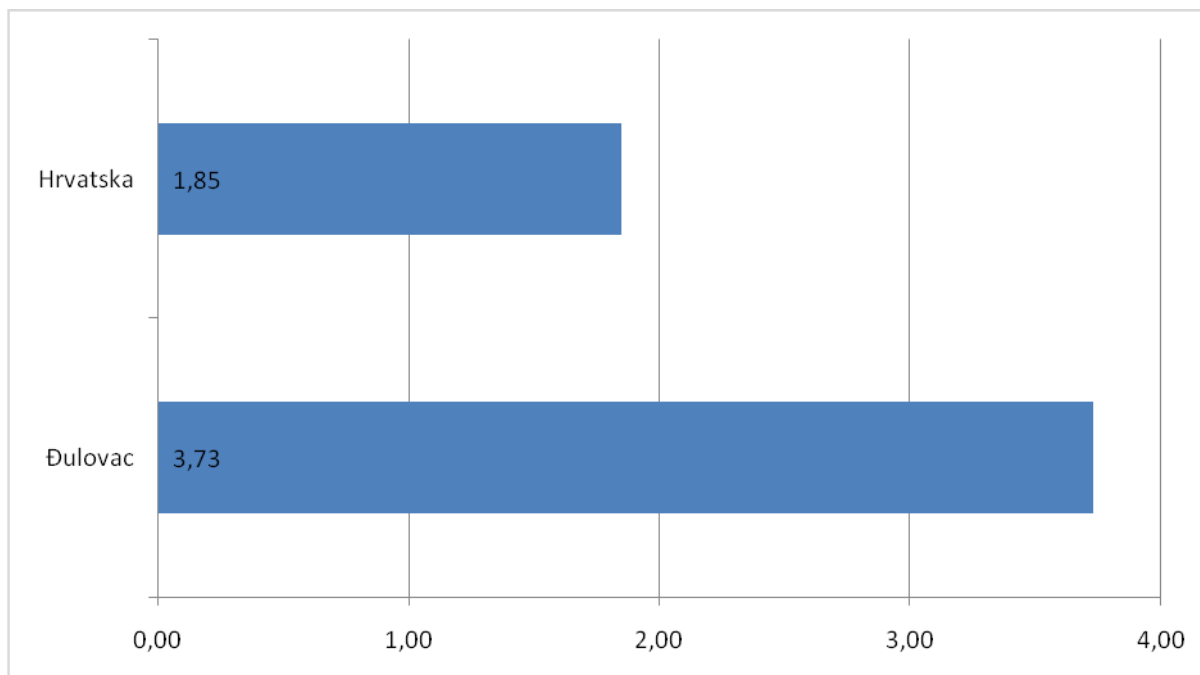
Izvor: autor I.V.

Također, odgovori koje možemo izdvojiti gdje se vidi statistički značajna razlika je vezana uz broj djece koji ispitanice imaju (Slika 7.2.2 i slika 7.2.3).



Slika 7.2.2. Broj djece stanovništva s područja općine Đulovac (N=100), doseljenice iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021.

(N=2536); Izvor: autor I.V.



Slika 7.2.3. Prosječan broj djece stanovništva s područja općine Đulovac (N=100), doseljenice iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021. (N=2536)

Izvor: autor I.V.

Instrumentarij

Za istraživanje je korišten anketni upitnik koji je ispitivao sociodemografske podatke sudionica, pitanja vezana uz osobna iskustva dojenja te skalu za ispitivanje stavova o dojenju. Za skalu stavova od dojenju korištenje adaptirani upitnik Iowa skala stavova o dojenju Instituta za socijalna i bihevioralna istraživanja Državnog sveučilišta u Iowi (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale) s dozvolom autora. Skala se sastoji od 17 čestica na Likertovoj skali od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) gdje veći rezultat na upitniku označava pozitivnije stavove o dojenju. U istraživanje su uključena dva dodatna pitanja koja se ne nalaze u originalnom upitniku te su ona obrađena samo deskriptivno ne uključujući ih u usporedno istraživanje. Minimalni mogući rezultat na upitniku je 17, a maksimalan mogući 85. Cronbach alpha koeficijenti upitnika u prijašnjim istraživanjima kreću se od 0,79 do 0,86.

Postupak i analiza podataka

Istraživanje je provedeno u razdoblju od ožujka 2021. godine do kolovoza 2021. godine putem online dijeljenja. Istraživanje je bilo u potpunosti anonimno i dobrovoljno.

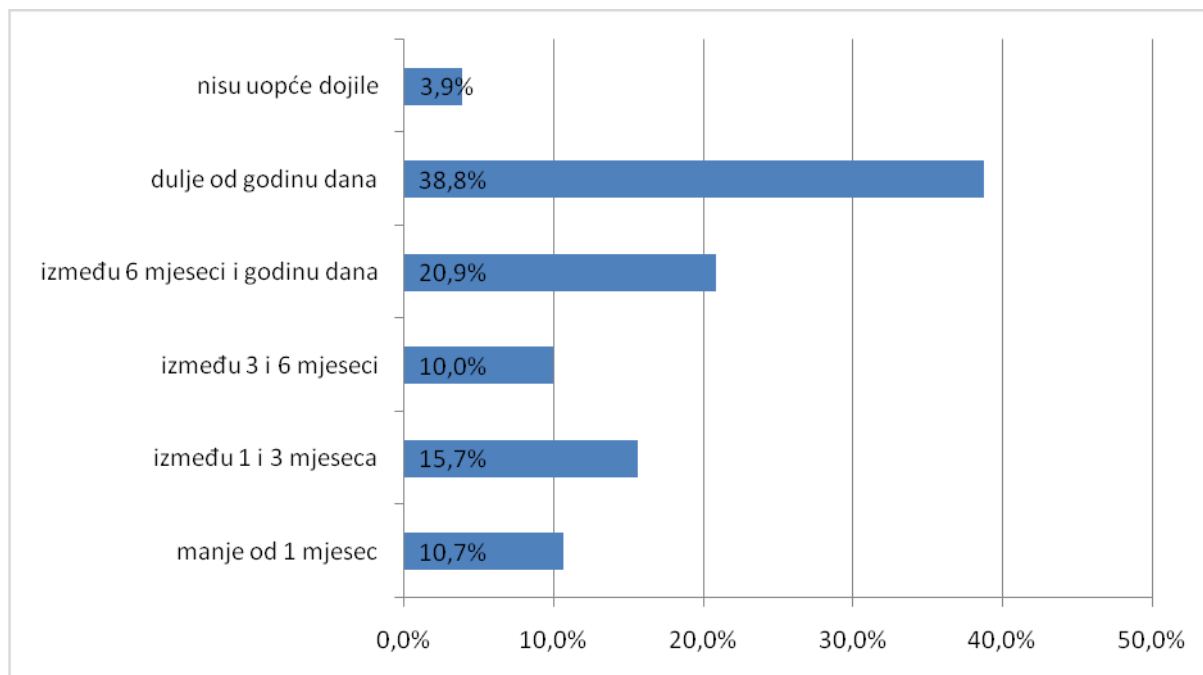
Dobiveni podatci su analizirani u SPSS 24 statističkom programu od IBM-a. U radu su prikazane frekvencije, postotci, aritmetičke sredine sa standardnim devijacijama, raspon rezultata te Cronbach alpha koeficijent unutarnje pouzdanosti za deskriptivnu statistiku te su za testiranje hipoteza korišteni Mann Whitney U testovi za ispitivanje razlika kao neparametrijske zamjene za t-testove [34].

7.3. Rezultati

Osobno iskustvo dojenja

Kako bi reprezentativnije prikazali generalnu sliku dojilja i potvrdili svoju tezu da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja (urbano i ruralno područje) sačinjen je anketni upitnik o osobnom iskustvu dojenja. Na prvo pitanje anketnog upitnika odgovorilo je ukupno 2.175 sudionica odnosno 85,76% dojilja o vremenskom periodu dojenja prvog djeteta. Neke od prvorotkinja koje su još u procesu dojenja djeteta nisu odgovarale na ovo pitanje (Slika 7.3.1).

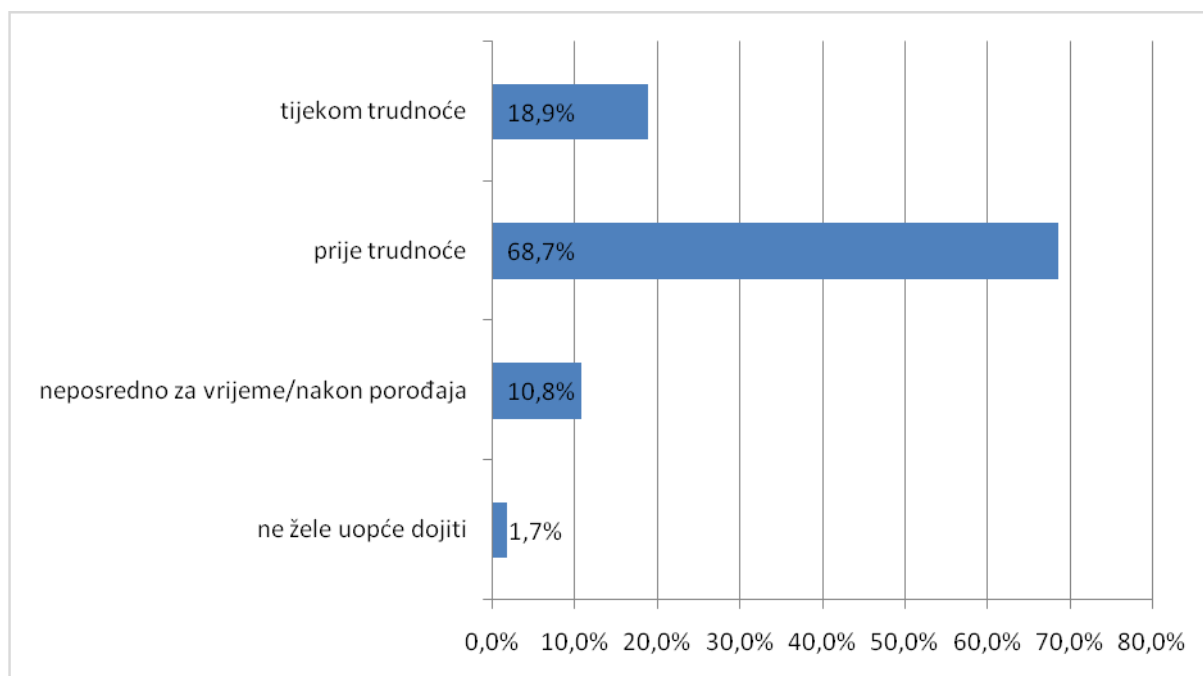
Rezultati ankete nam prikazuju da više su od polovice ispitanica dojile svoje prvo dijete više od 6 mjeseci. Najviše se ističu dojilje čiji je vremenski period dojenja trajao dulje od godinu dana (38.8%) s time da su dojile od 13 mjeseci pa sve do 4 godine djeteta. Samo 3.9% ispitanica nije uopće dojilo svoje prvo dijete, razlozi ne dojenja ili smanjenje vremenskog perioda dojenja može ovisiti o različitim čimbenicima. Postoje majke koje nemaju mlijeka ili imaju smanjenu količinu proizvodnje mlijeka, novorođenčad koja zbog različitih komplikacija nisu u mogućnosti biti dojena (carski rez, inkubator i sl.), ali i majke koje odluče ne dojeti zbog vlastitih stavova i razloga (Slika 7.3.1).



