

Učestalost isključivog dojenja na području Vukovarsko-srijemske županije

Krajnović, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:477874>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA OSIJEK

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Kristina Krajnović

**UČESTALOST ISKLJUČIVOG DOJENJA
NA PODRUČJU VUKOVARSKO –
SRIJEMSKJE ŽUPANIJE**

Završni rad

NOVA GRADIŠKA, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA OSIJEK

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Kristina Krajnović

**UČESTALOST ISKLJUČIVOG DOJENJA
NA PODRUČJU VUKOVARSKO –
SRIJEMSKJE ŽUPANIJE**

Završni rad

NOVA GRADIŠKA, 2021.

Rad je ostvaren pri Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

Mentor rada: Božica Lovrić, mag. med. techn.

Rad ima 31 stranica, 35 lista, 9 tablica i 1 sliku.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Dojenje	1
1.2. Majčino mlijeko	4
1.3. Laktacija	6
1.4. Sastav majčinog mlijeka.....	6
1.5. Položaji dojenja	7
1.6. Izdavanje i pohrana majčinog mlijeka	8
1.7. Kontraindikacije kod dojenja	9
1.8. Komplikacije dojenja	9
1.9. Uloga medicinske sestre u promicanju dojenja.....	10
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	11
3. ISPITANICI I METODE	12
3.1. Ustroj studije	12
3.2. Ispitanici	12
3.3. Metode.....	12
3.4. Statističke metode	12
4. REZULTATI.....	13
5. RASPRAVA.....	13
6. ZAKLJUČAK	25
7. SAŽETAK.....	26
9. LITERATURA.....	28
10. ŽIVOTOPIS	31

1. UVOD

Pravilna ishrana djece i odraslih postala je problem javnog zdravstva. Pravilnom prehranom djeca postaju zdravija, odnosno njihov rast je optimalniji i u manjem su riziku od nastajanja nekih vrsta oboljenja koja su direktno ili indirektno povezana s prehranom. Ukoliko se djeca od najranije dobi nauče pravilnim prehrambenim navikama postoji velika šansa da će imati zdrave navike i u odrasloj dobi i da će biti zdravi odrasli pojedinci (1).

Brojna istraživanja pokazuju benefite dojenja za majku i za dijete. Dojenje ima psihofizički utjecaj na majku i dijete. Majka koja doji je psihički izdržljivija i stabilnija te na taj način može skrbiti o svojem djetetu. Najidealnija prehrana tek rođenog djeteta i djeteta u najranijoj dobi je upravo majčino mlijeko koje je najsavršenija kombinacija potrebnih nutrijenata. Osim pozitivnog utjecaja na psihičko zdravlje i fizičko zdravlje, također ima pozitivan utjecaj na socioekonomski aspekt jer predstavlja besplatan način prehrane. Majčino mlijeko je u bilo koje vrijeme dostupno, idealno toplo i sterilno (2).

1.1. Dojenje

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporuča dojenje sve djece osim iznimno kod onih majki ili djece kojima je to kontraindicirano uslijed određenog medicinskog stanja. SZO preporuča isključivo dojenje u prvih 6 mjeseci nakon kojih bi se u prehranu djeteta trebalo postepeno dodavati dohrana, odnosno hrana koja nije majčino mlijeko. Preporuka je da se bez obzira na uvođenje drugih namirnica s dojenjem nastavi do trenutka kada oboje žele (3).

Majčino mlijeko je namirnica koja predstavlja izbalansiran obrok, odnosno idealnu kombinaciju nutritivnih i obrambenih tvari neophodnih za rast i razvoj djeteta. Dojenje utječe na razvoj imuniteta djeteta pa se tako kod dojene djece infekcije, alergije i autoimune bolesti rjeđe javljaju. Istraživanja čak pokazuju manji rizik od pojave nekrotizirajućeg enterokolitisa i iznenadne dojenačke smrti. Istraživanje na 14000 djece u Kanadi pokazalo je veću razinu inteligencije kod dojene djece što je povezano ili sa sastavom majčinog mlijeka ili s interakcijom majke i djeteta dok se doji.

U prošlosti se bilježe periodi kada je dojenje bilo češće, odnosno kada je stopa dojenja bila u padu. Zadnje desetljeće stopa je ponovno u rastu pogotovo u razvijenim zemljama gdje je dojenje bilo u padu. Ukoliko se dojenje ne može uspostaviti potrebno je dijete dojiti bar šest tjedana kako bi dijete od majke primilo sve potrebne tvari važne za razvoj imuniteta. Poteškoće

kod dojenja su raznolike ali samo 5% majki ne doji zbog određenog medicinskog stanja koje je kontraindicirano. Vrlo je važna podrška i suport obitelji i zajednice (3,4).

Kod početka dojenja važno je da su majka i dijete u stalnom kontaktu kako bi se dojenja moglo uspostaviti čim prije. Kod dojenja se refleksno otpušta mlijeko pod utjecajem oksitocina koji još dodatno utječe na odnos majke i djeteta. Taj „hormon ljubavi“ utječe pozitivno i na majčino psihičko stanje te u stresnim situacijama majka mirnije reagira. Dojenje smanjuje i rizik od karcinoma dojki kod žena. Kod djece koja ne mogu biti dojena primjenjuje se u prehrani posebna adaptivna mlijeka koja su najprilagođenija prehranbenim potrebama djeteta (5). Organizam dobiva potrebnu energiju iz hrane. Hrana (masti, ugljikohidrati i proteini) se razgrađuje na osnovne esencijalne tvari koje su potrebne za sve procese koji se odvijaju u organizmu. Dijete koje doji, odnosno dobiva adaptivno mlijeko energiju dobiva isključivo iz masti (50%) i ugljikohidrata (30-40%) dok iz proteina dobiva ostatak (10-20%). Organizmu je energija potrebna kako bi se održavao bazalni metabolizam, kako bi dijete raslo i razvijalo se, kako bi moglo obavljati tjelesnu aktivnost te kako bi se nadoknadila sva energija koje organizam izgubi putem tjelesnih izlučevina (6).

Najprirodniji, najoptimalniji, najpoželjniji način ishrane kod djeteta je dojenje. Dojenjem dijete dobiva svu potrebnu energiju i sve potrebne mikro i makronutrijente neophodne za zdravi razvoj. SZO i UNICEF naglašavaju važnost dojenja te su doprinijeli inicijativama kojima je cilj zaštita, unaprjeđenje i potpora dojenju – „Deklaracija Innocenti o zaštiti, poticanju i pomaganju dojenja“, „Bolnica prijatelj djece“, „Bolnica prijatelj majke“ (7). Prema statistikama SZO-e i UNICEF-a ono je moguće u 95% slučajeva. Najveća prepreka dojenju još uvijek predstavlja nedovoljna komunikacija i obaviještenost majki i zajednice. Zajednica je bitna jer je podrška okoline najbitnija kako bi se dojenje uspostavilo i održalo.

Dojenje predstavlja najprirodniji „način prehrane kojim se osiguravaju nutrijenti potrebni za zdrav rast i razvoj“. Svjetska zdravstvena zajednica (SZO) i UNICEF ukazuju da je dojenje moguće kod 95% slučajeva, ali da je za ostvarivanje tog broja potrebna dobra informiranost i komunikacija. Dojenje je vrsta prehrane kod kojeg je neophodna podrška obitelji, partnera i zajednice. SZO i UNICEF su pridonijeli donošenju inicijativa s ciljem zaštite, unapređivanja i potpore dojenju („Deklaracija Innocenti o zaštiti, poticanju i pomaganju dojenja, Bolnice prijatelji djece, Bolnice prijatelji majki“) (7).

