

Procjena samoefikasnosti dojenja i teškoća pri dojenju tijekom posjeta patronažne sestre

Dumančić, Danijela

Master's thesis / Diplomski rad

2018

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:152:755719>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-01**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Danijela Dumančić

**PROCJENA SAMOEFIKASNOSTI
DOJENJA I TEŠKOĆA PRI DOJENJU
TIJEKOM POSJETA PATRONAŽNE
SESTRE**

Diplomski rad

Osijek, 2018.

Rad je stvoren u Domu zdravlja Osijek.

Mentor rada: dr.sc.Štefica Mikšić, doc.

Rad ima 40 listova i 9 tablica.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. ULOGA PATRONAŽNE SESTRE	2
1.2. VAŽNOST DOJENJA	4
1.3. POTEŠKOĆE DOJENJA	6
1.4. SAMOEFIKASNOST DOJENJA	8
1.5. PODRŠKA I POTICAJ	9
2. CILJ	12
3. ISPITANICI I METODE	13
3.1. Ustroj studije.....	13
3.2. Ispitanici	13
3.3. Metode	13
3.4. Statističke metode.....	13
3.5. Etička načela.....	14
4. REZULTATI.....	15
4.1. Osnovna obilježja ispitanica.....	15
4.2. Podatci vezani uz iskustvo dojenja.....	16
5. RASPRAVA.....	23
5.1. Iskustvo dojenja	23
5.2. Podrška i poteškoće tijekom dojenja	24
5.3. Razlozi narušenog samopouzdanja, mogućnost odustajanja od dojenja	25
5.4. Raspodjela odgovora na skali za mjerenje samoefikasnosti dojenja u odnosu na obilježja ispitanica	25
6. ZAKLJUČAK	27
7. SAŽETAK.....	28
8. SUMMARY	29
9. LITERATURA.....	30
10. ŽIVOTOPIS	34
11. PRILOZI.....	35
11.1. Anketni upitnik.....	35

POPIS KRATICA

SZO- Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization, WHO)

UNICEF -Međunarodni fond za djecu Ujedinjenih naroda (engl. United Nations International Children's Emergency Fund)

BSES- Skala za mjerenje samoefikasnosti (engl. Breastfeeding self-efficacy Scale)

HZZO- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

IBFAN- Međunarodna mreža za akciju u prehrani dojenčadi (engl. International Baby Food Action Network)

HOT- Tehnika bez dodirivanja (engl. Hands –Off Technique)

WABA-Svjetsko udruženje za potporu dojenju (engl. World Alliance for Breastfeeding Action)

GPD - Grupe za potporu dojenju

LLL - Međunarodna grupa za potporu dojenja (engl. La LecheLeague)

IBCLC- Educirane savjetnice za potporu dojenja sa ili bez certifikata (engl. International Board Certified Lactation Consultant)

1. UVOD

Suvremena sestrinska praksa temeljena je na znanjima i umijeću, humanističkim i etičkim načelima te filozofiji i načelima zdravstvene politike usmjerene zdravlju (1). Patronažna sestrinska skrb je djelatnost medicinskih sestara koja se odvija u obitelji i zajednici, uz sudjelovanje članova zajednice. Prepoznavanje i tretiranje raznovrsnih problema čine ju zdravstvenom, socijalnom i edukativnom djelatnošću.

Cilj je patronažne službe provoditi zdravstvenu zaštitu izvan zdravstvene ustanove na mjestima gdje ljudi žive i rade, a odnosi se na osposobljavanje i pomoć kako pojedincima, tako i obiteljima u provedbi potrebnih mjera zdravstvene i socijalne zaštite (2). To je prije svega preventiva koja promiče optimum zdravlja u zajednici i sprječava bolesti te se brine o očuvanju postojeće razine zdravlja. To se postiže radom s ljudima u partnerstvu i uz njihovo sudjelovanje u najvećoj mogućoj mjeri (1).

Patronažna sestrinska skrb usmjerena je prema promicanju i očuvanju zdravlja te sprječavanju bolesti u novorođenčeta, male predškolske djece, školske djece i omladine, žena osobito za vrijeme trudnoće, babinja i dojenja (3). Isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci, a potom nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu do dvije godine života ili i dulje, preporuke su SZO-a o optimalnom načinu prehrane dojenčadi (4). Ured UNICEF-a u Republici u suradnji s Ministarstvom zdravstva u Hrvatskoj osnovao je provođenje programa Rodilišta – prijatelji djece. Zajednički boravak majke i djeteta zajedno u sobi nakon rođenja (tzv. rooming – in) doprinosi uspjehu dojenja (5). Provođenjem Klokan njege (koža na kožu - skin to skin) u rodilištu i kod kuće smanjuje se pobol, stres kod majke i djeteta, ali i povećava samopouzdanje te produžava duljina dojenja (6). Prvi dani nakon porođaja ključno su razdoblje za uspostavljanje laktacije. Već tijekom boravka u rodilištu mnoge majke iskuse teškoće pri dojenju kao što su bolne bradavice, zastojna dojka, teškoće s prihvatom djeteta na prsa te percipirana nedovoljna količina mlijeka koja zna biti razlog prestanka dojenja u svim razdobljima laktacije (7). Samoučinkovitost majčinog dojenja značajan je prediktor u duljini dojenja. Integriranje strategija za poboljšanje učinkovitosti samopouzdanja može poboljšati kvalitetu koju pružaju zdravstveni djelatnici i povećati majčino povjerenje u njezinu sposobnost dojenja te ustrajati ako se pravovremeno suoči s poteškoćama (8). Koncept samoefikasnosti dojenja temeljen je na socijalno–kognitivnoj teoriji Bandure. Samoefikasnost dojenja odnosi se na ženino uvjerenje u vlastitu sposobnost dojenja. Značajan prediktor

duljine dojenja jest majčino uvjerenje u svoju osobnu sposobnost dojenja (9). Za mjerenje samoučinkovitosti dojenja koristi se Skala za mjerenje samoeфикаsnosti dojenja (Breastfeeding Self-Efficacy Scale, BSES) (10).

Samoeфикаsnost je odgovorni pokazatelj ponašanja majki u vezi s dojenjem i njegovim ishodom jer pokazuje hoće li majka izabrati dojenje i kako će odgovoriti na prve poteškoće kod dojenja (11). Za uspješno dojenje majkama su potrebne informacije o dojenju, usvajanje određenih vještina, stručna pomoć i potpora u obitelji i među prijateljima. Jedan je od oblika pomoći i uključivanje u grupu za potporu dojenja. Na grupama majke saznaju informacije o prirodnoj prehrani, razmjenjuju iskustva, dobivaju praktičnu pomoć, savjete i emotivnu potporu (2).

Stručna podrška pomaže ženama nadvladati probleme s dojenjem koji mogu dovesti do prestanka dojenja. U okruženjima gdje dojenje nije društvena norma, podrška može povećati vjerovanje žena u dojenje i dati im povjerenje da nastave dojenje usred društvenih i obiteljskih pritisaka koji bi mogli ugroziti dojenje. Tamo gdje je isključivo dojenje rijetko, podrška može otkloniti mitove o potrebama dodatne hrane ili tekućine pored dojenja kako bi se zadovoljile prehrambene potrebe djeteta (12). Zaštita, promicanje i potpora dojenja važan je javno zdravstveni prioritet svih zemalja, zbog čega je Hrvatska strategija zdravstva od 2012. do 2020.godine program dojenja ugradila kao važan zadatak. Dojenje je pravo djeteta i pravo majke, da bi im to osigurali potrebno je daleko više stručne i društvene pomoći za vrijeme antenatalnog, perinatalnog i postnatalnog razdoblja (5).

1.1. ULOGA PATRONAŽNE SESTRE

Djelatnost je patronažne službe danas primarno preventivno edukativna i informativna, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka i otkrivanja te zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te zadaćom očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih.

U tu svrhu ona mora uočavati faktore koji utječu na socijalno-ekonomsko i zdravstveno stanje stanovništva i obitelji. Patronažne sestre u suradnji s obiteljskim liječnicima, socijalnom službom, drugim zdravstvenim ustanovama, društvenim organizacijama i karitativnim ustanovama, kao i s vlastitim prosvjetnim radom, pomažu u rješavanju takve

problematike i štite interes pacijenata. Svoj rad zato planiraju na temelju Plana i programa mjera HZZO-a, suradnje s obiteljskim liječnikom, pedijatrom i ginekologom te na temelju dojava drugih medicinskih ustanova, socijalne službe ili na temelju vlastitih zapažanja i procjena. Stoga je jasno da moraju raspolagati sa širokim spektrom stručnog znanja, vještinama komunikacije, pružanja utjehe, podrške, savjeta i edukacije, uz poznavanje i poštivanje etičkih principa (13). Djelokrug rada patronažne sestre u skrbi za majku i dijete počinje prije začeća, nastavlja se kroz trudnoću te nakon poroda i dolaska kući iz rodilišta. Posjet se obavlja na temelju prijave iz ginekološke ambulante ili poziva same trudnice, a patronažna sestra će realizirati posjet u kući budućih roditelja. Prvi posjet potrebno je iskoristiti za upoznavanje trudnice, educiranje o pravilnoj prehrani, tjelesnoj aktivnosti i psihofizičkoj pripremi za porod te informiranje o općim higijenskim uvjetima i osobnoj higijeni. Također, važno je buduću majku pripremiti za boravak u rodilištu, informirati o dojenju te ju adekvatno savjetovati o opremanju prostora i nabavci opreme za dolazak djeteta. Broj posjeta patronažne sestre roditelji i novorođenčetu individualan je, te ovisi o situaciji koju zatekne u kući. Ako se na početku pojave problemi, važno je znati da su uobičajeni, najčešće kratkotrajni i prolazni te da je majci u većini slučajeva potreban samo razgovor s kvalificiranom osobom koja će svojim znanjem, stručnošću i profesionalnošću zadobiti njezino povjerenje uz, podrazumijeva se, podršku njezine obitelji (14). Patronažna sestra djeluje na svom terenu i skrbi za 5100 stanovnika. Njihov je rad usmjeren prema promicanju i očuvanju zdravlja te sprječavanju bolesti u novorođenčeta, male predškolske djece, školske djece i omladine, žena osobito za vrijeme trudnoće, babinja i dojenja (3).