Slika 7.3.1. Koliko su dugo dojile prvo dijete prikazano postotkom (N=2175)

Izvor: autor I.V.

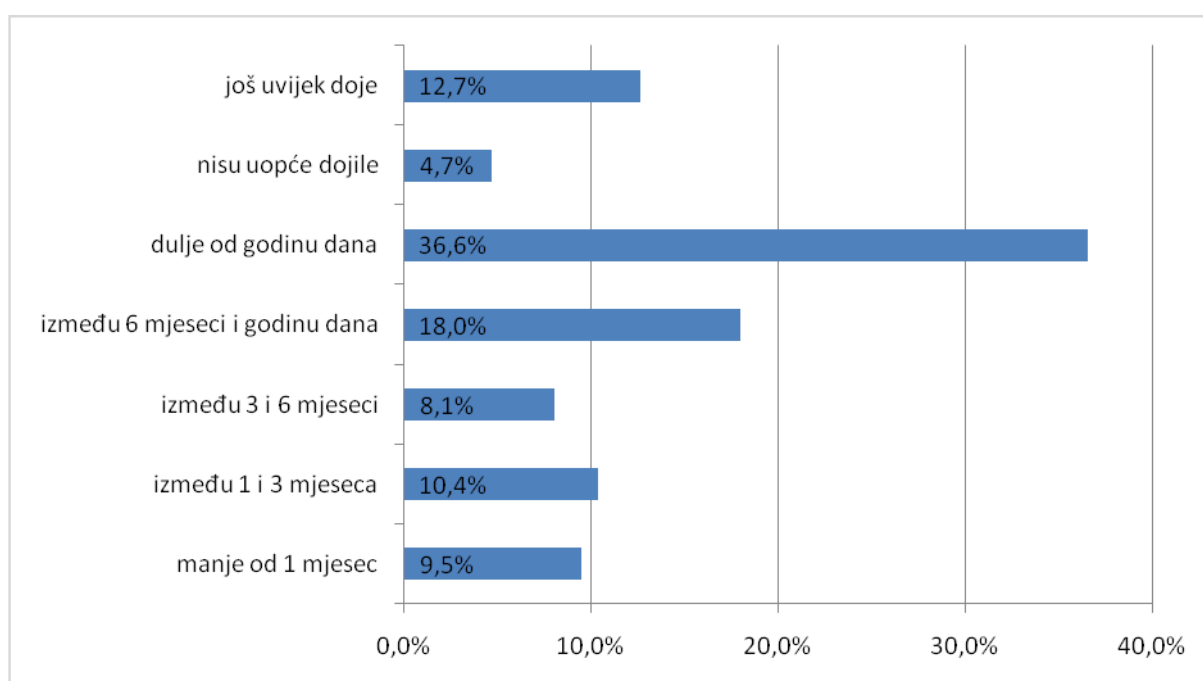
Najveći broj ispitanica su odluku o dojenju donijele već prije trudnoće (68,7%), ostatak trudnica su donijele odluku tijekom trudnoće ili neposredno za vrijeme porođaja odnosno nakon porođaja. 12,7% ispitanica još uvijek doji posljednje dijete (Slika 7.3.2).



Slika 7.3.2. Kada su donijele odluku da će dojiti dijete prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.

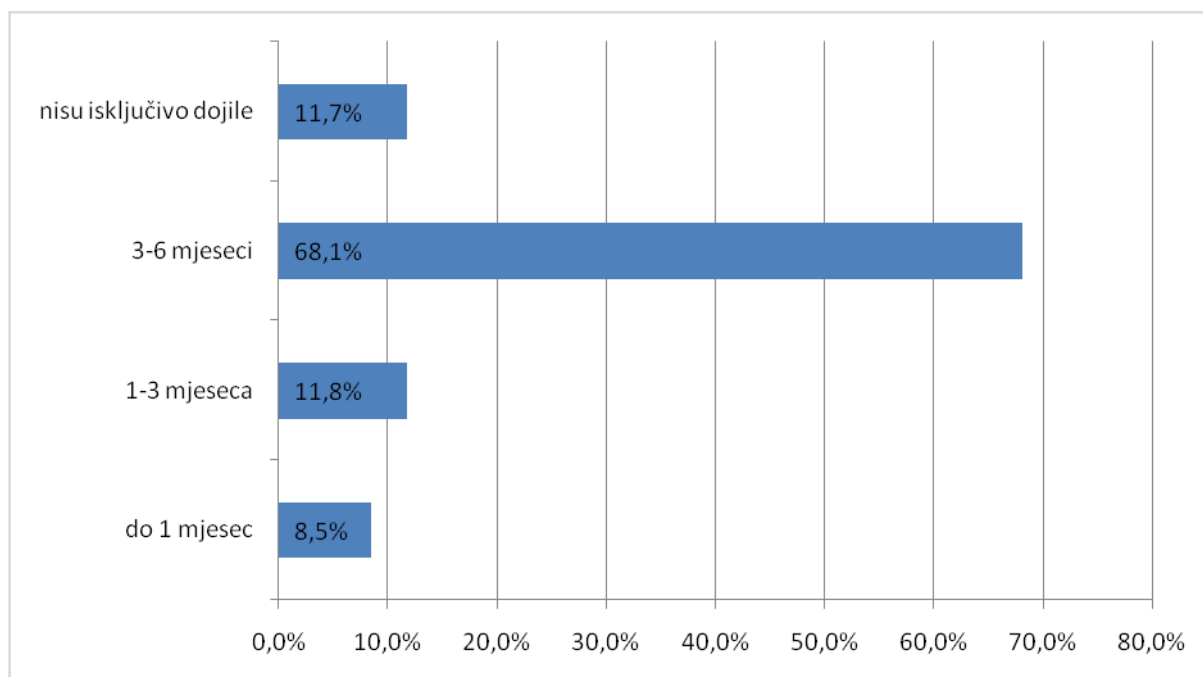
Na slici 7.3.3 je prikaz vremenskog perioda dojenja posljednjeg djeteta. Ako usporedimo koliko su majke dojile svoju prvorođenčad i posljednje dijete možemo vidjeti da nema značajne razlike u vremenskom periodu dojenja. Ako uzmemo u obzir da neke majke još uvijek doje (12,7%) što može značiti da doje više ili manje od 6 mjeseci, te većinu majki koje su dojile dulje od godinu dana (36,6%) ili dulje od 6 mjeseci do godinu dana (18%), možemo reći da većina ispitanica i dalje doji duže od 6 mjeseci. Isto tako povećava se udio majki koje nisu uopće dojile za 1% za posljednje dijete u usporedbi s prvorođenim. Zbog kategorije „još uvijek doje” nemoguće je dobiti jasnu analizu da li se broj majki koji doje manje od 6 mjeseci povećao ili smanjio za razliku na prvorođeno dijete.



Slika 7.3.3. Koliko su dugo dojile posljednje dijete prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.

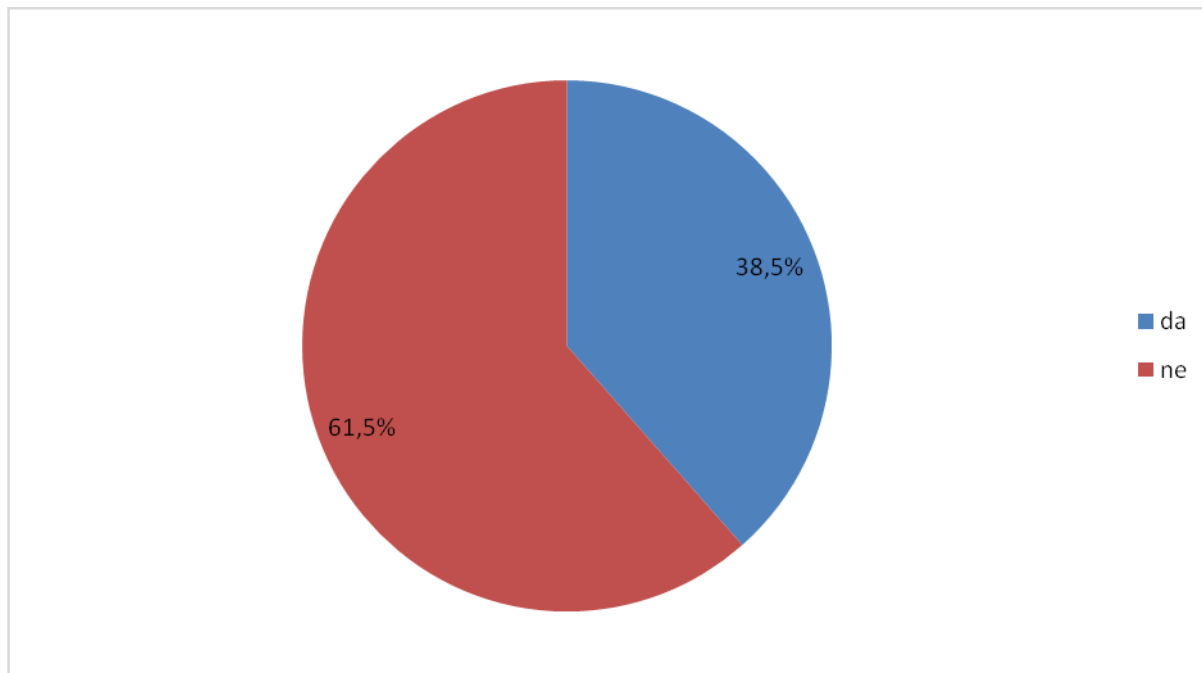
Više od 68% ispitanica isključivo su dojile bez dodataka čajeva, voćnih sokova, kašaste ili krute hrane u periodu od tri do šest mjeseci, dok je 11.8% isključivo dojilo u periodu od jedan do tri mjeseca. Ispitanice su navele mnogobrojne razloge zbog kojih su prestale dojiti. Najčešći razlozi prestanka dojenja bili su bolest ispitanice, bolne i oštećene bradavice, nedovoljna količina mlijeka ili su ispitanice smatrale da je mlijeko nutritivno preslabo, osjećaj umora i iscrpljenosti ispitanice (Slika 7.3.4).



