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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:755719

Rights / Prava: In copyright

Download date / Datum preuzimanja: 2021-05-11

Repository / Repozitorij:

Repository of the Faculty of Medicine Osijek
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.
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 Leche League)

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 spriječava 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 spriječavanju 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). Provodenjem Klokan njege (koža na kožu - skin to skin) u rodilištu i kod kuće smanjuje se poboljšava dojenja i 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 samoefikasnosti dojenja (Breastfeeding Self-Efficacy Scale, BSES) (10).

Samoeifikasnost 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, razmjenuju iskustva, dobivaju praktičnu pomoć, savjete i emotivnu potporu (2).

Stručna podrška pomaže ženama nadвладati проблеме 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 pritiska 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 potrebne 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 poznawanje 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 novorođenčeta individualan je, te ovisi o situaciji koju zatekne u kući. Ako se na početku pojavte problemi, važno je znati da su uobičajeni, najčešće kratkotrajni i prolazni te da je majci u većini slučajeva potrebno 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 trenutcima 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 (prehranu 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 dojiti. 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 nedonoščad, osim kad je dojenje kontraindicirano. Nedonoščad na prirodnoj prehrani dobiva dodatnu zaštitu i ima povoljniji razvojni ishod u usporedbi s nedonoščad hranjenom umjetnom prehranom. Rodilište ima ključnu ulogu u promicanju dojenja. Pedijatri i ostali djelatnici trebaju se zalagati za kontinuirano provođenje „10 koraka do uspješnog dojenja“: - zdravu novorođenčad naprotiv 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 pospešuje 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 rodiljama odmah nakon poroda sprječavanje boli i oštećenja bradavica, zastojne dojke, mastitis 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, 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 prebrodit 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 urođilo 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 značajna 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). Samoeifikasnost se određuje kao vjerovanje u sposobnost organiziranja i izvršavanja potrebnih mjera da bi se ostvario određeni cilj. Samoeifikasnost odražava optimističko vjerovanje koje olakšava postizanje ciljeva, ustrajnost pred preprekama zasnovana je na ideji subjektivnog doživljava osobne kompetencije u realizaciji različitih ciljeva. Samoeifikasnost 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 dojiti. Značaj 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). Samoeifikasnost 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 dojkama i kako potaknuti dojenje na zahtjev. Ono što majke opažaju kao nisku ponudu mlijeka može biti zapravo dovoljno. Rezultati istraživanja naglašavaju majčinu samoeﬁkasnost koja odražava njezinu 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 supruha, 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 dojiti, pomažu u njezi djeteta te svojom
UVOĐ


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 „Savjetovališta 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, rođiljama, 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 Savjetovališta za dojenje te mogućnost telefonskog savjetovanja pri Domu zadravlja. 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 roditelja 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 From (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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Razina obrazovanja</th>
<th>Broj (%) ispitanica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Osnovna škola</td>
<td>5 (3,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Završena srednja škola</td>
<td>66 (43,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Viša škola</td>
<td>20 (13,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Visoka škola, fakultet</td>
<td>60 (39,7)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Radni odnos</th>
<th>Broj (%) ispitanica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zaposlena</td>
<td>99 (65,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nezaposlena</td>
<td>48 (31,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Povremeno zaposlena</td>
<td>4 (2,6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mjesto življenja</th>
<th>Broj (%) ispitanica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Selo</td>
<td>47 (31,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Grad</td>
<td>104 (68,9)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>S kim žive</th>
<th>Broj (%) ispitanica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sa suprugom</td>
<td>19 (12,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Uža obitelj (suprug, djeca)</td>
<td>107 (70,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Šira obitelj (suprug, djeca, baka, djed)</td>
<td>25 (16,6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

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

Najčešća poteškoća tijekom dojenja je kod 59 (39,1 %) ispitanica oštećena i bolna bradavica, zastojnu 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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Broj (%) ispitanika u odnosu na duljinu dojenja</th>
<th>P*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>do 6 mjeseci</td>
<td>od 7–11 mjeseci</td>
</tr>
<tr>
<td>Imale poteškoće tijekom dojenja</td>
<td>35 (58,3)</td>
<td>23 (60,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Oštećene i bolne bradavice</td>
<td>19 (31,7)</td>
<td>19 (50)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zastojna dojka</td>
<td>4 (7)</td>
<td>4 (11)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastitis</td>
<td>4 (7)</td>
<td>1 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Prejak refleks otpuštanja mlijeka</td>
<td>7 (12)</td>
<td>1 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nepravila tehnika dojenja</td>
<td>4 (7)</td>
<td>2 (5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nešto drugo</td>
<td>5 (8)</td>
<td>1 (3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Fisherov egzaktni 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

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

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 sameofikasnosti dojenja - kratki oblik (BSES-SF)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uvijek mogu...</th>
<th>Broj (%) ispitanika</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Uopće se slažem</td>
</tr>
<tr>
<td>utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka</td>
<td>6 (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>uspješno se nositi s dojenjem, kao što se mogu nositi i s drugim izazovima</td>
<td>1 (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>hraniti dijete samo dojenjem bez uporabe formule</td>
<td>6 (4)</td>
</tr>
<tr>
<td>osigurati da dijete pravilno prihvati dojku za cijelo vrijeme hranjenja</td>
<td>1 (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>dojenje je za mene zadovoljstvo</td>
<td>2 (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>dojiti čak i ako dijete plače</td>
<td>5 (3,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>želim dojiti</td>
<td>2 (1,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>dojiti u prisustvu članova obitelji</td>
<td>5 (3,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>zadovoljna vlastitim iskustvom dojenja</td>
<td>2 (1,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>nositi se s činjenicom da dojenje zahtijeva vrijeme</td>
<td>3 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>najprije završiti hranjenje na jednoj dojci, prije nego ponudim drugu</td>
<td>4 (2,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>dojiti dijete u svakom obroku</td>
<td>3 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>odgovoriti na djetetov zahtjev za dojenjem</td>
<td>2 (1,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>reći kad je dijete završilo podoj</td>
<td>2 (1,3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Medijan (interkvartilni raspon)</th>
<th>P*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Niska (n=67)</td>
<td>Visoka (n=84)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dob ispitanica</td>
<td>32 (28 – 36)</td>
<td>31 (28 – 34)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Mann Whitney U test

