

UTJECAJ SOCIODEMOGRAFSKIH ČIMBENIKA NA DULJINU DOJENJA

Ana Križić, mag.obs. Hrvatska komora primalja, Klinička bolnica Merkur

e-mail: ana.miskov88@gmail.com

SAŽETAK

UVOD: Adekvatna prehrana tijekom dojenačkog razdoblja i ranog djetinjstva ključna je za osiguravanje rasta, zdravlja i razvoja djece do njihovog punog potencijala. Širom je svijeta poznato da je dojenje korisno i za majku i za dijete, jer se majčino mlijeko smatra najboljim izvorom prehrane za dojenče. Dojenje uz pravilnu tehniku, učestalost, trajanje, isključivo dojenje do šestog mjeseca života te kontinuirano dojenje uz odgovarajuću dohranu do druge godine života glavni su uvjeti idealne prehrane dojenčadi.

CILJ RADA: Utvrditi utjecaj sociodemografskih čimbenika na duljinu dojenja.

REZULTATI: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 1.415 ispitanica od kojih je većina, točnije 685 (48,4 %), rodila jednom. Najviše ispitanica, njih 670 (47,3 %) je visokoobrazovano. Od ukupnog broja ispitanica, njih 826 (58,4 %) pohađalo je trudnički tečaj ili neki drugi oblik edukacije prije porođaja. Kod čak 1.084 ispitanice (76,6 %) proveden je kontakt „koža na kožu“, a kod 331 nije (23,4 %). Na pitanje o podršci u dojenju od strane partnera/supruga i obitelji/prijatelja, čak su 1.044 (73,8 %) ispitanice odgovorile da su imale veliku podršku.

ZAKLJUČAK: Duljina trajanja dojenja statistički znatno raste s porastom broja poroda, pohađanjem trudničkog tečaja, normalnim vaginalnim porodom, ostvarenim kontaktom „koža na kožu“ nakon poroda, dojenjem u rađaoni prilikom kontakta „koža na kožu“ i dobivenom stručnom pomoći od strane primalje/liječnika.

Ključne riječi: dojenje, majčino mlijeko, kontakt „koža na kožu“, duljina trajanja dojenja

1. UVOD

Aдекватna prehrana tijekom dojenačkog razdoblja i ranog djetinjstva ključna je za osiguravanje rasta, zdravlja i razvoja djece do njihovog punog potencijala. Širom je svijeta poznato da je dojenje korisno i za majku i za dijete, jer se majčino mlijeko smatra najboljim izvorom prehrane za dojenče (1). Dojenje uz pravilnu tehniku, učestalost, trajanje, isključivo dojenje do šestog mjeseca života te kontinuirano dojenje uz odgovarajuću dohranu do druge godine života glavni su uvjeti idealne prehrane dojenčadi (2).

Kontinuiranim napredovanjem znanosti u ovom području, javnozdravstveni stručnjaci stječu bolji uvid u odnose između čimbenika rizika za zdravlje i mehanizama razvoja te prevencije nezaraznih bolesti. Posljedično, postaje jasno da se programiranje ishoda bolesti kod odraslih pojavljuje rano u životu i da prvih 1.000 dana ima vrlo dominantnu ulogu u cjeloživotnom zdravlju. Jedan od najčešće opisanih zaštitnih čimbenika zdravlja je dojenje. Dugoročne, fizičke i psihološke dobrobiti dojenja za dojenče i majku brojne su i naširoko opisane. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporuča početak dojenja unutar prvog sata nakon poroda i nastavak isključivog dojenja do najmanje šestog mjeseca starosti, kada treba postupno uvesti dohranu. Ipak, savjetuje se nastavak dojenja dok dijete ne navrší najmanje dvije godine (3).

1.1. Povijesni pregled dojenja

Najstariji poznati pisani izvori, koji spominju dojenje, potječu s Bliskog istoka i datiraju iz 3000. godine prije Krista. Nužnost dojenja nametana je ženama od nadavnijih vremena. Hranjenje novorođenčeta mlijekom od strane žene, koja nije bila djetetova majka, provodilo se čak i za vrijeme faraona. Te su žene često pažljivo odabirane među onima koje su bile podvrgnute laktaciji. Ocjenjivana je kvaliteta i količina mlijeka. U vrijeme Rimskog Carstva, majčino je mlijeko moralo biti procijenjeno prije angažiranja dojilje i procjena se ponavljala svako malo kako bi se uočile potencijalne promjene koje bi mogle imati negativne učinke na razvoj djeteta. Prednost su imale višerotkinje u dobi od 20 do 40 godina s dobro razvijenim bradavicama. Naznačeno je da je dojilja

inteligentna, da poznaje osnovne principe higijene i da bude posvećena dojenom djetetu. Najviše su se cijenile spartanske žene, poznate po dobrom zdravlju, disciplini u odgoju djece i sposobnosti poučavanja grčkog jezika (4).

Početak prošlog stoljeća znanstvenici su smatrali da se dijete najbolje razvija ako je od početka izloženo strogim pravilima. Zbog toga su liječnici naredili majkama da ne doje svoju djecu te da ih čak ne nose ni podignu kada plaču. Taj trend trajao je oko 50 godina, od 1920. do 1970. godine kada su Sjedinjene Američke Države lansirale dotad najopasniji i nekontrolirani eksperiment u povijesti, popularnu formulu (5). U isto vrijeme žene su dobile pravo glasa, prestale su biti samo domaćice, počele su se više obrazovati i zapošljavati, uređivati... Stoga je hranjenje na bočicu postao simbol emancipacije i modni trend. Također, smatralo se da samo siromašne žene doje svoju djecu. U istom razdoblju, oko 1940-ih, dojke su postajale sve više simbol seksualnosti, a njihova prava funkcija polako je zaboravljena (6).

Svi ovi događaji imaju posljedicu u sadašnjosti; mnoge žene još uvijek više prihvaćaju hranjenje na bočicu i skrivaju svoje grudi zbog neugodnosti prouzročene iskrivljenom slikom njihove uloge. Zbog ovih događaja, 1981. godine donesen je Međunarodni kodeks o marketingu nadomjestaka za majčino mlijeko koji je usmjeren na promociju i zaštitu dojenja, pravilnoj upotrebi majčinog mlijeka te kontroliranom marketingu o proizvodnji formula i promociji hranjenja na bočicu (6).

1.2. Fiziologija laktacije

Laktacija predstavlja završetak reproduktivnog ciklusa i javlja se kao jedna od glavnih faza razvoja mliječne žlijezde, a ima tri faze: embriogenezu, mamogenezu i laktogenezu koja, pak, ima svoja četiri stadija:

1. Prvi stadij – sekretorna diferencijacija
2. Drugi stadij – sekretorna aktivacija
3. Treći stadij – laktacija, odnosno potpuno lučenje mlijeka
4. Četvrti stadij – involucija (7).

Hormoni imaju središnju ulogu u razvoju mliječne žlijezde i u laktaciji; to su estrogen i progesteron, prolaktin, inzulin, hidrokortizon, ljudski placentni laktogen, ljudski hormon rasta i oksitocin. Izbacivanje mlijeka je neuronski i endokrinološki proces, pri čemu sisanje stimulira osjetne živčane završetke u areoli i bradavici. To zatim aktivira aferentne neuronske reflekse koji dovode do lučenja i otpuštanja prolaktina i oksitocina. Dojenje uvelike mijenja majčin metabolizam, preraspodjeljuje opskrbu krvlju i povećava potražnju za hranjivim tvarima. Sinteza i izlučivanje mlijeka u alveolama dojke uključuje četiri glavna transcelularna puta i jedan paracelularni put; egzocitozu mliječnih proteina i laktoze, izlučivanje mliječne masti putem globule mliječne masti, izlučivanje iona i vode preko apikalne membrane, pinocitozu/egzocitozu imunoglobulina; i paracelularni put za komponente plazme i leukocite (8).

Nakon poroda, početna razina prolaktina naglo pada, ali se obnavlja tijekom svakog dojenja kako bi se stimulirala proizvodnja mlijeka za sljedeće dojenje. Sa svakim skokom prolaktina, estrogen i progesteron se također lagano povećavaju. Kada dojenče sisa, osjetilna živčana vlakna u areoli pokreću neuroendokrini refleks koji rezultira izlučivanjem mlijeka iz laktocita u alveole. Stražnja hipofiza otpušta oksitocin radi stimulacije mioepitelne stanice koja istiskuje iz alveola mlijeko kako bi moglo otjecati u mliječne kanale, skupljati se u mliječnim sinusima i ispuštati kroz pore bradavice. Potrebno je manje od jedne minute od trenutka kada dojenče počne sisati (latentno razdoblje) do izlučivanja mlijeka (ispuštanje) (9).

1.3. Vrste majčinog mlijeka

U prvom tjednu nakon trudnoće majka izlučuje kolostrum, gustu i žutu tekućinu. Od sedmog do 14. dana majka luči prijelazno mlijeko, kombinaciju kolostruma i zrelog mlijeka. Nakon dvaju tjedana formira se i izlučuje zrelo mlijeko. Majčino mlijeko se može podijeliti na plavkasto-sivo početno mlijeko, prisutno na početku hranjenja koje sadrži manje masti, i kremasto-bijelo kasnije mlijeko koje se izlučuje na kraju hranjenja koje je bogato mastima. Majčino mlijeko može se razlikovati ovisno o majčinom zdravlju i prehrani, izloženosti okoliša, gestacijskoj dobi i dobi djeteta (10).