Prema smjernicama provođenja zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti tu su još zastupljeni i kronični bolesnici, starije osobe te osobe s posebnim potrebama. Skrb uključuje sudjelovanje i provođenje zdravstvenih, preventivnih programa u lokalnoj zajednici te suradnju s drugim institucijama. Aktivnosti koje patronažna sestra provodi u okviru skrbi za majku i dijete u pravilu počinju prije začeća, nastavljaju se tijekom trudnoće, nakon porođaja te dolaska iz rodilišta majke i njezina tek rođenog djeteta. U trenutku dolaska iz rodilišta mladi roditelji imaju najveću potrebu potpore jer tada prvi put moraju samostalno preuzeti roditeljsku ulogu. Smirena i uravnotežena obiteljska atmosfera pridonosi uspješnijem svladavanju početnih poteškoća tijekom prilagodbe, stoga je potrebno objasniti ukućanima da je u tim trenucima najvažnije samopouzdanje koje je potrebno prenositi na majku i na novorođenče. Takav pristup, pun razumijevanja i ljubavi, može značajno pridonijeti podizanju samopouzdanja i zadovoljstva u mladoj obitelji pa zatim i u široj zajednici (2). Ključni zadatci patronažne sestre u razdoblju nakon porođaja su kontrola i praćenje fizioloških zbivanja žene i

novorođenčeta te zadovoljavanje edukacijskih i suportivnih potreba žene i obitelji nakon porođaja i u odnosu na novorođenče (2). Podrška je majkama od iznimne važnosti u pre i post natalnom razdoblju te upućivanje na edukaciju kroz grupe potpore dojenja kao i pohađanje trudničkog tečaja gdje mogu dobiti korisne informacije. Na taj način već u samoj trudnoći razvija se pozitivan stav dojenja (15).

1.2. VAŽNOST DOJENJA

Majčino je mlijeko jedinstveno i neponovljivo, sastavom prilagođeno upravo potrebama djeteta. Prema globalnom cilju SZO/UNICEF-a za optimalni rast i razvoj djeteta preporučuje se 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 odnosno do kada majka i dijete to žele. Ideal za hranjenje djeteta treba postići stvaranjem odgovarajućeg okruženja svijesti i podrške kako bi žene mogle dobiti. Dojenje je jedinstven proces koji pruža idealnu prehranu djece i pridonosi smanjenju učestalosti i težine zaraznih bolesti čime se smanjuje morbiditet i mortalitet. Doprinosi i zdravlju žena smanjenjem rizika od raka dojke i jajnika te pruža društvene i ekonomske koristi za obitelj i šire (5). Prema izvješću UNICEF-a iz 2016. godine o dojenju u Hrvatskoj, izrađenom prema kriterijima Međunarodne mreže za akciju u prehrani dojenčadi (IBFAN), potvrđeno je kako Hrvatska postiže odlične rezultate u zaštiti, promicanju i uspostavi dojenja, ali i da je glavni izazov održivost postojećeg standarda kvalitete u godinama koje dolaze. Od 2016. godine sva hrvatska rodilišta nose titulu „Rodilišta - prijatelji djece“, po čemu se Hrvatska ubraja među zemlje s najvišim standardima po pitanju dojenja, a predvode ih skandinavske zemlje. Unatoč tome, broj dojene djece u Hrvatskoj nakon prvih nekoliko mjeseci znatno opada. Velik je izazov u održanju standarda dojenja prema pitanju održivosti Nacionalnog programa za zaštitu i promicanje dojenja. Izvješće prema prioritetima navodi i provođenje inicijative „Rodilišta-prijatelji majki i djece“, usklađivanje s Međunarodnim pravilnikom za reklamiranje nadomjestaka majčinog mlijeka te snažniju podršku zajednice u promociji dojenja (16). Dojenje je najbolji i najekonomičniji način prehrane djeteta te najbolji način sprječavanja bolesti i promicanja zdravlja. Novija

znanstvena istraživanja i opsežne epidemiološke studije dokazale su prednosti prirodne prehrane za zdravlje djece.

Dojenje povoljno djeluje i na majke, obitelji i društvo u cjelini, ostvarujući zdravstveni, prehrambeni, imunološki, razvojni, psihološki, socijalni, gospodarski i okolišni boljitak, stoga su zaštita, promicanje i potpora dojenju, javnozdravstveni prioritet svih zemalja. Prema Konvenciji o pravima djeteta svako dijete ima pravo na optimalnu prehranu, rast i razvoj (17). Komisija za promicanje dojenja Hrvatskog pedijatrijskog društva zalaže se za promicanje isključivog dojenja (prehrana samo majčinim mlijekom, bez dodataka drugih tekućina i/ili hrane) tijekom prvih 6 mjeseci djetetova života, uz uvjet odgovarajućeg rasta i razvoja djeteta te nastavak dojenja uz nadohranu krutim namirnicama do dvije godine pa i duže. Pedijatri i ostali zdravstveni djelatnici koji skrbe o zdravlju žena i djece trebali bi preporučivati prehranu majčinim mlijekom za svu djecu, uključivo i nedonošćad, osim kad je dojenje kontraindicirano. Nedonošćad na prirodnoj prehrani dobiva dodatnu zaštitu i ima povoljniji razvojni ishod u usporedbi s nedonošćadi hranjenom umjetnom prehranom. Rodilište ima ključnu ulogu u promicanju dojenja. Pedijatri i ostali djelatnici rodilišta trebaju se zalagati za kontinuirano provođenje „10 koraka do uspješnog dojenja“: - zdravu novorođenčad neposredno nakon porođaja staviti majci na prsa kako bi se ostvario kontakt kože na kožu – skin to skin i potaknuo prvi podoj. Važnost tog kontakta očituje se u tom što umiruje i opušta majku i bebu, regulira brzinu otkucaja srca i disanja pomažući im da se bolje prilagode životu izvan maternice. Smanjuje se razina kortizola, tj. stresa kod bebe. Omogućuje kolonizaciju kože bebe s bakterijama majke te se postiže zaštita od infekcije (18). Ovaj postupak pospješuje uspostavu laktacije, majkama treba pokazati tehniku dojenja, objasniti značenje pravilnog položaja i prihvata djeteta na prsima te pomoći u rješavanju poteškoća kao što su zastoj mlijeka, bolne bradavice te osigurati 24-satni zajednički boravak majke i djeteta u sobi (rooming-in). Objasniti majci da se dijete doji na zahtjev i kako će prepoznati rane znakove gladi. Okvirno se može savjetovati za zdravo novorođenče do 12 podoja u 24 sata te razmak ne veći od 3 sata između dva podoja (u tom slučaju novorođenče treba probuditi) – novorođenčad na prsima ne treba dobivati nikakvu drugu tekućinu ni hranu, osim ako je to medicinski indicirano i ako je preporučio liječnik. Uporabu duda varalica ne treba savjetovati jer otežavaju uspostavljanje dojenja (19). Patronažne sestre imaju značajnu ulogu u promicanju dojenja, osobito u prvih nekoliko tjedana nakon porođaja. Tijekom posjeta novorođenčetu i majci patronažna sestra ima uvid u stanje majke i djeteta i uspješnost uspostavljanja laktacije, savjetuje majku kako prevladati poteškoće i ohrabruje ju za nastavak

dojenja (20). Dohranu drugom vrstom namirnica potrebno je postupno uvoditi u dobi od oko navršenih 6 mjeseci. Uvođenjem dohrane prije te dobi ne povećava se kalorijski unos ni brzina rasta dojenčeta, ali se smanjuje unos sastojaka majčina mlijeka koji djeluju zaštitno. Neka dojenčad mogu zahtijevati uvođenje dohrane i ranije, tj. u dobi od oko 4 mjeseca života, dok neka dojenčad nisu spremna za prihvaćanje dohrane ni u dobi od 6 mjeseci, nego 1 do 2 mjeseca kasnije. Nakon navršenih 6 mjeseci života dojenje treba nastaviti najmanje do godine dana, uz uvođenje dohrane. Preporučuje se dojenje i nakon navršene 1. godine života, ako to majka i dijete žele. Ne postoje dokazi o štetnosti dugotrajnog dojenja na djetetove psihološke ili razvojne procese, niti postoji definirana gornja granica trajanja dojenja (19). Buduće majke i roditelje treba informirati o svim prednostima dojenja. Informacije moraju biti jasne, potpune i u skladu s najnovijim spoznajama iz tog područja. Osobito treba naglasiti da dojenje: osigurava idealnu prehranu djeci i omogućava zdrav rast i razvoj, smanjuje oboljenje i smrtnost dojenčadi, pokazuje povećane prednosti ako su djeca na potpunoj prirodnoj prehrani prvih šest mjeseci, a uz nadohranu i dalje, prevenira nastanak debljine u kasnijoj životnoj dobi i nastanak ateroskleroze čime se smanjuje rizik nastanka kardiovaskularnih bolesti, dojena djeca imaju veću inteligenciju, bolji je psihomotorni, emocionalni i društveni razvoj, utječe na zdravlje žena smanjujući rizik od raka dojki i jajnika te rizik nastanka osteoporoze, dovodi do socijalne i ekonomske dobrobiti za obitelj i društvo jer je dojenje besplatno, a za zdravstvenu skrb dojene djece potrebno je izdvojiti manje sredstava jer su rjeđe bolesna, manje troše lijekove i često manje zahtijevaju bolničko liječenje nego nedojena djeca (20).

1.3. POTEŠKOĆE DOJENJA

Prvi dani nakon porođaja ključno su razdoblje za uspostavljanje laktacije. Već tijekom boravka u rodilištu mnoge majke iskuse teškoće pri dojenju kao što su bolne bradavice, zastojna dojka, teškoće s prihvatom djeteta na prsa te percipirana nedovoljna količina mlijeka koja zna biti razlog prestanka dojenja u svim razdobljima laktacije (7).

