

Povezanost osjećaja koherentnosti majki i isključivog dojenja

Pavičić Bošnjak, Anita

Doctoral thesis / Disertacija

2012

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:023483>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Anita Pavičić Bošnjak

POVEZANOST OSJEĆAJA KOHERENTNOSTI MAJKI I
ISKLJUČIVOG DOJENJA

Doktorska disertacija

Split, 2012.

Disertacija je izrađena u Klinici za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Klinička bolnica “Sveti Duh” u Zagrebu.

Voditelj rada: prof. dr. sc. Mirjana Rumboldt

ZAHVALE

Velika hvala mojoj mentorici prof. dr. sc. Mirjani Rumboldt na vrijednim promišljanjima i usmjerenjima te svesrdnoj podršci tijekom izrade ovoga rada.

Srdačna hvala prof. dr. sc. Cindy-Lee Dennis koja je omogućila rad s instrumentom Breastfeeding Self-Efficacy Scale te prof. dr. sc. Dinki Čorkalo Biruški na savjetima pri izradi upitnika.

Iskreno se zahvaljujem dr. sc. Darku Hrenu i Edgaru Glavašu, dr. med., na savjetima i pomoći pri statističkoj obradi podataka.

Zahvaljujem se svim kolegama i suradnicima na podršci tijekom izrade rada, a posebno patronažnim sestrama na silnom zalaganju i pomoći oko prikupljanja popunjenih upitnika.

Zahvaljujem se i svim majkama koje su sudjelovale u istraživanju, koje su darovale svoje vrijeme i trud da bi ispunile upitnike – bez njih ovo istraživanje ne bi bilo moguće.

Velika hvala mojoj obitelji na razumijevanju, bezgraničnoj strpljivosti i svekolikoj podršci. Njima posvećujem ovaj rad.

SADRŽAJ

POPIS OZNAKA I KRATICA.....	1
POPIS SLIKA	2
POPIS TABLICA	3
1. UVOD	5
1.1. Pojmovni okviri salutogeneze i osjećaja koherentnosti.....	5
1.2. Mjerenje osjećaja koherentnosti: odnos sa zdravljem i zdravstvenim ponašanjima.....	7
1.3. Majčin osjećaj koherentnosti, salutogeni razvoj i zdravlje djece.....	8
1.4. Važnost isključivog dojenja.....	10
1.5. Epidemiološki podatci o isključivom dojenju.....	11
1.6. Čimbenici povezani s isključivim dojenjem.....	12
1.7. Osjećaj koherentnosti i dojenje	14
2. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	16
3. METODE	17
3.1. Ispitanici	17
3.2. Postupci	19
3.3. Instrumenti	20
3.3.1. Upitnik u rodilištu.....	20
3.3.2. Upitnik 1 mjesec nakon porođaja.....	22
3.3.3. Upitnik 6 mjeseci nakon porođaja.....	23
3.4. Statistička analiza.....	24
3.5. Etička pitanja	26
4. REZULTATI	27
4.1. Osobine ispitanica.....	27
4.1.1. Demografske osobine ispitanica	27
4.1.2. Psihosocijalne osobine ispitanica	28
4.1.3. Teškoće pri dojenju	32
4.2. Osjećaj koherentnosti.....	33
4.2.1. Osjećaj koherentnosti i demografske osobine.....	33
4.2.2. Osjećaj koherentnosti i psihosocijalne osobine.....	34

4.2.3. Osjećaj koherentnosti i teškoće pri dojenju.....	36
4.3. Učestalost isključivog dojenja	37
4.4. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje.....	39
4.4.1. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje u rodilištu.....	39
4.4.2. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja.....	40
4.4.3. Odnos osjećaja koherentnosti i kategorija dojenja 1 mjesec nakon porođaja.....	41
4.4.4. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje 6 mjeseci nakon porođaja.....	42
4.4.5. Odnos osjećaja koherentnosti i kategorija dojenja 6 mjeseci nakon porođaja.....	43
4.5. Osjećaj koherentnosti i trajanje ukupnog dojenja.....	45
4.6. Osjećaj koherentnosti mjeren 6 mjeseci nakon porođaja.....	46
4.7. Povezanost osjećaja koherentnosti, demografskih i psihocijalnih osobina s isključivim dojenjem 1 mjesec nakon porođaja.....	48
4.8. Povezanost osjećaja koherentnosti, demografskih i psihosocijalnih osobina s isključivim dojenjem 6 mjeseci nakon porođaja.....	52
5. RASPRAVA	56
5.1. Odnos osjećaja koherentnosti i isključivog dojenja te demografskih i psihosocijalnih osobina majki	56
5.2. Učestalost i prediktori isključivog dojenja	63
5.3. Ograničenja i prednosti provedenog istraživanja	66
5.4. Značenje dobivenih rezultata	67
6. ZAKLJUČCI	70
7. SAŽETAK	72
8. SUMMARY	73
9. LITERATURA	74
10. ŽIVOTOPIS	84
11. PRILOZI	86

POPIS OZNAKA I KRATICA

BSES-SF	Skala za mjerenje samoefikasnosti dojenja – kratka verzija (engl. Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form)
CI	Interval pouzdanosti (engl. Confidence Interval)
DZ	Dom zdravlja
GPD	Grupe za potporu dojenju
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
IQR	Interkvartilni raspon
OR	Omjer izgleda (engl. Odds Ratio)
SAD	Sjedinjene Američke Države
SD	Standardna devijacija
SE	Standardna pogreška regresijskog koeficijenta
SOC	Osjećaj koherentnosti (engl. Sense of coherence)
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
UNICEF	Međunarodni fond Ujedinjenih naroda za pomoć djeci (engl. United Nations International Children's Emergency Fund)

POPIS SLIKA

Slika 1. Dijagram toka istraživanja.....	18
Slika 2. Postotak odgovora na Likertovoj ljestvici za pojedina pitanja o potpori zdravstvenih djelatnika u rodilištu.....	29
Slika 3. Postotak odgovora na Likertovoj ljestvici o potpori dojenju majci bliskih osoba (supruga, majčine majke, prijateljice).....	30
Slika 4. Prikaz stupnja SOC-a prema dobi majke (A), stupnju izobrazbe (B) i broju djece (C).....	34
Slika 5. Prikaz stupnja SOC-a prema vremenu donošenja odluke o dojenju (A), namjeravanom trajanju dojenja (B), potpori dojenju u rodilištu (C) i potpori bliskih osoba (D).....	35
Slika 6. Prikaz stupnja SOC-a prema samoefikasnosti dojenja.....	36
Slika 7. Prikaz stupnja SOC-a prema prisutnosti teškoća pri dojenju u rodilištu (A) i u prvih 6 mjeseci (B).....	36
Slika 8. Kaplan-Meierove krivulje trajanja dojenja prema stupnju SOC-a.....	46
Slika 9. Učestalost promjene SOC-a nakon 6 mjeseci prema stupnju SOC-a mjenog u rodilištu.....	47

POPIS TABLICA

Tablica 1. Plan ispitivanja.....	24
Tablica 2. Demografske osobine ispitanica.....	27
Tablica 3. Raspodjela ispitanica prema psihosocijalnim osobinama.....	28
Tablica 4. Prikaz frekvencija, aritmetičke sredine i standardne devijacije odgovora za pojedine čestice Skale za mjerenje samoefikasnosti dojenja (BSES-SF).....	31
Tablica 5. Frekvencija teškoća pri dojenju u rodilištu i tijekom prvih 6 mjeseci.....	32
Tablica 6. Osjećaj koherentnosti mjeren u rodilištu (SOC) prema ukupnoj vrijednosti i stupnjevima (nizak, srednji, visok).....	33
Tablica 7. Prevalencija dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja prema kategorijama dojenja....	38
Tablica 8. Vrijednosti SOC-a (medijan i IQR) s obzirom na isključivo dojenje u rodilištu....	39
Tablica 9. Prevalencija isključivog dojenja u rodilištu s obzirom na stupanj SOC-a.....	39
Tablica 10. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja.....	40
Tablica 11. Prevalencija isključivog dojenja 1 mjesec nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.....	40
Tablica 12. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na kategorije dojenja 1 mjesec nakon porođaja.....	41
Tablica 13. Prevalencija isključivog dojenja, djelomičnog dojenja i nedojenja 1 mjesec nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.....	42
Tablica 14. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na isključivo dojenje 6 mjeseci nakon porođaja.....	43
Tablica 15. Prevalencija isključivog dojenja 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.....	43
Tablica 16. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na kategorije dojenja 6 mjeseci nakon porođaja.....	44

Tablica 17 . Prevalencija isključivog dojenja, djelomičnog dojenja i nedojenja 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.....	45
Tablica 18. Osjećaj koherentnosti mjeren 6 mjeseci nakon porođaja (SOC 6 mj.) prema ukupnoj vrijednosti.....	47
Tablica 19. Promjena u vrijednosti SOC-a 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na isključivo dojenje.....	48
Tablica 20. Jednofaktorska analiza čimbenika povezanih s isključivim dojenjem 1 mjesec nakon porođaja.....	50
Tablica 21. Omjer izgleda za isključivo dojenje s 1 mjesec u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model bez uključene interakcije samoefikasnosti dojenja i SOC-a.....	51
Tablica 22. Omjer izgleda za isključivo dojenje s 1 mjesec u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model s uključenom interakcijom samoefikasnosti dojenja i SOC-a.....	51
Tablica 23. Jednofaktorska analiza čimbenika povezanih s isključivim dojenjem 6 mjeseci nakon porođaja.....	53
Tablica 24. Omjer izgleda za isključivo dojenje sa 6 mjeseci u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model bez uključene interakcije samoefikasnosti dojenja i SOC-a.....	54
Tablica 25. Omjer izgleda za isključivo dojenje sa 6 mjeseci u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model s uključenom interakcijom samoefikasnosti dojenja i SOC-a.....	54
Tablica 26. Validacija regresijskog modela.....	55

1. UVOD

1.1. Pojmovni okviri salutogeneze i osjećaja koherentnosti

Suvremeni pristup unaprjeđenja zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) temelji se na salutogenezi (lat. *salus* - zdravlje, grč. *genesis* – porijeklo) i konceptu osjećaja koherentnosti.^{1,2} Salutogeneza definira osobnu odgovornost pojedinca za zdravlje i blagostanje te uči ljude da se prilagođavaju i surađuju u promjenama na putu do postizanja zdravlja. Pri tome važnu ulogu ima osjećaj koherentnosti (engl. *sense of coherence*, *SOC*) – individualna psihosocijalna osobina koja odražava usmjerenost osobe prema unapređenju zdravlja i sposobnost da to ostvari noseći se sa svakodnevnim psihološkim i socijalnim stresorima.^{3,4}

Teorijske okvire salutogeneze razradio je američko-izraelski medicinski sociolog Aaron Antonovsky prije više od tri desetljeća. Prema ideji ovog znanstvenika važnije je usredotočiti se na ljudske potencijale u kreiranju zdravlja (salutogeneza), nego aktivnosti usmjeriti na smanjenje ili uklanjanje rizičnih čimbenika koji su uzroci oboljenja (patogeneza). U ostvarivanju tog cilja bitne su postavke usmjerenost prema rješavanju problema i sposobnost korištenja dostupnih potencijala koji vode zdravlju, odnosno SOC.³

SOC je središnji koncept teorije salutogeneze. Antonovsky je definirao SOC kao „opću orijentaciju koja odražava u kojoj je mjeri kod pojedinca prisutan prožimajući, trajan, ali istovremeno i dinamičan osjećaj sigurnosti a) da su podražaji iz njegove unutarnje i vanjske okoline strukturirani, predvidljivi i objašnjivi; b) da na raspolaganju ima snage koji mogu zadovoljiti zahtjeve koji proizlaze iz tih podražaja; i c) da se ti zahtjevi doživljavaju kao izazovi kojima se vrijedi baviti“.³ Pojam se, dakle, sastoji od tri sastavnice:

- a) razumljivosti (engl. *comprehensibility*) ili kognitivne komponente;
- b) savladivosti (engl. *manageability*) ili ponašajne komponente;
- c) smislenosti (engl. *meaningfulness*) ili motivacijsko-emocionalne komponente.

Međudjelovanje ovih triju sastavnica određuje hoće li neka osoba imati snažan SOC ili će on biti slab. Pri tome najveće značenje ima sastavnica smislenosti jer nedostatak ili niska motivacija vode slabljenju kognitivne i ponašajne komponente SOC-a.

Drugi je važan koncept teorije salutogeneze koncept općih snaga otpornosti (engl. *general resistance resources, GRR*).³ Opće snage otpornosti su biološki čimbenici (primjerice genetski i imunološki čimbenici), materijalni čimbenici (primjerice novac) i psihosocijalni čimbenici (osobna znanja, iskustva, vještine, stavovi, samopouzdanje, zdravo ponašanje, društvena potpora, vjerovanja i tradicije). Snage otpornosti razvijaju se u odgojnom procesu, a kasnije kroz društvene uloge, i dio su šireg socio-kulturnog okruženja. Pojedinci koji imaju na raspolaganju širok raspon snaga otpornosti i koji nauče kako ih koristiti s vremenom razvijaju snažan SOC. Osjećaj koherentnosti razvija se tijekom djetinjstva i mladenaštva te postaje stabilan oko 30-te godine života. Antonovsky je smatrao da su pod utjecajem životnih događaja moguće tek prolazne promjene u vrijednosti SOC-a te da se SOC nakon nekog vremena ponovno stabilizira oko svoje prosječne vrijednosti. Na temelju novijih spoznaja, Erikssonova i Lindström ističu da se SOC razvija tijekom cijeloga života te koncept SOC-a definiraju kao proces cjeloživotnog učenja.^{1,4}

Prema Antonovskom, osobni pogled na svijet utječe na našu sposobnost upravljanja napetošću i stresom. Stresori su sveprisutni, a konačan zdravstveni ishod i kvaliteta življenja ovise o načinu suočavanja sa stresom. U literaturi se spominju različite strategije suočavanja sa stresom koje se mogu podijeliti u dvije osnovne skupine: suočavanja usmjerena rješavanju problema (primjerice traženje informacija, planiranje akcija, pregovaranje, rješavanje problema i dr.) i suočavanja usmjerena na emocije (primjerice poricanje, samookrivljanje, potiskivanje, pasivnost i dr.).⁵ SOC, međutim, ne predstavlja specifičnu strategiju suočavanja sa stresom već se odnosi na pojedinčevu sposobnost korištenja različitih strategija, odnosno dostupnih potencijala kako bi umanjio negativne posljedice stresa. Što je SOC viši, osoba je sklonija prepoznati i upotrijebiti širok raspon snaga otpornosti koje mu stoje na raspolaganju.^{3,4}

SOC je univerzalni koncept primjenjiv u pojedinaca i skupina neovisno o spolu, etničkoj pripadnosti, socijalnom statusu i kulturi. Uporabom Skale za mjerenje osjećaja koherentnosti znanstveno je dokazano da je SOC čimbenik unapređenja zdravlja koji poboljšava otpornost i razvija pozitivno subjektivno stanje tjelesnog i mentalnog zdravlja,

blagostanja i kvalitete življenja.⁶ Prema Erikssonovoj i Lindströmu, SOC nije jedina mjera salutogeneze.¹ Postoje i drugi koncepti koji imaju salutogeni pristup poput koncepta samoeфикаsnosti, čvrstoće ličnosti, lokusa kontrole, osnaživanja, privrženosti i humora, što ukazuje da je salutogeneza puno širi koncept nego što je to prvotno zamišljao Antonovsky.

1.2. Mjerenje osjećaja koherentnosti: odnos sa zdravljem i zdravstvenim ponašanjima

Antonovsky je 1987. godine konstruirao Skalu za mjerenje osjećaja koherentnosti (engl. *Sense of Coherence Scale*) koja se još naziva i Upitnikom životne orijentacije (engl. *Orientation to Life Questionnaire*).³ Skala sadržava 29, a u skraćenoj verziji 13 čestica. Skala je prevedena na najmanje 33 jezika i korisiti se u mnogim zemljama svijeta. Osim originalnih upitnika, postoji još najmanje 15 različitih alternativnih instrumenata koji se međusobno razlikuju po broju čestica (od 3 do 28 čestica) i/ili načinu bodovanja (umjesto originalne skale Likertovog tipa sa 7 odgovora, koriste se čestice s 5, 4 ili 3 odgovora). Posebno su konstruirane Skala za mjerenje osjećaja koherentnosti u djece, Skala za mjerenje školske koherentnosti i Skala za mjerenje osjećaja koherentnosti u obitelji.⁷

Prema sustavnom pregledu Erikssonove i Lindströma, studije objavljene u razdoblju od 1992. do 2003. godine pokazuju da SOC skala ima dobru pouzdanost i valjanost.⁷ SOC skala pokazuje visoku korelaciju sa sličnim standardiziranim instrumentima koji mjere zdravlje, zdravstvena ponašanja i stavove, stres, kvalitetu života i blagostanje. Nađena je korelacija s psihološkim konstruktima kao što su čvrstoća ličnosti, optimizam, lokus kontrole, samopoštovanje, samoeфикаsnost te negativna i pozitivna afektivnost. Utvrđeno je kako osobe s visokim SOC-om rjeđe pate od tjeskobe i depresije te se bolje nose sa stresnim situacijama nego osobe u kojih je SOC nizak.⁶ Više istraživanja na različitim uzorcima ispitanika pokazalo je povezanost SOC-a sa subjektivnom procjenom zdravlja.^{6,8,9} Što je SOC viši, to je bolja percepcija zdravlja. Postoje jasni dokazi o prediktivnoj snazi SOC-a za mentalno zdravlje, subjektivne zdravstvene ishode i kvalitetu življenja, dok je prediktivna valjanost skale za tjelesno zdravlje manje jasna.^{6,7,10}

U djece i adolescenata odnos između SOC-a i zdravlja sličan je onome u odraslih - SOC je pozitivno povezan s kvalitetom življenja i sa subjektivnom procjenom zdravlja, a negativno s anksioznošću i depresijom.⁶

Dokazana je povezanost SOC-a sa zdravstvenim ponašanjima kao što su korištenje zdravstvenih usluga (broj posjeta liječniku) i slijeđenje zdravstvenih savjeta i preporuka.^{11,12,13} Tako Nabi i sur. nalaze da je SOC važna odrednica pridržavanja preporuka o liječenju u kroničnih bolesnika s povišenim krvnim tlakom u kojih je visok SOC povezan s redovitim uzimanjem antihipertenzivnih lijekova.¹¹ Djeca s visokim SOC-om više se brinu o svom oralnom zdravlju te češće peru zube, redovitije pohađaju stomatološke preglede i rjeđe boluju od karijesa.^{12,13} Nadalje, SOC je povezan sa samousmjeravajućim zdravstvenim ponašanjima poput dijetalne prehrane i tjelesne aktivnosti. Adolescenti i odrasli s visokim SOC-om općenito se zdravije ponašaju nego njihovi vršnjaci u kojih je SOC nizak te manje puše,^{13,14} rjeđe konzumiraju alkohol i sredstva ovisnosti,^{13,15,16} više se bave tjelesnom aktivnošću^{14,17} i zdravije se hrane.¹⁴⁻¹⁶ MONICA studija u Švedskoj, u kojoj je sudjelovalo 5000 ispitanika u dobi 25 do 74 godine, pokazala je da žene s visokim SOC-om imaju ukupno manji energetske unos te da neovisno o dobi, indeksu tjelesne mase i stupnju izobrazbe konzumiraju više povrća i voća, a manje ukupnih i zasićenih masnoća, šećera i slatkiša u usporedbi sa ženama u kojih je SOC nizak.¹⁶ Sličan odnos između SOC-a i prehrambenih navika utvrđen je i u muškaraca.¹⁶

1.3. Majčin osjećaj koherentnosti, salutogeni razvoj i zdravlje djece

Iskustva stečena u ranom djetinjstvu i podržavajuće socijalno okruženje od presudnog su značaja za salutogeni razvoj djece i oblikovanje snažnog SOC-a. Prema Spenceru i sur., salutogeni razvoj podrazumijeva izloženost širokom rasponu tjelesnih, društvenih, psiholoških i duhovnih čimbenika koja promoviraju tjelesno i mentalno zdravlje i blagostanje djece. To se odnosi na izloženost ploda optimalnim intrauterinim uvjetima, odgovorno i brižno roditeljstvo, razvoj sigurne privrženosti, odsutnost siromaštva, dostupnost školovanja, pristupačnu zdravstvenu zaštitu i postojanje društvenih mjera koje osiguravaju zaštitu prava djece.¹⁸

Ranija su istraživanja pokazala kako značajnu ulogu u oblikovanju snažnoga SOC-a u obiteljskom okruženju imaju čimbenici poput pozitivne obiteljske atmosfere, povjerljivog odnosa s roditeljima te mogućnost otvorene komunikacije s roditeljima.^{19,20} Posljednjih je godina interes znanstvenika usmjeren na ulogu roditeljskog, odnosno majčinog SOC-a u salutogenom razvoju djece. Istraživanje Lagerberg i sur. u majki jednoipolgodišnjaka pokazalo je kako majke višeg SOC-a ostvaruju bolju interakciju s djetetom i procjenjuju djetetov temperament manje teškim u usporedbi s majkama u kojih je SOC niži.²¹ Al-Yagon nalazi da je visok SOC u majki prediktor razvoja sigurne privrženosti u osmogodišnjaka.²² Postoje dokazi o povezanosti majčinog SOC-a sa zdravljem djeteta od najranije životne dobi. Sjöström i sur. nalaze da je SOC snažan prediktor emocionalne dobrobiti u trudnica i roditelja koje su manje sklone anksioznosti i depresiji što je SOC viši.²³ Nadalje, istraživanja pokazuju da su trudnice s visokim SOC-om manje sklone prijetecem prijevremenom porođaju²⁴ i komplikacijama tijekom porođaja²⁵ te da se u usporedbi s trudnicama u kojih je SOC nizak zdravije ponašaju, primjerice manje puše,²⁶ što sve može imati važne implikacije za zdravlje djeteta.

Za salutogeni razvoj i zdravlje djece od posebnog je značaja pravilna prehrana. Zdrave prehrambene navike stvaraju se u okružju obitelji od najranije dobi. Pri tomu najveći utjecaj ima majka. Istraživanja pokazuju da isključivo dojenje (prehrana samo majčinim mlijekom bez dodatka druge tekućine ili hrane) u usporedbi s hranjenjem zamjenskim mlijekom na bočicu promiče majčin stil hranjenja dojenčeta koji je manje ograničavajući, a više osjetljiv na djetetove znakove gladi i sitosti, omogućujući djetetu veću samoregulaciju energetske unosa.²⁷ S druge strane, nedojenje se povezuje s kontrolirajućim stilom hranjenja koji se zasniva na pritisku da dijete u cijelosti isprazni bočicu, čak i ako nije gladno.²⁸ Li i sur. su utvrdili kako je neisključivo dojenje u prvih šest mjeseci povezano s dvaput većom vjerojatnošću za ekscesivnim prirastom tjelesne mase u drugoj polovici dojenačke dobi.²⁹ Burnier i sur. navode da djeca predškolske dobi koja su dulje isključivo dojena (više od 4 mjeseca) dnevno konzumiraju dva i više obroka povrća za razliku od njihovih vršnjaka koji su bili djelomično dojeni ili nedojeni a povrće konzumiraju rjeđe.³⁰ Navedena istraživanja upućuju na važnost načina hranjenja dojenčeta i isključivog dojenja na kasniju tjelesnu masu i usvajanje zdravih prehrambenih navika.

Pored dobro poznatog utjecaja obitelji na razvoj zdravih prehrambenih navika u djece poput zajedničkih obroka, prehrambenih navika roditelja i stila hranjenja, mogući utjecaj majčinog, odnosno roditeljskog SOC-a slabo je ispitan. Istraživanje Ray i sur. u djece školske dobi pokazalo je da se zdravije hrane djeca čiji roditelji imaju snažan SOC.³¹ Borrmann i Schucking izvijestile su o višoj vrijednosti SOC-a u majki petomjesečne dojenčadi koje doje nego u majki koje dojenče hrane samo umjetnim mliječnim pripravkom, što upućuje na moguć utjecaj majčinog SOC-a na prehranu djeteta od najranije životne dobi.³² Međutim, uloga majčinog SOC-a u isključivom dojenju nije ispitana.

