

2020

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

MAGISTRSKO DELO

VLOGA MATERINE NAVEZANOSTI, MOTIVACIJE ZA  
DOJENJE IN SOCIALNE OPORE PRI USPEŠNEM  
DOJENJU

URŠKA BAČAR

URŠKA BAČAR

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Vloga materine navezanosti, motivacije za dojenje in socialne  
opore pri uspešnem dojenju**

(The role of maternal attachment, breastfeeding motivation and social support  
in successful breastfeeding)

Ime in priimek: Urška Bačar

Študijski program: Uporabna psihologija, 2. stopnja

Mentor: prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: asist. dr. Vesna Jug

Koper, julij 2020



## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Urška BAČAR

Naslov magistrskega dela: Vloga materine navezanosti, motivacije za dojenje in socialne opore pri uspešnem dojenju

Kraj: Koper

Leto: 2020

Število listov: 134

Število tabel: 42

Število referenc: 133

Mentor: prof. dr. Gorazd Drevenšek

Somentor: asist. dr. Vesna Jug

UDK: 618.63:316.6(043.2)

Ključne besede: dojenje, uspešno dojenje, materina navezanost, motivacija za dojenje, socialna opora

Izvleček:

Dojenje je najbolj naraven način hranjenja dojenčka, ki zagotavlja optimalno prehrano za dojenčkovo rast in razvoj ter ima številne prednosti za otroka in mater. Namen magistrskega dela je bil ugotoviti, kakšno vlogo so imeli materina navezanost, motivacija za dojenje, socialna opora in drugi dejavniki pri uspešnosti in trajanju dojenja ter zadovoljstvu z dojenjem. V raziskavi je sodelovalo 789 udeleženk. Udeleženke so imele veliko socialne opore in so izražale visoko navezanost na svoje otroke ter srednjo motivacijo za dojenje. Ugotovili smo, da so matere, ki so imele visoko izraženo avtonomno motivacijo, dojenje ocenjevale kot bolj uspešno. Matere, ki so imele več socialne opore v času dojenja, in matere, ki so dojile na otrokovo pobudo, so bile bolj zadovoljne z dojenjem in so dojenje ocenjevale kot bolj uspešno. Pri materah, ki so že zaključile dojenje, smo opazili, da so bolj verjetno dojile več časa, če niso imele težav z dojenjem. Materina navezanost je bila pozitivno povezana s socialno oporo in motivacijo za dojenje. Notranja regulacija (zadovoljstvo pri dojenju) in zunanja regulacija »dva« (dojenčkovo zdravje) sta bila ustrezna napovedovalca uspešnosti dojenja. Prikazali smo modele napovednikov uspešnosti dojenja, zadovoljstva z dojenjem in trajanja dojenja. Ugotovili smo, da bodo matere, ki bodo več časa izključno dojile, ocenjevale dojenje kot bolj uspešno, bolj bodo zadovoljne z dojenjem in dojile bodo več časa. Menimo, da je potrebno matere opolnomočiti za dojenje, jim nuditi strokovne informacije in oporo, kakršno si želijo.

### Key document information

Name and SURNAME: Urška BAČAR

Title of the thesis: The role of maternal attachment, breastfeeding motivation and social support in successful breastfeeding

Place: Koper

Year: 2020

Number of pages: 134      Number of tables: 42      Number of references: 133

Mentor: Prof. Gorazd Drevenšek, PhD

Co-Mentor: Assist. Vesna Jug, PhD

UDC: 618.63:316.6(043.2)

Keywords: breastfeeding, successful breastfeeding, maternal attachment, breastfeeding motivation, social support

Abstract:

Breastfeeding is the most natural form of feeding the baby. It ensures an optimal diet for baby's development and it has numerous advantages for the baby and its mother. The purpose of this master's thesis is to establish, what role do maternal attachment, breastfeeding motivation, social support and other factors have in successfulness and duration of breastfeeding and in satisfaction with breastfeeding. 789 women participated in the study. They had a lot of social support, expressed a high level of maternal attachment and had medial breastfeeding motivation. We found out that the mothers with a high autonomous motivation assessed breastfeeding as more successful. Mothers with more social support in time of breastfeeding and those who breastfed on child's demand, were more content with breastfeeding and described it as successful. For mothers, who had already concluded with breastfeeding, there was a bigger possibility to breastfeed longer if they had not had problems with breastfeeding. Maternal attachment was positively connected with the social support and breastfeeding motivation. Breastfeeding enjoyment and baby's health were important predictors of the success of breastfeeding. We showed the models of the predictors of successful breastfeeding, satisfaction with breastfeeding and breastfeeding duration. We established that the mothers, who will breastfeed exclusively longer, will assess it as more successful, will be more satisfied with breastfeeding and will breastfeed longer. We believe, the mothers need to be empowered to breastfeed and given professional information and the support they desire.

## KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 DOJENJE .....	2
1.1.1 Prednosti dojenja za otroka.....	3
1.1.2 Prednosti dojenja za mater.....	5
1.1.3 Pogostost dojenja .....	5
1.1.4 Pravice ob rojstvu otroka.....	6
1.1.5 Dokumenti povezani z dojenjem .....	7
1.1.6 Anatomija dojke in fiziologija dojenja.....	8
1.1.7 Novorojenčkovi refleksi .....	10
1.1.8 Uspešnost dojenja .....	11
1.1.9 Začetek dojenja .....	12
1.1.10 Dejavniki uspešnega dojenja .....	12
1.1.11 Spodbujanje in zaviranje laktacije .....	26
1.1.12 Odstavljanje od prsi.....	27
1.1.13 Kontraindikacije za dojenje .....	28
1.1.14 Hranjenje po steklenički .....	28
1.2 MATERINA NAVEZANOST .....	29
1.2.1 Biologija navezanosti .....	30
1.2.2 Ugotovitve raziskav .....	30
1.3 MOTIVACIJA ZA DOJENJE.....	31
1.3.1 Teorija samodeterminacije .....	32
1.3.2 Ugotovitve raziskav .....	34
1.4 SOCIALNA OPORA.....	36
1.4.1 Ugotovitve raziskav .....	36
1.5 NAMEN IN CILJI .....	41
1.6 HIPOTEZE.....	41
1.6.1 Materina navezanost.....	42
1.6.2 Motivacija za dojenje .....	42
1.6.3 Socialna opora.....	42
1.6.4 Ovire pri dojenju .....	43
2 METODA.....	44
2.1 VZOREC.....	44
2.2 PRIPOMOČKI.....	45
2.2.1 Vprašalnik matrine navezanosti .....	45
2.2.2 Lestvica motivacije za dojenje.....	46
2.2.3 Večdimenzionalna lestvica zaznane socialne opore .....	47

2.3 POSTOPEK .....	48
3 REZULTATI .....	50
3.1 OPISNA STATISTIKA.....	50
3.2 VLOGA RAZLIČNIH DEJAVNIKOV PRI DOJENJU.....	72
3.2.1 Materina navezanost .....	72
3.2.2 Motivacija za dojenje.....	73
3.2.3 Socialna opora .....	74
3.2.4 Ovire pri dojenju .....	75
3.3 DODATNE ANALIZE ODNOSOV MED SPREMENLJIVKAMI .....	79
3.3.1 Uspešnost dojenja in zadovoljstvo z dojenjem .....	79
3.3.2 Povezanost med materino navezanostjo, socialno oporo in motivacijo za dojenje .....	79
3.3.2 Napovedniki uspešnosti dojenja, zadovoljstva z dojenjem in trajanja dojenja...81	
4 RAZPRAVA.....	92
5 SKLEPI .....	110
6 VIRI.....	113

## KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1	Frekvenčna porazdelitev zaposlitvenega statusa, zakonskega stanu, ravnih izobrazbe in števila otrok.....	44
Tabela 2	Opisna statistika vprašalnika MAI, lestvic in podlestvic MSPSS in BMS, zadovoljstva z dojenjem ter uspešnosti dojenja .....	50
Tabela 3	Frekvenčna porazdelitev načrtovane in želene nosečnosti, časa poroda, uporabe inkubatorja ter koriščenja pravice do odmora za dojenje .....	51
Tabela 4	Frekvenčna porazdelitev vrste poroda in zadovoljstva s porodom .....	53
Tabela 5	Frekvenčna porazdelitev duševnih in zdravstvenih težav po porodu.....	54
Tabela 6	Frekvenčna porazdelitev trajanja dojenja .....	56
Tabela 7	Frekvenčna porazdelitev zadovoljstva z dojenjem in uspešnosti dojenja .....	57
Tabela 8	Frekvenčna porazdelitev začetka dojenja, izključnega dojenja, pogostosti dojenja, težav pri dojenju in razlogov za prenehanje dojenja .....	58
Tabela 9	Frekvenčna porazdelitev uživanja hrane za spodbujanje laktacije in zaviranja laktacije.....	60
Tabela 10	Frekvenčna porazdelitev pomoči pri dojenju.....	62
Tabela 11	Frekvenčna porazdelitev informacij o dojenju .....	63
Tabela 12	Frekvenčna porazdelitev svetovanja pri dojenju.....	65
Tabela 13	Frekvenčna porazdelitev želene pomoči pri dojenju .....	66
Tabela 14	Frekvenčna porazdelitev priprave na dojenje .....	68
Tabela 15	Frekvenčna porazdelitev opore pri dojenju .....	69
Tabela 16	Kolmogorov-Smirnov test vprašalnika MAI, lestvic in podlestvic MSPSS in BMS, zadovoljstva z dojenjem ter uspešnosti dojenja .....	70
Tabela 17	Cronbachov $\alpha$ koeficient vprašalnika MAI in lestvic ter podlestvic MSPSS in BMS.....	71
Tabela 18	Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med materino navezanostjo in uspešnostjo dojenja .....	72
Tabela 19	Hi-kvadrat povezanosti med začetkom dojenja in materino navezanostjo ter izključnim dojenjem .....	72
Tabela 20	Srednji rangi povprečij točk na podlestvicah BMS.....	73
Tabela 21	Testna statistika Friedmanovega testa.....	73
Tabela 22	Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med avtonomno motivacijo in uspešnostjo dojenja .....	74
Tabela 23	Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med socialno oporo in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja .....	74
Tabela 24	Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med duševnimi težavami po porodu in trajanjem dojenja .....	75



---

Tabela 25	Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med težavami pri dojenju in trajanjem dojenja .....	76
Tabela 26	Hi-kvadrat povezanosti med pogostostjo dojenja in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja .....	77
Tabela 27	Pogostost dojenja glede na zadovoljstvo z dojenjem in uspešnost dojenja .....	77
Tabela 28	Hi-kvadrat povezanosti med vrsto poroda in trajanjem dojenja.....	78
Tabela 29	Vrsta poroda glede na trajanje dojenja.....	78
Tabela 30	Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med vprašalnikom MAI in lestvicami ter podlestvicami MSPSS in BMS .....	79
Tabela 31	Multipla korelacija in statistična pomembnost za model napovednih dejavnikov uspešnosti dojenja .....	81
Tabela 32	Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike uspešnosti dojenja .....	82
Tabela 33	Multipla korelacija in statistična pomembnost za model napovednih dejavnikov zadovoljstva z dojenjem.....	82
Tabela 34	Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike zadovoljstva z dojenjem.....	83
Tabela 35	Multipla korelacija in statistična pomembnost za model napovednih dejavnikov trajanja dojenja .....	83
Tabela 36	Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike trajanja dojenja...	84
Tabela 37	Multipla korelacija in statistična pomembnost za posamezni model napovednih dejavnikov uspešnosti dojenja.....	85
Tabela 38	Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike uspešnosti dojenja .....	86
Tabela 39	Multipla korelacija in statistična pomembnost za posamezni model napovednih dejavnikov zadovoljstva z dojenjem.....	87
Tabela 40	Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike zadovoljstva z dojenjem.....	88
Tabela 41	Multipla korelacija in statistična pomembnost za posamezni model napovednih dejavnikov trajanja dojenja .....	89
Tabela 42	Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike trajanja dojenja...	90

## SEZNAM KRATIC

AAP	Ameriška akademija za pediatrijo ( <i>angl. »American Academy of Pediatrics«</i> )
ABA	Avstralsko združenje za dojenje ( <i>angl. »Australian Breastfeeding Association«</i> )
BMS	Lestvica motivacije za dojenje ( <i>angl. »Breastfeeding Motivation Scale«</i> )
BSPD	Britansko društvo za otroško zobozdravstvo ( <i>angl. »British Society of Paediatric Dentistry«</i> )
MAI	Vprašalnik materine navezanosti ( <i>angl. »Maternal Attachment Inventory«</i> )
MDDSZ	Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti
MKB-10-AM	Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija
MSPSS	Večdimenzionalna lestvica zaznane socialne opore ( <i>angl. »Multidimensional Scale of Perceived Social Support«</i> )
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NOSD	Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja
PTSM	Posttravmatska stresna motnja
UNICEF	Sklad Združenih narodov za otroke ( <i>angl. »United Nations Children's Fund«</i> )
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija ( <i>angl. »World Health Organization«</i> )

## **ZAHVALA**

*Zahvaljujem se:*

*udeleženkam raziskave za sodelovanje in deljenje osebnih izkušenj,*

*mentorju prof. dr. Gorazdu Drevenšku za strokovne nasvete, konstruktivno kritiko in natančen pregled magistrskega dela,*

*somentorici asist. dr. Vesni Jug za pomoč pri statističnih analizah, strokovne in praktične nasvete, hitro odzivnost, konstruktivno kritiko, pohvalo ter spodbudne besede,*

*družini za spodbudo, razumevanje in oporo, posebno mami za strokovne nasvete in lektoriranje, Ani za oporo in tehnične nasvete, Samotu za potrpežljivost in ljubezen, Evi za navdih in motivacijo*

*ter prijateljem, ker so verjeli vame.*

*Hvala!*



## 1 UVOD

Dojenje je hranjenje dojenčka ali malčka z materinim mlekom neposredno iz materinih dojk (Himani in Kumar, 2011). Je najbolj naraven način hranjenja dojenčka (WHO/UNICEF, 2003, citirano v: Niela-Vilén idr., 2015), ki zagotavlja optimalno prehrano za dojenčkovo rast in razvoj ter ima enkraten biološki in čustveni vpliv na zdravje matere in otroka (Olang idr., 2012, citirano v: Mohammadi idr., 2017). Poleg tega je materino mleko običajno kakovostno, poceni in vedno v najboljšem stanju za uživanje (Pinto idr., 2016). Mati in dojenček morata na začetku osvojiti določene spretnosti, potem pa je dojenje zelo preprosto in priročno (NIJZ, 2019). Strokovnjaki priporočajo dojenje do dveh let in uvajanje goste prehrane pri šestih mesecih (UNICEF, 2010, citirano v: Kail in Cavanaugh, 2014).

Leta 2012 je v Sloveniji ob odpustu iz porodnišnice po neuradnih podatkih dojilo 96,9% mater (Fajdiga Turk, 2013). Po prihodu domov pa se je začel delež doječih mater zmanjševati. Bigec in sodelavci (2008, citirano v: Fajdiga Turk, 2013) so ugotovili, da se je do tretjega meseca starosti tretjina dojenčkov hranila izključno z nadomestnim mlekom. Ob teh podatkih smo se vprašali, zakaj se delež mater, ki izključno dojijo, tako hitro manjša, ter kakšno vlogo imajo pri tem materina navezanost, motivacija za dojenje in socialna opora.

Prvi dejavnik, s katerim se bomo ukvarjali, je materina navezanost, ki jo je Bowlby opredelil kot topel, nepretrgan in intimen odnos med materjo in otrokom, v katerem sta oba zadovoljna (Cetisli idr., 2018). Materina navezanost je unikaten odnos, ki ima pomembno vlogo pri zdravi rasti in razvoju otroka (Cinar idr., 2015), saj vez med materjo in otrokom dojenčku zagotavlja občutek varnosti in udobja (Biaggio, 2001, citirano v: Perrelli idr., 2014).

Naslednji dejavnik, ki nas bo zanimal, je motivacija za dojenje. Motivacija je opredeljena kot niz notranjih sil, ki mobilizirajo in vodijo delovanje telesa proti določenemu cilju kot odgovor na stanje nujnosti, potrebe ali neravnovesja (Monteiro in Santos, 2005, citirano v: Pinto idr., 2016). Ker je motivacija gonilna sila vseh naših dejanj, nas bo zanimalo, kakšna je njena vloga pri dojenju. Obstaja veliko teorij motivacije. Osredotočili se bomo na teorijo samodeterminacije, ki sta jo razvila Ryan in Deci (2000a; 2000b) in je ena izmed vodilnih teorij motivacije.

Pomemben dejavnik, ki vpliva na uspešnost dojenja, je tudi socialna opora. S. A. Shumaker in A. Brownell (1984, citirano v: Zimet idr., 1988) sta socialno oporo opredelili kot izmenjavo virov med vsaj dvema osebam, kjer jo ponudnik in prejemnik zaznavata kot namenjeno izboljšanju dobrega počutja prejemnika. Materam so lahko v oporo tako

zdravstveni delavci kot laiki. V magistrskem delu nas bo zanimalo, kako matere zaznavajo ustreznost socialne opore družine, prijateljev in pomembnih drugih.

## 1.1 DOJENJE

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO; *angl.* »World Health Organization«) dojenje opredeljuje kot normalen način za zagotavljanje hranil, ki jih dojenčki potrebujejo za zdravo rast in razvoj (WHO, n. d.). Izključno dojenje je hranjenje otroka samo z materinim mlekom, kljub morebitnemu dodajanju vitaminov, mineralov ali zdravil, ki jih predpiše pediater (NIJZ, 2019).

WHO (n. d.) priporoča izključno dojenje do šestega meseca starosti in nadaljevanje z dojenjem ob primerni dopolnilni prehrani do otrokove starosti dveh let ali več. Ameriška akademija za pediatrijo (AAP; *angl.* »American Academy of Pediatrics«) pa priporoča izključno dojenje približno šest mesecev in nadaljevanje dojenja ob dopolnilni prehrani še 1 leto ali več, dokler si dojenja želita tako mati kot otrok (AAP, 2012). Slovenske nacionalne smernice so skladne s priporočili WHO. Priporočeno je izključno dojenje do zaključka šestega meseca starosti, postopno uvajanje goste hrane po dopolnjenih šestih mesecih otrokove starosti in dojenje do drugega leta otrokove starosti ali dlje, če si otrok in mati to želita (NIJZ, 2019).

Dojenje je fiziološko, varčno in priročno (Mathur in Dhingra, 2014) ter ima številne koristi za zdravje otroka in matere (Shamir, 2016). Ena izmed prednosti dojenja je tudi v tem, da materino mleko praviloma ne more biti onesnaženo, kar je lahko problem pri uporabi nadomestnega mleka in hranjenju po steklenički (Kail in Cavanaugh, 2014).

Iz prehranskega vidika je materino mleko živa, popolna in naravna hrana, ki zagotavlja vsa potrebna hranila. Poleg tega pa vsebuje tudi druge sestavine, ki spodbujajo rast in zaščito pred okužbami. Materino mleko zagotavlja zaščito pred alergijami in olajša prilagajanje na drugo hrano (Pinto idr., 2016). Materino mleko vsebuje velike količine zelo kakovostnih snovi, ki se enostavno absorbirajo in zagotavljajo energijo, prehransko ravnovesje, enostavno prebavo in zdravo rast (Hockenberry idr., 2014). Vsebuje ustrezno količino ogljikovih hidratov, maščob, beljakovin, vitaminov in mineralov (Dewey, 2001, citirano v: Kail in Cavanaugh, 2014). Bogato je z esencialnimi maščobnimi kislinami, laktozo, dolgoveričnimi polinenasičenimi maščobami in fosfolipidi. Vsebuje tudi encime, kot so amilaza, lipoproteinska lipaza in laktoperoksidaze, ki povečajo prebavljivost materinega mleka in delujejo kot obramba proti mikrobom. Beljakovine v materinem mleku so bogate z  $\alpha$ -laktalbumini in laktoferini. Laktalbumin je bogat s triptofanom, prekursorjem serotonina, ki ima pomembno vlogo kot nevrottransmitter, laktoferin pa zagotavlja absorpcijo železa in

cinka (Mathur in Dhingra, 2014). Dojenje zagotavlja prenos materinih protiteles in T-limfocitov ter zagotavlja zaščito pred nekaterimi nalezljivimi boleznimi.

Iz čustvenega vidika je dojenje pomembno pri interakciji med materjo in otrokom. Bližina in vizualni stik omogočata medsebojno prilagajanje in postopno vzpostavitev vezi med materjo in otrokom. Zelo pomembno je, da se prvo hranjenje zgodi v prvi uri po rojstvu in da se izognemo dodatku nadomestnega mleka (Pinto idr., 2016).

### **1.1.1 Prednosti dojenja za otroka**

Dojenje ima številne koristi za zdravje otroka (Shamir, 2016). Dojeni otroci so manj pogosto bolni, saj materino mleko vsebuje materina protitelesa, hkrati so manj nagnjeni k driski in zaprtosti. Običajno tudi lažje preidejo na gosto hrano (Kail in Cavanaugh, 2014). Poleg tega dojenje ob uvajanju hrane z glutenom vpliva na manjše tveganje za razvoj celiakije (Akobeng idr., 2006).

Dojenje ščiti otroka pred okužbami in nepravilnim grizom, verjetno zmanjšuje tveganje za prekomerno telesno maso in sladkorno bolezen (Victoria idr., 2016) ter je pozitivno povezano s kognitivnim razvojem (Lee idr., 2016). Poleg tega naj bi bili dojeni dojenčki manj nagnjeni k astmi in alergijskim motnjam (Mathur in Dhingra, 2014). Pregled raziskav in metaanaliza (Dogaru idr., 2014) sta pokazala, da dojenje ščiti otroka pred astmo do drugega leta starosti, potem pa se pozitiven učinek dojenja počasi zmanjšuje. K. Gerhart in sodelavci (2018) so ugotovili, da daljše trajanje dojenja zmanjšuje tveganje za ponavljajoči se kašelj v odraslosti, ne glede na kajenje in druge respiratorne simptome. Trajanje dojenja pa je pozitivno povezano tudi z zmanjšanim tveganjem za levkemijo (Bener idr., 2008; Ip idr., 2009, citirano v: AAP, 2012).

Raziskovalci ugotavljajo, da izključno dojenje vpliva na zmanjšano tveganje za različne bolezni in stanja, kot so pljučnica (Chantry idr., 2006, citirano v: AAP, 2012), hospitalizacija zaradi okužb spodnjih dihal, astma, atopijski dermatitis, ekcem, sladkorna bolezen (Ip idr., 2007, citirano v: AAP, 2012) in sladkorna bolezen tipa 2 (Schwarz idr., 2010). Dojenje (v kakršnikoli obliki) pa zmanjšuje pojavnost različnih otroških bolezni in stanj, kot so vnetje srednjega ušesa (Ip idr., 2007, citirano v: AAP, 2012; Victoria idr., 2016), sindrom nenadne smrti dojenčka, nekrotizirajoči enterokolitis (Ip idr., 2007, citirano v: AAP, 2012; Victoria idr., 2016), nespecifične okužbe prebavil (Duijts idr., 2010; Ip idr., 2007; Ip idr., 2009; Quigley idr., 2007, citirano v: AAP, 2012), vnetje črevesja (Barclay idr., 2009), debelost (Ip idr., 2007; Owen idr., 2005, citirano v: AAP, 2012; Shamir, 2016; Yan idr., 2014), okužbe dihal, driska (Victoria idr., 2016) in alergije (Shamir, 2016).

Dojenje pozitivno vpliva tudi na nevrološki razvoj (AAP, 2012; Shamir, 2016). Dolgoverižne polinenasičene maščobe v materinem mleku pospešujejo rast možganov in zmanjšujejo tveganje za disleksijo in hiperaktivnost (Mathur in Dhingra, 2014). Beloruska raziskava (Kramer idr., 2008) je pokazala, da izključno in dolgotrajno dojenje izboljša otrokov kognitivni razvoj. Dojenčki, ki so izključno dojени, imajo višji inteligenčni kvocient in imajo lahko tudi večje matematične sposobnosti kot dojenčki, ki so hranjeni z nadomestnim mlekom (Mathur in Dhingra, 2014). Korejska raziskava (Lee idr., 2016) je pokazala pozitivno povezavo med trajanjem dojenja in vrednostjo indeksa duševnega razvoja. Ugotovili so, da so imeli otroci, ki so bili dojени 9 mesecev ali več, bistveno boljši kognitivni razvoj med 1. in 3. letom starosti kot nedojени otroci.

Dlje časa dojени otroci imajo že v zgodnjem otroštvu boljše razvito avtoreglativno vedenje (Newton, 1971, citirano v: Klopčič, 2019), kar pomeni, da so dolgoročno bolj samostojni in potrebujejo manj zunanje tolažbe, čeprav so kratkoročno gledano zahtevali več odzivnosti staršev na stisko. Dojeni otroci naj bi bili tudi boljše razviti, socialno kompetentni in samozavestni.

Victoria in sodelavci (2016) so odkrili samo eno škodljivo posledico dojenja, in sicer povečano tveganje za nastanek kariesa pri otrocih, ki so bili dojени več kot eno leto. Povezavo med kariesom in podaljšanim dojenjem (več kot 24 mesecev) pa so potrdile tudi nekatere druge raziskave (Chaffee idr., 2014; Hartwig idr., 2019; Peres idr., 2017). Pregled raziskav (Moynihan idr., 2019), ki ga je naročila Svetovna zdravstvena organizacija, povzema, da dojenje do drugega leta ne povečuje tveganja za pojav kariesa, medtem ko dojenje po drugem letu starosti predstavlja povečano tveganje za pojav kariesa v zgodnjem otroštvu. Nedavna avstralska raziskava (Devenish idr., 2020) je pokazala, da dojenje ni povezano s kariesom v zgodnjem otroštvu. S kariesom so povezani predvsem drugi dejavniki, kot so uživanje sladkane hrane in pijače ter slabši socialno-ekonomski pogoji.

Britansko društvo za otroško zobozdravstvo (BSPD; *angl. »British Society of Paediatric Dentistry«*) trdi, da dojenje na otrokovo zahtevo in nočno dojenje po dopolnjenem enem letu starosti, zlasti skupaj s sladkano hrano in pijačo, prispeva k kariesu (Williams, 2018). BSPD svetuje, naj matere, ki želijo nadaljevati z dojenjem po dopolnjenem prvem letu otrokove starosti, tesno sodelujejo s svojim zobozdravnikom, da bi zmanjšale potencialno tveganje za pojav kariesa. BSPD po dopolnjenem prvem letu priporoča umivanje zob po zadnjem obroku (Williams, 2018).

A. Klopčič (2019) v priročniku *Dojenje po prvem letu* navaja, da nekateri otroški zobozdravniki zaradi sladkorjev v materinem mleku odsvetujejo dojenje po prvem letu. Na nastanek kariesa naj bi vplivalo predvsem nočno dojenje (Klopčič, 2019). Materino mleko je



sestavljeno iz laktoze, ki ima izmed vseh sladkorjev najmanjši vpliv na nastanek kariesa (Murray idr., 2003, citirano v: Klopčič, 2019). Pravilna tehnika dojenja onemogoča stik mleka z zobmi. Tveganje za nastanek kariesa zmanjšuje tudi ustrezna ustna higiena. Victora in sodelavci (2016) zaključujejo, da tveganje za nastanek kariesa zaradi številnih prednosti dojenja ne sme biti razlog za prenehanje dojenja, ampak naj bo to razlog za ustrezno ustno higieno.

### **1.1.2 Prednosti dojenja za mater**

Dojenje ni koristno samo za otroka, ampak ugodno vpliva tudi na mater. Zmanjšuje namreč tveganje za pojav raka dojk, maternice in jajčnikov, zmanjšuje poporodno krvavitev, spodbuja zgodnjo involucijo maternice in pomaga pri izgubljanju poporodne telesne mase (Mathur in Dhingra, 2014). Izključno ali prevladujoče dojenje v prvih šestih mesecih po porodu sta povezana z daljšim trajanjem laktacijske amenoreje (Chowdhury idr., 2015), ki je pri doječih materah odgovorna za večjo razliko v starosti med sorojenci (AAP, 2012).

Nedavna raziskava (Modugno idr., 2019) je pokazala, da je dojenje povezano z zmanjšanim tveganjem za pojav epiteljskega raka jajčnikov. Zaščitni učinek dojenja sicer z leti upada, vendar naj bi zaščita trajala več kot 30 let. Dojenje ščiti tudi pred rakom dojk in jajčnikov ter pred sladkorno boleznijo tipa 2 (Chowdhury., 2015; Victora idr., 2016). Chowdhury in sodelavci (2015) so ugotovili, da je bilo pri materah, ki so dojile več kot 12 mesecev, manjše tveganje za razvoj raka dojk (za 26%) in jajčnikov (za 37%) v primerjavi z materami, ki niso dojile.

S prospektivnimi kohortnimi raziskavami (Henderson idr., 2003, citirano v: AAP, 2012) so ugotovili, da je poporodna depresija pogostejša pri materah, ki ne dojijo ali so otroka zgodaj odstavile od prsi. Razlog, zakaj so doječe matere manj pogosto depresivne, je verjetno v dejstvu, da dojenje sprošča hormone z antidepressivnim učinkom (Gagliardi, 2005, citirano v: Kail in Cavanaugh, 2014).

Dojenje zmanjšuje tudi tveganje za revmatoidni artritis (Karlson idr., 2004, citirano v: AAP, 2012) ter bolezni srca in ožilja (Schwarz idr., 2009, citirano v: AAP, 2012).

### **1.1.3 Pogostost dojenja**

Na podlagi ameriške Nacionalne raziskave o imunizaciji (U.S. Department of Health and Human Services, 2010, citirano v: AAP, 2012) so ocenili, da v Združenih državah Amerike z dojenjem prične 75% mater, priporočila za izključno dojenje prvih šest mesecev pa upošteva le 13% ameriškega prebivalstva (AAP, 2012). Na Portugalskem je bil leta 2013

delež novorojenčkov, ki so jih matere začele izključno dojiti, 98,57%, ob odpustu iz porodnišnice je bilo izključno dojenih le še 76,67% novorojenčkov, do šestih mesecev starosti pa je bilo izključno dojenih le še 22,1% dojenčkov (Portugal, Ministry of Health, General Health Directorate, 2014, citirano v: Nelas idr., 2016). Victora in sodelavci (2016) so ugotovili, da je dojenje v revnih državah pogostejše kot v bogatih. Leta 2016 je bil največji delež izključno dojenih dojenčkov v Ruandi (85%) in v Šrilanki (76%) (Victora idr., 2016).

Nacionalni inštitut za javno zdravje<sup>1</sup> (NIJZ) je leta 2009 začel izvajati pilotno raziskavo *HRAST – Spremljanje dojenja, prehrane dojenčkov in majhnih otrok ter njihovega prehranskega statusa za načrtovanje in evalvacijo ukrepov na tem področju* (Fajdiga Turk, 2013). V raziskavo so vključili zdrave matere, ki niso imele večjih zapletov pri porodu in so oktobra 2009 v ljubljanski porodnišnici rodile zdrave donošene otroke. Ugotovili so, da je 99,4% mater poskušalo vzpostaviti dojenje v porodnišnici, v tretjem mesecu po porodu je 78,4% mater še vedno dojilo, 48,5% mater je v tretjem mesecu izključno dojilo, v šestem mesecu je dojilo še 61,5% mater, izključno dojilo jih je le še 0,6% (Fajdiga Turk, 2013).

Preliminarni podatki pred kratkim zaključene raziskave (»SI.Menu 2017/2018«, citirano v: NIJZ, 2019) kažejo na to, da se v Sloveniji v prvih dneh življenja prične dojiti devet od desetih novorojenčkov. Nakazuje se, da pričnejo matere z višjo izobrazbo v primerjavi z materami z nižjo izobrazbo pogosteje dojiti. Dojenje upada s starostjo dojenčka. Ugotovili so, da je v šestem mesecu otrokove starosti dojilo še 56% mater, v dvanajstem mesecu otrokove starosti jih je dojilo le še 32,9% ali pa so dojenčkom vsaj enkrat na dan ponudili izčrpano materino mleko.

#### **1.1.4 Pravice ob rojstvu otroka**

V Sloveniji lahko ob rojstvu otroka izkoristimo različne pravice, ki so povezane tudi z dojenjem. Obstaja namreč pozitivna povezava med dolžino porodniškega dopusta in trajanjem dojenja (Navarro-Rosenblatt in Garmendia, 2018). Plačan starševski dopust podpira vzdrževanje dojenja in pomaga pri razvoju optimalne navezanosti med materjo in otrokom (Cooklin idr., 2012). K. R. Mirkovic in sodelavke (2016) so ugotovile, da so zaposlene ženske, ki so imele 12 ali več tednov plačanega porodniškega dopusta, pogosteje pričele z dojenjem in dojile svojega otroka pri šestih mesecih kot matere, ki niso imele plačanega porodniškega dopusta.

Pravici iz zavarovanja za starševsko varstvo, ki ju matere lahko izkoristijo po rojstvu otroka, sta materinski in starševski dopust (MDDSZ, n. d.). Doječe matere imajo pravico tudi do

---

<sup>1</sup> Nacionalni inštitut za javno zdravje se je v času raziskave HRAST imenoval še Inštitut za varovanje zdravja.

odmora za dojenje. Država prebivalcem Republike Slovenije nudi tudi druge pravice ob rojstvu otroka<sup>2</sup>, ki z dojenjem niso povezane, zato jih ne bomo posebej opisovali. Pravice se uveljavlja praviloma na najbližjem Centru za socialno delo, v primeru pritožb pa odloča Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ).