U tom ranom postpartalnom razdoblju nemali broj žena prekida s dojenjem. Također, tu su i prejak refleks otpuštanja mlijeka, loša tehnika (položaj), mastitis, psihičke poteškoće, loše

majčino samopouzdanje odnosno uvjerenje o sposobnosti dojenja. Majke tada imaju visok rizik od prekida dojenja ili pak uvođenja nadomjestka. Za praksu je od velike pomoći roditeljima odmah nakon poroda sprječavanje boli i oštećenja bradavica, zastoje dojke, mastitisa te drugih poteškoća u ranoj postpartalnoj fazi. U tom pogledu od velike su važnosti i uloge zdravstvenih djelatnika (21). Brojni su razlozi zašto majke prestaju s dojenjem, neka istraživanja povezuju s brigom o zdravlju majke ili djeteta, procesima povezanim s dojenjem uključujući zabrinutost zbog: laktacije, prehrane i težine djeteta, potrebe uzimanja lijekova ili nekih bolesti, nepravilne tehnike dojenja. Preuranjeni prestanak dojenja može započeti kaskadom negativnih događaja koji narušavaju prirodni ciklus ponude i potražnje stvaranja mlijeka. Kada majka percipira nedovoljnu kvalitetu ili količinu mlijeka djetetu, vjerojatno će prestati s dojenjem bez obzira na dob djeteta (22). Istraživanja fiziologije laktacije pokazuju da samo 1 % do 5% majki nema dostatno stvaranje mlijeka (23). Žene se suočavaju s mnogim preprekama za dojenje, uključujući nedostatak javnih prostora gdje mogu dojiti bez osjećaja neugode; nedostatak pauze na poslu za dojenje i široko rasprostranjeno oglašavanje nadomjestka majčinog mlijeka i javnosti koja zanemaruje potrebe dojenja. Potrebno je ukazati na važnost pojedinačnih čimbenika i osobnim iskustvima koja mogu uvelike modulirati stav o dojenju (24). Nastavno tomu u radu patronažne sestre potrebno je svaku ženu u intimi njenog doma gledati kao individu i na taj način joj se i posvetiti. Razdoblja od šest do osam tjedana i četiri do šest mjeseci razdoblja su ubrzanog rasta djeteta (tzv. skokovi u razvoju). To se očituje u promjenama apetita te se majkama čini kao da nemaju dovoljno mlijeka. Važno je prebroditi novonastale izazove dojenja. Djetetu treba omogućiti hranjenje svaki put kad ono poželi, a to je u ovom razdoblju češće nego prije. Dojenje na zahtjev, adekvatan odmor, dobra prehrana i unos tekućine mogu pomoći majci u održavanju laktacije i prevladavanju teškoća (2).

Trend je u svijetu što kraći boravak u rodilištu pa je kvaliteta zdravstvene skrbi od veće važnosti. Tradicionalno, primalje i savjetnice dojenja pomažu majkama na taj način da postavljaju dijete na dojku što onemogućuje majci da sama savlada tu vještinu. Zbog nedostatka prilike da vježba dojenje u rodilištu majke su često u čudu kada dođu kući pa nastaju problemi s dojenjem. Potreba za učinkovitijim načinom podučavanja majki o dojenju urodilo je novim pristupom pod nazivom Hands-Off Technique (HOT) ili tehnika bez dodirivanja, 1996. god. u Kraljevskoj bolnici za žene (Royal Women's Hospital) u Australiji. Studije su pokazale da majke ne vole kada ih se dodiruje prilikom savjetovanja o dojenju i da ovaj pristup dovodi do više problema s dojenjem. Tehnika bez dodirivanja uzima u obzir

majčino pravo na dostojanstvo i samostalnost. Metoda podučavanja majki o dojenju bez kontakta zdravstvenog osoblja trebala bi biti sastavni dio edukacije studenata primaljstva i drugih zdravstvenih djelatnika koji savjetuju dojilje (25).

1.4. SAMOEFIKASNOST DOJENJA

Za pozitivan ishod i prevladavanje poteškoća dojenja važno je majčino samopouzdanje. Neke majke teško se nose s pritiskom okoline, pogotovo ako dolazi od obitelji, prijatelja ili šire zajednice. Antropologinja Katherine Dewwyler ističe da su glavni čimbenici preranog odustajanja i sociodemografske naravi kultura u kojoj živimo. Promoviranje neadekvatne hrane za dojenčad te negativan stav prema dojenju u javnosti u nekim zemljama stvara negativnu sliku i nesigurnost u odlučnosti majke na dojenje (26). Samoučinkovitost majčinog dojenja značajan je prediktor u duljini dojenja. Integriranje strategija za poboljšanje učinkovitosti samopouzdanja može poboljšati kvalitetu koju pružaju zdravstveni djelatnici i povećati majčino povjerenje u njezinu sposobnost dojenja te ustrajati ako se pravovremeno suoči s poteškoćama (8). Socijalno-kognitivnu teoriju o samoefikasnosti pojašnjava Bandura (27). Samoefikasnost se određuje kao vjerovanje u sposobnost organiziranja i izvršavanja potrebnih mjera da bi se ostvario određeni cilj. Samoefikasnost odražava optimističko vjerovanje koje olakšava postizanje ciljeva, ustrajnost pred preprekama zasnovana je na ideji subjektivnog doživljaja osobne kompetencije u realizaciji različitih ciljeva. Samoefikasnost se ne procjenjuje kao osobina ličnosti, već kao uvjerenje o osobnim mogućnostima kako bi se ostvarili željeni ciljevi (28). Taj koncept samoefikasnosti dojenja razradila je Dennis (29) samoučinkovitost dojenja odnosi se na ženino uvjerenje u vlastitu sposobnost kako može doći.

Značajan prediktor duljine dojenja jest majčino uvjerenje u svoju osobnu sposobnost dojenja. Za mjerenje samoučinkovitosti dojenja koristi se Skala za mjerenje samoefikasnosti dojenja (Breastfeeding Self-Efficacy Scale, BSES)(10). Samoefikasnost je značajni pokazatelj ponašanja majki u vezi s dojenjem i njegovim ishodom jer pokazuje hoće li majka izabrati dojenje, koliko će biti uporna i kako će odgovoriti na prve poteškoće kod dojenja (9). Prospektivna opservacijska studija provedena u Italiji naglašava potrebu individualizacije pružanja pomoći majkama koje doje s posebnim osvrtom na osobna iskustva. Sadašnji

podatci ukazuju da bi adekvatna potpora dojenju uključujući procjenu hranjenja na prsa, tijekom prvog posjeta babinjači mogla spriječiti oštećenja bradavica i kasnije mastitis i apsces. Štoviše, važno je pružiti majkama uvjerenje u vlastite sposobnosti, potpuno razumijevanje procesa dojenja, kako pravilno držati dijete na dojka i kako potaknuti dojenje na zahtjev. Ono što majke opažaju kao nisku ponudu mlijeka može biti zapravo dovoljno. Rezultati istraživanja naglašavaju majčinu samoeфикаsnost koja odražava njezino povjerenje u dojenje i usko je povezano s osobnim prethodnim iskustvima. Prethodno pozitivno iskustvo dojenja rezultiralo je kao faktor odlučivanja za nastavak. Majka koja se osjeća sigurno u dojenju vjerojatno će ponoviti iskustvo i produljiti razdoblje laktacije. Važna je osobna psihološka pozadina majke te je važno prepoznati bilo kakvu zabrinutost koja proizlazi iz dosadašnjih iskustava dojenja i pružiti prilagođenu podršku (24). Sukladno tome patronažna sestra prilikom posjeta djeluje na način kako bi podržala samopouzdanje majki u njihovoj sposobnosti dojenja.

Takvo osnaživanje uključuje uklanjanje ograničenja i utjecaja koji manipuliraju percepcijama i stavovima o dojenju. To zahtjeva povjerenje i komunikacijsku vještinu koju patronažna sestra mora imati.

1.5. PODRŠKA I POTICAJ

Sadašnji globalni pad inicijacije i trajanje dojenja povećava potrebu za učinkovitom promocijom dojenja. Politike i programi promocije moraju biti osjetljivi na one čimbenike koji mogu pomoći majci u njezinim nastojanjima dojenja. Takvi čimbenici uključuju sociodemografske karakteristike, zaposlenje majke i socijalnu podršku. Društvena podrška koja povećava dojenje uključuje emocionalne, opipljive i obrazovne komponente i od neformalnih članova društvene mreže (muški partner, majka, obitelj/prijatelji) i članovi profesionalne mreže (zdravstveni stručnjaci, patronažne sestre i savjetnici za laktaciju). Nasuprot tome, negativna društvena podrška može smanjiti dojenje (30).

Važna je podrška supruga, on kao otac daje potporu koja omogućava majci da energiju usmjeri prema novorođenčetu. Očev je posao brinuti se za majku kako bi se ona mogla brinuti za dijete. Oni stvaraju okolinu u kojoj će majka doći, pomažu u njezi djeteta te svojom

povezujućom karikom roditeljstva djeluju pozitivno na psihomotorni razvoj djeteta (31). Podrška obitelji, liječnika obiteljske medicine, ginekologa, patronažne sestre mogu pomoći dojiljama da nastave dojiti unatoč poteškoćama s kojima se suočavaju. Potpora majkama za zlatni standard pruža se i obilježavanjem Svjetskog tjedna dojenja od 1. do 7. kolovoza). Svjetsko udruženje za potporu dojenja (World Alliance for Breastfeeding Action- WABA) poziva na povećanu potporu majkama koje teže postizanju zlatnog standarda hranjenja isključivog dojenja u prvih šest mjeseci djetetova života, a da se s dojenjem nastavi uz primjerenu nadohranu do druge godine i dulje. Postavljeni su jasni ciljevi: proširiti svijest o potrebi pružanja podrške majkama koje doje, širiti nove informacije o podršci dojiljama i potaknuti stvaranje optimalnih uvjeta za pružanje potpore. Biti majka znači biti odgovorna za skrb i dobrobit djeteta, taj posao zahtijeva vrijeme, energiju, i pažnju. Za stvaranje mlijeka najbolja je okolina bez stresa. Politika zaštite majčinstva mora omogućavati: čuvanje radnog mjesta za ženu, plaćeni porodiljni dopust, plaćene pauze za dojenje te zaštitu od diskriminacije (32). Majke često nailaze na poteškoće u periodu dojenja i tada im je potreban praktičan savjet, informacija i emocionalna potpora. Iz toga su proizašle grupe samopomoći ili suportivne grupe gdje majke s iskustvom žele pomoći drugoj majci. Grupe se temelje na činjenici da je dojenje prirodan proces i da većina poteškoća pri dojenju nezahtijeva medicinske postupke. Sama ideja o osnivanju grupa za potporu dojenja (GPD) datira iz 1956. godine kada je u Americi i osnovana prva grupa pod nazivom La LecheLeague (LLL) koja je danas izrasla u međunarodnu grupu za potporu dojenja (LLLInternational). U svijetu postoje educirane savjetnice za dojenje sa ili bez certifikata (IBCLC) (33). Patronažne sestre u svom radu osnivaju grupe na svojim terenima te kao supervizori djeluju provodeći stručno znanje kroz praktično iskustvo i vještine u području dojenja. Nakon otpusta iz rodilišta majku treba uputiti na skupine za potporu dojenju ili neki drugi oblik postnatalne potpore dojenja u zajednici, savjetovanje s patronažnom sestrom, pedijatrima, liječnikom primarne zdravstvene zaštite ili članovima udruga koje se bave promicanjem dojenja. Suvremene obitelji ne pružaju majci priliku da nauči dojiti od svojih najbližih pa je uloga zdravstvenih djelatnika tim veća. Neke majke traže informacije putem trudničkih tečajeva, neke preko interneta, ali praktično iskustvo koje steknu u rodilištu presudno je i utječe na daljnji tijek dojenja (24).

