

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Sonja Kočiš Čovran

**Utjecaj inicijative „Rodilište prijatelj djece“ na
promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika
prema dojenju**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Sonja Kočiš Čovran

**Utjecaj inicijative „Rodilište prijatelj djece“ na
promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika
prema dojenju**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Kliničkoj bolnici "Merkur", na Klinici za ženske bolesti i porode pod vodstvom prof.dr.sc. Ratka Matijević,dr.med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016.

POPIS I OBJAŠNENJE KRATICA

UNICEF	međunarodni fond za djecu, <i>engl. United Nations International Children's Emergency Fund</i>
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija, <i>engl. World Health Organization</i>
HIV	virus humane imunodeficijencije, <i>engl. Human immunodeficiency virus</i>
ARV	antiretrovirusni lijekovi, <i>engl. Antiretroviral therapy</i>
AAP	američka akademija pedijatara, <i>engl. American Academy of Pediatrics</i>

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.2. Kako je bilo nekad?.....	2
1.3. Fiziološki proces nastanka majčinog mlijeka.....	3
1.4. Sastav majčinog mlijeka.....	4
1.5. Dojenje.....	4
1.5.1. Deset činjenica o dojenju prema kojima WHO temelji načela „Deset koraka prema uspješnom dojenju“.....	5
1.6. Inicijativa „Deset koraka do uspješnog dojenja“.....	7
2. Hipoteza.....	9
3. Cilj stručnog rada.....	9
4. Ispitanici i metode.....	9
5. Rezultati.....	10
6. Rasprava.....	14
7. Zaključak.....	19
8. Zahvale.....	20
9. Literatura.....	21
10. Životopis.....	24

SAŽETAK

Utjecaj inicijative „Rodilište prijatelj djece“ na promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika prema dojenju

Sonja Kočiš Čovran

Ciljevi: Primarni cilj rada bio je ustanoviti je li provedba inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ dovela do promjene načina prehrane novorođenčadi kod otpusta iz bolnice. Sekundarni cilj ovog stručnog rada bio je ustanoviti u kolikoj mjeri Inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ promjenom načina prehrane novorođenčadi, ukoliko se ista potvrdi, doprinosi promijeni parametara koji su povezani s dojenjem, a mogu potencijalno utjecati na perinatalni i rani neonatalni morbiditet.

Ispitanici i metode: Podatci su prikupljeni retrospektivno iz povijesti bolesti novorođenčadi rođenih 1993. i 2015. godine u KB Merkur. Kriterijima uključenja i isključenja definirana je skupina zdrave novorođenčadi rođenih iz trudnoća majki, koje su rađale prvi puta vaginalnim putem u stavu glavom bez zabilježenih komplikacija tijekom porođaja ili pridružene patologije trudnoće. Provedena je deskriptivna analiza podataka te je korišten Mann Whitney test. Za razinu statističke značajnosti odabrano je $p < 0,05$.

Rezultati: od ukupno 2558 rođenih u 1993. godini i 1526 rođenih u 2015., u analizu je uključeno 105 novorođenčadi iz 1993. i 99 novorođenčadi iz 2015. Prosječna tjelesna težina u 1993. godini iznosila je 3.517 grama, a tijekom 2015. godine iznosila je 3.318 grama. Tjelesna težina pri otpustu novorođenčadi u 1993. godini iznosila je 3.401 grama, a 2015. godine 3.235 grama. U načinu hranjenja novorođenčadi 1993. prevladava kombinirana prehrana, dok se u 2015. godini ishrana bazira na isključivom dojenju. Utvrđena je statistički značajna razlika u načinu prehrane novorođenčadi od 1993. do 2015. godine ($z=13,02$, $p < 0,001$). Godine 2015. rodilje i novorođenčad nakon porođaja u rodilištu borave kraće nego 1993. godine ($t=6.15$, $p < 0.0001$), te je vrijeme od porođaja do prvog podoja također bilo kraće 2015. u usporedbi s 1993. godinom ($t=11.68$, $p < 0,0001$).

Zaključak: Porast broja dojene djece kod otpusta iz bolnice rezultat je provedbe inicijative „Rodilište - prijatelj djece“. Također nije utjecao na pad u tjelesnoj težini, te je smanjio duljnu boravka u bolnici kao i vrijeme od porođaja do prvog podoja.

Ključne riječi: dojenje, inicijativa „Rodilište prijatelj djece“, zdravstveni djelatnici

SUMMARY

Effect of „ Baby friendly hospital“ initiative on changes in attitudes of health care professionals on breastfeeding

Aims: The primary aim of this study was to determine if implementation of «Baby-friendly hospital» initiative has changed the mode of feeding among newborns at hospital discharge. Secondary aim of this study was to establish in what way does change in mode of feeding, if it is determined as such, contribute to change of parameters related to breastfeeding which might potentially influence perinatal and early neonatal morbidity.

Examinees and methods: The study was performed using data from medical records of newborns born in years 1993 and 2015 at University Hospital Merkur. It compared 105 newborns from 1993 and 99 newborns from 2015 born vaginally in occiput anterior presentation from normal low risk pregnancies from nulliparous mothers without observed labour complications or pathologies during pregnancies. Both groups were selected according to same exclusion and inclusion criteria. Statistical analysis was performed using Mann Whitney test. Statistical significance was set to $p < 0.05$.

Results: Among a total of 2558 newborns in year 1993, and 1626 in 2015, 105 newborns from year 1993 and 99 from year 2015 were found to fulfill selected exclusion and inclusion criteria. Mean birthweight in 1993 was 3517 grams and 3316 grams in 2015, while discharge newborn weight was 3401 grams in 1993 and 3235 grams in 2015. A statistically significant difference was observed between 1993 and 2015 regarding mode of feeding; in 1993 the majority of newborns were fed using combined feeding, while in 2015 the prevailing mode was breastfeeding ($z=13,02$, $p < 0,001$). Women and newborns stayed less in hospital in 2015 ($t=6.15$, $p < 0,001$) and the time between birth and first feeding was shorter in 2015 ($t=11.68$, $p < 0,001$).

Conclusion: This rise of the number of newborn fed by breastfeeding at hospital discharge is a result of implementation of „Baby-friendly hospital“ initiative. Also, this rise the number of breastfeed newborns did not lead to a decrease in newborn in newborn weight, but it has shortened the time newborns spent in hospital after birth and the time between birth and first feeding.

Keywords: breastfeeding, „Baby friendly hospital“ initiative, healthcare professionals

1.UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF prije dva desetljeća ocijenili su da se sve manje novorođenčadi hrani dojenjem. Veoma niska stopa dojenja i prije Domovinskog rata ubrajala je Hrvatsku u zemlje s najnižom stopom dojenja. Ne postoje podatci o utjecaju rata na dojenje, no pretpostavka je da se u tim okolnostima smanjila učestalost dojenja još i više (Grgurić 1994). S ciljem humanizacije i podrške pri dojenju pokrenule su se akcije za promicanje dojenja pod nazivom „Deset koraka do uspješnog dojenja“, u okviru kojega rodilišta koja ispunjavaju određene kriterije nakon ocijenjivanja dobivaju prestižan naziv „Rodilište – prijatelj djece“.