1.4. Važnost isključivog dojenja

SZO se zauzima za isključivo dojenje (prehrana samo majčinim mlijekom, bez dodatka druge tekućine ili hrane) tijekom prvih šest mjeseci, a potom nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu do dvije godine ili dulje.³³ Procjenjuje se da je u zemljama u razvoju rani prestanak isključivog i produljenog dojenja uzrok smrti 1,4 milijuna djece mlađe od pet godina.³⁴ U globalnim nastojanima za smanjenje smrtnosti djece (četvrti Milenijski cilj razvoja) i poboljšanje zdravlja majki (peti Milenijski cilj razvoja) do 2015. godine, na koje su se obvezale članice Ujedinjenih naroda, isključivo dojenje ističe se kao djelotvoran način ostvarivanja ovih ciljeva.³⁵

Suvremena su istraživanja dokazala prednosti isključivog dojenja za zdravlje djece i majki. Isključivo dojenje u djece smanjuje rizik pojavnosti nespecifičnih upala probavnog sustava, upale srednjeg uha i donjih dišnih puteva, iznenadne dojenačke smrti, šećerne bolesti tip I, astme i atopijskog dermatitisa.³⁶ Zaštitna uloga isključivog dojenja je to veća što ono dulje traje, primjerice, djeca isključivo dojena šest mjeseci u usporedbi s kraće isključivo dojenom djecom imaju četiri puta manji rizik pojavnosti upale pluća.³⁷ Isključivo dojenje učinkovit je način prevencije nekih od najvećih zdravstvenih rizika današnjice kao što su pretilost, šećerna bolest tip II i kardiovaskularne bolesti.³⁸ Dulje trajanje i isključivost dojenja povezani su s boljim intelektualnim razvojem i boljim mentalnim zdravljem.^{36,38}

U žena koje isključivo doje dokazane su niže vrijednosti arterijskog tlaka,³⁹ bolja regulacija tjelesne težine nakon porođaja⁴⁰ te manji rizik od pojave šećerne bolesti tip II.⁴¹ Isključivo dojenje povezuje se sa smanjenim odgovorom majke na stres⁴² i manjom učestalosti poslijeporođajne depresije.⁴³

Dojenje ima i povoljne gospodarske učinke. Dojena djeca rjeđe obolijevaju te su manji izdatci za njihovo ambulantno i bolničko liječenje, a smanjuje se i izostanak roditelja s posla, čime se povećava prihod obitelji. Izračunato je da bi se u Sjedinjenim Američkim Državama godišnje moglo spasiti 911 djece i smanjiti troškove zdravstvene zaštite za 13 milijardi dolara kada bi 90% majki isključivo dojilo svoju djecu prvih šest mjeseci.⁴⁴

1.5. Epidemiološki podatci o isključivom dojenju

Unatoč dokazanim prednostima isključivog dojenja i rizicima uporabe zamjenskog mlijeka, mnoge majke ne ostvaruju preporučeno trajanje isključivog dojenja. Prema globalnim podatcima SZO, samo 35% dojenčadi u dobi do šest mjeseci života hrani se isključivo majčinim mlijekom.³⁵ U razvijenim zemljama stopa isključivog dojenja sa šest mjeseci je niska, a kreće se između manje od 1% u Ujedinjenom Kraljevstvu do 24,4% u Kanadi.^{45,46} U Hrvatskoj, prema istraživanju na ukupnoj populaciji 1996. godine, 50% majki prestaje dojiti kada dojenče navrší četiri mjeseca, a samo 19% djece doji se nakon šest mjeseci, dok podatci o isključivom dojenju nisu ispitani.⁴⁷ Istraživanje o stopi isključivog dojenja u Zagrebu, među majkama koje su rodile 2000. godine, pokazuje da se isključivo doji 16,2% dojenčadi do šest mjeseci.⁴⁸ Deset godina poslije podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) pokazuju da je sadašnje stanje još daleko od ciljeva koje preporučuje SZO jer se isključivo majčinim mlijekom hrani 66,2% dojenčadi u dobi do dva mjeseca. Poslije prva tri mjeseca udio dojenčadi hranjene isključivo majčinim mlijekom pada na 45,9% u skupini dojenčadi do šestog mjeseca života i na 15,9% u dobi od 6 do 11 mjeseci.⁴⁹

Niska stopa dojenja i isključivog dojenja potaknula je SZO i UNICEF na pokretanje inicijative „Rodilište - prijatelj djece“.⁵⁰ Inicijativa se provodi od 1991. godine i primarno je usmjerena na izobrazbu zdravstvenih djelatnika u rodilištu kako bi na odgovarajući način

podučili majke o dojenju i podržali ih u tome. U Republici Hrvatskoj ova se inicijativa provodila u razdoblju od 1993. do 1998. godine te ponovno od 2007. do 2011. godine. Iako je u posljednjih pet godina program rezultirao povećanjem stope isključivog dojenja od 15% za dojenčad u dobi do dva mjeseca i 13,5% za dojenčad nakon tri mjeseca, stopa isključivog dojenja sa šest mjeseci nije se značajnije promijenila (16,5% u 2007. godini i 15,9% u 2010. godini). Spoznaja o čimbenicima koji utječu na dojenje neophodna je da bi se moglo učinkovito djelovati na poboljšanje stope dojene djece.

1.6. Čimbenici povezani s isključivim dojenjem

Dojenje je kompleksan oblik ponašanja pod utjecajem širokog spektra demografskih, psiholoških, socijalnih i kulturoloških čimbenika. Postoji opsežna literatura o čimbenicima povezanim sa započinjanjem dojenja i isključivog dojenja, dok je literatura o čimbenicima povezanim s trajanjem isključivog dojenja manje opsežna. Rani prestanak dojenja i isključivog dojenja najčešće se povezuje s mlađom životnom dobi (manje od 25 godina) majke, niskim stupnjem izobrazbe, navikom pušenja, nedovoljnim znanjem o dojenju i nedostatnom potporom u društvenom okruženju.⁵¹⁻⁵⁵ Neke od tih povezanosti nalaze i naši autori, primjerice povezanost trajanja dojenja sa stupnjem majčine izobrazbe i pušenjem u trudnoći.^{54,55} Izobrazba zdravstvenih djelatnika o dojenju i provođenje inicijative SZO i UNICEF-a „Rodilište - prijatelj djece“ ističu se kao važni čimbenici koji pridonose porastu stope isključivog dojenja u rodilištu i prvim tjednima dojenačke dobi, dok na isključivo dojenje do šest mjeseci nemaju značajniji učinak.^{51,56,57}

Novija istraživanja usmjerila su se na ispitivanje uloge psihosocijalnih čimbenika poput majčine namjere o dojenju i samopouzdanja u vezi s dojenjem koji se smatraju potencijalno modificirajućima, odnosno podložnima intervencijama čiji je cilj promjena ponašanja majki i povećanje stope dojenja. Istraživanje provedeno u Australiji otkriva značajan utjecaj nekoliko psiholoških čimbenika na trajanje dojenja uključujući samoeфикаsnost dojenja, optimizam i anksioznost majki, vrijeme donošenja odluke o prehrani dojenčeta, namjeravano trajanje dojenja, očekivanja majki u vezi s dojenjem te vjerovanje u

majčino mlijeko kao najbolji način prehrane dojenčeta.⁵⁸ Kao skupina, ovi su se čimbenici pokazali značajnijima u predviđanju trajanja dojenja od sociodemografskih varijabli poput majčine izobrazbe, dobi, zanimanja, prethodnog iskustva u dojenju i potpore partnera.

Više je istraživanja pokazalo da je majčina namjera o dojenju neovisan prediktor trajanja dojenja,^{53,54,58} dok je prediktivna uloga namjere za trajanje isključivog dojenja slabo proučena. Istraživanje Semenec i sur. provedeno među 189 majki prvoročkinja iz Kanade pokazalo je da 61% majki ne ostvaruje svoju namjeru o trajanju isključivog dojenja, te da su čimbenici poput pohađanja trudničkih tečajeva, načina porođaja, samopouzdanja majki te dohrane dojenčeta zamjenskim mlijekom u rodilištu značajniji prediktori trajanja dojenja nego majčina namjera.⁵⁹

Važnu ulogu u ponašanju majki u vezi s dojenjem ima i majčino samopouzdanje, odnosno samoefikasnost dojenja. Koncept samoefikasnosti dojenja je razradila Dennis⁶⁰ na temelju postavki socijalno-kognitivne teorije Bandure.⁶¹ Samoefikasnost dojenja je vjerovanje žene u vlastitu sposobnost dojenja. Ono je značajan prediktor ponašanja majki u vezi s dojenjem i ishoda dojenja jer određuje hoće li majka odabrati dojenje, koliko će u njemu biti uporna i kako će emocionalno odgovoriti na teškoće dojenja. U procjeni samoefikasnosti dojenja koristi se Skala za mjerenje samoefikasnosti dojenja.⁶⁰ Više istraživanja pokazalo je da instrument dosljedno predviđa trajanje i isključivost dojenja u prva četiri mjeseca dojenačke dobi,^{58,60,62-64} dok povezanost s isključivim dojenjem do šest mjeseci nije ispitana. Također, u Republici Hrvatskoj ne postoje podaci o utjecaju ove važne psihosocijalne osobine na trajanje i isključivost dojenja majki.

Kvalitativne studije o iskustvima majki u vezi s trajanjem i isključivošću dojenja pokazuju da su za dugotrajno dojenje, pored znanja i obaviještenosti majki o dojenju, jasno postavljenog cilja, samoefikasnosti dojenja i široke mreže socijalne potpore, važne i psihološke osobine poput sposobnosti prihvaćanja i svladavanja teškoća u vezi s dojenjem te odlučnost majke da u dojenju ustraje.^{65,66} Burns i sur. u preglednom radu 17 kvalitativnih studija s više od 500 žena iz zapadnih zemalja ističu da su majke često suočene s nesrazmjerom vlastitih očekivanja o dojenju i stvarnog iskustva. Mnoge majke očekuju da je dojenje prirodno i lako, nisu pripremljene na teškoće te dojenje doživljavaju tjelesno i

emocionalno zahtjevnim.⁶⁶ U suočavanju s izazovima i teškoćama dojenja važnu bi ulogu mogao imati majčin SOC.

1.7. Osjećaj koherentnosti i dojenje

Prema dostupnoj literaturi, samo je nekoliko autora istražilo povezanost SOC-a i dojenja.^{32,67} Borrmann i Schucking ispitali su vrijednosti SOC-a u 130 majki petomjesečne dojenčadi koja su dojena ili hranjena samo zamjenskim mlijekom. Autorice su izvijestile o višem stupnju SOC-a u majki koje doje u usporedbi s majkama koje ne doje, međutim, nisu navele statističku značajnost ovog opažanja.³² Juodiene je istražila odnos između dojenja i majčinog SOC-a te majčine koherentnosti s dojenčecom.⁶⁷ Istraživanje je provedeno među 493 litvanske majke u neposrednom poslijeporođajnom razdoblju te ponovno nakon šest mjeseci (N = 141). Autorica je zaključila da trajanje dojenja nije povezano s majčinim SOC-om niti s majčinom koherentnosti s dojenčecom. Viši SOC utvrđen je u majki veće životne dobi i višeg stupnja izobrazbe, u višerotkinja i majki koje su planirale trudnoću. Bolje obrazovane majke izvijestile su značajno više vrijednosti sastavnica razumljivosti i savladivosti nego slabije obrazovane majke, dok je u majki višerotkinja zabilježena značajno viša vrijednost sastavnica razumljivosti i smislenosti nego u prvorotkinja.⁶⁷

Drugi istraživači također nalaze povezanost SOC-a i pojedinih demografskih osobina majki-rodilja. Tako su Dudek i Makowska, ispitujući psihometrijske karakteristike SOC skale u rodilja u Poljskoj, zabilježili višu vrijednost sastavnice razumljivosti u starijih majki s višim stupnjem izobrazbe,⁶⁸ dok su Sjöström i sur. utvrdili da se majke prvorotkinje i višerotkinje međusobno ne razlikuju u vrijednosti SOC-a.²³

Prema dostupnoj literaturi, dakle, nema jasnih dokaza o povezanosti majčinog SOC-a i dojenja, a povezanost SOC-a s trajanjem isključivog dojenja nije ispitana. Budući da je isključivo dojenje do šest mjeseci fiziološki standard prehrane dojenčadi, te su u tom smislu definirane i preporuke zdravstvenih djelatnika, u ovom ću istraživanju pokušati odgovoriti na pitanje je li usmjerenost majke prema unaprjeđenju zdravlja, izražena stupnjem osjećaja koherentnosti, povezana s isključivim dojenjem. Nadalje, povezanost majčinog SOC-a i

samoefikasnosti dojenja nije ispitana niti postoje kvantitativna istraživanja o povezanosti SOC-a i majčine namjere o dojenju te percepcije društvene potpore za dojenje. Nije poznato koje psihosocijalne osobine majki mogu djelovati salutogeno u okruženju gdje je unaprjeđenje dojenja u rodilištu dio standardne skrbi za djecu i majke.

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Osnovni cilj ovog istraživanja je ispitati povezanost između osjećaja koherentnosti majki i načina prehrane dojenčeta tijekom prvih šest mjeseci i utvrditi:

1. Postoji li povezanost između osjećaja koherentnosti majki i isključivog dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja.
2. Postoji li mogućnost predikcije isključivog dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na poznavanje majčinog osjećaja koherentnosti, samoefikasnosti dojenja, namjere o dojenju i potpore u društvenom okruženju.

Sporedan cilj je ispitati postoji li povezanost između osjećaja koherentnosti majki i samoefikasnosti dojenja, majčine namjere o dojenju, te percepcije o potpori dojenju u društvenom okruženju.

HIPOTEZE

1. Postoji značajna razlika u stupnju osjećaja koherentnosti majki s obzirom na isključivo dojenje 1 i 6 mjeseci nakon porođaja. Majke koje isključivo doje imaju viši stupanj osjećaja koherentnosti u usporedbi s majkama koje ne doje isključivo 1 i 6 mjeseci nakon porođaja.

2. Osjećaj koherentnosti, samoefikasnost dojenja, namjera o dojenju i potpora u društvenom okruženju prediktori su isključivog dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja.

3. Osjećaj koherentnosti majki povezan je sa samoefikasnošću dojenja, namjerom o dojenju i percepcijom potpore za dojenje u društvenom okruženju.

3. METODE

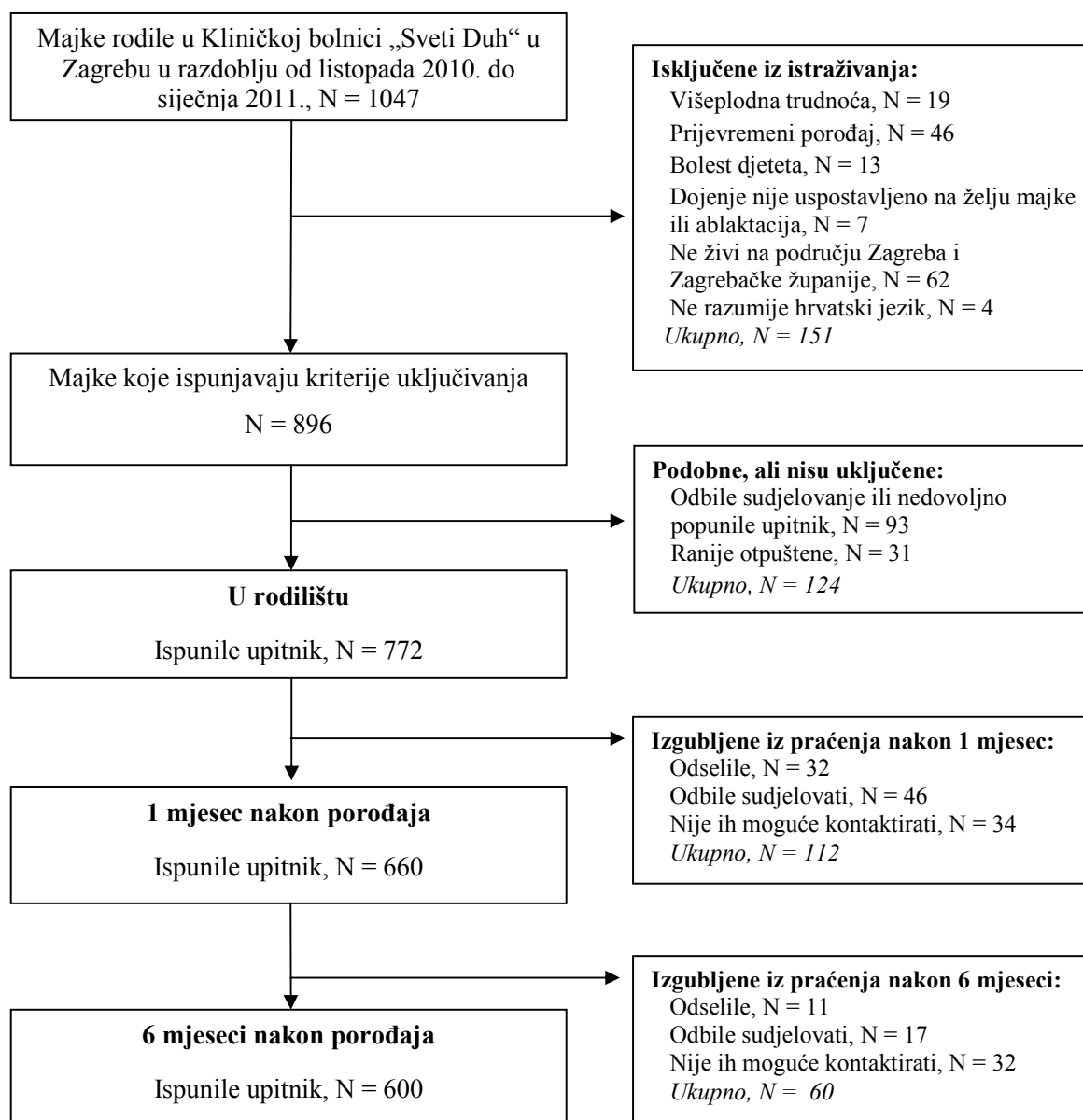
3.1. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovale majke koje su rodile u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh” u Zagrebu u razdoblju od 8. listopada 2010. godine do 31. siječnja 2011. godine. Prema podacima HZJZ o broju porođaja u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske u 2010. godini, rodilište Kliničke bolnice „Sveti Duh“ drugo je po veličini rodilište u Zagrebu i treće po veličini rodilište u Hrvatskoj. Rodilište pruža III. razinu neonatološke skrbi (postoji Jedinica intenzivnog neonatalnog liječenja). U 2010. godini broj porođaja je iznosio 3392, mjesečno su u prosjeku rodile 282 žene.⁴⁹ Većina roditelja dolazi iz Zagreba (60%), oko trećina roditelja je iz Zagrebačke županije, dok oko 10% roditelja dolazi iz ostalih županija. Rodilište Kliničke bolnice „Sveti Duh“ od 2007. godine nosi naziv „Rodilište - prijatelj djece“. U njemu se provodi „Deset koraka prema uspješnom dojenju“ inicijative SZO i UNICEF-a za „Rodilište - prijatelj djece“ kao dio standardnih postupaka u skrbi za majku i dijete kojima se unaprjeđuje trajanje i uspješnost dojenja. Prema kriterijima ove inicijative, najmanje 75% donošene novorođenčadi je isključivo dojeno tijekom boravka u rodilištu.⁵⁰ Nakon otpusta iz rodilišta majkama su dostupni različiti oblici potpore dojenju koje pružaju patronažne sestre, liječnici, grupe za potporu dojenju, savjetnice za dojenje pri nevladinim udrugama, te majci bliske osobe (članovi obitelji, prijatelji).

Kriteriji za uključivanje ispitanica u istraživanje bili su sljedeći: 1) dob majke ≥ 18 godina; 2) rođenje zdravog donošenog novorođenčeta (≥ 37 tjedana gestacije) iz jednoplodne trudnoće, bez obzira na način porođaja (vaginalni, carski rez, vakuum ekstrakcija); 3) uspostavljeno dojenje tijekom boravka u rodilištu; i 4) prebivalište u Gradu Zagrebu ili Zagrebačkoj županiji.

U ispitivanom razdoblju rodilo je 1047 majki, od kojih je 896 majki zadovoljilo kriterije za uključivanje u istraživanje te su pozvane da u njemu sudjeluju (sl. 1). Majke su kontaktirane trećeg dana (48 do 72 sata) iza porođaja. Svakoj je majci objašnjena svrha i

sadržaj istraživanja nakon čega je potpisala informirani pristanak za sudjelovanje (Prilog 1, str. 86) te popunila Upitnik u rodilištu. Majke koje su odbile sudjelovati u istraživanju ili su nedovoljno popunile upitnik u rodilištu (N = 93), kao i majke koje nisu bile kontaktirane od strane istraživača zbog ranijeg otpusta iz rodilišta (N = 31) isključene su iz istraživanja. Konačno su u istraživanju u rodilištu sudjelovale 772 ispitanice, što predstavlja 89,2% majki koje su kontaktirane, odnosno 86,2% majki dostupnih istraživanju.



Slika 1. Dijagram toka istraživanja.

Majke koje su odbile sudjelovanje u istraživanju i one koje su nedovoljno popunile Upitnik u rodilištu nisu se razlikovale u demografskim osobinama (majčina dob, stupanj izobrazbe, broj djece) od sudionica istraživanja.

3.2. Postupci

U kohortnoj studiji je šest mjeseci praćen susljedni uzorak majki iz rodilišta. Ispitivanje je provedeno metodom upitnika u tri vremenska razdoblja: za vrijeme boravka majke u rodilištu, jedan mjesec nakon porođaja i šest mjeseci nakon porođaja.

Upitnik u rodilištu (Prilog 2, str. 87) majke su popunile trećeg dana boravka u rodilištu. Upitnik je osmišljen tako da omogućuje samopopunjavanje od strane majke, anoniman je, označen šifrom, a majke ga predaju prilikom otpusta iz rodilišta. Popunjavanje upitnika traje oko 20 do 30 minuta. Prije popunjavanja upitnika svakoj je majci ukratko objašnjen način njegova popunjavanja, a za sva dodatna pitanja majke su se mogle obratiti istraživaču.

Upitnik jedan i šest mjeseci nakon porođaja (Prilog 3, str. 95 i Prilog 4, str. 97) majke su dobile tijekom uobičajenog posjeta patronažne sestre majci i djetetu. Anoniman i šifrirani upitnik osmišljen je tako da ga majke mogu same popuniti. U ovom dijelu istraživanja sudjelovale su sve patronažne sestre iz Zagreba i Zagrebačke županije, nakon što su prethodno bile upoznate s ciljem istraživanja, načinima provođenja istraživanja i prikupljanja podataka. Šifrirani upitnici s omotnicama dostavljeni su glavnim sestrama Domova zdravlja (DZ) u Zagrebu (DZ Zagreb - Zapad, DZ Zagreb - Centar i DZ Zagreb - Istok) i DZ Zagrebačke županije, a zatim su prema adresi stanovanja dostavljeni majkama. Nakon što je majka samostalno popunila upitnik, vratila ga je u zatvorenoj omotnici patronažnoj sestri, a potom istraživaču. Majke koje nisu bile dostupne na navedenoj adresi ili nisu vratile upitnik u predviđenom roku kontaktirane su telefonski još dva puta u sljedećih 14 do 30 dana te su podatci prikupljeni telefonskim anketiranjem.

3.3. Instrumenti

3.3.1. Upitnik u rodilištu

Opći dio upitnika (Prilog 2.1., str. 87) sadržava osnovne demografske podatke: majčinu dob, stupanj izobrazbe i broj djece. Također su prikupljeni podatci o spolu djeteta, porođajnoj masi i porođajnoj duljini te načinu porođaja.

Upitnik o dojenju (Prilog 2.2., str. 88) sadržava pitanja koja se odnose na psihosocijalne osobine majki povezane s dojenjem, a to su: vrijeme donošenja odluke o dojenju, namjera o trajanju dojenja te percepcija potpore zdravstvenih djelatnika za dojenje. Upitnik također sadržava pitanja o teškoćama pri dojenju koje je majka imala tijekom boravka u rodilištu.

Skala za mjerenje osjećaja koherentnosti (engl. *Sense of Coherence Scale, SOC*). Skala se naziva još i Upitnikom životne orijentacije (engl. *The Orientation to Life Questionnaire*), a konstruirao ju je Aaron Antonovsky 1987. godine.³ Najčešće se upotrebljavaju dvije originalne skale: skala s 29 čestica (SOC-29) i skala s 13 čestica (SOC-13). Postoji još najmanje petnaest alternativnih instrumenata koji se međusobno razlikuju po broju čestica ili načinu bodovanja.

U ovom je istraživanju primijenjena Skraćena verzija skale za mjerenje osjećaja koherentnosti koju su validirali i za uporabu u našoj populaciji prilagodili Lacković-Grgin i Buntić-Pejaković.⁶⁹ Skala sadržava 23 čestice (SOC-23) i jednodimenzionalna je (Prilog 2.3., str. 90). U odnosu na originalnu skalu SOC-29, izostavljene su čestice 2, 3, 4, 5, 10 i 17. Skala odgovora je semantički diferencijal koji se sastoji od sedam točaka (od 1 do 7) tako da odgovori na krajnjim točkama izražavaju suprotne tvrdnje. Ukupan rezultat računa se kao zbroj ostvarenih bodova, s time da se dio tvrdnji obrnuto boduje (u SOC-23 to su čestice 1, 2, 3, 6, 8, 9, 11, 14, 17, 19 i 21). Raspon bodova je od 23 do 161, a veća vrijednost znači snažniju koherentnost. U ovom je istraživanju SOC također izražen na poredbenoj ljestvici kao nizak, srednji i visok osjećaj, pri čemu su navedeni razredi izraženi u ovisnosti o percentilima vrijednosti bodova ostvarenih na skali SOC-23 u ispitivanoj populaciji roditelja. Antonovsky nikada nije odredio brojevi iznos SOC-a koji bi bio „normalan“, smatrajući

jednostavno da visok SOC vodi boljem zdravlju, bez unaprijed određenih iznosa.⁷ Također, ne postoje preporučne granice razreda, već svaki autor određuje svoje razrede.

Skale SOC-29 i SOC-13 validirane su na različitim uzorcima ispitanika, uključujući i roditelje u ranom poslijeporođajnom razdoblju.^{7,68} Prema sustavnom pregledu Erikssonove i Lindströma, SOC skala je valjan i pouzdan instrument.⁷ Postoje jasni dokazi o prediktivnoj valjanosti skale za mentalno zdravlje, kvalitetu življenja i subjektivne zdravstvene ishode, dok je prediktivna valjanost skale za tjelesno zdravlje manje jasna. Nadalje, SOC skala pokazala se stabilnom tijekom vremena, barem u ljudi s početno visokim SOC-om.⁷ Faktorska struktura skale nije sasvim razjašnjena. Prema Antonovskom, SOC-29 i SOC-13 imaju tri subskale (razumljivost, savladivost i smislenost) koje odgovaraju trima sastavnicama SOC-a. Međutim, Antonovsky smatra da su u normalnim uvjetima psihološke kvalitete izražene trima sastavnicama SOC-a međusobno povezane, pa zbog toga preporučuje da se u istraživačke svrhe koristi samo ukupan rezultat.⁶ Koeficijent unutarnje pouzdanosti (Cronbach alpha) za originalne skale je visok, u raznim istraživanjima vrijednosti se kreću od 0,70 do 0,95 za SOC-29 i 0,70 do 0,92 za SOC-13.⁷ Za našu populaciju pouzdanosti na različitim uzorcima kreću se u vrijednostima od 0,84 do 0,86.⁶⁹ U ovom je istraživanju Cronbachov alfa koeficijent za SOC mjeran u rodilištu iznosio 0,88, a za SOC mjeran nakon 6 mjeseci 0,90.

Skala za mjerenje samoeфикаsnosti dojenja (engl. *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF*). Samoeфикаsnost dojenja odnosi se na majčino samopouzdanje u vezi s dojenjem. U ovom istraživanju primijenjena je Skraćena verzija skale za mjerenje samoeфикаsnosti dojenja autorice Cindy-Lee Dennis.⁶⁰ Skala sadržava 14 čestica (Prilog 2.4., str. 93). Procjena se vrši na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva, pri čemu 1 znači „uopće se ne slažem“, a 5 znači „potpuno se slažem“. Ukupan zbroj bodova je u rasponu od 14 do 70, a veća vrijednost govori o višoj samoeфикаsnosti dojenja. Studije u Kanadi,⁶⁰ Poljskoj,⁶² Sjedinjenim Američkim Državama (SAD)⁶³ i Japanu⁶⁴ pokazale su da BSES-SF ima dobru pouzdanost – vrijednosti koeficijenta unutarnje pouzdanosti (Cronbach alpha) kreću se od 0,86 do 0,94. Instrumentom se može predvidjeti u kojih majki postoji rizik za rano odustajanje od dojenja. Dozvolu za uporabu BSES-SF dobila sam od autorice skale dr. Dennis s University of Toronto, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, Kanada. Prijevod skale učinila sam u suradnji s još jednim liječnikom, a primijenjena je i tehnika povratnog

prijeвода. U tome su sudjelovale dvije osobe koje nisu zdravstveni djelatnici niti su vezane uz ovo istraživanje. Skala je testirana u pilotskom istraživanju na uzorku od 20 ispitanica. U ovom je istraživanju koeficijent unutarnje konzistencije iznosio 0,88.