Materam najprej pripada materinski dopust v obliki polne odsotnosti z dela, ki traja 105 dni. Matere ga lahko začnejo koristiti 28 dni pred predvidenim datumom poroda. Obvezno je koristiti le 15 dni materinskega dopusta. Naslednja pravica je starševski dopust, ki je namenjen obema staršema. Vsakemu od staršev pripada 130 dni v obliki polne ali delne odsotnosti z dela. Mati lahko prenese na partnerja 100 dni dopusta, 30 dni pa lahko koristi le ona. Oče pa lahko ves starševski dopust prenese na partnerko in tako lahko mati izkoristi kar 260 dni starševskega dopusta. V nekaterih primerih (pri dvojčkih, nedonošenčkih in otrocih, ki potrebujejo posebno nego) se lahko starševski dopust podaljša. Do 75 dni starševskega dopusta se lahko prenese in izrabi do otrokovega končnega prvega razreda osnovne šole. Višina nadomestila v času starševskega dopusta znaša 100% osnove, ki jo Center za socialno delo sam pridobi od Finančne uprave (Portal GOV.SI, n. d.).

Materam, ki dojijo in so zaposlene za polni delovni čas, pripada tudi nadomestilo v času odmora za dojenje. To pravico lahko matere v Sloveniji koristijo od 1. 9. 2014 naprej (MDDSZ, n. d.). Materam na podlagi potrdila specialista pediatra pripada pravica do nadomestila/plačila prispevkov v času odmora za dojenje eno uro dnevno do otrokovega 18 meseca starosti (Portal GOV.SI, n. d.).

### 1.1.5 Dokumenti povezani z dojenjem

Svetovna zdravstvena organizacija in Sklad Združenih narodov za otroke (UNICEF; *angl.* »United Nations Children`s Fund«) sta leta 1989 izdala dokument »Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: The special role of the Maternity Services«, leta 1990 pa sta predstavila še dokument »Innocenti Declaration«, katerega sestavni del je listina *Deset korakov do uspešnega dojenja*. Obenem sta pozvala države, da v vseh porodnih ustanovah implementirajo *Deset korakov do uspešnega dojenja* (Drglin, 2010). Leta 1991 sta WHO in UNICEF lansirala Pobudo novorojencem prijazna porodnišnica (*angl.* »Baby-friendly Hospital Initiative«), ki si v svetu prizadeva za izvajanje praks, ki varujejo, promovirajo in podpirajo dojenje (WHO, n. d.). Namen pobude je motivirati ustanove, ki nudijo storitve materam in novorojenčkom, da bi izvajale omenjena priporočila, ki povzemajo pravila in postopke, ki jih je potrebno izvajati v podporo dojenju. Izvajanje *Desetih korakov do uspešnega dojenja* namreč izboljšuje stopnjo dojenja (WHO, n. d.).

---

<sup>2</sup> Vse pravice ob rojstvu otroka so predstavljene na spletni strani <https://www.gov.si/teme/pravice-ob-rojstvu-otroka/> (Portal GOV.SI, n. d.).

V nadaljevanju bomo predstavili *Deset korakov do uspešnega dojenja*, ki so bili revidirani leta 2018 (WHO, n. d.). Prva dva koraka opisujeta kritične postopke upravljanja z dojenjem v zdravstvenih ustanovah. Prvi korak, ki je sestavljen iz treh delov, narekuje ustanovam, da: a) v celoti upoštevajo Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka in relevantne sklepe Svetovne zdravstvene skupščine, b) imajo pisno politiko hranjenja dojenčkov, ki se rutinsko sporoča osebju in staršem ter c) vzpostavljene sisteme za stalno spremljanje in upravljanje podatkov. Drugi korak ustanovam narekuje, da zagotavljajo ustrezno usposobljenost osebja na področju znanja, kompetenc in spretnosti za podporo dojenju. Naslednjih osem korakov opisuje ključne klinične prakse, ki zdravstvenim delavcem narekujejo, da: 1) (3. korak) razpravljajo o pomenu in izvajanju dojenja z nosečnicami in njihovimi družinami, 2) (4. korak) omogočijo takojšen in neprekinjen stik kože s kožo in podpirajo matere, da začnejo z dojenjem čim prej po porodu, 3) (5. korak) podpirajo matere pri začetku in vzdrževanju dojenja ter obvladovanju običajnih težav, 4) (6. korak) dojenim dojenčkom ne ponujajo druge hrane ali tekočine, razen materinega mleka, razen če je to medicinsko indicirano, 5) (7. korak) omogočajo materam in njihovim otrokom da ostanejo skupaj in sobivajo 24 ur na dan, 6) (8. korak) podpirajo matere, da prepoznajo dojenčkovo željo/potrebo po hranjenju in se odzovejo nanjo, 7) (9. korak) materam svetujejo o uporabi stekleničk za hranjenje, cucljih in dudah ter o tveganjih pri njihovi uporabi in 8) (10. korak) koordinirajo odpust (iz porodnišnice), tako da imajo starši in njihovi otroci primeren dostop do stalne opore in nege (WHO, n. d.).

Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja (NOSD) v Sloveniji s pobudo *Novorojencem prijazna porodnišnica* spodbuja dojenje za dobro zdravje mater in otrok in izobražuje osebje bodočih novorojencem prijaznih porodnišnic. Trenutno ima naziv *Novorojencem prijazna porodnišnica* 12 od 14 porodnišnic v Sloveniji, v njih pa se rodi 85% otrok (UNICEF Slovenija, n. d.). NOSD nadaljuje svoje poslanstvo s pobudo o *Dojenju prijaznih zdravstvenih ustanovah*.

### **1.1.6 Anatomija dojke in fiziologija dojenja**

Dojko sestavljajo žlezno in vezivno tkivo ter maščevje. Večina žensk v rodnem obdobju ima približno enako količino žleznega tkiva, medtem ko se količina maščevja razlikuje od posameznice do posameznice (Kocbek Mikložič, n. d.). Maščobe in vezivno tkivo določajo velikost dojke in niso povezani s količino mleka, ki jo dojka lahko proizvede (Mathur in Dhingra, 2014).

Okoli bradavice je temneje obarvana koža, ki se imenuje kolobar – areola. Vsaka bradavica ima 10 do 20 izvodil, skozi katere priteče mleko. Na areoli je razporejenih približno 15 Montgomerijevih žlez, ki skrbijo za zaščito kože areole in bradavic med dojenjem. Notranji

del dojke sestavlja med 15 in 25 žlezni režnjevi, ki so postavljeni krožno okoli bradavice. Vsak reženj ima od 20 do 40 režnjičev, kjer so mlečne žleze (alveoli), v katerih se tvori mleko (Kocbek Mikložič, n. d.). Mlečne žleze se grozdasto zbirajo okoli mlečnih vodov, leti pa se povezujejo, pod areolo postanejo širši in se združujejo v mlečne sinuse, kjer se začasno skladišči mleko (Mathur in Dhingra, 2014). Za dojenje je pomembno, da je otrok dobro pristavljen na dojko. Dojenček mora imeti široko odprta usta, rob zgornje dlesni in jezik, ki gre preko spodnje dlesni, morata biti okoli oboda areole, spodnja ustnica mora biti zavihana navzven, brada se mora dotikati dojke (Hoyer in Vettorazzi, 2017; Mathur in Dhingra, 2014).

Tvorbo materinega mleka uravnavajo različni hormoni. Najpomembnejši je prolaktin, vlogo pri nastajanju materinega mleka pa imajo tudi estrogen, progesteron, inzulin, rastni hormon, kortizol, tiroksin in humani placentarni laktogen (Hatzopoulos idr., 2001, citirano v: Gabay, 2002). Pri prenosu mleka do dojenčka pomagata prolaktinski in oksitocinski refleksi. Prolaktin je odgovoren za nastajanje mleka, oksitocin pa povzroči, da se mišice okoli alveolov in mlečnih vodov skrčijo, kar povzroči izliv mleka (Mathur in Dhingra, 2014).

#### 1.1.6.1 Prolaktinski refleksi

Med nosečnostjo visoka raven estrogena in progesterona zavira učinke prolaktina na nastajanje mleka. Ob porodu raven progesterona močno upade in sproži laktacijo (Gabay, 2002). Dojenček s sesanjem zagotavlja senzorični dražljaj preko živčnih končičev v bradavici in areoli do hipofize, kjer se sprošča prolaktin (prolaktinski refleksi). Prolaktin deluje na žleze v dojkah, kar vodi v nastajanje mleka (Mathur in Dhingra, 2014), in regulira količino nastalega mleka. Po tem, ko je laktacija že vzpostavljena, pa dojenčkova potreba po dojenju vodi postopek nastajanja mleka (Gabay, 2002). Več kot otrok sesa, več mleka nastane. Nastajanje mleka spodbuja tudi pogostejše praznjenje dojk in nočno dojenje, saj se pri sesanju ponoči izloči več prolaktina. Manj pogosto sesanje, krajši podoji in neizpraznjenje dojk pa pripomorejo k zmanjšani količini mleka (Mathur in Dhingra, 2014). Če ni sesanja, laktacija preneha v dveh do treh tednih (Gabay, 2002).

#### 1.1.6.2 Oksitocinski refleksi

Oksitocinski refleksi je odgovoren za prenos mleka od matere do otroka (Mathur in Dhingra, 2014). Stimulacija čutnih živcev v bradavici in areoli s sesanjem sproži nastajanje oksitocina v hipofizi. Oksitocin deluje na mišice okoli mlečnih vodov v dojki in povzroči izliv mleka. Na oksitocin vpliva materino čustveno stanje. Pozitivna čustva, dojenčkov pogled in zvoki, ki jih ustvarja, lajšajo oksitocinski refleksi, medtem ko ga negativna čustva zavirajo (Mathur in Dhingra, 2014). Oksitocinski refleksi vzpodbujata začetek sesanja, včasih pa se stimulira že

pred dojenjem. Včasih, ko mater sliši otroka jokati ali pomisli nanj, se lahko začne oksitocin refleksno izločati in mleko se začne izcejati iz dojke (Kocbek Mikložič, n. d.).

### 1.1.6.3 Laktogeneza

Laktogeneza je proces, s katerim mlečna žleza razvija sposobnost izločanja mleka (Neville, 2001). Poteka v dveh fazah. Približno na sredini nosečnosti postane žleza sposobna izločati mleko in nastajajo majhne količine izcedka (Arthur idr., 1991, citirano v: Neville, 2001). Ta faza se imenuje laktogeneza 1. Z otrokovim rojstvom začne nastajati mleko (Kocbek Mikložič, n. d.). Zaradi rojstva posteljice v materinem telesu upade raven estrogena in progesterona. Obenem živčni impulzi iz maternice potujejo do hipotalamusa, ki spodbudi hipofizo, da začne izločati hormona prolaktin in oksitocin. V dojke priteče dodatna kri, da se lahko začne tvoriti mleko (Kocbek Mikložič, n. d.). Prve dni po porodu dojke še ne tvorijo pravega mleka, pač pa v njih nastaja mlečivo – kolostrum, ki je najpopolnejša hrana za novorojenčka. Kolostrum je rumenkasto in lepljivo materino mleko, ki nastane proti koncu nosečnosti. WHO (n. d.) priporoča hranjenje že prvo uro po rojstvu.

Laktogeneza 2 pa je začetek izločanja večjih količin mleka in nastopi v prvih štirih dneh po porodu (Neville, 2001). Pri večini mater začnejo dojke tvoriti večje količine mleka šele med tretjim in petim dnevom po porodu. Neprekinjeno nastajanje mleka lahko zagotovimo le z nenehnim dojenjem. Dojenček namreč s sesanjem sproži, da gre živčni impulz po hrbtenjači v možgane do hipotalamusa in nato v hipofizo, ki začne sproščati več oksitocina in prolaktina. Tako prične nastajati mleko (Kocbek Mikložič, n. d.).

### 1.1.7 Novorojenčkovi refleksi

Novorojenčki se rodijo s prirojenimi refleksi. Opišemo jih lahko kot nenaučene odzive, ki jih sproži specifična oblika stimulacije (Kail in Cavanaugh, 2014). Za dojenje sta pomembna iskalni in sesalni refleks, ki novorojenčku omogočata, da pridobi hranila, ki jih potrebuje za rast. O iskalnem refleksu govorimo takrat, ko dojenčka pobožamo po licu in se odzove tako, da obrne glavo v smer dražljaja in odpre usta. Iskalni refleks dojenčku pomaga, da najde dojko (Kail in Cavanaugh, 2014). Iskalni refleks vzpodbudi sesalni refleks (May in Mahlmeister, 1994, citirano v: Mohamadi idr., 2017), ki omogoča hranjenje. Ko dojenček dobi predmet v usta, začne sesati (Kail in Cavanaugh, 2014).

### 1.1.8 Uspešnost dojenja

V znanstveni literaturi ni enotne opredelitve uspešnega dojenja. F. Mohammadi in sodelavke (2017) so analizirale koncept uspešnega dojenja in ugotovile, da ima uspešno dojenje štiri osnovne značilnosti, ki vključujejo, kako držati dojenčka med dojenjem, kako ponuditi dojko, kako sesati in prenos mleka med materjo in otrokom. Nekateri primeri, povezani z uspešnim dojenjem, vsebujejo dojenčkovo držo med dojenjem, fiziologijo in anatomijo prsi ter fiziologijo in anatomijo otrokovih ust. U. Repnik (2019) meni, da je za uspešno dojenje ključno pogosto in pravilno pristavljanje.

Dojenje je uspešno, kadar se po dojenju dojenček ne prisesa na prsi, se ne odziva na iskalni refleks in se zdi miren, mater pa ne čuti bolečine in neudobja v prsih. Ob uspešnem dojenju ima dojenček šest mokrih pleničk in vsaj trikrat odvaja blato v 24-ih urah v štirih dneh (Isenstadt, 2006, citirano v: Mohammadi idr., 2017). Pokazatelji uspešnega dojenja so tudi: dojenček tesno zagrabl dojko in začne sesati ter požirati mleko vsaj osemkrat v 24-ih urah, ob vsakem podoju je popolnoma izpraznjena le ena dojka, dojenček je uro do dve uri po podoju vesel in zadovoljen, dojenčkovo blato je normalno in dojenček uživa v ciklu spanja in budnosti več kot sedemkrat v 24-ih urah (Chertok, 2009; Lawrence in Lawrence, 2010, citirano v: Mohammadi idr., 2017).

Raziskovalci menijo (Henderson idr., 2001; Morland-Schultz idr., 2005, citirano v: Mohammadi idr., 2017), da je zelo pomembno, kako držimo dojenčka med dojenjem. Mati in dojenček bi namreč morala biti med dojenjem v stiku koža s kožo (Henderson idr., 2001, citirano v: Mohammadi idr., 2017).

Pokazatelj uspešnega dojenja je pogosto tudi položaj dojke v dojenčkovih ustih. Dojenček pravilno zagrabl dojko tako, da je cela areola v njegovih ustih. Dojko je potrebno dojenčku ponuditi tako, da njegova usta, jezik in dlesni obkrožijo areolo, dojenčkov nos in brada pa morata biti v tesnem stiku z dojko (Ingram idr., 2002; Powers, 2008; Shrago idr., 1990, citirano v: Mohammadi idr., 2017). Če dojenčkova usta areole ne objamejo pravilno in dojko držijo le z dlesnimi, dojenček ne bo prejel dovolj mleka, mati pa bo imela razpokane bradavice (Shrago idr., 1990, citirano v: Mohammadi idr., 2017).

Uspešno dojenje je interaktiven proces materinih in dojenčkovih telesnih in psiholoških potreb (Galvao, 2006, str. 79, citirano v: Pinto idr., 2016). Uspešno dojenje ne pomeni le trajanja in odsotnosti fizičnih težav, pač pa pomeni tudi informirano izbiro na podlagi različnih (družinskih, socialnih in izobraževalnih) dokazov v prid dojenju, podporo družine ter materino zaupanje v svojo sposobnost laktacije in skrbi za otroka.

### **1.1.9 Začetek dojenja**

Za začetek dojenja in nadaljevanje z njim mora biti dojenček sposoben sesati, požirati in dihati, mati pa mora biti sposobna in pripravljena dojiti. Pomembno je tudi, da okolica podpira diado mati-otrok (Smith, 2007).

Zgodnji začetek dojenja ima veliko koristi za zdravje mater in otrok (Schafer in Watson Genna, 2015). Prvo hranjenje lahko sestavlja več pristavljanj in preizkušanje različnih položajev za dojenje, preden začne otrok sesati in traja dokler otrok ne pokaže znakov sitosti ali pade v globok spanec (Schafer in Watson Genna, 2015).

B. K. Himani in Kumar (2011) sta ugotovila, da pričetek dojenja v roku ene ure po porodu izboljša odnos med materjo in otrokom. Priporočata, da matere z dojenjem pričnejo čim prej po porodu. Takoj po rojstvu je namreč sesalni refleks najbolj aktiven in novorojenčki so bolj čuječi in pozorni v prvih 30 do 60 minutah po rojstvu. Če novorojenčka položimo k materinim prsim v tem obdobju, se povečajo možnosti za izključno dojenje (Anisfeld idr., 1983, citirano v: Himani in Kumar, 2011). Dve uri po rojstvu novorojenčki pogosto postanejo zaspani in jih je težko prebuditi, zato je takrat začetek dojenja bolj zahteven (Moore idr., 2012, citirano v: Schafer in Watson Genna, 2015).

### **1.1.10 Dejavniki uspešnega dojenja**

V magistrskem delu bomo obravnavali dejavnike, ki lahko igrajo pomembno vlogo pri uspešnosti in trajanju dojenja, ter jih analizirali z empirično raziskavo.

Italijanska raziskava (Colombo idr., 2018) je pokazala, da so bili dojenju naklonjeni nekateri dejavniki, kot so izkušnja z uspešnim dojenjem v preteklosti, visoka stopnja materine izobrazbe, obiskovanje »šole za starše«, neuporaba dude, sobivanje z otrokom in dojenje na otrokovo pobudo. Opazili so tudi negativno povezavo med dojenjem in dejavniki, kot so visoka starost matere, umetno sprožen porod, percepcija majhne zaloge mleka, mastitis in razpokane bradavice.

#### **1.1.10.1 Demografski dejavniki**

Daljše trajanje dojenja je lahko povezano z nekaterimi demografskimi dejavniki, kot sta zakonski stan (poročene matere) (Clark idr., 2018) in (višja) starost matere (Haughton idr., 2010). J. Haughton in sodelavci (2010) so ugotovili, da vsako dodatno leto starosti mater za 9% poveča verjetnost, da bodo dojile več kot šest mesecev. Ameriška raziskava (Clark idr.,



2018) je pokazala, da je daljše trajanje dojenja lahko povezano tudi z materino rasno pripadnostjo (belopolte ženske).

Raziskave (Colombo idr., 2018; Lee idr., 2016; Nguyen idr., 2016) so pokazale pozitivno povezavo med materino visoko izobrazbo in dojenjem, obenem pa so nekatere raziskovalke (Navarro-Rosenblatt in Garmendia, 2018; Oakley idr., 2014) ugotovile, da matere z nižjo izobrazbo dojijo manj časa. Najdemo pa lahko tudi raziskave, ki niso potrdile povezave med dojenjem in stopnjo izobrazbe (Haughton idr., 2010).

Dojenje je lahko povezano tudi z zaposlitvenim statusom. G. O. Vieira in sodelavci (2004, citirano v: Pinto idr., 2016) so ugotovili, da matere, ki delajo od doma, pogosteje izključno dojijo. A. R. Cooklin in sodelavke (2012) pa so ugotovile, da je bila zaposlitev v prvih desetih mesecih po porodu povezana z manjšo materino ločitveno stisko in krajšim časom dojenja.

#### 1.1.10.2 Število otrok

Dojenje je lahko povezano s številom otrok. Z nekaterimi raziskavami (Amin idr., 2011; Kaneko idr., 2006, citirano v: Colombo idr., 2018) so ugotovili, da matere z več otroci pogosteje dojijo in dojijo več časa, druge raziskave pa ugotavljajo ravno nasprotno povezavo. Colombo in sodelavci (2018) so ugotovili, da so matere z negativno izkušnjo z dojenjem v preteklosti manj pogosto dojile kot prvorodke.

#### 1.1.10.3 Načrtovana in zelena nosečnost

Odločitev za dojenje in trajanje dojenja sta povezana tudi z načrtovano in zeleno nosečnostjo. V Združenih državah so ženske z neželjeno nosečnostjo manj verjetno začele dojiti ali nadaljevale z dojenjem v primerjavi z ženskami z zeleno nosečnostjo (Taylor in Cabral, 2002). Ena izmed raziskav (Haughton idr., 2010) pa je pokazala, da so matere, ki so načrtovale nosečnost, dojile več časa. Pri materah, ki so načrtovale nosečnost, je bilo dvakrat bolj verjetno, da bodo dojile več kot šest mesecev, kot pri materah, ki nosečnosti niso načrtovale.

#### 1.1.10.4 Gestacijska starost

Nedonošenčki se običajno dojijo manj od polno donošenih dojenčkov. Za uspešno dojenje pri nedonošenčkih pa je potrebno vzpodbudno okolje in posebna prizadevanja njihovih mater (Niela-Vilén idr., 2015).

#### 1.1.10.5 Porod

Dejavnik, ki ima lahko pomembno vlogo pri dojenju, je tudi način poroda. K. Kendall-Tackett in sodelavci (2015) so ugotovili, da vrsta poroda vpliva na dojenje in materino čustveno zdravje, A. Clark in sodelavke (2018) pa so ugotovile, da sta z daljšim trajanjem dojenja lahko povezani tudi materina zdravstvena preteklost in vrsta poroda.

Nekatere porodne prakse ne spodbujajo dojenja in mu lahko celo škodujejo. Mednje sodijo porod brez partnerja, ležanje v postelji, položaj na hrbtu, nepremičnost, odrekanje hrane in pijače, uporaba intravensko vnešenih zdravil pri porodu, umetno sprožen porod in/ali umetni popadki, uporaba opiatov za lajšanje bolečin, carski rez, operativni vaginalni porod s pomočjo vakuuma in/ali klešč ter podaljšan porod (Chen idr., 1998; Kroeger in Smith, 2004, citirano v: Smith, 2007). Naštete porodne prakse ne vplivajo le na mater, ampak imajo negativne učinke tudi na novorojenčka (Smith, 2007).

Ameriška raziskava (Kendall-Tackett idr., 2015) je pokazala, da je bolj verjetno, da so dojile matere, ki so imele vaginalni porod brez pomoči, oziroma niso uporabile epiduralne analgezije ali drugih protibolečinskih zdravil med porodom. Avtorji opozarjajo, da uporaba epiduralne analgezije ali drugih protibolečinskih sredstev ne pomeni, da bodo imele težave pri dojenju, pač pa je pri njih le večje tveganje za pojav težav.

A. Brown in S. Jordan (2013) sta ugotovili, da so matere, ki so imele zaplete pri porodu, dojile manj časa kot matere, ki niso imele težav pri porodu. S krajšim časom dojenja so bili povezani zlasti porod s pomočjo carskega reza, fetalna stiska, neuspešno napredovanje poroda in poporodna krvavitev.

Novorojenčki, ki so bili rojeni s pomočjo operativnega poroda ali so bili izpostavljeni anestetikom, imajo pogosto težave pri plazenju do prsi, pristavljanju in sesanju (Ransjo-Arvidson, 2001, citirano v: Smith, 2007). Kanadska raziskava (Hobbs idr., 2016) je pokazala, da je bil porod s pomočjo carskega reza povezan z večjim številom težav pri dojenju in krajšim časom dojenja v primerjavi z vaginalnim porodom. Ženske, ki so rodile s pomočjo urgentnega carskega reza, so bolj verjetno imele neuspešen prvi poskus dojenja, niso mogle dojeti v prvih 24-ih urah, in niso mogle dojeti ob odhodu iz porodnišnice.

Pri operativnem vaginalnem porodu lahko klešče in vakuum vplivajo na dojenje. Strokovnjaki za dojenje se pogosto srečujejo s posrednimi rezultati (Smith, 2007). Hall in sodelavci (2002, citirano v: Smith, 2007) so ugotovili, da je bil vaginalni porod s pomočjo vakuuma zelo pogost napovednik za zgodnje prenehanje z dojenjem.

V Sloveniji se metoda z vakuumsko ekstrakcijo ploda uporablja redko, metoda operativnega dokončanja poroda s pomočjo klešč (forceps metoda) pa se skorajda ne uporablja več. Pridobili smo podatke iz Perinatalnega informacijskega sistema NIJZ o operativnem dokončanju porodov 2013–2018. S pomočjo vakuuma se je rodilo 2,5–2,8% otrok, s pomočjo forceps metode pa 0–2 otroka na leto (Malnar, statistična pisarna NIJZ, osebna komunikacija, 25. 5. 2020).

Pregled raziskav (French idr., 2016) o povezavi med epiduralno analgezijo in dojenjem takoj po porodu je podal nasprotujoče si rezultate. Dvanajst raziskav je pokazalo negativno povezavo med epiduralno analgezijo in uspešnim dojenjem, deset raziskav ni ugotovilo povezave, ena raziskava pa je ugotovila pozitivno povezavo med njima. Baumgarder in sodelavci (2003, citirano v: Smith, 2007) so ugotovili, da se veliko dojenčkov, ki so bili izpostavljeni epiduralni analgeziji, ni bilo sposobnih prisesati na dojko in učinkovito sesati. Obenem pa so A. I. Lee in sodelavci (2017) ugotovili, da uporaba epiduralnih analgetikov, ki vsebujejo koncentracije fentanila do 2µg/mL, ne vpliva na stopnjo dojenja pri šestih tednih po porodu. S. Devroe in sodelavci (2009) menijo, da je epiduralna analgezija najboljša oblika analgezije, ki je na voljo, ima najmanj neželenih učinkov na novorojenčka in je najboljša garancija za uspešno dojenje, kadar porodnica zahteva kakršnokoli obliko analgezije.

#### 1.1.10.6 Duševne in zdravstvene težave po porodu

Na uspešnost dojenja lahko vplivajo različna materina psihološka (tesnoba) in fizična stanja (boleče bradavice, utrujenost, slabokrvnost), ki lahko oslabijo izločanje in prenos mleka (Smith in Tully, 2001, citirano v: Mohammadi idr., 2017). V nosečnosti in prehodu v materinstvo se ženske soočajo s telesnimi in duševnimi izzivi, ki se odražajo v razponu od blagih, prehodnih stisk do več časa trajajočih sprememb razpoloženja (Drglin, 2016).

Duševne težave po porodu so v Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM), opredeljene v petem poglavju Duševne in vedenjske motnje (F00–F99), v sklopu Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (F50–F59), v kategoriji Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem (puerperijem), ki niso uvrščene drugje (MKB-10-AM, 6. verzija). V magistrskem delu bomo obravnavali poporodno otožnost, poporodno depresijo, poporodno psihozo, poporodno generalizirano anksiozno motnjo in poporodno posttraumatsko stresno motnjo ter njihovo vlogo pri dojenju.

Več kot polovica žensk ima kmalu po porodu blag in prehodni sindrom potrnosti, jokavosti in razdražljivosti, ki ga poimenujemo poporodna otožnost (Henshaw, 2003, citirano v:

Stewart in Vigod, 2019). To je obdobje poporodne čustvene labilnosti s pogostim jokom, razdražljivostjo, zmedo in tesnobo. V prvih dneh po porodu je lahko pri materi prisotna tudi vznesenost (Rai idr., 2015). V obdobju poporodne otožnosti so lahko prisotne tudi motnje spanja in pomanjkanje apetita, mati pa je lahko pretirano dejavna ali popolnoma brez energije. Motnja se najverjetneje pojavi zaradi nenadnih hormonskih sprememb po porodu. Simptomi se običajno pojavijo tretji, četrti in peti dan po porodu, trajajo pa lahko od nekaj ur do nekaj dni (Drglin, 2016). Raziskovalci (Henshaw, 2003, citirano v: Stewart in Vigod, 2019) so ugotovili, da poporodna otožnost običajno traja manj kot dva tedna, vendar se včasih lahko nadaljuje in se razvije v poporodno depresijo. Zaradi blage in kratkotrajne simptomatike posebni ukrepi običajno niso potrebni, zaželena pa je socialna opora in pomiritev družine (Rai idr., 2015).

Poporodna depresija se pojavi pri približno 11–20% mater po porodu (Webber in Benedict, 2019) in običajno nastopi v obdobju od štirih tednov do dvanajst mesecev po porodu (Stewart in Vigod, 2016, citirano v: Stewart in Vigod, 2019). Diagnostični kriteriji za opredelitev poporodne depresije, ki morajo trajati vsaj dva tedna in se razlikujejo od običajnega funkcioniranja, so depresivno razpoloženje, izguba interesa, anhedonija, motnje spanja in apetita, oslABLJENA koncentracija, psihomotorične motnje, izčrpanost, občutek krivde ali ničvrednosti ter samomorilne misli (American Psychiatric Association, 2013, citirano v: Stewart in Vigod, 2019). Simptomi poporodne depresije so tudi labilno razpoloženje, tesnoba, razdražljivost, občutek preobremenjenosti in obsesivne skrbi povezane z otrokovim zdravjem, hranjenjem in varnostjo pri kopanju (Schiller idr., 2015; Stewart in Vigod, 2016, citirano v: Stewart in Vigod, 2019). Približno 20% žensk s poporodno depresijo ima samomorilne misli (Wisner idr., 2013, citirano v: Stewart in Vigod, 2019).

Na razvoj poporodne depresije vplivajo biološki dejavniki, vključno s hormonskimi dejavniki, genetiko in delovanjem imunskega sistema (Stewart in Vigod, 2019). Dejavnika tveganja za pojav poporodne depresije pa sta lahko tudi težave pri dojenju in zgodnje odstavljanje (Ystrom, 2012, citirano v: Webber in Benedict, 2019).

Nezdravljena poporodna depresija slabo vpliva na mater, otroka in družino, zato je zelo pomembno, da bolezen pravočasno prepoznamo (Stewart in Vigod, 2019). V primeru blage oblike bolezni pogosto zadostuje že opora zdravstvenih delavcev, s katerimi je mati v stiku. Zdravstveni delavci mater pomirijo, se z njo pogovorijo in jo poučijo o simptomih poporodne depresije, ki zahtevajo dodatno pomoč in zdravljenje (Kendall-Tackett, 2010, citirano v: Webber in Benedict, 2019). V primeru resne oblike bolezni pa je potrebno zdravljenje z uporabo psihoterapije in/ali zdravil (Webber in Benedict, 2019).

Poporodna depresija lahko povzroči pomembne posledice tako za mater kot za otroka. Raziskovalci (Webber in Benedict, 2019) ugotavljajo, da je poporodna depresija negativno povezana z dojenjem. Pri ženskah s poporodno depresijo je manjša verjetnost za pozitivno izkušnjo z dojenjem, kar lahko vodi v zgodnje odstavljanje od dojke (Webber in Benedict, 2019). Britanska raziskava (Brown idr., 2016) je pokazala, da je bila visoka ocena na Edinburški lestvici poporodne depresije povezana s krajšim časom dojenja in številnimi razlogi za prenehanje dojenja. Ugotovili so, da so fizične težave in bolečina najboljši napovedniki za poporodno depresijo. Avtorji (Brown idr., 2016) menijo, da obstaja večje tveganje za pojav poporodne depresije pri ženskah, ki zaključijo z dojenjem že v prvih dneh po rojstvu. C. L. Dennis in K. McQueen (2009) sta ugotovili, da je bilo pri ženskah z depresivno simptomatiko v zgodnjem poporodnem obdobju večje tveganje za negativne rezultate hranjenja dojenčkov, vključno s krajšim trajanjem dojenja, večjim številom težav pri dojenju in zmanjšano stopnjo samoučinkovitosti pri dojenju. Nekateri podatki nakazujejo, da je pri ženskah z depresijo manjša verjetnost, da bodo začele z dojenjem in bodo izključno dojile (Dennis in McQueen, 2009). S. L. Hart in sodelavke (2011) pa so ugotovile, da je bilo pri dojenih novorojenčkih materino depresivno razpoloženje povezano z manjšim pridobivanjem telesne mase, manjšim vnosom mleka in slabšim prisesanjem na dojko. Ugotovili so tudi, da so se matere z depresijo, manj pogosto dotikale svojih otrok in jih manj tankočutno pristavljale k prsim, v primerjavi z materami, ki niso bile depresivne.

Poporodna psihoza je bolezen, pri kateri se v obdobju do štirih tednov po porodu pri bolnici pojavijo psihoza, kognitivna prizadetost in hudo neorganizirano vedenje (Sit idr., 2006). Pojavi se pri enem do dveh primerih na tisoč rojstev (Stewart in Vigod, 2019). Najpogostejši simptomi poporodne psihoze so vznesenost, labilno razpoloženje, nepovezano govorjenje, neorganizirano vedenje ter halucinacije ali blodnje (Rai idr., 2015). Potek bolezni je lahko raznolik in zapleten. Pojavljajo se lahko prehodne ali izmenične epizode blodenj o krivdi in zasledovanju, slušne halucinacije, deliriju podobni simptomi ter zmeda in prekomerna aktivnost (Rai idr., 2015).

Poporodno psihozo običajno povzroči več dejavnikov, kot so biološke spremembe, psihosocialni dejavniki in dejavniki tveganja za nastanek poporodnih motenj (Rai idr., 2015). V zgodnjem poporodnem obdobju prihaja do pomembnih bioloških sprememb. Med prvo in drugo fazo poroda se pomembno zmanjša raven progesterona, po rojstvu posteljice, ki izloča estrogen, pa hitro upade tudi raven estrogena. Estrogen vpliva na monoaminergični sistem, predvsem na raven serotonina in dopamina, in posledično lahko povzroči afektivne in psihotične simptome (Handley idr., 1980; Nott idr., 1976; Shah idr., 1999; Steiner, 1979, citirano v: Rai idr., 2015). Najpomembnejši dejavnik tveganja za poporodno psihozo je osebna ali družinska anamneza bipolarnih motenj ali druge psihotične motnje, kar lahko opazimo pri približno 40–50% primerov (Jones idr., 2014; Sit idr., 2006, citirano v: Davies,

2017). Ostali dejavniki tveganja so porod prvega otroka, materina starost, stres v poporodnem obdobju in materine težave s spanjem (Di Florio idr., 2014; Jones idr., 2014; Lewis idr., 2016; Sit idr., 2006, citirano v: Davies, 2017).