Dojenje se lakše uspostavlja i provodi ukoliko su djeca uz djecu u rodilištu te ukoliko majke educiraju medicinske sestre koje su educirane i koje majke informiraju i educiraju kako bi na

taj način majke pripremile na moguće komplikacije, ali i kako bi njihov utjecaj smanjile na dojenje pogotovo u početku laktacije (1).

10 koraka za uspješno dojenje:

1. „Imati ispisana pravila o dojenju o kojima se rutinski obavještava cjelokupno zdravstveno osoblje“.
2. „Obučiti cjelokupno zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila“.
3. „Informirati sve trudnice o dobrobitima dojenja i dati im osnovne upute za dojenje“.
4. „Pomoći majkama da počnu dojiti unutar pola sata nakon rođenja djeteta“.
5. „Pokazati majkama kako se doji i kako da sačuvaju izlučivanje mlijeka, čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi“.
6. „Novorođenčadi ne davati nikakvu hranu ili piće već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski opravdano“.
7. „Primjenjivati zajednički boravak – omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata dnevno“.
8. „Poticati majke da doje prema djetetovim potrebama“.
9. „Ne davati nikakve umjetne dudice ili dude-varalice djeci koja se doje“.
10. „Poticati osnivanje grupa za podršku dojenju i upućivati majke na njih prilikom njihovog izlaska iz bolnice“ (8).

Prednosti dojenja:

1. Prehrambena prednost jer sastav mlijeka idealno odgovara potrebama djeteta
2. Obrambena prednost jer se mlijekom prenose zaštitne tvari koje štite od bolesti respiratornog sustava, probavnog sustava, štite od alergija
3. Psihosocijalna prednost jer utječe pozitivno na psihičko stanje i stabilnost
4. Praktična prednost jer je dostupna bilo kad i odmah je spremno za konzumaciju
5. Ekonomska prednost jer je besplatno (1,9,10).

Prednosti dojenja za dijete su:

1. Idealna nutricija
2. Zaštita od infekcija
3. Razvoj probavnog sustava
4. Prevencija alergija
5. Smanjuje rizik od bolesti (dijabetes, karijes, smrt)

6. Osjećaj sigurnosti i zaštite
7. Psihosocijalni razvoj (9).

Prednosti dojenja za majku su:

1. Manji rizik od karcinoma dojke i jajnika
2. Brži oporavak nakon porođaja
3. Manji rizik od anemije
4. Manji rizik od nove trudnoće tijekom dojenja
5. Brži gubitak suvišnih kilograma
6. Manji rizik od endometrioze
7. Manji rizik od osteoporoze
8. Pozitivan efekt na psihičko zdravlje (9).

1.2. Majčino mlijeko

Majčino mlijeko se mijenja kako se mijenja razvojni period djeteta. Također, majčino mlijeko nije isto na početku podoja (predmlijeko) i na kraju podoja (zadnje mlijeko). Jedan od mitova o dojenju je da je „mlijeko preslabo“. Majčino je mlijeko točno onog sastava kakvo zahtjeva djetetova dob, njegova tjelesna težina i njegove potrebe.

Vrste majčinog mlijeka:

1. Kolostrum ili početno mlijeko koje se prvo izlučuje nakon poroda i traje do 10 dana. Karakteristično je žučkaste boje jer sadrži karoten i bogato je imunoglobulinima. Njegova energetska vrijednost je visoka.
2. Prijelazno mlijeko se izlučuje od 10 dana pa do tri tjedna života.
3. Zrelo mlijeko se izlučuje nakon navršena tri tjedna djeteta.
4. Predmlijeko je mlijeko koje se izlučuje na samom početku podoja
5. Zadnje mlijeko je mlijeko na kraju koje dijete zasiti jer je bogato mastima i gusto je (11).

Kolostrum ima protektivnu ulogu, pomaže kod izlučivanja i stvaranja mekonija, odnosno prve stolice kod novorođenčeta. Kolostrum ima najveći postotak proteina u sastavu od svih vrsta. Prijelazno mlijeko je masnije mlijeko s dnevnim varijacijama sastava. Njegova je uloga osiguravanje energije. Zrelo mlijeko ima nutritivnu ulogu jer ima optimalan sastav nutrijenata koji su neophodni za rast i razvoj.

Majčino je mlijeko bogato esencijalnim tvarima (vitamini, minerali, elementi u tragovima, aminokiseline, masne kiseline) ali i drugim vrlo specifičnim tvarima.

Majčino mlijeko tako sadrži:

1. Aminokiseline
2. Proteine važne u zaštiti od virusnih infekcija
3. Bifidus faktor važan za razvoj *Lactobacillus* odnosno „dobrih“ bakterija u crijevima
4. Citokine važne za imunološke reakcije
5. Enzime važne u biosintezi i transportu molekula
6. Faktor važan za razvoj tkiva pluća, zarastanje rana i kod sinteze deoksiribonukleinske kiseline
7. Gangiozide važne za zaštitu probavnog sustava od bakterija koje uzrokuju proljevaste stolice
8. Imunoglobuline koji potiču imunološki odgovor
9. Hormone
10. Interferon s protuvirusnim djelovanjem
11. Interleukine za jači imunološki odgovor
12. Laktoferin na kojeg se veže željezo pa sprječava stvaranje veza s patogenim tvarima
13. Laktoperoksidazu važnu u suzbijanju streptokoknih i crijevnih bakterija
14. Limfocite odgovorne za stvaranje antitijela
15. Lizozim koji razara stijenke bakterija i tako razara bakteriju
16. Makrofage koji „proždire“ gljivice i bakterije
17. Nukleotide važne za imunitet, apsorpiranje željeza, održavanje normalne crijevne flore, rast stanica crijeva i jetre
18. Oligosaharide koji sprječavaju vezanje patogena koji se normalno nalaze u domaćinu na receptore (11).

Prvorotke najčešće mlijeko dobivaju između trećeg i četvrtog postporođajnog dana dok se kod višerotki to događa ranije. Također se kod majki koje su rodile carskim rezom mlijeko pojavljuje kasnije (11).

1.3. Laktacija

U organu koji se zove dojka nalaze se mliječne žlijezde odgovorne za izlučivanje majčinog mlijeka. Proces stvaranja mlijeka naziva se laktacija, a odvija se vođeno hormonima i podražajima bradavica dojki. Tijekom procesa mamogeneza se dojke, odnosno mliječne žlijezde mijenjaju još u trudnoći pa je izlučivanje kolostruma moguće već od 16. tjedna trudnoće. U mamogenezi se dojke povećavaju na veličinu koja će biti nakon poroda, dolazi do hiperplazije tkiva dojke, bradavice su tamnije pigmentirane i povećavaju se.

Laktogeneza je proces stvaranja i izlučivanja mlijeka koji započinje 12 tjedana prije poroda te traje kroz vrijeme babinja. Tijekom laktogeneze nema otpuštanja mlijeka jer djeluju hormoni estrogen i progesteron. Za stvaranje i izlučivanje mlijeka odgovorni su hormoni i to prvenstveno hormon prolaktin i hormon oksitocin. Hipofiza stvara prolaktin koji se otpušta u trenutku stimulacije bradavice te prolaktin posljedično utječe da se mlijeko u mliječnim žlijezdama stvori i otpusti. Hormon oksitocin, također se stvara u hipofizi, a uloga mu je da se mlijeko otpusti, odnosno da se posljedično maternica kontrahira i vrati u svoj prirodan položaj i stanje.

