

Dojenje djece s Downovim sindromom

Miočić, Dijana

Professional thesis / Završni specijalistički

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:123116>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Poslijediplomski specijalistički studij
Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji

Dijana Miočić

**DOJENJE DJECE S DOWNOVIM
SINDROMOM**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, listopad, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Poslijediplomski specijalistički studij
Rana intervencija u edukacijskoj rehabilitaciji

Dijana Miočić

**DOJENJE DJECE S DOWNOVIM
SINDROMOM**

Mentorica:

prof. dr. sc. Marta Ljubešić

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, listopad, 2017.

Na temelju članka 42. Statuta Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu Fakultetsko vijeće Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta na 1. redovitoj sjednici održanoj dana 23. listopada 2017. godine imenovalo je Povjerenstvo za ocjenu poslijediplomskog specijalističkog rada u sastavu:

- 1) Prof.dr.sc. Jasmina Ivšac Pavliša, predsjednica Povjerenstva
- 2) Prof.emer.dr.sc. Marta Ljubešić, članica i
- 3) Doc.dr.sc. Anita Pavičić Bošnjak, vanjska članica

Fakultetsko vijeće Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta na 2. redovitoj sjednici prihvatilo je pozitivno izvješće Povjerenstva za ocjenu specijalističkog rada te imenovalo Povjerenstvo za obranu u sastavu:

- 1) doc.dr.sc. Jasmina Ivšac Pavliša, predsjednica
- 2) prof.emer.dr.sc. Matra Ljubešić, vanjska članica
- 3) doc.dr. Anita pavičić Bošnjak, vanjska članica

Specijalistički rad obranjen je dana 14. prosinca 2017. godine na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Hvala svim ženama koje su sudjelovale u istraživanju, posebno majkama djece s Downovim sindromom.

Hvala mojoj mentorici prof. dr. Marti Ljubešić na stručnoj i ljudskoj pomoći.

Hvala dr. Ireni Zakarija-Grković, mojoj dugogodišnjoj neformalnoj mentorici u potpori dojenju.

Hvala Vesni bez čijeg bi zagrebačkog gostoprimstva sve bilo puno teže.

Hvala mom suprugu, djeci i svekrvi.

Dojenje djece s Downovim sindromom

Sažetak:

Sve poznate i znanstveno dokazane prednosti dojenja mnogostruko dolaze do izražaja za djecu s Downovim sindromom. Dojenje nije samo optimalno hranjenje, nego i lijek koji štiti, sprječava i liječi bolesti. Dojenje osigurava nužan tjelesni kontakt i obilje senzorne stimulacije potrebne za optimalan razvoj djeteta. Čin dojenja osigurava prvu oralno motoričku stimulaciju potrebnu za disocijaciju i pravilan tonus mišića čeljusti, usana i jezika djeteta, odnosno temelj za pravilnu aktivnost hranjenja, pijenja i govorenja. Dojenje ima pozitivan utjecaj na otpornost majki prema stresu i na proces djetetove samoregulacije.

Ovim radom predstavljeni su rezultati istraživanja o iskustvima dojenja majki djece s Downovim sindromom (uzorak od 13 majki) u usporedbi s majkama iz skupine (uzorak od 19 majki).

Rezultati ukazuju na to da djeca s Downovim sindromom imaju smanjenu mogućnost za uspostavu dojenja zbog odvojenosti od majki uslijed zdravstvenih problema i znatnog odgađanja prvog podoja.

Iako su stajališta majki djece s Downovim sindromom prema dojenju pozitivna i one žele dojiti svoju djecu, istraživanje pokazuje da su dojile kraće negoli su željele. Suočene su s više izazova negoli majke djece urednog razvoja, ali ne dobivaju nikakvu specifičnu potporu u dojenju svoje djece. U znatnoj mjeri manje doje svoju djecu na zahtjev negoli majke djece urednog razvoja. Pokazalo se da je duljina dojenja starijeg djeteta znatno povezana s duljinom dojenja ispitivane djece, što ukazuje na to da pozitivno iskustvo s dojenjem igra ključnu ulogu u dojenju drugog i sljedećeg djeteta, uključujući i djeteta s Downovim sindromom, bez obzira na njegove teškoće. Utvrđeno je da krajnja duljina dojenja majki djece s Downovim sindromom iznosi u prosjeku tri mjeseca, a majki djece urednog razvoja devet mjeseci.

Temeljem dobivenih rezultata i analize literature i praksa, razrađene su smjernice za majke djece s Downovim sindromom, njihove obitelji te ostale dionike u sustavu rane intervencije koji su odgovorni za sveobuhvatnu potporu obiteljima djece s Downovim sindromom od njihova rođenja.

Ključne riječi: dojenje, djeca s Downovim sindromom, rana intervencija

Breastfeeding children with Down syndrom

Summary:

All known and scientifically proofed benefits of breastfeeding are particularly important for children with Down syndrom. Breastfeeding is not just an optimal nutrition but a medicine that prevents and cures illness. Breastfeeding provides necessary physical contact and abundance of sensory stimulation required for optimal development of the child. The breastfeeding act provides the first oral-motor stimulation required for dissociation and regular tonus of the child's jaw, lips and tongue muscles, foundation of the regular feeding, drinking and talking. Breastfeeding has a positive effect on mother's resilience towards stressors and towards the process of child's selfregulation.

The results of the survey on breastfeeding experiences of mothers of children with Down syndrome (sample of 13 mothers) compared to breastfeeding experiences of mothers in control group (sample of 19 mothers) are presented here.

It is shown the children with Down syndrome have decreased possibility to start breastfeeding due to separation from their mothers because of the health problems and significant delay of the first latch.

Although mothers of children with Down syndrom have positive attitude towards breastfeeding and they express their wish to breastfeed their children, this research shows that they actually had breastfed shorter than they wanted. They are challenged more than mothers in control group and yet they don't receive any specific support on breastfeeding their children. They breastfeed their children on demand significantly less than mothers in control group.

It has been shown that the length of breastfeeding of the older child significantly related to the length of the breastfeeding of subject children which confirms that the positive breastfeeding experience plays a key role in breastfeeding second and every other child, including the child with Down syndrome, regardless of their difficulties.

It has been found that the total lengths of breastfeeding children with Down syndrome is on average 3 months and the mothers in control group 9 months.

Based on the obtained results and literature analysis and experience the guidelines are given for mothers of children with Down syndrome, their families and all the involved participants in the support system for families of children with Down syndrome from their birth.

Key words: breastfeeding, children with Down syndrome, early intervention

Sadržaj:

1. Uvod	1
1.1. Rana intervencija: kada početi?	1
1.2. Rana intervencija u rodilištu: što postoji i što želimo postići?	2
1.3. Osobitosti djece s Downovim sindromom	3
1.4. Fiziologija i početak dojenja	4
1.5. Dojenje djeteta s Downovim sindromom: što je drugačije?	6
1.6. Majčin stres i njegov utjecaj na laktaciju	7
1.7. Zdravstveni problemi i odvojenost djeteta	8
1.8. Dojenje djeteta s Downovim sindromom: što je fiziološki drugačije?	12
1.9. Dojenje kao norma	14
1.10. Štetnosti i rizici nedojenja	18
2. Cilj istraživanja	20
3. Metoda provođenja istraživanja	20
3.1. Uzorak ispitanika	20
3.2. Mjerni instrument	25
3.3. Način provođenja istraživanja	26
3.4. Metode obrade podataka	27
4. Rezultati istraživanja i rasprava	27
4.1. Usporedba zdravstvenog stanja djece iz istraživanih skupina nakon rođenja	27
4.2. Stajališta majki i priprema za dojenje	30
4.3. Iskustvo dojenja i potpore u rodilištu	34
4.4. Iskustvo dojenja i potpore nakon izlaska iz rodilišta	40
4.5. Kritički osvrt na istraživanje	47
5. Smjernice za unaprjeđenje potpore dojenju djece s Downovim sindromom	49
5.1. Opće napomene	49
5.2. Kada dojiti dijete?	49
5.3. Važnost dobrog položaja za dojenje	50
5.4. Kako često dojiti?	53
5.5. Koliko dugo dojiti?	53
5.6. Uporaba dode	54
5.7. U slučaju odvojenosti od djeteta	54
5.8. Relaktacija	55
5.9. Problemi u dojenju	56
6. Zaključak	57

1. Uvod

1.1. Rana intervencija: kada početi?

Rana intervencija, kako je definira Europsko udruženje za ranu intervenciju u djetinjstvu (Eurllyaid), odnosi se na sve oblike poticanja usmjerenog prema djeci i savjetovanja usmjerenog prema roditeljima koji se primjenjuju kao izravne i neposredne posljedice nekoga utvrđenoga razvojnog uvjeta. Rana intervencija tako uključuje dijete kao i njegove roditelje, obitelj i širu mrežu.

Usluga rane intervencije podrazumijeva, kako je to definirano i u hrvatskom Zakonu o socijalnoj skrbi, stručnu poticajnu pomoć djetetu te savjetodavnu prema roditeljima i drugim članovima obitelji.

Rana intervencija ne čeka dijagnozu i mora biti osigurana u trenutku kada se utvrdi određeni rizik za uredan razvojni tijek, odstupanje u razvoju ili razvojne poteškoće. Temelji se na multidisciplinarnom pristupu, stoga je rana intervencija povezana sa sustavom zdravstva, socijalne skrbi i obrazovanja, a nužna je koordinacija svih sudionika u tom procesu (Ljubešić 2003). Kada postoje prenatalni rizični faktori, odnosno svijest o postojanju takvog rizika već u trudnoći, ginekolozi su prvi u nizu stručnjaka koji mogu biti uključeni u tim koji pruža potporu roditeljima. Naime, važan dio intervencije jest i način kako se roditelje informira o mogućim razvojnim rizicima kada ih prenatalni testovi utvrde te upućivanje na sustav potpore za roditelje. Usluga rane intervencije počiva na suradnji uključenih stručnjaka koji svojim zajedničkim djelovanjem pružaju potporu roditeljima djeteta za koje postoji rizik za uredan razvojni ishod. Uvažavajući biološke rizike, njihova zadaća je da okolinske rizike svedu na minimum te tako osiguravaju optimalne uvjete rasta i razvoja djeteta.

U prenatalne rizične faktore osim rizične trudnoće spadaju i rizici socioekonomskog karaktera (maloljetni roditelji, roditelji s nedostatnim ekonomskim uvjetima života, majke ovisnice).

U Hrvatskoj se s dobi majke i pozitivnom obiteljskom anamnezom trudnice upućuje na testove prenatalne dijagnostike. Ako testovi upućuju na pozitivan rezultat, roditelji svakako trebaju savjetovanje i razgovor te referalnu točku na kojoj bi, kada god požele, mogli dobiti odgovor na pitanja koja im uzrokuju anksioznost. Tako bi trudnice s većim rizikom za rađanje djeteta s teškoćom zapravo trebale postati korisnice usluge rane intervencije već u tijeku trudnoće. Osim ginekologa, u takvu uslugu bilo bi mudro uključiti i druge stručnjake

iz područja rane intervencije koji imaju praktično iskustvo rada s djecom s Downovim i drugim sindromima i mogućim stanjima na koje se u trudnoći sumnja.

1.2. Rana intervencija u rodilištu: što postoji i što želimo postići?

Spoznaja o rođenju djeteta s teškoćama, kao i spoznaja da postoji povećan, ali nejasno definiran rizik za njihovo nastajanje u nekom razdoblju života, za roditelje su teške i proces prihvaćanja ima svoj tijek. Njegovo je trajanje različito. Proces često započinje u rodilištu, a način na koji su roditelji doživjeli priopćenje sumnje na određenu dijagnozu u pravilu ima dugotrajne implikacije na emocionalno stanje roditelja i proces prihvaćanja „neželjene vijesti“, odnosno na daljnji razvoj otpornosti obitelji. Sumnja na Downov sindrom rijetko se postavlja u prenatalnoj dijagnostici. Najčešće se postavlja uslijed fenotipskih osobitosti novorođenčeta po porodu, a potvrđuje se kardiogramom.

Dijete s Downovim sindromom često je zbog zdravstvenih problema ili dodatnih pretraga odvojeno u neonatalnu jedinicu intenzivne skrbi ili podvrgnuto specijalističkim obradama i tako odvajano od majke. To može rezultirati dodatnim osjećajem nemoći i tjeskobe kod majke.

Logika je rane intervencije stvaranje najboljih mogućih vanjskih uvjeta za razvoj djece, a odvija se kroz osnaživanje roditelja i pružanje potpore roditeljima, što ima to veću važnost što je dijete mlađe. Programi rane intervencije učinkoviti su onda kada se događaju tako da uvažavaju roditelje i druge bliske djetetove skrbnike kao najvažnije djetetove učitelje te onda kada se događaju u prirodnoj atmosferi i u prirodnim uvjetima. Osobito je važno djelovati na roditeljsko prihvaćanje svoje uloge u podizanju i odgoju djeteta i zadovoljstvo tom ulogom, odnosno osjećaj roditeljske kompetencije. Roditeljska kompetencija pokazala se kao važan faktor u kvaliteti roditeljstva, a povezana je s kvalitetom interakcije roditelji – dijete i povećanom roditeljskom odgovornošću.

Uloga rodilišta u njegovanju procesa ranog vezivanja između majke i djeteta je važna. Osjetljiva faza za optimalan početak razvoja privrženosti započinje rođenjem. Praksa 24-satnog boravka majke i djeteta (*rooming-in*), koja je sastavni dio programa Bolnica prijatelj djeteta, pokazuje i kratkotrajne i dugotrajne povoljne učinke na taj proces (Abou-Dakn 2008).

Interdisciplinarnost, koja je poželjna u pristupu na području potpore roditeljima u rodilištima, omogućila bi uključenje i potporu specijalista rane intervencije kada se radi o djeci s teškoćama ili rizicima za nastajanje teškoća u razvoju. Potpora roditeljima i drugim

članovima obitelji u razumijevanju dijagnoze i prirode ranog razvoja, podržavanje ranog razvoja privrženosti kao zdravog temelja budućoj interakciji između roditelja i djeteta pred kojeg je priroda stavila određene izazove – uloga je stručnjaka, člana tima rane intervencije, kao mogućeg vanjskog člana tima u rodilištu.

U toj ranoj fazi suočavanja s podatkom da dijete ima neko zdravstveno stanje koje će utjecati na njegovu razvojnu putanju roditeljski doživljaji nisu specifični za pojedinu medicinsku dijagnozu. Svi roditelji trebaju pouzdane i empatično priopćene informacije i emocionalnu potporu svih stručnjaka koje susreću u toj ranoj fazi suočavanja s neželjenim i neočekivanim okolnostima.

U odnosu na njegu djeteta i specifičnosti ranog učenja potrebno je poznavati specifičnosti koje u odnosu na razvoj donosi svaka dijagnostička kategorija. Stoga niže navodimo osnovne osobitosti djece s Downovim sindromom i pritom znamo da uz osobitosti koje donosi ova dijagnostička kategorija postoje individualna obilježja svakog djeteta koja ga čine jedinstvenim i neponovljivim bićem u razvoju.

1.3. Osobitosti djece s Downovim sindromom

Trisomija 21 najčešći je genetski poremećaj koji nastaje uslijed viška kromosoma ili dijela kromosoma u svakoj stanici na 21. kromosomu. Prvi ga je opisao engleski liječnik Langdon Down 1868. godine.

Osim klasičnog oblika trisomije 21 koji ima većina djece s Downovim sindromom (95 %), postoji i mozaicizam, u kojem dio stanica ima normalan broj kromosoma, a dio kromosom 21 viška. Postoji i klinički oblik u kojem se dio kromosoma 21 veže za neki drugi kromosom i tako ukupan broj kromosoma ostaje nepromijenjen i naziva se translokacija.

Učestalost Downovog sindroma kreće se oko 650 : 1 (od 600 do 800, ovisno o zemlji, odnosno o prenatalnoj dijagnostici i aktualnoj zdravstvenoj politici).

Uzrok nastajanja sindroma je nepoznat, ali je poznato da je rizik nastajanja veći s majčinom dobi.

U literaturi se uz ovu dijagnostičku kategoriju opisuju brojna vanjska i zdravstvena obilježja: brahicefalija (kratka široka lubanja), koso postavljene očne otvori, epikantus (kožni nabor koji prekriva unutarnji očni kut), Brushfieldove pjege, blefarokonjuktivitis (upala očne spojnice i vjeđa), keratokonus (izbočena rožnica), hipoplazija optičkog živca (slabije razvijeni optički živac), udubljen korijen nosa, nepravilni oblik uški, uski vanjski slušni kanal, spuštene usne kutovi, jezik izbačen izvan ušne šupljine, nepravilna gornja ploha

jezika, visoko nepce, usko nepce, malokluzija (krivi zagriz), nepravilno oblikovani zubi, kratak vrat, pojačani kožni nabori na vratu, široke kratke šake, brazda četiri prsta, kratki i savijeni peti prst, brahidaktilija (kratki prsti), klinodaktilija (savijeni prsti), sindaktilija (srasli prsti), razmak između palca i drugog prsta stopala (Čulić 2008.)

Mnoga djeca s Downovim sindromom imaju srčane probleme (30 – 40 %), probavne smetnje, češću konstipaciju zbog usporenog rada želuca i crijeva, skloniji su infekcijama gornjih dišnih putova i infekcijama uha. Nadalje, kod velikog postotka djece s Downovim sindromom prisutna je hiperfleksibilnost zglobova i mišićna hipotonija. Osobe s Downovim sindromom sklone su infekcijama i razvoju zloćudnih bolesti jer je zbog poremećaja imunostava oslabljeno stvaranje protutijela (Čulić 2008).

Bolesti dišnih putova, kao što su pneumonija, opstruktivni bronhitis i laringitis, najčešći su razlog (54 %) akutne hospitalizacije djece (Čulić 2008).

Čak 70 – 80 % osoba s Downovim sindromom ima gubitak sluha. U 40 – 60 % riječ je o konduktivnom gubitku sluha, a najčešći razlog je kronična sekretorna upala srednjeg uha (Čulić 2008).

Hipotonija ili snižen mišićni tonus obilježje je većine djece s Downovim sindromom u različitoj mjeri. Ona različito zahvaća različite dijelove tijela, a u određenoj mjeri, različito kod svakog djeteta zahvaća i mišiće čeljusti, usta i jezika. Djeca s Downovim sindromom također imaju smanjenu mišićnu snagu.

Novorođenoj je djeci s Downovim sindromom često teško koordinirati pokrete jezika i usta i otežano koordiniraju pokrete sisanja, gutanja i disanja. Jačanje oralne motorike potrebne za aktivnosti sisanja traži više vremena nego kod djece urednog razvoja.

1.4. Fiziologija i početak dojenja

Fiziologija i početak dojenja prikazani su prema Dahl (2015) i Ramsay i Gisel (1996). Sisanje je refleksna aktivnost s kojom se djeca rađaju i genetski su predisponirana za učinkovito hranjenje. Dijete po porodu ima refleks otvaranja usta koji se javlja onda kada dijete bradicom dodirne majčinu dojku i tada širom otvori usta. On se razlikuje od refleksa traženja usnama. Refleks traženja usnama ili *rooting* refleks javlja se kad se novorođenčetu dodirnu gornja, donja ili kutovi usana ili obraz u neposrednoj blizini usta i tada ono okreće glavu prema stimulusu i otvara usta. Refleks otvaranja usta omogućava djetetu da učinkovito uhvati majčinu bradavicu s većim dijelom areole i tako učinkovito prazni dojku

i dobiva dovoljno hrane. Dijete koje po porodu nema refleksa otvaranja usta zahtijeva medicinsku obradu (Dahl 2015).

Refleks sisanja s kojim se dijete rađa prelazi u svjesno sisanje koje je fiziološki drugačije u dobi od oko četiri mjeseca. Tako se u engleskoj literaturi razlikuju pojmovi *suckling* i *sucking*. Prvi pojam odnosi se na rani refleksni obrazac djetetova sisanja u kojem se jezik miče naprijed natrag i ostaje u usnoj šupljini. Usta nisu čvrsto zatvorena. U dobi od oko četiri mjeseca razvija se druga vještina gdje je vrh jezika podignut, usta su čvrsto zatvorena što omogućuje stvaranje negativnog tlaka u djetetovim ustima, a čeljust se pomiče gore dolje u pravilnijem ritmu. Vrh jezika je podignut.

Refleks gutanja i refleks protruzije jezika nadopunjuju komplet alata s kojim je dijete osposobljeno da pod određenim uvjetima po porodu može učinkovito sisati. Novorođenče rođeno u terminu prirodno je osposobljeno, ako se stavi na majčina prsa, samo pronaći i uhvatiti dojku te započeti učinkovito sisanje odmah po porodu čak bez pomoći majčinih ruku, posebno ako tijekom poroda nisu korišteni lijekovi (Righard, Alade 1990).

Osim neonatalnih refleksa, anatomske osobitosti također omogućuju učinkovito sisanje. Jezik poprima žljebastu strukturu (oblik čaše) kako bi se stvorio kanal za kretanje tekućine prema unutra. Masni jastučići za sisanje, usne, jezik, nepce funkcioniraju kao jedno da bi učinkovito praznili dojku.

Refleks otvaranja usta najčešće se gubi unutar par tjedana ako se dijete hrani bočicom. To je poznato kao pojava konfuzija bradavice u kojem se dijete prilagođava na hranjenje bočicom u kojem je dovoljno lagano samo otvoriti usta. Zbog toga se u rodilištima koja imaju naziv prijatelja djece preporučuje hranjenje na šalicu ili špricu ako dojenje nije trenutačno moguće kako bi majka imala priliku za naknadno učinkovito dojenje.

Dijete se po porodu nalazi u fazi aktivne budnosti i tada je najspremnije za sisanje.

Prirodan proces aktivne budnosti kod novorođenčeta, koji traje prva dva do četiri sata po porodu, omogućava majci da aktivno preuzme svoju roditeljsku ulogu te da u trenutku dok dojke nisu prepune i dok je djetetovo zahvaćanje lakše, uči vještinu dojenja. Iako je u igri niz refleksa i dijete također uči vještinu dojenja. Proces sisanja u prvih nekoliko sati po porodu omogućuje djetetu da dobije kolostrum, mlijeko bogato antitijelima. Isto tako omogućuje sterilnom djetetovu tijelu da ga nasele majčine bakterije, a istovremeno da ga majka opskrbi i alatom za učinkovitu borbu protiv tih bakterija.

Ako majka tijekom poroda prima veliku količinu medikamenata koji posteljicom prijeđu na dijete, faza aktivne budnosti koja je važna za uspješan početak dojenja nije toliko izražena.

Fiziologija procesa takva je da, kada majka stavi dijete na prsa, njen hipotalamus luči hormon oksitocin koji uzrokuje fiziološko skupljanje posteljice, njeno prirodno odvajanje, a time i njeno lakše rađanje i daljnje lučenje mlijeka. Kemijski sastav i djelovanje oksitocina isti su kod svih sisavaca. Oksitocin utječe na fiziološke funkcije i na ponašanje žena. Kontakt koža na kožu majke i novorođenčeta, koji uzrokuje lučenje oksitocina, čini majke smirenijima te potiče socijalno interaktivno ponašanje, nižu razinu anksioznosti, nižu razinu kortizola i regulaciju krvnog tlaka. Oksitocin koji se luči kao odgovor na majčinu fiziološku adaptaciju na dijete također utječe i na proces privrženosti. Isto tako oksitocin koji luči dijete kao odgovor na sisanje i kontakt koža na kožu s majkom može potaknuti socijalnu interakciju, smanjiti anksioznosti i smiriti dijete, kako pokazuju mjerenja fizioloških reakcija djeteta (Uvnas-Moberg 2013). Suptilan proces u međusobnoj povratnoj sprezi hormona počinje kada dijete uhvati dojku i potakne proces lučenja oksitocina kod majke, a čin sisanja, toplina i dodir majčinog tijela potiču lučenje oksitocina kod djeteta. Oksitocin, koji se još naziva i hormonom ljubavi, potiče osjećaj sigurnosti i blagostanja i kod majke i kod djeteta. Započinje proces razvoja privrženosti.

1.5. Dojenje djeteta s Downovim sindromom: što je drugačije?

Vrijeme poslije porođaja vrijeme je radosti i zadovoljstva, ali i vrijeme u kojem su rodilje ranjive ili prolaze psihičke krize, tzv. postporođajni stres. Spoznaja da dijete ima sumnju na Downov sindrom uzrokuje vrlo visoku razinu stresa kod roditelja. Stanje šoka i nevjerice koje traje različito kod različitih obitelji ometa odgovorljivost roditelja na signale koje dijete odašilje što, ako potraje, može imati za posljedicu odustajanje djeteta od interakcije i odsustvo procesa učenja djeteta da može djelovati na ponašanje majke. Ta spoznaja temelj je daljnjeg komunikacijskog i spoznajnog razvoja.