Kolostrum je posebno žućkasto mlijeko koje se luči samo u prva dva do tri dana nakon rođenja djeteta, u malim količinama (oko 30 do 60 ml/dan). Ima ga u izobilju u bijelim krvnim stanicama i antitijelima, posebno IgA, za borbu protiv patogena i sadrži oko 20 specifičnih antitijela protiv bakterija *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Rotavirus*, *Candida*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Cryptosporidium*. Sadrži veći udio proteina, minerala i vitamina topivih u mastima (A, E i K) od običnog majčinog mlijeka. Vitamin A potreban je za zaštitu očiju i formiranje epitela jer sadrži više čimbenika rasta. U kolostrumu su čimbenici rasta slični inzulinu 1 i 2 najčešći čimbenici rasta. Epidermalni faktor rasta također je prisutan i on tvori crijevnu sluznicu potrebnu za apsorpciju hranjivih tvari. Za novorođenče je važno da se u tom trenutku hrani kolostrumom i ni s čim drugim. Sastav kolostruma može biti izmijenjen majčinim stanjima kao što su eklampsija, dijabetes i anemija (11).

Nakon kolostruma počinje se izlučivati prijelazno mlijeko. Ta faza počinje otprilike tri do šest dana nakon rođenja djeteta i traje oko dva tjedna. Prijelazno mlijeko sadrži više kalorija od kolostruma te više masnoće i šećera. Tijekom prijelazne faze mlijeka počinje se uspostavljati redovita i česta rutina hranjenja ili izdavanja kako bi se potaknulo stvaranje dovoljne količine mlijeka. Četiri do šest tjedana nakon porođaja majčino mlijeko smatra se potpuno zrelim. Za razliku od dramatičnog pomaka u sastavu koji je zabilježen u prvom mjesecu nakon poroda majčino mlijeko ostaje relativno slično u sastavu, iako se tijekom dojenja događaju suptilne promjene u sastavu (12).

1.4. Sastav majčinog mlijeka

Majčino se mlijeko općenito sastoji od 87 % vode, 3 do 5 % masti, 6,9 do 7,2 % laktoze, 0,8 do 0,9 % proteina, vitamina, minerala i bioaktivnih tvari, a može imati od 60 do 75 kcal na 100 ml. Kolostrum (majčino mlijeko u ranim danima) ima više proteina i imunoglobulina. Zrelo mlijeko sadrži veći postotak ugljikohidrata (10).

Analizom majčinog mlijeka utvrđeno je da ono ima dvije komponente (makronutrijente i mikronutrijente). Makronutrijenti su uglavnom proteini, masti i laktoza. Najveća količina proteina u majčinu mlijeku su: kazein, α -laktalbumin, laktoferin, sekretorni imunoglobulin IgA, lizozim i serumski albumin. Mast majčinog mlijeka odlikuje se

visokim sadržajem palmitinske i oleinske kiseline. Masnoća je najvarijabilniji makronutrijent mlijeka. Glavni šećer majčinog mlijeka je disaharid laktoza. Mnogi mikronutrijenti variraju u majčinu mlijeku ovisno o majčinoj prehrani i tjelesnim zalihama, uključujući vitamine A, B1, B2, B6, B12, D i jod (13).

Majčino mlijeko (kolostrum, prijelazno i zrelo mlijeko) može prenijeti specifične ili nespecifične imunitete na vanjsku mukoznu površinu crijeva, a možda i na respiratorni trakt novorođenčeta. Antioksidativni vitamini, odnosno vitamini A, E i C imaju važnu ulogu u imunomodulaciji. Vitamin C prisutan u kolostrumu i mlijeku ima brojne biokemijske funkcije povezane s funkcijom imunološkog sustava. Pomaže u održavanju prirodne barijere protiv infekcije, stimulira leukocite na njihovu fagocitnu i antimikrobnu aktivnost, povećava proizvodnju antitijela i razine komplementa te također pojačava sintezu interferona. Za rast, razvoj i preživljavanje dojenčadi je potrebna optimalna opskrba vitaminom C (14).

1.5. Prednosti dojenja

Zdravstvene dobrobiti dojenja neupitno su priznate u cijelom svijetu. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, majčino mlijeko je najbolja prehrana koja potiče optimalan rast u ranom djetinjstvu. Međutim, na uspostavu isključivog dojenja do šestog mjeseca života još uvijek često utječe pogrešno shvaćanje procesa dojenja (15). Isto tako, SZO predlaže ženama da nastave dojiti do druge godine starosti svoje novorođenčadi. Međutim, u svijetu se svake godine 7,6 milijuna dojenčadi nikada ne doji, a gotovo dvoje od troje dojenčadi nije isključivo dojeno tijekom preporučenih šest mjeseci. Svjetska zdravstvena organizacija definira isključivo dojenje kao nikakvu drugu hranu ili piće, čak ni vodu, osim majčinog mlijeka, dok pretežno dojenje zahtijeva majčino mlijeko kao primarni izvor prehrane, dopuštajući dopunu tekućinom, uključujući vodu i pića na bazi vode i voćne sokove (16).

Majčino mlijeko smatra se idealnom hranom za dojenčad jer sadrži veliku količinu hranjivih tvari poput proteina, masti, šećera, vitamina i minerala međusobno savršeno uravnoteženih kako bi se optimizirala njihova apsorpcija u crijevima. Dugoročne

dobrobiti dojenja za majke i djecu ne mogu se ponoviti s formulom za dojenčad koja ne sadrži antitijela, hormone i čimbenik rasta koji karakteriziraju majčino mlijeko (15).

1.5.1. Prednosti dojenja za dijete

Prednost dojenja je zaštita zdravlja djeteta tijekom prvih tjedana života, a kratkoročni ili srednjoročni učinci uključuju visoko zaštitni učinak na smrtnost dojenčadi, s 12 % smanjenjem rizika od smrtnosti u usporedbi s nedojenom djecom, zatim smanjenje respiratornih i gastrointestinalnih infekcija tijekom prvih tjedana života novorođenčeta, što je vjerojatno povezano sa sastavom kolostruma i majčinog mlijeka koji djetetu daju imunološku zaštitu (13).

Majčino mlijeko ima imunološko djelovanje na novorođenčad zbog čega se smatra najboljom dostupnom opcijom hranjenja. S jedne strane dojenje omogućuje odgovarajući odnos majke i djeteta; s druge strane, majčino mlijeko sadrži sve hranjive sastojke potrebne da dijete raste zdravo. Visoka razina imunoglobulina održava sterilno mlijeko, štiti novorođenče od novorođenačkih infekcija i pomaže u sprječavanju mastitisa (12).

Postoje brojni dokazi da majčino mlijeko štiti dijete od infekcija jer sadrži brojne imunološke komponente, uključujući čimbenike koji imaju antimikrobna i protuupalna svojstva, kao i tvari koje pomažu sazrijevanju djetetovog imunološkog sustava i promiču zdrav crijevni mikrobiom. Protutijela u majčinom mlijeku ciljaju potencijalne patogene kojima je majka bila izložena (17).

Postoji inverzna povezanost između majčina mlijeka i akutne febrilne bolesti tijekom prvih mjeseci života. U odnosu na respiratorne infekcije, u usporedbi s djecom koja su hranjena isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih šest mjeseci života, djeca koja nisu dojena imaju smrtnost od upale pluća gotovo petnaest puta veću, dok je među djecom u dobi od šest do 23 mjeseca koja su hranjena komplementarnim formulama, oni koji su bili hranjeni formulom imali su dvostruku smrtnost od upale pluća od one koja su hranjena majčinim mlijekom do dvije godine života. Rizik hospitalizacije za infekciju donjih dišnih putova tijekom prve godine života smanjen je za 72 % kod djece s isključivim dojenjem tijekom najmanje četiri mjeseca. Ozbilnost bronhiolitisa

sincicijskog virusa manja je za 74 % u one djece hranjene isključivo majčinim mlijekom tijekom najmanje četiri mjeseca u usporedbi s onima koja su djelomično dojena ili su se hranila isključivo formulom. Isto tako, djeca hranjena bilo kojom količinom majčina mlijeka imaju 23 % manji rizik od razvoja akutnog otitisa, za one s isključivim dojenjem najmanje tri mjeseca, rizik se smanjuje za 50 %, a ako se produži do šest mjeseci, rizik se smanjuje za 63 % (11).

Dojenje dulje od šest mjeseci povezano je s nizom pozitivnih zdravstvenih ishoda za dojenčad i majku. Dulje dojenje, uz niz drugih determinanti, može imati zaštitni učinak protiv prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u djetinjstvu. Promatračka studija sugerira da dojenje do 12 mjeseci može zaštititi od zaraznih bolesti, posebno gastrointestinalnih i respiratornih infekcija. Glavne dugoročne koristi dojenja navedene u izvješću SZO uključuju sljedeće:

- dojenje je povezano s boljim rezultatima na testovima inteligencije i kognitivnim razvojem
- značajno smanjuje rizik od pretilosti u djetinjstvu, a kasnije i kod odraslih
- smanjenje rizika od dijabetesa tipa 2
- pronađen je mali zaštitni učinak protiv povišenog sistoličkog krvnog tlaka (18).

1.5.2. Prednosti dojenja za majku

Dugoročne dobrobiti za majke uključuju smanjen rizik od razvoja raka jajnika, raka dojke u premenopauzi i smanjenje pretilosti, dijabetesa tipa 2 te bolesti srca. Majke, koje su dojile svoju djecu, bile su u prosjeku osam kilograma lakše šest godina kasnije u usporedbi s majkama koje nisu dojile svoju djecu. Isto tako, dokazano je da dojenje smanjuje postnatalnu depresiju (18).

