

Čimbenici koji utječu na dužinu dojenja i uvođenje krute hrane

Luetić, Franka

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:414215>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Franka Luetić

**ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA DUŽINU
DOJENJA I UVOĐENJE KRUTE HRANE**

Diplomski rad

Osijek, 2016.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Franka Luetić

**ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA DUŽINU
DOJENJA I UVOĐENJE KRUTE HRANE**

Diplomski rad

Osijek, 2016.

Rad je ostvaren u Domu zdravlja Zagreb-zapad.

Voditeljica rada: doc.dr. Andrijana Müller, dr.med.

Rad ima 45 stranica, 14 tablica i 2 slike.

Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Andrijani Müller, dr. med., specijalistici ginekologije i opstetricije na stručnoj pomoći i potpori pri izradi ovog rada.

Također zahvaljujem kolegicama, patronažnim sestrama Doma zdravlja Zagreb-zapad koje su sudjelovale u anketiranju ispitanica.

Hvala prijatelju Mariu!

Veliko hvala mojoj obitelji, suprugu Krešimiru, djeci Sari i Franu te mojim roditeljima koji su mi bili podrška tijekom školovanja i koji su vjerovali u mene.

Njima posvećujem ovaj rad!

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Fiziologija laktacije	1
1.2. Sastav majčinog mlijeka	2
1.3. Prednosti dojenja	4
1.4. Teškoće pri dojenju	6
1.5. Uvođenje krute hrane (dohrana)	8
1.6. Kada započeti s davanjem krute hrane djetetu?.....	9
1.7. Odabir namirnica	9
2. HIPOTEZE	11
3. CILJ RADA.....	12
4. ISPITANICI I METODE	13
4.1. Ustroj studije.....	13
4.2. Ispitanici	13
4.3. Metode	13
4.4. Statističke metode.....	13
5. REZULTATI.....	14
5.1. Osnovna obilježja ispitanica	14
5.2. Trudnoća i dojenje	15
5.3. Kruta hrana	26
6. RASPRAVA.....	29
7. ZAKLJUČAK	34
8. SAŽETAK.....	35
9. SUMMARY	36
10. LITERATURA.....	37
11. ŽIVOTOPIS	43
12. PRILOZI.....	45

1. UVOD

Dojenje je prirodni način prehrane te predstavlja standard prehrane dojenčadi i male djece. Zbog zdravstvenih, socijalnih, gospodarskih, ekoloških i brojnih drugih razloga dojenje značajno pridonosi zdravlju pojedinca i društvu u cjelosti, ekonomskom blagostanju obitelji te smanjenju štetnih ekoloških utjecaja. Bilo koji drugačiji način prehrane smatra se intervencijom koja je povezana s brojnim rizicima za zdravlje djeteta i majke (1).

Majčino mlijeko je sastavom prilagođeno potrebama djeteta. Za razliku od umjetnog mlijeka, aktivno štiti dijete od infekcija. Dojenjem se ne zadovoljavaju samo prehranbene potrebe djeteta, već i emocionalne i neurorazvojne potrebe. Za optimalan rast i razvoj djeteta Svjetska zdravstvena organizacija (WHO od eng. *World Health Organization*) i UNICEF (od eng. *United Nations International Children's Emergency Fund*) preporučuju isključivo dojenje (prehrana samo majčinim mlijekom bez dodataka druge tekućine ili hrane) tijekom prvih šest mjeseci i nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu do djetetove dobi od dvije godine ili dulje (1).

Početak dohrane ne znači prestanak dojenja niti zamjenu mliječne formule nemliječnom hranom. Dohrana znači dodatak neke druge hrane majčinom mlijeku ili dojenačkoj formuli. Različiti su stavovi o vremenu uvođenja dohrane u pojedinim zemljama jer je malo znanstvenih dokaza koliko vrijeme uvođenja ima dugoročni utjecaj na zdravlje. Zdravstveni stručnjaci i stručnjaci za dojenje mišljenja su da je za dojenče najbolje da navrši barem šest mjeseci prije nego što mu se ponudi druga hrana. Razlog za takav stav je nezrelost probavnog sustava djeteta (2).

1.1. Fiziologija laktacije

Tijekom gestacije, pod utjecajem placentalnih i lutealnih hormona, dojke se pripremaju za fiziološki proces dojenja. Placenta luči hormone estrogen i progesteron koji omogućuju rast mliječnih žlijezda dojke, alveola i alveolarnih stanica. Hormoni koji sudjeluju u fiziološkom procesu dojenja pod kontrolom su središnjeg živčanog sustava. Ovaj stadij naziva se mamogeneza (3). U navedenom stadiju od važnosti su i hormoni hipofize, oksitocin i prolaktin. Oksitocin se transportira do maternice i mliječne žlijezde krvlju te mu je poluživot od jedne do dvije minute (4). U trećem tromjesečju trudnoće, stanice epitelnog tkiva dojke pune se masnim kapljicama, te nastaje kolostrum (5). Mliječne masnoće tj. lipidi u mlijeku većinom se stvaraju iz zaliha lipida u masnim i drugim tkivima majke, a manjim dijelom

dolaze iz hrane. Ovaj podatak ukazuje na važnost zdravlja majke i dojilje, te pravilnu prehranu koja utječe na majčino mlijeko (6).

Refleks otpuštanja mlijeka pod utjecajem je hipotalamusa, a proces se naziva laktogeneza. Stimulacijom bradavica i sisanjem iz stražnjeg režnja hipofize refleksno se izlučuje hormon oksitocin, koji djeluje na mioepitelne stanice mliječnih acinusa, koje kontrakcijom uzrokuju izlučivanje mlijeka iz alveola u mliječni kanalić. Ovaj stadij naziva se galaktopoeza (3).

Hormon prolaktin, otprilike 30-40 sati nakon porođaja potiče dojke na proizvodnju veće količine mlijeka (5). Tijekom dojenja proizvodnja hormona oksitocina povećava parasimpatičku aktivnost te se tako smanjuje nelagoda i pogoduje povezivanju majke i djeteta (7). Vrlo je važno da novorođenče u opisanom vremenskom periodu redovito siše kako bi se kontinuirano održalo dojenje. Nakon porođaja, u prvih sat vremena sisanje može potaknuti izlučivanje optimalne količine mlijeka (4).

Pozitivni i negativni čimbenici tijekom dojenja utječu na refleks otpuštanja mlijeka i na kvalitetu dojenja. Na refleks otpuštanja mlijeka pozitivno djeluju: sisanje, plač djeteta i drugi podražaji (npr. podraživanje bradavica, pogled na dijete, miris djeteta), toplina, samopouzdanje i psihička stabilnost majke te podrška i razumijevanje članova obitelji i okoline (8). Stavljanjem novorođenčeta na kožu, potiče se njegov rast i razvoj, a istodobno se poboljšavaju emocionalni i psihološki status majke te se povećava stupanj zadovoljstva (4). Negativni čimbenici su: umor, bol, hladnoća, iscrpljenost, zabrinutost, strah, pušenje i alkohol (8).

1.2. Sastav majčinog mlijeka

Sastav majčinog mlijeka mijenja se s dužinom laktacije. Tijekom prvog mjeseca dojenja mijenja se kroz tri faze: kolostrum, prijelazno mlijeko i zrelo mlijeko. U razdoblju od 1.-5. dana nakon poroda izlučuje se kolostrum. Prijelazno mlijeko se izlučuje u razdoblju od 6.-15. dana nakon poroda, a mlijeko koje se izlučuje nakon 16. dana naziva se zrelo mlijeko (9).

Kolostrum je gusta, ljepljiva, skoro želatinozna, uglavnom žuto obojena tekućina. U prosjeku se proizvodi u količini od 30 ml. dnevno (u individualnom rasponu od 10-100 ml/dan), a sadrži oko 2 % masti (10). Primarna mu je zaštitna uloga budući da se lijepi za mukozu crijeva te onemogućava prijanjanje patogena. Kolostrum je bogat imunološkim komponentama kao što su imunoglobulin A, laktoferin i leukociti. Sadrži malu koncentraciju

laktoze što implicira da mu je glavna uloga zaštitna, a ne hranjiva. Koncentracija natrija, klorida i magnezija je viša, a koncentracija kalija i kalcija niža u usporedbi sa zrelim mlijekom (11).

U prijelaznom mlijeku polako raste količina masti i ugljikohidrata, a posljedično i ukupna energetska vrijednost mlijeka. Tijekom 24 sata stvori se oko 500 ml. prijelaznog mlijeka (12).

Zrelo mlijeko je homogena smjesa sastavljena od triju frakcija: emulzija (kapljice masti), suspenzija (kazeinske micelle) i otopina (komponente topljive u vodi). U odnosu na kolostrum zrelo mlijeko sadrži više ugljikohidrata, a manje bjelančevina (11). Prosječno, zrelo mlijeko sadrži 9-12 g/l bjelančevina, 32-36 g/l masti i 67-78 g/l laktoze. Energetska vrijednost se kreće u rasponu od 2710 kJ/l do 2920 kJ/l i korelira s udjelom masti (11). Važna značajka zrelog mlijeka je što mu sastav nije jednak na početku i na kraju podoja. U početku podoja dijete dobiva tzv. prvo mlijeko ili predmlijeko koje je rijetko i plavkaste boje. Budući da sadrži više vode i ugljikohidrata, zadovoljava potrebe djeteta za tekućinom. Kako se podoj približava kraju tako mlijeko sadrži sve više masti i naziva se „zadnje mlijeko“. To mlijeko je gusto, žućkaste boje, a dojenčetu pruža osjećaj sitosti (13).

Majčino mlijeko sadržava 11,5 g/l bjelančevina. Sastav bjelančevina takav je da osigurava laku probavljivost i prilagođen je potrebama rasta dojenčeta. Majčino mlijeko sadrži i bjelančevine koje imaju zaštitnu ulogu, među kojima su najvažniji imunoglobulini. Osim toga, u majčinom mlijeku nalaze se bjelančevine koje imaju ulogu u razvojnim procesima dojenačkog organizma, npr. taurin, koji je važan za razvoj mozga i mrežnice oka te epidermalni faktor rasta koji pomaže sazrijevanju crijevne sluznice (14).

Sadržaj šećera u majčinu mlijeku je 70 g/l, što osigurava 40 % kalorija. Glavni je šećer laktoza, složeni šećer koji se sastoji od glukoze i galaktoze. Glukoza osigurava energiju, a galaktoza je sastojak galaktolipida važnih za razvoj djetetova mozga. Prisutnost šećera u crijevima uzrokuje vrenje i stvara nepovoljne uvjete za razmnožavanje bakterija. U majčinu mlijeku nalaze se i oligosaharidi, koji stimuliraju rast zaštitne bifidus flore u crijevima djeteta, što također stvara nepovoljne uvjete za nastanak bakterijske infekcije (14).

Majčino mlijeko sadržava 40 g/l masti. One su najvažniji izvor energije u mlijeku i osiguravaju 50 – 60 % kalorija. Sastav masti posebno je prilagođen djetetovu organizmu jer sadržava esencijalne masne kiseline - linolnu i linolensku (organizam ih ne može sam stvoriti) i višestruko nezasićene masne kiseline, poput dokozaheksaenske i arahidonske kiseline, koje su važne za razvoj mozga i živčanog sustava te vid. Majčino mlijeko sadržava i visoku koncentraciju kolesterola za koju se pretpostavlja da štiti od ateroskleroze u odrasloj dobi.

Masti su najvarijabilniji sastojak majčina mlijeka – njihova ukupna količina mijenja se tijekom podoja, ovisno o trajanju laktacije, dnevnom ritmu i individualnim razlikama. Najmanji sadržaj masti nalazi se na početku, a najviši pri kraju podoja (14).

Udio vode u majčinu mlijeku jest 87 %. Koncentracija minerala (natrija, kalija, klorida, kalcija, magnezija, fosfora, cinka i bakra) primjerena je djetetovim potrebama i rastu, a da pri tome ne opterećuje njegov organizam (rad bubrega) (14).

Majčino mlijeko sadržava relativno malu količinu željeza, ali se ono iskorištava bolje nego željezo iz bilo koje druge namirnice. Zbog toga se u zdrave donošene djece koja se tijekom šest mjeseci hrane samo na prsima rijetko javlja sideropenična anemija (14).

Zrelo majčino mlijeko sadržava dovoljnu količinu većine vitamina. Vitamine topljive u mastima: (A, D, E i K), te vitamine topljive u vodi: (C i skupina B). Vitamin K nužan je za normalan proces zgrušavanja krvi. Iako u kolostrumu ima više vitamina K nego u zreлом mlijeku, njegova količina ne zadovoljava u cijelosti potrebe novorođenčeta radi čega svako novorođenče nakon rođenja dobiva vitamin K. Nakon nekog vremena počinje sinteza vlastitog vitamina K u količini koja podmiruje sve potrebe zdravog dojenčeta (14). Za osiguranje dovoljne količine vitamina D, a time i spriječavanje rahitisa, preporučuje se umjereno izlaganje djeteta suncu i davanje vitamina D u kapima. Litra majčina mlijeka ima oko 700 kcal ili 2926 kJ čime u cijelosti podmiruje kalorijske potrebe zdravog donošenog dojenčeta do šest mjeseci (14).

1.3. Prednosti dojenja

Prednosti isključivog dojenja temelje se na ovim činjenicama:

- Majčino mlijeko je sterilno, a mogućnost njegovog onečišćenja štetnim bakterijama i uz loše higijenske uvijete, malena je, što smanjuje opasnost od infekcije dojenog djeteta (15).
- Majčino mlijeko sadržava brojne zaštitne tvari (npr. imunoglobulin A, lizozim, laktoferin i dr.) što u prvim tjednima života pojačava otpornost prema infekciji (15).
- Majčino mlijeko sadržava onoliko hranjivih tvari, ponajprije proteina i minerala, koliko treba za optimalan rast donešenog novorođenčeta i dojenčeta (15).
- Uz prehranu majčinim mlijekom puno je manja mogućnost alergijske senzibilizacije dojenčeta stranom bjelančevinom iz kravljeg mlijeka te su dojena djeca manje sklona alergijskoj senzibilizaciji (15).