Nezadovoljstvo načinom na koji je roditeljima priopćeno da njihova djeca imaju Downov sindrom dodatno utječe na prvobitno stanje šoka kod roditelja (Meisels i Shonkoff 1996). U nastojanjima da se u rodilištima razviju dobri modeli priopćavanja dijagnoze valja istaknuti ključne elemente: što ranije priopćavanje sumnje na dijagnozu, informiranje oba roditelja istovremeno, osiguravanje privatnosti za razgovor, informiranje roditelja u nazočnosti djeteta, osiguranje neograničenog vremena za roditeljska pitanja. Potrebno je ponuditi informaciju o različitim uslugama za roditelje i ugovoriti vrijeme za sljedeći razgovor. Cunningham, Morgan i McGucken (1984) testirali su model priopćavanja dijagnoze Downovog sindroma na navedeni način i navode 100-postotnu prihvaćenost,

nasuprot 20-postotnu prihvaćenost u kontrolnoj grupi. Autori su time odbacili tezu da je nezadovoljstvo načinom priopćenja dijagnoze Downovog sindroma neizbježno.

Čak i kada zdravstveno stanje djeteta uzrokuje više neizvjesnosti i kada zdravstveno osoblje ne može dati jasniju prognozu, zabilježeno je bolje prihvaćanje kada se ona priopći na empatičan i ohrabrujući način. Smjernice za davanje odgovora na pitanja koja se tiču prognoze nude Waller, Todres, Cassem i Anderten (1979):

1. Informacije o prognozi stanja djeteta najbolje je davati onda kada ih roditelji zatraže.
2. Informacije treba pružiti s taktom i osjetljivošću i s obzirom na način na koji roditelji prime dijagnozu.
3. Kliničari moraju priznati svoju nesigurnost u pogledu budućnosti.
4. Roditelje treba pitati da opišu svoj trenutni način poimanja prognoze prije nego se daje nova informacija.
5. Roditeljima je potrebno pružiti emocionalnu potporu da bi završili svoj proces žalovanja.

Stresori narušavaju interakcijske obrasce između majke i djeteta i tako utječu i na proces učenja kod djeteta jer su interakcije epizode učenja. Stresori narušavaju spontanost interakcijskih obrazaca koja je važna za stvaranje zdrave privrženosti, tog važnog prvog odnosa djeteta i bliske osobe (Guralnick 2011).

Stres se često percipira kao razlog zbog kojeg majka više ne može dojiti. Široko je uvriježena zabluda da stres uzrokuje naglo povlačenje mlijeka.

1.6. Majčin stres i njegov utjecaj na laktaciju

Laktacija, odnosno proizvodnja mlijeka predmet je potražnje i ponude, to jest majka proizvodi onoliko mlijeka koliko često i dugo dijete siše. Dijete svojim sisanjem stvara fiziološku hormonalnu lančanu reakciju. Počinje lučenje hormona oksitocina koji je odgovoran za takozvani refleks otpuštanja mlijeka, ali ne i za laktaciju. Laktacija je regulirana hormonom prolaktinom čije lučenje je potaknuto isto tako djetetovim sisanjem. Hormon oksitocin, čija je uloga pripremiti majku za hranjenje, čini to da mlijeko počinje teći kroz mliječne kanaliće. Ako je majka pod akutnim stresom, hormon oksitocin teže se otpušta i mlijeko teže „navire“. Svako dojenje je tako otežano, a ako je udruženo s majčinom percepcijom da je zbog stresa i produkcija mlijeka manja, dolazi do uvođenja nadomjestaka

za majčino mlijeko koji uzrokuju rjeđe dojenje i tako se stvara lančana reakcija u kojoj je rezultat na kraju zaista manja količina mlijeka (Dewey 2001, Lau 2001).

Važno je naglasiti da dojenje ima zaštitnu ulogu u majčinom nošenju sa stresom.

1.7. Zdravstveni problemi i odvojenost djeteta

Istraživanja pokazuju da majke djece koja su bila odvojena u jedinicu intenzivne skrbi zbog zdravstvenih problema iskuse osjećaj „prekida u procesu postajanja majkom“ (Hurst 2008). Razumijevanje pritiska koji na te majke ima proces održavanja laktacije i osobitosti dojenja u uvjetima jedinice intenzivne skrbi uvjetuje nužnost dodatne potpore.

Grgurić (2014) navodi da su zbog medicinskih razloga i odvojenosti majke i djeteta djeca s teškoćama u razvoju i djeca koja su rođena kao neurorizična rjeđe dojena. Stoga naglašava potrebu razvijanja novih programa kao što je program *10 koraka do uspješnog dojenja za neonatalnu intenzivnu skrb* i ističe da taj program traži blizinu majke i djeteta.

Uvođenjem programa Bolnica prijatelj djeteta u Norveškoj od početka se posebna pažnja pridaje jedinicama intenzivne skrbi novorođenčadi jer se držalo da ta djeca i majke trebaju osobito snažnu potporu da bi uspjeli s dojenjem. Ugrožena novorođenčad ima posebno važnu potrebu za majčinim mlijekom gledano imunološki i nutritivno. Tako je norveški istraživački centar za dojenje modificirao deset koraka do uspješnog dojenja za primjenu u jedinicama intenzivne skrbi.

Dodane su modifikacije pravila koje bi trebale provoditi jedinice i kriteriji po kojima se pravila provode. Tako je u koraku 3 (informirati sve trudnice o dobrobitima i načinima dojenja) uvedena sljedeća modifikacija: osigurati pripremu hospitaliziranih trudnica kada se zna da će dijete biti prebačeno u jedinicu intenzivne skrbi nakon rođenja; hospitalizirane trudnice dobit će informacije o uporabi izdajalice i ručnom izdajanju, o važnosti rane stimulacije produkcije mlijeka, o tome kako se može uspostaviti dojenje/hranjenje majčinim mlijekom i o pristupu roditelja jedinici; jedinica će imati pisana pravila koja će pokrivati informacije koje trudnica dobije; jedinica treba moći opisati odgovornost i organizaciju informacija trudnicama; osoblje mora biti osposobljeno jasno objasniti informacije koje daju trudnicama. Korak 4 (pomoći majkama da počnu dojit unutar pola sata po rođenju djeteta, položiti novorođenčad na majke u kontaktu koža na kožu odmah po porodu na najmanje pola sata i potaknuti majke da prepoznaju kada su njihova djeca spremna sisati, nudeći pomoć po potrebi) ima sljedeću modifikaciju: osoblje intenzivne jedinice treba pomoći i poticati majke da polože svoje novorođenče u kontakt koža na kožu čim to bude

medicinski opravdano. Ako je moguće, odvajanje poslije poroda treba odgoditi, a kontakt koža na kožu produžiti. Korak 5 (pokazati majkama kako se doji i kako da sačuvaju izlučivanje mlijeka, čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi) osobito je važan za jedinice intenzivne skrbi i sadrži sljedeću modifikaciju: jedinica treba biti tako uređena da je izdavanje lako i udobno. Roditelji trebaju dobiti informacije o sposobnosti nedonoščeta za dojenje i procesu sazrijevanja vještine. Majke koje ne mogu održati produkciju mlijeka trebaju dobiti posebnu pomoć i informacije.

Korak 6 (novorođenčadi ne davati nikakvu drugu hranu ili piće, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski uvjetovano) sadrži važnu modifikaciju: jedinica treba koristiti banku doniranog mlijeka ako djetetova majka nema dovoljno svog mlijeka. U Hrvatskoj je ove godine (2017.) započet proces stvaranja banke majčinog mlijeka unutar Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Korak 7, koji se odnosi na prakticiranje *rooming-ina*, odnosno omogućavanju majkama i djeci da budu zajedno 24 sata dnevno, sadrži modifikaciju: ako je nužno zatvoriti jedinicu za roditelje (iz medicinskih ili praktičnih razloga) to se može dogoditi samo nakratko i ne duže od 2 sata ukupno u tijeku 24 sata. Korak 8 koji sadrži smjernicu da se potiču majke da doje na zahtjev novorođenčeta, modificiran je na način da se sugerira poticanje ranog kontakta između djetetovih usta i majčinih prsa čim djetetovo stanje to dopusti, bez obzira na djetetovu težinu i gestacijsku dob. Isto tako sugerira poticati rano dojenje na zahtjev djeteta kada više ne postoje medicinski razlozi za hranjenje po rasporedu i točno određenom količinom. U koraku 9 koji glasi „ne davati umjetne dudice ni dude varalice djeci koju se doji“ modifikacija naglašava važnost ovog koraka i glasi: medicinski nužni dodatci dojenoj djeci trebaju se dati na šalicu, žličicu, špricu, putem seta za laktaciju ili slično. Prije nego se djetetu ponudi duda varalica ili bočica, roditelji trebaju biti obaviješteni o tome i trebaju dati svoj pristanak.

Na kraju korak 10, koji se odnosi na poticanje osnivanja grupa za potporu dojenju i upućivanja majki na njih pri izlasku iz bolnice, sadrži važnu modifikaciju za sustav rane potpore djeci s Downovim sindromom: jedinica će biti uključena u kontinuirani lanac potpore i surađivat će s odjelom za ginekologiju, rodilištem i institucijama zdravstvene brige o djeci (Haggkvist, Hansen 2008).

Nacionalna politika dojenja i mjere koje su poduzete rezultirala je time da Norveška ima jednu od najvećih stopa dojenja na svijetu.

Republika Hrvatska 2013. godine priključila se provođenju Neo-BFHI programa – Inicijativa Rodilište prijatelj djece za odjele neonatologije. Program je usmjeren na edukaciju medicinskog osoblja i roditelja. U radu Pavičić Bošnjak uspoređuju se rezultati

iz 2012. i 2015. godine o praksi dojenja u 12 jedinica intenzivne njege prije i nakon edukacije osoblja. Autorica zaključuje da je potrebno nastaviti edukaciju djelatnika, ali i aktivnije uključiti roditelje u skrb za nedonošćad (Pavičić Bošnjak 2016).

U Njemačkoj se razvio program Privrženosti, razvoja i dojenja - Bindung, Entwicklung und Stillen, (http://www.kussmann-gyn.de/Aktuelles/Grundsatzerklaerung-BEST_2012-05-08.pdf) s nakanom da se podrži bolji početak za neurozričnu i bolesnu novorođenčad i njihove roditelje. Naglašava se da je dojenje više od hranjenja. Ono podržava vezivanje majke i djeteta i potiče cjelokupan razvoj djeteta. Deset koraka koji su doneseni u svrhu ovog programa naglašavaju edukaciju osoblja te stvaranje uvjeta za učinkovito dojenje kao što su: omogućiti održavanje laktacije u uvjetima razdvojenosti od djeteta, poticanje boravka (oba!) roditelja s djetetom, poticanje tzv. *kangaroo* njege, rani početak dojenja, dojenje na zahtjev, izbjegavanje uporabe dudica i poticanje treninga sisanja pomoću seta za laktaciju.

Klokan (*kangaroo*) metoda metoda je koja se koristi u velikom broju rodilišta u Europi. Za sada je ne primjenjuje niti jedno hrvatsko rodilište. Ona je učinkovita i sigurna alternativa konvencionalnoj neonatalnoj skrbi koja je skupa i zahtijeva visokokvalificirano osoblje i stalnu logističku potporu. Nastala je u zemljama s ograničenim resursima. Glavna komponenta klokan metode je kontakt koža na kožu između majke i njenog djeteta, često i isključivo ili gotovo isključivo dojenje i nastojanje da se dijete što ranije otpusti iz bolnice. Utvrđeno je da klokan metoda olakšava podnošenje boli novorođenčadi koja prolaze invazivne postupke medicinskih pretraga (Johnston, Campbell-Yeo, Fernandes, Inglis, Streiner, Zee 2014). U usporedbi s konvencionalnom neonatalnom skrbi, utvrđeno je da klokan metoda smanjuje smrtnost pri otpustu te, prema najnovijem praćenju, smanjuje ozbiljne infekcije/sepsu, bolničke infekcije/sepsu, pothlađenost, ozbiljnu bolest, bolest donjih dišnih putova i duljinu boravka u bolnici. Nadalje, klokan metoda povećava tjelesnu težinu, opseg glave, rast u duljinu, dojenje, zadovoljstvo majke metodom skrbi za novorođenče, neke mjere povezanosti majke i djeteta (Conde-Agudelo, Díaz-Rossello i Belizan 2003).

Kontakt koža na kožu osim što ima povoljan utjecaj na uspješnost dojenja, ima za posljedicu i kvalitetniju interakciju između majke i djeteta, a djeca izložena kontaktu koža na kožu manje plaču (Moore, Anderson, Bergman, Dowswell 2012).

Dojenje potiče i neurobiološke mehanizme u odgovorljivosti majki na djetetove potrebe. Ono tako potiče kvalitetu interakcije između majke i djeteta i ima povoljan utjecaj na

socioemocionalni razvoj (Kim, Feldman, Mayes, Eicher, Thompson, Leckman, Swain 2011).

Djelovati na stresore koji utječu na procese prihvatanja, privrženosti i kvalitetne interakcije dio je potpore majkama odvojenim od svoje djece. Sposobnost majke da učinkovito brine o svom djetetu važan je dio procesa roditeljske kompetencije i zadovoljstva roditelja svojom ulogom. Majke djece s teškoćama u razvoju ne razlikuju se od majke djece bez teškoća u želji da doje svoje dijete. Prema istraživanju koje je proveo UNICEF, čak 48 % roditelja djece s teškoćama smatra poželjnim dojenje i duže od godine dana, ali podatci o dužini dojenja djece s teškoćama govore da statistički znatno češće nisu dojena u odnosu na djecu bez teškoća (Pećnik 2013). Majke djece s teškoćama žele i namjeravaju dojiti svoje dijete i nastoje se informirati i osposobiti za njega u jednakoj mjeri kao i sve druge majke.

Pretpostavka je da je najčešći razlog njihova ranijeg prestajanja dojenja neadekvatna potpora koja im je pritom pružena, odnosno potpuni nedostatak potpore. Tako se u razgovoru s roditeljima često čuje izjava: „Rekli su mi da niti ne pokušavam dojiti svoje dijete s Downovim sindromom.“

U radu Pisacane i sur. (2003) navodi se da majke djece s Downovim sindromom kao najčešće razloge nedojenja navode bolesti djece, frustraciju ili depresiju, percepciju nedostatka mlijeka i teškoće sisanja.

Razlog zbog kojeg majka ima percepciju da nema dovoljno mlijeka ponekad nije lako otkriti. Mogućnost započinjanja i održavanja laktacije tijekom dugotrajne hospitalizacije izazov je koji prolaze majke djece s Downovim sindromom koja češće imaju zdravstvenih teškoća. Potrebno je razumjeti stajališta, misli i ponašanje majki u svakodnevnoj rutini izdavanja i njihove brige oko dojenja.

Istraživanja ukazuju i na to da su medicinski problemi te odvajanja njime uzrokovana također odgovorni za kraće dojenje djece s Downovim sindromom. Ponekad je uzrok odvajanja djeteta, odnosno njegova smještanja na jedinicu intenzivne njege postojanje zdravstvenih tegoba, a ponekad procjena neonatologa da je potrebno pomnije medicinsko promatranje. Istraživanje provedeno u Italiji na uzorku od 560 majki djece s Downovim sindromom, objavljeno 2003. godine (Pisacane i sur.), ukazuje na to da je 44 % djece s Downovim sindromom bilo upućeno na jedinicu intenzivne neonatalne njege. Djeca s Downovim sindromom u usporedbi s dvije kontrolne skupine djece urednog razvoja bila su znatno češće hranjena na bočicu (57 % prema 15 %, odnosno 24 % u kontrolnim skupinama). Samo 30 % novorođenčadi koja su bila upućena na neonatalnu skrb bilo je dojeno. Kao razloge nedojenja majke navode bolest djece, osjećaj frustracije ili depresije te

osjet nedostatka mlijeka ili teškoće sisanja kod djece koja nisu bila na neonatanoj skrbi. Pedijatri su navodili da je razlog upućivanja djeteta na neonatalnu skrb ponekad bio nemedicinske naravi, odnosno radi detaljnijeg uspostavljanja dijagnoze. Autori ističu da potpora dojenju novorođenčadi s Downovim sindromom treba postati važan dio zdravstvene skrbi za djecu s Downovim sindromom.

1.8. Dojenje djeteta s Downovim sindromom: što je fiziološki drugačije?

Hipotonija, sniženi tonus mišića kod djece s Downovim sindromom otežava pravilno prihvaćanje dojke, ali i ostajanje na dojci tijekom hranjenja. Hipotonija se u literaturi najčešće navodi kao razlog odustajanja od dojenja majki djece s Downovim sindromom. Dojenje djece s Downovim sindromom često dodatno otežava i lošija koordinacija sisanja, odnosno neusklađenost sisanja, gutanja i disanja. Rane vještine sisanja su vrijedan dijagnostički pokazatelj neurološkog razvoja (Pavičić Bošnjak 2013).

U jednoj studiji iz Japana iz 2001. godine, čiji je cilj bio bolje razumijevanje razvoja sisanja kod djece s Downovim sindromom, bilo je uključeno 14 djece bez specifičnih zdravstvenih teškoća koje bi uključivale teškoće sisanja. U dobi od 1, 4, 8 i 12 mjeseci mjerio se pritisak kod sisanja, pritisak ekspresije, učestalost i trajanje sisanja. Istovremeno je korišteno ultrazvučno snimanje. Pritisak i trajanje sisanja bili su unutar normalnog raspona sisanja, ali je vrijeme sisanja bilo znatno produljeno. Ultrazvučne slike ukazivale su na manjak finih peristaltičkih pokreta jezika. Zaključak je studije bio da teškoće sisanja nije uzrokovala sama hipotonija oralne muskulature, već i slabija pokretljivost jezika (Mizuno, Ueda 2001). Važno je napomenuti da se ovo istraživanje provelo na djeci koja su bila hranjena na bočicu. Često se navodi da djeca s Downovim sindromom imaju interdentalni položaj jezika i teže im je stvoriti žljebastu strukturu jezika koja je potrebna za učinkovito sisanje. Nadalje, sklone su poteškoćama s gornjim dišnim putovima i stoga je češća otvorena postura usta i disanje na usta. Također se često navodi da imaju visok, uzak nepčani luk, što također čini dojenje težim. Sve navedeno Sara Rosenfeld Johnson (2007.) smatra stečenim deficitima i naziva ih „oralnim mitovima“ kod djece s Downovim sindromom. Rosenfeld tumači da se sve navedene karakteristike mogu prevenirati kvalitetnom terapijom i objašnjava kako nastaju. Tako tumači da se fontanele, odnosno meke kranijalne točke, jedna na srednjoj liniji vrha lubanje, a druga na srednjoj liniji ispod lubanje, zatvaraju 12 do 18 mjeseci nakon rođenja. U populaciji djece s Downovim sindromom to se spajanje ploča može dogoditi tek s 24 mjeseca života. Idenično se zatvaranje pločica događa i ispod mozga, s pločicama tvrdog nepca. Kako mozak daje oblik glavi, tako jezik oblikuje nepce. Tijekom zatvaranja

nepca, ako jezik nije unutar usta, nema ničega što bi spriječilo pomicanje nepca prema sredini. Rosenfeld tvrdi da je rezultat toga mit o visokom i uskom nepčanom svodu.

Nadalje podsjeća da čak i djeca s jako niskim mišićnim tonusom, uključujući i djecu s Downovim sindromom, po rođenju dišu na nos. Zadržavaju svoj jezik unutar usta i tijekom pretraga njihovi jezici nisu abnormalno veliki. Oralno, ova djeca izgledaju više-manje kao i svako drugo dijete, s iznimkom što slabo sišu. Mnoge majke kažu da su htjele dobiti svoje dijete, što se potvrđuje i ovim istraživanjem, ali nisu mogle jer je dijete slabo sisalo i/ili su imale percepciju da nisu imale dovoljno mlijeka. Rosenfeld (2007) tvrdi da ne postoji medicinski problem, već je teškoća u tome što dijete ne siše dovoljno snažno kako bi stimuliralo mliječne žlijezde da proizvedu adekvatnu produkciju mlijeka. U takvim slučajevima, ona navodi, liječnici najčešće savjetuju majke da koriste bočicu. Rupica se na dudi često poveća kako bi djetetu bilo lakše sisati. Dijete se drži na majčinu savijenom laktu, a bočica se drži dijagonalno, s dudom prema dolje. Rosenfeld objašnjava da tada mlijeko lako klizi u djetetova usta, ali da ništa ne sprječava njegov protok i ne dopušta pauzu dopuštajući tako djetetu da proguta. Autorica smatra da je pretjerana protruzija jezika zapravo naučeno ponašanje s fizičkom manifestacijom, a događa se tako da dijete sebi jezikom omogućuje pauzu potrebnu za gutanje.

Dijete s Downovim sindromom ima niski tonus svih mišića. Na bazi Eustahijeve tube je mišić sfinkter čija je uloga propustiti zrak u srednje uho. Ako niski mišićni tonus smanjuje učinkovitost ovog sfinktera, onda u opisanom položaju hranjenja mlijeko može ući u srednje uho. Rezultat može biti kronična upala srednjeg uha, vodeći uzročnik provodnog oštećenja sluha kod djece s Downovim sindromom.

Rosenfeld (2007) nadalje objašnjava da tekućina nakupljena u srednjem uhu i infekcija kao njen rezultat prođu kroz mukoznu membranu dišnog sustava i često postaju izvor kroničnih infekcija gornjih dišnih putova. Nosna šupljina se začepi, dijete počne disati na usta umjesto na nos. Čeljust se spusti da olakša disanje na usta, čime podržava kronični položaj otvorenih usta. Budući da se jezik više ne zadržava unutar usne šupljine, nepčane lukove više ništa ne sprječava da se kreću prema središtu te kao rezultat imamo visoko usko nepce, čime smo napravili krug natrag. Djetetov jezik ostane flacidan u položaju otvorenih usta. Autorica zaključuje da privid velikog jezika nije genetički određen, već je rezultat niza odgovora skrbnika na stvaran problem slabog sisanja.

Rosenfeld (2007.) apelira na obraćanje pažnje na oralnu mišićnu strukturu od rođenja i pružanje učinkovitije i više preventivne terapije od pristupa „čekaj i vidi“ koji postoji. Ove

fizičke karakteristike nisu predodređene, a terapijski bi ciljevi trebali počivati na normaliziranju oralno-motornog sustava kroz hranjenje, počevši od rođenja.

Rosenfeld dalje navodi da ako logopedi prihvate pretpostavku da je normalan govor pretpostavljen, među ostalim i normalnim oralnim funkcijama i strukturama, onda postaje važno donijeti odluku o ranom terapijskom hranjenju i u tom smislu potiče na djelovanje.

Jack Newman (2005), kanadski liječnik koji dugi niz godina vodi Centar za dojenje, kliniku koja pomaže rješavati probleme u dojenju „za posebne izazove“, tvrdi da je za uspješno dojenje djece s Downovim sindromom često potrebno vrijeme i strpljenje i da većina djece s trisomijom 21 može, uz dobru potporu, učinkovito sisati u dobi od 3-4 tjedna, ponekad malo kasnije, ovisno o tome koliko dugo majka uspijeva održavati produkciju mlijeka. On izražava stajalište utemeljeno na dugogodišnjem iskustvu kod djece s Downovim sindromom da ne postoje nikakvi posebni postupci kojima bi se pospješilo njihovo dojenje, već je samo potrebno više vremena i strpljenja.

1.9. Dojenje kao norma

Budući da smo sisavci, proizvodnja mlijeka i hranjenje naše djece njime naš je biološki imperativ. Ipak, neobična je činjenica da je dojenje, unatoč sve većim mjerama kojima se podupire, sve rjeđa pojava i da majke doje sve kraće. Najčešći je uzrok ranog prestanka dojenja percepcija niske produkcije mlijeka ili čak njegovo „povlačenje“, kako se često navodi kao razlog.

Suvremena obitelj radikalno je drugačija od nekadašnje obitelji u kojoj su se znanja i vještine prenosili s generacije na generaciju, u kojima je djevojčica odrastala gledajući kako doje žene u obitelji, nerijetko i njena majka. Danas nije rijetkost da žena kada rodi dijete nikad prije nije vidjela dojenje uživo. Gotovo je svaka žena sposobna dojiti. Međutim, praksa dojenja pod utjecajem je brojnih povijesnih, socioekonomskih, kulturoloških i individualnih faktora. Postoje uvriježene zablude ili mitovi oko dojenja u različitim kulturama od kojih su neki smiješni, neki i opasni, ali i jedni i drugi imaju štetan utjecaj na dojenje (Ibolya 2008).

