Stavovi trudnica prema isključivom dojenju

Budalić, Jadranka

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:530425

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Jadranka Budalić

STAVOVI TRUDNICA PREMA ISKLJUČIVOM DOJENJU I UKUPNOJ DULJINI DOJENJA

Završni rad

Split, kolovoz 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Jadranka Budalić

ATTITUDES OF PREGNANT WOMEN TOWARDS BREASTFEEDING AND TOTAL BREASTFEEDING DURATION

Završni rad

Mentor:

dr. sc. Mario Malički

Komentorica:

Drita Puharić, mag.

Split, kolovoz 2016.

Zahvala

Iskreno zahvaljujem dr. sc. Mariju Maličkom i Driti Puharić, mag., na iznimnoj pomoći, savjetima i danom povjerenju pri izradi ovog rada.

Zahvaljujem cjelokupnome stručnom kadru Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija na uloženom vremenu i trudu kako bi mi prenijeli dragocjeno znanje.

Velika hvala Klinici za plućne bolesti KBC-a Split, glavnoj sestri vms. Peri Smoljo, i svim kolegama zbog iznimne potpore u vrijeme studija.

Najveću zahvalnost zaslužuje moja obitelj, suprug i djeca, bez čije potpore ne bih uspjela.

SADRŽAJ

1.Uvod 6

1.2. Prvi povijesni izvori o promicanju dojenja u Hrvatskoj 8

2. Sastav majčina mlijeka 9

2.1. Kolostrum 9
2.2. Prijelazno i zrelo mlijeko 10
2.3. Mliječne formule na tržištu i troškovi umjetne prehrane 10
2.4. Razlike između mliječnih formula i majčina mlijeka 11

3. Stope dojenja 13

4. Prednosti dojenja za zdravlje majke i djeteta 14

4.1. Čimbenici koji utječu na dojenje 15
4.2. Psihosocijalni aspekt dojenja 16

5. Stavovi o dojenju 17

5.1. Stav 17

6. Cilj rada 18

7. Izvori podataka i metode 18

8. Upitnici za mjerenje stavova o dojenju 18

8.1. IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale) 18
8.2. KAP (Knowledge, attitudes and practices) 20
8.3. IFIS (Infant feeding intention scale) 21
8.4. Strukturirani intervjui 22
8.5. Ostali upitnici 23

9. Stavovi prema dojenju 24

9.1. Stavovi rodilja 24
9.3. Stavovi očeva (partnera) 25
9.4. Stavovi studentica koje nisu postale majke 26
9.5. Stavovi zdravstvenih djelatnika 26
9.6. Promjena stavova o dojenju tijekom vremena 26

10. Rasprava 28

12. Literatura 30

13. Sažetak 38

14. Summary 38

15. Životopis 40

POPIS OZNAKA I KRATICA

SZO – Svjetska Zdravstvena Organizacija

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

SAD – Sjedinjene Američke Države

USD – američki dolar

RH – Republika Hrvatska

IIFAS – Iowa Infant Feeding Attitude Scale – Iowa skala stavova o prehrani djece

KAP – Knowledge, attitudes & practices – Znanje, stavovi i praksa

IFIS – Infant feeding intention scale – Skala o namjeri prehrane djece

1.Uvod

Dojenje je čin pri kojemu dijete sisa mlijeko iz majčine dojke. Dojka ili mliječna žlijezda (lat. *mamma*, grč. *mastos*) složena je tubuloalveolarna žlijezda građena od 20 do 25 pojedinačnih žlijezda. Svaka od žlijezda, zajedno s vezivnim i masnim tkivom, tvori po jedan režanj iz kojega polazi glavni odvodni kanal za lučenje mlijeka (lat. *ductus lactiferous*). Vanjski dio dojke, odnosno bradavica (lat. *mamilla mammae*) te područje koje okružuje bradavicu (lat. *areola mammae*), prekriven je jače pigmentiranom kožom. Dojka je simetrični parni organ koji se nalazi na prednjoj strani prsnog koša na granici kosti i hrskavice četvrtog rebra. Muške i ženske dojke razvijaju se jednako do razdoblja puberteta, kada muška dojka prestaje s razvojem, a ženska pod utjecajem ženskih spolnih hormona nastavlja s razvojem. Normalnu veličinu dojka dostiže u dobi između šesnaeste i devetnaeste godine života, sve do pojave trudnoće i dojenja, kada njezin razvoj prestaje. Količina je vezivnoga i masnoga dojčanoga tkiva dojke promjenjiva ovisno o ženinu menstrualnom ciklusu. Funkciju zrele mliječne žlijezde reguliraju spolni hormoni (1).

Fiziologija dojenja razvija se kroz tri faze. Prva je faza mamogeneza tijekom koje se u trudnoći, pod utjecajem placentarnih i lutealnih hormona, razvijaju dojčane mliječne žlijezde. Druga faza, laktogeneza, počinje 12 tjedana prije očekivanog termina porođaja i traje tijekom prvih tjedana nakon njega. Tada razina lutealnih spolnih hormona pada, a hipotalamus i hipofiza pojačavaju lučenje prolaktina te dijete sisanjem potiče laktaciju. Treća je faza galaktopoeza. To je faza dugoročne sinteze, sekrecije i otpuštanja mlijeka iz dojke (2). Za stvaranje i izlučivanje mlijeka odgovoran je prolaktin, hormon hipofize koji se izlučuje u krv nakon stimulacije bradavica djetetovim sisanjem. Regulaciju izlučivanja mlijeka kontrolira hormon oksitocin koji potiče kontrakciju glatkih mišića u dojkama te pomaže istiskivanju mlijeka pri dojenja. Dojenjem se živčani podražaji prenose u hipotalamus, gdje se smanjuje produkcija dopamina, hormona odgovornog za kočenje lučenja prolaktina te se održava mehanizam laktacije. Upravo je zbog toga količina novostvorenoga mlijeka jednaka količini podojenog mlijeka te, ako dojenje prestane, sekrecija mlijeka smanjuje se već nakon 48 sati (1).

Dojenje ne označuje samo hranu, nego i osjećaj topline, brige, ljubavi, zaštićenosti te je zalog djetetovu kasnijemu emocionalnom zdravlju (3). Majčino je mlijeko po svojem sastavu prilagođeno potrebama djetetove dobi. Ono se mijenja ovisno o fiziologiji mliječnih žlijezda i načinu majčine prehrane – sadržava više od 200 sastojaka, među kojima su i brojne

obrambene tvari koje štite dijete od zaraza i bolesti. Majčino mlijeko zadovoljava djetetove prehrambene, zdravstvene, emocionalne potrebe pa sve do socijalnih i ekonomskih u svim područjima svijeta bez obzira na geografska i kulturološka obilježja (4).

Zadnjih su desetljeća mnoga znanstvena istraživanja dokazala da dojenje treba biti prvi izbor djetetove prehrane jer osigurava optimalne hranjive tvari, imunosnu zaštitu od raznih infekcija, tzv. imunoaktivne čimbenike koji pružaju otpornost i zaštitu dojenomu djetetu, čime se znatno reduciraju neonatalna sepsa, upale respiratornog sustava, upale uha, proljev, nekrotizirajući enterokolitis i infekcije urinarnog sustava (5).

Međutim, kada se na tržištu u prošlome stoljeću pojavilo umjetno mlijeko, došlo je do drastičnoga smanjenja dojenja i dominacije prehrane na bočicu (3). Osim nedovoljne društvene i obiteljske potpore dojenju, postojao je i utjecaj i agresivne medijske kampanje tvorničkih pripravaka kao nadomjestaka za majčino mlijeko. Povratak kulturi dojenja prepoznali su kako brojni istaknuti pojedinci, tako i mnoge znanstvene, zdravstvene i društvene institucije kao Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i Fond Ujedinjenih naroda za djecu (engl. *United Nations International Children`s Emergency Fund*, UNICEF), koje su pokrenule svjetsku akciju povratka dojenju (6).

Majčino je mlijeko besplatno tako da dojenje znači uštedu jer ne treba kupovati mliječnu smjesu ni svu prateću opremu poput bočica, dudica i sterilizatora. Batrick i Reinhold izračunali su 2010. godine da bi se, kada bi se 90 % žena u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) pridržavalo preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) o isključivom dojenju tijekom prvih šest mjeseci djetetova života, moglo uštedjeti 13 milijardi dolara te spriječiti smrt 911 dojenčadi svake godine (7).

1.1. Dojenje kroz povijest

Povijesni razvoj dojenja obuhvaća razdoblje od pojave zamjenskih dojilja, hranjenja na bočicu životinjskim mlijekom do pojave i razvoja mliječne formule kao alternative majčinu mlijeku. Zamjenska je dojilja bila dobro organizirana profesija zakonski regulirana već od 1500. g. pr. Krista, kada je u povijesnim zapisima iz Egipta, „The Papyrus Ebers“, nailazimo kao alternativu za majke koje ne mogu dojiti vlastitu djecu te savjete kako potaknuti laktaciju u rodilja. U Grčkoj su 950. g. pr. Krista žene višega imovinskog statusa zahtijevale usluge zamjenske dojilje (8). U Rimskom Carstvu, od 300. g. pr. Krista do 400. g.

dojilje su se brinule za napuštenu djecu, pretežno ženskoga spola, kojoj je bilo predodređeno da postane roblje i za to su bile plaćene (9). U 1. st. liječnici Soran iz Efeza te Galen i Oribasius iz Rima iznijeli su kvalifikacije za zamjenske dojilje, naglašavajući važnost sastava i kvalitete dojiljina mlijeka, preporuke kako umiriti i uspavati dijete te važnost fizičke aktivnosti dojilje u svrhu poboljšanja laktacije. Dolaskom srednjeg vijeka započelo je vjerovanje da mlijeko zamjenskih dojilja ima čarobne svojstva, da može prenijeti njihove psihičke i fizičke osobine na dijete te se majkama preporučuje da doje vlastitu djecu, uz religiozni naglasak na dojenje kao svetu dužnost. Tijekom renesanse majke slabijega imovinskoga statusa koristile su se zamjenskim dojenjem kao izvorom prihoda (10), dok su aristokratske žene smatrale da će dojenje narušiti njihov fizički izgled (11). Korištenje zamjenskim dojiljama potrajalo je sve do kraja 18. st., kad se pojavom industrijske revolucije dogodio prelazak populacije iz ruralnih sredina u gradove. Povećanjem troškova stanovanja, majke su prisiljene odustati od dojenja i pronaći posao kako bi financijski pomogle svojoj obitelji (12). Tijekom povijesti prve posude za hranjenje dojenčadi bile su izrađene od drva, keramike, rogova životinja, kositra i srebra, no nemogućnost njihova čišćenja pogodovala je razvoju bakterija i popratne smrtnosti djece (13), dok se sredinom 19. st. nije pojavila staklena bočica, koja se mogla prikladno otvoriti i higijenski održavati (14). Kao zamjena za majčino mlijeko i mlijeko zamjenskih dojilja tijekom povijest služilo je mlijeko životinja koje su bile dostupne (koze, ovce, krave), a prva patentirana mliječna formula pojavljuje se 1865. g., kada Justus von Liebig razvija mliječnu formulu, prvo u tekućem, a zatim u praškastom obliku (15). To dovodi do smanjenja stope dojenja s 90 na 42 % u 21. st. i rapidnog razvoja mliječne formule, agresivnog marketinga, utjecaja na liječničku profesiju u promociji umjetnih pripravaka za djecu (16).