U Hrvatskoj se od 1993. godine, u suradnji Ministarstva zdravstva i UNICEF-a, provodi kampanja za promicanje dojenja. Poduzete su mjere: pokrenut je program „Rodilište – prijatelj djece“, organiziraju se tečajevi za trudnice, osnivaju se grupe za potporu dojenja (GPD), osnivaju se „Savjetovaništa za djecu – prijatelje dojenja“. U Splitu, na Medicinskom

fakultetu, moguća je obuka i polaganje ispita za međunarodno certificiranu savjetnicu dojenja IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Za promicanje dojenja zaduženi su zdravstveni radnici koji usko surađuju s trudnicama, roditeljama, dojiljama, novorođenčadi, dojenčadi, malom djecom. Patronažna sestra ima sve te zaštite u skrbi, provodi individualno i grupno zdravstveno preventivno savjetovanje korisnika. Posjećuje ih u njihovim domovima, a poradi promicanja dojenja kod nas u Osijeku pri Domu zdravlja održavaju se tečajevi za trudnice, djeluju grupe za potporu dojenja, promotivni programi koji se provode u Svjetskom tjednu dojenja. U osječkom Domu zdravlja imamo tri IBCLC savjetnice i skoro dvije godine od otvaranja Savjetovaništa za dojenje te mogućnost telefonskog savjetovanja pri Domu zdravlja. Kako bi pružile stručnu pomoć pri dojenju, patronažne sestre se trebaju bolje povezati s rodilištem i pedijatrijskom skrbi uz ujednačenu i suvremenu izobrazbu dojenja (34).

2. CILJ

Glavni cilj ovog rada :

- ispitati samoefikasnost dojenja
- ispitati najčešće poteškoće vezane uz dojenje
- ispitati postoji li povezanost između isključivog dojenja (do 6mjeseci) i teškoća pri dojenju s kojima se majke susreću s obzirom na stupanj samoefikasnosti tijekom posjeta patronažne sestre.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje u populaciji žena nakon poroda koje doje dijete tijekom posjeta patronažne sestre (35).

3.2. Ispitanici

Ispitana je 151 roditeljica koja je dojila dijete tijekom posjeta patronažne sestre u trajanju od prosinca 2017. do travnja 2018. godine na području grada Osijeka i prigradskih naselja koje pripadaju Domu zdravlja Osijek.

3.3. Metode

Anonimnim anketnim upitnikom prikupljeni su sociodemografski podatci (majčina dob, stupanj naobrazbe, mjesto stanovanja, bračno stanje, radni odnos, broj djece) te pitanja koja su se odnosila na način porođaja, teškoće pri dojenju te procjena samoefikasnosti dojenja. Pri tome je korištena skala za procjenu samoefikasnosti dojenja kratki oblik Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) instrument za procjenu majčinog samopouzdanja u vezi s dojenjem (10). Procjena se obavljala na ljestvici Likertovog tipa od pet stupnjeva pri čemu 1 znači *uopće se ne slažem*, a 5 *potpuno se slažem*.

3.4. Statističke metode

Kategorijski su podatci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički su podatci opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom ili

medijanom i granicama interkvartilnog raspona, ovisno o normalnosti raspodjele. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike u dobi između ispitanica s niskom ili visokom samoefikasnosti dojenja testirale su se Mann Whitneyevim U testom (36). Sve su P vrijednosti dvostrane. Razina je značajnosti postavljena na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc statistical software version 18 (MedCalc software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2018).

3.5. Etička načela

Prije same provedbe istraživanja dobivena je pisana suglasnost Povjerenstva za etička i staleška pitanja Doma zdravlja Osijek dana 21.studenog 2017. Dobivena je i suglasnost od dr.Anite Pavičić Bošnjak, doc. za uporabu validiranog i adaptiranog upitnika hrvatske verzije s 14 čestica koju je prevela Pavičić Bošnjak i suradnici (10).

4. REZULTATI

4.1. Osnovna obilježja ispitanica

Istraživanje je provedeno na 151 ispitanici, aritmetičke sredine dobi 31 godina (standardne devijacije 4,8 godina), u rasponu od 20 do 45 godina. Završenu srednju školu ima 66 (43,7 %) ispitanika, a visoku školu ili fakultet njih 60 (39,7 %). Zaposleno je 99 (65,6 %) ispitanika. U gradu živi 104 (68,9 %) ispitanica, najviše njih u užoj obitelji (suprug, djeca), njih 107 (70,9 %) (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	5 (3,3)
Završena srednja škola	66 (43,7)
Viša škola	20 (13,3)
Visoka škola, fakultet	60 (39,7)
Radni odnos	
Zaposlena	99 (65,6)
Nezaposlena	48 (31,8)
Povremeno zaposlena	4 (2,6)
Mjesto življenja	
Selo	47 (31,1)
Grad	104 (68,9)
S kim žive	
Sa suprugom	19 (12,6)
Uža obitelj (suprug, djeca)	107 (70,9)
Šira obitelj (suprug, djeca, baka, djed)	25 (16,6)
Ukupno	151 (100)

Ispitanice do sada imaju od nijednog do šestero djece, medijana dvoje djece (interkvartilnog raspona od 1 do 2 djece).

4.2. Podatci vezani uz iskustvo dojenja

Edukaciju trudničkog tečaja prošlo je 58 (38,4 %) ispitanica. Vaginalni (prirodni) porod imalo je 116 (76,8 %) ispitanica, a prema gestacijskoj dobi 137 (90,7 %) ispitanica rodilo je od 37. do 42. tjedna gestacije. Podoj djeteta unutar 24 sata u rodilištu i kontakt koža na kožu -skin to skin imalo je 112 (74,2 %) ispitanica, a kod 133 (88,1 %) ispitanica dijete je boravilo s njima u sobi. Osim majčinog mlijeka, u rodilištu je dijete dobilo i neku drugu hranu, kako navodi 129 (85,4 %) ispitanica. Porodnu masu od 3 kg i više, imalo je 124 (82,1 %) djece (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanica u odnosu na trudnički tečaj, način poroda te dojenje u rodilištu

	Broj (%) ispitanica
Prošli su edukaciju trudničkog tečaja	58 (38,4)
Način poroda	
Vaginalni (prirodni)	116 (76,8)
Carski rez	35 (23,2)
Trajanje trudnoće (tjedni gestacije)	
Manje od 36 tjedana gestacije	14 (9,3)
Od 37 do 42 tjedna gestacije	137 (90,7)
Dobili dijete na podoj unutar 24 sata	112 (74,2)
U rodilištu su imali kontakt koža na kožu (<i>skin to skin</i>)	112 (74,2)
Dijete je boravilo s njima u sobi	133 (88,1)
Dijete je dobilo u rodilištu i neku drugu hranu osim majčinog mlijeka	129 (85,4)
Težina djeteta po rođenju	
3 kg i više	124 (82,1)
od 2,1 kg do 2,9 kg	22 (14,6)
do 2 kg	5 (3,3)
Ukupno	151 (100)

Samo dvanaestero djece ima Apgar skor manji od 10/10 (četvero 9/10; troje 9/9 ili 6/10; po jedno dijete 6/8 ili 8/8).

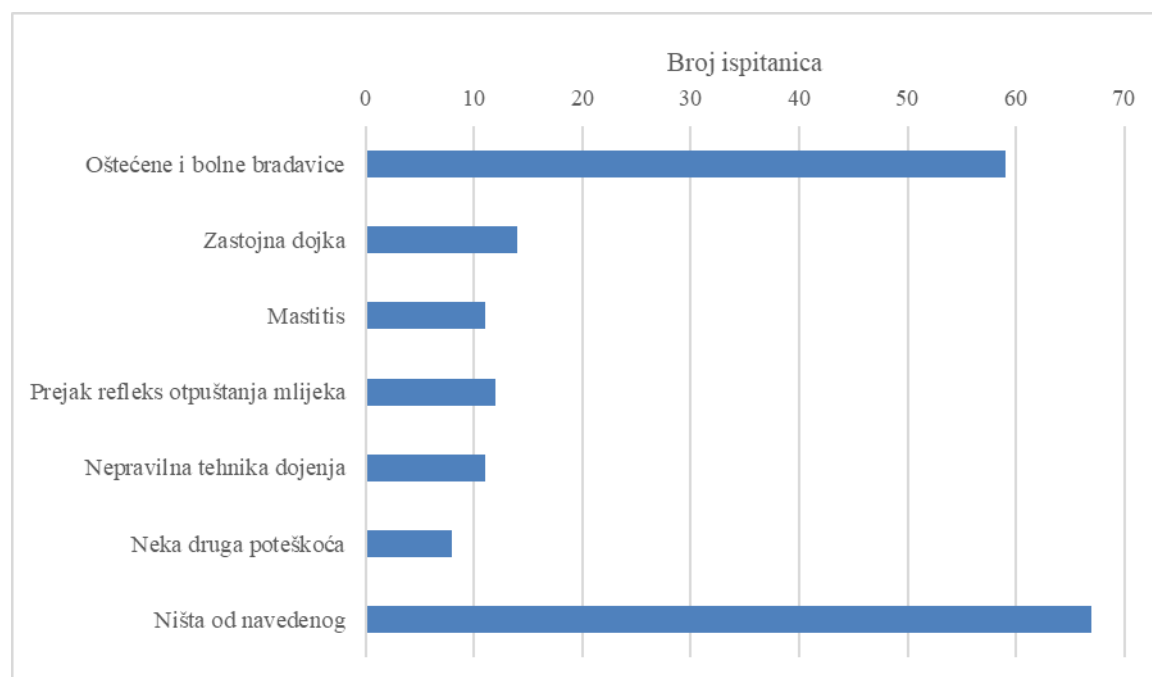
Dosadašnje iskustvo u dojenju ima 139 (92,1 %) ispitanica, a od njih je 60 (39,7 %) dojilo do 6 mjeseci. Tijekom dojenja, najveću podršku je imala 121 (80,1 %) ispitanica od supruga, a 82 (54,3 %) od šire obitelji. Strah od dojenja imalo je 29 (19,2 %) ispitanica, pritisak od okoline vezan uz dojenje bio je prisutan kod 16 (10,6 %) ispitanica, dok ih je 7 (4,6 %) imalo postpartalnu tugu. Poteškoće prilikom dojenja imalo je 86 (57 %) ispitanica (Tablica 3).