Unatoč brojnim dokazanim prednostima dojenja, ono više nije norma u hranjenju djece u mnogim zemljama svijeta. Zanimljivo je primijetiti da žene dulje doje u nerazvijenim i zemljama u razvoju nego u razvijenim zemljama (Victoria i sur. 2016). U visokorazvijenim zemljama dojenje postaje manje uobičajeno tijekom 20-og stoljeća. Sličan je trend primijećen u manje razvijenim zemljama među obrazovanim ženama boljeg

socioekonomskog statusa, kada su se nadomjesci za majčino mlijeko počeli smatrati faktorom društvenog prestiža. U kolovozu 1990. godine međunarodna zajednica prihvatila je dokument koji se naziva Innocenti deklaracija u kojoj se ističe standard prema kojem sva djeca trebaju u prvih četiri do šest mjeseci svoga života dobiti isključivo majčino mlijeko, a dojenje bi se trebalo nastaviti i kasnije. Svjetska zdravstvena organizacija je kasnije tu preporuku proširila na prvih šest mjeseci djetetova života. Iste godine se u Konvenciji o pravima djeteta obvezuje države potpisnice za donošenje niza mjera za promicanje dojenja. Zaštita, promicanje i potpora dojenju danas su prioritet javnog zdravstva u zemljama širom svijeta.

Takozvani IEK model (informacija, edukacija, komunikacija) primijenjen na primjeren način od velike je važnosti za ponovno uspostavljanje kulture dojenja u zapadnim zemljama u kojima se hranjenje nadomjescima za majčino mlijeko prihvaća kao norma već dugi niz godina.

Dio politike promicanja dojenja podrazumijeva i uporabu jezika koja implicira dojenje kao razvojni zadatak i u kojem se ističe ključna uloga dojenja kao nježnog prelaska sa simbiotskog odnosa majka – dijete u maternici na vanjski život. Jezik je to kojim se roditelji podučavaju čitanju fizioloških potreba djeteta i ulozi koju dojenje ima u zadovoljenju tih potreba. U radu „Jezik koji olakšava uspostavu i održavanje psihološki uvjetovanog obrasca dojenja“ navode se osnovne smjernice u uporabi jezika koji implicira da je dojenje normalan razvojni zadatak (Epstein-Gilboa 2001).

Među brojnim aktivnostima za promicanje dojenja posebno je važno istaknuti inicijativu Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a Bolnica prijatelj djeteta (*Baby Friendly Hospital Initiative BFHI*) koja je započela 1991. godine s ciljem humanizacije rodilišta i potpore dojenju. Inicijativa ističe *10 koraka do uspješnog dojenja u rodilištima za zaštitu, promicanje i potporu uspješnog dojenja*. To su:

1. Imati pisana pravila o dojenju s kojima se redovito upoznaju svi zdravstveni djelatnici.
2. Podučiti sve zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila.
3. Informirati sve trudnice o dobrobitima dojenja i o tome kako se doji.
4. Pomoći majkama da počnu dojiti unutar pola sata po rođenju djeteta.
5. Pokazati majkama kako se doji i kako će održati proizvodnju mlijeka čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi.
6. Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu ili piće, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski uvjetovano.
7. Provoditi *rooming-in* – omogućiti majkama i djetetu da borave zajedno tijekom 24 sata.

8. Poticati majke da doje na zahtjev novorođenčeta.
9. Ne davati umjetne dudu ni dudu varalice djeci koja se doje.
10. Poticati osnivanje skupine za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri njihovom izlasku iz rodilišta, odnosno bolnice.

Ta inicijativa provedena je u Hrvatskoj od 1993. do 1998. godine i ponovo u razdoblju od 2007. do 2011. godine. Sada se provodi u svim hrvatskim rodilištima, kojih je ukupno 31. U sklopu inicijative proveden je i 18-satni tečaj za zdravstveno osoblje koji se pokazao učinkovitim alatom za poboljšanje znanja, stavova i postupaka zdravstvenih stručnjaka (Zakarija-Grković, Burmaz 2010).

Inicijativa je rezultirala povećanjem dužine dojenja u rodilištima, isključivog dojenja u razdoblju od 2 i 3 mjeseca života djeteta, ali nije znatno produžila isključivo dojenje do 6 mjeseci života te nije znatno utjecala na povećanje ukupne dužine dojenja (Pećnik 2013).

Unatoč svim mjerama, i svjetski podatci o učestalosti dojenja i dalje navode da je ono daleko od željenog. Za nisko i srednje razvijene zemlje postotak isključivog dojenja 1993. godine iznosi 25 %, a 2013. godine 37 %, dok u najrazvijenijim zemljama isključivo dojenje raste sa 16 na 36 % (Victoria i sur. 2016).

U Hrvatskoj je 2013. godine UNICEF proveo istraživanje i rezultate objavio u brošuri „Kako roditelji brinu o djeci mlađe dobi“. U njoj se navodi da je tek 19 % djece dojeno duže od 6 mjeseci (Pećnik 2013).

Kako bi utjecali na dužinu dojenja, Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF 2009. godine donose nove smjernice i nazivaju ih Mogućnosti proširenja i integracije programa Rodilišta – prijatelji djece, u kojima se posebno ističe potreba osiguravanja prijateljske skrbi prema majkama, pedijatrijske skrbi koja pruža potporu dojenju i potrebu da jedinice neonatalne intenzivne skrbi budu prijateljske prema majkama i djeci. Također se naglašava važnost uključenja Zajednice – prijatelja dojenju.

Pokrenut je i pilot-projekt Rodilišta prijatelji majki i djece koji u svom fokusu imaju kvalitetniju komunikaciju između zdravstvenog osoblja i majki, a sadržava i kriterij „Promicati kontakt koža na kožu majke i djeteta neposredno nakon poroda te aktivno podupirati majke da što češće drže i doje svoju djecu“. Projekt je pokrenut u četiri hrvatska rodilišta, a nakon njegove primjene predviđeno je da radna skupina pri Ministarstvu zdravstva donese smjernice za nacionalnu primjenu ovog programa.

U Hrvatskoj su rezultati istraživanja o prediktorima dojenja u skladu s rezultatima istraživanja provedenim u drugim zemljama u kojima je među značajnim prediktorima

dojenja navedeno obrazovanje majke (obrazovanije žene duže doje), tečajevi u trudnoći, potpora i pozitivno stajalište okoline te prethodno iskustvo dojenja.

U radu Zakarija-Grković i suradnici (2017) među prediktorima suboptimalnog dojenja navode pušenje u trudnoći, odluka majke u trudnoći da koristi dudu varalicu, korištenje mliječne formule u rodilištu, izostanak savjeta i potpore osoblja rodilišta u dojenju i izostanak polaznja trudničkih tečajeva.

Pozitivno mišljenje o dojenju u trudnoći pokazuje se kao najjači prediktor početka i trajanja dojenja (Amiel Castro, Glover, Ehlert, O'Connor 2017). Stajalište o dojenju formira se prije i za vrijeme trudnoće žene. Namjera o trajanju dojenja značajan je prediktor trajanja dojenja (Pavičić Bošnjak, Grgurić 2007). U nacionalnoj politici potpore dojenju posebnu pažnju potrebno je pridati edukaciji trudnica na trudničkim tečajevima. Prema podacima iz 2014. godine (Grgurić, 2014) svega 20 % žena pohađalo je trudničke tečajeve.

Obrazac rasta dojene djece razlikuje se od obrasca rasta dojenčadi hranjene nadomjescima za majčino mlijeko. Josip Grgurić, koordinator programa Bolnica prijatelj djeteta u otvorenom pismu hrvatskim pedijatrima 2012. godine upućuje apel da koriste nove krivulje rasta koje je propisala Svjetska zdravstvena organizacija 2006. i 2007. godine za djecu dobi od 0 do 5 godina. Primjena krivulja rasta koje se koriste u Hrvatskoj ima za posljedicu prerano uvođenje dohrane (već s 3-4 mjeseca života) iako Svjetska zdravstvena organizacija preporučuje isključivo dojenje u prvih 6 mjeseci djetetova života. Prerano uvođenje dohrane ima za posljedicu prerano odustajanje od dojenja (Nenadić, Grgurić 2008).

Radi promicanja, zaštite i potpore dojenju, nastavljajući se na dosadašnje programe Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a (Deklaracija Innocenti, Bolnice – prijatelji djece, Bolnice – prijatelji majki) te UNICEF-ov program: Promicanje dojenja u Republici Hrvatskoj, Komisija za promicanje dojenja Hrvatskog pedijatrijskog društva 2003. godine donijela je objedinjene preporuke u svezi s prirodnom prehranom djece i smjernice za njihovo ostvarivanje:

1. Prirodna prehrana najbolji je način prehrane djece. U svezi s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a, temeljenih na brojnim zdravstvenim istraživanjima, Komisija za promicanje dojenja Hrvatskog pedijatrijskog društva (HPD) zalaže se za promicanje isključivog dojenja (prehrana samo majčinim mlijekom, bez dodataka drugih tekućina i/ili hrane) tijekom prvih 6 mjeseci djetetova života i nastavak dojenja uz odgovarajuću dohranu krutim namirnicama do kraja prve godine života, a u socijalno nepovoljnim uvjetima i dulje.

Ostale preporuke odnose se na potrebu specifične edukacije pedijatarata, ali i svih drugih zdravstvenih djelatnika o savjetovanju dojenja, poziva se rodilišta na kontinuirano provođenje aktivnosti u promicanju dojenja, suradnju s institucijama koje se bave zdravljem žena i djece i promiču prirodnu prehranu te poduzimanje zajedničkih akcija u tom smislu. Nadalje se apelira na prihvaćanje Međunarodnog pravilnika o načinu prodaje zamjena za majčino mlijeko. I na kraju, predlaže se donošenje Zakona o dojenju koji bi objedinio sva nastojanja u zaštiti i potpori dojenju, kao i osnivanje Nacionalnog odbora za promicanje dojenja.

1.10. Štetnosti i rizici nedojenja

Majčino je mlijeko djetetovo pravo i potreba. Suboptimalni načini hranjenja djece koji nisu u skladu s preporukama UNICEF-a i SZO-e, odnosno dojenje u prvom satu života, isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci života i dojenje do druge godine života djeteta ili dulje, faktori su rizika u stopi pobola novorođenčadi. Smatra se da bi se dojenjem moglo spriječiti 823 000 smrtnih slučajeva u djece i 20 000 smrti žena uzrokovanim rakom dojke godišnje na svjetskoj razini. Djeca koja su kraće dojena dugotrajno su izložena većem riziku od obolijevanja. Majke koje doje kraće su izloženije riziku od raka dojki, raka jajnika i dijabetesa (Victoria i sur. 2016).

„Osim mnogostrukih dobrobiti majčina mlijeka u djetetovom cjelokupnom rastu i razvoju, u kliničkoj praksi malo se iskorištava činjenica antioksidativnih svojstava majčina mlijeka. Danas se u patološkim stanjima, čija je patogeneza povezana s oksidativnim stresom, neinvazivnim metodama može procijeniti jačina oksidacijskog stresa, posebno u nedonoščadi. Ta je činjenica posebno važna ne samo radi neposrednog učinka dojenja, već i zbog dugoročnih učinaka majčina mlijeka u smislu poticanja imunološkog sustava i usmjeravanja imunološke modulacije prema povoljnim ishodima. Danas je oksidacijski stres iza mikroorganizama druga najčešća opasnost za organizam pa se često govori i piše o prirodnim mogućnostima obrane organizma od oksidacijskog stresa, posebno o ulozi prehrane. S pedijatrijskog aspekta zdravu prehranu od početka života treba što više zagovarati, posebno antioskidativni kapacitet majčina mlijeka.“ (Zakanj, Juričić, Grgurić 2006: 6).

Duljina dojenja pokazala se povezana s problemima privrženosti i samoregulacije u ranom djetinjstvu. Prve godine života kritične su za razvoj sposobnosti regulacije emocija i ponašanja. U svojoj doktorskoj disertaciji Pavičić Bošnjak (2012) navodi da su istraživanja pokazala da isključivo dojenje (prehrana samo majčinim mlijekom bez ikakvih drugih dodataka) u usporedbi s hranjenjem zamjenskim mlijekom na bočicu promiče stil hranjenja koji je osjetljiviji na djetetove znakove gladi i sitosti omogućavajući time djetetu veću samoregulaciju energetske unosa. Pavičić Bošnjak (2012: 35) ističe da se „nedojenje povezuje s kontrolirajućim stilom hranjenja koji se zasniva na pritisku da dijete u cijelosti isprazni bočicu čak i ako nije gladno.“ Pavičić Bošnjak zaključuje da je način hranjenja povezan s kasnijim usvajanjem zdravih navika hranjenja.

Isto tako u istraživanju Lea, Fein, Grummer (2010) navodi se da dojenje potiče samoregulaciju unosa mlijeka kod male djece za razliku od hranjenja na bočicu u kojem su djeca u kasnijem djetinjstvu sklonija isprazniti ono što im je ponuđeno.

U istraživanju *Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment* (Tharner i suradnici 2012) utvrđeno je da je dulje dojenje povezano s majčinskom odgovorljivošću i sigurnijom privrženošću.

Dojenje je, kao čin emocionalne razmjene i hranjenja u jednom, važan dio ranih interakcija u kojima i majka i dijete utječu na ponašanje onog drugog i prilagođavaju mu se i na taj način stvaraju sustav međusobne regulacije. Pretpostavka zdravog razvoja je da se ta dijada razvija od rođenja djeteta jer su rane interakcije i emocionalne razmjene u velikoj mjeri u funkciji djetetova učenja, odnosno psihičkog razvoja. Usađeni obrasci ranog poticanja djeteta narušeni su uslijed izloženosti stresu (Ljubešić 2005). Stoga dojenje kao trenutačan odgovor majke na djetetove potrebe može biti bitno olakšavajući faktor u povećanim izazovima roditeljstva majki djece s Downovim sindromom.

2. Cilj istraživanja

Cilj je istraživanja prikazati iskustvo dojenja majki djece s Downovim sindromom u usporedbi s iskustvom dojenja majki djece tipičnog razvoja. Također, analizom istraživačke literature planira se prikazati kolika je važnost dojenja za rast i razvoj svakog djeteta pa tako i djeteta s Downovim sindromom. Budući da rana intervencija započinje već kod utvrđivanja rizika za uredan razvojni ishod, cilj ovog rada je i razrada smjernica za učinkovitu potporu majkama djece s Downovim sindromom. Na taj način želimo pridonijeti da i u našim uvjetima dojenje ostvari svrhu koju mu je namijenila priroda, a to je da pruži priliku za jednak početak djeci s Downovim sindromom i njihovim majkama.

3. Metoda provođenja istraživanja

3.1. Uzorak ispitanika

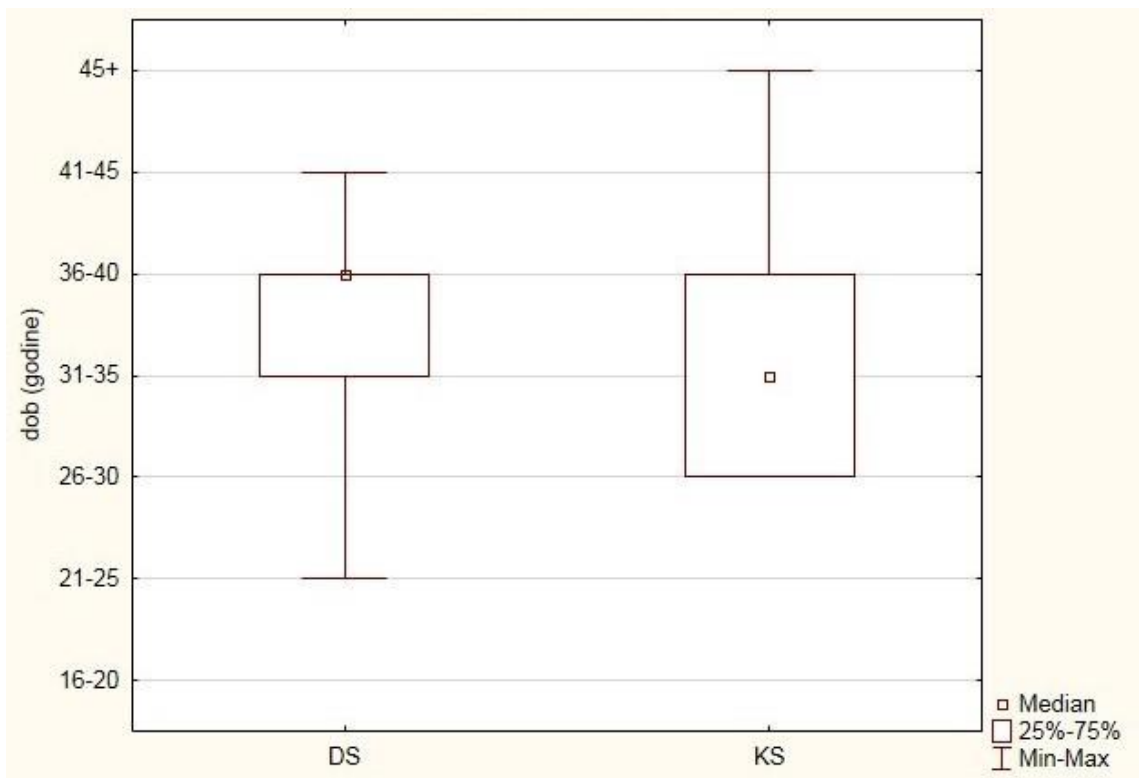
Uzorak ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju bio je malen, iznosi 13 ispitanica. Radi se o prigodnom uzorku majki djece s Downovim sindromom koje su bile uključene u uslugu rane intervencije pri Kabinetu za ranu intervenciju Caritasa Zadarske nadbiskupije. Taj uzorak obuhvaćao je većinu majki djece s Downovim sindromom koja su rođena u razdoblju od 2009. do 2013. godine u Zadarskoj županiji. Prosjek rađanja djece s Downovim sindromom u zadarskom je rodilištu troje godišnje, a samo tijekom 2012. godine rodilo se devetero djece s Downovim sindromom.

U istraživanje je uključena i skupina majki djece urednog razvoja koja je brojila 19. One također predstavljaju prigodni uzorak majki koje su rodile u zadarskom rodilištu i čija su djeca u trenutku ispitivanja bila mlađa od četiri godine te su time u istom dobnom rasponu kao i djeca s Downovim sindromom.

U skupini majki djece s Downovim sindromom pitanja su se odnosila na dojenje djece s Downovim sindromom, a u skupini majki djece urednog razvoja na najmlađu djecu ispitanica.

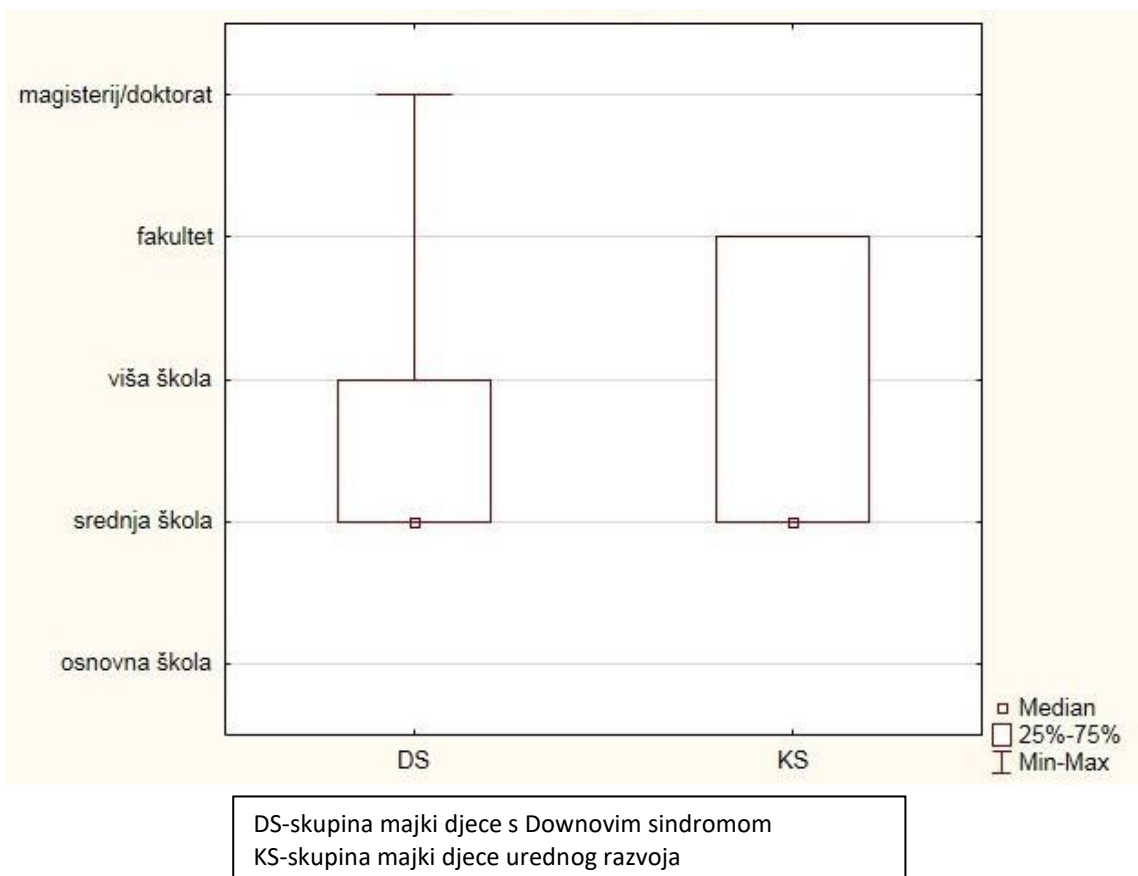
Istraživanje je provedeno u razdoblju od svibnja do kolovoza 2013. godine.

Oba uzorka bila su slična po osnovnim demografskim obilježjima, po dobi i obrazovanju. Razlike su testirane Mann Whitney testom i pokazalo se da nije bilo statistički znatne razlike između dvije skupine u oba obilježja (razlike u dobi: $U=100,5$ $p=0,388$, razlike u obrazovanju: $U=108,00$ $p=0,565$). Podatci su prikazani na slikama broj 1 i 2.



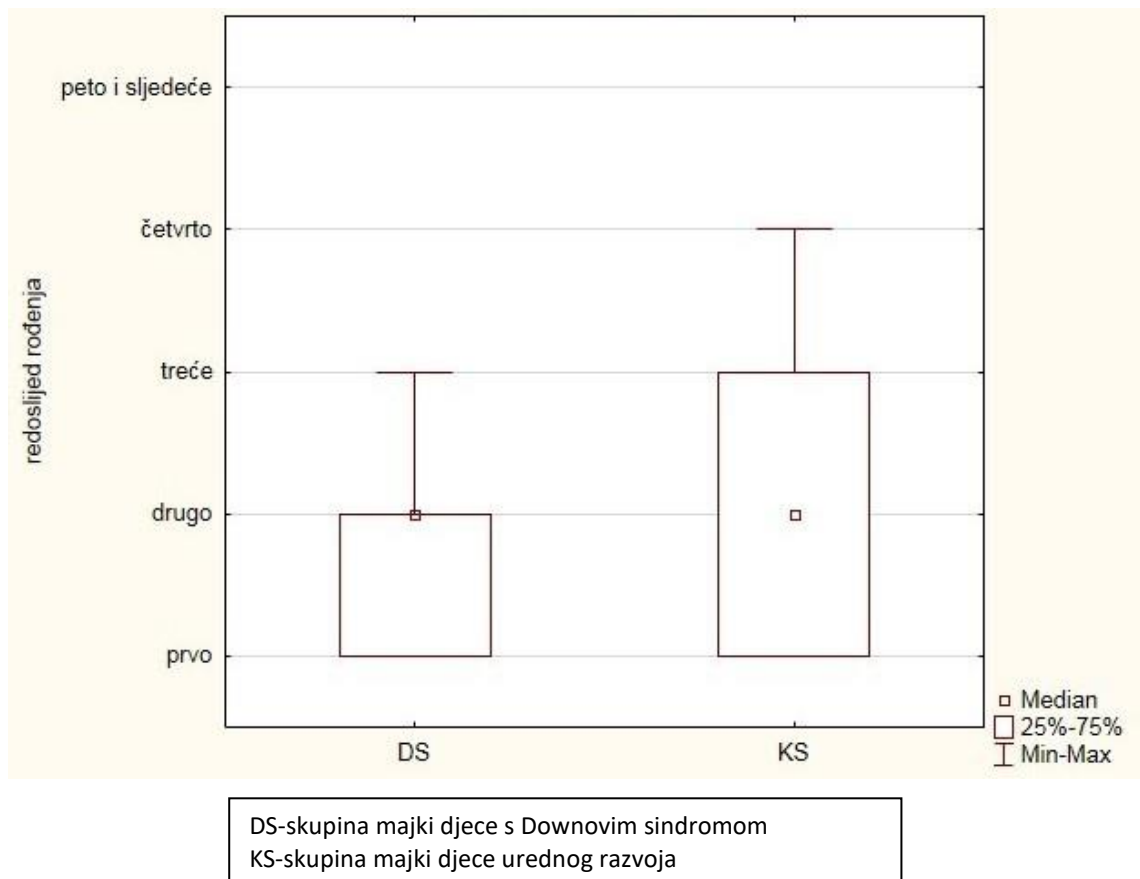
DS-skupina majki djece s Downovim sindromom
 KS-skupina majki djece urednog razvoja

Slika 1. Razlika u dobi između dvije skupine



Slika 2. Razlika u obrazovanju između dvije skupine

Dakle, radi se o dvije po sociodemografskim obilježjima slične skupine ispitanica. S obzirom na obrazovnu razinu dominira srednja stručna sprema. Postoji tendencija nešto nižoj prosječnoj dobi ispitanica iz skupine majki djece urednog razvoja (slika 1) te tendencija da ispitanice iz te skupine imaju veći broj djece (slika 3), no to je tek na razini tendencije ($U=99$, $p=0,357$).