Percepcija potpore dojenju u rodilištu. Majčina percepcija o potpori zdravstvenih djelatnika u rodilištu ispitana je skalom s tri pitanja koja se odnose na informacijsku, praktičnu i emocionalnu potporu dojenju. Instrument je osmišljen za potrebe ovog istraživanja. Procjena se vrši na ljestvici Likertova tipa od pet stupnjeva, pri čemu 1 znači „uopće se ne slažem“, a 5 znači „potpuno se slažem“. Ukupan zbroj bodova je u rasponu od 3 do 15. Prema vrijednosti medijana, majke su podijeljene u skupinu sa slabom potporom (zbroj bodova manji od medijana) i skupinu sa snažnom potporom (zbroj bodova jednak i veći od medijana).

Podatci o načinu prehrane djeteta u rodilištu. Podatke sam prikupila na temelju medicinske dokumentacije koju ispunjavaju pedijatri i medicinske sestre. Podatci se odnose na način prehrane novorođenčeta tijekom prvih 48 sati nakon rođenja te razloge davanja zamjenskog mlijeka koji se rutinski bilježe na listu prehrane novorođenčeta (Prilog 2.5., str. 94).

3.3.2. Upitnik 1 mjesec nakon porođaja

Upitnik sadržava pitanja o načinu prehrane djeteta i iskustvima majki. Za pojedine kategorije prehrane korištene su definicije dojenja SZO⁷⁰ sa sljedećim značenjem:

- isključivo dojeni (engl. *exclusive breastfed*): dojenčad hranjena samo majčinim mlijekom (uključivo izdojenim), a ne prima krutu/kašastu hranu, drugu vrstu mlijeka, niti vodu/čaj/voćne sokove; jedino je moguća uporaba vitaminsko-mineralnih nadomjestaka ili lijeka;
- djelomično dojeni (engl. *partially breastfed*): osim majčinog mlijeka, dojenčad prima vodu/čaj/voćne sokove, drugu vrstu mlijeka i/ili krutu hranu; uključuje kategoriju SZO pretežito dojeni (engl. *predominantly breastfed*) - dojenče uz majčino mlijeko dobiva i vodu/čaj/voćni sok, te kategoriju dojeni s uvedenom

dohranom (engl. *complementarily fed*) – dojenče uz majčino mlijeko dobiva i krutu ili kašastu hranu;

- dojeni (engl. *breastfed*): sva dojenčad hranjena majčinim mlijekom;
- nedojeni (engl. *not breastfed*): dojenčad koja prima dojenačku formulu/drugu vrstu mlijeka.

U istraživanju je uporabljena i dodatna kategorija prehrane - dvovrsna mliječna prehrana (engl. *replacement feeding*). Primjena ove kategorije jasnije definira način prehrane, jer znatan broj dojenčadi prije uvedene dohrane krutom hranom dobiva uz majčino mlijeko i neku drugu vrstu mlijeka (najčešće dojenačku formulu). Navedena kategorija korištena je i u ranijim istraživanjima.^{71,72}

3.3.3. Upitnik 6 mjeseci nakon porođaja

Upitnik sadržava pitanja o načinu prehrane djeteta i iskustvima majki s tim u vezi. Za pojedine kategorije prehrane uporabljene su ranije spomenute definicije dojenja SZO.⁷⁰ Percepcija potpore dojenju od strane majci bliskih osoba (suprug, majčina majka, prijateljica) ispitana je Likertovom ljestvicom s pet stupnjeva, pri čemu 1 znači „uopće me ne podržava“, a 5 znači „snažno me podržava“. Raspon zbroja bodova je od 3 do 15. Prema vrijednosti medijana, majke su podijeljene u skupinu sa slabom potporom (zbroj bodova manji od medijana) i skupinu sa snažnom potporom (zbroj bodova jednak i veći od medijana). Skalom za mjerenje osjećaja koherentnosti (SOC-23) u ispitanica je ponovno ispitan SOC.

Plan ispitivanja prikazan je u tablici 1. Cjelokupan upitnik korišten u ovom istraživanju sastavljen je u suradnji sa statističarem i psihologom i testiran u pilotskom istraživanju na uzorku od 20 majki.

Tablica 1. Plan ispitivanja.

Varijable	Rodilište	1 mjesec nakon porođaja	6 mjeseci nakon porođaja
Način prehrane dojenčeta	+	+	+
Osjećaj koherentnosti	+	0	+
Potpورا dojenju u društvenom okruženju	+	0	+
Samoefikasnost dojenja	+	0	0
Demografske osobine, odluka i namjera o dojenju	+	0	0

3.4. Statistička analiza

Budući da se u ovom istraživanju zaključuje o povezanosti isključivog dojenja i osjećaja koherentnosti te drugih psihosocijalnih osobina, potrebna veličina uzorka izračunata je na temelju prihvatljive grješke i izabrane razine rizika pri zaključivanju iz uzorka na populaciju. U izračunu veličine potrebnog uzorka u obzir su uzeti podatci iz literature prema kojima učestalost isključivog dojenja do navršenih šest mjeseci kod zagrebačkih majki iznosi 16%.⁴⁸ Uz snagu istraživanja od najmanje 80% i na razini značajnosti od 0,05, izračunata veličina potrebnog uzorka iznosi 573 majke. Uz predmnijevani gubitak iz praćenja od 25% majki, konačni izračun veličine uzorka iznosi 713 majki. U ovo je istraživanje uključeno 772 majke.

Prikupljeni podatci prikazani su deskriptivnom statistikom. Kategorijske varijable opisane su apsolutnim i relativnim frekvencijama, a kvantitativne varijable aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom ili medijanom i interkvartilnim rasponom (IQR), ovisno o raspodjeli koja je testirana Kolmogorov-Smirnovljevim testom i histogramima.

Razlike u frekvencijama kategorijskih varijabli ispitane su χ^2 -testom. U ispitivanju povezanosti između SOC-a i načina prehrane dojenčeta korišteni su neparametrijski testovi:

Mann-Whitneyevim testom je uspoređen SOC između kategorija isključivog dojenja da/ne, a Kruskal-Wallisovim testom je uspoređen SOC između triju kategorija prehrane (isključivo dojenje, djelomično dojenje i nedojenje).

Mogućnost predikcije isključivog dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja provjerena je logističkim regresijskim analizama za svaku točku mjerenja. Primijenjena je binarna logistička regresija. Kriterijska varijabla bila je isključivo dojenje (da/ne), a prediktorske varijable SOC, samoeфикаsnost dojenja, vrijeme odluke o dojenju, namjera o dojenju i percepcija o potpori dojenju zdravstvenih djelatnika i majci bliskih osoba. Demografske varijable majčina dob, stupanj izobrazbe i broj djece uvrštene su u analizu kao kovarijable kako bi se statistički kontrolirao njihov utjecaj. Primijenjena je stupnjevita logistička regresijska analiza, pri čemu su prvo uvrštene demografske varijable, a potom psihosocijalne prediktorske varijable. Procijenjena snaga povezanosti prikazana je kao omjer izgleda (engl. *odds ratio*, *OR*) s pripadajućim 95% intervalom pouzdanosti (engl. *confidence interval*, *CI*). Za određivanje statističke značajnosti koeficijenata regresije korišten je Waldov test. Za određivanje prikladnosti regresijskih modela (engl. *goodness of fit*) izračunat je pseudo R^2 (Nagelkerkeov R^2).

Promjene u vrijednosti SOC-a mjerenog 6 mjeseci nakon porođaja u odnosu na početnu vrijednost u rodilištu ispitane su uporabom Wilcoxon signed-rank testa za zavisne uzorke.

Statistički značajnom smatrane su vrijednosti $p < 0,05$.

Rezultati su prikazani tablično i grafički.

Prikupljeni podatci analizirani su pomoću statističkog paketa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) verzija 14 za Windowse.

3.5. Etička načela

Cjelokupno istraživanje odobrilo je Etičko povjerenstvo Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu te Etička povjerenstva DZ Zagreb – Zapad, DZ Zagreb - Centar, DZ Zagreb - Istok i DZ Zagrebačke županije. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima Kodeksa medicinske etike i deontologije te poštuje kriterije znanstvene čestitosti, kolegijalnosti, zaštite ispitanika, čestitosti prema ustanovi i društvenoj odgovornosti. Upitnici su na prvoj stranici sadržavali obavijest o svrsi i ciljevima istraživanja, uz napomenu o dragovoljnom pristanku na sudjelovanje u istraživanju. Ispitanice su u bilo kojem trenutku mogle odustati od ispitivanja. U slučaju nejasnoća vezanih uz provedbu istraživanja ili uz pojedina pitanja iz upitnika, ispitanice su se obraćale autorici ove disertacije osobno ili putem telefona.

4. REZULTATI

4.1. Osobine ispitanica

4.1.1. Demografske osobine ispitanica

U tablici 2 prikazane su demografske osobine dob majki, stupanj izobrazbe i broj djece za 772 ispitanice obuhvaćene ovim istraživanjem. Medijan dobi iznosio je 31 godinu s interkvartilnim rasponom (IQR) 28-34, dok je raspon dobi ispitanica iznosio 18-43 godine. Najviše je majki bilo u dobnoj skupini 25-30 godina. Polovica ispitanica (51,9%) imala je više od 12 godina formalne izobrazbe (završenu višu i visoku školu). S obzirom na broj djece, u istraživanju je sudjelovao podjednak broj majki prvoročkinja i višeročkinja.

Tablica 2. Demografske osobine ispitanica.

Varijabla	N	%
Dob majke		
< 25 godina	81	10,5
25-30 godina	286	37,0
31-35 godina	267	34,6
> 35 godina	138	17,9
Stupanj izobrazbe majke		
Osnovna škola	13	1,7
Srednja škola	358	46,4
Viša škola	83	10,7
Visoka škola	318	41,2
Broj djece		
1	395	51,2
2	275	35,6
≥ 3	102	13,2

Većina ispitanica (86,1%) rodila je vaginalnim putem, a 13,9% je rodilo carskim rezom. Muške djece bilo je 398 (51,6%), a ženske 374 (48,4%). Prosječna porođajna masa iznosila je 3491,59 g (SD = 439,72) s rasponom 2120-5200 g, a prosječna porođajna duljina iznosila je 50,77 cm (SD = 1,96) s rasponom 44-56 cm.

4.1.2. Psihosocijalne osobine ispitanica

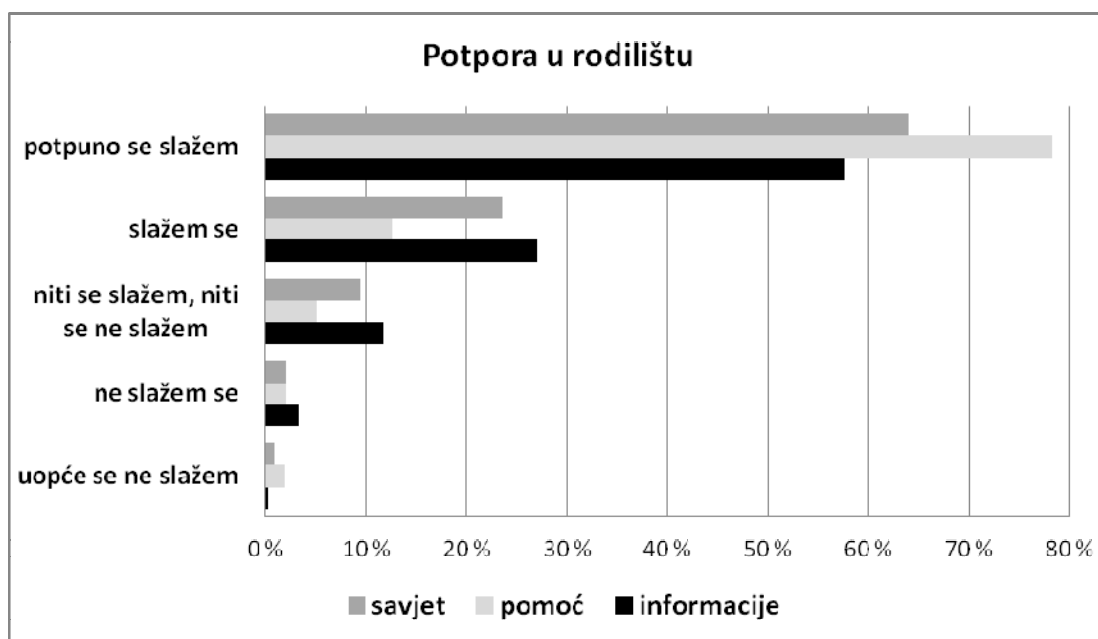
Tablica 3 prikazuje raspodjelu ispitanica prema ispitivanim psihosocijalnim osobinama vremenu donošenja odluke o dojenju, namjeravanom trajanju dojenja, samoeфикаsnosti dojenja, te potpori zdravstvenih djelatnika u rodilištu i potpori bliskih osoba.

Tablica 3. Raspodjela ispitanica prema psihosocijalnim osobinama.

Varijabla	N	%
Vrijeme donošenja odluke o dojenju (N=772)		
Prije trudnoće	651	84,3
Tijekom trudnoće	106	13,7
Neposredno oko porođaja	15	1,9
Namjeravano trajanje dojenja (N=772)		
≤ 6 mjeseci	100	13,0
> 6 mjeseci	520	67,3
Ne znam	152	19,7
Potpora zdravstvenih djelatnika u rodilištu (N=752)		
Slaba (≤ 13)	272	36,2
Snažna (≥ 14)	480	63,8
Potpora majci bliskih osoba (N=532)		
Slaba (≤ 14)	195	36,7
Snažna (15)	337	63,3
Samoeфикаsnost dojenja (N=772)		
Niska	384	49,7
Visoka	388	50,3

Većina je majki o dojenju odlučila prije trudnoće (84,3%) i namjeravala dojiti dulje od šest mjeseci (67,3%), dok je neodlučna u vezi s namjeravanim trajanjem dojenja bila gotovo svaka peta majka (19,7%).

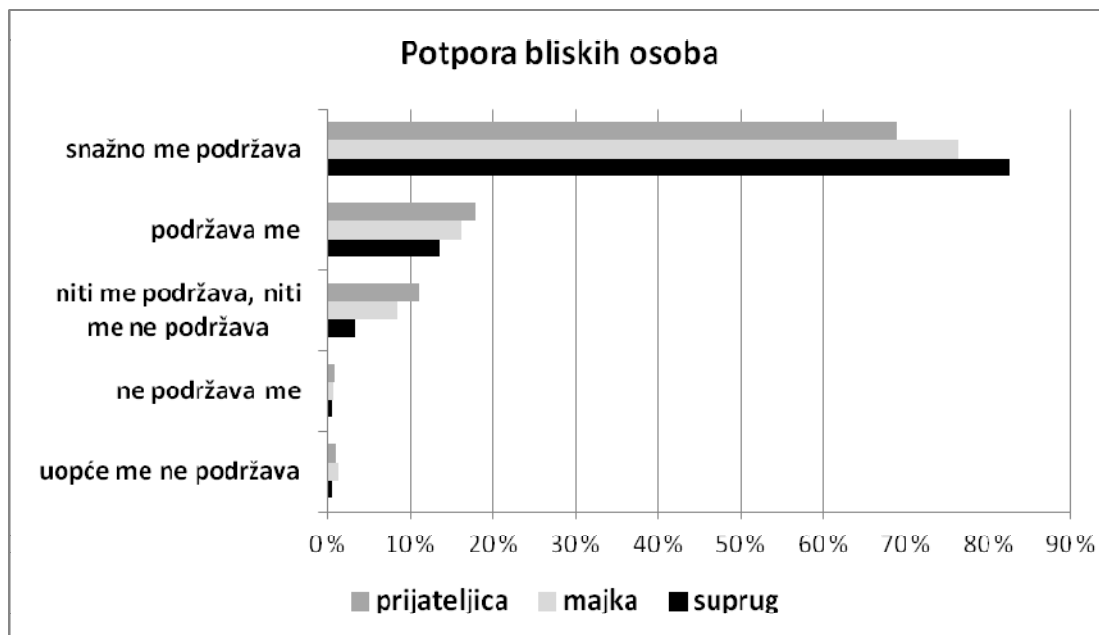
Potporu zdravstvenih djelatnika u rodilištu majke su procijenile u vezi s dobivenim informacijama, praktičnom pomoći i savjetima. Slika 2 prikazuje raspodjelu ispitanica prema postocima odgovora na Likertovoj ljestvici za svaki od navedenih oblika potpore u rodilištu. Čak 78,5% majki bilo je potpuno suglasno s izjavom da su zdravstveni djelatnici praktično pomogli oko dojenja svaki put kad je to bilo potrebno, dok je samo 57,7% majki bilo potpuno suglasno s izjavom „Dobila sam dovoljno informacija o dojenju“. Medijan ukupno ostvarenih bodova na sva tri pitanja je iznosio 14 (IQR 13-15). Snažnu ukupnu potporu (zbroj bodova ≥ 14) je imalo 63,8% majki.



Slika 2. Postotak odgovora na Likertovoj ljestvici za pojedina pitanja o potpori zdravstvenih djelatnika u rodilištu.

Procjena potpore supruga, majčine majke i prijateljica prikazana je prema postotku odgovora na Likertovoj ljestvici za svaku od navedenih osoba (sl. 3). Prema procjeni majki,

prijateljica ih nije podupirala u dojenju ili joj je bilo svejedno u 13,3% slučajeva, dok ih njihova majka i suprug nisu podupirali ili im je bilo svjedno u 10,5% i 4,1% slučajeva. Medijan ukupne potpore dojenju od strane majci bliskih osoba iznosio je 15 bodova (IQR 13-15). Snažnu ukupnu potporu bliskih osoba (zbroj bodova 15) imalo je 63,3% majki.



Slika 3. Postotak odgovora na Likertovoj ljestvici o potpori dojenju majci bliskih osoba (supruga, majčine majke, prijateljice).

Na BSES-SF skali kojom se mjeri samoefikasnost dojenja ispitanice su ostvarile medijan bodova 56 (IQR 49-61). Chronbach alpha za cijelu skalu iznosio je 0,88, što upućuje na dobru pouzdanost metode testiranja. U tablici 4 prikazane su frekvencije odgovora te aritmetička sredina i standardna devijacija (SD) za pojedine čestice BSES-SF skale. U odgovorima na tvrdnju „Uvijek mogu utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka“ i tvrdnju „Uvijek mogu dojeti, čak i ako dijete plače“ 67% odnosno 61% majki opredijelilo se za neutralno mišljenje ili nisu bile suglasne s tom izjavom. U navedenim su česticama ispitanice ostvarile najniže vrijednosti aritmetičke sredine na BSES-SF skali.

Tablica 4. Prikaz frekvencija, aritmetičke sredine i standardne devijacije odgovora za pojedine čestice Skale za mjerenje samoefikasnosti dojenja (BSES-SF).

Čestica BSES-SF “Uvijek mogu...”	Udio odgovora (%)					$\bar{x} \pm SD$
	1	2	3	4	5	
1. utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka	8,68	11,01	47,41	26,68	6,22	3,11±0,98
2. uspješno se nositi s dojenjem, kao što se mogu nositi i s drugim izazovima	3,50	5,57	30,96	37,44	22,54	3,70±0,99
3. hraniti dijete samo dojenjem	3,63	6,22	28,89	32,12	29,15	3,77±1,05
4. osigurati da dijete pravilno prihvati dojku za cijelo vrijeme hranjenja	4,15	7,25	36,14	32,25	20,21	3,57±1,02
5. dojenje je zadovoljstvo	2,85	3,89	26,17	32,51	34,59	3,92±1,01
6. dojiti, čak i ako dijete plače	11,53	12,18	37,18	25,26	13,86	3,18±1,17
7. želim dojiti	1,17	1,68	10,88	26,04	60,23	4,42±0,84
8. dojiti u prisustvu članova obitelji	4,02	5,96	22,93	24,35	42,75	3,96±1,12
9. zadovoljna vlastitim iskustvom dojenja	3,89	6,61	36,53	29,27	23,70	3,62±1,04
10. nositi se s činjenicom da dojenje zahtijeva vrijeme	0,52	0,13	4,53	14,77	80,05	4,74±0,60
11. najprije završiti hranjenje na jednoj dojci, prije nego ponudim drugu	1,42	3,11	20,21	30,83	44,43	4,14±0,94
12. svaki obrok djeteta započeti s dojenjem	0,91	1,04	7,12	19,04	71,89	4,60±0,74
13. odgovoriti na djetetov zahtjev za dojenjem	1,81	2,07	14,12	32,38	49,61	4,26±0,90
14. reći kad je dijete završilo podoj	2,46	6,74	36,79	32,90	21,11	3,63±0,97

Istaknute su najveće frekvencije odgovora na pojedine tvrdnje.

Čak 95% majki bilo je suglasno s tvrdnjom da se može nositi s činjenicom da dojenje zahtijeva vrijeme, a 86% bilo je suglasno s tvrdnjom da uvijek želi dojiti. Polovica ispitanica bila je suglasna s tvrdnjom da može osigurati pravilni prihvat dojke tijekom cijelog podoja te da je uvijek zadovoljna vlastitim iskustvom dojenja.

4.1.3. Teškoće pri dojenju

Tijekom boravka u rodilištu 58,3% majki izvijestilo je da ima jednu ili više teškoća pri dojenju (tbl. 5). Najčešće zastupljena teškoća odnosila se na tehniku dojenja, odnosno ostvarivanje pravilnog prihvata djeteta na prsima u 35,1% ispitanica. U razdoblju nakon otpusta iz rodilišta, tijekom prvih šest mjeseci, teškoće je imalo 62% majki, a najčešća teškoća bila je majčina percepcija o nedovoljnoj količini mlijeka (27,9%).

Tablica 5. Frekvencija teškoća pri dojenju u rodilištu i tijekom prvih 6 mjeseci.

Teškoće pri dojenju	U rodilištu (N=722)	Nakon otpusta iz rodilišta do 6 mjeseci (N=600)
	N (%)	N (%)
Bolne i /ili oštećene bradavice	197 (25,5)	140 (23,3)
Zastoj mlijeka, mastitis	24 (3,1)	97 (16,2)
Teškoće s tehnikom dojenja	271 (35,1)	60 (1,0)
Premalo mlijeka	67 (8,7)	165 (27,5)
Previše mlijeka	42 (5,4)	4 (0,7)
Podoj traje jako dugo	85 (11,0)	8 (1,3)
Ukupno*	450 (58,3)	474 (62,0)

*moguće je više odgovora

4.2. Osjećaj koherentnosti

Osjećaj koherentnosti mjeren u rodilištu (SOC) analiziran je kao ukupna vrijednost (zbroj bodova) ostvarena na SOC skali i analizirani su pojedini stupnjevi SOC-a (nizak, srednji i visok), što je prikazano u tablici 6. Nizak SOC odnosi se na ukupnu vrijednost manju od 107 (< 25. percentile), srednji SOC na vrijednosti od 107 do 132 (25.-75. percentila), a visok SOC na vrijednost veću od 132 (> 75. percentile). Medijan ostvarenih bodova na ukupnom uzorku ispitanica iznosio je 119 (IQR 107-132).

Tablica 6. Osjećaj koherentnosti mjeren u rodilištu (SOC) prema ukupnoj vrijednosti i stupnjevima (nizak, srednji, visok).

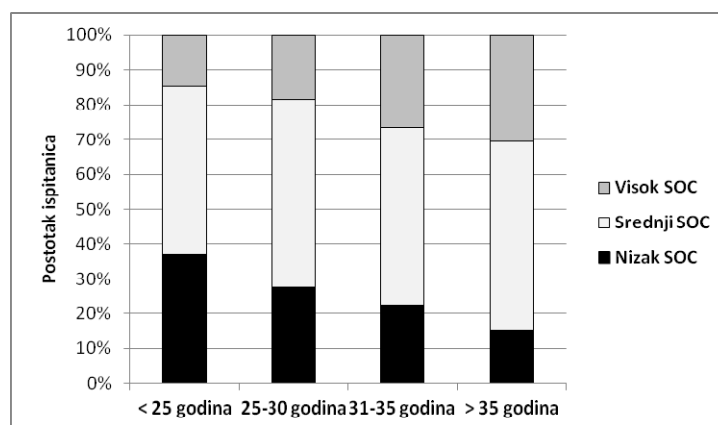
Varijabla	N	Min.	Max.	Medijan	Interkvartilni raspon (IQR)
SOC	772	62	160	119	107-132
Nizak SOC	190	62	106	98	91-130
Srednji SOC	404	107	132	120	114-126
Visok SOC	178	133	160	139	135-143,25

Min. = minimum, Max. = maksimum

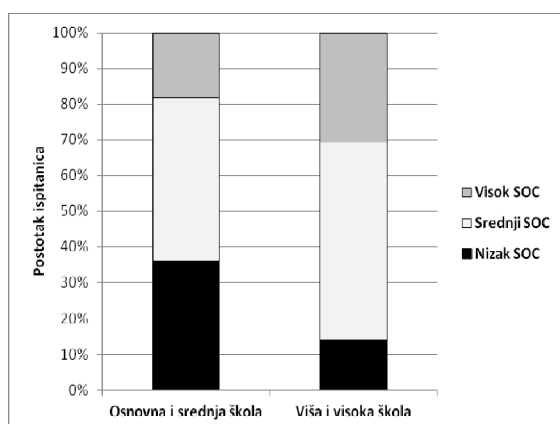
4.2.1. Osjećaj koherentnosti i demografske osobine majki

Raspodjela stupnja SOC-a prema dobi majke, stupnju izobrazbe i broju djece prikazana je na slici 4. Nizak SOC značajno je češći u mladih majki (37,0% : 15,2%; $\chi^2 = 21,814$, $df = 6$, $p = 0,001$) i majki nižeg stupnja izobrazbe (36,1% : 13,8%; $\chi^2 = 51,626$, $df = 2$, $p < 0,001$) nego u starijih i obrazovanijih. Majke prvoročkinje i višeročkinje nisu se značajno razlikovale u stupnju SOC-a ($\chi^2 = 2,392$, $df = 2$, $p = 0,302$).