- Dojena djeca, a osobito ona koja su tijekom prvih šest mjeseci hranjena samo majčinim mlijekom, manje oboljevaju od upala probavnog, mokraćnog, dišnog sustava i upala srednjeg uha (16).
- Dojena djeca imaju bolji odgovor organizma na cjepiva protiv difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize te na cjepivo koje štiti od upale bakterijom Hemophilus influenzae (16).
- Dojenu djecu karakterizira primjeren rast, a manje su sklona prekomjernoj težini u odrasloj dobi kao i bolestima srca i krvnih žila (16).
- Manja je učestalost alergijskih bolesti: astme i egzema (kožnog osipa) kao i rizika od šećerne bolesti ovisne o inzulinu (16).
- Manji je rizik od sindroma iznenadne dojenačke smrti (16).
- Kod dojene djece razvoj čeljusti i zuba je pravilniji, imaju veću inteligenciju, bolji psihomotorni, emocionalni i društveni razvoj (16).
- Majčino mlijeko je optimalan izvor željeza za dijete pa je anemija u dojene djece vrlo rijetka (2).
- Nedonoščad koja boravi u inkubatoru, a čijim je majkama omogućeno dojenje i klokanova njega tj. kontakt koža na kožu, bolje napreduju od nedonoščadi kojima je takva njega uskraćena (2).
- Redoviti prisni dodir majke i njezina dojenčeta ugodan je doživljaj i za dijete i za majku te potiče stvaranje i održavanje međusobnih pozitivnih emocija, a tome u velikoj mjeri pridonosi i dojenje (15).
- Majke koje doje imaju manju učestalost pojave raka dojke i jajnika (16).
- Manje je krvarenje nakon poroda, uz bržu involuciju maternice (16).
- Dojenje doprinosi bržem gubitku i vraćanju poželjne tjelesne težine nakon poroda (16).
- Isključivo dojenje prvih šest mjeseci odgađa ovulaciju i menstruaciju što do neke mjere može biti prirodno kontracepcijsko sredstvo (pruža 98 %-tnu zaštitu) (2).
- Dojenje smanjuje rizik od pojave poslijeporođajne depresije (2).
- Dojenje smanjuje rizik od osteoporoze u kasnijoj životnoj dobi (16).
- Dojenje je najjeftiniji način prehrane novorođenčeta/dojenčeta te stvara pozitivno ozračje u obitelji (16).
- Dojenje štedi novac u zdravstvu jer su dojena djeca rjeđe bolesna, manje troše lijekove i rjeđe zahtjevaju bolničko liječenje nego nedojena djeca (16).
- Majke koje doje manje izostaju s posla jer su njihova djeca zdrava pa je i produktivnost majki bolja (16).

- Uspješno dojenje i uspješno rješavanje problema pri dojenju osnažuje majku i podiže joj samopuzdanje (2).

1.4. Teškoće pri dojenju

U većini slučajeva, bradavice su bez obzira na veličinu i oblik pogodne za uspješno dojenje jer dijete doji na dojci, a ne na samoj bradavici. Ravne i uvučene bradavice mogu stvoriti određene poteškoće prilikom dojenja koje se mogu uspješno prevladati uz nešto više strpljenja i poneki dodatni postupak (14, 16).

Najčešći uzrok bolnosti jedne ili obje bradavice jeste njezino nepravilno hvatanje. Dijete ustima treba obuhvatiti bradavicu i areolu uz dio dojke ispod areole. Također, dijete ne smije sisati svoju usnicu zajedno s bradavicom. Ako se to događa, majka prstom treba osloboditi usnicu. Važan je također i položaj jezika kod sisanja; on mora biti ispružen ispod bradavice. Nepravilno hvatanje bradavice treba ispraviti ponovnim stavljanjem djeteta na dojku, posebno obraćajući pozornost da dijete široko otvori usta kada uzima bradavicu. Prekidanje sisanja nikada se ne smije činiti nasilnim izvlačenjem bradavice iz usta već umetanjem čistog prsta između vanjskog kuta usana i bradavice, kada se ona može izvaditi bez oštećivanja (8).

Nakon podoja bradavice treba premazati s nekoliko kapi mlijeka i ostaviti da se osuše na zraku. Osim toga, treba izbjegavati često pranje dojki jer se time uklanja prirodni zaštitni masni sloj na koži. Dovoljno je dojke oprati jednom tijekom uobičajene dnevne higijene. Kod pukotina (ragada) na bradavici majka se prije podoja može kratkotrajno ručno izdojiti da se potakne nadolaženje mlijeka, a zatim staviti dijete na prsa. Također, od pomoći može biti premazivanje bradavice tankim slojem lanolina ili masti koja sadrži vitamine A i E. Prije podoja nije potrebno uklanjati prethodno nanесenu mast s bradavice, osim ako dijete odbija dojku (16).

U prvih 24 – 48 sati nakon poroda nastaje početna punoća dojki. To je normalna pojava, a posljedica je veća količina krvi u dojkama i povećano stvaranje mlijeka. Kada se dijete hrani na zahtjev i bez ograničavanja trajanja podoja, osjećaj nelagode zbog početne punoće dojki brzo nestaje. Ako pražnjenje mlijeka nije dostatno, sve veća količina nakupljenog mlijeka i usporen tok krvi u krvnim i limfnim žilama dovest će do nastanka zastoje dojkama – dojka je otečena, bolna, teška, a koža napeta, sjajna i topla. Zastojna dojka javlja se obično 3. do 6. dan nakon poroda, ali može se javiti i kasnije. Najčešće su zahvaćene obje dojke. Majka može imati povišenu tjelesnu temperaturu, obično do 38,5 °C (13, 15).

Zastoj mlijeka liječi se pražnjenjem dojke, najbolje djetetovim sisanjem. Prije podoja dobro je grudi zagrijati vrlo toplim, vlažnim ili suhim oblozima. Jedino kada je zastoj toliko jak da postoji rizik od upale dojke, nužno je izdajanje nakon podoja dok se pritisak u dojci ne smanji. Dobro je promijeniti položaj djeteta na dojci, i to tako da dijete bradicom masira dio dojke gdje se nalazi čvorić (2).

Kada se u zastoj mlijeka prepune alveole razvuku preko svojih granica, one mogu prsnuti tako da malo mlijeka dospije u krvotok. Tijelo tada aktivira svoj imunološki sustav, pa puls i temperatura rastu, a žena ima simptome vrlo slične gripi. Ponekad ima i ranice na bradavici. Najvažniji tretman je ispravan položaj djeteta na prsima, slobodno dojenje – kada i koliko dugo želi dijete, lokalna masaža, odmor, držanje dojki toplima, promjena položaja, oblozi od listova kupusa. Ako se upala ne liječi, lako se može razviti u bakterijsku upalu. Ta je dva stanja prilično teško razlikovati. Ako i nakon 24 sata ne dođe do poboljšanja, majka mora posjetiti liječnika koji će ocijeniti da li je možda riječ o bakterijskoj upali (2).

Bakterijska upala dojke – mastitis može nastati u prvim danima, ali i nekoliko tjedana poslije poroda. To je gnojna upala dojke kojoj je najčešće uzrok bakterija stafilokok aureus. Obično nastaje naglo, najčešće jednostrano, ali može i na obje dojke. Upaljena dojka je otečena, tvrda, crvena, jako bolna, u početku na ograničenom području, kasnije u cjelini, a žena se pritom osjeća bolesnom, uz zimicu i tresavicu, temperaturu višu od 38,4 °C, s boli u mišićima, glavoboljom, mučninom i ponekad povraćanjem (16). Ženi se savjetuju česti podoji, najprije na upaljenoj dojci, a ako je bol prejak, dojenje se započinje na nezahvaćenoj dojci (da se potakne refleks otpuštanja mlijeka), a zatim se treba nastaviti s dojenjem na upaljenoj dojci. Prije podoja se na dojku stavlja topla kupka ili topli oblog, a tijekom podoja dojka se može lagano masirati (masira se iznad zahvaćenog područja od periferije prema bradavici). Ako je dojenje previše bolno ili dijete odbija dojku, potrebno je izdajanje. Izdojeno mlijeko daje se djetetu na šalicu ili žličicom. Nakon podoja/izdajanja mogu se staviti hladni oblozi kako bi se smanjio otok i bol. Upotreba Ibuprofena će smanjiti bol i djelovati protuupalno. U dozi do 1,6 grama dnevno siguran je za uporabu u dojilja jer se do navedene doze gotovo ne izlučuje u mlijeko. Ako se uz sve navedene postupke i uporabu Ibuprofena simptomi ne smanje za 12 – 24 sata, a žena izgleda ozbiljno bolesna, potrebno ju je uputiti liječniku koji će propisati antibiotik. Liječenje traje od 10 do 14 dana. Povišena temperatura u majke i uzimanje antibiotika nisu zapreka dojenju! Nagli prestanak dojenja u majke s mastitisom može dovesti do apscesa dojke (14).

Apsces dojke lokalizirana je upala s razaranjem tkiva dojke i stvaranje šupljine ispunjene gnojem. To je rijetko stanje, a najčešće nastaje nakon upale dojke (mastitisa) ako se

upala zapusti i zakašnjelo primjene potrebni postupci. Apces dojke prati vrlo loše opće stanje, povišena tjelesna temperatura, katkada tresavica, povraćanje, iscrpljenost i klonulost. Zahvaćen dio dojke bolan je, otečen, crven i topao (16). Apces se uklanja kirurškim putem tako da se ugradi cjevčica za pražnjenje (2). Žena može nastaviti dojiti ako se drenažna cjevčica ili kirurški rez nalaze dovoljno daleko od areole da ne bi smetali prihvaćanju dojke. Ako majka ne može ili ne želi dojiti na toj dojci zbog položaja apcesa, mora izdajati mlijeko (17).

1.5. Uvođenje krute hrane (dohrana)

Dohrana je uvođenje novih namirnica (povrća, voća, mesa, žitarica, ribe, jaja...) u prehranu dojenčeta koje se do tada hranilo majčinim mlijekom, dojenačkim mliječnim pripravkom ili njihovom kombinacijom. U stručnoj se literaturi hranjenje djeteta majčinim ili zamjenskim mlijekom uz dodatak drugih namirnica naziva komplementarnom prehranom (18).

Hranidbena vrijednost majčina mlijeka je neupitna, a sastav i omjer bjelančevina, šećera, masti, minerala, vitamina i vode je optimalno prilagođen potrebama rasta i razvoja dojenčeta. Recentna istraživanja pokazuju da majčino mlijeko u cijelosti zadovoljava potrebe za unosom energije i hranidbenih tvari u dojenčadi koja se tijekom prvih šest mjeseci života hrane samo na prsima. Analizirajući učinak dužine isključivog dojenja na rast i razvoj dojenčadi, Kramer i Kakuma su u sistematskom pregledu 16 studija utvrdili da djeca koja su isključivo dojena do šest mjeseci imaju jednako dobar prirast težine i dužine kao i dojenčad isključivo dojena 3-4 mjeseca i to bez obzira jesu li navedene studije obuhvaćale populaciju dojenčadi iz razvijenih zemalja ili zemalja u razvoju (19). Uvođenje dohrane drugim vrstama hrane u razdoblju od 4-6 mjeseci nema utvrđenih energetske-nutritivnih prednosti u odnosu na uvođenje dohrane s navršenih šest mjeseci. Štoviše, ranijim uvođenjem supstituta za mlijeko, dojenčetu se uskraćuju imunološki i drugi protektivni učinci dojenja (20). U skladu s tim, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO od eng. *World Health Organization*), UNICEF (od eng. *United Nations International Children's Emergency Fund*) i Američka pedijatrijska akademija (AAP od eng. *American Academy of Pediatrics*) se u svojim najnovijim preporukama zalažu za isključivo dojenje do šest mjeseci dojenačke dobi, a potom nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu krutim namirnicama najmanje do navršenih godinu dana (21), odnosno dvije godine, pa i duže, dok god to majka i dijete žele (22). Nakon šest mjeseci samo majčino mlijeko nije dovoljno za daljnje potrebe zahtjevnog rasta i razvoja

djeteta. U prosjeku, dojeno dijete u dobi od šest do osam mjeseci namiruje oko 70 % svojih energetske potrebe iz majčina mlijeka, u dobi od devet do jedanaest mjeseci oko 55 %, dok u dobi od 12 do 23 mjeseca svega 40 % svojih energetske potrebe (2).

1.6. Kada započeti s davanjem krute hrane djetetu?

Davanje čvrste hrane prije šestog mjeseca djetetova života se ne preporučuje iz više razloga:

- Čvrsta hrana nije bogata hranjivim tvarima i kalorijama kao majčino mlijeko ili mlijeko iz bočice (23).
- Novorođenčev probavni sustav ne može apsorbirati sve hranjive tvari iz krute hrane, pa ona biva probavljena bez potpunoga hranjivog učinka (23).
- Ako se djetetu prerano počne davati kruta hrana, smanjit će se njegov apetit za mliječne obroke, pa će time dobivati premalo hranjivih tvari (23).
- Djeca kojoj se prerano daje kruta hrana sklonija su infekcijama i alergijama od djece koja se do šestog mjeseca života hrane mliječnim obrocima jer je njihov imunološki sustav nerazvijen (23).

Šest mjeseci života je službeno preporučena dobna granica za uvođenje krute hrane i u Velikoj Britaniji od 2003. godine, godinu nakon što je Svjetska zdravstvena organizacija (WHO od eng. *World Health Organization*) iznijela preporuke kako bi djecu do šest mjeseci trebalo hraniti isključivo majčinim mlijekom, nakon čega se postupno može uvoditi kruta hrana (22).