Slika 7.3.4. Koliko su sudionice isključivo dojile prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.

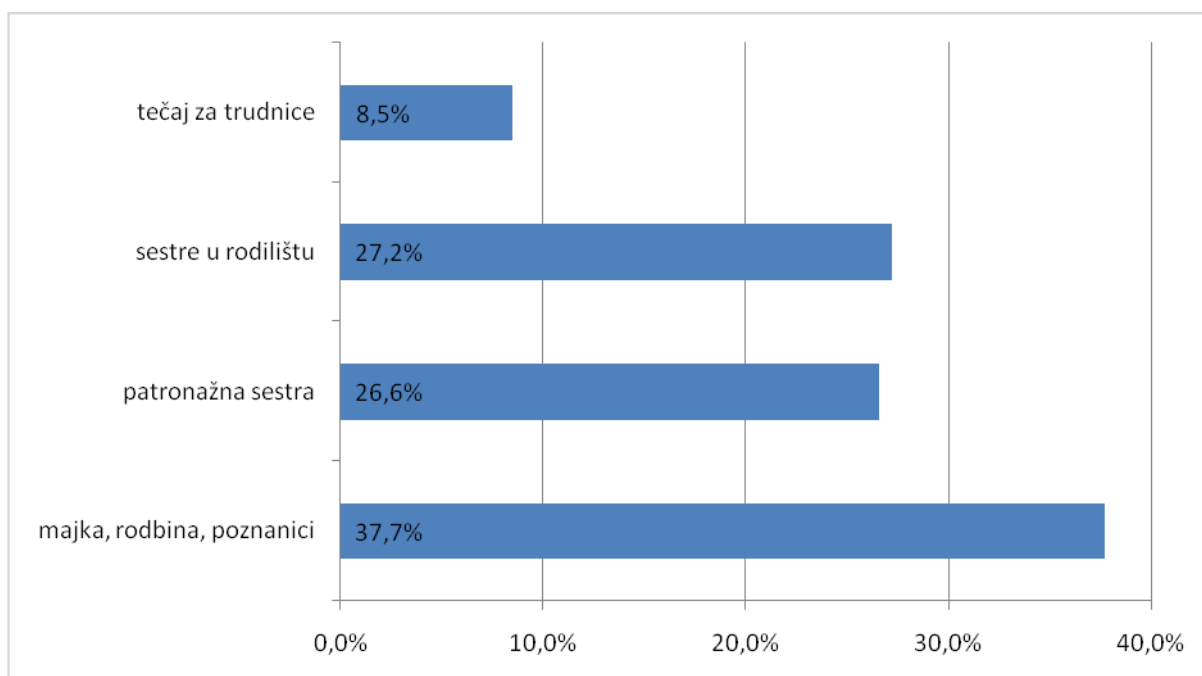
U današnje doba preporuča se svim trudnicama pohađanje tečaja za buduće majke i očeve. Programi tečaja najčešće obuhvaćaju zdravstveno-preventivni rad, zdravstveni odgoj, vježbe i praktični rad s trudnicama, te savjetovanje. Svrha tečaja je poboljšanje zdravlja u obitelji, zdravlja žena u trudnoći, priprema za rođenje i podizanje zdravog potomstva. Slika 7.3.5. prikazuje koliki udio ispitanica je pohađalo takvu vrstu tečaja. Čak 61,5% sudionica nije pohađalo trudnički tečaj.



Slika 7.3.5. Jesu li sudionice pohađale tečaj za trudnice prikazano postotkom (N=2536)

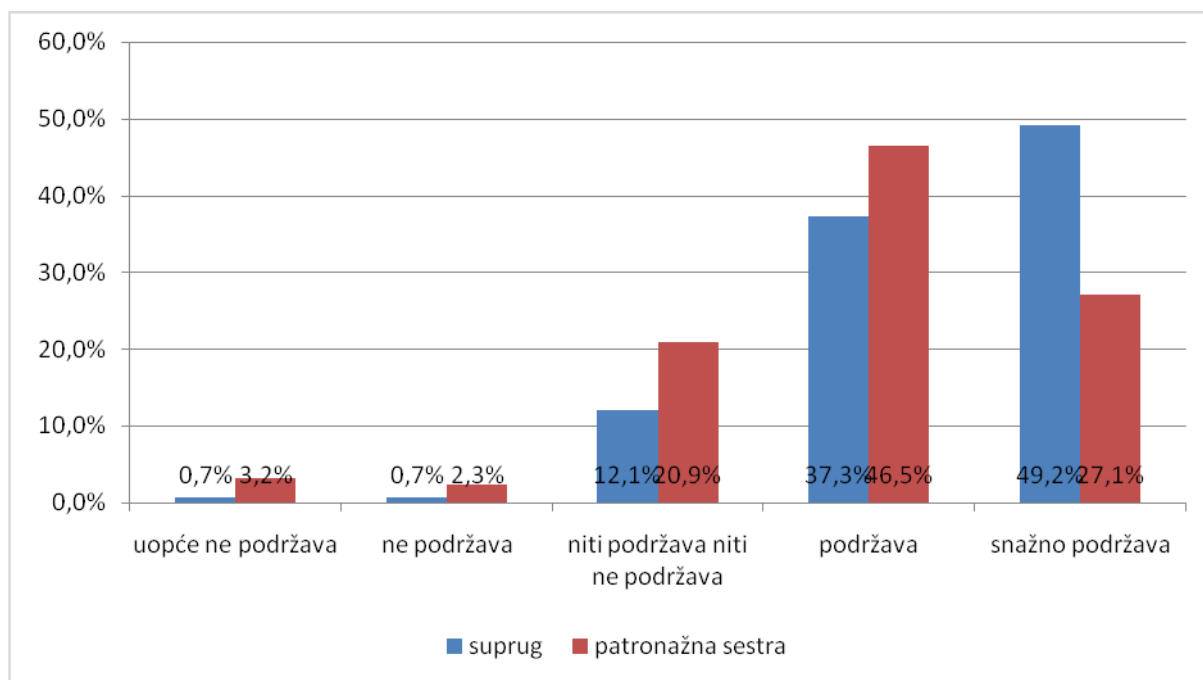
Izvor: autor I.V.

Od ukupnih ispitanica samo 38,5% je pohađalo tečaj za trudnice, dok samo 8,5% smatra da je tečaj za trudnice zaslužan za njihovu edukaciju o dojenju. Ostatku ispitanica su najviše znanja i savjeta o dojenju su sudionicama pružile majke, rodbina i poznanici (37,7%), sestre u rodilištu (27,2%) ili patronažna sestra (26,6%) (Slika 7.3.6.).



Slika 7.3.6. Tko je sudionicama dao najviše znanja i savjeta o dojenju prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

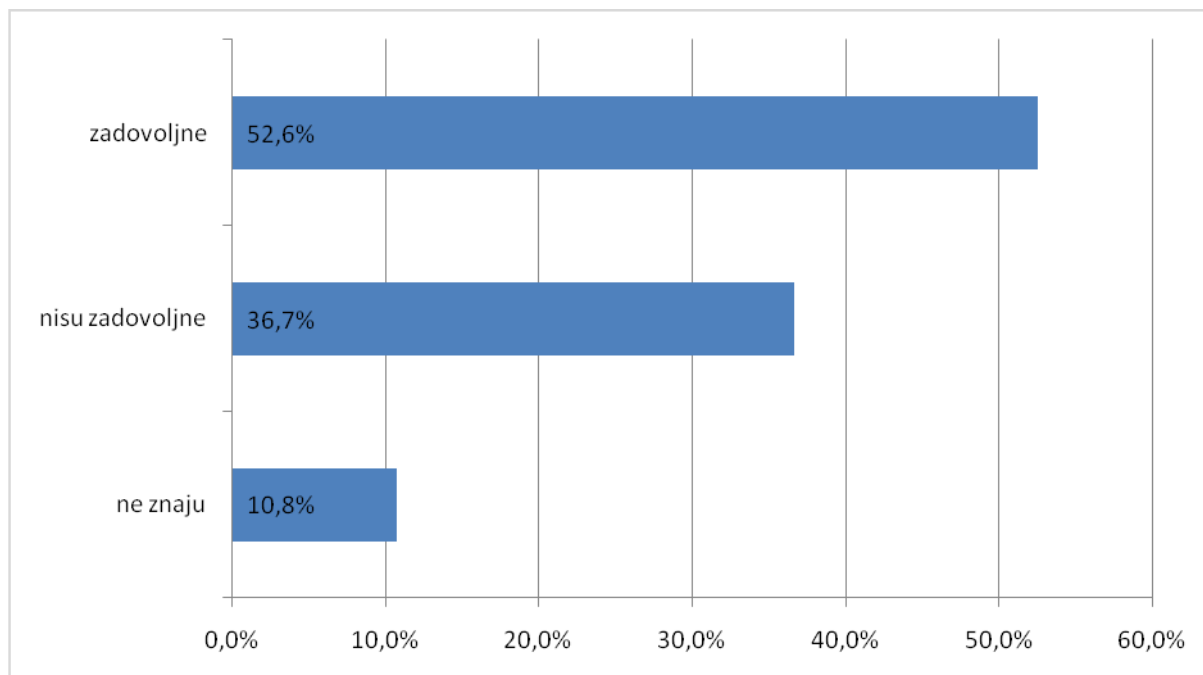
Na slici 7.3.7. prikazani su rezultati koji se odnose na osjećaj podrške partnera/supruga i patronažne sestre. Uspoređujući dva zadnja parametra „podržava” i snažno podržava” možemo zaključiti da suprug i patronažna sestra u dostatnom udjelu podržavaju majke u dojenju. Postotak u osjećaju podrške izraženiji je kod supruga koji snažno podržava svoju suprugu u 49,2% ispitanica i podržava u 37,2% ispitanica.