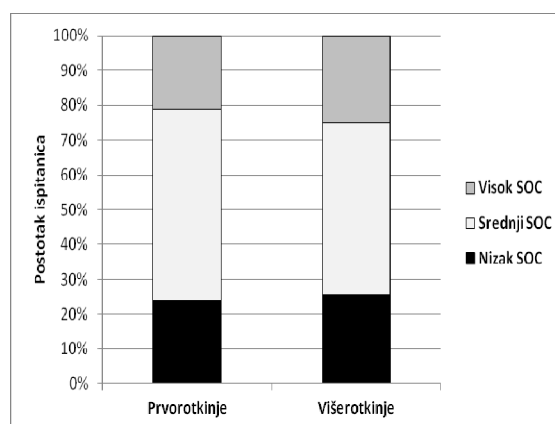
A



B



C

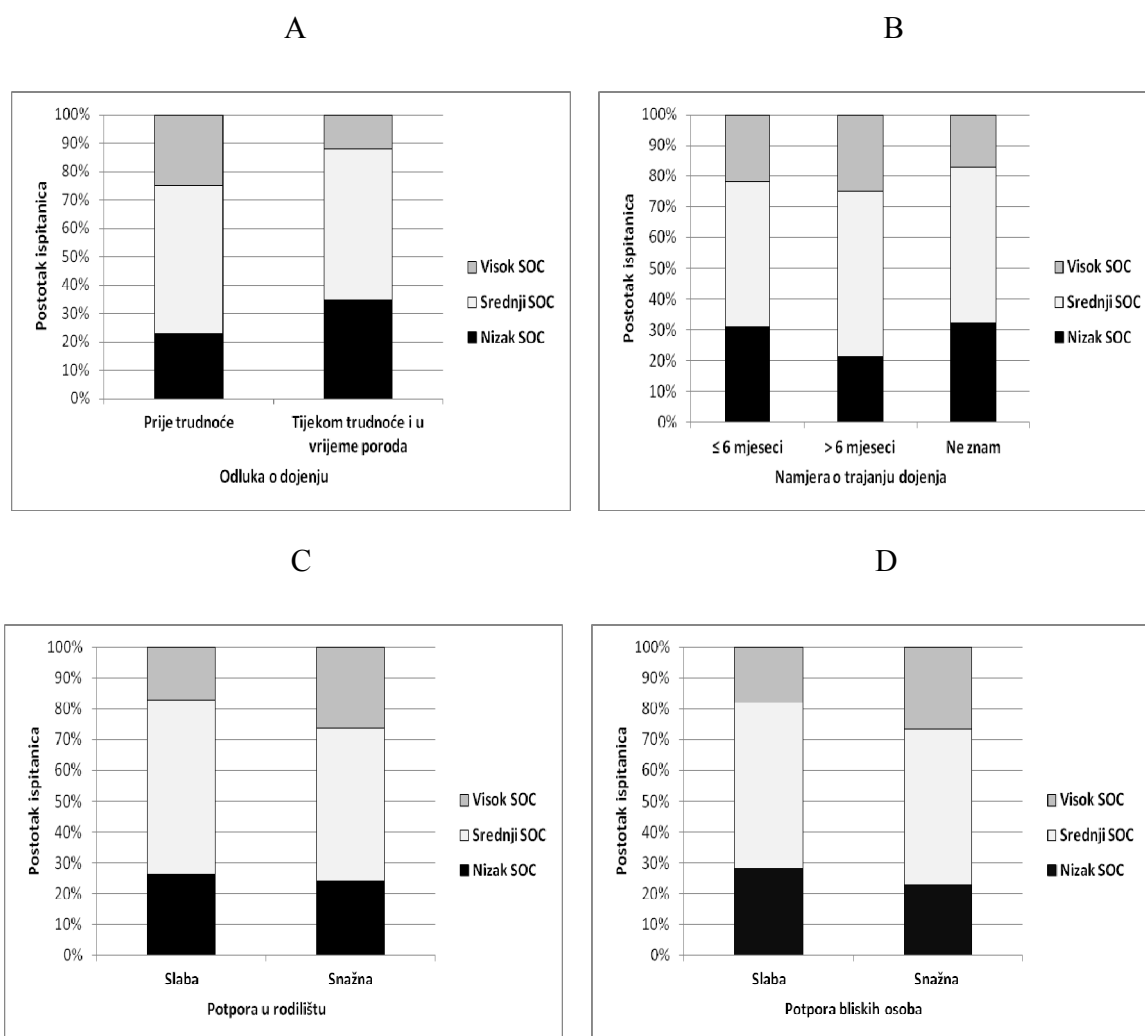


Slika 4. Prikaz stupnja SOC-a prema dobi majke (A), stupnju izobrazbe (B) i broju djece (C).

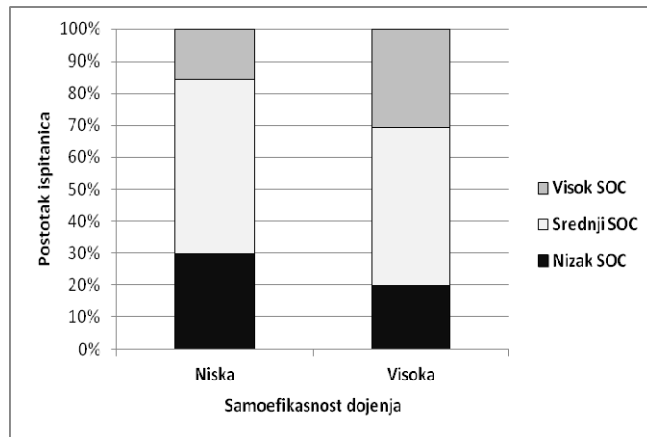
4.2.2. Osjećaj koherentnosti i psihosocijalne osobine majki

Majke su se razlikovale u stupnju SOC-a s obzirom na vrijeme donošenja odluke o dojenju ($N = 772$; $\chi^2 = 13,028$, $df = 2$, $p = 0,001$), namjeravano trajanje dojenja ($N = 772$; $\chi^2 = 11,863$, $df = 4$, $p = 0,018$), potporu u rodilištu ($N = 752$; $\chi^2 = 9,021$, $df = 2$, $p = 0,011$) i samoefikasnost dojenja ($N = 772$; $\chi^2 = 28,607$, $df = 2$, $p < 0,001$) (sl. 5). Visok SOC

zastupljen je u svake četvrte majke koja je o dojenju odlučila prije trudnoće i namjeravala dojiti duže od šest mjeseci. Nizak SOC podjednako je zastupljen u majki koje su namjeravale dojiti do šest mjeseci i majki koje su bile neodlučne u vezi s namjeravanim trajanjem dojenja (31% i 32,2%). Visok SOC češći je u majki koje su zdravstveni djelatnici rođilišta snažno podupirali u dojenju i u majki sa snažnom potporom bliskih osoba, međutim opažena razlika s obzirom na potporu bliskih osoba nije bila statistički značajna ($N = 532$; $\chi^2 = 5,452$, $df = 2$, $p = 0,065$). Visok SOC je dvaput češći u majki s visokom samoeфикасношću dojenja nego u majki s niskom samoeфикасношću (30,7% i 15,4%) (sl. 6).



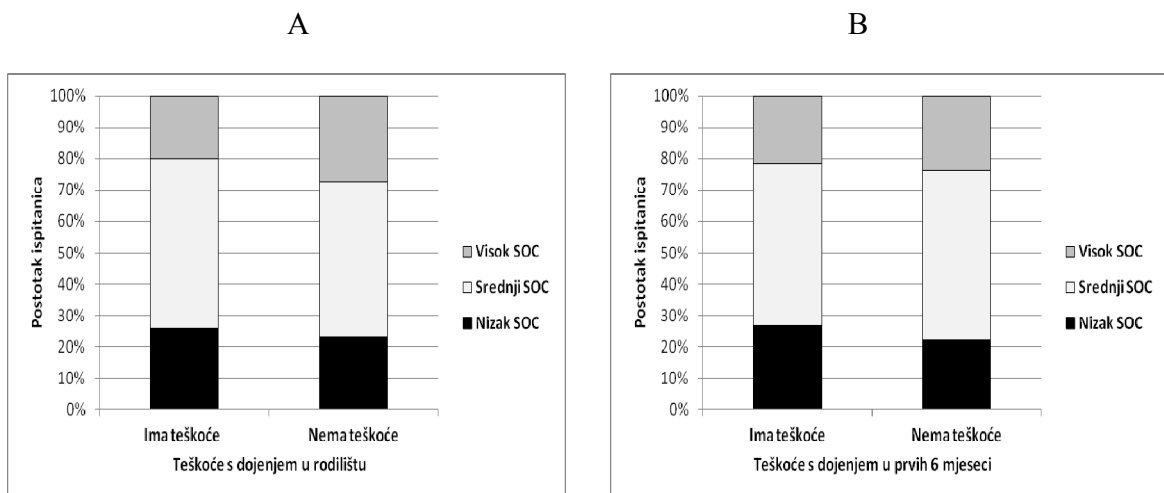
Slika 5. Prikaz stupnja SOC-a prema vremenu donošenja odluke o dojenju (A), namjeravanom trajanju dojenja (B), potpori dojenju u rodilištu (C) i potpori bliskih osoba (D).



Slika 6. Prikaz stupnja SOC-a prema samoeфикаsnosti dojenja.

4.2.3. Osjećaj koherentnosti i teškoće s dojenjem

Majke se nisu razlikovale u stupnju SOC-a s obzirom na prisutnost teškoća pri dojenju u rodilištu ($\chi^2 = 5,706$, $df = 2$, $p = 0,058$) i u prvih 6 mjeseci ($\chi^2 = 1,791$, $df = 2$, $p = 0,408$) (sl. 7).



Slika 7. Prikaz stupnja SOC-a prema prisutnosti teškoća s dojenjem u rodilištu (A) i u prvih 6 mjeseci (B).

4.3. Učestalost isključivog dojenja

4.3.1. Učestalost isključivog dojenja u rodilištu

Učestalost isključivog dojenja u rodilištu analizirana je za prvih 48 sati nakon porođaja. Isključivo je dojila 621 (80,4%) majka, a djelomično je dojila 151 (19,6%) majka. Najčešći razlozi davanja zamjenskog mlijeka bili su gubitak tjelesne mase (8 i više posto u odnosu na porođajnu masu) u 31 (4%) djece te zahtjev majke za dohranom u 77 (10%) djece. U 14 (1,8%) djece razlog je bio loše stanje majke (potreba za pretragama ili terapijskim intervencijama), dok je u 29 (3,8%) djece razlog bio odvojenost od majke zbog skućenih kapaciteta.

4.3.2. Učestalost isključivog dojenja 1 mjesec nakon porođaja

Jedan mjesec nakon porođaja dojilo je 609 (91,8%) od ukupno 663 majke, a nisu dojile 54 (8,1%) majke. Tablica 7 prikazuje učestalost pojedinih vrsta prehrane (kategorija dojenja) jedan mjesec nakon porođaja. Isključivo je dojilo 73,9% majki, a svaka četvrta majka (26,1%) je djelomično dojila ili nije dojila. Pretežito dojenje (uz dodatak vode, čaja ili voćnog soka) bilo je zastupljeno u samo 3,8% majki, dok je dvovrsna mliječna prehrana bila zastupljena u 14,2% majki.

4.3.3. Učestalost isključivog dojenja 6 mjeseci nakon porođaja

Šest mjeseci nakon porođaja dojilo je 423 (70,5%) od ukupno 600 majki, a nije dojilo 177 (29,5%) majki. Isključivo je dojila svaka četvrta majka (25,2%), dok je djelomično dojilo ili nije dojilo 74,8% majki. Većina majki (38,5%) je osim majčinim mlijekom dojenče hranila kašastom ili krutom hranom. Pretežito dojenje bilo je zastupljeno u 5,5% majki, a 1,3% ispitanica hranilo je svoje šestomjesečno dojenče dvovrsnom mliječnom prehranom.

Tablica 7. Prevalencija dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja prema kategorijama dojenja.

Kategorije dojenja	Vrijeme nakon porođaja			
	1 mjesec		6 mjeseci	
	N	%	N	%
Isključivo dojeni	490	73,9	151	25,2
Djelomično dojeni	119	18,0	272	45,3
Pretežito dojeni	25	3,8	33	5,5
Dvovrsna mliječna prehrana	94	14,2	8	1,3
Dojeni uz dohranu	0	0	231	38,5
Nedojeni	54	8,1	177	29,5
Ukupno	663	100	600	100

Majke izgubljene iz praćenja (N = 172) nisu se razlikovale od ispitanica u istraživanju prema dobi ($\chi^2 = 3,715$, df = 3, p = 0,294), broju djece ($\chi^2 = 0,269$, df = 1, p = 0,604), odluci o dojenju ($\chi^2 = 0,061$, df = 1, p = 0,804), namjeri o trajanju dojenja ($\chi^2 = 1,716$, df = 1, p = 0,424), potpori u rodilištu ($\chi^2 = 0,085$, df = 1, p = 0,771), samoeфикаsnosti dojenja ($\chi^2 = 0,355$, df = 1, p = 0,551) i učestalosti isključivog dojenja u rodilištu ($\chi^2 = 0,264$, df = 1, p = 0,607). Također, nije opažena statistički značajna razlika u vrijednosti SOC-a između majki koje su izgubljene iz praćenja (medijan 120, IQR 108-132) i ispitanica u istraživanju (medijan 119, IQR 106-131), (Mann-Whitney test; Z = -0,712, p = 0,477). Jedina značajna razlika utvrđena je s obzirom na stupanj izobrazbe, pri čemu su majke izgubljene iz praćenja bile niže izobrazbe nego ispitanice u istraživanju (završena osnovna i srednja škola 55,2% : 46,0%; $\chi^2 = 4,565$, df = 1, p = 0,033).

4.4. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje

4.4.1. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje u rodilištu

Opažena je statistički značajna razlika u vrijednosti medijana SOC-a između majki koje su u rodilištu dojile isključivo (121, IQR 109-132,5) i majki koje su dojile djelomično (113, IQR 99-124; Mann-Whitney test, $Z = -4,168$, $p < 0,001$) (tbl. 8).

Tablica 8. Vrijednosti SOC-a (medijan i IQR) s obzirom na isključivo dojenje u rodilištu.

Isključivo dojenje u rodilištu (N=772)	N (%)	SOC	
		medijan	IQR
Da	621 (80,4)	121	109-132,5
Ne	151 (19,6)	113	99-124

S porastom stupnja SOC-a od niskog k visokom vidljivo je povećanje udjela isključivog dojenja od 70% na 87,1%, a nađena razlika je statistički značajna ($\chi^2 = 19,160$, $df = 2$, $p < 0,001$) (tbl. 9).

Tablica 9. Prevalencija isključivog dojenja u rodilištu s obzirom na stupanj SOC-a.

Stupanj SOC-a	Isključivo dojenje u rodilištu		Ukupno
	Da	Ne	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nizak	133 (70,0)	57 (30,0)	190 (100,0)
Srednji	333 (82,4)	71 (17,6)	404 (100,0)
Visok	155 (87,1)	23 (12,9)	178 (100,0)
Ukupno	621 (80,4)	151 (19,6)	772 (100,0)

4.4.2. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja

Opažena je značajna razlika u visini SOC-a s obzirom na isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja, s medijanom SOC-a od 122 (IQR 109-132) u majki koje isključivo doje i 115 (IQR 100,5-126,5) u majki koje dojenče hrane ostalim načinima (Mann-Whitney test; $Z = -3,127$, $p = 0,002$) (tbl. 10).

Tablica 10. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja.

Isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja (N=663)	N (%)	SOC	
		medijan	IQR
Da	490 (73,9)	122	109-132
Ne	173 (26,1)	115	100,5-126,5

S porastom stupnja SOC-a opaženo je povećanje udjela isključivog dojenja od 64,8% na 80,1%, a nađena razlika je statistički značajna ($\chi^2 = 10,514$, $df = 2$, $p = 0,005$) (tbl. 11).

Tablica 11. Prevalencija isključivog dojenja 1 mjesec nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.

Stupanj SOC-a	Isključivo dojenje		Ukupno
	Da	Ne	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nizak	107 (64,8)	58 (35,2)	165 (100,0)
Srednji	262 (75,5)	85 (24,5)	347 (100,0)
Visok	121 (80,1)	30 (19,9)	151 (100,0)
Ukupno	490 (73,9)	173 (26,1)	663 (100,0)

4.4.3. Odnos osjećaja koherentnosti i kategorija dojenja (isključivo dojenje, djelomično dojenje, nedojenje) 1 mjesec nakon porođaja

Skupina majki koja ne doji isključivo, nego dojenče hrani ostalim načinima prehrane vrlo je heterogena, budući da neke majke iz ove skupine ne doje, a druge doje djelomično te uz majčino mlijeko daju djetetu i vodu, čaj ili voćni sok (pretežito dojenje) ili drugu vrstu mlijeka (dvovrсна mliječna prehrana). Stoga sam odlučila ispitati povezanost između majčinog SOC-a i kategorija isključivo dojenje, djelomično dojenje i nedojenje.

Kako prikazuje tablica 12, najniži su SOC imale majke koje ne doje s vrijednošću medijana 113 (IQR 95-123). U majki koje doje djelomično medijan je iznosio 116 (IQR 104-127). U ovoj su skupini majke koje pretežito doje (N = 25) imale vrijednost medijana 117 (IQR 99,5-129), a majke koje daju dvovrсну mliječnu prehranu (N = 94) imale su vrijednost medijana 115,5 (IQR 104-127).

Tablica 12. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na kategorije dojenja 1 mjesec nakon porođaja.

Kategorije dojenja 1 mjesec nakon porođaja (N=663)	N (%)	SOC	
		Medijan	IQR
Isključivo dojenje	490 (73,9)	122	109-132
Djelomično dojenje	119 (18,0)	116	104-127
Nedojenje	54 (8,1)	113	95-123,5

Kruskal Wallisova analiza varijance rangova pokazala je statistički značajnu razliku u vrijednosti majčinog SOC-a s obzirom na kategorije isključivo dojenje, djelomično dojenje i nedojenje, pri čemu je $H = 12,778$, $df = 2$, $p = 0,002$. Da bi se utvrdilo između kojih kategorija dojenja postoji statistički značajna razlika u SOC-u, *post hoc* su učinjeni Mann-Whitney U

testovi s Bonfferonievom korekcijom, pri čemu je prihvaćena razina značajnosti od 0,017 (što je dobiveno kao 0,05/3). Statistički značajna razlika nađena je između majki koje su isključivo i djelomično dojile ($Z = -2,671$, $p = 0,008$) te između majki koje su isključivo dojile i onih koje nisu dojile ($Z = -3,652$, $p < 0,001$). Nije nađena razlika između majki koje su djelomično dojile i onih koje nisu dojile ($Z = -1,638$, $p = 0,101$).

S porastom stupnja SOC-a opaženo je smanjenje udjela nedojenja od 13,9% na 4,7% (tbl. 13). Također je opaženo smanjenje udjela djelomičnog dojenja od 21,2% na 15,2%, a nađena razlika je statistički značajna ($\chi^2 = 14,098$, $df = 4$, $p = 0,007$).

Tablica 13. Prevalencija isključivog dojenja, djelomičnog dojenja i nedojenja 1 mjesec nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.

Stupanj SOC-a	Kategorije dojenja 1 mjesec nakon porođaja			Ukupno
	Isključivo dojenje	Djelomično dojenje	Nedojenje	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Nizak	107 (64,8)	35 (21,2)	23 (13,9)	165 (100,0)
Srednji	262 (75,5)	61 (17,6)	24 (6,9)	347 (100,0)
Visok	121 (80,1)	23 (15,2)	7 (4,7)	151 (100,0)
Ukupno	490 (73,9)	119 (18,0)	54 (8,1)	663 (100,0)

4.4.4. Osjećaj koherentnosti i isključivo dojenje 6 mjeseci nakon porođaja

Opažene su statistički značajne razlike u visini SOC-a s obzirom na isključivo dojenje 6 mjeseci nakon porođaja (Mann-Whitney test; $Z = -2,827$, $p = 0,005$). U majki koje isključivo doje medijan SOC-a je iznosio 124 (IQR 111-134), a u majki koje dojenče hrane ostalim načinima medijan je iznosio 118 (IQR 105-130) (tbl. 14).

Tablica 14. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na isključivo dojenje 6 mjeseci nakon porođaja.

Isključivo dojenje 6 mjeseci nakon porođaja (N=600)	N (%)	SOC	
		medijan	IQR
Da	151 (25,2)	124	111-134
Ne	449 (74,8)	118	105-130

S porastom stupnja SOC-a opaženo je povećanje udjela isključivog dojenja sa 6 mjeseci od 17,9% na 32,4%, a opažena razlika je statistički značajna ($\chi^2 = 8,011$, $df = 2$, $p = 0,018$) (tbl. 15).

Tablica 15. Prevalencija isključivog dojenja 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.

Stupanj SOC-a	Isključivo dojenje		Ukupno
	Da	Ne	
	N (%)	N (%)	N (%)
Nizak	27 (17,9)	124 (82,1)	151 (100,0)
Srednji	80 (25,6)	233 (74,4)	313 (100,0)
Visok	44 (32,4)	92 (67,6)	136 (100,0)
Ukupno	151 (25,2)	449 (74,8)	600 (100,0)

4.4.5. Odnos osjećaja koherentnosti i kategorija dojenja (isključivo dojenje, djelomično dojenje, nedojenje) 6 mjeseci nakon porođaja

U tablici 16 prikazane su vrijednosti majčinog SOC-a prema kategorijama dojenja 6 mjeseci nakon porođaja. Najniži SOC imale su majke koje ne doje s vrijednošću medijana 113

(IQR 99-127). Skupina majki koja djelomično doji imala je medijan SOC-a od 120 (IQR 109-131). Daljnja analiza rezultata u ovoj skupini pokazala je da su majke koje pretežito doje (N = 33) imale nešto viši SOC nego majke koje isključivo doje (125, IQR 111-137,5). Majke koje dojenče hrane dvovrsnom mliječnom prehranom (N = 8) imale su medijan SOC-a od 121 (IQR 100,5-126,5), a majke koje uz dojenje hrane dojenče kašastom ili krutom hranom (N = 231) imale su medijan SOC-a od 120 (IQR 109-130).

Tablica 16. Vrijednosti SOC-a (medijan i interkvartilni raspon) s obzirom na kategorije dojenja 6 mjeseci nakon porođaja.

Kategorije dojenja 6 mjeseci nakon porođaja (N=600)	N (%)	SOC	
		Medijan	IQR
Isključivo dojenje	151 (25,2)	124	111-134
Djelomično dojenje	272 (45,3)	120	109-131
Nedojenje	177 (29,5)	113	99-127

Kruskal Wallisova analiza varijance rangova pokazala je statistički značajnu razliku u vrijednosti majčinog SOC-a s obzirom na kategorije isključivo dojenje, djelomično dojenje i nedojenje sa 6 mjeseci, pri čemu je $H = 16,209$, $df = 2$, $p < 0,001$. Da bi se utvrdilo između kojih kategorija dojenačke prehrane postoji statistički značajna razlika u SOC-u, *post hoc* su učinjeni Mann-Whitney U testovi s Bonfferonievom korekcijom, pri čemu je prihvaćena razina značajnosti od 0,017 (što je dobiveno kao 0,05/3). Statistički značajna razlika nađena je između majki koje su isključivo dojile i onih koje nisu dojile ($Z = -3,818$, $p < 0,001$), te između majki koje su djelomično dojile i onih koje nisu dojile ($Z = -2,903$, $p = 0,004$). Nije nađena razlika između majki koje su dojile isključivo i majki koje su dojile djelomično ($Z = -1,602$, $p = 0,109$).

Rezultati prikazani u tablici 17 pokazuju da je 6 mjeseci nakon porođaja u majki s niskim SOC-om najčešće zastupljeno nedojenje (42,4%), dok je u majki sa srednjim i visokim SOC-om najčešće zastupljeno djelomično dojenje (48,2% i 44,8%). S porastom stupnja SOC-

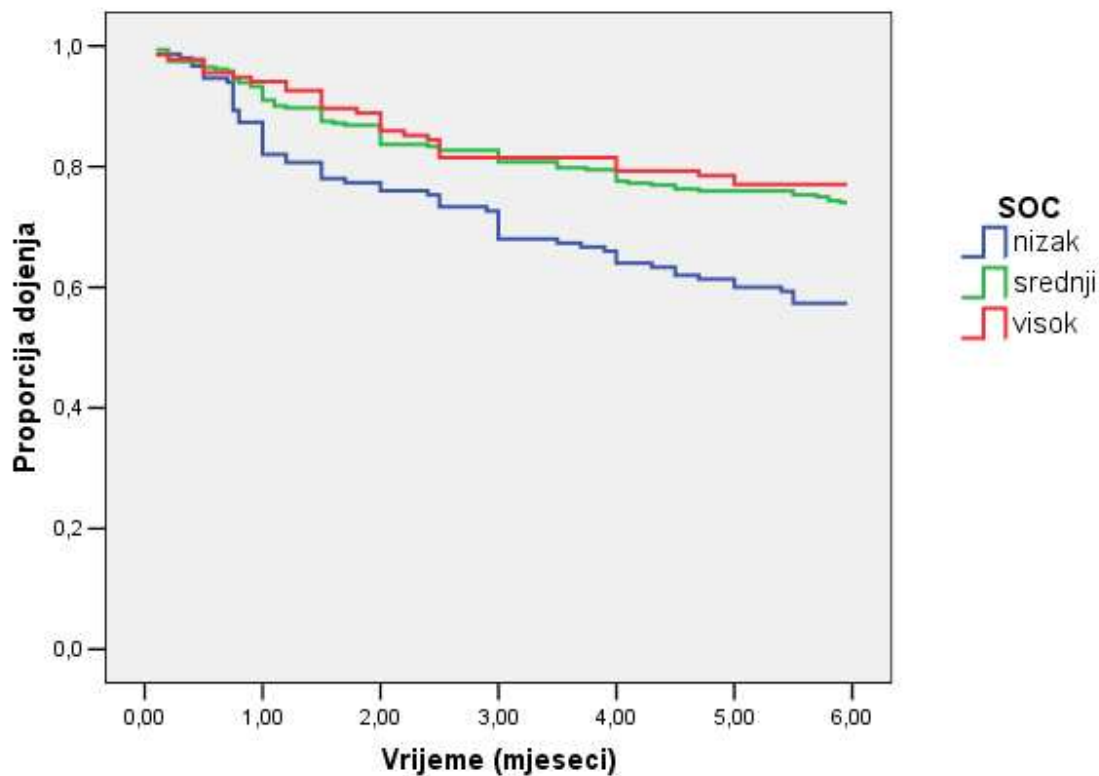
a vidljivo je smanjenje udjela nedojenja za 19,6% te povećanje udjela djelomičnog dojenja za 5,1% i isključivog dojenja za 14,5%, a opažena razlika je statistički značajna ($\chi^2 = 19,357$, $df = 4$, $p = 0,001$).