Ženska s poporodno psihozo potrebuje nujno zdravniško pomoč in takojšnje zdravljenje (Drglin, 2016). Priporočljivo je bolnišnično zdravljenje zaradi hitrega spreminjanja poteka bolezni, tveganja za samomor in poškodbe otroka (Howard idr., 2014, citirano v: Stewart in Vigod, 2019). Matere s poporodno psihozo lahko dojijo, vendar more biti s tem nujno seznanjen izbrani pediater, da lahko spremlja otrokovo klinično sliko (Sit idr., 2006), ker zdravila prehajajo v mleko (Hriberšek, 2016). Mati pa mora biti pozorna na vedenjske znake otroka, ki kažejo na zastrupitev (Sit idr., 2006). Zdravstveni delavci odsvetujejo dojenje pri uporabi klopazina, litija, karbamazepina, valprojske kisline in ob sočasni uporabi večjega števila zdravil. Če mati kljub zdravljenju želi dojeti, je priporočljivo, da jemlje le eno zdravilo v najmanjšem terapevtskem odmerku (Hriberšek, 2016).

Matere se v poporodnem obdobju lahko soočajo tudi z anksioznimi motnjami, kot so poporodna generalizirana anksiozna motnja, poporodna panična motnja, obsesivno kompulzivna motnja in postravmatska stresna motnja (Ali, 2018). Anksiozne motnje so opredeljene kot stanja, za katera so značilni pretiran strah in tesnoba ter z njima povezane motnje vedenja. Motnje razlikujemo glede na vrsto situacije, ki se je osebe bojijo, in vsebino prepričanj (American Psychiatric Association, 2013, citirano v: Ali, 2018).

Anksiozne motnje so pri ženskah v poporodnem obdobju pogostejše kot pri ženskah v splošni populaciji. Ocena pojavnosti anksioznih motenj v prvih šestih mesecih po porodu je v razponu 6,1–27,9% (Britton, 2008; Wenzel idr., 2003; Wenzel idr., 2005, citirano v: Ali, 2018). Anksiozne motnje v poporodnem obdobju so lahko komorbidne s poporodno depresijo. Približno 25–50% žensk z anksiozno motnjo namreč kaže tudi simptome poporodne depresije dva meseca po porodu (Wenzel idr., 2005, citirano v: Nakić Radoš idr., 2018). Dve od treh žensk s poporodno depresijo v prvih sedmih mesecih po porodu imata komorbidno anksiozno motnjo (Grant idr., 2008, citirano v: Nakić Radoš idr., 2018).

Duševne motnje pred nosečnostjo so pomemben dejavnik tveganja za pojav tesnobe in razpoloženskih motenj v pozni nosečnosti in v zgodnjem poporodnem obdobju (Giardinelli idr., 2012). Na razvoj razpoloženskih motenj lahko vplivajo tudi pomanjkanje partnerjeve opore, nenačrtovana nosečnost in zapleti pri porodu (Giardinelli idr., 2012). Ameriška raziskava (Britton, 2008) je pokazala, da obstaja večje tveganje za pojav tesnobe v prvem mesecu po porodu pri ženskah z visoko anksioznostjo (kot osebnostno lastnostjo), nižjo izobrazbo, zgodovino depresivnega razpoloženja in prisotnostjo stalnega stresa v obporodnem obdobju.

Za generalizirano anksiozno motnjo je značilna pretirana skrb, ki traja vsaj šest mesecev, in sočasnost drugih simptomov kot so nemir, utrujenost, slaba koncentracija, mišična napetost in motnje spanja (American Psychiatric Association, 2013, citirano v: Ali, 2018). Poporodna generalizirana anksiozna motnja se pojavi pri približno 4,4–10,8% mater (Misri idr., 2015). Pri blagi obliki generalizirane anksiozne motnje pomagajo kognitivno-vedenjska terapija, relaksacija in čuječnost, pri zmerni do hudi obliki bolezni pa je potrebna uporaba zdravil in/ali kognitivno-vedenjska terapija (Misri idr., 2015). Uporaba psihotropnih zdravil v nosečnosti in poporodnem obdobju je odsvetovana. Zdravila se uporabljajo le v primeru, da koristi zdravljenja odtehtajo tveganja (Misri idr., 2015).

Nekatere ženske v poporodnem obdobju razvijejo simptome posttravmatske stresne motnje (PTSM) v povezavi s travmatičnimi dogodki, ki se zgodijo med porodom in ob rojstvu (Dale-Hewitt idr., 2012, citirano v: Stewart in Vigod, 2019). Prevalenca poporodne PTSM je 5% žensk (Drglin, 2016). V peti izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (*angl. »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition«*) porod ni opredeljen kot primer travmatičnega dogodka, ki bi lahko povzročil PTSM (American Psychiatric Association, 2013, citirano v: Ali, 2018). Veliko zdravstvenih delavcev porodno travmo zaznava kot telesno poškodbo, zato morda ne prepoznajo psihološke in čustvene travme med porodom (Elmir idr., 2010, citirano v: Ali, 2018). C. Beck (2004, citirano v: Ali, 2018) meni, da je porodna travma tisto, kar ženske same zaznavajo kot travmatizirajoče pri porodu. Ekstremna bolečina in občutek izgube nadzora pri porodu sta za nekatere ženske lahko travmatizirajoča (Reynolds, 1997, citirano v: Ali, 2018). Težave lahko nastopijo takoj po porodu ali mesece pozneje (Drglin, 2016). Simptomi PTSM, ki lahko trajajo nekaj tednov ali mesecev, so napetost, nočne more, prebliski (*angl. »flashbacks«*) in prekomerna vzdraženost avtonomnega živčevja. Ob koncu ponovne nosečnosti se simptomi lahko ponovijo, kar lahko vodi do sekundarne tokofobije – patološkega straha pred porodom (Menage, 1993, citirano v: Rai idr., 2015). Osebe s poporodno PTSM potrebujejo veliko čustvene opore, pomagata pa tudi svetovanje in psihoterapija. Zdravila se uporabljajo redko (Drglin, 2016).

Tesnoba je v poporodnem obdobju pogosta in ima tudi v subklinični stopnji zelo škodljive in dolgoročne učinke na matere in otroke (Lonstein, 2007, citirano v: Ali, 2018). S pregledom raziskav (Fallon idr., 2016) so ugotovili močno (76% vključenih raziskav) povezavo med poporodno tesnobo in načinom hranjenja dojenčkov. Poporodna tesnoba je bila negativno povezana z izključnim dojenjem in drugimi oblikami dojenja. Ženske s simptomi poporodne tesnobe so manj pogosto izključno dojile in pogosteje prej zaključile z dojenjem. Nekateri podatki nakazujejo na to, da je pri materah s poporodno tesnobo manjša verjetnost, da bodo začele dojiti, in večja verjetnost, da bodo že v porodnišnici dodajale nadomestno mleko. Pri materah, ki so dojile, je poporodna tesnoba zmanjšala samoučinkovitost, povečala težave z

dojenjem in je negativno vplivala na vedenje pri dojenju in sestavo materinega mleka (Fallon idr., 2016).

Večina žensk (94%) se v prvem letu po porodu srečuje z eno ali več zdravstvenimi težavami (Kitič, 2014). Ženske po porodu imajo najpogosteje težave z inkontinenco urina ali blata ter z bolečino v predelu presredka in hrbtu. Pogosto so prisotne tudi težave pri vzpostavljanju intimnega odnosa s partnerjem in s spolnostjo.

Poporodna krvavitev je opredeljena kot obsežna izguba krvi po porodu. Po normalnem vaginalnem porodu se pojavi pri približno 3% žensk, po carskem rezu pa pri 6,4% žensk. Razlikujemo med zgodnjo in pozno poporodno krvavitvijo (Kitič, 2014). O zgodnji poporodni krvavitvi govorimo takrat, ko otročnica izgubi več kot 600 mL v prvih 24 urah po porodu, o pozni poporodni krvavitvi pa govorimo takrat, ko otročnica sveže obilno krvavi v obdobju po prvih 24 urah po porodu do šest tednov po porodu. Pozna poporodna krvavitev se najpogosteje pojavi med sedmim in štirinajstim dnevom po porodu (Kitič, 2014).

Pri ženskah, ki izgubijo veliko krvi, je manjša verjetnost, da bodo začele dojiti in bodo vzdrževale izključno dojenje (Thompson idr., 2010). Poporodna krvavitev namreč lahko povzroči vrsto dogodkov, ki materi preprečijo izključno dojenje. Rutinska dejanja, ki dokazano povečujejo uspešnost dojenja, so prekinjena. Mater in otroka lahko ločijo, kar povzroči odložitev začetka dojenja (Henry in Britz, 2013). A. Brown in S. Jordan (2013) sta ugotovili, da je bila poporodna krvavitev povezana s krajšim trajanjem dojenja.

Okužbe v poporodnem obdobju se v Združenih državah Amerike pojavijo pri 1-8% vseh porodov. Žarišča okužbe so najpogosteje raztrganine presredka, nožnice in materničnega vratu ter predel rane po epiziotomiji. V poporodnem obdobju so zelo pogoste okužbe urinarnega trakta, lahko pa se pojavi tudi vnetje maternične sluznice (endometritis) (Kitič, 2014).

Danska raziskava (Ahnfeldt-Mollerup idr., 2012) je pokazala, da je bila okužba otročnice povezana z višjo stopnjo prekinitve dojenja. Ugotovili so namreč, da je večji delež žensk s poporodno okužbo (zlasti z okužbo dojk, sečil in ran) prenehalo dojiti v prvih štirih tednih po porodu v primerjavi z ženskami brez poporodne okužbe.

Mastitis je vnetje dojke, ki pogosto nastane po zastoju mleka v mlečnih vodih kot posledica nepopolnega izpraznjenja dojk in ob poškodbi bradavic. Mastitis se pogosteje pojavlja pri prvorodkah in ob nepravilni tehniki dojenja (Kitič, 2014). Simptomi se običajno začnejo kot slabo počutje in visoka telesna temperatura (39°C do 40°C), ki ji sledijo rdečina, toplota in občutljivost v prizadeti dojki (Barbosa-Cesnik idr., 2003). Laktacijski mastitis poveča



tveganje za odstavljanje od prsi (Schwartz idr., 2002, citirano v: Barbosa-Cesnik idr., 2003). Spencer (2008) meni, da je kljub mastitisu potrebno spodbujati nadaljevanje dojenja, saj ne predstavlja tveganja za dojenčka.

Zaradi spremenjenega okusa mleka iz prizadete dojke otrok lahko zavrača dojenje. Priporočljivo je, da se ob mastitisu z dojenjem prične na prizadeti strani. Matere si lahko pomagajo tudi tako, da si pred dojenjem na dojke položijo tople obkladke, si med dojenjem nežno masirajo dojke, po dojenju pa si pripravijo hladne obkladke. Strokovnjaki svetujejo, da matere čim več počivajo, veliko pijejo in pogosto dojijo. Nužen je posvet z zdravnikom, ki materam svetuje glede uporabe zdravil in po potrebi predpiše zdravljenje z antibiotiki, ki so večinoma združljivi z dojenjem (Hoyer in Vettorazzi, 2017).

Diastaza simfize (simfizioliza) je stanje, ko se sramne kosti v predelu simfize razmaknejo in je širina špranje večja od enega centimetra. Najpogostejši vzrok zanjo je poškodba med spontanim ali operativnim porodom (Kitič, 2014). Raziskav, ki bi poskušale najti povezavo med diastazo simfize in dojenjem, nismo našli. Včasih, ko je špranja večja od 25 milimetrov, je potrebno kirurško zdravljenje, ki lahko zaradi uporabe analgetikov in antibiotikov ter tromboembolične profilakse ovira dojenje (Henry, 2015).

Glavna funkcija ščitnice je proizvodnja hormonov tiroksina (T4) in trijodtironina (T3), ki sta poleg rasti in normalnega delovanja telesa pomembna tudi za dojenje. Bolezni ščitnice vključujejo hipotiroidizem, hipertiroidizem in raka ščitnice. Obstaja tudi poporodni tiroiditis, ki včasih vsebuje hipertiroidno in hipotiroidno fazo (ABA, 2017). Motnje v delovanju ščitnice se pojavijo kadarkoli v prvem letu po porodu. Klinično jih potrdimo pri 5–10% žensk po porodu. Lahko nastanejo kot posledica motenj v žlezi (poporodni tiroiditis, Gravesova bolezen) ali pa zaradi motenega delovanja osi hipotalamus-hipofiza (Sheehanov sindrom) (Kitič, 2014).

Nekatere doječe matere s hipotiroidizmom nimajo dovolj mleka. Ščitnični hormoni imajo vlogo pri razvoju prsi in nastajanju mleka. Ko ni dovolj ščitničnih hormonov, to lahko vpliva na zalogo mleka. Hipotiroidizem se zdravi s tiroksinom, in doječe matere, ki se uspešno zdravijo, nimajo težav s količino mleka (ABA, 2017). Nekatere matere s hipertiroidizmom imajo preveč mleka, lahko pa imajo tudi težave z izcejalnim refleksom. S podobnimi težavami se srečujejo tudi matere s poporodnim tiroiditisom. Nekatere se spopadajo s težavami s količino mleka, nekatere pa dojijo brez težav (ABA, 2017).

#### 1.1.10.7 Težave pri dojenju in razlogi za prenehanje dojenja

Matere se odločajo za prenehanje dojenja iz različnih vzrokov. Razlogi, zakaj matere prezgodaj zaključijo z dojenjem, so kompleksni in vključujejo sociodemografske, biofizične in psihosocialne dejavnike (Sun idr., 2017). Nekateri avtorji (Baptista idr., 2009, citirano v: Pinto idr., 2016) ugotavljajo, da so težave pri dojenju, s katerimi se matere srečajo v prvih dneh po porodu, pokazatelji zgodnjega odstavljanja od dojke, drugi avtorji (Pinto idr., 2016) pa menijo, da je normalno, da se prvih nekaj tednov dojenja pojavljajo težave, posebno pri ženskah, ki prvič dojijo (Pinto idr., 2016).

Razlog za težave pri dojenju so lahko anatomske anomalije v dojenčkovih ustih, ki otežijo sesalni refleks in vodijo do razpokanih bradavic (Mohammadi idr., 2017). E. Pinto in sodelavci (2016) so ugotovili, da je imela večina žensk (70,6 %) težave pri pristavljanju. Nepravilno pristavljanje pa je najpogostejši razlog za boleče bradavice. Lahko je bradavica na videz zdrava, včasih pa lahko na njej opazimo razpoko. V primeru bolečih bradavic je dojenje boleče in je lahko vzrok, da mater doji manj časa ali manj pogosto. Otrok, ki sesa le bradavico, ne more dobiti dovolj mleka in je razdražljiv. Ker ne izprazni dojke, lahko začne nastajati manj mleka.

J. Haughton in sodelavci (2010) so ugotovili, da so matere najpogosteje prenehale dojiti zaradi otrokove starosti, vrnitve v službo, bolečih bradavic in/ali zato, ker je dojenček zavračal dojko. Boleče bradavice in bolečina so bile pogostejši razlog za prenehanje dojenja pri materah, ki so dojile manj kot šest mesecev, kot pri materah, ki so dojile dlje časa. Kitajska raziskava (Sun idr., 2017) pa je ugotovila, da so bili razlogi, zaradi katerih so matere prenehale dojiti pred šestimi meseci dojenčkove starosti, nezadostna količina mleka, medicinski vzroki, laktacijski dejavniki (boleče bradavice in mastitis) in vrnitev v službo.

Udeleženke ameriške raziskave (Lewallen idr., 2006), ki so prenehale dojiti v prvih osmih tednih po porodu, so kot najpogostejši razlog za to navajale nezadostno količino mleka, drugi najpogostejši razlog za zgodnje odstavljanje pa so bile boleče bradavice in težave s pristavljanjem. Razlogi za prenehanje dojenja pa so bili tudi osebni, vrnitev v službo ali šolo ter bolezen matere ali otroka in materina uporaba zdravil.

Ameriška raziskava (Li idr., 2008) je pokazala, da so bili najpogostejši vzroki za prenehanje dojenja v prvih dveh mesecih materine skrbi o ustreznosti svoje laktacije in prehranska vprašanja. Eden izmed treh najpogostejših razlogov za prenehanje dojenja pred dopolnjenim otrokovim prvim letom je bilo zaznavanje mater, da njihov otrok ni zadovoljen samo z materinim mlekom.

Matere, ki so prenehale dojiti v prvem mesecu, in matere, ki so prenehale dojiti med prvim in drugim mesecem otrokove starosti, so kot najpogostejše razloge za to navajale dojenčkove težave pri pristavljanju in sesanju, dojenčkovo nezadovoljenost samo z materinim mlekom in pomanjkanje zadostne količine materinega mleka (Li idr., 2008). Pri materah, ki so prenehale dojiti pri otrokovi starosti tri do osem mesecev, sta bila zelo pomembna dejavnika za to materino zaznavanje, da otrok ni zadovoljen samo z njenim mlekom, in skrb, da nima dovolj mleka. Tretji najpogostejši razlog za odstavljanje med tremi in osmimi meseci otrokove starosti pa je bilo otrokovo samostojno odstavljanje in izguba interesa za dojenje. Dojenčke, starejše od devet mesecev, pa so matere najpogosteje odstavile zaradi občutka, da samo materino mleko ne zadovolji otrokovih potreb, ker je otrok začel gristi ali ker se je otrok sam odstavil oz. je izgubil interes za dojenje. Starejši kot so bili dojenčki ob zaključku dojenja, pomembnejši so bili razlogi kot so materina želja, da »dobi nazaj svoje telo«, nosečnost ali načrtovanje nove nosečnosti ter drugi razlogi za samoodstavljanje (Li idr., 2008).

C. M. Kelleher (2006) je s pomočjo kvalitativne raziskave ugotovila, da je veliko žensk iz Kanade in Združenih držav Amerike med dojenjem izkusilo bolečino in neudobje. Večina žensk je bila presenečena nad obsegom, intenzivnostjo ter trajanjem neudobja in bolečine pri dojenju, saj so bile bolečine blage do hude. Veliko žensk je navedlo, da je telesni vpliv dojenja prizadel njihov odnos z otrokom. Nekatere ženske pa so navedle, da so oklevale z nadaljevanjem dojenja zaradi občutka telesne ranljivosti, bolečine in neudobja.

E. Pinto in sodelavci (2016) so analizirali zadovoljstvo z dojenjem in ugotovili, da je 89% udeleženk raziskave dojenje opisalo kot prijetno izkušnjo. Ženske, ki pa z dojenjem niso bile zadovoljne, so kot razloge za nezadovoljstvo navajale predvsem boleče ali razpokane bradavice (45,5%) in težave pri pristavljanju (54,5%).

B. Stewart-Knox in sodelavci (2003) so z raziskavo v Severni Irski ugotovili, da so glavne ovire pri dojenju omejena svoboda in neodvisnost v povezavi z družinskimi težavami, vrnitvijo v službo, socialno zadrego in zaznano socialno izolacijo. Razprava v fokusni skupini je pokazala, da dojenje vodi v nezmožnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti in socialno izključenost.

Za ilustracijo v nadaljevanju predstavljamo še mnenje svetovalke za dojenje o razlogih, zakaj materam ne steče polno dojenje, saj so informacije lahko koristne za doječe matere. U. Repnik (2019) meni, da večina razlogov, zakaj materi ne steče polno dojenje, izhaja iz mešanja logike obrokov in podojev. Za uspešno izključno dojenje je pomembno, da razumemo, da izključno dojen otrok nima obrokov, pač pa podoje, ki so pogosti in količinsko manjši od obrokov (t. i. »dojenje v grozdih«). Zgodi se, da je dojenček lačen čez

pol ure, včasih pa čez dve uri. Preko dojenja dojenčki zadovoljujejo različne potrebe. Dojenje jih povezuje z materjo, jih pomiri, uspava in seveda nahrani ter odžaja. Običajno se dojenčki ob večerih dojijo pogosteje in dalj časa, ponoči pa hitro in intenzivno. Materino mleko je hitro prebavljivo, zato ga dojenček prebavi v eni uri. S pogostimi podoji si dojenček zagotovi dovolj mleka. Izključno dojen otrok naj bi imel v 24-ih urah 8 do 12 podojev. Dojenje poteka neritmično. Znotraj podoja namreč dojenček sesa različno intenzivno. Pri hranjenju preko stekleničke pa govorimo o obrokih, ki so razporejeni na dve do tri ure. Nadomestno mleko je namreč težko prebavljivo in se presnavlja dve do tri ure. Zalivančki imajo tako v 24-ih urah 6 do 8 obrokov. Hranjenje po steklenički je ritmično, saj zalivančki za vsak obrok potrebujejo približno enako časa, da popijejo mleko (Repnik, 2019).

Strokovni delavci včasih zahtevajo od mater, da otroka tehtajo pred in po podoju, dodajajo mleko po steklenički in omejujejo podoje. Zahteva je nesmiselna in nestrokovna ter lahko vodi do težav pri uspešnem dojenju (Repnik, 2019). Tehtanje podojev običajno vodi v dohranjevanje po logiki obrokov, kar je napačno, saj podoj enačimo z obrokom. Poleg tega pa je trditev, da sta en gram in en mililiter materinega mleka ekvivalentna, napačna. Dojenček, ki ga dohranimo z nadomestnim mlekom poje preveč za njegov želodček in posledično dlje spi, ker je sit. Čas brez dojenja se tako podaljša. Dojke delujejo po sistemu ponudbe in povpraševanja, kar pomeni, da več kot se otrok doji, več mleka bo nastajalo. Daljši čas brez dojenja pri dohranjevanju po steklenički pa materine dojke razumejo kot signal, da je mleka dovolj (Repnik, 2019). Če se dojenček manj doji, ima tudi mati manj mleka. Z vedno večjo količino dodanega nadomestnega mleka se dojenčkov želodček širi in mati ga vedno težje dohaja s količino lastnega mleka (Repnik, 2019).

#### 1.1.10.8 Informacije in materino znanje o dojenju

Mlade in neizkušene matere so zaradi različnih pogledov in priporočil glede začetka in trajanja dojenja, izbire nadomestnega mleka (po priporočilih pediatrov in industrije, ki priporoča hranjenje s stekleničko) in zgodnjega uvajanja dopolnilne prehrane pogosto zavedene in zmedene (Koletzko idr., 2002, citirano v: Lange idr., 2017). Pogosto so v dvomih glede dojenja, ker jih je strah, da njihov otrok ne bo ustrezno nahranjen (Deneke idr., 2008; Rasenack idr., 2012, citirano v: Lange idr., 2017). Materino znanje o dojenju je torej ključno za uspešno dojenje (Jensen idr., 1994; Smith in Tully, 2001, citirano v: Mohammadi idr., 2017).

Raziskava (Zielińska idr., 2017) je pokazala, da so bili znanje o koristih za zdravje otrok in splošno znanje o dojenju napovedovalci izključnega dojenja. Avtorji menijo (Ingram idr., 2002; Shrago, 1990, citirano v: Mohammadi idr., 2017), da bi morali matere za uspešno

dojenje pred odpustom iz porodnišnice naučiti pravilnega položaja dojenja in oprijema areole ter jih seznaniti o sesanju, iskalnemu refleksu in prenosu mleka iz materine dojke v dojenčkova usta.

#### 1.1.10.9 Pomoč in svetovanje pri dojenju

Strokovni delavci v porodnišnici imajo pomembno vlogo pri vzpostavitvi dojenja (Schafer in Watson Genna, 2015). R. Fox in sodelavke (2015) so ugotovile, da je imelo veliko žensk, vključenih v njihovo raziskavo, občutek, da so dobile nerealna pričakovanja o dojenju s strani zdravstvenih delavcev, ki so želeli izpostaviti koristi dojenja. Posledično so se počutile nepripravljene, ko so se srečale z bolečino, problemi in neusmiljenostjo zgodnjega hranjenja dojenčkov, kar je vodilo v občutke krivde in neustreznosti odločitve o hranjenju. Ugotovitve raziskave nakazujejo na to, da učinkovita socialna opora, v kombinaciji s pomiritvijo in vodenjem usposobljenih strokovnjakov, lahko pomaga ženskam prebroditi težave in najti zaupanje v svoje sposobnosti za doseg ciljev hranjenja (Fox idr., 2015).

V slovenski raziskavi HRAST (Fajdiga Turk, 2013) so ugotovili, da je pri dojenju izredno pomembna podpora medicinskih sester in partnerja. Večina (80%) mater je trdila, da so jim z nasveti pri dojenju (in praktično) najbolj pomagale medicinske sestre. Dobra polovica (54,8%) mater pa je menila, da so jim bili v pomoč nasveti iz šole za starše. Ugotovili so tudi, da od zdravnikov dobijo manj nasvetov in praktične pomoči pri dojenju kot od medicinskih sester. Pomoč doječim mamam v porodnišnici pa nudijo tudi babice v rodni sobi, prijateljice, sorodnice, partnerji in svetovalke za dojenje (Fajdiga Turk, 2013). Mesec po porodu je 71,2% mater menilo, da jim je pri dojenju najbolj pomagal partner. Poleg partnerja so materam pri dojenju pomagale tudi njihove matere, prijateljice, tašče in sestre. Dobre tri petine (63,2%) mater je menilo, da jim je patronažna medicinska sestra pomagala pri vzdrževanju dojenja. Kot nepogrešljiv vir pomoči pri vzdrževanju dojenja pa se je izkazal tudi internet ter razni priročniki in revije (Fajdiga Turk, 2013).

Ameriška raziskava (Lewallen idr., 2006) je pokazala, da je bila v porodnišnici večina žensk (92%) deležna pomoči pri dojenju, po odpustu iz porodnišnice pa le dobra polovica (55%). V porodnišnici so materam najpogosteje pomagali svetovalci za dojenje, v pomoč pa so jim bile tudi medicinske sestre in študentje zdravstvene nege (Lewallen idr., 2006). Po odpustu iz porodnišnice so večini žensk pomagali svetovalci za dojenje (80,2%) preko telefonskega pogovora ali z obiskom na domu. Matere pa so pomoč na domu prejele tudi od družine in patronažnih medicinskih sester. Vir pomoči na domu pa so bili tudi zdravniki, bolnišnični tečaji, poseben program za dopolnilno prehrano za ženske, dojenčke in otroke, klici v bolnišnico in mednarodna organizacija za dojenje La Leche League International (La Leche

League Slovenija, n. d.). Najpogostejši vir informacij o dojenju so bile knjige in drugo pisno gradivo (Lewallen idr., 2006).

Doječe matere lahko ustrezne informacije, pomoč in oporo pri dojenju poiščejo pri različnih zdravstvenih strokovnjakih, kot so patronažne medicinske sestre, pediatri, babice in medicinske sestre v pediatriji. V primeru težav pri vzpostavljanju dojenja in vzdrževanju laktacije pa lahko poiščejo pomoč tudi pri svetovalkah za dojenje (NIJZ, 2019). Doječe matere v Sloveniji se lahko obrnejo tudi na dve organizaciji za pomoč doječim materam: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije (n. d.) in La Leche League Slovenija (n. d.), Društvo za podporo in pomoč doječim materam. Informacije o dojenju lahko matere dobijo tudi v Pripravi na porod in starševstvo<sup>3</sup> (NIJZ, n. d.), ki se izvaja v zdravstvenih domovih v Sloveniji. Koristne informacije si lahko preberejo na spletni strani ZDAJ.net (NIJZ, 2019) ali si ogledajo spletna predavanja v spletni šoli za starše Veva (Veva, n. d.).

### 1.1.11 Spodbujanje in zaviranje laktacije

Laktacijo lahko spodbujamo na različne načine, vključno s tehnikami sproščanja (Jackson, 2010), kengurujčkanjem, skupnim spanjem in gnezdenjem v prvih dveh tednih po porodu ter s prehrano (Popović Frangež, n. d.). Za doječo mater je pomembno, da se prehranjuje zdravo, ker bo njeno telo za nastanek mleka črpalo njene zaloge hranil. Nekatera hrana ima poleg hranilne vrednosti tudi sposobnost, da spodbuja nastajanje mleka. Učinkovine, ki spodbujajo tvorbo mleka, imenujemo galaktogogi (Popović Frangež, n. d.).

Galaktogogi so lahko tudi zdravila, ki vplivajo na tvorbo mleka (Gabay, 2002). Uporabljajo se za pospeševanje tvorbe materinega mleka pri doječih materah (Jackson, 2010). Večina galaktogogov svoje farmakološke učinke izrazi preko interakcije z dopaminskimi receptorji, ter posledično povišane ravni prolaktina, s tem pa tudi povečane tvorbe mleka (Gabay, 2002).

P. C. Jackson (2010) je predstavila štiri zeliščne galaktogoge: grško seno, navadno konopljiko, navadni komarček in liste kubanskega origana. Avtorica odsvetuje rutinsko uporabo zdravilnih zelišč pri doječih materah. Matere je potrebno ozaveščati, da o jemanju zdravilnih zelišč povedo otrokovemu in svojemu zdravniku.

Empiričnih dokazov o učinkovitosti galaktogogov ni veliko, saj na laktacijo vpliva več različnih dejavnikov, medtem ko je poljudnih člankov o laktogeni hrani veliko. M. Popović Frangež (n. d.) je predstavila laktogena živila: oves, ječmen, sezam, rjavi riž, polenta, testenine, losos, datlji, korenje, špinaca, pesini listi, šparglji, čičerika, voda, doma

---

<sup>3</sup> Pripravo na porod in starševstvo smo včasih poimenovali Šola za starše.

pripravljen čaj za dojenje, sladki komarček, listi bazilike, česen, ingver, kumina, grško seno, suh pivski kvas, homeopatske granule in eterično olje komarčka.

Tajska raziskava (Buntuchai idr., 2017) je pokazala, da je bila uporaba nekaterih tradicionalnih galaktogogov (bananin cvet, limonina bazilika, tajska bazilika in buča) povezana s količino materinega mleka. Ugotovili so, da uživanje beljakovin, ki so v jajcih, ribah in piščančjem mesu, stimulira tvorbo mleka. S količino materinega mleka sta bila povezana tudi materina energija in uživanje ogljikovih hidratov. A. Zapantis in sodelavke (2012) so ugotovile, da je s povečano količino mleka lahko povezana uporaba kubanskega origana, mlečnega dušnika in grškega sena.

V turški raziskavi (Derin in Özel, 2016) so ugotovili, da je več kot polovica (53%) udeleženk raziskave uživala laktogeno hrano in pijačo. Veliko (73,8%) mater je menilo, da je uživanje razpokane pšenice povečalo količino mleka, kot galaktogoge pa so navajale tudi slaščice in stročnice. Udeleženke raziskave so menile, da so laktogene pijače voda, sadni sok, pinjenec, kravje mleko in čaj iz navadnega komarčka.

Določena hrana ima lahko tudi negativen učinek na laktacijo. Na splošno velja, da se je potrebno med dojenjem izogibati predelani hrani, ker vsebuje kemikalije. Uživanje večjih količin predelanega mesa lahko zmanjša tvorbo materinega mleka (Buntuchai idr., 2017). Količino materinega mleka zmanjšujejo tudi kajenje, shujševalne diete, kofein, kontracepcijske tablete, dekongestivi, antihistaminiki in nekatera zelišča v večjih količinah (meta, žajbelj in peteršilj) (Popović Frangež, n. d.).

Pri povečani količini in zastoju mleka si doječe matere lahko pomagajo lajšati bolečine s toplimi obkladki ali z obkladki iz ohlajenih zeljnih listov (Sharma, 2018).

### **1.1.12 Odstavljanje od prsi**

E. Pinto in sodelavci (2016) menijo, da na odstavljanje ne bi smeli gledati kot na dogodek, temveč kot na proces, ki nima določenega začetka in konca. Odstavljanje od dojke je odvisno od več dejavnikov, vključno z zrelostjo otroka in željo matere. Naravno odstavljanje od dojke zagotavlja lažji prehod, ki je manj stresen za otroka in mater ter zadovoljuje fiziološke, imunološke in psihološke potrebe otroka, dokler ni dovolj zrel za odstavev. Nenadna odstavev od dojke ni priporočljiva. Če otrok ni pripravljen na odstavljanje, se lahko počuti zavrnjenega, kar povzroča negotovost in upornost. Pri materi lahko nenadna odstavev otroka od dojke povzroči napihnenost prsi, zastoj mleka in mastitis, lahko pa tudi žalost ali depresijo in žalovanje zaradi prenehanja dojenja ali hormonske spremembe. Naravno odstavljanje se v povprečju zgodi med otrokovim drugim in tretjim letom. V

naravnem procesu odstavljanja bi morala mati aktivno sodelovati in predlagati korake, ko je otrok nanje pripravljen (Pinto idr., 2016).

### **1.1.13 Kontraindikacije za dojenje**

Zdravstvene kontraindikacije za dojenje so redke (AAP, 2012). WHO (n. d.) meni, da vsaka mati lahko doji, če ima na voljo natančne informacije, podporo družine, sistema zdravstvenega varstva in družbe. M. W. Arbour in J. L. Kessler (2013) menita, da je primarni vzrok neuspele laktogeneze 2 hipoplazija mlečne žleze, redko stanje, kjer je motena tvorba mleka. Matere s hipoplazijo mlečne žleze imajo pogosto normalne ravni hormonov in inervacijo, nimajo pa dovolj glandularnega tkiva za tvorbo zadostne količine mleka (Arbour in Kessler, 2013).