Slika 7.3.7. Osjećaj podrške za vrijeme dojenja od strane supruga i patronažne sestre prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.

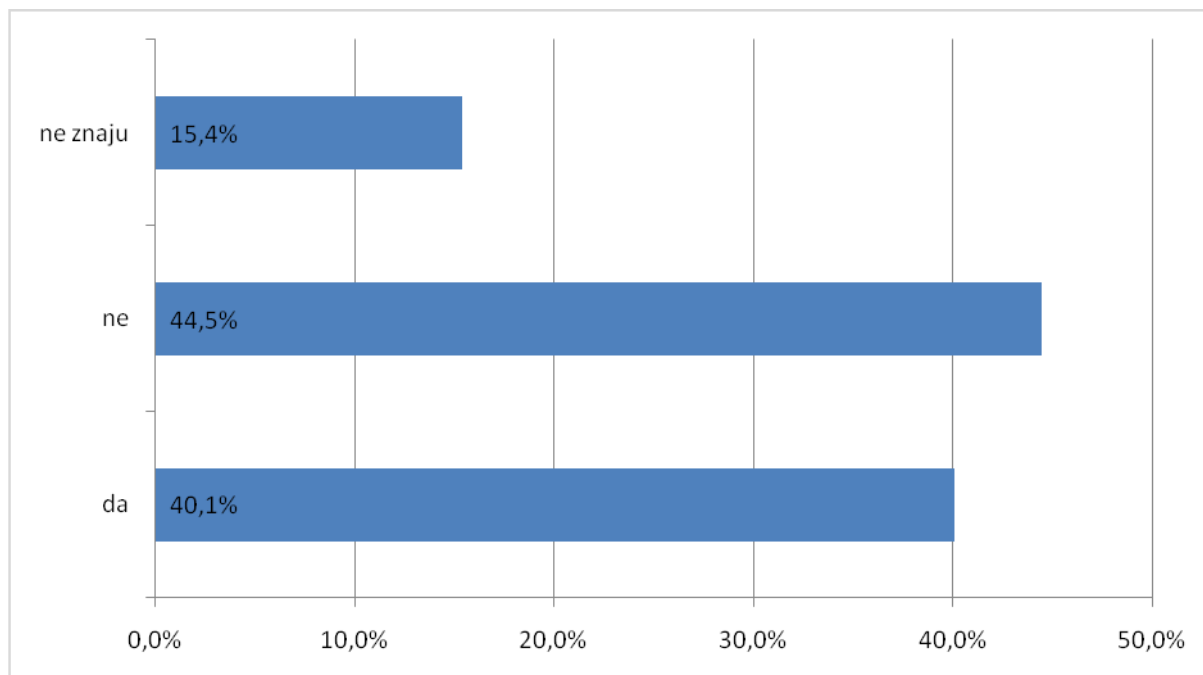
Iako je samo 27,2% ispitanica odgovorilo da su im najviše znanja i savjeta o dojenju pružile sestre u rodilištu, većina ispitanica bilo je zadovoljna podrškom o dojenju u rodilištu, odnosno 52,6% sudionica su bile zadovoljne pomoći, savjetima i podrškom dojenju koje su im pružili zdravstveni djelatnici za vrijeme boravka u rodilištu (Slika 7.3.8).



Slika 7.3.8. Zadovoljstvo podrškom dojenju u rodilištu prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.

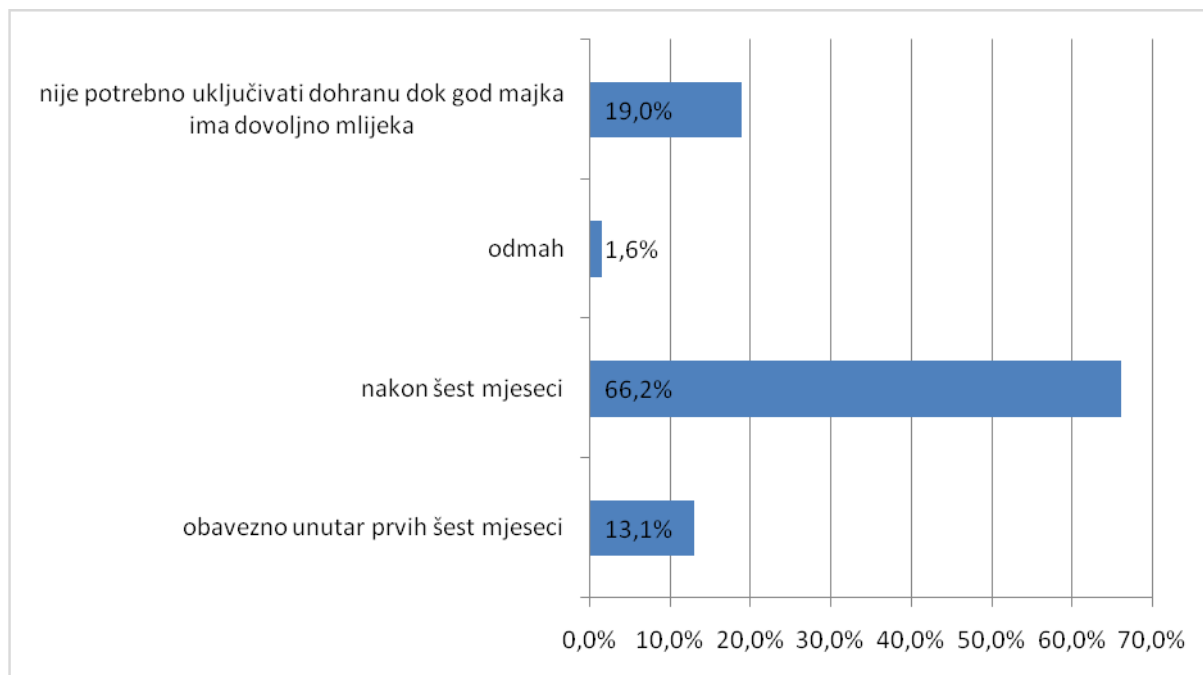
Veliki udio ispitanica nije bio zadovoljan pruženim medicinskim uslugama, a to je najbolje prikazano na slici 7.3.9. gdje je izraženo nezadovoljstvo 44,5% ispitanica potporom i savjetima medicinskog osoblja da budu uspješnije u dojenju i savladaju poteškoće. No grafički prikaz na slici 7.3.9. prikazuje podijeljenost u mišljenju ispitanica jer drugi dio ispitanica odnosno 40,1% njih smatra da im je pružena potpora i savjeti medicinskih djelatnika koji su im pomogli u dojenju. Sudionice su podijeljene u mišljenju jesu li im potpora i savjeti sestara i liječnika pomogli da budu uspješnije u dojenju i savladaju poteškoće na koje su naišle.



Slika 7.3.9. Jesu li im potpora i savjeti sestara i liječnika pomogli da budu uspješnije u dojenju i savladaju poteškoće pri tome prikazano postotkom (N=2536)

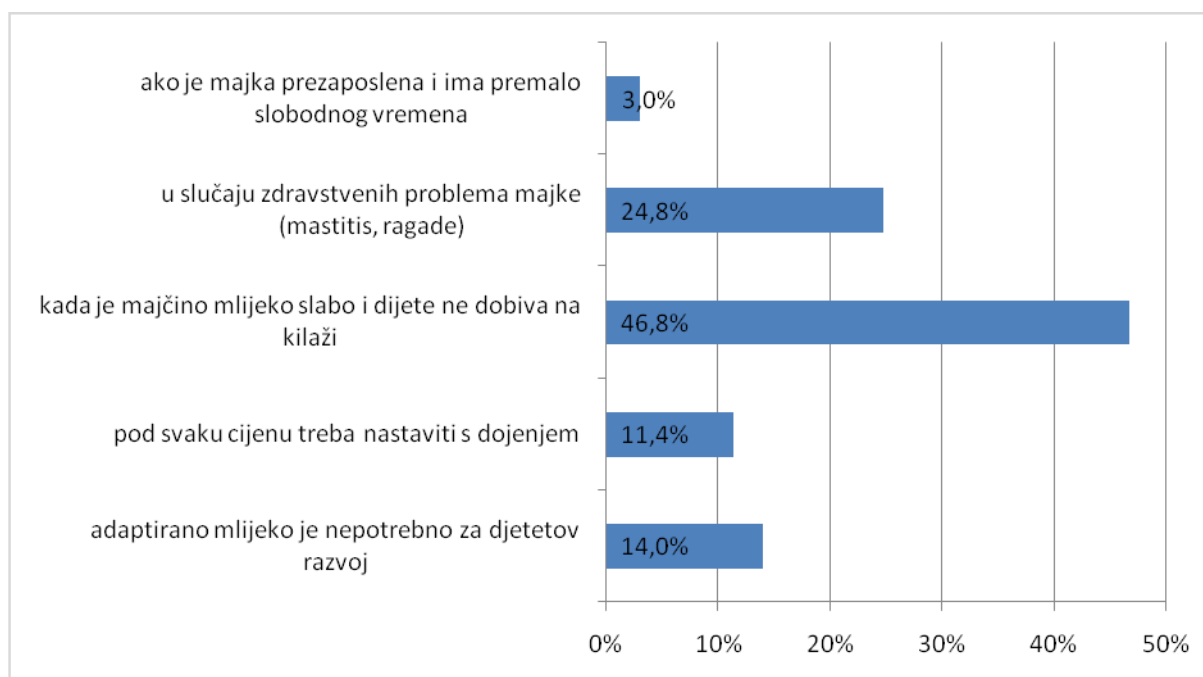
Izvor: autor I.V.