Prilikom uvođenja dohrane treba imati u vidu nekoliko uvjeta. Početak dohrane ovisi o djetetovoj dobi i o njegovom psihomotornom sazrijevanju. Dijete mora doseći određeni stupanj psihičkih i motornih sposobnosti da bi moglo prihvatiti nemliječnu hranu: mora čvrsto i uspravno držati glavu, reagirati na hranu, spontano otvarati usta kad mu se hrana prinosi žličicom i bez poteškoća gutati. Važno je istaknuti da uvođenje nemliječne hrane nije zamjena za obrok dojenja, već je dodatak prehrani na prsima (24).

1.7. Odabir namirnica

Iako postoji sklonost točnom određivanju dobi u kojoj valja dati voće, žitarice, povrće i meso, već je dugo vremena razvidno da nije posebno važno započeti li se dohrana jabukom, mrkvom, rižom ili krumpirom (25). Kojom ćemo namirnicom započeti ovisi o prehrambenim navikama obitelji, no valja se podsjetiti da se dijete rađa s većom sklonošću prema slatkoj i

slanoj hrani, a s prirođenom odbojnošću prema gorkom i ljutom okusu. Nuđenjem hrane koja nije ni slatka ni slana, većina će djece prihvatiti prehranu kojom će u budućnosti, prema današnjim spoznajama, biti manje sklona nastanku pretilosti i hipertenzije (25, 26).

Pojedine namirnice češće uzrokuju imunološki posredovane reakcije preosjetljivosti. To su mlijeko, riba, bjelanjak jajeta, školjke, gluten, soja, kikiriki i jezgričavo voće (orasi, lješnjaci...). Stoga je u proteklih nekoliko desetljeća savjetovano da se s njima započne što kasnije, tijekom prve ili čak druge godine života, pogotovo u djece s pozitivnom atopijskom predispozicijom. Nedavno dovršene velike prospektivne studije ne potvrđuju ispravnost dosadašnjih preporuka. Kasni početak dohrane (> 6 mjeseci života) i odgođeno davanje alergeni namirnica, povećavaju rizik za nastanak atopije, pogotovo u djece koja u trenutku uvođenja raznovrsnih namirnica više nisu na majčinim prsima (27, 28, 29, 30). Dosadašnje „stare“ preporuke nisu rezultat samo nedostatnog znanja, već drukčijih običaja u prehrani male djece. Naime, prije tri do četiri desetljeća i u razvijenim zemljama djeca su bila mnogo kraće dojena, u sklopu umjetne prehrane često je davano razrijeđeno kravlje mlijeko, a dojenče se počelo dohranjivati vrlo rano, već u prvim tjednima života. Taj se vid prehrane i danas smatra rizičnim za pojavu atopijskih bolesti, ako zanemarimo sva njezina druga loša svojstva (31). U pogledu alergije jedina dijetetska mjera za koju u ovom trenutku možemo s pouzdanjem reći da ima preventivnu ulogu isključivo je dojenje tijekom prvih četiri do šest mjeseci djetetova života (25, 32, 33, 34). Odgađanje početka dohrane i nakon navršenog šestog mjeseca ne sprječava, štoviše, može i pridonijeti razvoju atopije (27, 28, 29, 30) pa se stoga ne preporuča. Što se tiče ostalih dijetetskih mjera, u ovom trenutku ne postoji znanstvenih dokaza na temelju kojih možemo preporučiti eliminacijsku prehranu (eliminacija alergeni namirnica) trudnicama, dojiljama ili dojenčadi nakon šest mjeseca života, bez obzira na to jesu li opterećeni pozitivnom atopijskom predispozicijom ili nisu (25, 32, 33, 35).

Glede žitarica s glutenom, njihovo kasnije uvođenje u dojenačku prehranu ne sprječava ni celijakiju niti alergiju na gluten. Štoviše, kasnije uvođenje glutena te početak davanja žitarica s glutenom kada dijete više nije na prsima, povećavaju mogućnost za razvoj manifestne celijakije (36, 37).

U prehranu djece do godinu dana nije preporučljivo dodavati sol jer funkcije bubrega nisu dovoljno razvijene. Važno je da okuse namirnice u punini okusa, bez dodane soli ili šećera. Prije djetetove prve godine ne preporuča se davati kravlje mlijeko, agrume ni med. Kravlje mlijeko nije dobar izvor željeza, pa njegova upotreba u prehrani djece može izazvati anemiju. Agrumi mogu izazvati pojavu bolnog pelenskog osipa, a med može sadržavati spore koje uzrokuju botulizam (2).

2. HIPOTEZE

Uzimajući u obzir osnovu problema i ciljeve istraživanja, osnovne hipoteze ovog rada su slijedeće:

1. Žene starije dobi, obrazovanije, udane, većih primanja, većeg broja djece, dužeg porodiljnog dopusta te s prethodnom namjerom dojenja duže doje, dok pušačice cigareta te žene koje ostanu u bolnici duže od 72 sata iza poroda kraće doje svoju djecu.
2. Žene starije dobi, obrazovanije, većih primanja, većeg broja djece, polaznice trudničkih tečajeva te dojilje prvih šest mjeseci kasnije uvode krutu hranu dok pušačice, one s muškim djetetom te one koje su dobile besplatne uzorke hrane ranije uvode krutu hranu.

3. CILJ RADA

Ciljevi rada su:

1. Ispitati da li različiti sociodemografski, osobni te okolišni čimbenici utječu na vremensku duljinu dojenja i vrijeme uvođenja krute hrane kod djece.
2. Utvrditi da li dob, razina obrazovanja, bračni status, broj djece, trajanje porodiljnog dopusta s prethodno utvrđenom namjerom dojenja, utječe na duljinu dojenja.
3. Utvrditi da li žene koje puše cigarete te žene koje ostaju u bolnici duže od 72 sata iza poroda kraće doje svoju djecu.
4. Utvrditi da li žene starije dobi, većeg stupnja obrazovanja, većih primanja, s većim brojem djece, žene koje su dojile prvih šest mjeseci te one koje su pohađale trudničke tečajeve kasnije uvode krutu hranu svojoj djeci.
5. Utvrditi da li žene koje puše cigarete, one s muškim djetetom te one koje su dobile besplatne uzorke hrane ranije uvode krutu hranu svojoj djeci.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Prema specifičnom ustroju studija je presječna (opservacijska skupina), odnosno obzirom na vremensku orijentaciju retrospektivna.

4.2. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovale 134 žene koje su rodile u periodu od 1.1.2013. do 1.3.2015. na području u nadležnosti Doma zdravlja Zagreb - zapad. Trajanje istraživanja je iznosilo dva mjeseca.

4.3. Metode

Podatci su se prikupljali putem anketnog upitnika koji se temelji na upitniku korištenom u istraživanju Cunningham, Jackson i Oickle (revidirano 2009.) (38). Sastoji se iz tri dijela s ukupno 28 pitanja. Prvi dio obuhvaća devet pitanja općih podataka (dob, razina obrazovanja, bračni status, broj dosadašnje djece, socioekonomski status), drugi dio čini devet pitanja koja su vezana uz stavove o trudnoći i dojenju, dok je treći dio vezan uz stavove nakon poroda (10 pitanja). Veći broj pitanja ima ponuđene odgovore, a na dvije skupine pitanja odgovori su dani Likertovom skalom (1- potpuno se ne slažem, 2-djelomično se ne slažem, 3- ne slažem se, 4-slažem se i 5-potpuno se slažem).

4.4. Statističke metode

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike kategorijskih varijabli testirane su χ^2 testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su u slučaju odstupanja od normalne raspodjele Mann-Whitneyevim U testom, a u slučaju 3 i više skupina testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na $p=0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

5. REZULTATI

5.1. Osnovna obilježja ispitanica

Istraživanje je provedeno na 134 ispitanice od kojih je najviše, njih 59 (44 %) u dobi od 26 do 30 godina, a prema razini obrazovanja njih 59 (44 %) je visoke stručne spreme. U braku je 127 (94,8 %) ispitanica, a najviše ih do sada ima dvoje djece, njih 71 (53 %). U kućanstvu, zajedno s partnerom i ostalom djecom živi 78 (58,2 %) ispitanica, a mjesečni prihodi (ako rade) ili prihodi prije roditeljnog dopusta (ako su na roditeljnog dopustu) su kod većine od 2.000 kn do 5.000 kn (Tablica 5.1).

Tablica 5.1. Osnovna obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica
Dobne skupine	
19 do 25	11 (8,2)
26 do 30	59 (44)
31 do 35	50 (37,3)
36 i više	14 (10,4)
Bračno stanje	
U braku	127 (94,8)
Nisu u braku	7 (5,2)
Broj djece koju imaju do sada	
1	43 (32,1)
2	71 (53)
3	15 (11,2)
4	4 (3)
5	1 (0,7)
Suživot u kućanstvu	
Partner	42 (31,3)
Partner i ostala djeca	78 (58,2)
Sama s djetetom/ ostalom djecom	1 (0,7)
Roditelji/ šira obitelj	9 (6,7)
Ostalo	4 (3)
Razina obrazovanja	
SSS	50 (37,3)
VŠS	25 (18,7)
VSS	59 (44)
Mjesečni prihodi (ako rade), odnosno prihodi prije roditeljnog dopusta	
manje od 2.000 kn	12 (9)
2.000 - 5.000 kn	56 (41,8)
5.001 - 10.000 kn	51 (38,1)
10.001 - 15.000 kn	11 (8,2)
15.001 kn ili više	4 (3)
Ukupno	134 (100)

Po 35 (26,1 %) ispitanica navodi da im je dijete u dobi od 14 - 19 mjeseci starosti ili od 20 - 25 mjeseci, podjednako su zastupljeni prema spolu. Najviše ispitanica, njih 73 (54,5 %) koristilo je rodiljni dopust u trajanju od 12 do 23 mjeseca (Tablica 5.2).

Tablica 5.2. Obilježja djeteta i trajanje rodiljnog dopusta

	Broj (%) ispitanica
Trenutna dob djeteta	
8 - 13 mjeseci	19 (14,2)
14 - 19 mjeseci	35 (26,1)
20 - 25 mjeseci	35 (26,1)
26 - 31 mjesec	31 (23,1)
32 i više mjeseci	14 (10,4)
Spol djeteta	
Žensko	69 (51,5)
Muško	65 (48,5)
Koliko dugo su koristile rodiljni dopust	
manje od 6 mjeseci	2 (1,5)
6 - 11 mjeseci	49 (36,6)
12 - 23 mjeseca	73 (54,5)
24 - 36 mjeseci	10 (7,5)
Ukupno	134(100)

5.2. Trudnoća i dojenje

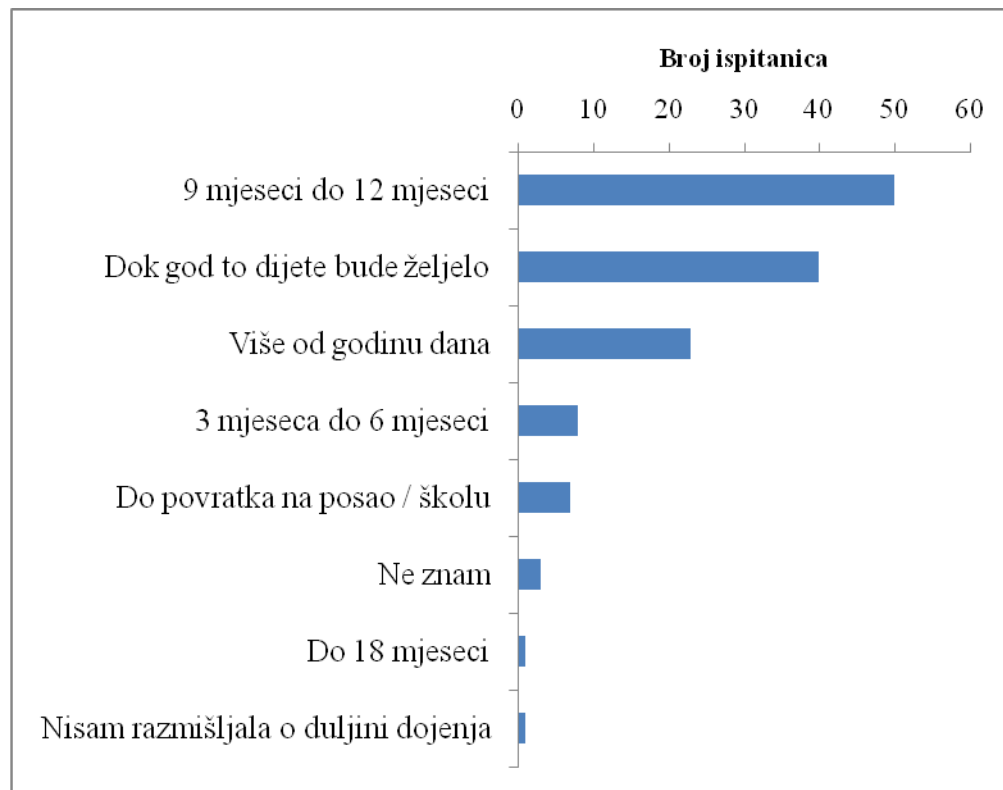
Prije nego li su zatrudnjele 69 (51,5 %) ispitanica je već odlučilo na koji način će hraniti svoje dijete, 45 ispitanica (33,6 %) je odlučilo tijekom trudnoće, a 13 (9,7 %) nakon rođenja djeteta. Majčino mlijeko kao isključiv odabir navodi 121 (90,3 %) ispitanica, jedna ispitanica navodi isključivo adaptirano mlijeko, a njih 11 (8,2 %) kombinaciju majčinog i adaptiranog mlijeka, bez značajnih razlika prema dobi ispitanica (Tablica 5.3).