Dojenje je v nekaterih redkih zdravstvenih stanjih lahko kontraindicirano, na primer pri dojenčkih s presnovno motnjo klasična galaktozemija in pri nekaterih okužbah matere, kot so tuberkuloza, bruceloza in herpes simplex na prsih (AAP, 2012). Dojenje ni priporočljivo, kadar se mati zdravi s kemoterapijo, ergotamini in statini (AAP, 2012).

### **1.1.14 Hranjenje po steklenički**

Materina odločitev, da ne bo dojila, ima veliko dolgoročnih učinkov na zdravje, prehrano in razvoj otroka ter na njeno zdravje (Victoria idr., 2016). Dojenje ima veliko prednosti, kar pa ne pomeni, da je hranjenje po steklenički škodljivo. Nadomestno mleko na splošno zagotavlja enaka hranila kot materino mleko, če je pripravljeno v primernih higienskih pogojih. Kljub temu pa so dojenčki, ki so hranjeni z nadomestnim mlekom, bolj nagnjeni k alergijam, poleg tega jih nadomestno mleko ne ščiti pred boleznimi. Hranjenje po steklenički ima nekatere prednosti. Matere, ki ne morejo zlahka dojeti, lahko še vedno uživajo v intimnosti hranjenja svojega otroka, obenem pa lahko pri hranjenju dojenčka sodelujejo tudi drugi družinski člani (Kail in Cavanaugh, 2014). V raziskavah ugotavljajo (Jansen idr., 2008, citirano v: Kail in Cavanaugh, 2014), da so si dojeni otroci in otroci, ki so hranjeni po steklenički, podobni v fizičnem in psihološkem razvoju.



## 1.2 MATERINA NAVEZANOST

Navezanost je dejaven in vzajemen odnos med dvema osebama, ki sta si močno naklonjeni (Zupančič, 2009). Naklonjenost med otrokom in starši se začne razvijati na podlagi prirojenih signalov, s katerimi dojenček priključuje starše v svojo bližino. Starši imajo prirojeno sposobnost, da se odzivajo na otrokove specifične signale. Na podlagi vzajemnega odzivanja med otrokom in starši se v otrokovem prvem letu razvija močna povezava med njimi (Zupančič, 2009).

M. S. Ainsworth in Bowlby (1991, citirano v: Cetisli idr., 2018) sta navezanost definirala kot močno vez med dvema osebama. Bowlby je materino navezanost opredelil kot topel, nepretrgan in intimen odnos med materjo in otrokom, v katerem sta oba navdušena in zadovoljna. Materina navezanost se začne z dojenjem po porodu, ko novorojenček usmeri svojo pozornost na mamo, išče dojko in obrača glavo, lovi dojko, sesa in požira. Dojenje je eno izmed najbolj pomembnih spodbudnih dejavnikov pri materini navezanosti (Akyuz idr., 2007; Hergüner idr., 2014; Karakaplan in Yildiz, 2010, citirano v: Cetisli idr., 2018). Materina navezanost pomeni ljubečo povezavo med materjo in otrokom in je zelo pomembna za zdrav otrokov razvoj, saj so otrokove prve izkušnje navezanosti osnova za ostale izkušnje v življenju.

Vzpostavljanje odnosa med materjo in otrokom je telesna in psihološka potreba dojenčkov. Njuna vez dojenčku zagotavlja občutek udobja in varnosti (Biaggio, 2001, citirano v: Perrelli idr., 2014). Bowlbyjeva teorija navezanosti (Bowlby, 2002, citirano v: Perrelli idr., 2014) predpostavlja, da imamo ljudje celo življenje potrebo po razvoju tesnih čustvenih vezi z biološko funkcijo preživetja vrste. V otroštvu čustvene interakcije razvijamo primarno s starši, v mladostništvu in odraslosti pa razvijamo nove vezi s pomembnimi drugimi. V otroštvu so odnosi s starši vir udobja, varnosti, naklonjenosti in ljubezni. Kakovost odnosa med materjo in otrokom neposredno vpliva na otrokovo duševno stanje, zato bi moral biti njun odnos topel, intimen, neprekinjen in ljubeč. Odnos bi moral zagotavljati zadovoljstvo in varnost za mater in otroka.

Navezanost staršev na otroka ni nagona in takojšnja. Gre namreč za proces, ki se začne že v nosečnosti. Plod postane del vsakdanjega življenja nosečnice, saj je del njenih fantazij, želj in reprezentacij modelov materinstva (Bowlby, 1989; Carmona idr., 2013, citirano v: Perrelli idr., 2014). Materino razumevanje svoje navezanosti do otroka vpliva na spretnosti, ki so potrebne za razumevanje otrokovih potreb in odzivanje nanje (Bowlby, 2002, citirano v: Perrelli idr., 2014).

### 1.2.1 Biologija navezanosti

Oksitocin je neuropeptid, ki vpliva na fiziološke in socialne funkcije, med katerimi so tudi porod, rojstvo, laktacija in materino negovanje otroka (White-Traut idr., 2009). Eden izmed najpomembnejših neuroendokrinih dogodkov, v materi pri porodu, v povezavi z navezanostjo med materjo in otrokom, je aktivacija oksitocinergičnega sistema (Olza-Fernández idr., 2014). Oksitocinergični nevroni med nosečnostjo mirujejo, da ne bi prišlo do prezgodnjega rojstva (Brunton in Russell, 2010, citirano v: Olza-Fernández idr., 2014). Povečana raven oksitocina prispeva k nastajanju ljubečega odnosa med materjo in otrokom, kar je verjetno povezano s povečano aktivacijo oksitocinske in dopaminske poti v možganih (Nissen idr., 1998; Strathearn, 2011, citirano v: Olza-Fernández idr., 2014). Pri materah, ki imajo z otrokom veliko ljubečih stikov, se med interakcijo z otrokom poveča raven oksitocina (Feldman idr., 2010). R. White-Traut in sodelavci (2009) menijo, da se sproščanje oksitocina v slino poveča ob načrtovanju dojenja. Ugotovili so namreč, da je bila raven oksitocina pri materah najvišja pred dojenjem, ob začetku dojenja se je raven oksitocina zmanjšala, pol ure po dojenju pa se je ponovno povečala.

Pomemben hormon, ki se pri materi med porodom spremeni in lahko vpliva na interakcijo med materjo in otrokom, je tudi kortizol. Med porodom se ravni kortizola pri materi povečajo (Campbell idr., 1987; Ohana idr., 1996; Willcow idr., 1985, citirano v: Olza-Fernández idr., 2014), kar lahko prispeva k razvoju navezanosti med materjo in otrokom. Pomemben pa je tudi vazopresin. Bosch (2011, citirano v: Olza-Fernández idr., 2014) meni, da je povečano sproščanje vazopresina nujno za vzdrževanje materinske nege. Vazopresin namreč regulira materinsko skrb in zaščito (Bosch in Neumann, 2008, citirano v: Olza-Fernández idr., 2014).

### 1.2.2 Ugotovitve raziskav

Koncept materine naklonjenosti je povezan z unikatnim, specifičnim in trajnim čustvenim odnosom, ki se postopoma vzpostavlja od prvega stika med materjo in otrokom do vzajemnega prilagajanja, kjer mater in otrok aktivno sodelujeta. E. Pinto in sodelavci (2016) so ugotovili statistično pomembno povezavo med materino naklonjenostjo in njeno izobrazbo. Opazili so nižje izraženo naklonjenost mater z nizko izobrazbo in višje izraženo naklonjenost pri materah, ki so imele vsaj srednješolsko izobrazbo. Prav tako so opazili manjšo naklonjenost pri materah, ki so slabo pismene. Ugotovili so, da na materino naklonjenost ne vplivajo starost, zakonski status, zaposlitveni status, prebivališče, število nosečnosti, nadzorovana nosečnost, trajanje dojenja, čas po porodu pred začetkom dojenja, načrtovana nosečnost, želena nosečnost ali način rojstva.

Ugotovili so še, da je materina navezanost višje izražena pri materah, ki so se vključevale v konzultacije v podpornih skupinah za dojenje, in da so matere otrok, ki so bili rojeni prezgodaj, bolj naklonjene svojim otrokom. Predhodne izkušnje z dojenjem, kontakt z otrokovo kožo v roku ene ure po rojstvu in uporaba dude ne vplivajo na materino naklonjenost (Pinto idr., 2016).

N. E. Cetisli in sodelavci (2018) so želeli analizirati materino navezanost in vedenje pri dojenju neposredno po porodu pri materah, ki so rodile vaginalno in s pomočjo carskega reza. V raziskavi je sodelovalo 175 mater, ki so rodile v univerzitetni bolnišnici v Izmirju, v Turčiji. Raziskovalci so osebno izvedli strukturiran intervju, v katerega so vključili demografska vprašanja, Vprašalnik materine navezanosti in Pripomoček za oceno dojenja LATCH. Pri obeh skupinah so potrdili pozitivno povezavo med materino navezanostjo in oceno dojenja. Ugotovili so tudi, da sta materina navezanost in ocena dojenja višji pri materah, ki so rodile vaginalno, v primerjavi s tistimi, ki so rodile s pomočjo carskega reza.

### 1.3 MOTIVACIJA ZA DOJENJE

Motivacija je psihološki proces, ki usmerja naše vedenje (Petri in Govern, 2004, citirano v: Kobal Grum in Musek, 2009). Motivacijo različni pristopi različno opredeljujejo, vendar je vsem definicijam skupno, da je motivacija občutena napetost, usmerjena k določenemu ciljnemu objektu, notranji proces, ki vpliva na k cilju usmerjeno vedenje, ter specifična potreba ali želja, ki spodbudi vedenje usmerjeno k cilju (Kobal Grum in Musek, 2009).

Motivacija je opredeljena kot niz notranjih sil, ki mobilizirajo in vodijo delovanje telesa proti določenemu cilju, kot odgovor na stanje nujnosti, potrebe ali neravnovesja. Motivacija je lahko povezana s hrano, pijačo, spolnostjo, prestižem, informacijami, socialno odobritvijo in naklonjenostjo (Monteiro in Santos, 2005, citirano v: Pinto idr., 2016). Raziskovali bomo, ali je motivacija povezana tudi z dojenjem ter kakšna je njena vloga. Motivacija je gonilna sila vseh naših dejanj, zato E. Pinto in sodelavci (2016) menijo, da je motivacija temelj za uspešno dojenje. Raziskovalci (Amaral, 2013, citirano v: Nelas idr., 2016) menijo, da je med željo po dojenju in dejanskim dojenjem vključena motivacija, ki prežema materino odločitev, in lahko na dojenje vpliva ugodno ali neugodno (Takushi idr., 2008, citirano v: Pinto idr., 2016).

### 1.3.1 Teorija samodeterminacije

Teorija samodeterminacije (Deci in Ryan, 1985, citirano v: Ryan in Deci, 2000a) raziskuje naravne tendence ljudi po rasti in prirojene psihološke potrebe, ki so osnova za samomotivacijo in osebno integracijo. Temeljne psihološke potrebe so potreba po povezanosti, kompetentnosti in avtonomnosti. Zadovoljenost teh potreb je osnova za optimalno delovanje naravnih nagnjenosti po rasti in integraciji ter za konstruktiven socialni razvoj in osebno dobro počutje (Ryan in Deci, 2000b). V situacijah, kjer osnovne psihološke potrebe niso zadovoljene, se pojavi zmanjšana težnja po vključevanju v zanimive in samoizpolnjujoče dejavnosti ter poslabšano delovanje in slabo počutje posameznika (Ryan in Deci, 2000b, citirano v: Kestler-Peleg idr., 2015).

Teorija samodeterminacije razlikuje med različnimi vrstami motivacije na podlagi različnih vzrokov ali ciljev, ki povzročijo izvajanje aktivnosti (Ryan in Deci, 2000a). Glede na vrsto regulacije razdelimo motivacijo na tri vrste: amotivacijo, zunanjo motivacijo in notranjo motivacijo (Ryan in Deci, 2000b).

Samodeterminacija je kontinuum. Na skrajni levi strani tega kontinuuma se nahaja amotivacija, ki opisuje stanje brez namena po dejanju. Ko so ljudje amotivirani, ne naredijo nič, ali pa nekaj naredijo brez namena. Amotivacija izvira iz necenjenja dejavnosti, občutka nekompetentnosti ali iz nepričakovanja želenega rezultata (Ryan in Deci, 2000b).

Na skrajni desni strani kontinuuma je notranja motivacija. Ko nas vodi notranja motivacija, aktivnosti izvajamo zaradi inherentnega zadovoljstva. Notranja motivacija je zelo avtonomna in predstavlja prototip samodeterminacije (Ryan in Deci, 2000b). Dejavnosti, ki jih vodi notranja motivacija, so namreč najbolj avtonomne in samoregulirane. V kategorijo notranje motivacije sodijo vse dejavnosti, s katerimi se ukvarjamo zaradi dejavnosti same, brez zanimanj ali pričakovanj za rezultat v povezavi z dejavnostjo (Ryan in Deci, 2000b, citirano v: Kestler-Peleg idr., 2015). Aktivnosti izvajamo zaradi interesov in zato, da bi zadovoljili psihološki potrebi po kompetentnosti in avtonomiji (Ryan in Deci, 2000a). Notranja motivacija pa ni vodilo vseh naših dejavnosti. Socialni pritisk in potreba po izvajanju dejavnosti, ki niso privlačne ali zanimive, posega v notranjo motivacijo in omejuje njen izraz (Ryan in Deci, 2000a). Primer notranje motivirane osebe je mati, ki med dojenjem čuti užitek, zabavo in veselje (Kestler-Peleg idr., 2015; Lau idr., 2017; Sardo, 2016, citirano v: Mizrak Sahin idr., 2019).

Na kontinuumu samodeterminacije je zunanja motivacija med amotivacijo in notranjo motivacijo (Ryan in Deci, 2000b). Zunanja motivacija je opredeljena kot motivacija, ki izhaja iz interesov in ne iz same dejavnosti. Osebe, ki so zunanje motivirane, delujejo zato,

da se izognejo občutku krivde, pridobijo potrditev ali da jih cenijo (Mizrak Sahin idr., 2019). Glede na stopnjo avtonomnosti regulacije lahko ločimo več vrst zunanje motivacije (Ryan in Deci, 2000a; Ryan in Deci, 2000b): zunanjo, introjecirano, identificirano in integrativno regulacijo.

Zunanje motivirana vedenja, ki so najmanj avtonomna, opisujemo z zunanjo regulacijo. V tem primeru aktivnosti izvajamo zato, da bi zadovoljili zunanje potrebe ali da bi pridobili nagrado (Ryan in Deci, 2000a; Ryan in Deci, 2000b). Primer zunanje regulacije je mati, ki svojega otroka doji zato, da bi prihranila stroške nadomestnega mleka ali da bi hitreje izgubila poporodno telesno maso (Kestler-Peleg idr., 2015; Lau idr., 2017, citirano v: Mizrak Sahin idr., 2019).

Druga vrsta zunanje motivacije je introjecirana regulacija, ki je relativno nadzorovana oblika regulacije, kjer aktivnosti izvajamo zato, da bi se izognili krivdi ali nelagodju in/ali da bi nekaj dosegli (Ryan in Deci, 2000b). Introjecirano regulacijo vodi želja po tem, da bi se izognili občutku sramu, razočaranju pomembnih drugih in/ali pridobili njihovo odobravanje. Iz te vrste zunanje motivacije izvirajo dejavnosti, ki so oblikovane tako, da vzdržujejo občutek lastne vrednosti v očeh drugih (Ryan in Deci, 2000b, citirano v: Kestler-Peleg idr., 2015). Ženska na primer lahko doji otroka, da ne bi razočarala svojega partnerja ali da bi njeni prijatelji mislili, da je dobra mati.

Identificirana regulacija je vrsta zunanje motivacije, ki je bolj avtonomna in samodeterminirana. Identificirana regulacija odraža kognitivno prepoznavanje osnovne vrednosti določene dejavnosti. Dejavnost zaznavamo kot pomembno zase, čeprav ni nujno zanimiva ali prijetna (Ryan in Deci, 2000b). Primer ženske, ki jo vodi identificirana regulacija, je mati, ki se med dojenjem počuti boljša in pomembna (Kestler-Peleg idr., 2015; Lau idr., 2017, citirano v: Mizrak Sahin idr., 2019).

Najbolj avtonomna vrsta zunanje motivacije je integrativna regulacija (Ryan in Deci, 2000a; Ryan in Deci, 2000b). Dejavnosti izvajamo zato, ker so združljive z našimi čustvenimi potrebami, samozaznavanjem in identiteto (Ryan in Deci, 2000a). Primer matere, ki jo motivira integrativna regulacija, je ženska, katere življenje ima cilj in svojega otroka lahko doji zato, ker rada čuti, da je otrok odvisen izključno od nje (Kestler-Peleg idr., 2015; Lau idr., 2017, citirano v: Mizrak Sahin idr., 2019).

Glede na občutek prisile po teoriji samodeterminacije ločimo dve vrsti motivacije, avtonomno in nadzorovano. Avtonomne vrste motivacije ne vključujejo nobenega občutka zunanjega pritiska ali prisile, medtem ko nadzorovane motivacije spremlja občutek omejitve ali prisile (Ryan in Deci, 2008, citirano v: Kestler-Peleg idr., 2015). Med avtonomne

motivacije uvrščamo notranjo motivacijo, integrativno regulacijo in identificirano regulacijo, med nadzorovane motivacije pa zunanjo in introjecirano regulacijo. Avtonomne in nadzorovane motivacije se medsebojno ne izključujejo in se lahko istočasno pojavijo v različnih stopnjah (Kestler-Peleg idr., 2015).

V magistrskem delu nas bo zanimalo šest vrst motivacij za dojenje glede na teorijo samodeterminacije, kakor so jih opredelili M. Kestler-Peleg in sodelavci (2015): 1) notranja regulacija – zadovoljstvo pri dojenju, 2) integrativna regulacija – povezovanje z otrokom, 3) identificirana regulacija – materino samoznavanje, 4) introjecirana regulacija – pritisk pomembnih drugih, 5) zunanja regulacija – osnovne potrebe in 6) zunanja regulacija – dojenčkovo zdravje. Zanimali pa nas bosta tudi dve glavni vrsti motivacije: avtonomna (notranja, integrativna in identificirana regulacija) ter nadzorovana (introjecirana in dve zunanji regulaciji) motivacija.

### **1.3.2 Ugotovitve raziskav**

Nedavna turška raziskava (Mizrak Sahin idr., 2019), v katero je bilo vključenih 250 prvorodk, je pokazala, da so bile avtonomne motivacije mater, ki so v osmem tednu izključno dojile, višje izražene od avtonomnih motivacij mater, ki so v osmem tednu dojile le delno. Ugotovili so, da so imele matere, ki so izključno dojile, višje točke na podlestvicah, ki merijo integrativno regulacijo, notranjo motivacijo in identificirano regulacijo. Ugotovili so tudi to, da na motivacijo za dojenje vplivajo materina višja starost, visoka stopnja izobrazbe, ne-kajenje in opora pri dojenju (Mizrak Sahin idr., 2019).

Raziskavi v Braziliji (Brennan idr., 1998, citirano v: Kestler-Peleg idr., 2015) in Avstraliji (Takushi idr., 2008, citirano v: Kestler-Peleg idr., 2015) sta pokazali, da je najpogostejši razlog za dojenje otrokovo dobro, kar odraža identificirano regulacijo. V ameriški raziskavi (Racine idr., 2009) pa so ugotovili, da so matere, ki so izražale notranjo motivacijo za dojenje, dojile dlje časa od mater, ki so izražale zunanjo motivacijo.

M. Kestler-Peleg in sodelavci (2015) so ugotovili, da so bile avtonomne motivacije pri dojenju pozitivno povezane s pozitivnimi vidiki materinega dobrega počutja in samoučinkovitostjo. Nadzorovane motivacije pa so bile pozitivno povezane z negativnimi vidiki materinega dobrega počutja in negativno povezane z materino samoučinkovitostjo. Do podobnih ugotovitev je prišla tudi R. Kadzikowska-Wrzosek (2016), ki je ugotovila, da je stopnja avtonomne motivacije pomemben napovednik samoučinkovitosti pri dojenju. Bolj kot je bila materina motivacija za dojenje avtonomna, bolj samoučinkovita je bila pri dojenju. Visoka samoučinkovitost pri dojenju pa lahko prispeva k daljšemu trajanju dojenja.

Neavtonomne motivacije so bile povezane z distresom in negativno povezane s samoučinkovitostjo pri dojenju.

E. Pinto in sodelavci (2016) so raziskovali, v kolikšni meri je motivacija za dojenje povezana z materino naklonjenostjo, vendar niso našli statistično pomembnih povezav. Zaključili so, da motivacija za dojenje ni povezana z občutki in situacijami, ki jih ženske doživijo v materinstvu. Avtorji so poudarili, da so bile ženske iz njihovega vzorca motivirane za dojenje in so izkazovale svojo naklonjenost do otrok.

L. Levy in H. Bertolo (2008, citirano v: Pinto idr., 2016) menita, da sta začetek in trajanje dojenja osebna odločitev. Ugotavljata, da uspešno dojenje temelji na motiviranosti in odločnosti staršev za dojenje skupaj z zdravim otrokom, ki ima dobro sposobnost sesanja. Avtorji menijo, da je za povečanje materine motivacije pomembno, da se ji pojasni prednosti dojenja zanjo in otroka, učinek ponudbe in povpraševanja ter veselje, ki ga dojenje prinese materi, če je na dojenje dobro pripravljena.

E. Pinto in sodelavci (2016) niso našli povezave med motivacijo za dojenje in preteklimi porodi, P. A. Nelas in sodelavci (2008, citirano v: Pinto idr., 2016) pa so ugotovili, da je bila motivacija za dojenje višje izražena pri materah, ki so že rodile in imajo otroke. Ugotovili so tudi, da raven izobrazbe in starost matere nimata pomembnega vpliva na motivacijo za dojenje in da so bile najbolj motivirane za dojenje nezaposlene matere in matere z več otroki (Nelas idr., 2016). F. T. Faleiros in sodelavke (2006, citirano v: Pinto idr., 2016) pa so ugotovile, da stopnja izobrazbe vpliva na motivacijo za dojenje zaradi večje možnosti dostopa do informacij o prednostih dojenja.

A. Lange in sodelavci (2017) so ugotovili, da je bila motivacija za izključno dojenje v Pomeraniji pozitivno povezana s starostjo mater, obiskovanjem šole za starše, srednjo ali visoko izobrazbo, povprečnim dohodkom in trdno zvezo med partnerjema ter negativno povezana z večjim številom otrok, porodom s pomočjo carskega reza in kajenjem v nosečnosti. Motivacija za dojenje pri materah, ki so rodile pred 37. tednom, in materah, ki so rodile po 37. tednu, se ni pomembno razlikovala (Lange idr., 2017).

K. J. Wells in sodelavke (2002) so ugotovile, da so imele matere, ki so nameravale dojiti, višje izraženo motivacijo od mater, ki niso nameravale dojiti. Ugotovili so tudi, da so imele matere, ki so dojile prejšnjega otroka, višje izraženo notranjo in zunanjo motivacijo od mater, ki še niso imele izkušenj z dojenjem.

## 1.4 SOCIALNA OPORA

S. A. Shumaker in A. Brownell (1984, citirano v: Zimet idr., 1988) sta socialno oporo opredelili kot izmenjavo virov med vsaj dvema oseba, kjer jo ponudnik in prejemnik zaznavata kot namenjeno izboljšanju dobrega počutja prejemnika. Socialno oporo lahko opišemo tudi kot medosebne transakcije, ki kažejo pozitiven odnos do vedenja, ali odobritev in sprejem ideje (Vari, 2000, citirano v: Alianmoghaddam idr., 2019).

P. A. Thoits (2011) meni, da obstajata dve vrsti opore: čustvena opora in aktivna pomoč pri soočanju ter dve kategoriji podpornikov: pomembni drugi in (izkustveno) podobni drugi. Pomembni drugi (Sullivan, 1953, citirano v: Thoits, 2011) so osebe iz primarne skupine, s katerimi so posamezniki čustveno povezani in jih vidijo kot pomembne ali vplivne v svojih življenjih. Podobni drugi pa so člani sekundarnih skupin. To so večje skupine, kjer so interakcije med člani bolj formalne.

Osebi v stresni situaciji so lahko vir socialne opore pomembni drugi ali podobni drugi. Pomembni drugi so družinski člani, sorodniki in prijatelji, ki nimajo enake izkušnje s stresorjem (Thoits, 2011). Podobni drugi imajo izkušnje z enakim stresorjem in osebi lahko nudijo učinkovitejšo socialno oporo kot pomembni drugi (Thoits, 2011).

Izraz socialna opora se nanaša na funkcije, ki jih za posameznika storijo pomembni drugi ali podobni drugi (Thoits, 2011). Najpogosteje omenjene funkcije so čustvena, informativna in instrumentalna pomoč (House in Kahn, 1985, citirano v: Thoits, 2011). Čustvena opora opisuje izraz ljubezni, skrbi, spoštovanja, vrednosti, spodbujanja in sočutja. Informativna pomoč se nanaša na zagotavljanje dejstev ali nasvetov, ki osebi lahko pomagajo rešiti problem. Instrumentalno oporo pa sestavljajo ponujanje in zagotavljanje vedenjske ali materialne pomoči pri praktičnih nalogah ali problemih (Thoits, 2011).

### 1.4.1 Ugotovitve raziskav

Socialna opora je zelo pomembna za uspešno dojenje (Cinar idr., 2015). Več opore kot mati prejme od svoje socialne mreže, bolj je kos dojenju (Ekström idr., 2003). Socialno oporo se doječim materam lahko zagotovi na različne načine, nudijo pa jo lahko tako laiki kot strokovni delavci. Nekateri avtorji (Cinar idr., 2015) menijo, da je za dojenje zelo pomembna opora materinih staršev, drugi (Reeves idr., 2006) pa so mnenja, da materam največ opore pri dojenju nudijo njihovi partnerji in matere. Vir opore so lahko tudi družinski člani partnerja, zdravstveni delavci in drugi. Ljudje, ki so doječim materi v oporo, so pomemben del njene odločitve za dojenje (Samur in Sutu, 2008, citirano v: Cinar idr., 2015).



Švedska kvantitativna raziskava (Ekström idr., 2003) je pokazala, da so bili občutki splošne opore pri dojenju povezani s trajanjem izključnega dojenja. Rezultati novejšje kvantitativne raziskave (Clark idr., 2018) pa nakazujejo, da lahko stalna opora pri dojenju v otrokovem prvem letu življenja poveča stopnjo trajanja dojenja pri ženskah z višjim socialno-ekonomskim statusom.

Raziskave ugotavljajo, da pomanjkanje socialne opore zmanjšuje verjetnost, da bo ženska dojila svojega otroka (Matich in Sims, 1992, citirano v: Nickerson idr., 2012), in da je pomanjkanje opore pri dojenju eden izmed razlogov za prezgodnje odstavljanje od prsi (Bridges idr., 2018). Kvantitativna raziskava (Oakley idr., 2014) je pokazala, da so matere, ki niso prejemale nasvetov glede hranjenja in niso imele opore vrstnikov, staršev, prostovoljnih organizacij ali ambulante za dojenje, pogosteje prenehale z dojenjem v prvih desetih dneh po porodu.

Opора pri dojenju je zelo pomembna v zgodnjem poporodnem obdobju. T. Hunter in G. Cattelona (2014) sta s pomočjo kvantitativne raziskave ugotovili, da bodo matere, ki imajo v tem obdobju fizično in čustveno oporo, najverjetneje uspešno dojile. E. Pinto in sodelavci (2016) menijo, da je prvih 15 dni otrokovega življenja zelo pomembnih in bi morali materam pomagati pri hišnih opravilih, da se lahko posvetijo izključno dojenčku. Po njihovem mnenju (Pinto idr., 2016) mati za uspešno dojenje potrebuje nenehno spodbujanje in oporo družine, zdravstvenih delavcev in skupnosti. Najpomembnejša so mnenja in spodbude partnerja, otrokovih starih staršev in materinih pomembnih drugih.

Španska kvalitativna raziskava (Barona-Vilar idr., 2009) je pokazala, da je socialna opora eden izmed dejavnikov, ki najbolj vpliva na namen, začetek in trajanje dojenja. Ženske iz višjih družbeno-kulturnih skupin so imele največ opore pri partnerjih in so pri odločanju za dojenje bolj upoštevale njihovo mnenje, matere iz nižjih družbeno-kulturnih skupin pa so imele največ opore pri prijateljih, ki so imeli tudi največji vpliv na njihovo odločitev o hranjenju otroka (Barona-Vilar idr., 2009).

Pregled literature (Nguyen idr., 2016) je pokazal, da prvorodkam pri začetku in vzdrževanju dojenja pomagajo opora pomembnih drugih, družine in prijateljev, opora zdravstvenih delavcev in različni pisni viri. J. Haughton in sodelavci (2010) pa so s pomočjo kvantitativne raziskave ugotovili, da so se matere v primeru težav z dojenjem najraje obrnile na svojo mati, v pomoč pa so se zatele tudi k materinim sorodnikom in svojim sestram. Le 14% udeleženk je oporo pri dojenju poiskalo pri zdravniku ali medicinskih sestrah.

Čeprav je dojenje izključno materina vloga, pa raziskave ugotavljajo, da ima dojenčkov oče lahko pomemben vpliv na materine odločitve glede dojenja. Matere, ki zaznavajo, da imajo

očetje bolj pozitiven odnos do dojenja, bodo pogosteje dojile (Vaaler idr., 2011, citirano v: Rempel idr., 2017). Čustvena, praktična in fizična opora partnerja so pomembni dejavniki uspešnega dojenja (Tohotoa idr., 2009), odnos in vključenost partnerja pa sta pomembna dejavnika pri materini odločitvi za dojenje in kako dolgo bo dojila (Stemler in Lovera, 2004, citirano v: Reeves idr., 2006). T. Hunter in G. Cattelona (2014) sta s pomočjo kvantitativne raziskave ugotovili, da so prvorodke, ki so imele v zgodnjem poporodnem obdobju partnerjevo oporo, bolj verjetno začele z dojenjem in so dojile dlje časa.

Partnerjevo vlogo pri dojenju so opazile tudi L. E. Nickerson in sodelavke (2012). S pomočjo kvalitativne raziskave so ugotovile, da so matere menile, da imajo njihovi partnerji pomembno vlogo v procesu dojenja, in sicer, da jih čustveno in fizično podpirajo. Fizično oporo pri dojenju lahko partner doječi materi nudi tako, da ji pomaga pri pripravi na dojenje, ji prinese otroka v naročje, ji pomaga poiskati udoben položaj za dojenje, stimulira otroka, da ostane buden med hranjenjem in pomaga premakniti otroka v drug položaj oz. na drugo dojko, ko je to potrebno. Lahko pa pomaga tudi tako, da materi med dojenjem priskrbi vodo in blazine ter opravi kakšno gospodinjsko opravilo.

Nekatere oblike partnerjeve opore pri dojenju imajo lahko različne učinke na predvideno trajanje dojenja. Kanadska kvantitativna raziskava (Rempel idr., 2017) je pokazala, da ko očetje niso bili zaskrbljeni glede dolgotrajnega dojenja, so bila podporna vedenja povezana z materinimi načrti za daljše dojenje. Vendar, ko so očetje želeli, da bi njihove partnerke dojile dalj časa, so izrazili naklonjenost dojenju, bili dobro informirani o dojenju in prisotni med dojenjem (v manjšem obsegu), so matere dejansko načrtovale dojeti manj časa. Te rezultate so potrdili v drugi raziskavi, kjer so ugotovili, da so matere dojile manj časa, ko so njihovi partnerji trdili, da so bili bolj naklonjeni dojenju, prisotni med dojenjem in dobro informirani o dojenju. V izogib negativnim izidom, avtorji (Rempel idr., 2017) menijo, da mora biti socialna opora občutljiva za potrebe mater in da se morajo očetje na potrebe partnerk odzvati na način, ki spoštuje partnerkino avtonomijo.

Partnerjeva opora pri dojenju je bolj učinkovita, če z materjo delata skupaj kot tim. Pomembno je, da partner ceni doječo mater in ji pomaga pri gospodinjskih opravilih in negi otroka. Podporna dejanja partnerja namreč pomagajo odstraniti stresorje in mati se lahko popolnoma posveti dojenju ter uspešno doji. Ključna vloga partnerja doječe matere pri opori pri dojenju je, da se o dojenju informira in s pomočjo znanja spodbuja mater pri dojenju (Rempel in Rempel, 2011).

Kvantitativna raziskava (Emmott in Mace, 2015) je pokazala, da je praktična opora, v nasprotju s čustveno oporo, lahko tudi negativno povezana z dojenjem, saj omogoča nadomeščanje materine nege. Praktična pomoč namreč lahko spodbudi matere k hranjenju

preko stekleničke. Avtorici (Emmott in Mace, 2015) sta ugotovili, da so bili pogosti stiki z babico in očetovo udeleženo starševstvo povezani z nižjo stopnjo dojenja. Očetova prisotnost in čustvena opora pa sta imela pozitiven učinek na začetek dojenja.

A. Ekström in sodelavke (2003) so s pomočjo kvantitativne raziskave ugotovile, da je bil pri prvorodkah čas po porodu, ko je bil prisoten partner, povezan s trajanjem izključnega dojenja in dojenja nasploh. Pri mnogorodkah pa ni bilo povezave med trajanjem dojenja in časom prisotnosti partnerja po porodu. Večina žensk, vključenih v raziskavo (Ekström idr., 2003), je imela pozitivno izkušnjo z odnosom svoje matere do dojenja, vendar so menile, da ta izkušnja ni imela vpliva na njihovo dojenje.

Kvantitativna raziskava iz Severne Floride (Reeves idr., 2006) je pokazala, da je večina udeleženk menila, da jim je bil najbolj v oporo partner, vseeno pa je kar 24% udeleženk menilo, da bi od partnerja potrebovale več opore. Veliko opore so jim nudile tudi njihove matere in medicinske sestre. Večina žensk (62,6%) je menila, da socialna opora ni vplivala na odločitev za dojenje in je bila končna odločitev za dojenje samo njihova. Odločitev za prekinitev dojenja ni bila posledica pomanjkanja opore (3,3%), pač pa je nanjo bolj vplivala vrnitev v službo ali šolo (20,3%).