1.2. Prvi povijesni izvori o promicanju dojenja u Hrvatskoj

Prvi povijesni izvori o promicanju dojenja u Hrvatskoj, prema stručnoj medicinskoj literaturi, datiraju iz druge polovice 18. st. iz Austro-Ugarske Monarhije u vrijeme vladanja carice Marije Terezije. Najznamenitiji liječnik koji je živio i djelovao na području Hrvatske bio je Ivan Krstitelj Lalangue, koji je unaprijedio hrvatsko javno zdravstvo kao autor prvih stručnih medicinskih knjiga tiskanih na hrvatskom jeziku s područja primaljstva. Lalangueov prvi hrvatski primaljski udžbenik jest *Brevis institutio de re obstetritia iliti kratek navuk od mestrie pupkorezne za potrebochu muskeh y sziromaskeh ladanskeh sen horvatskoga orszaga*

y okolo nyega blisnesseh sztrankih iz 1777., kao prvi tiskani stručni originalni zapis o promociji dojenja u Austro-Ugarskoj Monarhiji na hrvatskome jeziku. U udžbeniku se uočava humanistički pristup prema običnom čovjeku, posebno selu i seljacima kojima se obraća zbog nedostatka stručne pomoći, čestih patoloških porođaja i komplikacija pri rađanju zbog kojih su postojale trajne posljedice za zdravlje rodilja i djece. Naglasak je na edukaciji primalja, a u primaljskom udžbeniku, koji sadržava 8 poglavlja, obrađena su područja o trudnoći, anatomiji, normalnom i patološkom porođajui, medicinskom pregledu trudnica, njezi novorođenčeta i rodilja te receptima za 21 različiti lijek od biljnih pripravaka, prije svega namijenjen siromašnim ženama (17).

2. Sastav majčina mlijeka

Majčino se mlijeko počinje stvarati tijekom trudnoće, rastom žljezdanog epitela, grananjem izvodnih kanalića te intenzivnijim protokom krvi kroz dojku. Sastav majčina mlijeka nije statičan, nego se mijenja s dužinom laktacije. U prvome mjesecu laktacije sastav se majčina mlijeka mijenja kroz tri faze, a to su: kolostrum, prijelazno mlijeko i zrelo mlijeko (18). Najviše se sastoji od vode i u njemu otopljenih hranjivih tvari: bjelančevina, masti ugljikohidrata, vitamina, minerala i oligoelemenata te sadržava imunoaktivne tvari, hormone i enzime. Vode u majčinu mlijeku ima najviše 87,5 g/100 ml pa stoga nije potrebno djetetu dodavati dodatnu tekućinu. Bjelančevine se u majčinu mlijeku nalaze u količini od 1,2 g/100 ml te ih kolostrum sadržava više od prijelaznoga i zreloga mlijeka. To su bjelančevine: kazein, proteini sirutke, imunoglobulini i ostali glikoproteini. Kazein je skupina bjelančevina koju u u kravljemu mlijeku ima 77 %, a u majčinu mlijeku 34 %. Ima nutritivnu funkciju kao izvor aminokiselina, kalcija i fosfata. Proteini sirutke čine 66 % bjelančevina majčina mlijeka te se sastoje od pet glavnih komponenata alfa-laktalbumin, laktoferin, imunoglobulini, lizozimi i serumski albumini (19).

2.1. Kolostrum

Kolostrum (lat. *colostrum*) prvi je proizvod mliječnih žlijezda koje se stvara 1. do 3. dana nakon porođaja i žućkaste je boje jer sadržava karotin. To je mlijeko s niskim sadržajem masti, a visokim sadržajem proteina, imunoprotektivnih komponenti, karotena, vitamina A i

E, minerala (uključujući i elemente u tragovima). Jedinstveno je i po tome što sadržava niz antioksidansa, dva specifična proteina alfa1-antitripsin i alfa2- makroglobulin, koji pružaju zaštitu od gripe i rotavirusa, također i svoj vlastiti bifidus faktor koji potiče rast i razvoj mliječno-kisele mikroflore u crijevima novorođenčadi. Posjeduje više od 30 imunoglobulina, niz hormona, interferon (antivirusno djelovanje), interleukin odgovoran za stvaranje protutijela, posebno IgA protutijela. Zbog bogatih protuupalnih svojstava kolostrum se još naziva i djetetovom prvom imunizacijom (20). Količina mu je u prosjeku 30 ml na dan i sadržava 2 % masti. U svom sastavu kolostrum još posjeduje vrlo važan protein laktoferin, koncentracije 5,0 do 6,7 mg/ml koji ima nekoliko zaštitnih funkcija gastrointestinalnoga trakta novorođenčeta: antimikrobnu, protuupalnu te pomaže razvoju prirodne crijevne flore (21).

2.2. Prijelazno i zrelo mlijeko

Prijelazno mlijeko nastaje postupno nakon kolostruma i veoma je promjenjivo, čak i u tijeku dana. Ono se izlučuje 4 – 14 dana nakon porođaja u količini oko 500 ml na dan kako bi popratilo djetetovu prehrambenu i razvojnu potrebu. U ovoj fazi još uvijek ima kolostrumsko obilježje te dolazi do postupnog sniženja razine bjelančevina, imunoglobulina, a povećanja masti, laktoze, vodotopljivih elemenata i ukupnoga energetskog sadržaja.

Zrelo se mlijeko stvara nakon 15 dana od porođaja i uglavnom je stabilnoga kemijskog sastava. Svojom količinom i kakvoćom zadovoljava sve djetetove potrebe u prvoj polovici njegove prve godine života. Sastav mlijeka mijenja se tijekom podoja. U samom početku dojenja tzv. prvo mlijeko ima manje masti, a više vode. Pri kraju podoja zadnje ili „skriveno“ mlijeko bogatije je masnoćom te u djeteta stvara osjećaj sitosti (22).

2.3. Mliječne formule na tržištu i troškovi umjetne prehrane

Kada majka zbog objektivnih razloga ne može dojiti, tada se kao zamjena za dojenje uporabljuje zamjenska mliječna hrana. Mliječne se formule dijele na početnu mliječnu hranu za dojenčad od rođenja do 6. mjeseca života, prijelaznu mliječnu hranu od 6. do 12. mjeseca te za djecu nakon od 12 mjeseci.

Na tržištu RH postoji više proizvoda poznatih svjetskih proizvođača dječje hrane i mliječnih proizvoda. Najzastupljeniji su njemački proizvođači Hipp, Humana, Topfer i Vivera; švicarski Nestle te američki Danone. Mliječna je formula dostupna u pakovanju od 600 g, a cijena se jednoga proizvoda kreće u rasponu od 70,00 do 80,00 kn. Pretragom internetskih stranica pojedinih proizvođača, npr. Nestlea (23), prvo se nailazi na obavijest o preporuci SZO-a o isključivom dojenju tijekom prvih 6 mjeseci djetetova života i obavijest da dotični proizvođač slijedi te preporuke i podupire nastavak dojenja i u vrijeme uvođenja dohrane, prema savjetu pedijatara ili zdravstvenih djelatnika.

Osim toga što infekcije i bolesti povezane s umjetnom prehranom nepovoljno utječu na kvalitetu života oboljelih, one su i znatan trošak za proračun. Istraživanje provedeno u SAD-u 2010. godine pokazalo je da roditelji koji se pridržavaju preporuka o dojenju tijekom prve godine života mogu uštedjeti do 1500 USD na troškovima za umjetno mlijeko (24). Studija koja je provedena 2003. godine na Filipinima pokazala je znatnu razliku u godišnjim troškovima obitelji koje su se odlučile na prirodno dojenje (56,6 mil. USD godišnje potrošnje) i obitelji koje su izabrale upotrebu mliječne formule (143,9 mil. USD godišnje), kao i razliku u troškovima zdravstvene zaštite (25).

2.4. Razlike između mliječnih formula i majčina mlijeka

Ako majka ne doji, u prvim mjesecima života dijete se hrani mliječnom formulom. Osnovna sirovina za proizvodnju mliječnih formula jest kravlje mlijeko. Kako se kravlje mlijeko znatno razlikuje od majčina mlijeka, potrebno ga je posebno prilagoditi,tj. prilagoditi djetetovim potrebama te njegov sastav što više približiti sastavu majčina mlijeka. Masne su kiseline u majčinu mlijeku dobro topljive i resorbiraju se izravno u krvotok te se brže iskorištavaju u organizmu. Masti koje dojeno dijete dobiva tijekom ovog razdoblja ne služe samo kao rezerva u masnome tkivu nego imaju i strukturnu ulogu u svim tkivima. U sastavu masnih kiselina mliječnih pripravaka za djecu prevladava palmitinska kiselina, koja pridonosi porastu koncentracije kolesterola u krvi, s 30,3 %, dok je u majčinu mlijeku dostupna oko 21%. I razina kolesterola u majčinu mlijeku sudjeluje u regulaciji metabolizma te nedostatak kolesterola u dojenačkoj dobi može uzrokovati kasniji razvoj hiperkolesterolemije (26).

Tablica 1. Biokemijski sastav kolostruma, zreloga majčina mlijeka i kravljega mlijeka (prema podatcima iz Geigy Scientiffic Tables 7. edicija) (19)

Hranjive tvari u (100 mL)	Kolostrum	Zrelo majčino mlijeko	Kravlje mlijeko
bjelančevine (g)	2,3	1,1	3,2
omjer bjelančevina sirutke/kazeina (%)	/	60/40	20/80
ugljikohidrati (g)	5,7	7,1	4,7
masti (g)	2,9	4,5	3,8
minerali (g)	0,3	0,2	0,7
kalcij (mg)	48	34	137
fosfat (mg)	16	14	91
omjer Ca/P (mg)	3 : 1	2,5 : 1	1,5 : 1

3. Stope dojenja

Stope dojenja skup su pokazatelja učestalosti dojenja u populaciji tijekom određenog razdoblja. Nedovoljno usklađena terminologija u području praćenja dojenja jedan je od velikih problema pri usporedbi rezultata različitih istraživanja. Svjetska je zdravstvena organizacija preporučila sljedeće definicije dojenja: isključivo dojenje, pretežno dojenje i dojenje s uvedenom dohranom. **Isključivo dojenje** znači preporuku prehrane djeteta isključivo majčinim mlijekom, uključujući izdojeno mlijeko, tijekom prvih šest mjeseci djetetova života, bez ikakve druge dodatne hrane ili tekućine, uz iznimku vitaminskih kapi ili lijekova. **Pretežno dojenje** odnosi se na situaciju kad dojenče uz majčino mlijeko prima samo vodu, vodene napitke, vitaminsko-mineralne nadomjestke ili po potrebi lijek, voćne napitke ili voćne sokove. **Dojenje s uvedenom dohranom** naziv je za situaciju kad dojenče uz majčino mlijeko dobiva mliječnu formulu, kašastu hranu ili krutu hranu. Uvode se manje količine hrane, strpljivo i polako, bez prisile održavajući djetetovu pozornost kako bi ono steklo naviku hranjenja drugim namirnicama i naviklo se na druge okuse (27).