Promišljajući na koji način zaštititi dijete od najranije dobi, a da mu ne oduzmemo njegovo prirodno pravo na najbolju i biološki jedinu ispravnu prehranu, a to je majčino mlijeko, u Republici Hrvatskoj 1993. godine zahvaljujući UNICEF-u, započinje program inicijativa „Rodilišta – prijatelji djece“. Cilj inicijative je provođenje „Deset koraka do uspješnog dojenja“ i prekidanje prakse distribuiranja donacija ili prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko po povoljnim cijenama u zdravstvenim ustanovama (Grgurić 2007).

Cilj međunarodnog pravilnika o promidžbi nadomjestaka majčinog mlijeka pridonosi osiguravanju neškodljive i primjerene prehrane dojenčadi, i to zaštitom i promicanjem dojenja te osiguravanjem ispravne uporabe nadomjestaka za majčino mlijeko, u slučajevima kada je to neophodno, na temelju odgovarajućih informacija i primjerenim marketingom i distribucijom. Osim toga, inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“ dio je globalne strategije za prehranu dojenčadi i male djece. Cilj globalne strategije je optimalnom prehranom poboljšati uhranjenost, rast, razvoj, zdravstveno stanje, a time i preživljavanje dojenčadi i male djece. Strategija podupire isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci života novorođenčeta, a nakon tog razdoblja, pravovremeni početak dohrane, uz nastavak dojenja tijekom dvije godine i dulje (Grgurić 2007).

Hrvatska je već 2014. godine istaknuta kao jedna od šest zemalja s najvećim brojem rodilišta koja nose tu prestižnu titulu. Upravo zahvaljujući Inicijativi, 2016. godine u Hrvatskoj se broj djece dojene pri izlasku iz rodilišta povećao na 91 – 95%, a u svim rodilištima stvoreni su uvjeti za zajednički boravak majki i djece. Titulu „Rodilišta

prijatelja djece” od 2016. godine nose sva rodilišta u Hrvatskoj (ukupno 31 rodilišta), a Inicijativa se nastavlja podrškom u dojenju prijevremeno rođene djece, kao i podrškom majkama kako bi rodilišta postala i prijatelji majki (UNICEF 2015).

1.2. Kako je bilo nekad?

Prije više od dva desetljeća, programiran porođaj i ustaljena praksa medikacije pri porođaju bili su uobičajeni. Uobičajeni paket inetrvenција koje je rodilja dobivala pri samom ulasku u rađionicu, stvarali su nevjerojatnu situaciju, da je majka koja rodi prilično «odsutna» i da ne sudjeluje puno u svom vlastitom porođaju. Nažalost, upravo ulaskom kroz vrata rađionice automatski su bili narušeni ženini prirodni procesi u porođaju, načinom na koji je postala bolesnica, a ne žena koja je sposobna roditi. Rodilje su bile sputane medicinskom rutinom postavljanja intravenske kanile, brijanja spolovila, davanjem klistira, davanjem koktela anksiolitika, analgetika i spazmolitika. Dodatno uplašene pričama strašnih iskustva s porođaja, uznemirila ih je i medicinska tehnologija koju nisu razumijele, a podršku od zdravstvenih djelatnika nisu dobivale. Bliskoj osobi ili ocu nije se dopuštalo da prisustvuje porođaju, pa pratnja nije mogla biti podrška ženi koja rađa. Majka i dijete bili su razdvojeni odmah po porođaju s obrazloženjem kako se majka treba odmoriti, a otac je dijete mogao vidati jedino kroz zaštitno staklo, do onog dana kada su majka i dijete napuštali bolnicu. U usporedbi s uobičajenom skrbi, pružanje kontinuirane podrške ženama tijekom porođaja povećava vjerojatnost spontanog vaginalnog poroda, smanjuje se trajanje porođaja i primjena medikamentoznog ublažavanja boli, te se smanjuje učestalost carskog reza i instrumentalnog dovršenja porođaja. Osim toga, rađa se manje novorođenčadi s niskom Apgar ocjenom u 5. minuti, dok majke izražavaju veće zadovoljstvo kroz takvo iskustvo rađanja (Amorim et Katz 2012).

Upravo odvajanjem, roditeljima i novorođenčadi uskraćena su dragocjena iskustva susreta prvih sati života, što je jedna od najosjetljivijih faza za uspostavljanje dojenja i povezanosti. Novorođenčad se po porođaju odmah kupala, te se prva opskrba odvijala na način da se dijete važe, mjeri, pokazuje majci i odnosi od nje na ponovno kupanje, vaganje, mjerenje i ugrijavanje putem električnih grijača. Novorođenčad su se majci donosila tek nakon dvanaest ili dvadesetčetiri sata na prvi podoj, a kasnije na ustaljenu praksu svaka četiri sata, uz obaveznu nadohranu mliječnom formulom, auobičajena je bila i noćna pauza.

Rezultat takvog postupka doveo je do toga da do prvog podoja nije ni došlo u rodilištu, jer se dojenje smatralo napornim, neugodnim i često nemogućim zadatkom, koje je uspijevalo tek rijetkima. Postalo je prihvatljivije „planski hraniti dijete“ nego „dojiti dijete na zahtjev“. Kasno prvo dojenje, strogo pridržavanje ritma hranjenja svaka četiri sata, duge noćne pauze, vremenska ograničenost i stres pri dojenju, vaganju i dohranjivanju zbunjuje žene.

Iako se u međuvremenu dosta toga promijenilo, izvjesne prakse, predrasude, strahovi i priče preostale iz vremena koje se protivilo dojenju, nažalost, još su uvijek ponegdje prisutne. Majke, kako bi donijele ispravnu odluku, trebaju ohrabrenje i podršku zdravstvenih djelatnika na način da im pomognu ojačati sigurnost u sebe i u osjećaj vlastite vrijednosti, dok tim činom iznimno doprinose i društvenoj dobrobiti. Ne postoji razlog zbog kojega skrb tijekom porođaja ne bi mogla biti organizirana tako da ispunjava ženinu potrebu za osjećajem sigurnosti tijekom porođaja. Danas se zdravstveni djelatnici i primalje zalažu za promicanje prakse rađanja usmjerene prema ženi, prihvaćanja trudnoće, porođaja i dojenja kao normalnog prirodnog procesa.

1.3. Fiziološki proces nastanka majčinog mlijeka

Priprema dojki za laktaciju započinje tijekom trudnoće i to kroz razne faze. U prvom tromjesečju trudnoće dolazi do proliferacije žlijezdanog epitela dojke i grananja izvodnih kanalića te intenzivnijeg protoka krvi kroz dojku. U zadnjem tromjesečju epitelne stanice se pune masnim kapljicama, dolazi do stvaranja kolostruma te smanjenja proliferacije uz povećanje sekrecije (Krešić, Dujmović, Mandić et Mrduljaš 2013). Dojke su sposobne za laktaciju od 16. tjedna trudnoće nadalje, što bi značilo da je mlijeko prisutno tijekom laktogeneze I u obliku kolostruma.