Tablica 17. Prevalencija isključivog dojenja, djelomičnog dojenja i nedojenja 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na stupanj SOC-a.

Stupanj SOC-a	Kategorije dojenja 6 mjeseci nakon porođaja			Ukupno
	Isključivo dojenje	Djelomično dojenje	Nedojenje	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Nizak	27 (17,9)	60 (39,7)	64 (42,4)	151 (100,0)
Srednji	80 (25,6)	151 (48,2)	82 (26,2)	313 (100,0)
Visok	44 (32,4)	61 (44,8)	31 (22,8)	136 (100,0)
Ukupno	151 (25,2)	272 (45,3)	177 (29,5)	600 (100,0)

4.5. Osjećaj koherentnosti i trajanje ukupnog dojenja

Majke koje su prestale s dojenjem prije navršениh 6 mjeseci dojenačke dobi izvijestile su o vremenu trajanja dojenja u tjednima ili mjesecima. Od dojenja je odustalo 42,4% majki s niskim stupnjem SOC-a, 26,1% majki sa srednjim stupnjem SOC-a i 22,8% majki s visokim stupnjem SOC-a. Najveći je broj majki odustao od dojenja u prva četiri tjedna nakon porođaja (12,5% majki s niskim SOC-om, 7% sa srednjim SOC-om i 5,9% s visokim SOC-om). Razlika u trajanju dojenja prema stupnju SOC-a procijenjena je uporabom Kaplan-Meierove metode. Slika 8 prikazuje Kaplan-Meierove krivulje za nizak, srednji i visok SOC, a nađena razlika u trajanju dojenja je statistički značajna (Log-rank test; $\chi^2 = 17,572$, $p < 0,001$).



Slika 8. Kaplan-Meierove krivulje trajanja dojenja prema stupnju SOC-a.

4.6. Osjećaj koherentnosti mjeren 6 mjeseci nakon porođaja

Prema Antonovskom, SOC se ne bi trebao značajnije mijenjati tijekom vremena. U ovom sam istraživanju provjerila postoje li intraindividualne razlike između SOC-a mjenog u rodilištu (SOC) i SOC-a mjenog 6 mjeseci nakon porođaja (SOC 6 mj.). Vrijednost medijana SOC 6 mj. iznosila je 124 (IQR 110-135) (tbl. 18).

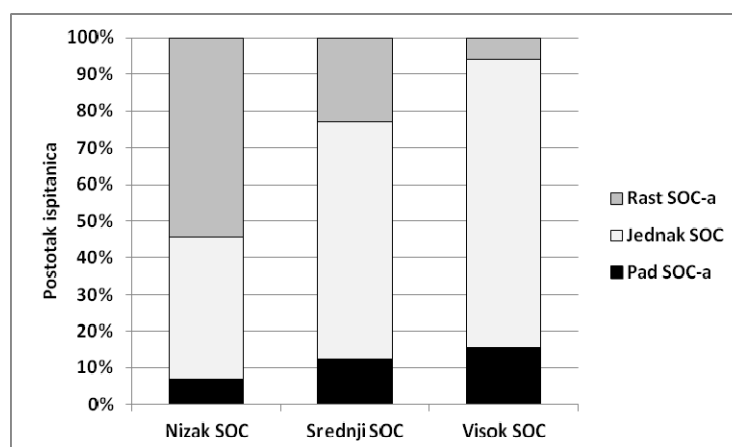
Uporabom Wilcoxon signed-rank testa za zavisne uzorke nađena je statistički značajna razlika između ukupne vrijednosti SOC-a i SOC-a 6 mj. ($Z = -5,531$, $p < 0,001$).

Tablica 18. Osjećaj koherentnosti mjeren 6 mjeseci nakon porođaja (SOC 6 mj.) prema ukupnoj vrijednosti.

Varijabla	N	Min.	Max.	Medijan	Interkvartilni raspon (IQR)
SOC 6 mj.	583	74	161	124	110-135

Min. = minimum, Max. = maksimum

Budući da se značajnom promjenom vrijednosti može smatrati promjena veća od 10% u odnosu na početnu vrijednost SOC-a, ispitana je zastupljenost porasta i pada SOC 6 mj. za više od 10% te zastupljenost nepromijenjenog SOC-a 6 mj. prema stupnju SOC-a mjenog u rodilištu. Utvrđena je značajna razlika u učestalosti promjene prema stupnju SOC-a ($\chi^2 = 86,326$, $df = 4$, $p < 0,001$), pri čemu su majke s niskim i srednjim stupnjem SOC-a povećale SOC 6 mj. u 54,2% i 23,1% slučajeva, dok su majke s visokim stupnjem SOC-a zadržale jednaku vrijednost SOC 6 mj. u 78,4% slučajeva (sl. 11).



Slika 9. Učestalost promjene SOC-a nakon 6 mjeseci prema stupnju SOC-a mjenog u rodilištu.

Ipak, pripadnost skupini isključivog dojenja nije nosila sa sobom značajnu razliku u odnosu na ostale majke ($\chi^2 = 4,153$, $df = 2$, $p = 0,125$), premda je u majki koje su 6 mjeseci isključivo dojile vidljiva tendencija manjem padu SOC-a 6 mj.

Tablica 19. Promjena u vrijednosti SOC-a 6 mjeseci nakon porođaja s obzirom na isključivo dojenje.

Varijabla	Promjena SOC-a			Ukupno
	Pad > 10%	Jednak	Rast > 10%	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Isključivo dojenje sa 6 mjeseci	11 (7,3)	96 (63,6)	44 (29,1)	151 (100,0)
Ostali načini prehrane dojenčeta	58 (13,4)	262 (60,7)	112 (25,9)	432 (100,0)
Ukupno	69 (11,8)	358 (61,4)	156 (26,8)	583 (100,0)

4.7. Povezanost osjećaja koherentnosti, demografskih i psihosocijalnih čimbenika s isključivim dojenjem 1 mjesec nakon porođaja

Povezanost demografskih (majčina dob, stupanj naobrazbe i broj djece) i psihosocijalnih čimbenika (osjećaj koherentnosti, samoeфикаsnost dojenja, vrijeme donošenja odluke o dojenju i namjeravano trajanje dojenja, te potpora u društvenom okruženju) s isključivim dojenjem ispitana je najprije jednofaktorskom, a potom višefaktorskom logističkom regresijskom analizom.

Tablica 20 prikazuje jednofaktorsku analizu čimbenika povezanih s isključivim dojenjem 1 mjesec nakon porođaja. U usporedbi s majkama s niskim SOC-om, majke sa srednjim SOC-om imale su 1,67 puta veću šansu za isključivo dojenje s 1 mjesec ($p = 0,012$),

dok su majke s visokim SOC-om imale 2,19 puta veću šansu za isključivo dojenje s 1 mjesec ($p = 0,003$). Majke s visokom samoeфикасноšću dojenja imale su 3,09 puta veću šansu za isključivo dojenje s 1 mjesec u usporedbi s majkama s niskom samoeфикасноšću dojenja ($p < 0,001$). Značajno veću šansu za isključivo dojenje s 1 mjesec imale su i majke sa snažnom potporom zdravstvenih djelatnika u rodilištu ($p = 0,015$) te snažnom potporom bliskih osoba tijekom dojenja ($p = 0,009$). Također, statistički značajno veću šansu za isključivo dojenje s 1 mjesec imale su majke starije od 25 godina, majke višeg stupnja izobrazbe ($p < 0,001$) i majke višerotkinje ($p = 0,013$).

Mogućnost predikcije isključivog dojenja 1 mjesec nakon porođaja provjerena je višefaktorskom logističkom regresijskom analizom. Kao prediktorske varijable uključene su osjećaj koherentnosti, samoeфикаsnost dojenja, odluka o dojenju, namjera o trajanju dojenja te percepcija o potpori dojenju zdravstvenih djelatnika u rodilištu i majci bliskih osoba. U analizu su uvrštene i demografske varijable (majčina dob, stupanj izobrazbe i broj djece) kako bi se statistički kontrolirao njihov utjecaj. U stupnjevitoj logističkoj regresijskoj analizi varijable su zadržavane ili ispuštane iz modela na temelju *backward stepwise* metode.

U odabranom modelu statistički značajni prediktori za isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja su majčina dob, namjera o trajanju dojenja i samoeфикаsnost dojenja (tbl. 21). Dobivene su statistički vrlo značajne predikcije ($\chi^2 = 56,937$, $df = 7$, $p < 0,001$). Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti skupini iznosi 79,2%. Model vrlo dobro predviđa vjerojatnost isključivog dojenja s 1 mjesec, s točnošću od 97,5%, no točnost predviđanja ostalih načina prehrane je samo 14%. Pseudo R^2 (Nagelkerkeov R^2) iznosi 0,16; -2 Log likelihood 489,537.

Konačni model ($\chi^2 = 60,485$, $df = 8$, $p < 0,001$) u kojemu je uključena interakcija samoeфикаsnosti dojenja i SOC-a daje nešto točniju predikciju dojenja, -2 Log likelihood 485,990; pseudo R^2 (Nagelkerkov R^2) iznosi 0,169. Statistički značajni prediktori za isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja su majčina dob, namjera o trajanju dojenja te interakcija samoeфикаsnosti dojenja i SOC-a (tbl. 22).

Tablica 20. Jednofaktorska analiza čimbenika povezanih s isključivim dojenjem 1 mjesec nakon porođaja.

Varijabla	Isključivo dojenje N (%)	OR (95%CI)	p
SOC			
Nizak	107 (64,8)	1	
Srednji	262 (75,5)	1,67 (1,12-2,50)	0,012
Visok	121 (80,1)	2,19 (1,31-3,65)	0,003
Izobrazba majke			
Osnovna i srednja škola	210 (67,3)	1	
Viša i visoka škola	280 (79,8)	1,92 (1,35-2,72)	<0,001
Dob majke			
< 25 godina	36 (54,5)	1	
25-30 godina	173 (73,9)	2,36 (1,34-4,16)	0,003
31-35 godina	191 (79,9)	3,32 (1,86-5,92)	<0,001
> 35 godina	90 (72,6)	2,21 (1,18-4,12)	0,013
Broj djece			
Prvorotkinja	235 (69,7)	1	
Višerotkinja	255 (78,2)	1,56 (1,09-2,21)	0,013
Odluka o dojenju			
Prije trudnoće	422 (76,0)	1	
Tijekom trudnoće/oko porođaja	68 (63,0)	0,54 (0,35-0,83)	0,005
Namjera o trajanju dojenja			
≤ 6 mjeseci	45 (56,3)	1	
> 6 mjeseci	369 (81,6)	3,46 (2,09-5,71)	< 0,001
Ne znam	76 (58,0)	1,08 (0,61-1,89)	0,801
Samoefikasnost dojenja			
Niska	204 (63,2)	1	
Visoka	286 (84,1)	3,09 (2,14-4,47)	<0,001
Potpورا u rodilištu			
Slaba	159 (68,5)	1	
Snažna	320 (77,3)	1,56 (1,09-2,24)	0,015
Potpورا bliskih osoba			
Slaba	140 (71,8)	1	
Snažna	275 (81,6)	1,74 (1,15-2,64)	0,009

Tablica 21. Omjer izgleda za isključivo dojenje s 1 mjesec u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model bez uključene interakcije samoefikasnosti dojenja i SOC-a.

Prediktori	B	SE	Wald	OR (95% CI)	p
Dob majke					
< 25 godina				1	
25-30 godina	1,01	0,36	8,14	2,75 (1,37-5,52)	0,004
31-35 godina	1,30	0,37	12,48	3,66 (1,78-7,51)	< 0,001
> 35 godina	0,72	0,40	3,27	2,06 (0,94-4,52)	0,070
Namjera o dojenju					
≤ 6 mjeseci				1	
> 6 mjeseci	1,07	0,31	11,96	2,91 (1,59-5,34)	0,001
Ne znam	0,23	0,36	0,41	1,26 (0,62-2,56)	0,523
Samoefikasnost dojenja					
Niska				1	
Visoka	0,84	0,24	12,41	2,32 (1,45-3,72)	< 0,001

B - regresijski koeficijent, SE - standardna pogreška regresijskog koeficijenta, OR - omjer izgleda (engl. *odds ratio*), CI - interval pouzdanosti (engl. *confidence interval*)

Tablica 22. Omjer izgleda za isključivo dojenje s 1 mjesec u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model s uključenom interakcijom samoefikasnosti dojenja i SOC-a.

Prediktori	B	SE	Wald	OR (95% CI)	p
Dob majke					
< 25 godina				1	
25-30 godina	0,96	0,36	7,32	2,62 (1,30-5,26)	0,007
31-35 godina	1,24	0,37	11,41	3,47 (1,69-7,15)	0,001
> 35 godina	0,59	0,40	2,14	1,81 (0,82-3,98)	0,144
Namjera o dojenju					
≤ 6 mjeseci				1	
> 6 mjeseci	1,08	0,31	12,19	2,95 (1,61-5,42)	< 0,001
Ne znam	0,26	0,36	0,51	1,29 (0,64-2,63)	0,477
Interakcija BSE i SOC					
Nizak BSE i nizak SOC				1	
Visok BSE i srednji SOC	1,00	0,30	11,05	2,73 (1,51-4,93)	0,001
Visok BSE i visok SOC	1,04	0,41	6,34	2,82 (1,26-6,31)	0,012

BSE - samoefikasnost dojenja (engl. *breastfeeding self-efficacy*), B - regresijski koeficijent, SE - standardna pogreška regresijskog koeficijenta, OR - omjer izgleda (engl. *odds ratio*), CI - interval pouzdanosti (engl. *confidence interval*)

4.8. Povezanost osjećaja koherentnosti, demografskih i psihosocijalnih čimbenika s isključivim dojenjem 6 mjeseci nakon porođaja

Tablica 23 prikazuje jednofaktorsku analizu čimbenika povezanih s isključivim dojenjem 6 mjeseci nakon porođaja. Majke s visokim stupnjem SOC-a imale su 2,2 puta veću šansu za isključivo dojenje ($p = 0,005$) u usporedbi s majkama s niskim stupnjem SOC-a. Majke sa srednjim stupnjem SOC-a su također imale nešto veću šansu za isključivo dojenje nego majke s niskim stupnjem SOC-a, ali ova povezanost nije bila statistički značajna ($p = 0,067$). Majke s visokom samoefikasnošću dojenja imale su 1,93 puta veću šansu za isključivo dojenje sa 6 mjeseci u usporedbi s majkama s niskom samoefikasnošću dojenja ($p = 0,001$). Također, značajno veću šansu za isključivo dojenje sa 6 mjeseci imale su majke starije od 25 godina i majke višeg stupnja izobrazbe ($p < 0,001$), majke koje su o dojenju odlučile prije trudnoće ($p = 0,004$) i namjeravale dojiti duže od 6 mjeseci ($p = 0,001$) te majke sa snažnom potporom bliskih osoba ($p = 0,029$). Broj djece i potpora zdravstvenih djelatnika u rodilištu nisu bili statistički značajno povezani s isključivim dojenjem sa 6 mjeseci.

U modelu višefaktorske stupnjevite logističke regresijske analize dobiveni su sljedeći statistički značajni prediktori za isključivo dojenje sa 6 mjeseci: majčina dob, stupanj izobrazbe, odluka o dojenju i samoefikasnost dojenja (tbl. 24). Dobivene su statistički vrlo značajne predikcije ($\chi^2 = 44,480$, $df = 6$, $p < 0,001$). Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti skupini iznosi 73,2%. Pseudo R^2 (Nagelkerkeov R^2) modela je iznosio 0,12; -2 Log likelihood 558,058.

Konačni model ($\chi^2 = 49,934$, $df = 8$, $p < 0,001$) u kojemu je uključena i interakcija samoefikasnosti dojenja i SOC-a točno predviđa 73,2% rezultata. Dobivena je nešto točnija predikcija dojenja, Nagelkerkeov R^2 je iznosio 0,134, -2 Log likelihood 552,604. Značajnim prediktorima isključivog dojenja sa 6 mjeseci pokazali su se majčina dob, namjera o trajanju dojenja i interakcija samoefikasnosti dojenja sa stupnjem SOC-a (tbl. 25). Iz prikazanih rezultata vidljivo je da visoka samoefikasnost dojenja ima veći utjecaj na prediktorsku funkciju isključivog dojenja sa 6 mjeseci u majki sa srednjim SOC-om nego u majki s visokim SOC-om.

Tablica 23. Jednofaktorska analiza čimbenika povezanih s isključivim dojenjem 6 mjeseci nakon porođaja.

Varijabla	Isključivo dojenje N (%)	OR (95%CI)	p
SOC			
Nizak	27 (17,9)	1	
Srednji	80 (25,6)	1,58 (0,97-2,57)	0,067
Visok	44 (32,4)	2,20 (1,27-3,81)	0,005
Naobrazba majke			
Osnovna i srednja škola	46 (16,7)	1	
Viša i visoka škola	105 (32,4)	2,40 (1,62-3,55)	<0,001
Dob majke			
< 25 godina	3 (5,1)	1	
25-30 godina	46 (21,2)	5,02 (1,50-16,78)	0,009
31-35 godina	67 (31,9)	8,75 (2,64-28,96)	<0,001
> 35 godina	35 (30,7)	8,27 (2,42-28,23)	0,001
Broj djece			
Prvorotkinje	68 (22,4)	1	
Višerotkinje	83 (28,0)	1,35 (0,93-1,96)	0,110
Odluka o dojenju			
Prije trudnoće	139 (27,4)	1	
Tijekom trudnoće/oko porođaja	12 (12,9)	0,39 (0,21-0,74)	0,004
Namjera o trajanju dojenja			
≤ 6 mjeseci	8 (11,0)	1	
> 6 mjeseci	124 (30,2)	3,52 (1,64-7,56)	0,001
Ne znam	19 (16,2)	1,58 (0,65-3,81)	0,313
Samoefikasnost dojenja			
Niska	56 (19,0)	1	
Visoka	95 (31,1)	1,93 (1,32-2,82)	0,001
Potpورا u rodilištu			
Slaba	51 (24,3)	1	
Snažna	98 (26,1)	1,10 (0,75-1,63)	0,623
Potpورا bliskih osoba			
Slaba	41 (21,0)	1	
Snažna	100 (29,8)	1,59 (1,05-2,41)	0,029

Tablica 24. Omjer izgleda za isključivo dojenje sa 6 mjeseci u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model bez uključene interakcije samoefikasnosti dojenja i SOC-a.

Prediktori	B	SE	Wald	OR (95% CI)	p
Dob majke					
< 25 godina				1	
25-30 godina	1,35	0,64	4,47	3,84 (1,10-13,38)	0,034
31-35 godina	1,80	0,64	7,98	6,03 (1,73-20,95)	0,005
> 35 godina	1,83	0,65	7,87	6,23 (1,74-22,38)	0,005
Izobrazba majke					
Osnovna i srednja škola				1	
Viša i visoka škola	0,50	0,22	5,09	1,65 (1,07-2,56)	0,024
Odluka o dojenju					
Prije trudnoće				1	
Tijekom trudnoće/oko porođaja	-0,73	0,37	4,01	0,48 (0,24-0,99)	0,045
Samoefikasnost dojenja					
Niska				1	
Visoka	0,56	0,21	7,00	1,75 (1,16-2,66)	0,008

B - regresijski koeficijent, SE - standardna pogreška regresijskog koeficijenta, OR - omjer izgleda (engl. *odds ratio*), CI - interval pouzdanosti (engl. *confidence interval*)

Tablica 25. Omjer izgleda za isključivo dojenje sa 6 mjeseci u modelu višefaktorske logističke regresijske analize. Model s uključenom interakcijom samoefikasnosti dojenja i SOC-a.

Prediktori	B	SE	Wald	OR (95% CI)	p
Dob majke					
< 25 godina				1	
25-30 godina	1,56	0,63	6,19	4,77 (1,39-16,35)	0,013
31-35 godina	2,04	0,62	10,65	7,68 (2,26-26,10)	0,001
> 35 godina	1,99	0,64	9,59	7,36 (2,08-26,00)	0,002
Namjera o dojenju					
≤ 6 mjeseci				1	
> 6 mjeseci	0,85	0,41	4,35	2,34 (1,05-5,19)	0,037
Ne znam	0,42	0,48	0,77	1,53 (0,59-3,94)	0,382
Odluka o dojenju					
Prije trudnoće				1	
Tijekom trudnoće/oko porođaja	-0,67	0,40	3,33	0,51 (0,25-3,94)	0,068
Interakcija BSE i SOC					
Nizak BSE i nizak SOC				1	
Visok BSE i srednji SOC	0,68	0,24	8,01	1,97 (1,23-3,16)	0,005
Visok BSE i visok SOC	0,60	0,29	4,30	1,82 (1,03-3,21)	0,038

BSE- samoefikasnost dojenja (engl. *breastfeeding self-efficacy*), B - regresijski koeficijent, SE - standardna pogreška regresijskog koeficijenta, OR - omjer izgleda (engl. *odds ratio*), CI - interval pouzdanosti (engl. *confidence interval*)

Validacijom mogućnosti uopćavanja modela odbačena je mogućnost utjecaja veličina uzorka na izlučene varijable u logističkoj analizi (tbl. 26).

Tablica 26. Validacija regresijskog modela.

	Cijeli uzorak	Podskupina 1*	Podskupina 2*
χ^2	0,10	0,138	0,107
Nagelkerkeov R^2	0,104	0,044	0,161
Točnost modela	73,2%	73,9%	72,4%
Izlučene varijable	Dob	Dob	Dob
	Stupanj izobrazbe	Stupanj izobrazbe	Stupanj izobrazbe
	Odluka o dojenju	Samoefikasnost dojenja	Odluka o dojenju
	Namjera o dojenju		Samoefikasnost dojenja
	Samoefikasnost dojenja		

*randomizacijom podijeljen uzorak u dvije jednake skupine

Ispitujući mogućnost generalizacije rezultata na približno 277000 žena iz grada Zagreba i Zagrebačke županije generativne dobi, pokazalo se da bi rezultati trebali biti reprezentativni za populaciju žena iz Zagreba i Zagrebačke županije. Naime, uz interval pouzdanosti od 95%, margina pogreške je 3,99%. To znači da su odstupanja u ispitivanim varijablama uz 95% vjerojatnosti manja od 4%. S 95% sigurnošću možemo tvrditi da će bilo koji drugi uzorak iz te populacije imati izmjerene parametre unutar 4% od opaženih. Ako se uzmu u obzir samo ispitanice iz grada Zagreba, vjerojatna pogreška iznosi do 4,6% u odnosu na populaciju žena iz Zagreba (N = 140000) jednake dobne distribucije.

5. RASPRAVA

5.1. Odnos osjećaja koherentnosti i isključivog dojenja te demografskih i psihosocijalnih osobina majki

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je majčin SOC mjereno u neposrednom poslijeporođajnom razdoblju povezan s načinom prehrane dojenčeta u prvih 6 mjeseci života. U majki koje isključivo doje utvrđene su više vrijednosti SOC-a nego u majki koje hrane dojenče drugim načinima (djelomično doje ili ne doje). Navedene razlike u vrijednosti SOC-a pokazale su se značajnima kako u razdoblju započinjanja dojenja (u rodilištu i 1 mjesec nakon porođaja), tako i 6 mjeseci nakon porođaja. Nadalje, istraživanje je pokazalo da s porastom stupnja majčinog SOC-a, od niskog prema srednjem i visokom, raste i vjerojatnost za isključivo dojenje. Majke sa srednjim stupnjem SOC-a imale su 1,7 puta veću vjerojatnost za isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja, dok su majke s visokim stupnjem SOC-a imale 2,2 puta veću vjerojatnost za isključivo dojenje s 1 i 6 mjeseci u usporedbi s majkama u kojih je SOC nizak. Dosadašnja istraživanja pokazala su da je majčin, odnosno roditeljski SOC povezan s načinom prehrane u djece školske dobi,³¹ dok rezultati o povezanosti SOC-a i dojenja nisu jednoznačni.^{32,67} Borrmann i Schucking su, ispitujući vrijednost SOC-a u majki petomjesečne dojenčadi, izvijestile o višoj prosječnoj vrijednosti SOC-a u majki koje doje u usporedbi s majkama koje hrane dojenče samo zamjenskim mlijekom,³² dok istraživanje Juodiene u majki šestomjesečne dojenčadi nije utvrdilo razliku u stupnju SOC-a s obzirom na dojenje.⁶⁷ Rezultati ovog istraživanja, međutim, ukazuju na prediktivnu ulogu majčinog SOC-a za isključivo dojenje i upućuju na zaključak da je SOC važan činitelj u ostvarivanju optimalnog načina prehrane dojenčeta od najranije životne dobi.

U skupini majki s visokim stupnjem SOC-a stopa isključivog dojenja u dobi 1 mjesec nakon porođaja je iznosila 80,1%, dok je u skupini majki s niskim stupnjem SOC-a ona iznosila 64,8%. Visoka stopa isključivog dojenja u majki s visokim stupnjem SOC-a usporediva je s podacima o stopi isključivog dojenja u skandinavskim zemaljama^{73,74} i kod majki koje samoinicijativno pohađaju grupe za potporu dojenja (GPD).⁵⁴ To je lako

razumljivo, jer su majke u GPD visoko motivirane za dojenje i prijemčive za savjete i pomoć drugih, što se, u skladu s teorijskim postavkama Antonovskog, može pretpostaviti i za majke u kojih je SOC visok. Gotovo dvostruko veća učestalost isključivog dojenja sa 6 mjeseci u majki s visokim stupnjem SOC-a (32,4%) u usporedbi s majkama u kojih je SOC nizak (17,9%) može se pripisati njihovoj većoj spremnosti u slijedenju preporuka u vezi s trajanjem isključivog dojenja. Wen i sur. navode da 61% majki koje su svjesne preporuka SZO o isključivom dojenju iste namjerava i ostvariti.⁷⁵ Poznavanje preporuka u naših ispitanica nije upitno, jer su sve majke u rodilištu koje nosi naziv „Rodilište - prijatelj djece“ upoznate s njima, a mnoge su majke informirane o preporukama i ranije, tijekom trudnoće.