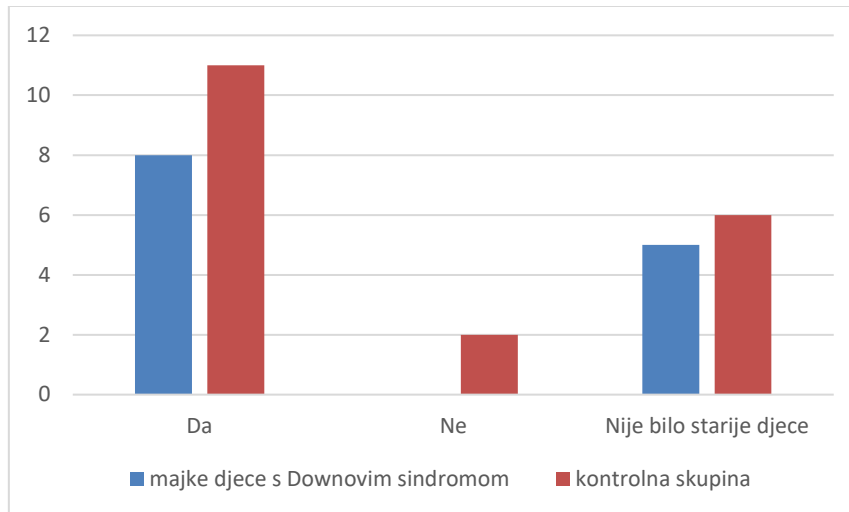
Slika 3. Redosljed rođenja djeteta za koje majka daje podatke o iskustvu dojenja

Kako je uzorak bio sastavljen od majki djece s Downovim sindromom koja su bila obuhvaćena uslugom rane intervencije do 3. godine života i iznimno starija djeca koja nisu uslugom pokrivena drugdje, dob djece s Downovim sindromom bila je niska. Najstarije dijete s Downovim sindromom u trenutku ispitivanja bilo je staro 4 godine. Iz tog se razloga nastojalo da uzorak majki djece urednog razvoja bude sličan, odnosno da njihova najmlađa djeca ne budu starija od 4 godine kako bi se dobio što sličniji uzorak.

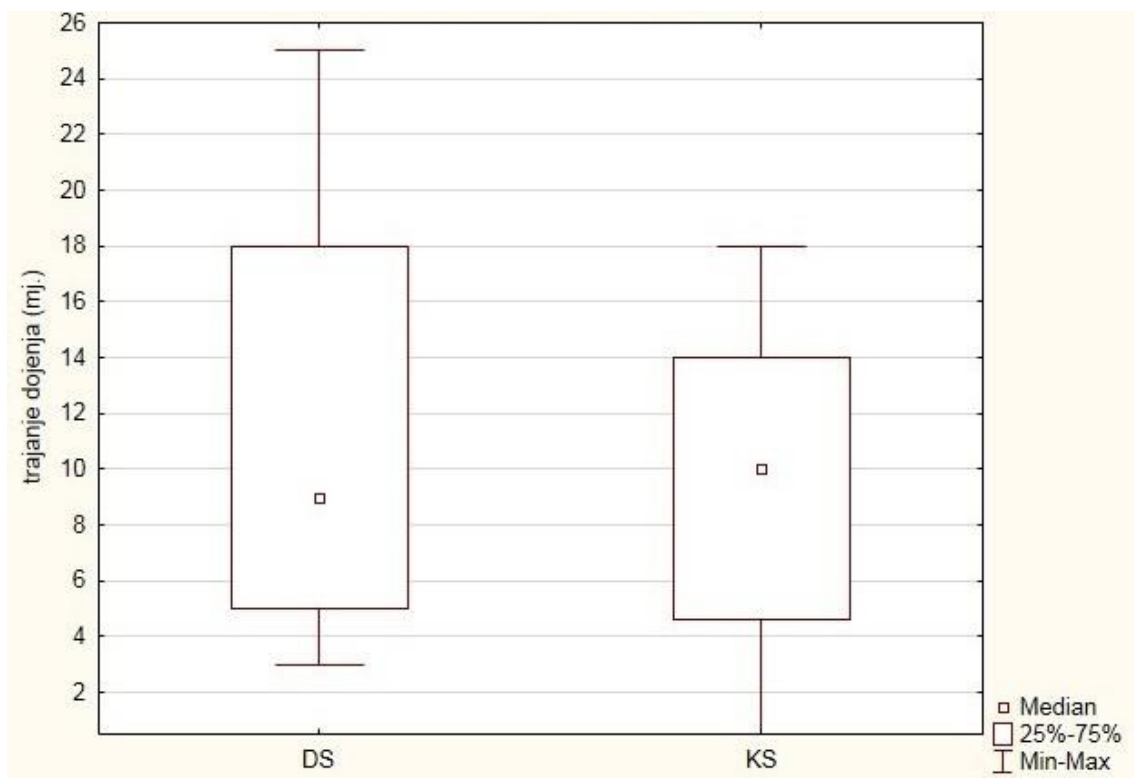
Djeca s Downovim sindromom imala su prosječnu dob od 16,6 mjeseci, a djeca skupine urednog razvoja 24,2 mjeseca. Najmlađe dijete s Downovim sindromom imalo je 2 mjeseca, a najmlađe dijete urednog razvoja 5 mjeseci. Najstarije dijete s Downovim sindromom imalo je 48 mjeseci, a najstarije dijete urednog razvoja 68 mjeseci, no to je ujedno bilo i jedino dijete starije od 48 mjeseci.

Budući da smo pretpostavljali da prethodno pozitivno iskustvo dojenja utječe na dojenje mlađe djece, za usporedivost skupina važno je znati jesu li majke dojile svoju prethodnu djecu i koliko dugo. Na pitanje jesu li dojile stariju djecu svih 8 majki skupine djece s Downovim sindromom koje su imale stariju djecu odgovorilo je pozitivno. Jedanaest od 14 majki djece urednog razvoja

koje su imale stariju djecu odgovorilo je pozitivno, a 3 nisu dojile stariju djecu. Pri tome se nisu pokazale razlike u duljini dojenja starije djece ($U=44$ $p=0,27$). Podatci su prikazani slikama 4 i 5.



Slika 4. Dojenje starije djece



DS-skupina majki djece s Downovim sindromom
KS-skupina majki djece urednog razvoja

Slika 5. Razlika u duljini dojenja starije djece

Majke djece s Downovim sindromom dojile su u rasponu od 3 do 25 mjeseci. U prosjeku M= 11,5, odnosno C=9 mjeseci.

Majke djece urednog razvoja dojile su u rasponu od 0 do 18 mjeseci. U prosjeku M= 9,4, odnosno C=10 mjeseci.

3.2. Mjerni instrument

Upitnik za ispitivanje potpore dojenju sastavljen je na temelju sličnih upitnika za ispitivanje potpore dojenju, a uz pomoć prof. dr. sc. Marte Ljubešić i doc. dr. sc. Anite Pavičić Bošnjak. Upitnik se sastoji od tri cjeline: I stajališta i priprema za dojenje, II iskustvo dojenja i potpore u rodilištu te III iskustvo dojenja i potpore nakon rodilišta, i ima ukupno dvadeset jedno pitanje. Upitnik je malo modificiran za majke iz kontrolne skupine i pitanja koja su se odnosila na djecu s Downovim sindromom preoblikovana su u pitanja za najmlađe dijete. Upitnik za ispitivanje potpore dojenju nalazi se u Prilogu broj 1.

Stajališta majki i priprema za dojenje ispitani su kroz 5 pitanja. Njima se željelo dobiti informacije o planovima majki u odnosu na buduće hranjenje dojenčeta koji su indikacija stajališta i o njihovoj informiranosti o toj temi. Postavljena su sljedeća pitanja.

1. Kako ste planirali hraniti dijete za vrijeme trudnoće?
2. Koliko dugo ste željeli dojiti?
3. Jeste li se informirali o dojenju prije poroda?
4. Ako da, koji od navedenih izvora Vam je pružio najbolje informacije o dojenju?
5. Koliko bi, prema Vašem mišljenju, najduže trebalo dojiti?

Druga cjelina sadržavala je iskustvo dojenja i potpore u rodilištu, a sadrži 9 pitanja.

Prva dva pitanja odnose se na zdravstveno stanje djeteta po porodu s obzirom na to da potrebe dodatnog liječenja i hospitalizacija djeteta predstavljaju otežavajući čimbenik za uspostavu i održavanje dojenja.

1. Je li dijete pri porodu imalo zdravstvenih teškoća zbog kojih je zadržano u bolnici dulje nego je uobičajeno nakon poroda? Ako da, kratko opišite zdravstvene teškoće i dužinu boravka u bolnici.
2. Je li dijete u prvoj godini života zbog zdravstvenih teškoća bilo hospitalizirano? Ako da, kratko opišite.

Pitanja koja se odnose na potporu u rodilištu bila su:

3. Kada ste prvi put imali priliku staviti dijete na dojku?
4. Je li vam netko od osoblja u rodilištu pokazao kako staviti dijete na prsa i pomogao oko dojenja?
5. Ako da, tko?
6. Biste li voljeli da ste imali više potpore u rodilištu?
7. Jeste li imali problema s dojenjem?
8. Ako da, ukratko opišite svoj problem.
9. Je li vam netko pomogao da ih riješite?

Treća cjelina s pitanjima o iskustvu dojenja i potpore nakon izlaska iz rodilišta trebala je dati informacije o konkretnom iskustvu dojenja, njegovom trajanju, razlozima za prekid dojenja, ali i o željenoj podršci.

1. Kako ste dojili svoje dijete?
2. Koliko dugo je dojeno Vaše dijete?
3. Ako više ne dojite, jeste li dojili onoliko dugo koliko ste željeli?
4. Zašto ste prestali dojiti?
5. Što bi Vam pomoglo da dojite dulje?
6. Koje biste promjene preporučili kako bi djeca s Downovim sindromom mogla biti dojena onoliko dugo koliko majka i dijete to žele?
7. Ima li još nešto što nam želite priopćiti o pitanjima dojenja i svog iskustva, a nije bilo sadržano u upitniku?

3.3. Način provođenja istraživanja

Majke djece s Downovim sindromom dobile su upitnik dolaskom u Kabinet za ranu intervenciju u Zadru na način da su zamoljene za sudjelovanje u istraživanju i sa zamolbom da upitnik ispune i vrate. Način ispunjavanja upitnika pokazao se nedostatnim. Naime, određen broj pitanja ostavljen je neodgovoren. Majke su naknadno kontaktirane s molbom da dopune odgovore, ali to nije uvijek bilo moguće.

Skupina majki djece urednog razvoja sastavljena je kao prigodni uzorak, a ispitanice su zamoljene za suradnju preko osobnih kontakata, putem internetske pošte ili su im upitnici podijeljeni osobno. Pri tom se nastojalo sastaviti što sličnije skupine po demografskim obilježjima i dobiti tako što realnije rezultate. Konačan je broj ispitanica iznosio 19.

3.4. Metode obrade podataka

Podatci su obrađeni uz pomoć analitičkog softverskog paketa Statistica (verzija 13.0), tvrtka Dell Software, koji je licenciralo Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske. Korištena je kvalitativna analiza odgovora te deskriptivna i neparametrijska statistika. Razlike između dvije skupine obrađivane su Mann Whitney testom jer rezultati nisu udovoljavali kriterijima za parametrijske analize. Razlika među skupinama u frekvenciji odgovora kvalitativnih podataka utvrđivana je pomoću vrijednosti χ^2 .

4. Rezultati istraživanja i rasprava

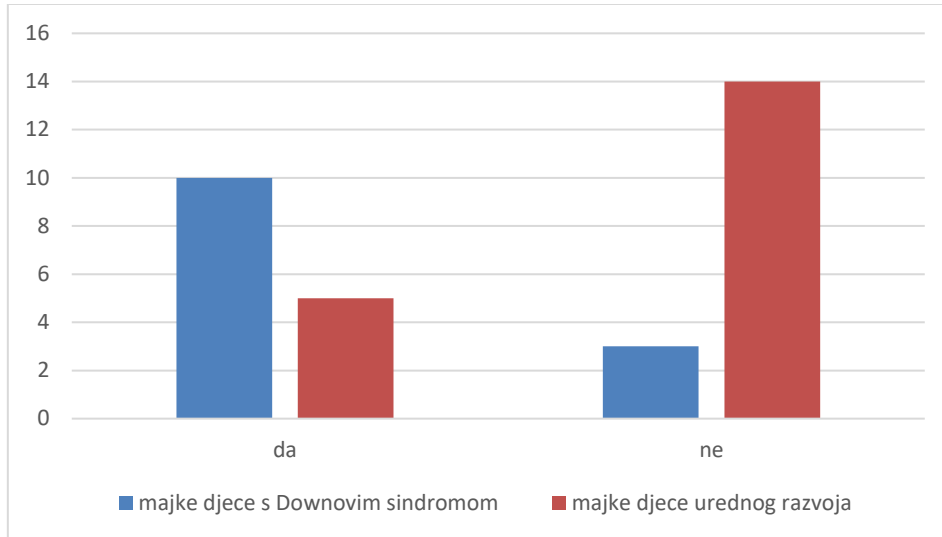
Rezultati istraživanja grupirani su u podpoglavlja u odnosu na sljedeće četiri teme relevantne za uspostavu dojenja: zdravstvene teškoće djeteta, stajališta majki i priprema za dojenje prije poroda, iskustvo dojenja i potpore u rodilištu te iskustvo dojenja i potpore nakon izlaska iz rodilišta.

Cilj je ovog istraživanja utvrditi postoje li razlike u duljini dojenja djece s Downovim sindromom i skupine djece urednog razvoja te pokušati otkriti koji su glavni razlozi koji dovode do eventualnih razlika. S obzirom na činjenicu da je potpora dojenju djece s Downovim sindromom važan dio mjera rane intervencije, dobiveni rezultati i iskustva stečena istraživanjem primijenjeni su za stvaranje smjernica za potporu dojenju djece s Downovim sindromom.

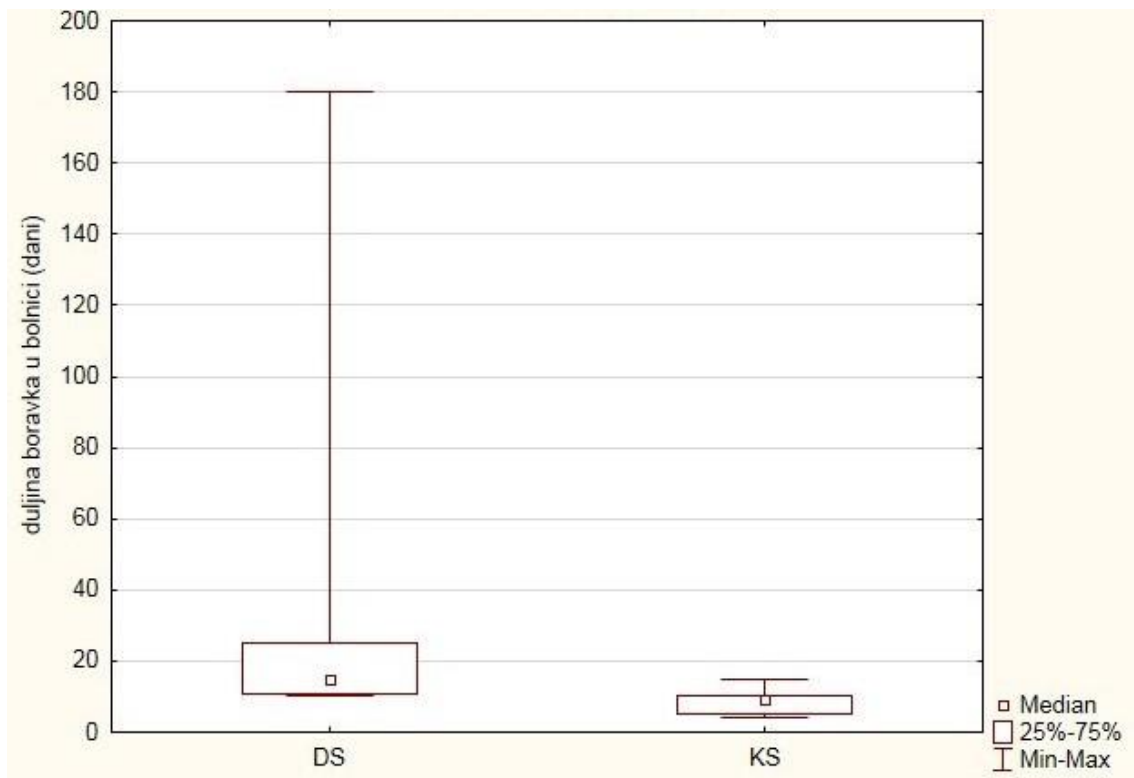
4.1. Usporedba zdravstvenog stanja djece iz istraživanih skupina nakon rođenja

Pitanjima koja se odnose na zdravstvene poteškoće djece nakon poroda i u prvim godinama života pokušalo se doći do podataka o tome postoje li u samom početku života djeteta s Downovim sindromom bitno otegotne okolnosti koje otežavaju njegovo dojenje. Dobiveni odgovori ukazuju na postojanje velike razlike među skupinama. Tako je 10 od 13 majki djece s Downovim sindromom zadržano u rodilištu duže od, za ispitivano razdoblje, uobičajena 3 dana zbog djetetovih zdravstvenih poteškoća. Od 19 majki djece urednog razvoja 5 ih je zadržano duže u rodilištu zbog zdravstvenih teškoća djeteta. Tri četvrtine majki djece s Downovim sindromom i jedna četvrtina majki djece urednog razvoja bila je duže zadržana u

rodilištu (slika 6). Razlika je statistički značajna na razini rizika $p=0.02$ ($U=5,50$), a iz slike 7 ujedno se vidi da je skupina djece s Downovim sindromom znatno heterogenija u odnosu na duljinu boravka u rodilištu negoli skupina djece urednog razvoja.



Slika 6. Broj djece koja su zbog zdravstvenih teškoća duže zadržana u rodilištu



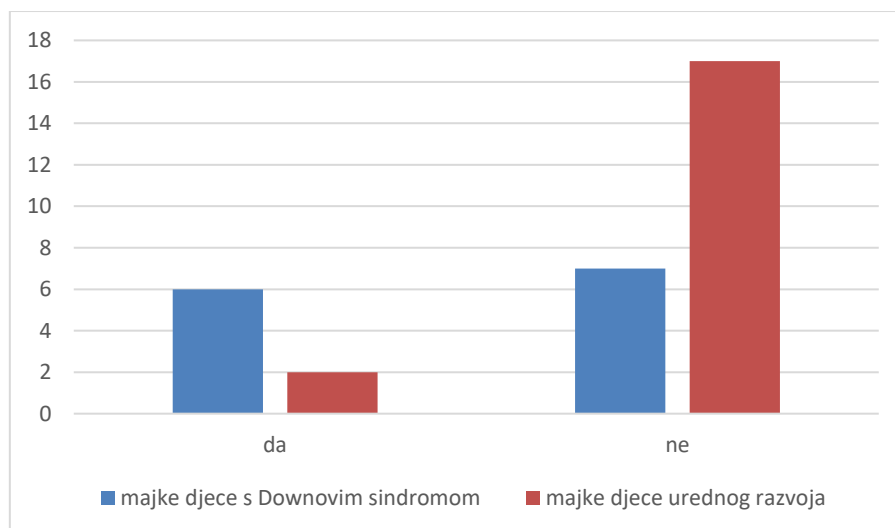
DS-skupina majki djece s Downovim sindromom
KS-skupina majki djece urednog razvoja

Slika 7. Razlika u duljini boravka u rodilištu

Implementacija programa Rodilište prijatelj djeteta u svim hrvatskim rodilištima i istraživanja vezana za stopu dojenja vezano za primjenu programa ukazuju na to da je stopa dojenja tijekom boravka u rodilištu znatno veća nego prije njegove primjene. Međutim, nije poznato odnosi li se to na djecu čije zdravstveno stanje zahtijeva medicinske intervencije. Činjenica da je zdravlje novorođenčeta ozbiljnije narušeno zahtijeva dodatne medicinske postupke, bilo dijagnostičke, bilo intervencije koje zahtijevaju monitoring djeteta u zasebnoj jedinici intenzivne skrbi, odnosno nužnost odvajanja djeteta od majke. Na taj način onemogućen je 24-satni boravak majke i djeteta unutar programa, što otežava uspješan početak dojenja.

Zdravstvene teškoće koje navode majke iz skupine djece urednog razvoja su žutica (2), urinoinfekt (1) i infekcija tijekom poroda (1), a jedno je dijete rođeno kao nedonošče. Djeca s Downovim sindromom imala su težih zdravstvenih teškoća: srčane greške, infekcije, problemi s crijevima i bubrezima, leukemija i sumnja na leukemiju. Radilo se o boravku u bolnici od 15 dana do čak 180 dana.

Šestero od 13 djece s Downovim sindromom tijekom prve godine života bilo je naknadno hospitalizirano (slika 8), najvećim dijelom zbog infekcija dišnih putova, operacije srca te infekcija probavnog sustava. Iz skupine djece urednog razvoja samo je dvoje djece bilo naknadno hospitalizirano, a kao razloge majke navode urinoinfekt i bronhitis.



Slika 8. Hospitalizacija tijekom prve godine života

Razlika između skupina je statistički značajna. Djeca s Downovim sindromom su znatno češće bila hospitalizirana od skupine djece urednog razvoja ($\chi^2=5,23$ $p=0,02$).

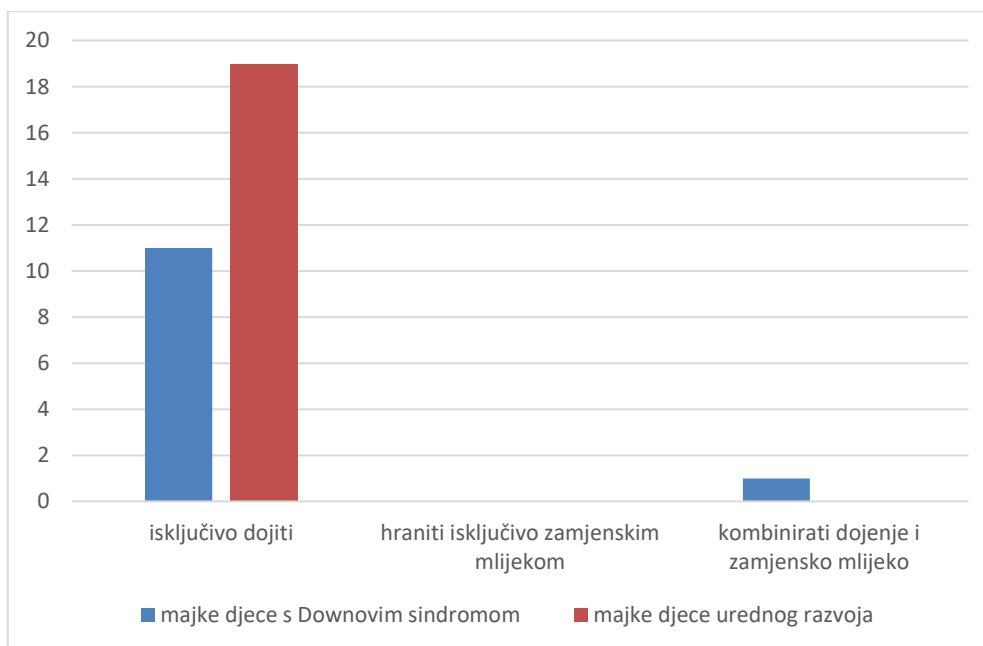
Najveća zdravstvena teškoća koju je u ispitivanoj skupini imala jedna djevojčica s Downovim sindromom – leukemija, stavila je pred obitelj životno ugroženog djeteta izazov strepnje za

njegov život i odvojenost od djeteta te djevojčica nije dojena niti jednog dana niti je dobivala majčino izdojeno mlijeko. Nekoliko druge djece, čije zdravstveno stanje je također bilo teže narušeno i koji su odlazili na specijalističke preglede i postupke u druge gradove (Zagreb i, u manjoj mjeri, Split) također je dojeno kratko, najduže 2 mjeseca, najčešće kombinirajući dojenje i hranjenje adaptiranim mlijekom.

