Učinak edukacijske intervencije na dojenje u prvorotkinja : prospektivna, randomizirana, kontrolirana studija

Puharić, Drita

Doctoral thesis / Disertacija

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:808025

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET
UNIVERSITAS STUDIORUM SPALATENSIS
FACULTAS MEDICA

Repository / Repozitorij:

MEFST Repository

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Splitu
Medicinski fakultet

Drita Puharić

UČINAK EDUKACIJSKE INTERVENCIJE NA DOJENJE U PRVOROTKINJA: PROSPEKTIVNA, RANDOMIZIRANA, KONTROLIRANA STUDIJA

Doktorski rad

Mentorica: Doc. dr. sc. Irena Zakarija-Grković, dr. med., FRACGP, IBCLC

Split, 2020.

Rad je izrađen u ginekološkim ambulantama Splitsko-dalmatinske županije i na Katedri za obiteljsku medicinu.

Mentorica: doc. dr. sc. Irena Zakarija-Grković, dr. med., FRACGP, IBCLC, spec. obit. medicine

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. sc. Ireni Zakarija-Grković, na savjetima, posvećenom vremenu i pomoći prilikom izrade doktorata.
Hvala prof. Matku Marušiću, na prijenosu strasti o znanosti i edukaciji, te na svesrdnoj podršci.
Hvala dr. sc. Mariju Maličkom na velikoj pomoći, savjetima i podršci.
Hvala prof. Damiru Sapunaru i prof. Liviji Puljak, na primanju u TRIBE, podršci i motivaciji.
Hvala Ani Utrobičić i Lindi Ivas na uvijek spremonoj pomoći i pružanju znanja.
Hvala Mislavi Matković na savjetima i ispravcima.
Hvala Ines Roso Perić na analizi snimljenih razgovora.
Hvala Ivi Kraljević Mikulić na pomoći i podršci.
Hvala svim ginekolozima što su prihvatili da sudjeluju u ovom istraživanju.
Veliko hvala svim ženama na sudjelovanju.
Veliko hvala dragim recezentima na trudu i izdvojenom vremenu oko poboljšanja kvalitete dizertacije.
Na kraju zahvaljujem se mojoj djeci Bepu i Karmi na razumijevanju, strpljenju i podršci.

"Sanjam o svijetu u kojem svaki zdravstveni djelatnik uči o dojenju i svaka majka dobiva potporu za dojenje"

Felicity Savage, Velika Britanija

POPIS OZNAKA I KRATICA

AKS – Aktivna kontrolna skupina

AA, ARA – Arahidonska kiselina

BFHI – Baby-friendly Hospital Initiative (Inicijativa ″Rodilište-prijatelj djece″)

BSES-SF – Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (Ljestvica procjene samopouzdanja dojenja – kratki oblik)

CI – Confidence Interval (Interval pouzdanosti)

CONSORT – Consolidated Standards of Reporting Trials (konsolidirani standard izvještavanja istraživanja)

CDC – Centar za kontrolu i prevenciju bolesti u SAD-u (engl. Centers for Diesease Control and Prevention)

DHA – Dokozasaheksaenska kiselina

EU – Europska Unija

EBF – Exclusive breastfeeding *(*Isključivo dojenje)

FIGO – Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (Međunarodna udruženja ginekologa i opstetričara)

HUGPD – Hrvatska udruga grupe za potporu dojenja

HPD – Hrvatsko pedijatrijsko društvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

HP2020 – Healthy People 2020 (Zdravi ljudi 2020)

IBCLC – International Board Certified Lactation Consultants (Međunarodno priznate savjetnice za dojenje)

ID – Isključivo dojenje

IPA – International Paediatric Association (Međunarodna pedijatrijska udruga)

IBFAN – International Baby Food Action Network (Međunarodna mreža za akciju u prehrani dojenčadi)

IIFAS – Iowa Infant Feeding Attitude Scale (Ljestvica za mjerenje stavova prema prehrani djeteta)

IS – Intervencijska skupina

JINL/JINNJ – Jedinica intenzivnog neonatalnog liječenja i njege

KBC – Klinički bolnički centar

KB – Klinička bolnica

MP – Miješana prehrana

NZJZ – Nastavni zavod za javno zdravstvo

Neo-BFHI – The Baby Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards (inicijativa ″Rodilište prijatelj djece za odjele neonatologije″)

ND – Ne doji (Izostanak dojenja)

OB – Opća bolnica

PCB – Poliklorirani bifenil

PD – Pretežito dojenje

RCT – Randomised controlled trials (Randomizirana kontrolirana istraživanja)

RH – Republika Hrvatska

SIDS – Sudden Infant Death Syndrome (Sindrom iznenadne dojenačke smrti)

SAD – Sjedinjene Američke Države

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SDGs – Sustainable Development Goals (Održivi razvojni ciljevi)

STD – Svjetski tjedan dojenja

SS-A – Social Support Appraisal Scale (Ljestvica za procjenu socijalne potpore)

SKS – Standardna kontrolna skupina

UK – Ujedinjeno Kraljevstvo

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund (Međunarodni fond za pomoć djeci pri Ujedinjenim Narodima)

USD – United States Dollar (Američki dollar)

WBTi – World Breastfeeding Trends Initiative (*Inicijativa* svjetskih trendova u dojenju)

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action (Svjetski savez za dojenje)

WHA – World Halth Assembly (Svjetska zdravstvena skupština)

1. UVOD ... 9
1.1. Stope dojenja ... 9
1.1.1. Stope dojenja u svijetu ... 9
1.1.2. Stope dojenja u Republici Hrvatskoj ... 10
1.2. Postupci koji povećavaju stope dojenja ... 11
1.2.1. Postupci koji povećavaju stope dojenja u svijetu ... 12
1.2.2. Postupci koji povećavaju stope dojenja u RH ... 13
1.3. Definicije dojenja ... 13
1.4. Politika i preporuke prakse dojenja ... 15
1.4.1. Međunarodna politika dojenja ... 15
1.4.2. Hrvatska politika dojenja ... 20
1.5. Rizici izostanka dojenja ... 27
1.5.1. Rizici izostanka dojenja za dijete ... 28
1.5.2. Rizici izostanka dojenja za majku ... 31
1.5.3. Rizici izostanka dojenja za zajednicu ... 32
1.54. Rizici izostanka dojenja za okoliš ... 33
1.5.5. Rizici izostanka dojenja na troškove liječenja ... 33
2. **CILJEVI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE** ... 36
2.1. Ciljevi ... 36
2.2. Hipoteze ... 36
3. **ISPITANICE I POSTUPCI** ... 38
3.1. Ustroj istraživanja ... 38
3.1.1. Mjesto istraživanja ... 38
3.1.2. Kriteriji uključenja/isključenja ... 38
3.2. Postupci ... 39
3.2.1. Randomizacija i zasljepljenje ... 40
3.2.2. Dijagram tijeka istraživanja ... 41
3.2.3. Intervencija ... 42
3.2.4. Materijali ... 44
3.3. Statistička raščlamba ... 45
3.4. Veličina uzorka ... 45
4. **REZULTATI** ... 46
4.1. Početni podaci sudionica. ... 46
4.2. Praksa dojenja s 3 mjeseca nakon porođaja ... 48
4.3. Praksa dojenja sa 6 mjeseci nakon porođaja ... 49
4.4. Stavovi učesnica prema dojenjačkoj prehrani, socijalnoj podršci i samoučinkovitosti dojenja ... 50
4.5. Poteškoće s dojenjem. ... 51
4.6. Iskustva učesnica tijekom prva 3 mjeseca nakon porođaja ... 53
4.7. Iskustva učesnica od 3 do 6 mjeseca nakon porođaja ... 54
5. **RASPRAVA** ... 56
5.1. Glavni rezultati. ... 56
5.2. Utjecaj tiskanih materijala.. ... 56
5.3. Učinak proaktivne telefonske podrške. ... 57
5.4. Praksa dojenja. ... 58
5.5. Pomoć u praksi dojenja. ... 58
5.6. Usporedba s drugom literaturom. ... 59
5.7. Ograničenja istraživanja. ... 60
5.8. Znanstveni doprinos. ... 60
6. **ZAKLJUČCI** ... 62
7. **SAŽETAK** ... 63

8. **SUMMARY** 64
9. **LITERATURA** 65
10. **PRILOZI** 85
10.1. Objavljeni radovi koji opisuju intervencije za povečanje stope dojenja. 85
10.2. Obavijest o informiranom pristanku ispitanica.. 98
10.3. Upitnik za prikupljanje općih podatak. 100
10.4. Upitnik o stavovima trudnica prema prehrani djece. 102
10.5. Upitnik socijalne podrške 103
10.6. Upitnik o samoučinkovitosti dojenja. 104
10.7. Upitnik o praksi dojenja i poteškoće pri dojenju s tri mjeseca. 105
10.8. Upitnik o praksi dojenja i poteškoće pri dojenju sa šest mjeseca 107
10.9. Tiskani edukativni materijali o dojenju 109
10.10. Tiskani edukativni materijali o trudnoći i majčinstvu.. 116
10.11. Obrazac o telefonskom savjetovanju o dojenju. 124
10.12. Obrazac o telefonskom savjetovanju o trudnoći i majčinstvu 127
10.13. Strategija pretraživanja 1.. 129
10.14. Strategija pretraživanja 2.. 130
10.15. Strategija pretraživanja 3.. 131
11. **ŽIVOTOPIS** 132

1. UVOD

1.1. Stope dojenja

Usprkos neospornim dokazima o važnosti dojenja, većinom se ne postiže cilj *Globalne strategije* o isključivom dojenju (1). Prema podatcima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) oko 40% dojenčadi je isključivo dojeno do šestog mjeseca života (2).

1.1.1. Stope dojenja u svijetu

Istraživanja pokazuju da sve manje žena u razvijenim zemljama doji. Prema UNICEF-ovom Izvještaju o stanju djece iz 2018. godine, postupno povećanje optimalnog dojenja moglo bi spasiti 820.000 života godišnje i spriječiti 13% svih smrti djece ispod 5 godina. Analiza podataka iz 123 zemlje pokazuje da je većina djece dojena u nekom trenutku svog života, a 95% djece na svijetu je barem jednom u životu dobilo majčino mlijeko (3). Ta stopa je različita u zemljama s niskim, srednje visokim i visokim nacionalnim dohotkom. U zemljama s niskim i srednjim dohotkom samo 1 od 25 djece (4%,), nikada nije dojeno. U zemljama s visokim dohotkom, više od 1 na 5 (21%) djece, nikad nisu dojeni. U najsiromašnijim obiteljima doji 64% djece sukladno podacima UNICEF-u i SZO-u do 2 godine djetetovog života, u usporedbi s njih samo 41% majki među najbogatijim obiteljima (3).

Stanje u zemljama Europske unije (EU) je također zabrinjavajuće jer je postotak djece koja su isključivo dojena do šestog mjeseca života vrlo nizak (4,5). Stope započinjanja dojenja, kao i isključivo dojenje i njegova duljina, znatno se razlikuje među zemčjama na području Europske unije do prve godine djetetova života (6). Među najnižim stopama dojenja (trajanje i isključivost) u svijetu zabilježene su u Velikoj Britaniji (7), i u Irskoj (8). U Velikoj Britaniji stopa započinjanja dojenja je 81%, nakon čega slijedi pad na manje od 1% isključivog dojenja prvih 6 mjeseci (9). Podaci iz irskog nacionalnog perinatalnog sustava za 2010. godinu pokazuju da je samo 46,1% majki dojilo u bolnici (10).

Vrlo niske stope dojenja zabilježene su i u Meksiku (11). Podatci iz Meksika pokazuju ozbiljan pad isključivog dojenja, u dobi od 6 mjeseci s 21% u 2006. godini na 14% u 2012. godini (11). Međutim, podatci iz zemalja u razvoju pokazuju blagi trend povećanja stope isključivog dojenja (12). U Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) pokazuje se trend povećanja stope dojenja u više od polovice država (13).

U SAD-u s visokim stopama započinjanja dojenja i poboljšanju trajanja dojenja, nisu sve države još uvijek postigle zadane ciljeve koje je 2010. godine Odjel za zdravstvo i ljudske usluge objavio pod nazivom "Zdravi ljudi 2020." (*engl. Healthy People 2020" - HP2020*) (13). Zdravi ljudi je strategija za nacionalno promicanje zdravlja i prevenciju bolesti za poboljšanje zdravlja svih ljudi

u Sjedinjenim Državama. Podatci za 2013. godinu u SAD-u pokazali su da je bilo više od polovice djece dojeno 6 mjeseci (51,8%), a gotovo jedna trećina (30,7%) bila je dojena 12 mjeseci (13).

Više od polovice država u SAD-u ispunilo je cilj HP 2020 i podatci pokazuju da je 81,9% žena započelo s dojenjem (13). Prema podatcima Centara za kontrolu i prevenciju bolesti za 2018. godinu u SAD-u (*engl. Centers for Diesease Control and Prevention –CDC*) postotak dojenje djece kroz 6 mjeseci iznosio je 57,6% dok je postotak isključivo dojene djece kroz 6 mjeseci 24,9% (13).

Također se, i u Australiji, unatoč visokoj stopi započinjanja dojenja od 96% u 2010. godini ta stopa znatno se smanjila tijekom vremena kao i stopa isključivog dojenja koja sada iznosi oko 15% sa 6 mjeseci (14). Istraživanja u Australiji tijekom 2016. godine pokazuju da provedba Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) ima pozitivan učinak na povećanje stope dojenja i to na 23% u svim rodilištima tipa "Bolnica-prijatelj djece" (14). Zemlje u razvoju povećale su stope isključivog dojenja s 33% u 1995. godini na 39% u 2010. godini (12). Stope isključivog dojenja su se udvostručile u Zapadnoj i Srednjoj Africi od 12% 1995. godine na 28% u 2010. godini (12). Također je došlo do povećanja stope isključivog dojenja u Istočnoj i Južnoj Africi od 35% 1995. godine na 47% u 2010. godine (12), kao i u južnoj Aziji od 40% 1995. godine, na 45% 2010. godine. S druge strane, Istočna Azija i Pacifik (osim Kine) posljednjih su 15 godina zabilježili da se stopa isključivog dojenja smanjila s 31% na 29% (12).

Zbog toga je SZO u 2012. godini postavila globalni cilj povećanja stope isključivog dojenja u prvih 6 mjeseci na najmanje 50% do 2025. godine (15).

1.1.2. Stope dojenja u Republici Hrvatskoj

Stope dojenja u mnogim zemljama, pa tako i u Hrvatskoj, pokazuju da su ispod poželjnih (16, 17).

Stope dojenja su u Hrvatskoj prije uvođenja inicijative "Rodilište-prijatelj djece" bile niske tako da je 75% žena dojilo do izlasku iz rodilišta, a 30% dojenčadi je bilo dojeno do 3 mjeseca (18).

Stope započinjanja dojenja u Splitskom rodilištu 2007. godine iznosile su 92,80%, naglo su se smanjile nakon otpusta iz rodilišta, tako da su s jedan mjesec iznosile 78,13%, s 3 mjeseca 62,13% i sa 6 mjeseci 48,53% (19). U istraživanju pod nazivom "Prediktori suboptimalnog dojenja: prilika za zdravstvene intervencije" uključeno je nakon poroda 773 parova majka i dijete, majke su bile intervjuirane 3, 6, 12 i 24 mjeseca nakon porođaja. Istraživanje je provedeno u splitskom rodilištu i obuhvaćalo je žene koje su rodile 2008. i 2009. godine. Rezultati su pokazali da je 99% žena započelo s dojenjem u rodilištu, međutim samo je 2,2% djece bilo isključivo dojeno tijekom boravka u rodilištu (20). Nakon otpusta iz rodilišta stopa isključivog dojenja s 3 mjeseca je iznosila 34,2% (20). Međutim, u razdoblju od 6 mjeseci ovaj postotak isključivog dojenja iznosio je samo

7%. Udio žena koje su dojile s 3 mjeseca iznosio je 60,6%, ali ta stopa bilo kakvog dojenja naglo opada te je u dobi od 24 mjeseca dojeno samo 4,1% djece (17). Važno je napomenuti da su ovi podatci prikupljeni prije provedbe inicijative "Rodilište-prijatelj djece" u splitskom rodilištu. U istraživanju Zakarije-Grković i sur., koje je provedeno u Splitu u razdoblju od veljače 2008. do srpnja 2011. godine, čiji je cilj bilo odrediti bolničku praksu dojenja prije i poslije provedbe BFHI, nađeno je da su se stope isključivog dojenja povećale tijekom boravka u rodilištu s 2% na 36%, ali stope dojenja s 3, 6 i 12 mjeseci se nisu promijenile (20). Autori su zaključili da je potrebno povećati podršku dojenju i u zajednici, tj. nakon otpusta iz rodilišta, ako se želi postić rast stopa dojenja.

Iz podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za razdoblje od 2008. do 2011. godine uočava se blagi pomak u povećanju stope dojenja (21) (tablica 1).

Tablica 1. Postotak isključivo dojene djece od 2008. do 2011. godine u Republici Hrvatskoj prema podatcima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (21)

Starost	2008	2009	2010	2011
0-2	56,7%	64,5%	66,3%	76,2%
Iza 3.mjeseca	41,4%	44,7%	45,9%	54,2%
Do 6. mjeseca	18,2%	16,6%	15,9%	14,8%

U Ljetopisu Nastavnog zavoda za javno zdravstvo (NZJZ) za 2013. godinu navode se stope isključivog dojenja u RH 71,8% u dobi 0-2 mjeseca, 58,4% iza 3 mjeseca i 19% u dobi do 6 mjeseci (22). Iako ovi podatci upućuju na povećanu stopu isključivog dojenja, način prikupljanja podataka i definicije pri tome korištene nisu u potpunosti usklađene s preporukama SZO pa su stoga podatci upitni.

1.2. Postupci koji povećavaju stope dojenja

Za povećanje stope dojenja potrebno je provesti niz intervencija da bi se poboljšalo postojeće stanje, počevši od pretkoncepcijskog razdoblja do postpartalne skrbi (23). Značajan doprinos u poboljšanju stopa isključivog dojenja na razini zdravstvenog sustava ima inicijativa "Deset koraka do uspješnog dojenja" (24). Kombinacije intervencija edukacije i savjetovanja trudnica u organizaciji zdravstvenog sustava i kućnih posjeta nakon porođaja dovodi do povećanja stope dojenja (23).

1.2.1. Postupci koji povećavaju stope dojenja u svijetu

Unatoč spoznajama o važnosti i koristima koje majčino mlijeko ima za zdravlje majki i djece, stope dojenja još uvijek nisu zadovoljavajuće i stoga je nužno pronaći učinkovite intervencije kako bi se postojeća situacija promijenila. Objavljeno je niz radova koji opisuju postupke u svrhu povećanja stope dojenja (Prilog 1).

Zaključci iz dva sustavna pregleda i tri primarna istraživanja o učinku telefonskog savjetovanja iz objavljenih radova koji opisuju intervencije za povećanje stope dojenja (Prilog 1).

1. U Cochraneov sustavni pregled za 2017. godinu analizirane su 73 studije u kojima je sudjelovalo 74.656 parova majki i djece. Istraživanje je pokazalo da je svaki oblik dodatne podrške dojenju povećao isključivo dojenje i trajanje dojenja (25).
2. U sustavnom pregledu za 2008. godinu analizirano je 14 randomiziranih kontroliranih istraživanja (RKI) u kojima je sudjelovalo 8.037 žena. Analizirana su istraživanja koja su uključivala telefonske pozive bilo kao glavnu ili dodatnu intervenciju. U usporedbi s uobičajenom skrbi, skrb koja je uključivala telefonsku podršku statistički značajno je utjecala na produljenje isključivog dojenja u dvije studije a u tri studije došlo je do povećanja ukupnog dojenja odnosno dojenčad je hranjena majčinim mlijekom (isključivo, pretežito i dojenje s uvedenom dohranom) (26).
3. U RKI o učinku telefonske podrške na trajanje dojenja kod pretilih žena u razdoblju od 2010. do 2012. godine uključeno je 226 parova majki i dijete. Dojenje je podržavala putem telefona certificirana savjetnicaza dojenje, što je rezultiralo produljenjem isključivog dojenja s 3 mjeseca i djelomičnog dojenje sa 6 mjeseci (27).
4. U RKI pilot istraživanju o učinku telefonskog savjetovanja prvorotkinja za 2009. godinu uključeno je 114 žena. Podršku dojenju pružala je telefonom licencirana primalja. Stope dojenja u intervencijskoj grupi (n = 55) bile su veće u usporedbi s kontrolnom grupom (n=59) ($P < 0,01$) (28).
5. U RKI o samoefikasnosti dojenja kod prvorotkinja 2008. godine uključeno je 150 žena. Podrška dojenju pružena je putem individualnih razgovora i telefonskim savjetovanjem za jačanje samoefikasnosti dojenja. Žene u intervencijskoj grupi (n = 69) imale su veću stopu samoefikasnosti, a trajanje dojenja kao i isključivog dojenja u 4. i 8. tjednu nakon porođaja u usporedbi sa ženama u kontrolnoj grupi bilo je duže (n = 81) (29).

1.2.2. Postupci koji povećavaju stope dojenja u RH

U RH stope dojenja nažalost još uvijek su daleko od preporuka SZO, jer samo 4,1% majki doji do druge godine djetetovog života (17). Da bi se poboljšalo postojeće stanje nužno je provesti intervencije za povećanje stope dojenja. U tablici 2. su prikazana objavljena istraživanja u RH.

Tablica 2. Objavljena istraživanja u RH u kojima se opisuju intervencije za povećanje stope dojenja

Publikacija	Referenca	Vrsta istraživanja	Intervencija	Rezultat
Bošnjak AP, Grgurić J. Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. Paediatria Croatica. 2007;51(3):89-94.	30.	Retrospektivno	Grupa za potporu dojenju.	S navršenih šest mjeseci doji ukupno 83,8% majki, a s navršena tri mjeseca isključivo doji 56% majki.
Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeedingduration of mothers attending breastfeeding support groups. J Perinat Med. 2009;37(2):185-92. doi: 10.1515/JPM.2009.025.	31.	Retrospektivno	Grupa za potporu dojenju.	Više je majki dojilo u ispitivanoj skupini sa 6 mjeseci (83,8% vs. 48,1%, P <0,001), a isključivo dojile su do dobi od 3 mjeseca (56% vs. 23,5%, P <0,001), u odnosu na majke koje nisu išle na grupe za potporu dojenju.
Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Bozinovic T, Ćuže A, Lozancic T, Vuckovic A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. J Hum Lact. 2012;28(3):389-99. doi: 10.1177/0890334412447079.	32.	Prospektivno	20-satni tečaj temeljen na BFHI.	Edukacija zdravstvenih djelatnika bila je povezana sa značajnim poboljšanjem stope isključivog dojenja u rodilištu.

1.3. Definicije dojenja

Zbog nedovoljno usklađene terminologije oko definicija dojenja, međunarodna zajednica već dugi niz godina nastoji pronaći usklađenu terminologiju u području praćenja dojenja (33). Dosljedne definicije dojenja omogućavaju usporedbu, te praćenje stopa dojenja, čime se poboljšava politika dojenja i pomaže se u postizanju nacionalnih ciljeva dojenja (34, 35). SZO je preporučila sljedeće definicije: **Isključivo dojenje (ID)** – dojenčad hranjena samo majčinim mlijekom, uključivo izdojenim, a ne prima nikakvu krutu ili kašastu hranu, niti formulu / drugu vrstu mlijeka, kao ni vodu / voćne sokove, jedino moguće je vitaminsko-mineralni nadomjestak ili lijek. **Pretežito dojenje (PD)** – dojenče prima uz majčino mlijeko samo vodu, vodene napitke, voćne sokove, te vitaminsko-mineralne nadomjeske ili po potrebi lijek. **Potpuno dojenje** – isključivo i pretežito dojenje zajedno. **Dojenje s uvedenom dohranom** – dojenče uz majčino mlijeko dobiva krutu ili kašastu hranu ili mliječnu formulu. (tablica 3) (36).

Tablica 3. Definicije dojenja Svjetske zdravstvene organizacije (36)

Kategorije prehrane dojenčadi*	Zahtijeva da dijete dobiva	Dopušta da dijete dobiva	Ne dopušta da dijete dobiva
Isključivo dojenje (ID)	Humano mlijeko, uključujući izdojeno humano mlijeko ili mlijeko zamjenske dojilje.	Kapi vitaminskih sirupa, zamjenskih minerala ili lijekova.	Bilo što drugo-tekuća hrana, bez davanja ljudskog mlijeka.
Pretežito dojenje (PD)	Pretežito dojenje to je obrazac hranjenja koji zahtijeva da novorođenče prima majčino mlijeko (uključujući izdojeno mlijeko ili mlijeko zamjenske dojilje) kao glavni izvor prehrane. Omogućuje dojenčetu primanje tekućine (vode, i tekućine na bazi vode, voće, sokove, i oralne rehidracijske otopine), često korištene tekućine i kapi ili sirup (vitamin, minerali, lijekovi).	Isto kao gore, uz određene tekućine na bazi vode (voda, voćni sokovi, čaj).	Bilo što drugo-tekuća hrana, bez davanja ljudskog mlijeka.
Dojenje uz dohranu–miješana prehrana (MP)	Humano mlijeko i kruta ili polukruta hrana ili mlijeko koje nije ljudsko.	Bilo koju hranu ili tekućinu uključujući drugo mlijeko osim majčinog mlijeko.	
Izostanak dojenja-nedojeno (ND).	Bez humanog mlijeka.	Bilo koju hranu ili tekućinu uključujući drugo mlijeko osim majčinog mlijeko.	Humano mlijeko uključujući izdojeno mlijeko ili mlijeko od zamjenske dojilje.

*Zbroj ID i PD djece daje sliku potpuno dojene djece, a zbroj ID, PD i MP predstavlja ukupan broj dojene djece. Zbroj ID, PD, MP i ND djece trebao bi iznositi 100%.

1.4. Politika i preporuke prakse dojenja

1.4.1. Međunarodna politika dojenja

Zbog rekordno niskih stopa dojenja sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća, međunarodna zajednica suočila se s velikim izazovom: kako najučinkovitije zaštititi dijete od posljedica umjetne prehrane, odnosno osigurati mu pravo na najbolju, jedinstvenu i biološki jedino ispravnu prehranu, majčinim mlijekom?

Stoga je u Ženevi 1979. godine pokrenuta *Međunarodna mreža za akciju u prehrani dojenčadi (engl. International Baby Food Action Network – (IBFAN)* (37). Ta se mreža sastoji od 273 organizacije civilnog društva iz 168 zemalja svijeta koje surađuju s ciljem spašavanja života dojenčadi i djece kroz pokretanje trajnih promjena prehrane djece na svim razinama. U RH, udruga RODA i Hrvatska udruga savjetnica za dojenje članice su *Međunarodog odbora savjetnica za dojenje (engl. International Board of Lactation Consultant Examiners – (IBCLC)* IBFAN-a. IBFAN djeluje na temelju sedam principa nabrojenih u tablici 4 (22).

Tablica 4. Sedam principa djelovanja IBFAN-a* (22)

1.	Pravo sve djece na zdravlje.
2.	Pravo obitelji, naročito žena i djece, da imaju dovoljno hrane.
3.	Pravo žena da doje i da donose odluke o prehrani svoga djeteta na temelju ispravnih informacija.
4.	Pravo žena na podršku u dojenju i uvođenje zdravih prehrambenih navika kod djece.
5.	Pravo svih na zdravstvenu zaštitu.
6.	Pravo na zdravstvenu zaštitu bez komercijalnih utjecaja.
7.	Pravo svih ljudi na međunarodnu solidarnost.

*International Baby Food Action Network

IBFAN se zalaže za sveobuhvatnu i potpunu implementaciju Međunarodnog pravilnika za prodaju i reklamiranje nadomjestaka za majčino mlijeko (skraćeno: Pravilnik) te svih kasnijih relevantnih rezolucija Svjetske zdravstvene skupštine (SZS). Stoga je jedna od glavnih aktivnosti IBFAN-a praćenje kršenja Pravilnika i upozoravanje kršitelja te informiranje javnosti o kršenjima Pravilnika (38).

Pravilnik je objavljen 1981. godine, a usvojile su ga zemlje članice SZO (38). Republika Hrvatska poduprla je Pravilnik 14. svibnja 1992. godine na sjednici Generalne skupštine SZO glasujući za Rezoluciju o prehrani dojenčadi. Pravilnik je usmjeren na zaštitu dojenja od komercijalne promocije nadomjestaka majčinog mlijeka, koja utječe na majke, zdravstvene djelatnike i zdravstveni sustav. Proizvođači i distributeri iz industrije dječje hrane pozvani su da se pridržavaju Pravilnika jer se smatra da tako delikatni proizvodi namijenjeni najmlađima ne smiju biti prepušteni slobodnom tržištu i agresivnim reklamnim kampanjama. Također se zabranjuje bilo kakav oblik reklamiranja nadomjestaka za majčino mlijeko, uključujući i hranu za dojenčad, druge

mliječne, prehrambene proizvode i napitake, uključujući i dopunsku hranu koja se daje bočicom, zatim bočica za hranjenje, duda i duda varalica. Osim navedenog, cilj je i osigurati da zdravstveni djelatnici dobiju znanstvene i nepristrane informacije od proizvođača nadomjestaka za majčino mlijeko.

Pravilnik predstavlja mjere žaštite prava i interesa djeteta i od vlada zahtijeva da osiguraju zaštitu dojenja za dobrobit majki i djece (38). Dojenje je pravo svakog djeteta kao što se naglašava u Konvenciji o pravima djece (39). Prava djeteta navode da vlade imaju odgovornost kako bi se osiguralo da svako dijete ima pravo na optimalnu prehranu, rast i razvoj (39).

Programirane aktivnosti vezane za promicanje dojenja dovele su do pokretanja globalnih inicijativa i preporuka SZO-a i UNICEF-a koji su 1989. godine donijeli tzv. Deklaraciju Innocenti (40). U Deklaraciji se naglašava potreba početka dojenja u prvom satu nakon poroda jer se tako promiče zdravlje i produžuje trajanje dojenja (40).

Deklaraciju su usvojili predstavnici SZO-a, UNICEF-a i drugih nevladinh organizacija u Innocenti centru u Firenci. Na 44. Svjetskoj zdravstvenoj skupštini *(engl. World Halth Assembly* – WHA) na kojoj je donesena rezolucija 44.33 kojom je usvojena Innocenti Deklaracija.

Na 55. Svetskoj zdravtvenoj skupštini je 2002. donesena Gobalna strategija o dojenju.
O važnosti dojenja bilo je riječi i na skupu Međunarodnog pedijatrijskog društva (engl. International Paediatric Association - IPA) o važnosti i poticanju dojenja koji je održan u Ankari od 27 do 28. lipnja 1991. godine, gdje su SZO i UNICEF dopunili smjernice programa povratku dojenja inicijativom za osnivanje bolničkih rodilišta tipa Bolnica - prijatelj djece (engl. Baby-Friendly Hospital Initiative - BFHI) (41) na temelju programa *Deset koraka do uspješnog dojenj*a (42, 43) (tablica 5).

Tablica 5. Deset koraka do uspješnog dojenja koje su predložile Svjetska zdravstvena organizacija i Međunarodni fond za pomoć djeci pri Ujedinjenim narodima (UNICEF) (41)

1. korak	Imati pisana pravila o dojenju s kojima se redovito upoznaju svi zdravstveni djelatnici.
2. korak	Podučiti zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila.
3. korak	Informirati sve trudnice o dobrobitima dojenja i o tome kako se doji.
4. korak	Pomoći majkama da započnu s dojenjem unutar pola sata po rođenju djeteta.
5. korak	Pokazati majkama kako se doji i kako će održati proizvodnju mlijeka, čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi.
6. korak	Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu ili piće, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski uvjetovano.
7. korak	Prakticirati "rooming-in"-omogućiti majkama i djetetu da borave zajedno tijekom 24 sata.
8. korak	Poticati majke da doje na traženje novorođenčeta.
9. korak	Ne davati nikakve dude ni dude varalice djeci koja se doje.
10. korak	Poticati osnivanje grupa za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri njihovom izlasku iz rodilišta, odnosno bolnice.

U nastavku aktivnosti u praćenju programa promicanja dojenja, SZO je 2001. godine objavila preporuke za uspostavu i trajanje dojenja s ciljem povećanja, stope isključivog i ukupnog dojenja (40, 44). SZO preporučuje majkama prvi podoj u prvom satu djetetovog života, te isključivo dojenje tijekom prvih 6 mjeseci života kako bi postigli optimalni rast, razvoj i zdravlje. Nakon toga, trebali bi dobiti komplementarnu hranu i nastaviti dojiti do dobi od dvije godine ili više ako to majka i dijete žele (40, 44).

U svrhu poboljšanja stope dojenja SZO i UNICEF objavili su 2002. godine *Globalnu strategiju za prehranu dojenčadi i male djece*. Strategija preporučuje provođenje intervencija s ciljem povećanja stopa dojenja ističući važnost podrška majci i obitelji, i definira obveze i odgovornosti međunarodnih organizacija i drugih zainteresiranih strana (1). Cilj strategije je optimalnom prehranom poboljšati uhranjenost, rast, razvoj i zdravlje, a time i preživljavanje dojenčadi i male djece. Strategija podupire isključivo dojenje tijekom prvih 6 mjeseci djetetova života, a nakon toga uvođenje dohrane uz nastavak dojenja tijekom prve dvije godine i dulje ukoliko to žele i majka i dijete. Također podupire pravilnu prehranu majki (1).

Kao odgovor na *Globalnu strategiju*, IBFAN je 2004. godine razvio *Inicijativu svjetskih trendova u dojenju* (engl. World Breastfeeding Trends Initiative – WBTi), za praćenje provedbe *Globalne strategije za prehranu dojenčadi i male djece* (45) na državnoj razini. WBTi navodi 15 pokazatelja, od kojih se prvih 10 odnosi na politiku i programe, ostalih 5 na praksu hranjenja (22) (tablica 6).

Tablica 6. Pokazatelji Inicijative svjetskih trendova dojenja prema IBFAN-u (22)

Pokazatelji	
1.	Nacionalna politika, program i koordinacija.
2.	Inicijativa Rodilišta – prijatelji djece (Deset koraka do uspješnog dojenja).
3.	Implementacija Međunarodnog pravilnika za prodaju i reklamiranje nadomjestaka za majčino mlijeko.
4.	Zaštita materinstva.
5.	Sustav zdravstvene i prehrambene zaštite (koji podupire dojenje i prehranu dojenčadi i male djece).
6.	Podrška majkama i podrška u zajednici – Podrška u zajednici za trudnice i dojilje.
7.	Informacijska podrška.
8.	Prehrana dojenčadi i HIV.
9.	Prehrana dojenčadi u kriznim situacijama.
10.	Mehanizam za praćenje i sustavi evaluacije.
11.	Postotak djece koja su dojena u prvom satu po porodu.
12.	Postotak djece u dobi od 0 do 6 mjeseci koja su isključivo dojena u zadnja 24 sata.
13.	Srednja (medijalna) vrijednost trajanja dojenja u mjesecima.
14.	Postotak dojene djece mlađe od 6 mjeseci koja dobivaju druge vrste hrane ili pića iz bočice.
15.	Postotak dojene djece koja dobivaju dohranu između 6. i 9. mjeseca života.

Nova svjetska politika usredotočena je na važnost prvih 1000 dana u životu djeteta, zbog niza prednosti koje se očituju kasnije u životu. UNICEF navodi da je prvih 1000 dana u životu djeteta važno zbog načina na koji se djetetov mozak razvija jer utječe na postignuća u odrasloj dobi.

Prema UNICEF-ovom globalnom izvještaju za 2017. godinu o važnosti prvih godina djetetova života pokazuje da je razdoblje od začeća do kraja druge godine iznimna prilika za oblikovanje mozga (46) i zato dojenje igra ključnu ulogu od rođenja (47, 48).

Zbog iznimne važnosti dojenja za djecu, majke i zajednicu, svake godine se u prvom tjednu kolovoza obilježava Svjetski tjedan dojenja u više od 170 zemalja, u organizaciji Svjetskog saveza za dojenje (engl. World Alliance for Breastfeeding Action -WABA). WABA je osnovana 1991. godine, a radi se o globalnoj mreži organizacija i pojedinaca koji djeluje na zaštiti, promicanju i potpori dojenju (49). U RH STD počeo se obilježavati od 1998. godine te se dodatno obilježava i Nacionalni tjedan dojenja od 1. do 7. listopada. Svake godine WABA određuje temu pod kojom se obilježava STD te izrađuje promotivne i informativne materijale koji su besplatno dostupni široj javnosti preko njihovih mrežnih stranica. Kao što je izjavila Paulina Smith, koordinatorica Radne skupine WABA za potporu majkama: "Potpora dojenju potrebna je svakoj ženi bez obzira na prilike u kojima se nalazi, kako bi uspjela u nakani stjecanja iskustva s dojenjem. Istovremeno moramo jačati globalni razvoj i stvaranje mreža skupina i organizacija koje rade na unaprjeđenju podrške majkama diljem svijeta."

S obzirom na to da dojenje predstavlja temelj za buduće zdravlje i dobrobit djeteta, dojenje je također važan dio svjetskih razvojnih ciljeva za stvaranje zdravijeg, prosperitetnijeg i održivijeg planeta. U rujnu 2015. godine, svjetski čelnici su se sastali u svrhu definiranja 17 *Ciljeva održivog razvoja* (*engl. Sustainable Development Goals – (SDGs*) (50). Ti ciljevi usmjereni su prema okončanju siromaštva, osiguravanju prosperiteta i zaštiti planeta. Oni daju smjernice kako osigurati ravnopravan razvoj i podižu svijest održivog razvoja, a tu dojenje igra važnu ulogu jer pruža svakom djetetu jednak početak i potencijal te predstavlja ″zelenu opciju″ prehrane djeteta (50). Podrška dojenju je jedno od najboljih ulaganja u zdravlje (51).