Tablica 5.3. Odluke o hranjenju prema dobi ispitanica

	Broj (%) ispitanika prema dobnim skupinama					p*
	19 - 25	26 - 30	31 - 35	36 i više	Ukupno	
Kada su odlučile kako će hraniti svoje dijete						
Prije nego što sam zatrudnjela	4 (36,4)	32 (54,2)	23 (46)	10 (71,4)	69 (51,5)	0,228
Tijekom trudnoće	4 (36,4)	20 (33,9)	18 (36)	3 (21,4)	45 (33,6)	
Nakon rođenja djeteta	1 (9,1)	5 (8,5)	6 (12)	1 (7,1)	13 (9,7)	
Tijekom boravka u rodilištu	0	2 (3,4)	0	0	2 (1,5)	
Ne znam	2 (18,2)	0	3 (6)	0	5 (3,7)	
Čime su tijekom trudnoće namjeravale hraniti novorođenče po rođenju						
Isključivo majčinim mlijekom	10(90,9)	56 (94,9)	44 (88)	11 (78,5)	121 (90,3)	0,592
Kombinacijom majčinog i adaptiranog mlijeka	1 (9,1)	3 (5,1)	4 (8)	3 (21,4)	11 (8,2)	
Isključivo adaptiranim mlijekom	0	0	1 (2)	0	1 (0,7)	
Ne znam	0	0	1 (2)	0	1 (0,7)	
Ukupno	11 (100)	59 (100)	50 (100)	14 (100)	134 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Tijekom trudnoće najviše ispitanica, njih 50 (37,3 %) planiralo je dojiti od 9 do 12 mjeseci, dok god dijete bude željelo navodi 40 (29,9 %) ispitanica, a da planiraju dojiti više od godinu dana navode 23 (17,2 %) ispitanice (Slika 5.1).



Slika 5.1. Ispitanice prema tome koliko su planirale dojiti, tijekom trudnoće

Značajno više ispitanica koje su planirale dulje dojiti to i čine (Fisherov egzaktni test, $p = 0,042$) (Tablica 5.4).

Tablica 5.4. Ostvarena duljina dojenja prema planiranoj duljini dojenja

	Broj (%) ispitanica prema duljini dojenja u mjesecima							p*
	0-5	6-11	12-17	18-23	24 i više	Još dojim	Ukupno	
Tijekom trudnoće koliko dugo ste planirali dojiti Vaše dijete								
3 - 6 mjeseci	5 (15)	1 (4)	1 (2)	1 (8)	0	0	8 (6)	0,042
9 - 12 mjeseci	16 (48)	14 (54)	16 (34)	1 (8)	1 (17)	2 (22)	50 (38)	
više od godinu dana	1 (3)	1 (4)	12 (26)	6 (50)	2 (33)	1 (11)	23 (17)	
do povratka na posao/ školu	1 (3)	3 (12)	3 (6)	0	0	0	7 (5)	
Dok god dijete bude željelo	9 (27)	7 (27)	12 (26)	4 (33)	3 (50)	5 (56)	40 (30)	
Ostalo	0	0	0	0	0	1 (11)	1 (1)	
Ne znam	1 (3)	0	3 (6)	0	0	0	4 (3)	
Ukupno	33 (100)	26 (100)	47 (100)	12 (100)	6 (100)	9 (100)	133 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Da bi odredili stavove ispitanica o majčinu mlijeku, ispitanice su odgovarale na sedam pitanja. Najveće je slaganje s tvrdnjama da je majčino mlijeko najzdravija hrana za novorođenče/dojenče, da je uvijek svježije i sterilno te da je najpraktičnija prehrana za novorođenče/dojenče.

Najveće neslaganje ispitanica je s tvrdnjom da majčino mlijeko pruža zaštitu od alergijskih bolesti te da smanjuje rizik od razvoja raznih bolesti (osip, bronhitis, astma, imunološke bolesti, respiratorne infekcije...) (Tablica 5.5).

Tablica 5.5. Slaganje s tvrdnjama o majčinu mlijeku

	Potpuno se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Potpuno se slažem	Ukupno
Majčino mlijeko je najzdravija hrana za novorođenče/dojenče	4 (3)	1 (0,7)	0	7 (5,2)	122 (91)	134 (100)
Majčino mlijeko štiti dijete od infekcija	3 (2,2)	5 (3,7)	3 (2,2)	19 (14,2)	104 (77,6)	134 (100)
Majčino mlijeko smanjuje rizik od razvoja raznih bolesti (osip, bronhitis, astma, imunološke bolesti, respiratorne infekcije...)	3 (2,2)	8 (6)	4 (3)	29 (21,6)	90 (67,2)	134 (100)
Majčino mlijeko pruža zaštitu od alergijskih bolesti	5 (3,7)	7 (5,2)	8 (6)	33 (24,6)	81 (60,4)	134 (100)
Majčino mlijeko je najpraktičnija prehrana za novorođenče/dojenče	4 (3)	3 (2,2)	2 (1,5)	13 (9,7)	112 (83,6)	134 (100)
Majčino mlijeko u potpunosti zadovoljava djetetove potrebe za tekućinom i hranom u prvih šest mjeseci	3 (2,2)	3 (2,2)	5 (3,7)	22 (16,4)	101 (75,4)	134 (100)
Majčino mlijeko je uvijek svježije i sterilno	4 (3)	1 (0,7)	1 (0,7)	14 (10,4)	114 (85,1)	134 (100)

Tijekom trudnoće trudničkom tečaju prisustvovala su 84 (62,7 %) ispitanica, a njih 42 (31,3 %) posjetila je patronažna sestra za vrijeme trudnoće. Tijekom trudnoće 16 ispitanica (12 %) je pušilo cigarete, a 14 (10 %) je prestalo kada su saznale da su trudne. Dnevno su pušile tijekom trudnoće najviše 5 cigareta / dan 14 (52 %) ispitanica, njih 8 (30 %) od 6 do 10 cigareta / dan, a samo jedna više od jedne kutije (20 cigareta) na dan, bez značajne razlike prema dobnim skupinama. Nakon poroda 20 (15 %) ispitanica puši cigarete, bez značajne razlike prema dobi (Tablica 5.6).

Tablica 5.6. Navika pušenja cigareta prema dobnim skupinama

	Broj (%) ispitanica prema dobnim skupinama					p*
	19 - 25	26 - 30	31 - 35	36 i više	Ukupno	
Pušenje cigareta tijekom trudnoće						
Da	1 (9)	8 (14)	5 (10)	2 (14)	16 (12)	0,833
Da, dok nisam saznala da sam trudna	2 (18)	6 (10)	6 (12)	0	14 (10)	
Ne	8 (73)	45 (76)	39 (78)	12 (86)	104 (78)	
Koliko cigareta dnevno su pušile tijekom trudnoće						
1 - 5 cigareta / dan	2 (67)	5 (38)	6 (67)	1 (50)	14 (52)	0,803
6 - 10 cigareta / dan	1 (33)	5 (38)	2 (22)	0	8 (30)	
11 - 19 cigareta / dan	0	2 (15)	1 (11)	1 (50)	4 (15)	
20 i više cigareta / dan	0	1 (8)	0	0	1 (4)	
Jesu li pušile cigarete nakon poroda						
Da	0	9 (15)	8 (16)	3 (21)	20 (15)	0,485
Ne	11 (100)	50 (85)	42 (84)	11 (79)	114 (85)	
Ukupno	11 (100)	59 (100)	50 (100)	14 (100)	134 (100)	

*Fisherov egzakti test

Sve ispitanice su rodile u bolnici. U bolnici su ostale od 24 - 72 sata, 95 (71 %) ispitanica, a prema načinu poroda 107 (80 %) ispitanica je imalo vaginalni porod (Tablica 5.7).

Tablica 5.7. Način poroda i duljina boravka u bolnici nakon poroda prema dobnim skupinama

	Broj (%) ispitanica prema dobnim skupinama					p*
	19 - 25	26 - 30	31 - 35	36 i više	Ukupno	
Koliko su ostale u bolnici nakon rođenja djeteta						
24 - 72 sata	10 (91)	38 (64)	37 (74)	10 (71)	95 (71)	0,341
Više od 72 sata	1 (9)	21 (36)	13 (26)	4 (29)	39 (29)	
Način poroda s posljednjim djetetom						
Vaginalni porod	9 (82)	43 (73)	45 (90)	10 (71)	107 (80)	0,093
Carski rez	2 (18)	16 (27)	5 (10)	4 (29)	27 (20)	
Ukupno	11 (100)	59 (100)	50 (100)	14 (100)	134 (100)	

* χ^2 test

Na oblikovanje stava o dojenju u potpunosti utjecaj nisu imali mediji, za 37 (27,6 %) ispitanica, ginekolog za 48 (35,8 %) ispitanica, a zdravstveno osoblje na trudničkom tečaju za 41 (30,6 %) ispitanica. Obitelj je imala utjecaj u potpunosti za 71 (53 %) ispitanica, zdravstveno osoblje u rodilištu za 68 (50,7 %) ispitanica te patronažna sestra za 97 (72,4 %) ispitanica (Tablica 5.8).

Tablica 5.8. Ispitanice prema utjecaju na oblikovanje stava o dojenju

	Potpuno se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Potpuno se slažem	Ukupno
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecali su mediji	37(27,6)	14(10,4)	45(33,6)	35(26,1)	3(2,2)	134(100)
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecala je obitelj	20(14,9)	10(7,5)	33(24,6)	49(36,6)	22(16,4)	134(100)
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecali su prijatelji	26(19,4)	10(7,5)	48(35,8)	34(25,4)	16(11,9)	134(100)
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecao je ginekolog	48(35,8)	9(6,7)	56(41,8)	14(10,4)	7(5,2)	134(100)
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecalo je zdravstveno osoblje u rodilištu	21(15,7)	13(9,7)	32(23,9)	46(34,3)	22(16,4)	134(100)
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecalo je zdravstveno osoblje na trudničkom tečaju	41(30,6)	5(3,7)	31(23,1)	40(29,9)	17(12,7)	134(100)
Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecala je patronažna sestra	16(11,9)	2(1,5)	19(14,2)	45(33,6)	52(38,8)	134(100)

Na isključivo dojenje u prvih šest mjeseci djetetova života nema značajne razlike prema sociodemografskim čimbenicima (Tablica 5.9).

Tablica 5.9. Ispitanice prema obilježjima i isključivom dojenju u prvih šest mjeseci djetetova života

	Broj (%) ispitanica s obzirom na to jesu li isključivo dojile prvih šest mjeseci djetetova života			p*
	Da	Ne	Ukupno	
Dobne skupine				
19 do 25	9 (10)	2 (4)	11 (8)	0,614
26 do 30	39 (45)	20 (43)	59 (44)	
31 do 35	30 (34)	20 (43)	50 (37)	
36 i više	9 (10)	5 (11)	14 (10)	
Bračno stanje				
U braku	82 (94)	45 (96)	127 (95)	>0,950
Nisu u braku	5 (6)	2 (4)	7 (5)	
Broj djece koju imaju do sada				
1	27 (31)	16 (34)	43 (32)	0,741
2	44 (51)	27 (57)	71 (53)	
3	12 (14)	3 (6)	15 (11)	
4	3 (3)	1 (2)	4 (3)	
5	1 (1)	0	1 (1)	
Suživot u kućanstvu				
Partner	26 (30)	16 (34)	42 (31)	0,452
Partner i ostala djeca	53 (61)	25 (53)	78 (58)	
Sama s djetetom/ ostalom djecom	1 (1)	0	1 (1)	
Roditelji/ šira obitelj	6 (7)	3 (6)	9 (7)	
Ostalo	1 (1)	3 (6)	4 (3)	
Razina obrazovanja				
SSS	31 (36)	19 (40)	50 (37)	0,889
VŠS	17 (20)	8 (17)	25 (19)	
VSS	39 (45)	20 (43)	59 (44)	
Mjesečni prihodi (ako rade), odnosno prihodi prije roditeljnog dopusta				
manje od 2.000 kn	7 (8)	5 (11)	12 (9)	0,516
2.000 - 5.000 kn	37 (43)	19 (40)	56 (42)	
5.001 - 10.000 kn	35 (40)	16 (34)	51 (38)	
10.001 - 15.000 kn	7 (8)	4 (9)	11 (8)	
15.001 kn ili više	1 (1)	3 (6)	4 (3)	
Ukupno	87 (100)	47 (100)	134 (100)	

* χ^2 test

Nema značajnih razlika u isključivom dojenju u prvih šest mjeseci djetetova života prema spolu djece, dužini rodiljnog dopusta te planiranju ishrane tijekom trudnoće (Tablica 5.10).

Tablica 5.10. Ispitanice prema spolu djeteta, korištenju rodiljnog dopusta, te planiranju ishrane novorođenčeta po rođenju i isključivom dojenju u prvih šest mjeseci djetetova života

	Broj (%) ispitanica s obzirom na to jesu li isključivo dojile prvih šest mjeseci djetetova života			p*
	Da	Ne	Ukupno	
Spol djeteta				
Žensko	40 (46)	29 (62)	69 (51)	0,104
Muško	47 (54)	18 (38)	65 (49)	
Koliko dugo su koristili rodiljni dopust				
manje od 6 mjeseci	2 (2)	0	2 (1)	0,387
6 - 11 mjeseci	34 (39)	15 (32)	49 (37)	
12 - 23 mjeseca	43 (49)	30 (64)	73 (54)	
24 - 36 mjeseci	8 (9)	2 (4)	10 (7)	
Čime su namjeravali hraniti novorođenče po rođenju tijekom trudnoće				
Isključivo majčinim mlijekom	82 (94)	39 (83)	121 (90)	0,052 [†]
Kombinacijom majčinog i adaptiranog mlijeka	5 (6)	6 (13)	11 (8)	
Isključivo adaptiranim mlijekom	0	1 (2)	1 (1)	
Ne znam	0	1 (2)	1 (1)	
Ukupno	87 (100)	47 (100)	134 (100)	

* χ^2 test; [†]Fisherov egzakti test

U prvih pet mjeseci prestale su dojiti 34 (25,4 %) ispitanica, od 6 - 11 mjeseci starosti djeteta 26 (19,4 %) ispitanica, od 12 - 17 mjeseci starosti djeteta 38 (28,4 %) ispitanica, od 18 - 23 mjeseca 12 (9 %) ispitanica, od 24 i više mjeseci starosti djeteta 6 (4,5 %) ispitanica. Još uvijek doji 18 (13,4 %) ispitanica.