Galaktopoeza je proces u kojem se stvara, izlučuje i otpušta majčino mlijeko kroz dulji period. Kod svih nabrojanih procesa najvažnija je mehanička radnja sisanja dojke koje vrši dijete jer se sisanjem stvara i količinski više mlijeka. Kod stvaranja mlijeka bitno je i ne izlagati se negativnim faktorima kao što su bol, stres, iscrpljenost, razni stimulansi jer mogu utjecati na smanjenje stvaranja mlijeka (12).

1.4. Sastav majčinog mlijeka

Majčino mlijeko se u glavnini sastoji do vode. Nutritivne tvari nalaze se u mlijeku, u otopljenom obliku i zadovoljavaju sve potrebe djeteta. Masti su tvari koje se koriste za energiju i to u najvećoj mjeri trigliceridi. Količina masti ovisi o stadijima laktacije. Proteini koji se nalaze u majčinom mlijeku su:

1. Kazein – čini 77% ukupnih proteina te predstavlja glavni izvor esencijalnih tvari odnosno aminokiselina, kalcija i fosfora
2. Protein sirutke – njegova uloga je u transportu vitamina i minerala
3. Imunoglobulini – proteini važni za imunološki odgovor
4. Glikoproteini – proteini s prebiotičkim djelovanjem (12).

Majčino mlijeko sadrži željezo, cink i fluorid u optimalnim količinama dok se vitamini K i D trebaju dodati u prehranu. Nakon šestog mjeseca, majčino mlijeko ne daje djetetu dovoljne količine željeza pa i njega treba početi dodavati.

1.5. Položaji dojenja

Dojenje je vještina koja se uči. Najbitnije je da tijekom dojenja i majci i djetetu bude udobno što se postiže zauzimanjem odgovarajućeg položaja. U pravilnom položaju, dijete može uhvatiti bradavicu i obujmiti je pravilno kako bi mogao sisati, a dojenje traje sve dok se dojka ne omekša, odnosno dok se ne isprazni. Preporuka je da se dijete doji svaki put kada samo dijete to traži, odnosno „na zahtjev“.

Za dojenje se buduća majka priprema već prije poroda, odnosno u trudnoći. Postoje brojne radionice koje vode patronažne sestre koje educiraju buduće majke o prednostima dojenja, o položajima, o izdajanju, pohrani i pripremi mlijeka. Kod dojenja je bitno da se majka smjesti u udoban položaj. Dijete se postavlja u položaj kojim mu je lako obuhvatiti bradavicu, a dojenje traje toliko dugo dok dojka ne omekša. Majku se treba poticati da doje na zahtjev. Ukoliko je trudnica, odnosno roditeljica dobro educirana o svim komponentama dojenja može donijeti ispravnu odluku o dojenju.

U trudnoći se već kod nekih trudnica vidi hoće li postojati neki problemi vezani uz dojenje kao što su ravne ili uvučene bradavice, stoga patronažne sestre mogu unaprijed uočiti potencijalni problem, trudnicu pripremiti i početi rješavati problem na vrijeme.

Osim položaja, kod dojenja je potreban mir, održavanje higijene i potpora obitelji, partnera i zajednice (13,14).

Položaji za dojenje:

1. Položaj kolijevke
2. Unakrsni hvat
3. Položaj nogometne lopte
4. Položaj na bok ili ležeći položaj
5. Dojenje na leđima
6. Australski položaj.

1.6. Izdavanje i pohrana majčinog mlijeka

Izdavanje je postupak u kojem se majčino mlijeko izdaje ručno ili pomoću izdajalice. Najčešće se majčino mlijeko izdaje kako bi dijete dobilo majčino mlijeko, ali su majka i dijete dugo razdvojeni, kada dijete ne može lijepo uhvatiti i obujmiti bradavicu ili kada ne može sisati, ako se ne stvara dovoljna količina mlijeka pa se želi potaknuti proizvodnja, kada se kod dojenja dojke ne isprazne dovoljno pa se želi ukloniti pritisak ili spriječiti zastojna dojka. Jedan od razloga za izdavanje je i povratak majke na posao, a s dojenjem se želi nastaviti (15).

Načini izdavanja mogu biti ručno ili pomoću izdajalice, ručne ili električne. Kod izdavanja na bilo koji od navedenih načina je najbitnije pridržavati se higijene, izdajati mlijeko u čistu posudu i čuvati na primjerenom mjestu i na primjeren način. Izdojeno mlijeko se može zagrijati, ali nikako podgrijavati jer se na taj način gube vrijednosti, odnosno vitamini, minerali i zaštitne tvari. Izdojeno mlijeko se prije uporabe miješa jer se masti u majčinom mlijeku odvajaju od tekućeg dijela (15).

Majčino mlijeko se može pohranjivati u određenim uvjetima i na određeno vrijeme. Mlijeko se čuva u čistim plastičnim ili staklenim posudama. Posude ne treba sterilizirati već jako dobro mehanički oprati i isprati te na zraku posušiti. Izdajalica ukoliko se koristi također se mora dobro mehanički oprati, isprati i osušiti te skladištiti u posudi s poklopcem koja se koristi samo za to.

Majčino mlijeko na sobnoj temperaturi može stajati od 4 do 6 sati, u hladnjaku na temperaturi od 0 do 4°C od 4 do 8 dana, u kombiniranom hladnjaku s ledenicama na temperaturi do -17°C od 3 do 6 mjeseci, a u ledenici na -20°C od 6 mjeseci do godinu dana. Preporuka je da se ne pohranjuje više od 120 ml majčinog mlijeka u posudi niti se posuda smije napuniti do kraja jer se volumen povećava zamrzavanjem pa da ne bi došlo do pucanja. Za zamrzavanje mlijeka i pohranu se trebaju koristiti posude za to posebno napravljene. Svaka posuda mora imati naznačen datum kada se mlijeko sprema, odnosno kada se mlijeko izdajilo. Kod odmrzavanja je najoptimalnije da se odmrzava postepeno u hladnjaku. Jednom odmrznuto mlijeko se ne smije ponovno zamrzavati već može stajati na sobnoj temperaturi do dva sata ili u hladnjaku 24 sata. Pripremljen obrok se daje djetetu u roku sat vremena.

Kod odmrzavanja može se koristiti mlaka voda do 40°C kroz 20 minuta ili mlazovi tople vode kroz nekoliko minuta. Prije upotrebe obavezno se mlijeko mora protresti kako bi se krući dio mlijeka pomiješao sa tekućim (15).

1.7. Kontraindikacije kod dojenja

Dojenje se ne preporuča u određenim situacijama, kod stanja i bolesti majke ili djeteta. Kontraindikacije mogu biti relativne ili apsolutne od strane majke i od strane djeteta.

Najčešći razlozi kod majke zbog kojih se ne preporuča dojenje su:

1. karcinom dojke
2. aktivna tuberkuloza
3. psihoza
4. bolest koja iscrpljuje majku
5. HIV infekcija
6. primjena radioaktivnih tvari
7. primjena lijekova koji se izlučuju u mlijeko (16).

Najčešći razlozi kod djeteta zbog kojih se ne preporuča dojenje su:

1. Galaktozemija – „posljedica nasljednog manjka enzima koji pretvaraju galaktozu u glukozu. Simptomi i znakovi su disfunkcija jetre i bubrega, spoznajni poremećaji, katarakte i prijevremeno zatajenje jajnika“ (17).
2. Nasljedne bolesti – malformacije usta i nosa,
3. Nedonešenost (18).