Najnovija politika dojenja je nova suradnja svjetskih organizacija koje se bave dojenjem, predvođena UNICEF-om i SZO, pod nazivom "Global Breastfeeding Collective", pokrenuta 2017. godine, povodom Svjetskog tjedna dojenja. To je globalna mreža koju vodi UNICEF i SZO (52). Svaki program ima pokazatelj napretka i cilj koji će se ispuniti do 2030. godine. Oni služe kao poziv za akciju kreatorima politika diljem svijeta kako bi potpora dojenju postala nacionalni prioritet. Da bi se povećala stopa globalnog isključivog dojenja na najmanje 50% do 2025. godine, kao što je definirano na 2. međunarodnom kongresu prehrane održanom u Rimu 2014. godine (53), vlade bi trebale poduzeti sedam radnji za poticanje napretka dojenja (54) (tablica 7) i praćenja unapređenja prehrane dojenčadi i male djece.

Tablica 7. Sedam radnji za poticanje napretka dojenja prema SZO i UNICEF-u od 2017. godine (54)

1.	Povećati sredstva za povećanje stope dojenja od rođenja do 2 godine.
2.	Usvojiti i pratiti Međunarodni pravilnik za prodaju i reklamiranje nadomjestaka za majčino mlijeko.
3.	Osigurati plaćeni obiteljski dopust i politiku dojenja na radnom mjestu.
4.	Implementirati "deset koraka do uspješnog dojenja" u rodilištima.
5.	Poboljšati pristup kvalificiranom savjetovanju zaštite dojenja u zdravstvenim ustanovama.
6	Jačati veze između zdravstvenih ustanova i zajednica za potporu dojenju.
7.	Praćenje napretka politika, programa i financiranja dojenja.

Na kraju, vrijedno je ponoviti riječi izvršnog direktora UNICEF-a, Anthony Lakea, koji je izjavio sljedeće:

> "Što ako vlade imaju dokazano rješenje za ekonomski učinkovit način za spašavanje života djece, smanjivanje stope pothranjenosti, podupiranje zdravlja djece, poticanje obrazovnih postignuća i povećanje produktivnosti? To rješenje postoji: zove se dojenje**.** A to je jedna od najboljih investicija koje narodi mogu učiniti u životima za budućnost njihovih najmlađih članova – i tako dugoročno povećati snagu njihovog društva."

1.4.1. Hrvatska politika dojenja

Početkom 1993. godine u hrvatskim rodilištima, nakon što su UNICEF i Ministarstvo zdravstva RH pokrenuli program *Rodilišta-prijatelji djece,* počele su se događati promjene. Uz mnogo napora, kroz dugi niz godina, danas u Hrvatskoj sva državna rodilišta, ukupno njih 31, nose titulu *Rodilište-prijatelj djece.* Jedno je privatno rodilište koje nema titulu *Rodilište-prijatelj djece.* Program *Rodilište-prijatelj djece* obuhvaća djecu koja su zdrava te smještena na odjelu babinjača.

S obzirom na to da ovim programom nisu obuhvaćena djeca koja se liječe u jedinicama novorođenačke intezivne njege (JINNJ) i liječenja (JINL), 2012. godine skupina stručnjaka iz skandinavskih zemalja i Quebeca razradila je program za jedinice intenzivnog neonatalnog liječenja i njege (JINL/JINNJ) pod nazivom *Inicijativa Rodilište-prijatelj djece za odjele intenzivnog neonatalnog liječenja i njege (engl. Baby Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards, Neo-BFHI*). Program sadrži *Tri vodeća načela* i *Deset koraka do uspješnog dojenja za odjele intenzivnog neonatalnog liječenja i njege* (55) (tablica 8). Kroz Program već godinama se i u Hrvatskoj kontinuirano podupire stvaranje uvjeta za podržavanje dojenja u rodilištu.

Tablica 8. Tri vodeća načela i Deset koraka do uspješnog dojenja programa *Rodilište-prijatelj djece* za odjele neonatologije (55)

1. načelo	Ponašanje osoblja prema majci mora biti usredotočeno na svaku majku posebno i na njezinu situaciju.
2. načelo	Ustanova mora pružiti skrb usmjerenu na obitelj koju podržava okolina.
3. načelo	Sustav zdravstvene skrbi mora omogućiti kontinuiranu skrb, odnosno kontinuiranu prenatalnu, perintalnu i postnatalnu skrb te skrb nakon otpusta iz bolnice.
10 KORAKA DO USPJEŠNOG DOJENJA U JEDINICAMA INTENZIVNE NEONATALNE SKRBI	
1. korak	Morate imati napisani plan o dojenju koji služi cjelokupnom zdravstvenom osoblju.
2. korak	Pružite osoblju posebnu edukaciju i obuku kako bi steklo znanja i vještine koji su potrebni za primjenu ovih pravila.
3. korak	Objasnite svim hospitaliziranim trudnicama koje su u opasnosti od prijevremenog porođaja ili porođaja bolesne novorođenčadi kako se doji te koje su dobrobiti dojenja.
4. korak	Potičite rani, kontinuirani i dugotrajni kontakt koža na kožu između majke i djeteta bez neopravdanih ograničenja. Stavite novorođenče na majčina prsa najkraće na jedan sat odmah nakon porođaja. Potičite majke da prepoznaju kad su njihova djeca spremna na dojenje i ponudite im pomoć, ako im je potrebna.
5. korak	Pokažite majkama kako započeti i održati laktaciju i zatim započeti rano dojiti orijentirajući se samo prema stabilnosti novorođenčeta.
6. korak	Novorođenčad hranite isključivo majčinim mlijekom i nikakvom drugom hranom ili tekućinom osim ako to nije potrebno zbog medicinskih razloga.
7. korak	Omogućite majkama i novorođenčadi da budu zajedno 24 sata na dan.
8. korak	Neka dojenje na zahtjev ili ako je potrebno povremeno dojenje na zahtjev postanu prijelazna strategija hranjenja nedonoščadi i bolesne novorođenčadi.
9. korak	Koristite druge načine hranjenja osim hranjenja bočicom, barem dok dojenje nije u potpunosti uspostavljeno, a dude varalice i šeširiće za bradavice koristite samo ako za to postoje opravdani razlozi.
10. korak	Pripremite roditelje na svakodnevno dojenje i omogućite im pristup službama za potporu/grupama za potporu dojenju nakon otpusta iz bolnice.

Osim svega što je navedeno, ovaj program se zalaže za poštivanje Međunarodnog pravilnika za prodaju i reklamiranje nadomjestaka za majčino mlijeko. Republika Hrvatska uključila se u provođenje programa 2013. godine. U okviru programa *Rodilište prijatelj djece* postojala je mogućnost ocijene i nekih koraka koji su se odnosili na dio koji se zove *Rodilište prijatelj majki.* Većina rodilišta u RH je izrazila spremnost za sudjelovanje u tom projektu ali niti jedno rodilište nije željelo biti ocijenjeno. Stanje skrbi majki u rodilištima nije bilo najbolje zbog neujednačene prakse i često nepoštivanja ljudskih prava majki i rodilja. Zbog toga se je krenulo s edukacijom ginekologa, neonatologa, primalja i medicinskih sestara s ciljem pokretanja pilot Programa *Rodilište-prijatelj majki i djece.*

Prihvaćene su smjernice Međunarodnog udruženja ginekologa i opstetričara (*franc. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique – (FIGO*) koje se zauzima da sve žene imaju pravo na pozitivno iskustvo rađanja i suosjećajnu skrb osposobljenog i stručnog osoblja koje vjeruje u jedinstvenost svake žene, obitelji i novorođenčeta koji zaslužuju individualiziranu i dostojanstvenu skrb. FIGO je sastavio 10 kriterija za ustanove koje su prijatelji majki i djece (tablica 9).

Ministarstvo zdravstva RH definiralo je nacionalne dokumente o pokretanju programa *Rodilište-prijatelj majki* u kojemu su prihvaćene i razrađene FIGO smjernice, te se tijekom 2017. godine započelo s provođenjem pilot-projekt u sljedećim rodilištima: Kliničkoj bolnici (KB) Sveti Duh, KB Merkur i Kliničkom bolničkom centru (KBC) Rijeka te Općoj bolnici (OB) Zabok i Bolnici hrvatskoh veterana. Ovaj projekt zajednička je akcija Ministarstva zdravstva i Ureda UNICEF-a za Hrvatsku s ciljem daljnjeg prilagođavanja rodilišta potrebama majki, poboljšanje komunikacije između zdravstvenih djelatnika i rodilja, bolje informiranosti i partnerstva (56).

Tablica 9. Deset kriterija za ustanove koje su prijatelji majki i djece prema Međunarodnom udruženju ginekologa i opstetričara (FIGO) iz 2015. godine (56)

1. kriterij	Svim rodiljama nudi mogućnost da jedu, piju, hodaju, stoje i kreću se tijekom prvog porođajnog doba i da zauzmu položaj po vlastitom izboru/u kojem im je najudobnije tijekom drugog i trećeg porođajnog doba, ako to nije medicinski kontraindicirano.
2. kriterij	Ima jasne, nediskriminatorne politike i smjernice za liječenje majki zaraženih HIV-om i njihove novorođenčadi te skrb o njima, kao i politike savjetovanja i pružanja usluge planiranja obitelji nakon porođaja i usluga namijenjenih mladima.
3. kriterij	Pruža svim majkama privatnost tijekom trudova i porođaja.
4. kriterij	Dopušta svim rodiljama prisutnost barem jedne osobe po vlastitom izboru (npr. otac, partner, član obitelji, prijatelj i tradicionalna primalja ovisno o kulturnom kontekstu) tijekom trudova i porođaja.
5. kriterij	Pruža skrb prilagođenu pojedinim kulturama, koja poštuje običaje pojedinca, prakse i vrijednosti povezane s porođajem koje nisu štetne, uključujući skrb o ženama koje su doživjele perinatalni gubitak.
6. kriterij	Ne dopušta fizičko, verbalno, emocionalno i financijsko zlostavljanje žena koje su u trudovima, rađaju te žena koje su rodile i njihovih obitelji.
7. kriterij	Pruža skrb koja je povoljna i u skladu je s nacionalnim smjernicama te jamči financijsku odgovornost i transparentnost. Obitelji će biti informirane o očekivanim troškovima te kako mogu obaviti plaćanje usluga. Obitelji moraju biti informirane o mogućim dodatnim troškovima u slučaju komplikacija. Zdravstvene ustanove moraju imati postupak plaćanja koji ne uključuje zadržavanje žene ili djeteta. Nedopustivo je odbijanje skrbi za majku ili dijete zbog nemogućnosti plaćanja.
8. kriterij	Nema običaj koristiti prakse ili postupke koji se ne temelje na rezultatima, kao što su nepotrebna episiotomija, izazivanje trudova ili odvojena skrb o majci i djetetu itd., u skladu s međunarodnim smjernicama i planovima djelovanja. Svako rodilište treba imati kapacitete, osoblje, politiku i opremu za oživljavanje majki i dojenčadi, smanjenje rizika infekcije, trenutačno prepoznavanje i sprečavanje/liječenje novih potreba majki i dojenčadi te imati uspostavljene kontakte za savjetovanja i moguće planove stabilizacije i/ili prijevoza bolesnih majki i bolesne/rano rođene djece.
9. kriterij	Obrazuje, savjetuje i potiče osoblje da po potrebi omogući farmakološke i nefarmakološke metode ublažavanja boli.
10. kriterij	Promiče trenutačan kontakt "koža na kožu" majke i djeteta te aktivno podupire sve majke da što češće drže i same doje svoju djecu te pruža zajedničku skrb za majku i dijete prema potrebu.

U promicanju kulture dojenja značajan utjecaj predstavlja i zajednica, stoga je Vlada 2015. godine pokrenula Program *Zajednice-prijatelji dojenja u Hrvatskoj*, koji se sastoji od 10 koraka (56) (tablica 10).

Tablica 10. Deset koraka programa zajednice-prijatelji dojenja u Republici Hrvatskoj (56)

1. korak	Formiranje koordinacijskog tijela u zajednici u cilju suradnje među različitim čimbenicima koji sudjeluju u zaštiti i promicanju dojenja.
2. korak	Imati pisani usvojen program promicanja dojenja u zajednici koji su usvojila nadležna društvena tijela.
3. korak	Podučavati svo osoblje koje je uključeno u njegu majki i djece, u vještinama nužnim za provođenje dojenja.
4. korak	Informirati sve trudnice o koristima i načinima provođenja dojenja (tečajevi za trudnice uz obuhvat od najmanje 75 % trudnica).
5. korak	Rodilište u dotičnoj zajednici je "Rodilište-prijatelj djece".
6. korak	Poticati majke da nastave dojiti nakon izlaska iz rodilišta uz: • individualnu potporu patronažnih sestara i primalja • obuhvat dojilja u grupama za potporu dojenja.
7. korak	Potpora primarne zdravstvene zaštite dojenju-preko "Savjetovališta za djecu-prijatelj dojenja".
8. korak	Ljekarne s osobljem educiranim za potporu dojenju ("Ljekarne prijatelji dojenja").
9. korak	Uključiti javne objekte; trgovačke, ugostiteljske, sredstva javnog prijevoza za osiguranje mjesta za dojenje.
10. korak	Poticati prijateljski odnos društva prema dojenju, posebno uključenjem medija u cilju informiranja zajednice o važnosti dojenja, te o rezultatima što zajednica čini da se poveća broj dojene djece.

U cilju zaštite i promicanja dojenja 1995. godine u Republici Hrvatskoj započinje osnivanje *Grupa za potporu dojenju*. U svijetu postoje različiti organizacijski modeli grupa za potporu dojenju. U Republici Hrvatskoj grupe za potporu dojenju predstavljaju specifičan oblik potpore dojenju koje povezuju zdravstvene djelatnike i laike u pružanju potpore ženama da što dulje doje svoju djecu. Upravo zbog toga je 2000. godine osnovana *Hrvatska udruga grupe za potporu dojenju* (HUGPD) kako bi okupila i podržala rad svih aktivnih grupa. Grupe vode posebno obučene patronažne sestre koje osiguravaju stručnu podršku o njezi i skrbi za dojenče (57). Cilj grupe je pomoći svim roditeljima u dojenju, odnosno u davanju podrške i savjeta na koji način riješiti potencijalne poteškoće vezane za dojenje. Do 2018. godine registrirane su 224 grupe za potporu dojenju u cijeloj Hrvatskoj (57).

Važnost dojenja u Hrvatskoj također su prepoznala i stručna društva te je Komisija za promicanje dojenja *Hrvatskog pedijatrijskog društva* (HPD), na temelju dosadašnjih programa SZO i UNICEF-a, donijela u prosincu 2005. godine sljedeće preporuke u svezi s prirodnom prehranom djece i smjernice za njihovo ostvarivanje (58):

1. Prirodna prehrana je najbolji način prehrane djece. Komisija za promicanje dojenja Hrvatskog pedijatrijskog društva se zalaže za promicanje isključivog dojenja (prehrana samo majčinim mlijekom, bez dodataka drugih tekućina i/ili hrane) tijekom prvih 6 mjeseci

djetetova života, uz uvjet odgovarajućeg rasta i razvoja djeteta, te nastavak dojenja uz nadohranu krutim namirnicama do dvije godine, pa i duže.

2. Pedijatri i ostali zdravstveni djelatnici koji skrbe o zdravlju žena i djece trebali bi preporučivati prehranu majčinim mlijekom za svu djecu, uključivo i nedonoščad, osim kad je dojenje kontraindicirano. Nedonoščad na prirodnoj prehrani dobiva dodatnu zaštitu i ima povoljniji razvojni ishod u usporedbi s nedonoščadi hranjenom umjetnom prehranom. Buduće majke i roditelje treba informirati o svim prednostima dojenja. Informacije moraju biti jasne, potpune i u skladu s najnovijim spoznajama iz tog područja. Osobito treba naglasiti da dojenje: – osigurava idealnu prehranu djeci i omogućava zdrav rast i razvoj, – smanjuje oboljenje i smrtnost dojenčadi, – pokazuje povećane prednosti ako su djeca na potpunoj prirodnoj prehrani prvih šest mjeseci, a uz nadohranu i dalje, – prevenira nastanak debljine u kasnijoj životnoj dobi i nastanak ateroskleroze, čime se smanjuje rizik nastanka kardiovaskularnih bolesti, – dojena djeca imaju veću inteligenciju, bolji psihomotorni, emocionalni i društveni razvoj, – utječe na zdravlje žena, smanjujući rizik od raka dojki i jajnika te rizik nastanka osteoporoze, – dovodi do socijalne i ekonomske dobrobiti za obitelj i društvo, jer je dojenje besplatno, a za zdravstvenu skrb dojene djece potrebno je izdvojiti manje sredstava, jer su rjeđe bolesna, manje troše lijekove i često manje zahtijevaju bolničko liječenje nego nedojena djeca.
3. Rodilište ima ključnu ulogu u promicanju dojenja. Pedijatri i ostali djelatnici rodilišta trebaju se zalagati za kontinuirano provođenje "10 koraka do uspješnog dojenja": – zdravu novorođenčad neposredno nakon porođaja staviti majci na prsa, kako bi se ostvario kontakt kože-o-kožu i potaknuo prvi podoj. Ovaj postupak pospješuje uspostavu laktacije, – majkama pokazati tehniku dojenja, objasniti značenje pravilnog položaja i prihvata djeteta na prsima te pomoći u rješavanju poteškoća kao što su zastoj mlijeka, bolne bradavice i sl., – osigurati 24-satni zajednički boravak majke i djeteta u sobi (rooming- in). Objasniti majci da se dijete doji na zahtjev i kako će prepoznati rane znakove gladi. Okvirno se može savjetovati za zdravo novorođenče do 12 podoja u 24 sata, te razmak ne veći od 4 sata između dva podoja (u tom slučaju novorođenče treba probuditi), – novorođenčad na prsima ne treba dobivati nikakvu drugu tekućinu ni hranu, osim ako je to medicinski indicirano i ako je preporučio liječnik, – uporabu duda varalica ne treba savjetovati, jer otežavaju uspostavljanje dojenja.
4. Nakon otpusta iz rodilišta majku uputiti na skupine za potporu dojenju ili neki drugi oblik postnatalne potpore dojenju u zajednici (savjetovanje s patronažnom sestrom, savjeti telefonom pedijatara u rodilištima/pedijatrijskim odjelima, liječnika primarne zdravstvene

zaštite ili članova udruga koje se bave promicanjem dojenja). Patronažne sestre imaju značajnu ulogu u promicanju dojenja, osobito u prvih nekoliko tjedana nakon porođaja. Tijekom posjeta novorođenčetu i majci patronažna sestra ima uvid u stanje majke i djeteta i uspješnost uspostavljanja laktacije, savjetuje majku kako prevladati poteškoće i ohrabruje ju za nastavak dojenja.

5. Pedijatri trebaju savjetovati roditelje da isključivo dojenje osigurava optimalan rast i razvoj tijekom otprilike prvih 6 mjeseci života.
6. Dohranu drugom vrstom namirnica potrebno je postupno uvoditi u dobi od oko navršenih 6 mj. Uvođenjem dohrane prije te dobi ne povećava se kalorijski unos ni brzina rasta dojenčeta, ali se smanjuje unos sastojaka majčina mlijeka koji djeluju zaštitno. Neka dojenčad mogu zahtijevati uvođenje dohrane i ranije, tj. u dobi od oko 4 mjeseca života, dok neka dojenčad nisu spremna za prihvaćanje dohrane ni u dobi od 6 mjeseci, nego 1 - 2 mjeseca kasnije.
7. Nakon navršenih 6 mjeseci života dojenje treba nastaviti najmanje do godine dana, uz uvođenje dohrane. Preporučuje se dojenje i nakon navršene 1 godine života, ako to majka i dijete žele. Ne postoje dokazi o štetnosti dugotrajnog dojenja na djetetove psihološke ili razvojne procese, niti postoji definirana gornja granica trajanja dojenja.

Da bi poduprla dojenje kao važanu preventivno zdravstvenu aktivnost, Vlada Republike Hrvatske je u rujnu 2012. godine, usvojla *Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva od 2012. do 2020. godine* ("Narodne novine" broj: 116/12"), koja čini temeljni okvir Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Strategija je krovni dokument koji utvrđuje kontekst, viziju, prioritete, ciljeve i ključne mjere u zdravstvu Republike Hrvatske u predstojećem razdoblju (pod točkama 3, 5, 12, 11) (59). Time Vlada potvrđuje da je dojenje jedan od važnijih javno zdravstvenih prioriteta. U dokumentu se navodi cilj povećanja postotka isključivo dojene djece do 6 mjeseci života. Također cilj je povećanje postotka ukupno dojene djece od 7. mjeseca do 1. godine odnosno 2. godine djetetova života. Vlada Republike Hrvatske založila se za kontinuirano provođenje Nacionalnog programa za zaštitu i promicanje dojenja kroz sustav zdravstva (59).

Dojenje predstavlja važan korak u prevenciji i očuvanju zdravlja, te zbog toga Ministarstvo zdrastva RH 2015. godine pokreće *Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. godine* a kao glavne indikatore evaluacije Programa navodi povećanje udjela isključivo dojene djece (59).

Osnovni ciljevi Programa su povećati postotak isključivo dojene djece do 6. mjeseca života, kao i postotak ukupno dojene djece od 7. mjeseca do 1. odnosno do 2. godine života. Zatim, održati kvalitetu za obnavljanje naziva "Rodilište-prijatelj djece" te osigurati edukaciju zdravstvenih

djelatnika, volontera i predstavnika udruga civilnog društva sukladno programu promicanja dojenja SZO-a i UNICEF-a ("Rodilišta prijatelji djece"). Cilj je također osigurati dostupnost različitih oblika edukacije i potpore dojenju trudnicama i roditeljima u lokalnoj zajednici.

S ciljem daljnjeg unapređenja promicanja dojenja, radna skupina nacionalnog Povjerenstva za zaštitu i promicanje dojenja, Ministarstvo zdravstva RH prihvatila je *Nacrt prijedloga Nacilonalnog programa za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. do 2020. godine,* a Vlada RH je 23. kolovoza 2018. godine usvojila *Nacionalni program za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. do 2020. godine* (56).

Ciljevi *Nacionalnog programa za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. do 2020. godine* su (56):

- Povećati udio isključivo dojene djece do navršenih 6 mjeseci života,
- Nastaviti provođenje promicanja dojenja u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja, i njege u rodilištima i dječjim bolničkim odjelima,
- Poticati djelovanje i rad zajednice na zaštiti i promicanju dojenja.

Kao jedan od važnijih ciljeva *Nacionalnog programa*, pokrenuto je osnivanje banke humanog mlijeka. Ciljevi banke mlijeka su:

- Pružiti potporu dojenju i sustavno djelovati na ostvarivanju cilja produženja isključivog i ukupnog trajanja dojenja u Hrvatskoj,
- Osigurati dovoljnu količinu darovanog humanog mlijeka za prijevremeno rođenu djecu i ugroženu novorođenčad koja nemaju pristup mlijeku vlastite majke,
- Osigurati sigurnost i kvalitetu darovanog mlijeka,
- Osigurati samoodrživost sustava pohranjivanja darovanog mlijeka,
- Promicati primjenu darovanog humanog mlijeka na znanstveno utemeljenim dokazima,
- Sudjelovati u znanstvenim istraživanjima,
- Surađivati s udrugama civilnog društva koje u zajednici rade na podizanju svijesti o važnosti dojenja.

Vlada je kroz niz strateških dokumenata usvojila i predložila usvajanje inicijativa za provođenje aktivnosti u svrhu zaštite i promicanja dojenja kroz sustav zdravstva kao i humanizacije rodilišta i zdravstvenog sustava u zaštiti žena i djece u Republici Hrvatskoj.

1.5. Rizici izostanka dojenja

Izostanak dojenja za posljedicu ima brojne rizike, kako za majku tako i za dijete (60, 61), te za zajednicu i okoliš. Izostanak dojenja i rani prestanak dojenja imaju važne nepovoljne zdravstvene, društvene i ekonomske posljedice, što rezultira većim troškovima zdravstvenih usluga i povećava

socioekonomske razlike u različitim dijelovima društva (62). Za razliku od toga, dojenje pruža kratkoročnu i dugoročnu zdravstvenu, ekonomsku i okolišnu prednost za obitelji (63) i dovodi do smanjenja nejednakosti u društvu.

1.5.1. Rizici izostanka dojenja za dijete

Dojenčad hranjena formulom suočava se s većim rizikom obolijevanja od zaraznih i nezaraznih bolesti u prvoj godini života (64). Te razlike u zdravlju mogu se objasniti nedostakom imunoloških čimbenika u formuli koji su prisutni u majčinom mlijeku (64).

U nizu znanstvenih istraživanja tijekom proteklih nekoliko desetljeća, pokazalo se da izostanak dojenja dovodi do suboptimalnog zdravlja i razvoja djeteta (65 - 68). Majčino mlijeko, osim što utječe na nutritivne djetetove potrebe, utječe i na formiranje njegovog mikrobioma. Mikrobiološka kolonizacija započinje tijekom intrauterinog života i nastavlja se tijekom porođaja tijekom kojeg se mikroorganizmi prenose s majke na dijete u porođajnom kanalu te tijekom kontakta kože na kožu odmah nakon rođenja i preko majčina mlijeka (69, 70). Tako bakterije pomažu u regulaciji metabolizma i imaju važnu ulogu u razvoj imunološkog sustava (71). Dojenje u prvom satu života važno je zbog početnog majčinog mlijeka (kolostruma) koje ima snažna protuupalna svojstava (72).

Dojenčad koja je isključivo hranjena formulom imala je češću kolonizaciju s bakterijama koje su nepoželjne, npr. *Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, *Bacteroides* i laktobacili, u usporedbi s dojenčadi koja je bila dojena (73). Djeca hranjena umjetnom prehranom u usporedbi s djecom koja su hranjena ljudskim mlijekom imaju veći rizik obolijevanja od nekih bolesti. Rizici izostanka dojenja za zdravlje djeteta prikazani su u tablici 11 (74).

Tablica 11. Povećani zdravstveni rizici povezani s izostankom dojenja kod terminske i prijevremeno rođene djece (74)

Ishod	Rizik (%)
ROĐENI NA TERMIN	
Hospitalizacija zbog bolesti donjeg respiratornog trakta u 1. godini	257
Proljev i povraćanje (gastrointestinalna infekcija)	178
Akutna infekcija uha (otitis media)	100
Astma uz pozitivnu obiteljsku anamnezu	67
Dijabetes tipa 2	64
Sindrom iznenadne dojenačke smrti	56
Ekcem (atopijski dermatitis)	47
Astma, bez pozitivne obiteljske anamneze	35
Pretilost u djece	32
Akutna limfocitna leukemija	23
Akutna mijeloična leukemija	18
PRIJEVREMENO ROĐENI	
Nekrotizirajući enterokolitis	138

Procijenjeno je da bi se moglo spriječiti 823.000 smrti djece mlađe od 5 godina kao i 20.000 smrti žena od raka dojke, kada bi se provodile preporuke SZO o isključivom dojenju i trajanju dojenja najmanje šest mjeseci (61). Izostanak dojenja je povezan s povećanim rizikom neonatalnih smrti, respiratornih infekcija, sepse, proljeva, dermatitisa, ekcema, celijakije i upalnih bolesti crijeva (75, 76).

Osim što predstavlja ozbiljan zdravstveni problem, sindrom iznenadne dojenačke smrti (engl. Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) vjerojatno izaziva veliki strah kod svakog roditelja. SIDS je neobjašnjiva i neočekivana smrt do tada zdravog dojenčeta, koja se događa u snu. Dojenčad koja nije dojena najmanje 2 mjeseca ima povećan rizik od SIDS-a (77, 78). Nedojena djeca češće obolijevaju od astme te imaju veći rizik od akutnih upala uha, dok je kod nedonoščadi povećan rizik od nekrotizirajućeg enterokolitisa (79, 80). U sustavnom pregledu i meta-analizi o povezanosti između trajanja isključivog dojenja i rizika od akutne upale uha dokazano je da je dojenje povezano sa smanjenjem učestalosti upale uha za oko 43% u prve dvije godine života (81). Rizik među nedojenom djecom udvostručuje se u usporedbi s dojenčadi koja je isključivo dojena 6 mjeseci (81). Dojenje može biti važan čimbenik u prevenciji primarne osteoporoze (82). Nadalje, djeca hranjena formulom imaju veći rizik od nastanka gastrointestinalnih bolesti, reumatoidnog artritisa te dvostruko povećan rizik od nastanka dijabetesa tipa 1 ukoliko nisu dojena 12 mjeseci (83 - 85). Izostanak dojenja dovodi do povećanog rizika od pretilosti u djece koji danas je najčešći poremećaj prehrane (86, 87). Izostanak dojenja predstavlja važan čimbenik rizika za razvoj bolesti srca i

krvnih žila u odrasloj dobi, za razvoj povišene razine kolesterola, pretilosti, visokog sistoličkog krvnog tlaka i dijabetesa tipa 2 (66).

U svijetu se dijagnosticira godišnje oko 175.000 slučajeva raka kod djece mlađe od 15 godina, s godišnjim porastom incidencije od oko 0,9% u razvijenim zemljama (88). Rak u djetinjstvu je rijedak, a njegova stopa preživljavanja znatno se povećala tijekom godina zahvaljujući napredovanju medicinske znanosti i metoda liječenja. Međutim, maligne bolesti su u razvijenim zemljama i dalje glavni uzrok smrti djece i adolescenata u dobi od 1 do 19 godina (88, 89). Leukemija, je najčešća zloćudna bolest djece i čini oko 30% svih zloćudnih bolesti u djetinjstvu (90). U razdoblju od 1975. do 2011. godine, incidencija leukemije povećala se u Sjedinjenim Državama s godišnjim prosjekom od 0,7% za djecu i adolescente u dobi od 0 do 19 godina, dok je u Europskoj Uniji godišnji porast učestalosti leukemije između 1978. i 1997. godine iznosio prosječno 0,6% (91, 92). Izostanak dojenja povećava rizik nastanka leukemije (93). Naime dojene djece u trajanju 6 i više mjeseci smanjuje rizik obolijevanja od leukemije u djetinjstvu (93).

Zbog drukčijeg načina sisanja bočice, nedojena djeca sklonija su slabijem razvoju čeljusti, Eustahijeve cijevi i mišića jezika, što može otežati razvoj govora, ali i dovesti do poremećaja zagriza i karijesa, te upale srednjeg uha (94 - 96). Smatra se da nedojenje utječe na razvoj mozga, odnosno da nedojena djeca ne postižu optimalnu inteligenciu (97, 98) zbog nedostatka više nezasićenih masnih kiselina u formuli (99). Sastav lipida u majčinom mlijeku varira tijekom dojenja i ovisi o majčinoj prehrani (100). Kod dojenačkih formula lipidni sastav razlikuje se ovisno o tome koje su masnoće dodavane (100). Formula treba sadržavati dokozaheksaensku kiselinu (DHA), arahidonsku kiselinu (AA), ostale polinezasićene masne kiseline, zasićene masne kiseline i kompleksne lipide koji se nalaze u mliječnoj masti (100). Važna prednost majčinog mlijeka u odnosu na formulu je promjenljivost sastava majčinog mlijeka koja prati ritam djetetovih potreba i taj ritam se ne može oponašti u industrijski proizvedenom mlijeku. Industrijski proizvedeno mlijeko može djetetu osigurati normalan rast i razvoj ali ne može pružiti sve biloške prednosti prirodne prehrane (101, 102).

U istraživanju provedenim u Velikoj Britaniji u razdoblju od 2000. do 2001. godine, uključeno je 10.037 parova majki i djece. Istraživanje je pokazalo da ona djeca koja nisu dojena imaju češće poremećaje ponašanja u dobi od 5 godina, dok su djeca koja su hranjena najmanje četiri mjeseca majčinim mlijekom imala rjeđe poremećaje ponašanja (103, 104).

Osim navedenog, dojenje zadovoljava djetetove emocionalne potrebe i na taj način se nakon rođenja nastavlja simbioza između majke i djeteta te se sprječava stres odvajanja djeteta od majke za majku i naročito za dijete (105). Dojenjem se mogu prevenirati mnoge bolesti, a dijete ima

osjećaj zaštićenosti, sigurnosti i ljubavi, što je manje izraženo u djece koja su hranjena zamjenskim mlijekom (106, 107).

1.5.2. Rizici izostanka dojenja za majku

S obzirom na to da je dojenje prirodni proces koji predstavlja značajnu fazu u ženinom reproduktivnom životu, žene koje ne doje izložene su određenim rizicima. To su potvrdili autori u sustavnom pregledu i meta-analizi u studiji o utjecaju dojenja na majčino zdravlje (108). U studiju su uključena sva opservacijska istraživanja, zatim randomizirana kontrolirana istraživanja (RKI) o utjecaju trajanja dojenja na zdravlje majke. Ukjučeno je 100 studija utjecaja dojenja na karcinom dojke, 40 studija na karcinom jajnika, 12 studija o laktacijskoj amenoreji, 5 studija o promjeni tjelesne težine nakon porođaja i 6 studija o osteoporozi (108).

Karcinom dojke najčešći je oblik karcinoma u žena. Rizik obolijevanja od karcinoma dojke veći je ako majka ne doji (109). Dojenje predstavlja jedan od čimbenika koji smanjuje rizik obolijevanja od karcinoma dojke (110). Nizom objavljenih znanstvenih istraživanja o karcinomu dojke, dokazano je da žene koje nisu dojile imaju povećan rizik nastanka karcinoma dojke (108, 111 - 114). Rezultati istraživanja u meta-analizi koje je proveo Beral i sur. 2002. godine u 30 zemalja uzeli su u obzir 47 različitih studija. Rezultati su pokazali da se rizik obolijevanja od karcinoma dojke smanjuje za 4,3% sa svakom godinom dojenja, a sa svakim porođajem i ponovnim dojenjem rizik se smanjuje za dodatnih 7% (115). Dojenje dulje od 12 mjeseci bilo je povezano sa smanjenim rizikom obolijevanje od karcinoma dojke za 26% (108). Žene koje su ikad dojile imale su smanjen rizik obolijevanja od karcinoma dojke za 22% u usporedbi sa ženama koje nisu nikada dojile (108).

Istraživači su izračunali da bi se povećanjem učestalosti i trajanja dojenja godišnje moglo spriječiti 20.000 smrti žena zbog karcinoma dojke (61). Osim karcinoma dojke, izostanak dojenja je povezan i s povećanim rizikom obolijevanja od karcinoma endometrija za 11% i karcinoma jajnika za 37% (116 - 118). Nakon porođaja sisanje djeteta dovodi do otpuštanja oksitocina (119). Sisanje povećava otpuštanje mlijeka iz dojki te istovremeno potiče kontrakcije maternice i na taj način pomaže da se maternica vrati na prijašnju veličinu kao prije trudnoće, a također smanjuje rizik od krvarenja nakon poroda (119). Žene koje ne doje imaju povećani rizik od postpartalnog krvarenja.
Uz sve navedeno, izostanak dojenja djeluje i na povećani rizik obolijevanja od kardiovaskularnih bolesti, arterijske hipertenzije i postpartalne depresije, koja je međunarodni javno zdravstveni problem koji pogađa najmanje jednu od osam majki (120 - 122).

1.5.3. Rizici izostanka dojenja za zajednicu

Izostanak dojenja, osim što utječe na dijete i majku, utječe kako na zajednicu tako i na zdravstveni sustav. Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća sve je više žena koje su uključene u tržište rada. Za žene koje su zaposlene, manje je vjerojatno da će povratkom na posao nastaviti s dojenjem nego za žene koje nisu zaposlene (123). Zapošljavanje i rani povratak na posao dva su čimbenika povezana s kraćim trajanjem dojenja i s prekidom dojenja (124). Poticanje dojenja na radnim mjestima produktivno je i za poslodavce i za zaposlenike. Podrška majkama u kombiniranju dojenja i posla usmjerena na očuvanje dojenja pokazuje da su žene koje su očuvale dojenje zadovoljnije i posvećenije poslu (125).

Zbog sve većih poteškoća s dojenjem nakon povratka žene dojilje na posao, SZO je u suradnji s Međunarodnom organizacijom rada i Svjetskim savezom za dojenje organizirala skup pod nazivom "Dojenje i posao, napravimo posao" na kojem su objavljene smjernice za poslodavce u nastojanju da se majkama omogući uspješno kombiniranje dojenja s poslom (126). Ove smjernice uključuju poštivanje nacionalnih zakona o plaćenom rodiljnom dopustu, dostupnost dječjih vrtića, fleksibilno radno vrijeme i omogućavanje dojenja na poslu (126). Nedojenje je izravno povezano s češćim obolijevanjem djeteta, povećanim zdravstvenim troškovima i nezadovoljstvom majke (125, 127).

Sve je više mladih žena te je tim ženama potrebno dati podršku, omogućiti kasnije vraćanje na posao, kraće radno vrijeme ili fleksibilno radno vrijeme koje im omogućava korištenje stanke za dojenje te im osigurati prostorije, kako bi što više žena nastavilo s dojenjem nakon povratka na posao (123).

Snažna društvena podrška pomaže ženama u prevladavanju navedenih prepreka pri ustrajavanju u nastavku dojenja, koje je važno i njima i široj zajednici (128). Utjecaj potpore zajednice, obitelji i poslodavaca dojenju na zdravstvenu zaštitu žena prikazana je u tablici 12 (128).

Tablica 12. Podrška zajednice, obitelji i poslodavaca dojenju i njen učinak na zdravstvenu zaštitu (128)

	Uspješno dojenja			
	Zajednica	**Obitelj**	**Poslodavac**	**Učinak na zdravstvenu zaštitu**
Žena	Grupe za potporu dojenju	Podrška i razumijevanje	Adekvatne prostorije za dojenje ili izdajanje	Manje posjeta liječniku
	Vršnjačka potpora	Omogućavanje vremena za odmor	Pauze za dojenje	Bolje zdravlje
	Potpora primarne zdravstvene zaštite		Fleksibilno radno vrijeme ili skraćeno radno vrijeme	Veća ušteda
			Podrška kolega i šefa	

1.5.4. Utjecaj izostanka dojenja na okoliš

Izostanak dojenja ima negativan utjecaj na okoliš jer se za proizvodnju adaptiranog kravljeg mlijeka koristi određena količina kemikalija, vode, energije i ostalih resursa za proizvodnju, pakiranje, prijevoz, promociju i pripremu nadomjestaka majčinog mlijeka (129).