Nema značajnih razlika u duljini dojenja prema obilježjima ispitanica, osim prema razini obrazovanja, gdje ispitanice visoke stručne spreme ranije prestaju s dojenjem u odnosu na ispitanice srednje stručne spreme (Fisherov egzakti test, $p=0,045$) (Tablica 5.11 i Tablica 5.12).

Tablica 5.11. Duljina dojenja prema obilježjima ispitanica (I. dio)

	Broj (%) ispitanica prema duljini dojenja u mjesecima							p*
	0-5	6-11	12-17	18-23	24 i više	još dojim	Ukupno	
Dobne skupine								
19 do 25	2 (6)	3 (12)	3 (8)	0	0	3 (17)	11 (8)	0,609
26 do 30	13 (38)	11 (42)	17 (45)	5 (42)	5 (83)	8 (44)	59 (44)	
31 do 35	15 (44)	8 (31)	16 (42)	4 (33)	1 (17)	6 (33)	50 (37)	
36 i više	4 (12)	4 (15)	2 (5)	3 (25)	0	1 (6)	14 (10)	
Bračno stanje								
U braku	33 (97)	25 (96)	35 (92)	12 (100)	6 (100)	16 (89)	127 (95)	0,660
Nisu u braku	1 (3)	1 (4)	3 (8)	0	0	2 (11)	7 (5)	
Broj djece koju imaju do sada								
1	11 (32)	6 (23)	9 (24)	4 (33)	3 (50)	10 (56)	43 (32)	0,150
2	19 (56)	17 (65)	21 (55)	6 (50)	2 (33)	6 (33)	71 (53)	
3	3 (9)	3 (12)	7 (18)	1 (8)	0	1 (6)	15 (11)	
4	1 (3)	0	1 (3)	0	1 (17)	1 (6)	4 (3)	
5	0	0	0	1 (8)	0	0	1 (1)	
Suživot u kućanstvu								
Partner	11 (32)	7 (27)	10 (26)	2 (17)	3 (50)	9 (50)	42 (31)	0,407
Partner i ostala djeca	19 (56)	17 (65)	26 (68)	8 (67)	3 (50)	5 (28)	78 (58)	
Sama s djetetom/ ostalom djecom	0	0	0	0	0	1 (6)	1 (1)	
Roditelji/šira obitelj	2 (6)	2 (8)	1 (3)	2 (17)	0	2 (11)	9 (7)	
Ostalo	2 (6)	0	1 (3)	0	0	1 (6)	4 (3)	
Razina obrazovanja								
SSS	18 (53)	7 (27)	11 (29)	3 (25)	1 (17)	10 (56)	50 (37)	0,045
VŠS	2 (6)	6 (23)	7 (18)	5 (42)	3 (50)	2 (11)	25 (19)	
VSS	14 (41)	13 (50)	20 (53)	4 (33)	2 (33)	6 (33)	59 (44)	
Mjesečni prihodi (ako rade), odnosno prihodi prije rodiljnog dopusta								
manje od 2.000 kn	6 (18)	2 (8)	2 (5)	0	0	2 (11)	12 (9)	0,875
2.000 - 5.000 kn	14 (41)	11 (42)	14 (37)	5 (42)	4 (67)	8 (44)	56 (42)	
5.001 - 10.000 kn	11 (32)	10 (38)	16 (42)	6 (50)	1 (17)	7 (39)	51 (38)	
10.001 - 15.000 kn	1 (3)	2 (8)	5 (13)	1 (8)	1 (17)	1 (6)	11 (8)	
15.001 kn ili više	2 (6)	1 (4)	1 (3)	0	0	0	4 (3)	
Ukupno	34 (100)	26 (100)	38 (100)	12 (100)	6 (100)	18 (100)	134 (100)	

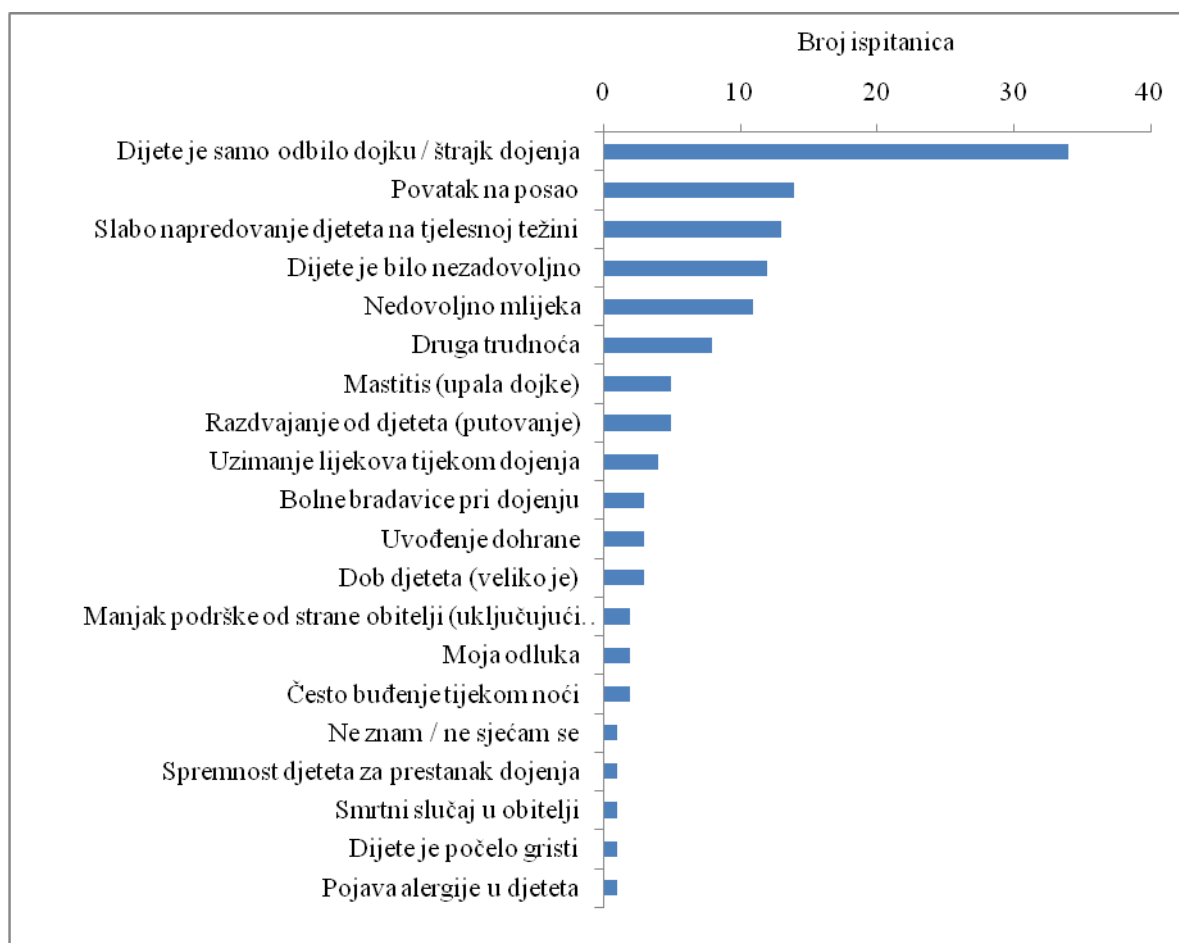
*Fisherov egzaktni test

Tablica 5.12. Duljina dojenja prema obilježjima ispitanica (II. dio)

	Broj (%) ispitanica prema duljini dojenja u mjesecima							p*
	0-5	6-11	12-17	18-23	24 i više	još dojim	Ukupno	
Spol djeteta								
Žensko	20 (59)	15 (58)	17 (45)	7 (58)	3 (50)	7 (39)	69 (51)	0,669
Muško	14 (41)	11 (42)	21 (55)	5 (42)	3 (50)	11 (61)	65 (49)	
Koliko dugo su koristile rodiljni dopust								
manje od 6 mjeseci	0	2 (8)	0	0	0	0	2 (1)	0,227
6 - 11 mjeseci	10 (29)	7 (27)	14 (37)	4 (33)	3 (50)	11 (61)	49 (37)	
12 - 23 mjeseca	23 (68)	15 (58)	21 (55)	7 (58)	2 (33)	5 (28)	73 (54)	
24 - 36 mjeseci	1 (3)	2 (8)	3 (8)	1 (8)	1 (17)	2 (11)	10 (7)	
Čime su tijekom trudnoće namjeravale hraniti novorođenče po rođenju								
Isključivo majčinim mlijekom	27 (79)	22 (85)	37 (97)	11 (92)	6 (100)	18 (100)	121 (90)	0,326
Kombinacijom majčinog i adaptiranog mlijeka	6 (18)	4 (15)	0	1 (8)	0	0	11 (8)	
Isključivo adaptiranim mlijekom	1 (3)	0	0	0	0	0	1 (1)	
Ne znam	0	0	1 (3)	0	0	0	1 (1)	
Koliko su ostale u bolnici nakon rođenja djeteta								
24 - 72 sata	21 (62)	20 (77)	29 (76)	9 (75)	4 (67)	12 (67)	95 (71)	0,749
Više od 72 sata	13 (38)	6 (23)	9 (24)	3 (25)	2 (33)	6 (33)	39 (29)	
Pušenje cigareta nakon poroda								
Da	7 (21)	5 (19)	4 (11)	1 (8)	0	3 (17)	20 (15)	0,650
Ne	27 (79)	21 (81)	34 (89)	11 (92)	6 (100)	15 (83)	114 (85)	
Mjesečni prihodi (ako rade), odnosno prihodi prije rodiljnog dopusta								
manje od 2.000 kn	6 (18)	2 (8)	2 (5)	0	0	2 (11)	12 (9)	0,875
2.000 - 5.000 kn	14 (41)	11 (42)	14 (37)	5 (42)	4 (67)	8 (44)	56 (42)	
5.001 - 10.000 kn	11 (32)	10 (38)	16 (42)	6 (50)	1 (17)	7 (39)	51 (38)	
10.001 - 15.000 kn	1 (3)	2 (8)	5 (13)	1 (8)	1 (17)	1 (6)	11 (8)	
15.001kn ili više	2 (6)	1 (4)	1 (3)	0	0	0	4 (3)	
Ukupno	34 (100)	26 (100)	38 (100)	12 (100)	6 (100)	18 (100)	134 (100)	

*Fisherov egzaktni test

Najčešći razlog prestanka dojenja je kada dijete samo odbije dojku navode 34 (25,4 %) ispitanica, povratak na posao 14 (10,4 %) ispitanica te slabo napredovanje na tjelesnoj težini 13 (9,7 %) ispitanica (Slika 5.2).



Slika 5.2. Razlog prestanka dojenja

5.3. Kruta hrana

Uvođenjem krute hrane kod djece započelo se u medijanu dobi od šest mjeseci (interkvartilnog raspona 5 do 6 mjeseci) u rasponu od 2 do 12 mjeseci. Uzorke hrane za dojenče (kašice, adaptirano mlijeko, ..) zaprimile su 33 (24,6 %) ispitanica, a iskoristile su za hranjenje svog djeteta njih 16 (11,9 %), dok ih se 7 (5,2 %) ne sjeća, a 10 (7,5 %) ispitanica nije iskoristilo hranu. Krutu hranu ranije uvode ispitanice srednje stručne spreme (Kruskal Wallis test, $p=0,022$), zatim ispitanice kojima su mjesečni prihodi 15.001 kn i više (Kruskal Wallis test, $p=0,016$), one ispitanice koje nisu isključivo dojile u prvih šest mjeseci (Kruskal Wallis test, $p<0,001$) (Tablica 5.13), te ispitanice koje imaju muško dijete (Mann Whitney U test, $p=0,047$) (Tablica 5.14), dok po ostalim obilježjima nema značajne razlike.