Zaključno možemo reći da već same zdravstvene teškoće koje često prate djecu s Downovim sindromom zbog kojih su ona često duže zadržana u rodilištu i kasnije češće hospitalizirana na više načina otežavaju uspostavu i održavanje dojenja kao primarnog načina prehrane, a istovremeno upravo zbog osjetljivijeg zdravlja protektivna vrijednost majčinog mlijeka za njih ima još veću važnost. Stoga je potrebno majkama djece s Downovim sindromom pružiti posebnu podršku da bi uspješno dojile svoju djecu. Istraživanje provedeno u Jeruzalemu na uzorku od 403 djeteta u periodu od 2000. do 2010. godine ističe da je većina djece s Downovim sindromom u trenutku otpuštanja iz rodilišta bila isključivo dojena (Ergaz-Shaltiel i sur. 2017).

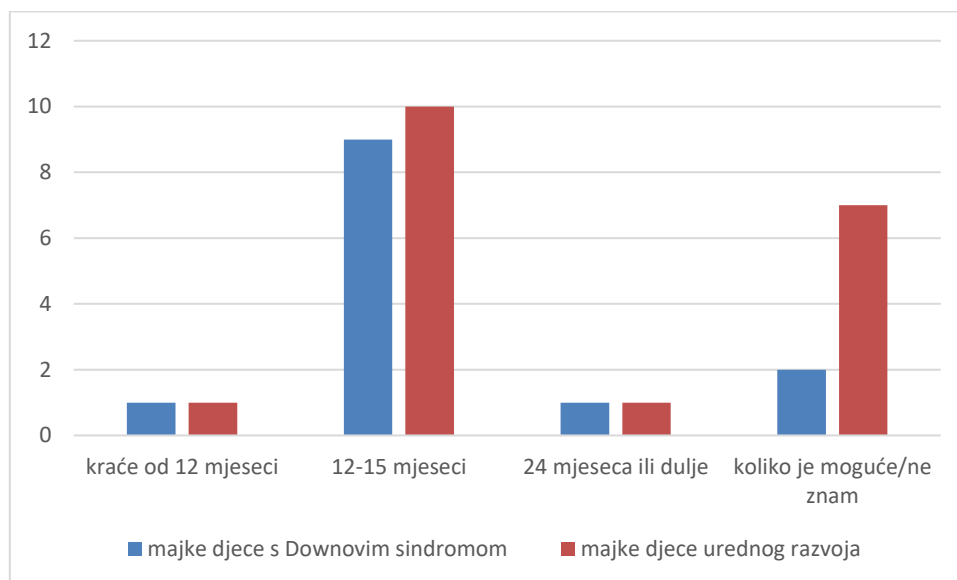
4.2. Stavovi majki i priprema za dojenje

U sklopu skupine pitanja koji ispituju stavove majki o dojenju prije poroda i načinu pripreme za dojenje ne očekuje se utvrđivanje razlika među skupinama. Kako niti jedan majka djeteta s Downovim sindromom nije u trudnoći znala da će roditi dijete s Downovim sindromom pretpostavlja se da su skupine bile homogene i da nema razlike u stavovima i pripremi za dojenje što i potvrđuju rezultati prikazani u Slici 9 ($\chi^2=1,636$ $p=0,81$).



Slika 9. Planiranje dojenja za vrijeme trudnoće

Jedanaest majki skupine djece s Downovim sindromom planiralo je isključivo dojiti dijete, a samo jedna majka planirala je kombinirati dojenje i adaptirano mlijeko. Jedna majka nije odgovorila na ovo pitanje.



Slika 10. Željena duljina dojenja

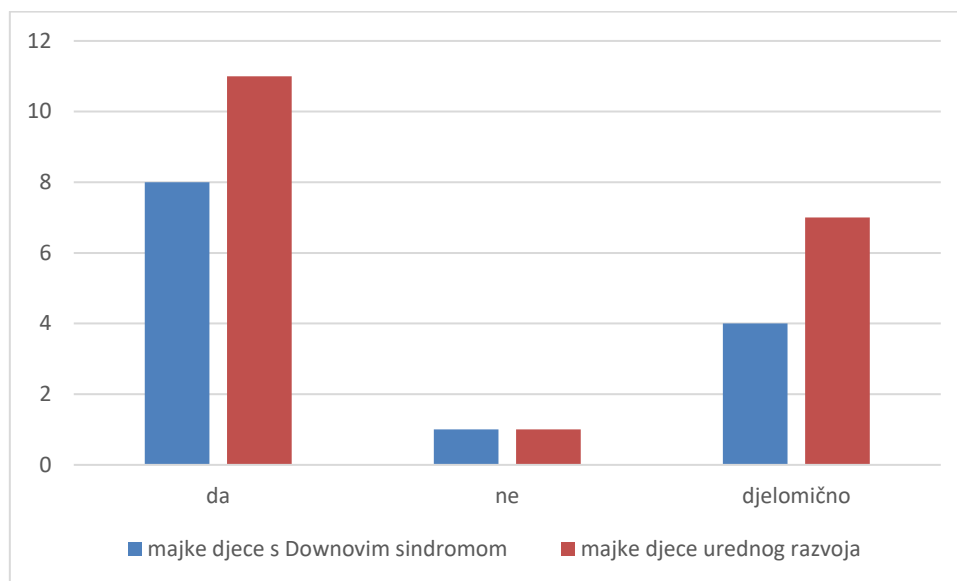
Sve su majke skupine djece s Downovim sindromom planirale dojiti, pri tom je njih 10 dalo odgovor da želi dojiti godinu dana ili dulje. Nema razlika između dvije skupine ispitanica s obzirom na željenu duljinu dojenja ($\chi^2=4,066$ $p=0,50$). Rezultati koji će kasnije biti detaljnije izneseni ukazuju da je prosječna duljina dojenja u skupini majki djece s Downovim sindromom bila kod većine majki bitno kraća od godine dana, a samo su dvije majke dojile dulje od godinu dana. To ukazuje na veliki nerazmjer između željene i ostvarene duljine dojenja.

U skupini majki djece urednog razvoja sve su majke željele isključivo dojiti svoje dijete. Stvarna duljina dojenja majki iz te skupine bila je također kraća od očekivane, ali u manjoj mjeri negoli kod majki djece s Downovim sindromom. Tri su majke dojile godinu dana ili dulje, a četiri majke u trenutku ispitivanja još su uvijek dojile.

Naknadnim praćenjem majki iz obje skupine utvrđen je konačan broj mjeseci dojenja djece s Downovim sindromom, odnosno najmlađe djece u slučaju majki djece urednog razvoja.

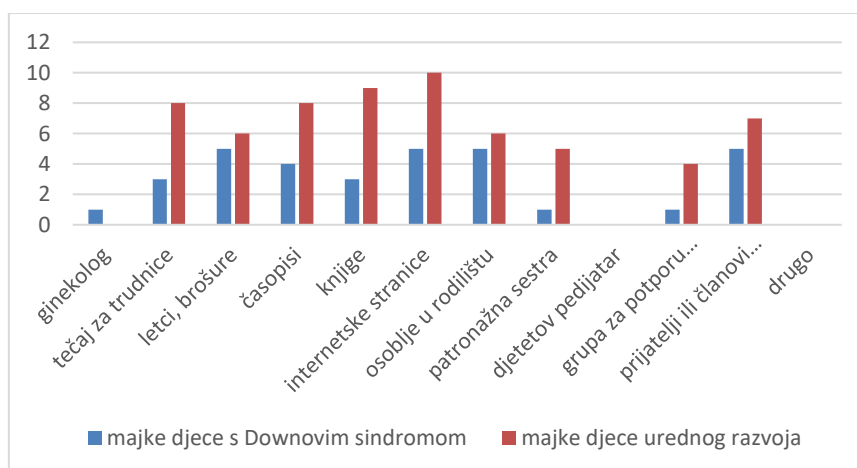
U istraživanju nas je zanimalo jesu li se majke informirale o dojenju prije poroda i putem kakvih izvora informacija. Većina majki i jedne i druge skupine navode da su se informirale o dojenju

prije poroda i u tom pogledu ne postoje statističke razlike među njima ($\chi^2=0,173$ $p=0,90$) (slika 11).



Slika 11. Informiranost o dojenju prije poroda

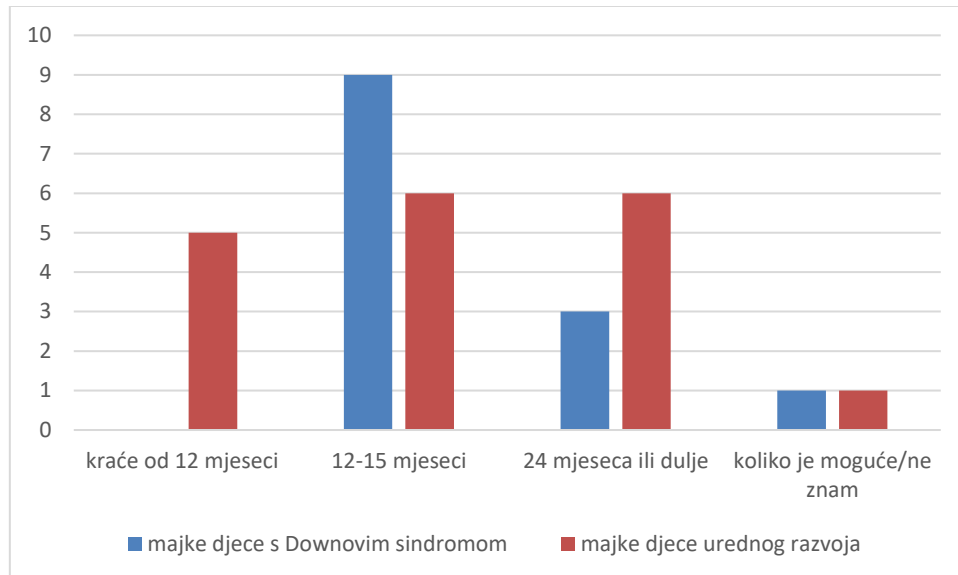
O izvoru informiranja bilo je moguće dati više odgovora, a od majki smo tražili da navedu izvore koji su im pružili najbolje informacije o dojenju (slika 12).



Slika 12. Izvori informiranja o dojenju prije poroda

Stajalište ispitanica o dojenju možda je najsažetije prikazano kroz odgovore dobivene na pitanje koliko bi, prema njihovom mišljenju, najduže trebalo dojeti. Nisu bili ponuđeni odgovori što bi olakšalo obradu podataka, ali na ovaj se način izbjegla svaka eventualna sugestija o poželjnoj duljini dojenja kroz ponuđene odgovore. Odgovori koji su dale majke ukazuju na tendenciju da

se dojenje od godinu dana smatra optimalnom duljinom dojenja (slika 13). Manji broj ispitanica drži da dijete treba dojiti dulje od godinu dana. Niti jedna majka dijete s Downovim sindromom ne misli da dijete treba dojiti kraće od godinu dana.



Slika 13. Optimalna duljina dojenja prema mišljenju majki

Između ispitivanih skupina nije se našla statistički značajna razlika u odgovorima o optimalnoj duljini dojenja ($\chi^2=2,927$ $p=0,61$), jednako kao ni u odgovorima o željenoj duljini dojenja. Možemo zaključiti da su ispitanice imale pozitivno stajalište o dojenju te navode da su željele dojiti. Također, češće navode internet kao izvor informiranja nego stručnjake.

Unutar 10 koraka k uspješnom dojenju korak 3 sadrži preporuku da se majke informira o dobrobiti dojenja i njegovu uspješnom odvijanju. Istraživanja ukazuju na činjenicu da informiranje o dojenju u trudnoći značajno utječe na uspješnost dojenja. Pregled 38 istraživanja u razdoblju od 2000. do 2015. godine ukazuje na značajan utjecaj prenatalnih intervencija na početak, trajanje i provođenje isključivog dojenja (Wouk, Tully, Labbok 2017). Stajalište o dojenju važan je prediktor dojenja, a on se stvara prije rođenja djeteta.

Rođenje djeteta s Downovim sindromom zahtijeva reedukaciju roditelja i proces prihvatanja. Na kraju upitnika postavljeno je pitanje koje bi promjene preporučili kako bi djeca s Downovim sindromom mogla biti dojena onoliko dugo koliko majka i dijete to žele. Ponuđena je mogućnost da majke odgovore na ovo pitanje s obzirom na tri razdoblja potpore: u trudničkoj pripremi, u rodilištu, po dolasku kući. S obzirom na razdoblje trudničke pripreme, majke su sugerirale sljedeće promjene: saznanje za Downov sindrom, naglasiti važnost dojenja, više čitati i savjetovati se, bolja trudnička priprema, bolja informiranost.

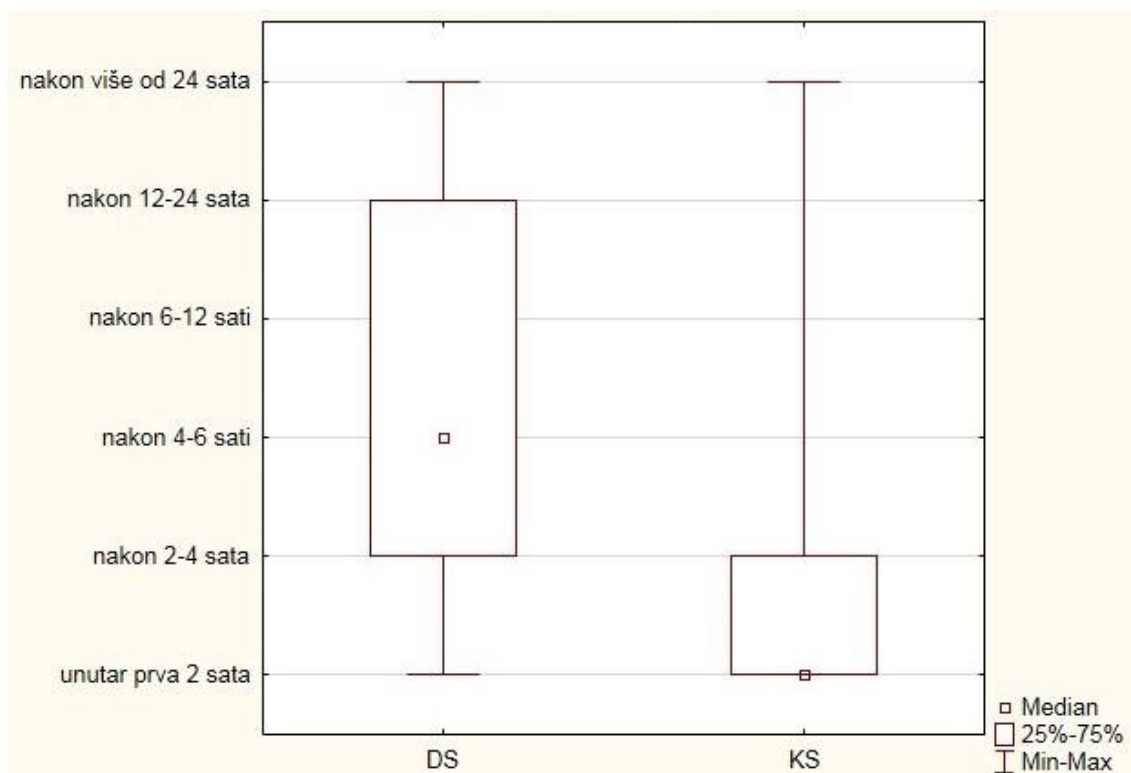
Ovo je tema koja zahtijeva daljnja istraživanja i pravi oblici potpore još se trebaju pronaći temeljem intervencijskih i evaluacijskih studija.

4.1. Iskustvo dojenja i potpore u rodilištu

Ovom skupinom pitanja željelo se dobiti podatke o tome u kojoj mjeri su majke djece s Downovim sindromom dobile potporu u odnosu na skupinu majki djece urednog razvoja. Razgovori koje je autorica rada vodila s majkama djece s Downovim sindromom o stajalištima o dojenju djeteta s Downovim sindromom, mogli bi se sažeti u prevladavajući dojam da dojenje pada u drugi plan i dobiva epitet trivijalnoga u odnosu na činjenicu da dijete ima Downov sindrom i da je vjerojatnije da će imati ozbiljnije zdravstvene probleme.

Stavljanje djeteta na dojku unutar prvog sata nakon poroda spada u preporuke UNICEF-a i SZO i korak su broj 4 u smjernicama *10 koraka do uspješnog dojenja*. Stoga smo željeli utvrditi postoji li razlika između dvije skupine majki koja se odnosi na stavljanje djeteta na dojku unutar prvih sat vremena nakon poroda.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u odgađanju prvog podoja ($U=53,5$ $p=0,01$) i to na način da su majke djece s Downovim sindromom imale značajno duže odgađanje (slika 14). Majke iz skupine djece urednog razvoja imale su priliku staviti dijete na dojku u prosjeku unutar prva 2 sata, dok su majke djece s Downovim sindromom tu priliku u prosjeku imale nakon 4 – 6 sati od poroda. Odgađanje prvog podoja ima nepovoljno djelovanje na učinkovitost dojenja.

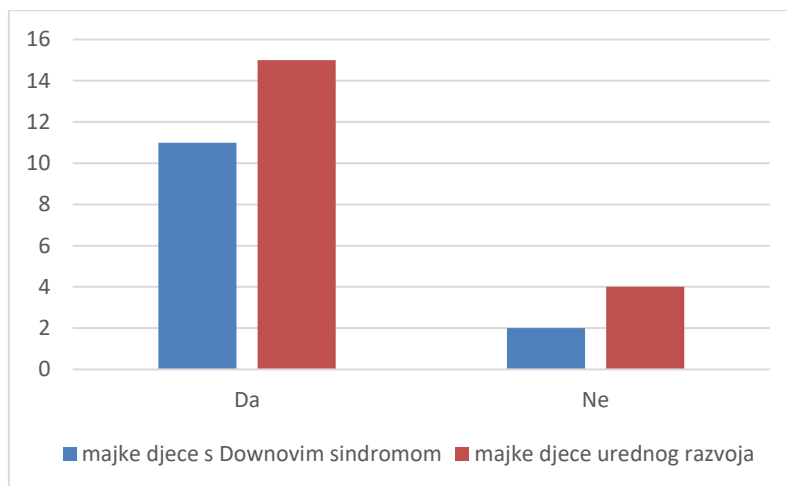


DS-skupina majki djece s Downovim sindromom
 KS-skupina majki djece urednog razvoja

Slika 14. Razlika u odgađanju prvog podoja s obzirom na skupinu

Anksioznost koje majke osjećaju zbog odvajanja djeteta dodatno utječe na psihičko stanje kroz koje prolaze u prvim danima i mjesecima nakon poroda. Odvojenost majke i djeteta izravno ili neizravno onemogućuje slijeđenje barem četiri koraka u smjernicama i čini bitno težim početak dojenja.

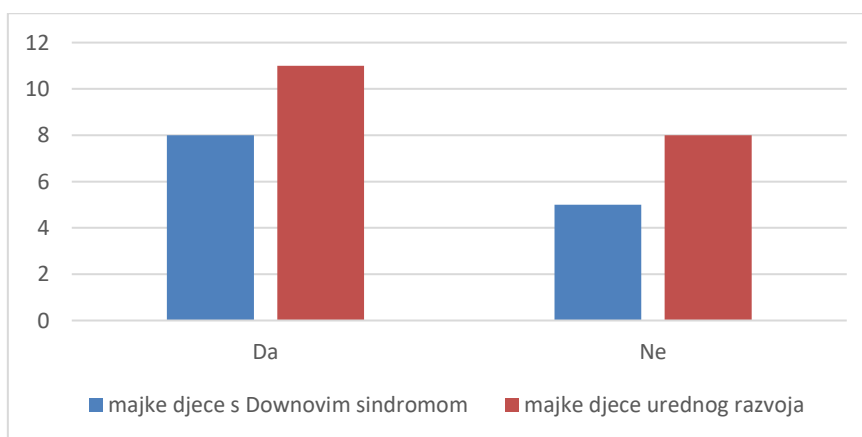
U odgovorima na pitanje je li im netko od osoblja u rodilištu pokazao kako staviti dijete na prsa i pomogao oko dojenja, nema statistički značajne razlike između dvije skupine majki ($\chi^2=0,163$ $p=0,96$) (slika 15).



Slika 15. Potpora osoblja u rodilištu

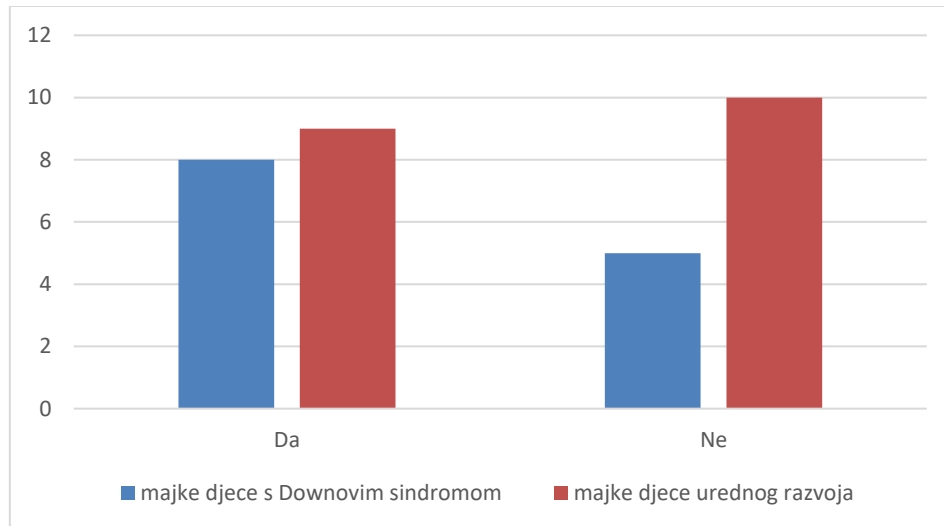
Majke su u jednakoj mjeri dobile pomoć osoblja u rodilištu da prvi put stave dijete na prsa i da ga doje. Samo je mali broj majki i jedne i druge skupine odgovorio da im nitko od osoblja u rodilištu nije pokazao kako staviti dijete na prsa.

I jedna i druga skupina majki navodi da bi voljela da su imale više potpore u rodilištu ($\chi^2=0,042$ $p=0,87$; slika 16). Bilo bi zanimljivo ispitati stajališta medicinskog osoblja o dojenju djece s Downovim sindromom. Zanimljivo je napomenuti da su sve majke na pitanje tko im je pomogao odgovorile najvećim dijelom: „Sestra na odjelu.“ Tek dvije majke djece s Downovim sindromom odgovorile su da je to bila primalja. Majkama djece urednog razvoja u većoj mjeri pomogle su primalje. To upućuje na potrebu pružanja više potpore unutar prvih sati nakon poroda kada se dijete stavlja majci na голу kožu i kada je u stanju smirene budnosti i spremno za dojenje.



Slika 16. Potreba za većom potporom u rodilištu

Pitanje jesu li imale problema s dojenjem, potvrdilo je činjenicu da većina žena ima problema s dojenjem. Pri tome u ove dvije skupine nije nađena statistički značajna razlika ($\chi^2=0,622$ $p=0,67$; slika 17).



Slika 17. Postojanje problema s dojenjem

Međutim, u navođenju koji su to problemi, žene iz skupine majki djece urednog razvoja navode sljedeće:

- krute bradavice, jako bolno dojenje
- plitke bradavice
- velike bradavice koje dijete nije moglo dovoljno primiti
- nakon prvog uspješnog mjeseca dijete 8 dana nije spavalo i stalno je sisalo; osmi dan sam posustala i dala mu zamjensko mlijeko i tu noć smo i on i ja spavali osam sati; tako sam uvela dohranu
- dijete nije moglo sisati
- ispucane i bolne bradavice
- problemi s bradavicama
- nedostatak mliječnih žlijezda u dojkama
- nije nadolazilo mlijeko prva tri dana.