Na materino izkušnjo dojenja ima vpliv tudi opora babic na porodnem oddelku (Bäckström idr., 2010). Raziskovalke so v kvalitativno raziskavo vključile matere in babice na porodnem oddelku. Ugotovile so, da so matere želele več potrditev. Niso bile prepričane v svojo sposobnost dojenja in jih je zanimalo, ali je njihovo dojenje normalno, zato so izražale potrebo po potrditvi. V prisotnosti strokovnih delavcev ob dojenju so se počutile varnejše. Želele so si, da jim strokovno osebje prisluhne ter jim nameni več časa, razumevanja in spremljanja. Čutile so, da so imele dobro oporo pri dojenju, ki je temeljila na njih kot posameznicah, če so se babice odzvale na njihove edinstvene potrebe. V nasprotnem primeru pa so imele občutek negotovosti. V primeru težav pri dojenju so matere cenile pomoč zdravstvenih delavcev. Oporo za dojenje so ocenjevale kot ustrezno, če je opora vsebovala informacije o času dojenja, tehnikah dojenja in bolečih bradavicah. Menile so, da bi morala biti praktična opora zdravstvenih delavcev pri dojenju skladna z unikatnimi potrebami vsake matere (Bäckström idr., 2010).

Matere so menile, da je pri opori pri dojenju pomembna kontinuiteta (Bäckström idr., 2010). Izkusile so namreč, da so se srečale z različnimi zdravstvenimi delavci, za zgraditev odnosa pa so potrebovale več časa. Motilo jih je tudi to, da so jim različni zdravstveni delavci nudili različne informacije in nasvete. Posledično so se nekatere matere počutile negotove. Matere so menile, da bi morali vsi zdravstveni delavci uporabljati enako metodo podpore pri

dojenju. Za ustrezno oporo pri dojenju se jim je zdelo pomembno, da so zaupale zdravstvenemu osebju (Bäckström idr., 2010).

Babice so menile, da so matere spodbujale in potrjevale njihove potrebe (Bäckström idr., 2010). Izrazile so, da so materam nudile individualno oporo, vendar je opora po njihovem mnenju izhajala iz različnih zornih kotov, saj so babice različno interpretirale signale mater. Opisovale so, da so oporo pri dojenju prilagajale glede na potrebe posameznic. Trudile so se spoštovati ženske kot osebe in kot doječe matere. Oporo so prilagajale tudi glede na to, ali so ženske že imele izkušnjo z dojenjem. Matere, ki so v preteklosti že dojile, namreč potrebujejo drugačno oporo od mater, ki so rodile prvič (Bäckström idr., 2010).

C. A. Bäckström in sodelavke (2010) so na podlagi intervjujev z materami ugotovile, da bi morali strokovni delavci zagotoviti različne oblike opore pri dojenju tudi za matere, ki si dojenja želijo, vendar ne zmorejo. Ravno nasprotno mnenje pa so imele babice, saj so trdile, da so oporo nudile tudi materam, ki so se odločile, da ne bodo dojile (Bäckström idr., 2010).

Učinkovit vir opore pri dojenju so lahko tudi podporne skupine na družbenih omrežjih. H. Niela-Vilén in sodelavke (2015) so s pomočjo kvalitativne raziskave na Finskem ugotovile, da so matere iskale odgovore na različna vprašanja v vrstniških podpornih skupinah. Ugotovile so, da so bila odgovorjena vsa zastavljena vprašanja, matere pa so se medsebojno podpirale. Nedavna kvantitativna raziskava (Robinson idr., 2019) je pokazala, da so udeleženske izmed vseh virov opore največ opore pri dojenju prejele od podporne skupine na Facebooku. Ugotovili so tudi, da je bila socialna opora preko Facebooka močno povezana z načrtovanim trajanjem dojenja. N. Bridges in sodelavke (2018) pa so s pomočjo kvalitativne raziskave ugotovile, da so zaprte skupine na Facebooku pod vodstvom Avstralskega združenja za dojenje (ABA; *angl.* »*Australian Breastfeeding Association*«) zagotavljale informacijsko in čustveno oporo, ki so jo nudili tako usposobljeni svetovalci za dojenje kot druge matere.

Kvalitativna raziskava iz Nove Zelandije (Alianmoghaddam idr., 2019) je pokazala, da je večina udeleženk porodne informacije in nasvete za podporo dojenju črpala na internetu. Večina jih je kot glavni brskalnik uporabljala Google, skupine na Facebooku in starševske platforme. Udeleženske, ki so imele geografsko oddaljene člane družine, so oporo pri dojenju dobile preko Skypa. Zaključili so, da matere Generacije Y potrebujejo zanesljive online informacije o hranjenju otrok, da so aplikacije na pametnih telefonih lahko dobra možnost za promocijo dojenja, da šibke vezi med doječimi materami na socialnih omrežjih omogočajo širjenje informacij in da je opora geografsko oddaljenih sorodnikov preko Skypa lahko koristna (Alianmoghaddam idr., 2019).

Avtorice turške kvantitativne raziskave (Cinar idr., 2015) so ugotovljale povezavo med materino navezanostjo, zaznano socialno oporo in zadostnostjo dojenja. V raziskavo so vključile 122 mater zdravih dojenčkov starih od 1 do 2 mesecev. Raziskovalke so osebno izvedle intervju, v katerega so vključile demografska vprašanja, Vprašalnik materine navezanosti, Večdimenzionalno lestvico zaznane socialne opore in krajšo obliko Lestvice samoučinkovitosti pri dojenju. Ugotovile so, da sta uspešna materina navezanost in opora družine pozitivno vplivali na zadostnost dojenja. S. Meedy in sodelavke (2010) pa so s pomočjo pregleda literature ugotovile, da so s trajanjem dojenja pozitivno povezani materin namen, da bo dojila, samoučinkovitost dojenja in socialna opora.

## 1.5 NAMEN IN CILJI

Namen magistrskega dela je bil ugotoviti, kakšno vlogo so imeli materina navezanost, motivacija za dojenje in socialna opora pri uspešnem dojenju.

Zanimalo nas je, v kolikšni meri je bila pri materah, ki so dojile, izražena materina navezanost ter kakšno vlogo je imela materina navezanost pri uspešnosti in trajanju dojenja ter zadovoljstvu z dojenjem.

Raziskali smo, kakšna je bila motivacija za dojenje pri materah, ki so dojile, ter kakšno vlogo je imela pri uspešnosti in trajanju dojenja ter zadovoljstvu z dojenjem.

Ugotavljali smo tudi, kako so matere, ki so dojile, zaznavale ustreznost socialne opore družine, prijateljev in pomembnih drugih ter kakšno vlogo je imela socialna opora pri uspešnosti in trajanju dojenja ter zadovoljstvu z dojenjem.

Predstavili smo tudi vlogo drugih dejavnikov pri dojenju. V magistrskem delu smo poskušali ugotoviti, kateri dejavniki so napovedovali trajanje in uspešnost dojenja ter zadovoljstvo z dojenjem doječih mater v Sloveniji.

## 1.6 HIPOTEZE

Za namen magistrskega dela smo postavili devet hipotez. Hipoteze smo razdelili v štiri vsebinske sklope, in sicer na način, da vsak sklop predstavlja specifičen dejavnik in njegove podrejene spremenljivke, ki se povezujejo z dojenjem: 1. sklop – Materina navezanost, 2. sklop – Motivacija za dojenje, 3. sklop – Socialna opora in 4. sklop – Ovire pri dojenju.

### **1.6.1 Materina navezanost**

*Hipoteza 1:* Matere z višje izraženo navezanostjo na otroka dojenje ocenjujejo kot uspešnejše.

N. E. Cetisli in sodelavci (2018) so ugotovili, da sta materina navezanost in ocena dojenja pozitivno povezani. N. Cinar in sodelavke (2015) pa so ugotovile, da uspešna materina navezanost in podpora družine pozitivno vplivata na samozadostnost dojenja.

*Hipoteza 2:* Začetek dojenja takoj po porodu je pozitivno povezan z materino navezanostjo in izključnim dojenjem.

B. K. Himani in Kumar (2011) sta ugotovila, da pričetek dojenja v roku ene ure po porodu izboljša odnos med materjo in otrokom. Takoj po rojstvu je sesalni refleks najbolj aktiven. Če takrat novorojenčka položimo k materinim prsim, se povečajo možnosti za izključno dojenje (Anisfeld idr., 1983, citirano v: Himani in Kumar, 2011).

### **1.6.2 Motivacija za dojenje**

*Hipoteza 3:* Pri doječih materah je najbolj izražena vrsta motivacije identificirana regulacija.

Raziskavi (Brennan idr., 1998; Takushi idr., 2008, citirano v: Kestler-Peleg, 2015) sta ugotovili, da je najpogostejši razlog za dojenje otrokovo dobro, kar odraža identificirano regulacijo.

*Hipoteza 4:* Matere, ki imajo visoko izraženo avtonomno motivacijo, dojenje ocenjujejo kot bolj uspešno.

M. Kestler-Peleg in sodelavci (2015) so ugotovili, da so bile avtonomne motivacije pri dojenju pozitivno povezane s pozitivnimi vidiki materinega dobrega počutja in samoučinkovitostjo (Kestler-Peleg idr., 2015). Prav tako je R. Kadzikowska-Wrzosek (2016) ugotovila, da ima avtonomna motivacija pri dojenju pozitiven vpliv na materino samoučinkovitost pri dojenju. Visoka samoučinkovitost pri dojenju pa lahko pripeva k daljšemu trajanju dojenja.

### **1.6.3 Socialna opora**

*Hipoteza 5:* Matere, ki imajo več socialne opore v času dojenja, so bolj zadovoljne s svojo izkušnjo dojenja in dojenje ocenjujejo kot uspešnejše.

Socialna opora je zelo pomembna za uspešno dojenje (Cinar idr., 2015). M. T. Nguyen in sodelavci (2016) so ugotovili, da prvorodkam pri začetku in vzdrževanju dojenja pomagajo opora pomembnih drugih, prijateljev in družine.

#### **1.6.4 Ovire pri dojenju**

*Hipoteza 6:* Ženske z duševnimi težavami po porodu dojijo manj časa.

A. Brown in sodelavci (2016) so ugotovili, da je bila visoka ocena na Edinburški lestvici poporodne depresije povezana s krajšim časom dojenja. V. Fallon in sodelavci (2016) pa so ugotovili, da so ženske s simptomi poporodne tesnobe manj pogosto izključno dojile in pogosteje prej zaključile z dojenjem.

*Hipoteza 7:* Težave pri dojenju so negativno povezane s trajanjem dojenja.

Colombo in sodelavci (2018) so ugotovili, da je dojenje negativno povezano s percepcijo majhne zaloge mleka in razpokanimi bradavicami. Glede na ugotovitve raziskav so matere pogosto prenehale dojiti zaradi bolečih bradavic (Haughton idr., 2010; Lewallen idr., 2006; Sun idr., 2017), nezadostne količine mleka (Lewallen idr., 2006; Li idr., 2008; Sun idr., 2017) in težav s pristavljanjem (Lewallen idr., 2006; Li idr., 2008).

*Hipoteza 8:* Matere, ki dojijo na otrokovo pobudo, so bolj zadovoljne z dojenjem in dojenje ocenjujejo kot uspešnejše.

Colombo in sodelavci (2018) so ugotovili, da je dojenje na otrokovo pobudo pomemben dejavnik za uspešno dojenje.

*Hipoteza 9:* Naravni porod je pozitivno povezan s trajanjem dojenja.

K. Kendall-Tackett in sodelavci (2015) so ugotovili, da je bilo bolj verjetno, da so dojile matere, ki so imele vaginalni porod brez pomoči, oziroma niso uporabile epiduralne analgezije ali drugih protibolečinskih zdravil med porodom. Raziskave ugotavljajo (Chen idr., 1998; Kroeger in Smith, 2004, citirano v: Smith, 2007), da nekatere porodne prakse, kot so uporaba intravensko vnešenih zdravil pri porodu, umetno sprožen porod in/ali umetni popadki, uporaba opiatov za lajšanje bolečin, carski rez, operativni vaginalni porod s pomočjo klešč in/ali vakuuma ter podaljšan porod ne spodbujajo dojenja in mu lahko celo škodujejo. Na podlagi teh ugotovitev sklepamo, da je naravni porod pozitivno povezan s trajanjem dojenja.

## 2 METODA

### 2.1 VZOREC

V raziskavi je sodelovalo 789 udeleženk, starih od 18 do 46 let. Povprečna starost mater je bila 30,73 let, standardni odklon pa 4,33 leta. Udeleženske so odgovarjale za otroke, ki so bili v času raziskave stari od 0 do 24 mesecev. Povprečna starost otrok je bila 10,52 mesecev, standardni odklon pa 6,71 mesecev. V času raziskave je dojilo še 626 (79,3%) oseb, z dojenjem pa je prenehalo 152 (19,3%) oseb. Za 11 (1,4%) oseb ni razvidno ali so v času izpolnjevanja vprašalnika še dojile ali ne. Vse udeleženske so izražale visoko navezanost na svoje otroke in so imele veliko socialne opore. Njihova motivacija za dojenje je bila srednje izražena.

**Tabela 1**

*Frekvenčna porazdelitev zaposlitvenega statusa, zakonskega stanu, ravni izobrazbe in števila otrok*

Dejavnik	Odgovor	f	%
Zaposlitveni status	Študentka	36	4,6
	Zaposlena	631	80,0
	Brezposelna	122	15,5
	Σ	789	100,0
Zakonski stan	Poročena ali v partnerski zvezi	782	99,1
	Ločena	4	0,5
	Samska	3	0,4
	Σ	789	100,0
Raven izobrazbe	Osnovna šola ali manj	6	0,8
	Poklicna srednja šola	106	13,4
	Gimnazija	61	7,7
	Visoka / višja šola	74	9,4
	Diploma (bolonjski program)	189	24,0
	Diploma (predbolonjski program)	188	23,8
	Magisterij (bolonjski program)	143	18,1
	Magisterij (predbolonjski program)	16	2,0
	Doktorat	6	0,8
Σ	789	100,0	



Število otrok	En otrok	489	62,0
	Dva otroka	246	31,2
	Trije otroci	41	5,2
	Štirje otroci ali več	11	1,4
	Σ	787	99,7
	NO	2	0,3

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

Iz Tabele 1 je razvidno, da je bila večina udeleženk zaposlena, poročena ali v partnerski zvezi, z visoko izobrazbo in enim otrokom.

## 2.2 PRIPOMOČKI

Uporabili smo vprašalnik, sestavljen iz štirih delov. V prvem delu smo povprašali o demografskih podatkih (starost, zaposlitveni status, zakonski stan, raven izobrazbe, število otrok, starost najmlajšega otroka) in drugih podatkih, povezanih z dojenjem (načrtovana nosečnost, želena nosečnost, čas poroda, uporaba inkubatorja, vrsta poroda, zadovoljstvo s porodom, duševne težave po porodu, zdravstvene težave po porodu, začetek dojenja, izključno dojenje, trajanje dojenja, pogostost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem, uspešnost dojenja, težave pri dojenju, pomoč pri dojenju, informacije o dojenju, svetovanje pri dojenju, želena pomoč pri dojenju, priprava na dojenje, opora pri dojenju, koriščenje pravice do odmora za dojenje, razlogi za prenehanje dojenja, uživanje hrane za spodbujanje laktacije in zaviranje laktacije). Uspešnost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem in zadovoljstvo s porodom smo ocenjevali s pomočjo 10-stopenjske ocenjevalne lestvice, kjer je 1 pomenilo neuspešno/nisem zadovoljna in 10 zelo uspešno/zelo zadovoljna.

V drugem delu smo uporabili priredbo Vprašalnika materine navezanosti, v tretjem delu priredbo Večdimenzionalne lestvice zaznane socialne opore in v zadnjem delu priredbo Lestvice motivacije za dojenje.

### 2.2.1 Vprašalnik materine navezanosti

Prevedli in priredili smo Vprašalnik materine navezanosti (MAI; *angl.* »*Maternal Attachment Inventory*«), ki je namenjen merjenju navezanosti med materjo in otrokom (Müller, 1994, citirano v: Perrelli idr., 2014).

Vprašalnik je sestavljen iz 26 postavk. Udeleženke so morale za vsako trditev oceniti, v kolikšni meri velja za njih. Odgovarjale so s pomočjo 4-stopenjske Likertove lestvice, kjer je

1 pomenilo »skoraj nikoli« in 4 »skoraj vedno«. Končno število točk smo pridobili tako, da smo sešteli točke vseh postavk. Najmanjše možno število točk je bilo 26, najvišje možno število točk pa je bilo 104 (Müller, 1994, citirano v: Cinar idr., 2015). S pomočjo preseka točk smo določili, ali je materina navezanost visoko ali nizko izražena. Število točk večje od 65 je pomenilo visoko materino navezanost, število točk manjše od 65 pa je pomenilo nizko materino navezanost.

Cronbachov  $\alpha$  koeficient izvirnika vprašalnika znaša 0,85 za dojenčke, stare štiri tedne, 0,76 za dojenčke stare štiri mesece in 0,85 za dojenčke, stare osem mesecev (Müller, 1994, citirano v: Perrelli idr., 2014).

### 2.2.2 Lestvica motivacije za dojenje

Prevedli in priredili smo Lestvico motivacije za dojenje (BMS; *angl.* »Breastfeeding Motivation Scale«). Avtorji (Kestler-Peleg idr., 2015) so lestvico ustvarili z namenom, da bi merili različne vrste motivacije glede na teorijo samodeterminacije (Ryan in Deci, 2000a) v kontekstu dojenja.

Lestvico sestavlja 24 postavk, ki opisujejo različne vrste motivacije za dojenje (Kestler-Peleg idr., 2015). Udeleženske so odgovarjale tako, da so za vsako postavko ocenile, v kolikšni meri se strinjajo z razlogom, zakaj so se odločile dojiti. Odgovarjale so s pomočjo 4-stopenjske Likertove lestvice, kjer je 1 pomenilo »sploh se ne strinjam« in 4 »močno se strinjam« (Kestler-Peleg idr., 2015).

Z lestvico smo merili šest vrst motivacij v kontekstu dojenja (Kestler-Peleg idr., 2015): notranjo regulacijo – zadovoljstvo pri dojenju, integrativno regulacijo – povezovanje z otrokom, identificirano regulacijo – materino samoznavanje, introjecirano regulacijo – pritisk pomembnih drugih, zunanjo regulacijo 1 – osnovne potrebe in zunanjo regulacijo 2 – dojenčkovo zdravje.

Notranjo regulacijo je sestavljalo 5 postavk, integrativno regulacijo 3 postavke, identificirano regulacijo 6 postavk, introjecirano regulacijo 4 postavke, zunanjo regulacijo 1 (osnovne potrebe) 3 postavke in zunanjo regulacijo 2 (dojenčkovo zdravje) 2 postavki. Prvo postavko smo vključili v vprašalnik, vendar je pri vrednotenju nismo upoštevali.

Število točk na posameznih podlestvicah smo pridobili tako, da smo sešteli točke na podlestvicah. Višje število točk na posamezni podlestvici je pomenilo višje izraženo motivacijo (Kestler-Peleg idr., 2015). Višino motivacije smo določili s pomočjo preseka točk, kjer so nižje vrednosti od preseka točk pomenile nizko motivacijo, višje točke pa

visoko motivacijo. Presek točk je znašal 12,5 točk za notranjo regulacijo, 7,5 točk za integrativno regulacijo, 15 točk za identificirano regulacijo, 6,7 točk za introjecirano regulacijo, 7,5 točk za zunanjo regulacijo 1 in 5 točk za zunanjo regulacijo 2. Ker so podlestvice BMS sestavljene iz različnega števila postavk, smo se odločili, da rezultate interpretiramo tudi glede na povprečne vrednosti.

Lestvica BMS nima skupne vsote točk (Kestler-Peleg idr., 2015), vendar smo jo vseeno izračunali za orientacijo glede splošne motivacije. Skupno vsoto točk smo pridobili tako, da smo sešteli točke vseh postavk. Najmanjše možno število točk je bilo 24, največje možno število točk pa 96. Višino motivacije smo ocenili s pomočjo preseka točk. Skupno število točk večje od 60 je pomenilo visoko motivacijo za dojenje, manjše od 60 točk pa je pomenilo nizko motivacijo za dojenje.

Izračunali smo tudi izraženost avtonomne in nadzorovane motivacije, čeprav avtorji lestvice (Kestler-Peleg idr., 2015) tega niso predvideli. Izraženost avtonomne motivacije smo izračunali tako, da smo sešteli točke na podlestvicah notranje, integrativne in identificirane regulacije, izraženost nadzorovane motivacije pa smo izračunali tako, da smo sešteli točke na podlestvicah introjecirane in obeh zunanjih regulacij. Avtonomno motivacijo je tako sestavljalo 14 postavk, nadzorovano motivacijo pa 9 postavk. Izraženost posamezne vrste motivacije smo interpretirali s pomočjo preseka točk, ki je bil 35 točk za avtonomno motivacijo in 22,5 točk za nadzorovano motivacijo. Na podlestvici avtonomne motivacije je vsota točk večja od 35 pomenila visoko avtonomno motivacijo, nižja od 35 točk pa nizko avtonomno motivacijo. Na podlestvici nadzorovane motivacije pa je vsota točk večja od 22,5 točk pomenila visoko nadzorovano motivacijo, nižja od 22,5 točk pa nizko nadzorovano motivacijo. Zaradi različnega števila postavk na posameznih podlestvicah smo rezultate interpretirali tudi glede na povprečne vrednosti.

Cronbachov  $\alpha$  koeficient na posameznih podlestvicah v originalni lestvici brez 1 postavke je gibal med 0,89 in 0,56 (Kestler-Peleg idr., 2015).

### **2.2.3 Večdimenzionalna lestvica zaznane socialne opore**

Prevedli in priredili smo Večdimenzionalno lestvico zaznane socialne opore (MSPSS; *angl.* »*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*«), ki je namenjena hitri subjektivni oceni ustreznosti socialne opore (Zimet idr., 1988). S pomočjo MSPSS smo ocenili, kako so matere zaznavale ustreznost socialne opore v času dojenja.

Lestvico sestavlja 12 postavk, ki ocenjujejo, kako posamezniki zaznavajo ustreznost socialne opore družine, prijateljev in pomembnih drugih. Lestvico sestavljajo 3 podlestvice:

družina (starši, partner, otroci ter bratje in sestre), prijatelji in pomembni drugi (nekdo, ki ni del družine ali prijatelj, na primer spremljevalec, sorodnik, sosed ali zdravnik) (Eker idr., 2001, citirano v: Cinar idr., 2015). Vsako podlestvico sestavljajo 4 postavke.

Udeleženke so odgovarjale s pomočjo 7-stopenjske Likertove lestvice, kjer je 1 pomenilo »zelo močno se ne strinjam« in 7 »zelo močno se strinjam«. Število točk smo pridobili tako, da smo sešteli točke na posameznih podlestvicah, nato smo sešteli še točke vseh treh podlestvic, da smo dobili končen rezultat. Visoke točke so pomenile visoko raven zaznane socialne opore. Najmanjše močno število točk je bilo 12 in največje število točk je bilo 84 (Eker idr., 2001, citirano v: Cinar idr., 2015). Rezultate smo interpretirali s pomočjo preseka točk, kjer je več kot 48 točk pomenilo visoko ustreznost socialne opore, manj kot 48 točk pa je pomenilo nizko ustreznost socialne opore.

Poleg splošne opore nas je zanimalo tudi, čigava opora najbolj pomaga pri dojenju, zato smo ovrednotili tudi posamezne podlestvice. Najmanjše število točk na posamezni podlestvici je bilo 4, največje število točk pa 28. S pomočjo preseka točk smo določili, da so vrednosti večje od 16 pomenile visoko socialno oporo družine, prijateljev ali pomembnih drugih, točke manjše od 16 pa nizko socialno oporo družine, prijateljev ali pomembnih drugih.

Vprašalnik je zanesljiv (Zimet idr., 1988) pri različnih skupinah posameznikov (Zimet idr., 1990). Originalna lestvica je zelo zanesljiva, saj je Cronbachov  $\alpha$  koeficient 0,88. Zanesljive pa so tudi posamezne podlestvice. Cronbachov  $\alpha$  koeficient za podlestvico pomembni drugi je 0,91, za družino 0,87 in za prijatelje 0,85 (Zimet idr., 1988).

## 2.3 POSTOPEK

Pregledali smo znanstveno literaturo o materini navezanosti, motivaciji za dojenje in socialni opori ter o njihovi povezanosti z dojenjem. Vire smo pridobili iz knjig in strokovnih člankov, do katerih smo dostopali preko različnih podatkovnih baz. S pomočjo oddaljenega dostopa do podatkovnih baz Univerze na Primorskem smo dostopali do podatkovnih baz American Psychological Association – APA, EBSCOhost in Wiley Online Library. Do strokovnih člankov pa smo dostopali tudi preko spletnega portala ResearchGate, Pubmed-a in Google Učenjaka.

Na podlagi pregleda literature smo sestavili demografska vprašanja in druga vprašanja, povezana z dojenjem, ki so nas zanimala. Iz znanstvenih člankov smo pridobili tri vprašalnike (MAI, MSPSS in BMS), ki smo jih prevedli in priredili. Nato smo oblikovali vprašalnik, katerega sestavni del je bilo tudi obveščeno soglasje k sodelovanju v raziskavi. S pomočjo aplikacije za spletno anketiranje Ika smo sestavili vprašalnik. Odločili smo se, da

bomo k sodelovanju v raziskavi povabili polnoletne matere iz Slovenije, ki dojijo ali so dojile svojega otroka, ki v času izpolnjevanja vprašalnika ni bil starejši od dveh let. Podali smo navodila, da matere, ki so že prenehale z dojenjem, odgovarjajo retrospektivno, matere, ki še vedno dojijo, pa odgovarjajo tako, kakor se počutijo v času izpolnjevanja vprašalnika.

Vprašalnik smo najprej testirali, saj nas je zanimalo, ali je razumljiv in zanesljiv. Izvedli smo pilotno raziskavo, v kateri je sodelovalo 10 udeleženk, ki so dojile otroke, starejše od dveh let. Potrdili smo, da je vprašalnik razumljiv in zanesljiv. Nekoliko slabšo zanesljivost so imele zadnje tri dimenzije vprašalnika BMS (introjecirana in obe zunanji regulaciji). Sklepali smo, da je vzrok v premajhnem vzorcu in vseeno objavili spletni vprašalnik brez spreminjanja.

Vprašalnik smo delili na družbenem omrežju Facebook in udeleženke pridobivali s pomočjo učinka snežene kepe. Povezavo do vprašalnika smo delili javno, preko zasebnih sporočil in z objavo v zaprtih skupinah na Facebooku (Dojiva se, Dojenje po prvem letu z Aleksandro Klopčič, DOJENJE PO PRVEM LETU – SRČNA skupnost in drugih skupinah, ki niso neposredno povezane z dojenjem). Nekaj udeleženk smo pridobili tudi s pomočjo učinka snežene kepe preko elektronske pošte. Zbiranje podatkov je potekalo od maja do novembra 2019.

Na povabilo k sodelovanju v raziskavi se je odzvalo 1011 žensk. Pri pregledu podatkov smo ugotovili, da je 185 žensk izpolnilo le prvi del vprašalnika, zato smo njihove odgovore izločili. Ostalo nam je 826 v celoti izpolnjenih vprašalnikov. V nadaljnjem pregledu podatkov smo opazili, da nekatere udeleženke niso upoštevale navodil in pogojev za sodelovanje v raziskavi (starost otroka manj kot dve leti), zato smo morali izločiti še 37 vprašalnikov. Naš vzorec je tako predstavljalo 789 žensk.

Podatke smo statistično obdelali s pomočjo programa IBM SPSS. Izračunali smo opisno statistiko, frekvenčno porazdelitev, Kolmogorov-Smirov test, Mann-Whitneyev U-test, Friedmanov test, Kronbachov  $\alpha$  koeficient, Spearmanov korelacijski koeficient, hi-kvadrat in linerno regresijo.

### 3 REZULTATI

V tem poglavju bomo predstavili rezultate statističnih analiz, s pomočjo katerih smo preverjali veljavnost hipotez. Najprej bomo predstavili opisno statistiko, frekvenčno porazdelitev, normalnost porazdelitve in zanesljivost. V nadaljevanju bomo predstavili vlogo materine navezanosti, motivacije za dojenje, socialne opore in ovir pri dojenju. Na koncu pa bomo predstavili še uspešnost dojenja in zadovoljstvo z dojenjem, povezanost med materino navezanostjo, socialno oporo in motivacijo za dojenje ter napovednike uspešnosti dojenja, zadovoljstva z dojenjem in trajanja dojenja.

#### 3.1 OPISNA STATISTIKA

Izračunali smo opisno statistiko. V Tabeli 2 so prikazani velikost vzorca, najnižja dosežena vrednost, najvišja dosežena vrednost, aritmetična sredina in standardni odklon vprašalnika MAI (materina navezanost), lestvic in podleščvic MSPSS (opora družine, opora prijateljev, opora pomembnih drugih in skupna opora) in BMS (notranja regulacija, integrativna regulacija, identificirana regulacija, introjecirana regulacija, zunanja regulacija 1, zunanja regulacija 2, avtonomna motivacija, nadzorovana motivacija in skupna motivacija za dojenje), zadovoljstva z dojenjem ter uspešnosti dojenja.

**Tabela 2**

*Opisna statistika vprašalnika MAI, lestvic in podleščvic MSPSS in BMS, zadovoljstva z dojenjem ter uspešnosti dojenja*

Lestvica / podleščvica	N	MIN	MAX	M	SD
Materina navezanost	749	72	104	99,09	4,98
Opora družine	782	4	28	23,71	4,78
Opora prijateljev	786	4	28	22,22	5,19
Opora pomembnih drugih	783	4	28	24,90	4,27
Skupna opora	778	12	84	70,84	11,92
Notranja regulacija	784	5	20	15,91	3,49
Integrativna regulacija	787	3	12	10,88	1,46
Identificirana regulacija	783	2	17	10,48	3,28
Introjecirana regulacija	781	4	16	7,96	2,56
Zunanja regulacija 1	787	3	12	8,24	2,09
Zunanja regulacija 2	783	2	8	7,85	0,58
Avtonomna motivacija	778	12	48	37,23	7,28
Nadzorovana motivacija	775	12	36	24,06	4,09

Skupna motivacija za dojenje	766	24	83	61,27	10,13
Veljaven N	722				
Zadovoljstvo z dojenjem	779	1	10	7,55	2,04
Uspešnost dojenja	781	1	10	7,80	2,08
Veljaven N	774				

Iz Tabele 2 je razvidno, da je 722 oseb odgovorilo na vse postavke vprašalnika MAI in lestvic MSPSS in BMS. Vse udeleženske so izražale visoko navezanost na svoje otroke in visoko raven zaznane socialne opore. Največ opore so jim nudili pomembni drugi, vendar so imele veliko opore tudi s strani družine in prijateljev. Udeleženske so izražale srednjo motivacijo za dojenje. Povprečje sicer nakazuje visoko (skupno) motivacijo za dojenje, vendar je vrednost blizu spodnji meji, standardni odklon pa kaže na to, da so nekatere udeleženske izražale tudi nizko motivacijo za dojenje. Enako velja za izraženost avtonomne in nadzorovane motivacije, ki sta bili prav tako srednje izraženi. Glede posameznih vrst motivacije sta izstopali integrativna regulacija in zunanja regulacija 2, ki sta bili visoko izraženi, ter identificirana regulacija, ki je bila nizko izražena.

Iz Tabele 2 je razvidno tudi, da je 774 udeleženk odgovorilo na vprašnji o zadovoljstvu z dojenjem in uspešnosti dojenja. Vidimo lahko, da so udeleženske nekoliko boljše ocenjevale uspešnost dojenja kot zadovoljstvo z dojenjem.

Izračunali smo frekvenčno porazdelitev dejavnikov uspešnega dojenja. Rezultate predstavljamo v petih sklopih.

Prvi sklop dejavnikov uspešnega dojenja sestavljajo načrtovana in želena nosečnost, čas poroda, uporaba inkubatorja ter koriščenje pravice do odmora za dojenje. Frekvenčna porazdelitev teh dejavnikov je predstavljena v Tabeli 3.

### Tabela 3

*Frekvenčna porazdelitev načrtovane in zelene nosečnosti, časa poroda, uporabe inkubatorja ter koriščenja pravice do odmora za dojenje*

Dejavnik	Odgovor	f	%	Veljaven %
Načrtovana nosečnost	Da	632	80,1	80,3
	Ne	155	19,6	19,7
	Σ	787	99,7	100,0
	NO	2	0,3	
Želena nosečnost	Da	770	97,6	97,8

	Ne	17	2,2	2,2
	$\Sigma$	787	99,7	100,0
	NO	2	0,3	
Čas poroda	Pred 37. tednom	43	5,4	5,5
	Med 37. in 40. tednom	291	36,9	36,9
	V 40. tednu	194	24,6	24,6
	Po 40 tednu	260	33,0	33,0
	$\Sigma$	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Uporaba inkubatorja	Da	13	1,6	1,6
	Ne	776	98,4	98,4
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Koriščenje pravice do odmora za dojenje	Da	4	0,5	0,5
	Ne	779	98,7	99,5
	$\Sigma$	783	99,2	100,0
	NO	6	0,8	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

V Tabeli 3 lahko vidimo, da skoraj petina udeleženk ni načrtovala nosečnosti, a so bile skoraj vse nosečnosti zelene. Največ udeleženk je rodilo med 37. in 40. tednom nosečnosti, veliko pa jih je rodilo tudi po predvidenem datumu poroda. Dvajsetina udeleženk je rodila pred 37. tednom, vendar je le majhen delež novorojenčkov potrebovalo inkubator. Iz Tabele 3 je razvidno, da skoraj nobena udeleženka ni izkoristila pravice do odmora za dojenje.