Tablica 3. Podrška i poteškoće tijekom dojenja

	Broj (%) Ispitanica
Imaju iskustvo u dojenju	139 (92,1)
Koliko su dugo dojile	
do 6 mjeseci	60 (39,7)
od 7 do 11 mjeseci	38 (25,2)
12 mjeseci i više	39 (25,8)
Tijekom dojenja imale su podršku	
Supruga	121 (80,1)
Šire obitelji	82 (54,3)
Zdravstvene skrbi	75 (49,7)
Ništa od navedenog	5 (3,3)
Poteškoće tijekom dojenja vezane uz	
Strah	29 (19,2)
Pritisak okoline	16 (10,6)
Postpartalnu tugu	7 (4,6)
Ništa od navedenog	105 (69,5)
Tijekom dojenja imale su poteškoće	86 (57)

Najčešća poteškoća tijekom dojenja je kod 59 (39,1 %) ispitanica oštećena i bolna bradavica, zastoju dojku imalo je 14 (9,3 %) ispitanica, njih 11 (7,3 %) mastitis, prejak refleks opuštanja

mlijeka njih 12 (7,9 %), a nepravilnu tehniku dojenja navodi 11 (7,3 %) ispitanica. Neku drugu, od navedenih, poteškoću navodi 8 (5,3 %) ispitanica (Slika 1).



Slika 1. Ispitanice u odnosu na poteškoće prilikom dojenja

Pojavnost poteškoća tijekom dojenja nemaju značajni utjecaj na duljinu dojenja (Tablica 4).

Tablica 4. Poteškoće tijekom dojenja u odnosu na duljinu dojenja

	Broj (%) ispitanika u odnosu na duljinu dojenja				P*
	do 6 mjeseci	od 7– 11 mjeseci	12 mjeseci i više	Ukupno	
Imale poteškoće tijekom dojenja	35 (58,3)	23 (60,5)	17 (43,6)	75 (54,7)	0,25
Oštećene i bolne bradavice	19 (31,7)	19 (50)	13 (33,3)	51 (57,2)	0,16
Zastojna dojka	4 (7)	4 (11)	6 (15)	14 (10)	0,37
Mastitis	4 (7)	1 (3)	5 (13)	10 (7)	0,24
Prejak refleks otpuštanja mlijeka	7 (12)	1 (3)	2 (5)	10 (7)	0,29
Nepravila tehnika dojenja	4 (7)	2 (5)	3 (8)	9 (7)	>0,99
Nešto drugo	5 (8)	1 (3)	1 (3)	7 (5)	0,41

*Fisherov egzakti test

Narušeno je samopouzdanje kod 27 (17,9 %) ispitanica bilo zbog netočne tvrdnje da su prazne dojke ili da dijete često sisa i dugo traje. U količinu i kvalitetu svog mlijeka tijekom dojenja posumnjalo je 79 (52,3 %) ispitanica, a njih 45 (29,8 %) pomislilo je odustati od dojenja (Tablica 5).

Tablica 5. Razlozi narušenog samopouzdanja i mogućnost odustajanja od dojenja

	Broj (%) ispitanica
Razlozi narušenog samopouzdanja zbog netočnih tvrdnji	
Dojke su prazne	20 (13,2)
Dijete se često budi noću	27 (17,9)
Dijete plače nakon podoja	21 (13,9)
Dijete često sisa i dugo traje	27 (17,9)
Ništa od navedenog	82 (54,3)
Posumnjale su u količinu i kvalitetu svog mlijeka tijekom dojenja	79 (52,3)
Pomislile su odustati od dojenja	45 (29,8)

4.3. Skala samoefikasnosti dojenja

Samoefikasnost dojenja procijenjena je skalom od 14 tvrdnji. Koeficijent unutarnje konzistencije (CronbachAlpha) cijele skale je 0,923.

Uopće se ne slaže po 6(4 %) ispitanica s tvrdnjama da uvijek mogu utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka ili da mogu hraniti dijete samo dojenjem bez uporabe formule. Neutralno je 44 (29,1 %) ispitanica s tvrdnjom da uvijek mogu dojiti, čak i ako dijete plače. Najveće slaganje je s tvrdnjom da uvijek žele dojiti, njih 104 (68,9 %), a 83 (55 %) ispitanice navode da se u potpunosti slažu da je dojenje za njih zadovoljstvo (Tablica 6).

Tablica 6. Raspodjela odgovora na Skali za mjerenje samoefikasnosti dojenja - kratki oblik (BSES-SF)

Uvijek mogu..	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Potpuno se slažem	
utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka	6 (4)	16 (11)	53 (35)	48 (32)	28 (19)	151 (100)
uspješno se nositi s dojenjem, kao što se mogu nositi i s drugim izazovima	1 (1)	10 (7)	26 (17)	65 (43)	48 (32)	150 (100)
hraniti dijete samo dojenjem bez uporabe formule	6 (4)	26 (17)	25 (17)	30 (20)	64 (42)	151 (100)
osigurati da dijete pravilno prihvati dojku za cijelo vrijeme hranjenja	1 (1)	11 (7)	20 (13)	54 (36)	65 (43)	151 (100)
dojenje je za mene zadovoljstvo	2 (1)	6 (4)	20 (13)	40 (26)	83 (55)	151 (100)
dojiti čak i ako dijete plače	5 (3,3)	16 (10,6)	44 (29,1)	31 (20,5)	55 (36,4)	151 (100)
želim dojiti	2 (1,3)	1 (0,7)	14 (9,3)	30 (19,9)	104 (68,9)	151 (100)
dojiti u prisustvu članova obitelji	5 (3,3)	20 (13,2)	40 (26,5)	23 (15,2)	63 (41,7)	151 (100)
zadovoljna vlastitim iskustvom dojenja	2 (1,3)	12 (8)	26 (17,3)	53 (35,3)	57 (38)	150 (100)
nositi se s činjenicom da dojenje zahtijeva vrijeme	3 (2)	4 (2,6)	17 (11,3)	55 (36,4)	72 (47,7)	151 (100)
najprije završiti hranjenje na jednoj dojci, prije nego ponudim drugu	4 (2,6)	12 (7,9)	23 (15,2)	46 (30,5)	66 (43,7)	151 (100)
dojiti dijete u svakom obroku	3 (2)	14 (9,3)	12 (7,9)	40 (26,5)	82 (54,3)	151 (100)
odgovoriti na djetetov zahtjev za dojenjem	2 (1,3)	8 (5,3)	16 (10,6)	38 (25,2)	87 (57,6)	151 (100)
reći kad je dijete završilo podoj	2 (1,3)	11 (7,3)	35 (23,3)	50 (33,3)	52 (34,7)	150 (100)

Medijan ukupne skale samoefikasnosti je 59 (interkvartilnog raspona od 50 do 65) u rasponu od 26 do 70. U odnosu na dobivene vrijednosti podijelili smo ispitanice na one s niskom (≤ 56 bodova) i visokom (> 56 bodova) samoefikasnosti dojenja. Nisku samoefikasnost dojenja ima 67 (44,4 %) ispitanica, a visoku njih 84 (55,6 %). Nema značajne razlike u dobi između ispitanica s niskom ili visokom samoefikasnosti dojenja (Tablica 7).

Tablica 7. Dob ispitanica u odnosu na samoefikasnost dojenja

	Medijan (interkvartilni raspon)			<i>P</i> *
	Niska (n=67)	Visoka (n=84)	Ukupno (n=151)	
Dob ispitanica	32 (28 – 36)	31 (28 – 34)	31 (28 – 35)	0,12

*Mann Whitney U test

Značajno su više dojile, od 12 mjeseci i više, ispitanice s visokom samoefikasnosti dojenja (Fisherov egzakti test, $P < 0,001$) u odnosu na one s niskom samoefikasnosti, dok u razini obrazovanja, educiranosti, prijašnjem iskustvu u dojenju ili pruženoj podršci tijekom dojenja nema značajnih razlika u odnosu na samoefikasnost dojenja (Tablica 8).