1.8. Komplikacije dojenja

Komplikacije dojenja se mogu unaprijed uočiti i spriječiti ukoliko je dojilja upoznata sa svim potencijalnim problemima. Dojenje je vještina koja se uči i edukacija treba biti individualizirana svakoj rodilji ovisno o njenim kognitivnim sposobnostima, njenoj želji i njenim sposobnostima za učenje i primjenu naučenog. Problemi su često razlog frustracija koje dodatno usporavaju i kompliciraju uspostavu dojenja. Problemi se mogu riješiti u velikom postotku ukoliko se uoči na vrijeme ako se počne rješavati na vrijeme i ako postoji podrška okoline.

Komplikacije kod djeteta su:

1. Pothranjenost
2. Dehidracija
3. Hiperbilirubinemija.

Komplikacije kod majke:

1. Uvučene bradavice – problem koji se uočava u trudnoći i potrebno je educirati buduću majku o korištenju „šesirića“
2. Prepunjenost dojki – nastaje uslijed nedovoljnog izdavanja te može dovesti do upale
3. Bolne bradavice – nastaje uslijed nepravilnog dojenja, kod korištenja izdajalica, prepunjenosti dojki ili upale
4. Ragade – nastaju uslijed grube manipulacije, najčešće kada dijete ne obujmi bradavicu pravilno pa je dojenje izrazito bolno za majku, a potencijalno nastaju i mjesta pogodna za ulazak bakterija
5. Zastojna dojka – problem koji nastaje kada se dojka nedovoljno prazni te dojke postaju tvrde, otečene i bolne
6. Mastitis – infekcija koja nastupa kada u mliječne kanaliće uđu patogeni i to najčešće kroz oštećenja na bradavicama, a simptomi koji ukazuju na upalu su visoka tjelesna temperatura, crvenilo kože dojke, bol, gnojni iscjedak iz bradavice
7. Anksioznost (19,20).

1.9. Uloga medicinske sestre u promicanju dojenja

Medicinska sestra je zdravstveni djelatnik koji educira, savjetuje trudnice, roditelje, babinjače. Njihova je uloga značajna na sve tri razine pružanja zdravstvene zaštite. Jedna od važnijih uloga u tom periodu je promocija dojenja, edukacija o prednostima dojenja i edukacija o pravilnoj prehrani i majke i djeteta.

Edukacija medicinski sestara se sastoji od:

1. Edukacije o prehrani trudnica
2. Edukacija o izbjegavanju stresora i štetnih tvari u trudnoći
3. Edukacija o dojenju
4. Uočavanja potencijalnih problema, prevencija komplikacija i rješavanje nastalih problema
5. Edukacija o pravilnoj prehrani djece novorođenačke i dojenačke dobi.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je ispitati učestalost isključivog dojenja na području Vukovarsko – srijemske županije, odnosno identificirati čimbenike koji utječu na duljinu dojenja.

Specifični ciljevi su:

1. Ispitati postoji li povezanost u učestalosti isključivog dojenja s obzirom na mjesto stanovanja, dob i stručnu spremu ispitanica.
2. Ispitati postoji li povezanost u učestalosti isključivog dojenja s obzirom na bračni status, suživot u kućanstvu i broju djece ispitanica.
3. Ispitati postoji li povezanost u učestalosti isključivog dojenja s obzirom na pohađanje trudničkog tečaja
4. Ispitati razloge prestanka isključivog dojenja

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Ispitivanje je provedeno po principu presječne studije (21).

3.2. Ispitanici

Istraživanjem je obuhvaćeno 302 ispitanice starosti od 20 godina do 76 godina, a koje su rodile jedno ili više djece. Uključene su ispitanice koje žive na području Vukovarsko-srijemske županije.

3.3. Metode

Istraživanje se provelo korištenjem anonimnog upitnika koji je kreiran na osnovu iščitavanja dostupne stručne i znanstvene literature. Provedena je online anketa u Google Forms formi.

3.4. Statističke metode

U ovom su istraživanju korišteni postupci obrade podataka sukladno postavljenim problemima. Povezanost između više nezavisnih varijabli korišten je Hi kvadrat test. Kao razinu statističke značajnosti uzeta je vrijednost $p < 0,05$. Za obradu je korišten statistički paket IBM SPSS 25, proizvedeno u Chicago, SAD, 2017. godine.

4. REZULTATI

Iz Tablice 1. vidljivo je kako je u istraživanju sudjelovalo 302 ispitanice, u istraživanom uzorku je 91 (30,1 %) ispitanica u dobi od 18 do 30 godina, 153 (50,7 %) ispitanica je u dobi od 31 do 40 godina, te je 57 (18,9 %) ispitanica u dobi od 41 godinu i starije. Distribucije ostalih demografskih varijabli vidljive su u tablici niže.

Tablica 1. Obilježja ispitanika

		N (%)
Mjesto stanovanja	Grad	182 (60,3)
	Selo	120 (39,7)
Dob	18 do 30	91 (30,1)
	31 do 40	153 (50,7)
	41 i više	57 (18,9)
	Nedostaje	1 (0,3)
Stručna sprema	OŠ	5 (1,7)
	SSS	187 (61,9)
	VŠS	43 (14,2)
	VSS	67 (22,2)
Radni status	Nezaposlena	53 (17,5)
	Povremeno zaposlena	9 (3)
	Zaposlena	240 (79,5)
Bračni status	Neudana	7 (2,3)
	Rastavljena	11 (3,6)
	Udana	284 (94)
Suživot u kućanstvu	Partner	6 (2)
	Partner i dijete/ca	244 (80,8)
	Partner, djeca i roditelj/ šira obitelj	40 (13,2)
Broj djece	Jedno	90 (29,8)
	Dvoje	117 (38,7)
	Troje i više	95 (31,5)

Iz Tablice 2. vidljivo je kako 47 (15,6 %) ispitanica tvrdi kako je isključivo dojilo do jedan mjesec, dok, 125 (41,4 %) ispitanica tvrdi kako je dojilo šest mjeseci. Distribucije ostalih varijabli koje se odnose na dojenje i pohađanje trudničkog tečaja vidljivo je u tablici niže.

Tablica 2. Distribucija varijabli koje se odnose na dojenje i pohađanje tečaja za trudnice

	N (%)	
Učestalost isključivog dojenja	0 – 1 mjesec	47 (15,6)
	2 mjeseca	22 (7,3)
	3 mjeseca	29 (9,6)
	4 mjeseca	42 (13,9)
	5 mjeseca	29 (9,6)
	6 mjeseca	125 (41,4)
Razlog prestanka isključivog dojenja	Bolest djeteta	5 (1,7)
	Dijete odbilo	66 (21,9)
	Dob djeteta (starije od 6 mjeseci)	69 (22,8)
	Mastitis	5 (1,7)
	Moja odluka	26 (8,6)
	Ostali razlozi	45 (14,9)
	Povratak na posao	14 (4,6)
	Slabo napredovanje na TT	39 (12,9)
	Umor, buđenje po noći	10 (3,3)
	Nedostaje	23 (7,6)
Savjet o dojenju ste tražili i dobili od	Drugih žena	36 (11,9)
	Ginekologa	2 (0,7)
	Interneta	21 (7)
	Odjelne medicinske sestre	194 (64,2)
	Patronažne sestre	34 (11,3)
	Pedijatra	8 (2,6)
	Nedostaje	7 (2,3)
Pohađanje tečaja za trudnice	Da	69 (22,8)
	Ne	233 (77,2)
	Partner, djeca i roditelj/ šira obitelj	40 (13,2)
	6 mjeseca	125 (41,4)

Iz Tablice 3. vidljivo je kako postoji značajna povezanost učestalosti isključivog dojenja i mjesta stanovanja ispitanica ($\chi^2=13,981$; $P=0,01$), uvidom u rezidualne ostatke vidljivo je kako su ispitanice koje žive na selu značajno više dojile od rođenja do djetetovog prvog mjesec života, dok su ispitanice iz grada značajno više dojile i to do šestog mjeseca djetetova života..