Iako su znanstvena istraživanja vezana za umjetnu prehranu djece dokazala rizike i financijske troškove, razina je isključivog dojenja niska s iznimkom skandinavskih zemalja kao što je Norveška, u kojoj je 92 % djece hranjeno isključivo majčinim mlijekom u 3. mjesecu života (28). Prema UNICEF-ovoj analizi o stanju prava djece i žena u Hrvatskoj iz 2011. god., postotak isključivo dojene djece od 2007. do 2009, god. povećao se s 51,3 na 64,5% za djecu dobi 0 – 2 mjeseca života, a nakon 3. mj. života postotak isključivo dojene djece smanjuje se na 44,7 % te do 6. mj. života na 16,6 %. Pokazatelji spomenute analize upućuju i na to da je stopa dojenja viša među starijim majkama, s većim obrazovanjem i koje ne konzumiraju duhanske proizvode (29). U studiji provedenoj u RH „Istraživanje znanja i stavova roditelja o prehrani i najčešćim zdravstvenim problemima djece u Republici Hrvatskoj“ prikazuju se rezultati o 95 % djece dojene u rodilištu, 46 % dojene djece u dobi od 3 mjeseca te 23,5 % djece dojene do 6 mjeseci života. Deset godina poslije na području Splita povećao se postotak djece na prirodnoj prehrani majčinim mlijekom, 93 % u rodilištu, 62 % s 3 mjeseca i 49 % sa 6 mjeseci (30). Ovi podatci pokazuju da žene u Hrvatskoj žele dojiti s obzirom na visoku stopu dojene djece u rodilištima, za razliku od podataka iz SAD-a, gdje 75 % majki svoju djecu doji u rodilištu, 43 % doji sa 6 mjeseci, a 13 % samo isključivo doji. Zbog niske stope dojenja vlada SAD-a objavila je dokument „Poziv ministrice zdravlja na promicanje dojenja“ iz 2011., koji postavlja nove ciljeve dojenja do 2020. g., a to je 82 %

djece dojeno u rodilištu, 61 % djece dojeno sa 6 mjeseci i 34 % nakon godinu dana života (31).

U Hrvatskoj je 2006. g. osnovano Povjerenstvo za promicanje dojenja pri Ministarstvu zdravlja i socijalne skrbi koje je predstavilo program „Nacionalni program za promicanje i zaštitu dojenja“ u kojemu se postavljaju sljedeći ciljevi isključivog dojenja za RH: 95 % dojene djece tijekom prvih 48 sati djetetova života, 70 % s navršena 3 mjeseca i 40 % s navršenih 6 mjeseci života. Jedan od osnovnih ciljeva toga programa jest povećanje postotka ukupno dojene djece uz dohranu do prve, odnosno druge godine života. O stopi isključivog dojenja u RH ima malo podataka, iako su ti podatci važan pokazatelj pridržavanja preporučene prakse u zdravstvenim ustanovama. Namjera da se 75 % novorođenčadi isključivo doji od rođenja do otpusta iz zdravstvene ustanove, jedan je od kriterija za dobivanje titule „Rodilište – prijatelj djece“ (32).

U istraživanju koje su proveli Grgurić i sur. iz 1996. g. na nacionalnom uzorku djece, retrospektivnim ispitivanjem roditelja i skrbnika djece mlađe od 2 godine života, procijenjeno je da je 23,5 % djece hranjeno isključivo majčinim mlijekom do 6. mjeseca života (33). Istraživanje u Međimurju, koje je provedeno u skupini žena koje su pohađale grupu za potporu dojenju, pokazuje da je 56,5 % djece isključivo dojeno do 3 mjeseca, a samo 1 % do 6 mjeseci života (34). Unatoč preporukama SZO-a i dobrobitima koje prehrana majčinim mlijekom donosi za zdravlje djeteta, njegov rast i razvoj, dojenje se i dalje nedovoljno primjenjuje (35,36).

4. Prednosti dojenja za zdravlje majke i djeteta

Dojenje je idealan način uzimanja hrane za zdrav rast i razvoj dojenčadi (37). Isto tako, majčino mlijeko sadržava imunosnu komponentu, čime se znatno reduciraju brojne bolesti (38). Mnoga istraživanja pokazuju da djeca koja su dojena 6 mjeseci, ili dulje imaju niži rizik od razvoja infekcije gornjih i donjih respiratornih putova te gastrointestinalnih infekcija, od akutne upale srednjega uha, atopičnog dermatitisa, astme, pretilosti, dijabetesa tipa 1 i 2, leukemije u djece, sindroma iznenadne smrti u dojenčadi, nekrotizirajućeg enterokolitisa u nedonoščadi, hipertenzije, hiperkolesterolemije (39,40,41,42), osteoporoze (43), padavice (44), smanjenoga protoka zraka (45) i problematičnog ponašanja (46).

Kontakt koža na kožu između majke i djeteta prvi sat nakon porođaja ključan je za emocionalno povezivanje majke i djeteta, kao i za početak dojenja. Dijete se razodjeveno prislanja na majčinu kožu te majka dobiva priliku da se odmah brine za svoje novorođenče, što smanjuje razinu stresa u oboma te djeluje na smirivanje djetetova disanja, otkucaja srca i regulaciju tjelesne temperature (47). Nedavna su istraživanja pokazala da, kada se dijete nakon rođenja stavi na majčin trbuh, ono se počinje koristiti svojim refleksima kako bi došlo do dojke. Čak je zabilježeno da novorođenčad koja su imala iskustvo kontakta koža na kožu, u vremenu nadzora od 90 min, plaču kraće od minute (48). Kontakt koža na kožu također poboljšava novorođenčetovu sposobnost učinkovitog sisanja, što će pridonijeti povećanju stope dojenja i njegova te, posljedično, smanjenju novorođenačkog morbiditeta i mortaliteta u budućnosti (49).

Dojenje može biti i jedan od načina zaštite zdravlja majki. Žene koje doje svoju djecu imaju manju učestalost pojave raka dojke i jajnika (3). Osim toga, ono može biti način zaštite od nove trudnoće ako je dojenje jedini način prehrane djeteta tijekom prvih 6 mjeseci, ako se dijete učestalo doji danju i barem jednom noću, ako dijete ne dobiva nikakvu drugu hranu, tekućinu, ni dudu varalicu, da su majka i dijete stalno zajedno te ako majka nije dobila mjesečnicu u navedenom razdoblju – tada se može reći da je žena zaštićena 98 % od trudnoće (50). Novija istraživanja upućuju na moguću povezanost nedojenja i pojave reumatoidnoga artritisa (51), hipertenzije (52), metaboličkoga sindroma (53) i kardiovaskularnih bolesti u majki (54).

4.1. Čimbenici koji utječu na dojenje

Na uspostavljanje uspješne laktacije, majčinu odluku hoće li dojiti ili neće te na trajanje dojenja utječu brojni čimbenici: sociodemografski (dob majke, stupanj obrazovanja, socioekonomski status, financijski prihodi, bračni status) (55), biomedicinski čimbenici (djetetovo zdravstveno stanje, prethodno iskustvo u dojenju, iskustvo porođaja, pohađanje tečaja za trudnice, ovisnost o pušenju cigareta) (56), psihosocijalni i kulturološki čimbenici (potpora obitelji, majčina samouvjerenost, donošenje odluke o dojenju, namjeravano trajanje dojenja) (57).

Oporavak od porođaja razdoblje je kada majka prolazi mnoge hormonalne promjene i različita emocionalna stanja. Sve tegobe koje prate takvo razdoblje mogu se ublažiti ako

rodilja boravi u voljenom i sigurnom okruženju. Uloga oca i njegovo aktivno uključivanje u pomoć i potporu majci, predviđanje potreba, želja da se uključe u brigu o djetetu, povećava majčino samopouzdanje, osjećaj sigurnosti i jedinstva, a time i zadovoljstvo cijele obitelji, napose ako je riječ o prvorođenome djetetu (58). Bilo bi idealno kada bi partner mogao provoditi što više vremena u domu i preuzeti na sebe dio odgovornosti za poslove koje je dosad uglavnom obavljala žena. Potrebno je u očeva osvijestiti važnost dojenja i potaknuti ih da pokažu razumijevanje i pruže punu potporu svojim suprugama. Dvogodišnje istraživanje koje je provedeno u Velikoj Britaniji do 2014. god. pokazalo je da su očevi i partneri pokazali interes za davanje potpore pri dojenju svojoj partnerici, ali su osjećali da im nedostaje znanja i vještina kako da to ostvare. Iskazali su zanimanje za edukaciju i potporu rodiljama da se ubuduće više uključe u organizirane edukacije i savjetovališta kako bi stopu dojenja podigli na višu razinu (59).

Potpora majci može se razvijati kroz razne segmente njezina odnosa s partnerom. Kao primjer možemo navesti jednu od najvećih stresnih situacija za roditelje, a to je djetetov plač koji, ako potraje, u kratkome vremenu uzruja i samu majku. Zanimljiva je činjenica da se dojenčad često brže umiri u naručju partnera koji pokazuje smirenost i samouvjerenost. Ako u obitelji postoje i starija djeca, očevi se moraju dodatno angažirati i oko njih jer djeca različito reagiraju, mogu biti ljubomorna i tražiti više pažnje.

Utjecaj na formiranje stavova prema dojenju imaju i zdravstveni djelatnici kao potpora majci i djetetu u postnatalnom periodu (60). Zdravstveno je osoblje obvezno sudjelovati u promicanju dojenja i pomoći pri dojenju. Važnu ulogu u tome imaju ginekolozi, porodničari, pedijatri, liječnici obiteljske medicine i medicinske sestre koji se skrbe o majkama i djeci, imaju jedinstvenu priliku za aktivnu promidžbu, potporu i zaštitu dojenja (61). Pogrešni i neprikladni savjeti mogu potaknuti majke da rano odustanu od dojenja kao što je pokazala studija o učestalosti laktacijskog mastitisa u rodilja u Glasgowu, gdje je 10 % rodilja koje su dobile mastitis pogrešno savjetovano da prekinu dojenje iz zahvaćene dojke ili da ga potpuno prekinu (62).

4.2. Psihosocijalni aspekt dojenja

Dojenje je jedan od iznimnih doživljaja koji majke opisuju kao neponovljivo iskustvo s pozitivnim utjecajem na psihičku stabilnost majke i djeteta. U današnje vrijeme posebno se

ističe važnost dojenja kao ključ ostvarivanja odnosa „rane privrženosti“ (engl. *early attachment*) između majke i djeteta, napose u prvom satu nakon porođaja koje se još zove i „zlatni sat“, kao najdragocjenije vrijeme da majka i dijete uspostave prvi kontakt. Iako se tijekom prošlosti smatralo da novorođenče ništa ne osjeća i ne zna, ono nakon rođenja upotrebljava svih pet osjetila. Osjetila vida, sluha, okusa, mirisa i dodira aktivna su i budna i majka koja je odlučila dojiti svoje dijete, napravila je prvi važan korak za dobrobit zdravlja svojeg novorođenčeta (63).