Sljedeća dva grafa na slici 7.3.10. i 7.3.11. prikazuju stavove ispitanih majki o trenutku kada je potrebno uključivanje dohrane uz dojenje ili kada prijeći na adaptirano mlijeko. Većina sudionica (66,2%) smatra kako bi bilo poželjno uključiti dohranu djeteta uz dojenje nakon šest mjeseci djetetova života, 13,1% ispitanica smatra da treba uključiti i prije, dok samo 1.6% smatra da je potrebno odmah. Udio od 19% majki smatra da nije potrebno dohranjivati dijete ako ona ima dovoljno mlijeka (Slika 7.3.10). U slučaju da je mlijeko nutritivno slabo i dijete ne dobiva na kilaži većina sudionica (46,9%) smatra da treba prekinuti dojenje i prijeći na adaptirano mlijeko. Ostale ispitanice smatraju da je prekid dojenja potreban u slučaju zdravstvenih problema dojilje (24,8%) ili ako majka nema puno slobodnog vremena (3%). Neke od sudionica (11,4%) smatraju da ne treba doći do prekida dojenja, iako je nepoznat stav dojilja da li doći i pothranjivati dijete ili samo nastaviti dojenje uz dohranu. Iz grafa možemo vidjeti da postoje ispitanice (14%) koje smatraju da adaptirano mlijeko nije potrebno za djetetov razvoj (Slika 7.3.11).



Slika 7.3.10. Kada sudionice smatraju da treba uključiti dohranu uz dojenje prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.



Slika 7.3.11. Kada sudionice smatraju da treba uključiti prekinuti dojenje i prijeći na adaptirano mlijeko prikazano postotkom (N=2536)

Izvor: autor I.V.

Iowa skala stavova o dojenju (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale, Mora, Russell, Dungy, Losch i Dusdieker, 1999)

Kao što je već navedeno, Iowa skala stavova o dojenju sastoji se od 17 čestica/tvrđnji o dojenju na kojoj sudionice označavaju stupanj slaganja od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Za potrebe istraživanja dodane su još dvije čestice koje su obrađene samo deskriptivno, međutim nisu uključene u ukupan rezultat na skali stavova zbog toga jer nisu dio originalne skale te je nepoznato kako bi promijenile valjanost i strukturu skale. Deskriptivni prikaz postotka pojedinačnih odgovora u skali nalazi se u Tablici 7.3.2.

Tablica 7.3.2. Deskriptivni prikaz postotka odgovora po pojedinačnoj čestici (N=2536)

Izvor: autor I.V.

Čestica	1	2	3	4	5
<i>1. Nutricionističke prednosti majčinog mlijeka traju samo dok se dijete ne odbije od dojke</i>	36,6%	14,1%	28,5%	9%	11,8%
<i>2. Adaptirano mlijeko pogodnije je nego majčino mlijeko</i>	74,3%	11,2%	11,2%	1,5%	1,7%
<i>3. Dojenje pojačava vezu između majke i bebe</i>	4,3%	1,8%	6,3%	9,7%	78%
<i>4. U majčinom mlijeku nedostaje željeza</i>	55,5%	14,5%	24,1%	3,8%	2,1%
<i>5. Za bebe koja se hrane adaptiranim mlijekom veća je šansa da budu preuhranjene nego ona koja su hranjena majčinim mlijekom</i>	23,4%	9,8%	29,6%	16,8%	20,4%
<i>6. Hranjenje adaptiranim mlijekom je bolji izbor za majku koja je zaposlena</i>	36,5%	13,4%	29,6%	16,8%	20,4%
<i>7. Majke koje hrane bebe adaptiranim mlijekom propuštaju jednu od najvećih radosti majčinstva</i>	28,7%	8,4%	24%	13,6%	25,2%
<i>8. Žene ne bi trebale dojeti na javnim mjestima poput restorana</i>	62,9%	10,3%	13,4%	4,6%	8,9%

<i>9. Dojenčad koja se hrani majčnim mlijekom su zdravija od onih koja se hrane adaptiranim mlijekom</i>	21,7%	9%	28%	16,9%	24,4%
<i>10. Za dojenčad koja se hrane majčnim mlijekom veća je šansa da budu preuhranjena od onih koja se hrane adaptiranim mlijekom</i>	60,4%	15,2%	21,5%	1,6%	1,4%
<i>11. Očevi se osjećaju zapostavljeno ako majka doji</i>	72,8%	12,1%	11,3%	2,6%	1,3%
<i>12. Majčino mlijeko je savršeno za bebe</i>	2,3%	1,4%	7,9%	12,1%	76,3%
<i>13. Majčino mlijeko se lakše probavlja nego adaptirano mlijeko</i>	3,7%	2,6%	16,6%	13,7%	63,2%
<i>14. Adaptirano mlijeko je jednako zdravo za bebe kao i majčino mlijeko</i>	22,5%	18,8%	34%	15,3%	9,3%
<i>15. Dojenje je pogodnije nego hranjenje adaptiranim mlijekom</i>	5,4%	4,2%	16,1%	17,7%	56,5%
<i>16. Majčino mlijeko je jeftinije nego adaptirano mlijeko</i>	2,3%	0,6%	3,7%	7,2%	86,1%
<i>17. Majka koja povremeno konzumira alkohol ne bi trebala dojeti</i>	13,2%	16,7%	30%	13,5%	26,7%
<i>18. Prehrana majke za vrijeme dojenja je važna za kvalitetu mlijeka i utjecaj istog na dijete.</i>	1,9%	2,9%	12,5%	27,1%	55,6%
<i>19. Ako dijete ne dobija dovoljno na težini isključivo dojenjem, treba prijeći na adaptirano mlijeko.</i>	8,2%	8,9%	31,3%	25,5%	26,1%

Napomena: 1- u potpunosti se ne slažem; 2- ne slažem se; 3- ne znam; 4- slažem se; 5- u potpunosti se slažem

Nakon rekodiranja originalnih 17 čestica, ukupan rezultat na skali stavova dobiven je kao linearna kombinacija odgovora na česticama. Deskriptivni podatci skale nalaze se u Tablici 7.3.3.

Tablica 7.3.3. Deskriptivni podatci Iowa skale stavova o dojenju (N =2536; X - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, min i max - raspon rezultata, α – koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alpha)

Izvor: autor I.V.

	\bar{X}	SD	min	max	α
Skala stavova o dojenju	66,37	9,32	30	85	0,77

Prosječan rezultat na skali iznosi 66,37 +/- 9,32, odnosno sudionice istraživanja prosječno imaju visoko pozitivne stavove o dojenju. Cronbach alpha koeficijent je visok i zadovoljavajući s obzirom na prijašnja istraživanja.

Prva hipoteza da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja (urbano i ruralno područje) testirana je neparametrijskom zamjenom za t-test za nezavisne uzorke, Mann Whitney U testom zbog velike razlike u broju sudionica iz urbanog područja naprema ruralnog područja.

Tablica 7.3.4. Razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja

Izvor: autor I.V.

Skala	Skupina	N _U	Mann-Whitney	Značajnos t - p
<i>Stavovi o dojenju</i>	sudionice iz urbanog područja	1837	637389,500	0,778
	sudionice iz ruralnog područja	699		

Nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja. Sudionice iz urbanog područja imaju jednako pozitivne stavove o dojenju kao i sudionice iz ruralnog područja.

Za testiranje druge hipoteze da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju između sudionica iz Đulovca, doseljenica s Kosova i sudionica istraživanja autohtonog stanovništva Hrvatske napravljena je također neparametrijska zamjena za t-test, Mann

Whitney U testom zbog toga jer je u istraživanju 2018. sudjelovalo 100 majki doseljenica s Kosova iz Đulovca. Prvo su prikazani deskriptivni podatci za skalu stavova sudionica iz Đulovca i zatim rezultati testiranja hipoteze.

Tablica 7.3.5. Deskriptivni podatci Iowa skale stavova o dojenju korištene 2018. na sudionicama iz Đulovca (N=100; \bar{X} - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, min i max - raspon rezultata, α – koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alpha)

Izvor: autor I.V.

	\bar{X}	SD	min	max	α
Skala stavova o dojenju	69,40	10,46	24	79	0,87

Prosječan rezultat na skali iznosi 69,40 +/- 10,46, odnosno sudionice istraživanja iz Đulovca prosječno imaju visoko pozitivne stavove o dojenju. Cronbach alpha koeficijent je također visok i zadovoljavajući s obzirom na prijašnja istraživanja.

Tablica 7.3.6. Razlika u stavovima o dojenju ovisno o skupini sudionica

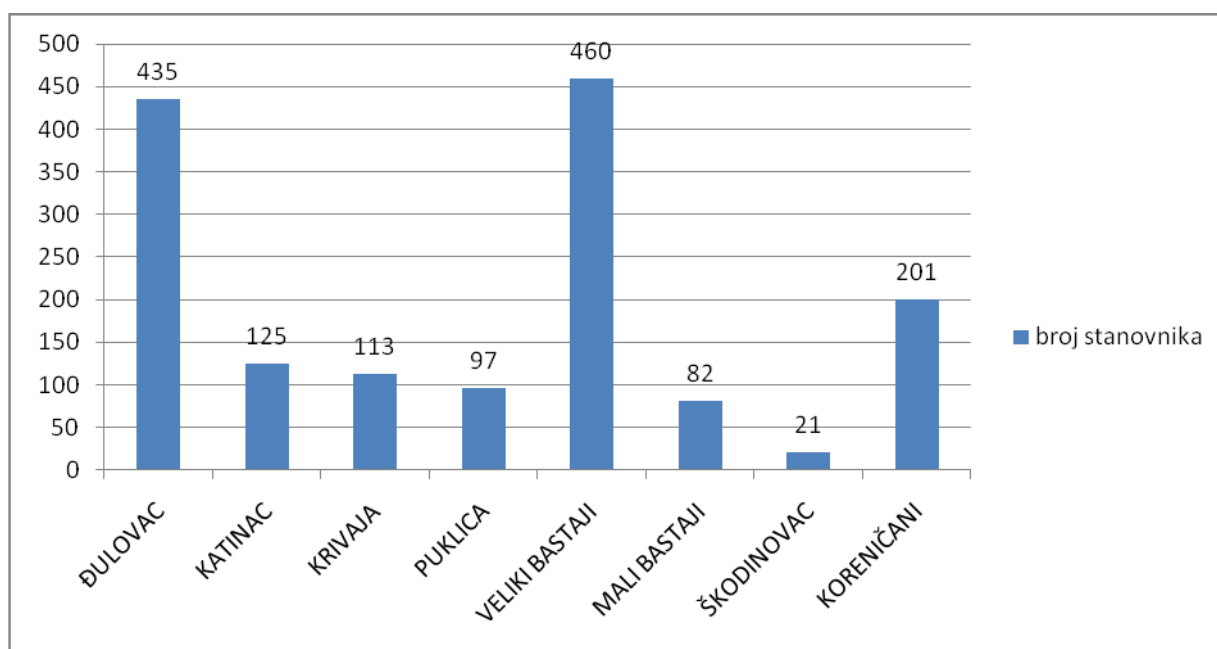
Izvor: autor I.V.