Laktogeneza I označava početak sekretorne stanične aktivnosti i nakupljanje kolostruma od otprilike 10 do 12 tjedna trudnoće. Laktogeneza II označava uspostavu obilne produkcije mlijeka nakon porođaja posteljice, a laktogeneza III odnosno galaktopoeza, stadij zrele proizvodnje mlijeka. Stvaranje mlijeka je pod hormonskom kontrolom prije porođaja posteljice i prelazi pod autokrinu kontrolu tijekom laktogeneze II. Porođaj posteljice, hormonske promjene (pad prostaglandina, visoka koncentracija prolaktina) i sisanje novorođenčeta potiču obilno stvaranje

mlijeka nakon porođaja (Medicinski fakultet u Splitu, Katedra za obiteljsku medicinu 2011).

1.4. Sastav majčinog mlijeka

Majčino mlijeko osigurava novorođenčetu hranjive tvari dobre bioraspoloživosti, kao i velik broj bioaktivnih komponenti koje pridonose imunološkoj zaštiti protiv patogena u djetetovom okruženju (Section on Breastfeeding 2012). Sastav majčinog mlijeka nije statičan već se mijenja s dužinom laktacije. U razdoblju od 1. do 5. dana nakon porođaja izlučuje se kolostrum. Prijelazno mlijeko se izlučuje u razdoblju od 6. do 15. dana nakon porođaja, dok se zrelo mlijeko izlučuje nakon 16. dana (Božanić 2004). Masti majčinog mlijeka, osim što predstavljaju glavni izvor energije, čineći oko 40-55 % djetetovog ukupnog energetskeg unosa, osiguravaju dječjem organizmu opskrbu vitaminima topljivim u mastima i esencijalnim masnim kiselinama.

Kolostrum je gusta, ljepljiva, skoro želatinozna, uglavnom žuto obojena tekućina. U prosjeku se proizvodi u količini od 30 ml dnevno, a sadrži oko 2 % mast (Podgorelec, Brajnović Zaputović et Kiralj 2016). Kolostrum je bogat imunološkim komponentama kao što su imunoglobulin A, laktoferin i leukociti (Ballard et Morrow 2013). Sadrži malu koncentraciju laktoze što govori da mu je glavna uloga zaštitna, a ne hranjiva. Kolostrum u odnosu na zrelo mlijeko sadrži više ugljikohidrata, a manje bjelančevina (Horta et Vicorta 2013). S druge strane doprinosi uspostavi bifidalne nepatogene flore u probavnom sustavu, a ima i laksativni učinak gdje čisti mekonijum od ostatka bilirubina (Krešić, Dujmović, Mandić et Mrduljaš 2013), te na taj način smanjuje mogućnost pojave hiperbilirubinemije. U prijelaznom mlijeku polako raste količina masti i ugljikohidrata, a posljedično i ukupna energetska vrijednost mlijeka. Tijekom 24 sata stvori se oko 500 mL prijelaznog mlijeka. Važna značajka zrelog mlijeka je što mu sastav nije jednak na početku i na kraju podoja. Energetska vrijednost je u rasponu od 68 kcal na 100 ml. U početku podoja dijete dobiva tzv. prvo mlijeko ili predmlijeko, koje je rijetko i plavkaste boje. Budući da sadrži više vode i ugljikohidrata, zadovoljava potrebe djeteta za tekućinom. Zadnje mlijeko sadržava više masti kako se obrok približava kraju. Takvo mlijeko dojenčetu pruža osjećaj sitosti (Krešić, Dujmović, Mandić et Mrduljaš 2013).

1.5. Dojenje

Dojenje je proces u kojem žena hrani novorođenče preko dojki, a tek rođeno novorođenče po porođaju ima refleks sisanja i gutanja. Međutim treba naglasiti da je dojenje normalna funkcija koja je pod utjecajem niza čimbenika na individualnoj, ali i na široj društvenoj razini (Anderson, Johstone et Remley 1999). Proces dojenja nije samo pitanje zadovoljenja nutritivnih potreba već ima vrlo veliki utjecaj na psiho-emocionalni razvoj djeteta (UNICEF 2016).

1.5.1. Deset činjenica o dojenju prema kojima WHO temelji načela „Deset koraka prema uspješnom dojenju“ (WHO 2016)

1. WHO preporučuje isključivo dojenje u prvih šest mjeseci života, a nakon toga nastavak dojenja do dvije godine ili više, uz postupno uvođenje čvrste hrane. Dojenje treba započeti u roku od jednog sata od rođenja te bi dojenje djeteta trebalo biti "na zahtjev", odnosno ne ograničaviti niti duljinu niti trajanje svakog podoja, a bočice ili dude treba izbjegavati.

2. Zdravstvena prednost za djecu upravo je majčino mlijeko, koje je idealna hrana za novorođenčad i dojenčad te im daje sve hranjive tvari potrebne za zdrav razvoj. Osim toga sadrži antitijela koja štite djecu od najčešćih dječjih bolesti, poput proljeva i upale pluća, koja su primarni uzroci smrtnosti djece u svijetu. Majčino mlijeko je lako dostupno i pristupačano te kao takvo osigurava adekvatnu prehranu.

3. Isključivo dojenje je povezano s prirodnom metodom kontrole rađanja (98% zaštite u prvih šest mjeseci nakon rođenja) i kao takvo ima zdravstvenu prednost za majke. Ono smanjuje rizik od postporođajne depresije, karcinoma dojke i jajnika, te dijabetesa tipa II.

4. Dugoročna zdravstvena prednost dojenoj djeci pridonosi životu dobrog zdravlja. Za adolescente i odrasle koji su dojili kao novorođenčad i dojenčad, manje je vjerojatno da će imati dijabetes tip II ili da će biti pretili. Osim toga, potvrđen je i pozitivan učinak dojenja na kasniji kognitivan razvoj (Neville, Anderson, McManaman et al. 2012).

5. Mliječna formula za dojenčad ne sadrži antitijela koja se nalaze u majčinom mlijeku. Dugoročne zdravstvene prednosti dojenja za majke i djecu ne mogu se replicirati s dojenačke formule. Kada hrana za dojenčad nije pravilno pripremljena, postoje rizici koji proizlaze iz korištenja nesigurne vode i nesterilizirane opreme ili postoji mogućnost prisutnosti bakterija u prahu mliječnih formula. Pothranjenost može rezultirati iz prerazrijeđene mliječne formule. Dok često dojenje održava

opskrbu majčinim mlijekom, ukoliko se koristi mliječna formula, povratak dojenju ne može biti opcija zbog smanjene proizvodnje majčinog mlijeka.

6. Majka zaražena virusom HIV-a može prenjeti infekciju na svoje dijete tijekom trudnoće, porođaja i dojenjem. Međutim, antiretrovirusni lijekovi dani majci ili HIV-om izloženom djetetu smanjuju rizik od prijenosa. Zajedno, dojenje i ARVs imaju potencijal da značajno poboljšaju dojenačke šanse za preživljavanje. WHO preporučuje da kada HIV-om inficirana majka doji, trebala bi dobiti ARVs i slijediti WHO smjernice za prehranu dojenčeta.