5. Stavovi o dojenju

5.1. Stav

Stav je jedan od elementarnih pojmova za razumijevanje društvenog života i temeljni pojam socijalne psihologije. Kako bi lakše odredili svoj odnos prema različitim pojavama te prikladno reagirali na njih, ljudi formiraju stavove. Oni omogućuju da ljudi usmjere svoje prosuđivanje i postupke, što omogućuje lakše snalaženje i brže djelovanje na prisutnu pojavu (64). Postoji više definicija stavova. Prema Rotu, stavovi su trajno nastojanje da se prema nekom objektu ili pojavi reagira na određeni, pozitivan ili negativan način (65). Suvremenija definicija, prema Petzu i suradnicima, označuje stav kao stečenu, relativno trajnu i stabilnu organizaciju vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu, a objekt stava može biti konkretan ili apstraktan, neživa stvar, osoba ili grupa. Stavovi su složeni sustav nekoliko komponenata: kongnitivne, emocionalne i bihevioralne (66).

Kognitivna komponenta sadržava znanje i informaciju o objektima prema kojima postoji određeni stav. Emocionalna komponenta označuje osjećaje u vezi s objektom ili situacijom prema kojoj postoji stav. Tako nam se neka situacija može sviđati ili ne sviđati, biti ugodna ili neugodna, tj. popraćena pozitivnim ili negativnim emocijama. Bihevioralna komponenta razumijeva spremnost na djelovanje prema objektu ili situaciji. Ako je stav pozitivan, podržat ćemo objekt takvog stava, a negativan će stav učiniti njegov da objekt izbjegavamo ili onemogućimo (66). Najčešći oblik znanstvenoga mjerenja stava jesu samoispunjujući upitnici.

6. Cilj rada

Cilj je ovoga završnog rada utvrditi stavove o isključivom dojenju i njegovoj ukupnoj duljini te o tome kako se oni mijenjaju tijekom vremena.

7. Izvori podataka i metode

Za ovaj je završni rad 10. kolovoza 2016. pretražena MEDLINE baza podataka primjenom sljedeće strategije: „breast feeding“ [MeSH Terms] OR („breast“ [All Fields] AND „feeding“ [All Fields]) OR „breast feeding“ [All Fields] AND attitude [Title].

Kao rezultat dobili smo znanstvene radove koji su mjerili stavove ispitanika prema dojenju, i to u 5 skupina ispitanika: rodilje, trudnice, očevi (partneri), studentice – koje nisu postale majke i zdravstveni djelatnici koji su uključeni u skrb za trudnice, rodilje i novorođenčad. Za istraživanje stavova o dojenju primjenjivani su sljedeći upitnici: Iowa skala stavova o prehrani djece (engl. *IIFAS – Iowa Infant Feeding Attitude Scale*), Znanje, stavovi i praksa (engl. *KAP – Knowledge, attitudes & practices*), Skala o namjeri prehrane djece (engl. *IFIS – Infant feeding intentions scale*) i strukturirani intervjui. Nakon toga, MEDLINE smo pretražili koristeći se nazivima spomenutih ljestvica za pronalazak istraživanja o stavovima o dojenju.

8. Upitnici za mjerenje stavova o dojenju

8.1. IIFAS (*Iowa Infant Feeding Attitude Scale*)

IIFAS (engl. *Iowa Infant Feeding Attitude Scale*) upitnik je za mjerenje stavova majki o načinu hranjenja djeteta, bilo dojenjem bilo mliječnom formulom. Istraživanja koja su proveli De la Mor i sur. (1998.) podupiru pouzdanost i valjanost IIFAS-a u procjeni stavova prema metodama hranjenja dojenčadi. IIFAS je vrlo pouzdan s Cronbach alfa rasponom od

0,85 do 0,86 te pokazuje razliku između žena koje planiraju dojiti svoju djecu u usporedbi sa ženama koje su svoju djecu planirale hraniti mliječnom formulom.

Upitnik se sastoji od 17 tvrdnji koje obuhvaćaju različite vrste prehrane djeteta, podatke o troškovima prehrane, praktičnosti dojenja te povezanosti majke i djeteta. Ispitanici su zamoljeni da pokažu u kojoj se mjeri slažu sa svakom izjavom i svoj odgovor zabilježe na ljestvici koja sadržava odgovore tipa Likerta, od tvrdnje „uopće se ne slažem“ do „potpuno se slažem“. Tvrdnje su formulirane tako da je približno polovica pitanja pozitivno sklona dojenju, a preostala pitanja su pozitivna prema mliječnim formulama. Rezultati se zatim izračunavaju tako da visoki rezultat označuje sklonost majki prema dojenju (67).

Pretragom MEDLINE znanstvene baze podataka, upisivanjem ključne riječi „Iowa Infant Feeding Attitude Scale“, kao rezultat dobili smo 14 dostupnih znanstvenih radova u kojima se ovakav upitnik primjenjivao, a koji su mjerili stavove o dojenju trudnica, rodilja, studentica, očeva i zdravstvenih djelatnika. Istraživanja su provedena u 11 zemalja svijeta: Indiji, Irskoj, SAD-u, Maleziji, Tajvanu, Australiji, Kini, Kanadi, Japanu, Havajima i u Hrvatskoj.

U Indiji su dva znanstvena rada mjerila stavove o dojenju putem upitnika IIFAS. Prvi je rad mjerio stavove majki i pokazao da su ona neutralna uz prosječni IIFAS rezultat 58,77 ± 4,74 te da majke iz urbanih sredina i one s većim primanjima imaju bolje stavove o dojenju. I majke koje su do tada dojile imale su bolje stavove od onih koje nisu dojile. Drugi je rad mjerio stavove majki i očeva te je pokazao da je IIFAS rezultat usklađen ($r = 0,43$) i stavovi slični. Očevi podupiru dojenje, ali nemaju utjecaja na duljinu isključivog dojenja. U Irskoj su također dva znanstvena rada mjerila stavove o dojenju upitnikom IIFAS. U prvom su radu mjereni stavovi majki i veći IIFAS rezultat i pozitivne stavove prema dojenju imale su majke s većim obrazovanjem, zaposlene te boljeg socioekonomskog statusa, dok su majke iz drugog istraživanja, njih 65%, dojenje ocijenile kao jeftiniji izbor prehrane djeteta, ali je mliječna formula dobila prednost nad dojenjem u majki koje su zaposlene. Na stavove majki u Irskoj nisu utjecali stavovi očeva i marketing o mliječnim formulama. U SAD-u u jednom su znanstvenom radu mjereni stavovi studentica, a u drugom stavovi majki. Prikazana je pozitivna korelacija između ukupnoga znanja o dojenju i rezultata o stavovima studentica, $r[89] = ,482$, $p < ,000$, dok su majke s prijašnjim iskustvom dojenja, one koje su isključivo dojile sa 6 mjeseci djetetova života pokazale su veći IIFAS rezultat. U Maleziji su majke s višim obrazovanjem, koje su prošle prenatalnu edukaciju i koje su dojile, pokazale veći IIFAS rezultat. Na Tajvanu su majke s većim IIFAS rezultatom, starije dobi i boljega

socioekonomskoga stanja više dojile. U Australiji i Kini, zemljama koje su obuhvaćene jednim znanstvenim radom, IIFAS rezultat prikazao je neutralne stavove prema dojenju. Majke u dobi od 30 do 33 godine, višega socioekonomskog statusa imale su veće IIFAS rezultate te su duže dojile. Drugo istraživanje u Australiji pokazalo je prosječni IIFAS rezultat 66 (39 – 84 ± 8,3), a Cronbach α-vrijednost 0,75, što upućuje na prihvatljive stavove majki o dojenju. Prikazano je da potpora partnera znatno pozitivno utječe na duljinu dojenja. U Kanadi su prikazana neutralni stavovi majki prema dojenju te majke s većim IIFAS rezultatom dulje doje. Majke u Japanu pokazale su prosječan IIFAS rezultat 54,2 ± 4,9 te Cronbach ɑ score 0,46. IIFAS rezultat pozitivniji je u majki koje doje nego u majki djece hranjene mliječnom formulom. Na Havajima je prosječni IIFAS rezultat majki 65, a partnera 62. Veći IIFAS rezultat imaju majke koje su namjeravale dojiti te svaki bod kojim se IIFAS rezultat povećao, u majki i partnera namjeru da majka nakon porođaja doji povećava za 12 – 20 %. U Hrvatskoj su mjereni stavovi zdravstvenih djelatnika prije i nakon edukacije „Bolnica – prijatelj djece“. Prije edukacije IIFAS rezultat bio je 72,46, a nakon 74,57, što znači znatno poboljšanje pozitivnih stavova sa 65 na 79 %, dok su neutralni stavovi smanjeni s 26,6 % na 9,9 %. Cronbach ɑ rezultat je 0,6 što označuje prihvatljivost hrvatske verzije upitnika (68-81).

8.2. KAP (*Knowledge, attitudes and practices*)

KAP (engl. *Knowledge, attitudes and practices*) upitnik je o znanju, stavovima i praksi prema određenoj aktivnosti koju bi željeli provesti. Omogućuje pristup kvantitativnim i kvalitativnim informacijama te omogućuje otkrivanje pogrešnoga shvaćanja i nesporazuma kao prepreke za provođenje određenih aktivnosti ili za promjenu ponašanja. KAP upitnik bilježi mišljenje ispitanika putem njihovih izjava, tj. sakuplja podatke o onome što je rečeno, iako treba uzeti u obzir razliku između onoga što je rečeno i što je učinjeno.

KAP upitnik primjenjuje se za mjerenje raširenosti poznate situacije, potvrđivanje ili opovrgavanje određene hipoteze, određivanje novih smjernica u stvarnim situacijama, identificiranje onoga što je poznato i do sada učinjeno u različitim zdravstvenim temama. Također se rabi i za utvrđivanje referentnih vrijednosti i mjerenje zdravstvenoodgojnih aktivnosti koje će pridonijeti promjeni zdravstvenog ponašanja populacije te sugerira koje su

intervencije potrebne u određenim specifičnim lokalnim i kulturološki uvjetima u kojima određena populacija živi. Upitnik se provodi tijekom 6 – 12 tjedana, na određenoj ciljnoj grupi ispitanika, nasumično odabranih, koji mogu dijeliti zajedničke karakteristike (npr. majke prvorotkinje, studentice) (82).

Pretragom MEDLINE znanstvene baze podataka, upisivanjem ključnih riječi „KAP (*Knowledge, attitudes and practices*)“ i „breastfeeding“, kao rezultat dobili smo 3 dostupna znanstvena istraživanja provedena u SAD-u, Gani i Iranu u kojima se ovaj upitnik služio za istraživanje stavova prema dojenju i isključivom dojenju. U SAD-u su majke pokazale pozitivne stavove prema isključivom dojenju prvih 6 mjeseci djetetova života, a neutralne stavove prema uvođenju mliječne formule u djetetovu prehranu. U Gani su stavovi majki prema dojenju bili pozitivna, ali se praksa isključivog dojenja pokazala niskom. Sedamdeset posto majki imalo je negativne stavove prema izdajanju i pohrani mlijeka te su majke višeg obrazovanja više dojile. U Iranu su mjereni stavovi zdravstvenih djelatnika prije i nakon edukacije o dojenju, pri čemu je edukacija poboljšala znanje i stavove o dojenju (83-85).