Da bi se iz kravljeg mlijeka dobilo adaptirano mlijeko potrebne su visoke temperature kako bi se kravlje mlijeko pretvorilo u prah. Proizvodnja se pokreće uz pomoć električne energije čija proizvodnja zagađuje okoliš (129). Industrijski proizvedeno mlijeko može biti zagađeno tvarima poput dioksina i polikloriranih bifenila (PCB). Proces proizvodnje, pohrane i transporta adaptiranog mlijeka predstavlja izvor onečišćenja zraka (129). Za hranjenje djeteta adaptiranim mlijekom koriste se bočice, dude i ostali pribor koji je uglavnom od plastike, stakla, gume, metala i slikona, što predstavlja dodatni problem za okoliš jer nije biološki razgradivo (130). Dojenje predstavlja zelenu opciju prehrane dojenčadi, energetski je najefikasnije te predstavlja minimalni rizik za okoliš (131).

1.5.5. Utjecaj izostanka dojenja na troškove liječenja

Žene koje ne doje imat će više zdravstvenih poteškoća, kao i njihova djeca tijekom djetinjstva, adolescencije i odrasle dobi, što rezultira većim zdravstvenim troškovima (108, 132). U SAD-u, suboptimalno dojenje dovodi do visokih zdravstvenih troškova, od čak 3,0 milijarde dolara godišnje, od kojih 79% otpada na troškove za majke (133). Povećanje optimalnog dojenja moglo bi

rezultirati znatnim poboljšanjem zdravstvenog stanja ljudi, a samim time i samanjenjem troškova zdravstvene zaštite (133).

Uz povećanje broja usluga zdravstvene zaštite dolazi i do povećanja troškova liječenja (134). Nedojenje je povezano sa 734 milijuna dolara izravnih medicinskih troškova, 126 milijuna dolara neizravnih troškova, 17,4 milijarde dolara društvenih troškova i 4.396 preranih smrti u dobnoj skupini prije navršenih 70 godina (134). Troškovi povezani sa suboptimalnim dojenjem u 2014. godini u SAD-u iznosili su 3,0 milijarde dolara za ukupne medicinske troškove, 1,3 milijarde dolara za nemedicinske troškove i 14,2 milijarde dolara zbog prijevremenih smrti (134). Troškovi liječenja procjenjuju se na 118 milijuna USD godišnje, od čega na zdravstvene usluge otpada 88,64 milijuna dolara a 29,98 milijuna dolara na nemedicinske troškove (135).

Zbog stalnog pada stope dojene djece, sve više je opterećen ekonomski zdravstveni sustav širom svijeta zbog povećanih troškova liječenja mnogih bolesti kao posljedice izostanka dojenja.

Povećanjem stope dojenja u Velikoj Britaniji moglo bi se svake godine uštedjeti više od 17 milijuna funti, kroz smanjenje bolničkih troškova i manje posjeta liječnicima opće medicine (132). Na globalnoj razini, procjena ekonomskih gubitaka zbog kognitivnih poremećaja povezanih s prehranom dojenčadi iznosi oko 302 milijarde dolara godišnje ili 0,49% svjetskog bruto nacionalnog dohotka (136) (tablica 13). U tablici 13 planirani su gubitci od kognitivnih deficita u različitim regijama svijeta povezani s umjetnom prehranom dojenčadi u usporedbi s dojenjem svakog novorođenčeta do dobi od najmanje 6 mjeseci.

Tablica 13. Procjena ekonomskih gubitaka od kognitivnih poremećaja povezanih s hranjenjem dojenčadi u usporedbi s dojenjem svakog dojenčeta do dobi od najmanje 6 mjeseci u različitim regijama svijeta (136)

Regija svijeta	**Procijenjeni gubitak 2012. godine**	
	bruto nacionalnog dohotka (%)	**u apsolutnom iznosu u milijardama USD**
Istočna i južna Afrika	0,04	0,1
Zapadna i središnja Afrika	0,97	11,8
Južna Azija	0,05	1,0
Istočna Azija i Pacifik	0,31	28,1
Latinska Amerika i Karibi	0,39	12,1
Istočna Europa i središnja Azija	0,75	17,6
Stavke (niski prihod i srednji prihod)	0,39	70,9
Zemlje s visokim prihodom	0,53	231,4
U svijetu* dolara (procijenjeni ukupni gubitak)	0,49	302,0

*Globalni prosjek, ponderirano ukupnim nacionalnim dohotkom

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

2.1. Ciljevi:

Primarni:

Na populaciji žena u Dalmaciji procijeniti utjecaj na trajanje isključivog dojenja u dobi od 3 mjeseca u sljedećim skupinama sipitanica koje su u trudnoći dobile:

1. Pisane i standardizirane informacije o dojenju u kombinaciji s proaktivnim, samoinicijativnimi planiranim telefonskim pozivima voditeljice istraživanja (Prilog 10.9., 10.11.),
2. Opće pisane informacije o tijeku trudnoće i roditeljstvu i proaktivne pozive (Pirlog 10.12., 10.10.), i
3. Standardiziranu skrb koja nije uključivala niti pisane informacije niti telefonske pozive.

Sekundarni:

Procijeniti utjecaj gore spomenutih intervencija na:

1. Udio majki koje ukupno doje s tri i šest mjeseci,
2. Stav žena prema prehrani djece,
3. Samopouzdanje žena prema dojenju,
4. Pojavu poteškoća s dojenjem.

2.2. Hipoteze

1. Žene koje primaju pisane informacije o dojenju tijekom trudnoće, u kombinaciji s proaktivnim telefonskim pozivima, u većem će postotku isključivo dojiti najmanje tri mjeseca u usporedbi sa ženama koje su primale opće informacije u brošurama i telefonske pozive, ili žene koje su dobile standardnu njegu koja nije uključivala niti pisane informacije niti telefonske pozive.
2. Žene koje primaju pisane informacije o dojenju tijekom trudnoće, u kombinaciji s proaktivnim telefonskim pozivima, ukupno će više dojiti svoju djecu s tri i šest mjeseci nego žene koje su primale opće informacije u brošurama i telefonske pozive, ili žene koje su dobile standardnu njegu.
3. Žene koje primaju pisane informacije o dojenju tijekom trudnoće, u kombinaciji s proaktivnim telefonskim pozivima, imat će veće samopouzdanje o svojoj sposobnosti

dojenja nego žene koje su primale opće informacije u brošurama i telefonske pozive, ili žene koje su dobile standardnu njegu.

4. Žene koje primaju pisane informacije o dojenju tijekom trudnoće, u kombinaciji s proaktivnim telefonskim pozivima, imat će manje poteškoća s dojenjem nego žene koje su primale opće informacije u brošurama i telefonske pozive, ili žene koje su dobile standardnu njegu.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

Detaljni protokol istraživanja objavljen je u časopisu *Maternal & Child Nutrition* (137).

3.1.Ustroj istraživanja

Odabrali smo ustroj randomiziranog, kontroliranog kliničkog istraživanja da bismo procijenili učinak naše intervencije na odabranu populaciju koju smo nasumično podijeljeni u tri skupine, od kojih su dvije kontrolne (aktivna i standardna), a samo jedna skupina u kojoj je provedena intervencija, za koju smo smatrali da bi mogla imati pozitivan utjecaj na trajanje dojenja, sampouzdanje žena i pojavnost komplikacija tijekom dojenja.

3.1.1. Mjesto provedbe istraživanja

Istraživanje je provedeno na području Splitsko-dalmatinske županije od studenog 2013. do prosinca 2016. godine. Sudionice su uključene u istraživanje u sljedećim ginekološkim ordinacijama:

- Privatna poliklinika Cito – Split,
- Privatna poliklinika Šparac – Split,
- Privatna ginekološka ordinacija dr. R. V., u Splitu, koja ima ugovor s HZZO-om,
- Privatna ginekološka ordinacija dr. I. V., u Domu zdravlja Makarska,
- Ginekološka ordinacija dr. N. M., u Domu zdravlja Omiš,
- Ginekološka ordinacija dr. N. L., u Domu zdravlja Split,
- Ginekološka ordinacija dr. M. D., u Domu zdravlja Split,
- Ginekološka ordinacija dr. L. P., u Solinu.

Navedene ordinacije odabrane su zbog toga što su prihvatile suradnju, nakon inicijalnih razgovora.

3.1.2. Kriteriji uključenja/isključenja sudionica u istraživanje

<u>Kriteriji uključenja:</u>

1. Trudnice koje govore hrvatski,
2. Trudnice kojima bi to bio prvi porođaj, jer bi prethodno iskustvo rađanja moglo utjecati na bolja znanja i iskustva žena u odnosu na prvorotkinje,
3. Trudnice s jednoplodnom trudnoćom na prvom ginekološkom pregledu,
4. Trudnice koje dolaze na kontrolu u ginekološku ordinaciju između 20. i 32. tjedna trudnoće,
5. Trudnice koje će boraviti barem godinu dana na području Republike Hrvatske.

Kriteriji isključenja:

1. Trudnice koje ne govore hrvatski,
2. Trudnice koje se ne mogu kontaktirati telefonom/mobitelom,
3. Trudnice s ozbiljnim zdravstvenim poteškoćama (npr. psihički poremećaj), kojima bi sudjelovanje u istraživanju moglo izazvati stres,
4. Trudnica kojoj je ginekolog utvrdio da postoji malformacija djeteta koja bi mogla utjecati na dojenje (npr. rascjep usne i nepca),
5. Trudnice s višeplodnom trudnoćom.

3.2. Postupci

Liječnici i medicinske sestre izabranih ordinacija pozvale su trudnice, koje su zadovoljavale ranije spomenute kriterije, da sudjeluju u istraživanju. Objasnile su im da je riječ o istraživanju djetetove prehrane te da će svi dobiveni podaci ostati anonimni, a pristup projektnoj dokumentaciji imat će samo istraživači ovoga projekta. Svi podaci pohranjeni su u računalu voditelja projekta, gdje podliježu strogoj informatičkoj zaštiti. Liječnici i sestre ponudili su im suglasnost za sudjelovanje u istraživanju (Prilog 10.2.). Nakon informiranog pristanka sudionice su ispunile slijedeće upitnike (tablica14. Hodogram istraživanja):

- Sociodemografski upitnik sastavljen za potrebe ovog istraživanja (Prilog 10.3.),
- Upitnik o stavovima trudnica prema dojenju (Prilog 10.4.) (138, 139),
- Upitnik socijalne potpore (Prilog 10.5.) (140, 141).

Intervencije provedene u trudnoći i poslije poroda detaljno su opisane pod stavkom 3.2.3. u nastavku.

Tri mjeseca nakon porođaja, svim ispitanicama uključenima u studiju, (intervencijska, kontrolna aktivna i kontrolna pasivna skupina), poštom su poslani upitnici:

- Trudničinim stavovima o prehrani djece (Prilog 10.4.) (138, 139),
- Ljestvica procjene samopouzdanja žene u odnosu na dojenje (Prilog 10.6.) (142),
- Praksa dojenja (Prilog 10.7.), poteškoće s dojenjem (Prilog 10.7.) i socijalna potpora (Prilog 10.5.) (140, 141).

U svakoj omotnici, osim navedenih upitnika, bila je i frankirana omotnica te pismo sa zamolbom da nakon ispunjavanja, upitnike vrate pošiljatelju.

Šest mjeseci nakon porođaja, svim ispitanicama uključenima u studiju, (intervencijska, kontrolna aktivna i kontrolna standardna kontrolna skupina), poštom je poslani upitnik o Praksi dojenja (Prilog 10.8.) i poteškoćama s dojenjem (Prilog 10.8.). Ako neka žena nije vratila upitnike,

tada je bila zamoljena telefonskim pozivom vratiti upitnik pošiljaocu ili da ostaviti u ginekološkoj ordinaciji.

Tablica 14. Hodogram istraživanja

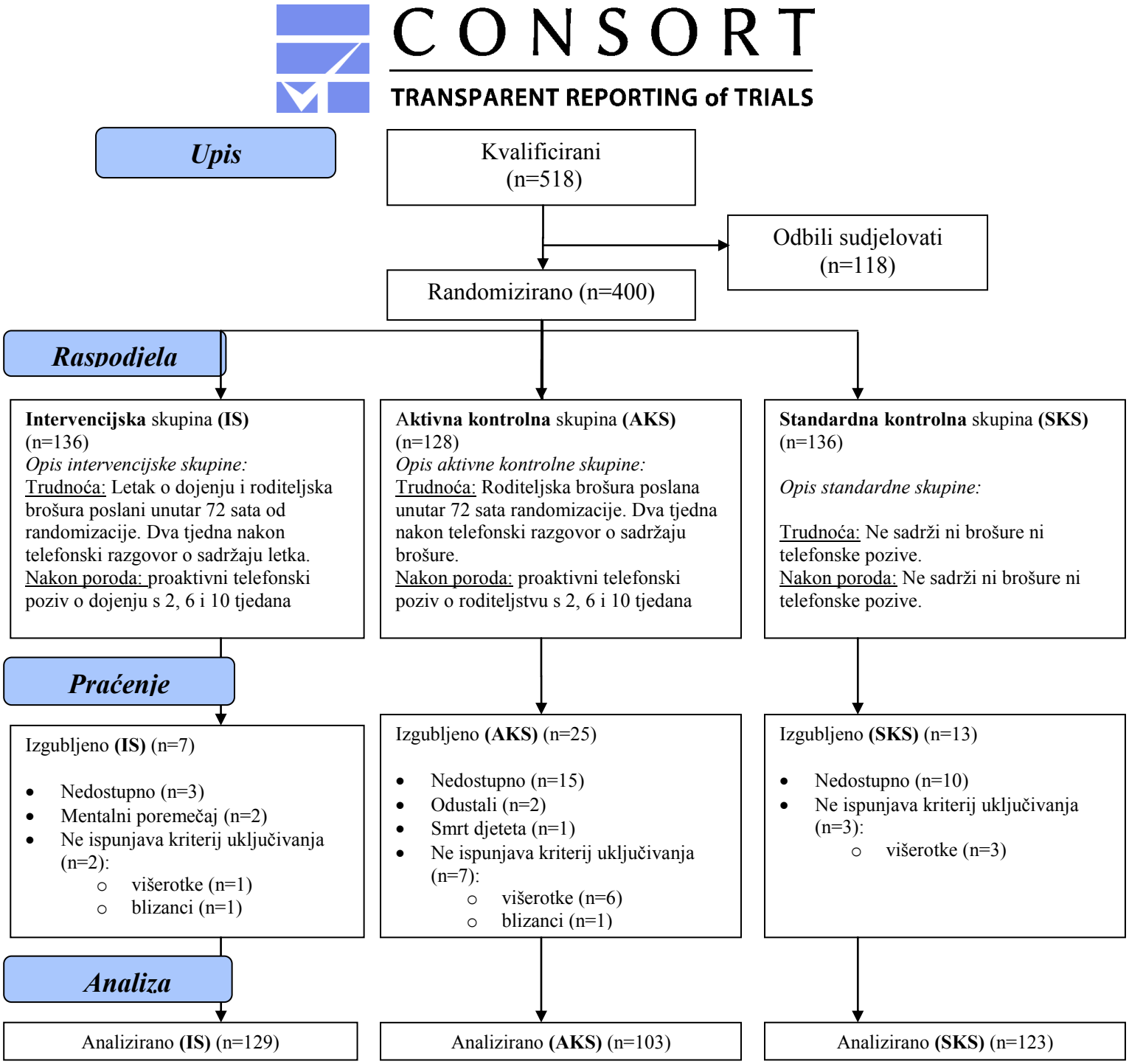
VRIJEME	IFAAS* (138, 139)	BSES‡ (142)	SOCIJALNA POTPORA (140, 141)	INTERVENCIJE	PRAKSA
20.-32. tjedna trudnoće	+	-	+	+	-
Dva tjedna od slanja letka	-	-	-	+	-
Dva tjedna od porođaja	-	-	-	+	-
Šest tjedana od porođaja	-	-	-	+	-
Deset tjedana od porođaja	-	-	-	+	-
Tri mjeseca od porođaja	+	+	+	-	+
Šest mjeseci od porođaja	-	-	-	-	+

*IIFAS – Iowa Infant Feeding Attitude Scale (Ljestvica za mjerenje stavova prema prehrani djeteta) (138, 139).
‡BSES-SF – Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (Ljestvica procjene samoefikasnosti dojenja) (142).

3.2.1. Randomizacija i zasljepljenje

Formiranje istraživanih skupina provedeno je razvrstavanjem prema metodi slučajnih brojeva, tako da svaka trudnica imala je 33,3% vjerojatnosti dospjeti u jednu od tri istraživačke skupine. Medicinsko osoblje u navedenim ginekološkim ambulantama trudnice je uključivalo u studiju i tijekom tog dana putem e-pošte proslijeđivali su podatke voditeljici studije, koja je svaku trudnicu s pomoću statističkog programa, slučajnim redoslijedom, tj. onako kako se koja trudnica uključivala u studiju - razvrstala u jednu od tih triju skupina. Provodila se slojevita randomizacija na temelju nekih sadašnjih poznatih prediktora o isključivu dojenju, pušačkom statusu (ne, da ili prestala pušiti tijekom trudnoće) te razini obrazovanja (osnovna, srednja, viša i visoka škola), kako bi se osigurala dobra ravnoteža obilježja svih sudionica u svakoj skupini. Na ovaj način osigurala se lista od 12 točaka za svaku od šest ginekoloških ordinacija. Samo voditeljica studije znala je koja je trudnica dospjela u koju skupinu. Vidjeti dijagram tijeka istraživanja (slika 1).

3.2.2. Na slici 1 prikazan je dijagram tijeka istraživanja



Slika 1. Dijagram tijeka istraživanja.

Prikaz dijagrama tijeka istraživanja, razvoj randomizacije i praćenje ispitanika te analiza podataka ispitivanih skupina.

Kratice: IS = Intervencijska skupina,

AKS = Aktivna kontrolna skupina i

SKS = Standardna kontrolna skupina.

3.2.3. Intervencija

Intervencija u ovoj studiji sastojala se od tiskanih edukativnih materijala - letak (Prilog 10.9.) i brošura (Prilog 10) te četiri proaktivna telefonska poziva. Letak sadržava podatke o dojenju na temelju trećeg poglavlja priručnika UNICEF-a i SZO-a za provođenje inicijative "Rodilište prijatelj djece" ("Promicanje dojenja tijekom trudnoće") (143). Obuhvaćene su teme: važnost isključiva dojenja, važnost kontakta koža-na-kožu odmah nakon rođenja, važnost davanja kolostruma djetetu, važnost dobrog postavljanja djeteta na dojku (s ilustracijama), važnost zajedničkog boravka majke i djeteta u rodilištu, važnost hranjenja djeteta na zahtjev, važnost nastavka dojenja nakon šest mjeseci uz uvođenje ostalih namirnica, prepoznavanje kada dojenče dobiva dovoljno mlijeka, rizici nedojenja, uključujući i dodatne troškove te utjecaj na okoliš. Osim letka o dojenju, majke u intervencijskoj skupini dobile su i opću brošuru o trudnoći i roditeljstvu (Prilog 10.10.), "Brošura o trudnoći i roditeljstvu" sastavljena je na temelju postojeće brošure "Što budući roditelji moraju znati?" (144) te je obogaćena slikama i prilagođena za potrebe ovog istraživanja. Teme koje su obuhvaćene ovom brošurom su: pregledi u trudnoći, bolovanje, vježbanje, rodiljne naknade, informacije o trudničkim tečajevima, očeva nazočnost pri porodu, dolazak patronažne sestre, što treba ponijeti u rodilište, što valja prirediti za novorođenče pri izlasku iz rodilišta, zakonske obveze koje se moraju ispuniti nakon rođenja djeteta.

Telefonska potpora (Prilog 10.10.) imala je za cilj pružiti ženama odgovarajuće informacije, potporu i ohrabrenje da bi mogle uspješno dojiti, služeći se pritom Michie-jevom tehnikom promjene ponašanja (145) (tablica 15).

Tablica 15. Tehnika promjene ponašanja rabljena tijekom intervencije (145)

Dijelovi intervencije			
Dijelovi tehnike promjene ponašanja	**Pisane informacije u antenatalnom razdoblju**	**Antenatalna telefonska potpora**	**Postnatalna telefonska potpora**
	Posljedice na zdravlje	Oblikovanje znanja	Povratne informacije
	Socijalne i ekološke posljedice	Postavljanje ciljeva	Rješavanje problema
	Emocionalne posljedice	Opredjeljenje	Naputak o tome kako dojiti
	Uvjerljiv argument	Povećanje samopouzdanja	Poticaj samoučinkovitosti
	Za i protiv	Socijalna potpora (emocionalna)	Socijalna potpora (emocionalan)

Prvi telefonski poziv (tijekom trudnoće) započeo je s općim pitanjima o ženinoj trudnoći (Kako se osjeća? Kako napreduje njena trudnoća?) te upitom je li dobila pisane materijale (Letak, Brošuru) i proučila ih. Ako nije, glavna istraživačica uputila je na važnost sadržaja te zamolila da materijale prouči u idućih nekoliko dana te je potom ponovno kontaktirala. Prilikom ponovnog razgovora, usredotočila se na sadržaj materijala uz molbu trudnici da joj kaže što je bilo najzanimljivije i ponudila joj mogućnost da se pojasne sve informacije. Ako su trudničini komentari otkrivali da zna puno o dojenju, pozivatelj je samo potvrdila ženino znanje te još jedanput naglasila važnost isključiva dojenja i pridržavanja preporuka SZO-a. Naposljetku, trudnicu se pitala ima li bilo kakvih nedoumica ili pitanja. Pozivi u postnatalnom razdoblju u intervencijskoj skupini bili su usmjereni na majku i dojenje, npr. "Kako ide dojenje?", zatim "Dobro bi bilo da dijete svaki put kada pokazuje znakove gladi stavite na dojku, ono najbolje zna kada je gladno – drugim riječima to bi bilo hranjenje na zahtjev" U aktivnoj kontrolnoj skupini pozivi su (Prilog 10.12.) bili usmjereni na majku i dijete, npr. "Kako se snalazite u ulozi majke?" "Kako maleno napreduje?"

Komunikacijski stil koji je korišten tijekom telefonskih poziva temeljio se na drugom poglavlju UNICEF-ovog priručnika ("Komunikacijske vještine"), (146). Obuhvaća korištenje otvorenih pitanja, izražavanje interesa, ponavljanje majčinih riječi, empatiju, izbjegavanje riječi koje zvuče osuđujuće, prihvaćanje onoga što majka misli i osjeća, prepoznavanje i pohvalu onoga što je dobro, pružanje provjerenih podataka s pomoću prikladna jezika i uporabu prijedloga umjesto naredbe (Prilog 10.11.), (Prilog 10.12.). Ako je tijekom telefonskoga razgovora postalo jasno da je žena u opasnosti od postporođajne depresije ili drugih značajnih komplikacija u razdoblju poslije porođaja, tada je bila ohrabrena da posjeti obiteljskog liječnika ili ginekologa primarne zdravstvene zaštite. Ako je postojao bilo kakav znak da je dijete u opasnosti, tada je majka upućena odgovarajućem pedijatru. Ako je majka imala poteškoća s dojenjem koje se nisu mogle riješiti telefonom, ona se usmjerila na skupinu za potporu dojenju i Međunarodno priznatim savjetnicama za dojenje. Da bi se izbjegla pristranost u odnosu na učinak intervencije zbog različitih načina pružanja savjetovanja, kao i da bi se osigurao kontinuitet skrbi, intervencijom je upravljala samo jedna osoba, medicinska sestra s 15 godina kliničkog iskustva, od kojih su dvije godine rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ginekološke prakse, a koja je završila 90-satni tečaj "Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju", održan na Medicinskome fakultetu u Splitu 2012. godine.

U protokolu nije navedeno da će se isključiti žene koje su rodile carskim rezom (operativno) jer se nije planiralo gledati utjecaj načina poroda (carski rez) na dojenje. Na savjet Povjerenstva za doktorat, retrospektivno su vađeni podatci o načinu poroda, ali samo za IS u kojoj je bilo 24 carska reza. Na našem uzorku nije pronađen utjecaj na dojenje. Ovo su potvrditili i drugi autori (147) i (148).

3.2.4. Materijali

Rabili su se slijedeći upitnici za mjerenje ishoda istraživanja:

- Ljestvica za mjerenje stavova prema prehrani djeteta (Iowa Infant Feeding Attitude Scale – IIFAS) (Prilog 10.4.) (138, 139),
- Ljestvica za procjenu socijalne potpore (Social Support Appraisal Scale - SS-A) (Prilog 10.5.) (140, 141),
- Upitnik Praksa dojenja o sociodemografskim čimbenicima (Prilog 10.3.),
- Upitnik o praksi dojenja i poteškoćama s dojenjem (Prilog 10.7., 10.8.),
- Upitnik procjene samopouzdanja dojenja (BSES) (Prilog 10.6.) (142).

Upitnik o stavovima prema prehrani dojenčadi (IIFAS) je validiran alat koji se koristi za procjenu stavova prema prehrani dojenčadi (138, 139). Preveden je na hrvatski i koristi se u različitim populacijama, s Cronbach alfom od 0,6 - 0,73, što upućuje na prihvatljivu pouzdanost (149, 139). IIFAS obuhvaća različite dimenzije prehrane djece (trošak, nutritivnu vrijednost, praktičnost, emocionalnu sponu). Unutar 17 stavki ispitanice se moli da odaberu njima najprihvatljiviju izjavu koristeći se Likertovom ljestvicom (od 1 = uopće se ne slažem do 5 = u potpunosti se slažem). IIFAS rezultati su u rasponu od 17 do 85, gdje veći broj bodova upućuje na pozitivniji stav prema dojenju (Prilog 10.4.).

Socijalna potpora mjerila se s pomoću obrasca Ljestvica procijene socijalne podrške (Social Support Appraisal Scale - SS-A) (140, 141), koja sadrži 23 stavke dizajnirane tako da utvrde koliko žena vjeruje da je suprug, obitelj, prijatelji i drugi vole i cijene. Ovaj instrument također sadržava pet točaka tipa Likertove ljestvice, a rezultat se izračunava zbrojem bodova za svako pitanje. Na temelju dobivenih rezultata, subjektivna socijalna potpora klasificirana je kao niska (<33 bodova), srednje (<64 bodova) i visoka (> 65 bodova) (Prilog 10.5.).

Prikupljeni sociodemografski podaci uključuju: mjesto stanovanja, dob, bračno stanje, stupanj obrazovanja, zapošljavanje, vlasništvo kuće, broj osoba u kućanstvu, predviđeni datum porođaja, namjere u vezi s prehranom djece, namjere u vezi s korištenjem dude, pušenje i indeks tjelesne mase (Prilog 10.3.).

Upitnik o praksi dojenja i poteškoćama s dojenjem uključuje: prehranu djeteta, je li dijete bolovalo, bilo kod liječnika, koliko je napredovalo na težini, poteškoće s dojenjem te je li potražila pomoć i razlog prestanka dojenja (Prilog 10.7., 10.8.).

Ljestvica procjene samopouzdanja dojenja ("Breastfeeding self-efficacy scale" - BSES) je alat koji se koristi za procjenu samopouzdanja žena prema dojenju. Ljestvica sadrži 14 stavki dizajnirane tako da utvrde koliko žena ima samopouzdanja u nošenju s dojenjem. Unutar 14 stavki ispitanice se moli da odaberu njima najprihvatljiviju izjavu koristeći se Likertovom ljestvicom (od 1

= uopće se ne slažem do 5 = u potpunosti se slažem). Važan je prediktor ishoda dojenja te je prevedena na hrvatski i koristi se u različitim sredinama, s Cronbach alfom od 0,86 (Prilog 10.6.) (142).

3.3. Statistička raščlamba

Kao što se može vidjeti na Slici 1, imali smo malo veći gubitak za praćenje u aktivnoj kontrolnoj skupini i standardnim skupinama skrbi u odnosu na intervencijsku skupinu, pa smo zbog testiranja mogućih oštećenja pristranosti proveli unos podataka za izgubljene sudionike na temelju scenarija "najgorih slučajeva": svi sudionici izgubljeni zbog praćenja u interventnoj skupini smatrali su se kao da su prestali dojiti, dok su oni u aktivnoj i standardnoj kontrolnoj skupini kao da su nastavili s isključivim dojenjem. Budući da su stope dojenja i dalje bile znatno veće tijekom 3 i 6 mjeseci za intervencijsku skupinu u usporedbi s kontrolnom skupinom (tablica 18), sve su navedene glavne analize bile provedene na sudionicima koji su se u potpunosti pratili.

Podaci o glavnom ishodu (stope dojenja), kao i nominalni podaci sudionika, prijavljeni su pomoću broja i postotaka izračunatih na temelju ukupnog broja sudionika u svakoj skupini, dok su razlike između skupina testirane pomoću hi-kvadrat testa. Razlike u numeričkim varijablama, zbog njihove nenormalne raspodjele, prikazane su kao medijani i interkvartilni rasponi, a razlike u grupama ispitane su neparametrijskim Kruskall-Wallisovim testom. Moguća povezanost karakteristika i vrsta dojenja u dobi od 3 i 6 mjeseci testirana je korištenjem redovne regresijske analize. Za regresijsku analizu kategoričke varijable su dihotomizirane kad god je to bilo moguće (iznimka je obrazovanje koje smo grupirali u osnovnu ili srednju školu, višu školu i fakultet).

U našem istraživanju isključivo dojenje odnosi se na hranjenje isključivo majčinim mlijekom, kao i na one koji su primili vodu uz majčino mlijeko (poznato kao "predominantno dojenje") (36). Kombinirali smo ih zajedno s obzirom na to da slične kliničke ishode te novorođenčadi i njihov mali broj a kasnije u našem istraživanju (n =11).

3.4. Veličina uzorka

Prvotna analiza izračunata je na temelju prethodno objavljenih stopa dojenja u Hrvatskoj (150) i očekivane razlike od 15% između skupine standardne skrbi i intervencijske skupine. Ciljana veličina uzorka iznosila je 459, međutim, istraživanje smo zaustavili na 400 pozvanih jer se pokazala statistička značajna razlika na uzorku od 400.

4. REZULTATI

Od 518 trudnica kojima je pristupljeno tijekom antenatalnog posjeta jer su zadovoljavale kriterije uključenja, njih 118 (23%) je odbilo sudjelovati. Preostalih 400 žena randomizirane su u jednu od tri skupine. Tijek praćenja ispitanica prikazan je na slici 1. Sve ispitanice koje su bile podvrgnute randomizaciji (n = 400) primile su intervenciju kako je dodijeljena. U intervencijskoj skupini (I**S**) randomizirano je 136 ispitanica, u aktivnoj kontrolnoj skupini (AK**S**) 128, dok je u standardnoj kontrolnoj skupini (SK**S**) bilo 136 ispitanica.

Uključivanje trudnica kroz osam ginekoloških ordinacija nehotice je dovelo do 12 (3%) ispitanica koje nisu zadovoljile kriterije uključenja, koje su - nakon otkrića - bile isključene iz studije. Tim ženama su se istraživači zahvalili što su pokazale želju sudjelovanja u ovom projektu. Tijekom istraživanja dodatno su odustale 33 (8%) žene, prvenstveno zbog toga što su bile nedostupne (slika 1), kao i veliki broj višerotki, što je rezultiralo sljedećim brojem ispitanica u pojedinim skupinama: 129 IS, 103 AKS i 123 SKS ispitanica koje su analizirane (slika 1).

4.1. Početni podatci ispitanica

Početni podatci ispitanica, prikupljeni tijekom trudnoće, prikazani su u tablici 1. Nisu pronađene značajne razlike između ispitanih skupina ni za jednu varijablu, što ukazuje na pravilno provedenu randomizaciju. Identificirano je 14% ispitanica pušačica, a gotovo sve ispitanice (99%) imale su najmanje 12 godina obrazovanja. Gotovo polovica ispitanica (48%) nije bila sigurna o budućoj uporabi dude varalice, za razliku od namjere dojenja, gdje su gotovo sve ispitanice navele da namjeravaju hraniti svoju djecu isključivo ili djelomično majčinim mlijekom (61% i 38%). Velika većina (87%) ispitanica planirala je isključivo dojiti najmanje 4-6 mjeseci, a gotovo dvije trećine žena (64%) planirale su dojiti više od 6 mjeseci (tablica 16).

Tablica 16. Osobine ispitanica u trenutku uključenja u studiju (n=355)

Varijable mjerene tijekom trudnoće (n, %)	**Intervencijska skupina (n=129) (%)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103) (%)**	**Standardna kontrolna skupina (n=123) (%)**
Pušenje			
Ne	85 (66)	58 (56)	78 (63)
Da	17 (13)	14 (14)	18 (15)
Prestala u trudnoći	27 (21)	31 (30)	27 (22)
Obrazovanje			
Osnovna škola	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Srednjaškola	61 (47)	42 (41)	55 (45)
Viša škola	20 (16)	21 (20)	18 (15)
Fakultet	46 (36)	40 (39)	50 (41)
ITM (Md, IQR)	24,5 (22,2-26,1)	24,1 (21,9-26,8)	24,8 (23,1-26,9)
Namjera korištenja dude varalice			
Ne	22 (17)	8 (8)	13 (11)
Da	54 (43)	37 (36)	48 (39)
Ne znam	51 (40)	58 (56)	61 (50)
Radni status			
Zaposlena	103 (80)	74 (72)	89 (72)
Nezaposlena	25 (19)	26 (25)	30 (24)
Drugi prihodi	1 (1)	3 (3)	4 (3)
Ekonomski sektor			
Primarni	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sekundarni	86 (68)	67 (66)	84 (69)
Tercijarni	36 (28)	26 (25)	27 (22)
Ostalo (npr. domaćica, student)	5 (4)	9 (9)	10 (8)
Radni status oca			
Zaposlen	113 (88)	91 (88)	110 (89)
Nezaposlen	8 (6)	7 (7)	10 (8)
Drugi prihodi	8 (6)	5 (5)	3 (2)
Bračno stanje			
Živi s partnerom	127 (98)	102 (99)	123 (100)
Samostalno	2 (2)	1 (1)	0 (0)
Stambeno pitanje			
Živi u svojoj kući	84 (65)	72 (70)	86 (70)
Podstanar	26 (20)	15 (15)	23 (19)
Živi s roditeljima	17 (13)	13 (13)	14 (11)
Ostalo	3 (2)	3 (3)	0 (0)
Broj članova kućanstva			
1	1 (1)	1 (1)	3 (2)
2	90 (70)	69 (67)	84 (68)
3	15 (12)	15 (15)	11 (9)
4	14 (11)	13 (13)	15 (12)
5	7 (5)	3 (3)	8 (7)

6	1 (1)	1 (1)	2 (2)
7	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Prihodi (EUR)			
< 472	34 (26)	33 (32)	37 (30)
472-950	95 (74)	70 (68)	84 (68)
>950	0 (0)	0 (0)	2 (2)
Dob			
<18	1 (1)	2 (2)	4 (3)
18 - 24	30 (23)	21 (20)	29 (24)
25 - 35	91 (71)	72 (70)	73 (59)
>35	6 (5)	8 (8)	17 (14)
Namjera za dojenje			
Ne planira dojiti	1 (1)	1 (1)	0 (0)
Isključivo dojenje	85 (66)	57 (55)	73 (60)
Miješana prehrana	43 (33)	45 (44)	48 (40)
Namjera trajanja isključivog dojenja (mjeseci)			
< 1	2 (2)	1 (1)	5 (4)
1 – 3	9 (7)	12 (12)	10 (8)
4 – 6	116 (91)	89 (87)	104 (87)
Namjera trajanja bilo kojeg oblika dojenja (mjeseci)			
1 – 3	3 (3)	3 (3)	3 (3)
4 – 6	33 (28)	28 (29)	30 (26)
7 – 12	50 (43)	47 (48)	65 (57)
13 – 18	20 (17)	15 (15)	12 (10)
19 – 24	7 (6)	4 (4)	4 (3)
>24	4 (3)	1 (1)	1 (1)

*Hi-kvadrat test za sve varijable osim ITM koji je uspoređen s Kruskal-Wallis testom.
EBF – Isključivo dojenje.
BF – Dojenje.

4.2. Praksa dojenja s 3 mjeseca nakon porođaja

Mjera primarnog ishoda, tj. udio žena koje su isključivo dojile s 3 mjeseca, pokazala je značajne razlike između skupina, s najvećom stopom u IS 81% (n=105), nakon čega je uslijedila AKS 68% (n=70) i SKS 47% (n=58). Za razliku od stope nedojenja gdje je najveća razina u SKS 33% (n=40), zatim slijedi AKS 19% (n=20) i IS 11% (n=14) (tablica 17). U odnosu na standardnu kontrolnu skupinu (SKS), u 3. mjesecu opća podrška tijekom trudnoće (SKS) je bila povezana s laganim porastom isključivog dojenja (OR 2,2; 95% CI 1,3 do 3,8), dok je pisana podrška (IS) bila povezana sa značajnim porastom (OR 4,6; 95% CI 2,7 do 8,1) (tablica 17).

Tablica 17. Praksa dojenja s 3 mjeseca nakon porođaja

Broj (%) žena koje su dojile u skupinama	**Intervencijska skupina (n=129) (%)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=96) (%)**	**Standardna - kontrolna skupina (n=121) (%)**
S 3 mjeseca			
Isključivo dojenje	105 (81)	70 (68)	58 (47)
Bilo koje dojenje	10 (8)	13 (13)	25 (20)
Bez dojenja	14 (11)	20 (19)	40 (33)
Omjer izgleda (95% CI)*	4,6 (2,7 do 8,1)	2,2 (1,3 do 3,8)	referentna kategorija

*Univarijatna regresijska analiza CI= Confidence Interval

Žene koje su pretežito dojile prva 3 mjeseca pokazala se razlika između skupina, u AKS 7% (n=7), nakon čega je uslijedila IS 2% (n=3) i SKS 2% (n=2) (tablica 18).

Tablica 18. Praksa dojenja s 3 mjeseca nakon porođaja, s dodatnim prikazom kategorije "pretežito dojenje" (dodavanje vode ili druge tekućine na bazi vode)

Broj (%) žena koje su dojile u skupinama	**Intervencijska grupa skupina (n=129) (%)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103) (%)**	**Standardna kontrolna skupina (n=123) (%)**
S 3 mjeseca			
Isključivo dojenje	102 (79)	63 (61)	56 (46)
Pretežitno dojenje	3 (2)	7 (7)	2 (2)
Bilo koje dojenje	10 (8)	13 (13)	25 (20)
Bez dojenja	14 (11)	20 (19)	40 (33)

4.3. Praksa dojenja sa 6 mjeseci nakon porođaja

Nakon 6 mjeseci, stopa isključivog dojenja bila je 57% (n = 73) prema 12% (n = 12) prema 3% (n = 4) u IS, AKS, odnosno SKS (tablica 19). Sa 6 mjeseci, porast u SKS ostao je jako sličan onome s 3 mjeseca (OR 2,3; 95% CI 1,4 do 3,9), dok je u IS značajno porastao (OR 15,7; 95% CI 9,1 do 27,1).