7. Međunarodna regulativa marketinga nadomjestaka za majčino mlijeko usvojena je 1981. i poziva:

- da se na svim mliječnim formulama označe i navedu informacije o prednosti dojenja i zdravstvenim rizicima nadomjestaka za majčino mlijeko;
- zabranjeno je promovirati nadomjestke za majčino mlijeko;
- zabranjeno je dijeliti besplatne uzorke nadomjestaka za majčino mlijeko trudnicama, majkama i njihovih obitelji;
- zabranjene su distribucije besplatnih ili subvencioniranih nadomjestaka za majčino mlijeko prema zdravstvenim radnicima ili zdravstvenim objektima.

8. Dojenje je vještina koja se uči i mnoge žene nailaze na poteškoće na početku dojenja. Mnoge rutinske prakse, kao što je odvajanje majke i djeteta odmah po porođaju, izravno otežavaju uspostavu dojenja. Zdravstvene ustanove koje podržavaju dojenje izbjegavanjem ove prakse potiču nove majke da počnu dojiti unutar prvog sata od rođenja, a time se doprinosi sve većoj stopi dojenja u praksi. Kako bi se osigurala ova podrška i poboljšala skrb za majke i novorođenčad, u svijetu postoje "Baby - friendly" objekti u oko 152 zemalja zahvaljujući WHO – UNICEF-ovoj Inicijativi „Rodilišta - prijatelji djece“.

9. Mnoge majke koje se vraćaju na posao odustaju od dojenja djelomično ili u potpunosti, jer nemaju dovoljno vremena ili nemaju mjesto za dojenje, izdavanje ili nisu u mogućnosti pohraniti svoje mlijeko. Majke koje doje trebaju sigurno, čisto i privatno mjesto u blizini svog radnog mjesta. Omogućeni uvjeti na poslu, kao što su plaćeni porodiljni dopust, radni aranžman sa skraćenim radnim vremenom, prostoriju za izdavanje i pohranu majčinog mlijeka ili pauze za dojenja, uvelike mogu pomoći.

10. Kako bi se zadovoljile rastuće potrebe djece u dobi od šest mjeseci starosti, čvrstu hranu treba uvesti kao dopunu uz nastavak dojenja. Hrana za dojenčad može biti posebno pripremljena ili modificirana uz obiteljske obroke. WHO navodi da:

- dojenje se ne bi trebalo smanjivati uvođenjem dohrane;
- hrana se treba davati žlicom ili čašom, a ne kroz bočicu;
- hrana treba biti čista i sigurna;
- potrebno je ostaviti djeci dovoljno vremena kako bi naučili jesti krutu hranu (Neville, Anderson, McManaman et al. 2012).

1.6. Inicijativa „Deset koraka do uspješnog dojenja“

Cilj inicijative je da svako dijete dobije najbolji početak u životu, osiguravanjem zdravstvene zaštite okoliša u kojoj je dojenje norma*. Inicijativa se temelji na načelima koji su sažeti u zajedničkom priopćenju dviju organizacija WHO i UNICEF. „Deset koraka za uspješno dojenje” koje rodilište treba ispuniti da bi dobilo naziv „prijatelj djece” obuhvaća niz mjera za poticanje dojenja odmah nakon poroda te podršku majkama i nakon izlaska iz rodilišta (Moore, Anderson, Bergman et Dowsell 2012). Da bi postali prava rodilišta “prijatelji djece”, rodilišta se diljem svijeta moraju držati smjernica inicijative kako bi mogla provesti praktičnu provedbu tih načela, a koje su sintetizirane u deset koraka do uspješnog dojenja.

Svaka ustanova koja pruža njegu trudnicama i roditeljama i brine o novorođenčadi treba:

1. Izraziti službenu politiku podrške dojenju u pisanom obliku (pravilnik) o kojoj trebaju biti redovito obaviješteni svi zaposleni zdravstveni radnici.
2. Educirati sve zaposlene zdravstvene radnike da primjenjuju politiku podrške dojenju i u praksi.
3. Informirati sve trudnice o prednostima i tehnikama dojenja.
4. Pomoći majkama da započnu s dojenjem već pola sata nakon poroda.
5. Naučiti majke tehnikama dojenja i pomoći im da održe laktaciju, čak i situaciji kada su nakon porođaja odvojene od svojih beba.
6. Ne davati novorođenčadi nikakvu drugu hranu niti tekućinu, već samo majčino mlijeko, osim kada je to medicinski opravdano.

7. Omogućiti majkama i djeci smještaj kako bi bile zajedno 24 sata dnevno („rooming-in“).
8. Poticati majke da doje na djetetovo traženje.
9. Ne davati dude i dude varalice djeci koja se doje.
10. Poticati osnivanje skupina za potporu dojenja i uputiti majke na njih pri izlasku iz rodilišta.

Ova se pravila temelje na detaljnim preporukama politike i principima WHO / UNICEF objavljivanja 1991. godine "Deset koraka do uspješnog dojenja " i pruža predložak za razvijanje jedinstve bolničke politike za potporu dojenju. Konkretno, naglasak je stavljen na potrebu preispitivanja ili prekidanja ometajuće bolničke prakse koje utječu na rani kontakt koža na kožu, koje ograničavaju količinu vremena da novorođenče provodi s majkom te ograničenja trajanja podoja (Becker et Remington 2012).

2. Hipoteza

Inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ jedan je od važnih čimbenika koji je promijenio pristup zdravstvenih djelatnika prema roditeljima i njihovoj novorođenčadi povećanjem učestalosti dojenja po izlasku iz rodilišta.

3. Cilj stručnog rada

Primarni cilj ovog stručnog rada bio je ustanoviti način na koji je provedba Inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ dovela do promjene načina prehrane novorođenčadi pri izlasku iz rodilišta.

Sekundarni cilj ovog stručnog rada bio je ustanoviti u kolikoj mjeri Inicijativa „Rodilište - prijatelj djece“ promjenom načina prehrane novorođenčadi ukoliko se ista potvrdi, doprinosi promijeni parametara koji su povezani s dojenjem, a mogu potencijalno utjecati na perinatalni i rani neonatalni morbiditet; a to su gubitak na težini novorođenčadi od poroda do otpusta iz bolnice, duljina boravka u bolnici nakon poroda te vrijeme proteklo od poroda do prvog podoja.

4. Ispitanici i metode

Provedeno je retrospektivno istraživanje rođene zdrave novorođenčadi u razdoblju od 1. siječnja 1993. godine do 30. lipnja 1993. godine koja su uspoređena s novorođenčadi rođene u razdoblju od 1. siječnja 2015. godine do 30. lipnja 2015. godine na Klinici za ženske bolesti i porode, KB „Merkur“, Zagreb.

Analizirano razdoblje izabrano je upravo iz razloga što se 1993. godine u Republici Hrvatskoj krenulo s programom promicanja dojenja pod nazivom „Deset koraka prema uspješnom dojenju“, jer ta inicijativa nije imala utjecaja na pristup zdravstvenih djelatnika prema roditeljima i njihovoj novorođenčadi. Godina 2015. uzeta je kao evaluacija trenutnog stanja, obzirom da Klinička bolnica „Merkur“ od 2009. godine

nosi naziv „Rodilište - prijatelj djece“, te je kao takvo prošlo stroge kriterije koje je nalagala Inicijativa, a koja je bila implementirana već nekoliko godina.