Početni problemi s dojenjem koji se ovdje nalaze uobičajeni su problemi koje većina žena ima tijekom dojenja. Dojenje je prirodno, ali je isto tako vještina koja se uči i početni problemi su više pravilo nego iznimka.

Problemi koje navode majke djece s Downovim sindromom dijelom su ozbiljniji problemi, uzrokovani zdravstvenim stanjem djeteta ili hipotonijom kao dijelom njihove kliničke slike.

One navode sljedeće:

- velike zdravstvene teškoće
- dijete nije moglo povući
- dijete u početku nije vuklo samo
- slabo sisanje zbog hipotonije, ali nakon dva mjeseca (u početku je išlo super)
- nedostatak mlijeka, dijete nije znalo vući
- nikako nije htjela prihvatiti dojku
- pretvrde dojke
- dijete se hranilo na bočicu za vrijeme boravka u bolnici; prvi kontakt stavljanja djeteta na prsa bio je nakon 10 dana.

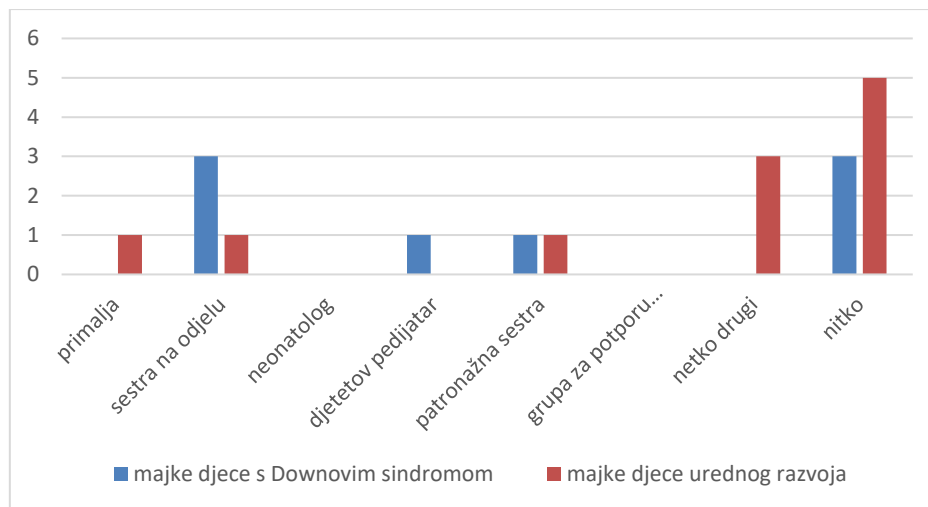
Osim prve majke čije je dijete imalo velike zdravstvene teškoće, odgovori šest majki mogli bi se svesti na zajednički nazivnik: teškoće prihvatanja dojke. Zanimljivo je primijetiti da majke djece s Downovim sindromom ne navode probleme s bradavicama. Hipotonija djece s Downovim sindromom otežava im pravilan hvat dojke. Sisiranje i druge oralno-motoričke vještine dijete uči uz majčinu pomoć (Lau, Schanler 1996). Iz ovih odgovora proizlazi potreba da majke djece s Downovim sindromom dobiju više potpore u pozicioniranju djeteta na dojku i korištenju dodatnih vještina pri tome, kako bi im se olakšala učinkovitost dojenja. Nepravilan hvat dojke ima za posljedicu neučinkovito pražnjenje dojke, brže umaranje djeteta, a posljedično nezadovoljno dijete i nesretnu majku koja traži druga rješenja da bi nahranila dijete. Jedna majka navodi kao problem činjenicu da je prekasno dobila priliku staviti dijete na dojku jer je vjerojatno već došlo do tzv. konfuzije bradavice kod djeteta. I majka koja navodi pretvrde dojke kao problem prekasno je dobila priliku za vježbanje vještine dobrog hvata, u vrijeme kada su joj dojke već nabrekle od mlijeka, a ona više nije znala kako dijete uspješno staviti na dojku jer je hvat tada zaista znatno otežan.

Na samom kraju ankete postavljeno je pitanje koje bi promjene preporučili u rodilištu kako bi djeca s Downovim sindromom mogla biti dojena onoliko dugo koliko majke i dijete to žele. Među odgovorima je i jedan koji navodi da preporučuje potrebu edukacije majki s obzirom na posebnosti djece s Downovim sindromom.

Zaključno možemo reći da su majke djece s Downovim sindromom, osim uobičajenih problema s dojenjem s kojima se susreće većina žena, suočena sa specifičnim problemima vezano za

Downov sindrom. Nakon poroda kasnije dobivaju dijete na prvi podoj, što im otežava početak dojenja. Djeca s Downovim sindromom teže pravilno hvataju dojku te je majkama potrebno pružiti više potpore, ohrabriti ih na ustrajnost i podučiti specifičnim vještinama olakšavanja pravilnog hvata dojke, kako bi dobile šansu za uspješan početak dojenja. Problemi vezani uz sisanje navode se i kao najčešći uzrok prestajanja dojenja majki s Downovim sindromom (Colón i sur. 2009).

Na pitanje je li im netko pomogao da riješe probleme s dojenjem i ako jest, tko, ispitanice su odgovarale pomoću ponuđenih odgovora kako je vidljivo na slici 19:



Slika 19. Tko je pomogao kod problema s dojenjem?

Zamjećuje se da relativno veliki broj majki i jedne i druge skupine, ukupno 8, navodi da im nitko nije pomogao riješiti probleme s dojenjem. Niti jedna majka nije navela da joj je probleme s dojenjem pomogla riješiti grupa za potporu dojenju, što možda upućuje na činjenicu da se majke manje obraćaju grupama za potporu dojenju.

Na pitanje koje bi promjene preporučili kako bi djeca s Downovim sindromom mogla biti dojena onoliko dugo koliko majka i dijete to žele, s obzirom na razdoblje potpore u rodilištu, majke poručuju: naučiti pomoći djetetu da što bolje vuče, pomoć bolničkog osoblja, više potpore u rodilištu, omogućiti majkama vrijeme potrebno za prilagodbu na novu situaciju i prvotni šok, edukacija s obzirom na posebnost djece s Downovim sindromom, više strpljenja, puno truda i upornosti. Jedna majka navodi zbuñenost činjenicom da čuje oprečne savjete od različitih sestara, što potvrđuje potrebu za dodatnom ili specijaliziranom edukacijom osoblja u rodilištu.

Zaključno, možemo utvrditi da je početak dojenja otežan za majke djece s Downovim sindromom zbog činjenice da je znatno odgađano vrijeme prvog podoja, bilo da se radi o ozbiljnim zdravstvenim teškoćama, bilo da je dijete odmah po porodu odvojeno od majke radi medicinskih pretraga zbog sumnje na Downov sindrom, koju liječnici gotovo uvijek postavljaju odmah po porodu. Potom su djeca s Downovim sindromom bila zadržana u rodilištu duže od djece urednog razvoja zbog zdravstvenih teškoća. Isto tako, češće su hospitalizirana tijekom prve godine života, što dovodi do odvojenosti od majke i otežava uspostavu dojenja.

Za zdrav rast i razvoj djeteta dojenje ima još veću važnost i zahtijeva stoga snažniju i organiziraniju potporu. Neki od važnijih koraka mogli bi biti:

1. Uključenje patronažnih medicinskih sestara u obilaženje majki koje sa svojom djecom borave produljeno na bolničkim odjelima na kojima nema osoblja koje je posebno educirano za potporu dojenju.
2. Poticanje majki djece s Downovim sindromom da se po dolasku kući uključe u grupe za potporu dojenju u mjestu boravka, ujedno kao prvi oblik inkluzije djece s Downovim sindromom.

Ovo je tema koja zahtijeva daljnja istraživanja i pravi oblici potpore još se trebaju pronaći temeljem intervjua i evaluacijskih studija.

4.2. Iskustvo dojenja i potpore nakon izlaska iz rodilišta

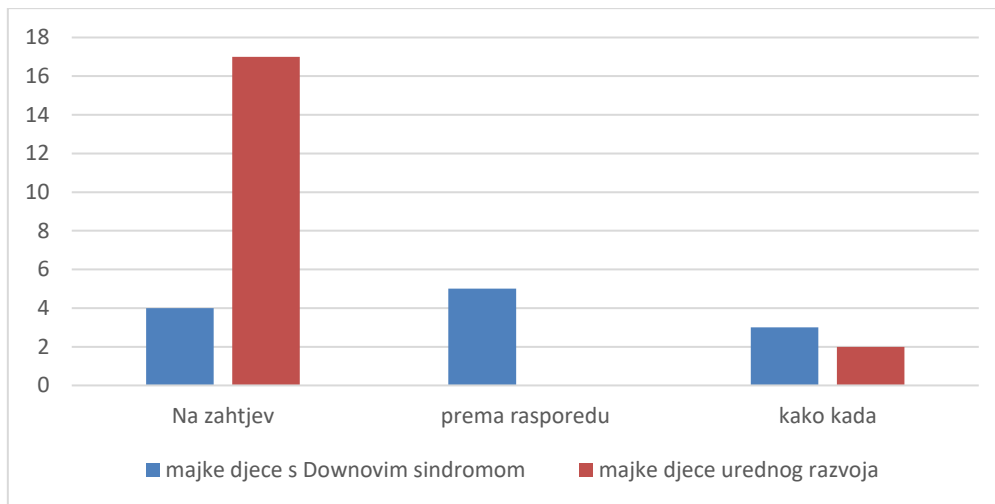
Vrijeme nakon izlaska iz rodilišta posebno je osjetljivo vrijeme za majke djece s Downovim sindromom. Roditelji prolaze kroz razdoblje prihvaćanja činjenice da dijete ima Downov sindrom, a potvrda nakon učinjenog kardiograma dolazi nekoliko tjedana nakon rođenja djeteta. U Hrvatskoj nije organiziran sustav rane potpore u obliku stručnog posjeta obiteljima. U zadarskom rodilištu po otpustu djeteta sa sumnjom na Downov sindrom roditelji dobiju informacije i kontakt Udruge za Down sindrom Zadarske županije i stručnjaka iz područja rane intervencije. Roditelji najčešće u djetetovoj dobi od 3 mjeseca dobiju ranu fizikalnu terapiju u Općoj bolnici Zadar ili privatnog ugovaratelja usluge fizikalne terapije. Obično se u to vrijeme većina roditelja obrati samoinicijativno za uslugu rane intervencije koja, važno je napomenuti, nije unutar sustava i roditelji nisu službeno upućeni na korištenje usluge.

U tom iznimno osjetljivom razdoblju, važnom za uspješan početak dojenja, anketom se željelo saznati na koji su način majke dojile svoju djece s Downovim sindromom, koliko dugo je trajalo dojenje, zašto su prestale i jesu li dojile onoliko dugo koliko su željele. Isto se tako željelo dobiti

informacije od majki što bi im pomoglo da doje dulje te koje su sugestije samih majki o eventualnim promjenama koje su poželjne da bi dojile onoliko dugo koliko su željele.

Željeli smo također saznati jesu li majke dojile djecu prema unaprijed utvrđenom rasporedu ili na zahtjev. Dojenjem na zahtjev usklađuje se prirodan proces ponude i potražnje u dojenju. Dojenje na zahtjev dojenje je koje vodi dijete (u literaturi na engleskom jeziku navodi se kao *baby led feeding*). Odnosi se na dojenje u kojem majka ne postavlja unaprijed vrijeme ili raspored dojenja, već doji dijete kada ono to želi i onoliko dugo koliko želi. Ako majka doji dijete onda kada ono traži, potaknut će stvaranje novog mlijeka u ritmu i količini koji odgovaraju djetetu pa tako dijete samo regulira i proces stvaranja mlijeka jer, koliko mlijeka dijete treba, toliko siše i toliko će ga majka imati. Češćim stavljanjem djeteta na dojku u vrijeme skokova u razvoju potrebno je dan-dva da majčin organizam uskladi proces stvaranja mlijeka s djetetovim povećanim potrebama. Kada je proces dojenja reguliran izvana, unaprijed uvedenim rasporedom, postoji mogućnost da dijete dobije manje majčinog mlijeka i tako ga se posljedično stvara manje. Dojenje na zahtjev smanjuje razdoblje uznemirenosti i plakanja kod djeteta i tako razvija samoregulaciju kod djeteta, što posljedično ima povoljan učinak na smirenost majke i njen osjećaj roditeljske kompetentnosti.

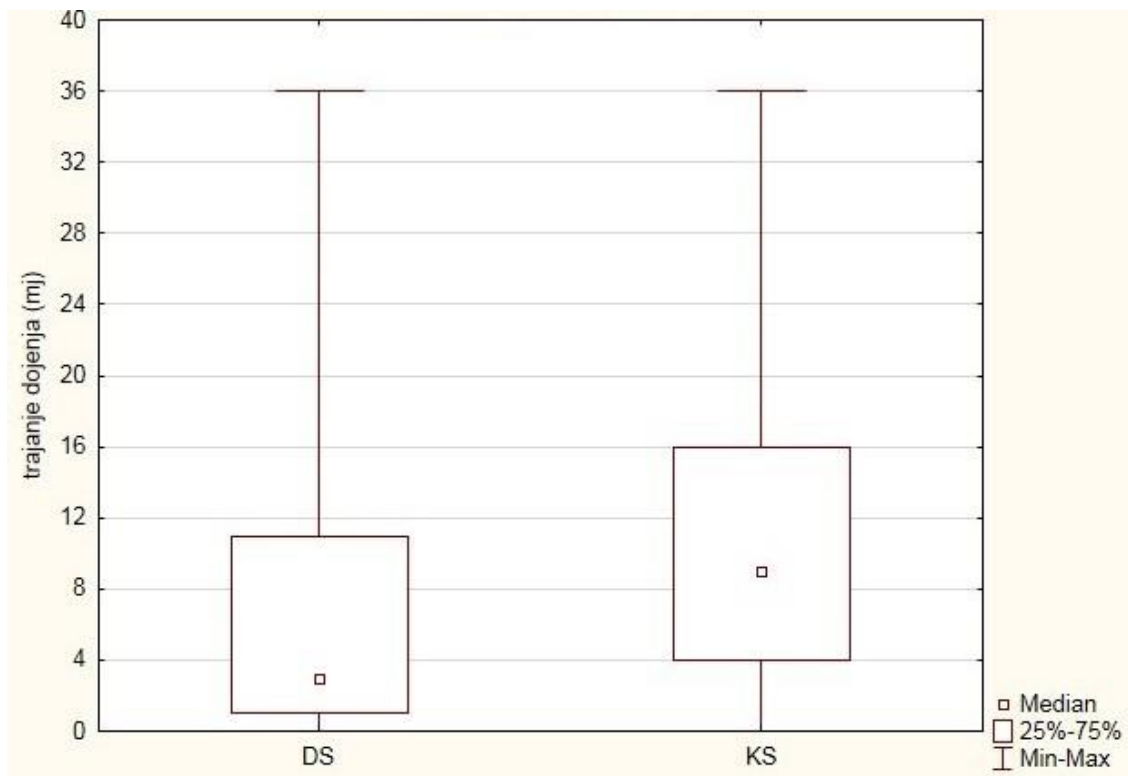
Ovdje je evidentna razlika u odgovorima između dvije skupine. Majke djece s Downovim sindromom u manjoj su mjeri dojile djecu na zahtjev, a više prema unaprijed utvrđenom rasporedu i ove su razlike statistički značajne ($\chi^2=12,294$ $p=0,01$) (slika 20). Moguće je da razlog tome leži u činjenici da su djeca bila češće podvrgnuta medicinskim obradama i postupcima. Isto je tako moguće da su majke djece s Downovim sindromom bile zabrinutije za djetetov razvoj od skupine majki djece urednog razvoja i nisu se usudile osloniti na djetetove signale majci. Osjećaj stresa kod majki dovodi do smanjenog otpuštanja oksitocina i neuspješnog dojenja te primjene zamjenskog mlijeka, što posljedično dodatno smanjuje majčinu produkciju mlijeka. Majčin stres prenosi se na dojenče, što dovodi do mijenjanja načina sisanja, a to rezultira neučinkovitim pražnjenjem dojki te u konačnici dovodi i do prestanka dojenja (Pavičić Bošnjak 2012). To, naravno, ovisi o individualnom i subjektivnom osjećaju uspješnosti nošenja sa stresom i različit je kod svake majke.



Slika 20. Razlika među skupinama u načinu dojenja

Pitanja o dojenju i iskustvima nakon rođilišta ključna su pitanja vezano za potporu dojenju i provođenje programa poticanja dojenja. Naime, istraživanja ukazuju na visoku stopu dojenja (preko 90 %) u rođilištu. Stopa dojenja kasnije značajno pada. Tako je, prema istraživanju provedenom u splitskom području, čak 98 % majki započelo dojiti, ali je jedna trećina majki prestala već nakon 3 mjeseca, a polovica majki nakon 6 mjeseci (Zakarija-Grković, Pavičić Bošnjak 2013). U UNICEF-ovoj publikaciji „Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi“ navodi se da je najkritičnije razdoblje za prestanak dojenja između 2. i 4. mjeseca života djeteta.

Ključno pitanje u upitniku bilo je pitanje o ukupnom trajanju dojenja za dijete na koje se odnosi upitnik. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u duljini dojenja između dvije skupine majki ($U=92,00$ $p=234$). Postoji tendencija da majke iz skupine majki djece urednog razvoja doje dulje od majki djece s Downovim sindromom, ali se razlika nije pokazala statistički značajnom.



DS-skupina majki djece s Downovim sindromom
 KS-skupina majki djece urednog razvoja

Slika 21. Razlika u duljini dojenja

Tablica 1

Duljina dojenja djece

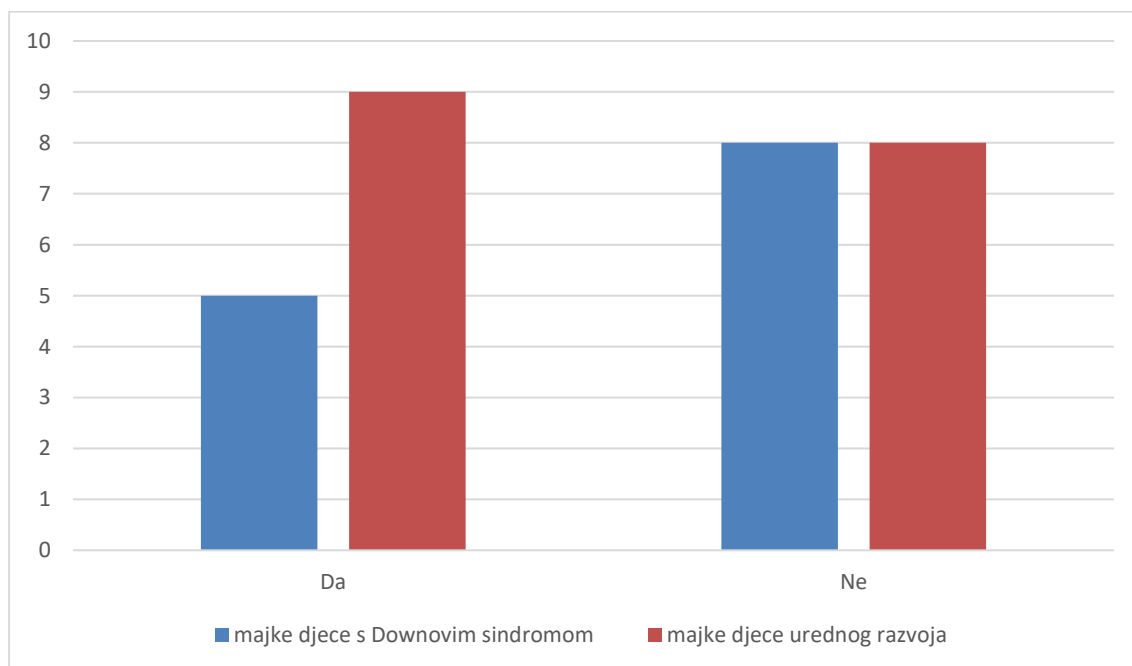
	N	C	Min	Max
Duljina dojenja u mjesecima djece s Downovim sindromom	13	3,00	0,00	36,00
Duljina dojenja u mjesecima djece urednog razvoja	19	9,00	0,00	36,00

Majke iz obje skupine dojile su od 0 do 36 mjeseci, ali je pri tom središnja vrijednost duljine dojenja kod majki djece s Downovim sindromom bila 3 mjeseca, a središnja vrijednost majki djece urednog razvoja 9 mjeseci.

Gledano iz perspektive djetetova zdravog rasta i razvoja, svaki dan dojenja duže dragocjen je i ima veliku vrijednost pa tih 6 mjeseci razlike i u ovako malom uzorku predstavlja razlog za zauzimanje za bolju potporu majkama djece s Downovim sindromom kako bi osigurale svojoj djeci jednak početak.

Kako su jedine dvije majke koje su svoju djecu s Downovim sindromom dojile dulje od 12 mjeseci bile ujedno i majke koju su svoju stariju djecu dojile dulje od 12 mjeseci, zanimalo nas

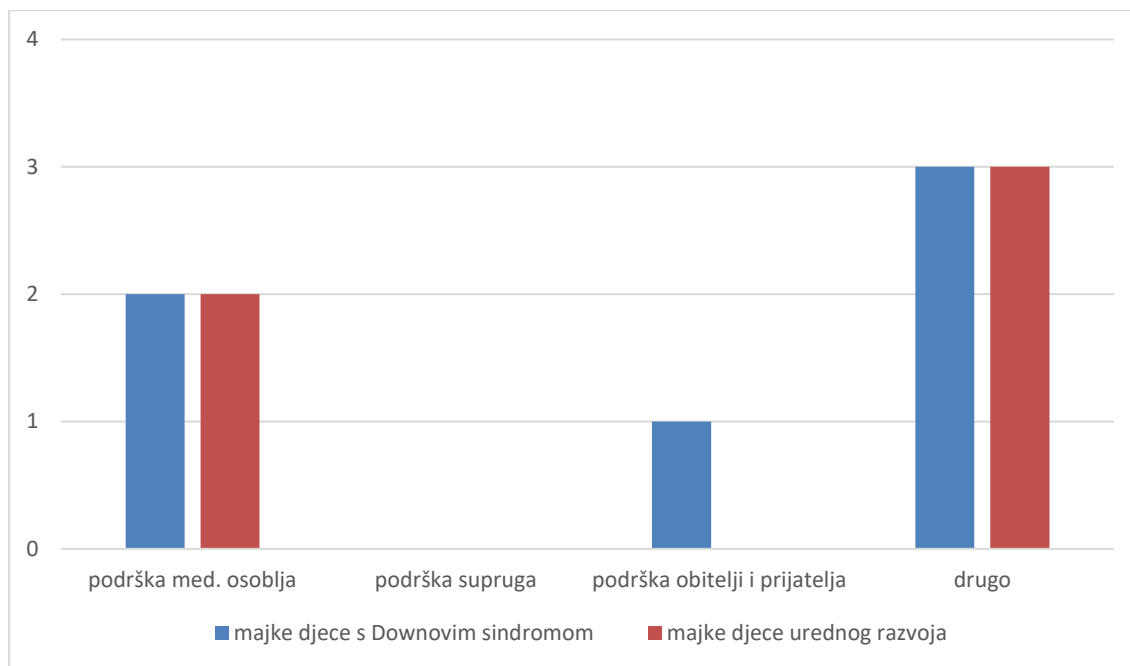
je možemo li utvrditi povezanost između duljine dojenja starije djece i duljine dojenja djece na koju se odnosi istraživanje. Pokazalo se da postoji statistički značajna i visoka povezanost između duljine dojenja starije djece ispitanica i djece na koju se odnosi anketa (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho=0,67$ $p<0,05$). Dakle, majke koje su dulje dojile prethodnu djecu u pravilu su dulje dojile i djecu s Downovim sindromom, odnosno mlađu djecu u skupini majki djece urednog razvoja. Majke koje su kraće dojile stariju djecu, kraće su dojile i djecu s Downovim sindromom, odnosno mlađu djecu u skupini djece urednog razvoja. To je u skladu s istraživanjima koja potvrđuju da prethodno pozitivno iskustvo dojenja ima pozitivnu ulogu u dojenju mlađe djece (Bai, Font, Tarrant 2015). Pri tome nije utvrđena razlika između dvije skupine, dakle ova korelacija odnosi se jednako na obje skupine majki. Majkama pozitivno iskustvo dojenja pomaže u stjecanju pouzdanja koje ima potencijalno određujuću ulogu u dojenju. Autori navode da je ženama bez ili s malo iskustva dojenja potrebno pružiti više potpore da bi uspjele dojeti (Emmanuel 2015).