Tablica 19. Praksa dojenja sa 6 mjeseci nakon porođaja

Broj (%) žena koje su dojile u skupinama	**Intervencijska skupina (n=129) (%)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103) (%)**	**Standardna kontrolna skupina (n=123) (%)**
Sa 6 mjeseci			
Isključivo dojenje	82 (64)	16 (16)	4 (3)
Bilo koje dojenje	25 (19)	47 (46)	46 (37)
Bez dojenja	22 (17)	40 (39)	73 (59)
Omjer izgleda (95% CI)*	15,7 (9,1 do 27,1)	2,3 (1,4 do 3,9)	referentna kategorija

*Univarijatna regresijska analiza CI= Confidence Interval

Žene koje su predominantno dojile sa 6 mjeseci pokazala se razlika između skupina, u IS 7% (n=9) AKS 4% (n=4), dok SKS nije imala nikakvo predominantno dojenje. Nije dojilo u SKS 59% sudionica (n=73), prema 39% (n=40) u AKS i 17% (n=22) u IS (tablica 20).

Tablica 20. Praksa dojenja sa 6 mjeseci nakon porođaja, s dodatnim prikazom kategorije "pretežito dojenje" (dodavanje vode ili druge tekućine na bazi vode).

Broj (%) žena koje su dojile u skupinama	**Intervencijska skupina (n=129)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103)**	**Standardna kontrolna skupina (n=123)**
Sa 6 mjeseci			
Isključivo dojenje	73 (57)	12 (12)	4 (3)
Pretežito dojenje	9 (7)	4 (4)	0 (0)
Bilo koje dojenje	25 (19)	47 (46)	46 (39)
Bez dojenja	22 (17)	40 (39)	73 (59)

4.4. Stavovi ispitanica prema dojenačkoj prehrani, socijalnoj podršci i samoučinkovitosti dojenja

Intervencijska skupina imala je blago bolji stav prema dojenačkoj prehrani (mjereno prema IIFAS ljestvci) u trudnoći i najveće povećanje u tim stavovima sveukupno. Značajno veća samoučinkovitost dojenja imala je intervencijska skupina u odnosu na standardnu kontrolnu skupinu (tablica 21). Nije pronađena razlika između sudionica u ljestvici socijalne potpore.

Tablica 21. Stavovi ispitanica prema dojenačkoj prehrani, socijalnoj podršci i samoučinkovitosti dojenja.

Podaci dobiveni ljestvicom (Md, IQR)	**Intervencijska skupina (n=129)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103)**	**Standardna kontrolna skupinaa (n=123)**	**P***
Stavovi prema dojenačkoj prehrani	n=127	n=101	n=103	
Početni podaci	60 (60-68)	57 (48-64)	57 (49-64)	**0,037**
S 3 mjeseca	70 (65-74)	66 (61-71)	62 (56-69)	**<0,001**
Skala socijalne pomoći	n=127	n=101	n=103	
Početni podaci	94 (89-95)	94 (91-96)	93 (90-95)	0,387
S 3 mjeseca	96 (92-96)	94 (91-96)	95 (91-96)	0,739
Samoefikasnost dojenja	n=113	n=79	n=78	
S 3 mjeseca	65 (57-70)	63 (54-68)	59 (53-66)	**0,001**

*Kruskal-Wallis test.

4.5. Poteškoće s dojenjem

Tijekom prvog i drugog tromjesečnog razdoblja, ispitanice koje su bile u SKS su imale najveći broj poteškoća s dojenjem, a tijekom prvog tromjesečnog razdoblja su imale više poteškoća s bolestima djeteta (tablica 22, tablica 24). Najčešće tri poteškoće s kojima su se žene susretale tijekom trećeg mjeseca prikazane u tablici (tablica 22). bilo je nedovoljno mlijeka 42% (n=11), 23% (n=3) i 50% (n=5) za SKS, AKS i IS, zatim carski rez 19% (n=5), 15% (n=2) i 0% (n=0) za SKS, AKS i IS i djetetovo odbijanje dojke 15% (n=4), 15% (n=2) i 0% (n=0) s tri mjeseca (tablica 22). Sa 6 mjeseci tri najčešće poteškoće bile su, nedostatak mlijeka 70% (n=7), 55% (n=6) i 33% (n=1), za SKS, AKS i IS, zatim djetetovo odbijanje dojke 18% (n=2) za AKS dok za SKS i IS nije bilo navedeno i ostalo 30% (n=3), 27% (n=3) i 30% (n=3), 27% (n=3) i 67% (n=2) za SKS, AKS i IS (tablica 24).

Prilagođavanje regresijskog modela za sve osnovne karakteristike dalo je sličan omjer izgleda (OR) kao i neprilagođen model na zbunjujuće čimbenike (navedeno gore). IS je značajno povezana s isključivim dojenjem s tri mjeseca (OR 5,1, 95% CI 2,6 do 9,7), a kod AKS je ta povezanost iznosila (OR 2,6, 95% CI 1,4 do 4,7). Namjera da se ne upotrebljava duda (OR 2,9, 95% CI 1,0 do 7,9) i starija (+25) dob (25+) (OR 2,0, 95% CI 1,03 do 3,7) je malo slabije povezana s ishodom mjerenja. Sa 6 mjeseci značajnu povezanost s isključivim dojenjem imali su u IS (OR 21,4 95% CI 11,1 do 41,2), i AKS (OR 2,5 95% CI 1,4 do 4,4) te slabu negativnu povezanost imala je početna namjera dojenja (OR 0,1 95%CI 0,02 do 0,9).

Tablica 22. Iskustva ispitanica tijekom prva 3 mjeseca nakon porođaja

Varijable mjerene nakon poroda (n, %)	Intervencijska skupina (n=129) (%)	Aktivna kontrolna skupina (n=103) (%)	Standardna kontrolna skupina (n=123) (%)	P*
Je li dijete bolovalo?				
Ne	120 (93)	86 (83)	93 (76)	**0,005**
Da	9 (7)	16 (16)	29 (24)	
Nedostaju podaci	0 (0)	1 (1)	1 (1)	
Je li korištena liječnička pomoć?				
Ne	1 (11)	0 (0)	1 (3)	0,367
Da	8 (89)	16 (100)	28 (97)	
Nedostaju podaci	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Je li bilo poteškoća pri dojenju?				
Ne	54 (42)	42 (41)	33 (27)	**0,025**
Da	75 (58)	61 (59)	90 (73)	
Broj poteškoća s dojenjem (Md, IQR)	2 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-3)	0,752
Je li tražena pomoć u vezi dojenja?				
Ne	5 (4)	9 (9)	9 (7)	0,293
Da	124 (96)	94 (91)	114 (93)	
Broj različitih intervencija pomoći (Md, IQR)	4 (3-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	**0,009**
Razlozi sudionica za prestanak dojenja	n=10	n=13	n=26	
Nedostatak mlijeka	5 (50)	3 (23)	11 (42)	0,117
Carski rez	0 (0)	2 (15)	5 (19)	
Djetetovo odbijanje dojke	0 (0)	2 (15)	4 (15)	
Bolest majke	1 (10)	2 (15)	0 (0)	
Bol dojke	0 (0)	0 (0)	1 (4)	
Mastitis	1 (10)	0 (0)	2 (8)	
Loše iskustvo tijekom bolničkog boravka	2 (20)	0 (0)	0 (0)	
Ostalo	1 (10)	4 (31)	3 (12)	
Stavovi prema dojenačkoj prehrani s 3 mjeseca (Md, IQR)	23,2 (21,8-25,3)	23,7 (21,4-25,4)	24,0 (21,4-26,5)	0,933
Stavovi o dojenačkoj prehrani tijekom trudnoće (Md, IQR)	21,5 (20,2-22,9)	21,3 (19,7-24,1)	21,6 (20,2-23.0)	0,955
Napredak djetetove težine u				

kilogramima (Md, IQR)				
1 mjesec	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,8-1,2)	0,296
2 mjesec	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,8-1,0)	0,679
3 mjesec	1,0 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,0)	1,0 (0,8-1,0)	0,605

*Hi-kvadrat test za sve varijable osim ITM, broj poteškoća dojenja i broj različitih intervencija pomoći koje su uspoređene s Kriskal – Wallis testom.

Ispitanice su najčešće navodile da su njihovi prijatelji i rođaci i dalje najveća pomoć u razdoblju od 3 do 6 mjeseci (tablica 22). U usporedbi sa SKS općenita potpora trudnica povezana je s laganim porastom isključivog dojenja s 3 mjeseca (OR 2,2, 95% CI 1,3 do 3,8), dok je pisana podrška dojenju kod IS značajano poraslo (OR 4,6, 95% CI 2,7 do 8,1).

4.6. Iskustva ispitanica tijekom prva 3 mjeseca nakon porođaja

Pokazalo se da je samo 4% (n=15) tražilo pomoć kod obiteljskog liječnika dok je pomoć kod pedijatra tražilo njih 32% (n=115) (tablica 23). Trudnički tečaj pohađalo je 12% (n=42) žena i samo je 14% (n=50) žena tražilo pomoć od Grupa za podršku dojenju, a od Mama savjetnica iz Kluba trudnica Split svega njih 11% (n=38).

Tablica 23. Vrsta i učestalost tražene pomoći za dojenje ispitanica u prva 3 mjeseca nakon porođaja

Vrsta i učestalost tražene pomoći	**Intervencijska skupina (n=129) (%)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103) (%)**	**Standardna kontrolna skupina (n=123) (%)**	**Ukupno (n=355) (%)**
Trudnički tečaj	16 (12)	11 (11)	15 (12)	42 (12)
Grupa za podršku dojenju	17 (13)	17 (17)	16 (13)	50 (14)
Mame savjetnice iz Klub trudnica Split	16 (12)	10 (10)	12 (10)	38 (11)
Rodin-SOS telefon	16 (12)	8 (8)	6 (5)	30 (8)
La Leche League voditeljica u Splitu	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (0)
UNICEF-ov ″Telefončić″	3 (2)	1 (1)	7 (6)	11 (3)
Breastfeeding-Friendly practice	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Patronažna sestra	84 (65)	66 (64)	91 (74)	241 (68)

Vaš pedijatar	45 (35)	24 (23)	46 (37)	115 (32)
Vaš obiteljski liječnik	7 (5)	5 (5)	3 (2)	15 (4)
Prijateljicu	68 (53)	46 (45)	57 (46)	171 (48)
Rodbina	94 (73)	61 (59)	82 (67)	237 (67)
Nije specificirano	3 (2)	2 (2)	1 (1)	6 (2)
Bolnička sestra	4 (3)	5 (5)	10 (8)	19 (2)
Facebook podrška	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5)
Intervencija medicinske sestre	34 (26)	4 (4)	1 (1)	39 (11)
Sama	1 (1)	4 (4)	3 (2)	8 (2)
Internet	23 (18)	19 (18)	16 (13)	58 (16)
Ginekolog	0 (0)	1 (1)	2 (2)	3 (1)
Razna literatura	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
IBCLC* savjetnica	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Materijali koje je poslala intervencijska medicinska sestra	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (0)

*IBCLC-International Board Certified Lactation Consultants (Međunarodno priznate savjetnice za dojenje).

4.7. Iskustva ispitanica od 3 do 6 mjeseci nakon porođaja

Najčešći razlog koji su ispitanice navele za prestanak dojenja od 3 do 6 mjeseci bilo je nedovoljno mlijeka za SKS 7% (n=70) prema AKS 6% (n=55), i za IS 1%(n=33). Najčešće tražena liječnička pomoć bila je u AKS i SKS 100%, dok u IS je 78% njih tražilo liječničku pomoć (tablica 24).

Tablica 24. Iskustva ispitanica od 3 do 6 mjeseci nakon porođaja

Varijable mjerene nakon porođaja (n, %)	**Intervencijska skupina (n=129) (%)**	**Aktivna kontrolna skupina (n=103) (%)**	**Standardna kontrolna skupina (n=123) (%)**	**P***
Je li dijete bolovalo?				
Ne	118 (91)	89 (86)	104 (85)	0,530
Da	9 (7)	11 (11)	16 (13)	
Nedostaju podaci	2 (2)	3 (3)	3 (2)	
Je li tražena liječnička pomoć?				**0,042**
Ne	2 (22)	0 (0)	0 (0)	
Da	7 (78)	11 (100)	16 (100)	

Je li bilo poteškoća s dojenjem?				
Ne	117 (91)	81 (79)	88 (72)	
Da	12 (9)	22 (21)	33 (27)	**0,002**
Nedostaju podaci	0 (0)	0 (0)	2 (2)	
Broj poteškoća s dojenjem (Md, IQR)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-1)	0,098
Je li tražena pomoć u vezi dojenja?				
Ne	89 (69)	69 (67)	78 (63)	
Da	40 (31)	34 (33)	42 (34)	0,188
Nedostaju podaci	0 (0)	0 (0)	3 (2)	
Broj različitih intervencija za pomoć? (Md, IQR)	2 (1-3)	2 (2-3)	2 (1-3)	0,428
Razlozi za prestanak dojenja	n=3	n=13	n=26	
Nedovoljno mlijeka	1 (33)	6 (55)	7 (70)	
Djetetovo odbijanje dojke	0 (0)	2 (18)	0 (0)	0,393
Ostalo	2 (67)	3 (27)	3 (30)	
Stavovi prema dojenačkoj prehrani sa 6 mjeseci (Md, IQR)	22,3 (20,9-24,4)	22,7 (20,2-24,2)	23,3 (20,9-25,7)	0,551
Napredak djetetove težine u kilogramima (Md, IQR)				
4 mjesec	0,8 (0,7-1,0)	1,0 (0,9-1,2)	1,0 (0,9-1,2)	0,181
5 mjesec	0,8 (0,6-1,0)	0,8 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,0)	0,135
6 mjesec	0,8 (0,7-1,0)	0,9 (0,7-1,2)	0,9 (0,7-1,1)	0,091

*Hi-kvadrat test za sve varijable osim ITM u 6 mjeseci, broj poteškoća s dojenjem i broj različitih intervencija pomoći koji su uspoređivani s Kruskal-Wallisovim testovima.
masno otisnuti rezultati = statistički značajno.

5. RASPRAVA

5.1. Glavni rezultati

Ovo istraživanje pokazuje da pisane informacije o dojenju i proaktivna telefonska podrška tijekom trudnoće i 2, 6 i 10 tjedana nakon porođaja dovode do značajnog povećanja stope isključivog dojenja kod prvorotki iz IS. Pored toga, majke iz AKS koje su primale pisane informacije i telefonsku podršku koja nije bila usredotočena na dojenja također su pokazale povećanje stope isključivog dojenja u odnosu na SKS, što je u skladu s McFaddnovim sustavnim pregledom gdje se navodi da bilo kakva potpora dovodi do povećanja stope dojenja (25). Pored toga, ispitanice koje su primile intervenciju usmjerenu na dojenje, iz IS, imale su znatno pozitivniji stav o hranjenju i bolju samoučinkovitost dojenja s tri mjeseca nakon porođaja, u usporedbi s aktivnom kontrolnom skupinom, kao i značajno manje poteškoća s dojenjem tijekom prvih šest mjeseci.

5.2. Utjecaj tiskanih materijala

Na pozitivne rezultate istraživanja utjecali su djelomično vrsta i kakvoća tiskanih materijala namijenjenih ispitanicama tijekom studije. U svim tiskanim materijalima je korišten laički (nemedicinski) jezik, a u njih su nakon razmatranja uvrštene sve primjedbe koje je 40 ispitanica tijekom pilot istraživanja dale na navedene materijale. Knjižicu o trudnoći napisala je udruga RODA (Roditelji u akciji) tj. napisana je od roditelja za roditelje (144). Stoga je za očekivati da je knjižica sudionicima bila zanimljiva, prihvatljiva i razumljiva. Knjižica o dojenju sadržavala je informacije iz poglavlja "Promicanje dojenja tijekom trudnoće", dio UNICEF-ovog 20-satnog tečaja, koje su također jasno i jednostavno napisane. Sadržaj ovog tečaja je izabran jer se pokazao učinkovitim u mijenjanju stavova, znanja i prakse među zdravstvenim djelatnicima (149).

Obuhvaćene teme u zadanom poglavlju su ciljano navedene kao ključne u pripremi žene za dojenje, stoga su vjerojatno pomogle u stvaranju pozitivnog stava prema dojenju i poboljšanju znanja o prehrani dojenčadi i male djece. Nadalje, koristile su se tehnike promjene ponašanja (engl. Behavioural Change Techniques) u pisanju letka, poput "zdravstvenih posljedica", "društvenih i okolišnih posljedica" i "emocionalnih posljedica" (145), koje su vjerojatno povećale mogućnost da majke provedu u djelo svoje namjere. Također, nastojalo se prilikom pisanja tiskanih materijala ženi pružiti zanimljive i konkrente podatke, npr. o važnosti kontakta koža na kožu po porodu, zatim, da majčino mlijeko osigurava uravnotežen odnos hranjivih i zaštitinih tvari potrebnih za optimalan rast i razvoj djeteta te da prevenira mnoge bolesti kako majke tako i djeteta.

Osim navedenog, vodilo se također računa o formatu pisanih materijala i upravo je stoga izabran A4 koji je jednostavan za čitanje. Tiskani materijali sadržavali su mnoštvo ilustracija, letak

je sadržavao 8 slika kao i brošura da bi se pojasnio navedeni tekst i da bi se moglo doprijeti do žena koje ne žele odvojiti puno vremena za čitanje, kao i za stvaranje pozitivnih emocija kod žena koje gledaju slike. Nadalje, vodilo se računa o tome da svaka ispitanica koja je dospjela u intervencijsku ili aktivnu kontrolnu skupinu dobije na kućnu adresu tiskane materijale. Na taj način se omogućilo svim ženama u navedenim skupinama jednak pristup dostavljenim informacijama. Ukoliko pošiljka nije bila uručena, vratila se pošiljaocu te je pošiljalac osobu kontaktirao telefonom, zatražio točnu adresu kako bi se osiguralo da sve ispitanice dobiju materijale. Vjerojatno su svi ovi koraci pridonijeli u promijeni ponašanja kao i stavova žena prema djetetovoj prehrani.

Edukativni materijali su bili za buduće parove besplatni i bez sukoba interesa, što može biti osobito korisno u sredinama u kojima su stope pohađanja prenatalnog trudničkog tečaja niske, kao na primjer u gradu Splitu gdje je ranije pronađeno da je tečaj pohađalo samo 16% žena (20), a u našem istraživanju bilo ih je još manje samo 12%.

5.3. Učinak proaktivne telefonske podrške

Ključni aspekt intervencije bila je telefonska podrška koju proaktivno pruža obučeni zdravstveni djelatnik u zakazanim intervalima tijekom prenatalog i postnatalnog razdoblja. To je ženama iz IS i AKS omogućilo da predvide kada će im biti na raspolaganju podrška, što im je osiguralo pristup lako dostupnim informacijama, čime bi se moglo najvjerojatnije objasniti značajno nižu učestalost problema s dojenjem među ženama u intervencijskoj i aktivnoj kontrolnoj skupini.

Također, su i druge studije pokazale da intervencija telefonske podrške uspješno pomaže ženama u smanjenju poteškoća s dojenjem kao i u nastavku dojenja (151, 152).

Važna je činjenica da je jedna osoba obavila sve telefonske pozive ispitanicama, kako bi se osigurao kontinuitet skrbi i uspostavljanje povjerenja, prilagođavajući se svakoj majci u skladu s njezinim potrebama i sklonostima. Slična bi se podrška mogla pružiti u svakodnevnoj praksi od strane patronažne medicinske sestre s obzirom na to da je većina žena pod skrbi u jedinicama lokalne samouprave gdje djeluju patronažne sestre, a komunikacija mobitelom je danas dostupna i jeftina.

Ovaj oblik kombinirane podrške tijekom antenatalnog razdoblja, koji obuhvaća tiskane materijale uz proaktivnu telefonsku podršku i praćenje svake žene do 6. mjeseca djetetovog života, omogućavao je ženama da ustraju u ostvarivanju osobnih ciljeva u dojenju. Naročito u tom vrlo osjetljivom razdoblju nakon otpusta iz rodlišta gdje je od iznimne važnosti pružiti pomoć ženi u stjecanju samopouzdanja kao i pružanju važnih informacija o brojnim prednostima prirodne prehrane, kako za dijete, tako i za majku dojilju.

5.4. Praksa dojenja

U našem istraživanju navedena intervencija dovela je do značajnog povećanja stope isključivog dojenja. S tri mjeseca djetetovog života, 81% ispitanica u IS isključivo je dojilo u odnosu na 47% u SKS i 68% u AKS. U prospektivnom kohortnom istraživanju Zakarija-Grković i sur., provedeno prije i poslije edukacijske intervencije zdravstvenih djelatnika splitskog rodilišta, također je došlo do značajnog povećanja stope isključivog dojenja tijekom prvih 48 sati boravka u rodilištu (6,0% do 11,7%) (32).

Sa 6 mjeseci ta razlika se još više povećala te je samo 3% žena u SKS i 16% u AKS isključivo dojilo, dok je 64% ispitanica u IS i dalje isključivo dojilo. Ovi rezultati su u skladu i s drugim istraživanjima koja su pokazala vrlo niske stope isključivog dojenja sa 6 mjeseci, kako u Hrvatskoj (17) tako i u ostatku Europe (4-6).

Usprkos tome što su gotovo sve ispitanice izrazile namjeru dojiti isključivo 4-6 mjeseci (91% IS, 87% AKS i SKS), malo ih je to ostvarilo. Razlika između njihove namjere i prakse iznosila je 27%, 71% i 84% u IS, AKS i SKS. Moramo se zapitati zašto se to dogodilo i kako možemo bolje podržati žene u ostvarenju svojih ciljeva kod dojenja. Dojenje nije zadatak jedne žene – to je kolektivna odgovornost u kojoj cijela zajednica igra važnu ulogu. S obzirom na to da dojenje zahtijeva znanje i vještinu koju majka i dijete trebaju savladati, nužno je majci omogućiti kontinuirano savjetovanje i podršku.

U našem uzorku samo je 3% do 6% žena izrazilo namjeru da želi dojiti do 2 godine djetetovog života unatoć činjenici da SZO preporučuje dojenje do kraja 2 godine. Ovo predstavlja ogroman nesrazmjer između namjera naših žena i preporuka SZO, što govori o nepoznavanju dobrobiti dojenja u drugoj godini djetetovog života. Majčino mlijeko u drugoj godini djetetova života zadovoljava 40% nutritivnih potreba u toj dobi te i dalje pruža imunološku zaštitu kao i emotivnu sigurnost. Trebalo bi bolje promovirati preporuke SZO-a, kao i razloge zbog kojih se preporuča dojenje nakon prve godine života te raditi na smanjenju predrasuda u društvu prema ovoj praksi.

5.5. Pomoć u praksi dojenja

Napredovanja inicijative "Rodilište-prijatelj djece" prema inicijativi "Rodilište prijatelj majki i djece" uvelike bi se moglo doprinijeti većem zadovoljstvu žena, a samim time i većoj uspostavi kao i trajanju dojenja. Također, veliki uticaj na stvaranje slike o dojenju imaju mediji, zatim tiskani edukativni materijali koji bi se mogli distribuirati uz pomoć ginekologa, pedijatra i liječnika obiteljske medicine. Time bi se moglo pomoći ženama u ostvarivanju njihovih ciljeva u dojenju. Veliku ulogu u promoviranju dojenja u Hrvatskoj je do sada imala Vlada RH. Uspjelo se ostvariti

pogodne uvjete za majke koje namjeravaju dulje dojiti svoje dijete, poput plaćenog rodiljnog dopusta do jedne godine za jedno dijete, tri godine za troje ili više djece, te plaćene stanke za dojenje ukoliko se žena vrati prije 12 mjeseci na posao. Osim toga, potrebno je učiniti još dodatnih napora da bi se ženama olakšalo da ustraju u dojenju, poput omogućavanja fleksibilnog radnog vremena za dojenje ili izdajanje, zatim poticanja poslodavaca koji podržavaju dojenje raznim nagradama kao i podizanje svijesti o pravima zaposlenih žena i dojenju. Nadalje, potrebno je u društvu razviti pozitivan stav o dojenju, pogotovo dojenju nakon 1. godine odnosno do 2. godine djetetova života, kako u obiteljskoj zajednici tako i u javnosti.

Ovo istraživanje pokazuje da je svega 12% (n=42) žena pohađalo trudnički tečaj koji je važan za dobivanje znanja kao i stjecanje samopouzdanja, naročito kod žena kojima je to prva trudnoća, kao u našem istraživanju. Trudnički tečaj važan je kako bi se žene i njihovi partneri lakše pripremili za dolazak novog člana obitelji**.** Opstetričari igraju ključnu ulogu s obzirom na to da njihov utjecaj i pristup trudnim ženama. Kod ginekologa u ordinacijama primarne zaštite koji skrbe za većinu trudnica bi se trebali distribuirati edukativni materiali o trudnoći i dojenju namijenjeni trudnicama i obiteljima zbog toga što nemaju sukob interesa.

Bilo bi korisno kada bi Ministarstvo zdravstva razvilo niz edukativnih materijala za trudnice i rodilje o korisnim učincima majčinog mlijeka kroz tri značajna aspekta: zdravlja, kako majke, tako i djeteta, zatim s ekonomskog i okolišnog aspekta i te materijale uvrstiti u redovnu prenatalnu izobrazbu trudnica putem primarne zdravstvene zaštite.

5.6. Usporedba s drugom literaturom

Ostale studije također su uočile poboljšanje stope dojenja kao rezultat dodatne podrške dojenju. U Cochrane sustavnom pregledu intervencija za povećanje dojenja iz 2016. godine, žene koje su dobile edukaciju i podršku pri dojenju pod vodstvom zdravstvenih radnika znatno su češće započinjale s dojenjem, u usporedbi sa ženama koje su primale standardnu njegu (153). Slično tome, ažurirani Cochrane pregled 2017. godine temeljen na 73 randomizirana kontrolirana ispitivanja, u kojima je sudjelovalo 74.656 parova majka-dijete, potvrdila je da svi oblici dodatne podrške dovode do povećanja bilo kakvog dojenja, posebno u sredinama gdje su stope započinjanja dojenja visoke, kao u Hrvatskoj (25). U studiji Bošnjak i sur., o osobinama majki koje su pohađale grupe za potporu dojenja na području Međimurja, uočeno je da je s navršenih šest mjeseci dojilo ukupno 83,8% majki, a s navršena tri mjeseca isključivo je dojilo njih 56% (30). Kada su isti autori usporedili ove majke s majkama koje nisu pohađale grupe za potporu dojenja, više majki iz gurpa dojilo je sa 6 mjeseci u odnosu na ostale majke (83,8% vs. 48,1%, P <0,001), a isključivo su dojile

do dobi od 3 mjeseca (56% vs. 23,5%, P <0,001), u odnosu na majke koje nisu išle na grupe za potporu dojenju (31).

5.7. Ograničenja istraživanja

U našem istraživanju nismo izravno pitali ispitanice jesu li zadovoljne proaktivnom podrškom dojenju koju su dobile, ali neizravni komentari sudionica bili su pozitivni. Budući da je svu našu telefonsku podršku vodila jedna osoba, na intervencije čiji je cilj bio kumulativni učinak pri podršci dojenja, mogla je utjecati vještina i toplina osobe koja ih provodi kao i vještina u pružanju pomoći pri savladavanju poteškoća. Iako nismo u studiju uključili sve trudnice koje smo planirali prema našem protokolu, istraživanje smo zaustavili na 400 pozvanih jer se pokazala statistička značajna razlika na uzorku od 400 ispitanica. Izračunavanje veličine uzorka temeljilo se na podacima koji su se uvelike razlikovali od rezultata koje smo dobili u našoj studiji. To je najvjerojatnije zbog desetogodišnjeg razdoblja tijekom kojeg su na svijest o dojenju utjecale brojne promotivne kampanje. Naše konačne razlike bile su veće od predviđenih, što je našem uzorku dalo dovoljno snage da pokaže učinkovitost intervencije. U početku smo također planirali prikupiti demografsku evidencije novorođenčadi, ali se to pokazalo kao prezahtjevno. Unatoč ograničenjima istraživanja zadržana je metodološka strogost, što je rezultiralo sličnim osobinama ispitanica u skupinama, s minimalnim brojem izgubljenih ispitanica, izbjegavanjem Hawthorneovog efekta i vjernosti u provedbi planirane intervencije. Hawthorna efekt je pojam koji se često koristi kako bi se ukazalo na to da pojedinci mogu promijeniti svoje ponašanje zbog pozornosti koju primaju od istraživača. Zbog toga se vodilo računa da se izbjegne pristranost u odnosu na učinak intervencije zbog različitih načina savjetovanja. Pored toga, ispitanice smo dugo pratili u razdoblju tijekom kojeg je skrb koja je bila usredotočena na potrebe žena, dosljedno bila pružena na proaktivan način.

5.8. Znanstveni doprinos

Ovo istraživanje dokazalo je da kombinirana intervencija tijekom antenatalnog i postnatalnog razdoblja, u vidu tiskanih materijala o dojenju i roditeljstvu i proaktivnih telefonskih poziva, učinkovito povećava stope isključivog dojenja kod prvorotki 3 i 6 mjeseci nakon poroda. S obzirom na to da su stope dojenja u pravilu niže kod prvorotkinja, kako u svijetu tako i u nas, ova studija pokazuje kako im se može konkretno pomoći u ostvarivanju njihovih ciljeva glede dojenja.

Poznato je da se stopa isključivog dojenja u rodilištu može povećati pomoću provedbe inicijative "Rodilište-prijatelj djece", ali hrvatska istraživanja pokazuju da se taj učinak ne nastavlja nakon otpusta iz rodilišta (32). Jedan od razloga te pojave je nedostatak podrške dojiljama u zajednici, a naše istraživanje nudi rješenje za pružanje potpore tim ženama kada im je ona najpotrebnija.

Ovo istraživanje je prva hrvatska randomizirana kontrolirana studija u kojoj se istražuje učinkovitost perinatalne potpore dojenju, te se nadamo da će pridonijeti sintezi dokaza u sustavnim preglednim člancima u kojima će se identificirati najučinkovitiji oblici potpore dojenju.

Pored navedenog, dobiven je jasan uvid u stavove žena o prehrani djece, te o njihovoj promjeni tijekom vremena. Osim toga otkriveno je koliko žene imaju samopouzdanja u odnosu na dojenje te koji su najčešći razlozi za prekid dojenja i poteškoće s kojima su se žene koje su dojile nosile u različitim vremenskim intervalima nakon poroñaja. Ovi podatci mogu pomoći zdravstvenim djelatnicima koji skrbe o dojiljama na način da preventivno djeluju u rješavanju mogućih najčešćih poteškoća, npr. pružajući majkama anticipativne informacije kako osigurati dostatnu količinu mlijeka, s obzirom na to da je nedostatak mlijeka najčešće navedeni razlog prestanka dojenja.

Zbog širokog instrumentarija korištenog za istraživanje te pravilnog uzorkovanja i adekvatne veličine uzorka, rezultati su reprezentativni i stoga primjenjivi pri usporedbama sa sličnim znanstvenim istraživanjima te u odnosu na opću populaciju (izvanjska valjanost).

6. ZAKLJUČCI

Ovo istraživanje pokazalo je da pisani materijali i jedan proaktivni telefonski poziv tijekom trudnoće i tri proaktivna telefonska poziva nakon 2, 6 i 10 tjedana od poroñaja mogu biti djelotvorni u povećanju stope dojenja kod žena prvorotki u Dalmaciji.

Istražujući utjecaj intervencije tijekom prenatalnog i postnatalnog razdoblja utvrđeno je sljedeće:

- Žene iz IS češće su isključivo dojile s tri mjeseca u odnosu na žene iz AKS i SKS,
- Žene iz IS češće su pretežito dojile s tri mjeseca u odnosu na žene iz AKS i SKS,
- Žene iz IS češće su isključivo dojile sa 6 mjeseci u odnosu na žene iz AKS i SKS,
- Žene iz IS češće su pretežito dojile sa 6 mjeseci u odnosu na žene iz AKS i SKS,
- Žene iz IS imale su blago bolji stav prema dojenačkoj prehrani u trudnoći i najveće poboljšanje tih stavova sveukupno,
- Značajno veća samoučinkovitost dojenja pokazala se kod žena iz IS,
- U ljestvici socijalne potpore među sudionicama nije pronađena razlika,
- Najčešći razlog prestanka dojenja tijekom 3. mjeseca bila je nedovoljna količina mlijeka, zatim carski rez i djetetovo odbijanje dojke,
- Najčešći razlog prestanka dojenja tijekom 6. mjeseca bila je nedovoljna količina mlijeka i djetetovo odbijanje dojke,
- Ispitanice su najčešće navodile da su njihovi prijatelji i rođaci bili najveća pomoć u razdoblju od 3 do 6 mjeseci nakon poroñaja.

7. SAŽETAK

Učinak kombinirane intervencije na isključivo dojenje kod prvorotki: RCT

SAŽETAK: Prenatalna / postnatalna intervencija koja uključuje proaktivnu telefonsku podršku i pisane materijale provedena je na uzorku od 400 žena iz Splitsko-dalmatinske županije u Hrvatskoj a kojima je ovo prva trudnoća. Žene su randomizirane u tri grupe intervencija (IS), aktivna kontrolna (AKS) i standardna kontrolna skupiina (SKS) od studenog 2013. do prosinca 2016. Primarni ishod bio je isključivo dojenje (EBF) s 3 mjeseca. Sekundarni ishodi bili su poteškoće s dojenjem, stavovi prema hranjenju dojenčadi, samoučivkovitost dojenja i stope dojenja s 3 i 6 mjeseci. Od 400 žena, 45 (11%) se izgubilo tijekom praćenja, a konačne analize provedene su na 129 (IS), 103 (AKS) i 123 (SKS) sudionice. Stope EBF s 3 mjeseca bile su značajno veće za IS (OR 4,6, 95% CI 2,7 do 8,1; EBF 81%) kao i sa 6 mjeseci (OR 15,7, 95% CI 9,1 do 27,1; EBF 64%) u usporedbi s SKS (EBF 47% sa 3 mjeseca, a 3% u 6 mjeseci). Viši postoci zabilježeni su i za AKS nakon 3 mjeseca (OR 2,2, 95% CI 1,3 do 3,8, EBF 68%) i 6 mjeseci (OR 2,3, 95% CI 1,4 do 3,9, EBF 16%). Ispitanice IS-a zabilježile su najveći porast pozitivnog stava prema dojenčadi, u usporedbi s početnom vrijednosti, i značajno veću samoučinkovitost dojenja. Ispitanice SKS imale su znatno veće poteškoće s dojenjem, u dobi od 3 i 6 mjeseci, u usporedbi s AKS i IS. Tiskani materijali za dojenje i proaktivna telefonska podrška žena na kojima je ovo prva trudnoća pokazali su učinkovitim sredstvom za povećanje stope dojenja, smanjenje poteškoća s dojenjem i poboljšanje samoučinkovitosti i stava prema prehrani dojenčadi.

Studija je registrirana: ClinicalTrials.gov: NCT01998087. Izvor financiranja: nijedan.

Ključne riječi: isključivo dojenje, prvorotke, proaktivna telefonska podrška, RCT, antenatalna / postnatalna intervencija, dojenje

8. SUMMARY

The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: an RCT

An antenatal/postnatal intervention involving proactive telephone support and written materials was conducted among primiparas. 400 women, from the Split-Dalmatia County, Croatia, were randomised between November 2013 and December 2016 into three groups: intervention (IG), active control (ACG) and standard care (SCG). Primary outcome was exclusive breastfeeding (EBF) at 3 months. Secondary outcomes included breastfeeding difficulties, attitudes towards infant feeding, breastfeeding self-efficacy and social support. Practice staff were blinded to group allocation. Of 400 women, 45 (11%) were lost to follow-up, and final analyses were conducted on 129 (IG), 103 (ACG) and 123 (SCG) participants. EBF rates at 3 months were significantly higher for the IG (OR 4.6, 95% CI 2.7 to 8.1; EBF 81%) as well as at 6 months (OR 15.7, 95% CI 9.1 to 27.1; EBF 64%) compared to SCG (EBF 47% at 3 months, and 3% at 6 months). Higher rates were also observed for the ACG at 3 months (OR 2.2, 95%CI 1.3 to 3.8, EBF 68%) and 6 months (OR 2.3, 95%CI 1.4 to 3.9, EBF 16%). Participants in the IG had the highest increase in positive attitudes towards infant feeding, in comparison to baseline, and significantly higher breastfeeding self-efficacy. Participants in SCG experienced significantly more breastfeeding difficulties, both at 3 and 6 months, in comparison to AC and IGs. Written breastfeeding materials and proactive telephone support among primiparas are an effective means of increasing breastfeeding rates, decreasing breastfeeding difficulties and improving self-efficacy and attitudes towards infant feeding.

Trial registration: ClinicalTrials.gov: NCT01998087. Source of funding: none.

Keywords: exclusive breastfeeding, first-time mothers, proactive telephone support, RCT, antenatal/postnatal intervention, breastfeeding

9. LITERATURA

1. World Health Organization (WHO). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
2. World Health Organization (WHO). Dostupno na: Infant and young child feeding. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
3. UNICEF for every child. Dostupno na: Breastfeeding. A Mother's Gift, for Every Child. Dostupno na: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
4. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR; Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr. 2005;8(1):39-46.
5. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, Communal MJ, Massart C, Chapin E, Fallon M; 'Promotion of Breastfeeding in Europe: Pilot Testing the Blueprint for Action' Project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. Public Health Nutr. 2010;13(6):751-9. doi: 10.1017/S1368980009991844.
6. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European RegionMember States. Public Health Nutr. 2016;19(4):753-64. doi: 10.1017/S1368980015001767.
7. Relton C, Strong M, Renfrew MJ, Thomas K, Burrows J, Whelan B, Whitford HM, Scott E, Fox-Rushby J, Anoyke N, Sanghera S, Johnson M, Easton S, Walters S. Cluster randomised controlled trial of a financial incentive for mothers to improve breast feeding in areas with low breastfeeding rates: the NOSH study protocol. BMJ Open. 2016;6(4):e010158. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010158.
8. Alberdi G, O'Sullivan EJ, Scully H, Kelly N, Kincaid R, Murtagh R, Murray S, McGuinness D, Clive A, Brosnan M, Sheehy L, Dunn E, McAuliffe FM. A feasibility study of a multidimensional breastfeeding-support intervention in Ireland. Midwifery. 2018;58:86-92. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.018.
9. UNICEF UNITED KINGDOM. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. Dostupno na: https://www.unicef.org.uk/wp-

content/uploads/sites/2/2012/11/Preventing_disease_saving_resources.pdf (Pristupljeno 29. travnja 2020.).