Analizirane su i uspoređene dvije skupine novorođenčadi.

Skupina 1. uključivala je zdravu novorođenčad koja je rođena u prvih 6 mjeseci 1993. godine vaginalnim putem, u stavu glavom, bez ikakvih pridruženih komplikacija koje bi na bilo koji način mogle utjecati na ishod trudnoće, poroda ili perinatalnog infekta. Iz analize su stoga isključene sve rodilje koje su tijekom trudnoće imale gestacijski dijabetes, gestacijsku hipertenziju, placentu previu ili bilo kakva krvarenja tijekom trudnoće, plod u stavu zatkom i novorođenčad bez perinatalnog infekta, te druge kronične i akutne bolesti i stanja koja bi na bilo koji način, čak i posredno mogla utjecati na promatrane i definirane ciljeve istraživanja. Također, isti su kriteriji korišteni za selekciju novorođenčadi skupine 2. koja se razlikovala isključivo po vremenskom periodu poroda koji je bio definiran s prvih 6 mjeseci 2015. godine.

Korištena je medicinska dokumentacija Klinike za ženske bolesti i porode, Kliničke bolnice „Merkur“, Zagreb, te su analizirani i uspoređeni podatci o antropometrijskim mjerama novorođenčadi (tjelesna težina, tjelesna duljina), vremenu proteklom od porođaja do prvog podoja i načinu hranjenja novorođenčadi pri izlasku iz rodilišta, fiziološkom padu na tjelesnoj težina pri izlasku iz rodilišta, te duljini boravka novorođenčadi u rodilištu nakon porođaja. Istraživanje je odobrio stručni kolegij Klinike za ženske bolesti i porode, Kliničke bolnice „Merkur“.

Provedena je deskriptivna analiza podataka te su testirane razlike između skupina korištenjem z-testa za proporcije i testa normalnosti (Mann Whitney test). Podaci koji su bili nepravilno uneseni ili su nedostajali u povijestima bolesti nisu uključeni u deskriptivni prikaz i statističku analizu. Svi statistički testovi provedeni su uz razinu statističke značajnosti od 95%. Pohrana i obrada podataka učinjena je u programu Microsoft Excel™. Rezultati istraživanja prikazani su u tabeli i grafikonu.

5. Rezultati

Na Klinici za za ženske bolesti i porode, KB „Merkur“ u analiziranom periodu 1993. godine ukupno je bilo 2558 porođaja, od čega je kriterijima uključenja i isključenja odabrano 105 novorođenčadi iz niskorizičnih trudnoća po predefiniranim kriterijima. U 2015. godini na Klinici za ženske bolesti i porode ukupno je bilo 1526 porođaja, te je istim kriterijima uključenja i isključenja odabrano 99 zdrave novorođenčadi koji su uključeni u daljnju analizu.

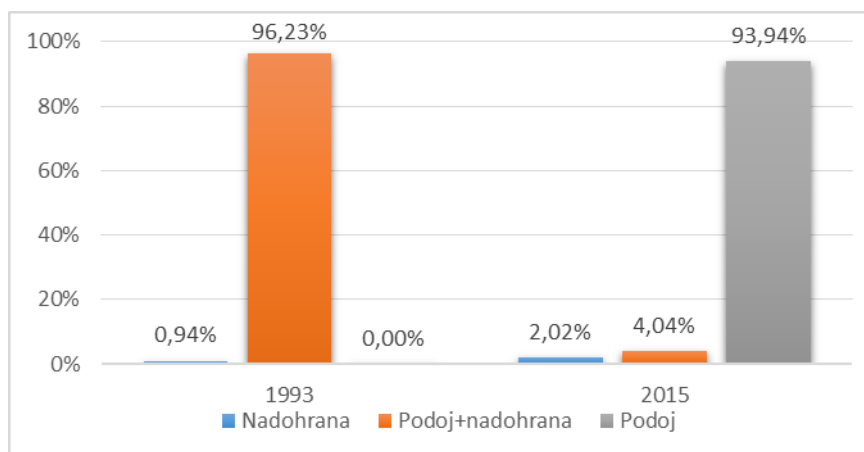
Tablica 1: Opće karakteristike novorođenčadi izabrane skupine u 1993. i 2015. godini

	1993. godina					2015. godina					
	n	min	max	prosjeak	St. devijacija	n	min	max	prosjeak	St. devijacija	p
Tjelesna težina	105	2750	4550	3517	350	99	2740	4220	3316	310	0.00086
Tjelesna duljina	105	48	56	51	2	99	48	55	51	1	0.07
Tjelesna težina pri otpustu	103	2650	4460	3401	360	99	2620	4440	3235	330	0.00124
Duljina boravka	103	3	10	5	1	99	1	19	6	3	<0.0001
Prvi podoj (nakon sati)*	103	7*	56*	14*	7*	97	10 min	24*	3*	4*	<0.0001

Prosječna tjelesna težina novorođenčadi koja je uspoređivana pri porođaju iznosila je u 1993. godini 3517 grama, a u 2015. godini 3316 grama. Z - testom uočena je statistički značajna razlika, odnosno dobiveni podatci ukazuju na nešto veću porođajnu težinu novorođenčadi rođenu tijekom 1993. godine u promatranom razdoblju ($z=3.334$, $p=0.00086$). Vjerujemo da je ta razlika dobivena slučajno.

Tjelesna težina novorođenčadi pri otpustu, u 1993. godini iznosila je u prosjeku 3401 grama, dok je u 2015. godini iznosila 3235 grama. Rezultati potvrđuju statistički značajnu razliku između tjelesnih težina pri otpustu u promatranom razdoblju ($z=3.225$, $p=0.00124$).

Na grafikonu 1 prikazan je način prehrane novorođene djece 1993. i 2015. godine kod otpusta iz bolnice što predstavlja primarni cilj ovog istraživanja.



Grafikon 1. Način prehrane novorođenčadi za vrijeme boravka u rodilištu

Iz priloženog grafa vidljivo je da se način prehrane novorođenčadi bitno izmijenio uspoređujući 1993. i 2015. godinu. Z - testom uočena je statistički značajna razlika između promatranih parametara, odnosno u 2015. godini velika većina majki prehranu novorođenčeta bazira isključivo na dojenju, dok je u 1993. godini prevladavala kombinirana prehrana (podoj + nadohrana) ($z=13.026$, $p<0.00001$).

Kao sekundarni ciljevi istraživanja koji su promatrani u ovom istraživanju definirani su gubitak na tjelesnoj težini novorođenčadi od porođaja do otpusta iz bolnice, duljina boravka u bolnici nakon porođaja te vrijeme proteklo od porođaja do prvog podoja.

Prosječan gubitak na tjelesnoj težini novorođenčadi od porođaja do otpusta iz bolnice u 1993. godini iznosi 3.48% tjelesne težine nakon porođaja, a za 2015. godinu iznosi 3.42% (Tablica 1). Ta razlika nije se pokazala statistički značajnom ($p>0.6$).