8.3. IFIS (*Infant feeding intention scale*)

IFIS (engl. *Infant feeding intention scale*) upitnik je koji se sastoji se od 5 pitanja koja se na ljestvici s odgovorima tipa Likerta boduju od 0 do 4. Konstruiran je za mjerenje namjere započinjanja dojenja (2 pitanja) i namjere isključivog dojenja do 6 mjeseci djetetova života (3 pitanja). Ljestvica pokazuje dobru pouzdanost i valjanost u različitoj populaciji, čemu pridonosi kratko vrijeme trajanja ispunjavanja samog upitnika (otprilike 5 minuta). Upitnik svojim konačnim rezultatom klasificira namjeru za dojenjem i isključivim dojenjem u pet skupina, pri čemu namjera može biti: vrlo niska (0 – 3,5), niska (4,0 – 7,5), umjerena (8,0 – 11,5), jaka (12,0 – 15,5) i vrlo jaka (16,0) (86).

Pretragom MEDLINE znanstvene baze podataka, upisivanjem ključnih riječi „infant feeding intentions scale“, nije pronađen nijedan znanstveni rad koji je mjerio stavove o dojenju, a daljnjim pretraživanjem interneta nalaze se 2 znanstvena rada iz SAD-a. Rezultati pokazuju da veći rezultat IFIS-a povećava planirano trajanje dojenja kod majki, a svakim bodom za koji *IFIS score* poraste povećava se i namjera isključivog dojenja (86,87).

8.4. Strukturirani intervjui

Strukturirani intervju, također poznat kao standardizirani intervju, kvantitativna je metoda istraživanja koja se obično upotrebljava u anketama. Svaki intervju počinje istim pitanjima po istom redoslijedu, što osigurava da se odgovori mogu pouzdano uspoređivati i da se usporedbe mogu praviti između samih ispitanika ili između različitih razdoblja istraživanja. Strukturirani je intervju sredstvo prikupljanja podataka za statistička istraživanja. U tom slučaju, podatci se prikupljaju od osoba koje provode anketu, a ne preko postojećih upitnika. Strukturirani intervju ima standardizirani redoslijed kojim su postavljena pitanja za ispitanike, tako da se odgovori kreiraju u istom kontekstu zbog smanjenje utjecaja konteksta, tj. odgovori na anketna pitanje mogu ovisiti o prirodi prethodnih pitanja. Iako se učinci konteksta ne mogu izbjeći, često je poželjno držati se konstante u svim ispitivanjima.

Strukturirani se intervjui također mogu primjenjivati kao kvalitativna metodologija istraživanja. Ovakve su vrste intervjua najprikladnije za ispitanike ili fokusne grupe istraživanja u kojima bi bilo korisno usporediti odgovore sudionika kako bi se odgovorilo na postavljeni cilj istraživanja (88).

Pretragom MEDLINE znanstvene baze podataka, upisivanjem ključnih riječi „breastfeeding attitudes“ i „structured interview”, kao rezultat dobili smo 14 dostupnih znanstvenih radova koji su se u svom istraživanju i prikupljanju podataka o stavovima prema dojenju kod ispitanika koristili strukturiranim intervjuom. Istraživanja su provedena u 12 zemalja svijeta: Turskoj, SAD-u, Bosni i Hercegovini, Nigeriji, Etiopiji, Indiji, Egiptu, Papui Novoj Gvineji, Velikoj Britaniji, Australiji, Pakistanu i Jordanu. U Turskoj su provedena 2 istraživanja o stavovima majki prema dojenju. Prije svega, na stavove o dojenju i primjenu dojenja utjecale su žene – stariji članovi kućanstva, edukativne brošure i zdravstveni djelatnici. Majke su izrazile mišljenje da kolostrum nije dobar za novorođenče te se pribjegavalo ranom uvođenju dohrane. U drugom radu majke su u Turskoj pokazale pozitivne stavove o dojenju, dok su majke nižeg obrazovanja također imale negativna stajališta o kolostrumu. U SAD-u majke s nižim primanjima imale su pozitivnije stavove o dojenju, a u Bosni i Hercegovini 92 % majki smatralo je da je dojenje prirodan način prehrane djeteta te ih se 85 % odlučilo na dojenje i prije samog porođaja. U Nigeriji su mjereni stavovi zdravstvenih djelatnika koji su se pokazali pozitivnima, dok je u drugom radu 71 % majki imalo pozitivna stajališta prema isključivom dojenju, no viši socioekonomski status popratilo je manje isključivog dojenja jer je dostupnost mliječne formule okarakterizirana kao statusni

simbol u društvu. U Etiopiji je 87,3 % majki imalo pozitivne stavove o dojenju i preporukama o isključivom dojenju do 6 mjeseci, ali se isključivo dojenje malo primjenjivalo. Stavovi trudnica mjereni su u Indiji te je dokazano da poduka o dojenju znatno pozitivno utječe na stavove trudnica, dok su u Egiptu majke s višim obrazovanjem imale pozitivnije stavove o dojenju od majki nižeg obrazovanja. U Papui Novoj Gvineji 87,9 % majki pokazalo je pozitivne stavove prema dojenju, a 99 % imalo je potporu supružnika ili partnera pri donošenju odluke o dojenju. U Velikoj Britaniji 2/3 majki koje su namjeravale dojiti prije porođaja, nisu nastavile dojiti, majke koje su planirale trudnoću dojile su dulje, a zaposlene majke dojile su kraće vrijeme. U Australiji je namjera majki da doje pozitivno bila povezana s dobivenim preporukama o dojenju SZO-e, dok su u Pakistanu majke nižeg obrazovanja i nezaposlene dojile kraće. U Jordanu su prikazani pozitivni stavovi majki, dojenje su smatrale jeftinijim i lako primjenjivim izborom prehrane za dijete, ali zaposlene majke i one koje su rodile carskim rezom dojile su kraće (89-102).

8.5. Ostali upitnici

Pretragom MEDLINE znanstvene baze podataka utvrđeno je da se 15 znanstvenih radova u svojem istraživanju stavova o dojenju koristilo drugim vrstama upitnika kao što su osnovni upitnici o demografskim i socioekonomskim podatcima, predtestni upitnici, upitnik o znanju, stajalištima i povjerenju (Finska) ankete i fokusne grupe. Istraživanja su provedena u 12 zemalja svijeta: SAD-u (3 znanstvena rada), Velikoj Britaniji (2 znanstvena rada) te po jedan znanstveni rad iz Zimbabvea, Gane, Etiopije, Nepala, Australije, Nigerije, Švedske, Finske, Danske i Škotske.

U SAD-u su stavovi majki mjereni putem ankete i osnovnih upitnika u 2 znanstvena rada. Prvi je rad pokazao da niži socioekonomski status i dostupnost bonova za hranu negativno utječu na namjeru i trajanje dojenja, a udane su majke dojile 3,74 puta više i 4,08 puta dulje od neudanih. Drugi je rad je pokazao da su majke s većim obrazovanjem i znanjem o dojenju dulje dojile. Stavovi zdravstvenih djelatnika u SAD-u su mjereni putem upitnika, a rezultati pokazuju da je edukacija zdravstvenih djelatnika poboljšala pozitivne stavove i znanje o dojenju. U Velikoj Britaniji prvi znanstveni rad mjerio je stavove očeva o dojenju putem upitnika i većina je očeva pokazala pozitivne stavove prema dojenju, potporu majkama te želju za još većom edukacijom. Drugi je znanstveni rad mjerio stavove trudnica, također

putem upitnika, te su trudnice koje su namjeravale dojiti pokazale manju vjerojatnost odabira drugog načina prehrane za svoje dijete. U Zimbabveu je prikazano da je praksa isključivog dojenja u prvih 6 mjeseci povezana s vjerovanjem majki da je majčino mlijeko nutritivno dovoljno za potrebe djeteta. U Gani su mjereni stavovi trudnica putem fokusne grupe te je istraživanje pokazalo pozitivne stavove majki prema dojenju, majke su smatrale da je majčino mlijeko adekvatno za rast i razvoj djeteta te jeftiniji izbor od mliječne formule. U Etiopiji su upitnikom mjereni stavovi majki koji su se pokazali pozitivnima, 89,9 % majki planiralo je dojiti svoje sljedeće dijete, dok je njih 97,5 % podržavalo svoje prijateljice u dojenju. Majke u Nepalu, njih 85 %, na osnovi rezultata upitnika, pokazale su pozitivne stavove prema dojenju te ih je 80 % imalo potporu supruga ili partnera pri dojenju. U Australiji su stavovi majki i partnera mjereni anketama za praćenje prehrane djece, koje su pokazale su da su majke imale pozitivne stavove prema dojenju u prvim mjesecima djetetova života a te da su majke i partneri s višim obrazovanjem imali pozitivniju percepciju dojenja. U Nigeriji je 54 % majki pokazalo pozitivne stavove prema dojenju, dok su stavovi studentica mjereni u Švedskoj pokazali da je uloga zdravstvenih djelatnika važan čimbenik u promicanju dojenja. U Finskoj su, putem upitnika o znanju, stavovima i povjerenju, mjereni stavovi majki te su pokazali da viša razina obrazovanja, veća dob majki i više djece u obitelji pozitivno utječu na stajališta o dojenju. U Danskoj su stavovi zdravstvenih djelatnika mjereni prije i nakon edukacije o dojenju te je edukacija podigla razinu znanja i samoučinkovitosti. U Škotskoj su stavovi trudnica mjereni upitnicima koji su pokazali da prijašnje iskustvo dojenja, potpora partnera te veća dob majki pozitivno utječu na stavove o dojenju i na namjeru dojenja (103-117).

9. Stavovi prema dojenju

9.1. Stavovi rodilja

Stavovi o dojenju mjerena su i prikazana u 37 znanstvenih radova u skupini rodilje, i to u SAD-u (7 znanstvenih radova), Australiji (4 znanstvena rada), Irskoj, Indiji, Gani, Etiopiji, Turskoj (po 2 znanstvena rada) te Kini, Japanu, na Havajima, Tajvanu, Maleziji, Kanadi, Nepalu, Egiptu, Nigeriji, Zimbabveu, Papui Novoj Gvineji, Velikoj Britaniji, Pakistanu, Finskoj, Bosni i Hercegovini te u Jordanu. Ukupno je ispitano 19 118 rodilja i u 29 istraživanja stavovi su bili pozitivni, u 5 negativni, a 3 istraživanja pokazala su neutralne

stavove majki prema dojenju. Rezultati pokazuju da su rodilje u Indiji i Japanu imale negativne stavove prema dojenju koje je pratio manjak znanja i edukacije. No ipak u nekim su istraživanjima majke pokazale da žele započeti dojenje što prije nakon porođaja. Prikazano je i negativno stajalište rodilja prema hranjenju djeteta mliječnom formulom. U SAD-u, Irskoj, Nepalu, na Havajima i Tajvanu majke su imale uglavnom pozitivne stavove prema dojenju na koje su utjecali prijašnje iskustvo dojenja i veće obrazovanje, dok su negativni stavovi pronađeni u majki nižega socioekonomskog statusa. U Australiji i Bosni i Hercegovini stavovi majki također su bili uglavnom pozitivni, a na to su utjecali veća dob majke, potpora partnera i obitelji te preporuke SZO-a o dojenju. U Turskoj su prikazani negativni stavovi majki prema dojenju, a na to su utjecala stajališta žena, starijih članova kućanstva, te vjerovanje da kolostrum nije dobar za novorođenče. U Gani i Etiopiji vidljivi su pozitivni stavovi majki prema dojenju, gdje su majke smatrale da dojenje štiti djecu od infekcija i dojenačke smrti, ali se dojenje i isključivo dojenje malo primjenjivalo. U Pakistanu i Jordanu stavovi su pozitivni, no niže obrazovane majke i zaposlene dojile su kraće, kao i majke koje su rodile carskim rezom. U ostalim zemljama, Velikoj Britaniji, Papui Novoj Gvineji, Zimbabveu i Nigeriji, zabilježeni su također pozitivni stavovi majki prema dojenju povezani uz status zaposlenja majke i pozitivnu potporu partnera i obitelji.