Tablica 3. Učestalost isključivog dojenja prema mjestu stanovanja

		Mjesto stanovanja		χ^2	P*	
		Grad	Selo			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1 mj.	N (%)	19 (10,8)	28 (23,7)	13,981	0,01
		Rezidualni ostatci	-3,0	3,0		
	2 mj.	N (%)	10 (5,7)	12 (10,2)		
		Rezidualni ostatci	-1,4	1,4		
	3 mj.	N (%)	16 (9,1)	13 (11)		
		Rezidualni ostatci	-0,5	0,5		
	4 mj.	N (%)	29 (16,5)	13 (11)		
		Rezidualni ostatci	1,3	-1,3		
	5 mj.	N (%)	18 (10,2)	11 (9,3)		
		Rezidualni ostatci	0,3	-0,3		
	6 mj.	N (%)	84	41		
		Rezidualni ostatci	2,2	-2,2		

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 4. vidljivo je kako postoji značajna povezanost učestalosti isključivog dojenja i dobi ispitanica ($\chi^2=27,236$; $P=0,002$), uvidom u rezidualne ostatke vidljivo je kako su ispitanice u dobi od 18 do 30 godina značajno više dojile od 0 do 1 mjeseci, ispitanice u dobi od 31 do 40 godina 5 mjeseci, dok su ispitanice u dobi od 41 i starije dojile u prosjeku 4 mjeseca.

Tablica 4. Dužina isključivog dojenja prema dobi ispitanica

		Dob			χ^2	P*	
		18 - 30	31 - 40	41 i više			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1	N (%)	21 (24,4)	18 (11,9)	7 (12,5)	27,236	0,002
	mj.	Rezidualni ostatci	2,6	-1,8	-0,7		
		N (%)	7 (8,1)	12 (7,9)	3 (5,4)		
	2 mj.	Rezidualni ostatci	0,3	0,3	-0,7		
		N (%)	10 (11,6)	8 (5,3)	11 (19,6)		
	3 mj.	Rezidualni ostatci	0,6	-2,7	2,7		
		N (%)	7 (8,1)	22 (14,6)	13 (23,2)		
	4 mj.	Rezidualni ostatci	-2,0	0,1	2,1		
		N (%)	6 (7)	21 (13,9)	2 (3,6)		
	5 mj.	Rezidualni ostatci	-1,1	2,4	-1,8		
		N (%)	35 (40,7)	70 (46,4)	20 (35,7)		
	6 mj.	Rezidualni ostatci	-0,4	1,3	-1,2		

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 5. vidljivo je kako postoji značajna povezanost učestalosti isključivog dojenja i stručne spreme ispitanica ($\chi^2=27,416$; $P=0,02$), uvidom u rezidualne ostatke vidljivo je kako su ispitanice sa srednjom stručnom spremom značajno više dojile od 0 do 1 mjesec, dok su ispitanice sa višom stručnom spremom dojile 6 mjeseci.

Tablica 5. Učestalost isključivog dojenja prema stručnoj spremi ispitanica

		Stručna sprema				χ^2	P*	
		OŠ	SSS	VŠS	VSS			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1	N (%)	1 (20)	40 (22)	5 (7,7)	1 (2,4)	27,416	0,02
	mj.	Rezidualni ostatci	0,2	3,6	-2,1	-2,6		
		N (%)	0	13 (7,1)	4 (6,2)	5 (11,9)		
	2 mj.	Rezidualni ostatci	-0,6	-0,3	-0,5	1,2		

Učestalost isključivog dojenja	3 mj.	N (%)	0	23 (12,6)	2 (3,1)	4 (9,5)
		Rezidualni ostatci	-0,7	2,0	-2,1	-0,1
	4 mj.	N (%)	2 (40)	24 (13,2)	10 (15,4)	6 (14,3)
		Rezidualni ostatci	1,7	-0,7	0,3	0,0
	5 mj.	N (%)	0	17 (9,3)	7 (10,8)	5 (11,9)
		Rezidualni ostatci	-0,7	-0,4	0,3	0,5
	6 mj.	N (%)	2 (40)	65 (35,7)	37 (56,9)	21 (50)
		Rezidualni ostatci	-0,1	-3,0	2,7	1,1

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 6. vidljivo je kako nema značajnih povezanosti između učestalosti isključivog dojenja i bračnog stanja ispitanica.

Tablica 6. učestalost isključivog dojenja prema bračnom stanju ispitanica

		Bračno stanje			χ^2	P*	
		Neudana	Rastavljena	Udana			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1 mj.	N (%)	0	1 (9,1)	46 (16,7)	17,525	0,06
		Rezidualni ostatci	-1,2	-0,6	1,2		
	2 mj.	N (%)	2 (28,6)	0	20 (7,2)		
		Rezidualni ostatci	2,1	-1,0	-0,6		
	3 mj.	N (%)	0	3 (27,3)	26 (9,4)		
		Rezidualni ostatci	-0,9	2,0	-1,0		
	4 mj.	N (%)	3 (42,9)	2 (18,2)	37 (13,4)		
		Rezidualni ostatci	2,2	0,4	-1,7		

Učestalost isključivog dojenja	5 mj.	N (%)	1 (14,1)	0	28 (10,1)
		Rezidualni ostatci	0,4	-1,1	0,6
	6 mj.	N (%)	1 (14,3)	5 (45,5)	119 (43,1)
		Rezidualni ostatci	-1,5	0,2	0,8

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 7. vidljivo je kako nema značajnih povezanosti učestalosti isključivog dojenja i s kime ispitanice žive u kućanstvu.

Tablica 7. učestalost isključivog dojenja prema tome s kime ispitanice žive u kućanstvu

		Suživot u kućanstvu					χ^2	P*
		Partner	Partner i dijete/djeca	Partner, djeca i roditelji/š ira obitelj	Sama s djetetom /djecom			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1 mj.	N (%)	0	40 (16,9)	7 (17,9)	0	12,87	0,61
		Rez. ostatci	-1,1	0,9	0,4	-1,5	2	
	2 mj.	N (%)	1 (16,7)	15 (6,3)	5 (12,8)	1 (8,3)		
		Rez. ostatci	0,9	-1,5	1,4	0,1		
	3 mj.	N (%)	1 (16,7)	22 (9,3)	4 (10,3)	2 (16,7)		
		Rez. ostatci	0,6	-0,7	0,1	0,8		
	4 mj.	N (%)	2 (33,3)	34 (14,3)	3 (7,7)	3 (25)		
		Rez. ostatci	1,3	0,1	-1,3	1,1		
	5 mj.	N (%)	0	24 (10,1)	5 (12,8)	0		
		Rez. ostatci	-0,8	0,3	0,7	-1,2		
	6 mj.	N (%)	2 (33,3)	102 (43)	15 (38,5)	6 (50)		
		Rez. ostatci	-0,5	0,4	-0,6	0,5		

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 8. vidljivo je kako nema značajnih povezanosti između učestalosti isključivog dojenja i broja djece ispitanica.