Unatoč poticajnoj praksi u rodilištu i poznavanju preporuka, tri od četiri majke nisu ustrajale u isključivom dojenju do 6 mjeseci. To ukazuje da smo još uvijek daleko od ciljeva koje zagovara SZO. Nekoliko je razloga kojima bi se dobiveni rezultat mogao objasniti. Jedno je od mogućih objašnjenja kako osobni cilj naših ispitanica o trajanju isključivog dojenja nije bio postavljen u skladu s važećim preporukama. Budući da je u ovom istraživanju ispitana namjera majki o trajanju ukupnog dojenja, nije poznato kakav su cilj imale majke u vezi s trajanjem isključivog dojenja. Moguće je da su majke postavile kraći i za njih dostižniji cilj u vezi s trajanjem isključivog dojenja nego li što su postavile u vezi s trajanjem ukupnog dojenja, posebice majke s niskim stupnjem SOC-a. Istraživanje Hoddinot i sur. iz Škotske o iskustvima roditelja u vezi s dojenačkom prehranom ističe kako se mnogim trudnicama i mladim majkama cilj o isključivom dojenju do 6 mjeseci čini teško dostižnim.⁷⁶ Postavljanje dostižnih ciljeva o dojenju od strane majki te postupno ovladavanje tim ciljevima predlaže se kao učinkovit način da se ciljevi ostvare i izgradi majčino samopouzdanje. Nadalje, u ovom je istraživanju 6 mjeseci nakon porođaja 55% majki dojilo i dohranjivalo dojenče drugim namirnicama. To se može pripisati nedosljednosti u preporukama stručnih udruženja u vezi sa započinjanjem dohrane, odakle slijedi i nedosljedna primjena istih u praksi. Naime, iako se SZO i Američka pedijatrijska akademija zauzimaju za uvođenje dohrane sa 6 mjeseci,^{33,36} Europsko udruženje za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu preporuča uvođenje dohrane između navršenog 17. i 26. tjedana dojenačke dobi.⁷⁷ Slično tomu, u preporukama za prehranu zdrave dojenčadi Hrvatskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu kao vremenski okvir za uvođenje dohrane navodi se vrijeme između navršenog 4. i

6. mjeseca, premda se isključivo dojenje do 6 mjeseci ističe kao optimalan način prehrane.⁷⁸ Stoga rezultati ovog istraživanja o nepostojanju značajne razlike u vrijednosti SOC-a između majki koje isključivo i djelomično doje sa 6 mjeseci, te o visokom udjelu djelomičnog dojenja u majki s visokim i srednjim stupnjem SOC-a nisu neočekivani. Može se pretpostaviti da su majke s višim SOC-om bile sklone slijediti preporuke o uvođenju dohrane prije navršenih 6 mjeseci ako im je tako savjetovao liječnik ili drugo zdravstveno osoblje, ili su vlastitom odlukom ranije uvele dohranu vjerujući da će njihovo ponašanje naići na odobravanje liječnika. Prema istraživanju Hamilton i sur., upravo su normativna vjerovanja (vjerovanje majke da će njezino ponašanje biti odobreno od strane drugih važnih osoba, npr. liječnika, supruga) značajan prediktor ponašanja majki u vezi s vremenom uvođenja dohrane.⁷⁹ Važnu ulogu ima i majčino znanje o djetetovim potrebama te njezina procjena djetetove spremnosti za prihvaćanje dohrane. Tatone-Tokuda i sur. navode kako majke s visokom roditeljskom samoeфикаsnosti, koje se procjenjuju kompetentnima u obnašanju roditeljske uloge, u želji da „pravilno“ odgovore na djetetove potrebe često ranije uvode dohranu.⁸⁰ Konačno, prisutnost teškoća pri dojenju, posebice majčina percepcija nedovoljne količine mlijeka, može biti razlog ranijem uvođenju dohrane.

Ovo je istraživanje po prvi put kvantificiralo odnos SOC-a i različitih načina prehrane dojenčeta u prvih šest mjeseci života. Najvišu vrijednost SOC-a izvijestile su majke koje isključivo doje, podjednaku ili nešto nižu vrijednost SOC-a izvijestile su majke koje dojenče hrane samo na prsima, ali uz to dodaju i čaj, vodu ili voćni sok (pretežito dojenje), dok su još niže vrijednosti izvijestile majke koje uz dojenje daju zamjensko mlijeko (dvovrсна mliječna prehrana) ili dohranu krutom hranom (dojenje uz dohranu). Najniže su vrijednosti imale majke koje ne doje. Ovi rezultati sugeriraju da je viša vrijednost SOC-a povezana s većim brojem podoja. Analizirajući razlike u vrijednosti SOC-a između kategorija isključivo dojenje, djelomično dojenje i nedojenje, utvrđena je značajna razlika između skupina majki koje 1 mjesec nakon porođaja isključivo doje i onih koje doje djelomično ili ne doje, dok se posljednje dvije skupine međusobno nisu razlikovale. Također, nije nađena razlika između skupina majki koje 6 mjeseci nakon porođaja isključivo i djelomično doje, dok su se ostale skupine međusobno razlikovale. Rezultati ukazuju na važnost ranog prepoznavanja majki s niskim SOC-om jer imaju povećan rizik za rani prestanak s isključivim dojenjem. To

potkrjepljuje i nalaz da je čak 35% majki s niskim stupnjem SOC-a već tijekom prvog mjeseca nakon porođaja odustalo od isključivog dojenja, dok je 12,5% majki s niskim SOC-om prestalo dojit. Nadalje, majke s pozitivnim iskustvom isključivog dojenja valja u tome poduprijeti te dosljednim savjetima o vremenu uvođenja dohrane izbjеći prerano uvođenje drugih namirnica u prehranu dojenčeta.

Različiti mehanizmi mogu posredovati u odnosu između SOC-a i dojenja poput percepcije stresa, načina suočavanja sa stresom i nekih osobina ličnosti (primjerice anksioznost, negativna afektivnost, samoefikasnost). Istraživanja pokazuju da su osobe niskog SOC-a povećano osjetljive na stres i manje učinkovite u suočavanju sa stresom.⁶ Mjerenjem objektivnih pokazatelja reakcije na stres u majki s niskim SOC-om u neposrednom je poslijeporođajnom razdoblju utvrđena niža koncentracija sekretornog imunoglobulina A (sIgA) u krvi⁸¹ i viša koncentracija salivarnog kortizola nego u majki s visokim SOC-om.⁸² To upućuje na zaključak da je reakcija na stres intenzivnija u majki s niskim SOC-om. Nakon porođaja nastupa posebno osjetljivo razoblje za majku, ne samo zbog popratnih hormonskih promjena i tjelesnih senzacija, nego i zbog brige o novorođenom djetetu, „učenja“ roditeljskih vještina te uspostavljanja laktacije. Stres je u poslijeporođajnom razdoblju povezan sa smanjenim otpuštanjem oksitocina i oslabljenom laktogenezom.^{83,84} Budući da nizak SOC povećava osjetljivost na stres, smanjeno otpuštanje oksitocina u ovih majki može dovesti do neuspješnog dojenja i primjene zamjenskog mlijeka. To će dodatno smanjiti stvaranje mlijeka, a smanjit će se i emocionalna dobrobit u majke jer će izostati osjećaji opuštenosti i smirenosti koji se javljaju nakon svakog podoja pod utjecajem hormona oksitocina i prolaktina.^{85,86} Nadalje, istraživanja pokazuju da se majčin stres prenosi na dojenče,^{87,88} a kao posljedica toga mijenja se način sisanja.⁸⁹ Neučinkovito sisanje rezultira neučinkovitim pražnjenjem dojki što u konačnici vodi prestanku dojenja. Osim toga, promjena u načinu sisanja povećava mogućnost pojave bolnih bradavica i ragada, čime se dodatno povećava stres u majke.

U ovom je istraživanju čak 58% majki u rodilištu izvijestilo da ima teškoće pri dojenju, a 62% majki imalo je teškoće i u daljnjem razdoblju dojenja (u prvih 6 mjeseci). Iako se majke nisu razlikovale u prisutnosti teškoća pri dojenju s obzirom na stupanj SOC-a, rani prestanak dojenja češće je zabilježen u majki s niskim SOC-om. To upućuje na zaključak da visok SOC ne štiti od teškoća u vezi s dojenjem, nego pomaže u interpretaciji stresne situacije

i vodi korištenju situaciji primjerenih strategija suočavanja. Opravdano je pretpostaviti da majke višeg SOC-a doživljavaju teškoće pri dojenju kao izazov kojeg valja svladati te će u tom cilju vjerojatno potražiti stručnu pomoć i potporu članova obitelji. Majke nižeg SOC-a, suočene s teškoćama pri dojenju, vjerojatno će biti manje sklone traženju pomoći i manje prijemčive za savjete zdravstvenih djelatnika ili bliskih osoba, odnosno sklonije odustajanju od dojenja. O'Brien i sur. ističu kako je aktivno uključivanje majki u traženje i primanje savjeta ili pomoći učinkovit način suočavanja s teškoćama pri dojenju koji pomaže majkama da lakše ostvare svoj cilj.⁹⁰ Pored toga, socijalna potpora umanjuje stres kod majki, što pridonosi većoj subjektivnoj kompetentnosti u dojenju i u majčinskoj ulozi općenito. S druge strane, majke koje nemaju odgovarajuće vještine rješavanja problema često posežu za manje učinkovitim rješenjima, predlažu rješenja koja ne uključuju socijalnu potporu i imaju netočna očekivanja o mogućim posljedicama predloženih rješenja.⁹⁰

Više istraživanja utvrdilo je povezanost dojenja i nekih osobina ličnosti kao što su anksioznost,^{43,58} negativna afektivnost,⁹¹ samoeфикаsnost,^{58,60,62-64,91} samopoimanje⁹² i optimizam.⁵⁸ Nađeno je da su ranom prestanku isključivog ili pretežitog dojenja sklonije anksiozne i depresivne majke, manje optimistične majke, majke s visokom negativnom afektivnosti, majke s niskom samoeфикаsnosti dojenja i niskom općom samoeфикаsnosti te majke s niskim samopoimanjem. Istraživanja u općoj populaciji pokazuju da su navedene psihološke osobine povezane sa SOC-om, što upućuje na moguću posredničku ulogu ovih osobina u povezanosti SOC-a i dojenja.⁶

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da s porastom majčine dobi i stupnja izobrazbe raste i vrijednost SOC-a, što se slaže s rezultatima drugih istraživanja.^{67,68} Majke prvotkinje i višerotkinje nisu se razlikovale u stupnju SOC-a, što navode i drugi autori.^{23,82} Analiza odnosa SOC-a i psihosocijalnih antenatalnih čimbenika povezanih s dojenjem pokazala je da majke s visokim SOC-om značajno češće donose odluku o dojenju prije trudnoće i češće namjeravaju doći dulje u usporedbi s majkama u kojih je SOC nizak. Rana odluka o dojenju i jasno postavljen cilj upućuju na pozitivan emocionalni odnos prema dojenju i visoku motivaciju majki za dojenje. Iako u ovom istraživanju nije bilo moguće ispitati odnos između pojedinih sastavnica SOC-a i odluke te namjere o dojenju, opravdano je pretpostaviti da majke s jasno postavljenim ciljem imaju snažnu sastavnicu smislenosti, odnosno snažnu

motivacijsko–emocionalnu komponentu SOC-a. Nel i sur. navode kako su osobe višeg SOC-a predane svojim ciljevima,⁹³ što u kontekstu dojenja znači da će majke s visokim SOC-om biti spremne uložiti više napora kako bi u dojenju ustrajale.

U majki s visokim stupnjem SOC-a utvrđena je viša samoeфикаsnost dojenja što se slaže s rezultatima kvalitativne studije Thomson i Dayks⁹⁴ i nedavno objavljene studije Pavičić Bošnjak i sur.⁹⁵ u kojoj je nađena pozitivna korelacija između samoeфикаsnosti dojenja i SOC-a ($r = 0,32$, $p < 0,001$) te njegovih sastavnica razumljivosti ($r = 0,35$, $p < 0,001$), savladivosti ($r = 0,26$, $p < 0,001$) i smislenosti ($r = 0,20$, $p = 0,005$). Visok SOC i snažna sastavnica razumljivosti u majki koje imaju više znanja o dojenju i koje su o dojenju obaviještene na točan i dosljedan način vode visokoj razini samopouzdanja, odnosno postizanju većeg osjećaja osobne eфикаsnosti u dojenju. Više samopouzdanja imat će i majke sa snažnijom ponašajnom komponentom SOC-a (savladivost), koje su u mogućnosti prepoznati različite izvore potpore u socijalnom okruženju (obitelj, prijatelji, zdravstveni djelatnici, savjetnice za dojenje) i koje će tu potporu vjerojatno češće zatražiti, te majke sa snažnom motivacijom za dojenje, odlučne da u dojenju uspiju.

Analiza pojedinačnih odgovora na Skali za procjenu samoeфикаsnosti dojenja pokazala je da je 82% majki bilo suglasno s tvrdnjom kako uvijek može odgovoriti na djetetov zahtjev za dojenjem. To upućuje na zaključak da je većina majki sigurna u interpretaciji djetetovih znakova gladi. Međutim, u interpretaciji djetetovih znakova sitosti majke su bile manje sigurne jer je samo 54% njih bilo suglasno s tvrdnjom „Uvijek mogu reći kad je dijete završilo podoj“. Zabrinjavajuće je da se u odgovoru na tvrdnju „Uvijek mogu utvrditi da dijete dobiva dovoljno mlijeka“ čak 67% majki opredijelilo za neutralno mišljenje ili nisu bile suglasne s tom izjavom. Istraživanje danskih autora pokazalo je da gotovo polovica majki u ranom poslijeporođajnom razdoblju nije sigurna u količinu mlijeka koje dijete posiše, niti je sigurna u interpretaciji djetetovih znakova gladi i sitosti.⁵³ Majčina percepcija o nedovoljnoj količini mlijeka jedan je od najčešćih razloga uporabe zamjenskog mlijeka, čak i kada dojenče izgleda zadovoljno na prsima i nema znakova nenapredovanja.⁹⁶⁻⁹⁸ Kvalitativna studija Sacco i sur. ističe kako je uporaba zamjenskog mlijeka način suočavanja majki s percipiranom nedostatnom količinom mlijeka, što je izvijestilo čak 85% majki u studiji.⁹⁷ Otskuka i sur. nalaze negativnu korelaciju između samoeфикаsnosti dojenja i percepcije količine mlijeka te

sugeriraju da je nesigurnost majke u vlastitu sposobnost stvaranja mlijeka odraz niske samoeфикаsnosti dojenja.⁶⁴ Naše su ispitanice izvijestile da nemaju dovoljno mlijeka u 8,7% slučajeva, dok je zbog značajnog pada na tjelesnoj masi u rodilištu primilo dohranu 4% novorođenčadi. To upućuje na zaključak da je majčina percepcija nedostatne količine mlijeka prije rezultat nedovoljnog znanja o dojenju ili prisutnih teškoća pri dojenju, nego odraz stvarne nemogućnosti stvaranja dostatne količine mlijeka. Informiranje majki o dojenju i djetetovim potrebama, poduka o znacima gladi i sitosti te praktično savjetovanje u vezi s tehnikom dojenja mogu pomoći majkama da povećaju samopouzdanje. Pritom valja imati na umu da nije samo stručnost, već i empatija zdravstvenih djelatnika ono što majke čini spremnijima za zadovoljavanje djetetovih potreba te sigurnijima i kompetentnijima u dojenju.

Majke visokog stupnja SOC-a procijenile su snažnijom potporu zdravstvenih djelatnika u rodilištu i bile zadovoljnije dobivenim informacijama, savjetima i pomoći nego majke u kojih je SOC nizak, što se slaže s istraživanjem Rudman i sur. u Švedskoj.⁹⁹ Naše su ispitanice bile najzadovoljnije praktičnom pomoći u vezi s dojenjem, neovisno o stupnju SOC-a ($p = 0,065$), dok su najmanje bile zadovoljne informiranjem o dojenju. Tako je samo 56% majki s niskim stupnjem SOC-a izvijestilo da su u cijelosti zadovoljne količinom informacija koje su dobile od zdravstvenih djelatnika, dok su majke s visokim stupnjem SOC-a bile u cijelosti zadovoljne u 67% slučajeva ($p = 0,022$). To upućuje na potrebu individualnog pristupa u informiranju majki o dojenju, pri čemu je važno da informacije budu dostatne, točne i dosljedne.⁹⁴ Uspoređujući dvije populacije u kojima se provodi inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“, švedsku i našu, zanimljivo je da je samo 50% švedskih majki bilo vrlo zadovoljno potporom za dojenje, 27% majki uopće nije bilo zadovoljno, dok je posvećivanje previše vremena dojenju bilo izvor nezadovoljstva za 15% majki. Budući da je kvaliteta socijalne potpore važan salutogeni činitelj koji može utjecati na osnaživanje SOC-a,^{100,101} neophodno je da svi zdravstveni djelatnici u rodilištu svladaju vještinu komunikacije s majkama i razviju osjetljivost na majčine individualne potrebe u vezi s dojenjem.

Analiza potpore dojenju od strane majci bliskih osoba pokazala je da se naše ispitanice nisu razlikovale u procjeni potpore supruga, majčine majke i prijateljice, neovisno o stupnju SOC-a. Suprotno tomu, istraživanja na različitim uzorcima ispitanika, uključujući i trudnice, pokazala su da osobe visokog SOC-a imaju snažniju potporu u socijalnom okruženju nego

osobe u kojih je SOC nizak.^{6,20,102} Nekoliko je mogućih objašnjenja naših rezultata. Prvo, majke su procijenile samo opći stupanj potpore za dojenje, pri čemu je analiziran zbirni rezultat za sve tri osobe pa je moguće da bi detaljnija analiza pokazala drugačije rezultate. Drugo, procjena se odnosila na prvih 6 mjeseci, kada je većina ispitanica još uvijek dojila te je moguće da su majke zbog osobnog pozitivnog stava prema dojenju procijenile potporu bliskih osoba pozitivnijom nego što ona jest. Premda su u ovom istraživanju majke sa snažnijom potporom bile sklonije isključivom dojenju s 1 i 6 mjeseci, socijalna potpora nije se pokazala neovisnim prediktorom isključivog dojenja nakon što su u obzir uzeti i drugi psihosocijalni čimbenici. Ovo je opažanje u skladu s rezultatima istraživanja drugih autora koji nalaze da je potpora bliskih osoba istaknut čimbenik u donošenju odluke o dojenju, dok utjecaj na trajanje dojenja nije tako očit.^{53,54,59} Zbog toga bi antenatalno razdoblje trebalo iskoristiti za edukaciju osoba za koje se zna da imaju značajan utjecaj na odluku o dojenju, primjerice majčina partnera. Dobro osmišljen program omogućio bi očevima lakše snalažanje u novonastaloj situaciji i dodatno osnažio njihovu ulogu u postnatalnom razdoblju.

U ovom smo istraživanju provjerili hipotezu Antonovskog o stabilnosti SOC-a. Utvrđena je značajna promjena u SOC-u mjenom nakon 6 mjeseci u odnosu na početni SOC mjenom u rodilištu, što je u suprotnosti s nalazom ranijih istraživanja o stabilnosti SOC-a u trudnica i roditelja.^{23,67,81,82} Sjöström i sur. navode kako tijekom trudnoće nastaju tek prolazne promjene u vrijednosti SOC-a, i to samo u majki prvorođkinja, te da se SOC vraća na svoju originalnu vrijednost u prva dva mjeseca nakon porođaja.²³ Autori su zaključili da trudnoća i porođaj nisu životni događaji koji bi imali značajniji učinak na majčin SOC, što nalaze i drugi autori.^{81,82} Nadalje, Juodine je izvijestila o stabilnom SOC-u tijekom šestomjesečnog razdoblja laktacije.⁶⁷ Rezultati ovog istraživanja sugeriraju da nastala promjena u SOC-u nije povezana s isključivim dojenjem, međutim, moguć utjecaj načina prehrane dojenčeta na majčin SOC svakako bi bilo vrijedno dodatno istražiti u budućim istraživanjima.

5.2. Učestalost isključivog dojenja i prediktori isključivog dojenja

U ispitivanoj populaciji majki iz Zagreba i Zagrebačke županije stopa isključivog dojenja u rodilištu iznosila je 80,4%, dok je s mjesec dana isključivo dojeno 73,9% dojenčadi.

Ovako visoka stopa isključivog dojenja u rodilištu može se pripisati provođenju inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ i usporediva je sa stopom isključivog dojenja u drugim sredinama gdje se provodi ova inicijativa, primjerice u skandinavskim zemaljama.^{73,74} Rodilište Kliničke bolnice „Sveti Duh“ steklo je ovaj prestižan naziv 2007. godine i od tada dosljedno provodi svih „10 koraka“ inicijative, o čemu svjedoči podatak da je nakon ponovne ocjene u 2011. godini potvrdilo svoj status. Šest mjeseci nakon porođaja isključivo je dojilo 25,2% ispitanica, što pokazuje da je sadašnje stanje bolje nego deset godina ranije kada je stopa isključivog dojenja sa 6 mjeseci u Zagrebu iznosila 16,2%, a inicijativa nije provedena.⁴⁸ Za razliku od toga, istraživanje Zakarije-Grković i sur. na primjeru splitskog rodilišta pokazuje da edukacija zdravstvenih djelatnika o dojenju nije dovela do značajnog povećanja stope isključivog dojenja sa 6 mjeseci (9,3% isključivo dojenih prije intervencije prema 14,2% poslije intervencije, $p < 0,08$), što autori objašnjavaju činjenicom o tek djelomičnom provođenju ostalih koraka inicijative.¹⁰³ Prema recentnim nacionalnim podacima, u Hrvatskoj se isključivo doji 15,9% dojenčadi u dobi 6 i više mjeseci,⁴⁹ što je također manje nego što su izvijestile majke u ovom istraživanju. Naši su podaci usporedivi s nacionalnim podacima iz Kanade (24% isključivo dojene dojenčadi sa 6 mjeseci)⁴⁶ te nešto viši nego podatci u Švedskoj (15%)⁷⁴ i SAD-u (16,8%).¹⁰⁴ Iako se ne može isključiti mogućnost precijenjenih podataka uslijed metodologije prikupljanja istih, o čemu će više biti govora u dijelu o ograničenjima ove studije, ipak, moje je mišljenje da je visoka stopa isključivog dojenja u ispitivanoj populaciji najvećim dijelom rezultat cjelokupne aktivnosti programa promicanja dojenja koji se intenzivno provodi od 2007. godine do danas, ne samo u rodilištu Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu, nego i u lokalnoj zajednici i na nacionalnom nivou. Međutim, treba istaknuti da podatak o stopi isključivog dojenja sa 6 mjeseci ipak govori o tomu kako većina dojenčadi i njihovih majki ne ostvaruje dobrobiti isključivog dojenja za zdravlje.

Rezultati višefaktorske logističke regresijske analize pokazali su da je isključivo dojenje s 1 mjesec neovisno povezano s majčinom dobi, namjeravanim trajanjem dojenja i samoefikasnošću dojenja, dok je isključivo dojenje sa 6 mjeseci neovisno povezano s majčinom dobi, stupnjem izobrazbe, vremenom donošenja odluke o dojenju i samoefikasnošću dojenja. U modelu koji je uključivao interakciju SOC-a i samoefikasnosti sklonije isključivom dojenju sa 6 mjeseci bile su majke životne dobi od 25 do 34 godine i majke koje su namjeravale doći dulje od 6 mjeseci. Prediktivna uloga SOC-a za isključivo

dojenje utvrđena je u interakciji sa samoeфикасноšću dojenja koja se pokazala značajnom i s 1 mjesec i sa 6 mjeseci, čak i nakon što su uzeti u obzir ostali čimbenici koji mogu utjecati na dojenje.

Ovo je istraživanje potvrdilo rezultate prethodnih istraživanja o povezanosti samoeфикаsnosti dojenja s trajanjem i isključivosti dojenja^{58,60,62-64,95} te po prvi puta pokazalo da je samoeфикаsnost dojenja neovisan prediktor isključivog dojenja sa 6 mjeseci. Majke visoke samoeфикаsnosti i srednjeg ili visokog SOC-a imale su značajno veću vjerojatnost za isključivo dojenje nego majke niske samoeфикаsnosti i niskog SOC-a. Rezultati sugeriraju da su SOC i samoeфикаsnost dojenja dva salutogena konstrukta povezana s dojenjem, što je u skladu s teorijskim postavkama salutogeneze.

Prediktivna uloga dobi za isključivo dojenje sa 6 mjeseci sukladna je rezultatima drugih istraživanja koja pokazuju da su dugotrajnom isključivom dojenju sklonije starije majke.^{73,104,105} Stupanj izobrazbe naših ispitanica nije neovisan prediktor trajanja isključivog dojenja, što nalaze i drugi autori^{73,105} te ranija istraživanja u nas u odnosu na trajanje ukupnog dojenja.⁵⁴ Broj djece u naših ispitanica također nije povezan s isključivim dojenjem. Čini se da veći utjecaj ima prijašnje iskustvo u dojenju na temelju kojeg majke postavljaju željeni cilj i modificiraju trajanje i isključivost dojenja mlađeg djeteta.^{53,105} Gijbers i sur. navode kako majke koje su prethodno dijete dojile kratko ili imaju negativno iskustvo s dojenjem, kratko isključivo doje i mlađe dijete.¹⁰⁵ To upućuje na važnost pomoći i potpore majkama višerotkinjama kako bi prethodno iskustvo iskoristile u pozitivnom smislu i dojile dulje.

Antenatalni čimbenici vrijeme donošenja odluke o dojenju i namjeravano trajanje dojenja pokazali su se neovisnim prediktorima isključivog dojenja sa 6 mjeseci. To se razlikuje od istraživanja drugih autora koja nisu utvrdila prediktivnu ulogu ova dva čimbenika za isključivo i pretežito dojenje.^{58,59,105} Budući da su u ovom istraživanju majke s višim SOC-om bile sklonije ranoj odluci o dojenju i namjeravale doći dulje, rezultati upućuju na zaključak da su ova dva antenatalna čimbenika važni salutogeni čimbenici isključivog dojenja. Zabrinjavajuće je da je gotovo svaka peta majka bila neodlučna u vezi s namjeravanim trajanjem dojenja i imala jednaku šansu za isključivo dojenje kao i majke koje su namjeravale doći kratko. Ove je majke važno rano prepoznati i educirati o dojenju još tijekom trudnoće kako bi se povećala njihova motivacija i smanjila nerealna očekivanja u vezi s dojenjem.⁵³

5.3. Ograničenja i prednosti istraživanja

Pri interpretaciji dobivenih rezultata potrebno je navesti i neka ograničenja ovoga istraživanja. Glavno ograničenje odnosi se na nemogućnost generalizacije rezultata. Uzorak ispitanica koje su sudjelovale u ovom istraživanju nije reprezentativan za populaciju roditelja u Hrvatskoj. Međutim, validacija regresijskog modela predikcije isključivog dojenja pokazala je da bi rezultati trebali biti reprezentativni za populaciju žena iz Zagreba i Zagrebačke županije.