10. Anne Nolan, Richard Layte. The 'Healthy Immigrant Effect': Breastfeeding Behaviour in Ireland. Eur J Public Health. 2015;25(4):626-31. doi: 10.1093/eurpub/cku177.
11. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. Am J Clin Nutr. 2015;101(3):579-86. doi: 10.3945/ajcn.114.092775.
12. Cai X, Wardlaw T, BroEsbati A, Barnes M, Henderson A, Taylor J. Legislation, policies and guidelines related to breastfeeding and the Baby Friendly Health Initiative in Australia: a document analysis. Aust Health Rev. 2017;6. doi: 10.1071/AH16067.
13. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Breastfeeding Report Card: Progress Toward National Breastfeeding Goals, United States, 2016. In: Breastfeeding. Centers for Disease Control and Prevention. 2016. Dostupno na: https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
14. Esbati A, Barnes M, Henderson A, Taylor J. Legislation, policies and guidelines related to breastfeeding and the Baby Friendly Health Initiative in Australia: a document analysis. Aust Health Rev. 2017;6. doi: 10.1071/AH16067.
15. WHA. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief. Dostupno na: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/ (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
16. Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler AJ, Gubert MB, Doucet K, Meyers S, Dos Santos Buccini G. Becoming Breastfeeding Friendly Index: Development and application for scaling-up breastfeeding programmes globally. Matern Child Nutr. 2018;14(3):e12596. doi: 10.1111/mcn.12596.
17. Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Vučković-Vukušić A, Lozančić T, Božinović T, Ćuze A, Burmaz T. Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions. Eur J Public Health. 2016;26(2):282-9. doi: 10.1093/eurpub/ckv203.
18. Grgurić J. Results of breastfeeding promotion in the Republic of Croatia. Dijete i društvo. 2000;2(1):51–5.
19. Marinović-Guić, M. Stavovi trudnica prema dojenju; korelacija sa započimanjem i duljinom dojenja nakon poroda. Magistarski rad. Medicinski fakultet Split, 2005.
20. Zakarija-Grković I, Boban M, Janković S, Ćuže A, Burmaz T. Compliance With WHO/UNICEF BFHI Standards in Croatia After Implementation of the BFHI. J Human Lact. 2018;34(1):106-115. doi: 10.1177/0890334417703367.

21. Grgurić J. Novi programi za promicanje dojenja. Paediatr Croat. 2014;58(Suppl. 1):151–8.
22. Izvještaj WBTi, Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). Inicijativa svjetskih trendova u dojenju (ISTD). Dostupno na: https://www.komora-primalja.hr/datoteke/HR-wbti-hrvatski-2015.pdf (Pristupljeno 28. travnja 2020.)
23. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):114-34. doi: 10.1111/apa.13127.
24. Lopes Sda S, Laignier MR, Primo CC, Leite FM. Baby-friendly hospital initiative: evaluation of the ten steps to successful breastfeeding. Rev Paul Pediatr. 2013;31(4):488-93. doi: 10.1590/S0103-05822013000400011.
25. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
26. Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the earlypostpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(3):301-14. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x.
27. Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, Cortes D, Michaelsen KF, Pryds O. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. Am J Clin Nutr. 2013;98(5):1226-32. doi: 10.3945/ajcn.113.059600.
28. Simonetti V, Palma E, Giglio A, Mohn A, Cicolini G. A structured telephonic counselling to promote the exclusive breastfeeding of healthybabies aged zero to six months: a pilot study. Int J Nurs Pract. 2012;18(3):289-94. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02040.x.
29. McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011;40(1):35-46. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x.
30. Bošnjak AP, Grgurić J. Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. Paediatria Croatica. 2007;51(3):89-94.
31. Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. J Perinat Med. 2009;37(2):185-92. doi: 10.1515/JPM.2009.025.
32. Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Bozinovic T, Ćuže A, Lozancic T, Vuckovic A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour

course for maternity staff. J Hum Lact. 2012;28(3):389-99. doi: 10.1177/0890334412447079.

33. Binns C, Lee MK. Definitions of breastfeeding. Breastfeed Medicine. 2013;8(3):333. doi: 10.1089/bfm.2013.0002.
34. Still R, Marais D, Hollis JL. Mothers' understanding of the term 'exclusive breastfeeding': a systematic review. Matern Child Nutr. 2017;13(3). doi: 10.1111/mcn.12336.
35. World Health Assembly, 55. (2002). Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002: resolutions and decisions, annexes. World Health Organization. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/handle/10665/259364 (Pristupljeno 12. lipnja 2020.)
36. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised).European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008. Dostupno na: https://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
37. IBFAN. Defending breastfeeding. Dostupno na: http://ibfan.org/about-ibfan (Pristupljeno 22. travnja 2020.).
38. World Health Organization (WHO). The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes - 2017 Update Frequently asked questions. Dostupno na: https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/ (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
39. United Nations General Assembly. Convetion on the Rights of the Child. New York, 1989. Dostupno na: https://www.pgpedia.com/c/convention-rights-child (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
40. WHO/UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Florence, Italy, Spedale degli Innocenti, 1990.
41. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternitiy services. WHO: Geneva, 1989.
42. Freney E, Johnson D, Knox I. Promoting Breastfeeding-Friendly Hospital Practices: A Washington State Learning Collaborative Case Study. J Hum Lact. 2016;32(2):355-60. doi: 10.1177/0890334415594381.
43. Zivich P, Lapika B, Behets F, Yotebieng M. Implementation of Steps 1-9 to Successful BreastfeedingReduces the Frequency of Mild and Severe Episodes of Diarrhea and Respiratory Tract Infection Among 0-6 Month Infants in Democratic Republic of Congo. Matern Child Nutr. 2018;22(5):762-771. doi: 10.1007/s10995-018-2446-9.

44. World Health Organization (WHO) Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Dostupno na: https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/ (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
45. WHO. Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA). World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) - Infants and young children. Dostupno na: http://waba.org.my/about-waba/about-waba-what-we-do/ (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
46. UNICEF every child. Early Moments Matter for every child. Dostupno na: https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_report.pdf (Pristupljeno 19. svibanja 2020.).
47. Cunha AJ, Leite ÁJ, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. J Pediatr. (Rio J). 2015;91(6 Suppl 1):S44-51. doi: 10.1016/j.jped.2015.07.002.
48. Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, Blake-Lamb TL, Perkins ME, Taveras EM. Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2016;50(6):761-779. doi: 10.1016/j.amepre.2015.11.012.
49. WABA. Protects, Promotes and Supports Breastfeeding Worldwide. Dostupno na: http://waba.org.my/archive/ (Pristupljeno 23. travnja 2020.).
50. Sustainable Development Goals. 17 Goals to Transform Our World. Dostupno na: https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/ (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
51. WABA. World Alliance for Breastfeeding Action. Protects, Promotes and Supports Breastfeeding Worldwide**.** Dostupno na: http://waba.org.my/archive/breastfeeding-a-key-to-sustainable-development-unicef-world-breastfeeding-week-2016-message/ (Pristupljeno 22. svibanja 2020.).
52. WHO. Nutrition Global Breastfeeding Collective. Dostupno na: https://www.who.int/nutrition/topics/global-breastfeeding-collective/en/ (Pristupljeno 17. travnja 2020.).
53. Second International Conference on Nutrition. Food and Agriculture Organization of the UnitedNations. WHO. Report of the Joint FAO/WHO Secretariat on the Conference, December 2014. Dostupno na: http://www.fao.org/3/a-at764e.pdf (Pristupljeno 28. travnja 2020.).
54. UNICEF for every child. Breastfeeding: A smart investment. Dostupno na: https://www.unicef.org/breastfeeding/ (Pristupljeno 20. travnja 2020).

55. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Haiek LN; Baby-Friendly Hospital Initiative Expert Group. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. J Hum Lact. 2013;29(3):300-9. doi: 10.1177/0890334413489775.
56. Ministarstvo zdravstva RH. Nacrt prijedloga Nacionalnog programa za zaštitu i promicanje dojenja za razdoblje od 2018. do 2020. godine. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/otvorena-savjetovanja/nacrt-prijedloga-nacionalnog-programa-za-zastitu-i-promicanje-dojenja-za-razdoblje-od-2018-do-2020-godine/3195 (Pristupljeno 24. travnja 2020).
57. Hrvatska udruga grupa za potporu dojenja HUGPD. Croatian breastfeeding support group. Dostupno na: http://hugpd.hr/dojenje_mentalno-zdravlje/ (Pristupljeno 28. travnja 2020).
58. Pavičić Bošnjak A, Blašković Kokeza J, Dujmpović A, Hegeduš Jungvirth M, Letica Protega N, Obradović K, Grgurić J. Preporuke za promicanje dojenja Hrvatskog pedijatrijskog društva. Paediatr Croat. 2005;49(4):261-263.
59. Ministarstvo zdravlja. Program za zaštitu i promicanje dojenja od 2015. do 2016. Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/Programi%20i%20projekti%20-%20Ostali%20programi/Program%20za%20za%C5%A1titu%20i%20promicanje%20dojenja%202015-2016..pdf (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
60. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. Pediatr Clin North Am. 2013;60(1):31-48. doi: 10.1016/j.pcl.2012.09.010.
61. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016, 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
62. Colin Binns, MiKyung Lee, Wah Yun Low. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. Asia Pac J Public Health. 2016;28(1):7-14. doi: 10.1177/1010539515624964.
63. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016, 30;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
64. Ruiz L, Espinosa-Martos I, García-Carral C, Manzano S, McGuire MK, Meehan CL, McGuire MA, Williams JE, Foster J, Sellen DW, Kamau-Mbuthia EW, Kamundia EW,

Mbugua S, Moore SE, Kvist LJ, Otoo GE, Lackey KA, Flores K, Pareja RG, Bode L, Rodríguez JM. What's Normal? Immune Profiling of Human Milk from Healthy Women Living in Different Geographical and Socioeconomic Settings. Front Immunol. 2017, 30;8:696. doi: 10.3389/fimmu.2017.00696. eCollection 2017.

65. Pecoraro L, Agostoni C, Pepaj O, Pietrobelli A. Behind human milk and breastfeeding: not only food. Int J Food Sci Nutr. 2017;26:1-6. doi: 10.1080/09637486.2017.1416459.
66. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):30-7. doi: 10.1111/apa.13133.
67. Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Fischer Walker CL, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, Black RE. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13:S18. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S18.
68. Nkemjika SO, Demissie K. Breast feeding initiation time and its impact on diarrheal disease and pneumonia in West Africa. J Public Heal Epidemiol. 2015;7(12):352–359. doi: 10.5897/JPHE2015.0741.
69. Nimbalkar AS, Patel DV, Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DN, Phatak AG. Infant and Young Child Feeding Practices in Infants Receiving Skin to Skin Care at Birth: Follow-up of Randomized Cohort. J Clin Diagn Res. 2016;10(12):SC09-SC12. doi: 10.7860/JCDR/2016/22930.9003.
70. Giusti A. [Breastfeeding: health, prevention, and environment]. Epidemiol Prev. 2015;39(5-6):386-391.
71. Verbanac D. Probiotikom i mikronutrijentima ojačajmo imunitet. Zbornik radova, Svečani sabor povodom obilježavanja 60. obljetnice djelovanja; Hrvatsko društvo Farmaceutskih tehničara, Opatija 14.-17. travnja 2016. str. 97-99.
72. UNICEF. Breastfeeding – The Remarkable First Hour of Life. The First Hour of Life: reasons to breastfeed. Dostupno na: https://www.unicef.org/malaysia/Breastfeeding_First_Hour_of_Life.pdf (Pristupljeno 29. travnja 2020).
73. Penders J, Thijs C, Vink C, Stelma FF, Snijders B, Kummeling I, van den Brandt PA, Stobberingh EE. Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. Pediatrics. 2006;118(2):511-21.

74. 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.
75. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity--a systematic review and meta-analysis. Matern Child Health J. 2015;19(3):468-79. doi: 10.1007/s10995-014-1526-8.
76. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
77. Thompson JMD,Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D, Blair PS, Hauck FR. Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. Pediatrics. 2017;140(5). pii: e20171324. doi: 10.1542/peds.2017-1324.
78. Adams SM, Ward CE, Garcia KL. Sudden infant death syndrome. Am Fam Physician. 2015,1;91(11):778-83.
79. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MX, Dai X, Tham R, Lowe AJ, Bowatte G, Allen KJ, Dharmage SC. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):38-53. doi: 10.1111/apa.13132.
80. Chowning R, Radmacher P, Lewis S, Serke L, Pettit N, Adamkin DH. A retrospective analysis of the effect of human milk on prevention of necrotizing enterocolitis and postnatal growth. J Perinatol. 2016;36(3):221-4. doi: 10.1038/jp.2015.179.
81. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, Lodge CJ. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):85-95. doi: 10.1111/apa.13151.
82. Kühn T, Kroke A, Remer T, Schönau E, Buyken AE. Is breastfeeding related to bone properties? A longitudinal analysis of associations between breastfeeding duration and pQCT parameters in children and adolescents. Matern Child Nutr. 2014;10(4):642-9. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00443.x.
83. Penn AH, Carver LJ, Herbert CA, Lai TS, McIntire MJ, Howard JT, Taylor SF, Schmid-Schönbein GW, Dobkins KR. Breast Milk Protects Against Gastrointestinal Symptoms in Infants at High Risk for Autism During Early Development. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016;62(2):317-27. doi: 10.1097/MPG.0000000000000907.
84. Kindgren E, Fredrikson M, Ludvigsson J**.** Early feeding and risk of Juvenile idiopathic arthritis: a case control study in a prospective birth cohort. Pediatr Rheumatol Online J. 2017, 26;15(1):46. doi: 10.1186/s12969-017-0175-z.

85. Lund-Blix NA, Dydensborg Sander S, Størdal K, Nybo Andersen AM, Rønningen KS, Joner G, Skrivarhaug T, Njølstad PR, Husby S, Stene LC. Infant Feeding and Risk of Type 1 Diabetes in Two Large Scandinavian Birth Cohorts. Diabetes Care. 2017;40(7):920-927. doi: 10.2337/dc17-0016.
86. Martin RM, Kramer MS, Patel R, Rifas-Shiman SL, Thompson J, Yang S, Vilchuck K, Bogdanovich N, Hameza M, Tilling K, Oken E. Effects of Promoting Long-term, Exclusive Breastfeeding on Adolescent Adiposity, Blood Pressure, and Growth Trajectories: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2017, 3;171(7):e170698. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.
87. Park SJ, Lee HJ. Exclusive breastfeeding and partial breastfeeding reduce the risk of overweight in childhood: A nationwide longitudinal study in Korea. Obes Res Clin Pract. 2018, 27. pii: S1871-403X(18)30001-2. doi: 10.1016/j.orcp.2018.01.001.
88. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2014. Dostupno https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2014.html (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
89. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin. 2012;62(1):10-29. doi: 10.3322/caac.20138.
90. US National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2004. Dostupno na: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2004/ (Pristupljeno 29. travnja 2020.).
91. US National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review 1975-2011.Section 28: childhood cancer by site: incidence, survival and mortality. https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2011/results_merged/sect_28_childhood_cancer.pdf (Pristupljeno 20. travnja 2018).
92. Kaatsch P. Epidemiology of childhood cancer. Cancer Treat Rev. 2010;36(4):277-85. doi: 10.1016/j.ctrv.2010.02.003.
93. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta-analysis and Systematic Review. JAMA Pediatr. 2015;169(6):e151025. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.1025.
94. Geddes D, Kok C, Nancarrow K, Hepworth A, Simmer K. Preterm Infant Feeding: A Mechanistic Comparison between a Vacuum Triggered Novel Teat and Breastfeeding. Nutrients. 2018, 19;10(3). pii: E376. doi: 10.3390/nu10030376.
95. Salone LR, Vann WF Jr, Dee DL. Breastfeeding: an overview of oral and general health benefits. J Amer Dent Ass. 2013;144(2):143-51.

96. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr. 2015, 21;15:46. doi: 10.1186/s12887-015-0364-1.
97. Smithers LG, Lynch JW, Yang S, Dahhou M, Kramer MS. Impact of neonatal growth on IQ and behavior at early school age. Pediatrics. 2013;132(1):e53-60. doi: 10.1542/peds.2012-3497.
98. Horta BL, de Sousa BA, de Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2018;30. doi: 10.1097/MCO.0000000000000453.
99. Kent G. Regulating fatty acids in infant formula: critical assessment of U.S. policies and practices. Int Breastfeed J. 2014;16;9(1):2. doi: 10.1186/1746-4358-9-2.
100. González HF, Visentin S. Nutrients and neurodevelopment: lipids. Arch Argent Pediatr. 2016;114(5):472-6. doi: 10.5546/aap.2016.eng.472.
101. Delplanque B, Gibson R, Koletzko B, Lapillonne A, Strandvik B. Lipid Quality in Infant Nutrition: Current Knowledge and Future Opportunities. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015;61(1):8-17. doi: 10.1097/MPG.0000000000000818.
102. Mardešić D. i suradnici. Pedijatrija, 8. izmjenjeno i dopunjeno izd. Zagreb: Školska knjiga, 2016: 231-307.
103. Heikkilä 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. doi: 10.1136/adc.2010.201970.
104. Poton WL, Soares ALG, Oliveira ERA, Gonçalves H. Breastfeeding and behavior disorders among children and adolescents: a systematic review. Rev Saude Publica. 2018;52:9. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000439.
105. Ludington-Hoe SM. Skin-to-Skin Contact: A Comforting Place With Comfort Food. MCN Am J Matern Child Nurs. 2015;40(6):359-66; quiz E23-4. doi: 10.1097/NMC.0000000000000178.
106. Oddy WH. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. Ann Nutr Metab. 2017;70 (Suppl 2):26-36. doi: 10.1159/000457920.
107. Kendall-Tackett K. The new paradigm for depression in new mothers: current findings on maternal depression, breastfeeding and resiliency across the lifespan. Breastfeed Rev. 2015;23(1):7-10.
108. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):96-113. doi: 10.1111/apa.13102.

109. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidencefrom a meta-analysis. Breastfeed Med. 2015;10(3):175-82. doi: 10.1089/bfm.2014.0141.

110. Unar-Munguía M, Torres-Mejía G, Colchero MA, González de Cosío T. Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis. J Hum Lact. 2017;33(2):422-434. doi: 10.1177/0890334416683676.

111. do Carmo França-Botelho A, Ferreira MC, França JL, França EL, Honório-França AC. Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review. Asian Pac J Cancer Prev. 2012;13(11):5327-32.

112. González-Jiménez E, García PA, Aguilar MJ, Padilla CA, Álvarez J. Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. Journal of Clinical Nursing. 2014;23(17-18):2397-403. doi: 10.1111/jocn.12368.

113. Anstey EH, Shoemaker ML, Barrera CM, O'Neil ME, Verma AB, Holman DM. Breastfeeding and Breast Cancer Risk Reduction: Implications for Black Mothers. Am J Prev Med. 2017;53(3S1):S40-S46. doi: 10.1016/j.amepre.2017.04.024.

114. Connor AE, Visvanathan K, Baumgartner KB, Baumgartner RN, Boone SD, Hines LM, Wolff RK, John EM, Slattery ML. Pre-diagnostic breastfeeding, adiposity, and mortality among parous Hispanic and non-Hispanic white women with invasive breast cancer: the Breast Cancer Health Disparities Study. Breast Cancer Res Treat. 2017;161(2):321-331. doi: 10.1007/s10549-016-4048-9.

115. Beral V, Bull D, Doll R, Peto R, Reeves G; Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83?000 women with breast cancerfrom 16 countries. Lancet. 2004;363(9414):1007-16.

116. Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, Wise LA, Adami HO, Brinton LA, Chen C, Cook LS, Dal Maso L, De Vivo I, Freudenheim JL, Friedenreich CM, La Vecchia C, McCann SE, Moysich KB, Lu L, Olson SH, Palmer JR, Petruzella S, Pike MC, Rebbeck TR, Ricceri F, Risch HA, Sacerdote C, Setiawan VW, Sponholtz TR, Shu XO, Spurdle AB, Weiderpass E, Wentzensen N, Yang HP, Yu H, Webb PM. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. Obstet Gynecol. 2017;129(6):1059-1067. doi: 10.1097/AOG.0000000000002057.

117. Sung HK, Ma SH, Choi JY, Hwang Y, Ahn C, Kim BG, Kim YM, Kim JW, Kang S, Kim J, Kim TJ, Yoo KY, Kang D, Park S. The Effect of Breastfeeding Duration and Parity

on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Prev Med Public Health. 2016;49(6):349-366.

118. Li DP, Du C, Zhang ZM, Li GX, Yu ZF, Wang X, Li PF, Cheng C, Liu YP, Zhao YS. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(12):4829-37.

119. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.

120. Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. PLoS One. 2017;12(11):e0187923. doi: 10.1371/journal.pone.0187923. eCollection 2017.

121. Park S, Choi NK. Breastfeeding and Maternal Hypertension. Am J Hypertens. 2018;25. doi: 10.1093/ajh/hpx219.

122. Mawson AR, Xueyuan W. Breastfeeding, retinoids, and postpartum depression: a new theory. J Affect Disord. 2013;150(3):1129-35. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.038.

123. Bai DL, Fong DY, Tarrant M. Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. Matern Child Health J. 2015;19(5):990-9. doi: 10.1007/s10995-014-1596-7.

124. Dagher RK, McGovern PM, Schold JD, Randall XJ. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):194. doi: 10.1186/s12884-016-0965-1.

125. Hirani SA, Karmaliani R. The experiences of urban, professional women when combining breastfeeding with paid employment in Karachi, Pakistan: a qualitativestudy. Women Birth. 2013;26(2):147-51. doi: 10.1016/j.wombi.2012.10.007.

126. International Labour Organization. Maternity at work: A review of national legislation. Geneva: Findings from ILO database of conditions of work and employment laws, International Labor Office; 2012.

127. Gertosio C, Meazza C, Pagani S, Bozzola M. Breastfeeding and its gamut of benefits. Minerva Pediatr. 2016;68(3):201-12.

128. Kabir A, Maitrot MR. Factors influencing feeding practices of extreme poor infants and young children in families of working mothers in Dhaka slums: A qualitative study. PLoS One. 2017;12(2):e0172119. doi: 10.1371/journal.pone.0172119. eCollection 2017.

129. Linnecar A, Gupta A, Dadhich J, Bidla N. Formula for Disaster: weighing the impact offormula feeding vsbreastfeeding on environment. . BPNI / IBFAN Asia 2014.

130. Ten Steps to Successful Breastfeeding. Baby-Friendly Hospital Initiative. Benefits of Breastfeeding for the Environment and Society. Dostupno na: http://www.tensteps.org/benefits-of-breastfeeding-for-the-environment-society.shtml (Pristupljeno 29. travnja 2020.).

131. Pecoraro L, Agostoni C, Pepaj O, Pietrobelli A. Behind human milk and breastfeeding: not only food. Int J Food Sci Nutr. 2017;26:1-6. doi: 10.1080/09637486.2017.1416459.

132. Pokhrel S, Quigley MA, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams A,Trueman P, Dodds R, Renfrew MJ. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. Arch Dis Child. 2015;100(4):334-40. doi: 10.1136/archdischild-2014-306701.

133. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT, Bogen DL, Schaefer AJ, Stuebe AM Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. Matern Child Nutr. 2017;13(1). doi: 10.1111/mcn.12366.

134. Bartick MC, Stuebe AM, Schwarz EB, Luongo C, Reinhold AG, Foster EM. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimalbreastfeeding. Obstet Gynecol. 2013;122(1):111-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e318297a047.

135. Senghore T, Omotosho TA, Ceesay O, Williams DCH. Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care: a cross-sectional study. Int Breastfeed J. 2018;13:9. doi.org/10.1186/s13006-018-0154-0.

136. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

137. Zakarija-Grković I, Puharić D, Malički M, Hoddinott P. Breastfeeding booklet and proactive phone calls for increasing exclusive breastfeeding rates: RCT protocol. Matern Child Nutr. 2017;13(1):e12249. doi: 10.1111/mcn.12249.

138. De la Mora A, Russell S.W, Dungy C.I, Losch M, Dusdieker L.: The Iowe infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. J Appl Soc Psychol. 1999;29:2362-80.

139. Marinović Guić M.: Stavovi trudnica prema dojenju; Korelacija sa započinjanjem i duljinom dojenja nakon poroda (Magistarski rad). Split: Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; 2007.

140. Vaux A, Phillips J, Thomson B, Williams D, Stewart D.: The social support appraisals (SS-A) Scale: Studies of reability and validity. Am J of Community Psychol. 1986;14:195-217.

141. Hudek-Knežić J. Obilježja ličnosti, biološki spol i percepcija socijalne podrške kao korelati suočavanja sa stresnim situacijama. Godišnjak Zavoda za psihologiju. 1994;3:47-56.

142. Pavičić Bošnjak A, Rumboldt M, Stanojević M, Dennis CL. Psychometric assessment of the Croatian version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form. J Hum Lact. 2012;28(4):565-9.doi: 10.1177/0890334412456240.

143. UNICEF. Priručnik za provođenje inicijative ″Rodilište-prijatelj djece″ Kratis: Zagreb,2007.

144. Roda. Što budući roditelji moraju znati? Dostupno na: http://www.roda.hr/udruga/dokumentacijski-centar/rodino-izdavastvo/ (Pristupljeno 29. travnja 2020.).

145. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. Ann Behav Med. 2013;46(1):81-95. doi: 10.1007/s12160-013-9486-6.

146. UNICEF/WHO. Breastfeeding Promotion and Support in a BabyFriendly Hospital: A 20 hour Course for Maternity Staff. New York (NY): UNICEF; 2006. Dostupno na: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s4.pdf (Pristupljeno 28. travnja 2020.).

147. Chertok IR. Breast-feeding initiation among post-Caesarean women of the Negev, Israel. Br J Nurs. 2006;15(4):205-8.

148. Lin CH, Kuo SC, Lin KC, Chang TY. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. J Clin Nurs. 2008;17(21):2838-45. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02289.x.

149. Zakarija-Grkovic I, Šegvić O, Bozinovic T, Ćuže A, Lozancic T, Vuckovic A, Burmaz T. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. J Hum Lact. 2012;28(3):389-99. doi: 10.1177/0890334412447079.

150. 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;51(5):396-405.

151. Abul-Fadl AM, Kharboush I, Fikry M, Adel M. Testing communication models for relactation in an Egyptian setting. Breastfeed Med. 2012;7:248-54. doi: 10.1089/bfm.2011.0026.

152. Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD009338. doi: 10.1002/14651858.CD009338.pub2.

153. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):CD001688doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.

154. Chan-Yip AM, Kramer MS. Promotion of breast-feeding in a Chinese community in Montreal. Can Med Assoc J. 1983, 1;129(9):955-8.

155. Palti H, Valderama C, Pogrund R, Jarkoni J, Kurtzman C. Evaluation of the effectiveness of a structured breast-feeding promotion program integrated into a Maternal and Child Health service in Jerusalem. Isr J Med Sci. 1988;24(7):342-8.

156. Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breast-feeding in a low-income population. Program to increase incidence and duration. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149(7):798-803. doi: 10.1001/ archpedi.1995.02170200088014.

157. Pugin E, Valdés V, Labbok MH, Pérez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? J Hum Lactat. 1996;12(1):15-9. doi: 10.1177/089033449601200105.

158. Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: its effect on breastfeeding among WIC participants. J Hum Lactat. 1997;13(2):121-5. doi: 10.1177/089033449701300212.

159. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. Lancet. 1999;353(9160):1226-31. doi: 10.1016/S0140-6736(98)08037-4.

160. Froozani MD, Permehzadeh K, Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. Bull World Health Organ.1999;77(5):381-5.

161. Shaw E, Kaczorowski J. The effect of a peer counselling program on breastfeeding initiation and longevity in a low-income rural population. J Hum Lact. 1999;15(1):19-25. doi: 10.1177/089033449901500108.

162. Vari PM, Camburn J, Henly SJ. Professionally mediated peer support and early breastfeeding success. J Perinat Educ. 2000;9(1):22-30. doi: 10.1624/105812400X87473.

163. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial (see commments). Lancet. 2000;356(9242):1643-7. doi: 10.1016/s0140-6736(00)03159-7.

164. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenataland postnatal interventions. J Hum Lact. 2001;17(4):326-43. doi: 10.1177/089033440101700407.

165. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E; PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001, 24-31;285(4):413-20. doi: 10.1001/jama.285.4.413.

166. Pugh LC, Milligan RA, Frick KD, Spatz D, Bronner Y. Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-incomebreastfeeding women. Birth. 2002;29(2):95-100. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00169.x.

167. Dennis CL. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. Birth. 2002;29(3):169-76. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00184.x.

168. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. CMAJ. 2002, 8;166(1):21-8.

169. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. Midwifery. 2004;20(4):367-79. doi: 10.1016/j.midw.2004.04.003.

170. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005, 18;(2):CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.

171. Agrasada GV, Gustafsson J, Kylberg E, Ewald U. Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: a randomized, controlled trial. Acta Paediatr. 2005;94(8):1109-15. doi: 10.1111/j.1651-2227.2005.tb02053.x.

172. Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiationand duration of breastfeeding: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2006;56(524):191-7.

173. Lin SS, Chien LY, Tai CJ, Lee CF. Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. J Clin Nurs. 2008;17(3):296-303. doi: 10.1111/j. 1365-2702. 2006. 01927.X.

174. Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. Pediatr Nurs. 2008;34(2):125-30, 138.

175. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008;33(5):315-9. doi: 10.1097/01.NMC.0000334900.22215.ec.

176. Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. J Hum Lact. 2009;25(4):404-11; quiz 458-9.doi: 10.1177/0890334409337308.

177. Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days afterdelivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011;24(2):354-61.doi: 10.3109/14767058.2010.497569.

178. Balkam JA, Cadwell K, Fein SB. Effect of components of a workplace lactation program on breastfeeding duration among employees of a public-sector employer. Matern Child Health J. 2011;15(5):677-83. doi: 10.1007/s10995-010-0620-9.

179. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh HW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. West J Nurs Res. 2011;33(4):486-505.doi: 10.1177/0193945910380408.

180. Hoddinott P, Craig L, Maclennan G, Boyers D, Vale L; NHS Grampian and the University of Aberdeen FEST project team. Process evaluation for the Feeding Support Team (FEST) randomised controlledfeasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding womenliving in disadvantaged areas BMJ Open. 2012;2(2):e001039. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001039.

181. Kamran A, Shrifirad G, Mirkarimi SK, Farahani A. Effectiveness of breastfeeding education on the weight of child and self-efficacy of mothers – 2011. J Educ Health Promot. 2012;1:11. doi: 10.4103/2277-9531.98569.

182. Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

evaluating primarycare-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. Fam Pract. 2012;29(3):245-54. doi: 10.1093/fampra/cmr085.

183. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(9):e45143. doi: 10.1371/journal.pone.0045143.

184. Chapman DJ Pérez-Escamilla R. Breastfeeding Among Minority Women: Moving From Risk Factors to Interventions. Adv Nutr. 2012;3(1):95-104. doi: 10.3945/an.111.001016.

185. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13 (Suppl 3):S20. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S20.

186. Wan-yee C. A systematic review on the effectiveness of interventions to promote the initiation, duration and exclusivity of breastfeeding. HKU Scholars Hub. 2013. doi: 10.5353/th_b5098424.

187. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Bacigalupe A, Payo J, Montoya I. Antenatal education and breastfeeding in a cohort of primiparas. J Adv Nurs. 2013;69(7):1607-17. doi: 10.1111/jan.12022.

188. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Parides M, Bickell N. An Intervention to Extend Breastfeeding Among Black and Latina Postpartum Mothers. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(3):239.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.11.028.

189. Reeder JA, Joyce T, Sibley K, Arnold D,Altindag O. Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2014;134(3):e700-9. doi: 10.1542/peds.2013-4146.

190. Otsuka K , Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? Matern Child Health J. 2014;18(1):296-306. doi: 10.1007/s10995-013-1265-2.

191. Feferbaum R. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Sao Paulo Med J. 2014;132(1):68. doi: 10.1590/1516-3180.20141321T1.

192. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):114-34. doi: 10.1111/apa.13127.

193. Sipsma HL, Jones KL, Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries J Hum Lact. 2015;31(2):221-9; quiz 321-2. doi: 10.1177/0890334414561264.

194. Efrat MW, Esparza S,Mendelson SG,Lane CJ. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. Health Educ J. 2015;74(4):424-441. doi: 10.1177/0017896914542666.

195. Srinivas GL, Benson M, Worley S, Schulte E. A clinic-based breastfeeding peer counsellor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. J Hum Lact. 2015;31(1):120-8. doi: 10.1177/0890334414548860.

196. Molinero Diaz P, Burgos Rodríguez MJ, Mejía Ramírez de Arellano M. [Results of a health education intervention in the continuity of breastfeeding]. Enferm Clin. 2015;25(5):232-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.05.002.

197. Baerug A, Langsrud Ø, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeedingand maternal satisfaction: a pragmatic trial. Matern Child Nutr. 2016;12(3):428-39. doi: 10.1111/mcn.12273.

198. Burgio MA, Laganà AS, Sicilia A, Prosperi Porta R, Porpora MG, Ban Frangež H, DI Venti G, Triolo O. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. Iran J Public Health. 2016;45(8):970-977.

199. Gu Y, Zhu Y, Zhang Z, Wan H. Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial. Midwifery. 2016;42:93-99. doi: 10.1016/j.midw.2016.09.010.

200. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, Poole C, Petrick JL, McKenney KM. Clinical Interventions to Promote Breastfeeding by Latinas: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016;137(1):e20152423. doi: 10.1542/peds.2015-2423.

201. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breastfeeding self-efficacy, breastfeeding duration and exclusive breastfeeding rates: A longitudinal study. Midwifery. 2016;36:92-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.003.

202. Ahmadi S,Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P,Roshanaei G. Intervention based on BASNEF model increases exclusive breastfeeding in preterm infants in Iran: a randomized controlled trial. Int Breastfeed J. 2016;11:30. doi: 10.1186/s13006-016-0089-2. eCollection 2016.

203. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;316(16):1694-1705. doi: 10.1001/jama.2016.8882.

204. Skouteris H, Bailey C, Nagle C, Hauck Y, Bruce L, Morris H. Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. Breastfeed Med. 2017;12(10):604-614. doi: 10.1089/bfm.2017.0065.

205. Washio Y, Humphreys M, Colchado E, Sierra-Ortiz M, Zhang Z, Collins BN, Kilby LM, Chapman DJ, Higgins ST, Kirby KC. Incentive-based Intervention to Maintain Breastfeeding Among Low-income Puerto Rican Mothers. Pediatrics. 2017;139(3):e20163119. doi: 10.1542/peds.2016-3119

206. Adhisivam B, Vishnu Bhat B, Poorna R, Thulasingam M, Pournami F, Joy R. Postnatal counselling on exclusive breastfeeding using video – experience from a tertiary care teaching hospital, south India. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(7):834-838. doi: 10.1080/14767058.2016.1188379.

207. Fucile S, Milutinov M, Timmons K, Dow K. Oral Sensorimotor Intervention Enhances Breastfeeding Establishment in Preterm Infants. Breastfeed Med. 2018;13(7):473-478. doi: 10.1089/bfm.2018.0014.

208. O'Sullivan EJ, Alberdi G, Scully H, Kelly N, Kincaid R, Murtagh R, Murray S, McGuinness D, Clive A, Brosnan M, Sheehy L, Dunn E, McAuliffe FM. Antenatal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding outcomes among mothers participating in a feasibility breastfeeding-support intervention. Ir J Med Sci. 2019;188(2):569-578. doi: 10.1007/s11845-018-1884-0.

209. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A,Gallegos D. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. Matern Child Nutr. 2018;14(4):e12612. doi: 10.1111/mcn.12612.

10. PRILOZI

10. 1. Tablica 1. Objavljeni radovi koji opisuju intervencije za povećanje stope dojenja

Publikacija	Referenca	Vrsta studije/Zemlja	Intervencija	Rezultat
Chan-Yip AM, Kramer MS. Promotion of breast-feeding in a Chinese community in Montreal. Can Med Assoc J. 1983, 1;129(9):955-8.	154.	RCT/ Kina	Individualno antenatalno savjetovanje, promidžbena kampanja i edukacija na razini zajednice	2-godišnja stopa bila je znatno veća u intervencijskoj grupi (59% poslije vs 43% prije).
Palti H, Valderama C, Pogrund R, Jarkoni J, Kurtzman C. Evaluation of the effectiveness of a structured breast-feeding promotion program integrated into a Maternal and Child Health service in Jerusalem. Israel Journal Medical Sciences. 1988;24(7):342-8.	155.	RCT/ Izrael	Antenatalni i postnatalni program zajednice.	Postotak žena koje su dojile bio je veći u intervencijskoj grupi u dobi od 4, 13 i 26 tjedana (p = 0,0045). U intervencijskoj grupi 80% žena je počelo s dojenjem, a 29% dojilo je još 26 tjedana; u kontrolnoj ti postotci bili su 75% i 12%. 13 tjedana nakon poroda, 29% u intervencijskoj gruppi bilo je isključivo dojeno, 26 tjedana 5%; u kontrolnoj bilo je 18% i 2%. Majki s manje od 13 godina školovanja manje je dojilo od bolje obrazovanih majki.
Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breast-feeding in a low-income population. Program to increase incidence and duration. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149(7):798-803. doi: 10.1001/ archpedi.1995. 02170200088014.	156.	RCT/ USA	Individualno savjetovanje od savjetnice za dojenje uz redovnu postnatalnu skrb.	U intervencijskoj grupi bilo je znatno veća učestalost dojenja, u usporedbi s kontrolnom grpom (61% prema 32%, p = 0,002). Trajanje dojenja bilo je značajno dulje u intervencijskoj grupi (p = 0,005).
Pugin E, Valdés V, Labbok MH, Pérez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? J Hum Lactat. 1996;12(1):15-9. doi: 10.1177/089033449601200105.	157.	RCT/ Čile	Edukativni razgovori sa ženama o učincima dojenja u antenatalnom periodu.	Žene koje su primile 6 intervencija imale su značajno veći postotak isključivog dojenja 6 mjeseci od onih žena koje su primile 5 intervencija (80% i 65%).
Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: its effect on breastfeeding among WIC participants. J Hum Lactat. 1997;13(2):121-5. doi: 10.1177/089033449701300212.	158.	RCT/ USA	Antenatalna edukacija.	Nije bilo značajne razlike u učestalosti dojenja. Znatno je veći postotak žena u intervencijskoj grupi koje su dojile 3 i 4 mjeseca nakon porođaja u odnosu na kontrolnu grupu (p <0,05). Kontrolna grupa dojila je 29,5 +/- 43,6 dana, dok je eksperimentalna grupa dojila 76 dana +/- 104,3 (p = 0,05).
Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. Lancet. 1999, 10;353(9160):1226-31. doi: 10.1016/S0140-	159.	RCT/ Meksiko	Savjetovanje u antenatalnom i postnatalnom periodu od žena koje su obučene od La Leche.	U 3 mjeseca nakon poroda, isključivo dojenje bilo je 67% od šest posjeta, 50% od tri posjeta i 12% majki dojilo je iz kontrolne grupe (intervencijska grupe vs kontrole, p <0,001, šest posjeta u odnosu na tri posjeta, p = 0,02). Trajanje dojenja bilo je znatno (p = 0,02) duže u intervencijskim grupama nego u kontrolnoj grupi.