Drugi sklop dejavnikov uspešnega dojenja sestavljata vrsta poroda in zadovoljstvo s porodom. Frekvenčna porazdelitev obeh dejavnikov je predstavljena v Tabeli 4.

**Tabela 4**

*Frekvenčna porazdelitev vrste poroda in zadovoljstva s porodom*

Dejavnik	Odgovor	f	%	Veljaven %
Vrsta poroda	Naravni porod	480	60,8	60,8
	Epiduralna analgezija	144	18,3	18,3
	Carski rez – splošna anestezija	69	8,7	8,7
	Carski rez – spinalna anestezija	73	9,3	9,3
	Vakuum	14	1,8	1,8
	Umetni popadki	5	0,6	0,6
	Kombinacija	4	0,5	0,5
	Σ	789	100,0	100,0
Zadovoljstvo s porodom	1 = nisem zadovoljna	9	1,1	1,1
	2	11	1,4	1,4
	3	6	0,8	0,8
	4	13	1,6	1,7
	5	18	2,3	2,3
	6	364	46,1	46,4
	7	27	3,4	3,4
	8	66	8,4	8,4
	9	72	9,1	9,2
	10 = zelo zadovoljna	198	25,1	25,3
Σ	784	99,4	100,0	
	NO	5	0,6	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov). K odgovoru »epiduralna analgezija« smo prišteli nekaj posameznic, ki so si porodne bolečine lajšale z aplikacijo drugih analgetikov v žilo.

»Kombinacija« predstavlja skupek različnih porodnih praks, ki so jih udeleženske navedle pod »drugo«. 4 osebe (»kombinacija«) so imele porod s pomočjo epiduralne analgezije in vakuuma, ena izmed njih je imela tudi umetno sprožen porod.

Iz Tabele 4 je razvidno, da je največ udeleženk rodilo naravno. Malo manj kot petina udeleženk si je porodne bolečine lajšala s pomočjo epiduralne analgezije in približno enak odstotek udeleženk je rodilo s pomočjo carskega reza. Nekoliko več carskih rezov je bilo izvedenih v spinalni anesteziji v primerjavi s splošno anestezijo, vendar je razlika minimalna. Majhen delež porodov se je zaključil tudi s pomočjo vakuuma ali drugih metod,

ki jih nismo predvideli. V Tabeli 4 lahko vidimo tudi to, da je bila večina udeleženk srednje zadovoljna s porodom, četrtna udeleženk pa je bila zelo zadovoljna s porodom.

Tretji sklop dejavnikov uspešnega dojenja vključuje duševne in zdravstvene težave po porodu. Frekvenčna porazdelitev posameznih duševnih in zdravstvenih težav je predstavljena v Tabeli 5.

**Tabela 5**

*Frekvenčna porazdelitev duševnih in zdravstvenih težav po porodu*

Dejavnik	Odgovor	f	%
Brez duševnih težav	Ne	209	26,5
	Da	580	73,5
	$\Sigma$	789	100,0
Poprodna otožnost	Ne	624	79,1
	Da	165	20,9
	$\Sigma$	789	100,0
Poprodna depresija in tesnoba	Ne	756	95,8
	Da	33	4,2
	$\Sigma$	789	100,0
Poprodna PTSM	Ne	776	98,4
	Da	13	1,6
	$\Sigma$	789	100,0
Poprodna psihoza	Ne	788	99,9
	Da	1	0,1
	$\Sigma$	789	100,0
Brez zdravstvenih težav	Ne	239	30,3
	Da	550	69,7
	$\Sigma$	789	100,0
Poprodna krvavitev	Ne	722	91,5
	Da	67	8,5
	$\Sigma$	789	100,0

---

Poporodna okužba	Ne	770	97,6
	Da	19	2,4
	$\Sigma$	789	100,0
Mastitis	Ne	706	89,5
	Da	83	10,5
	$\Sigma$	789	100,0
Diastaza simfize	Ne	757	95,9
	Da	32	4,1
	$\Sigma$	789	100,0
Motnje v delovanju ščitnice	Ne	776	98,4
	Da	13	1,6
	$\Sigma$	789	100,0
Krvni strdek	Ne	788	99,9
	Da	1	0,1
	$\Sigma$	789	100,0
Slabokrvnost	Ne	776	98,4
	Da	13	1,6
	$\Sigma$	789	100,0
Visok krvni tlak	Ne	781	99,0
	Da	8	1,0
	$\Sigma$	789	100,00

---

Iz Tabele 5 je razvidno, da je imela dobra četrtnina udeleženk po porodu duševne težave. Petina udeleženk je imela poporodno otožnost, petindvajsetina udeleženk pa je imela poporodno depresijo in tesnobo. Odstotek žensk, ki so doživele poporodno psihozo in poporodno PTSM, je bil zelo majhen. Vidimo lahko tudi, da je imelo po porodu več udeleženk zdravstvene težave v primerjavi z duševnimi težavami. Največkrat so navajale mastitis in poporodno krvavitev, manjši delež udeleženk pa je imel tudi diastazo simfize. Zelo majhen delež udeleženk je navedel težave, kot so poporodna okužba, motnje v delovanju ščitnice, slabokrvnost, visok krvni tlak in krvni strdek.

Četrty sklop dejavnikov uspešnega dojenja vsebuje začetek dojenja, izključno dojenje, trajanje dojenja, pogostost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem, uspešnost dojenja, težave pri dojenju, razloge za prenehanje dojenja in uživanje hrane za spodbujanje laktacije ter zaviranje laktacije. Frekvenčna porazdelitev teh dejavnikov je zaradi boljše preglednosti predstavljena v štirih tabelah (Tabela 6 – Tabela 9).

V Tabeli 6 je prikazana frekvenčna porazdelitev trajanja dojenja za matere, ki so že zaključile z dojenjem, in za matere, ki so v času raziskave še dojile.

**Tabela 6**

*Frekvenčna porazdelitev trajanja dojenja*

Trajanje dojenja	Matere, ki ne dojijo več.			Matere, ki še dojijo.		
	f	%	Veljaven %	f	%	Veljaven %
Manj kot 1 mesec	/			3	0,4	0,5
1 mesec	12	1,5	7,9	33	4,2	5,3
2 meseca	5	0,6	3,3	52	6,6	8,3
3 meseci	5	0,6	3,3	44	5,6	7,0
4 meseci	6	0,8	3,9	41	5,2	6,5
5 mesecev	3	0,4	2,0	35	4,4	5,6
6 mesecev	7	0,9	4,6	47	6,0	7,5
7 mesecev	4	0,5	2,6	28	3,5	4,5
8 mesecev	7	0,9	4,6	30	3,8	4,8
9 mesecev	8	1,0	5,3	27	3,4	4,3
10 mesecev	7	0,9	4,6	27	3,4	4,3
11 mesecev	10	1,3	6,6	34	4,3	5,4
12 mesecev	16	2,0	10,5	21	2,7	3,4
13 mesecev	13	1,6	8,6	24	3,0	3,8
14 mesecev	7	0,9	4,6	37	4,7	5,9
15 mesecev	5	0,6	3,3	39	4,9	6,2
16 mesecev	9	1,1	5,9	18	2,3	2,9
17 mesecev	2	0,3	1,3	13	1,6	2,1
18 mesecev	9	1,1	5,9	20	2,5	3,2
19 mesecev	2	0,3	1,3	6	0,8	1,0
20 mesecev	5	0,6	3,3	16	2,0	2,6
21 mesecev	1	0,1	0,7	6	0,8	1,0
22 mesecev	5	0,6	3,3	8	1,0	1,3
23 mesecev	/			10	1,3	1,6
24 mesecev	4	0,5	2,6	7	0,9	1,1

$\Sigma$	152	19,3	100,0	626	79,3	100,0
NO	637	80,7		163	20,7	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

Iz Tabele 6 je razvidno, da je večina udeleženk v času izpolnjevanja vprašalnika še dojila. Matere, ki niso več dojile, so najpogosteje zaključile z dojenjem, ko je bil otrok star eno leto, 13 mesecev ali 1 mesec.

V Tabeli 7 je prikazana frekvenčna porazdelitev zadovoljstva z dojenjem in uspešnosti dojenja.

**Tabela 7**

*Frekvenčna porazdelitev zadovoljstva z dojenjem in uspešnosti dojenja*

Dejavnik	Odgovor	f	%	Veljaven %
Zadovoljstvo z dojenjem	1 = nisem zadovoljna	7	0,9	0,9
	2	2	0,3	0,3
	3	10	1,3	1,3
	4	10	1,3	1,3
	5	10	1,3	1,3
	6	352	44,6	45,2
	7	22	2,8	2,8
	8	52	6,6	6,7
	9	71	9,0	9,1
	10 = zelo zadovoljna	243	30,8	31,2
	$\Sigma$		779	98,7
	NO	10	1,3	
Uspešnost dojenja	1 = neuspešno	6	0,8	0,8
	2	3	0,4	0,4
	3	7	0,9	0,9
	4	4	0,5	0,5
	5	8	1,0	1,0
	6	343	43,5	43,9
	7	14	1,8	1,8
	8	30	3,8	3,8
	9	55	7,0	7,0
	10 = zelo uspešno	311	39,4	39,8
	$\Sigma$		781	99,0
	NO	8	1,0	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

Iz Tabele 7 je razvidno, da je bila večina udeleženk srednje zadovoljna z dojenjem, veliko udeleženk pa je bilo s svojim dojenjem zelo zadovoljnih. Največ udeleženk je svoje dojenje opisalo kot srednje uspešno, veliko udeleženk pa je svoje dojenje opisalo kot zelo uspešno. Opazimo lahko tudi to, da so udeležinke boljše ocenjevale uspešnost dojenja kot zadovoljstvo z dojenjem.

V Tabeli 8 je prikazana frekvenčna porazdelitev začetka dojenja, izključnega dojenja, pogostosti dojenja, težav pri dojenju in razlogov za prenehanje dojenja.

**Tabela 8**

*Frekvenčna porazdelitev začetka dojenja, izključnega dojenja, pogostosti dojenja, težav pri dojenju in razlogov za prenehanje dojenja*

Dejavnik	Odgovor	f	%	Veljaven %	
Začetek dojenja	V prvi uri po porodu	552	70,0	70,0	
	V prvih treh urah po porodu	115	14,6	14,6	
	Prvi dan po porodu	100	12,7	12,7	
	Po prvem dnevu od poroda	22	2,8	2,8	
	Σ	789	100,0	100,0	
Izključno dojenje	1 mesec ali manj	59	7,5	7,5	
	2 meseca	47	6,0	6,0	
	3 mesece	40	5,1	5,1	
	4 mesece	68	8,6	8,7	
	5 mesecev	147	18,6	18,8	
	6 mesecev	186	23,6	23,8	
	Več kot 6 mesecev	235	29,8	30,1	
	Σ	782	99,1	100,0	
	NO	7	0,9		
Pogostost dojenja	Vsako uro	117	14,8	14,9	
	Vsaki dve uri	150	19,0	19,1	
	Vsake tri ure	66	8,4	8,4	
	Na otrokovo pobudo	453	57,4	57,6	
	Σ	786	99,6	100,0	
	NO	3	0,4		
Težave pri dojenju	Brez težav	Ne	532	67,4	67,4

		Da	257	32,6	32,6
		$\Sigma$	789	100,0	100,0
	Boleče in razpokane bradavice	Ne	443	56,1	56,1
		Da	346	43,9	43,9
		$\Sigma$	789	100,0	100,0
	Premalo mleka	Ne	630	79,8	79,8
		Da	159	20,2	20,2
		$\Sigma$	789	100,0	100,0
	Preveč mleka	Ne	671	85,0	85,0
		Da	118	15,0	15,0
		$\Sigma$	789	100,0	100,0
	Težave s pristavljanjem	Ne	615	77,9	77,9
		Da	174	22,1	22,1
		$\Sigma$	789	100,0	100,0
	Neaktivnost dojenčka	Ne	753	95,4	95,4
		Da	36	4,6	4,6
		$\Sigma$	789	100,0	100,0
Razlogi za prenehanje dojenja	Otrok se je sam odstavil	Ne	85	55,9	55,9
		Da	67	44,1	44,1
		$\Sigma$	152	100,0	100,0
	Nisem imela več dovolj mleka	Ne	117	77,0	77,0
		Da	35	23,0	23,0
		$\Sigma$	152	100,0	100,0
	Dojenje mi ni več ustrezalo	Ne	107	70,4	70,4
		Da	45	29,6	29,6
		$\Sigma$	152	100,0	100,0
	Družbeni pritiski	Ne	145	95,4	95,4
		Da	7	4,6	4,6
		$\Sigma$	152	100,0	100,0

Zdravstveni razlogi	Ne	144	94,7	94,7
	Da	8	5,3	5,3
	$\Sigma$	152	100,0	100,0

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

Iz Tabele 8 je razvidno, da je večina udeleženk začela dojit v prvi uri po porodu. Dobra desetina udeleženk je začela dojit v prvih treh urah po porodu ali prvi dan po porodu, malo udeleženk je začelo dojit tudi po prvem dnevu od poroda. Vidimo lahko, da je največ udeleženk izključno dojilo več kot 6 mesecev, veliko jih je izključno dojilo 6 mesecev in malo manj 5 mesecev. Manjši odstotek udeleženk je izključno dojilo 4 mesece, 1 mesec ali manj, 2 meseca in najmanj pogosto 3 mesece. Več kot polovica udeleženk je v prvih mesecih dojila na otrokovo pobudo. Skoraj petina udeleženk je dojila vsaki dve uri, malo manjši delež udeleženk pa je dojilo vsako uro. Majhen delež udeleženk je dojilo vsake tri ure.

V Tabeli 8 lahko vidimo tudi to, da sta imeli dve tretjini udeleženk težave pri dojenju. Malo manj kot polovica udeleženk je imela boleče in razpokane bradavice, približno petina udeleženk pa je imela težave pri pristavljanju ali premalo mleka. Dobra desetina udeleženk je imela preveč mleka, majhen delež udeleženk pa je imel neaktivne dojenčke. V Tabeli 8 so predstavljeni tudi razlogi za prenehanje dojenja pri tistih materah, ki so že zaključile z dojenjem. Vidimo lahko, da se je največ otrok samih odstavilo. Naslednja najpogostejša razloga za prenehanje dojenja sta bila, da materi dojenje ni več ustrezalo in da ni imela več dovolj mleka. Majhen delež udeleženk je prenehal dojit zaradi zdravstvenih razlogov ali družbenih pritiskov.

V Tabeli 9 je prikazana frekvenčna porazdelitev uživanja hrane za spodbujanje laktacije in zaviranja laktacije.

## Tabela 9

### *Frekvenčna porazdelitev uživanja hrane za spodbujanje laktacije in zaviranja laktacije*

Dejavnik	Odgovor	f	%	Veljaven %
Uživanje hrane za spodbujanje laktacije	Ne	668	84,7	84,7
	Da	121	15,3	15,3
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Veliko tekočine	Ne	223	28,3	28,3
	Da	566	71,7	71,7
	$\Sigma$	789	100,0	100,0



	Čaj za dojenje	Ne	277	35,1	35,1
		Da	512	64,9	64,9
		Σ	789	100,0	100,0
	Žitna hrana	Ne	483	61,2	61,2
		Da	306	38,8	38,8
		Σ	789	100,0	100,0
	Mandeljni, oreščki in sezam	Ne	676	85,7	85,7
		Da	113	14,3	14,3
		Σ	789	100,0	100,0
	Dodatki	Ne	608	77,1	77,1
		Da	181	22,9	22,9
		Σ	789	100,0	100,0
	Drugo	Ne	779	98,7	98,9
		Da	9	1,1	1,1
		Σ	788	99,9	100,0
		NO	1	0,1	
Zaviranje laktacije	Ne-zaviranje laktacije	Ne	32	4,1	4,1
		Da	757	95,9	95,9
		Σ	789	100,0	100,0
	Čaj iz žajblja in poprove mete ali peteršilja	Ne	782	99,1	99,1
		Da	7	0,9	0,9
		Σ	789	100,0	100,0
	Obkladki z zeljnimi listi	Ne	766	97,1	97,1
		Da	23	2,9	2,9
		Σ	789	100,00	100
	Obkladki	Ne	784	99,4	99,4
		Da	5	0,6	0,6
		Σ	789	100,0	100,0

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov). Pri uživanju hrane za spodbujanje laktacije so udeleženske pod »drugo« navajale zdravo prehrano, dovolj hrane ali večje porcije, uživanje mlečnih izdelkov in laktacijskih piškotov.

V Tabeli 9 lahko vidimo, da je več kot štiri petine udeleženk uživalo hrano za spodbujanje laktacije. Največ udeleženk je pilo veliko tekočine in čaj za dojenje. Dobra tretjina udeleženk je uživala žitno hrano in dobra petina različne dodatke. Dobra desetina jih je uživala mandeljne, oreščke in sezam, zelo majhen delež udeleženk pa je navedlo »drugo« (zdrava prehrana, dovolj hrane ali večje porcije, uživanje mlečnih izdelkov in laktacijskih piškotov). Zelo majhen delež udeleženk je zaviral laktacijo, najpogosteje s pomočjo obkladkov iz zeljnih listov. Nekaj udeleženk je laktacijo zaviralo tudi s pomočjo čaja iz žajblja in poprove mete ali petersilja ter z obkladki.

Peti sklop dejavnikov uspešnega dojenja vsebuje pomoč pri dojenju, informacije o dojenju, svetovanje pri dojenju, zeleno pomoč pri dojenju, pripravo na dojenje in oporo pri dojenju. Frekvenčna porazdelitev teh dejavnikov je zaradi boljše preglednosti predstavljena v šestih tabelah (Tabela 10 – Tabela 15).

V Tabeli 10 je prikazana frekvenčna porazdelitev pomoči pri dojenju.

**Tabela 10**

*Frekvenčna porazdelitev pomoči pri dojenju*

Pomoč pri dojenju		f	%	Veljaven %
Brez pomoči	Ne	611	77,4	77,4
	Da	178	22,6	22,6
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Prijateljica	Ne	707	89,6	89,6
	Da	82	10,4	10,4
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Mati	Ne	694	88,0	88,0
	Da	95	12,0	12,0
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Patronažna sestra	Ne	534	67,7	67,7
	Da	255	32,3	32,3
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Osebj v porodnišnici	Ne	439	55,6	55,6
	Da	350	44,4	44,4
	$\Sigma$	789	100,0	100,0

Svetovalka za dojenje	Ne	706	89,5	89,5
	Da	83	10,5	10,5
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Partner	Ne	583	73,9	73,9
	Da	206	26,1	26,1
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Internet / knjige / predavanja	Ne	519	65,8	65,8
	Da	270	34,2	34,2
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Drugo	Ne	765	97,0	97,0
	Da	24	3,0	3,0
	$\Sigma$	789	100,0	100,0

*Opombe:* Odgovor »drugo« je vključeval sestro, taščo, samostojno babico, doulo, zdravnico, pediatrinjo, svakinjo in sostanovalko v porodnišnici.

Iz Tabele 10 je razvidno, da dobra petina udeleženk ni imela pomoči pri dojenju. Malo manj kot polovici udeleženk je pri dojenju pomagalo osebje v porodnišnici, skoraj tretjini udeleženk so pri dojenju pomagale patronažne sestre in dobri četrtini udeleženk so pri dojenju pomagali partnerji. Približno desetini udeleženk so pri dojenju pomagale matere, svetovalke za dojenje in prijateljice. Malo več kot tretjina udeleženk je pomoč pri dojenju poiskala na internetu in v knjigah ali pa se je udeležila predavanj o dojenju.

V Tabeli 11 je prikazana frekvenčna porazdelitev informacij o dojenju.

**Tabela 11**

*Frekvenčna porazdelitev informacij o dojenju*

Informacije o dojenju		f	%	Veljaven %
Šola za starše / delavnica	Ne	458	58,0	58,0
	Da	331	42,0	42,0
	$\Sigma$	789	100,0	100,0
Ginekolog	Ne	765	97,0	97,0
	Da	24	3,0	3,0
	$\Sigma$	789	100,0	100,0

Pediater / patronažna sestra / svetovalka za dojenje / doula	Ne	729	92,4	92,4
	Da	60	7,6	7,6
	Σ	789	100,0	100,0
Porodnišnica	Ne	421	53,4	53,4
	Da	368	46,6	46,6
	Σ	789	100,0	100,0
Internet	Ne	204	25,9	25,9
	Da	585	74,1	74,1
	Σ	789	100,0	100,0
Knjige / revije / brošure	Ne	597	75,7	75,7
	Da	192	24,3	24,3
	Σ	789	100,0	100,0
Strokovni članki / šola / fakulteta	Ne	548	69,5	69,5
	Da	241	30,5	30,5
	Σ	789	100,0	100,0
Nikjer	Ne	751	95,2	95,2
	Da	38	4,8	4,8
	Σ	789	100,0	100,0
Prijatelji in družina	Ne	747	94,7	94,8
	Da	41	5,2	5,2
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

Iz Tabele 11 je razvidno, da je največ (približno tri četrtine) udeleženk informacije o dojenju poiskalo na internetu. Skoraj polovica udeleženk je informacije prejela v porodnišnici, dobri dve petini pa sta informacije o dojenju dobili v šoli za starše ali različnih delavnicah. Malo manj kot tretjina udeleženk je informacije pridobila v člankih, v šoli ali na fakulteti, skoraj četrtina udeleženk pa je informacije o dojenju poiskala v knjigah, revijah in brošurah. Majhen delež udeleženk je informacije o dojenju dobil od pediatrov, patronažnih sester, svetovalk za dojenje, doul, prijateljev in družine ter ginekologov, ena dvajsetina udeleženk pa informacij ni dobila nikjer.

V Tabeli 12 je prikazana frekvenčna porazdelitev svetovanja pri dojenju.

**Tabela 12**

*Frekvenčna porazdelitev svetovanja pri dojenju*

Svetovanje pri dojenju		f	%	Veljaven %
Ginekolog	Ne	771	97,7	97,8
	Da	17	2,2	2,2
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Pediater	Ne	746	94,6	94,7
	Da	42	5,3	5,3
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Patronažna sestra	Ne	388	49,2	49,2
	Da	400	50,7	50,8
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Osebje v porodnišnici	Ne	362	45,9	45,9
	Da	426	54,0	54,1
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Svetovalka za dojenje / doula	Ne	670	84,9	85,0
	Da	118	15,0	15,0
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Mati	Ne	631	80,0	80,1
	Da	157	19,9	19,9
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Prijateljice	Ne	573	72,6	72,7
	Da	215	27,2	27,3
	Σ	788	99,9	100,0

	NO	1	0,1	
Partner	Ne	699	88,6	88,7
	Da	89	11,3	11,3
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Nihče	Ne	666	84,4	84,5
	Da	122	15,5	15,5
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Drugo	Ne	748	94,8	94,9
	Da	40	5,1	5,1
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov). Odgovor »drugo« je vključeval sestro, osebe na družbenih omrežjih (Facebook) in forumih, taščo, sestrično, svakinjo, babico in profesorico na fakulteti.

V Tabeli 12 lahko vidimo, da je več kot polovici udeleženk svetovalo osebje v porodnišnici, polovici udeleženk pa je svetovala tudi patronažna sestra. Malo manj kot tretjini udeleženk so pri dojenju svetovale prijateljice, petini udeleženk pa je svetovala njihova mati. Dobri desetini udeleženk je pri dojenju svetovala svetovalka za dojenje ali doula in partner. Majhnemu deležu udeleženk je svetoval tudi ginekolog, pediater ali druge osebe (sestra, osebe na družbenih omrežjih in forumih, tašča, sestrična, svakinja, babica in profesorica). Dobri desetini udeleženk pri dojenju ni svetoval nihče.

V Tabeli 13 je prikazana frekvenčna porazdelitev zelene pomoči pri dojenju.

**Tabela 13**

*Frekvenčna porazdelitev zelene pomoči pri dojenju*

Želena pomoč pri dojenju		f	%	Veljaven %
Pomoč in opora v porodnišnici	Ne	617	78,2	78,2
	Da	172	21,8	21,8
	Σ	789	100,0	100,0
Pomoč pri pristavljanju	Ne	679	86,1	86,1
	Da	110	13,9	13,9

	Σ	789	100,0	100,0
Spremljanje dojenja	Ne	767	97,2	97,2
	Da	22	2,8	2,8
	Σ	789	100,0	100,0
Svetovanje in prave (strokovne) informacije	Ne	681	86,3	86,3
	Da	108	13,7	13,7
	Σ	789	100,0	100,0
Opora bližnjih	Ne	740	93,8	93,8
	Da	49	6,2	6,2
	Σ	789	100,0	100,0
Opora zdravstvenih delavcev	Ne	727	92,1	92,1
	Da	62	7,9	7,9
	Σ	789	100,0	100,0
Drugo	Ne	772	97,8	98,0
	Da	16	2,0	2,0
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov). Odgovor »drugo« je vseboval pomoč pri zbujanju otroka, pomoč svetovalke za dojenje, kakršnokoli pomoč, pomoč v gospodinjstvu, več motivacije, podporo družbe in pomoč ali razlago pri zamašenemu vodu, mastitisu ali poškodovanih bradavicah.

V Tabeli 13 so prikazani odgovori udeleženk na vprašanje, kakšno pomoč pri dojenju so želele, pa je niso dobile. Več kot petina udeleženk si je želela pomoč in oporo v porodnišnici, dobra desetina udeleženk pa si je želela pomoč pri pristavljanju in svetovanje ter prave strokovne informacije. Manj kot desetina udeleženk si je želela opore zdravstvenih delavcev in bližnjih. Majhen delež udeleženk pa si je želel spremljanje dojenja, pomoč pri zbujanju otroka, pomoč svetovalke za dojenje, kakršnokoli pomoč, pomoč v gospodinjstvu, več motivacije, podporo družbe in pomoč ali razlago pri zamašenemu vodu, mastitisu ali poškodovanih bradavicah.

V Tabeli 14 je prikazana frekvenčna porazdelitev priprave na dojenje.

**Tabela 14**

*Frekvenčna porazdelitev priprave na dojenje*

Priprava na dojenje		f	%	Veljaven %
Priprava na dojenje	Da	326	41,3	41,4
	Ne	462	58,6	58,6
	Σ	788	99,9	100,0
	NO	1	0,1	
Literatura (članki, knjige, predavanja, internet, šola za starše)	Ne	539	68,3	68,3
	Da	250	31,7	31,7
	Σ	789	100,0	100,0
Svetovalka za dojenje / doula / patronažna sestra / babica	Ne	774	98,1	98,1
	Da	15	1,9	1,9
	Σ	789	100,0	100,0
Pogovor z bližnjimi	Ne	756	95,8	95,8
	Da	33	4,2	4,2
	Σ	789	100,0	100,0
Psihična priprava	Ne	757	95,9	95,9
	Da	32	4,1	4,1
	Σ	789	100,0	100,0
Delavnica za dojenje	Ne	772	97,8	97,8
	Da	17	2,2	2,2
	Σ	789	100,0	100,0
Priprava bradavic	Ne	770	97,6	97,6
	Da	19	2,4	2,4
	Σ	789	100,0	100,0
Zdrav življenjski slog	Ne	785	99,5	99,5
	Da	4	0,5	0,5
	Σ	789	100,0	100,0

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).



Iz Tabele 14 je razvidno, da sta se dobri dve petini udeleženk pripravljali na dojenje. Skoraj tretjina udeleženk se je na dojenje pripravljala s pomočjo literature, skoraj dvajsetina udeleženk pa se je pogovarjala z bližnjimi ali se je psihično pripravila. Zelo majhen odstotek udeleženk se je na dojenje pripravljalo tako, da so poskušale pripraviti bradavice, so se udeležile delavnic o dojenju ali pa so prakticirale zdrav življenjski slog.

V Tabeli 15 je prikazana frekvenčna porazdelitev opore pri dojenju.

**Tabela 15**

*Frekvenčna porazdelitev opore pri dojenju*

Opora pri dojenju		f	%	Veljaven %
Opora bližnjih	Da	738	93,5	93,8
	Ne	49	6,2	6,2
	Σ	787	99,7	100,0
	NO	2	0,3	
Opora partnerja	Ne	141	17,9	17,9
	Da	648	82,1	82,1
	Σ	789	100,0	100,0
Opora matere	Ne	336	42,6	42,6
	Da	453	57,4	57,4
	Σ	789	100,0	100,0
Opora sorodnikov (oče, sestra, teta, otroci)	Ne	420	53,2	53,2
	Da	369	46,8	46,8
	Σ	789	100,0	100,0
Opora prijateljev / podobnih drugih	Ne	606	76,8	76,8
	Da	183	23,2	23,2
	Σ	789	100,0	100,0
Opora zdravstvenih delavcev	Ne	746	94,6	94,6
	Da	43	5,4	5,4
	Σ	789	100,0	100,0

*Opombe:* NO = ni odgovora (število manjkajočih odgovorov).

V Tabeli 15 lahko vidimo, da je večina udeleženk imela oporo pri dojenju. Več kot štiri petine udeleženk je imelo oporo pri partnerju, dobra polovica pri svoji materi in skoraj

polovica pri drugih sorodnikih. Skoraj četrtna udeleženk je imela oporo pri prijateljih in podobnih drugih, majhen delež udeleženk pa je imel oporo tudi pri zdravstvenih delavcih.

Zanimalo nas je ali porazdelitev rezultatov statistično pomembno odstopa od normalne porazdelitve. Izvedli smo Kolmogorov-Smirnov test s popravkom Lilliefors in preverili, kako so porazdeljeni rezultati na vprašalniku MAI, lestvicah MSPSS in BMS ter oceni zadovoljstva z dojenjem in uspešnosti dojenja. Rezultati so prikazani v Tabeli 16.

**Tabela 16**

*Kolmogorov-Smirnov test vprašalnika MAI, lestvic in podlestvic MSPSS in BMS, zadovoljstva z dojenjem ter uspešnosti dojenja*

Lestvice / podlestvice	Z	p
Materina navezanost	0,17	0,000
Opora družine	0,19	0,000
Opora prijateljev	0,13	0,000
Opora pomembnih drugih	0,23	0,000
Skupna opora	0,14	0,000
Notranja regulacija	0,13	0,000
Integrativna regulacija	0,26	0,000
Identificirana regulacija	0,09	0,000
Introjecirana regulacija	0,13	0,000
Zunanja regulacija 1	0,12	0,000
Zunanja regulacija 2	0,51	0,000
Avtonomna motivacija	0,08	0,000
Nadzorovana motivacija	0,06	0,000
Skupna motivacija za dojenje	0,05	0,000
Zadovoljstvo z dojenjem	0,28	0,000
Uspešnost dojenja	0,28	0,000

*Opombe:* Z = Kolmogorov-Smirnov koeficient.

Iz Tabele 16 je razvidno, da so vsi rezultati statistično pomembno odstopali od normalne porazdelitve, zato smo v nadaljevanju uporabljali neparametrične statistične postopke.

Zanimalo nas je, v kolikšni meri postavke, ki se združujejo v določeno lestvico ali podlestvico, merijo isto lastnost. V ta namen smo izračunali Cronbachov  $\alpha$  koeficient zanesljivosti in preverili notranjo konsistentnost lestvic in podlestvic. Rezultati so prikazani v Tabeli 17.

**Tabela 17**

*Cronbachov  $\alpha$  koeficient vprašalnika MAI in lestvic ter podlestvic MSPSS in BMS*

Lestvica / podlestvica	$\alpha$
Materina navezanost	0,86
Opora družine	0,92
Opora prijateljev	0,94
Opora pomembnih drugih	0,93
Skupna opora	0,93
Notranja regulacija	0,89
Integrativna regulacija	0,63
Identificirana regulacija	0,85
Introjecirana regulacija	0,63
Zunanja regulacija 1	0,42
Zunanja regulacija 2	0,60
Avtonomna motivacija	0,92
Nadzorovana motivacija	0,67
Skupna motivacija za dojenje	0,89

Iz Tabele 17 je razvidno, da sta imela vprašalnik MAI in lestvica MSPSS, vključno z vsemi tremi podlestvicami (opora družine, opore prijateljev in opora pomembnih drugih), dobro zanesljivost. Ustrezno zanesljivost je imela tudi lestvica skupne motivacije za dojenje. Podlestvica, ki meri avtonomno motivacijo, je imela dobro zanesljivost, podlestvica, ki meri nadzorovano motivacijo, pa je imela vprašljivo zanesljivost. Pri posameznih vrstah motivacije za dojenje sta imeli podlestvici notranja regulacija in identificirana regulacija dobro zanesljivost, integrativna regulacija, introjecirana regulacija in zunanja regulacija 2 so imele srednje ustrezno zanesljivost, zunanja regulacija 1 pa je imela slabšo zanesljivost.

## 3.2 VLOGA RAZLIČNIH DEJAVNIKOV PRI DOJENJU

V podpoglavju predstavljamo rezultate statističnih analiz, s pomočjo katerih smo preverjali veljavnost štirih sklopov hipotez.

### 3.2.1 Materina navezanost

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati statističnih analiz, s pomočjo katerih smo preverjali veljavnost zastavljenih hipotez iz prvega sklopa.

Za preverjanje prve hipoteze smo izračunali Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med materino navezanostjo in uspešnostjo dojenja. Rezultati so predstavljeni v Tabeli 18.

**Tabela 18**

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med materino navezanostjo in uspešnostjo dojenja*

		Materina navezanost
Uspešnost dojenja	$r_s$	0,07
	p	0,055

*Opombe:*  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient.

Iz Tabele 18 je razvidno, da sta materina navezanost in uspešnost dojenja šibko povezani, vendar povezanost ni statistično pomembna.