Uporaba upitnika za samopopunjavanje mogla je utjecati na točnost rezultata o učestalosti isključivog dojenja budući da je nacionalni podatak o stopi isključivog dojenja sa 6 mjeseci niži nego što su to izvijestile majke u ovom istraživanju. Uporabom upitnika za samopopunjavanje nastojala se izbjeći pristranost uslijed prikupljanja podataka metodom intervjua. Poznato je kako direktni kontakt sa zdravstvenim djelatnikom može utjecati na podatke i zbog pristranosti ispitivača, ako je to zdravstveni djelatnik kojemu je poznata hipoteza istraživanja, i zbog socijalno poželjnog odgovaranja ispitanika.^{106,107} Naime, majke su često sklone dati društveno poželjan odgovor o dojenju pogotovo zdravstvenom djelatniku kojega poznaju.¹⁰⁷ S druge strane, istraživanja pokazuju da je samoizvješće o preventivnom zdravstvenom ponašanju prilično točan odraz stvarnog ponašanja,^{108,109} a upitnike slične uporabljenom u ovom istraživanju koristili su i drugi istraživači.^{51,53,73,92} Podatci o isključivom dojenju, koji su u ovom istraživanju prikupljeni u dobi 1 i 6 mjeseci, ne govore o trajanju isključivog dojenja od rođenja već o trenutnom statusu, ali se smatraju dovoljno preciznima u opisu stanja u ispitivanoj populaciji.^{71,110} Majke su izvijestile i o trajanju ukupnog dojenja. Ovaj je parametar odabran jer se u ranijim istraživanjima pokazalo da su ti podatci pouzdani,^{106,111} za razliku od podataka koji se odnose na trajanje isključivog dojenja i vrijeme uvođenja dohrane kojih se majke netočno prisjećaju.^{51,110-112}

Ovdje se valja osvrnuti i na neke prednosti ovoga istraživanja. U istraživanje je bio uključen relativno velik broj ispitanica koje su prospektivno praćene tijekom 6 mjeseci. Iako je primaran cilj istraživanja bio ispitati povezanost isključivog dojenja i majčinog SOC-a, u istraživanje su uključene sve ispitanice koje su uspostavile dojenje u rodilištu, a ne samo majke koje su namjeravale isključivo dojiti, čime se nastojala izbjeći pristranost izbora. Nadalje, gubitak u praćenju ispitanica iznosio je samo 14%. Ispitanice izgubljene iz praćenja

bile su slabije obrazovane nego ispitanice koje su ostale u istraživanju, dok se u svim ostalim ispitivanim osobinama, uključujući i SOC i samoefikasnost dojenja, skupine nisu međusobno razlikovale.

S obzirom na to da je stopa dojenja u ovom istraživanju relativno visoka, što govori da se radi o populaciji koja je motivirana za dojenje, postojanje statistički značajne razlike u vrijednosti SOC-a u takvoj populaciji je dobar znak, jer bi u usporedbi s manje homogenom populacijom i uključivanjem rizičnih skupina (npr. majke koje nisu toliko motivirane za dojenje, slabije educirane majke, majke s nižim SOC-om) te razlike bile još značajnije. Također treba istaknuti da je istraživanje provedeno u populaciji gdje je promicanje dojenja u rodilištu dio rutinske skrbi za majku i dijete. Budući da se inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ provodi u svim hrvatskim rodilištima, od kojih je većina stekla ovaj naziv, razumijevanje uloge SOC-a, samoefikasnosti dojenja i ostalih ispitivanih psihosocijalnih osobina daje mogućnost primjene stečenih spoznaja na nacionalnom nivou.

5.4. Značenje dobivenih rezultata

Rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti za usmjeravanje javnozdravstvenih programa unapređenja dojenja na primjenu salutogenih principa u potpori dojenju u antenatalnom i postnatalnom razdoblju.

Majke s niskim SOC-om i niskom samoefikasnošću dojenja važno je prepoznati što ranije, već tijekom trudnoće ili najkasnije u rodilištu, jer imaju povećan rizik za rano odustajanje od isključivog dojenja. Malo je vjerojatno da će ove majke, jednom kad napuste rodilište, na vrijeme potražiti potrebnu stručnu pomoć i potporu u svom socijalnom okruženju. O tome govore i podatci da majke s niskim SOC-om najčešće odustaju od dojenja i isključivog dojenja upravo u prvih mjesec dana dojenačke dobi. Rano prepoznavanje majki s niskim SOC-om omogućilo bi zdravstvenim djelatnicima planiranje individualnog pristupa u potpori majkama, kako bi razvile sposobnosti da se uspješno suočavaju s teškoćama pri dojenju. Antenatalno bi razdoblje trebalo iskoristiti za izobrazbu budućih roditelja o dojenju i tako povećati spremnost majki (i njihovih partnera) za izazove dojenja. Dobro osmišljenim

programima edukacije koji se temelje na teoriji samoefikasnosti i principima učenja odraslih mogao bi se osnažiti osjećaj samoefikasnosti dojenja u majki, na što upućuju i rezultati prvih interventnih studija u ovom području.^{60,113,114}

Psihosocijalni aspekt potpore dojenju trebao bi postati sastavni dio programa „Rodilište - prijatelj djece“. Podatci da je samo 50% majki u rodilištu zadovoljno vlastitim iskustvom dojenja, da više od polovice izvješćuje o teškoćama pri dojenju i da dvostruko veći broj majki ima percepciju nedostatne količine mlijeka nego što je broj majki čija su novorođenčad dobila dohranu uslijed značajnog pada na tjelesnoj težini samo su neki od nalaza koji upućuju na potrebu individualnog pristupa majkama u potpori dojenju. Chalmers ističe kako promicanje dojenja u rodilištima kroz „10 koraka“ najčešće ne vodi računa o majčinim emocionalnim potrebama.¹¹⁵ Nadalje, kratko vrijeme boravka u rodilištu u poslijeporođajnom razdoblju (48 do 72 sata) u kombinaciji s velikim brojem porođaja često vodi stereotipnoj primjeni „10 koraka“.⁹⁹ Stoga ne čudi da i unatoč provođenju inicijative „Rodilište – prijatelj djece“ zdravstveni djelatnici često propuštaju identificirati i podržati majke koje su manje odlučne u dojenju ili koje imaju nerealna očekivanja u vezi s dojenjem.¹¹⁶ Budući da je iskustvo dojenja individualno, potpora zahtijeva prisutnost educiranog osoblja koje ima dovoljno vremena da odgovori na majčine osobne potrebe u vezi s dojenjem, poštivajući njezine ciljeve.^{94,117}

U kontekstu salutogeneze, zdravstveni djelatnici trebaju težiti partnerstvu s majkama i usredotočiti se na osnaživanje majčinih potencijala za isključivo dojenje.¹¹⁸ Aktivnosti potpore trebalo bi usmjeriti na sve tri komponente majčinog SOC-a. Primjerice, razumljivost bi bilo moguće osnažiti edukacijom o isključivom dojenju i teškoćama koje se mogu javiti tijekom laktacije te tako povećati svjesnost majki o važnosti isključivog dojenja i povećati realnost očekivanja u vezi s dojenjem. Savladivost bi bilo moguće osnažiti djelujući na majčino samopouzdanje u vezi s dojenjem i podupirući majke u nalaženju različitih izvora potpore za dojenje poput savjetnica za dojenje, patronažnih sestara, liječnika, uključivanje u rad grupa za potporu dojenja, potpora bliskih članova obitelji i prijateljica itd. Smislenost bi bilo moguće osnažiti emocionalnom potporom kroz empatiju, potvrđivanje i ohrabrenje majki za dojenje te izbjegavanjem stvaranja osjećaja pritiska za dojenje ili osjećaja krivnje ako majka ne može ili ne želi dojiti.

U svakodnevnoj kliničkoj praksi primjena Skale za mjerenje samoefikasnosti dojenja i Skale za mjerenje osjećaja koherentnosti može pomoći zdravstvenim djelatnicima u prepoznavanju majki kojima je potrebna dodatna potpora dojenju. Primjena ovih skala mogla bi pomoći i zdravstvenim djelatnicima izvan rodilišta (patronažnim sestrama, liječnicima) ne samo u prepoznavanju majki kojima je potrebna dodatna pomoć i potpora, nego i u praćenju učinkovitosti potpore.

6. ZAKLJUČCI

1. Majčin osjećaj koherentnosti povezan je s isključivim dojenjem. U majki koje isključivo doje utvrđene su više vrijednosti SOC-a, mjenog u neposrednom poslijeporođajnom razdoblju, nego u majki koje dojenče hrane drugim načinima (djelomično doje ili ne doje). Opažene razlike u vrijednosti SOC-a pokazale su se značajnima u rodilištu te 1 i 6 mjeseci nakon porođaja. Ovo je istraživanje potvrdilo hipotezu o povezanosti SOC-a s isključivim dojenjem u prvih 6 mjeseci nakon porođaja.

2. Ovo je istraživanje prvi put kvantificiralo odnos između SOC-a i različitih načina prehrane dojenčeta u prvih šest mjeseci života. Utvrđena je značajna razlika u SOC-u između skupina majki koje su 1 mjesec nakon porođaja isključivo dojile i onih koje su dojile djelomično ili nisu dojile, dok se posljednje dvije skupine međusobno nisu razlikovale. Nije nađena razlika između skupina majki koje su 6 mjeseci nakon porođaja isključivo i djelomično dojile, dok su se ostale skupine međusobno razlikovale.

3. Stopa isključivog dojenja na ukupnom uzorku ispitanica iznosila je 80,4% u rodilištu, 73,9% s 1 mjesec i 25,2% sa 6 mjeseci. Prevalencija isključivog dojenja 1 mjesec nakon porođaja iznosila je 80,1% u majki s visokim SOC-om i 64,8% u majki s niskim SOC-om, dok je 6 mjeseci nakon porođaja iznosila 32,4% u majki s visokim SOC-om i 17,9% u majki s niskim SOC-om.

4. S porastom stupnja majčinog SOC-a od niskog prema srednjem i visokom opaženo je značajno povećanje udjela isključivog dojenja za 15,3% jedan mjesec nakon porođaja i 14,5% šest mjeseci nakon porođaja. S porastom stupnja SOC-a opaženo je smanjenje udjela nedojenja za 9,2% i djelomičnog dojenja za 6% jedan mjesec nakon porođaja te smanjenje udjela nedojenja za 19,6%, i povećanje udjela djelomičnog dojenja za 5,1% šest mjeseci nakon porođaja.

5. Opažena je značajna razlika u stupnju SOC-a s obzirom na majčinu dob i stupanj izobrazbe, vrijeme donošenja odluke o dojenju, namjeravano trajanje dojenja, percipiranu potporu za dojenje u rodilištu i samoeфикаsnosti dojenja. Visok stupanj SOC-a češće su izvijestile starije i

bolje obrazovane majke, majke koje su o dojenju odlučile rano (tijekom trudnoće) i koje su namjeravale dojiti dulje od 6 mjeseci, majke s percepcijom snažne potpore zdravstvenih djelatnika u rodilištu te majke s visokom samoeфикасношću dojenja.

6. Majke prvotkinje i višerotkinje nisu se razlikovale s obzirom na stupanj SOC-a. Nije utvrđena razlika u stupnju SOC-a s obzirom na percipiranu potporu bliskih osoba (supruga, majčine majke, prijateljice), te prisutnost teškoća pri dojenju u rodilištu i prvih 6 mjeseci nakon porođaja.

7. Visok SOC ima zaštitnu ulogu za trajanje isključivog dojenja. Majke sa srednjim stupnjem SOC-a imale su 1,7 puta veću šansu za isključivo dojenje 1 mjesec nakon porođaja, a majke s visokim stupnjem SOC-a imaju 2,2 puta veću šansu za isključivo dojenje 1 i 6 mjeseci nakon porođaja u jednofaktorskoj regresijskoj analizi.

8. Neovisni su prediktori isključivog dojenja s 1 mjesec majčina dob, namjeravano trajanje dojenja i samoeфикасноst dojenja, dok su neovisni prediktori isključivog dojenja sa 6 mjeseci majčina dob, stupnj izobrazbe, vrijeme donošenja odluke o dojenju i samoeфикасноst dojenja. Prediktivna uloga SOC-a za isključivo dojenje s 1 i 6 mjeseci utvrđena je u interakciji sa samoeфикасношću dojenja. SOC i samoeфикасноst dojenja su dva salutogena konstrukta povezana s isključivim dojenjem.

9. Antenatalni čimbenici vrijeme odluke o dojenju i namjera o trajanju dojenja te samoeфикасноst dojenja salutogeni su čimbenici isključivog dojenja.

10. SOC nije sasvim stabilan. Uzimajući u obzir samo promjene veće od 10% u odnosu na vrijednosti SOC-a mjenog u rodilištu, vrijednosti SOC-a nakon 6 mjeseci su se značajno promijenile, a najveći porast SOC-a je opažen u majki s početno niskim stupnjem SOC-a. Navedene promjene u SOC-u nisu povezane s trajanjem isključivog dojenja.

7. SAŽETAK

Ciljevi: Ispitati povezanost između majčinog osjećaja koherentnosti (SOC) i isključivog dojenja te utvrditi prediktivnu ulogu SOC-a za trajanje i isključivost dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja.

Metode: U prospektivnoj kohortnoj studiji sudjelovale su 772 majke zdrave dojenčadi iz Zagreba i Zagrebačke županije koje su rodile u „Rodilištu - prijatelj djece“ u Kliničkoj bolnici Sveti Duh u Zagrebu. Majke su u rodilištu ispunile upitnik koji sadržava demografske podatke (dob majke, stupanj izobrazbe, broj djece), psihosocijalne osobine majki (odluka o dojenju, namjranje trajanje dojenja, pecipirana socijalna potpora dojenju), skraćenu verziju Skale za mjerenje osjećaja koherentnosti (SOC-23) i Skalu za mjerenje samoefikasnosti dojenja (BSES-SF). Podatci o načinu prehrane dojenčeta prikupljeni su u rodilištu te 1 i 6 mjeseci nakon porođaja upitnikom za samopopunjavanje. Za provjeru prediktora isključivog dojenja korištena je višefaktorska logistička regresijska analiza.

Rezultati: Vrijednost SOC-a značajno se razlikovala između majki koje su isključivo dojile i majki koje su hranile dojenče drugim načinima 1 mjesec nakon porođaja (medijan: 122, IQR 109-132 vs medijan 115, IQR 100,5-126, $p = 0,002$) i 6 mjeseci nakon porođaja (medijan: 124, IQR 111-134 vs median 118, IQR 105-130, $p = 0,005$). U usporedbi s majkama s niskim SOC-om, majke sa srednjim i visokim SOC-om imale su 1,67 (95% CI 1,12-2,50) i 2,19 (95% CI 1,31-3,65) puta veću vjerojatnost za isključivo dojenje s 1 mjesec, a majke s visokim SOC-om imale su 2,20 (95% CI 1,27-3,81) puta veću vjerojatnost za isključivo dojenje sa 6 mjeseci u bivarijatnoj analizi. Majčina dob, planirano trajanje dojenja i SOC (u majki s visokom samoefikasnošću dojenja) neovisni su prediktori isključivog dojenja 1 i 6 mjeseci nakon porođaja.

Zaključak: Majčin SOC je važna psihosocijalna odrednica isključivog dojenja u prvih 6 mjeseci nakon porođaja.

8. SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN MOTHERS' SENSE OF COHERENCE AND EXCLUSIVE BREASTFEEDING

Objectives: To investigate the relationship between mothers' sense of coherence (SOC) and exclusive breastfeeding (EBF) at 1 and 6 months postpartum.

Methods: A prospective cohort study was conducted in Zagreb, Croatia on a sample of 772 mothers recruited from a Baby Friendly Hospital. In-hospital mothers completed questionnaires that included the shorter version of Antonovsky's SOC scale (SOC-23), The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), and selected demographic and psychosocial data. The follow-up questionnaires were administered to mothers at 1 and 6 months postpartum to determine their infant feeding method. A multivariate logistic regression was used to examine factors associated with EBF at 1 and 6 months.

Results: SOC scores significantly differed between the mothers who at 1 month postpartum were EBF compared to non-EBF (median 122, IQR 109-132 vs. median 115, IQR 100.5-126.5; $p = 0.002$) and between the mothers who at 6 months postpartum were EBF compared to non-EBF (median 124, IQR 111-134 vs. median 118, IQR 105-130; $p = 0.005$). As compared to mothers with low SOC, mothers with moderate and high SOC score were 1.67 (95% CI 1.12-2.50) and 2.19 (95% CI 1.31-3.65) more likely to exclusively breastfeed at 1 month, and mothers with high SOC score were 2.20 (95% CI 1.27-3.81) more likely to exclusively breastfeed at 6 months postpartum in bivariate analyses. Maternal age, planned duration of breastfeeding and SOC (in mothers with high BSES-SF scores) independently predicted EBF at both 1 and 6 months postpartum.

Conclusion: The data indicate that mothers' SOC is an important psychosocial determinant of breastfeeding duration and exclusivity at 1 and 6 months postpartum.

9. LITERATURA

1. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int* 2008;23:190-9.
2. Pavlekovic G, Donev D, Zaletel Kragelj L. Concepts and principles in health promotion. U: Donev D, Pavleković G, Zaletel Kragelj L, ur. Health promotion and disease prevention. Skopje: Hans Jacobs Publishing Company; 2007, str. 5-14.
3. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
4. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Commun Health* 2005;59:440-2.
5. Lazarus LS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
6. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:376-81.
7. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:460-6.
8. Kardum I, Hudek-Knežević J, Kola A. Odnos između osjećaja koherentnosti, dimenzija petofaktorskog modela ličnosti i subjektivnih zdravstvenih ishoda. *Psihologijske teme* 2005;14:79-94.
9. Lacković-Grgin K, Penezić Z, Nekić M, Dadić J. Neke psihološke značajke osoba oboljelih od raka. *Med Jad* 2002;32:97-106.
10. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *ScientificWorldJournal* 2005;5:767-76.
11. Nabi H, Vahtera J, Singh-Manoux A, Pentti J, Oksanen T, Gimeno D, Elovainio M, Virtanen M, Klaukka T, Kivimaki M. Do psychological attributes matter for adherence to antihypertensive medication? The Finnish Public Sector Cohort Study. *J Hypertens* 2008;26:2236-43.
12. Freire MC, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:204-12.

13. Mattila ML, Rautava P, Honkinen PL, Ojanlatva A, Jaakkola S, Aromaa M, Suominen S, Helenius H, Sillanpää M. Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatr* 2011;100:1590-5.
14. Wainwright NW, Surtees PG, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA. Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *J Epidemiol Community Health* 2007;61:871-6.
15. Myrin B, Lagerström M. Health behaviour and sense of coherence among pupils aged 14-15. *Scand J Caring Sci* 2006;20:339-46.
16. Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, Lindahl B, Johansson I. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutr J* 2005; 28:4:9.
17. Honkinen PL, Suominen SB, Välimaa RS, Helenius HY, Rautava PT. Factors associated with perceived health among 12-year-old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scand J Public Health* 2005;33:35-41.
18. Spencer N, Colomer C, Alperstein G, Bouvier P, Colomer J, Duperrex O, et al. Social paediatrics. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:106-8.
19. Cederblad M, Danhil L, Hagnell O, Hansson K. Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:1-11.
20. Volanen SM, Lahelma E, Silventoinen K, Suominen S. Factors contributing to sense of coherence among men and women. *Eur J Public Health* 2004;14:322-30.
21. Lagerberg D, Magnusson M, Sundelin C. Child health services in transition: II. Mothers' perceptions of 18-month-old children in the light of socio-economic status and some subjective factors. *Acta Paediatr* 2005;94:337-44.
22. Al-Yagon M. Maternal personal resources and children's socioemotional and behavioral adjustment. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008;39:283-98.
23. Sjöström H, Langius-Eklöf A, Hjertberg R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1112-8.

24. Sekizuka N, Sakai A, Shimada K, Tabuchi N, Kameda Y, Nakamura H. Low serum secretory immunoglobulin A level and sense of coherence score at an early gestational stage as indicators for subsequent threatened premature birth. *Environ Health Prev Med* 2009;14:276-83.
25. Oz Y, Sarid O, Peleg R, Sheiner E. Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:29-33.
26. Abrahamsson A, Ejlertsson G. A salutogenic perspective could be of practical relevance for the prevention of smoking amongst pregnant women. *Midwifery* 2002;18:323-31.
27. Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics* 2004;114:e577-83.
28. Gross RS, Fierman AH, Mendelsohn AL, Chiasson MA, Rosenberg TJ, Scheinmann R, et al. Maternal perceptions of infant hunger, satiety, and pressuring feeding styles in an urban Latina WIC population. *Acad Pediatr* 2010;10:29-35.
29. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Association of breastfeeding intensity and bottle-emptying behaviors at early infancy with infants' risk for excess weight at late infancy. *Pediatrics* 2008;122 (Supl 2):S77-84.
30. Burnier D, Dubois L, Girard M. Exclusive breastfeeding duration and later intake of vegetables in preschool children. *Eur J Clin Nutr* 2011;65:196-202.
31. Ray C, Suominen S, Ross E. The role of parents' sense of coherence in irregular meal pattern and food intake pattern of children aged 10-11 in Finland. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:1005-9.
32. Borrmann B, Schucking B. Effects of breastfeeding on somatic complaints and SOC score of mothers. *J Maternal Fetal Neonat Med* 2006;19 (Supl 1):141.
33. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
34. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caufield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008;371:243-60.

35. UNICEF. Progress for children: a world fit for children. Statistical Review No 6. New York: UNICEF; 2007.
36. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
37. Chantry CJ, Howard CR, Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics* 2006;117:425-32.
38. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva: WHO; 2007.
39. Jonas W, Nissen E, Ransjö-Arvidson AB, Wiklund I, Henriksson P, Uvnäs-Moberg K. Short- and long-term decrease of blood pressure in women during breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:103-9.
40. Krause KM, Lovelady CA, Peterson BL, Chowdhury N, Østbye T. Effect of breastfeeding on weight retention at 3 and 6 months postpartum: data from the North Carolina WIC Programme. *Public Health Nutr* 2010;13:2019-26.
41. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, Stuebe A, McClure CK, Van Den Eeden SK, et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *Am J Med* 2010;123:863.e1-6.
42. Mezzacappa ES, Kelsey RM, Katkin ES. Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *J Psychosom Res* 2005;58:351-65.
43. Thome M, Alder EM, Ramel A. A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress? *Int J Nurs Stud* 2006;43:11-20.
44. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125:e1048-56.
45. Bolling K, Grant C, Hamlyn B, Thorton A. Infant Feeding Survey 2005. Dostupno na: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/ifs06/2005%20Infant%20Feeding%20Survey%20%28final%20version%29.pdf> (citirano 16.8.2012.)
46. Statistics Canada. Breastfeeding, 2009. Dostupno na: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11269-eng.htm> (citirano 16.8.2012.)
47. Grgurić J, ur. Istraživanje znanja i stavova roditelja o prehrani i najčešćim zdravstvenim problemima djece u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Graf - His; 1997.

48. Batinica M, Pavičić Bošnjak A. Aktualno stanje prirodne prehrane u gradu Zagrebu. *Paediatr Croat* 2004;48(Supl 2):65-6.
49. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2011, str. 10.
50. Grgurić J, Pavičić Bošnjak A, Stanojević M, Zakanj Z, ur. Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište-prijatelj djece“. Zagreb: UNICEF Ured za Hrvatsku; 2007.
51. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-8.
52. Pavičić Bošnjak A, Batinica M, Hegeduš-Jungvirth M, Grgurić J, Božikov J. The effect of Baby Friendly Hospital Initiative and postnatal support on breastfeeding rates – Croatian experience. *Coll Anthropol* 2004;28:235-43.
53. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health* 2004;32:210-6.
54. Pavicic Bosnjak A, 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;37:185-92.
55. Marinović Guić M. Stavovi trudnica prema dojenju; korelacija sa započinjanjem i duljinom dojenja nakon porođaja (magistarski rad). Split: Medicinski fakultet Split; 2007, str. 49.
56. Coutinho SB, Cabral de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005;366:1094-100.
57. Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2009; 29:4:11.
58. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs* 2008;63:397-408.
59. Semenic S, Loisele C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health* 2008;31:428-41.
60. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:734-44.

61. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
62. Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud* 2007;44:1439-46.
63. McCarter-Spaulding DE, Dennis CL. Psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a sample of Black women in the United States. *Res Nurs Health* 2010;33:111-9.
64. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:546-55.
65. Hegney D, Fallon T, O'Brien ML. Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. *J Clin Nurs* 2008;17:1182-92.
66. Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2010;6:201-19.
67. Juodienė D. Relations between mother's sense of coherence and mother's coherence with a baby. Master Thesis. Dostupno na http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2007~D_20070803.113139-62215/DS.010.1.01.ABSTR (citirano 16.8.2012.)
68. Dudek B, Makowska Z. Psychometric characteristics of the orientation to life questionnaire for measuring the sense of coherence. *Polish Psychological Bulletin* 1993;24:309–18.
69. Skraćena verzija skale za mjerenje osjećaja koherentnosti (SOC). U: Lacković-Grgin K, Proroković A, Čubela V, Penezić Z, ur. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Zadar: Filozofski fakultet u Zadru; 2002, str. 8-11.
70. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO/CDD/SER/91.14. Geneva: World Health Organization; 1991.
71. Aarts C, Kylberg E, Hörnell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *Int J Epidemiol* 2000;29:1041-6.