6736(98)08037-4.				
Froozani MD, Permehzadeh K, Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. Bull World Health Organ. 1999;77(5):381-5.	160.	Kvazi-eksperimentalna studija/ Iran	Savjetovanje lice u lice nakon poroda.	Stope isključivog dojenja bile su znatno više u ispitivanoj grupi (54%) nego u kontrolnoj grupi (6,5%). 5% i 18% žena prestalo je dojiti svoju dojenčad u ispitivanoj i kontrolnoj grupi do dobi od 4 mjeseca.
Shaw E, Kaczorowski J. The effect of a peer counselling program on breastfeeding initiation and longevity in a low-income rural population. J Hum Lact. 1999;15(1):19-25. doi: 10.1177/089033449901500108.	161.	Prospektivna studija/ USA	Vršnjačka podrška, redovna skrb.	Započinjanje i trajanje dojenja u 6 tjedana povećano je u skupini vršnjačke podrške (n = 156) u usporedbi sa ženama u grupi bez savjetnika (n = 135) (53% vs 33%, p <0,001 i 26% vs 13%, p = 0,006).
Vari PM, Camburn J, Henly SJ. Professionally mediated peer support and early breastfeeding success. J Perinat Educ. 2000;9(1):22-30. doi: 10.1624/105812400X87473.	162.	RCT/ USA	Vršnjačka podrška.	Vršnjačka podrška može poboljšati trajanje dojenja, isključivo dojenje i zadovoljstvo dojenjem.
Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial [see commments]. Lancet. 2000, 11;356(9242):1643-7. doi: 10.1016/s0140-6736(00)03159-7.	163.	RCT/ Bangladeš	Vršnjačka podrška.	Prevalencija isključivog dojenja za 5 mjeseci bila je 202/228 (70%) za intervencijsku grupu 17/285 (6%) za kontrolnu grupu (razlika = 64%, 95% CI 57% -71%, p> 0,0001).
de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenataland postnatal interventions. J Hum Lact. 2001;17(4):326-43. doi: 10.1177/089033440101700407.	164.	Sustavni pregled/ Brazil	Prenatalna grupna edukacija, postnatalna edukacija, edukacija lice u lice, kućne posjete.	Najučinkovitije intervencije u povećanju stope dojenja, bile su kombinirane kao i pružanje podrške. Grupna edukacija pokazala se jedino uspješna intervencija u prenatalnom periodu. Kućne posjete bile su učinkovite u rješavanju briga pri dojenju, kao i uključivanje članova obitelji u pružanju podrške. Pojedinačne edukacije također su bile učinkovite.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuik D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinikova L, Helsing E; PROBIT_Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention_Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001, 24-31;285(4):413-20. doi: 10.1001/jama.285.4.413.	165.	RCT/ Bjelorusija	Provedba inicijative "Rodilište-prijatelj djece"	Dojenčad u intervencijskoj grupi bila je značajno više dojena nego u kontrolnoj s 12 mjeseci P <0,001, i 6 mjeseci. Također, značajno je 87manie rizik od 1 ili više infekcija gastrointestinalnog trakta. Intervencija je povećala trajanje i stupanj isključivog dojenja i smanjila rizik od infekcije gastrointestinalnog trakta i atopičnog ekcema u prvoj godini života.
Pugh LC, Milligan RA, Frick KD, Spatz D, Bronner Y. Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-incomebreastfeeding women. Birth. 2002;29(2):95-100. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00169.x.	166.	RCT/ USA	Redovna skrb, bolničko savjetovanje, kućne posjete, telefonska podrška od sestre ili savjetnika za dojenje u postpartalnom periodu.	Žene u intervencijskoj grupi dulje su dojile od žena koje su primile redovnu skrb. Djeca u intervencijskoj grupi imala su manje posjeta kod liječnika kao i manju uporabu lijekova od dojenčadi u redovnoj skrbi.
Dennis CL. Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial. Birth. 2002;29(3):169-76. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00184.x.	167.	RCT/ Kanada	Telefonska podrška (majka-majci), redovna skrb.	Intervencija je povećala samopouzdanje žena, smanjila zabrinutost i pomogla u postizanju ciljeva dojenja.
Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. CMAJ. 2002, 8;166(1):21-8.	168.	Sustavni pregled/ Kanada	Vršnjačka podrška, redovna skrb, telefonska podrška, profesionalna podrška, Inicijativa "Rodilište-prijatelj djece"	Pokazalo se da su majke u intervencijskoj grupi dojile dulje nego u kontrolnoj grupi s 3 mjeseca poslije poroda (81,1%, 66,9%, p = 0,01), i to isključivo (56,8% do 40,3%, p = 0,01). Stope dojene s 4, 8 i 12 tjedana nakon poroda bile su 92,4%, 84,8% i 81,1% kod majki u intervencijskoj grupi, u usporedbi s majkama u kontrolnoj grupi su 83,9%, 75,0% i 66,9% (p <ili = 0,05 za sva vremenska razdoblja).
Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. Midwifery. 2004;20(4):367-79. doi: 10.1016/j.midw.2004.04.003.	169.	Prospektivna studija/ UK	Antenatalna intervencija za bake ili partnere koji podupiru dojenje-letak.	Intervencija se pokazala uspiješnom jer su majke u intervencijskoj grupi dojile svoju djecu osam tjedana više nego majke koje nisu primile intervenciju.

Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005, 18;(2):CD001688. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.	170.	Sustavni pregled/ UK	Raznovrsna edukacija i podrška u antenatalnom i postnatalnom periodu.	Uključeno je sedam studija u koje je uključeno 1388 žena. Pet studija u kojima je sudjelovalo 582 žene s niskim primanjima u SAD-u, pokazalo se da je edukacija o dojenju imala značajan utjecaj na povećanje stope započinjanja dojenja u odnosu na rutinsku njegu (RR) 1,53, 95% (CI) 1,25 do 1,88).
Agrasada GV, Gustafsson J, Kylberg E, Ewald U. Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: a randomized, controlled trial. Acta Paediatr. 2005;94(8):1109-15. doi: 10.1111/j.1651-2227.2005.tb02053.x.	171.	RCT/ Filipini	Kućne posjete: savjetnika koji educira o dojenja, savjetnika koji educira o skrbi djeteta.	Sa 6 mjeseci, 44% majki dojilo je u intervencijskoj grupi, a 7% majki u kontrolnoj grupi, dok ni jedna majka u kontrolnoj grupi nije isključivo dojila.
Muirhead PE, Butcher G, Rankin J, Munley A. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiationand duration of breastfeeding: a randomised trial. Br J Gen Pract. 2006;56(524):191-7.	172.	RCT/ Škotska	Vršnjačka podrška.	35 od 112 (31%) žena u intervencijskoj grupi dojile su 6 tjedana u usporedbi s 33/113 (29%) u kontrolnoj grupi, razlika od 2% (95% interval pouzdanosti = -10% do 14%).
Dennis CL, Kingston D. A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the earlypostpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(3):301-14. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00235.x.	26.	Sustavni pregled/ Kanada	Telefonska podrška.	U usporedbi s uobičajenom skrbi, telefonska podrška imala je statistički značajno pozitivan učinak na isključivo dojenje (RR 1,45, 95% CI: 1,12 do 1,87, dvije studije).
Lin SS, Chien LY, Tai CJ, Lee CF. Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. J Clin Nurs. 2008;17(3):296-303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01927.x.	173.	Kvazi-eksperimentalna studija/ Tajvan	90-minutni obrazovni program od 20.-36. tjedna trudnoće.	Intervencijska grupa imala je bolje rezultate dojenja u prva tri dana nakon poroda, kao i veće zadovoljstvo dojenjem u prva tri dana i mjesec dana nakon poroda. Nije bilo značajnih razlika u poteškoćama s dojenjem. Stopa isključivog dojenja bila je veća za intervencijsku grupu u prva tri dana i mjesec dana nakon poroda, no razlike nisu bile statistički značajne.
Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. Pediatr Nurs. 2008;34(2):125-30, 138.	174.	RCT/ Egipat	Edukacijski program koji se temelji na Bandura's društveno - kognitivnoj teoriji.	Majčino znanje značajno se povećalo u intervencijskoj grupi, ali ne i u kontrolnoj grupi ($p = 0.041$). U intervencijskoj grupi 80% bilo je isključivo dojenjo vs kontrolnom grupom 40%, a problemi s dojenjem bili su manji u intervencijskoj grupi.

Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008;33(5):315-9. doi: 10.1097/01.NMC.0000334900.22215.ec.	175.	Retrospektivna kohortna studija/ USA	Videozapis, grupna edukacije od savjetnika za dojenja.	Žene koje su pohađale nastavu prenatalnog dojenja značajno su povećale dojenje 6 mjeseci vs kontrolnom grupom (p = 01).
Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. J Hum Lact. 2009;25(4):404-11; quiz 458-9.doi: 10.1177/0890334409337308.	176.	RCT/ USA	Antenatalna i postnatalna edukacija.	Intervencija nije utjecala na dojenje tijekom prvog tijedna od poroda ali se pokazao pozitivan učinak intervencije na praksu isključivog dojenja. Razlika je bila statistički značajna.
Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days afterdelivery on breastfeeding duration and knowledge: a randomized trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011;24(2):354-61.doi: 10.3109/14767058.2010.497569.	177.	RCT Turska	Inicijativa "Rodilište-prijatelj djece" edukacija kod kuće nakon poroda.	Edukacija i podrška dojenju trećeg dana nakon poroda kod kuće, povećala je značajno isključivo dojenje u 2 i 6 tjednu i 6 mjeseci od poroda - dovela je do značajnog povečanja isključivog dojenja i ukupne duljine dojenja.
Balkam JA, Cadwell K, Fein SB. Effect of components of a workplace lactation program on breastfeeding duration among employees of a public-sector employer. Matern Child Health J. 2011;15(5):677-83. doi: 10.1007/s10995-010-0620-9.	178.	Prospektivna studija/ USA	Program za laktaciju na random mjestu putem telefonskog savjetovanja.	Studija je pokazala da je program za laktaciju bio uspiješan jer je došlo do povećanja trajanja dojenja I isključivog dojenja 6 mjeseci.
Wambach KA. , Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh HW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. West J Nurs Res. 2011;33(4):486-505.doi: 10.1177/0193945910380408.	179.	RCT/ USA	Vršnjačko savjetovanje u antenatalnom i postnatalnom periodu.	Intervencija je pozitivno utjecala na trajanje dojenja (p <.001) u intervencijskoj grupi, ali ne na isključivo dojenje i na započinjanje dojenja.
McQueen KA, Dennis CL, Stremler R, Norman CD. A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011;40(1):35-46. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x.	29.	RCT/ Kanada	Individualno savjetovanje, telefonska podrška.	Žene u intervencijskoj grupi imale su veće stope dojenja, bolju *samoučinkovitost*, trajanje dojenja i isključivo dojenje s 4 i 8 tjedana nakon poroda. Razlike između grupa nisu bile statistički značajne.

Hoddinott P, Craig L, Maclennan G, Boyers D, Vale L; NHS Grampian and the University of Aberdeen FEST project team. Process evaluation for the Feeding Support Team (FEST) randomised controlledfeasibility trial of proactive and reactive telephone support for breastfeeding womenliving in disadvantaged areas BMJ Open. 2012, 25;2(2):e001039. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001039.	180.	RCT/ Škotska	Redovna postnatalna skrb, telefonsko savjetovanje	Proaktivni pozivi povećali su povjerenje žena i bili su vrlo cijenjeni. Provedba FEST u rutinsku postnatalnu skrb bila je izvediva i pokazuje obećanje za rješavanje nejednakosti u zdravstvu.
Kamran A, Shrifirad G, Mirkarimi SK, Farahani A. Effectiveness of breastfeeding education on the weight of child and self-efficacy of mothers – 2011. J Educ Health Promot. 2012;1:11. doi: 10.4103/2277-9531.98569.	181.	RCT/ Iran	Grupna prenatalna edukacija	Intervencijska grupa bila je statistički značajno bolja u samoefikasnosti, znanju i stavovima prema isključivom dojenjem više nego kontrolna grupa (P = 0,007).
Ibanez G, de Reynal de Saint Michel C, Denantes M, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V, Magnier AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primarycare-based interventions to promote breastfeeding in Low-Income Women. Fam Pract. 2012;29(3):245-54. in low-income women. doi: 10.1093/fampra/cmr085.	182.	Sustavni pregled/ Francuska	Antenatalno savjetovanje od educiranog savjetnika u malim skupinama, postnatalno savjetovanje lice u lice, telefonska podrška, redovna postnatalna skrb,informativni letak, 30-40 minuta postnatalnog savjetovanja od savjetnika, dodatna podrška od pedijatra ili medicinske sestre, 40-minutni video prikaz uz 5-10 minuta za pitanja, pojedinačna antenatalna podrška od educirane medicinske sestre, pojedinačna postnatalna podrška od educirane medicinske sestre.	Studije koje su procijenile načine poticanja pokretanja bilo kojeg oblika dojenja pokazale su da su obrazovni programi djelotvorni (RR početne BF, 1,46, 95% CI: 1,03-2,08). Studije koje uključuju načine poticanja majki da nastave s bilo kojim oblikom dojenja, korišteni programi nisu pokazali značajne uspjehe prije 3 mjeseca (RR: 1,15, 95% CI: 0,97-1,37), ali značajne stope uspjeha su se pokazale nakon 3 mjeseca od poroda (RR: 1,15, 95% CI: 1,01-1,30).

Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(9):e45143. doi: 10.1371/journal.pone.0045143.	183.	Sustavni pregled i meta analiza/ USA	Kućne posjete, savjetovanje pri rutinskoj posjeti u zdravstvenom centru, vršnjačka podrška.	Vršnjačka podrška značajno je smanjila rizik od prekida isključivog dojenja u usporedbi s kontrolom grupom (RR: 0,71; 95% CI: 0,61-0,82; I2 = 92%). Nema razlike u smislu potpore vršnjaka na isključivo dojenje u 4 mjeseca u odnosu na 6 mjeseci nakon poroda (p = 0.398).
Chapman DJ Pérez-Escamilla R. Breastfeeding Among Minority Women: Moving From Risk Factors to Interventions. Adv Nutr. 2012;3(1):95-104. doi: 10.3945/an.111.001016.	184.	Sustavni pregled/ USA	Vršnjaka podrška, profesionalna podrška, tim za dojenje, specifične klinike za dojenje, prenatalno obrazovanje, programi dojenja, bolnički specijalni program prehrane za žene, dojenčadi i djecu.	Vršnjačko savjetovanje (samostalno ili u kombinaciji sa zdravstvenim djelatnikom), specifične klinike za dojenje, grupni prenatalni odgoj i posebni prehrambeni bolnički programi za žene, novorođenčad i djecu uvelike su poboljšali početak, trajanje dojenja ili isključivo dojenje.
Simonetti V, Palma E, Giglio A, Mohn A, Cicolini G. A structured telephonic counselling to promote the exclusive breastfeeding of healthybabies aged zero to six months: a pilot study. Int J Nurs Pract. 2012 Jun;18(3):289-94. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02040.x.	28.	RCT/ Italija	Strukturirano telefonsko savjetovanje.	Stope dojenja kod strukturiranog telefonskog savjetovanja bile su veće u usporedbi s konvencionalnim savjetovanjem (P <0,01).
Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13 (Suppl 3):S20. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S20.	185.	Sustavni pregled/ Pakistan	Rutinska skrb, savjetovanje, kućne posjete, motivacijski video, telefonska podrška, kućne posjete ako su zatražene.	Zabilježeno je statistički značajno povećanje stope isključivog dojenja kao rezultat intervencije promicanja dojenja: 43% na dan, 30% na <1 mjesec i 90% na 1-5 mjeseci. Stope "bez dojenja" smanjile su se za 32% za 1 dan, 30% za <1 mjesec i 18% za 1-5 mjeseci.
Wan-yee C. A systematic review on the effectiveness of interventions to promote the initiation, duration and exclusivity of breastfeeding. HKU Scholars Hub. 2013. doi: 10.5353/th_b5098424.	186.	Sustavni pregled/ Kina	Antenatalni edukacijski program, profesionalna podrška, vršnjačka podrška, inicijativa "Rodilište prijatelj djece", intervencija licem u lice, tiskani obrazovni	Inicijativa "Rodilište prijatelj djece" pokazala se kao najučinkovitija strategija promicanja trajanja dojenja i isključivog dojenja. Kućna posjeta savjetnika, zatim, vršnjaka podrška i intervencija licem u lice, bile se druge učinkovite strategije za povećanje započinjanja, trajanja i isključivog dojenja.

			materijali.	
Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Bacigalupe A, Payo J, Montoya I. Antenatal education and breastfeeding in a cohort of primiparas. J Adv Nurs. 2013;69(7):1607-17. doi: 10.1111/jan.12022.	187.	Prospektivna studija/ Španjolska	Edukacija u prenatalnom razdoblju, telefonsko savjetovanje u postnatalnom razdoblju.	U prvom mjesecu rizik od prekida dojenja bio je tri puta viši u grupi koja nije pohađala antenatalnu edukaciju, dva puta viša u grupi koja je išla na 1-4h u vs na žene koje su išle na 5 ili više satova. Nakon mjeseca dana nije bilo razlike u riziku prekida dojenja.
Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, Cortes D, Michaelsen KF, Pryds O. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. Am J Clin Nutr. 2013;98(5):1226-32. doi: 10.3945/ajcn.113.059600.	27.	RCT/ Danska	Telefonska potpora od certificiranog savjetnika za dojenje, uobičajena skrb.	Podrška je povećala stope isključivog dojenja s 3 mjeseca i djelomično dojenje s 6 mjeseci i to 2,45 (95% CI: 1,36,4,41, P = 0,003), odnosno 2,25 (95% CI: 1,24, 4,08, P = 0,008).
Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, Parides M, Bickell N. An Intervention to Extend Breastfeeding Among Black and Latina Postpartum Mothers. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(3):239.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.11.028.	188.	RCT/ USA	Edukacija u postpartalnom periodu.	Majke u intervencijskoj grupi dojile su dulje od majki u kontrolnoj grupi (P = 0,02).
Reeder JA, Joyce T, Sibley K, Arnold D,Altindag O. Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2014;134(3):e700-9. doi: 10.1542/peds.2013-4146.	189.	RCT/ USA	Vršnjačka potpora, telefonsko savjetovanje.	Trajanje dojenja bilo je veće za 3 mjeseca nakon poroda za sve žene u intervencijskoj grupi (podešeni relativni rizik: 1,22, 95% interval pouzdanosti [CI]: 1,10-1,34), ali za 6 mjeseci samo za ispitanice koje govore španjolski : 1,29; 95% CI: 1,10-1,51). Vjerojatnost prestanka isključivog dojenja bila je manja među ispitanicama španjolskog govornog područja (podešeni omjer vjerojatnosti: 0,78, 95% CI: 0,68-0,89).
Otsuka K , Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? Matern Child Health J. 2014;18(1):296-306. doi: 10.1007/s10995-013-1265-2.	190.	Prospektivna studija/ Japan	Bolnička rutinska skrb, knjižica za samoučinkovitost dojenja u antenatalnom periodu.	Intervencija je poboljšala samoučinkovitost dojenja kroz 4 tjedna nakon poroda (p = 0,037) i stopu isključivog dojenja u 4 tjedna nakon poroda (AOR 2.32, 95 % CI 1.01–5.33), ali samo u rodilištima koja su nosila titulu "Rodilište-prijatelj djece".
Feferbaum R. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Sao Paulo Med J. 2014;132(1):68. doi: 10.1590/1516-3180.20141321T1.	191.	Sustavni pregled/ Brazil	Prenatalna i postnatalna edukacija, vršnjačka podrška, redovna skrb.	Analize podskupina pokazale su da je jedan-na-jedan, neformalni ponovljeni edukacijski sastanci, formalne prenatalne edukacije su učinkovite u smislu povećanja stope dojenja kod žena s niskim primanjima bez obzira na etničku pripadnost i namjeru hranjenja. Pokazalo se da je potreba za neformalnom vršnjačkom podrškom u antenatalnom i postnatalnom razdoblju djelotvorna u jednoj studiji (RR 4.02, 95% CI 2,63 do 6,14, P <0,00001).

Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104(467):114-34. doi: 10.1111/apa.13127.	192.	Sustavni pregled/ India	Vršnjačka pordška, kućne posjete, telefonsko savjetovanje, grupno savjetovanje, mediji, nacionalni programi zdravstvena zaštita majke i djeteta, "deset koraka do uspješnog dojenja".	Kombinirane intervencije su učinkovitije od pojedinačnih. Najveće poboljšanje u započinjanju dojenja, isključivog dojenja i trajenje dojenja pronađena su kada se edukacija nudi na svim razinama zdravstvene skrbi. Inicijativa "Rodilišta-prijatelji djece" bila je najučinkovitija za poboljšanje stope dojenja.
Sipsma HL, Jones KL, Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries J Hum Lact. 2015;31(2):221-9; quiz 321-2. doi: 10.1177/0890334414561264.	193.	Sustavni pregled/ USA	Intervencije su uključivale školske programe, kućne posjete, telefonsku podršku, kombinacijom savjetnika, medicinskih sestara, doktora i savjetnica za laktaciju.	Kombinacija obrazovanja i savjetovanje pruženo od savjetnica za laktaciju, značajno je poboljšala početak i trajanje dojenja.
Efrat MW, Esparza S,Mendelson SG,Lane CJ. The effect of lactation educators implementing a telephone-based intervention among low-income Hispanics: A randomised trial. Health Educ J. 2015;74(4):424-441. doi: 10.1177/0017896914542666.	194.	RCT/ USA	Telefonsko savjetovanje.	Nije bilo razlike među grupama u stopama započinjanja dojenja. Bilo je značajne razlike u trajanju isključivog dojenja među ispitanicama tijekom prvog tjedna djetetova života. Duljina isključivog dojenja bila je u prosjeku duža za majke u intervencijskoj grupi nego majke u kontrolnoj grupi.
Srinivas GL, Benson M, Worley S, Schulte E. A clinic-based breastfeeding peer counsellor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. J Hum Lact. 2015;31(1):120-8. doi: 10.1177/0890334414548860.	195.	RCT/ USA	Prenatalno savjetovanje, vršnjačka podrška.	Vršanjčko savjetovanje povečalo je stope dojenja s mjesec dana (OR = 3.2; 95% CI, 1.02-9.8).
Molinero Diaz P, Burgos Rodríguez MJ, Mejía Ramírez de Arellano M. [Results of a health education intervention in the continuity of breastfeeding]. Enferm Clin. 2015;25(5):232-8. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.05.002.	196.	Prospektivna studija/ Španjolska	Aktivno promatranje i rješavanje problema dojenja u razdoblju od 24-48 sati nakon poroda.	39,8% žena imalo je problema s dojenjem, a 72% žena je trebalo pomoć pri započinjanju dojenja. 79,9% žena nastavilo je s dojenjem nakon otpusta iz rodilišta kao rezultat intervencije. Prestalo je dojiti 31,1% i 10,9% žena u kontrolnoj, odnosno intervencijskoj grupi (RR 1,29 and 95% CI; 1,04-1,61).
Baerug A, Langsrud Ø, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeedingand maternal satisfaction: a pragmatic trial. Matern Child Nutr.	197.	Kvazi-randomizirani kontrolirani pokus/ Norveška	Intervencija temeljena na bolničkoj inicijativi "Rodilišta-prijatelj djece"	Žene u intervencijskoj grupi imale su veću vjerojatnost isključivog dojenja u usporedbi s onim ženama koje su primale rutinsku skrb: 17,9% nasuprot 14,1% do 6 mjeseci (P = 0,03), 41,4% prema 35,8% do 5 mjeseci (P = 0,01) i 72,1% prema 68,2% za bilo koje dojenje do 6 mjeseci (P = 0,06). Intervencija nije imala utjecaja na dojenje do 12 mjeseci.

2016;12(3):428-39. doi: 10.1111/mcn.12273.				
Burgio MA, Laganà AS, Sicilia A, Prosperi Porta R, Porpora MG, Ban Frangež H, DI Venti G, Triolo O. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. Iran J Public Health. 2016;45(8):970-977.	198.	Sustavni pregled/ Italija	Edukacijsko odgojno obrazovanje, potpora dojenju i politika dojenja.	Analiza potvrđuje da pružatelji zdravstvenih usluga igraju ključnu ulogu u obrazovanju i poticanju majki na početak i nastavak dojenja.
Gu Y, Zhu Y, Zhang Z, Wan H. Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial. Midwifery. 2016;42:93-99. doi: 10.1016/j.midw.2016.09.010.	199.	RCT/ Kina	Edukacijski program, individualna nastava, grupna edukacija, telefonsko savjetovanje, redovna rutinska skrb.	Stope isključivog dojenja bile su značajno više u intervencijskoj grupi u 3 dana od kontrolne grupe (P <0,001), 6 tjedana (P <0,001), 4 mjeseca (P <0,001), i 6 mjeseci od poroda (P <0,001).
Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, Poole C, Petrick JL, McKenney KM. Clinical Interventions to Promote Breastfeeding by Latinas: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016;137(1):e20152423. doi: 10.1542/peds.2015-2423.	200	Meta analiza/ USA	Redovna skrb, telefonski poziv, WIC koordinator, inicijativa "Rodilišta-prijatelj djece", podrška IBCLC svajetnice za dojenje, prenatalna edukacija sestre, prenatalne kućne posjete.	Intervencije su povećale ukupno dojenje od 1do 3 mjeseca i 4 do 6 mjeseci (RD 0,04 [95% PI -0,15 do 0,23] i 0,08 [-0,08 to 0,25] i isključivo dojenje u dobi od 1 do 3 i 4 do 6 mjeseci (0,04 [-0,09 to 0,18] i 0,01 [-0,01 do 0,02]). Najučinkovitije intervencije bile su one koje su imale prenatalnu i postnatalnu edukaciju, koje su uključivale 3-6 posjeta majci i koje su uključivale Međunarodno certificiranu savjetnicu za dojenje (IBCLC) ili drugu majku.
Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breastfeeding self-efficacy, breastfeeding duration and exclusive breastfeeding rates: A longitudinal study. Midwifery. 2016;36:92-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.003.	201.	RCT/ Kina	Grupna radionica za dojenje, prenatalno i postnatalno telefonsko savjetovanje, redovna skrb.	Stopa isključivog dojenja bila je 11,4% za intervencijsku grupu i 5,6% za kontrolnu grupu u šest mjeseci nakon poroda. Značajna statistčka razlika pokazala se za majke koje su bile u intervencijskoj grupi u samoefikasnosti dojenja (p <0,01).
Ahmadi S,Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P,Roshanaei G. Intervention based on BASNEF model increases exclusive breastfeeding in preterm infants in Iran: a randomized controlled trial. Int Breastfeed J. 2016, 14;11:30. doi: 10.1186/s13006-016-0089-2. eCollection 2016.	202.	RCT/ Iran	Edukacija majki prerano rođenih dojenčadi	Intervencijska grupa imala je značajno veću stopu isključivog dojenja, 72,6% u odnosu na kontrolnu grupu od 16,1%, na kraju 4 mjeseca praćenja.
Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, Perdue LA, Whitlock EP. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016, 25;316(16):1694-1705. doi: 10.1001/jama.2016.8882.	203.	Sustavni pregled/ USA	Potpora i podrška na individualnoj razini, redovna skrb, prenatalna i postnatalna edukacija, inicijativa "Rodilište prijatelj djece".	Ažurirani dokazi potvrđuju podršku dojenju-intervencije su povezane s povećanjem stope bilo kojeg dojenja i isključivog dojenja.

Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev2016, 9;11(11):CD001688doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.	153.	Sustavni pregled/ Japan	Prenatalna i postnatalna edukacija, telefonsko savjetovanje, redovna skrb, WIC usluga, video, tiskani materijali, vršnjačka podrška, savjetnica za laktaciju, kućne posjete, pristup računalnom agentu za pristup dodatnim informacijama o dojenju, tekstualne i glasovne poruke preko mobitela, grupe za podršku, motivacijski poboljšanu verziju standardne skrbi od zaposlenika koji su bili obučeni u programu pod nazivom "Dizajner dojenja", inicijativa "Rodilište prijatelj djece" 45 minuta kontakt majke i djeteta odmah nakon rođenja, vršnjačka podrška	Ovaj pregled pronašao je nekvalitetne dokaze da edukacija dojenja pod vodstvom zdravstvenih djelatnika i vršnjačke podrške može rezultirati nekim poboljšanjem broja žena koje počinju dojiti.
Skouteris H, Bailey C, Nagle C, Hauck Y, Bruce L, Morris H. Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. Breastfeed Med. 2017;12(10):604-614. doi: 10.1089/bfm.2017.0065.	204.	Sustavni pregled/ Australija	Postnatalno telefonsko savjetovanje, tekstualne poruke, web stranice, prenatalna edukavcija, podrška u bolnici o dojenju.	Zabilježen je značajan porast trajanja isključivog dojenja u 4 od 12 studija. Sve četiri studije imale su uspješne dugotrajne postnatalne programe, implementirane telefonom, tekstualne poruke ili putem web stranice. Neke od uspješnih intervencija uključivale su i prenatalnu edukaciju ili podršku u bolnici.
Washio Y, Humphreys M, Colchado E, Sierra-Ortiz M, Zhang Z, Collins BN, Kilby LM, Chapman DJ, Higgins ST, Kirby KC. Incentive-based Intervention	205.	RCT/ USA	Intervencijska skupina primila je mjesečne financijske poticaje, a	Novčani poticaji značajno su povećali dojenje kroz 6 mjeseci. Analiza je pokazala značajno veći postotak žena u intervencijskoj grupi u usporedbi s kontrolnim grupom (89% vs 44%, P = 0,01 u 1 mjesecu, 89% vs 17%,

to Maintain Breastfeeding Among Low-income Puerto Rican Mothers. Pediatrics. 2017;139(3):e20163119. doi: 10.1542/peds.2016-3119			kontrolna skupina je primila uobičajene WIC usluge.	P <0,001 u 3 mjeseca, 72% vs 0%, P <0,001 sa 6 mjeseci).
Adhisivam B, Vishnu Bhat B, Poorna R, Thulasingam M, Pournami F, Joy R. Postnatal counselling on exclusive breastfeeding using video – experience from a tertiary care teaching hospital, south India. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(7):834-838. doi: 10.1080/14767058.2016.1188379.	206.	Prospektivna studija/ Indija	Postnatalni program temeljen na videozapisima, rutinsko savjetovanje o laktaciji.	Od 878 prvorotki, 94% žena dalo je djetetu kolostrum i 43% je započelo s dojenjem unutar jednog sata od poroda.
McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2017, 28;2:CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.	25.	Sustavni pregled/ UK	Postnatalno savjetovanje licem u lice, videozapis, edukativni tiskani materijali, redovna skrb, prenatalna grupna predavanja od educiranih medicinskih sestara, proaktivne kućne posjete od educiranih medicinskih sestara, bolnički posjet, telefonsko savjetovanje, vršnjačka podrška, posjet klinici za dojenje 1 tjedan poslije poroda, dopunski prehrambeni programi WIC-a, strukturirani razgovor za nastavak dojenja, ciljani proaktivni razgovori od medicinske sestre, nutricionist obučen pomoću SZO tečajeva za savjetovanje o dojenju, intervencija usmjerena na lokalna	Svi oblici dodatne podrške dojenju pokazali su smanjenje prestanka "bilo kojeg dojenja", što uključuje djelomično i isključivo dojenje (prosječni omjer rizika RR za zaustavljanje dojenja prije 6 mjeseci. 0,91, 95% (prosjek RR 0,87, 95% CI 0,80 do 0,95), i zaustavljanje dojenja prije 4 do 6 tjedana (prosječni RR 0,87, 95% CI 0,80 do 0,95). Svi oblici dodatne podrške također su pokazali smanjenje prestanka isključivog dojenja za šest mjeseci (prosječni RR 0.88, 95% CI 0.85 do 0.92) i 4 do 6 tjedana (prosječni RR 0.79, 95 % CI 0,71 do 0,89).

			područja, ali ne na pojedinca, u svrhu udvostručenja broja lokalnih skupina za podršku dojenja.	
Fucile S, Milutinov M, Timmons K, Dow K. Oral Sensorimotor Intervention Enhances Breastfeeding Establishment in Preterm Infants. Breastfeed Med. 2018;13(7):473-478. doi: 10.1089/bfm.2018.0014.	207.	RCT/ Kanada	15-min program vježbi peri oralnih struktura – vježbe jezika, vježbe hranjivog sisanja.	Potpuno oralno hranjenje postignuto je ranije u intervencijskoj grupi u usporedbi s kontrolnom grupom (10,7 ± 2,1 vs 19,3 ± 3,6 dana, p <0,01).To je povezano s većim brojem novorođenčadi u interventnoj skupini koja su dojena pri bolničkom otpuštanju u usporedbi s kontrolnom grupom (n = 11 prema 5, p = 0,049).
O'Sullivan EJ, Alberdi G, Scully H, Kelly N, Kincaid R, Murtagh R, Murray S, McGuinness D, Clive A, Brosnan M, Sheehy L, Dunn E, McAuliffe FM. Antenatal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding outcomes among mothers participating in a feasibility breastfeeding-support intervention. Ir J Med Sci. 2019;188(2):569-578. doi: 10.1007/s11845-018-1884-0.	208.	Prospektivna studija/ Irska	Prenatalna edukacija, licem u lice savjetovanje sa savjetnicom za laktaciju nakon poroda, telefonsko savjetovanje nakon poroda.	Iako nije statistički značajan rezultat, više majki normalne težine iz urbanog područja isključivo je dojilo 6 tjedana od majki sa prekomjerenom težinom/ pretilih majki.
Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A,Gallegos D. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. Matern Child Nutr. 2018;14(4):e12612. doi: 10.1111/mcn.12612.	209.	Sustavni pregled/ Australija	Edukacija majki i očeva.	Intervencije usmjerene na očeve učinkovito su poboljšale rani početak dojenja, isključivo dojenje i trajanje dojenja.

10.2. Obavijest o informiranom pristanku ispitanica

OBAVIJESTI ZA TRUDNICE O PROJEKTU

″UČINAK EDUKACIJE NA PRAKSU PREHRANE DJETETA″

Poštovana trudnice, pozivamo Vas da sudjelujete u znanstvenom istraživanju u kojem će se istražiti utjecaj edukacijske intervencije na prehranu djece. Ova obavijest će Vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti je li želite sudjelovati ili ne. Prije nego što odlučite, želimo da shvatite zašto se to istraživanje provodi i što ono uključuje. Zato Vas molimo da pažljivo pročitate ovu obavijest. Ukoliko u ovoj obavijesti ne razumijete neke riječi, izvolite pitati vašeg liječnika koji sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju.

1. NAZIV PROJEKTA - Učinak edukacijske intervencije na praksu prehrane djeteta u prvorotki: prospektivna, randomizirana, kontrolirana studija.

2. TRAJANJE PROJEKTA - Predviđeno je da ovo istraživanje započne u svibnju 2014. godine i da traje godinu dana.

3. POZADINA PROJEKTA- Usprkos brojnih dokaza o važnosti pravilne prehrane u dječjoj dobi na kasnije zdravlje djeteta, djeca nisu optimalno hranjena i sve veća je pojava pretilosti kao i drugih kroničnih bolesti u društvu. Postoje brojne intervencije za poboljšanje pravilne prehrane djeteta, ali nedostaje kvalitetnih dokaza o najučinkovitijem pristupu.

4. HIPOTEZA PROJEKTA-Edukacija žena u trudnoći i postpartalnom razdoblju, u vidu letka i proaktivnog telefonskog razgovora, poboljšati će praksu prehrane djeteta.

5. VAŠA ULOGA- Ako pristanete na sudjelovanju u istraživanju onda ćete dobiti set od 3 upitnika koji ćete trebati popuniti u ginekološkoj ordinaciji. Popunjene upitnike vratiti ćete svom ginekologu. Nakon nekoliko dana, dobiti ćete na kućnu adresu edukativni materijal te nakon 2. tjedna telefonskim putem ćemo Vas kontaktirati u svezi materijala koje ste zaprimili. Dva, 4, 6 i 10 tjedana od poroda biti ćete kontaktirani radi pružanje podrške. Nakon 3 mjeseca od poroda, na kućnu adresu će Vam biti dostavljeno set upitnika koji ćete trebati popuniti i vratiti frankiranom omotnicom pošiljaocu.

6. KOJE SU MOGUĆE PREDNOSTI SUDJELOVANJA ZA VAS KAO ISPITANICU?

Vi ćete u ovom istraživanju imati izravnu korist dobivanjem edukativnih materijala u trudnoći i primanjem podrške u vidu telefonskih poziva u trudnoći i nakon poroda.

7. KOJI SU MOGUĆI RIZICI SUDJELOVANJA U OVOM PROJEKTU?

Nema rizika.