9.2. Stavovi trudnica

Stavovi trudnica o dojenju mjereni su i prikazani u trima znanstvenim radovima. Ispitana je 1691 trudnica, i to u Indiji, Velikoj Britaniji i Škotskoj. Svi su stavovi pozitivni, a dokazano je da je veća namjera buduće majke da doji smanjila odabir mliječne formule kao način hranjenja djeteta. Prijašnje iskustvo majki pri dojenju, život s partnerom koji pruža potporu i edukacija trudnica o dojenju, pozitivno su utjecali na formiranje stavova o dojenju.

9.3. Stavovi očeva (partnera)

Stavovi o dojenju mjereni su i prikazani u 5 znanstvenih radova. U skupini očevi (partneri) ispitano je 2946 ispitanika u Velikoj Britaniji, Indiji, Australiji, Finskoj i na Havajima. Očevi (partneri) pokazali su pozitivne stavove prema dojenju usklađene sa stavovima majki, njihovo više obrazovanje pridonijelo je pozitivnijoj percepciji dojenja, dali

su punu potporu majkama i izrazili želju za još poduke kako bi svoju potporu podigli na višu razinu.

9.4. Stavovi studentica koje nisu postale majke

Stavovi o dojenju mjereni su i prikazani u dvama znanstvenim radovima. Istraživana je skupina studentica koje nisu postale majke, i to SAD-u i Švedskoj. Ukupno su ispitane 154 studentice. Rezultati pokazuju da su u svim zemljama studentice pokazale pozitivne stavove prema dojenju. Kod studenata sestrinstva u SAD-u, studenti seniori na kraju studija imali su bolje stavove o dojenju nego studenti s prve godine studija. U Švedskoj su stavovi pozitivni i edukacija studentica poboljšala je njihove stavove o dojenju. Studentice su smatrale da je potpora zdravstvenih djelatnika bitan čimbenik u promociji dojenja.

9.5. Stavovi zdravstvenih djelatnika

Stavovi o dojenju mjereni su i prikazana u 5 znanstvenih radova u skupini zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj, Iranu, Danskoj, Nigeriji i SAD-u. Ukupno je ispitano 1036 zdravstvenih djelatnika i svi su pokazali snažnu potporu i pozitivna stajališta prema dojenju. Edukacija zdravstvenih djelatnika pokazala se kao uspješna metoda podizanja razine znanja i samoučinkovitosti te popratno i još pozitivnijih stajališta o dojenju.

9.6. Promjena stavova o dojenju tijekom vremena

U 16 znanstvenih radova prikazane su promjene stavova o dojenju tijekom određenog razdoblja u skupini rodilja i zdravstvenih djelatnika. U Australiji su praćeni stavovi majki o dojenju tijekom 12 mjeseci djetetova života. Majke s rezultatom IIFAS upitnika > 65 isključivo su dojile 16 tjedana, a majke s rezultatom IIFAS upitnika < 65 isključivo su dojile 5 tjedana, što upućuje na činjenicu da je veći rezultat IIFAS upitnika predvidio veću duljinu dojenja, napose u majki starije dobi, koje imaju potporu partnera, s višim obrazovanjem, s prethodnim iskustvom u dojenju te u povoljnijim socioekonomskim uvjetima, dok je niži rezultat IIFAS upitnika predvidio kraće trajanje dojenja. Drugo je istraživanje pokazalo da je namjera majki da doje pozitivno povezana s dobivenim preporukama o dojenju SZO-a kroz

period od 12 mjeseci djetetova života. U SAD-u su podatci prikupljani nakon porođaja te sa 6 i 12 mjeseci djetetova života. Sa 6 mjeseci više su dojile majke s većim IIFAS rezultatom te prijašnjim iskustvom u dojenju i one koje su imale partnera, što pokazuje tendenciju opadanja dojenja s vremenom. U drugom istraživanju, također iz SAD-a, majke s većim znanjem o dojenju i više obrazovane dojile su dulje u periodu od 2 mjeseca, dok je u trećem istraživanju, gdje je primijenjen IFIS upitnik, pokazano da se za svaki bod za koji IFIS rezultat poraste povećava i namjera isključivog dojenja kroz period od 6 mjeseci. Istraživanje stavova majki i njihovih partnera na Havajima pokazali su da su majke koje su namjeravale dojiti imale veći IIFAS rezultat od majki koje su se odlučile za hranjenje mliječnom formulom. Svaki bod kojim se IIFAS rezultat poveća, namjera majki i partnera da majka doji povećavao se nakon porođaja za 12 – 20 %. Majke na Tajvanu pokazale se pozitivnije stavove o dojenju kroz period od 6 tjedana nakon porođaja, napose kada se poboljšao socioekonomski status kućanstva. U Irskoj su majke s višim obrazovanjem, zaposlene puno radno vrijeme i boljega socioekonomskog statusa pokazale pozitivnije stavove kroz vrijeme od 1 mjeseca nakon porođaja. Veći rezultati IFIS upitnika predvidjeli su veću namjeru rodilja da doje u Kanadi kroz vrijeme od 6 mjeseci i trajanje dojenja na kraju je bilo dulje. U Nepalu je pokazano da vjerovanje u činjenicu da je majčino mlijeko nutritivno dovoljno za djetetove potrebe slabi kroz 6 mjeseci djetetova života. U Velikoj Britaniji 2/3 majki koje su namjeravale dojiti nisu dojile nakon porođaja, a zaposlene majke i one koje nisu planirale trudnoću dojile su kraće. Edukacija zdravstvenih djelatnika o prednostima dojenja prema preporuci SZO-a, u Hrvatskoj, Iranu i Danskoj, pozitivno je djelovala na stavove i podigla razinu znanja i samoučinkovitosti. U svim istraživanjima koja su pratila stavove majki kroz određeno razdoblje prikazana je tendencija opadanja primjene dojenja i isključivog dojenja, dok su se stajališta zdravstvenih djelatnika znatno poboljšala.

10. Rasprava

Pretragom MEDLINE znanstvene baze podataka ukupno je pronađeno i obrađeno 49 znanstvenih radova koji su mjerili stavove o dojenju. Ukupno su stajališta istražena u 24 945 ispitanika podijeljenih u 5 skupina: rodilje (19 118), trudnice (1691), očevi (partneri) (2946), studentice koje nisu postale majke (154) i zdravstveni djelatnici koji su uključeni u skrb za trudnice, rodilje i novorođenčad (1036). Za mjerenje stavova o dojenju primjenjivani su većinom sljedeći upitnici: Iowa skala stavova o prehrani djece (engl. *IIFAS - Iowa Infant Feeding Attitude Scale*), Znanje, stavovi i praksa (engl. *KAP - Knowledge, attitudes & practices*), Skala o namjeri prehrane djece (engl. *IFIS - Infant feeding intention scale*) i strukturirani intervju.

Stavovi trudnica, očeva, rodilja, studentica i zdravstvenih djelatnika o dojenju i ukupnoj duljini dojenja pozitivno su povezana sa sociodemografskim čimbenicima (dob, stupanj obrazovanja, socioekonomski status, bračni status), iskustvom porođaja i prethodnim iskustvom, pohađanjem tečaja za trudnice i edukativnim radionicama za zdravstvene djelatnike, psihosocijalnim i kulturološkim čimbenicima (potporom partnera i obitelji, namjerom majke da doji). Majke novorođene djece učestalo ne doje, usprkos preporukama SZO-a, koje ističu i potiču isključivo dojenje, bez dodavanja druge hrane ili tekućine, u tijeku prvih šest mjeseci djetetova života, a nakon toga uvođenje dohrane uz nastavak dojenja do druge godine djetetova života ili dulje (118). Nedostatno dojenje i rani prestanak imaju važan nepovoljni zdravstveni, društveni i ekonomski utjecaj na žene, djecu i okoliš, koj rezultira većim troškovima za pružanje nacionalnih zdravstvenih usluga i mogu povećati nejednakost u zdravstvu. Iz ovoga je vidljiva potreba za podukom trudnica, majki, očeva i zdravstvenih djelatnika, napose onih koji se skrbe o trudnicama, rodiljama i djeci. Primjerena poduka od neizmjerne je važnosti za ponovno uspostavljanje kulture dojenja. Da bi mogli promicati, podržavati i štititi dojenje, zdravstveni bi djelatnici trebali imati odgovarajuće teorijsko i praktično znanje i vještine te pozitivna stajališta prema dojenju kako bi roditeljima pružili objektivne informacije, temeljene na dokazima u zdravstvenoj praksi, o pravilnoj i optimalnoj prehrani za njihovo dijete (119).

U Republici Hrvatskoj stavovi trudnica i majki o dojenju, nažalost, nikad nisu mjerena. Mjerene su samo stopa isključivog dojenja, i to prema UNICEF-ovoj analizi o stanju prava djece i žena u Hrvatskoj iz 2011. god. Postotak isključivo dojene djece u razdoblju od 2007. do 2009. god., povećao se s 51,3 % na 64,5 % za djecu dobi 0 – 2 mjeseca, a nakon 3.

mjeseca života postotak isključivo dojene djece spušta se na 44,7 % te do 6 mjeseci života na 16,6 %. Stopa je dojenja viša među majkama starije životne dobi, s višim obrazovanjem i u onih koje ne konzumiraju duhanske proizvode (29). Možda bi jedno od sljedećih istraživanja trebalo usmjeriti na mjerenje stavova trudnica i majki o dojenju, kao i na stavove očeva (partnera) koji su važna potpora majkama u osjetljivom razdoblju dojenja zbog pokušaja njihova poboljšanja kako bi se povećale stope dojenja u budućnosti.

11. Zaključak

- Stavovi trudnica, majki – rodilja, očeva, studentica i zdravstvenih djelatnika prema dojenju i ukupnoj duljini dojenja uglavnom su pozitivna.
- Na formiranje stavova trudnica, majki, očeva i studentica koje nisu postale majke prema dojenju pozitivno utječu stupanj obrazovanja, dob ispitanika, prethodno iskustvo porođaja i dojenja, potpora partnera i obitelji, pohađanje tečaja za trudnice i edukacija koju provode zdravstveni djelatnici.
- Majke starije životne dobi koje imaju potporu partnera, s višim obrazovanjem, s prethodnim iskustvom u dojenju te povoljnijim socioekonomskim uvjetima pokazale su pozitivnije stavove o dojenju kroz određeno razdoblje.
- Poduka zdravstvenih djelatnika s vremenom je pozitivno utjecala na njihove stavove o dojenju.
- Unatoč preporukama SZO-a i UNICEF-a, dojenje se i dalje nedovoljno primjenjuje.
- Potrebna je kontinuirana izobrazba za sve skupine zdravstvenih djelatnika.
- U RH je potrebno provesti istraživanje koje će istražiti načine poboljšanja stavova trudnica i majki o dojenju u svrhu povećanja stopa dojenja.