Dojenje povezuje majku i dijete, a majku ispunjava radošću u fizičkom i emocionalnom zajedništvu koje doživljavaju sa svojim djetetom. Ti su osjećaji pojačani oslobađanjem hormona kao što su prolaktin i oksitocin. Dojenje donosi zdravstvene beneficije za majke osim emocionalnog zadovoljstva, a to su:

- majke koje doje, brže se i lakše oporavljaju od poroda jer oksitocin, koji se oslobađa tijekom dojenja, djeluje na brže vraćanje maternice na normalnu veličinu i može smanjiti postporođajno krvarenje
- istraživanja su pokazala da dojenje može smanjiti rizik od razvoja dijabetesa tipa 2, reumatoidnog artritisa i kardiovaskularnih bolesti, uključujući visoki krvni tlak i visok kolesterol
- isključivo dojenje odgađa povratak majčine menstruacije, što može pomoći produžiti vrijeme između trudnoća (isključivo dojenje može pružiti prirodni oblik kontracepcije ako se majčina menstruacija nije vratila) (17).

1.6. Kontraindikacije za dojenje

Iako je dojenje optimalna hrana za dojenčad, ipak postoji nekoliko uvjeta pod kojima dojenje možda nije u najboljem interesu djeteta. Dojenje je kontraindicirano kod djece s klasičnom galaktosemijom (nedostatak galaktoze 1-fosfat-uridil-transferaze), kada majke imaju aktivnu neliječenu tuberkuloznu bolest ili su ljudski limfotropni virusi T-stanica tip I ili II pozitivni, kada majci primjenjuju dijagnostički ili terapijski radioaktivni izotopi ili je izložena radioaktivnom djelovanju materijala (sve dok postoji radioaktivnost u mlijeku), kada majci primjenjuju kemoterapijski agensi ili neki drugi lijekovi (dok se mlijeko ne pročisti), ako majke konzumiraju opojne droge i majke koje imaju herpes simplex lezije na dojci (dijete može hraniti na drugu dojku ako je bez lezija) (19).

U područjima u razvoju, s populacijom koja ima povećani rizik od drugih zaraznih bolesti i nedostatkom prehrane, što rezultira povećanom stopom smrtnosti dojenčadi, rizici smrtnosti povezani s umjetnim hranjenjem mogu prevagnuti nad mogućim rizicima od zaraze HIV-om. Jedna detaljna studija u Africi je otkrila da dojenčad hranjena samo majčinim mlijekom, zaraženih majki, u prvih tri do šest mjeseci nakon rođenja nije imala povećani rizik od prijenosa HIV-a na dijete, dok su dojenčad koja su hranjena mješovito (dojenje s drugom hranom ili mlijekom) imala veću stopu HIV infekcije u usporedbi s dojenčadi koja su bila isključivo hranjena formulom (19).

1.7. Čimbenici koji utječu na odluku o dojenju

Međunarodne studije identificirale su određene čimbenike koji utječu na namjere dojenja, kao što su: zaposlenje, društveni stavovi i javne ustanove za dojenje te varijabilni standard i sadržaj savjeta koje zdravstveni radnici daju majkama. Čak i nakon odluke o dojenju, mnoge majke ne uspijevaju postići vlastite ciljeve dojenja jer ih mnogi čimbenici obeshrabuju. Neki uobičajeni čimbenici identificirani iz prethodnih studija uključuju: osobne percepcije, zapošljavanje i podršku poslodavaca, uključenost muža, društvene stavove, socijalnu podršku, javne ustanove i savjete zdravstvenih radnika. Većina problema s dojenjem može se spriječiti ili lako riješiti prenatalnom edukacijom, anticipacijskim smjernicama i ranom informiranom podrškom obitelji ili pružatelja zdravstvenih usluga. Utvrđeno je da rano otkrivanje i edukacija o potencijalnim problemima s dojenjem pozitivno utječe na rezultate duljine trajanja dojenja (20).

Unatoč postojanju čimbenika, koji relativiziraju i minimaliziraju ulogu dojenja u životu majke i djeteta, čin dojenja je suštinski povezan s majčinom ulogom i kao takav ovisi o karakteru autonomnog odlučivanja žena. Odluka o dojenju, osim u ograničavajućim situacijama, je isključivo na ženi (21). Složenost odluke o dojenju povezana je s činjenicom da je dojenje proces koji uključuje kulturološke, društvene i političke čimbenike na koje utječe nekoliko aspekata. Međutim, potrebno je istražiti faktore koji utječu na odluku dojenja, a mogu se definirati radnjama koje doprinose potvrđenoj odluci i kulminiraju očuvanjem svih dobrobiti dojenja. Znanje je napredovalo po pitanju stajališta o dojenju i njegovim utjecajem, posebno u pogledu fizioloških, funkcionalnih stajališta ili životnih navika koje mijenjaju učinkovitost ili kontinuitet dojenja. Međutim, nejasno je kako se različiti aspekti mogu razumjeti s fokusom istraživanja na perspektivu dojenja kao donošenje odluka povezanih s ulogom žene (22).

Veća je vjerojatnost da će se majke, koje poznaju druge žene koje su uspješno dojile, odlučiti na dojenje. S druge strane, negativni stavovi obitelji i prijatelja mogu predstavljati prepreku dojenju. Neke majke kažu da ne traže pomoć u dojenju od obitelji ili prijatelja zbog proturječnih informacija koje dobivaju iz tih izvora. U mnogim obiteljima očevi imaju važnu ulogu u donošenju odluke hoće li dojeti. Očevi se mogu protiviti dojenju zbog zabrinutosti oko toga koja bi bila njihova uloga u hranjenju, hoće

li se moći povezati sa svojim djetetom ako osobno nisu mogli hraniti dijete, i kako bi majka mogla ispuniti kućanske obveze, ako doji. Studije afroameričkih obitelji u kojima je obrazovanje o dojenju bilo usmjereno na oca otkrile su povećanje od 20 % u stopama dojenja, što ukazuje da su očevi utjecaji na majčine prakse hranjenja kritično važni u ranom donošenju odluka o dojenju (23).

1.8. Utjecaj poteškoća na dojenje

Iako se dojenje često opisuje kao „prirodno“, ipak je ono također umjetnost koju moraju naučiti i majka i novorođenče. Možda će biti potrebno podučiti vještinama kako držati i postaviti novorođenče na dojku, kako postići učinkovito prijanjanje i druge tehnike dojenja. Nije iznenađujuće da neke žene očekuju kako će dojenje biti lako, a onda se nađu suočene s izazovima. Nepodudarnost između očekivanja o dojenju i realnosti majčinih ranih iskustava s dojenjem svog djeteta identificirana je kao ključni razlog zašto mnoge majke prestaju dojiti unutar prvih dvaju tjedana nakon poroda. S druge strane, pogrešna percepcija da mnoge žene imaju poteškoće s dojenjem može izazvati pretjeranu zabrinutost kod majki o njegovoj izvedivosti (23).

Percipirana neugodnost dojenja također je problem; u nacionalnom istraživanju javnog mnijenja 45 % odraslih u SAD-u navelo je kako vjeruje da se majka koja doji mora odreći previše životnih navika. Osim toga, predanost koju zahtijeva dojenje i poteškoće u uspostavljanju dojenja ponekad se vide kao prijetnje slobodi i neovisnosti majki. Nažalost, edukacija o dojenju nije uvijek lako dostupna majkama niti im je lako razumljiva. Mnoge se žene oslanjaju na knjige, letke i druge pisane materijale kao jedini izvor informacija o dojenju, ali korištenje tih izvora za stjecanje znanja o dojenju može biti neučinkovito, posebno za žene s niskim primanjima koje mogu imati veći uspjeh oslanjajući se na uzore. Ciljevi edukacije majki su povećanje njihovog znanja i vještina u vezi s dojenjem i pozitivnog utjecaja na njihove stavove o dojenju (23).

Najčešći razlozi zbog kojeg majke rano prestaju dojiti je bol u bradavicama ili dojkama i mastitis. Uzroci boli u bradavicama i dojkama uključuju:

- ozljedu bradavica uzrokovanu djetetovim sisanjem ili pumpicom za vrijeme izdavanja
- prenapunjenost dojki

- opstrukciju mliječnih kanalića
- infekcije bradavica i dojke
- prekomjerno stvaranje mlijeka
- kožni poremećaji poput dermatitisa ili psorijaze koji utječu na bradavicu
- vazokonstrukciju bradavica (24).

Mastitis se javlja u otprilike 10 % majki koje doje i može dovesti do prestanka dojenja. Rizik od mastitisa može se smanjiti čestim, potpunim pražnjenjem dojke i optimizacijom tehnike dojenja. Bolne bradavice mogu izazvati mastitis. Dijagnoza mastitisa obično je klinička, a u majke je obično prisutna žarišna osjetljivost jedne dojke praćena vrućicom i malaksalošću. Liječenje uključuje promjenu tehnike dojenja, često uz pomoć savjetnika za dojenje. Kada su potrebni antibiotici, prednost se daje onima koji su učinkoviti protiv *Staphylococcus aureus*. Nastavak dojenja treba poticati u prisutnosti mastitisa i općenito ne predstavlja rizik za dojenče. Apsces dojke je najčešća komplikacija mastitisa. Može se spriječiti ranim liječenjem mastitisa i nastavkom dojenja. Kada se pojavi apsces, potrebna je kirurška drenaža ili aspiracija iglom. Dojenje se obično može nastaviti u prisutnosti liječenog apscesa (25).