Slika 22. Zadovoljstvo duljinom dojenja

Ne postoji statistički značajna razlika između skupina u odgovorima jesu li zadovoljni duljinom dojenja ($\chi^2=0,621$ $p=0,68$).

Na pitanje što bi im pomoglo da doje dulje, ispitanice koje su dojile onoliko dugo koliko su željele nisu odgovarale.



Slika 23. Prijedlozi majki za ostvarenje željene duljine dojenja

Najveći broj žena izabire odgovor „drugo“ i nudi svoje odgovore, pa tako navode sljedeće oblike pomoći: pomoć oko kućanskih poslova i starijeg djeteta, jedna majka navodi da bi dojila dulje da dijete nije grizlo bradavicu. Ostali odgovori ne odnose se na sugestije majki što bi im pomoglo, već majke navode da su dojile dovoljno dugo, što ukazuje na propust u anketi s obzirom na to da nije ponuđena mogućnost da majke preskoče ovo pitanje ako su zadovoljne duljinom dojenja. Potrebu za potporom medicinskog osoblja istaknule su 4 majke. Na ovom pitanju nema razlike između dvije skupine majki. Na kraju navodimo i promjene koje bi majke preporučile po dolasku kući iz rodilišta kako bi djeca s Downovim sindromom mogla biti dojena onoliko dugo koliko majka i dijete to žele. Navode više potpore po dolasku kući, strpljenje ukućana, osigurati pomoć i potporu svih članova obitelji, više strpljenja da dijete prihvati dojk, ustrajati na dojenju i ne posustajati, ne odustajati rano. Uočava se da majke više promjena priželjkuju u odnosu na sebe i svoje ukućane, a niti jedna majka nije spomenula potporu patronažne sestre ili navela da očekuje više potpore od sustava na drugi način.

Zdravstveni sustav i pojedinci i skupine u Hrvatskoj koji se bave promicanjem dojenja prepoznaju važnost kontinuiranog djelovanja na uspostavi sustava za potporu dojenju. U svom radu u ulozi liječnika obiteljske medicine u podršci dojenju autorice Zakarija-Grković i Pavičić Bošnjak (2013) navode:

„Istraživanje na području Splita je pokazalo da je 98 % majki započelo s dojenjem u rodilištu, ali je jedna trećina prestala dojiti već nakon 3 mjeseca, a polovica majki nakon 6 mjeseci. S 12

mjeseci samo je 24 % majki dojilo svoju djecu, usprkos visokom postotku žena (91,5 %) koje su namjeravale ostati na rodiljinom dopustu do prve godine djetetova života. Prijevremeno prekidanje dojenja nije samo trend u Hrvatskoj, nego i u većini zemalja diljem svijeta i zato se međunarodna zajednica sve više okreće 10. koraku, tj. pronalaženju načina u podršci dojiljama nakon otpusta iz rodilišta“.

S obzirom na važnost koju imaju liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u promicanju dojenja u Novim programima za promicanje dojenja 2008. godine UNICEF je pokrenuo novi program za promicanje dojenja pod nazivom „Potpora zajednice dojenju“. Kroz model „Savjetovalište za djecu – prijatelj dojenja“ koji je uključen u Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva Republike Hrvatske od 2012. do 2020. godine, po uzoru na *10 koraka do uspješnog dojenja u rodilištima*, definiraju se *Smjernice kroz 10 koraka do uspješnog dojenja u savjetovalištu za djecu*. Definiran je i bitan preduvjet, edukacija zdravstvenih djelatnika u obliku 20-satnog tečaja.

Prema tom modelu postoji 10 koraka do uspješnog dojenja koji bi se trebali provoditi u liječničkim ordinacijama. To su:

1. Imati pisana pravila o dojenju dostupna svom zdravstvenom i nezdravstvenom osoblju koje skrbi o majkama i djeci.
2. Osoblje koje skrbi o majkama i djeci podučiti u znanju i vještinama potrebnim za poticanje dojenja.
3. Sudjelovati u potpori i edukaciji trudnica o dojenju.
4. Podučiti majke kako se doji i održava mliječnost dojki (laktacija).
5. Zalagati se za isključivo dojenje tijekom prvih šest mjeseci. Nakon uvođenja prehrane drugim namirnicama, podupirati nastavak dojenja do dvije godine života, odnosno tako dugo dok majka i dijete to žele.
6. Imati prostor savjetovališta koji je ugodan majci i djetetu.
7. Podupirati osnivanje grupa za potporu dojenja i upućivati majke na njih.
8. Osigurati suradnju i komunikaciju među zdravstvenim djelatnicima koji skrbe o majkama i djeci u prenatalnoj skrbi, rodilištima, bolničkim odjelima i ustanovama primarne zdravstvene zaštite.
9. Poticati aktivnosti potpore i promicanja dojenja u lokalnoj zajednici.
10. Pridržavati se svih odredaba Međunarodnog pravilnika o načinu marketinga i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko.

Do 2013. godine 8 je pedijatrijskih timova u Zagrebu, Splitu, Bjelovaru, Varaždinu, Sisku, Đakovu, Kutini i jedan tim obiteljske medicine (Prelog) ostvarilo naziv "Savjetovalište za

djecu - prijatelj dojenja" i dobilo certifikat od Ministarstva zdravlja i UNICEF-a (Grgurić 2013).

Niti jedna zadarska pedijatrijska ordinacija nije za sada ušla u ovaj program.

U publikaciji koju je izdao UNICEF 2015. godine navodi se da djeca s razvojnim teškoćama češće nisu dojena negoli djeca tipičnog razvoja iako njihove majke imaju pozitivna stajališta o dojenju i žele dojiti. Sve to ukazuje na potrebu dodatne potpore kako bi djeca s teškoćama bila dojena. Za uspostavu potrebne potpore važno je ponoviti da se promjene koje priželjkuju ispitivane majke mogu sažeti u bolju edukaciju prije poroda, u kvalitetniju potporu medicinskog osoblja u rodilištu i nakon izlaska iz njega te veću potporu ukućana. Više majki ukazuje na potrebu upornosti i strpljenja u proces uspostave uspješnog dojenja. Sve to u skladu je sa zaključcima o potrebi kontinuirane potpore koju trebaju majke da bi uspješno dojile svoju djecu s Downovim sindromom.

4.3. Kritički osvrt na istraživanje

Interpretaciju rezultata i raspravu nije moguće završiti bez kritičkog osvrta na istraživanje jer se na taj način pružaju dodatni podatci za razumijevanje dobivenih rezultata i mogućnosti njihove generalizacije, ali i potrebe nastavka istraživanja ove teme. Prije svega valja reći da u nas dosada nije istraživano dojenje djece s Downovim sindromom te smo morali početi od početka kako u oblikovanju upitnika, tako i u njegovu provođenju.

Prve ozbiljne metodološke teškoće javile su se kod pronalaženja uzorka ispitanika. Odlučili smo se za prigodan uzorak u jednom gradu (Zadru) jer je autorica radila u Kabinetu za ranu intervenciju i imala je uspostavljen odnos povjerenja s majkama djece s Downovim sindromom koje su stoga, unatoč vrlo stresnim uvjetima života, pristale na sudjelovanje u istraživanju. Dakako da ostaje otvoreno pitanje koliko se dobiveni rezultati mogu poopćiti na hrvatsku populaciju. Pokušaj da se uzorak majki djece tipičnog razvoja prikupi metodom ekvivalentnih parova nije uspio jer za to nismo imali istraživačkih resursa pa je i uzorak majki djece urednog razvoja prigodan, ali po osnovnim demografskim podacima nije statistički različit od uzorka majki djece s Downovim sindromom.

Obrada rezultata bila je otežana uslijed nekoliko činjenica. Anketa je provedena na način da su majke same ispunjavale upitnike i vraćale ih. Tako su došle do izražaja sve nejasnoće u anketi pa se događalo da je bilo neodgovorenih i krivo shvaćenih pitanja. Također se u određenom broju odgovora dobio dojam da majke nisu u potpunosti razumjele pitanje, što

ukazuje na činjenicu da određena pitanja nisu bila dovoljno jasna ili je nedostajalo dodatno pojašnjenje ispitivača u osobnom kontaktu.

Unatoč metodološkim ograničenjima istraživanja dobiveni rezultati uz dopunu nalaza drugih istraživanja i prikaza prakse te višegodišnjeg iskustva autorice u području potpore dojenju primijenit će se u izradi smjernica za majke koje prikazujemo u idućem poglavlju.

5. Smjernice za unaprjeđenje potpore dojenju djece s Downovim sindromom

5.1. Opće napomene

Većinu djece s Downovim sindromom moguće je dojiti. To pokazuje analizirana literatura i rezultati provedenog istraživanja. Proces uspostave dojenja bit će učinkovitiji i lakši ako se majci i obitelji djeteta u okviru rane intervencije u djetinjstvu pruži i specifična potpora za uspostavu dojenja, a upravo su tome namijenjene ove smjernice.

Na početak dojenja potrebno je gledati kao na vrijeme prilagodbe i učenja. To može biti vrijeme upoznavanja djeteta u kojem majka može steći vještine pravilnog držanja djeteta, naučiti kako ga položiti na dojku i kako učinkovito dojiti.

Osjećaj da se zauzimanjem za prirodnu prehranu majka aktivno zauzima za zdravlje djeteta ima ulogu aktiviranja roditeljskih kompetencija. Dojenje djece s Downovim sindromom donosi posebne prednosti kojima se djetetu može osigurati bolji početak života. Ono pruža zaštitu od infekcija probavnog sustava i smanjuje rizik od kroničnih upala srednjeg uha (Chung i sur. 2007) koje su češće kod djece s Downovim sindromom. Dojenje poboljšava koordinaciju usta i jezika što povoljno utječe na kasniji razvoj govora. Majčino mlijeko, za razliku od njegova nadomjestka, sadrži omega-3 masnu kiselinu (dokosaheksaenoičnu kiselinu) koja je primarna gradivna komponenta kore ljudskog mozga pa stoga dojenje ima pozitivan utjecaj na razvoj mozga i djetetove kognitivne sposobnosti, što potvrđuju brojna istraživanja (Anderson, Johnstone, Remley 1999). Dojenje osigurava dodatnu senzornu stimulaciju djeteta bliskim kontaktom koža na kožu. U trenutku prije i tijekom dojenja dijete aktivira osjetila, posebice osjetila dodira i mirisa. Osjećaj da majka osigurava djetetu najbolju moguću prehranu osigurava majci osjećaj samopouzdanja i zadovoljstvo ulogom majke.

5.2. Kada dojiti dijete?

Dojiti dijete na zahtjev jedini je učinkoviti način hranjenja koji dovodi do toga da je dijete hranjeno u ritmu koji njemu odgovara. Osim što to povoljno djeluje na djetetovu samoregulaciju, uzrokuje usklađivanje majčine proizvodnje mlijeka i djetetove potražnje jer dojenje funkcionira na principu ponude i potražnje. Što dijete češće i više siše, to će se više mlijeka stvarati. Ako majka uz dojenje dodaje adaptirano mlijeko na bočicu, događaju se dva za dojenje bitno ometajuća faktora. Jedan je tzv. konfuzija bradavica koja nastaje davanjem bočice pa dijete više nema uspješan hvat na dojci, a drugi je taj što se dodavanjem bilo koje

druge hrane i tekućine djetetu remeti prirodan proces ponude i potražnje. Ako dijete dobije manje majčinog mlijeka, ono će se manje i stvarati.

Djeca s Downovim sindromom u početku su mirnija i manje zahtjevnja pa je potrebno pozornije promatrati znakove gladi i često djetetu nuditi dojk. To će imati povoljan učinak i na proces stvaranja mlijeka. Ako dijete nije pretjerano mirno i ipak uspješno signalizira svoju glad, nužan je preduvjet za uspješno dojenje smirivanje djeteta tako da ono bude u stanju mirne budnosti da bi učinkovito sisalo. Zato je važno ponuditi dojenje uvijek na prve znakove uznemirenosti djeteta. Dijete koje je već vidno uznemireno i počinje plakati teže prihvaća dojk i lakše se uznemiri potičući refleks otpuštanja mlijeka i čekajući da mlijeko počne teći iz dojke te tako dodatno troši energiju. Zbog toga je važno toplim oblozima i ručnim izdajanjem prethodno potaknuti refleks otpuštanja mlijeka, tako da ono već nakon prvog djetetova pravilnog prihvaćanja dojke počne kapati kako bi dijete potrošilo manje energije na sisanje „u prazno“. To je osobito važno za djecu čija je hipotonija više izražena i koja imaju veće zdravstvene rizike.

5.3. Važnost dobrog položaja za dojenje

Često se majka novorođenog djeteta toliko usredotoči na dijete da zanemaruje svoju udobnost. Međutim, vrlo je važno da se majka udobno smjesti i da se po potrebi podupre jastucima ispod ruku, leđa i ramena kako bi se pri dojenju osjećala opušteno i na taj način osigurala neometani tok mlijeka. Djetetov položaj na dojci bitno će olakšati upotreba jastuka.

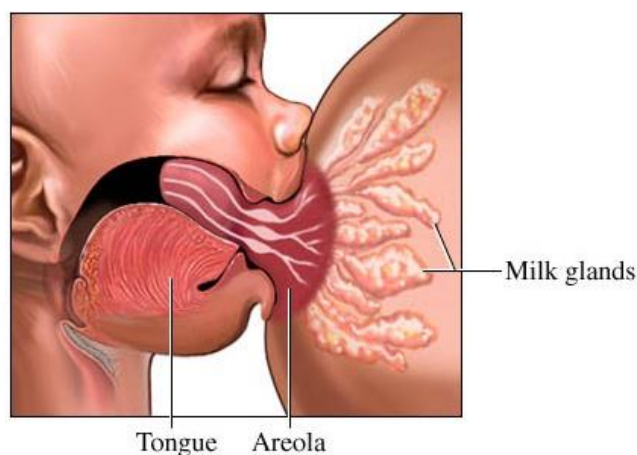
Dijete je potrebno postaviti u položaj za dojenje tako da je cijelo njegovo tijelo (zdjelica, rame i glava) u ravnini okrenuto prema majčinom tijelu. Važno je paziti da djetetova donja ruka bude privučena uz njegovo tijelo prema naprijed umjesto odmaknuta od tijela kako bi se na taj način i neurorazvojno poticao optimalan položaj djeteta.

Ako majka uhvati dijete za glavicu i tako pomogne njegovo prihvaćanje dojke, ometa četiri važna refleksa potrebna za uspješno sisanje – refleks traženja usnama, refleks otvaranja usta, refleks protruzije jezika i refleks sisanja te na taj način onemogućuje optimalnu poziciju djeteta za sisanje (Noble, Bovey 2008). Optimalna je pozicija za dojenje ona u kojoj su podjezična kost i hrskavica štitnjače isturene prema naprijed u odnosu na ostale oralne strukture. Ako je djetetova glava lagano nagnuta prema natrag, to će biti postignuto. Ako se djetetova glava drži, ono će je neizbježno nagnuti prema naprijed i tada dolazi do položaja koji nije tako dobar za hranjenje u kojem je nosić prvi, a brada djeteta zadnja, što je potpuno obrnuto od optimalnog položaja. Može doći do teškoća s disanjem, lošeg položaja na dojci u kojem se ona ne prazni

tako učinkovito i dijete ne dobiva dovoljno mlijeka. Takav položaj nije niti za majku ugodan i ona ga može doživjeti i kao lagano bolan.

Stoga majci treba pomoći da dijete položi na dojku tako da dijete obuhvati za gornji dio leđa i dio vrata, najviše do baze lubanje. Položaj koji omogućuje nagnjanje glavice prema natrag i optimalno dojenje je i vertikalniji položaj u odnosu na majčino tijelo, dok horizontalni položaj nije optimalan.

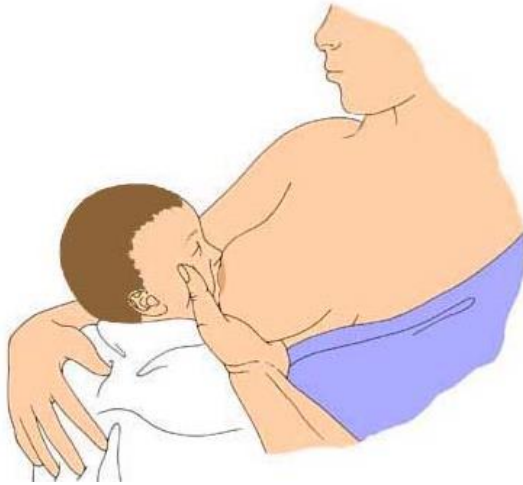
Bradavica treba doći u kontakt s nepcem i tek tada je potaknut refleks sisanja (slika 24). Do tada će dijete samo grickati bradavicu i neće započeti aktivno sisanje.



Slika 24. Ispravan položaj dojke u ustima

Dijete s Downovim sindromom najčešće je zbog hipotonije mlohavo. Zato je važno ispravno ga uzeti u naručje, tako da cijelo njegovo tijelo bude usmjereno prema središnjoj liniji tijela (skupljene ruke i noge, poduprta glava). Potrebno je dotaknuti djetetovu bradu ili obraz za poticanje širokog otvaranja usta. Majka može pritisnuti nekoliko puta djetetov jezik da bi se on oblikovao u utor i učinkovitije radio pokrete koji će voditi mlijeko prema grlu. Masažom i pritiskom na dojku može se potaknuti refleks otpuštanja mlijeka tako da dijete ne troši svoju energiju, već da sam početak dojenja bude učinkovit.

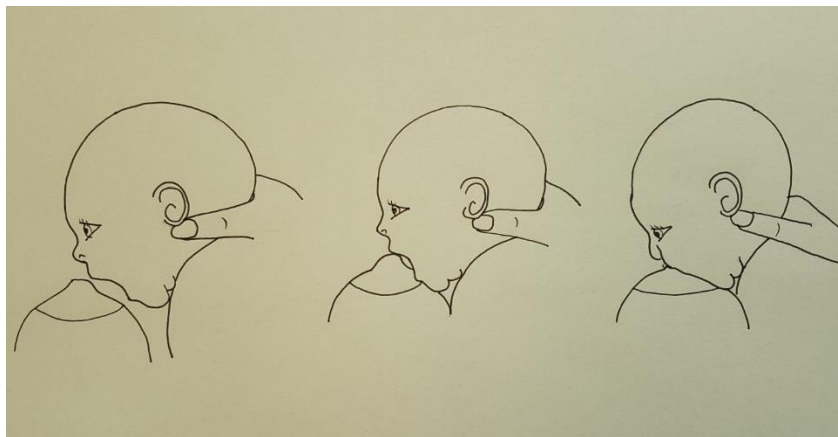
Kada dijete prihvati dojku, važno je da donja usna bude izvrnuta prema van i da obuhvati donji rub areole. Zatim Dancerovim hvatom (slika 22) treba prihvatiti djetetovu bradicu da bi se olakšalo prihvaćanje dojke. Obuhvati se djetetova bradica i lagano pritisne djetetov obraz palcem i kažiprstom. S tri srednja prsta potrebno je poduprijeti dojku.



Slika 25. Dancerov hvat (Danner i Cerutti 1989)

Uobičajeno dobri položaji za dojenje pokazali su se dobri i za djecu s Downovim sindromom. Ipak, za bolju kontrolu glavice i upotrebu Dancerovog hvata bolje je u početku odabrati tzv. položaj nogometne lopte ili unakrsni hvat, a dijete poduprijeti jastucima da bismo imali slobodne ruke za prihvaćanje djetetove glavice i izvođenje Dancerovog hvata.

Kada su djetetovo tijelo i glava u dobrom položaju, dijete štedi energiju za sisanje. U poziciji u kojoj je djetetovo grlo lagano iznad majčine bradavice i u kojoj je njeno tijelo lagano nagnuto prema natrag prevenira se zagrcavanje djeteta kada mlijeko naglo teče.



Slika 26. Pravilan hvat

Iz razloga koji su spomenuti u uvodu ovog rada preporučuje se da usta budu na nižoj razini od ušiju kako bi se spriječio protok mlijeka u Eustahijevu tubu, što može uzrokovati upale uha. Potrebno je i stimulirati/masirati mliječne žlijezde dok dijete siše kako bi se pojačao protok

mlijeka, što omogućuje da majčino mlijeko snažnije navire. Kad djetetova snaga sisanja poraste, nestat će i potreba stimuliranja žlijezda.

Važno je da majka pažljivo promatra dijete i uoči moguće znakove zamorenosti djeteta. Ako je nakon kraćeg aktivnijeg sisanja dijete brzo postalo uspavano, potrebno je dignuti ga u položaj za podrigivanje, pazeći da su mu i ruke prebačene preko majčinog ramena, te omogućiti da izbaci višak zraka. Da bi se dijete dodatno razbudilo, dobro je promijeniti mu pelenu i tada ga ponovo staviti na dojku da siše. Ako je dijete često na dojci pospano, potrebno je promatrati suptilne znakove laganijeg sna (pokrete usana i očiju) i pokušati promjenom položaja potaknuti dijete na budnije sisanje.

5.3.1. Kako često dojiti?

Nema posebnih pravila o tome kako često dojiti djecu s Downovim sindromom. Već je ranije izneseno koliko je važno dojenje na zahtjev za produkciju mlijeka i djetetovu samoregulaciju. Ipak, ponekad se majci može činiti da je dijete prečesto na dojci. U početku dojenja to je normalno. Novorođenče ima vrlo mali želudac, majčino mlijeko lako je probavljivo, a potreba za stalnim prisustvom toplog majčinog tijela tek rođenog djeteta je prirodna. Kasnije, kada je dijete malo starije, u danima kada dijete često traži dojenje najčešće se radi o djetetovim povećanim potrebama za kalorijama zbog povećanog rasta. Tada dijete samo regulira majčinu produkciju mlijeka i povećava je čestim dojenjem.

Kakvi god bili razlozi za djetetovo traženje, dojenjem na zahtjev djeteta majka neće pogriješiti. Potrebno je naglasiti da djeca s Downovim sindromom rastu i dobivaju na težini sporije od svojih vršnjaka urednog razvoja. Postoje posebne tablice rasta za djecu s Downovim sindromom. Najbolji je način napredovanja djeteta promatranje djeteta i njegovih pelena.

5.4. Koliko dugo dojiti?

Dojenje traje onoliko koliko dijete želi. U početku, dok dijete uči sisati, to može trajati dugo. Potrebno je promatrati dijete na dojci i ako ono ne siše aktivno, potrebno ga je aktivirati već ranije spomenutim metodama. Treba promatrati bradu koja se miče dok dijete siše, a miruje u trenutku kada dijete guta. Ako micanje brade nema pauze i dijete izgleda kao da lagano siše, a zapravo se samo smiruje i uspavljuje, potrebno ga je lagano razbuditi. Ako je dijete aktivnije sisalo najmanje 10 minuta i mislite da mu više nije potrebno, razbuđivanje nije potrebno. Koliko

traje aktivno sisanje u početku je majci teško procijeniti. Poticanjem aktivnijeg sisanja kad dijete na dojci samo drijema ne može se pogriješiti.

5.5. Uporaba dude

U nedavno objavljenom istraživanju provedenom u splitskom rodilištu 2008. na uzorku od 780 majki utvrđeno je da je namjera majke u trudnoći da po porodu koristi dudu za umirivanje djeteta povezana s kasnijim kraćim dojenjem. Žene koje su izrazile namjeru korištenja dude imaju znatno veći postotak uvođenja zamjenskog mlijeka i ranog prestanka dojenja (do dobi od 3 mjeseca) u usporedbi s majkama koje u trudnoći nisu izrazile namjeru korištenja dude (Zakarija-Grković 2017). Općenito se smatra da uporaba dude utječe na dojenje tako da smanjuje sisanje, odnosno stimulaciju dojke i produkciju mlijeka i tako vodi k uporabi zamjenskog mlijeka i posljedično kraćem dojenju.

I UNICEF i SZO ne preporučuju uporabu dude dojenoj djeci, niti u obliku dudu varalica niti na bočicama. Uporabu dude treba odgoditi barem na razdoblje od 4 tjedna nakon porođaja, dok se proces dojenja dobro ne uspostavi, a kod djeteta s Downovim sindromom još i duže.