12. Literatura

1. Medicinska enciklopedija, JLZ Zagreb, 1967.

2. Dražančić A, Letica-Protega N, Zakanj Z, Grgurić J. (2000): Trudnoća i dojenje. Graf-His, Zagreb.

3. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. Sixth edition, Elsevier Mosby, 2005.

4. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet. 1990;33:1105-7.

5. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Nutritional Guadiance is needed during dietary transition in early chilhood. Pediatrics 2000;106(1):109-114.9.

6. World Health Assembly. International code of marketing of breastfeeding substitutes. WHO, Geneva, 1981.

7. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010;125(5):e1048-56.

8. Wickes IG. A history of infant feeding. Part I. Primitive peoples: Ancient works: Renaissance writers. Archives of Disease in Childhood. 1953a;28:151–158.

9. Anonymous. Infant feeding in the Bible. Midwife, Health Visitor & Community Nurse.1987;23(7):309–313.

10. Osborn MS. The rent breasts: A brief history of wet-nursing. Midwife, Health Visitor & Community Nurse. 1979a;15(8):302–306.

11. Wickes IG. A history of infant feeding. Part II. Seventeenth and eighteenth centuries. Archives of Disease in Childhood. 1953b;28:232–240.

12. Osborn MS. The rent breasts. Part II. Midwife, Health Visitor & Community Nurse.1979b;15(9):347–348.

13. Weinberg F. Infant feeding through the ages. Canadian Family Physician. 1993;39:2016–2020.

14. Wickes IG. A history of infant feeding. Part IV. Nineteenth century continued. Archives of Disease in Childhood. 1953d;28:416–422.

15. Radbill S. Infant feeding through the ages. Clinical Pediatrics. 1981;20(10):613–621.

16. Gaynor G. Breastfeeding advocacy. Maine Nurse. 2003;5(2):13.

17. Fureš R, Dražančić A, Blažeka Đ, Cesarec I, Kopjar M, Šanjug J, Zadro M, Krajcar M. Ivan Krstitelj Lalangue i njegova prva tiskana medicinska stručna knjiga iz područja primaljstva na hrvatskom jeziku. Gynaecol Perinatol 2010;19(1):44–54.

18. Krešić G i sur. Majčino mlijeko, Mljekarstvo 63 (3), 158-171, 2013.

19. Dražančić A, Letica-Protega N, Zakanj Z, Grgurić J. Trudnoća i dojenje. Graf-His, Zagreb, 2000.

20. Hormann E. The Innocenti challenge-opportunities seized and los. Allattamento & politiche per l`infanzia:dieci anni dopo la dichiarazione degli Innocenti Istituto degli innocenti, Firenze, 2000.

21. Valterlinda Alves de O. Queiroz, Ana Marlúcia O. Assis, Hugo da Costa R. Júnior. Protective effect of human lactoferrin in the gastrointestinal tract. Rev. paul. pediatr. vol.31 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2013.

22. Picciano, M.F. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. Journal of Nutrition 2003;133(6): 1997S-2002S.

23. Nestle. Zdrav početak za zdrav život. 2016. Nestle Adriatic d.o.o. (Internet). Dostupno na: https://www.bebe-nestle.hr/mlijeka-za-dojencad/t/1026

24. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. 2010;125(5):e1048-56.

25. Sobel HL, Iellamo AD, Raya RR, Padilla AA, Sta Ana FS 3rd, Nyunt US. The economic burden of infant formula on families with young children in the Philippines J Hum Lact. 2012 May;28(2):174-80.

26. Delaš I, Kaćunko T, Beganović J, Delaš F. Sastav masnih kiselina majčinog mlijeka i pripravaka dječje hrane. Mljekarstvo 55 (2) 101-112, 2005.

27. WHO - Infant and young child feeding. Dostupno na: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/

28. WHO. Global Data Bank on Breastfeeding.WHO, Geneva, 1996.

29. Ured UNICEF-a za Hrvatsku. Analiza stanja prava djece i žena u Hrvatskoj. lipanj 2011.

30. Guić M. Stavovi trudnica prema dojenju: korelacija sa započinjanjem i duljinom dojenja nakon poroda. Medicinski fakultet Sveučilište u Splitu 2007;64.

31. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.32. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternitiy services. WHO, Geneva, 1989.

33. Grgurić J, Kolaček S, Percl M, Lulić-Jurjević R. Mlijeko u prehrani djece u Hrvatskoj. Paediatr Croat 1998;42:133-8.

34. Bosnjak A, Batinica M. Results of breastfeeding promotion in breastfeeding support groups in Medimurje, Croatia. Paediatr Croat 2004:197-202.

35. WHO. Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. WHO/Department of child and adolescent health and development; Geneva, 2002.

36. WHO. Results of WHO systematic review: the optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO, Geneve, 2001.

37. Mesihović-Dinarević S. i sur. Pedijatrija za studente Visoke Zdravstvene škole. Sarajevo: Sa Vart; 2005.

38. Hanson LA, Korotkova M. The role of berastfeeding in prevention of neonatal infection. Semin Neonatol. 2002;7:275-81.

39. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Asses (Full Rep). 2007;(153):1-186.

40. Horta L, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long term effects of breastfeeding Geneva: World Health Organization; 2007:1-51.

41. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011.

42. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants Rev Obstet Gynecol. 2009;2(4):222-31.

43. Jones G, Riley M, Dwyer T. Breastfeeding in early life and bone mass in prepubertal children: a longitudinal study. Osteoporos Int. 2000,11(2):146-52.

44. Sun Y, Vestergaard M, Christensen J, Olsen J. Breastfeeding and risk of epilepsy in childhood a birth cohort study. J Pediatr. 2011;158(6):924-9.

45. Ogbuanu IU, Karmaus W, Arshad SH, Kurukulaaratchy RJ, Ewart S. Effect of breastfeeding duration on lung function at age 10 years: a prospective birth cohort study. Thorax. 2009;64(1):62-6.

46. Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. Arch Dis Child. 2011;96(7):635-42.

47. Labbok MK, Hight-Laukaran V, Peterdon AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multiceter study of the Lactetional Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. Contraception. 1997;55(6):327-36.

48. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2002.

49. Sobel HL, Iellamo AD, Raya RR, Padilla AA, Sta Ana FS 3rd, Nyunt US. The economic burden of infant formula on families with young children in the Philippines J Hum Lact. 2012 May;28(2):174-80.

50. Nahidi F, Tavafian SS, Haidarzade M, Hajizadeh E. Opinions of the midwives about enabling factors of skin to-skin contact immediately after birth:A descriptive study. J Family Reprod Health. 2014 Sep; 8(3): 107–112.

51. Pikwer M, Bergstrom U, Nilsson J, Jacobsson L, Berglund G, Turesson C. Breast feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2009;68(4):526-30.

52. Jonas W, Nissen E, Ransjo-Arvidson A, Wiklund I, Henriksson P, Uvnas-Moberg K. Short-and long-term decrease of blood pressure in women during breastfeeding. Breastfeed Med. 2008;3(2):103-9.

53. Gunderson EP, Lewis CE, Wei GS, Whitmer RA, Quesenberry CP,S. S. Lactation and changes in maternal metabolic risk factors. Obstet Gynecol. 2007;109(3):729-38.

54. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. Obstet Gynecol. 2009;113(5):974-82.

55. Berović N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study. Croat Med J. 2003;44(5):596-600.

56. Donath SM, Amir LH, The ALSPAC Study Team. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. Acta Paediatr. 2003;92(3):352-6.

57. Scott JA, Landers MCG, Hughes RM, Binns CW. Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. J Hum Lact. 2001;17(1):24-30.

58. Tohota J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S, Binns CW. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. Int Breastfeed J. 2009; 4: 15.

59. Brown A[1], Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. Matern Child Nutr. 2014 Oct;10(4):510-26

60. Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Božinović T, Ćuže A, Lozančić T, Vučković A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff J Hum Lact. 2012 Aug;28(3):389-99.

61. Scott JA, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S. Occurrence of lactational mastitis and medical management: A prospective cohort study in Glasgow. Int Breastfeed J 2008;3:21.

62. Hegeduš-Jungvirth M, Krčmar N, Srnec D. Rezultati promicanja dojenja u Međimurju. Paediatr Croat. 2000;44:91-4.

63. Podhorsky ŠI. Primaljska podrška dojenju. Primaljski Vjesnik, studeni 2014;1848-5863;6-16.

64. Pennington, D.C.,Osnove socijalne psihologije, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2001.

65. Rot N. Osnove socijalne psihologije. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd 1983.

66. Petz B. i sur. Psihologijski riječnik, Prosvjeta, Zagreb 1992, str.426.

67. De la Mora, A., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. 1999. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. Journal of Applied Social Psychology 29(11), 2362-2380.

68. Vijayalakshmi P, Susheela T, Mythili D. Knowledge, attitudes, and breast feeding practices of postnatal mothers: A cross sectional survey. Int J Health Sci (Qassim). 2015 Oct;9(4):364-74.

69. Karande S, Perkar S. Do fathers' attitudes support breastfeeding? A cross-sectional questionnaire-based study in Mumbai, India. Indian J Med Sci. 2012 Jan-Feb;66(1-2):30-9.

70. Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M, Bradbury I, Scott JA. Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. Health Educ Res. 2007 Aug;22(4):561-70.

71. Zhou Q[1], Younger KM, Kearney JM. An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. BMC Public Health. 2010 Nov 23;10:722.

72. Vandewark AC. Breastfeeding attitudes and knowledge in bachelor of science in nursing candidates. J Perinat Educ. 2014 Summer;23(3):135-41.

73. Holbrook KE, White MC, Heyman MB, Wojcicki JM. Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. Int Breastfeed J. 2013 Jul 8;8(1):7.

74. Ishak S, Adzan NA, Quan LK, Shafie MH, Rani NA, Ramli KG. Knowledge and beliefs about breastfeeding are not determinants for successful breastfeeding. Breastfeed Med. 2014 Jul-Aug;9(6):308-12.

75. Ho YJ, McGrath JM. Predicting breastfeeding duration related to maternal attitudes in a taiwanese sample. J Perinat Educ. 2011 Fall;20(4):188-99.

76. Chen S, Binns CW, Liu Y, Maycock B, Zhao Y, Tang L.Asia Pac J Clin. Attitudes towards breastfeeding - the Iowa Infant Feeding Attitude Scale in Chinese mothers living in China and Australia. Nutr. 2013;22(2):266-9.

77. Cox KN, Giglia RC, Binns CW. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: evidence from a cohort study in rural Western Australia. Int Breastfeed J. 2015 Aug 21;10:25.

78. Jessri M, Farmer AP, Maximova K, Willows ND, Bell RC; APrON Study Team. Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. BMC Pediatr. 2013 May 16;13:77.

79. Inoue M, Binns CW, Katsuki Y, Ouchi M. Japanese mothers' breastfeeding knowledge and attitudes assessed by the Iowa Infant Feeding Attitudes Scale. Asia Pac J Clin Nutr. 2013;22(2):261-5.