Tablica 8. Raspodjela ispitanica prema samoefikasnosti dojenja u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanica u odnosu na samoefikasnost dojenja			<i>P</i> *
	Niska(n=67)	Visoka(n=84)	Ukupno(n=151)	
Razina obrazovanja				
Osnovna škola	3 (4)	2 (2)	5 (3)	0,72
Završena srednja škola	29 (43)	37 (44)	66 (44)	
Viša škola	7 (10)	13 (15)	20 (13)	
Visoka škola, fakultet	28 (42)	32 (38)	60 (40)	
Prošle su edukaciju trudničkog tečaja	23 (34,3)	35 (41,7)	58 (38,4)	0,40
U rodilištu su imale kontakt koža na kožu (skin to skin)	49 (74,2)	63 (75)	112 (74,7)	> 0,99
Imaju iskustvo u dojenju	61 (92,4)	78 (92,9)	139 (92,7)	> 0,99
Koliko su dugo dojile				
do 6 mjeseci	38 (62)	22 (29)	60 (44)	< 0,001
od 7 do 11 mjeseci	16 (26)	22 (29)	38 (28)	
12 mjeseci i više	7 (11)	32 (42)	39 (28)	
Tijekom dojenja imale su podršku				
Supruga	52 (77,6)	69 (82,1)	121 (80,1)	0,54
Šire obitelji	33 (49,3)	49 (58,3)	82 (54,3)	0,32
Zdravstvene skrbi	29 (43,3)	46 (54,8)	75 (49,7)	0,19
Ništa od navedenog	3 (4,5)	2 (2,4)	5 (3,3)	0,66

*Fisherov egzakti test

Od ukupno 86 (57 %) ispitanica koje su imale poteškoće s dojenjem, značajno je više onih koje imaju nisku samoefikasnost dojenja, njih 47 (70,1 %) (Fisherov egzakti test, $P = 0,005$). Također, ispitanice niske samoefikasnosti dojenja značajno su više imale nepravilnu tehniku

dojenja (Fisherov egzaktni test, $P = 0,01$) u odnosu na ostale ispitanice. Ništa od navedenih poteškoća značajno navode ispitanice s visokom samoefikasnosti dojenja (Fisherov egzaktni test, $P = 0,005$). Značajno najčešća netočna tvrdnja u skupini ispitanica s niskom samoefikasnosti dojenja, koja je jedan od razloga narušenog samopouzdanja, je da dijete plače nakon podoja (Fisherov egzaktni test, $P = 0,009$) (Tablica 9).

Tablica 9. Raspodjela ispitanica prema samoefikasnosti dojenja u odnosu na obilježja ispitanica

	Broj (%) ispitanika u odnosu na samoefikasnost dojenja			<i>P</i> *
	Niska	Visoka	Ukupno	
Imale poteškoće prilikom dojenja	47 (70,1)	39 (46,4)	86 (57)	0,005
Poteškoće tijekom dojenja vezane uz				
Strah	15 (22,4)	14 (16,7)	29 (19,2)	0,41
Pritisak okoline	9 (13,4)	7 (8,3)	16 (10,6)	0,43
Postpartalnu tugu	1 (1,5)	6 (7,1)	7 (4,6)	0,13
Ništa od navedenog	47 (70,1)	58 (69)	105 (69,5)	> 0,99
Poteškoće dojenja su:				
Oštećene i bolne bradavice	28 (41,8)	31 (36,9)	59 (39,1)	0,62
Zastojna dojka	7 (10,4)	7 (8,3)	14 (9,3)	0,78
Mastitis	5 (7,5)	6 (7,1)	11 (7,3)	> 0,99
Prejak refleks otpuštanja mlijeka	4 (6)	8 (9,5)	12 (7,9)	0,55
Nepravilna tehnika dojenja	9 (13,4)	2 (2,4)	11 (7,3)	0,01
Neka druga poteškoća (dijete ne želi jednu dojku ili ne dobiva na težini)	6 (9)	2 (2,4)	8 (5,3)	0,14
Ništa od navedenog	21 (31,3)	46 (54,8)	67 (44,4)	0,005
Razlozi narušenog samopouzdanja zbog netočnih tvrdnji				
Dojke su prazne	9 (13,4)	11 (13,1)	20 (13,2)	> 0,99
Dijete se često budi noću	14 (20,9)	13 (15,5)	27 (17,9)	0,40
Dijete plače nakon podoja	15 (22,4)	6 (7,1)	21 (13,9)	0,009
Dijete često sisa i dugo traje	10 (14,9)	17 (20,2)	27 (17,9)	0,52
Ništa od navedenog	34 (50,7)	48 (57,1)	82 (54,3)	0,51

*Fisherov egzaktni test

5. RASPRAVA

Prilikom posjeta patronažne sestre, često na terenu u radu s roditeljima koje su netom izašle iz rodilišta, susrećemo situacije u kojima nedostatna podrška okoline te manjak samopouzdanja rezultira uvođenjem adaptirane formule ili navodima kako bi odustale od dojenja. U navedenim situacijama zdravstveni djelatnici trebaju intrvenirati u smislu uključivanja obitelji, naročito supruga koji je isto važan, kao i ostale okoline (bake, djedovi, prijatelji) kao pozitivnu potporu. Pomoć u pravilnim položajima i tehnikama dojenja, saniranje postojećih problema te nadasve psihička podrška i motivacija kao suport su povećanja samopouzdanja u procesu dojenja.

5.1. Iskustvo dojenja

Utjecaj na pozitivno iskustvo dojenja ima edukacija (trudnički tečaj) te neprekinuta skrb tijekom boravka u rodilištu, kontakt koža na kožu- skin to skin nakon vaginalnog poroda kao i nakon carskog zahvata za sve stabilne majke i bebe, bez obzira na preferencu hranjenja. Neograničene mogućnosti za njegu, koža na kožu te dojenje, promoviraju optimalne ishode majke i djeteta prema ažuriranom pregledu Lamaze International Care Practices koji promiče normalni porod i praktičnu skrb bez razdvajanja majke i bebe, s neograničenim mogućnostima za dojenje, objavljenom u *The Journal of Perinatal Education* (37). To se također potvrdilo i u ovom istraživanju 151 ispitanice gdje je potvrđena praksa da je 112 majki imalo kontakt koža na kožu - skin to skin i isto su tako dobile dijete na podoj unutar 24 sata. Također, njih 133 je boravilo s djetetom u sobi. Iskustvo u dojenju imalo je 139 ispitanica od toga je njih 60 dojilo do 6 mj. isključivog dojenja. Od 7 do 11 mjeseci dojilo je njih 38, a 12 mjeseci i više 39 ispitanica. (Tablica 3). Značajno je i to da je osim majčinog mlijeka u rodilištu dijete dobilo i neku drugu hranu što je navelo 112 od ukupno 151 ispitanica. Zdravstveni djelatnici imaju odgovornost podupirati ovu fiziološku potrebu dojenja kroz obrazovanje, zagovaranje i provedbu iskustvenih postupaka majčinstva. Također se to potvrdilo i u meta-analizi podataka i raspravi među istraživačkim skupinama u Švedskoj i

Brazilu kako rutinsko odvajanje zdravih majki može biti štetno i negativno utjecati na kratkoročne i dugoročne rezultate zdravlja i uspjeh dojenja.

Osjetljivo razdoblje u prvom satu ili nakon rođenja značajno utječe na povišenu razinu majčinog reproduktivnog hormona oksitocina koji se znatno povećava tijekom boravka kože na kožu - skin to skin te potiče privrženost majki / novorođenčadi, smanjuje stres majke i novorođenčeta. Ovo osjetljivo vrijeme, koje se ponekad naziva čarobnim satom ili zlatnim satom, zahtijeva poštovanje, zaštitu i podršku. Poremećaj ili odgađanje kože na kožu - skin to skin može otežati i negativno utjecati na učinkovitost dojenja (38).

5.2. Podrška i poteškoće tijekom dojenja

Prema registru pokusa iz Cochrane trudnoća i porod (3.listopad 2011.) u nekoliko je studija i analiza potvrđeno kako potpora koju majke dobivaju tijekom dojenja može biti učinkovita u nastavku dojenja. Podrška može uključivati nekoliko elemenata: pohvalu, informacije, motivaciju, priliku za razgovor i odgovore na majčina pitanja (12). U ovom istraživanju od 151 ispitanice njih 121 je imala podršku supruga, a 82 od šire obitelji, 75 je navelo podršku zdravstvene skrbi što bi podrazumjevalo liječnika obiteljske medicine, ginekologa, patronažne sestre te medicinskog osoblja u bolnici. Samo je njih 5 navelo da nije imalo nikakvu podršku (Tablica 3). Ispitanice u odnosu na poteškoće prilikom dojenja: njih 59 navelo je kao najčešće oštećenu i bolnu bradavicu. U odnosu na duljinu dojenja do 6 mjeseci njih 35 navelo je poteškoće, a njih 19 kao najčešće oštećene i bolne bradavice (Slika 1). Pojavnost poteškoća tijekom dojenja nema značajniji utjecaj na duljinu dojenja (Tablica 4). Prospektivna opservacijska studija provedena u Italiji naglašava potrebu individualizacije pružanja pomoći majkama koje doje s posebnim osvrtom na osobna iskustva. Sadašnji podatci ukazuju da bi adekvatna potpora dojenju, uključujući procjenu hranjenja na prsa tijekom prvog posjeta babinjači, mogla spriječiti oštećenja bradavica i kasnije mastitis i apsces. Važno je pružiti majkama podršku i uvjerenje u vlastite sposobnosti, pomoći im razumjeti proces dojenja, kako pravilno držati dijete na dojckama i kako potaknuti dojenje na zahtjev (29).

5.3. Razlozi narušenog samopouzdanja, mogućnost odustajanja od dojenja

U longitudinalnoj studiji koju je provela Američka agencija za hranu i lijekove i Centara za kontrolu i prevenciju bolesti od 2005. do 2007.godine u Americi, uočeno je da 60% majki koje su inicirale dojenje nisu dojile svoje dijete dok god su to željele. Mnogi od razloga, zašto su majke prestale s dojenjem, bili su povezani s brigom o zdravlju majke ili djeteta, procesima povezanim s dojenjem, uključujući zabrinutost zbog: laktacije, prehrane i težine djeteta, potrebe za uzimanjem lijekova ili nekih bolesti, nepravilnom tehnikom dojenja. Preuranjeni prestanak dojenja može započeti kaskadom negativnih događaja koji narušavaju prirodni ciklus ponude i potražnje stvaranja mlijeka. Kada majka percipira nedovoljnu kvalitetu ili količinu mlijeka, vjerojatno će prestati s dojenjem bez obzira na dob djeteta (22). To se može povezati i s majkama u ovom istraživanju koje su pri prvim poteškoćama vazanim za strah, pritisak okoline, postpartalnu tugu te poteškoćama prilikom dojenja imale narušeno samopouzdanje te utjecaj na duljinu dojenja. Narušeno samopouzdanje zabilježeno je kod 27 ispitanica zbog netočnih tvrdnji tipa da su dojke prazne ili da dijete često sisa i dugo traje. U količinu i kvalitetu svog mlijeka tijekom dojenja posumnjalo je 79 ispitanica, a njih 45 pomislilo je odustati od dojenja (Tablica 5).