8. MORATE LI SUDJELOVATI?

Na Vama je da odlučite želite li sudjelovati ili ne. Ako odlučite sudjelovati dobit ćete na potpis ovu obavijest. Vaše sudjelovanje je dobrovoljno i možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga. Vaše eventualno nesudjelovanje neće imati nikakvih posljedica na Vašu daljnju skrb. Ako odlučite prekinuti sudjelovanje, molimo da o tome na vrijeme obavijestite glavnog istraživača i njegove suradnike.

9. POVJERLJIVOST I UVID U DOKUMENTACIJU

Vaši će se podaci obrađivati elektronički, a glavni istraživač i njegovi suradnici pridržavat će se interne procedure za zaštitu osobnih podataka. U bazu podataka bit ćete uneseni pomoću koda. Vaše ime nikada neće biti otkriveno.

10. ZA ŠTO ĆE SE KORISTITI PODACI DOBIVENI U OVOM PROJEKTU?

Podaci iz ovog projekta će se koristiti za istražiti koji su oblici potpore trudnicama i prvorotkama najučinkovitije. Dobiveni podatci će se nastojati objavljivati u znanstvenim časopisima. Vaš identitet će ostati anoniman.

11. TKO ORGANIZIRA PROJEKT?

Medicinski fakultet u Splitu.

12. TKO JE PREGLEDAO OVAJ PROJEKT?

Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu, koje je nakon uvida u određenu dokumentaciju odobrilo projekt.

Projekt se provodi u skladu sa svim primjenljivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u projektu, uključujući *Osnove dobre kliničke prakse* i *Helsinšku deklaraciju*.

13. KOGA KONTAKTIRATI ZA DALJNJE OBAVIJESTI?

Ako trebate dodatne podatke, slobodno se obratite glavnom istraživaču ili njegovim suradnicima:

Glavni istraživač:
Drita Puharić mag. ses.
Put požara 12, Makarska
098 903 55 26
Suradnik:
dr. sc. Irena zakarija-Grković
Sveučilište u Splitu, Medicinski Fakultet, Katedra za obiteljsku medicinu
tel. 021 557-823

Ili svome ginekologu.

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE

1. Potvrđujem da sam (datum ……, Split) pročitala ovu obavijest za gore navedeni projekt te sam imala priliku postavljati pitanja.
2. Razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno te se mogu povući u bilo koje vrijeme, bez navađanja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju.
3. Razumijem da mojoj medicinskoj dokumentaciji imaju pristup odgovorni pojedinci, tj. glavni istraživač i njegovi suradnici, članovi Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se istraživanje obavlja te članovi Etičkog povjerenstva koje je odobrilo ovo znanstveno istraživanje. Dajem dozvolu tim pojedincima za pristup mojoj medicinskoj dokumentaciji.
4. Želim sudjelovati u navedenom znanstvenom istraživanju.
5. Pristajem da se edukativni razgovori na temu trudnoće i roditeljstvu snimaju.

Ispitanica:

Potpis:_____

Ime i prezime (tiskanim slovima)_____

Datum**:**_____

10.3. Upitnik za prikupljanje općih podataka

Datum _____ UPITNIK O OPĆIM PODATCIMA ID.....

1. Ime i prezime: _____
2. Adresa stanovanja (ulica, broj i mjesto): _____
3. Telefon/mobitel: _____ e-adresa: _____
4. Pušite li?: a) Ne
   b) Da
   c) Prestala za vrijeme trudnoće
5. Završena škola: a) Osnovna
   b) Srednja
   c) Viša
   d) Visoka (fakultet)

6. Je li namjeravate koristiti dudu varalicu kada se dijete rodi?
   a) Ne
   b) Da
   c) Ne znam
7. Što ste po zanimanju? (upisati naziv):_____
8. Vaš radni status: a) Zaposlena
   b) Nezaposlena
   c) Ostali izvori prihoda
9. Status oca djeteta: a) Zaposlen
   b) Nezaposlen
   c) Ostali izvori prihoda
10. Bračno stanje: a) Živim u zajednici s mužem/partnerom
    b) Samohrana majka
11. Dob: a) < 18
    b) 18 - 25
    c) 25-35
    d) >35
12. Stambeno pitanje: a) Živim u svom stanu/kući
    b) Živim u podstanarstvu
    c) Živim u zajednici s roditeljima
    d) Drugo (navedite)_____
13. Koliko osoba živi u Vašem kućanstvu?:_____(upisati broj)
14. Mjesečna primanja u Vašem kućanstvu iznose: a) do 3500 kn
    b) od 3500 do7000 kn
    c) više od 7000 kn
15. Termin poroda:_____
16. Kako namjeravate hraniti svoje dijete?:
    a) Umjetnim mlijekom
    b) Mojim mlijekom

c) Miješana prehrana (moje mlijeko i umjetno mlijeko)

17. Ako namjeravate hraniti dijete svojim mlijekom, koliko dugo planirate isključivo dojiti (davati djetetu samo vaše mlijeko, bez dodataka druge hrane ili tekućine)?:

a) do mjesec dana
b) 1 - 3 mjeseca
c) 4 - 6 mjeseci

18. Ako namjeravate hraniti dijete svojim mlijekom, koliko dugo planirate ukupno dojiti?:

a) < mjesec dana
b) 1 - 3 mjeseca
c) 4 - 6 mjeseci
d) 7-12 mjeseci
e) 13-18 mjeseci
f) 19-24 mjeseci
g) Više od dvije godine

19. Zašto želite dojiti svoje dijete (zaokružite sve što vrijedi za Vas)?:

a) Želim da moje dijete dobije samo najbolje
b) Jer će dijete biti zdravije
c) Jer su moja baka/majka/sestra/prijateljica dojile
d) Tako mi je savjetovao liječnik
e) Tako mi je savjetovala moja baka/majka/sestra prijateljica
f) Jer moj partner to želi
g) Jer je jeftinije
h) Jer je jednostavnije
i) Jer dojenje pomaže topiti kile
j) Jer je dojenje prirodno
k) Jer je dojenje moderno
l) Jer dojenje čuva okolinu
m) Jer dojenje pospješuje intelektualne sposobnosti djeteta
n) Jer dojenje pospješuje stvaranje odnosa bliskosti između majke i djeteta
o) Drugo (molimo opišite) _____

10.4. Upitnik o stavovima trudnica prema prehrani djece

UPITNIK O STAVOVIMA TRUDNICA PREMA PREHRANI DJECE

Za svaku od sljedećih tvrdnji navedenih u tablici, molim Vas označite u kolikoj mjeri se slažete ili ne slažete zaokružujući broj koji se najviše podudara s Vašim mišljenjem

1 - Nimalo nisam suglasna,
2 - Nisam suglasna,
3 - Ne mogu se odlučiti,
4 - Suglasna sam,
5 - U potpunosti sam suglasna.

Možete izabrati bilo koji broj od 1 do 5 za svaku tvrdnju

Tvrdnje o dojenju	**Nimalo nisam suglasna**	**Nisam suglasna**	**Ne mogu se odlučiti**	**Suglasna sam**	**U potpunosti sam suglasna**
1. Korist od hranjenja majčinim mlijekom traje samo dok se beba ne odvikne od dojenja.	1	2	3	4	5
2. Hranjenje zamjenskim (umjetnim) mlijekom praktičnije je od dojenja.	1	2	3	4	5
3. Dojenje pojačava povezanost majke i dojenčeta.	1	2	3	4	5
4. Majčino je mlijeko siromašno željezom.	1	2	3	4	5
5. Bebe hranjene zamjenskim mlijekom lakše se prejedu od dojenih beba.	1	2	3	4	5
6. Hranjenje zamjenskim mlijekom bolji je izbor ako majka planira raditi izvan kuće.	1	2	3	4	5
7. Majke koje hrane djecu zamjenskim mlijekom propuštaju jedno od najvećih zadovoljstava majčinstva.	1	2	3	4	5
8. Žene ne bi trebale dojiti na javnim mjestima kao što je restoran.	1	2	3	4	5
9. Bebe hranjene majčinim mlijekom su zdravije od beba hranjenih zamjenskim mlijekom.	1	2	3	4	5
10. Dojene bebe lakše se prejedu od beba hranjenih zamjenskim mlijekom.	1	2	3	4	5
11. Očevi se osjećaju izostavljenima ako majka doji.	1	2	3	4	5
12. Majčino je mlijeko idealna hrana za bebe.	1	2	3	4	5
13. Majčino je mlijeko lakše probavljivo od zamjenskog mlijeka.	1	2	3	4	5
14 Zamjensko je mlijeko jadnako zdravo za dojenče kao i majčino mlijeko..	1	2	3	4	5
15. Dojenje je praktičnije od hranjenja zamjenskim mlijekom.	1	2	3	4	5
16. Majčino je mlijeko jeftinije od zamjenskog mlijeka.	1	2	3	4	5
17. Majka koja povremeno pije alkohol ne bi trebala dojiti svoju bebu.	1	2	3	4	5

10.5 Upitnik socijalne podrške

SOCIJALNA PODRŠKA

Procijenite na ljestvici **koliko SOCIJALNE PODRŠKE dobivate od**: partnera, obitelji i prijatelja.
Molim Vas da izaberete odgovor koji vam se čini najprikladniji.

0 - Ne odnosi se na mene
1 - Slabo se odnosi na mene
2 - Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene
3 - Uglavnom se odnosi na mene
4 - U potpunosti se odnosi na mene

1. Prijatelji me poštuju.	0 1 2 3 4
2. Ne osjećam se bliskim s članovima svoje obitelji.	0 1 2 3 4
3. Osjećam se prihvaćeno od svoga partnera.	0 1 2 3 4
4. Moji prijatelji i ja činimo mnogo jedni drugima.	0 1 2 3 4
5. Obitelj me poštuje.	0 1 2 3 4
6. Osjećam da me partner cijeni.	0 1 2 3 4
7. Moji prijatelji i ja smo uzajamno važni jedni drugima.	0 1 2 3 4
8. Moja obitelj će mi uvijek kada ja to smatram potrebnim priskočiti. u pomoć na bilo koji način.	0 1 2 3 4
9. Partner me voli.	0 1 2 3 4
10. Prijatelji se brinu za mene.	0 1 2 3 4
11. Uzdam se u članove svoje obitelji.	0 1 2 3 4
12. Partner mi je spreman pomoći na različite načine.	0 1 2 3 4
13. Veoma sam povezana sa svojim prijateljima.	0 1 2 3 4
14. Važna sam svojoj obitelji.	0 1 2 3 4
15. Nisam važna svom partneru.	0 1 2 3 4
16. Mojim prijateljima nije stalo do mene.	0 1 2 3 4
17. Moja obitelj me jako voli.	0 1 2 3 4
18. Ne mogu se pouzdati u svog partnera.	0 1 2 3 4
19. Prijatelji me prihvaćaju onakvu kakva sam.	0 1 2 3 4
20. Moja obitelj brine za mene.	0 1 2 3 4
21. Osjećam da sam bliska sa svojim partnerom.	0 1 2 3 4
22. Mogu se pouzdati u svoje prijatelje.	0 1 2 3 4
23. Moja obitelj me prihvaća sa svim mojim dobrim i lošim stranama.	0 1 2 3 4

10.6. Upitnik o samoučinkovitosti dojenja

SAMOUČINKOVITOST DOJENJA

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

1 = Uopće se ne slažem
2 = Ne slažem se
3 = Niti se slažem, niti se ne slažem
4 = Slažem se
5 = Potpuno se slažem

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

10.7. Upitnik o praksi dojenja i poteškoće pri dojenju s tri i mjeseca

Praksi dojenja i poteškoće pri dojenju s tri i mjeseca

Datum: _____

Ime i prezime: _____

Molimo Vas zaokružite odgovor koji se odnosi na Vas i vaše dijete:

1.Prehrana djeteta **u posljednja 24 sata:**

a) Samo dojenje (bez dodavanja bilo kakve tekućine ili hrane)
b) Dojenje + umjetno mlijeko (bočica) _____(od kada)
c) Samo umjetno mlijeko _____(od kada)
d) Čaj _____ (od kada)
e) Voda _____ (od kada)
f) Sokovi _____(od kada)

2. Je li dijete bolovalo do sada: a) Ne
b) Da

3. Ako je bolovalo, od čega: a) Prehlada
b) Proljev i povraćanje (gastroenterokolitis)
c) Upala grla, uha
d) Upala pluća
e) _____

4. Ako je bolovalo, jeste li tražili liječničku pomoć? a) Ne
b) Da

5. Kako je dijete napredovalo do sada: a) 1. mjesec _____ grama, _____cm
b) 2. mjesec _____ grama. _____cm
c) 3. mjesec _____ grama, _____cm

6. Koliko kilograma Vi imate sada? _____ (upisati broj)

7. Koliko ste imali kilograma prije trudnoće?_____(upisati broj)

8. Jeste li do sada imali bilo kakve poteškoće s dojenjem? a) ne
b) da

Zaokružite jedan ili više odgovora koji se odnose na Vas i Vaše dijete:

9. Ako da, koje? a) Ragade (ranice na bradavici)
b) Zastojna dojka (prekomjerno punjenje obje dojki s mlijekom- bolne, tvrde dojke)
c) Mastitis (upala dojke praćena temperaturom, crvenilom i boli u jednoj dojci)
d) Nedovoljno mlijeka
e) Djetetovo odbijanje dojke
f) Poteškoće pri postavljanju djeteta na dojku
g) Prekomjerna količina mlijeka
h) Apsces (nakupina gnoja u dojci)
i) Prekid dojenja zbog bolesti majke
j) Prekid dojenja zbog uzimanje lijekova
k) Prekid dojenja zbog odvojenost od djeteta
l) Prekid dojenja zbog trudnoće
m) Dijete ima kratku frenulum ispod jezika
n) Drugo_____

10. Ukoliko ste imali poteškoća s prehranom djeteta jeste li potražili pomoć? a) Ne
b) Da

11. Ako da, molimo Vas zaokružite sve odgovore koji se odnose na vas:

a) Trudnički tečaj
b) Grupa za potporu dojenja Splitsko dalmatinske županije
c) Mame savjetnice iz Klub trudnica Split
d) Rodin SOS telefon
e) La Leche League voditeljica u Splitu
f) UNICEF-ov ″Telefončić″
g) IBCLC savjetnicu
h) Savjetovalište za djecu- prijatelj dojenja (dr. Zdenka Krsnik Katunarić u Splitu)
i) Patronažna sestra
j) Vaš pedijatar
k) Vaš obiteljski liječnik
l) Prijateljicu
m) Rodbinu
n) Drugo_____

12. Ukoliko ste prestali dojiti, molimo Vas navedite razlog:
_____
_____
_____
_____

10.8. Upitnik o praksi dojenja i poteškoće pri dojenju sa šest mjeseci

Datum ispunjenja upitnika (N.B. molimo Vas, da se upitnik ispuni **nakon** napunjena 6 mjeseca djetetova života, a **prije** navršenog 7. mjeseca**)** _____

Ime i prezime: _____

Molimo Vas zaokružite jedan ili više odgovora koji se odnosi na Vas i vaše dijete:

1.Prehrana djeteta **u posljednja 24 sata**:

a) Samo majčino mlijeko (bez dodavanja bilo kakve druge tekućine ili hrane)
b) Majčino mlijeko
c) Majčino mlijeko + umjetno mlijeko (bočica) _____(od kada)
d) S umjetno mlijeko _____(od kada)
e) Čaj _____(od kada)
f) Voda _____(od kada)
g) Sokovi _____(od kada)
h) Kašice_____(od kada)
i) Kruta hrana_____(od kada)

2. Je li dijete bolovalo od 3. mj.?: a) Ne
b) Da

3. Ako je bolovalo, od čega?: a) Prehlada
b)P i povraćanje (gastroenterokolitis)
c) Upala grla, uha
d) Upala pluća
e) _____

4. Ako je bolovalo, jeste li tražili liječničku pomoć?: a) Ne
b) Da

5. Kako je dijete napredovalo do sada?: a) 4. mjesec _____ grama, _____cm
b) 5. mjesec _____ grama. _____cm
c) 6. mjesec _____ grama, _____cm

6. Koliko kilograma Vi imate sada? _____ (upisati broj)

7. Jeste li Vi od 3. mjeseca napunjenog djetetova života imali bilo kakve poteškoće s dojenjem? a) Ne
b) Da

8. Ako da, koje?:

a) Ragade (ranice na bradavici)
b) Zastojna dojka (prekomjerno punjenje obje dojki s mlijekom- bolne, tvrde dojke)
c) Mastitis (upala dojke praćena temperaturom, crvenilom i boli u jednoj dojci)
d) Nedovoljno mlijeka
e) Djetetovo odbijanje dojke
f) Poteškoće pri postavljanju djeteta na dojku
g) Prekomjerna količina mlijeka
h) Apsces (nakupina gnoja u dojci)
i) Prekid dojenja zbog bolesti majke
j) Prekid dojenja zbog uzimanje lijekova
k) Prekid dojenja zbog odvojenost od djeteta
l) Prekid dojenja zbog trudnoće
m) Dijete ima kratku frenulum ispod jezika
n) Drugo_____

9. Ukoliko ste imali poteškoća s prehranom djeteta jeste li potražili pomoć?:

a) Ne
b) Da

10. **Ako da, molimo Vas zaokružite sve odgovore koji se odnose na vas?:**

a) Trudnički tečaj
b) Grupa za potporu dojenja Splitsko dalmatinske županije
c) Mame savjetnice iz Klub trudnica Split
d) Rodin SOS telefon
e) La Leche League voditeljica u Splitu
f) UNICEF-ov "Telefončić"
g) IBCLC savjetnicu
h) Savjetovalište za djecu- prijatelj dojenja (dr. Zdenka Krsnik Katunarić u Splitu)
i) Patronažna sestra
j) Vaš pedijatar
k) Vaš obiteljski liječnik
l) Prijateljicu
m) Rodbinu
n) Drugo_____

10. Ukoliko ste prestali dojiti, molimo Vas navedite razlog:_____
_____
_____
_____

10.9. Tiskani edukativni materijali o dojenju



POŠTOVANA BUDUĆA MAJKO!
Svrha ovog letka je da Vam se ukaže na potrebu i važnost dojenja.
ŠTO JE TO ISKLJUČIVO DOJENJE?
Isključivo dojenje je davanje samo majčinoga mlijeka. Davanje čajeva, vode, adaptiranoga mlijeka i sl. uz podoje NIJE isključivo dojenje.
Majčino mlijeko jedina je hrana za novorođenče do šestog mjeseca života, koja sadržava sve potrebne hranjive tvari, vitamine, minerale i energiju za rast i razvoj zdravog djeteta. Do tog vremena djetetu nije potrebna nikakva nadopuna u obliku umjetnih smjesa ili kašica.
Isključivo dojenje je moguće osim u slučaju rijetkih medicinskih stanja, a neograničeno isključivo dojenje dovodi do dovoljnog stvaranja majčinog mlijeka.
ZAŠTO JE VAŽNO ISKLJUČIVO DOJITI VAŠE DIJETE PRVIH ŠEST MJESECI?
Zato što sadrži sve potrebno za dojenče. Osim što zadovoljava djetetove prehrambene potrebe, majčino mlijeko štiti od brojnih bolesti uključujući crijevnih upala, upale dišnih putova kao npr. upale pluća, upale srednjeg uha, upale mokraćnog sustava, upala moždanih ovojnica, sindroma iznenadne smrti dojenčeta te smanjuje rizik od razvoja alergija, astme i kožnog osipa.
Dojena djeca bolje reagiraju na cjepiva protiv difterije, tetanus, hripavca, dječje paralize i na cjepivo koje štiti od upale bakterijom Hemophilus influenze. Djeca koje su dojena rastu baš onako kako bi trebala, manje su sklona prekomjernoj tjelesnoj težini u odrasloj dobi i bolestima srca i krvnih žila, manji je rizik od šećerne bolesti. Razvoj čeljusti i zuba je pravilniji, imaju veću inteligenciju, bolji psihomotorni, emocionalni i društveni razvoj.
Pored toga, isključivo dojenje nastavlja započetu veze između majke i djeteta, te sprječava stres odvajanja posebno izražen u djeteta. Time dojenje ne pruža samo hranu nego i osjećaj zaštićenosti, brige, ljubavi to je kompleksan odnos u kojem i majka i dijete sudjeluju samostalno, emocionalno i intelektualno. Dojenje je najbolja odluka za budućnost.
ZAŠTO JE VAŽNO VAŠEM DIJETETU DAVATI KOLOSTRUM?
Kolostrum je prvo mlijeko koje stvaraju dojke, a prisutno je već pri porodu,
Gusto je i žućkasto, sadrži više bjelančevina, a manje masti i ugljikohidrata. Veći sadržaj bjelančevina odnosi se prije svega na tzv. "zaštitne bjelančevine" (imunoglobuline i antitjela), pa je glavna vrijednost kolostruma zaštita od upala (infekcija). Izlučuje ga se vrlo malo (5-15 ml po obroku), pa je važno da ga dijete što više dobije. Kolostrum je i po količini prilagođen novorođenčetu. Trbuščić novorođenčeta je malen, a majčino mlijeko odlično probavljivo, tj.

savršeno je za tek rođeno novorođenče koje ima nepotpuno razvijena crijeva. Upravo zbog toga novorođenčad jede malo i često pa preko kolostruma dobiva koncentriranu hranu i zaštitu.

KAKO DOJENJE DJELUJE NA MAJKU?

Dojenje može biti i jedan od načina zaštite zdravlja majki. Ono može smanjiti rizik od anemije zbog smanjenog krvarenja nakon poroda, bolesti raka dojke i jajnika. Dojenje pridonosi bržem gubitku i vračanju poželjne tjelesne težine nakon poroda, manja je mogućnost nove trudnoće za vrijeme dojenja (kontraceptivni učinak). Dojenje smanjuje rizik od gubitka koštanog tkiva (osteoporoza) u kasnijoj životnoj dobi, te spriječava nastanak problema s povišenim krvnim tlakom, šećernom bolešću, upalu zglobova. Majke koje doje imaju veću razinu samopoštovanja te izraženiji osjećaji bliskosti i povezanosti s djetetom.

ZAŠTO JE VAŽNO POSTAVITI DIJETE U KONTAKT „KOŽA NA KOŽU“ ODMAH NAKON ROĐENJA?

Proces vezivanja za dijete počinje znatno prije nego sam porod. Istraživanja o prvom kontaktu s djetetom pokazala su da majke svoju novorođenčad dodiruju vrlo oprezno, vrhovima prstiju, a potom ih priviju na grudi," kožu na kožu". Ako majka privije svoje dijete tako da bude "koža na kožu" i ako su oboje pokriveni jednim pokrivačem, dojenče ne treba nikakav grijač, majka je "grijač". Tjelesni kontakt umiruje majku i dijete, I pomaže pravilnijem radu srca i disanja djeteta te umanje plač djeteta, smanjujući stres i potrošnju energije. Tjelesni kontakt omogućuje prenošenje djetetu majčinim bakterijama i time štiti dijete od štetnih okolišnih bakterija, također omogućuje djetetu da pronađe dojku i prihvati je ustima.

Novorođenče ima sposobnost gledanja majke upravo na udaljenosti od dojke do majčinih očiju. Gledati dojenče u oči i vidjeti da uzvraća pogled, držati dojenče na grudima dok spava u dodiru "koža na kožu", sve te događaje postavila je priroda kao "ljepilo" koje nastavlja uspostavljati vez između majke i djeteta započetu u maternici. Dodir je tako jednostavan, tako instinktivan. Trudnice automatski dodiruju svoj trbuh, šaljući tako svom nerođenom djetetu ljubav i energiju, kao da se pripremaju za vrijeme kada će se ono roditi.

Nijedan sisavac ne ostavlja porod bez pažnje i svi oni doje mladunčad odmah nakon rođenja, kao što to rade ljudi.

ZAŠTO JE VAŽNO PRAVILNO PRINIJETI I NAMJESTITI DOJENČE NA DOJKU?

Kad se spomene dojenje, većina ljudi zamišlja idiličnu sliku smirene mame s dojenčetom u naručju, kako uživa u zajedništvu. Bilo bi savršeno da je uvijek tako, ali na žalost nije. Dojenje se naziva još i prirodnom prehranom, a njegove koristi za dojenće, kao i za majku, nisu upitne. Iako apsolutno prirodno i idealno za dojenče, dojenje se ipak mora naučiti, ono nije urođeno i rijetke su mame koje se u svom "dojećem" stažu nisu susrele ni sa jednim problemom. Potrebno je neko vrijeme da se mama i dojenče "uhodaju", upoznaju, isprobaju dojenje i vide što i kako im najviše odgovara. Prvih par tjedana po rođenju obično je najteže i u tom periodu najveći broj najveći broj mama iskusi neku poteškoću i suoći se u određenom trenutku s bolnim dojenjem.



Najčešći uzrok bolnih bradavica je nepravilan položaj pri dojenju.

Ako dojenče dobro ne uhvati bradavicu, vjerovatno će sišući vršiti pritisak na jedan dio bradavice, te je na taj način oštećivati. Nepravilan položaj na dojci također može dovesti do slabijeg prirasta djeteta na težini, zastojne dojke ili upale.

KAKO POSTIĆI DOBAR POČETAK DOJENJA?

Dojenje na zahtjev je manje stresno za dijete i za majku. Majka uglavnom prepoznaje rane znakove gladi kod djeteta i prije plaća reagira i odgovara djetetu na potrebu.

Rani znakovi dojenja dojenčeta na zahtjev su:

- nemir djeteta,
- stavljanje ručica u usta,
- okretanje glavicom pokušavajući naći izvor hrane.

Kasni znakovi dojenja djeteta na zahtjev su:

- plač djeteta.

Ako dijete niste stavili na dojku već pri prvim znakovima na zahtjev za dojenje, dobro bi bilo da dijete prvo pokušate umiriti nježnim glasom zagrlite te ga i stavite na svoje grudi - tako dijete uspostavlja kontakt s Vama, osjeća sigurnost i Vašu toplinu, tek kada prestane s plaćom stavite ga na dojku da sisa.

Prilikom dojenja dojenče dobiva osjećaj topline, sigurnosti, ugode i umirujuće blizine majke. Dojenje na zahtijev djeteta, tj. uvijek kada je nemirno ili na drugi način pokazuje da je gladno. Dojenje bi trebalo trajati onoliko dugo dok dojenče samo ne ispusti dojku ili zaspe. Dojenje na zahtjev djeteta u sebi objedinjuje i nutritivno (potrebu za hranom i tekućinom) i nenutritivno sisanje (potrebu za utjehom, sigurnošću, smirenjem,…).

KAKO POSTIĆI ISPRAVAN POLOŽAJ PRI DOJENJU?

Važno je zadovoljiti dvije stvari:

1. kako majka drži dojenče,
2. kako su djetetova usta postavljena na dojci.

1. Osnovna stvar pri držanju Vašeg djeteta je da vam izabrani položaj bude udoban i da se možete opustiti pri dojenju.

2. O tome kako vaše dojenče "hvata"dojku može ovisiti učinkovitost dojenja pa je vrlo važno naučiti koji je pravilan položaj djetetovih usta na dojci.

KAKO DRŽATI DIJETE?

U svim položajima je važno da ste opušteni, imate dobar oslonaca za leđa, ruke, jer ako dojenje krene u napetom položaju, morate tako ostati naprimjer sljedećih 20 min. pa će Vam biti sve teže i teže izdržati kraj podoja.

Važno da je dijete dovoljno blizu dojke. Ne smijete vući samo djetetovu glavicu prema dojci, nego cijelo djete tako pomaknete prema sebi da je okrenuto glavom, prsima i trbuhom prema Vama.



LEŽEĆI POLOŽAJ – Ovaj položaj je prihvatljiv većini majki. Lezite bočno, dijete također okreniti da leži bočno prema Vama.

Ako npr. ležite na lijevom boku, lijevom rukom čete privući dijete k sebi, a desnom pridržavati i namjestiti dojku (vidi sliku).



POLOŽAJ KOLJEVKE – Ovaj položaj je također vrlo prihvatljiv majkama naročito nakon što su se majka i dijete već uskladili.



Sjednite uspravno, a djete držite u svom naručju, kao u koljevci. Za ovaj položaj je jako važno da imate dobar oslonac za leđa i ramena. Ako nemate prikladnu fotelju za ovaj položaj možete si pomoći stavljajući iza donjeg dijela leđa jastuke da Vam bude udobno. Nije se poželjno savijati prema naprijed, jer tako opterećujete kralježnicu, ali niti prema nazad jer tako mlijeko sporije teče. Za ovaj položaj je potrebno imati dobar oslonac za laktove kako teret Vašeg djeteta ne bi bio na Vašjo ruci. Ruka na kojoj je Vaše dijete trebala bi biti opuštena pa zbog toga možete staviti jastuk u Vaše krilo a na njega Vašu ruku na kojoj je Vaše dijete(vidi sliku).

KAKO PREPOZNATI JE LI JE DJETE DOBRO UHVATILO DOJKU?

Možete prepoznati po izostanku boli, po tome što Vaše djete efikasno i zadovoljno guta i izazove normalan reflex opuštanja mlijeka te čete primjetiti na krajevima usta djeteta malo mlijeka. Dijete ujednačenim ritmičkim pokrtima guta mlijeko koje samo teće, možete čuti gutanja kao “kaa”, ako za razliku od ovog zvuka ako čujete “coktanja” to znači da dijete nije dobro uhvatilo dojku.



KAKO ZNATI KAD DIJETE DOBIVA DOVOLJNO MLIJEKA?

Mame koje isključivo doje nerijetko su baš zato nesigurne pojede li njihovo dojenče dovoljno jer je nemoguće izmjeriti koliko je dojenče posisalo majčinog mlijeka tijekom jednog dojenja. Dugoročno gledano, prirast u težini dojenčeta je najbolji pokazatelj djetetova zdrava napretka. No, kako se opet ne biste opterećivali previše s brojkama, trebate znati da dojenče na početku može sporije napredovati pa kasnije to i nadoknaditi i obrnuto s time da dojena djeca dobiju najviše prva 4 mjeseca, nakon čega rast prirodno uspori.

Da dijete dobiva dovoljno mlijeka je najbolji pokazatelj kakva je stolica i koliko često mokri.

Stolica – praćenjem broja i količine stolice djeteta možete znati da dijete dobro napreduje.

Mokrenje – ako 4-5 dana života dijete dnevno ima 6 mokrih pelena (ne samo vlažnih) možemo biti sigurni da dijete jede dovoljno.

ZAŠTO JE VAŽNO NE ODVAJATI MAJKU OD DJETETA ("rooming-in)?

Rooming-in znači da ste Vi i Vaše dojenče u razdoblju iza poroda i danju i noću smješteni u istoj sobi. Dijete dakle možete dojiti onoliko često koliko to dojenče traži. Vama i Vašem djetetu to donosi da imate više vremena i mira jedno za drugo i da bolje možete upoznati svoje dijete.



Koliko često dojite svoje dojenče ovisi o tome koliko često Vaše dojenče želi sisati. Većina dojenčadi u početku žele vrlo često sisati, što otprilike iznosi osam do dvanaest obroka dnevno.

Cilj "rooming-in-a" je optimalno psihološko i fizičko povezivanje majke i novorođenog djeteta i čitave obitelji i uspostavljanje dojenja.

PROBLEMI VEZANI UZ KORIŠTENJE DUDA I DUDA VARALICA!

Dude varalice su univerzalno popularna pomagala za većinu roditelja i njihovih potomaka. No osim što iskrivljuju zube, problem je i što su tako često jako, jako prljave. Nova istraživanja ukazuju da

se na dječjim dudama varalicama nalaze razne opasne bakterije, gljivice i plijesan. Naime, na samo 10 duda pronađeno je 40 različitih bakterija, od kojih su neke bile otporne na antibiotike kao što su penicillin. Osim toga, na dudama često nastane biofilm bakterija koja mijenja normalnu ravnotežu bakterija u dječjim ustima. Ovaj biofilm može izazvati upale i potencijalno povećati rizik od razvoja gastrointestinalnih problema kao što su grčevi, pa čak i infekcije uha. Također mogu ometati dojenje.

KOJI SU RIZICI NEDOJENJA?

Hranjenja djeca umjetnim pripravcima češće obolijevaju od niza akutnih i kroničnih bolesti uključujući akutnu upalu srednjeg uha, skloniji su crijevnim upalama, upalama donjih dišnih putova, sklonost alergijama, astmi, gojaznosti, šećernoj bolesti tipa 1 i 2, dječjoj leukemiji-rak krvi, povećanje krvnog tlaka, sindrom iznenadne smrti u dojenčadi.

Dojka je uvijek spremna, za razliku od flašice koju treba spremiti, ohladiti na primjerenu temperature i tek onda dati djetetu. Taj proces rada traje najmanje 10 minuta, a djetetu je to 10 minuta fizičke boli jer dojenčad glad osjećaju kao fizičku bol.

Bočice zajedno s dudama svakodnevno, bez iznimke, treba ih sterilizirati i paziti da takve i ostanu. To znači da čete morati nabaviti sterilizator ili čete ih svakodnevno prokuhavati u vodi. Pritom ih morate staviti u hladnu vodu i pričekati da voda prokuha i da se najmanje pet minuta kuha u kipućoj vodi. Izvaditi ih van iz vode dok je voda još vrela, po mogućnosti ih ne dodirivati ni sa čim, i poslagati na čistu, prokuhanu krpu u zdjelu. Prekriti drugom čistom krpom. Adaptirano mlijeko ne može stajati na sobnoj temperature, svakim stajanjem ili nečistim bočicama i dudama riskirate problem s probavnim traktom.

TROŠKOVI UMJETNE PREHRANE!

Osim što infekcije i bolesti povezane s umjetnom prehranom nepovoljno utječu na kvalitetu života oboljelih, one predstavljaju i značajan trošak za proračun. Obitelji koje se pridržavaju optimalnih preporuka u svezi dojenja mogu samo u prvoj godini djetetova života uštedjeti od 1.200 do 1.500 USD na troškovima za umjetno mlijeko.

Dojenje predstavlja uštedu i za poslodavce i za zaposlenike, jer bolje zdravlje djeteta znači i manje izostajanje s posla te bolju radnu učinkovitost.

Dojenje je isplativo jer ne treba kupovati mliječnu smjesu niti svu prateću opremu bočice, dudice i sterilizator.

TEŠKO JE PROMJENITI ODLUKU JEDNOM KADA ODLUČITE DA NEĆETE DOJITI!

Roditelji obično donose odluke o prehrani dojenčadi i mlade djece kratko prije ili rano u trudnoći. Međutim, na izbor prehrane mogu utjecati stavovi nastali davno prije nego se čak i razmišljalo o trudnoći. Zato je važno znati koje su prednosti dojenja kao prirodni način hranjenja dojenčadi i mlade djece i stvoriti sredinu u kojoj dojenje postaje normalan, lagani i preferirani izbor za ogromnu većinu roditelja. Važno je da dječaci i muškarci također dobiju ove informacije, jer kao budući očevi imati će važnu ulogu u odluci o dojenju i u uspjehu dojenja.

Ne treba olako prekinuti s dojenjem ukoliko se dogodi neka nepredviđena situacija kao npr povišena tjelesna temperature majke, uzimanje raznih vrsta lijekova, nova trudnoća i sl. jer kada se jednom prekine s dojenjem teško ga je ponovo uspostaviti.



Sigurno imate pitanja u svezi ove teme, pa se čujemo putem telefona za 14 dana,

Drita Puharić – voditelj studije o prehrani djeteta.

SRDAČAN POZDRAV!

10.10. Tiskani edukativnimaterijali o trudnoći i majčinstvu

POŠTOVANA BUDUĆA MAJKO!

Svrha ove brošure je da Vam se ukaže na važnost edukativnog savjetovanja u svezi trudnoće.



PREGLEDI U TRUDNOĆI

Trudnoća i rodenje djeteta su najljepši trenuci u obitelji. No, iako je to prirodni proces može se povremeno zakomplicirati. Danas se većina tih komplikacija može predvidjeti i izbjeći ili uspješno izliječiti prije trudnoće, odnosno od početka trudnoće pravilno usmjeriti nadzor I liječenje.

Stoga je idealno planirati trudnoću te doći na pregled i savjetovanje prije začeća. Tada valja iscrpno obavijest liječnika o svim bolestima u obitelji kao i o dosadašnjim zdravstvenim tegobama, eventualnim ginekološkim problemima i trudnoćama. Na temelju tih informacija i ginekološkog i ultrazvučnog pregleda utvrđuju se moguće moguće teškoće u trudnoći. Neka se stanja mogu izliječiti i prije trudnoće primjerice infekcija mokraćnih puteva, vaginalne infekcije poput klamidije (koja može uzrokovati spontani pobačaj ili prijevremeni porod) ili anomalije građe maternice koje dovode do istih posljedica, a mogu se uspješno korigirati prije trudnoće. Ako niste bili na pregledu prije trudnoće, učinite to dva do četiri tjedna po izostanku menstruacije. Kućni test za trudnoću pokazuje samo da ste trudni, ali ne pokazuje gdje je trudnoća (u maternici ili izvan nje) i što je s plodom.

Trudnoća traje 40 tjedana računajući od prvog dana posljednje menstruacije, što znači da se računaju i dva tjedna dok još niste bili trudni. Na prvom pregledu uz već spomenuto uzimanje podataka, uzima se bris za -Papa test- ako je prošla godina dana od prethodnog, analizira stupanj čistoće radi otkrivanja infekcije u rodnici. Potom se vaginalnim pregledom analizira stupanj čistoće radi otkrivanja infekcije u rodnici. Potom se vaginalnim pregledom određuje veličina i položaj maternice te stanje jajnika. Dobivaju se upute o prehrani, ponašanju, navikama, fizičkim aktivnostima, spolnim odnosima. Većina liječnika tada obavlja i ultrazvučni pregled koji točno pokazuje mjesto trudnoće i koliko je star plod, odnosno trajanje trudnoće, srčanu akciju koja potvrđuje da je plod živ.

Trudnica mora učiniti i neke pretrage, koje uključuju krvnu sliku, pregled mokraće, razinu željeza u krvi, krvnu grupu i Rh faktor, te test za hepatitis i sifilis. Može se preporučiti i

stomatološki pregled, te EKG i internistički pregled. Nakon toga liječnik može zaključiti je li trudnoća rizična (što znači da se mogu očekivati neke komplikacije), pa određuje još dodatne

pretrage i poseban režim nadzora. Ako je trudnoća normalna sljedeće se kontrole obavljaju u razmacima od četiri tjedna do 28. tjedna trudnoće, potom svaka tri tjedna do 36. tjedna i zatim svaka dva tjedna do poroda, što je obično oko devet pregleda.