Tablica 5.13. Dob djece (mjeseci) pri uvođenju krute hrane prema obilježjima (I. dio)

	Dob (mjeseci)		p*
	Medijan (inter. raspon)	Minimum - Maksimum	
Dobne skupine			
19 do 25	5 (4 - 6)	4 - 8	0,692
26 do 30	6 (5 - 6)	2 - 11	
31 do 35	6 (5 - 6)	4 - 7	
36 i više	5,5 (4 - 6)	3 - 12	
Bračno stanje			
U braku	6 (5 - 6)	2 - 12	0,713
Nisu u braku	6 (4 - 7)	4 - 8	
Broj djece koju imaju do sada			
1	6 (5 - 6)	4 - 7	0,430
2	5 (5 - 6)	2 - 11	
3	6 (4 - 6)	3 - 12	
4	6 (5,25 - 6)	5 - 6	
5	7	7	
Suživot u kućanstvu			
Partner	6 (4,75 - 6)	4 - 7	0,403
Partner i ostala djeca	6 (5 - 6)	2 - 12	
Sama s djetetom/ ostalom djecom	7	7	
Roditelji/ šira obitelj	6 (5 - 6)	4 - 11	
Ostalo	5,5 (3,5 - 6)	3 - 6	
Razina obrazovanja			
SSS	5 (4 - 6)	2 - 12	0,022
VŠS	6 (5 - 6)	4 - 11	
VSS	6 (5 - 6)	4 - 9	
Mjesečni prihodi (ako rade), odnosno prihodi prije roditeljnog dopusta			
manje od 2.000 kn	5 (4,25 - 6)	2 - 7	0,016
2.000 - 5.000 kn	6 (5 - 6)	3 - 11	
5.001 - 10.000 kn	6 (5 - 6)	4 - 12	
10.001 - 15.000 kn	5 (4 - 6)	4 - 6	
15.001kn ili više	4,5 (4 - 5)	4 - 5	
Isključivo dojile u prvih šest mjeseci			
Da	6 (6 - 6)	4 - 12	<0,001
Ne	5 (4 - 5)	2 - 6	
Pohađale trudničke tečajeve			
Da	6 (5 - 6)	2 - 9	0,678
Ne	6 (5 - 6)	3 - 12	
Ukupno	6 (5 - 6)	2 - 12	

*Mann Whitney U test; †Kruskal-Wallis test

Tablica 5.14. Dob djece (mjeseci) pri uvođenju krute hrane prema obilježjima (II. dio)

	Dob (mjeseci)		p*
	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum - Maksimum	
Pušenje cigareta			
Da	5 (4 - 6)	3 - 7	0,142
Ne	6 (5 - 6)	2 - 12	
Spol djeteta			
Muško	5 (5 - 6)	2 - 12	0,047
Žensko	6 (5 - 6)	4 - 11	
Zaprimili uzorke hrane za dojenče (kašice, adaptirano mlijeko..)			
Da	6 (5 - 6)	3 - 9	0,888
Ne	6 (5 - 6)	2 - 12	
Iskoristili uzorke hrane za hranjenje svog djeteta			
Da	5,5 (5 - 6)	3 - 7	0,468 [†]
Ne	6 (5 - 6)	2 - 12	
Ne znam	6 (5 - 6)	5 - 9	
Ukupno	6 (5 - 6)	2 - 12	

*Mann Whitney U test;[†]Kruskal-Wallis test

6. RASPRAVA

Istraživanje o duljini dojenja i uvođenju krute hrane provedeno je putem anonimnog anketnog upitnika koji se sastojao od tri dijela s ukupno 28 pitanja. Prvi dio je obuhvaćao pitanja vezana za opće podatke (dob, razina obrazovanja, bračni status, broj dosadašnje djece, socioekonomski status), drugi dio je sačinjavao pitanja koja su bila vezana uz stavove o trudnoći i dojenju, dok je treći dio bio vezan uz stavove nakon poroda. U istraživanju su sudjelovale 134 žene koje su rodile u periodu od 1.1.2013. do 1.3.2015. na području u nadležnosti Doma zdravlja Zagreb - zapad.

Od 134 ispitanice obuhvaćene ovim istraživanjem, 59 ih je bilo visoke stručne spreme što čini 44 %. Taj postotak je nešto viši u usporedbi s podacima iz popisa stanovništva Republike Hrvatske za 2011. godinu, gdje je postotak visoke stručne spreme među ženama između 25 i 40 godina bio 31 % (39). U ispitivanoj skupini prvih šest mjeseci djetetova života isključivo je došlo 87 žena što predstavlja 65 %. Radi se o vrlo visokom postotku u usporedbi s podacima Svjetske zdravstvene organizacije za Hrvatsku (WHO od eng. *World Health Organization*) koji 2011. godine iznosi 52 % (40) te Hrvatskog zdravstvenog statističkog ljetopisa iz 2015. godine gdje je postotak isključivog dojenja do šest mjeseci djetetovog života bio 48 % (41).

Brojne su studije ispitivale utjecaj sociodemografskih čimbenika na duljinu dojenja. U analiziranim istraživanjima provedenim u našoj zemlji nisu nađene statistički značajne razlike u duljini dojenja obzirom na majčinu dob, stupanj obrazovanja, zaposlenost i bračno stanje (42,43). Pavičić Bošnjak i suradnici u studiji publiciranoj 2007. godine pronalaze statistički značajnu sklonost duljem dojenju majki s prihodom kućanstava 4000 - 7000 kn u usporedbi s majkama čiji je prihod kućanstava do 4000 kn (42). To je u sukladnosti sa studijama iz razvijenih zemalja gdje žene višeg socioekonomskog statusa dulje doje (44,45,46). Da je niži stupanj obrazovanja povezan s kraćim dojenjem pokazala je studija Isabelle PH. i suradnika (46) te McKleod D. i suradnika (48), dok Pavičić Bošnjak te Kristiansen i suradnici pronalaze da stupanj izobrazbe nije neovisan prediktor trajanja dojenja (42,49). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da majke niže naobrazbe, dulje doje što je u skladu s rezultatima istraživanja Čatipović M. i suradnika (50) te bi se moglo objasniti činjenicom da se majke s višom razinom obrazovanja ranije vraćaju na posao radi niske rodiljne naknade u Hrvatskoj, a u predmetnoj studiji značajno je više ispitanica s višom i visokom razinom obrazovanja.

Glede bračnog statusa više je inozemnih studija pokazalo da nema razlike u duljini dojenja između udanih i neudanih majki (51,52,53). Korelaciju između duljine dojenja i broja

djece literatura prikazuje različito. Dio autora pronalazi povezanost između broja djece i duljine dojenja (54) dok drugi ne potvrđuju taj odnos (55). U provedenom istraživanju nije pronađena statistički značajna povezanost duljine dojenja te dobi majke, bračnog stanja, primanja, broja djece te duljine korištenja porodiljnog dopusta.

U ranije spomenutoj studiji Pavičić Bošnjak i suradnika iz 2007. godine (42) autori su pronašli da su majke nepušačice bile tri puta sklonije duljem dojenju nego ispitanice koje su pušile prije trudnoće što je u skladu s rezultatima više inozemnih studija (56,57,58). Povezanost pušenja i trajanja dojenja Leung i suradnici objašnjavaju utjecajem psihosocijalnih čimbenika i smatraju da kod majki koje su odlučne u namjeri dojenja, izloženost pušenju u okolini, kao i pušenje nje same (neovisno o broju popušanih cigareta) ne utječe na trajanje prehrane na prsima (59). U istraživanju publiciranom 2009. godine utvrđeno je da pušenje tijekom dojenja nije utjecalo na duljinu dojenja (60) što je u suprotnosti s nekim istraživanjima (61,62). Rezultat ove studije također ne pokazuje povezanost pušenja i duljine dojenja.

Autori hrvatske studije iz 2007. godine pronalaze pozitivnu povezanost dugotrajnog dojenja s namjerom dojenja duljim od šest mjeseci, pa su tako majke koje su namjeravale dojiti dulje imale četiri puta veću vjerojatnost da to ostvare u usporedbi s majkama koje su namjeravale dojiti kratko (42). Donath i suradnici su utvrdili da majčina namjera u 72 % slučajeva točno predviđa trajanje dojenja (63). Snažna povezanost je pronađena između duljine dojenja i vremena donošenja odluke o dojenju (64,65), a vjerojatnost započinjanja i dužeg trajanja dojenja je veća što se ranije donese odluka (66). Lawson i suradnici pronašli su povezanost između namjeravane i stvarne duljine dojenja (67) što odgovara i rezultatima ovog istraživanja koji potvrđuju da značajno više ispitanica koje su planirale dulje dojiti to i čine (Fisherov egzaktni test).

U predmetnoj studiji više od polovice ispitanica je već prije trudnoće odlučilo na koji će način hraniti svoje dijete, a majčino mlijeko kao isključiv odabir navodi većina, točnije 121 (90,3 %) ispitanica. Ovaj rezultat se može objasniti činjenicom da se već godinama intenzivno radi na promidžbi dojenja kao najboljeg prirodnog i optimalnog načina prehrane djece u ranom djetinjstvu.

Posljednja ispitivana kategorija u odnosu na duljinu dojenja bila je ostanak majke i djeteta u bolnici duže od 72 h iza poroda. Od 134 ispitanice, 95 ih je boravilo u bolnici do 72 sata, a 39 duže od 72 sata. Velika kanadska studija autora Sheehan D. i suradnika pokazala je da postpartalni ostanak u bolnici dulji od 48 sati predstavlja rizični čimbenik za rani prekid dojenja (68), a tomu u prilog govore i još neka inozemna istraživanja (69,70). Sukladno

rezultatima navedenih studija pokušalo se dokazati vrijedi li to i za naše ispitanice. Vremenski period je bio postavljen na 72 sata zbog prakse nešto dužeg zadržavanja roditelja i novorođenčadi u hrvatskim rodilištima. Rezultat dobiven kod ispitanica u predmetnoj studiji nije potvrdio postavljenu hipotezu tj. nije nađena statistički značajna razlika između duljine postpartalnog boravka u bolnici i trajanja dojenja. Moguće objašnjenje je u tome što sva rodilišta u gradu Zagrebu imaju status „Rodilište - prijatelj djece“, odnosno aktivno potiču te promiču dojenje za razliku od uobičajenog načina hranjenja novorođene djece kakvo se prakticiralo u vremenu odvijanja spomenutih inozemnih studija (68,69,70).

Poznato je da je razdoblje uvođenja dohrane kod dojenja kritično razdoblje, jer uvođenje druge vrste hrane djeluje na smanjenje laktacije. Postavlja se pitanje optimalnog uvođenja dohrane. Prerano uvođenje druge vrste hrane osim majčinog mlijeka dovodi do smanjenja produkcije mlijeka, promjena u stajalištu prema dojenju, povećanog rizika od infekcija te većeg rizika za alergiju i pojavu debljine. S druge strane, problemi zbog kasnog uvođenja dohrane dovode do energetskeg nedostatka i slabijeg napredovanja, a smanjene su i rezerve željeza pa može doći do anemije (71).

Identifikacija čimbenika koji utječu na vrijeme uvođenja krute hrane važna je za razvijanje strategija namjenjenih pridržavanju preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (WHO od eng. *World Health Organization*). Stoga su brojne studije ispitivale različite čimbenike te njihov utjecaj na uvođenje krute hrane. Najvažnije čimbenike možemo podijeliti u tri grupe: sociodemografski (dob, razina obrazovanja, prihodi, broj djece, spol djeteta); osobni čimbenici (pohađanje trudničkog tečaja, dojenje u prvih šest mjeseci, pušenje) te čimbenici okoliša (dobivanje besplatnih uzoraka hrane) (38).

Nekoliko inozemnih studija je pokazalo da mlađe majke imaju manju vjerojatnost pridržavanja preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (WHO od eng. *World Health Organization*) odnosno vjerojatnije je da će ranije uvesti krutu hranu u odnosu na starije majke (72,73,74,75). Smatra se da broj djece ispitanica također može utjecati na vrijeme uvođenja krute hrane, prvenstveno u smislu prethodnog iskustva majke sa starijim djetetom (76). Predmetno istraživanje nije potvrdilo statistički značajnu razliku glede ova dva čimbenika (dob majke i broj djece), što je moguće protumačiti relativno malim brojem ispitanica (n=134).

Kanadska studija iz 2009. godine pokazuje da žene s višom razinom obrazovanja imaju značajno veću vjerojatnost za uvođenjem krute hrane nakon šest mjeseci starosti djeteta (38) što potvrđuju i druge inozemne studije (73,77,78). U ovom istraživanju potvrdile su se

navedene korelacije odnosno pronađeno je da krutu hranu ranije uvode ispitanice srednje stručne spreme u odnosu na one s višim ili visokim obrazovanjem.

Neke inozemne studije pronašle su da se majke s višom razinom prihoda češće pridržavaju preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (WHO od eng. *World Health Organization*) glede vremena uvođenja krute hrane (> 6 mjeseci) (73,74,77,78). U predmetnoj studiji dobiven je suprotan rezultat. Naime, potvrđeno je da ispitanice s najvišom razinom prihoda (15. 001 kn i više) ranije uvode krutu hranu. Ova suprotnost u odnosu na svjetske literaturne podatke može se djelomično objasniti ranijim povratkom na posao ispitanica s najvišim prihodima zbog značajnog ekonomskog učinka u kontekstu omjera njihovih plaća i rodiljne naknade u našoj zemlji.

Norveška i škotska studija pokazale su da se muškoj djeci ranije uvodi kruta hrana (61,78) što potvrđuje i predmetno istraživanje. U literaturi kao objašnjenje odluka majki za ranijim uvođenjem krute hrane muškoj djeci najčešće se navode majčin dojam da je dijete gladno te majčina percepcija da muško dijete treba više unosa energije nego žensko (61,78). Takvi ili ostali mogući razlozi nisu posebno ispitivani u ovoj studiji.

Podatci iz inozemne literature pokazuju da žene koje nisu pušile češće uvode krutu hranu nakon šest mjeseci starosti djeteta dok majke pušačice uvode krutu hranu ranije (38, 73, 77,78). Neki od autora navedenih studija taj rezultat objašnjavaju činjenicom da djeca izložena prenatalnom ili postnatalnom pasivnom pušenju razvijaju različite respiratorne simptome koji se mogu pogrešno interpretirati kao uznemirenost djeteta što u konačnici potiče majke da im daju krutu hranu u pokušaju da ih umire (73). U ovoj studiji također je pronađena korelacija između pušenja majke i vremena uvođenja krute hrane, ali ne statistički značajna. Medijan uvođenje krute hrane kod djece majki pušačica bio je pet mjeseci, dok je kod djece majki nepušačica šest mjeseci. Povećanjem uzorka najvjerojatnije bi se dosegla statistička značajnost.