Tablica 8. Učestalost isključivog dojenja prema broju djece

		Rođena djece			χ^2	P*	
		1	2	3			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1	N (%)	15 (17,4)	16 (13,9)	16 (17,2)	2,526	0,99
	mj.	Rez. ostatci	0,4	-0,8	0,4		
		2 mj.	N (%)	8 (9,3)	8 (7)		
	2 mj.	Rez. ostatci	0,8	-0,3	-0,5		
		3 mj.	N (%)	8 (9,3)	11 (9,6)		
	3 mj.	Rez. ostatci	-0,2	-0,1	0,3		
		4 mj.	N (%)	11 (12,8)	18 (15,7)		
	4 mj.	Rez. ostatci	-0,5	0,5	-0,1		
		5 mj.	N (%)	7 (8,1)	14 (12,2)		
	5 mj.	Rez. ostatci	-0,6	1,1	-0,5		
		6 mj.	N (%)	37 (43)	48 (41,7)		
	6 mj.	Rez. ostatci	0,1	-0,2	0,1		

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 9. vidljivo je kako nema značajnih povezanosti između učestalosti isključivog dojenja sa pohađanjem tečaja za trudnice.

Tablica 9. učestalost isključivog dojenja prema pohađanju tečaja za trudnice

		Pohađanje tečaja za trudnice		χ^2	P*	
		DA	NE			
Učestalost isključivog dojenja	0 - 1	N (%)	6 (9,2)	41 (17,4)	6,619	0,25
	mj.	Rezidualni ostatci	-1,7	1,7		
		2 mj.	N (%)	4 (6,2)		
	2 mj.	Rezidualni ostatci	-0,5	0,5		
		3 mj.	N (%)	6 (9,2)		
	3 mj.	Rezidualni ostatci	-0,2	0,2		

Učestalost isključivog dojenja	4 mj.	N (%)	7 (10,8)	35 (15,3)
		Rezidualni ostatci	-0,9	0,9
	5 mj.	N (%)	6 (9,2)	23 (10)
		Rezidualni ostatci	-0,2	0,2
	6 mj.	N (%)	36 (55,4)	89 (38,9)
		Rezidualni ostatci	2,4	-2,4

* Hi kvadrat test

Iz Tablice 10. vidljivo je kako postoji značajna povezanost dužine isključivog dojenja i razloga prestanka dojenja ($\chi^2=126,024$; $P 0,001$), uvidom u rezidualne ostatke vidljivo je kako su ispitanice koje su imale mastitis i kojima su djeca slabo napredovala na težini značajno više dojile do prvog mjeseca djetetova života, dok ispitanice koje su prestale iz ostalih razloga dojile su u prosjeku 3 mjeseca, one koje su svojom odlukom prestale dojile su 4 mjeseca, a one koje su prestale zbog povratka na posao 6 mjeseci. Distribucija ostalih varijabli vezano uz prestanak dojenja vidljive su u tablici.

		Razlozi prestanka										χ^2	P*
		Bolest djeteta	Dijete odbilo	Dob djeteta	Mastitis	Moja odluka	Ostalo	Posao	Slabo napredovanje	Umor	TT		
0 - 1 mj	N (%)	2 (40)	14	0	4 (80)	4 (15,4)	7 (15,6)	0	13	3 (30)	126,024	0,001	
	Rez. ostatci	1,4	1,1	-4,3	3,8	-0,2	-0,3	-1,7	3	1,1			
2 mj	N (%)	0	8 (12,1)	0	1 (20)	1 (3,8)	6 (13,3)	0	5 (12,8)	1 (10)			
	Rez. ostatci	-0,7	1,5	-2,8	1	-0,8	1,5	-1,1	1,2	0,2			
3 mj	N (%)	1 (20)	8 (12,1)	2 (2,9)	0	0	9 (20)	0	6 (15,4)	2			
	Rez. ostatci	0,7	0,6	-2,2	-0,8	-1,8	2,4	-1,3	1,2	1,1			
4 mj	N (%)	0	11 (16,7)	9 (13,2)	0	9 (34,6)	6 (13,3)	2 (14,3)	5 (12,8)	0			
	Rez. ostatci	-1	0,4	-0,5	-1	2,9	-0,4	-0,1	-0,4	-1,4			
5 mj	N (%)	0	2 (3)	8 (11,8)	0	7 (26,9)	6 (13,3)	0	3 (7,7)	0			
	Rez. ostatci	-0,7	-2	0,8	-0,7	3,2	1	-1,2	-0,4	-1			
6 mj	N (%)	2 (40)	23 (34,8)	49 (72,1)	0	5 (19,2)	11 (24,4)	12 (85,7)	7 (17,9)	4 (40)			
	Rez. ostatci	0	-1,1	6,1	-1,9	-2,3	-2,4	3,5	-3,1	0			

Slika 1. Učestalost isključivog dojenja prema razlogu prestanka dojenja

5. RASPRAVA

U istraživanju provedenom nad 302 ispitanice, najveći postotak, njih 60,3 % stanuje u gradu. Većina ispitanica, 50,7 % je u dobi od 31 - 40 godina starosti. S obzirom na razinu obrazovanja njih 61,9 % ima završenu srednju stručnu spremu, a zaposleno je 79,5 % ispitanica. Po pitanju bračnog statusa, u braku je 94 %. Najveći postotak, njih 80,8 % žive s partnerom i ostalom djecom. Najviše ispitanica, njih 38,7 % ima dvoje djece. Najviše ispitanica, njih 41,4 %, je isključivo dojilo do 6. mjeseca djetetovog života, a najveći postotak 22,8 % navodi kako je razlog prestanka dojenja dob djeteta. Istraživanje provedeno u Karlovačkoj županiji 2019. pokazalo je kako najveći broj ispitanica također isključivo dojilo u periodu od 6. do 12. mjeseca djetetova života (22). Također, istraživanje provedeno u Nigeriji, pokazalo je kako žene isključivo doje djecu najčešće od prvog do trećeg mjeseca djetetovog života (23). Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na činjenicu da žene u Vukovarsko-srijemskoj i Karlovačkoj županiji ipak imaju razvijeniju svijest o važnostima i dobrobitima isključivog dojenja, naspram žena zemalja trećeg svijeta. Razvijenija svijest o važnosti isključivog dojenja posljedica je, barem u značajnoj mjeri, sustavnije i profesionalnije edukacije roditelja, koja je, kao i ostali oblici edukacije, obilježje društava s razvijenim institucijama. Sukladno tome, vjerujemo kako u još predanijoj edukaciji i informiranju budućih majki, te snažnijem angažmanu različitih institucija, leži ključ za povećanje udjela žena koje isključivo doje.