Skala	Skupina	N	Mann-Whitney U	Značajnos t - p
<i>Stavovi o dojenju</i>	sudionice iz Đulovca 2018.	100	93275,500	<0,001
	sudionice istraživanja 2021.	2536		

Dobivena je statistički značajna razlika u stavovima o dojenju između sudionica iz Đulovca u istraživanju 2018. i stavova o dojenju izmjenjenih kod sudionica ovog istraživanja. Sudionice iz Đulovca pokazuju statistički značajno pozitivnije stavove od sudionica ovog istraživanja.

7.4. Demografska slika Hrvata s Kosova u općini Đulovac

Hrvatske izbjeglice s Kosova uglavnom su prevožene organiziranim konvojima u današnji Đulovac u rujnu i studenom 1992. te u svibnju 1993. godine. Do prosinca 1991. godine su na tom području živjeli Srbi gdje su kasnije izbjeglice Hrvata s Kosova naseljene u napuštene i ratom oštećene kuće. Žive u osam naselja općine Đulovac kojim dominiraju dva težišta: Veliki Bastaji i Đulovac. Veliki Bastaji i njegova naselja imaju oko 764 stanovnika koji su se doselili s Kosova (prema popisu stanovništva iz 2001. godine). Đulovac i njegova naselja uključuju oko 774 migranta s Kosova (prema popisu stanovništva iz 2001. godine). Stanovništvo ovih područja nastavlja rasti iz godine u godinu zbog dva razloga: 1. Još uvijek postoje mali (uglavnom pojedinačni) doseljenici koji još uvijek žive u dijelu stanovništva Kosova, 2. Zbog izuzetno visoke stope nataliteta na tom području [35].



Slika 7.4.1. Demografski prikaz stanovništva općine Đulovac iz 2001. godine

Izvor: autor I.V.

8. Rasprava

Ovo istraživanje pokazalo je da su majke/ispitanice u najvećem broju bile ispitanice između 31 i 35 godina (27,8%), dakle veći broj ispitanica je bio preko 31 godinu (77,2%), najčešće su imale završenu srednju školu (43,9%), bile su udane (88,4%), te većinom zaposlene (80%). Neki od podataka koje smo izdvojili značajno se razlikuju od ankete provedene u 2018. godini na ispitanicama s Kosova na području Đulovca, a to su zaposlenost i prosječan broj djece po kućanstvu. Značajno velika razlika što se tiče zaposlenosti se vidi u ranije navedenim prikazima (Slika 7.3.1., Slika 7.3.2., Slika 7.3.3.) gdje zaposlenost na autohtonom stanovništvu Republike Hrvatske iznosi 80,5% dok kod ispitanica s Kosova iznosi samo 16,8%. Dalo bi se naslutiti kako majke koje su nezaposlene imaju više vremena odvojiti za brigu o djetetu te se posvetiti duljem dojenju, za razliku od majki koje su zaposlene, međutim, možemo zaključiti kako velik postotak zaposlenosti žena ne utječe na duljinu dojenja.

Još jedna značajna razlika između autohtonog stanovništva se odnosi na broj djece po obitelji. Broj za autohtono stanovništvo se kreće oko 2 djece po obitelji (1,85), dok za doseljenice s Kosova taj broj iznosi 4 (3,75).

Za razvoj djeteta važno je isključivo dojenje prvih šest mjeseci djetetova života, nakon čega slijedi dojenje do dvije godine ili više uz odgovarajuću dohranu. Svjetska zdravstvena organizacija postavila je cilj povećanja stope isključivog dojenja do šest mjeseci do 50% u sveukupnoj populaciji. Kada se ovi ciljevi zadovolje, može se okarakterizirati kao uspješno dojenje, ali iskustva pojedinih žena također pridonose osjećaju dojenačkog uspjeha [36]. Rezultati su pokazali da je 1727 (68,1%) djece do šest mjeseci života bilo isključivo dojeno bez dohrane, što se prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji smatra segmentom uspješnog dojenja.

Usporedivši prethodno navedeni rezultat od 68,1% (n=2536) vezan uz isključivo dojenje do šest mjeseci iz našeg istraživanja sa istraživanjem iz 2014.-2015. u primarnoj zdravstvenoj klinici u Abu Dhabiju gdje taj broj iznosi 16,9% (n=272) ispitanica vidi se značajna razlika između ove dvije skupine [37]. Ujedno, istraživanje između siječnja 2012. i prosinca 2013. godine koje su pedijatri zaposleni u centrima primarne zdravstvene zaštite o isključivom dojenju u Madridu proveli među sudionicama u ELOIN (Longitudinal Childhood Obesity Study) također donosi rezultate o isključivom dojenju. Naime, sudionice ELOIN-a, ispunile

su epidemiološki upitnik (n=2627), no podatak koji se bitno ističe je upravo isključivo, odnosno ekskluzivno dojenje. Prema tom istraživanju, bez dodatka prehrane dojilo je samo 25,4% ispitanica [38]. S obzirom na navedena istraživanja, odnos 68,1%:16,9%:25,4%, možemo reći kako je postotak isključivog dojenja u autohtonog stanovništva RH zavidan s obzirom na postotke iz Abu Dhabija i Madrida.

Ne samo da autohtono stanovništvo RH ima visoko zadovoljavajući rezultat dužine dojenja do šest mjeseci bez dohrane prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, nego i u odnosu na ova dva mjesta ima daleko povoljniji rezultat.

Prema istraživanju provedenom u periodu između studenog 2014. i 2015. godine u primarnoj zdravstvenoj klinici u Abu Dhabiju na 354 ispitanice može se zaključiti kako majke sa sveučilišnim ili visokim obrazovanjem imaju bolje znanje o dojenju gdje je njih čak 80% visokoobrazovano te 19,1% sa završenom srednjom školom ($p=0,001$) [37]. Navedeni postotci se razlikuju od ovog istraživanja gdje je 56,4% ispitanica visokoobrazovano te njih 43,9% je završilo srednju školu. Međutim, stupanj obrazovanja autohtonog stanovništva Hrvatske i ispitanica u Abu Dhabiju uvelike se razlikuje od onoga iz istraživanja provedenog 2018. godine nad ispitanicama doseljenica s Kosova. Ispitanice iz 2018. godine su žene koje imaju 65% u korist samo završene osnovne škole te je 34% žena koje su završile srednju školu [39]. Istraživanja nam pokazuju kako u prosjeku stručna sprema ovisi i ima pozitivan utjecaj na dojenje, dakle majke sa višom stručnom spremom se odlučuju dulje dojiti [40]. Također i istraživanja provedena u RH ukazuju na to kako žene s višom razinom naobrazbe imaju pozitivnije stavove o dojenju [41]. Prema navedenim podacima možemo zaključiti kako u istraživanju iz Abu Dhabija postoji značajna razlika u informiranosti o dojenju, ali istraživanje provedeno 2018. godine tvrdi upravo suprotno. Doseljenice s Kosova, čak njih 99% ima ili srednju ili osnovnu školu, ali pokazuju veliko znanje i pozitivne stavove unatoč razini obrazovanja, a s obzirom na dobivene rezultate iz 2018. godine, oko 42% ispitanica je dojilo dulje od godinu dana.

Glavne hipoteze, odnosno nul-hipoteze ovog rada su bile da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja (urbano i ruralno područje) i da ne postoji statistički značajna razlika u stavovima o dojenju između sudionica iz Đulovca, doseljenica s Kosova i sudionica istraživanja autohtonog stanovništva Republike Hrvatske. Prva hipoteza stavova o dojenju ovisno o području stanovanja testirana je neparametrijskom zamjenom za t-test za nezavisne uzorke, Mann Whitney U-testom zbog velike razlike u broju sudionica. U toj hipotezi nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o dojenju

ovisno o području stanovanja. Prema tome, ovisno o području stanovanja (ruralno i urbano područje) ispitanice imaju jednako pozitivne stavove o dojenju. Međutim, druga hipoteza, također provedena U-testom nam govori kako ipak postoji statistički značajna razlika doseljenica s Kosova i autohtonog stanovništva Republike Hrvatske. Prosječan rezultat stavova o dojenju na skali iznosi 69,40 +/- 10,46, odnosno sudionice iz Đulovca imaju visoko pozitivne stavove o dojenju. Prema tome, značajna je razlika stavova o dojenju između sudionica iz Đulovca – doseljenica s Kosova u istraživanju iz 2018. godine i stavova o dojenju kod sudionica ovog istraživanja. Sudionice iz Đulovca pokazuju daleko pozitivnije stavove od autohtonog stanovništva Republike Hrvatske.

9. Zaključak

Iako se dojenje često prikazuje kao ženska (jednostavna) biološka i osobna sklonost, istraživanja su pokazala da na isključivost i trajanje dojenja mnogo više utječu vanjski čimbenici (poput sustava, organizacija, obrazovanja i podrške) nego osobni izbor. Mnoge se rodilje nakon poroda, a posebice one koje su prošle kroz određene komplikacije i/ili porođaj obavljen carskim rezom, nađu pred „zidom“, a taj se često manifestira kao nemogućnost ili nedovoljna motiviranost nakon pretrpljene traume poroda da se posveti aktivnom učenju dojenja. Također i nažalost, još uvijek se u mnogim hrvatskim rodilištima javlja opće mnijenje da je dojenje prirodna radnja koja se ne mora učiti, dok je u praksi situacija suprotna. Dojenje se uči i uvježbava, te kroz mnogobrojne pokušaje polučuje uspjehom. Na tom je putu učenja od presudne važnosti i pomoć te posvećenost medicinskih djelatnika rodilji.