Zabrinutost zbog nedovoljne količine mlijeka još je jedan često navođen razlog za rani prestanak dojenja. Jedna nacionalna studija o praksi hranjenja otkrila je da je oko 50 % majki navelo nedovoljnu količinu mlijeka kao razlogom prestanka dojenja. Slaba količina mlijeka može biti posljedica neredovitog hranjenja ili loših tehnika dojenja, ali nedostatak povjerenja u dojenje ili nerazumijevanje normalne fiziologije laktacije može dovesti do percepcije nedovoljne opskrbe mlijekom, iako je količina zapravo dovoljna za hranjenje djeteta. I prepunjenost dojki može dovesti do poteškoća jer dojenče tada ne može adekvatno primiti bradavicu, dojke su bolne, crvene i teške, a može se javiti i lagano povišena temperatura. Medicinska sestra će majci savjetovati da se izdoji ručno, a na dojke stavi tople obloge prije podoja, dok će hladne obloge staviti nakon podoja. Za vrijeme podoja potrebno je lagano masirati dojku (23).

1.9. Podrška dojenju

Prepoznajući dobrobiti dojenja, Dječji fond Ujedinjenih naroda (eng. *United Nations Children's Fund – UNICEF*) i Svjetska zdravstvena organizacija uveli su 1989. godine svjetski program za promicanje dojenja poznat pod nazivom „Deset koraka do uspješnog dojenja“, koji je također uključivao inicijativu „Rodilište – prijatelj djece“. Program je pokrenut kao odgovor na smanjenje stope dojenja uz istovremenu ekspanziju komercijalnih dodataka mlijeku i njihovo agresivno reklamiranje (26). Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a, preporuča se prvi podoj učiniti unutar „zlatnog sata“, odnosno 60 minuta nakon poroda. Kako bi istaknuli važnost dojenja, 2002. godine Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF donijeli su zajednički dokument kojim su utvrđeni svi parametri koji naglašavaju optimalnu prehranu dojenčadi i male djece. Za unapređenje dojenja osmišljeni su različiti programi. Svakako jedan od najistaknutijih je program „Rodilište – prijatelj djece“ koji se provodi od 1992. godine. Temelji se na poticanju i provedbi dojenja u rodilištu, a provodi se pod sloganom „Deset koraka do uspješnog dojenja“ (27). Program promicanja dojenja pod nazivom „Deset koraka do uspješnog dojenja“ bi svaka ustanova koja brine o majci i novorođenčetu trebala provoditi, a glase:

1. Imati pisana pravila koja su uvijek dostupna cjelokupnom zdravstvenom osoblju.
2. Poučiti zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila.
3. Obavijestiti sve trudnice o prednostima majčinog mlijeka i o tome kako se doji.
4. Pomoći majkama da počnu dojiti već pola sata nakon djetetova rođenja.
5. Pokazati majkama kako se doji i kako će sačuvati izlučivanje mlijeka čak i ako su odvojene od svoje djece.
6. Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski opravdano.
7. Omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata na dan.
8. Poticati majke da doje na djetetovo traženje.
9. Ne davati dude varalice djeci koja se doje.
10. Poticati osnivanje skupina za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri izlasku iz rodilišta ili bolnice (28).

Također, ističe se praksa *rooming in*. Riječ je o programu čiji je cilj osigurati fizičku povezanost obitelji i majke s novonastalom situacijom te uspostaviti ritam i tehniku dojenja na način da majka i dijete budu zajedno 24 sata. Ovaj program omogućuje majkama dojenje na zahtjev. Potrebno je educirati kako majke hrane svoju djecu i

koliko pojedini podoj mora trajati. Majke bi također trebalo poticati da se povežu s grupama za potporu dojenju u svojim područjima porijekla. Na taj način majkama je dostupna pomoć i savjeti u dojenju. Zaštita, promicanje i potpora dojenju u Republici Hrvatskoj odnosi se na provedbu programa „Rodilište – prijatelj djece“, kroz patronažnu skrb za trudnice i majke, provedbu programa „Savjetovanište za djecu – prijateljice dojenja“, provedbu programa „Zajednice – prijatelji dojenja“, aktivnosti grupa za potporu dojenja Hrvatske udruge grupa za potporu dojenja. Prvo spomenuto „Rodilište – prijatelj djece“ u Hrvatskoj je implementirano tri godine nakon svjetske implementacije, odnosno 1996. godine. Dvadeset godina kasnije sva rodilišta u Republici Hrvatskoj dobila su taj naziv. Kao posljedica provedbe ovog programa evidentira se porast broja dojene djece unutar rodilišta, ali i porast isključivo dojene djece u prvim mjesecima (27).

Priprema za dojenje i pronalaženje dobre mreže podrške prije poroda može osnažiti i pomoći budućim roditeljima uvidjeti sve prepreke koje se mogu pojaviti na tom putu kao i izazove koji se mogu prevladati uz točne informacije i podršku. Trudnički tečaj je osmišljen kao edukacija za buduće roditelje koji potiču raspravu i povezivanje, kao i pomoć u stvaranju prve mreže podrške tijekom trudnoće, poroda i nakon toga. Iako su jedino primalje kompetentne za provođenje trudničkih tečajeva, ipak njih uglavnom vode patronažne medicinske sestre bez primaljskog iskustva, što može predstavljati izazov i za buduće roditelje, ali i za medicinske sestre.

Učinkovit nacionalni program javnog zdravstva zahtijeva osnovnu koordinaciju i praćenje usluga. Aktivnosti za promicanje i potporu dojenju potječu iz raznih subjekata, uključujući savezne, državne i lokalne vlasti te neprofitne organizacije i strukovne udruge. Unutar savezne vlade brojne su agencije razvile programe o dojenju, a druge imaju programe koji na dojenje utječu neizravno. Stvaranje savezne međuresorne radne skupine za dojenje moglo bi pomoći u prevladavanju svih izazova s kojima se žene susreću i poboljšanju koordinacije i suradnje među agencijama kako bi se poboljšala podrška dojenju (29)

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je utvrditi utjecaj sociodemografskih čimbenika na duljinu dojenja.

MATERIJALI I METODE

3.1. Ustroj studije

Istraživanje je provedeno kao presječna studija s prigodnim uzorkom.

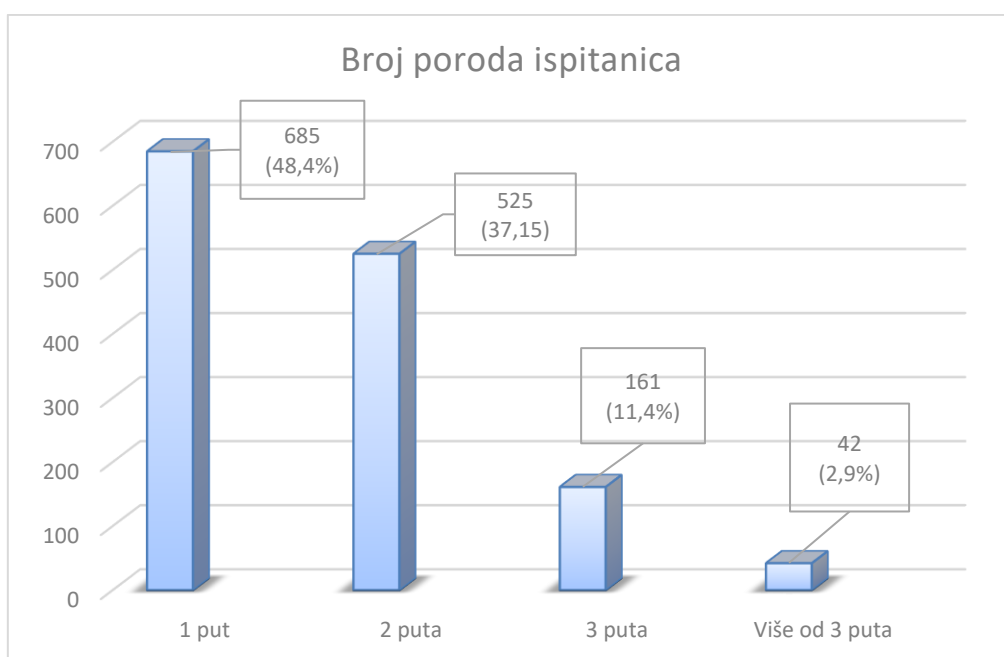
3.2. Uzorak

U istraživanju su sudjelovale majke s jednim ili više djece. Istraživanje je provedeno u vremenskom razdoblju od 1. do 30. srpnja 2022. godine. Kriteriji uključenja u istraživanje su sve majke s barem jednim djetetom koje su dojile, dok je kriterij isključenja majke koje nisu ni započele dojenje.