Ovim istraživanjem dokazano je kako postoji značajna statistička povezanost između duljine isključivog dojenja i mjesta stanovanja, stručne spreme i dobi ispitanica. Tako primjerice, ispitanice iz urbanih sredina su isključivo dojile do šestog mjeseca djetetovog života dok žene iz ruralnih područja su najčešće isključivo doje do prvog mjeseca djetetovog života. Istraživanje provedeno u Splitu pokazalo je pak da žene u ruralnim dijelovima duže isključivo doje djecu naspram žena koje žive u urbanim dijelovima (24). Istraživanje provedeno u Kini pokazalo je kako nema značajnije razlike u duljini isključivog dojenja kod žena koje dolaze iz urbanih ili ruralnih sredina (25). Također, ovo istraživanje pokazalo je kako su žene s višim akademskim obrazovanjem duže isključivo dojile naspram žena sa srednjom i nižom stručnom spremom, te da ispitanice u dobi od 31 do 40 godine života isključivo doje dulje nego ispitanice mlađe životne dobi. Istraživanje provedeno u Ghani pokazalo je kako najveći postotak žena isključivo doji u dobi od 20 do 35 godina, te da su obrazovanije žene dulje isključivo dojile (26), dok je istraživanje u Zadarskoj županiji pokazalo kako su žene u dobi od 36 do 40 godina značajno duže dojile naspram žena do 26 godina starosti (27). Usporedbom rezultata može se zaključiti kako je stupanj obrazovanja, dob i mjesto stanovanja pozitivno koreliran s duljinom isključivog

dojenja – obrazovanije roditelje koje žive u urbanim sredinama generalno dulje isključivo doje, kako zbog boljeg pristupa informacijama, tako i zbog veće dostupnosti edukativnih tečajeva i radionica vezanih uz dojenje. Prilikom provođenja javnozdravstvenih akcija u svrhu promicanja isključivog dojenja, treba osmisliti programe namijenjene široj populaciji s fokusom na promociju u ruralnim dijelovima diljem zemlje, kao i kod žena mlađe životne dobi.

Ovim istraživanjem utvrđeno je kako nema statistički značajne povezanosti između duljine isključivog dojenja i bračnog statusa, suživota u kućanstvu te broja djece ispitanica. U istraživanju provedenom u Tanzaniji također nije utvrđena statistički značajna povezanost između navedenih varijabli (28), kao ni u istraživanju provedenom u Zagrebu (29). Uzevši u obzir brojne socioekonomske, kulturološke i druge razlike između Tanzanije i Hrvatske, te podudarnost rezultata u opisanom smislu, možemo zaključiti kako na odluku o prekidu isključivog dojenja, općenito govoreći, ne utječe niti bračni partner, niti veličina kućanstva, a ni broj djece koju roditelja već ima.

Nije utvrđena statistički značajna povezanost između isključivog dojenja i pohađanja trudničkog tečaja. Istraživanje provedeno u Zagrebu pokazalo je da je pohađanje trudničkog tečaja pozitivno utjecalo na odluku o isključivom dojenju, u vidu da trudnice koje su pohađale trudnički tečaj su dulje isključivo dojile djecu (14). Možemo zaključiti kako sadržaji vezani uz dojenje posredovani na trudničkim tečajevima u Vukovarsko-srijemskoj županiji nisu utjecali na odluke roditelja o duljini dojenja. Razlog bi mogao biti u nižem povjerenju vukovarsko-srijemskih žena u struku, u usporedbi sa zagrebačkim roditeljama, ili u njihovoj slabijoj motivaciji za pohađanje trudničkih tečajeva. Rješenje bi moglo biti u sustavnijoj edukaciji i snažnijem motiviranju žena u Vukovarsko-srijemskoj županiji za pohađanje trudničkih tečajeva. Županija i država bi trebale osnažiti edukativne kapacitete bolnica i drugih zdravstvenih ustanova. Zdravstveni sustav bi mogao intenzivnije surađivati s marketinškim stručnjacima kako bi se kroz različite kampanje što veći broj budućih roditelja informirao o koristima trudničkih tečajeva i kroz njih, koristima isključivog dojenja.

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju kako postoji značajna statistička povezanost u duljini dojenja djeteta i razloga prestanka isključivog dojenja. Najveći broj ispitanica kao razlog prestanka isključivog dojenja u prvom mjesecu djetetovog života navodi slabo napredovanje na tjelesnoj težini te mastitis. Žene koje su prestale isključivo dojiti svojom odlukom dojile su do četvrtog mjeseca djetetova života, a žene koje su isključivo dojile do šestog mjeseca djetetovog života kao razlog navode povratak na posao. Istraživanje provedeno u Iranu pokazalo je kako žene najčešće prestaju s isključivim dojenjem zbog preporuke liječnika, dok je drugi razlog

nedovoljna količina mlijeka, a kao treći razlog navode savjet i preporuka obitelji i okoline (30). U drugom istraživanju koje je provedeno na Tajvanu primarni razlog prestanka isključivog dojenja u prvom mjesecu djetetovog života navodi se nedovoljna količina majčinog mlijeka, a zatim poteškoće vezano uz dijete. Razlozi za prestanak isključivog dojenja od drugog mjeseca djetetova života navode se također nedovoljna količina majčinog mlijeka, zatim odluka majke i povratak na posao (31). Istraživanje provedeno u Splitu pokazalo je kako najčešći razlozi za prestanak dojenja koje žene navode su na prvom mjestu su nedostatak mlijeka, zatim razne zdravstvene komplikacije poput mastitisa, neznanje, strah, bol i slabije napredovanje na tjelesnoj težini (24). Možemo primijetiti kako se u svim navedenim istraživanjima razlozi za prestanak isključivog dojenja mogu kategorizirati kao biološki i sociokulturni. Biološki se odnose na slabo napredovanje u tjelesnoj težini, nedovoljnu količinu mlijeka te mastitis, dok se povratak majke na posao, ili preporuka obitelji i okoline mogu smatrati sociokulturnim razlozima. Zanimljivo je da se povratak majke na posao spominje u ovom i tajvanskom istraživanju, dok u istraživanju provedenom u Splitu ne, a preporuka obitelji i okoline u iranskom, što bi se moglo objasniti nižim stupnjem emancipacije i jačim utjecajem tradicije kod iranskih roditelja, ili pak različitim politikama u smislu trajanja porodiljnog dopusta. U svakom slučaju, u kontekstu rezultata našeg istraživanja, možemo zaključiti kako bi politike koje za cilj imaju produljenje porodiljnog dopusta mogle pozitivno utjecati na duljinu isključivog dojenja, kao i edukativne radionice s ciljem smanjenja straha i nesigurnosti roditelja vezano uz dojenje.

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja možemo zaključiti kako manje od polovice ispitanica isključivo doji do šestog mjeseca djetetova života, te da su čimbenici koji utječu na duljinu dojenja dob, razina obrazovanja i mjesto stanovanja. Također, možemo izvesti iduće zaključke:

1. Žene iz urbanih sredina doje duže isključivo naspram žena iz ruralnih sredina, kao i žene s višom i visokom stručnom spremom dulje isključivo doje naspram žena sa srednjom stručnom spremom.
2. Ne postoji značajna statistička razlika u učestalosti isključivog dojenja s obzirom na bračni status, suživot u kućanstvu i broju djece ispitanica.
3. Nije utvrđena značajna statistička razlika u učestalosti isključivog dojenja s obzirom na pohađanje trudničkog tečaja.
4. Žene koje prestaju dojiti prije navršenog 6 mjeseca djetetova života kao razlog najčešće navode mastitis, slabo napredovanje na tjelesnoj težini i povratak na posao.

7. SAŽETAK

Cilj: Ispitati učestalost isključivog dojenja na području Vukovarsko-srijemske županije.

Nacrt studije: Provedeno je presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: U istraživanju je sudjelovalo 302 ispitanice s područja Vukovarsko-srijemske županije. Istraživanje je provedeno pomoću anonimnog upitnika, provedenog online u Google Forms formi od veljače do travnja 2021. godine.