U ovom radu obrađena je problematika dojenja u Republici Hrvatskoj, kroz teorijski i istraživački pristup. Kroz istraživanje je prikazan komparativan pristup dvaju istraživanja u različitom vremenskom periodu.

Ispitana mišljenja skupine žena s područja općine Đulovac i autohtonog stanovništva poslužila su u svrhu dovodenja u vezu demografskih podataka i stavova majki prema raširenoj temi dojenja. Provedenim istraživanjem da se vidjeti kako zapravo statistički nema značajne razlike između ruralnog i urbanog područja. Međutim, ono što je statistički značajnije je da sudionice iz Đulovca, tj. doseljenice s Kosova imaju pozitivnije stavove o dojenju od sudionica koje su prisustvovala novom istraživanju. Budući da su jedne od najznačajnijih razlika između dvije ispitanice skupine razina obrazovanja te zaposlenost, odnosno nezaposlenost, tezu pozitivnog stava prema dojenju sudionica iz Đulovca, ruralnog područja s niskom stopom obrazovanja i zaposlenosti, možemo potkrijepiti upravo tim parametrima: dojilje iz Đulovca nisu opterećene poslovnim aspektima, vezane su za dom kao najugodnije okruženje za dojenje, niskog su stupnja obrazovanja i malene potrebe za afirmiranjem u društvu pa lako sve druge afinitete stavljaju po strani kako bi njegovale tradiciju dojenja i povezivanja s djecom. Tradicionalno, kakvo to ruralno društvo i jest, rođenjem ženu vezuju uz dom i brigu o djeci. S druge strane, urbano područje grada, poslovnih prilika i visokoobrazovanih žena, ženu koja se kasnije potvrđuje i kao majka, svrstava u sve aspekte ljudskog društva – obiteljski, karijerni, te velikim dijelom i socijalni. Dakle, „urbana“ dojilja ima zaista više normi koje treba/želi zadovoljiti pa se velikim dijelom pri balansiranju između svega navedenog dojenje stavlja na zadnje mjesto važnosti jer danas dijete može biti sito i

zdravo iako je nahranjeno adaptiranim mlijekom iz bočice koje će mu dati dadilja koja ga čuva dok majka radi nakon jednogodišnjeg roditeljskog dopusta.

10. Literatura

1. N. F. Butte, M.G. Lopez-Alarcon, C. Garza: Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the terminfant during the first six months of life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
2. World Health Organization. Infantand young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597494> (5.2.2022.)
3. A. P. Cooper: On the Anatomy of the Breast IN. London: Longman, Orme, Green, Brown, and Longmans, 1840. str. 38.
4. T. T. Breast cancer: a lobar disease. London: Springer, 2011. str. 18.
5. L.C. Janqueira, J. Carneiro: Osnove histologije. Zagreb: Školska knjiga; 2005., Sveučilište u Zagrebu 1669. str. 465.
6. J. Fanghänel, F. Pera, F. Anderhuber, R. Nitsch: Waldeyerova anatomija čovjeka. Zagreb: Golden marketing- tehnička knjiga; 2005. str. 786.-789.
7. I. Andreis, D. Jalšovec: Anatomija i fiziologija. Zagreb: Školska knjiga; 2009. str. 245.
8. J. Fajdić, I. Džepina: Kirurgija dojke. Zagreb: Školska knjiga; 2006. str. 10.
9. K. Rogers: Oxytocin hormone. Encyclopedia Britannica; 2020. Dostupno na: <https://www.britannica.com/science/oxytocin> (15.2.2022.)
10. V. R. Johnson, Klinika Mayo: Sve o trudnoći i prvoj godini života djeteta. Zagreb: Meandar; 1996. str. 472-473,
11. A. Kurjak, i sur.: Ginekologija i perinatologija, 2. svezak. Varaždinske Toplice: Golden Time; 1995. str. 421-428.
12. H. Lothrop: Sve o dojenju. EDUCA: Nakladno društvo, d.o.o.; 2008., str. 39.
13. G. Gjurić: Sve o dojenju. Zagreb: Mali svijet d.o.o.; 1994. str. 88.
14. D. Mardešić, i sur.: Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2003. str. 274.
15. G. Jones, i sur.: Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year. Lancet; 2003;362. str. 65.–71.

16. B. L. Horta, C.G. Victora: Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf (28.2.2022.)
17. A. Kurjak, M. Stanojević i sur.: Prvi koraci roditeljstva. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. str. 274.-283.
18. W. Worrall Mayo: Vodič za zdravu trudnoću, Zagreb: Medicinska naklada; 2012. str. 58.
19. G. Armano, I. Gracin, M. Jovančević: Priručnik za dojenje. Zagreb: Philips AVENT.; 2016. str. 13.- 45.
20. J. Grgurić, A. Pavičić Bošnjak: Dojenje zdravlje i ljubav. Zagreb: Alfa; 2006.
21. M. Juretić, L. Balarin, i sur.: Pedijatrija za više medicinske sestre: Split: Klinička bolnica; 1995.
22. G. K. Prachniak: Common breastfeeding problems. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America; 2002., str. 77.-88. Dostupno na: [doi:10.1016/s0889-8545\(03\)00053-6](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(03)00053-6) (5.3.2022.)
23. Hrvatska komora primalja i Hrvatska udruga za promicanje primaljstva: Primaljski vijesnik, broj 23, studeni 2017. str. 28-31
24. S. A. Hedderwick, S.A. McNeil, M. J. Lyons: Pathogenic organisms associated with artificial fingernails worn by health care workers. Infect Control Hosp Epidemiol 21: 505–509, 2000.
25. M. Mirt, B. Sviben: Dojenje – najbolji izbor za dijete, Moje dijete; 2012. str. 12
26. U. Rodin, Ž. Draušnik, I. Cerovečki: Child births in healthcare institutions in Croatia in 2016. Zagreb: Croatian Institute for Public Health; 2017. str. 50,53,55,58.
27. M. Čatipović, T. Voskresensky Baričić, S. Rokvić, J. Grgurić: “Adolescents’ Knowledge of Breastfeeding and Their Intention to Breastfeed in the Future”, Children. Children, 4(6); 2017. str. 51.
28. porodiljsko i Zakon o potpori roditeljskog odsustva iz 2017.). Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/214/Zakon-o-rodiljnim-i-roditeljskim-potporama> (5.3.2022.)
29. M. Boban, I. Zakarija-Grković: “In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Newborns: Practices, Reasons, and Their Medical Justification. Breastfeeding Medicine, 11(9); 2015. str. 448.-454.

30. J. Grgurić, I. Zakarija-Grković, A. Pavičić Bošnjak, M. Stanojević: A Multifaceted Approach to Revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Croatia”: J Hum Lact, 32(3); 2015. str. 568-573
31. M. Stanojević: Rodilište- prijatelj majki i djece. UNICEF; 2020.
32. J.S. Grassley, V.S. Eschiti: Two generations learning together: facilitating grandmothers' support of breastfeeding. International Journal of Childbirth Education; 2007;22(3):23-6.
33. O.O. Balogun, E.J. O'Sullivan, i sur.: Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev; 2016 Nov 9;11(11)
34. A. D. L. Mora, D. W. Russell, C.I. Dungy, M. Losch, L. Dusdieker: The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity 1. Journal of Applied Social Psychology; 1999. 29(11), str. 2362.-2380.
35. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2015. 2016. Dostupno na:
https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2016/07-01-01_01_2016.htm.
36. Cochrane Library: Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. Dostupno na: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009067.pub3/full> (18.3.2022.)
37. M. I. Al Ketbi i sur.: Knowledge, attitudes, and practices of breastfeeding among women visiting primary healthcare clinics on the island of Abu Dhabi, United Arab Emirates. Dostupno na:
<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-018-0165-x.pdf> (27.4.2022.)
38. M. D. Ramiro Gonzalez i sur.: Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOINA. Anales de Pediatría. 2018;89(1):32-43
39. I. Valentić: Stavovi o dojenju žena s područja općine Đulovac, Završni rad, Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar 2018.
40. Pavičić Bošnjak A. Grgurić J. Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. Paediatrica Croat. 2007;51(3):89-94
41. Voloder V. Stavovi trudnica i njihovih partnera prema dojenju. Diplomski rad. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera, Medicinski fakultet Osijek, 2016.

Popis slika

Slika 1.1.1. Prikaz anatomije dojke; Izvor: <https://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/prevencija-raka/1321>

Slika 3.2.1.1. Ležeći položaj dojenja; Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

Slika 3.2.2.1. Položaj dojenja na leđima-biološki položaj; Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

Slika 3.2.3.1.1. Položaj kolijevke; Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

Slika 3.2.3.2.1. Unakrsni položaj kolijevke; Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

Slika 3.2.3.3.1. Položaj nogometne lopte; Izvor: <https://aptaclub.rs/wp-content/sites/blue-print-serbia-production/uploads/2021/02/Polozaji-dojenja.jpg>

Slika 7.2.1. Radni status stanovništva s područja općine Đulovac (N=100), doseljenice iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021. (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.2.2. Broj djece stanovništva s područja općine Đulovac (N=100), doseljenice iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021. (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.2.3. Prosječan broj djece stanovništva s područja općine Đulovac (N=100), doseljenice iz Kosova iz istraživanja 2018. i autohtonog stanovništva Hrvatske iz istraživanja 2021. (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.1. Koliko su dugo dojile prvo dijete prikazano postotkom (N=2175); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.2. Kada su donijele odluku da će dojiti dijete prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.3. Koliko su dugo dojile posljednje dijete prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.4. Koliko su sudionice isključivo dojile prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.5. Jesu li sudionice pohađale tečaj za trudnice prikazano postotkom (N=2536);

Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.6. Tko je sudionicama dao najviše znanja i savjeta o dojenju prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.7. Osjećaj podrške za vrijeme dojenja od strane supruga i patronažne sestre prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.8. Zadovoljstvo podrškom dojenju u rodilištu prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.9. Jesu li im potpora i savjeti sestara i liječnika pomogli da budu uspješnije u dojenju i savladaju poteškoće pri tome prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.10. Kada sudionice smatraju da treba uključiti dohranu uz dojenje prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.3.11. Kada sudionice smatraju da treba uključiti prekinuti dojenje i prijeći na adaptirano mlijeko prikazano postotkom (N=2536); Izvor: autor I.V.