REZULTATI

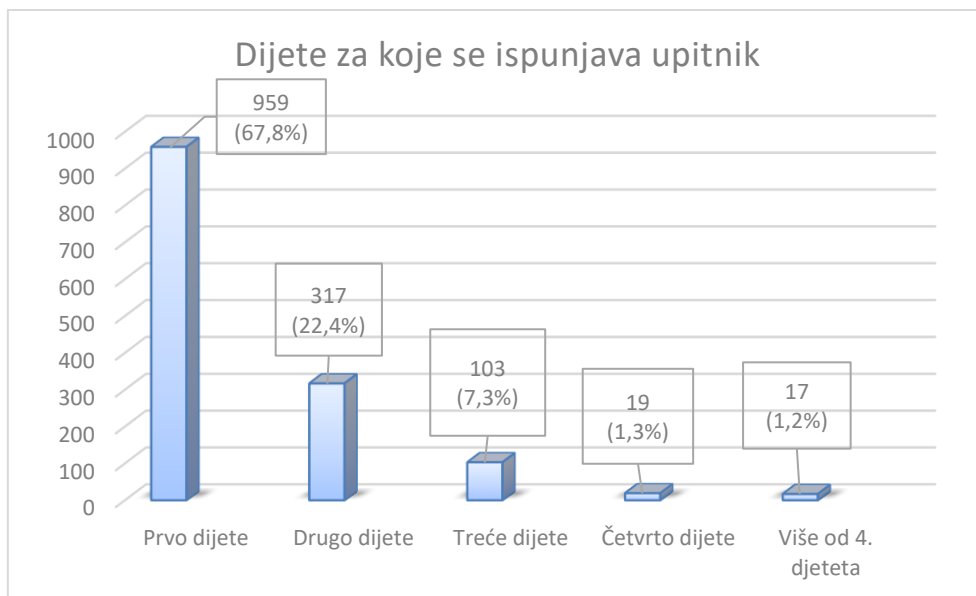
Sociodemografska obilježja ispitanica

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 1.415 ispitanica od kojih je većina njih, točnije 685 (48,4 %), rodila jednom. Zatim slijede ispitanice koje su rodile dva puta, njih 525 (37,1 %), i one koje su rodile tri puta, njih 161 (11,4 %) (slika 1).



Slika 1. Učestalost i postotak ispitanica obzirom na broj poroda

Najviše ispitanica, koje su sudjelovale u istraživanju, upitnik su ispunjavale za prvo dijete, njih 959 (67,8 %). Zatim slijede one koje su ispunjavale za drugo dijete, njih 317 (22,4 %), a za treće dijete njih 103 (7,3 %) (slika 2).



Slika 2. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na činjenicu za koje dijete po redu ispunjava upitnik

Prema mjestu prebivališta najviše je ispitanica iz grada Zagreba, njih 385 (27,2 %). Zatim slijede ispitanice iz Zagrebačke županije, njih 162 (11,4 %), Splitsko-dalmatinske županije, njih 120 (8,4 %), dok je iz ostalih županija manji broj ispitanica (tablica 1).

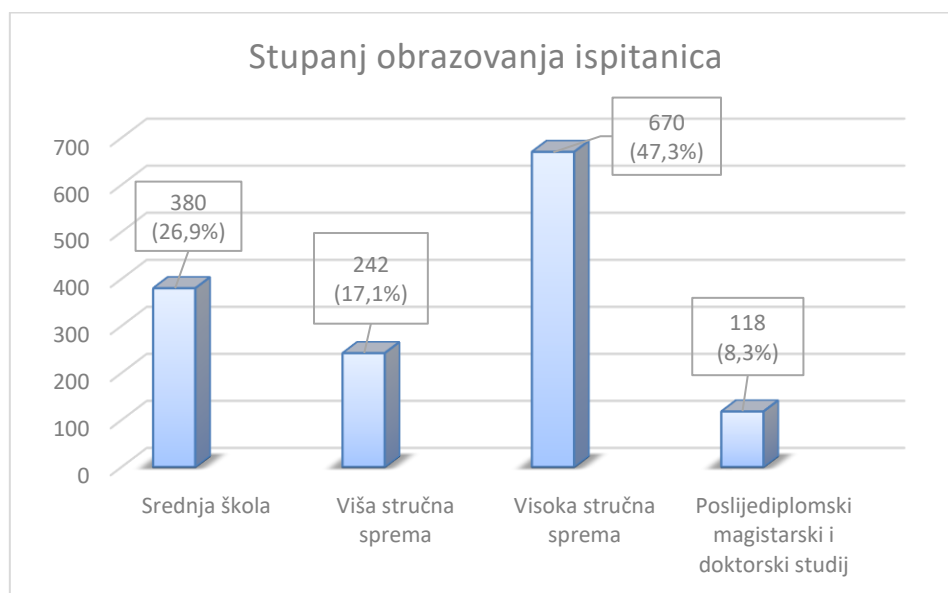
Tablica 1. Broj ispitanica prema mjestu prebivališta

Mjesto prebivališta	n	%
Zagrebačka županija	162	11,4
Krapinsko-zagorska županija	27	1,9
Sisačko-moslavačka županija	57	4,0
Karlovačka županija	23	1,6
Varaždinska županija	39	2,7
Koprivničko-križevačka županija	22	1,5
Bjelovarsko-bilogorska županija	36	2,5
Primorsko-goranska županija	94	6,6
Ličko-senjska županija	9	0,6
Virovitičko-podravska županija	25	1,7
Požeško-slavonska županija	22	1,5

Mjesto prebivališta	n	%
Brodsko-posavska županija	30	2,1
Zadarska županija	49	3,4
Osječko-baranjska županija	87	6,1
Šibensko-kninska županija	25	1,7
Vukovarsko-srijemska županija	38	2,6
Splitsko-dalmatinska županija	120	8,4
Istarska županija	81	5,7
Dubrovačko-neretvanska županija	35	2,4
Međimurska županija	49	3,4
Grad Zagreb	385	27,2

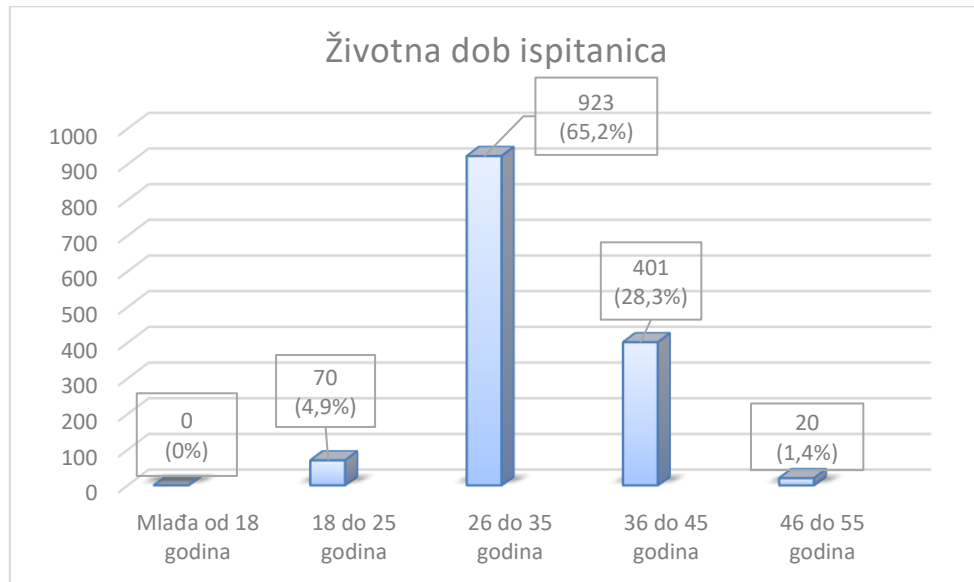
n – broj ispitanica

Najviše je ispitanica, njih 670 (47,3 %) visokoobrazovano, a zatim slijede ispitanice srednje stručne spreme, njih 380 (26,9 %), više stručne spreme, njih 242 (17,1 %) i poslijediplomskog magistarskog i doktorskog studija, njih 118 (8,3 %) (slika 3).



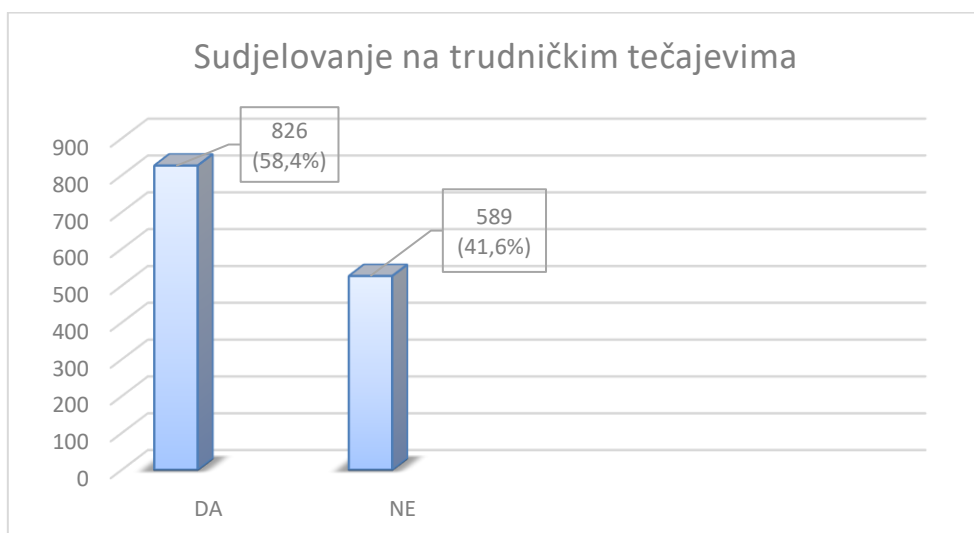
Slika 3. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na stupanj obrazovanja

U istraživanju je sudjelovalo najviše ispitanica životne dobi od 26 do 35 godina, njih 923 (65,2 %), zatim ispitanice životne dobi od 36 do 45 godina, njih 401 (28,3 %) te životne dobi od 18 do 25 godina, njih 70 (4,9 %) (slika 4).