Značajno su više dojile, od 12 mjeseci i više, ispitanice s visokom samoefikasnost dojenja (Fisherov egzaktni test, P < 0,001) u odnosu na one s niskom samoefikasnost, 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

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

*Fisherov egzaktni 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 egzaktni 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 plaće nakon podoja (Fisherov egzaktni test, P = 0,009) (Tablica 9).

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Broj (%) ispitanika u odnosu na samoefikasnost dojenja</th>
<th>p*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Niska</td>
</tr>
<tr>
<td>Imale poteškoće prilikom dojenja</td>
<td>47 (70,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Poteškoće tijekom dojenja vezane uz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Strah</td>
<td>15 (22,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pritisak okoline</td>
<td>9 (13,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Postpartalnu tugu</td>
<td>1 (1,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ništa od navedenog</td>
<td>47 (70,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Poteškoće dojenja su:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oštećene i bolne bradavice</td>
<td>28 (41,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zastojna dojka</td>
<td>7 (10,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Mastitis</td>
<td>5 (7,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Prejak refleks otpuštanja mlijeka</td>
<td>4 (6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nepravilna tehnika dojenja</td>
<td>9 (13,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Neka druga poteškoća (dijete ne želi jednu dojku ili ne dobiva na težini)</td>
<td>6 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ništa od navedenog</td>
<td>21 (31,3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Razlozi narušenog samopouzdanja zbog netočnih tvrdnji

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Niska</th>
<th>Visoka</th>
<th>Ukupno</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dojke su prazne</td>
<td>9 (13,4)</td>
<td>11 (13,1)</td>
<td>20 (13,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dijete se često budi noću</td>
<td>14 (20,9)</td>
<td>13 (15,5)</td>
<td>27 (17,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dijete plače nakon podoja</td>
<td>15 (22,4)</td>
<td>6 (7,1)</td>
<td>21 (13,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dijete često sisa i dugo traje</td>
<td>10 (14,9)</td>
<td>17 (20,2)</td>
<td>27 (17,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ništa od navedenog</td>
<td>34 (50,7)</td>
<td>48 (57,1)</td>
<td>82 (54,3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Fisherov egzaktni test
5. RASPRAVA

Prilikom posjeta patronažne sestre, često na terenu u radu s rodiljama 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 nadase 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 to skin nakon vaginaonog poroda kao i nakon carskog zahvata za sve stabilne majke i bebe, bez obzira na preferencu hranjenja. Neograničene mogućnosti za njega, 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 mjeseća 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 babinači, 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 dojkama 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 željeli. 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 prestananak 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 količini 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 namjeravaju 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 mladih 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. Samoeffikasnost 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 samoeffikasnost dojenja procijenjena je skalom od 14 tvrdnji. U odnosu na dobivene vrijednosti imamo ispitanice s niskom samoeffikasnošću, njih 67, a visoku samoeffikasnost imaju 84 ispitanice. Značajno su više dojile od 12mj. i više ispitanice s visokom samoeffikasnošću dojenja u odnosu na one s niskom samoeffikasnošću. Ispitanice koje su imale poteškoće s dojenjem, značajno ih je više bilo u skupini s niskom samoeffikasnosti dojenja povezano s tim i više nepravilnih tehnika dojenja. Shodno tomu najčešća netočna tvrdnja u skupini s niskom samoeffikasnošću kao jedan od razloga narušenog samopouzdanja i učinkovitosti dojenja navodi kako dijete plače nakon podoja. Određene rutinske bolničke prakse ometaju dojenje (ograničeno dojenje, odijeljivanje majki i novorođenčadi i davanje uz majčino mlijeko i adaptiranu formulu). Na primjer, adaptirana formula može dovesti do smanjene samopouzdane 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 samoeffikasnost 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 samoefikasnošću dojenja u odnosu na one koje su imale nisku samoefikasnost.

- 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 samoefikasnosti jer ispitanice niskog stupnja samoefikasnosti značajno su više imale nepravilnu tehniku dojenja u odnosu na ispitanice s visokim stupnjem samoefikasnosti. Također, prilikom posjeta patronažne sestre uočavala se i povezanost majki s niskom samoefikasnošću i narušenim samopouzdanjem.
Cilj istraživanja: Glavni je cilj istraživanja bio ispitati: samoeffikasnost 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 samoeffikasnosti prilikom posjeta patronažne sestre.


Rezultati: Od 151 ispitanice značajno su više dojile od 12 mjeseci i više ispitanice s visokom samoeffikasnosti dojenja (Fisherov egzaktni test, P<0,001) u odnosu na one s niskom samoeffikasnosti. Od ukupno 86(57%) ispitanica koje su imale poteškoće s dojenjem, značajno je više onih koje imaju nisku samoeffikasnost 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 samoeffikasnost dojenja ima 67 (44,4 %) ispitanica, a visoku 84(55,6%). Nema značajne razlike u dobi između ispitanica s niskom ili visokom samoeffikasnosti 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 samoeffikasnosti dojenja. Majke koje su imale nisku samoeffikasnost 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: samoeffikasnost 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 Sale 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


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

RADNO ISKUSTVO
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. Jeste li dijete boravilo s Vama u sobi (rooming-in)?

DA  NE

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