5.4. Raspodjela odgovora na skali za mjerenje samoefikasnosti dojenja u odnosu na obilježja ispitanica

U razvijenim zemljama i zemljama u razvoju, brojne studije pružaju snažan dokaz da dojenje smanjuje učestalost i/ili ozbiljnost širokog raspona bolesti kod dojenčadi i majki. Tako su međunarodne i nacionalne organizacije promicale isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci života. Slično je u mnogim zemljama svijeta i u Japanu mnoge majke prerano prekidaju isključivo dojenje iako je istraživanje na nacionalnoj razini izvijestilo da 96% japanskih žena namjerava prenatalno dojiti mnoge od njih počinju davati dohranu odmah nakon rođenja. Prema japanskom nacionalnom izvješću objavljenom 2010. godine stopa

dojenja tijekom prvih 8 tjedana života iznosila je 95%, a kasnije 44% dojenčadi mlađih od 8 tjedana primalo je i drugu hranu osim dojke.

Pregled literature iz 12 studija dojenja u Japanu pokazalo je da su psihometrijski čimbenici majke, uključujući samoučinkovitost dojenja, povezani s rezultatima dojenja. U posljednje vrijeme, samoučinkovitost dojenja majke naglašena je kao važan psihometrijski čimbenik poboljšanja ishoda dojenja. Samoefikasnost dojenja definirana je kao majčino povjerenje u njezinu sposobnost dojenja i pozitivno je povezana s trajanjem osobnog samopouzdanja. Teorijski, samoučinkovitost dojenja je pod utjecajem: a) prošlih iskustava dojenja, b) posrednih iskustava (npr. promatranje okruženja drugih žena koje doje i podrška, c) utjecaja vlastitih fizioloških i/ili afektivnih stanja (npr. bol, umor, anksioznost, stres) (39). U ovom istraživanju samoefikasnost dojenja procijenjena je skalom od 14 tvrdnji. U odnosu na dobivene vrijednosti imamo ispitanice s niskom samoefikasnošću, njih 67, a visoku samoefikasnost imaju 84 ispitanice. Značajno su više dojile od 12mj. i više ispitanice s visokom samoefikasnošću dojenja u odnosu na one s niskom samoefikasnošću. Ispitanice koje su imale poteškoće s dojenjem, značajno ih je više bilo u skupini s niskom samoefikasnosti dojenja povezano s tim i više nepravilnih tehnika dojenja. Shodno tomu najčešća netočna tvrdnja u skupini s niskom samoefikasnošću kao jedan od razloga narušenog samopouzdanja i učinkovitosti dojenja navodi kako dijete plače nakon podoja. Određene rutinske bolničke prakse ometaju dojenje (ograničeno dojenje, odjeljivanje majki i novorođenčadi i davanje uz majčino mlijeko i adaptiranu formulu). Na primjer, adaptirana formula može dovesti do smanjene samopouzdanje učinkovitosti dojenja kroz majčinu percepciju slabog učinka što nije samo praksa u bolnici nego se ta percepcija nastavlja i prilikom hranjenja u domu majke i djeteta. Patronažne sestre često imaju priliku susretati se s ovom problematikom u kući majke. Rezultati u istraživanju naglašavaju majčinu samoefikasnost koja odražava majčino povjerenje u dojenje i usko je povezana s osobnim prethodnim iskustvima. Prethodno pozitivno iskustvo dojenja rezultiralo je kao faktor odlučivanja za nastavak. Majka koja se osjeća sigurno u dojenju vjerojatno će ponoviti iskustvo i produljiti razdoblje laktacije. Važna je osobna psihološka pozadina majke te prepoznavanje bilo kakve zabrinutosti koja proizlazi iz dosadašnjih iskustava dojenja i pružanje prilagođene podrške (29). Sukladno tome patronažna sestra prilikom posjeta djeluje na način kako bi podržala samopouzdanje majki u njihovu sposobnost dojenja.

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja moguće je zaključiti sljedeće:

- Značajno su više dojile ispitanice s visokom samoeфикасношću dojenja u odnosu na one koje su imale nisku samoeфикасност.
- Najčešće su se poteškoće u većini potvrdile kao oštećene i bolne bradavice, mastitis, prejak refleks otpuštanja mlijeka kao i strah, pritisak okoline te postpartalna tuga.
- Razlog narušenog samopouzdanja bio je povezan s netočnim tvrdnjama da su dojke prazne, da dijete često sisa i da dugo traje. Velika većina majki posumnjala je u kvalitetu mlijeka i razmišljala odsutati od dojenja.
- Povezanost između isključivog dojenja (do 6 mjeseci) i poteškoća s dojenjem patronažana sestra mogla je povezati s majkama niskog stupnja samoeфикасности jer ispitanice niskog stupnja samoeфикасности značajno su više imale nepravilnu tehniku dojenja u odnosu na ispitanice s visokim stupnjem samoeфикасности. Također, prilikom posjeta patronažne sestre uočavala se i povezanost majki s niskom samoeфикасношću i narušenim samopouzdanjem.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Glavni je cilj istraživanja bio ispitati: samoefikasnost dojenja, najčešće teškoće vezane uz dojenje te postoji li povezanost između isključivog dojenja i teškoća pri dojenju s kojima se majka susreće u odnosu na stupanj samoefikasnosti prilikom posjeta patronažne sestre.

Ispitanice i metode: Ispitanice su rodilje njih 151 koje doje dijete, a posjećene su od patronažne sestre na području grada Osijeka i prigradskih naselja i pripadaju Domu zdravlja Osijek. Kao instrument istraživanja upotrebljen je anketni upitnik sa sociodemografskim podacima i upitnikom Skalom za mjerenje samoefikasnosti dojenja kratki oblik BSES-SF. Istraživanje je provedeno od prosinca 2017. do travnja 2018. godine.

Rezultati : Od 151 ispitanice značajno su više dojile od 12 mjeseci i više ispitanice s visokom samoefikasnosti dojenja (Fisherov egzaktni test, $P < 0,001$) u odnosu na one s niskom samoefikasnosti. Od ukupno 86(57%) ispitanica koje su imale poteškoće s dojenjem, značajno je više onih koje imaju nisku samoefikasnost dojenja, njih 47 (70,1%) (Fisherov egzaktni test, $P = 0,005$), također su one imale i značajno više nepravilnu tehniku dojenja u odnosu na ostale ispitanice. Nisku samoefikasnost dojenja ima 67 (44,4 %) ispitanica, a visoku 84(55,6%). Nema značajne razlike u dobi između ispitanica s niskom ili visokom samoefikasnosti dojenja. Najčešća je poteškoća tijekom dojenja: oštećena i bolna bradavica 59 (39,1%), zastojna dojka 14 (9,3 %), mastitis, prejak refleks otpuštanja mlijeka te nepravilna tehnika, također tu je prisutan i strah 29 (19,2%), pritisak od okoline vezan uz dojenje te postpartalna tuga.

Zaključak: Prilikom posjete patronažne sestre uočava se povezanost i utjecaj visoke samoefikasnosti dojenja. Majke koje su imale nisku samoefikasnost dojenja imale su i više poteškoća te nepravilne tehnike, manjak samopouzdanja, više su sumnjale u kvalitetu mlijeka i razmišljale su o odustajanju od dojenja.

Ključne riječi: samoefikasnost dojenja, poteškoće dojenja, patronažna sestra.

8. SUMMARY

Aim of the study: The main aim of the study was to investigate breastfeeding self-efficacy, the most common problems related to breastfeeding, and whether there is a correlation between exclusive breastfeeding and the problems related to the level of self-efficacy that the mother encounters during the domiciliary nurse's visit.

Respondents and methods: The respondents were 151 breastfeeding mothers from Osijek and its suburban areas who were visited by a nurse and are users of the Health Centre Osijek. As a research tool, we used a questionnaire that consisted of questions about socio-demographic data and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form, BSES-SF. The research was conducted in the period between December 2017 and April 2018.

Results: Out of 151 respondents, a significantly higher number of mother who breastfed for 12 months or more were those with a higher level of breastfeeding self-efficacy (Fisher's exact test, $P < 0.001$) in comparison with those with a lower level of breastfeeding self-efficacy. Out of 85 (57%) respondents who had difficulties breastfeeding, those who have a lower level of breastfeeding self-efficacy make up a significantly larger number – 47 or 70.1% (Fisher's exact test, $P = 0.005$). Also, their breastfeeding technique was incorrect in a large number of cases. A low level of breastfeeding self-efficacy was found in 84 (55.6%) respondents. There is no significant correlation between age and breastfeeding self-efficacy. The most common breastfeeding problems were damaged and sore nipples in 59 mothers (39.1%), engorged breasts in 14 (9.3%), mastitis, strong milk-ejection reflex, and an incorrect technique. Fear is present in 29 (19.2%) respondents, while we have also noticed the effect of societal pressure about breastfeeding, and postpartum depression.