Neke studije su pokazale da majke koje nisu dojile ili one koje su prekinule dojenje ubrzo nakon poroda češće uvode krutu hranu ranije u usporedbi s majkama koje su dulje dojile (61,72,73,74). Schwartz i Evers pokazali su da majke koje hrane djecu adaptiranim mlijekom češće uvode ranije krutu hranu u usporedbi s majkama koje isključivo doje svoju djecu (79). Giovannini i suradnici, u talijanskoj studiji iz 2004. godine su utvrdili da je rano uvođenje krute hrane povezano s kraćim trajanjem isključivog dojenja (72). Rezultati predmetnog istraživanja u potpunosti se slažu s literaturnim podacima te potvrđuju snažnu statističku značajnost odnosa isključivog dojenja u prvih šest mjeseci i vremena uvođenja krute hrane.

Velika kanadska studija iz 2007. pokazala je da majke koje nisu pohađale trudničke tečajeve, odnosno nisu dobile informacije o uvođenju krute hrane, ranije uvode krutu hranu svojoj djeci (76). U ovom istraživanju nije nađena povezanost između čimbenika pohađanja trudničkog tečaja i vremena uvođenja krute hrane. Ovaj rezultat se djelomično može objasniti visokim postotkom ispitanica koje su pohađale trudnički tečaj (63 %) u odnosu na primjerice kanadsku studiju iz 2009. godine gdje je taj postotak iznosio 23.6 % (38).

Škotska i britanska studija potvrdile su da majke koje su primile besplatan uzorak dojenačke hrane ranije uvode krutu hranu u odnosu na majke koje nisu zaprimile takav uzorak (78,80). Rezultati predmetne studije ne pokazuju povezanost između tog čimbenika i vremena uvođenja krute hrane.

Za razliku od brojnih inozemnih studija koje su na ovu temu provedene u svijetu u Hrvatskoj je uočen nedostatak istraživanja predmetne tematike. Potrebno je napomenuti da postoje određena parcijalna istraživanja, odnosno studije koje ispituju pojedine čimbenike vezane uz dojenje i uvođenje krute hrane no nužna su sveobuhvatna i cjelovita istraživanja kako bi podatci dobiveni takvim studijama bili vjerodostojni te kao takvi dobar temelj za razvijanje nacionalne strategije s ciljem boljeg pridržavanja preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (WHO od eng. *World Health Organization*). Iz provedenog istraživanja razvidno je da bi za dobivanje točnijih podataka bilo potrebno povećati broj ispitanica, kao i broj centara u kojima bi se istraživanja provodila, kako bi se dobio pregled stanja u cijeloj Hrvatskoj, a ne samo u pojedinim sredinama.

7. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Prvi šest mjeseci djetetova života isključivo je dojilo 65 % ispitanica.
2. Majke niže naobrazbe dulje doje svoju djecu, dok dob majke, bračno stanje, primanja, broj djece te dužina korištenja porodiljnog dopusta nije povezana sa duljinom dojenja.
3. Pušenje majki tijekom perioda dojenja ne utječe na duljinu dojenja.
4. Ispitanice koje su planirale dulje dojeti to su doista i činile.
5. Više od polovice ispitanica je prije trudnoće odlučilo na koji će način hraniti svoje dijete, a majčino mlijeko kao isključiv odabir navodi 90,3% ispitanica.
6. Postpartalni boravak u bolnici duži od 72 sata nije utjecao na duljinu dojenja.
7. Majke višeg stupnja obrazovanja te one koje su isključivo dojile prvih šest mjeseci kasnije uvode krutu hranu, dok majke s najvišom razinom prihoda ranije uvode krutu hranu. Dob majke, broj prethodne djece te pohađanje trudničkog tečaja ne utječe na vrijeme uvođenja krute hrane.
8. Medijan uvođenje krute hrane kod djece majki pušačica je pet, dok je kod djece majki nepušačica šest mjeseci.
9. Majke ranije uvode krutu hranu muškoj djeci.
10. Uzorke hrane za dojenčad zaprimilo je 24,6 % ispitanica, a 11,9 % je hranu iskoristilo za hranjenje svog djeteta.
11. Dobivanje besplatnog uzorka hrane za dojenčad (kašice, adaptirano mlijeko...) ne utječe na vrijeme uvođenja krute hrane.

8. SAŽETAK

CILJ RADA: Ispitati da li različiti sociodemografski, osobni te okolišni čimbenici utječu na vremensku duljinu dojenja i vrijeme uvođenja krute hrane kod djece.

ISPITANICI I METODE: U istraživanju su sudjelovale 134 žene koje su rodile u periodu od 1.1.2013. do 1.3.2015. na području u nadležnosti Doma zdravlja Zagreb - zapad. Trajanje istraživanja je iznosilo dva mjeseca. Podatci su se prikupljali putem anketnog upitnika koji se temelji na upitniku korištenom u istraživanju Cunningham, Jackson i Oickle (2009).

REZULTATI: 51,5 % ispitanica je prije nego li su zatrudnjele odlučile na koji način će hraniti svoje dijete. Majčino mlijeko kao isključiv odabir, navodi 90,3 % ispitanica. Tijekom trudnoće 37,3 % ispitanica je planiralo dojiti od 9 do 12 mjeseci, a dok god to dijete bude željelo 29,9 % ispitanica. Tijekom trudnoće njih 12 % je pušilo cigarete, a 10 % ispitanica je prestalo kada su saznale da su trudne. U prvih pet mjeseci prestalo je dojiti 25,4 % ispitanica. Najčešći razlog prestanka dojenja je djetetovo odbijanje dojke što navodi 25,4 % ispitanica. Uzorke hrane za dojenče zaprimilo je 24,6 % ispitanica, a njih 11,9 % iskoristile su dobivenu hranu za hranjenje svog djeteta.

ZAKLJUČCI: Majke niže naobrazbe s prethodno utvrđenom namjerom dojenja dulje doje svoju djecu, dok dob majke, bračno stanje, primanja, broj djece, pušenje tijekom perioda dojenja, postpartalni boravak u bolnici duži od 72 sata te dužina korištenja porodiljnog dopusta nisu povezani s duljinom dojenja. Majke višeg stupnja obrazovanja te one koje su isključivo dojile prvih šest mjeseci kasnije uvode krutu hranu, dok majke s najvišom razinom prihoda te one s muškim djetetom ranije uvode krutu hranu. Dob majke, broj prethodne djece, dobivanje besplatnog uzorka hrane za dojenčad, pušenje majke te pohađanje trudničkog tečaja ne utječu na vrijeme uvođenja krute hrane.

Ključne riječi: čimbenici; dojenje; kruta hrana.

9. SUMMARY

Factors influencing breastfeeding duration and the introduction of solid food

OBJECTIVE OF THESIS: Investigate whether different sociodemographic, personal and environmental factors affect the duration of breastfeeding and the point of introduction of solid foods to infants.

RESPONDENTS AND METHODS: the investigation included 134 women that gave birth within the time period of 1st of January 2013 and 1st of March 2015 in the area of competence of the Community Health Centre (“Dom zdravlja”) Zagreb-West. The investigation period was two months. Data was collected through the use of a questionnaire based on the questionnaire used in the Cunningham, Jackson and Oickle survey (2009).

RESULTS: 51.5 % of respondents had decided on the feeding of their infant prior to conception. 90.3 % of the respondents state breastmilk as exclusive choice. During pregnancy, 37.3 % of the respondents planned to breastfeed from 9 to 12 months and 29.9 % until the baby wished. During pregnancy, 12% of the respondents smoked, and 10 % of the respondents stopped smoking as soon as they learned that they had become pregnant. During the first five months, 25.4 % of the respondents stopped breastfeeding. As the most common reason for the stopping of breastfeeding, the respondents stated that the baby refused to nurse. 24.6 % of the respondents were given baby food samples, and 11.9 % used the received food samples to feed their baby.

CONCLUSION: Mothers with lower education levels and targeted breastfeeding intention breastfeed their children longer, while the mother’s age, marital status, income, number of existing children, smoking habits during nursing period, postpartum stay in hospital longer than 72 hours and the maternity leave length are not related to the duration of breastfeeding. Mothers with a higher education level, as well as those breastfeeding exclusively during the first six months, introduce solid foods to their infants later, while mothers with the highest income, as well as those with a male baby, do introduce solid food earlier. The mother’s age, number of existing children, free baby food samples, the mother’s smoking habits and antenatal class attendance do not affect the time of introduction of solid foods.

Key words: factors; breastfeeding; solid food.

10. LITERATURA

1. Stanojević M, ur. Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima. Zagreb: Tiskara Reprint d.o.o; 2010.
2. Roditelji u akciji – RODA. Iz rodina kljuna. Zagreb: Agencija za komercijalnu djelatnost d.o.o.; 2009.
3. Habek D. Porodništvo i ginekologija. Zagreb: Školska knjiga, 1998:27-43.
4. Svensson K. Practices that facilitate or hinder breastfeeding. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet, 2011:1-19.
5. Krešić G, Dujmović M, Mandić ML, Mrduljaš N. Majčino mlijeko: sastav masnih kiselina i prehrana dojilja. Mljekarstvo 2013;63:158-171.
6. Koletzko B, Rodriguez-Palmero M, Demmelmair H, Fidler N, Jensen R, Sauerwald T. Physiological aspects of human milk lipids. Early Hum Dev 2001;65(Suppl):S3-S18.
7. Gabud A. Bonding. SG/NJ 2013;18:37-40.
8. Gjurić G. Sve o dojenju. Zagreb: Nakladništvo Lumin d.o.o; 1994.
9. Picciano M.F. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. Journal of Nutrition 2003;133:1997-2002.
10. Dražančić A, Letica-Protega N, Zakanj Z, Grgurić J. Trudnoća i dojenje. Zagreb: Graf-His; 2000.
11. Ballard O, Morrow A.L. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatric Clinics of North America 2013;60:49-74.
12. Innis S.M. Human milk: maternal dietary lipids and infant development. Proceedings of the Nutrition Society 2007;66:397-404.
13. Dewey K.G. Energy and protein requirements during lactation. Annual Review of Nutrition 1997;17:19-36.
14. UNICEF.Grupe za potporu dojenju - Priručnik za voditeljice grupa. Zagreb: Ciklopea d.o.o; 2014.
15. Mardešić D. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
16. Grgurić J, Pavičić Bošnjak A. Dojenje – zdravlje i ljubav. Zagreb: Alfa; 2006.
17. UNICEF. Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište prijatelj djece“. Zagreb: Kratis d.o.o; 2007.
18. Barić D, Jakčin M. Prehrana djeteta u prvoj godini života. Zagreb: Letis d.o.o; 2015.

19. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva: WHO;2002.
20. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewwy KG. Determinants of growth from birth to 12 months among breast-fed Honduran infants in relation to age of introduction of complementary foods. *Pediatrics* 1995;96:504-510.
21. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
22. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva:WHO;2003.
23. Rapley G, Murkett T. Beba – voda dohrane, Pomognite svome djetetu da se zdravo hrani. Split: Harfa d.o.o.; 2011.
24. Grgurić J. Novi programi za promicanje dojenja. *Paediatr Croat.* 2014;58:151-158.
25. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99-110.
26. Benton D. Role of parents in determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28:858-69.
27. Zutavern A, Brockow I, Schaaf B. Timing of solid food introduction in relation of eczema, asthma, allergic rhinitis and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics* 2008;121:44-52.
28. Kramer MS, Matush L, Vanilovic I. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomized trial. *BMJ* 2007; 335:8-20.
29. Kull I, Bergstrom A, Lilja G. Fish consumption during first year of life and development of allergic diseases during childhood. *Allergy* 2006;61:1009-15.
30. Filipiak B, Zutavern A, Koletzko S. Solid food introduction in relation to eczema: results from the 4 year prospective birth cohort study GINI. *J Pediatr* 2007;151:331-3.
31. Tarini B, Carroll AE, Sox CM. Systematic review of the relationship between early introduction of solid foods to infants and the development of allergic disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:502-7.
32. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Effects of early nutritional intervention on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal diet restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121:183-91.
33. Host A, Halken S, Muraro A. Dietary prevention of allergic disease in infants and small children. Amendment to previous published articles in *Pediatric Allergy and*

- Immunology, by an expert group set up by the Section on Pediatrics, European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:1-4.
34. Muraro A, Dreborg S, Halken S. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:291-307.
35. Maloney GM, Sampson HA, Sicherer SH. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2006;97:10-20.
36. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I. Effect of breastfeeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child* 2006;91:39-43.
37. Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ. Risk of coeliac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA* 2005;293:2343-51.
38. Leeds, Greenville and Lanark district health unit. 2006 Infant Feeding Survey: Factors Influencing Breastfeeding Initiation, Duration and the Introduction of Solids. Dostupno na adresi:
http://www.healthunit.org/reportpub/reports/Igldhu%20infant%20feeding%20survey%20report_final.pdf. Datum pristupa: 01.06.2016.
39. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Stanovništvo prema obrazovnim obilježjima. Dostupno na adresi:<http://www.dzs.hr/>. Datum pristupa: 03.07.2016.
40. World health organization. Global health Observatory country views. Dostupno na adresi:<http://apps.who.int/gho/data/node>. Datum pristupa: 01.07.2016.
41. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. Dostupno na adresi:http://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2016/05/Ljetopis_2015.pdf. Datum pristupa: 03.07.2016.
42. Pavičić A, Grgurić J. Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. *Paediatr Croat.* 2007;51:5-7.
43. Žulec M, Puharić Z, Zovko A. Utjecaj pripreme za porođaj na duljinu dojenja. *SG/NJ.* 2014;19:205-10.

44. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31:12–32.
45. Dubois L, Girard M. Social inequalities in infant feeding during the first year of life. *The Longitudinal Study of Child Development in Quebec (LSCDQ 1998–2002).* *Public Health Nutr.* 2003;6:773–83.
46. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics.* 2005;115:31–7.
47. Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact.* 1994;10:257-264.
48. McLeod D, Pullon S, Cookson T. Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *J Hum Lact.* 2002;18:335-43.
49. Kristiansen AL, Lande B, Overby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr.* 2010;13:2087-96.
50. Čatipović M, Čatipović V, Novalić D, Bogeljić S, Fehir – Radanović I. Važni čimbenici u odluci o dojenju. *Paediatr Croat.* 2002; 46:107-114.
51. Grosman LK, Harter C, Sachs L, Kay A . The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breastfeeding in low income women. *Am J Dis Child.* 1990;144:471-4.
52. Hammer LD, Bryson S, Agras S. Development of feeding practices during the first 5 years of life. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:1895 -194.
53. Ertem IO, Akinci Z, Ulukol B, Burska-Gulnar S. Socioeconomically advantaged infants attending a university well – child clinic in Ankara: are they breast – feeding optimally? *Turk J Pediatr.* 2001;343:223-30.
54. Wiemann MC, DuBois J, Berenson A. Strategies to promote breast-feeding among adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998;152:862-9.
55. Obradović K. Trajanje dojenja u gradu Solinu od 1988. do 1998. godine. *Pediatr Croat.* 2000;44:157-60.
56. Horta BL, Victoria CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol.* 1997;146:128-133.
57. Nafstad P, Jaakkola JJK, Hagen JA, Pedersen BS, Qvigstad E, Botten G, Kongerud J. Weight gain during the first year of life in relation to maternal smoking and breast feeding in Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1997;51:261-5.

-
58. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health*. 1994;30:483-9.
 59. Leung GM, Ho L, Lam T. Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breast feeding. *Paediatr Perinat Epidem*. 2002;16:236-45.
 60. Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. *J Perinat Med*. 2009;37:185-92.
 61. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, i sur. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: The Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr*. 2003;92:152–61.
 62. Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr*. 2005;94:935–42.
 63. Donath SM, Amir LH, ALSPAC Study Team. Relationship between prenatal infant feeding intention and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr*. 2003;92:352-6.
 64. O'Campo P, Faden R, Gielen A, Wang M. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth*. 1992;19:195-201.
 65. Scott J, Binns C, Aroni R. The influence of reported paternal attitudes on the decision to breastfeed. *J Ped Child Health*. 1997;33:305-7.
 66. Mahoney C, James D. Predictors of anticipated breastfeeding in an urban, low-income setting. *J Fam Pract*. 2000;49:529-533.
 67. Lawson K, Tulloch M. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs*. 1995;22:841-9.
 68. Sheehan D, Krueger P, Watt S, Sword W, Bridle B. The Ontario mother and infant survey: breastfeeding outcomes. *Journal of Human Lactation*. 2001;17:211-9.
 69. Humenick SS, Hill PD, Spiegelberg PL. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact*. 1998;14:305-10.
 70. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA*. 1995;273:472-6.
 71. Unicef. Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2013.

-
72. Giovannini M, Riva E, Banderali G, Scaglioni S, Veehof SH, Sala M, i sur. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr.* 2004;93:492-7.
 73. Kwavnick BS, Reid DJ, Joffres MR, Guernsey JR. Infant feeding practices in Ottawa-Carleton: the introduction of solid foods. *Can J Public Health.* 1999;90:403-7.
 74. Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. *J Am Diet Assoc.* 2006;106:135-48.
 75. Dubois L, Girard M. Social inequalities in infant feeding during the first year of life. The Longitudinal Study of Child Development in Québec (LSCDQ 1998-2002). *Public Health Nutr.* 2003;6:773-83.
 76. Nadler E. Region of Waterloo public health infant feeding survey 2006/07. *Region of Waterloo Public Health .* 2007.
 77. Coleman BL. Early Introduction of Non-Formula Cow's Milk to Southern Ontario Infants. *Canadian Journal of Public Health Revue.* 2006;97:187-190.
 78. Alder EM, Williams FL, Anderson AS, Forsyth S, i sur. What influences the timing of the introduction of solid food to infants? *Br J Nutr.* 2004;92:527-31.
 79. Schwartz C, Evers S. Infant feeding practices in low-income communities in Ontario. *J Can Diet Assoc.* 1998;59:30-4.
 80. Anderson AS, Guthrie CA, Alder EM, Forsyth S, Howie PW, Williams FL. Rattling the plate--reasons and rationales for early weaning. *Health Educ Res.* 2001;16:471-9.

11. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Franka Luetić
Datum i mjesto rođenja: 21. svibnja 1978., Šibenik
Adresa: Kaninska 8, 10090 Zagreb
Telefon: 098/916-55-79
E-mail: fluetic@yahoo.com

OBRAZOVANJE

2013. - Upisan diplomski studij sestrinstva - Sveučilište J.J. Strossmayera - Medicinski fakultet Osijek
2002. – 2009. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni studijski centar za stručne studije - preddiplomski studij sestrinstva
1992 – 1996. Medicinsko-kemijska škola, Šibenik

RADNO ISKUSTVO

2009. – Dom zdravlja Zagreb – zapad, Patronažna služba
2000. – 2009. Poliklinika za internu medicinu i dijalizu „Avitum“
1998. – 2000. Klinika za dječje bolesti Zagreb
1997. – 1998. Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac, Zagreb
1996. – 1997. Gradski vrtići, Šibenik

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Rad na računalu: Korištenje opće programske podrške i internetskih tehnologija
Strani jezici: Engleski – dobro znanje u govoru i pismu

ČLANSTVO I AKTIVNOSTI U ZNANSTVENIM I STRUKOVNIM UDRUŽENJIMA

09/2016. Organizacijski i stručni odbor XVI. Stručnog skupa sestara
Hrvatske
03/2016. Organizacijski i stručni odbor IV simpozija HUPS-a
2015. Organizacijski i stručni odbor III simpozija HUPS-a
2014. Organizacijski i stručni odbor II. simpozija HUPS-a
2013. Organizacijski odbor I. simpozija HUPS-a
2012. - Tajnica HUPS-a
2011. Članstvo u HUPS-u
Članstvo u HUMS-u
Članstvo u HKMS

12. PRILOZI

Prilog 1. Anketni upitnik

ANKETNI UPITNIK

Ovaj anketni upitnik je anonimn i provodi se u svrhu izrade diplomskog rada u sklopu Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva, Medicinskog fakulteta u Osijeku. Anketna skupina su žene koje su rodile u razdoblju od 01.01.2013. – 01.03.2015. na području u nadležnosti Doma zdravlja Zagreb - zapad. Pitanja u anketnom upitniku odnose se na Vašu djecu koja su rođena u navedenom razdoblju. Dobiveni podatci će se isključivo koristiti za izradu diplomskog rada te se neće koristiti u druge svrhe.

TEMA: „ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA DUŽINU DOJENJA I UVOĐENJE KRUTE HRANE“

I. OPĆI PODATCI

1. Koliko ste imali godina kada ste rodili dijete?

- a) 18 i manje
- b) 19 – 25
- c) 26 – 30
- d) 31 – 35
- e) 36 i više

2. Jeste li u braku?

- a) Da
- b) Ne

3. Koliko djece imate?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 ili više

4. Tko živi s Vama i vašim djetetom u kućanstvu?

- a) Partner
- b) Partner i ostala djeca
- c) Sama s djetetom / ostalom djecom
- d) Roditelji / šira obitelj
- e) Ostalo

5. Koliko je staro Vaše dijete ?

- a) 8 – 13 mjeseci
- b) 14 – 19 mjeseci
- c) 20 – 25 mjeseci
- d) 26 – 31 mjesec
- e) 32 i više mjeseci

6. Kojeg je spola Vaše dijete?

- a) Žensko
- b) Muško

7. Koja je najviša razina obrazovanja koju ste završili u trenutku rođenja djeteta?

- a) Osnovna škola
- b) SSS
- c) VŠS
- d) VSS

8. Koliki su Vam mjesečni prihodi (ako radite), odnosno koliki su bili prije roditeljnog dopusta (ako ste na roditeljnog dopustu)?

- a) Manje od 2000 kn
- b) 2000 – 5000 kn
- c) 5001 – 10 000 kn
- d) 10 001 – 15 000 kn
- e) 15 001 ili više

9. Koliko dugo ste koristili rođiljni dopust?

- a) manje od 6 mjeseci
- b) 6 – 11 mjeseci
- c) 12 – 23 mjeseca
- d) 24 – 36 mjeseci

II. STAVOVI O TRUDNOĆI I DOJENJU

10. Kada ste odlučili kako ćete hraniti svoje dijete?

- a) Prije nego što sam zatrudnjela
- b) Tijekom trudnoće
- c) Nakon rođenja djeteta
- d) Tijekom boravka u rodilištu
- e) Ne znam

11. Čime ste namjeravali hraniti novorođenče po rođenju tijekom trudnoće?

- a) Isključivo majčinim mlijekom
- b) Kombinacijom majčinog i adaptiranog mlijeka
- c) Isključivo adaptiranim mlijekom
- d) Ostalo
- e) Ne znam

12. Tijekom trudnoće, koliko dugo ste planirali dojiti Vaše dijete?

- a) Manje od 2 tjedna
- b) 2 do 6 tjedana
- c) 6 tjedana do 3 mjeseca
- d) 3 mjeseca do 6 mjeseci
- e) 9 mjeseci do 12 mjeseci
- f) Više od godinu dana
- g) Do povratka na posao / školu
- h) Dok god dijete bude željelo
- i) Ostalo, _____ (navedite)
- j) Ne znam

13. Željeli bismo saznati Vaše stavove o majčinu mlijeku pa Vas molimo da pročitate svaku od niže navedenih tvrdnji te da na ljestvici od 1 – 5 zaokružite u kojoj mjeri se slažete sa svakom pojedinom tvrdnjom.

		Potpuno se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Potpuno se slažem
1.	Majčino mlijeko je najzdravija hrana za novorođenče/dojenče	1	2	3	4	5
2.	Majčino mlijeko štiti dijete od infekcija	1	2	3	4	5
3.	Majčino mlijeko smanjuje rizik od razvoja raznih bolesti (osip, bronhitis, astma, imunološke bolesti, respiratorne infekcije...)	1	2	3	4	5
4.	Majčino mlijeko pruža zaštitu od alergijskih bolesti	1	2	3	4	5
5.	Majčino mlijeko je najpraktičnija prehrana za novorođenče/dojenče	1	2	3	4	5
6.	Majčino mlijeko u potpunosti zadovoljava djetetove potrebe za tekućinom i hranom u prvih šest mjeseci	1	2	3	4	5
7.	Majčino mlijeko je uvijek svježije i sterilno	1	2	3	4	5

14. Jeste li tijekom trudnoće prisustvovali trudničkom tečaju?

- a) Da
- b) Ne

15. Je li Vas za vrijeme trudnoće posjetila patronažna sestra u Vašem domu?

- a) Da
- b) Ne

16. Jeste li tijekom trudnoće pušili cigarete?

- a) Da
- b) Da, dok nisam saznala da sam trudna
- c) Ne (idite na pitanje 18.)

17. Koliko ste cigareta pušili tijekom trudnoće?

- a) 1 – 5 cigareta dnevno
- b) 6 - 10 cigareta dnevno
- c) 11 - 19 cigareta dnevno
- d) 20 i više cigareta dnevno

18. Jeste li pušili cigarete nakon poroda?

- a) Da
- b) Ne

III. STAVOVI NAKON PORODA

19. Jeste li rodili u bolnici?

- a) Da
- b) Ne (idite na pitanje 21.)

20. Koliko dugo ste ostali u bolnici nakon rođenja djeteta?

- a) 1 – 23 sata
- b) 24 - 72 sata
- c) Više od 72 sata
- d) Ne znam

21. Kakav je bio način poroda sa posljednjim djetetom?

- a) Vaginalni porod
- b) Carski rez

22. Željeli bismo saznati tko/što je utjecao/lo na oblikovanje Vašeg stava o dojenju pa Vas molimo da pročitate svaku od niže navedenih tvrdnji te da na ljestvici od 1 do 5 zakružite u kojoj mjeri se slažete sa svakom pojedinom tvrdnjom.

		Potpuno se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Ne slažem se	Slažem se	Potpuno se slažem
1.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecali su mediji	1	2	3	4	5
2.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecala je obitelj	1	2	3	4	5
3.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecali su prijatelji	1	2	3	4	5
4.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecao je ginekolog	1	2	3	4	5
5.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecalo je zdravstveno osoblje u rodilištu	1	2	3	4	5
6.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecalo je zdravstveno osoblje na trudničkom tečaju	1	2	3	4	5
7.	Na oblikovanje moga stava o dojenju utjecala je patronažna sestra	1	2	3	4	5

23. Jeste li isključivo dojili prvih šest mjeseci djetetova života?

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

24. Koliko je bilo staro Vaše dijete kada ste prestali dojiti?

- a) 0– 5 mjeseci
- b) 6 – 11 mjeseci
- c) 12 – 17 mjeseci
- d) 18 – 23 mjeseca
- e) 24 i više mjeseci

25. Zašto ste prestali dojiti?

- a) Dijete je bilo nezadovoljno
- b) Manjak podrške od strane obitelji (uključujući partnera)
- c) Mastitis (upala dojke)
- d) Uzimanje lijekova tijekom dojenja
- e) Slabo napredovanje djeteta na tjelesnoj težini
- f) Bolne bradavice pri dojenju
- g) Dijete je samo odbilo dojku / štrajk dojenja
- h) Povatak na posao
- i) Razdvajanje od djeteta (putovanje)
- j) Drugo: _____ (navedite razlog)
- k) Ne znam / ne sjećam se

26. Kada ste započeli s uvođenjem krute hrane kod Vašeg djeteta?

_____ (upišite starost djeteta u mjesecima)

27. Jeste li zaprimili bilo kakve uzorke hrane za dojenče (kašice, adaptirano mlijeko...)?

- a) Da
- b) Ne

28. Jeste li iskoristili uzorke dobivene hrane za hranjenje svog djeteta?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam / ne sjećam se