Prosječna duljina boravka novorođenčadi u bolnici nakon porođaja bila je u 1993. godini 5 dana, dok je u 2015. iznosila 4 dana (Tablica 1). Z-testom uočena je

statistički značajna razlika, odnosno rodilje i njihova novorođenčad su u 2015. godini boravile u rodilištu kraće nego što je to bilo 1993. godine ($p < 0.01$, $t = 6,157$).

Za 1993. godinu imamo podatke o vremenu do prvog podoja za 103 od 105 novorođenčeta. Kod dvije rodilje provedena je ablaktacija, koju su tražile na vlastiti zahtjev. Kod 103 novorođenčeta, minimalno vrijeme do prvog podoja bilo je 7 sati, dok je maksimalno vrijeme do prvog podoja bilo 8 dana, međutim to je izolirani slučaj te je izuzet iz daljne analize. Kod preostalih 102 novorođenčeta maksimalno vrijeme proteklo do prvog podoja iznosilo je 56 sati, dok je prosječno vrijeme proteklo do prvog podoja iznosilo 14 sati.

U 2015. godini imamo podatke o 97 od 99 novorođenčadi. Dvoje od 99 novorođenčadi izuzeto je iz daljnje analize jer je kod majki provedena ablaktacija, na vlastiti zahtjev. Minimalno zabilježeno vrijeme koje je proteklo do prvog podoja izraženo je u minutama, jer su podoji ostvareni u rađaonici za vrijeme trajanja kontakta koža na kožu, a za potrebe ove analize za sve podoje koji su uspostavljeni u rađaonici, vrijeme proteklo do prvog podoja stavljeno je na 10 minuta. Stoga minimalno vrijeme do prvog podoja je 10 minuta, a maksimalno vrijeme je 24 sata.

U prosjeku je 2015. godine proteklo nešto manje od 3 sata od porođaja do prvog podoja, što je značajno smanjenje u odnosu na 1993. godinu, što možemo potvrditi i statistički značajnom razlikom ($t\text{-test} = 11.689$, $p < 0.0001$).

6. Rasprava

U ovom retrospektivnom istraživanju uočili smo značajno povećanje broja dojene novorođenčadi pri izlasku iz rodilišta uspoređujući 2015. s 1993. godinom. Zasigurno postoje brojni čimbenici koji su utjecali na isto povećanje, no mišljenja smo da je provođenje inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ jedan od važnijih čimbenika čime smo potvrdili hipotezu našeg istraživanja.

Različite situacije s kojima se suočavaju majke i zdrava novorođenčad u prvim danima nakon porođaja, zahtijevaju od zdravstvenih djelatnika određenu politiku pristupa i potpori dojenju, uključujući pružanje informacija, koje su specifične za perinatalnu skrb. Edukacija za provođenje Inicijative „Rodilište prijatelj djece“ dovodi do povećanja znanja zdravstvenih djelatnika, bolje bolničke prakse, većih stopa dojenja pri otpustu iz rodilišta i u dobi od 6 mjeseci u razvijenim zemljama sa suvremenim sustavima zdravstvene zaštite (Su et al. 2007). Smjernice Inicijative ne predstavljaju protokol o liječenju ili standard skrbi, već da se cijelokupno osoblje pristaje pridržavati protokola i standarda te da rukovoditelji to zahtijevaju od osoblja. Pravila obuhvaćaju „Deset koraka prema uspješnom dojenju“ i „Međunarodni pravilnik o načinu reklamiranja i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko“ te sadrže objašnjenje kako se ti Koraci primjenjuju u zdravstvenoj ustanovi. Tečajevima trajnog usavršavanja stečena znanja treba nadopunjavati u skladu s najnovijim spoznajama i preporukama eminentnih domaćih i stranih stručnjaka iz područja prirodne prehrane. Liječnici obiteljske medicine, liječnici drugih specijalnosti i ostali zdravstveni djelatnici koji vode brigu o zdravlju žena i djece trebali bi se kontinuirano zalagati za promicanje dojenja (Becker et Remington 2012).

Informiranje zdravstvenih djelatnika povećava razinu znanja, vještina i samopouzdanja te cijeloj zdravstvenoj ustanovi omogućuje upoznavanje s točnim informacijama i praksom. U novim kriterijima Inicijative, traži se da cijelo zdravstveno osoblje u rodilištima završi teorijsku i praktičnu edukaciju o dojenju u trajanju od dvadeset sati. Ovdje nije naodmet napomenuti da komunikacijske vještine svakog zdravstvenog radnika čine puno više od pukog informiranja. Komunikacija s obitelji treba ići u smjeru kako je dojenje medicinski prioritet koji se preporučuje, dok se svojim osobnim stavom izgrađuje podrška majkama u prvim satima nakon poroda. Kako bi se pomoglo u obrazovanju zdravstvenih djelatnika, AAP preporučuje

korištenje činjenica temeljenih na dokazima, kako bi poboljšali znanje, povjerenje i praksu prema dojenju (Ballard et Morrow 2013). Da bi donijela utemeljenu odluku o hranjenju svojeg djeteta, žena treba točne, na činjenicama utemeljene informacije o značaju dojenja i rizicima davanja zamjenskog mlijeka. Zdravstveni djelatnik pruža informacije koje trudnica razumije, a posebno je potrebno izgraditi njezino samopouzdanje da dijete isključivo doji.

Važnost zlatnog sata odnosno poštivanje 4. Koraka inicijative „Deset koraka do uspješnog dojenja“, navode i autori u istraživanju gdje su novorođenčad koja su izložena kontaktu koža na kožu više komunicirala sa majkom i u prosjeku su manje plakala od novorođenčadi koja su primala uobičajenu bolničku skrb (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, Dowswell 2012). U ovom retrospektivnom istraživanju analiziranog razdoblja u 1993. godini kada se većina djece rađala u bolnicama, te kada je uobičajeni postupak bio odvajanje majki i novorođenčadi, možemo primjetiti kako je prosječno vrijeme do prvog podoja bilo 14 sati, dok je u 2015. godini u prosjeku proteklo nešto manje od tri sata do prvog podoja, što je značajno smanjenje u odnosu na 1993.godinu. Navedeno je zasigurno pomoglo povećanju stope dojenja općenito, te kroz definirani 4. korak, potvrđujemo da je Inicijativa zaista zaslužna za povećanje broja dojene djece kod otpusta iz rodilišta. U provedbi ovog koraka u rađaonici, treba uključivati cijeli niz postupaka koje osoblje mora usvojiti kako bi osiguralo savršene uvjete za prvi sat majke i djeteta. Svi rutinski postupci trebali bi se provoditi nakon prvog podoja (vaganje, mjerenje, K vitamin i sl). Kupanje novorođenčeta treba odgoditi za 24 sata. Majke koje su tijekom prvog sata ostvarile kontakt „koža na kožu“ kasnije bolje odgovaraju na potrebe djeteta. Tijekom zlatnog sata, u kontaktu „koža na kožu“ dijete postiže idealan početak života. „Koža na kožu“ najbolja je moguća prilagodba na život izvan maternice, gdje također započinje neraskidiva veza između majke i djeteta poznata pod nazivom – ljubav. Dojenje ovu povezanost čini posebnijom, a razumijevanje djetetovih potreba lakšom, upravo zato jer su majka i dijete aktivni partneri pri dojenju. Jedan od najvažnijih koraka je olakšavanje ranog, kontinuiranog, i dugotrajnog kontakta koža na kožu, ranog započinjanja dojenja i pozitivan pristup zdravstvenih djelatnika prema dojenju kao i pružanje podrške majci tijekom cijelog perioda boravka u bolnici. Majčino mlijeko je optimalna prehrana za njezino novorođenče, stoga treba minimizirati odvajanje roditelja i djeteta, te im omogućiti nesmetan kontakt sa svojom novorođenčadi.