Conclusion: During the domiciliary nurse's visit, it was noticed that there is a correlation between the breastfeeding self-efficacy and breastfeeding problems. The mothers with a low level of breastfeeding self-efficacy had more problems, a lot of them applied an incorrect technique, they had low self-esteem, doubted the quality of the milk, and even thought about giving up breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding Self-Efficacy; Breastfeeding Problems; Domiciliary Nurse

9. LITERATURA

1. Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici. Priručnik za studij sestrinstva – prvi dio, Zagreb. 2004. 126.
2. Stanojević M. Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima. Zagreb. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Ured UNICEF-a za Hrvatsku; 2010.
3. Ban I. i sur. Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb. 2013.
4. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva. 2003. Dostupno na adresi:
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
Datum pristupa: 25.04.2018.
5. Grgurić J. Novi programi za promicanje dojenja. *Pediatrics Croatica*. 2014;58:151-158.
6. Lawn J. E, Mwansa-Kambafwile J, Horta B.L., Barros F.C., Cousens S. „Kangaroo mother care” to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology*. 2010; 39:144-154.
7. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply breastfeeding. *Journal Nurs Scholarsh*. 2008;40:355-63.
8. Blyth R, Creedy D.K, Dennis C.L, Moyle W, Pratt J, de Vries S.M. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth* 2002;29:278-84.
9. Pavičić Bošnjak, A. i sur. Samoefikasnost dojenja i teškoće pri dojenju. *Pediatrics Croatica* 2014;58:88-94.
10. Pavicic Bosnjak A, Rumboldt M, Stanojevic M, Denis C.L .Psihometric assessment of the Croatian Version of the breastfeeding Self-Efficacy Scale –Short Form. *Journal Hum Lact*. 2012;28:565-9.
11. Dennis C.L. The breastfeeding self-efficacy scale: psihometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32:734-44

12. McFadden A, Gavine A, Renfrew M.J, Wade A, Buchanan P, Taylor J.L, Veitch E, Rennie A.M, Crowther S.A, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; 2(5).
13. Mazzi B. Patronažna služba i obiteljski doktor 2011. Dostupno na adresi: www.hdod.net/rad_drustva/Patronazna . Datum pristupa 23.3.2018.
14. Hrvatska udruga patronažnih sestara. Priručnik za majku. Zagreb. 2015 .
Dostupno na adresi :<http://www.udrugahups.hr/2016/02/22/prirucnik-za-majke/>Datum pristupa: 26.04.2018.
15. Dyson L, McCormick F.M, Renfrew M.J. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005, 2(2).
16. UNICEF. Izvješće o dojenju za Hrvatsku: održivost je prioritet.
Dostupno na adresi: <https://www.unicef.hr>. Datum pristupa 23.3.2018.
17. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child.
Dostupno na adresi: <http://www.unicef.org/crc/crc.htm> Datum pristupa 23.3.2018.
18. UNICEF. The baby friendly initiative. Dostupno na adresi:
<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/further-guidance-on-implementing-the-standards/skin-to-skin-contact/> Datum pristupa: 29.04.2018.
19. Pavičić Bošnjak A, Blašković Kokeza J, Dujmović A, Hegeduš Jungvirth M, Leticia Protega N. Obradović K. i sur. Preporuke za promicanje dojenja hrvatskog pedijatrijskog društva. *Paediatrica Croatica*. 2005;49:4.
20. Pavičić Bošnjak A, Batinica M. Rezultati promicanja dojenja u skupinama za potporu dojenju na području Međimurja. *Paediatrica Croatica* 2004;48:197-202.
21. Dennis C.L, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014,(12)2.
22. Odom E.C, Li R, Scanlon K.S, Perrine C.G, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics*. 2013;131(3):726-732.

23. Neville M.C, Keller R, Seacat J, Lutes V, Neifert M, Casey C. i sur. Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1988;48(6)1375–1386.
24. Colombo L, Crippa B.L, Consonni D, Bettinelli M.E, Agosti V, Mangino G. i sur. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients* 2018; 10:48.
25. Felc Z, Skale C. Dojenje v sodobni praksi, Zbornik predavanj. Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije. 2008; 53-59 .
26. Dewwy K.G. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Ped Clin N Amer*. 2001; 48:87-104.
27. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Enlewood Cliffs , NJ: Prentice-Hall ;1986.
28. Reić Ercegovac I, Koludrović M. Pedagogijska istraživanja. Akademska samoeфикаsnost i školski uspijeh adolescenata. 2010;7(1)110-128.
29. Raj V.K, Plichta B.M.S. The Role of Social Support in Breastfeeding Promotion: *Journal of Human Lactation*. 1998;14(1)41-45.
30. Narodni zdravstveni list: Potpora majci: za zlatni standard. Dostupno na adresi: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/52/svjetski.htm> Datum pristupa :26.03.2018.
31. Grupe za potporu dojenja. Dostupno na adresi:
<https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Priru%C4%8Dnik-za-voditeljice-grupe-za-potporu-dojenju.pdf> Datum pristupa:26.03.2018.
32. Sears W, Sears M. Njega djeteta od rođenja do druge godine života. Zagreb:Mozaik knjiga;2010.
33. Narodni zdravstveni list. Dostupno na adresi: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/76/mama.htm> Datum pristupa:26.03.2018.
34. Samardžija Čor I, Zakanj Z. The influence of patronage nurss on breastfeeding. *Acta clinica Croatia*. 2014; 53(2) 204-209.

35. Marušić M. i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
36. Ivanković D. i sur. Osnove statističke analize za medicinare. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb; 1988.
37. Crenshaw J. Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*. 2007;16(3):39-43.
38. Anderzén-Carlsson A. C, Lamy Z, Tingvall M, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant—Part 2: A qualitative meta-synthesis. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being*. 2014;9(1).
39. Otsuka K. i sur. Effectiveness of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention: Do Hospital Practices Make a Difference? *Maternal and Child Health Journal* 2014;18(1): 296–306.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Danijela Dumančić
Datum i mjesto rođenja: 14.3.1979. Sremska Mitrovica
Adresa : Crkvena 8b Osijek
Telefon : 098-93-77-270
E-mail : dumancicdanijela1@gmail.com

OBRAZOVANJE

1998. – 2000. Veleučilište u Rijeci - Stručni studij za medicinske sestre i tehničare
1994.-1998. Srednja medicinska škola Maruševec (Varaždin),
medicinska sestra /medicinski tehničar

RADNO ISKUSTVO

2001. - 2002. Klinički bolnički centar Osijek (stručno osposobljavanje za rad bez mogućnosti zasnivanja stalnog radnog odnosa)
Ožujak 2002.- Dom zdravlja Osijek – patronažna sestra

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Rad na računalu: Korištenje opće programske podrške (Windows, Word, Powerpoint)

11. PRILOZI

11.1. Anketni upitnik

Anketni list

Molim, zaokružite ili upišite Vaše odgovore na pitanja:

1. Vaša dob _____ .

2. Obrazovanje:

a) osnovna škola

b) završena srednja škola

c) viša škola

d) visoka škola, fakultet

3. Vaš radni odnos:

a) zaposlena

b) nezaposlena

c) povremeno zaposlena

4. Gdje živite?

a) selo

b) grad

5. S kim živite?

a) sama

b) sa suprugom

b) uža obitelj (suprug, djeca)

c) šira obitelj (suprug, djeca, baka, djed)

6. Koliko imate djece? _____ .

7. Jeste li prošli edukaciju trudničkog tečaja?

DA NE

8. Način poroda :

a) vaginalni (prirodni)

b) carski rez

9. Trajanje Vaše trudnoće – tjedana gestacije:

a) manje od 36 tjedana gestacije

b) od 37 do 42 tjedna gestacije

10. Jeste li dobili dijete na podoj unutar 24 sata?

DA NE

11. Jeste li u rodilištu imali kontakt koža na kožu - skin to skin?

DA NE

12. Je li dijete boravilo s Vama u sobi (rooming-in) ?

DA NE

13. Je li Vaše dijete dobilo neku drugu hranu osim majčinog mlijeka u rodilištu?

DA NE

14. Tjelesna težina Vašeg djeteta po rođenju?

a) 3 kg i više

b) manje od 3 kg

c) 2kg i manje

15. Ocjena Apgar-scor (procjena stanja vitalnosti) po porodu je iznosila ___/___.

16. Imate li iskustva u dojenju ?

DA

NE

17. Ako je Vaš odgovor na prethodno pitanje DA, koliko dugo ste dojili ?

- a) do 6 mjeseci
- b) od 6 do 12 mjeseci
- c) 12 i više mjeseci

18. Jeste li tijekom dojenja imali podršku ?

- a) supruga
- b) šire obitelji
- c) zdravstvene skrbi
- d) ništa od navedenog

19. Jeste li tijekom dojenja imali poteškoće vezane uz :

- a) strah
- b) pritisak okoline
- c) postpartalnu tugu
- d) ništa od navedenog

20. Jeste li tijekom dojenja imali poteškoće ?

DA NE

21. Jesu li Vaše poteškoće :

a) oštećene i bolne bradavice

b) zastojna dojka

c) mastitis

d) prejak refleks otpuštanja mlijeka

e) nepravilna tehnika dojenja

f) neka druga poteškoća _____.

g) ništa od navedenog

22. Je li Vaše samopouzdanje tijekom dojenja bilo narušeno zbog netočnih tvrdnji tipa:

a) dojke su prazne

b) dijete se često noću budi

c) dijete plače nakon podoja

d) dijete često sisa i dugo traje

e) ništa od navedenog

23. Jeste li posumnjali u količinu i kvalitetu svog mlijeka tijekom dojenja ?

DA NE

24. Jeste li pomislili odustati od dojenja?

DA NE

Skala za mjerenje samoefikasnosti dojenja – kratki oblik

Molimo Vas da za svaku od sljedećih tvrdnji odaberete odgovor koji najbolje opisuje Vaše samopouzdanje u vezi s dojenjem djeteta. Uz svaku tvrdnju zaokružite broj čije značenje najbolje opisuje kako se osjećate. Ne postoje točni i netočni odgovori.

1 = uopće se ne slažem

2 = ne slažem se

3 = niti se slažem, niti se ne slažem

4 = slažem se

5 = potpuno se slažem

1. Uvijek mogu utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka.	1	2	3	4	5
2. Uvijek se mogu uspješno nositi s dojenjem, kao što se mogu nositi i s drugim izazovima.	1	2	3	4	5
3. Uvijek mogu hraniti dijete samo dojenjem bez uporabe tvorničkog mliječnog pripravka.	1	2	3	4	5
4. Uvijek mogu osigurati da dijete pravilno prihvati dojku za cijelo vrijeme hranjenja.	1	2	3	4	5
5. Uvijek mogu dojiti na moje zadovoljstvo.	1	2	3	4	5
6. Uvijek mogu dojiti, čak i ako dijete plače.	1	2	3	4	5
7. Uvijek želim dojiti.	1	2	3	4	5
8. Uvijek mogu bez neugode dojiti u prisustvu članova obitelji.	1	2	3	4	5
9. Uvijek sam zadovoljna vlastitim iskustvom dojenja.	1	2	3	4	5
10. Uvijek se mogu nositi s činjenicom da dojenje zahtjeva vrijeme.	1	2	3	4	5
11. Uvijek mogu najprije završiti hranjenje na jednoj dojci, prije nego ponudim drugu dojku.	1	2	3	4	5
12. Uvijek mogu dojiti dijete za svaki obrok.	1	2	3	4	5
13. Uvijek mogu odgovoriti na djetetov zahtjev za dojenjem.	1	2	3	4	5
14. Uvijek mogu reći kad je dijete završilo podoj.	1	2	3	4	5