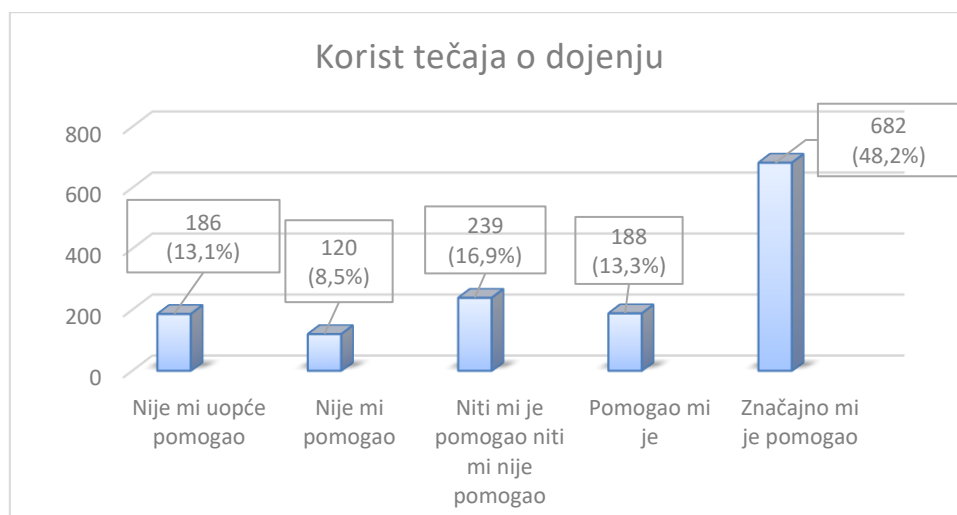
Slika 4. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na životnu dob

Od ukupnog broja ispitanica njih je 826 (58,4 %) pohađalo trudnički tečaj ili neki drugi oblik edukacije prije porođaja, dok ih 596 (42,1 %) nije (slika 5).



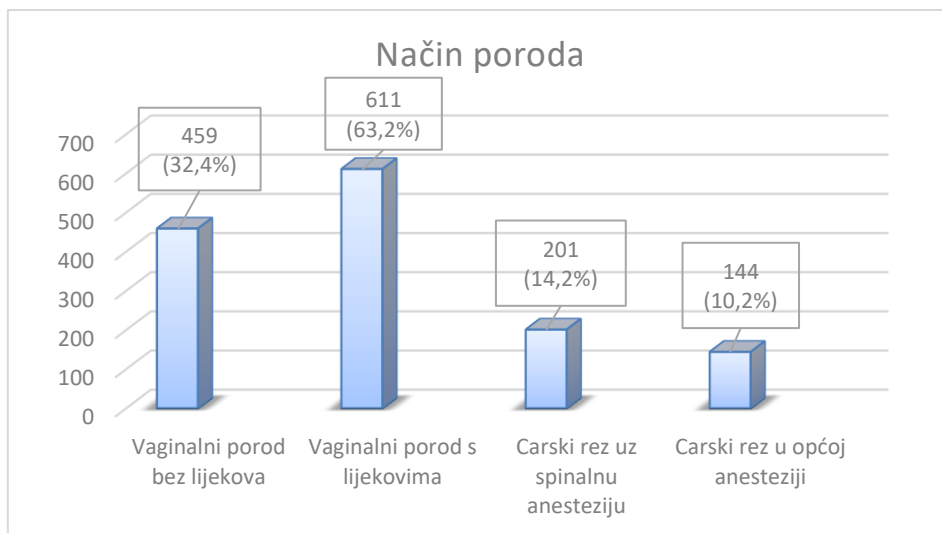
Slika 5. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na sudjelovanje na trudničkom tečaju

Što se tiče koristi tečaja/edukacije po pitanju dojenja, najviše je ispitanica, njih 682 (48,2 %), odgovorilo da im je znatno pomogao, dok je 186 ispitanica (13,1 %) odgovorilo da im uopće nije pomogao (slika 6).



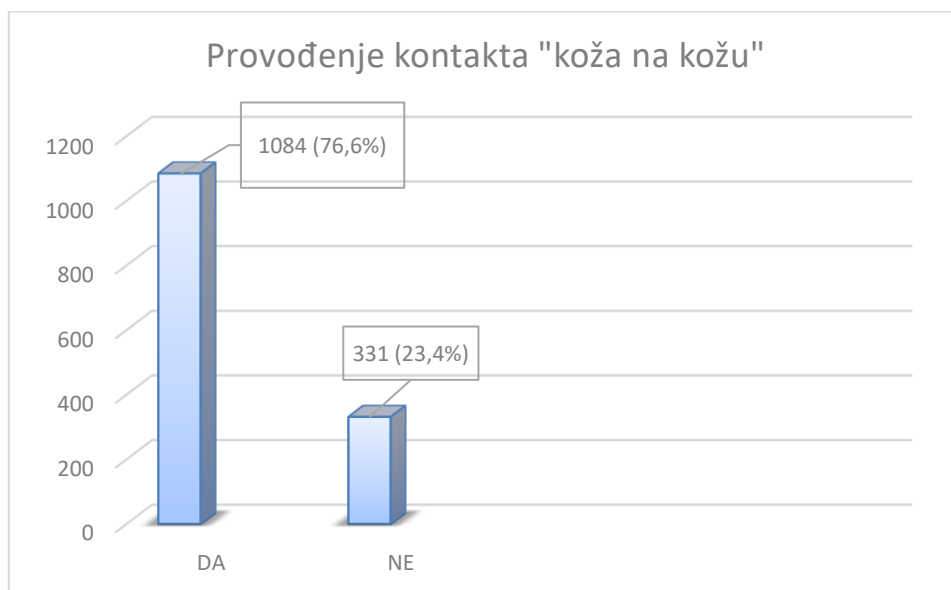
Slika 6. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na korist sudjelovanja na tečaju o dojenju

Od ukupnog broja ispitanica, najviše ih je, točnije 611 (43,2 %), rodilo vaginalnim porodom uz lijekove, epiduralnu anesteziju ili epiziotomiju. Zatim slijede ispitanice koje su rodile vaginalnim porodom bez lijekova, epiduralne anestezije ili epiziotomije, njih 459 (32,4 %) te carskim rezom uz spinalnu anesteziju, njih 201 (14,2 %), i carskim rezom u općoj anesteziji, njih 144 (10,2 %) (slika 7).



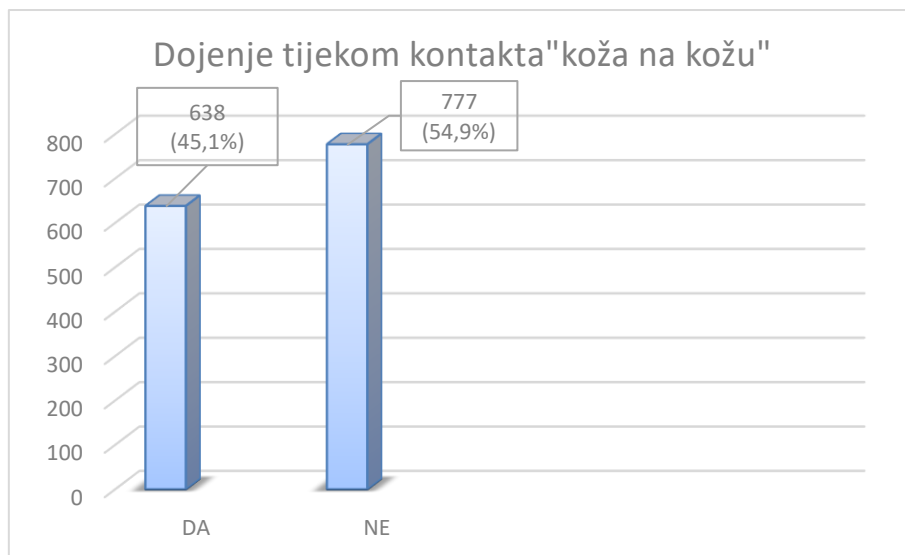
Slika 7. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na način poroda

Od ukupnog broja ispitanica kod njih čak 1.084 (76,6 %) proveden je kontakt „koža na kožu“, a kod 331 nije (23,4 %) (slika 8).



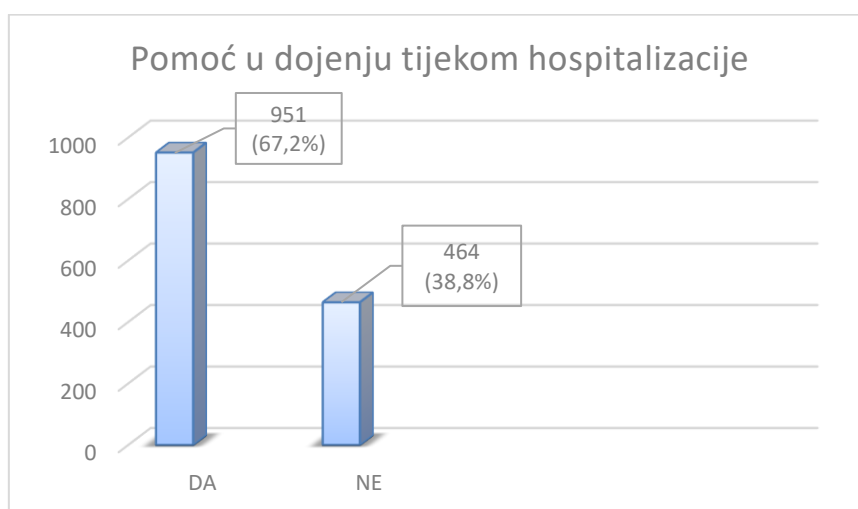
Slika 8. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na provođenje kontakta „koža na kožu“ nakon poroda

Nešto malo manje od polovice ispitanica, njih 638 (45,1 %), došlo je u rađaoni tijekom kontakta „koža na kožu“, dok njih 777 (54,9 %) nije (slika 9).