5.6. U slučaju odvojenosti od djeteta

Majke djece s Downovim sindromom češće su odvojene od djece zbog njihovih zdravstvenih problema. U tom slučaju potrebno je održavati laktaciju izdajanjem. Na taj način kasnije je moguće djetetu osigurati optimalan način hranjenja – majčinim mlijekom. Ipak, neke se žene otežano izdajaju. Majke djece s Downovim sindromom nalaze se pred posebnim izazovom jer je za njih cijelo postpartalno razdoblje ujedno i razdoblje povećane razine stresa i vrijeme prihvaćanja dijagnoze te često i strepnje za djetetovo zdravlje. U tom slučaju može doći do postupno sve manje produkcije mlijeka. Kada se djetetovo zdravstveno stanje stabilizira i majci bude moguće započeti dojenje, tada se kroz određeno razdoblje može povećati potrebna količina mlijeka u majčinim grudima uobičajenim metodama. Čestim podojima, stimulacijom dojki masažom pri kraju dojenja, dodatnom izmjenom dojki po hranjenju, obiljem kontakta koža na kožu majčino tijelo dobiva signale da je potrebno povećati laktaciju. To može biti zahtjevno razdoblje, stoga je dobro potražiti pomoć u grupama za potporu dojenju.

5.7. Relaktacija

Ako su djeca predugo odvojena od svojih majki i ako majke ne uspijevaju izdajanjem održati laktaciju, postoje posebna pomagala koja pomažu majkama u relaktaciji onda kada to bude moguće. Takozvani *supplemental feeding tube device* predviđen je za hranjenje djece na cjevčicu koja se pričvrsti na majčinu dojku kako bi se stimulirala proizvodnja mlijeka (slika 27). Na taj način dijete dobiva potrebno mlijeko, a majka priliku da ponovo uspostavi laktaciju i nakon nekog vremena nastavi hraniti dijete svojim mlijekom. Ako dijete ne prihvaća dojku, to isto može se napraviti uz pomoć prsta (tzv. *finger feeding*) dok dijete postupno ne prihvati dojku (slike 28 i 29).



Slika 27



Slika 28

Slika 29

5.8. Problemi u dojenju

Sve se majke suočavaju s problemima u dojenju i to je više pravilo nego iznimka. Dojenje se uči. I majka i dijete trebaju određeno vrijeme da savladaju vještinu dojenja. Teškoće pri dojenju učestala su pojava i pojavljuju se u više od polovice žena. Prema podacima prikupljenim u rodilištu Sveti duh u Zagrebu 2014. godine, 58 % majki prijavljuje teškoće kod dojenja. Najčešći su uzroci teškoće s tehnikom dojenja, bolne i oštećene bradavice, zastoj mlijeka, percepcija nedovoljne količine mlijeka (Pavičić Bošnjak, Stanojević, Glavaš 2014).

Ponekad se problemi pojave i naknadno, nakon što je uspješno dojenje već bilo uspostavljeno. Stoga je nužno da u zajednici postoje dostupna savjetovališta za dojenje u kojima žene mogu slobodno zatražiti savjet i pomoć u dojenju. Grupe za potporu dojenju pokazale su se kao vrlo učinkovit oblik pružanja potpore. U svom radu Pavičić Bošnjak i Grgurić (2007) navode da su aktivnosti grupa potakle majke na povećanje trajanja dojenja, pa čak i one majke koje su prije rođenja djeteta bile neodlučne o njegovom trajanju. Grupe za potporu dojenju imaju i potencijal modificirati namjere žena o željenoj duljini dojenja.

Uključenje u grupe za potporu dojenju može biti vrlo učinkovit put podršci dojenju djeteta s Downovim sindromom, ali isto tako i prilika za uključenje zajednice u potporu i učinkovita rana inkluzija koja povoljno djeluje na sve sudionike u smislu stvaranja inkluzivnih stajališta.

6. Zaključak

Djeci s Downovim sindromom prirodna je prehrana još važnija nego djeci tipičnog razvoja zbog brojnih prednosti majčinog mlijeka, samog čina dojenja te utjecaja koje ono ima na njihove majke. Dojiti dijete s Downovim sindromom može biti veći izazov i u tom smislu traži više vremena i strpljenja, ali i stručne potpore kao i potpore prirodnih pomagača.

U ovom istraživanju sudjelovalo je 13 majki djece s Downovim sindromom i 19 majki skupine djece urednog razvoja. Rezultati ukazuju na to da djeca s Downovim sindromom započinju život s više zdravstvenih problema zbog čega njihovu majke imaju smanjenu mogućnost za uspostavu dojenja, bilo zbog odvojenosti od svoje djece, bilo zbog obilježja samih zdravstvenih problema. Djeca s Downovim sindromom su po porodu kasnije stavljana na dojku. Isto tako češće su odvojena od svojih majki zbog učestalih zdravstvenih teškoća po porodu ili hospitalizacije tijekom prve godine života.

Stajališta prema dojenju i priprema za dojenje slični su u obje skupine majki. Stajališta su pozitivna i majke jednako žele dojiti. Iskustvo dojenja i potpore u rodilištu pokazuje da obje skupine majki dobivaju podjednaku potporu.

Nakon izlaska iz rodilišta majke djece s Downovim sindromom susreću se s više teškoća i doje kraće negoli su željele. Ove majke, iako suočene s više izazova negoli majke djece urednog razvoja, ne dobivaju nikakvu specifičnu potporu u dojenju svoje djece. One, također, u znatnoj mjeri manje doje svoju djecu na zahtjev negoli majke iz druge skupine.

Krajnja duljina dojenja majki djece s Downovim sindromom iznosi u prosjeku 3 mjeseca, a majki djece urednog razvoja 9 mjeseci.

Rezultati istraživanja također pokazuju da je duljina dojenja starijeg djeteta uvelike povezana s duljinom dojenja ispitivane djece, što ukazuje na to da pozitivno iskustvo s dojenjem igra ključnu ulogu u dojenju drugog i sljedećeg djeteta, uključujući i djeteta s Downovim sindromom, bez obzira na njegove teškoće. Tako su dva najduže dojena djeteta s Downovim sindromom (36 mjeseci) bila ujedno i djeca čije su majke dugo dojile i njihovu stariju braću.

Dobivene rezultate treba tumačiti u kontekstu metodoloških ograničenja istraživanja te je upitno mogu li se poopćiti na hrvatsku populaciju. Stoga je potrebno nastaviti s istraživanjem ove teme kako bi se praksa rane intervencije u segmentu potpore dojenju djece s Downovim sindromom mogla temeljiti na dokazima.

Temeljem dobivenih rezultata i analize literature i praksa razrađene su smjernice za majke djece s Downovim sindromom, njihove obitelji te sve zainteresirane sudionike u sustavu pružanja potpore obiteljima djece s Downovim sindromom od njihovog rođenja.

LITERATURA:

Abou-Dakn, M. (2008). The Role of the Maternity Clinic in Supporting Early Mother-(Father) Child Bonding. U: Guoth-Gumberger, M., Seiringer, I., Nindl, G., Hormann, E., Lauwers, J., Portenfield, N. (Ur.). *A world wide view on breastfeeding, Conference Syllabus*, (str. 70). Beč: European Lactation Consultant Association

Amiel Castro, R., Glover, V., Ehlert, U. i O'Connor, T. (2017). Antenatal psychological and socioeconomic predictors of breastfeeding in a large community sample. *Early Human Development*, 110, 50-56.

Anderson, J., Johnstone, B. i Remley, D. (1999). Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 525-535.

Bai, D., Fong, D. i Tarrant, M. (2015). Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers, *Birth*, 42, 70-77.

Breastfeeding a Baby with Down Syndrome. Canadian Down Syndrome Society. Preuzeto s: http://www.cddss.ca/images/pdf/brochures/english/CDSS_breastfeeding_brochure.pdf

Conde-Agudelo, A. i Diaz-Rossello, J. (2003). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2, Art. No. CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.

Cunningham, C., Morgan, P. i McGucken, R. (1984). Down's syndrome: is dissatisfaction with disclosure of diagnosis inevitable? *Developmental Medicine and Child Neurology* 26, 33-9

Colón, E., Dávila-Torres, R.R., Parrilla-Rodríguez, A.M., Toledo, A., Gorrín-Peralta, J.J. i Reyes-Ortiz, V.E. (2009). Barriers for initiation and/or discontinuation of breastfeeding in mothers of children with Down syndrome, *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 28, 340-4.

Dahl, L. (2015). *Clinician's guide to breastfeeding Evidenced-based Evaluation and Management*. New York: Springer

Ergaz-Shaltiel, Z., Engel, O., Erlichman, I., Naveh, Y., Schimmel, M.S. i Tenenbaum, A. (2016). Neonatal characteristics and perinatal complications in neonates with Down syndrome, *American Journal of Wiley medical genetics Part A*. 2017;9999:1-8

Emmanuel, A. (2015). A literature Review of the Factors That Influence Breastfeeding: An Application of the Health Belief Model, *International Journal of Nursing and Health Science* 2. No 3; 28-36

Epstein-Gilboa K. (2001). Using Language to facilitate breastfeeding. preuzeto s: <http://www.infactcanada.ca/Using%20Language%20to%20Facilitate%20Breastfeeding%20by%20Keren%20Epstein%20Gilboa.pdf>

Grgurić, J., (2014). Novi programi za promicanje dojenja, *Pediatrics Croatica*, 58, 151-158

Guralnick, M., (2010). Why Early intervention works, a Systems Perspective. *Infants and Young Children*, 24, 6-28.

Haggkvist, A. i Hansen M.N.(2008).The Adaptation of the Baby-friendly Hospital Initiative to Neonatal Units in Norway.U: Guoth-Gumberger, M., Seiringer, I., Nindl, G., Hormann, E., Lauwers, J., Portenfield, N. (Ur.).*A world wide View on Breastfeeding, Conference Syllabus*, (str. 84-87). Beč: European Lactation Consultant Association.

Hurst, N.(2008). Breastfeeding the Very Preterm Hospitalized Infant: An Ethnographic Study. U: Guoth-Gumberger, M., Seiringer, I., Nindl, G., Hormann, E., Lauwers, J., Portenfield, N. (Ur.). *A world wide view on breastfeeding, Conference Syllabus*, (str. 79). Beč: European Lactation Consultant Association.

Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. i Lau, J. (2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *Evidence Report Technology Assessment (153)* 1-186.

Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Fernandes, A., Inglis, D., Streiner, D. i Zee, R. (2014). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan 23; (1):CD008435. doi: 10.1002/14651858.CD008435.pub2(1).

Kim, P., Feldman, R., Mayes, L.C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J.F. i Swain, J.E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (8), 907-15.

Lau, C. i Schanler, R.J. (1996). Oral motor function in the neonate. *Clinics in Perinatology*, 23(2),161-78.

Lau, C. (2001). Effects of Stress on Lactation, Department of Pediatrics, Section of Neonatology, *Baylor College of Medicine, Houston, Texas*, 48, Issue 1, 221-234

Lea, R., Fein, S. i Grummer-Strawn, L. (2010). Do infants fed from bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared With Directly Breastfed Infants?.*Pediatrics*, 125, Broj 6, 1386-1393

Ljubešić, M. (2003).*Biti roditelj Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranog dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom*.Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži

Ljubešić, M. (2005).Stimulacija emocionalnog razvoja djece. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 1, Broj 2.

Meisels, S., Shonkoff, J. (1996).*Handbook of Early Childhood Intervention*, New York, Cambridge Universities Press.

Mizuno, K. i Ueda, A. (2001). Development of sucking behaviour in infants with Down syndrome, *Acta Paediatrica*, 90, 12, 1384-1388.

Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N., Dowswell, T. (2012).Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, May 16;(5)

Nenadić, N. i Grgurić, J. (2008). Krivulje rasta svjetske zdravstvene organizacije za djecu predškolske dobi - standardi za 21. stoljeće, *Paediatrica Croatica*, 52, No. 2.

Newman, J. i Pitman, T. (2000). *The ultimate Breastfeeding Book of Answers, Sick Babies, Premature Babies, Special Babies*. Roseville: Pinter and Martin

Noble R., Bovey A. (2008). When the Back of the Baby's Head is Held to Attach the Baby to the Breast, *The Bayside Breastfeeding Clinic*, Manly. Preuzeto s: <https://www.health-e-learning.com/resources/articles/when-the-back-of-the-babys-head-is-held-to-attach-the-baby-to-the-breast>

Pavičić Bošnjak, A. (2016). Promicanje dojenja u jedinicama intenzivnog neonatalnog liječenja i njege, *9th International Symposium on Breastfeeding and Lactation Breastfeeding: a key to sustainable development*. Book of Proceedings. U: Borut B. (Ur.), Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF

Pavičić Bošnjak, A., Stanojević M. i Glavaš E. (2014). Odnos između samoefikasnosti dojenja i teškoća pri dojenju tijekom boravka u rodilištu, *Paediatrica Croatica(1330-1403)* 58, ; 88-94.

Pavičić Bošnjak, A. (2012). *Povezanost osjećaja koherentnosti majki i isključivog dojenja*: doktorski rad, Split, Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet.

Pavičić Bošnjak, A., Grgurić J., Stanojević M. i Sonicki Z. (2009). Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups, *Journal of Perinatal Medicine* 37 185-192.

Pavičić Bošnjak, A., Grgurić, J. (2007). Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja, *Paediatrica Croatica*, 51, No.3.

Pećnik, N. (Ur) (2013). *Kako roditelji i zajednice brinu o djeci najmlađe dobi u Hrvatskoj*, Zagreb: Ured Unicefa u Hrvatskoj.

Pisacane, A., Toscano, E., Pirri, I., Continisio, P., Andria, G., Zoli, B., Strisciuglio, P., Concolino, D., Piccione, M., Lo Giudice, C., Vicari, S. (2003). Down syndrome and breastfeeding. *Acta Paediatrica*, (12), 1479-81.

Ramsay, M. i Gisel, E.G. (1996). Neonatal suckling and maternal feeding practices. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, str. 34-47.

Righard, L. i Alade, M.O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet Ip*; 336(8723):1105-7.

Rosenfeld-Johnson, S. (2007). The Oral-Motor Myths of Down Syndrome. Preuzeto s: <http://www.pediastaff.com/resources-the-oral-motor-myths-of-down-syndrome--january-2007>

Tharner, A. i sur. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment, *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 33(5).396-404.

Uvnäs Moberg, K. i Prime, D.K. (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013; 9(6):201-06

Victora, C., Bahl, R., Barros, A., Franca, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M., Walker, N. i Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effects, *The Lancet*, 387, 475-490.

Waller, A., Todres, D., Cassem, N. i Anderten, A. (1979). Coping with poor prognosis in the pediatric intensive care unit, *American Journal of Diseases of Children*, 133 (1121-1125)

Wouk, K., Tully, K.P., Labbok, M.H. (2017). Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3: Prenatal Breastfeeding Education, *Journal of Human Lactation*, 33, 50-82

Zakanj, Z., Grgurić, J. i Jurčić, Z. (2006). Antioksidacijska uloga majčina mlijeka, *Pediatrics Croatica*;50, 197-201

Zakarija-Grković, I., Šegvić, O., Vučković Vukušić, A., Lozančić, T., Božinović, T., Čuže, A., Burmaz, T. (2017). Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions, *European Journal of Public Health*, 26, Issue 2, str. 282 – 289. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv203>.

Zakarija-Grković, I. i Pavičić Bošnjak, A. (2013). Uloga liječnika obiteljske medicine u Savjetovalištu za djecu-prijatelji dojenja, U Tiljak H. Ur. *Zbornik XX kongresa obiteljske medicine*, Zagreb, Hrvatska udružba obiteljske medicine 179-183.

Zakarija-Grković, I. i sur. (2012) Hospital Practices and Breastfeeding Rates before and after the UNICEF/WHO 20-Hour Course for Maternity Staff, *Journal of Human Lactation*, 28 (3), 389-399

Zakarija-Grković, I. i Burmaz, T. (2010). Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to Breastfeeding: Before/After Study of 5 Maternity Facilities in Croatia, *Croatian Medical Journal*, 51; 432-441

Zaštita, promicanje i potpora dojenju u Europi: nacrt aktivnosti. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. Preuzeto s: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

Prilozi:

Prilog 1: Upitnik za ispitivanje potpore dojenju

UPITNIK ZA ISPITIVANJE POTPORE DOJENJU MAJKI DJECE S DOWNOVIM SINDROMOM

Ovaj upitnik sastavljen je u svrhu ispitivanja potpore dojenju majkama djece s Downovim sindromom. Jamčimo anonimnost za Vaše odgovore. Podatci će biti obrađeni i prikazani unutar specijalističkog rada Dijane Miočić iz područja rane intervencije u edukacijskoj rehabilitaciji i sadržavat će smjernice za pružanje učinkovite potpore majkama u dojenju djece. Vaše iskustvo dragocjena je pomoć budućim majkama. Ujedno Vas molimo da na priloženom obrascu potpišete svoju suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

Najljepše Vam zahvaljujemo na suradnji!

I. Opći podatci

Molimo zaokružite svoju dobnu skupinu:

- a) 16 – 20 godina
- b) 21 – 25 godina
- c) 26 – 30 godina
- d) 31 – 35 godina
- e) 36 – 40 godina
- f) 41 – 45 godina
- g) 45 + godina

Vaše obrazovanje (zaokružiti najvišu završenu školu):

- a) osnovna škola
- b) srednja škola
- c) viša škola
- d) fakultet
- e) magisterij/doktorat

Dijete s Downovim sindromom rođeno je kao:

- a) prvo
- b) drugo
- c) treće
- d) četvrto
- e) peto i sljedeće

Koliko je staro Vaše dijete s Downovim sindromom?

Jeste li dojili stariju djecu? Roditelje koji imaju više djece molimo da navedu prosječno trajanje dojenja.

- a) da
- b) ne

Koliko dugo? _____

II. Priprema za dojenje

1. Kako ste planirali hraniti dijete za vrijeme trudnoće?
 - a) isključivo dojiti (davati samo svoje mlijeko, bez dodavanja ikakve druge hrane ili pića)
 - b) hraniti isključivo zamjenskim mlijekom na bočicu
 - c) kombinirati dojenje i zamjensko mlijeko na bočicu

2. Koliko dugo ste željeli dojiti?

3. Jeste li se informirali o dojenju prije poroda?
 - a) da
 - b) ne
 - c) djelomično

4. Ako da, koji Vam je od navedenih izvora pružio najbolje informacije o dojenju (dopušteno je zaokružiti više odgovora)?
 - a) ginekolog
 - b) tečaj za trudnice
 - c) letci, brošure
 - d) časopisi
 - e) knjige
 - f) internetske stranice
 - g) osoblje u rodilištu
 - h) patronažna sestra
 - i) djetetov pedijatar (liječnik)
 - j) grupa za potporu dojenju
 - k) prijatelji ili članovi obitelji
 - l) neki drugi izvor (navedite koji) _____

5. Koliko bi, prema Vašem mišljenju, najduže trebalo dojiti?

6. Je li dijete pri porodu imalo zdravstvenih teškoća zbog kojih je zadržano u bolnici dulje nego je uobičajeno nakon poroda? Ako da, kratko opišite zdravstvene teškoće i dužinu boravka u bolnici.

- a) da
- b) ne

7. Je li dijete u prvoj godini života zbog zdravstvenih teškoća bilo hospitalizirano? Ako da, kratko opišite.

- a) da
- b) ne

III. Iskustvo dojenja i potpora u rodilištu

8. Kada ste prvi put po porodu imali priliku staviti dijete na dojku?

- a) unutar prva 2 sata
- b) nakon 2 – 4 sata
- c) nakon 4 – 6 sati
- d) nakon 6 – 12 sati
- e) nakon 12 – 24 sata
- f) nakon više od 24 sata po porodu

9. Je li Vam netko od osoblja u rodilištu pokazao kako staviti dijete na prsa i pomogao oko dojenja?

- a) da
- b) ne

10. Ako da, tko?

- a) primalja
- b) liječnik
- c) sestra na odjelu
- d) netko drugi (molimo napišite tko) _____

11. Biste li voljeli da ste imali više potpore u rodilištu?

- a) da
- b) ne

12. Jeste li imali problema s dojenjem?

- a) da
- b) ne

13. Ako da, ukratko opišite svoj problem

14. Je li Vam netko pomogao da ih riješite?

- a) primalja
 - b) sestra na odijelu
 - c) neonatolog
 - d) djetetov pedijatar
 - e) patronažna sestra
 - f) grupa za potporu dojenju
 - g) netko drugi (molimo napišite tko) _____
 - h) nitko
-

IV. Iskustvo dojenja i potpora nakon izlaska iz rodilišta

15. Kako ste dojili svoje dijete?

- a) na zahtjev (svaki put kada zatraži)
- b) prema unaprijed utvrđenom rasporedu
- c) kako kada

16. Koliko je dugo dojeno Vaše dijete? _____

17. Ako više ne dojite, jeste li dojili onoliko dugo koliko ste željeli?

- a) da
- b) ne

18. Zašto ste prestali dojiti?

19. Što bi Vam bilo pomoglo da dojite dulje?

- a) potpora medicinskog osoblja
 - b) potpora supruga
 - c) potpora obitelji i prijatelja
 - d) drugo (molimo upišite što)
-

20. Koje biste promjene preporučili kako bi djeca s Downovim sindromom mogla biti dojena onoliko dugo koliko majka i dijete to žele.

- a) u trudničkoj pripremi
-

- b) u rodilištu
-

- c) po dolasku kući
-

21. Ima li još nešto što nam želite priopćiti o pitanjima dojenja i svog iskustva, a nije bilo sadržano u upitniku?

Najljepše zahvaljujemo na odvojenom vremenu i trudu za ispunjavanje ovog upitnika!

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU O PODRŠCI DOJENJU MAJKAMA

Upoznata sam sa svrhom istraživanja koje Dijana Miočić provodi u okviru svog specijalističkog studija na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu te pristajem na sudjelovanje na način da mi je zajamčena anonimnost.

U Zadru,

(datum)

(potpis)

Prilog 2: Iskustvo dojenja majke djeteta s Downovim sindromom

„Moj sin rođen je iz druge, uredne trudnoće. Nakon poroda postavljena je sumnja da ima Downov sindrom. Nakon što nam je pedijatar potvrdio da dijete nema zdravstvenih problema, počeli smo s dojenjem.

U početku je bio jako pospan i teško je prihvaćao dojku, a i gubio je na težini. Medicinsko osoblje tada mi je savjetovala da se izdajam, što sam u početku i činila.

Još u trudnoći znala sam da želim dojiti i čvrsto sam vjerovala da ću uspjeti bez obzira na postavljenu dijagnozu.

Svog prvog sina dojila sam 11 mjeseci s tim da je dojenje odmah počelo bez problema.

Uz izdajanje svog sam drugog sina često stavljala na prsa. U jednom trenutku trbuh mu se napuhao pa su liječnici napravili dodatne pretrage sumnjajući na poremećaj crijeva. Kada su nalazi bili gotovi pedijatar nam je rekao da se dijete nagutalo zraka i da ga ne znam nahraniti. Savjetovao mi je da se ostavim dojenja jer ga neću moći dojiti zbog hipotonije mišića.

Odustajanje nikako nije bila moja opcija jer sam znala koje su prednosti dojenja.

Dojenjem dijete jača imunitet i normalnu funkciju crijeva, bolja je koordinacija usta i jezika, ali i povećana bliskost između majke i djeteta.

Moju obitelj taj je događaj jako prestrašio i čvrsto su vjerovali liječnicima, a ja sam u tom trenutku vjerovala svom instinktu.

Mislim da su u takvim trenucima najveći problem nestručni i loši savjeti, ali i nerazumijevanje okoline. Po izlasku iz bolnice više sam se informirala, kontaktirala sam udrugu te stručnjake koji se bave ranom intervencijom u djetinjstvu.

Kod kuće je bilo mnogo lakše, oboje smo bili opušteni, više nismo bili pod pritiskom i vrlo smo brzo uspostavili dojenje. Dječak je odlično napredovao na težini i uspješno sam ga dojila dvije i pol godine.

Hipotonija mišića kod njega je bila vrlo izražena. Zbog nje je počeo samostalno sjediti tek s dvije godine, a prohodao je s tri godine i deset mjeseci.

Ako smo mi uspjeli, mislim da mogu i drugi, samo je potrebna želja i mnogo strpljenja.

Vjerujem da je dojenje uvelike utjecalo na oralnu motoriku. On danas žvače krutu hranu bez ikakvih teškoća, oko godine dana počeo je piti na slamku, a oko godine i pol i puhati balone, sve prije nego što je počeo sjediti.

Najvažnije je u početku imati savjetnika i stručnjaka koji će vam pomoći u uspostavi dojenja jer ćete se vrlo često naći u situaciji kada nećete moći pomoći ni sebi ni djetetu. Svaka mama najbolje razumije i osjeća svoje dijete.“