Ultrazvučni pregled preporučuje se između 12. i 15. tjedna trudnoće kada se obavlja probir plodova u kojih je viši rizik za kromosomsku anomaliju.U to doba može se učiniti i pregled krvi, koji na osnovu razine pojedinih hormona koje proizvodi posteljica određuje rizik djeteta za neku kromosomsku anomaliju. Nijedna od ovih dviju pretraga ne može sigurno utvrditi je li dijete zdravo ili bolesno već samo reći da postoji veći rizik za kromosomsku bolest i da se preporučuju dodatne pretrage koje to točno utvrđuju. Zatim se radi ultrazvuk oko 20. tjedna trudnoće kada se potvrđuje normalna građa ploda, trajanje trudnoće, sijelo posteljice i količina plodne vode te dinamika djeteta te završni izmedu 34. i 36. tjedna trudnoće zbog veličine i položaja djeteta, dinamike, količine plodne vode i stanja posteljice. Sredinom trudnoće valjalo bi učiniti test opterećenja šećerom (oGTT) no većina liječnika obavlja ga samo kada ima i poseban razlog za to (šećerna bolest u obitelji, prekomjerni porast težine i dr.). Prema potrebi se radi bakteriološki pregled mokraće (urinokultura) I grlića matrenice (cervikalni brisevi).

Autor: Prof. dr. sc. Višnja Latin



BOLOVANJE

Na prvom pregledu liječnik nakon uvida u sve činjenice određuje koja je trudnoća rizična i koja trudnica mora mirovati. Ako ima pokazatelja da je trudnoća ugrožena i da može doći do spontanog

pobačaja il kasnije prijevremenog poroda ili nekih drugih komplikacija poput povišenog krvnog tlaka i slično odobrava se mirovanje.
Autor: Prof. dr. sc. Višnja Latin



VJEŽBANJE U TRUDNOĆI

U trudnoći se preporuča vježbanje po završenom prvom tromjesečju trudnoće pa sve do poroda onim trudnicama koje nisu redovito ili uopće vježbale prije trudnoće. Trudnice koje su prije trudnoće vježbale ili se bavile nekim sportom uz dozvolu ginekologa mogu nastaviti praćenu tjelesnu aktivnost i u vrijeme prvog tromjesečja trudnoće. Prije započinjanja programa vježbanja potrebna je suglasnost ginekologa.
Procjenu posture tijela i izvedbu programa vježbanja provodi isključivo educirani fizioterapeut u području ginekologije i porodnistva.
Snježana Vojvodic Schuster, viša fizioterapeutkinja
Voditeljica Kluba trudnica “Sveti Duh” u Zagrebu



RODILJNE NAKNADE

Prema zakonu o zdravstvenom osiguranju zaposlena žena ima pravo na naknadu plaće
za vrijeme bolovanja zbog komplikacija u trudnoći i privremene spriječenosti za rad zbog trudnoće

- za vrijeme bolovanja zbog komplikacija u trudnoći i privremene spriječenosti za rad zbog trudnoće.
- za vrijeme korištenja obaveznog rodiljnog dopusta

- za vrijeme porodnog dopusta šest mjeseci do godine dana života djeteta.
- za vrijeme korištenja posvojiteljskog dopusta.
- za vrijeme korištenja stanke za dojenje djeteta.

Iznimno, majke blizanaca (trojki, četvorki ili više djece iste dobi) ostvaruju pravo na rodiljnu naknadu za korištenje dvogodišnjeg rodiljnog dopusta. Rodiljna se naknada za prvih šest mjeseci određuje od osnovice koju čini prosječna svota plaće koja je osiguranici isplaćena u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu. Pritom nije bitno za koji mjesec se isplaćuje plaća nego u kojem je mjesecu isplaćena.

Važno je napomenuti da zakon propisuje najveću svotu rodiljne naknade. Slijedom toga, majci kojoj šestomjesecni prosjek plaće ne prelazi zakonom propisani maksimum, rodiljna naknada bit ce isplaćena u cijelosti. Iznimno, ako u predmetnom šestomjesecnom razdoblju nije isplaćena nijedna plaća, kao osnovica za izračunavanje rodiljne naknade uzima se najniža osnovica za plaćanje zdravstvenog doprinosa umanjena za propisane doprinose iz plaće te porez i prirez na plaću. Potrebni dokumenti koje valja odnijeti u područni ured Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, a na temelju kojih će vam izračunati osnovicu za naknadu plaće:

- propisana tiskanica Potvrda o plaći ER-1 (popunjava poslodavac),
- izvješće o bolovanju (popularna 'doznaka') ovjerena od vašeg liječnika opće prakse koji vam je otvorio bolovanje ili rodiljni dopust.

Naknada za rodiljni dopust od šest mjeseci do godine dana života djeteta isplaćuje se na teret državnog proračuna u jednakoj - zakonom propisanoj - svoti za sve zaposlene majke.

Sukladno tome, zakon propisuje svotu naknade za dopust od navršene prve pa do druge godine života za majke blizanaca, trojki ili više djece iste dobi. Ta je naknada jednaka za sve zaposlene majke.

Pravo na rodiljnu naknadu pripada i nezaposlenoj majci, majci na redovitom školovanju i nezaposlenoj majci korisnici invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad za vrijeme korištenja rodiljnog dopusta od dana rođenja djeteta do navršenih šest mjeseci djetetova života, pod uvjetima propisanim posebnim zakonom. Rodiljna naknada isplaćuje se u neto iznosu i ne podliježe obvezi obračuna doprinosa iz plaće i na plaću, te poreza na dohodak i prireza.

Djetetov otac ima pravo na plaćeni dopust za rođenje djeteta u trajanju odredenim kolektivnim ugovorom ili internim pravilnikom. Također, otac ima pravo na korištenje rodiljskog dopusta, ali samo nakon isteka obaveznog šestomjesecnog rodiljskog dopusta na koji ima pravo samo majka.

INFORMACIJE O TRUDNIČKIM TEČAJEVIMA

Vrlo je važno za buduće majke i očeve da se informiraju o trudnoći i dobro pripreme za porod. U tome će vam najbolje pomoći organizirani tečajevi koje vodi stručno medicinsko osoblje. SPLIT - Klinička bolnica Split -Spinićeva 1, 21 000 Split - Tel. 021/556-111
Fax. 021/365-738 - www.kbsplit.hr

Predavanja se održavaju u velikoj predavaonici Kliničke bolnice Split. Tečaj traje 7 dana.
Svako predavanje traje 60 minuta.

Teme predavanja:

- Fiziologija trudnoće (tijek trudnoće, , vježbe, pregledi u trudnoći, spolni život).
- Patologija trudnoće.

- Porod i tijek poroda.

Lijekovi u porodu i epiduralna analgezija (video snimka poroda s epiduralnom analgezijom).
Pomoć fizioterapeuta u trudnoći i pripremi za porod.

- Novorođenče (dojenje i važnost dojenja, najčešći zdravstveni problemi u prvih nekoliko dana prve kontrole).
- Razgovor s medicinskom sestrom primaljom o trudnoći i porodu.

Predavači su: prof.dr. Ivica Tadin, dr. Nađa Aračić, dr. Zdeslav Benzon, dr. Damir Roje i dr. Marko Vulić, viši fizioterapeut Kristina Vidan, neonatolozi dr. Marija Bucat, dr. Ivanka Furlan i dr. Mirjana Vučinović, VMS i primalja Slavka Luetić. Tečaju mogu prisustvovati i budući očevi i partneri čije je pohađanje preduvjet za prisustvovanje porodu. Na kraju tečaja sudionici ispunjavaju anonimnu anketu kroz koju ocjenjuju predavanja i način organizacije tečaja.

Klub trudnica i rodilja Split

Predavanja se održavaju u prostorijama Kluba trudnica i rodilja Split
Pujanke 2, 2100 Split – Tel./ fax. – 021 /376-721 Mob. - 091 44 00 220
e-mail: info@klubtrudnica-split.hr
www.klubtrudnica-split.hr
forum: www.klubtrudnica-split.hr/forum

Za raspored predavanja i vježbi se informirati u Klubu ili na Internet stranicama Kluba.
Predavaanja „Znanjem do poroda bez straha“ obuhvaćaju sljedeće teme:

- Pored, disanje i relaksacija na porodu
- Kako pobijediti strah od poroda
- Što pripremiti za novorođenče
- Analgezija u porodu
- Njega djeteta
- Rast i razvoj djeteta u prvoj godini

Predavači su roditelji edukatori, viša fizioterapeutkinja Kristina Vidan, ginekologinja Lidija Pejković, prof. psihologije Željka Friganović Jerončić, pedijatri, stomatolozi i ostali stručni suradnici. Osim projekta "Znanjem do poroda bez straha" Klub provodi i ciklus predavanja i radionica iz projekta "Male tajne roditeljstva", namijenjena roditeljima za jačanje roditeljskih sposobnosti za odgajanje zdrave, sretne i emocionalno stabilne djece, a predavači su pedijatri, psiholozi, viši fizioterapeuti, stomatolozi i ostali stručni suradnici.

OČEVA NAZOČNOST PRI PORODU

Pri porodu žene najviše trebaju ohrabrenje i potporu punu ljubavi kako bi se potaknuo proces normalnog, spontanog rađanja, što od medicinskog osoblja iz raznih razloga ne dobivaju. Istraživanja su pokazala da se kod žena čiji se porod odulji mogu javiti najdublji strahovi i poremetiti trudove. U tim je trenucima važno da rodilja ne bude sama, a bliska osoba može učiniti čuda. Žene imaju povjerenja u supruga, a zajedničko doživljavanje rađanja djeteta produbljuje njihovu povezanost i olakšava situaciju rodilji. Naravno da se očevi moraju pripremiti, a to znači da moraju znati proces radanja, razumjeti trudove i bolove te to shvatiti kao prirodni proces, u kojem samo pomažu ženi.

Prof. dr. sc. Višnja Latin



DOLAZAK PATRONAŽNE SESTRE

Nakon što s novorođenčetom dođete kući imate pravo na posjet patronažne sestre koja će vam pomoći savjetima oko svih teškoća u vezi s vama i vašim djetetom primjerice njezi pupka, dojenju, upaljenim dojkama, djetetovim prvim kupanjem i sl. U rodilištu ćete popuniti dva formulara u koje unosite vaše podatke i podatke vašeg djeteta. Ako adresa stanovanja u osobnoj iskaznici ne odgovara vašoj stvarnoj adresi, na veliki formular (služi za službenu evidenciju) unesite adresu naznačenu na osobnoj iskaznici, a na mali (važno za patronažnu sestru) stvarnu adresu i broj telefona. Da biste bili sigurni da će vas patronažna sestra posjetiti kad s novorođenčetom dođete kući, bilo bi najbolje da se obratite patronažnoj službi u obližnjem domu zdravlja tokom trudnoće (patronažne sestre su obično u domu zdravlja do 9 sati).



ŠTO TREBA PONIJETI U RODILIŠTE

Najvažnije:

zdravstvenu iskaznicu, trudničku knjižicu, knjižicu s ultrazvuka, potvrdu o krvnoj grupi i Rh faktoru (ako imate i druge nalaze ponesite i njih)

- nekoliko paketa vatenih uložaka
- sok i plastična čaša
- krekeri ili neki keksi koje volite
- grožđena mast za usnice (ide i u rađaonicu)
- osvježavajuće maramice (i one idu u rađaonicu)
- neko voće

- WC papir
- grudnjak za dojenje
- jastučići za grudnjak
- nešto za čitanje
- spavačica s gumbima na prednjoj strani (provjerite u bolnici mora li biti bolnička)
- ogrtač
- papuče s kojima možete i pod tuš
- stvari za osobnu higijenu
- telefonska kartica ili mobitel 8i punjač)

ŠTO VALJA PRIREDITI ZA NOVOROĐENČE PRI IZLASKU IZ RODILIŠTA

- body ili benkica (1 komad)
- majica (1 komad)
- hlačice (1 komad)
- čarapice (1 par)
- kapica (ako je zima uzeti i vunenu)
- jednokratne pelene (2 komada) ili obične platnene pelene (2 komada)
- platnene pelene (2 komada)
- švedska pelena (1 komada)
- dekica
- vreća skafander za zimu
- jastuk za novorođenče (po potrebi)
- nosiljjka koja se može pričvrstiti u autu (sigurnost u prometu)

ZAKONSKE OBVEZE KOJE MORATE ISPUNITI NAKON ROĐENJA DJETETA

U prvih mjesec dana dok se ne dobiju svi dokumenti otpusno pismo iz rodilišta služi kao dokument.

U roku od 28 dana od rođenja djeteta morate prijaviti rođenje djeteta u maticu rođenih i to u općini kojoj pripada bolnica u kojoj ste rodili (moraju doći oba roditelja). Dokumenti potrebni za to su vjenčani list i osobne iskaznice roditelja, odnosno ako ste samohrani roditelj osobno s rodnim listom i osobnom iskaznicom. Maticni ured rodenih će izdati rodni list i domovnicu za dijete, no bez JMBG-a. JMBG izdaje MUP, gdje ujedno prijavljujete i djetetovo prebivalište.

Zdravstveno osiguranje djeteta

Najkasnije u roku od mjesec dana morate prijaviti dijete i za zdravstveno osiguranje, kako bi na prvom pregledu ili najkasnije na prvom cijepljenju imalo svoju zdravstvenu iskaznicu.

Naknada za opremu za novorođenče

Iskoristite pravo na jednokratnu novčanu pomoć za opremu novorođenčeta, koju tražite u područnom uredu HZZO-a. Dokumenti koji su vam potrebni za to su rodni list djeteta, zdravstvena iskaznica osiguranika i osobna majke. Majka koja želi koristiti rodiljni dopust do godine dana života djeteta mora u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje predati zahtjev i to najkasnije kad dijete navrši pet mjeseci života.

Zaposleni roditelji trebaju prijaviti dijete u Poreznoj upravi zbog ostvarivanja prava na poreznu olakšicu.

U sdlučaju da Vam zatreba:

Udruga roditelja djece s posebnim potrebama "Put u život" - PUŽ Veslačka 19 tel. 01/ 6199 547 petkom 17-19 sati **Centar za rehabilitaciju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta,** Prisavlje 4 tel. 01/ 6195 852
Uživajte u trudnoći, želimo Vam lagan porod i mnogo veslih trenutaka provedenih s vašom bebom.



Sigurno imate pitanja u svezi ove teme, pa se čujemo putem telefona za 14 dana.

Drita Puharić – voditelj studije o prehrani djeteta.

SRDAČAN POZDRAV!

10.11. Obrasac o telefonskom savjetovanju o dojenju

PRVA INTERVENCIJA – od 20. do 32. tjedna trudnoće

Trudnice koje budu dio intervencijske skupine, tijekom trudnoće će, uz redovite rutinske ginekološke preglede, biti i dodatno educirane putem edukacijskoga letka (Prilog 2), o promicanju dojenja i o trudnoći putem „Brošure o trudnoći“ (Prilog 3), što će dobiti poštom na kućnu adresu u roku od 24 sata nakon uključivanja u studiju.

DRUGA INTERVENCIJA - tijekom trudnoće - dva tjedna nakon poslanih materijala

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić, voditeljica studije o pravilnoj prehrani djeteta. Nedavno sam Vam poslala materijale o toj temi. Zanima me jeste li ih dobili. Nadam se da ste ih imali vremena proučiti. Imate li sada nekoliko minuta za razgovor na tu temu? (Ako nema, pitati je kad joj odgovara idući poziv.)
- (Ako je proučila materijale, nastavljamo razgovor.) Drago mi je što Vam se svidjelo. Kako napreduje Vaša trudnoća? (Dopustiti da majka kaže svoje mišljenje.)
- Imate li kakvo pitanje o dojenju? (Sigurno će biti bar jedno…)
- (Ako nema pitanja…) Možda biste željeli da Vam ja nešto o tome kažem, (npr. o kolostrumu)? (Dopustiti da majka kaže svoje mišljenje.)
- Kako ste planirali hraniti svoje novorođenče? Ako odgovori DA planira dojiti, pohvaliti je (*to je lijepo čuti*) i pitati planira li dijete isključivo dojiti te kako dugo.
- Ako NIJE pročitala/razumjela materijale, treba iskoristiti priliku i ukratko joj ispričati što isključivo dojenje podrazumijeva, a zatim je pustiti da komentira.
- Ako trudnica pokazuje neodlučnost u vezi s dojenjem, pitati je oko čega dvoji ili zbog čega je nesigurna. Dopustiti da kaže svoje mišljenje.
- Pretpostavljam da ste informirani kako rodilište u Splitu nosi naslov „Rodilište - prijatelj djeteta“, što znači da se odmah nakon rođenja dijete postavlja u kontakt („koža na kožu“) s majkom. Poslušati što trudnica zna o kontaktu „koža na kožu“.
- Ako se trudnica dvoumi izreći: dijete je spokojno i toplo mu je; potiče se povezanost majke i djeteta; pomaže pri započinjanju dojenja...
- Voditi brigu o tome da se poštuje dogovoren termin od 10-ak minuta. Ako ne ostane dovoljno vremena, upitati trudnicu o terminu porođaja. Zapisati taj datum.
- Ponuditi trudnici svoj broj mobitela i e-adresu sa zamolbom da se javi kratkom porukom ako slučajno nastupi prijevremeni porođaj ili nastanu neke druge nepredviđene okolnosti.
- Pitati trudnicu što misli o razgovoru, ima li kakve primjedbe ili prijedloge u vezi s temom.
- *Završetak*: Uživajte u trudnoći - želim Vam lagan porođaj! Čujemo se uskoro, točnije, dva tjedna nakon porođaja. Zato mi je važno da mi javite ako nastupe kakve nepredviđene okolnosti ili prijevremeni porođaj.

TREĆA INTERVENCIJA – Dva tjedna nakon porođaja

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić. Drago mi je što Vas čujem! Kako ste? (…) Imate li 10-ak minuta za razgovor?
- Kako je prošao porođaj? Majčin odgovor (pustiti je da govori o porođaju).
- Čestitam Vam na prinovi! (…) Kakav je osjećaj kad Vam odmah poslije porođaja stave dijete na grudi? (Majka govori o svojim osjećajima.)
- Kako je ime novom članu obitelji? (Majka odgovara, zapisati ime djeteta).
- Kako napreduje dojenje? (Majka odgovara o svom uspješnom ili manje uspješnom dojenju novorođenčeta.)
- (Ako je uspješno…) To mi je jako drago čuti! Očito da dijete pravilno postavljate na dojku – što se Vama čini? (Ako nije uspješno…) Pitati što nije dobro te se nadovezati na to. (Majčin komentar.)
- Jako je važno da budete uporni u svome naumu da dojite. Ako Vam je uz razgovor sa mnom potrebna potpora ili stručno savjetovanje o ispravnom postavljanju djeteta na

dojku te djetetovu ispravnom prihvatu dojke, mogu Vas uputiti stručnjacima koji će Vam sigurno pomoći. Ako to ne radite ispravno, moguće su komplikacije, kao npr. rane na bradavicama. (Majčino mišljenje o ispravnom postavljanju i prihvatu dojke.)

- Želite li da Vam ukratko opišem jedan položaj kod dojenja? Ako pristane, slijedi odgovor. Ako ne pristane, pitati je da sama opiše u kojem je položaju dosad dojila svoje dijete.
- Prvo što trebate napraviti jest naći položaj u kojem ćete se osjećati ugodno, a to može biti sjedeći, ležeći ili bilo koji drugi položaj udoban Vama i djetetu. Dijete je potrebno držati tako da su njegova glavica, vrat i tijelo u istoj ravnini te da je uvijek okrenuto prema Vašem licu. Nosić treba biti u razini bradavice, a usta malo ispod bradavice. Djetetovu usnicu lagano dodirnete bradavicom i pričekate da široko otvori usta, nježnim pokretom pomaknete dijete prema dojci. Ako je sve ispravno, tada bi se u usnoj šupljini djeteta trebao naći veći dio areole - tamnijeg dijela oko bradavice.
- Pitati majku ima li nejasnoća u vezi s položajem. Majčini komentari (njezina pitanja na ovu temu).
- Kakav je osjećaj vidjeti da Vam dijete uživa dok ga hranite, osobito kada znate da ste taj poseban odnos stvorili s djetetom još u trudnoći? Dojenjem se, naime, nastavlja i produbljuje taj odnos, odnosno dojenjem se sprječava stres odvajanja posebno izražen u djeteta. Sigurno ste i sami već primijetili, ma kako dijete bilo nervozno, smirit će se čim ga stavite na prsi.
- Kakvi su Vaši prvi dojmovi? (Očekujem pozitivan odgovor, pa odlučujem nastaviti s razgovorom.)
- Bilo bi dobro kada biste mogli nastaviti s dojenjem jer biste na taj način mogli još više povećati osjećaj zaštićenosti, brige, ljubavi i u tome činu uživati Vi i vaše dijete. Da biste mogli što duže uživati u tim osjećajima, pokušajte biti uporni. Ako naiđete na problem, ne odustajte, nego tražite pomoć ili savjet ljudi koji Vam mogu pomoći u vezi s dojenjem ili onih žena koje su imale iste ili slične probleme, a uspješno su ih svladale.
- Imate li primjedbe ili prijedloge u vezi s ovim razgovorom? (Majčin komentar…)
- Vjerujem da ćete uživati u nastavku dojenja, a ako se slažete, čujemo se ponovno za 20-ak dana.
- Srdačan pozdrav!

ČETVRTA INTERVENCIJA – Šest tjedana nakon poroda

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić. Drago mi je što Vas čujem! Kako ste? Imate li 10-ak minuta za razgovor? (Majčin odgovor.)
- Upitati majku kako se osjeća i kako je dojenče - osloviti ga imenom. (Majčin odgovor - pustiti majku da govori o svome djetetu.)
- Je li maleni/malena halapljivac/-ica? (Vjerujem da će majka imati pozitivan odgovor. Ako ne bude, pitat ću je u čemu je problem.)
- Htjela sam Vam dati još neke informacije o dojenju: dojenjem ne samo da rješavate glad svoga djeteta nego i jačate njegov obrambeni sustav te će dijete biti manje sklono infekcijama. To će Vam biti važno osobito sada kada vam mnogi prijatelji, susjedi i rodbina dolaze čestitati na novome članu obitelji.
- Kakav je Vaš komentar? (Pustiti majku da odgovori.)
- Lijepo! (Navesti ime djeteta), s pitanjem: samo ga dojite? (Ako samo doji, potaknuti je da nastavi tako.)
- (Ako dohranjuje dijete nečim…) Lijepo je čuti da želite dojiti svoje dijete, majčino mlijeko sadržava sve što je djetetu potrebno i nije nužno ništa drugo dodavati.
- Što Vi mislite? (Majčin komentar.)
- Imate li kakve primjedbe ili prijedloge nakon ovoga razgovora? (Majčin odgovor.)

- Primijetit ćete da dojenje nema samo zdravstvene prednosti, nego donosi i znatne uštede. Ako Vam odgovara, nazvat ću Vas ponovno za 20-ak dana da nastavimo razgovor na ovu temu.
- Želim Vam što uspješniji nastavak dojenja! Čujemo se uskoro!

PETA INTERVENCIJA – Deset tjedana nakon poroda

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić. Drago mi je što Vas čujem! Imate li 10-ak minuta za razgovor? (Majčin odgovor.)
- Kako ste Vi i kako je dojenče (osloviti ga imenom)? (Majčin odgovor - pustiti da majka govori o svome djetetu i svemu onome što je prošla od zadnjeg poziva ili što trenutačno prolazi s djetetom.)
- Vaša odluka da ustrajete u dojenju, kako i sami vidite, već sada donosi mnogo radosti i zadovoljstva Vama i Vašem djetetu. (Slušati majku i njezine komentare u svezi s prednostima dojenja.)
- Slažete li se da je mnogo jednostavnije dati djetetu dojku nego pripremati bočice? (Dopustiti da majka kaže svoje stavove glede umjetne prehrane.)
- Drago mi je što sam Vas imala priliku upoznati i razgovarati s Vama o ovoj temi. (Majčin komentar.)
- Imate li primjedbe ili prijedloge nakon ovoga razgovora? (Majčin odgovor.)
- Želim Vam uspješan nastavak dojenja i od srca zahvaljujem za sudjelovanje u ovome projektu!

10.12. Obrasac o telefonskom savjetovanju o trudnoći i majčinstvu

PRVA INTERVENCIJA – od 20. do 32. tjedna trudnoće

Trudnice koje budu dio kontrolne aktivne skupine bit će tijekom trudnoće uz redovite rutinske ginekološke preglede i dodatno educirane s pomoću „Brošure o trudnoći“ (Prilog 3), koje će dobiti poštom na kućnu adresu u roku od 24 sata nakon uključivanja u studiju.

DRUGA INTERVENCIJA - tijekom trudnoće - dva tjedna nakon poslanog letka

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić, voditeljica studije o pravilnoj prehrani djeteta. Nedavno sam Vam poslala materijale o trudnoći. Jeste li ih dobili? Nadam se da ste ih imali vremena proučiti. Imate li sada 10-ak minuta za razgovor na tu temu? (Ako nema, pitati trudnicu kad joj odgovara idući razgovor.)
- (Ako je proučila materijale…) Drago mi je što Vam se svidjelo. Kako napreduje trudnoća? (Trudničin odgovor.)
- Jeste li obavili sve potrebne pretrage? (Trudničin odgovor.)
- Planirate li ići na trudnički tečaj? Brošura koju sam Vam poslala sadržava i potpune informacije u vezi s tečajem. (Trudničin odgovor.)
- Planirate li da Vaš partner bude na porođaju? (Trudničin odgovor.)
- Ponuditi trudnici svoj broj mobitela i e-adresu sa zamolbom da se javi kratkom porukom ako slučajno nastupi prijevremeni porođaj ili nastanu neke druge nepredviđene okolnosti.
- Pitati trudnicu što misli o razgovoru, ima li kakve primjedbe ili prijedloge u vezi s temom.
- *Završetak*: Uživajte u trudnoći - želim Vam lagan porođaj! Čujemo se uskoro, točnije, dva tjedna nakon porođaja. Zato mi je važno da mi javite ako nastupe kakve nepredviđene okolnosti ili prijevremeni porođaj.

TREĆA INTERVENCIJA - dva tjedna nakon porođaja

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić. Drago mi je što Vas čujem! Kako ste? (…) Imate li 10-ak minuta za razgovor?
- Kako je prošao porođaj? Majčin odgovor (pustiti je da govori o porođaju).
- Čestitam Vam na prinovi! (…) Kako je ime novom članu obitelji? (Majka odgovara, zapisati ime djeteta).
- Je li Vas posjetila patronažna sestra? (Majčin odgovor.)
- Je li djetetu otpao pupak? (Majčin odgovor.)
- Je li Vam patronažna sestra pokazala kako ćete okupati (spomenuti dijete imenom), jeste li pokušali u prisustvu patronažne sestre? (Majčin odgovor.)
- Imate li kakvih pitanja za mene? (Ako majka postavi pitanje o dojenju, uputit će je se GPD-u ili u Polikliniku *Badem*.)
- Imate li primjedbe ili prijedloge nakon ovoga razgovora? (Majčin odgovor.)
- Bilo mi je jako ugodno s Vama razgovarati. Ako se slažete, čujemo se za nekih 20-ak dana.
- Srdačan pozdrav!

ČETVRTA INTERVENCIJA- šest tjedana nakon porođaja

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić. Drago mi je što Vas čujem! Kako ste? Imate li 10-ak minuta za razgovor? (Majčin odgovor.)
- Kako je vaše dijete (osloviti ga imenom)? (Majčin odgovor, pustiti majku da govori o svome djetetu.)
- Jeste li uspjeli naći malo vremena i obaviti sve formalnosti oko prijave djeteta? (Majčin odgovor.)
- Kako su prošli posjeti u vezi s dolaskom novog člana obitelji? (Majčin odgovor.)
- Kako je prošao prvi pregled kod pedijatra? (Majčin odgovor.)
- Uspijete li se nositi sa svim obvezama i naći bar malo vremena za sebe? (Majčin odgovor.)

- Imate li primjedbe ili prijedloge nakon ovoga razgovora? (Majčin odgovor.)
- Ako Vam odgovara, čujemo se za nekih 20-ak dana, pa ćemo nastaviti.
- Srdačan pozdrav!

PETA INTERVENCIJA - deset tjedana nakon poroñaja

- Dobar dan, pri telefonu Drita Puharić. Drago mi je što Vas čujem! Imate li 10-ak minuta za razgovor? (Majčin odgovor.)
- Kako ste Vi i kako je dojenče (osloviti ga imenom)? (Majčin odgovor - pustiti da majka govori o svome djetetu i svemu onome što je prošla od zadnjeg poziva ili što trenutačno prolazi s djetetom.)
- Kako se snalazite u novoj ulozi majke? (Majčin odgovor.)
- Kako Vaše dijete spava? (Majčin odgovor.)
- Imate li primjedbe ili prijedloge nakon ovoga razgovora? (Majčin odgovor.)
- Bilo mi je ugodno razgovarati s Vama. Vašem djetetu i Vama želim sve najbolje te od srca zahvaljujem za sudjelovanje u ovome projektu!

10.13. Strategija pretraživanja 1

Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to November Week 3 2012>
Search Strategy:
---

1 Pregnant Women/ (4745)
2 exp Pregnancy/ (685251)
3 Prenatal Care/ (19217)
4 pregnanc$.tw. (273622)
5 (prenatal adj3 care).tw. (6778)
6 gestation.tw. (80778)
7 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 (747470)
8 exp Breast Feeding/ (24310)
9 exp Lactation/ (31714)
10 Milk, Human/ (14672)
11 breastfe$.tw. (12527)
12 (breast$ adj2 (fed$ or feed$)).tw. (14573)
13 ((breast$ or mother$ or human or maternal$) adj2 milk).tw. (15933)
14 (breastmilk$ or lactat$).tw. (106085)
15 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (154568)
16 exp Education/ (584893)
17 educat$.tw. (319241)
18 16 or 17 (745428)
19 7 and 15 and 18 (2207)
20 randomised controlled trial.pt. (0)
21 randomized controlled trial.pt. (342334)
22 controlled clinical trial.pt. (85694)
23 random$.ab. (572469)
24 placebo.ab. (136550)
25 trial.ab. (253825)
26 groups.ab. (1145730)
27 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 (1788062)
28 exp animals/ not humans.sh. (3812817)
29 27 not 28 (1456226)
30 19 and 29 (496)

10.14. Strategija pretraživanja 2

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>
Search Strategy:
---

1 Pregnant Women/ (5661)
2 exp Pregnancy/ (789164)
3 Prenatal Care/ (22061)
4 pregnanc$.tw. (336078)
5 (prenatal adj3 care).tw. (8442)
6 gestation.tw. (97733)
7 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 (875396)
8 exp Breast Feeding/ (31418)
9 exp Lactation/ (35499)
10 Milk, Human/ (16442)
11 breastfe$.tw. (18493)
12 (breast$ adj2 (fed$ or feed$)).tw. (16541)
13 ((breast$ or mother$ or human or maternal$) adj2 milk).tw. (19377)
14 (breastmilk$ or lactat$).tw. (129381)
15 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (189403)
16 exp Education/ (628345)
17 educat$.tw. (428869)
18 16 or 17 (877148)
19 7 and 15 and 18 (2856)
20 randomised controlled trial.pt. (0)
21 randomized controlled trial.pt. (415254)
22 controlled clinical trial.pt. (90648)
23 random$.ab. (805664)
24 placebo.ab. (169523)
25 trial.ab. (357334)
26 groups.ab. (1548869)
27 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 (2405032)
28 exp animals/ not humans.sh. (4236010)
29 27 not 28 (2016744)
30 19 and 29 (675)
31 limit 30 to yr="2012" (44)

10.15. Strategija pretraživanja 3

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>
Search Strategy:
---

1 Pregnant Women/ (5661)
2 exp Pregnancy/ (789164)
3 Prenatal Care/ (22061)
4 pregnanc$.tw. (336078)
5 (prenatal adj3 care).tw. (8442)
6 gestation.tw. (97733)
7 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 (875396)
8 exp Breast Feeding/ (31418)
9 exp Lactation/ (35499)
10 Milk, Human/ (16442)
11 breastfe$.tw. (18493)
12 (breast$ adj2 (fed$ or feed$)).tw. (16541)
13 ((breast$ or mother$ or human or maternal$) adj2 milk).tw. (19377)
14 (breastmilk$ or lactat$).tw. (129381)
15 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (189403)
16 exp Education/ (628345)
17 educat$.tw. (428869)
18 16 or 17 (877148)
19 7 and 15 and 18 (2856)
20 randomised controlled trial.pt. (0)
21 randomized controlled trial.pt. (415254)
22 controlled clinical trial.pt. (90648)
23 random$.ab. (805664)
24 placebo.ab. (169523)
25 trial.ab. (357334)
26 groups.ab. (1548869)
27 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 (2405032)
28 exp animals/ not humans.sh. (4236010)
29 27 not 28 (2016744)
30 19 and 29 (675)
31 limit 30 to yr="2013 - 2016" (156)

11. ŽIVOTOPIS

Curriculum Vitae

Drita Puharić

Kontakt

Put požara 12

21300 Makarska, Hrvatska

Mobitel: +385 (0) 98 90355 26

E-adresa: drita.puharic@hotmail.com

OSOBNI PODATCI

Datum rođenja:	01. ožujka 1964., Makarska, Hrvatska
Obrazovanje	
2002. – 2005.	Visoka zdravstvena škola Sveučilišta u Mostaru.
2006. – 2008.	Visoka zdravstvena škola na Zdravstvenom Veleučilištu u Zagrebu specijalistički stručni studij menadžment u sestrinstvu
2008. – 2012.	Magistarski studij - Fakultet Zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru
2013. – 2019.	Doktorski studij - Medicinski fakultet u Splitu
Radno iskustvo	
1983. do 1984.	Bolnica za respiratorne bolesti "Dječje selo"
1984. do 1998.	Dom zdravallja "Rato Antunović". Makarska
2000. –	Ustanova za zdravstvenu njegu u kući "IVA". Split
2004. do 2005.	Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije: ginekološka ambulanta
2011. –2012.	Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru: mlađi asistent za kolegij "Proces zdravstvene njege". viši asistent za kolegij "Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika"
Usavršavanje	
1996.	Tečaj "Usavršavanje medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti" ministarstva zdravstva hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i svjetske banke.
2012.	Tečaj "Modern approach to lactation and breastfeeding".
2013.	Tečaj "Peti hrvatski Cochrane simpozij".

2013.	Tečaj "Potpora dojenju: bliski majkama" u organizaciji Hrvatske udruge IBCLC savjetnica za dojenje (HUSD).
2014.	Tečaj "Dijabetes, poremećaji metabolizma i metabolički učinci vina".
2014.	Tečaj "Šesti hrvatski Cochrane simpozij".
2014.	Simpozij "Inovacije u radu medicinskih sestara/tehničara".
2015.	Tečaj "Nove spoznaje o dijabetesu".
2015.	Tečaj "Sedmi hrvatski Cochrane Simpozij".
2016	Tečaj "UNICEF-ovom treningu za voditelje kolegija Agenda Zdravlje i dobrobit djece najranijeg uzrasta".
2016.	Tečaj "Osmi hrvatski Cochrane simpozij".
2016.	Tečaj "Četvrti hrvatski simpozij o dojenju".

Nastavna djelatnost

2009 – 2012.	Sudjelovala u provođenju vježbi u kolegiju "Proces zdravstvene njege" na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru, s ukupnom satnicom od 86 sati.
2016.	Ssudjelovala u provođenju vježbi u kolegiju "Istraživanja u biomedicini i zdravstvu" na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, s ukupnom satnicom od 44 sata.

Komentor

1. Jadranka Budalić. Stavovi trudnica prema isključivom dojenju i ukupnoj duljini dojenja. Završni rad. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split, 2016.
2. Tomislav Filipović. Stavovi i znanja učenika srednjih škola i njihovih roditelja o spolnosti. Završni rad. Visoka tehnička škola, Stručni studij Sestrinstva Bjelovar, 2017.

Znanstveni radovi

1. Maslov B, **Puharić D**. Metabolički sindrom. ISSN 1023-8633. Mostariensia 2009;28:11.
2. **Puharić D**, Borovac J.A, Petrov B. Attitudes of adolescents towards sexual health in three cities from Croatia and Bosnia and Herzegovina. Int Nurs Rev. 2015;62(3):294-302. doi: 10.1111/inr.12160.
3. **Puharić D**. Obtaining a PhD: Personal experience of a nurse. Acta Medica Academica. 2015;44(2):198-200. doi: 10.5644/ama2006-124.147.
4. **Puharić D**. Randomizirana kontrolirana istraživanja kao inovacija i nužnost u sestrinskom znanstvenoom radu. Zbornik sažetaka II. Simpozija s međunarodnim sudjelovanjem

inovacija u radu medicinskih sestara/tehničara. 8.-9. svibnja 2015. Mostar, Bosna i Hercegovina. str. 38-39.

5. Zakarija-Grković I, **Puharić D**, Malički M, Hoddinott P. Breastfeeding booklet and proactive phone calls for increasing exclusive breastfeeding rates: RCT protocol. Matern Child Nutr. 2017;13(1):e12249. doi: 10.1111/mcn.12249.
6. **Puharić D**. Edukacija medicinskih sestara o ustroju te provedbi znanstvenoistraživačkog rada. HKMS. 2016.
7. **Puharić D.** A coffee many years later. Hektoen International. Spring 2016. http://www.hektoeninternational.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2049
8. **Puharić D**, Malički M, Borovac JA, Šparac V, Poljak B, Aračić N, Marinović N, Luetić N, Zakarija-Grković I. The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: A randomised controlled trial. Maternal & Child Nutrition. 2020;13:e12948. doi: 10.1111/mcn.12948.
9. Mikulić I, Marusić M, **Puharić D**, Malicki M. Attitudes toward sexual health: a cross-sectional study of gynaecological health professionals from Split, Croatia and Mostar, Bosnia and Herzegovina. Juornal of Transcultural Nursing. 2020., u pripremi.
10. Recezent za časopis Journal of Nursing: Research and Reviews, 2014. godine.

Državljanstvo: Hrvatsko

MATERINSKI JEZIK

Hrvatski jezik

OSTALI JEZICI

Engleski