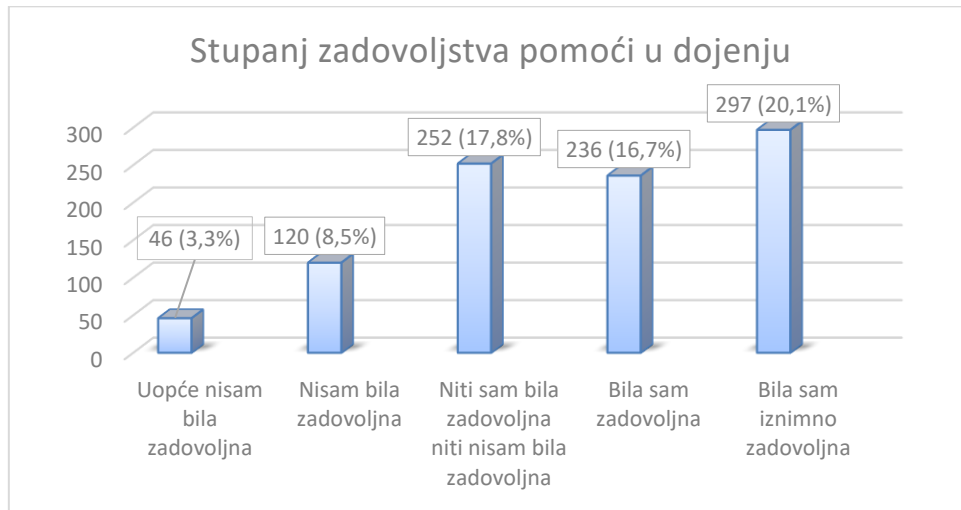
Slika 9. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na dojenje tijekom kontakta „koža na kožu“

Od ukupnog broja ispitanica, njih 951 (67,2 %) je odgovorilo da su tijekom boravka u bolnici dobili stručnu pomoć i savjete o dojenju od strane primalje/liječnika, dok njih 464 (38,8 %) nije (slika 10).



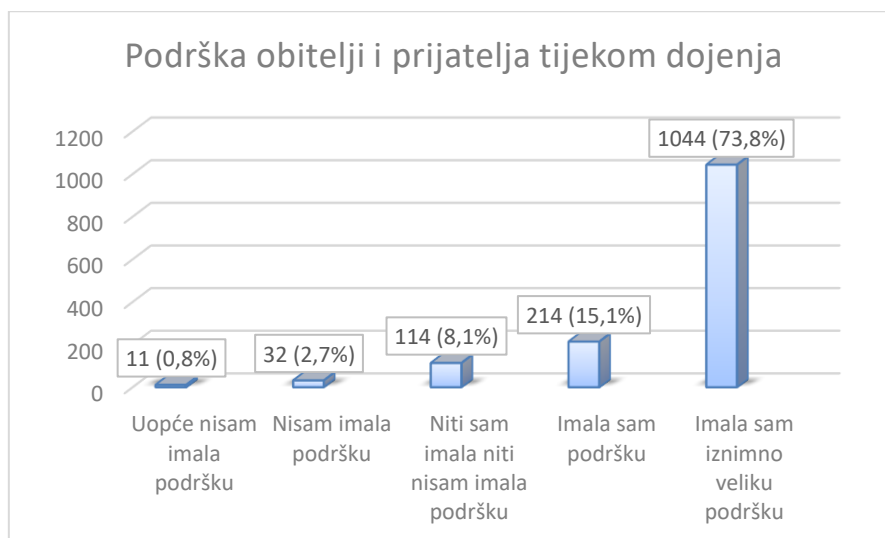
Slika 10. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na pomoć u dojenju tijekom hospitalizacije

Od ukupnog broja ispitanica, koje su na prethodno pitanje potvrdno odgovorile, njih 297 (20,1 %) bilo je iznimno zadovoljno, dok čak 252 ispitanica (17,8 %) nije ni zadovoljna ni nezadovoljna pomoći u dojenju u rodilištu (slika 11).



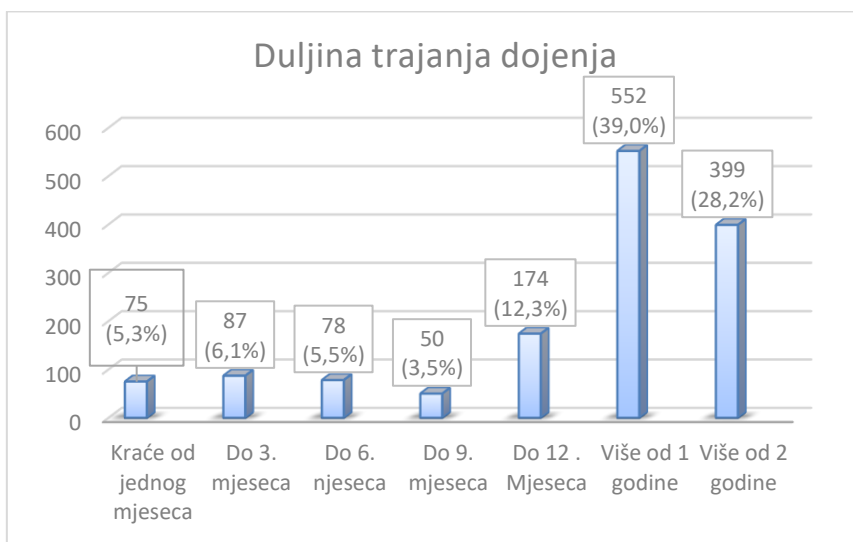
Slika 11. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na stupanj zadovoljstva pomoći u dojenju u rodilištu

Na pitanje o podršci u dojenju od strane partnera/supruga i obitelji/prijatelja, čak su 1.044 (73,8 %) ispitanice odgovorile da su imale veliku podršku, dok je samo 11 ispitanica (0,8 %) odgovorilo kako uopće nije imalo nikakvu podršku tijekom dojenja (slika 12).



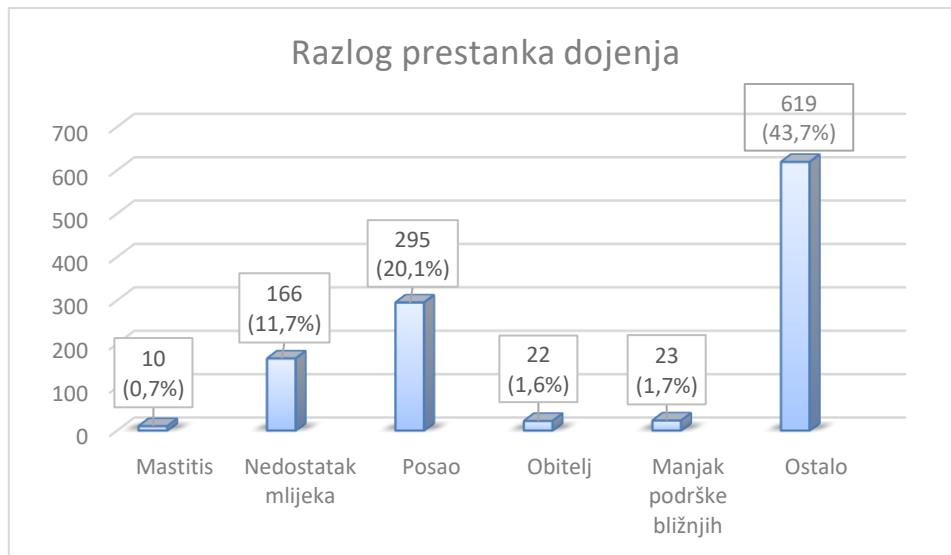
Slika 12. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na podršku obitelji i prijatelja tijekom dojenja

Na pitanje do koje su dobi dojile svoje dijete, najviše je ispitanica, njih 552 (39,0 %), odgovorilo dulje od jedne godine starosti djeteta. Zatim slijede ispitanice koje su dojile i nakon druge godine starosti djeteta, njih 399 (28,2 %), a nakon toga ispitanice koje su dojile prve godine djetetova života, njih 174 (12,3 %) (slika 13).



Slika 13. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na duljinu trajanja dojenja

Od ukupnog broja ispitanica koje su prestale dojiti, njih je 619 (43,7%) navelo da su najčešći razlozi manjak podrške bližnjih, druga trudnoća, zastojna dojka, premorenost, vlastita želja za prestankom dojenja, djetetovo zaostajanje na težini, zdravstveni razlozi ili djetetov samostalni prestanak dojenja. Posao je razlog prestanka dojenja kod 295 ispitanica (20,1 %), a zatim slijedi nedostatak mlijeka kod 166 ispitanica (11,7 %) (slika 14).