Za preverjanje druge hipoteze smo ugotavljali povezanost med začetkom dojenja in materino navezanostjo ter izključnim dojenjem. Rezultati so prikazani v Tabeli 19.

**Tabela 19**

*Hi-kvadrat povezanosti med začetkom dojenja in materino navezanostjo ter izključnim dojenjem*

	$\chi^2$	df	p
Materina navezanost + začetek dojenja	90,37	75	0,109
Izključno dojenje + začetek dojenja	15,42	18	0,633

*Opombe:* Pri povezanosti med materino navezanostjo in začetkom dojenja je bilo 70,2% pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najmanjša pričakovana frekvenca je bila 0,03. Pri povezanosti med izključnim dojenjem in začetkom dojenja je bilo 21,4% pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najmanjša pričakovana frekvenca je bila 1,02.

Iz Tabele 19 je razvidno, da ni pomembne povezanosti med začetkom dojenja in materino navezanostjo ter izključnim dojenjem.

### 3.2.2 Motivacija za dojenje

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati statističnih analiz, s pomočjo katerih smo preverjali veljavnost zastavljenih hipotez iz drugega sklopa.

Za preverjanje tretje hipoteze smo izračunali povprečje točk za vse postavke na posameznih podlestvicah BMS in nato s pomočjo Friedmanovega testa ugotavljali, katera vrsta motivacije je bila pri udeleženkah najbolj izražena. V Tabeli 20 so predstavljeni srednji rangi povprečij točk na podlestvicah BMS, v Tabeli 21 pa testna statistika Friedmanovega testa.

**Tabela 20**

*Srednji rangi povprečij točk na podlestvicah BMS*

	Srednji rang
Notranja regulacija – M	3,93
Integrativna regulacija – M	4,97
Identificirana regulacija – M	1,41
Introjecirana regulacija – M	1,91
Zunanja regulacija 1 – M	3,21
Zunanja regulacija 2 – M	5,57

*Opombe:* M = aritmetična sredina.

**Tabela 21**

*Testna statistika Friedmanovega testa*

Testna statistika	
N	766
Friedmanov Q	3114,30
df	5
p	0,000

V Tabeli 21 lahko vidimo, da obstaja statistično pomembna razlika v izraženosti posameznih vrst motivacij za dojenje. Iz Tabele 20 je razvidno, da je bila najmanj izražena vrsta motivacije identificirana regulacija, najbolj izražena vrsta motivacije pa je bila zunanja regulacija 2.

Četrto hipotezo smo preverili tako, da smo izračunali Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med avtonomno motivacijo in uspešnostjo dojenja. Rezultati so prikazani v Tabeli 22.

**Tabela 22**

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med avtonomno motivacijo in uspešnostjo dojenja*

Motivacija za dojenje	Uspešnost dojenja	
	$r_s$	p
Notranja regulacija	0,14 **	0,000
Integrativna regulacija	0,08 *	0,031
Identificirana regulacija	0,03	0,453
Avtonomna motivacija	0,09 *	0,011

*Opombe:*  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient.

\*\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,01.

\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,05.

Iz Tabele 22 je razvidno, da je bila notranja regulacija statistično pomembno povezana z uspešnostjo dojenja na stopnji tveganja 0,01. Integrativna regulacija in avtonomna motivacija sta bili statistično pomembno povezani z uspešnostjo dojenja na stopnji tveganja 0,05. Identificirana regulacija ni bila statistično pomembno povezana z uspešnostjo dojenja. Vse povezave med avtonomno motivacijo za dojenje in uspešnostjo dojenja so bile šibke.

### 3.2.3 Socialna opora

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati statističnih analiz, s pomočjo katerih smo preverjali veljavnost zastavljenih hipotez iz tretjega sklopa.

Za preverjanje pete hipoteze smo izračunali Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med zaznano socialno oporo in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja. Rezultati so prikazani v Tabeli 23.

**Tabela 23**

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med socialno oporo in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja*

Socialna opora	Zadovoljstvo z dojenjem		Uspešnost dojenja	
	$r_s$	p	$r_s$	p
Opora družine	0,10 **	0,008	0,12 **	0,001
Opora prijateljev	0,05	0,154	0,04	0,278

Opora pomembnih drugih	0,05	0,153	0,07	0,053
Skupna opora	0,08 *	0,034	0,08 *	0,033

*Opombe:*  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient.

\*\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,01.

\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,05.

Iz Tabele 23 je razvidno, da je bila opora družine statistično pomembno povezana z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja na stopnji tveganja 0,01. Splošna socialna opora (skupna opora) je bila statistično pomembno povezana z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja na stopnji tveganja 0,05. Opora prijateljev in opora pomembnih drugih nista bili statistično pomembno povezani z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja. Vse povezave med socialno oporo in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja so bile šibke.

### 3.2.4 Ovire pri dojenju

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati statističnih analiz, s pomočjo katerih smo preverjali veljavnost zastavljenih hipotez iz četrtega sklopa.

Za preverjanje šeste hipoteze smo izračunali Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med duševnimi težavami po porodu in trajanjem dojenja pri materah, ki so že zaključile z dojenjem. Rezultati so prikazani v Tabeli 24. V analizo smo vključili 152 udeleženk, ki so že zaključile z dojenjem. Med njimi se je z duševnimi težavami po porodu soočalo 45 (29,6%) mater: 36 (23,7%) mater je imelo poporodno otožnost, 10 (6,6%) mater je imelo poporodno depresijo in tesnobo, 2 (1,3%) materi pa sta imeli PTSM. Poporodne psihoze ni imela nobena od mater, ki so že prenehale dojiti.

**Tabela 24**

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med duševnimi težavami po porodu in trajanjem dojenja*

Duševne težave po porodu	Trajanje dojenja	
	$r_s$	p
Brez duševnih težav	0,14	0,095
Poporodna otožnost	-0,13	0,120
Poporodna depresija in tesnoba	-0,15	0,060
Poporodna PTSM	-0,02	0,784
Poporodna psihoza	.	.

*Opombe:*  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient.

Iz Tabele 24 je razvidno, da med duševnimi težavami po porodu in trajanjem dojenja ni bilo statistično pomembnih povezav. Opazimo lahko šibko negativno povezavo med trajanjem dojenja in duševnimi težavami po porodu ter šibko pozitivno povezavo med trajanjem dojenja in odsotnostjo duševnih težav.

Sedmo hipotezo smo preverili tako, da smo izračunali Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med težavami pri dojenju in trajanjem dojenja pri materah, ki so že zaključile z dojenjem. Rezultati so prikazani v Tabeli 25.

**Tabela 25**

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med težavami pri dojenju in trajanjem dojenja*

Težave pri dojenju	Trajanje dojenja	
	$r_s$	p
Brez težav	0,18 *	0,028
Boleče in razpokane bradavice	-0,04	0,595
Premalo mleka	-0,46 **	0,000
Preveč mleka	0,13	0,109
Težave s pristavljanjem	-0,06	0,500
Neaktivnost dojenčka	-0,08	0,339

*Opombe:*  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient.

\*\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,01.

\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,05.

Iz Tabele 25 je razvidno, da je bila odsotnost težav pri dojenju statistično pomembno pozitivno povezana s trajanjem dojenja na stopnji tveganja 0,05. Povezava med odsotnostjo težav pri dojenju in trajanjem dojenja je bila šibka. Premalo mleka je bilo statistično pomembno negativno povezano s trajanjem dojenja na stopnji tveganja 0,01. Povezava med premalo mleka in trajanjem dojenja je bila srednje močna. Opazili smo šibko pozitivno povezavo med preveč mleka in trajanjem dojenja, ki pa ni bila statistično pomembna. Najdemo lahko tudi šibke negativne povezave med bolečimi in razpokanimi bradavicami, težavami s pristavljanjem ter neaktivnostjo dojenčka in trajanjem dojenja, ki niso bile statistično pomembne.



Za preverjanje osme hipoteze smo s pomočjo hi-kvadrata ugotavljali povezanost med pogostostjo dojenja in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja. Rezultati so prikazani v Tabeli 26.

**Tabela 26**

*Hi-kvadrat povezanosti med pogostostjo dojenja in zadovoljstvom z dojenjem ter uspešnostjo dojenja*

	$\chi^2$	df	p
Pogostost dojenja + zadovoljstvo z dojenjem	46,55	27	0,011
Pogostost dojenja + uspešnost dojenja	46,87	27	0,010

*Opombe:* Pri povezanosti med pogostostjo dojenja in zadovoljstvom z dojenjem je bilo 52,5% pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najmanjša pričakovana frekvenca je bila 0,17. Pri povezanosti med pogostostjo dojenja in uspešnostjo dojenja je bilo 65,0% pričakovanih frekvenc manjših od 5. Najmanjša pričakovana frekvenca je bila 0,25.

Iz Tabele 26 je razvidno, da je bila pogostost dojenja povezana z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja.

V Tabeli 27 je prikazana pogostost dojenja glede na zadovoljstvo z dojenjem in uspešnost dojenja. Podane so srednje vrednosti zadovoljstva z dojenjem in uspešnosti dojenja pri materah, ki so dojile vsako uro, pri materah, ki so dojile vsaki dve uri, pri materah, ki so dojile vsake tri ure, in pri materah, ki so dojile na otrokovo pobudo.

**Tabela 27**

*Pogostost dojenja glede na zadovoljstvo z dojenjem in uspešnost dojenja*

Pogostost dojenja		N	MIN	MAX	M	SD
Vsako uro	Zadovoljstvo z dojenjem	116	3	10	7,13	1,97
	Uspešnost dojenja	116	3	10	7,31	1,95
Vsaki dve uri	Zadovoljstvo z dojenjem	147	1	10	7,46	2,00
	Uspešnost dojenja	147	1	10	7,86	2,06
Vsake tri ure	Zadovoljstvo z dojenjem	65	1	10	7,00	2,19
	Uspešnost dojenja	65	1	10	7,06	2,14
Na otrokovo pobudo	Zadovoljstvo z dojenjem	449	1	10	7,77	2,02
	Uspešnost dojenja	449	1	10	8,01	2,07

Iz Tabele 27 je razvidno, da so bile matere, ki so dojile na otrokovo pobudo, v primerjavi z materami, ki so dojile po urniku (vsako uro, vsaki dve uri ali vsake tri ure), nekoliko bolj zadovoljne z dojenjem in so dojenje ocenjevale kot uspešnejše.

Za preverjanje devete hipoteze smo s pomočjo hi-kvadrata ugotavljali povezanost med vrsto poroda in trajanjem dojenja pri materah, ki so že zaključile z dojenjem. Rezultati so prikazani v Tabeli 28.

**Tabela 28**

*Hi-kvadrat povezanosti med vrsto poroda in trajanjem dojenja*

	$\chi^2$	df	p
Vrsta poroda + trajanje dojenja	109,49	120	0,744

*Opombe:* 95,3% pričakovanih frekvenc je bilo manjših od 5. Najmanjša pričakovana frekvenca je bila 0,01.

Iz Tabele 28 je razvidno, da vrsta poroda ni bila povezana s trajanjem dojenja.

V nadaljevanju prikazujemo vrsto poroda glede na trajanje dojenja. V Tabeli 29 so podane srednje vrednosti trajanja dojenja pri materah, ki so rodile naravno, pri materah, ki so rodile s pomočjo epiduralne analgezije, pri materah, ki so rodile s pomočjo carskega reza v splošni anesteziji, pri materah, ki so rodile s pomočjo carskega reza v spinalni anesteziji, pri materah, ki so rodile s pomočjo vakuuma, in pri materah, ki so rodile s pomočjo umetnih popadkov.

**Tabela 29**

*Vrsta poroda glede na trajanje dojenja*

Vrsta poroda	Trajanje dojenja				
	N	MIN	MAX	M	SD
Naravni porod	102	1	24	11,26	6,05
Epiduralna analgezija	23	1	24	10,61	7,09
Carski rez – splošna anestezija	13	2	22	13,38	5,59
Carski rez – spinalna anestezija	6	1	13	8,67	4,68
Vakuum	6	1	16	8,83	5,49
Umetni popadki	2	8	16	12,00	5,66

Iz Tabele 29 je razvidno, da je največ udeleženk, ki so že prenehale dojiti, rodilo naravno. Izmed vseh udeleženk, ki so že prenehale dojiti, so največ časa dojile tiste, ki so rodile s pomočjo carskega reza v splošni anesteziji.

### 3.3 DODATNE ANALIZE ODNOSOV MED SPREMENLJIVKAMI

V tem poglavju prikazujemo rezultate dodatnih statističnih analiz, s pomočjo katerih smo raziskovali odnose med spremenljivkami.

#### 3.3.1 Uspešnost dojenja in zadovoljstvo z dojenjem

Zanimala nas je razlika v zadovoljstvu z dojenjem in uspešnosti dojenja med udeleženkami, ki so že prenehale dojiti, in udeleženkami, ki so še dojile. S pomočjo testa Kolmogorov-Smirnov smo ugotovili, da rezultati niso bili normalno porazdeljeni, zato smo razliko med skupinama ugotavljali s pomočjo Mann-Whitneyevega U-testa. Statistično pomembnih razlik med skupinama v povprečju na lestvicah zadovoljstva z dojenjem in uspešnosti dojenja nismo uspeli potrditi, zato rezultatov ne bomo posebej predstavljali v tabeli. Ugotovili smo, da ni statistično pomembnih razlik v zadovoljstvu z dojenjem in uspešnosti dojenja pri materah, ki so že prenehale dojiti, in materah, ki še dojijo.

#### 3.3.2 Povezanost med materino navezanostjo, socialno oporo in motivacijo za dojenje

Zanimala nas je povezanost med materino navezanostjo in socialno oporo ter motivacijo za dojenje. Izračunali smo Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med vprašalnikom MAI in lestvicami ter podlestvicami MSPSS in BMS. Rezultati so prikazani v Tabeli 30.

**Tabela 30**

*Spearmanov korelacijski koeficient povezanosti med vprašalnikom MAI in lestvicami ter podlestvicami MSPSS in BMS*

		MAI	Opora družine	Opora prijateljev	Opora pomembnih drugih	Skupna opora
Opora družine	$r_s$	0,28 **				
	p	0,000				
Opora prijateljev	$r_s$	0,18 **				
	p	0,000				
Opora pomembnih drugih	$r_s$	0,19 **				
	p	0,000				
Skupna opora	$r_s$	0,25 **				

		p	0,000				
Notranja regulacija	$r_s$	0,37 **	0,12 **	0,12 **	0,08 *	0,13 **	
	p	0,000	0,001	0,001	0,022	0,000	
Integrativna regulacija	$r_s$	0,38 **	0,12 **	0,11 **	0,10 **	0,13 **	
	p	0,000	0,001	0,003	0,005	0,000	
Identificirana regulacija	$r_s$	0,35 **	0,07	0,01	-0,00	0,04	
	p	0,000	0,051	0,687	0,950	0,327	
Introjecirana regulacija	$r_s$	0,12 **	-0,02	-0,03	-0,02	-0,01	
	p	0,001	0,604	0,360	0,587	0,736	
Zunanja regulacija 1	$r_s$	0,20 **	0,11 **	0,06	0,06	0,10 **	
	p	0,000	0,003	0,084	0,085	0,008	
Zunanja regulacija 2	$r_s$	0,05	0,10 **	0,03	0,09 *	0,07 *	
	p	0,142	0,007	0,340	0,012	0,043	
Avtonomna motivacija	$r_s$	0,40 **	0,11 **	0,08 *	0,06	0,10 **	
	p	0,000	0,003	0,030	0,120	0,008	
Nadzorovana motivacija	$r_s$	0,19 **	0,05	0,01	0,03	0,04	
	p	0,000	0,189	0,740	0,40	0,243	
Skupna motivacija za dojenje	$r_s$	0,37 **	0,10 **	0,07	0,06	0,09 *	
	p	0,000	0,004	0,068	0,098	0,010	

*Opombe:*  $r_s$  = Spearmanov korelacijski koeficient.

\*\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,01.

\* = korelacija je statistično pomembna na stopnji tveganja 0,05.

Iz Tabele 30 je razvidno, da je bil vprašalnik MAI na stopnji 1% tveganja statistično pomembno pozitivno povezan z vsemi lestvicami in podlestvicami MSPSS in BMS razen z zunanjo regulacijo 2. Vse povezave med vprašalnikom MAI in lestvicami ter podlestvicami MSPSS in BMS so bile šibke razen povezave z avtonomno motivacijo, ki je bila srednje močna. Opazili smo tudi nekaj statistično pomembnih povezav med lestvicama MSPSS in BMS. Na stopnji 1% tveganja so bili med seboj statistično pomembno pozitivno povezani notranja regulacija in opora družine, notranja regulacija in opora prijateljev, notranja regulacija in skupna opora, integrativna regulacija in opora družine, integrativna regulacija

in opora prijateljev, integrativna regulacija in opora pomembnih drugih, integrativna regulacija in skupna opora, zunanja regulacija 1 in opora družine, zunanja regulacija 1 in skupna opora, zunanja regulacija 2 in opora družine, avtonomna motivacija in opora družine, avtonomna motivacija in skupna opora ter skupna motivacija za dojenje in opora družine. Vse statistično pomembne povezave na stopnji 1% tveganja med lestvicama MSPSS in BMS so bile šibke. Na stopnji 5% tveganja pa smo opazili še dodatne statistično pomembne povezave med lestvicama MSPSS in BMS. Pozitivno povezani na stopnji 5% tveganja so bili notranja regulacija in opora pomembnih drugih, zunanja regulacija 2 in opora pomembnih drugih, zunanja regulacija 2 in skupna opora, avtonomna motivacija in opora prijateljev ter skupna motivacija za dojenje in skupna opora. Vse statistično pomembne povezave med MSPSS in BMS na stopnji 5% tveganja so bile šibke.

### 3.3.2 Napovedniki uspešnosti dojenja, zadovoljstva z dojenjem in trajanja dojenja

En izmed ciljev magistrskega dela je bil proučiti, kateri dejavniki napovedujejo uspešnost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem in trajanje dojenja. Uporabili smo postopek linearne regresije.

S postopkom linearne regresije smo ugotavljali, kako materina navezanost, opora družine, opora prijateljev, opora pomembnih drugih, notranja regulacija, integrativna regulacija, identificirana regulacija, introjecirana regulacija, zunanja regulacija 1 in zunanja regulacija 2 napovedujejo uspešnost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem in trajanje dojenja. Uporabili smo metodo enter (Sočan, 2011), s katero smo v model vključili vse obstoječe spremenljivke. Rezultati so prikazani v Tabelah 31 – 36.

**Tabela 31**

*Multipla korelacija in statistična pomembnost za model napovednih dejavnikov uspešnosti dojenja*

Model	Napovedni dejavniki	R	R <sup>2</sup>	p
1	Zunanja regulacija 2, opora prijateljev, introjecirana regulacija, materina navezanost, notranja regulacija, opora družine, zunanja regulacija 1, integrativna regulacija, opora pomembnih drugih, identificirana regulacija	0,20	0,04	0,002

*Opombe:* R = korelacija in R<sup>2</sup> = koeficient determinacije.

Iz Tabele 31 je razvidno, da je model napovednih dejavnikov uspešnosti dojenja statistično pomemben na stopnji 1% tveganja. Opazimo lahko, da je povezava med modelom in uspešnostjo dojenja šibka in da model slabo napoveduje uspešnost dojenja.

**Tabela 32***Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike uspešnosti dojenja*

Napovedni dejavnik	B	E	$\beta$	p	Interval zaupanja za B	
					Sp. meja	Zg. meja
(konstanta)	1,97	1,87		0,292	-1,70	5,63
Materina navezanost	0,02	0,02	0,04	0,364	-0,02	0,05
Opora družine	0,02	0,02	0,05	0,383	-0,02	0,06
Opora prijateljev	-0,00	0,02	-0,00	0,943	-0,04	0,03
Opora pomembnih drugih	0,01	0,03	0,01	0,827	-0,05	0,06
Notranja regulacija	0,08	0,04	0,14	0,020	0,01	0,15
Integrativna regulacija	0,02	0,08	0,02	0,751	-0,13	0,17
Identificirana regulacija	-0,06	0,04	-0,09	0,145	-0,14	0,02
Introjecirana regulacija	-0,04	0,04	-0,05	0,209	-0,11	0,03
Zunanja regulacija 1	-0,01	0,05	-0,01	0,783	-0,11	0,09
Zunanja regulacija 2	0,40	0,15	0,11	0,005	0,119	0,69

*Opombe:* B = nestandardizirani regresijski koeficient, E = standardna napaka nestandardiziranega regresijskega koeficienta,  $\beta$  = standardizirani regresijski koeficient.

Iz Tabele 32 je razvidno, da sta notranja regulacija in zunanja regulacija 2 ustrezna napovedna dejavnika uspešnega dojenja. Notranja regulacija je statistično pomemben napovednik uspešnega dojenja na stopnji 5% tveganja, zunanja regulacija 2 pa je statistično pomemben napovednik uspešnega dojenja na stopnji 1% tveganja. Glede na vrednosti standardiziranih regresijskih koeficientov lahko zaključimo, da notranja regulacija in zunanja regulacija 2 najbolje napovedujeta uspešnost dojenja ter da opora prijateljev najslabše napoveduje uspešnost dojenja.

**Tabela 33***Multipla korelacija in statistična pomembnost za model napovednih dejavnikov zadovoljstva z dojenjem*

Model	Napovedni dejavniki	R	R <sup>2</sup>	p
1	Zunanja regulacija 2, opora prijateljev, introjecirana regulacija, materina navezanost, notranja regulacija, opora družine, zunanja regulacija 1, integrativna regulacija, opora pomembnih drugih, identificirana regulacija	0,32	0,10	0,000

*Opombe:* R = korelacija in R<sup>2</sup> = koeficient determinacije.

Iz Tabele 33 je razvidno, da je model napovednih dejavnikov zadovoljstva z dojenjem statistično pomemben na stopnji 1% tveganja. Povezava med modelom in zadovoljstvom z dojenjem je šibka in model slabo napoveduje zadovoljstvo z dojenjem.

**Tabela 34**

*Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike zadovoljstva z dojenjem*

Napovedni dejavnik	B	E	$\beta$	p	Interval zaupanja za B	
					Sp. meja	Zg. meja
(konstanta)	2,48	1,77		0,163	-1,00	5,95
Materina navezanost	-0,01	0,02	-0,01	0,778	-0,04	0,03
Opora družine	0,01	0,02	0,02	0,712	-0,03	0,05
Opora prijateljev	0,01	0,02	0,02	0,709	-0,03	0,04
Opora pomembnih drugih	-0,00	0,03	-0,00	0,947	-0,05	0,05
Notranja regulacija	0,18	0,03	0,31	0,000	0,12	0,25
Integrativna regulacija	0,11	0,07	0,08	0,118	-0,03	0,25
Identificirana regulacija	-0,08	0,04	-0,13	0,032	-0,15	-0,01
Introjecirana regulacija	-0,04	0,03	-0,05	0,240	-0,10	0,03
Zunanja regulacija 1	-0,02	0,05	-0,02	0,659	-0,12	0,07
Zunanja regulacija 2	0,31	0,14	0,09	0,025	0,04	0,58

*Opombe:* B = nestandardizirani regresijski koeficient, E = standardna napaka nestandardiziranega regresijskega koeficienta,  $\beta$  = standardizirani regresijski koeficient.

Iz Tabele 34 je razvidno, da so notranja regulacija, identificirana regulacija in zunanja regulacija 2 ustrezni napovedni dejavniki zadovoljstva z dojenjem. Notranja regulacija je statistično pomemben napovednik zadovoljstva z dojenjem na stopnji 1% tveganja, identificirana regulacija in zunanja regulacija 2 pa sta statistično pomembna napovednika zadovoljstva z dojenjem na stopnji 5% tveganja. Glede na vrednosti standardiziranih regresijskih koeficientov lahko zaključimo, da notranja regulacija najbolj napoveduje zadovoljstvo z dojenjem ter da opora pomembnih drugih najslabše napoveduje zadovoljstvo z dojenjem.

**Tabela 35**

*Multipla korelacija in statistična pomembnost za model napovednih dejavnikov trajanja dojenja*

Model	Napovedni dejavniki	R	R <sup>2</sup>	p
1	Zunanja regulacija 2, materina navezanost, opora prijateljev, introjecirana regulacija, notranja regulacija, zunanja regulacija 1, opora družine, opora pomembnih drugih, integrativna regulacija, identificirana regulacija	0,35	0,12	0,061

*Opombe:* R = korelacija in R<sup>2</sup> = koeficient determinacije.

Iz Tabele 35 je razvidno, da model napovednih dejavnikov trajanja dojenja ni statistično pomemben in z modelom ne moremo napovedati trajanja dojenja.

**Tabela 36**

*Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike trajanja dojenja*

Napovedni dejavnik	B	E	$\beta$	p	Interval zaupanja za B	
					Sp. meja	Zg. meja
(konstanta)	16,50	11,53		0,155	-6,31	39,31
Materina navezanost	-0,22	0,11	-0,18	0,047	-0,44	-0,00
Opora družine	0,06	0,17	0,05	0,711	-0,28	0,41
Opora prijateljev	0,17	0,13	0,14	0,177	-0,08	0,42
Opora pomembnih drugih	-0,11	0,18	-0,08	0,557	-0,47	0,26
Notranja regulacija	0,16	0,21	0,10	0,468	-0,27	0,58
Integrativna regulacija	0,84	0,50	0,22	0,093	-0,14	1,83
Identificirana regulacija	-0,13	0,24	-0,08	0,576	-0,60	0,33
Introjecirana regulacija	-0,11	0,22	-0,05	0,611	-0,54	0,32
Zunanja regulacija 1	0,47	0,32	0,16	0,148	-0,17	1,11
Zunanja regulacija 2	0,12	0,83	0,01	0,888	-1,52	1,75

*Opombe:* B = nestandardizirani regresijski koeficient, E = standardna napaka nestandardiziranega regresijskega koeficienta,  $\beta$  = standardizirani regresijski koeficient.

Iz Tabele 36 je razvidno, da je materina navezanost ustrezen napovedni dejavnik trajanja dojenja na stopnji 5% tveganja. Glede na vrednosti standardiziranih regresijskih koeficientov lahko zaključimo, da trajanje dojenja najbolj napovedujeta integrativna regulacija in materina navezanost, vendar na podlagi rezultatov prikazanih v Tabeli 35 tega ne moremo zanesljivo potrditi.



Postopek linearne regresije smo izvedli tudi za opisne spremenljivke. Zanimalo nas je, kako opisne spremenljivke napovedujejo uspešnost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem in trajanje dojenja. Uporabili smo postopek vključevanja forward (Sočan, 2011), ki je v model pripustil samo tiste spremenljivke, ki so pomembno vplivale na povečanje multiple korelacije. Rezultati so prikazani v Tabelah 37 – 42.

### Tabela 37

*Multipla korelacija in statistična pomembnost za posamezni model napovednih dejavnikov uspešnosti dojenja*

Model	Dodane spremenljivke	R	R <sup>2</sup>	p
1	Izključno dojenje	0,28	0,08	0,000
2	Zadovoljstvo s porodom	0,40	0,16	0,000
3	Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka	0,43	0,19	0,000
4	Težave s pristavljanjem	0,45	0,20	0,000
5	Premalo mleka	0,46	0,21	0,001
6	Starost	0,47	0,22	0,012
7	Informacije na internetu	0,47	0,23	0,040
8	Opora bližnjih	0,48	0,23	0,045
9	Svetovanje – nihče	0,48	0,23	0,033
10	Prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov	0,49	0,24	0,042

*Opombe:* R = korelacija in R<sup>2</sup> = koeficient determinacije.

Iz Tabele 37 je razvidno, da je metoda linearne regresije izbrala deset modelov napovednih dejavnikov uspešnosti dojenja, za katere je multipla korelacija statistično pomembna. Vsak izmed desetih napovednikov pomembno prispeva k povečanju multiple korelacije in s tem tudi k deležu pojasnjene variance. Povezave med modeli in uspešnostjo dojenja so srednje močne in modeli slabo napovedujejo uspešnost dojenja. Deseti model najbolj napoveduje uspešnost dojenja, zato smo v nadaljevanju predstavili le regresijske koeficiente za posamezne napovedne dejavnike uspešnosti dojenja, ki jih je predvidel deseti model.

**Tabela 38**

*Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike uspešnosti dojenja*

Napovedni dejavnik	B	E	$\beta$	p	Interval zaupanja za B	
					Sp. meja	Zg. meja
(konstanta)	7,18	0,67		0,000	5,88	8,49
Izključno dojenje	0,24	0,04	0,22	0,000	0,17	0,32
Zadovoljstvo s porodom	0,25	0,03	0,25	0,000	0,19	0,32
Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka	-1,46	0,32	-0,16	0,000	-2,10	-0,83
Težave s pristavljanjem	-0,57	0,16	-0,11	0,001	-0,90	-0,25
Premalo mleka	-0,54	0,18	-0,11	0,003	-0,90	-0,19
Starost	-0,04	0,02	-0,09	0,007	-0,07	-0,01
Informacije na internetu	-0,36	0,16	-0,08	0,019	-0,67	-0,06
Opора bližnjih	-0,61	0,28	-0,07	0,031	-1,16	-0,06
Svetovanje – nihče	0,42	0,19	0,07	0,024	0,06	0,79
Prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov	-1,14	0,56	-0,07	0,042	-2,25	-0,04

*Opombe:* B = nestandardizirani regresijski koeficient, E = standardna napaka nestandardiziranega regresijskega koeficienta,  $\beta$  = standardizirani regresijski koeficient.

Iz Tabele 38 je razvidno, da so izključno dojenje, zadovoljstvo s porodom, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, težave s pristavljanjem, premalo mleka in starost ustrezni napovedni dejavniki uspešnosti dojenja na stopnji 1% tveganja, informacije na internetu, opora bližnjih, »svetovanje – nihče« in prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov pa so ustrezni napovedniki uspešnosti dojenja na stopnji 5% tveganja. Standardizirani regresijski koeficienti nakazujejo, da zadovoljstvo s porodom in izključno dojenje najbolj napovedujeta uspešnost dojenja. Izključno dojenje, zadovoljstvo s porodom in »svetovanje – nihče« so pozitivno povezani z uspešnostjo dojenja, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, težave s pristavljanjem, premalo mleka, starost, informacije na internetu, opora bližnjih in prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov pa so negativno povezani z uspešnostjo dojenja.

**Tabela 39**

*Multipla korelacija in statistična pomembnost za posamezni model napovednih dejavnikov zadovoljstva z dojenjem*

Model	Dodane spremenljivke	R	R <sup>2</sup>	p
1	Zadovoljstvo s porodom	0,28	0,08	0,000
2	Izključno dojenje	0,37	0,14	0,000
3	Odsotnost težav pri dojenju	0,41	0,17	0,000
4	Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka	0,43	0,18	0,000
5	Poporodna psihoza	0,44	0,19	0,001
6	Želena pomoč pri pristavljanju	0,45	0,20	0,002
7	Premalo mleka	0,46	0,21	0,005
8	Opora matere	0,47	0,22	0,010
9	Pogostost dojenja	0,48	0,23	0,014
10	Informacije iz strokovnih člankov	0,48	0,23	0,029
11	Vrsta poroda	0,49	0,24	0,023
12	Priprava na dojenje s svetovalko za dojenje	0,49	0,24	0,019
13	Čas poroda	0,50	0,25	0,031
14	Težave s pristavljanjem	0,50	0,25	0,043
15	Poporodna depresija in tesnoba	0,50	0,25	0,048

*Opombe:* R = korelacija in R<sup>2</sup> = koeficient determinacije.

Iz Tabele 39 je razvidno, da je metoda linearne regresije izbrala petnajst modelov napovednih dejavnikov zadovoljstva z dojenjem, za katere je multipla korelacija statistično pomembna. Vsak izmed petnajstih modelov napovednih dejavnikov pomembno prispeva k povečanju multiple korelacije in s tem tudi k deležu pojasnjene variance. Povezave med modeli in zadovoljstvom z dojenjem so srednje močne in modeli slabo napovedujejo zadovoljstvo z dojenjem. Petnajsti model najbolj napoveduje zadovoljstvo z dojenjem, zato smo v nadaljevanju predstavili le regresijske koeficiente za posamezne napovedne dejavnike zadovoljstva z dojenjem, ki jih je predvidel petnajsti model.

**Tabela 40**

*Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike zadovoljstva z dojenjem*

Napovedni dejavnik	B	E	$\beta$	p	Interval zaupanja za B	
					Sp. meja	Zg. meja
(konstanta)	3,55	0,48		0,000	2,61	4,49
Zadovoljstvo s porodom	0,27	0,03	0,27	0,000	0,20	0,33
Izključno dojenje	0,16	0,04	0,15	0,000	0,09	0,24
Odsotnost težav pri dojenju	0,48	0,16	0,11	0,003	0,17	0,79
Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka	-0,87	0,31	-0,10	0,005	-1,49	-0,26
Poporodna psihoza	-5,73	1,79	-0,10	0,001	-9,25	-2,22
Želena pomoč pri pristavljanju	-0,52	0,20	-0,09	0,009	-0,90	-0,13
Premalo mleka	-0,48	0,19	-0,09	0,010	-0,84	-0,11
Opora matere	0,35	0,13	0,08	0,010	0,09	0,61
Pogostost dojenja	0,12	0,06	0,07	0,045	0,00	0,23
Informacije iz strokovnih člankov	0,32	0,14	0,07	0,023	0,05	0,60
Vrsta poroda	0,16	0,06	0,09	0,006	0,05	0,27
Priprava na dojenje s svetovalko za dojenje	1,15	0,49	0,08	0,019	0,19	2,11
Čas poroda	0,15	0,07	0,07	0,027	0,02	0,29
Težave s pristavljanjem	-0,37	0,17	-0,08	0,034	-0,71	-0,03
Poporodna depresija in tesnoba	-0,64	0,32	-0,06	0,048	-1,27	-0,01

*Opombe:* B = nestandardizirani regresijski koeficient, E = standardna napaka nestandardiziranega regresijskega koeficienta,  $\beta$  = standardizirani regresijski koeficient.