Bolnička edukacija o dojenju prije porođaja i potpora dojenju nakon porođaja znakovito poboljšavaju učestalost isključivog dojenja do dobi od šest mjeseci. Potpora dojenju nakon rođenja je neznatno učinkovitija od edukacije provedene prije porođaja (Su et al.2007). Prvi dani i tjedni dojenja vrijeme su kada se majka i dijete upoznaju i uče jedno o drugome. Upravo to vrijeme je vrijeme uspostavljanja pravilne tehnike dojenja, jer je ona jedan od najvažnijih čimbenika za uspješno dojenje. Neobično je važno prepoznati dijadu majka-dijete koja treba pomoć u svezi dojenja, te ih znati pravilno savjetovati i pružiti im praktičnu pomoć. Zdravstveni djelatnik mora usvajati nova saznanja o laktaciji i dojenju. No, nije dovoljno mnogo znati, potreban je i osobno-profesionalni angažman kako bi se ženama pomoglo u uspostavljanju i održavanju dojenja. Zadatak zdravstvenog djelatnika je da ženu iz rodilišta otpusti sa što više znanja i samopouzdanja, a kako su hospitalizacije sve kraće, znati je uputiti kome da se obrati po izlasku iz rodilišta.

Prema smjernicama WHO preporuka je da se po porođaju majka i novorođenče ne odvajaju te da se novorođenčetu omogući prvi podoj unutar dva sata od rođenja (Renfrew, McCormick, Wade, Quinn, Dowswell 2012). Ovim istraživanjem potvrđujemo da se vrijeme do prvog podoja značajno smanjilo u periodu od 1993. do 2015. godine, te ga možemo smatrati uspjehom sukladno preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. Osim toga, preporučuje se i da djeca trebaju biti isključivo dojena do šest mjeseci starosti, dok se dojenje nastavlja kao važan dio prehrane dojenčadi do najmanje dvije godine starosti (Merten, Dratva et Ackermann-Liebrich 2005). Novorođenčad na prsima ne treba dobivati nikakvu drugu tekućinu ni hranu, osim ako je to medicinski indicirano i ako je preporučio liječnik (Dyson, McCormick, Renfrew 2005). Ukoliko novorođenče odvojimo od majke u ranom poslijeporodnom razdoblju, takvim postupkom remetimo njegove tjelesne funkcije koje vode do poteškoća pri hranjenju, na način da plaču beznadnim plačem koji upozorava majku o potrebi za ponovnim sjedinjenjem, dok se pri tome oslobađaju hormoni stresa koji remete tjelesne funkcije poput održavanja tjelesne temperature, razine šećera u krvi, otkucaja srca i disanja. Upravo zajedničkim smještajem majke i novorođenčeta omogućavamo majci da adekvatno odgovara na djetetove potrebe. Zbog toga bliski kontakt majke s novorođenčtom smanjuje poteškoće pri hranjenju i stabilizira tjelesne funkcije novorođenčeta. Svakoj majci treba objasniti da se dijete doji na zahtjev i kako će ona prepoznati rane znakove gladi. Okvirno se može savjetovati da

očekuje kako će zdravo novorođenče imati do 12 podoja u 24 sata, te razmak ne smije biti veći od 4 sata između dva podoja (u tom slučaju novorođenče treba probuditi) (Dyson, McCormick, Renfrew 2005). U ovom istraživanju fiziološki pad na tjelesnoj težini novorođenčadi istraživane skupine u 1993. godini, kada se novorođenčad nosila na dojenje svaka četiri sata, te po povratku u dječju sobu obavezno nadohranjivala mliječnom formulom, iznosi 3.48% u trenutku otpusta iz rodilišta, dok je u istraživanom razdoblju u 2015. godini skupina novorođenčadi dojena isključivo na zahtjev, fiziološki pad na tjelesnoj težini novorođenčadi u trenutku otpusta iz rodilišta iznosi 3,42%. Ne postoji statistički značajna razlika u tome padu. Možemo reći, da učinci rane nadohrane mogu smanjeno utjecati na stvaranje mlijeka uslijed smanjenog pražnjenja dojke, poteškoćama s uspostavom uspješnog dojenja i smanjeno samopouzdanje majke u sposobnost da doji (Cattaneo et Buzzetti 2001). Djeca rođena u rodilištu koja je prijateljski naklonjena djeci imaju veću šansu duljega dojenja ukoliko se u njemu dosljedno pridržavaju svih preporuka inicijative UNICEF-a „Rodilište - prijatelj djece“. Stoga tu Inicijativu treba nastaviti uključujući i praćenje pridržavanja preporuka kako bi se postigao puni učinak te Inicijative (Merten, Dratva et Ackermann-Liebrich 2005). Uporabu duda varalica ne treba savjetovati, jer otežavaju uspostavljanje dojenja (Becker et Remington 2012). Javlja se tzv. *konfuzija bradavica* jer dojenje i hranjenje na bočicu zahtijeva različite oralne motoričke vještine novorođenčeta. Uspostava dojenja i održavanje laktacije treba biti vođeno isključivo uz mogućnost individualnog pristupa svakoj majci i novorođenčetu kako bi režim dojenja uz nadohranu postupno prelazilo na isključivo dojenje, ukoliko postoji medicinska indikacija za isto.

Duljina boravka u rodilištu u analiziranom razdoblju u 1993. godini, nakon porođaja iznosila je 5 dana, dok u 2015. godini duljina boravka novorođenčeta u rodilištu iznosi 4 dana. U ovom retrospektivnom istraživanju utvrđena je statistički značajna razlika vezano uz duljinu boravka. Možemo reći da smo pridonjeli i financijskoj uštedi bolnice smanjivanjem trajanja bolničkih dana. Planiranje otpusta treba sadržavati odgovarajuću pripremu roditelja, informacije o pristupu dojenja i načina potpore dojenju, profesionalnu pomoć, i ne manje bitno, pravovremeno planiranje nastavka praćenja kroz patronažnu skrb.