80. Mitchell-Box K, Braun KL, Hurwitz EL, Hayes DK. Breastfeeding attitudes: association between maternal and male partner attitudes and breastfeeding intent. Breastfeed Med. 2013 Aug;8(4):368-73.

81. Zakarija-Grkovic I, Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour course in improving health professionals' knowledge, practices, and attitudes to breastfeeding: before/after study of 5 maternity facilities in Croatia. Croat Med J. 2010 Oct;51(5):396-405.

82. USAID (United States Agency International Development), The Spring Project. The KAP Survey Model (Knowledge, Attitudes, and Practices). 2011. JSI Research & Training Institute, Inc.(JSI). (Internet). Dostupno na: https://www.spring-nutrition.org/publications/tool-summaries/kap-survey-model-knowledge-attitudes-and-practices

83. Eckhardt CL, Lutz T, Karanja N, Jobe JB, Maupomé G, Ritenbaugh C. Knowledge, attitudes, and beliefs that can influence infant feeding practices in American Indian mothers. J Acad Nutr Diet. 2014 Oct;114(10):1587-93.

84. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. Int Breastfeed J. 2016 May 17;11:12.

85. Seighali F, Farahani Z, Shariat M. The effects of two different breastfeeding workshops on improving knowledge, attitude, and practice of participants:a comparative study. Acta Med Iran. 2015 Jul;53(7):412-8.

86. Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Development and validation of the infant feeding intentions scale. Matern Child Health J. 2009 May;13(3):334-42.

87. Nommsen-Rivers LA, Cohen RJ, Chantry CJ, Dewey KG. The Infant Feeding Intentions scale demonstrates construct validity and comparability in quantifying maternal breastfeeding intentions across multiple ethnic groups. Matern Child Nutr. 2010 Jul 1;6(3):220-7

88. Kvale & Brinkman. InterViews, 2nd Edition. Thousand Oaks: SAGE. 2008. ISBN 978-0-7619-2542-2.

89. Ertem G, Ergün S. Traditional practices and beliefs regarding nutrition of children in the 0 - 5 age group in western Turkey: a qualitative study. J Pak Med Assoc. 2013 Feb;63(2):173-8.

90. Ergenekon-Ozelci P, Elmaci N, Ertem M, Saka G. Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey, 2001. Eur J Public Health. 2006 Apr;16(2):143-8.

91. Stuebe AM, Bonuck K. What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. Breastfeed Med. 2011 Dec;6(6):413-20.

92. Simić T, Sumanović-Glamuzina D, Boranić M, Vuksić I, Boban A. Breastfeeding practices in Mostar, Bosnia and Herzegovina: cross-sectional self-report study. Croat Med J. 2004 Feb;45(1):38-43.

93. Onah S, Osuorah DI, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. Int Breastfeed J. 2014 May 20;9:6.

94. Okolo SN, Ogbonna C. Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices. Eur J Clin Nutr. 2002 May;56(5):438-41.

95. Tadele N, Habta F, Akmel D, Deges E. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross-sectional study.Int Breastfeed J. 2016 Feb 27;11:3.

96. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: a study using theory of planned behaviour. Rural Remote Health. 2015 Jul-Sep;15(3):3405.

97. Mohammed ES, Ghazawy ER, Hassan EE. Knowledge, Attitude, and Practices of Breastfeeding and Weaning Among Mothers of Children up to 2 Years Old in a Rural Area in El-Minia Governorate, Egypt. J Family Med Prim Care. 2014 Apr;3(2):136-40.

98. Kuzma J. Knowledge, attitude and practice related to infant feeding among women in rural Papua New Guinea: a descriptive, mixed method study. Int Breastfeed J. 2013 Nov 21;8(1):16.

99. Sherriff N, Hall V, Panton C. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: a concept analysis. Midwifery. 2014 Jun;30(6):667-77.

100. Wen LM, Simpson JM, Rissel C, Baur LA. Awareness of breastfeeding recommendations and duration of breastfeeding: findings from the Healthy Beginnings Trial. Breastfeed Med. 2012 Aug;7:223-9.

101. Ali S, Ali SF, Imam AM, Ayub S, Billoo AG. Perception and practices of breastfeeding of infants 0-6 months in an urban and a semi-urban community in Pakistan: a cross-sectional study. J Pak Med Assoc. 2011 Jan;61(1):99-104.

102. Khassawneh M, Khader Y, Amarin Z, Alkafajei A. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: a cross-sectional study. Int Breastfeed J. 2006 Sep 23;1:17.

103. Darfour-Oduro SA, Kim J. WIC mothers' social environment and postpartum health on breastfeeding initiation and duration. Breastfeed Med. 2014 Dec;9(10):524-9.

104. Kornides M, Kitsantas PJ. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. Child Health Care. 2013 Sep;17(3):264-73.

105. Khoury AJ, Hinton A, Mitra AK, Carothers C, Foretich C. Improving breastfeeding knowledge, attitudes, and practices of WIC clinic staff. Public Health Rep. 2002 Sep-Oct;117(5):453-62.

106. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. Matern Child Nutr. 2014 Oct;10(4):510-26.

107. Cabieses B, Waiblinger D, Santorelli G, McEachan RR. What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: a multi-methods, multi-ethnic study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Jan 28;14:50.

108. Desai A, Mbuya MN, Chigumira A, Chasekwa B, Humphrey JH, Moulton LH, Pelto G, Gerema G, Stoltzfus RJ; SHINE Study Team. Traditional oral remedies and perceived breast milk insufficiency are major barriers to exclusive breastfeeding in rural Zimbabwe. JNutr. 2014 Jul;144(7):1113-9.

109. Otoo GE, Lartey AA, Pérez-Escamilla R. Perceived incentives and barriers to exclusive breastfeeding among periurban Ghanaian women. J Hum Lact. 2009 Feb;25(1):34-41.

110. Asfaw MM, Argaw MD, Kefene ZK. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. Int Breastfeed J. 2015 Aug 13;10:23.

111. Karkee R, Lee AH, Khanal V, Binns CW. Infant feeding information, attitudes and practices: a longitudinal survey in central Nepal. Int Breastfeed J. 2014 Aug 28;9:14.

112. Daly A, Pollard CM, Phillips M, Binns CW. Benefits, barriers and enablers of breastfeeding: factor analysis of population perceptions in Western Australia. PLoS One. 2014 Feb 7;9(2):e88204.

113. Mbada CE, Olowookere AE, Faronbi JO, Oyinlola-Aromolaran FC, Faremi FA, Ogundele AO, Awotidebe TO, Ojo AA, Augustine OA. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. BMC Res Notes. 2013 Dec 21;6:552.

114. Pajalic Z. Nursing students' views on promoting successful breastfeeding in Sweden. Glob J Health Sci. 2014 May 9;6(5):63-9.

115. Laanterä S, Pölkki T, Ekström A, Pietilä AM. Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy. BMC Pregnancy Childbirth. 2010 Dec 2;10:79.

116. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Harder I. Health visitors and breastfeeding support: influence of knowledge and self-efficacy. Eur J Public Health. 2008 Jun;18(3):283-8.

117. McLnnes RJ, Love JG, Stone DH. Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. BMC Public Health. 2001;1:10.

118. World Health Organization: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO; 2003.

119. Prehrana dojenčeta i malog djeteta - Standardne preporuke za EU. (Internet). Dostupno na: http://www.husd.hr/savjetnice/smjernice/7-prehrana-dojenceta-i-malog-djeteta-standardne-preporuke-za-eu

13. Sažetak

U Hrvatskoj, prema istraživanju iz 2011. godine, postotak isključivo dojene djece u dobi od 3 mjeseca iznosi 44,7 %, a u dobi od 6 mjeseci 16,6 % te je stopa dojenja veća u majki starije životne dobi, s višim obrazovanjem i u onih koje ne konzumiraju duhanske proizvode. Unatoč visokim stopama inicijacije samo 14 % majki u Hrvatskoj isključivo doji do 6. mjeseca. Stajališta trudnica, majki, studentica i zdravstvenih djelatnika o isključivom dojenju i ukupnoj duljini dojenja proučavani su pretragom MEDLINE znanstvene baze podatatka. Pronađeno je 49 znanstvenih radova koji su obuhvatili 24 945 ispitanika, koji se mogu podijeliti u 5 skupina: rodilje (19 118), trudnice (1691), očevi (partneri) (2946), studentice koje nisu postale majke (154) i zdravstveni djelatnici koji su uključeni u skrb za trudnice, rodilje i novorođenčad (1036) koji su pokazali uglavnom pozitivna stajališta prema dojenju. Na formiranje stajališta trudnica i rodilja prema dojenju utječu: dob, mjesto boravka, status zaposlenja, utjecaj okoline, potpora partnera i obitelji, edukacija te sigurnost okoline u kojoj majka boravi. Stručni oslonac u formiranju pozitivnih stajališta trudnica i majki prema dojenju i ukupnoj duljini dojenja čini potpora zdravstvenih djelatnika kojima treba omogućiti kontinuiranu i trajnu edukaciju. Unatoč pozitivnom stajalištu ispitanika u ovom završnom radu, samo stajalište nije dovoljno da se dostignu ciljane preporuke SZO-a i UNICEF-a o dojenju.

14. Summary

In Croatia, according to a research from 2011, the percentage of exclusively breastfeed children at aged 3 months was 44.7%, and at the age of 6 months 16.6%. The rate of breastfeeding increased with mothers age, higher education and not consume tobacco products. Despite high rates of initiation only 14% of mothers in Croatia exclusive breastfeeding up to 6 months. The attitude of pregnant women, mothers, students and health care professionals about exclusive breastfeeding and the total length of breastfeeding were studied by searching MEDLINE scientific bases of CMS. Found 49 scientific research which included 24,945 respondents, which can be divided into 5 groups: mothers (19,118), pregnant

women (1691), fathers (partners) (2946), students who have not become mothers (154) and health care workers who are involved in the care of pregnant women, mothers and infants (1036) which showed mainly positive attitudes towards breastfeeding. The formation of attitudes of pregnant women and mothers to breastfeed influence: age, place of residence, employment status, environmental impact, support partners and families, education and safety of the environment in which the mother resides. Professional support in the formation of positive attitudes of pregnant women and mothers to breast-feeding and the total duration of breast-feeding support represents medical professionals who should receive continuous and continuing education. Despite the positive attitude of the respondents in this final work, it is not sufficient to achieve the targeted recommendations of the WHO and UNICEF about breastfeeding.

15. Životopis

Jadranka Budalić

Datum i mjesto rođenja: 21. veljače 1979. u Splitu

Adresa stanovanja: 4.gardijske brigade 17, Dugopolje

Telefon: 098 95 33 855

Elektronička pošta: jadranka.jop18@gmail.com

Obitelj: suprug, dvoje djece

Obrazovanje:

1985. – 1993. Osnovna škola „Lučac“ u Splitu

1993. – 1997. Zdravstvena škola Split, smjer medicinska sestra

2012. – 2015. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, smjer Sestrinstvo

Zaposlenje:

1998. – 1999. Pripravnica DZ Split

2000. – 2006. Medicinska sestra u zdravstvenoj njezi u kući u ustanovama „Lela“ i „Vita“

Od 2006. - KBC Split, Klinika za plućne bolesti

U Splitu, 28. kolovoza 2016. Jadranka Budalić