72. Pavičić Bošnjak A, Batinica M. Rezultati promicanja dojenja u skupinama za potporu dojenju na području Međimurja. *Paediatr Croat* 2004;48:197-202.
73. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr* 2010;13:2087-96.
74. National Board of Health and Welfare. Breastfeeding, children born 2006. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8711/2008-125-12_200812512_rev.pdf (citirano 16.8.2012.)
75. Wen LM, Baur LA, Rissel C, Alperstein G, Simpson JM. Intention to breastfeed and awareness of health recommendations: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. *Int Breastfeed J* 2009;4:9.
76. Hoddinott P, Craig LC, Britten J, McInnes RM. A serial qualitative interview study of infant feeding experiences: idealism meets realism. *BMJ Open* 2012;2:e000504.
77. Agostoni C, Desci T, Fewtrell M, Goulet O, Kolaček S, Koletzko B et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr* 2008;154:99-110.
78. Kolaček S, Barbarić I, Despot R, Dujšin M, Jelić N, Hegeduš-Jungvirth M, et al. Preporuke za prehranu zdrave dojenčadi: stavovi Hrvatskog društva za dječju gastroenterologiju, hepatologiju i prehranu. *Paediatr Croat* 2010;54:53-6.
79. Hamilton K, Daniels L, Murray N, White KM, Walsh A. Mothers' perceptions of introducing solids to their infant at six months of age: identifying critical belief-based targets to promote adherence to current infant feeding guidelines. *J Health Psychol* 2012;17:121-31.
80. Tatone-Tokuda F, Dubois L, Girard M. Psychosocial determinants of the early introduction of complementary foods. *Health Educ Behav* 2009;36:302-20.
81. Sekizuka N, Nakamura H, Shimada K, Tabuchi N, Kameda Y, Sakai A. Relationship between sense of coherence in final stage of pregnancy and postpartum stress reactions. *Environ Health Prev Med* 2006;11:199-205.
82. Almedom AM, Teclemichael T, Romero LM, Alemu Z. Postnatal salivary cortisol and sense of coherence (SOC) in Eritrean mothers. *Am J Hum Biol* 2005;17:376-9.
83. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131:3012S-5S.

84. Ueda T, Yokoyama Y, Irahara M, Aono T. Influence of psychological stress on suckling induced pulsatile oxytocin release. *Obstet Gynecol* 1994;84: 259-62.
85. Uvnäs-Moberg K, Widström AM, Nissen E, Björvell H. Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990;11:261-73.
86. Mezzacappa ES, Katkin ES. Breast-feeding is associated with reductions in perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol* 2002;21:187-93.
87. Sheinkopf SJ, Lester BM, LaGasse LL, Seifer R, Bauer CR, Shankaran S, et al. Interactions between maternal characteristics and neonatal behavior in the prediction of parenting stress and perception of infant temperament. *J Pediatr Psychol* 2006;31:27-40.
88. Rieger M, Pirke KM, Buske-Kirschbaum A, Wurmser H, Papousek M, Hellhammer DH. Influence of stress during pregnancy on HPA activity and neonatal behavior. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1032:228-30.
89. Lau C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:221-34.
90. O'Brien ML, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. Strategies for success: a toolbox of coping strategies used by breastfeeding women. *J Clin Nurs* 2009;18:1574-82.
91. Ystrom E, Niegel S, Klepp KI, Vollrath ME. The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Pediatr* 2008;152:68-72.
92. Britton JR, Britton HL. Maternal self-concept and breastfeeding. *J Hum Lact* 2008;24:431-8.
93. Nel DJ, Crafford A, Roodt G. The relationship between sense of coherence and goal setting. *SA Journal of Industrial Psychology* 2004;30:46-55.
94. Thomson G, Dykes F. Women's sense of coherence related to their infant feeding experiences. *Matern Child Nutr* 2011;7:160-74.
95. Pavicic Bosnjak A, Rumboldt M, Stanojevic M, Dennis CL. Psychometric Assessment of the Croatian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *J Hum Lact* 2012 [Epub ahead of print] DOI: 10.1177/0890334412456240

96. Schluter PJ, Carter S, Percival T. Exclusive and any breastfeeding rates of Pacific infants in Auckland: Data from the Pacific Islands Families First Two Years of Life Study. *Public Health Nutr* 2006;9:692–9.
97. Sacco LM, Caulfield LE, Gittelsohn J, Martinez H. The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. *J Hum Lact* 2006;22:277-86.
98. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122 (Suppl 2):S69-76.
99. Rudman A, El-Khoury B, Waldenström U. Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery* 2008;24:425-41.
100. Skärsäter I, Langius A, Agren H, Häggström L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *Int J Ment Health Nurs* 2005;14:258-64.
101. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: a longitudinal panel survey. *Int J Nurs Stud* 2009;46:830-7.
102. Hildingsson I, Tingvall M, Rubertsson C. Partner support in the childbearing period - a follow up study. *Women Birth* 2008;21:141-8.
103. Zakarija-Grkovic I, Segvic O, Bozinovic T, Cuze A, Lozancic T, Vuckovic A, et al. Hospital Practices and Breastfeeding Rates before and after the UNICEF/WHO 20-Hour Course for Maternity Staff. *J Hum Lact* 2012;28:389-99.
104. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics* 2011;128:1117-25.
105. Gijsbers B, Mesters I, Knottnerus JA, van Schayck CP. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. *Health Educ Res* 2008;23:158-69.
106. Gillespie B, d'Arcy H, Schwartz K, Bobo JK, Foxman B. Recall of age of weaning and other breastfeeding variables. *Int Breastfeed J* 2006;1:4.
107. Agampodi SB, Fernando S, Dharmaratne SD, Agampodi TC. Duration of exclusive breastfeeding; validity of retrospective assessment at nine months of age. *BMC Pediatr* 2011;11:80.

108. Molt RW, McAuley E, DiStefano C. Is social desirability associated with self-reported physical activity? *Prev Med* 2005;40:735-9.
109. Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Cullen KW, Thompson DI. Social desirability is associated with some physical activity, psychosocial variables and sedentary behavior but not self-reported physical activity among adolescent males. *Health Educ Res* 2007;22:438-49.
110. Bland RM, Rollins NC, Solarsh G, Van den Broeck J, Coovadia HM; Child Health Group. Maternal recall of exclusive breast feeding duration. *Arch Dis Child* 2003;88:778-83.
111. Cupul-Uicab LA, Gladen BC, Hernández-Avila M, Longnecker MP. Reliability of reported breastfeeding duration among reproductive-aged women from Mexico. *Matern Child Nutr* 2009;5:125-37.
112. Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev* 2005;63:103-10.
113. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis CL, Price I. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes. *Health Educ Behav* 2009;36:250-8.
114. 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;40:35-46.
115. Chalmers B. The baby friendly hospital initiative: where next? *BJOG* 2004;111:198-9.
116. Rudman A, Waldenström U. Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC Health Serv Res* 2007;7:178.
117. Sheehan A, Schmied V, Barclay L. Complex decisions: theorizing women's infant feeding decisions in the first 6 weeks after birth. *J Adv Nurs* 2010;66:371-80.
118. Grgurić J, Zakanj Z. Partnerstvo – ključ unapređenja zdravlja. *Paediatr Croat* 2008;52(Supl 1):3-5.

10. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 26.06.1967. godine u Čakovcu, Republika Hrvatska. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu sam upisala u školskoj godini 1985/86., a diplomirala 1991. godine. Pripravnički staž obavila sam u Medicinskom centru Čakovec. Radila sam na Dječjem odjelu Županijske bolnice u Čakovcu od 1993. godine. Specijalistički ispit iz pedijatrije sam položila 1998. godine. Od 2002. do 2007. godine radila sam na Odsjeku za neonatologiju Klinike za ginekologiju i porodništvo Kliničke bolnice Merkur u Zagrebu, a od 16.4.2007. zaposlena sam na Odjelu za neonatologiju, Klinike za ginekologiju i porodništvo Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu. Voditeljica sam Laktacijske ambulante pri Klinici za ginekologiju i porodništvo KB „Sveti Duh“ od 2008. godine.

Završila sam poslijediplomski studij *Zaštita majke i djeteta* (1995/96.) te znanstveni poslijediplomski studij *Biomedicina i zdravstvo* (2002/03.) pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Magistarski rad pod naslovom “Komparativna studija čimbenika koji utječu na dužinu dojenja u grupama za potporu dojenju u odnosu na kontrolnu skupinu u Međimurskoj županiji” obranila sam pred Povjerenstvom Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 2005. godine i stekla znanstveni stupanj magistra znanosti.

Završila sam poslijediplomski tečaj *Ultrazvuk u dijagnostici ranog oštećenja mozga* (2003.) i *Ultrazvuk sustava za kretanje* (2004.), tečaj *Mother and Child Health* u Salzburgu (2005.), *Tečaj neurorazvojne terapije-Bobath za liječnike* (2005.), te nekoliko stručnih poslijediplomskih tečajeva I. kategorije. U 2007. godini sam položila međunarodni ispit za IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant) i stekla naziv savjetnice za dojenje s međunarodnim certifikatom.

Od 1996. godine aktivno sam uključena u provedbu UNICEF-ovog programa *Promicanje dojenja u Republici Hrvatskoj*. U Londonu sam 1999. godine pohađala jednomjesečnu edukaciju *Certificate course in Breastfeeding: Practice and Policy*. Od 2003. do 2005. godine sam članica Komisije za promicanje dojenja Hrvatskog pedijatrijskog društva. Od 2007. godine sam službeni konzultant UNICEF-a, Ureda za Republiku Hrvatsku,

radim na projektu *Rodilišta-prijatelji djece* i koordinator sam programa *Potpore zajednice dojenja*. Član sam Povjerenstva za zaštitu i promicanje dojenja Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske od 2007. godine.

Publicirala sam 46 stručnih i znanstvenih radova, od kojih su tri rada objavljena u časopisima indeksiranim u Current Contents te dva rada objavljena u časopisima indeksiranim u SCI Expanded. Suautor sam knjige „Dojenje - zdravlje i ljubav“, autor priručnika „Grupe za potporu dojenja – priručnik za voditeljice grupa“ i poglavlja u drugim priručnicima te suurednik dvaju priručnika. Recenzent sam u časopisima: Paediatrica Croatica, Croatian Medical Journal, Liječnički Vjesnik, Pediatrics International. Aktivno sam sudjelovala na većem broju znanstvenih skupova u zemlji i inozemstvu. Suvoditeljica sam i predavač na poslijediplomskom tečaju stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu „Promicanje dojenja za zdravstvene djelatnike“ (2007., 2009.-2011.), te predavač na poslijediplomskom tečaju I. kategorije s međunarodnim sudjelovanjem „Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju“ pri Medicinskom fakultetu u Splitu (2007.-2012.). Članica sam Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog pedijatrijskog društva, Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu, Academy of Breastfeeding Medicine i International Lactation Consultant Association. Od 2011. godine obnašam dužnost koordinatorice za Hrvatsku pri Međunarodnom odboru za certificiranje savjetnica za dojenje (International Board of Lactation Consultant Examiners). Dopredsjednica sam Hrvatske udruge grupa za potporu dojenja i Hrvatske udruge IBCLC savjetnica za dojenje i jedna od članica-osnivača ovih udruga.

11. PRILOZI

PRILOG 1. PISANA SUGLASNOST ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

1. Ime i prezime ispitanika _____
2. Datum rođenja ispitanika _____
3. Adresa: _____
4. Telefon/mobitel: _____
5. Ime i adresa ustanove u kojoj se vrši istraživanje: Klinička bolnica «Sveti Duh» Zagreb, Sveti Duh 64, Zagreb
6. Naziv istraživanja: „Povezanost osjećaja koherentnosti majki i isključivog dojenja“
7. Izjava ispitanika

Potpisom izjavljujem da sam razumjela metodu pretrage. U vezi s time imam ću:

I. Određenu korist: savjetovanje u vezi s dojenjem i moguće dulje trajanje dojenja.

II. Određene nevolje: vrijeme potrebno za popunjavanje upitnika.

Razumijem da je moje sudjelovanje u istraživanju potpuno dobrovoljno i mogu ga prekinuti u bilo koje vrijeme, bez navođanja razloga i bez ikakvih posljedica po zdravstvenom ili pravnom pitanju.

Obaviještena sam da će rezultati ovog istraživanja poslužiti napretku medicinskog znanja. Razumijem da mojoj medicinskoj dokumentaciji imaju pristup samo odgovorni pojedinci - medicinski djelatnici, 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, te anonimno objavljivanje podataka u pisanim znanstvenim radovima i usmenim izlaganjima pred medicinskom znanstvenom javnošću.

Potpis ispitanika _____

Zagreb, dana _____

Postupak Obavijesti ispitanika o istraživanju i Pisane suglasnosti ispitanika vodila mr.sc. Anita Pavičić Bošnjak, dr. med.

PRILOG 2. UPITNIK U RODILIŠTU

2.1. OPĆI DIO

Molim odgovorite na pitanja i zaokružite samo jedan odgovor.

1. Koliko imate godina? _____

2. Koji je najveći stupanj Vašeg obrazovanja? Završili ste:

1. osnovnu školu
2. srednju školu
3. višu školu
4. fakultet

3. Odaberite iznos koji odgovara ukupnim prihodima Vašeg kućanstva tijekom prošlog mjeseca (prihodi Vas, partnera i ostalih ukućana zajedno):

1. od 0 do 2000 kuna
2. od 2001 do 4000 kuna
3. od 4001 do 7000 kuna
4. 7001 i više kuna

4. Koliko imate djece, računajući i dijete koje je sada rođeno?

_____ dijete /djece

5. Ako već imate dijete ili djecu, koliko ste dugo dojili Vaše prethodno dijete?

(Ako ste prvorotkinja, molim preskočite ovo pitanje i nastavite odgovarati na pitanja koja slijede.)

1. prethodno dijete sam dojila _____ (upišite tjedne ili mjesece ili godine)
2. prethodno dijete nisam dojila

2.2. UPITNIK O DOJENJU

Molim zaokružite samo jedan odgovor uz svako postavljeno pitanje ili više odgovora ako je tako naznačeno.

1. Kada ste odlučili da će te dojiti ovo dijete?

1. prije trudnoće
2. tijekom trudnoće
3. neposredno u vrijeme/nakon porođaja

2. Koliko dugo namjeravate dojiti ovo dijete?

1. do 3 mj.
2. 3-6 mj.
3. 7-11 mj.
4. 12 i više mj.
5. ne znam

3. Jeste li Vi bili dojeni?

1. da
2. ne
3. ne znam

4. Je li Vaš suprug/otac djeteta prisustvovao porođaju djeteta?

1. da
2. ne

5. Molim Vas da ocjenite koliko su Vam zdravstveni djelatnici pomogli oko dojenja tijekom boravka u rodilištu tako da zaokružite broj od 1 do 5 na ljestvici odgovora uz svako pitanje.

Molim zaokružite samo jedan broj na ljestvici uz svako pitanje, pri čemu su značenja brojeva sljedeća:

- 1 = uopće se ne slažem
- 2 = ne slažem se
- 3 = niti se slažem, niti se ne slažem
- 4 = slažem se
- 5 = potpuno se slažem

	Uopće se ne slažem				Potpuno se slažem
1. Dobila sam dovoljno informacija o dojenju.	1	2	3	4	5
2. Zdravstveni djelatnici su mi pomogli oko namještanja djeteta na prsa svaki puta kad sam to tražila.	1	2	3	4	5
3. Potpora i savjeti sestara i liječnika su mi pomogli da budem uspješnija u dojenju i da svladam poteškoće.	1	2	3	4	5

6. Jeste li tijekom dojenja imali kakve poteškoće? Ako je odgovor „da“, zaokružite odgovor uz poteškoću koju ste imali. Moguće je više odgovora.

1. ne

2. da:

- a) bolna bradavica, bez vidljivog crvenila i oštećenja
- b) crvena i bolna bradavica
- c) crvena i bolna bradavica s oštećenjem (ragada) koja krvari
- d) zastojna dojka (dojka je uvećana i tvrda, koža je sjajna, bez vidljivog crvenila, može biti praćeno povišenom tjelesnom temperaturom)
- e) previše mlijeka
- f) premalo mlijeka
- g) imala sam poteškoće s pravilnom tehnikom stavljanja na prsa
- h) podoj traje jako dugo
- i) nešto drugo: _____

HVALA NA VAŠEM SUDJELOVANJU!

2.3. SKRAĆENA VERZIJA SKALE ZA MJERENJE OSJEĆAJA KOHERENTNOSTI

(engl. *Sense of coherence scale, SOC*; autor originalne skale: Antonovsky Aaron, 1987. Prilagodili za uporabu u Hrvatskoj Lacković-Grgin i Buntić-Pejaković, 2002.)

Pred Vama je niz pitanja koja se odnose na različite aspekte života. Svako pitanje ima sedam mogućih odgovora. Molimo Vas da označite broj koji najbolje izražava Vaše osjećaje uzimajući u obzir da su brojevi 1 i 7 ekstremni odgovori. Npr. ako Vaše mišljenje najbolje odražava tekst uz broj 7, zaokružite ga. Ako procjenjujete drugačije, zaokružite broj koji najbolje izražava Vaše osjećaje.

Molimo Vas da na svako pitanje odgovorite samo jednim odgovorom.

1. Imate li osjećaj da Vas drugi ljudi ne razumiju kad im nešto govorite?

nikada nemam taj osjećaj	1	2	3	4	5	6	7	uvijek imam taj osjećaj
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

2. Je li Vam se dogodilo da su Vas razočarali ljudi na koje ste računali?

nikada	1	2	3	4	5	6	7	to se uvijek dogodi
--------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

3. Život je:

prepun zanimljivosti	1	2	3	4	5	6	7	potpuna rutina
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

4. Ranije je Vaš život bio:

bez jasnog cilja i smisla	1	2	3	4	5	6	7	s jasnim ciljem i smislom
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

5. Mislite li da se prema Vama nepošteno postupa?

vrlo često	1	2	3	4	5	6	7	vrlo rijetko ili nikada
------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

6. Većina stvari koje ćete raditi u budućnosti vjerojatno će biti:

potpuno očaravajuće	1	2	3	4	5	6	7	strašno dosadne
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. Imate li osjećaj da u nepoznatoj situaciji ne znate što činiti?

vrlo često	1	2	3	4	5	6	7	vrlo rijetko ili nikada
------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

8. Što najbolje opisuje Vaše viđenje života?

uvijek se mogu pronaći rješenja za bolne stvari u životu 1 2 3 4 5 6 7 nema rješenja za bolne stvari u životu

9. Kad razmišljate o svom životu, vrlo često:

osjećate kako je dobro biti živ 1 2 3 4 5 6 7 pitate se zašto uopće živite

10. Kad se suočite s teškim problemom, odabir rješenja je:

uvijek zbunjujući i teško ga je pronaći 1 2 3 4 5 6 7 uvijek u potpunosti jasan

11. Obavljanje svakodnevnih stvari Vam predstavlja:

izvor ugone i zadovoljstva 1 2 3 4 5 6 7 izvor boli i dosade

12. Kad se u prošlosti nešto neugodno dogodilo, Vi ste bili skloni:

osjećati se veoma uznemireno zbog toga 1 2 3 4 5 6 7 reći „Što je tu je i moram živjeti s tim“ te krenuti dalje

13. Imate li konfuzne, neodređene misli i osjećaje:

vrlo često 1 2 3 4 5 6 7 vrlo rijetko ili nikada

14. Kad radite nešto zbog čega se osjećate dobro:

sigurno je da ćete se nastaviti osjećati dobro 1 2 3 4 5 6 7 sigurno je da će se dogoditi nešto što će pokvariti taj osjećaj

15. Događa li se da imate osjećaje koje radije ne biste imali?

vrlo često 1 2 3 4 5 6 7 vrlo rijetko ili nikada

16. Očekujete da će Vaš osobni život u budućnosti biti:

potpuno bez smisla i svrhe 1 2 3 4 5 6 7 pun smisla i svrhe

17. Mislite li da će u budućnosti uvijek biti ljudi na koje ćete moći računati?

sigurni ste da će ih biti 1 2 3 4 5 6 7 dvojite da će ih biti

18. Događa li se da imate osjećaj da ne znate točno što će se dogoditi?

vrlo često 1 2 3 4 5 6 7 vrlo rijetko ili nikada

19. Mnogi se ljudi, čak i oni jakog karaktera, ponekad osjećaju kao gubitnici. Koliko često ste se Vi tako osjećali u prošlosti?

nikada 1 2 3 4 5 6 7 vrlo često

20. Da li ste općenito utvrdili da kada se nešto dogodi:

Vi precjenjujete ili podcjenjuje značenje događaja 1 2 3 4 5 6 7 vidite stvari u pravom značenju

21. Kad razmišljate o teškoćama s kojima ćete se vjerojatno susresti u važnim područjima Vašeg života, da li imate osjećaj da:

uvijek ćete uspjeti svladati poteškoće 1 2 3 4 5 6 7 nećete uspjeti svladati poteškoće

22. Koliko često ste imali osjećaj da je malo smisla u stvarima koje radite u svakodnevnom životu?

vrlo često 1 2 3 4 5 6 7 vrlo rijetko ili nikada

23. Koliko često ste imali osjećaje za koje niste bili sigurni da li ih možete držati pod kontrolom?

vrlo često 1 2 3 4 5 6 7 vrlo rijetko ili nikada

2.4. SKALA ZA MJERENJE SAMOEFIKASNOSTI DOJENJA

(engl. *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*; autor skale Cindy-Lee Dennis, 2003.)

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

- 1 = uopće se ne slažem
2 = većinom se ne slažem
3 = ponekad se slažem, ponekad se ne slažem
4 = većinom se slažem
5 = potpuno se slažem

	uopće se ne slažem		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	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 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 naprije završim hranjenje na jednoj dojci prije nego ponudim drugu dojku	1	2	3	4	5
12. Uvijek sam spremna obrok djeteta započeti s dojenjem	1	2	3	4	5
13. Uvijek mogu odgovoriti na djetetov zahtjev za dojenjem	1	2	3	4	5
14. Uvijek mogu reći kad je dijete završilo podoj	1	2	3	4	5

2.5. PODATCI O NAČINU PREHRANE DJETETA U RODILIŠTU

(ispunjava glavni istraživač na temelju medicinske dokumentacije)

Spol djeteta: a) muško b) žensko

Porodajna masa: _____ g Porodajna duljina: _____ cm

1. Način porođaja: 1. spontani
 2. vakuum ekstrakcija
 3. carski rez

2. Stanje djeteta tijekom boravka u rodilištu:

1. zdrav
2. liječen zbog žutice

3. Način prehrane djeteta tijekom prvih 48 sati:

1. isključivo dojeno
2. dojeno uz dohranu dojenačkom formulom

4. Razlog davanja dojenačke formule:

1. medicinska indikacija - gubitak na tjelesnoj masi
2. na zahtjev majke
3. ostalo: _____

PRILOG 3. UPITNIK 1 MJESEC NAKON POROĐAJA

Dob Vašeg djeteta: _____

1. Kako je dijete hranjeno u zadnja 24 sata? (zaokružite samo jedan odgovor)

1. samo je dojeno ili je hranjeno samo izdojenim majčinim mlijekom
2. dojeno je uz dodatak vode, čaja, voćnog soka
3. dojeno je uz dodatak druge vrste mlijeka
4. dojeno je uz dodatak kašaste ili krute hrane
5. nije dojeno

2. Jeste li nakon otpusta iz rodilišta imali kakve poteškoće s dojenjem? (ako je odgovor „da“, zaokružite odgovor uz poteškoću koju ste imali, moгуće je više odgovora)

1. ne
2. da:
 - a) bolna bradavica, bez vidljivog crvenila i oštećenja
 - b) crvena i bolna bradavica
 - c) crvena i bolna bradavica s oštećenjem (ragada) koja krvari
 - d) zastoјna dojka (dojka je uvećana i tvrda, koža je sjajna, bez vidljivog crvenila, može biti praćeno povišenom tjelesnom temperaturom)
 - e) previše mlijeka
 - f) premalo mlijeka
 - g) imala sam poteškoće s pravilnom tehnikom stavljanja na prsa
 - h) podoj traje jako dugo
 - i) nešto drugo _____

3. Ako više ne dojite, kad ste toćno prestali s dojenjem? _____

(upišite dane, npr. 18 dana)

4. Ako ste prestali s dojenjem, što je tomu glavni razlog?

1. nenapredovanje djeteta na težini
2. često plakanje djeteta
3. mislim da nisam imala dovoljno mlijeka
4. bolne i/ili oštećene bradavice
5. upala dojke
6. savjet liječnika ili patronažne sestre
7. savjet članova obitelji/prijateljica
8. nedostatak pomoći, savjeta i potpore za dojenje
9. nešto drugo, navedite što _____

HVALA NA VAŠEM SUDJELOVANJU!

PRILOG 4. UPITNIK 6 MJESECI NAKON POROĐAJA

Dob Vašeg djeteta: _____ (navršeni mjeseci i dani)

1. Kako je dijete hranjeno u dobi navršenih 6 mjeseci (180 dana života)? (zaokružite samo jedan odgovor)

1. samo je dojeno ili je hranjeno samo izdojenim majčinim mlijekom
2. dojeno je uz dodatak vode, čaja, voćnog soka
3. dojeno je uz dodatak druge vrste mlijeka, bez druge vrste hrane
4. dojeno je uz dodatak kašaste ili krute hrane
5. nije dojeno

2. Jeste li imali kakve poteškoće pri dojenju u razdoblju nakon navršenih mjesec dana djetetove dobi do sada? (ako je odgovor „da“, zaokružite odgovor uz poteškoću koju ste imali, moguće je više odgovora)

1. ne

2. da:

- a) bolna bradavica, bez vidljivog crvenila i oštećenja
- b) crvena i bolna bradavica
- c) crvena i bolna bradavica s oštećenjem (ragada) koja krvari
- d) zastojna dojka (dojka je uvećana i tvrda, koža je sjajna, bez vidljivog crvenila, može biti praćeno povišenom tjelesnom temperaturom)
- e) previše mlijeka
- f) premalo mlijeka
- g) imala sam poteškoće s pravilnom tehnikom stavljanja na prsa
- h) podoj traje jako dugo
- i) nešto drugo: _____

3. Ako više ne dojite, kada ste točno prestali s dojenjem? _____

(upišite navršeni mjesec djetetove dobi i dane, npr. 4 mjeseca i 18 dana)

4. Ako ste prestali s dojenjem, što je tomu razlog?

1. nenapredovanje djeteta na težini
 2. često plakanje djeteta
 3. bolne i/ili oštećene bradavice
 4. upala dojke
 5. savjet liječnika ili patronažne sestre
 6. savjet članova obitelji/prijateljica
 7. nedostatak pomoći, savjeta i potpore za dojenje
 8. nešto drugo, navedite što _____
-

5. Molim Vas da ocijenite koliko Vas u dojenju podržavaju članovi obitelji i prijatelji. Za svaku navedenu osobu zaokružite samo jednu brojku od 1 do 5, pri čemu je njihovo značenje sljedeće:

- 1 = uopće me ne podržava
2 = ne podržava me
3 = niti me podržava, niti me ne podržava
4 = podržava me
5 = snažno me podržava

	uopće me ne podržava		niti me podržava, niti me ne podržava		snažno me podržava
a) suprug	1	2	3	4	5
b) majka	1	2	3	4	5
d) prijateljica	1	2	3	4	5

HVALA NA VAŠEM SUDJELOVANJU!