Rezultati: Rezultatima je utvrđeno kako postoji značajna statistička povezanost između isključivog dojenja i mjesta stanovanja, dobi i stručnoj spremi tako da žene s višim akademskim obrazovanjem u urbanim dijelovima isključivo doje dulje naspram žena iz ruralnih dijelova i srednje stručne spreme. Nije utvrđena značajna statistička povezanost isključivog dojenja i bračnog statusa, suživota u kućanstvu, broja djece i pohađanja trudničkog tečaja. Također, ovim istraživanjem utvrđeno je kako je najčešći razlog prestanka isključivog dojenja prije šestog mjeseca djetetova života najčešće zbog mastitisa, slabog napredovanja na težini i povratka na posao.

Zaključak: Navedeni rezultati ukazuju na potrebu za boljom promocijom i informiranošću o prednostima isključivog dojenja, kako za majku tako i za dijete. Među stručnim i profesionalnim zdravstvenim osobljem medicinska sestra je zasigurno u najčešćem izravnom kontaktu s roditeljama, odnosno trudnicama. Povjerenje koje se u čestim i izravnim susretima između medicinske sestre i roditelje može razviti treba biti jedan od temelja za uspješnije prihvaćanje stručnih savjeta o dojenju. Uloga medicinske sestre značajna je na sve tri razine pružanja zdravstvene zaštite. Jedna od važnijih zadaća u tom periodu je promocija dojenja, edukacija o prednostima dojenja i edukacija o pravilnoj prehrani i majke i djeteta.

Ključne riječi: isključivo dojenje; majčino mlijeko; medicinska sestra; prednosti; učestalost.

8. SUMMARY

Frequency of exclusive breastfeeding in the area of Vukovar-Srijem County

Objective: To examine the frequency of exclusive breastfeeding in the Vukovar-Srijem County.

Study design: A cross-sectional study was conducted.

Respondents and methods: 302 respondents from the Vukovar-Srijem County participated in the research. The survey was conducted using an anonymous questionnaire, conducted online in Google Forms from February to April 2021.

Results: The results found that there is a significant statistical correlation between exclusive breastfeeding and place of residence, age and as well as education so that women with higher academic education in urban areas exclusively breastfeed longer compared to women from rural areas and secondary education. No significant statistical correlation was found between exclusive breastfeeding and marital status, household coexistence, number of children and attending a pregnancy course. Also, this study found that the most common reason for stopping exclusive breastfeeding before the sixth month of a child's life is most often due to mastitis, poor weight progression, and return to work.

Conclusion: These results indicate the need for better promotion and information about the benefits of exclusive breastfeeding, for both mother and child. Among professional medical staff, the nurse is in the most direct contact with mothers or pregnant women. The trust that can develop in frequent and direct meetings between the nurse and the mother should be one of the foundations for a more successful acceptance of expert advice on breastfeeding. The role of the nurse is significant on all three levels of health care delivery. One of the most important tasks in this period is the promotion of breastfeeding, education on the benefits of breastfeeding and education on proper nutrition for both mother and child.

Keywords: advantages; breast milk; exclusive breastfeeding; frequency; nurse.

9. LITERATURA

1. Filipović D. Ishrana zdrave i bolesne djece. Beograd: IP Nauka; 2000.
2. Shamir R. The Benefits of Breast Feeding. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27336781/> Datum pristupa: 10.8.2021.
3. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22895934/> Datum pristupa: 10.8.2021.
4. Dieterich MC, Felice PJ, O'Sullivan E, Rasmussen K. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatric Clinics of North America*. 2013;60(1);31-48.
5. O važnosti dojenja. Dostupno na: <https://www.poliklinika-djeca.hr/za-roditelje/razvoj-djece/o-vaznosti-dojenja/> Datum pristupa: 10.8.2021.
6. Sandstead HH. Causes of iron and zinc deficiencies and effects on brain. *Journal of Nutrition*. 2000:347-9.
7. World Health Organization: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization: Geneva; 2003.
8. Komora primalja. 10 koraka do uspješne podrške dojenju. Dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/10%20koraka%20do%20uspjesne%20podrske%20dojenju.pdf>, Datum pristupa: 10.8.2021.
9. Prednosti dojenja. Dostupno na: <http://hugpd.hr/dojenje/prednosti-dojenja/> Datum pristupa: 10.8.2021.
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387;475-490.
11. Majčino mlijeko – pravo bijelo zlato. Dostupno na: <https://www.roditelji.hr/beba/zdravlje-i-prehrana/majcino-mlijeko-pravo-bijelo-zlato/> Datum pristupa: 12.8.2021.
12. Krešić G, Dujmović M, Mandić M, Mrduljaš N. Majčino mlijeko: sastav masnih kiselina i prehrana dojilja. *Mljekarstvo*. 2013;63(3);158-71.
13. Čatipović M, Hodžić S. Faktori koji utječu na isključivo dojenje 6 mjeseci i nastavak dojenja. *Paediatr Croat*. 2019;63:105-12.
14. Žulec M, Puharić Z, Zovko A. Utjecaj pripreme za porođaj na duljinu dojenja. *SG/NJ*. 2014;19:205-10.
15. Pavičić Bošnjak A, Barić D. Savjetnik o izdajanju i čuvanju majčinog mlijeka. Zagreb: Hrvatska udruga grupa za potporu dojenja: 2014.

16. Mardešić D. i suradnici. Pedijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2000.
17. Galaktozemija. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/pedijatrija/nasljedne-metabolicke-bolesti/galaktozemija> Datum pristupa: 13.8.2021.
18. Klanjšček L. Javnozdravstveni značaj dojenja. Diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku: Medicinski fakultet; 2016.
19. Pavičić-Bošnjak A, Grgurić J, Stanojević M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. *J Perinatal Med.* 2008;37;185-192.
20. Grgurić. J. Novi programi za promicanje dojenja. *Paediatr Croat.* 2014;58;151-158.
21. Marušić M. Uvod u znanstveni rad u medicini. 4.izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
22. Vuković L. Humano mlijeko – stavovi majki i prehrana dojenčadi. Završni rad. Sveučilište u Karlovcu: Prehrambena tehnologija; 2019.
23. Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(2):1-8.
24. Rančić I. Usporedba duljine dojenja u gradskoj i ruralnoj sredini. Diplomski rad. Sveučilište u Splitu: Medicinski fakultet; 2016.
25. Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie X. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *Int Breastfeed J.* 2009;4(1):1-7.
26. Tampah-Naah AM, Kumi-Kyereme A. Determinants of exclusive breastfeeding among mothers in Ghana: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2013;8(13):1-6.
27. Markulin S. Utjecaj sociodemografskih i psihobioloških čimbenika na dojenje i trajanje dojenja majki u Zadarskoj županiji. Diplomski rad. Sveučilište u Zadru: Odjel za zdravstvene studije; 2018.
28. Nkala TE, Msuya SE. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kigoma region, Western Tanzania: a community based cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2011;6(17):1-7.
29. Luetić F. Čimbenici koji utječu na dužinu dojenja i uvođenje krute hrane. Diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera: Medicinski fakultet; 2016.
30. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Ynge A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *Int Breastfeed J.* 2012;7(7):1-7.

31. Chang PC, Li SF, Yang HY, Wang LC, Weng CY, Chen KF i sur. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. *Int Breastfeed J.* 2019;14(18):1-7.