Slika 14. Učestalost i postotak ispitanica s obzirom na razlog prestanka dojenja

RASPRAVA

Nakon ispunjavanja dijela upitnika s ponuđenim mogućim odgovorima, sudionice istraživanja imale su mogućnost napisati komentar o dojenju koji nije bio obuhvaćen pitanjima. Neki od njih su:

„Nakon svega mislim da osim majčine volje za dojenjem, veliki čimbenik je način života. U prvim mjesecima je potrebno sve moguće olakšanje i pomoć majci da se može posvetiti dojenju i da ne bude pod stresom radi neobavljenih drugih kućanskih ili sličnih zadataka.“

„Žao mi je što nisam imala podršku od strane patronažne sestre u smislu da mi objasni kako dijete namjestiti da povuče. Njezin prijedlog je bio šeširić, što se pokazalo besmisleno. Također je rekla da majka može jesti sve, što se isto pokazalo krivo jer je imao nekoliko dana grčeve koji su prestali kada sam prilagodila prehranu.“

„Završila sam tečaj za laktacijske savjetnice u trajanju od dva tjedna, što mi je izuzetno pomoglo u odluci da isključivo dojim prvih šest mjeseci i nastavim dojiti uz uvođenje dohrane nakon toga. Prvo dvoje djece dojila sam negdje oko četiri mjeseca unatoč tome što sam do tada puno znala o dojenju. Očito je da nisam znala dovoljno.“

„Iako sam se mnogo informirala i troje djece dojila duže od godinu dana, niti s jednim nisam uspjela ekskluzivno dojiti. Vjerujem u zakon ponude i potražnje, ali isto tako mislim da moje dojke ne mogu proizvesti više od pola litre mlijeka dnevno, što je suprotno svemu što se može pročitati o temi.“

„Pohvaljujem odabranu temu diplomskog rada i nadam se daljnjim istraživanjima ovog područja. Smatram da je komunikacija između žena nekvalitetna što se tiče dojenja i poroda i ne pruža mladim majkama konkretne informacije koje bi im pomogle u pripremi za najveću promjenu u životu. One žene koje samostalno potraže stručne informacije u sklopu raznih online tečajeva, čitajući knjige ili gledajući videa imaju znatnu prednost i spremnije dočekaju proces poroda, a naročito spremnije prihvate izazove dojenja. Dojenje je jako osjetljiv proces koji iscrpljuje majku, naročito ako je prvo dijete i majka se nađe u novoj situaciji. Smatram kako bi trebala postojati mnogo otvorenija i obrazovanija komunikacija između žena (trudnica i žena koje već imaju

iskustvo poroda i dojenja), a naročito između žena i medicinskog osoblja koje je odgovorno pratiti proces trudnoće i poroda. Dojenje je predivno iskustvo, naravno, ali jako osjetljiv i zahtjevan proces koji treba mnogo više cijeniti u društvu.“

„Nema te edukacije koja će utjecati na tvoju vlastitu odluku. Majka ponajprije mora odlučiti da želi dojiti. Patronažne sestre, sestre na odjelu, nitko, ali nitko ne može donijeti odluku umjesto majke same. Edukacija tijekom cijele trudnoće, podrška partnera i znanje o samom procesu stvaranja mlijeka i dojenja je jedino važno. Znati da svaki plač djeteta nije znak gladi, naučiti pravilan položaj dojenja i hrabrenje roditelje je jedino što bi sestre u rodilištu trebale raditi. Trudnički tečaj i držanje plastične bebe i dojke su svjetska glupost i nemaju nikakve veze s dojenjem.“

ZAKLJUČAK

Analizom rezultata moguće je izvesti sljedeće zaključke:

1. U istraživanje o duljini trajanja dojenja uključeno je 1.415 žena s najmanje jednim djetetom koje su dojile i završile s dojenjem.
2. Rezultati su pokazali da duljina trajanja dojenja statistički znatno raste s porastom broja poroda, pohađanjem trudničkog tečaja, normalnim vaginalnim porodom, ostvarenim kontaktom „koža na kožu“ nakon poroda, dojenjem u rađaoni prilikom kontakta „koža na kožu“, dobivenom stručnom pomoći od strane primalje/liječnika te podrškom bližnjih. Takve su dojilje statistički značajno duže dojile u odnosu na ostale skupine.
3. Dob, prebivalište i stručna sprema nisu imali statistički znatan utjecaj na duljinu dojenja.

LITERATURA

1. Motee A., Jeewon R. Importance of Exclusive Breast Feeding and Complementary Feeding Among Infants. *Current Research in Nutrition and Food Science*. 2(2):56-72, 2014.
2. Küçükoğlu S., Çelebioğlu A. Effect of Natural-Feeding Education on Successful Exclusive Breast-Feeding and Breast-Feeding Self-Efficacy of Low-Birth-Weight Infants. *Iran J Pediatr*. 24(1):49-56, 2014.
3. Lang Morović M., Musić Milanović S. Breastfeeding Duration as a Predictor of Childhood Lifestyle Habits, Overweight and Obesity in Second- and Third-Grade Schoolchildren in Croatia. *Acta Clin Croat*. 58(3):481-490, 2019.
4. Broers B., Królak-Olejniak B. A history of breastfeeding. *GinPolMedProject*. 1(47):30-2, 2018.
5. Marks L., Wendkos Olds S. *The Complete Book of Breastfeeding: The Classic Guide* (4th edition). New York: Workman Publishing Company, Inc. str. 17-29. 2010.
6. Stables D., Rankin J. *Physiology in Childbearing: with Anatomy and Related Biosciences* (3rd edition). London: Elsevier Health Sciences. str. 359-71, 2010.
7. Pillay J., Davis T. J. *Physiology, Lactation*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/> (datum pristupa 13.07.2022.)
8. Lawrence R. A. *Physiology of Lactation. Breastfeeding* (9th Edition): Elsevier, str. 58-92, 2022.
9. Biga L. M., Dawson S., Harwell A., Hopkins R., Kaufmann J., LeMaster M. i sur. *Anatomy & Physiology*. OpenStax/Oregon State University; str. 1856-62, 2017.
10. Shah R., Sabir S., Alhawaj A. F. *Physiology, Breast Milk*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539790/> (datum pristupa 13.07.2022.)

11. Podgorelec V., Brajnović Zaputović S., Kiralj R. Majčino mlijeko najbolji je izbor prehrane za novorođenče i dojenče. *Sestrinski glasnik*. 21(1):33-40, 2016.
12. Ballard O., Morrow A. L. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am*. 60(1):49-74, 2013.
13. Divedi P., Maheshwari P., Seth S., Mishra A. Analysis of Transitional Milk of Post-Natal Cases in Non-Anaemic Mothers and Its Comparison With Anaemic Mothers in Rural Western Uttar Pradesh. *Cureus*. 12(12):1-7, 2020.
14. Luthfor A., Nazrul I., Nazrul I. K., Syeda N. N. Vitamin C Content in Human Milk (Colostrum, Transitional and Mature) and Serum of a Sample of Bangladeshi Mothers. *Mal J Nutr*. 10(1):1-5, 2004.
15. Brahm P., Valdés V. Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. *Rev Chil Pediatr*. 88(1):15-21, 2017.
16. Burgio M. A., Lagana A. S., Sicilia A., Prosperi Porta R., Porpora M. G., Ban Frangež H. i sur. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. *Iran J PublicHealth*. 45(8):970-7, 2016.
17. Hay G., Bergljot Bærug A. The benefits of exclusive breastfeeding up to six months. *Tidsskr Nor Legeforen*; 2019. Dostupno na adresi: <file:///C:/Users/Moj%20Komp/Downloads/pdf-export-57542.pdf> (datum pristupa 15.07.2022.)
18. Binns C., Lee M., Yun Low W. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 28:7-14, 2016.
19. Lintner N. C., Gray B. A. Childbearing and Depression – What Nurses need to know. *Nursing for Women's Health*. 10(1):50-7, 2006.
20. Kong S. K. F., Lee D. T. F. Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*. 46(4):369-79, 2004.
21. Eidelman A. I., Schanler R. J., Johnston M., Landers S., Noble L., Szucs K. i sur. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 29(3):827-41, 2012.

22. Spencer J., Abrams S. A., Hoppin A. G. Patient education: Common breastfeeding problems (Beyond the Basics). UpToDate; 2019. Dostupno na: [https://www.uptodate.com/contents /common-breastfeeding-problems-beyond-the-basics](https://www.uptodate.com/contents/common-breastfeeding-problems-beyond-the-basics) (datum pristupa 15.07.2022.)
23. Centers for Disease Control and Prevention (US). Barriers to Breastfeeding in the United States. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2011. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52688/?report=reader> (datum pristupa 17.07.2022.)
24. Canicali Primo C., De Oliveira Nunes B., De Fátima Almeida Lima E., Marabotti Costa Leite F., Barros de Pontes M., Gomes Brandão M. A. Which factors influence women in the decision to breastfeed?. Invest Educ Enferm. 34(1):198-217, 2016.
25. Spencer J. P. Management of Mastitis in Breastfeeding Women. Am Fam Physician. 78(6):727-31, 2008.
26. Berović N. Impact of Sociodemographic Features of Mothers on Breastfeeding in Croatia: Questionnaire Study. CMJ. 44(5):596-600, 2003.
27. Ostović Ž., Čatipović M., Hrgović Z., Lagančić M., Vušić I., Fureš R. i sur. Breastfeeding Promotion and the Results of the Maternity Ward – a Friend of Children Initiative Implementation in Bjelovar-Bilogora County in 2018. Mater Sociomed. 33(4):269-75, 2021.
28. Grgurić J., Pavičić Bošnjak A., Stanojević M., Zakanj Z. (ur). Priručnik za provođenje inicijative „Rodilište-prijatelj djece“. Ured UNICEF-a za Hrvatsku; Zagreb: 2007.
29. Office of the Surgeon General. Breastfeeding from the Public Health Perspective. Centers for Disease Control and Prevention; 2011. Dostupno na adresi: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ books/NBK52684/?report=reader](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52684/?report=reader) (datum pristupa 19.07.2022.)
30. San Lio R. M., Maugeri A., La Rosa M. C., Cianci A., Panella M., Giunta G. i sur. The Impact of Socio-Demographic Factors on Breastfeeding: Findings from the „Mamma & Bambino“ Cohort. Medicina (Kaunas). 57(2):1-12, 2021.

31. Masudul I., Sohani A., Animesh B. Influence of socio-demographic factors on the breastfeeding period of women in Bangladesh: a polytomous logistic regression model. *Family Medicine & Primary Care Review*. 21(3):223-9, 2019.
32. Thulier D., Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. *JOGNN*. 38:259-68, 2009.