Razlozi za takvu preporuku leže u nizu dokaza koji pokazuju da izostanak dojenja uzrokuje različite kratkoročne i dugoročne rizike i kod majke i kod djeteta. Brojne

žene prestanu dojiti prije nego to žele zbog niza problema na koje naiđu u prvim danima nakon porođaja. Mnogi od njih mogu se spriječiti dobrom skrbi i podrškom. Takvo preuranjeno prekidanje dojenja može uzrokovati razočaranje i stres kod majke te zdravstvene probleme i kod majke i kod djeteta. Podrška za dojilje uključuje pružanje potpore, pohvale, informacije i priliku za razgovor i odgovaranje na pitanja. Podrška educiranih laika, gdje se misli na podršku Grupa za potporu dojenju, kao i zdravstvenih djelatnika, ima pozitivan učinak na pokazatelje dojenja (Su et al. 2007). Grupe za potporu dojenju su skupine samopomoći u kojima majke s iskustvom u dojenju pomažu majkama bez iskustva. To je oblik organizirane postnatalne pomoći majkama (Pavičić Bošnjak & Grgurić 2007). Razmjena iskustava jača povjerenje u vlastite sposobnosti dojenja i pomaže u savladavanju prepreka. Grupa ima za cilj pomoći majkama koje doje informacijama, savjetima i praktičnom pomoći pri dojenju, emocionalnom potporom, pozitivnim stavom prema dojenju i iskustvom. Sastanci grupa također su važni i za trudnice koje tako mogu steći samopouzdanje i vjeru da i same mogu dojiti svoju djecu, te saznati gdje mogu potražiti pomoć i podršku. Cilj skupina je i osigurati davanje podrške dojenju, promicanje dojenja, povećanje prosječnog trajanja isključivog dojenja, povećanje prosječnog trajanja dojenja općenito, te s tim povećanje stope dojenja. Grupe svojim radom stvaraju osjećaj podrške u zajednici. Majka koja je i sama dobila savjet moći će drugima prenijeti podršku koju je dobila. Time se stvara pozitivni društveni status dojenja u zajednici (Pavičić Bošnjak & Grgurić 2007).

7. Zaključak

Na Klinici za ženske bolesti i porode Kliničke bolnice „Merkur“ u promatranom razdoblju od 1. siječnja 1993. godine do 30. lipnja 1993. godine, te u razdoblju od 1. siječnja 2015. godine do 30. lipnja 2015. godine, možemo zaključiti da se udio dojene novorođenčadi znatno povećao sukladno smjericama WHO i UNICEF-a, te da pozitivan učinak isključivog dojenja ne utječe na duljinu boravka novorođenčadi u rodilištu. Provedba inicijative „Rodilište - prijatelj djece“ jedan je od parametara koji je doveo promjene načina prehrane novorođenčadi kod otpusta iz bolnice. Porast broja dojene djece kod otpusta iz bolnice koji je mogući rezultat provedbe inicijative nije utjecao na pad u tjelesnoj težini, ali je smanjio duljnu boravka u bolnici te vrijeme od porođaja do prvog podoja.

8. Zahvale

Zahvaljujem svom mentoru, prof.dr.sc. Ratku Matijević, dr.med., na stručnim savjetima i vodstvu prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svima koji su mi na direktan ili indirektan način pružili podršku za vrijeme mog školovanja i pisanja diplomskog rada, a pogotovo svojoj djeci Marijanu, Karli i Borni, koja su bila strpljiva i pružala emotivnu potporu.

Zahvaljujem svojoj kolegici i prijateljici Biserki Matok Glavaš na svim godinama zajedničkog koračanja kroz život i školovanje.

9. Literatura

Anderson WJ, Johnstone BM, Remley TD (1999) Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*;70:525-535.

Amorim MMR, Katz L. Continuous support for women during childbirth: RHL commentary (last revised: 1 May 2012). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization

Ballard O, Morrow AL (2013) Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatric Clinics of North America* 60(1):49–74.

Becker GE, Remington T (2012) Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database System Rev.* (11): CD006462.

Božanić, R (2004) Važnost i korištenje kolostruma. *Mljekarstvo : časopis za unaprjeđenje proizvodnje i prerade mlijeka*, 54;209-224.

Cattaneo A, Buzzetti R (2001) Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ : British Medical Journal*;323(7325):1358-1362.

Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ (2005) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.*; (2): CD001688.

Horta BL, Victora CG (2013) Long-term effects of breastfeeding, A systemic review. WHO. Dostupno na:

WHO. Dostupno na:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf?ua=1.

Pregledano 2. rujan 2016. godine.

Krešić G, Dujmović M, L. Mandić, M, Mrduljaš N (2013) Majčino mlijeko: sastav masnih kiselina i prehrana dojilja. *Mljekarstvo: časopis za unaprjeđenje proizvodnje i prerade mlijeka* 63;158-171.

Medicinski fakultet u Splitu, Katedra obiteljske medicine (2011) Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju. Split, 2011.

Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U (2005) Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*;116(5):e702-8.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database System Rev.*, (5): CD003519.

Neville MC, Anderson SM, McManaman JL et al (2012) Lactation and neonatal nutrition: defining and refining the critical questions. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* (2012) 17: 167

Pavičić Bošnjak A., Grgurić J (2007) Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. *Paediatrica Croatica* 51(3):89-94.

Podgorelec V, Brajnović Zaputović S, Kiralj R (2016) Majčino mlijeko najbolji je izbor prehrane za novorođenče i dojenče Breast milk is the ideal food for newborns and infants. *Sestrinski glasnik* 21(1).

Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. (2012) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.*; (5):. CD001141.

Section on Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129, e827-841

Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, Ng FS, Rauff M (2007) Antenatal Education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*;335(7620):596.

UNICEF (1996) Priručnik za zdravstvene djelatnike, Zagreb, Graf-His, 1996.

UNICEF (2007) Priručnik za provođenje Inicijative bolnice-prijatelj djece, Zagreb, Kratis, 2007.

UNICEF (2015) Rodilišta prijatelji djece. Dostupno na: http://www.unicef.hr/programska_aktivnost/rodilista-prijatelji-djece/. Pregledano 2. rujna 2016. godine.

UNICEF (2016) Sva su rodilišta u Hrvatskoj „Rodilište prijatelj djece“. Dostupno na: <http://www.unicef.hr/vijest/sva-su-rodilista-u-hrvatskoj-rodilista-prijatelji-djece/>. Pregledano 2. rujna 2016. godine.

WHO Ten facts about breastfeeding. Dostupno na:

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>. Pregledano 2. rujna 2016. godine.

10. Životopis

Sonja Kočiš Čovran

Cenkovečka 2

10 000 Zagreb

mob: 098/1870140

Email: sonjacovran@yahoo.com

Rođena sam 14.11.1977. godine u Zagrebu. Osnovnu školu „Nikola Tesla“ završila sam 1992. u Zagrebu. Srednju školu za primalje završila sam 1996. godine u Zagrebu, te u kolovozu iste godine počinjem raditi na Klinici za ženske bolesti i porode Kliničke bolnice „Merkur“, gdje radim i danas. Uz rad sam 2010. godine završila Stručni studij primaljstva pri Medicinskom fakultetu u Rijeci. Nastavak obrazovanja uslijedio je 2014. godine kada upisujem diplomski sveučilišni studij Sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, gdje sam redoviti student.

Aktivna sam članica Hrvatske komore primalja i Hrvatske udruge za promicanje primaljstva, te sam sudjelovala na mnogobrojnim skupovima i konferencijama iz područja primaljstva.

Članica sam Povjerenstva za stručni nadzor i kontrolu kvalitete pri Hrvatskoj komori primalja, od 2013.godine.

Od 2012. godine voditeljica sam u timu predavača na Tečaju za trudnice i Radionice za trudnice „Upoznaj primalju i rađaćonicu“, u Kliničkoj bolnici „Merkur“, od svibnja 2014. godine.