Slika 7.4.1. Demografski prikaz stanovništva općine Đulovac iz 2001. godine; Izvor: autor I.V.

Popis tablica

Tablica 7.2.1. Deskriptivni podaci za sociodemografske karakteristike sudionica istraživanja (N=2536; f - frekvencija, % - postotak); Izvor: autor I.V.

Tablica 7.3.2. Deskriptivni prikaz postotka odgovora po pojedinačnoj čestici (N=2536); Izvor: autor I.V.

Tablica 7.3.3. Deskriptivni podatci Iowa skale stavova o dojenju (N =2536; X - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, min i max - raspon rezultata, α – koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alpha); Izvor: autor I.V.

Tablica 7.3.4. Razlika u stavovima o dojenju ovisno o području stanovanja; Izvor: autor I.V.

Tablica 7.3.5. Deskriptivni podatci Iowa skale stavova o dojenju korištene 2018. na sudionicama iz Đulovca (N =100; X - aritmetička sredina, SD - standardna devijacija, min i max - raspon rezultata, α – koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alpha); Izvor: autor I.V.

Tablica 7.3.6. Razlika u stavovima o dojenju ovisno o skupini sudionica; Izvor: autor I.V.

Prilozi

Poštovani,

molim Vas da izdvojite malo slobodnog vremena za ispunjavanje ove ankete.

Ova anketa je dio istraživanja o stavovima o dojenju. Dobiveni podaci će se koristiti za izradu završnog rada na Diplomskom studiju Sestrinstva - Sveučilište Sjever te je dobrovoljna i u potpunosti anonimna.

Hvala Vam na sudjelovanju,

Ivona Valentić.

1. Koliko imate godina?

- a) 18-20
- b) 21-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36-40
- f) >41

2. Završili ste:

- a) Osnovnu školu
- b) Srednju školu
- c) Višu školu
- d) Fakultet

3. Bračni status:

- a) Udana
- b) Neudana

4. Gdje živite:

a) Selo

b) Grad

5. Županija u kojoj stanujete:

1) Bjelovarsko-bilogorska županija

2) Brodsko-posavska županija

3) Dubrovačko-neretvanska županija

4) Grad Zagreb

5) Istarska županija

6) Karlovačka županija

7) Koprivničko-križevačka županija

8) Krapinsko-zagorska županija

9) Ličko-senjska županija

10) Međimurska županija

11) Osječko-baranjska županija

12) Požeško-slavonska županija

13) Primorsko-goranska županija

14) Šibensko-kninska županija

15) Sisačko-moslavačka županija

16) Splitsko-dalmatinska županija

17) Varaždinska županija

18) Virovitičko-podravska županija

19) Vukovarsko-srijemska županija

20) Zadarska županija

21) Zagrebačka županija

6. Ukupni prihodi Vašeg kućanstva iznose:

- a) Do 2000 kn
- b) 2001–4000 kn
- c) 4001–7000 kn
- d) Više od 7000 kn

7. Trenutno ste:

- a) Zaposleni
- b) Nezaposleni
- c) Privremeno zaposleni

8. Koliko imate djece ? _____

Ako ste prvorotka preskočite slijedeće pitanje i nastavite odgovarati dalje

9. Ako već imate djece koliko dugo ste dojili prvo dijete?

(Ako ste prvorotka preskočite ovo pitanje)

- a) Manje od 1 mjeseca
- b) Između 1 i 3 mjeseca
- c) Između 3 i 6 mjeseci
- d) Između 6 mjeseci i jedne godine
- e) Dulje od godinu dana (koliko dugo?) _____
- f) Nisam uopće dojila

10. Kada ste donijeli odluku da ćete dojiti ovo dijete?

- a) Prije trudnoće
- b) Tijekom trudnoće

- c) Neposredno u vrijeme/nakon porođaja
- d) Ne želim dojiti uopće

11. Koliko dugo ste dojili posljednje dijete?

- a) Do 1 mjesec
- b) 1–3 mjeseca
- c) 3–6 mjeseci
- d) 6 mjeseci–1 godine
- e) Dulje od godinu dana (koliko dugo?)_____
- f) Nisam uopće dojila

12. Koliko dugo ste isključivo dojili (bez dodataka voćnih sokova, drugih vrsta mlijeka, kašaste ili krute hrane)?

- a) Do 1 mjesec
- b) 1–3 mjeseca
- c) 3–6 mjeseci
- d) Nisam isključivo dojila

13. Jeste li tijekom dojenja imali kakve poteškoće zbog kojih ste prestali dojiti?
(možete zaokružiti više odgovora)

- a) Bolne i oštećene bradavice
- b) Zastojna i upaljena dojka
- c) Ravne ili uvučene bradavice
- d) Smatrala sam da nemam dovoljno mlijeka ili da je preslabo
- e) Dijete je sporije napredovalo na težini
- f) Pojavile su se dojenačke kolike

- g) Osjećala sam umor, iscrpljenost
- h) Bila sam bolesna
- i) Ranije sam se morala vratiti na posao
- j) Nisam imala dovoljno podrške tokom dojenja
- k) Ne znam
- l) Ostalo (navedite Vaš razlog)

.

14. Jeste li pohađali tečaj za trudnice?

- a) Da
- b) Ne

15. Tko Vam je dao najviše znanja i savjeta o dojenju?

- a) Patronažna sestra
- b) Sestre u rodilištu
- c) Tečaj za trudnice
- d) Majka, rodbina, poznanici

16. Jeste li imali podršku supruga za vrijeme dojenja?

- a) Uopće me ne podržava
- b) Ne podržava me
- c) Niti me podržava , niti ne podržava
- d) Podržava me
- e) Snažno me podržava

17. Jeste li imali zadovoljavajuću podršku patronažne sestre tijekom dojenja?

- a) Uopće me ne podržava

- b) Ne podržava me
- c) Niti me podržava , niti ne podržava
- d) Podržava me
- e) Snažno me podržava

18. Jeste li zadovoljni pomoći, savjetima i podrškom u dojenju koju su Vam pružali zdravstveni djelatnici za vrijeme boravka u rodilištu?

- a) Zadovoljna sam
- b) Nisam zadovoljna
- c) Ne znam

19. Potpora i savjeti sestara i liječnika su mi pomogli da budem uspješnija u dojenju i da savladam poteškoće

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

20. Što mislite kada bi bilo poželjno uključiti dohranu djeteta uz dojenje?

- a) Odmah
- b) Obavezno unutar prvih šest mjeseci djetetova života
- c) Nakon šest mjeseci djetetova života
- d) Nije potrebno uključivati dohranu dok god majka ima dovoljno mlijeka

21. U kojem slučaju mislite da treba prekinuti dojenje i prijeći na Adaptirano mlijeko?

- a) Pod svaku cijenu treba nastaviti s dojenjem
- b) Treba prijeći na Adaptirano mlijeko, ako je majčino mlijeko slabo i dijete ne dobiva na kilaži
- c) U slučaju zdravstvenih problema majke (mastitis, ragade)

d) Ukoliko je majka prezaposlena i ima premalo slobodnog vremena

e) Adaptirano mlijeko je nepotrebno za djetetov razvoj

Za svaki od navedenih navoda, molim vas označite koliko se slažete ili ne slažete tako da zaokružite broj koji se najviše podudara sa vašim mišljenjem.

(1= uopće se ne slažem, 2=ne slažem se, 3=ni se slažem, niti se ne slažem, 4=slažem se, 5=u potpunosti se slažem). Možete izabrati bilo koji broj od 1 do 5.

1. Nutricionističke prednosti majčinog mlijeka traju samo dok se dijete ne odbije od dojke.

1 2 3 4 5

2. Adaptirano mlijeko pogodnije je nego majčino mlijeko.

1 2 3 4 5

3. Dojenje pojačava vezu između majke i bebe.

1 2 3 4 5

4. U majčinom mlijeku nedostaje željeza.

1 2 3 4 5

5. Za bebe koja se hrane adaptiranim mlijekom veća je šansa da budu preuhranjene nego ona koja su hranjena majčinim mlijekom.

1 2 3 4 5

6. Hranjenje adaptiranim mlijekom je bolji izbor za majku koja je zaposlena.

1 2 3 4 5

7. Majke koje hrane bebe adaptiranim mlijekom propuštaju jednu od najvećih radosti majčinstva.

1 2 3 4 5

8. Žene ne bi trebale dojiti na javnim mjestima poput restorana.

1 2 3 4 5

9. Dojenčad koja se hrani majčinim mlijekom su zdravija od onih koja se hrane adaptiranim mlijekom.

1 2 3 4 5

10. Za dojenčad koja se hrane majčinim mlijekom veća je šansa da budu preuhranjena od onih koje se hrane adaptiranim mlijekom.

1 2 3 4 5

11. Očevi se osjećaju zapostavljeno ako majka doji.

1 2 3 4 5

12. Majčino mlijeko je savršeno za bebe.

1 2 3 4 5

13. Majčino mlijeko se lakše probavlja nego adaptirano mlijeko.

1 2 3 4 5

14. Adaptirano mlijeko je jednako zdravo za bebe kao i majčino mlijeko.

1 2 3 4 5

15. Dojenje je pogodnije nego hranjenje adaptiranim mlijekom.

1 2 3 4 5

16. Majčino mlijeko je jeftinije nego adaptirano mlijeko.

1 2 3 4 5

17. Majka koja povremeno konzumira alkohol ne bi trebala dojiti.

1 2 3 4 5

18. Prehrana majke za vrijeme dojenja je važna za kvalitetu mlijeka i utjecaj istoga na dijete.

1 2 3 4 5

19. Ukoliko dijete ne dobija dovoljno na težini isključivo dojenjem, treba prijeći na adaptirano mlijeko.

1 2 3 4 5

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, IVONA VALENTIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Uporedna studija stavova o djelu autorskog stvarništva i crničkih manjina u Republici Hrvatskoj (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ivona Valentić
(vlastoručni potpis)

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

Ja, IVONA VALENTIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Uporedna studija stavova o djelu autorskog stvarništva i crničkih manjina u Republici Hrvatskoj (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Ivona Valentić
(vlastoručni potpis)