Iz Tabele 40 je razvidno, da so zadovoljstvo s porodom, izključno dojenje, odsotnost težav pri dojenju, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, poporodna psihoza, zelena pomoč pri pristavljanju, premalo mleka, opora matere in vrsta poroda ustrezni napovedni dejavniki zadovoljstva z dojenjem na stopnji 1% tveganja, pogostost dojenja, informacije iz strokovnih člankov, priprava na dojenje s svetovalko za dojenje, čas poroda, težave s pristavljanjem ter poporodna depresija in tesnoba pa so ustrezni napovedni dejavniki zadovoljstva z dojenjem na stopnji 5% tveganja. Standardizirani regresijski koeficienti nakazujejo, da zadovoljstvo s porodom najbolje napoveduje zadovoljstvo z dojenjem. Naslednji najboljši napovednik zadovoljstva z dojenjem je izključno dojenje. Zadovoljstvo s porodom, izključno dojenje, odsotnost težav pri dojenju, opora matere, pogostost dojenja, informacije iz strokovnih člankov, vrsta poroda, priprava na dojenje s svetovalko za dojenje in čas poroda so pozitivno povezani z zadovoljstvom z dojenjem, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, poporodna psihoza, zelena pomoč pri pristavljanju, premalo mleka, težave s

pristavljanjem ter poporodna depresija in tesnoba pa so negativno povezani z zadovoljstvom z dojenjem.

### Tabela 41

*Multipla korelacija in statistična pomembnost za posamezni model napovednih dejavnikov trajanja dojenja*

Model	Dodane spremenljivke	R	R <sup>2</sup>	p
1	Izključno dojenje	0,68	0,46	0,000
2	Prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več	0,74	0,55	0,000
3	Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka	0,78	0,60	0,000
4	Starost	0,79	0,63	0,000
5	Ne-zaviranje laktacije	0,81	0,66	0,000
6	Pomoč svetovalke za dojenje	0,83	0,68	0,000
7	Prenehanje dojenja zaradi pritiskov družbe	0,83	0,70	0,000
8	Starost otroka	0,84	0,71	0,000
9	Želena pomoč in opora v porodnišnici	0,85	0,72	0,000
10	Poporodna depresija in tesnoba	0,85	0,73	0,000
11	Zaviranje laktacije z obkladki	0,86	0,74	0,000
12	Želena svetovanje in prave (strokovne) informacije	0,86	0,74	0,000

*Opombe:* R = korelacija in R<sup>2</sup> = koeficient determinacije.

Iz Tabele 41 je razvidno, da je metoda linearne regresije izbrala dvanajst modelov napovednih dejavnikov trajanja dojenja, za katere je multipla korelacija statistično pomembna. Vsak izmed dvanajstih modelov napovednikov pomembno prispeva k povečanju multiple korelacije in s tem k deležu pojasnjene variance. Povezave med modeli in trajanjem dojenja so močne in modeli dobro napovedujejo trajanje dojenja. Dvanajsti model najbolj napoveduje trajanje dojenja, zato smo v nadaljevanju predstavili le regresijske koeficiente za posamezne napovedne dejavnike zadovoljstva z dojenjem, ki jih je predvidel dvanajsti model.

**Tabela 42**

*Regresijski koeficienti za posamezne napovedne dejavnike trajanja dojenja*

Napovedni dejavnik	B	E	$\beta$	p	Interval zaupanja za B	
					Sp. meja	Zg. meja
(konstanta)	-1,04	2,35		0,659	-5,68	3,60
Izključno dojenje	1,15	0,17	0,39	0,000	0,82	1,49
Prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več	3,29	0,61	0,25	0,000	2,07	4,50
Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka	-3,28	0,79	-0,23	0,000	-4,84	-1,71
Starost	0,19	0,07	0,13	0,007	0,06	0,34
Ne-zaviranje laktacije	-3,01	1,10	-0,13	0,007	-5,18	-0,83
Pomoč svetovalke za dojenje	3,19	1,27	0,11	0,013	0,68	5,70
Prenehanje dojenja zaradi pritiskov družbe	3,52	1,29	0,12	0,007	0,96	6,07
Starost otroka	0,15	0,04	0,16	0,001	0,06	0,23
Želena pomoč in opora v porodnišnici	1,70	0,72	0,11	0,019	0,28	3,11
Poporodna depresija in tesnoba	-2,37	1,06	-0,10	0,027	-4,48	-0,27
Zaviranje laktacije z obkladki	7,54	3,51	0,10	0,033	0,60	14,47
Želena svetovanje in prave (strokovne) informacije	1,49	0,75	0,09	0,048	0,02	2,97

*Opombe:* B = nestandardizirani regresijski koeficient, E = standardna napaka nestandardiziranega regresijskega koeficienta,  $\beta$  = standardizirani regresijski koeficient.

Iz Tabele 42 je razvidno, da so izključno dojenje, prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, starost, ne-zaviranje laktacije, prenehanje dojenja zaradi pritiskov družbe in starost otroka ustrezni napovedni dejavniki trajanja dojenja na stopnji 1% tveganja, pomoč svetovalke za dojenje, zelena pomoč in opora v porodnišnici, poporodna depresija in tesnoba, zaviranje laktacije z obkladki ter zeleno svetovanje in prave (strokovne) informacije pa so ustrezni napovedni dejavniki trajanja dojenja na stopnji 5% tveganja. Standardizirani regresijski koeficienti nakazujejo, da izključno dojenje najbolj napoveduje trajanje dojenja. Naslednja najboljše napovednika trajanja dojenja sta prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več, in prenehanje dojenja zaradi premalo mleka. Izključno dojenje, prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več, starost, pomoč svetovalke za dojenje, prenehanje dojenja zaradi pritiskov družbe, starost otroka, zelena pomoč in opora v porodnišnici, zaviranje laktacije z obkladki in zeleno svetovanje in prave (strokovne) informacije so pozitivno povezani s trajanjem

dojenja, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, ne-zaviranje laktacije ter poporodna depresija in tesnoba pa so negativno povezani s trajanjem dojenja.

## 4 RAZPRAVA

V magistrskem delu smo ugotavljali, kakšno vlogo imajo materina navezanost, motivacija za dojenje, socialna opora in drugi dejavniki pri uspešnosti in trajanju dojenja ter zadovoljstvu z dojenjem pri materah v Sloveniji. Na podlagi pregleda literature smo postavili devet hipotez.

Večina udeleženk je v času raziskave še vedno dojila (626 mater), nekatere udeleženke pa so že zaključile z dojenjem in so odgovarjale retrospektivno (152 mater). Večina udeleženk je bila poročena ali v resni zvezi, zaposlena in z visoko izobrazbo. Vse udeleženke so bile močno navezane na svoje otroke in so imele veliko socialne opore. Izražale so srednje visoko motivacijo za dojenje. Imele so visoko izraženo integrativno regulacijo – povezovanje z otrokom in zunanjo regulacijo 2 – dojenčkovo zdravje ter nizko izraženo identificirano regulacijo – materino samozaznavanje. Udeleženke so dojenje ocenjevale kot uspešno in so bile zadovoljne s svojo izkušnjo dojenja, vendar smo ugotovili, da je ocena uspešnosti dojenja nekoliko višja od ocene zadovoljstva z dojenjem.

V prvi hipotezi smo predpostavljali, da matere z višje izraženo navezanostjo na otroka dojenje ocenjujejo kot uspešnejše. Opazili smo šibko povezavo med materino navezanostjo in uspešnostjo dojenja (Tabela 18), ki ni statistično pomembna. Na podlagi rezultatov ne moremo zagotovo trditi, da več ljubezni, sreče, veselja in topline, ki jo matere čutijo do otroka, pomeni boljšo oceno uspešnosti dojenja. Prav tako ne moremo trditi, da boljša uglašenost mater s svojim otrokom (razumevanje otrokovih signalov, tolažba) in uživanje v otrokovi družbi, pomeni boljšo oceno uspešnosti dojenja. Naši izsledki se ne skladajo z našimi predvidevanji in ugotovitvami drugih raziskovalcev (Cetisli idr., 2018; Cinar idr., 2015), zato smo prvo hipotezo ovrgli. Menimo, da velikost vzorca (789 udeleženk) ni razlog za odstopanje v ugotovitvah, saj je bil naš vzorec veliko večji od vzorcev primerljivih raziskav (175 in 122 udeleženk) (Cetisli idr., 2018; Cinar idr., 2015). Sprašujemo se, ali so morda na rezultat vplivale druge značilnosti vzorca. Domnevamo, da je razlog, da ne moremo zagotovo trditi, da ugotovitve veljajo za matere, vključene v naš vzorec, to, da so bile vse udeleženke naše raziskave močno navezane na svojega otroka in so dojenje ocenjevale kot uspešno (Tabela 2). Ker smo v raziskavo vključili matere otrok starih do dve leti, drugi raziskovalci pa so vključili matere v prvih dneh po porodu (Cetisli idr., 2018) ali v prvih mesecih po porodu (Cinar idr., 2015), je morda to prispevalo k drugačnim ugotovitvam.

Ne glede na rezultate ocenjujemo, da je pomembno spodbujati navezanost med materjo in otrokom. Raziskovalci (Akyuz idr., 2007; Hergüner idr., 2014; Karakaplan in Yildiz, 2010, citirano v: Cetisli idr., 2018) namreč menijo, da se materina navezanost začne z dojenjem po



rojstvu in da je dojenje eden izmed najpomembnejših spodbudnih dejavnikov pri materini navezanosti. Smiselno in potrebno se nam zdi opolnomočiti matere za dojenje in v vse porodnišnice implementirati *Deset korakov do uspešnega dojenja* (WHO, n. d.), zlasti 4. korak, ki zdravstvenim delavcem narekuje, da omogočijo takojšen in neprekinjen stik kože s kožo in podpirajo matere, da začnejo dojiti takoj po porodu.

V drugi hipotezi smo predpostavljali, da je začetek dojenja takoj po porodu pozitivno povezan z materino navezanostjo in izključnim dojenjem. Statistično pomembnih povezav med začetkom dojenja in materino navezanostjo ter izključnim dojenjem nismo ugotovili (Tabela 19). Rezultati kažejo, da začetek dojenja ni povezan z materinimi čustvi do otroka in odnosom z njim. To pomeni, da čas od rojstva do prvega podoja ni povezan z ljubeznijo in toplino, ki jo udeleženske naše raziskave čutijo do svojega otroka. Prav tako začetek dojenja ni povezan z izključnim dojenjem, kar pomeni, da čas od rojstva do prvega podoja, ni povezan s trajanjem izključnega dojenja. Naše ugotovitve se ne skladajo z našimi predvidevanji, zato smo ovrgli tudi drugo hipotezo. Prav tako se naši izsledki ne ujemajo z ugotovitvami drugih raziskav. B. K. Himani in Kumar (2011) sta namreč ugotovila, da začetek dojenja v roku ene ure po porodu izboljša odnos med materjo in otrokom ter da se, če v tem času otroka položimo k materinim prsim, povečajo možnosti za izključno dojenje (Anisfeld idr., 1983, citirano v: Himani in Kumar, 2011). Razlog, zakaj nismo našli statistično pomembnih povezav med konstrukti, je morda v tem, da so bile vse udeleženske močno navezane na svojega otroka (Tabela 2), večina udeleženk je z dojenjem začela v prvi uri po porodu in več kot polovica udeleženk je izključno dojila 6 mesecev ali več (Tabela 8). Podatki o trajanju izključnega dojenja so nas pozitivno presenetili, saj je slovenska raziskava (Fajdiga Turk, 2013) na vzorcu mater, ki so oktobra 2009 v ljubljanski porodnišnici rodile zdrave donošene otroke, pokazala, da je v šestem mesecu otrokove starosti izključno dojilo le še 0,6% mater. Razlika v rezultatih je verjetno posledica značilnosti vzorca, saj so avtorji raziskave HRAST (Fajdiga Turk, 2013) v svojo raziskavo vključili »vse porodnice«, naša raziskava pa je bila izvedena le na vzorcu doječih mater.

V tretji hipotezi smo predpostavljali, da je pri doječih materah najbolj izražena vrsta motivacije identificirana regulacija. Iz rezultatov (Tabela 21) je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v izraženosti posameznih vrst motivacij za dojenje. Ugotovili smo, da je bila identificirana regulacija najmanj izražena vrsta motivacije (Tabela 20). Na podlagi ugotovitve, da je bila identificirana regulacija – materino samoznavanje najmanj izražena vrsta motivacije za dojenje, sklepamo, da se matere za dojenje najmanj pogosto odločajo zaradi posebnih občutkov ob dojenju, misli, da dajejo otroku del sebe, ali zato, ker jim ugaja, da je njihov otrok odvisen od njih. Zdi se, da k odločitvi za dojenje najmanj prispeva materino kognitivno prepoznavanje osnovne vrednosti dojenja in da matere dojenje v nizki meri zaznavajo kot pomembno zase. To pa ne pomeni, da matere ob dojenju ne

doživljajo prijetnih občutkov, da niso ponosne na to, da dojijo, in da njihovo življenje ob dojenju nima smisla, temveč pomeni, da so drugi razlogi za dojenje zanje pomembnejši (npr. dojenčkovo zdravje, povezovanje z otrokom, zadovoljstvo pri dojenju, osnovne potrebe in pritisk pomembnih drugih).

Na podlagi ugotovitev smo morali ovreči tretjo hipotezo. Naši rezultati so ravno v nasprotju z ugotovitvami raziskav, na podlagi katerih smo zastavili tretjo hipotezo. Raziskave (Brennan idr., 1998; Takushi idr., 2008, citirano v: Kestler-Peleg, 2015) so namreč pokazale, da je najpogostejši razlog za dojenje otrokovo dobro, kar odraža identificirano regulacijo. Na podlagi teh izsledkov smo predvidevali, da bo tudi pri udeleženkah naše raziskave najbolj izražena vrsta motivacije identificirana regulacija, čeprav so avtorji lestvice BMS (Kestler-Peleg idr., 2015) identificirano regulacijo opredelili kot materino samoznavanje.

V četrti hipotezi smo predpostavljali, da matere, ki imajo visoko izraženo avtonomno motivacijo, dojenje ocenjujejo kot bolj uspešno. Iz rezultatov (Tabela 22) je razvidno, da obstaja statistično pomembna šibka pozitivna povezava med avtonomno motivacijo in uspešnostjo dojenja. Na podlagi rezultatov lahko trdimo, da bodo matere dojenje ocenjevale kot bolj uspešno, če jih bo pri dojenju vodila motivacija, ki ne bo vključevala nikakršnega občutka zunanjega pritiska ali prisile. Matere bodo dojenje ocenjevale kot bolj uspešno, če bodo dojile zaradi razlogov, kot so zadovoljstvo pri dojenju, materino samoznavanje in povezovanje z otrokom. To pomeni, da bodo matere dojenje ocenjevale kot uspešnejše, če bodo dojile zato, ker jih dojenje osrečuje in jim daje čudovit občutek, so ponosne na to, da dojijo, se zaradi dojenja počutijo posebno, želijo biti blizu svojega otroka in ker z dojenjem krepijo svojo navezanost nanj. Na podlagi teh rezultatov smo lahko potrdili četrto hipotezo. Naše ugotovitve se skladajo z ugotovitvami tujih avtorjev (Kadzikowska-Wrzosek, 2016; Kestler-Peleg idr., 2015).

V peti hipotezi smo predpostavljali, da so matere, ki imajo več socialne opore v času dojenja, bolj zadovoljne s svojo izkušnjo dojenja in dojenje ocenjujejo kot uspešnejše. Iz rezultatov (Tabela 23) je razvidno, da je socialna opora statistično pomembno pozitivno povezana z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja. To pomeni, da več opore kot matere prejmejo od svoje družine, prijateljev in pomembnih drugih, boljše ocenjujejo uspešnost dojenja in bolj zadovoljne so s svojo izkušnjo dojenja. Na podlagi teh ugotovitev, ki se skladajo z ugotovitvami drugih avtorjev (Cinar idr., 2015; Nguyen idr., 2016), smo potrdili peto hipotezo.

Preseneča nas, da nismo našli statistično pomembne povezave med oporo prijateljev in pomembnih drugih ter zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja. Našli pa smo statistično pomembno povezavo med oporo družine in zadovoljstvom z dojenjem ter

uspešnostjo dojenja. Na podlagi teh ugotovitev lahko trdimo, da sta zadovoljstvo z dojenjem in uspešnost dojenja pozitivno povezana s socialno oporo, ki jo doječa mati prejme od svojih staršev, partnerja, otrok ter bratov in sester. Pomembno je, da mati v obdobju dojenja zaznava, da ji družina res poskuša pomagati, da čuti, da o svojih problemih lahko govori z družino in da od svoje družine dobi čustveno pomoč in oporo, ki jo potrebuje. Zdi se, da je za zadovoljstvo z dojenjem in uspešnost dojenja najpomembnejša opora družine.

Različni avtorji različno definirajo, kdo so pomembni drugi. Nekateri avtorji menijo (Thoits, 2011), da so pomembni drugi lahko družinski člani, sorodniki in prijatelji, lestvica MSPSS pa predpostavlja, da pomembni drugi niso del družine ali prijatelji. Ne vemo, koga so si udeleženke predstavljale kot »posebno osebo« ob izpolnjevanju vprašalnika. Menimo, da so bili pomembni drugi pri udeleženkah lahko del družine. Zanimivo se nam zdi, da kljub dejstvu, da so prijatelji pomemben del naše socialne mreže, njihova opora ni povezana z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja.

V šesti hipotezi smo predpostavljali, da ženske z duševnimi težavami po porodu dojijo manj časa. Ugotovili smo, da med duševnimi težavami po porodu in trajanjem dojenja ni bilo statistično pomembnih povezav (Tabela 24). Opazili smo, da je bilo trajanje dojenja pozitivno povezano z odsotnostjo duševnih težav in negativno povezano z duševnimi težavami po porodu, vendar tega ne moremo zagotovo trditi. Na podlagi rezultatov ne moremo trditi, da matere, ki nimajo duševnih težav, dojijo več časa. Prav tako ne moremo trditi, da matere, ki se soočajo s poporodno otožnostjo, poporodno depresijo in tesnobo, poporodno postravmatsko stresno motnjo ali poporodno psihozo, dojijo manj časa. Naši izsledki se ne skladajo z ugotovitvami drugih raziskav (Brown idr., 2016, Fallon idr., 2016), ki so pokazale, da je visoka ocena na Edinburški lestvici poporodne depresije povezana s krajšim časom dojenja (Brown idr., 2016) in da so ženske s simptomi poporodne tesnobe pogosteje bolj zgodaj zaključile z dojenjem (Fallon idr., 2016). Posledično smo ovrgli tudi šesto hipotezo.

Analizo smo izvedli na vzorcu mater, ki so že zaključile z dojenjem (152 udeleženk). Naj opomnimo, da se je z duševnimi težavami po porodu soočala slaba tretjina mater, ki je že prenehala z dojenjem. Po eni strani se sprašujemo, ali je bil vzorec premajhen in zato nismo našli statistično pomembnih povezav med duševnimi težavami po porodu in trajanjem dojenja, po drugi strani pa se nam rezultati zdijo spodbudni, saj nakazujejo, da tudi matere, ki se soočajo z duševnimi težavami, lahko dojijo dlje časa. Pomembno se nam zdi poudariti, da je večina udeleženk, ki se je soočala z duševnimi težavami po porodu in ne doji več, izkusila poporodno otožnost, ki je blago prehodno obdobje čustvene labilnosti, jokavosti in razdražljivosti (Henshaw, 2003, citirano v: Stewart in Vigod, 2019). Sprašujemo se tudi, kako so udeleženke razumele posamezne motnje, saj vprašanju nismo dodali posameznih

definicij. Vsekakor bi bilo v prihodnosti smiselno boljše raziskati to področje. Pomembno se nam zdi, da smo pozorni na spremembe v razpoloženju mater po porodu, še posebej v primeru, da poporodna otožnost traja več kot dva tedna, saj se lahko razvije v poporodno depresijo (Drglin, 2016). Najbolj koristni pa bomo, če bomo materam v poporodnem obdobju v oporo in jim bomo nudili pomoč, ki jo želijo in potrebujejo, ne glede na to, ali smo z materami v stiku poklicno ali zasebno.

V sedmi hipotezi smo predpostavljali, da so težave pri dojenju negativno povezane s trajanjem dojenja. Veljavnost hipoteze smo lahko preverili le pri materah, ki so že zaključile z dojenjem (152 udeleženk). Na podlagi rezultatov (Tabela 25) lahko trdimo, da je odsotnost težav pri dojenju statistično pomembno pozitivno povezana s trajanjem dojenja. Pri materah, ki so že zaključile z dojenjem, smo opazili, da so bolj verjetno dojile več časa, če niso imele težav z dojenjem. Če pa so se pri dojenju soočale s težavami, so bolj verjetno dojile manj časa. Na podlagi teh rezultatov smo potrdili sedmo hipotezo. Med rezultati izstopa srednje močna statistično pomembna negativna povezava med trajanjem dojenja in premalo mleka. Na podlagi te ugotovitve lahko trdimo, da premalo mleka pomeni krajši čas dojenja. V praksi to pomeni, da matere, ki zaznavajo, da imajo premalo mleka, dojijo manj časa. Ta ugotovitev se sklada tudi z ugotovitvami italijanske raziskave (Colombo idr., 2018), ki je med drugim pokazala tudi negativno povezavo med dojenjem in percepcijo majhne zaloge mleka. Poudarjamo, da dojke delujejo po sistemu ponudbe in povpraševanja (Repnik, 2019), kar pomeni, da pogostejše pristavljanje otroka na dojko privede do povečane tvorbe mleka. Zdi se nam pomembno, da matere opolnomočimo za dojenje, jih spodbujamo in jim nudimo oporo ter koristne strokovne informacije. Materino znanje o dojenju je namreč po mnenju nekaterih avtorjev (Jensen idr., 1994; Smith in Tully, 2001, citirano v: Mohammadi idr., 2017) zelo pomembno za uspešno dojenje.

Odkrili smo tudi šibke negativne povezave med trajanjem dojenja in bolečimi ter razpokanimi bradavicami, težavami s pristavljanjem in neaktivnostjo dojenčka, vendar povezave niso bile statistično pomembne (Tabela 25). Na podlagi rezultatov torej ne moremo trditi, da matere, ki imajo boleče in razpokane bradavice ter težave s pristavljanjem, dojijo manj časa. Prav tako ne moremo trditi, da matere neaktivnih otrok dojijo manj časa.

V osmi hipotezi smo predpostavljali, da so matere, ki dojijo na otrokovo pobudo, bolj zadovoljne z dojenjem in dojenje ocenjujejo kot uspešnejše. Ugotovili smo, da je pogostost dojenja povezana z zadovoljstvom z dojenjem in uspešnostjo dojenja (Tabela 26). Rezultati (Tabela 27) kažejo, da so bile matere, ki so dojile na otrokovo pobudo, v primerjavi z materami, ki so dojile po urniku, nekoliko bolj zadovoljne z dojenjem in so dojenje ocenjevale kot uspešnejše. Na podlagi ugotovitev smo lahko potrdili osmo hipotezo. Naše ugotovitve se ujemajo z izsledki italijanske raziskave (Colombo idr., 2018), ki je pokazala,

da je dojenje na otrokovo pobudo pomemben dejavnik za uspešno dojenje. Strokovni delavci včasih od mater zahtevajo, da otroka tehtajo pred in po podoju, dodajajo mleko po steklenički in omejujejo podoje, kar lahko vodi do težav pri uspešnem dojenju (Repnik, 2019). Ocenjujemo, da je potrebno, da matere spodbujamo, da dojijo na otrokovo pobudo, in ne omejujejo dojenja. Na takšen način lahko pripomoremo k uspešnosti dojenja in zadovoljstvu mater ob dojenju.

Na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da nekatere porodne prakse ne spodbujajo dojenja (Chen idr., 1998; Kroeger in Smith, 2004, citirano v: Smith, 2007), zato smo v deveti hipotezi predpostavljali, da je naravni porod pozitivno povezan s trajanjem dojenja. Povezave med vrsto poroda in trajanjem dojenja nismo ugotovili (Tabela 28). Na podlagi rezultatov torej ne moremo trditi, da matere, ki rodijo naravno, dojijo več časa. Prav tako ne moremo trditi, da katerakoli izmed porodnih praks nakazuje, kako dolgo bodo matere dojile. Na podlagi rezultatov smo morali ovreči deveto hipotezo. Predpostavljamo, da povezave med vrsto poroda in trajanjem dojenja nismo našli zaradi premajhnega vzorca. Veljavnost hipoteze smo namreč preverjali na vzorcu mater, ki so že zaključile z dojenjem (152 udeleženk). Opazili smo (Tabela 29), da so med udeleženkami, ki so že prenehale z dojenjem, največ časa dojile tiste udeleženke, ki so rodile s pomočjo carskega reza v splošni anesteziji. Podatek se nam ne zdi relevanten, saj je s pomočjo carskega reza v splošni anesteziji rodilo le 13 udeleženk, ki ni več dojilo, dve tretjini udeleženk, ki sta že zaključili dojenje, pa sta rodili naravno. Glede na to, da nismo našli povezave med vrsto poroda in trajanjem dojenja, se naše ugotovitve ne ujemajo z ugotovitvami drugih raziskav (Chen idr., 1998; Kroeger in Smith, 2004, citirano v: Smith, 2007; Kendall-Tackett idr., 2015). Sprašujemo se, kakšne povezave, če sploh, bi odkrili, če bi imeli večji vzorec mater, ki so že zaključile z dojenjem.

V magistrskem delu smo ugotovili, da ni bilo statistično pomembnih razlik v zadovoljstvu z dojenjem in uspešnosti dojenja pri materah, ki so že prenehale dojiti, in materah, ki še vedno dojijo. Ti izsledki nam predstavljajo potrdilo, da so udeleženke dobro razumele navodila, in da so matere, ki niso več dojile, odgovarjale retrospektivno.

Zanimala nas je tudi povezanost med materino navezanostjo, socialno oporo in motivacijo za dojenje, vendar zaradi pomanjkanja podobnih raziskav nismo mogli zastaviti utemeljenih hipotez. Iz rezultatov je razvidno (Tabela 30), da je materina navezanost statistično pomembno pozitivno povezana s skupno socialno oporo in skupno motivacijo za dojenje. Še več, materina navezanost je statistično pomembno pozitivno povezana z vsemi podlestvicami socialne opore in z vsemi podlestvicami motivacije za dojenje, razen z zunanjo regulacijo 2 – dojenčkovim zdravjem. Zdi se, da le dojenje zaradi zdravja otroka ni pomembno povezano z materino navezanostjo.

Na podlagi rezultatov (Tabela 30) lahko trdimo, da pri udeleženkah naše raziskave veliko socialne opore in višje izražena skupna motivacija za dojenje pomeni višje izraženo materino navezanost. Več socialne opore ter več razlogov za dojenje kot imajo matere in močnejši kot so ti razlogi, bolj so matere navezane na svojega otroka. Bolj kot matere uživajo v odnosu s svojim otrokom, si želijo preživeti poseben čas z njim in biti v njegovi bližini ter več opore kot prejmejo, več imajo tudi razlogov za dojenje. Bolj kot so matere ponosne na svojega otroka, ga z veseljem opazujejo pri usvajanju novih veščin in o njem pripovedujejo, več opore imajo in bolj so motivirane za dojenje. Višje izražena navezanost na otroka in več socialne opore pomeni večjo izraženost razlogov za dojenje, kot so: povezovanje z otrokom, zadovoljstvo pri dojenju, osnovne potrebe, pritisk pomembnih drugih in materino samozaznavanje.

Ugotovili smo tudi, da je splošna socialna opora povezana z motivacijo za dojenje (Tabela 30). Naj omenimo nekatere povezave, ki izstopajo. Notranja regulacija je bila statistično pomembno pozitivno povezana z vsemi podlestvicami socialne opore, kar pomeni, da več socialne opore kot mati prejme od svojih bližnjih, bolj jo bo pri dojenju vodila notranja regulacija – zadovoljstvo pri dojenju. Matere z dovolj opore pri dojenju bo dojenje osrečevalo in jim dalo čudovit občutek. In obratno, brez opore bližnjih matere dojenje ne bo tako navduševalo in se med dojenjem ne bo dobro počutila. Tudi integrativna regulacija je bila statistično pomembno pozitivno povezana z vsemi vrstami socialne opore. To pomeni, da matere, ki imajo dovolj socialne opore, pri dojenju vodi integrativna regulacija – povezovanje z otrokom. Ob opori bližnjih matere želijo biti blizu svojega otroka, dojenje se jim zdi naravno in z njim okrepijo svojo psihološko in telesno navezanost na otroka. Ob neustrezni opori pa je teh občutkov manj ali se ne izrazijo. Na podlagi rezultatov (Tabela 30) sklepamo, da je opora družine najpomembnejša za motivacijo za dojenje. Če želimo okrepiti motivacijo za dojenje, je pomembno, da doječo mater pri dojenju vzpodbujamo, ji prisluhnemo in ji nudimo pomoč, ki jo potrebuje.

Ugotavljali smo, ali materina navezanost, socialna opora in motivacija za dojenje napovedujejo uspešnost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem in trajanje dojenja. Ugotovili smo, da uspešnost dojenja najboljše pozitivno napovedujeta notranja regulacija in zunanja regulacija 2 – dojenčkovo zdravje. Na podlagi teh ugotovitev (Tabela 32) sklepamo, da bo dojenje bolj uspešno, če se bo mati za dojenje odločila zaradi zadovoljstva, ki ga občuti ob dojenju, ali zaradi dojenčkovega zdravja. Notranja regulacija se je izkazala tudi kot najboljši pozitiven napovednik zadovoljstva z dojenjem (Tabela 34), kar se nam zdi logično, saj notranja regulacija – zadovoljstvo pri dojenju pomeni, da matere dojijo zato, ker jih dojenje osrečuje in jim daje čudovit občutek. Več prijetnih občutkov kot matere doživljajo ob dojenju, boljša bo njihova ocena zadovoljstva z dojenjem. Ugotovili smo tudi, da materina navezanost, socialna opora in motivacija za dojenje ne napovedujejo trajanja dojenja (Tabela

35). V pregledu literature nismo zasledili podobnih raziskav, zato svojih ugotovitev ne moremo primerjati z ugotovitvami drugih avtorjev.

Zanimala nas je tudi vloga drugih dejavnikov pri dojenju. Ugotavljali smo, kateri dejavniki napovedujejo uspešnost in trajanje dojenja ter zadovoljstvo z dojenjem.

Ugotovili smo, da uspešnost dojenja najbolje napovedujeta izključno dojenje in zadovoljstvo s porodom (Tabela 38). Oba dejavnika sta bila pozitivno povezana z uspešnostjo dojenja. Z uspešnostjo dojenja pa je bilo pozitivno povezano tudi »svetovanje – nihče«, kar nas je najprej presenetilo. Po temeljitem premisleku pa smo ugotovili, da je logično, da je dojenje lahko uspešnejše, če materam nihče ne svetuje pri dojenju. Menimo, da številni nasveti, ki ne temeljijo na strokovnih informacijah, lahko dojenju škodujejo, in je v takšnem primeru boljše, da mati nasvetov ne dobi. Potencialno škodljiv nasvet, ki ne temelji na strokovnih informacijah, je na primer dohranjevanje otroka z nadomestnim mlekom po logiki obrokov. Včasih strokovni delavci od mater zahtevajo, da otroka tehtajo pred in po podoju in dodajajo mleko po steklenički, kar je iz vidika logike podojev in obrokov nesmiselno in lahko vodi do težav pri dojenju (Repnik, 2019). Dojenček, ki ga dohranimo z nadomestnim mlekom, poje preveč za njegov želodček in dolgo spi. Posledično se podaljša čas med podoji in dojke to razumejo kot znak, da je mleka dovolj in ga ni treba več tvoriti. Poleg tega večja količina dodatka lahko raztegne dojenčkov želodček in mater otroka vedno težje dohaja z ustrežno količino mleka (Repnik, 2019). V takšnem primeru je bolje, da materi nihče ne daje nasvetov. Pomembno se nam zdi, da z materami delimo preverjene informacije in strokovne nasvete, ki bodo dojenju le koristile. Matere so pogosto skeptične glede dojenja in mislijo, da njihov otrok ne bo ustrezno nahranjen (Deneke idr., 2008; Rasenack idr., 2012, citirano v: Lange idr., 2017), zato je za uspešno dojenje zelo pomembno materino znanje o dojenju (Jensen idr., 1994; Smith in Tully, 2001, citirano v: Mohammadi idr., 2017).

Ugotovili smo, da težave s pristavljanjem negativno napovedujejo uspešnost dojenja (Tabela 38). To pomeni, da lahko več težav pri pristavljanju kaže na manj uspešno dojenje, odsotnost težav pri pristavljanju pa lahko kaže na bolj uspešno dojenje. Za uspešno dojenje je pomembno, kako držati dojenčka, kako ponuditi dojko in kako otrok sesa (Mohammadi idr., 2017). Menimo, da odsotnost težav pri pristavljanju odraža te značilnosti uspešnega dojenja, zato predpostavljamo, da mnenje avtorjev (Mohammadi idr., 2017) podpira našo ugotovitev. Naši izsledki se skladajo z mnenjem svetovalke za dojenje U. Repnik (2019), ki meni, da je za uspešno dojenje ključno pogosto in pravilno pristavljanje. Ugotovili smo tudi, da so premalo mleka, prenehanje dojenja zaradi premalo mleka in starost negativno povezani z uspešnostjo dojenja, kar se sklada z ugotovitvami italijanske raziskave (Colombo idr., 2018), ki je pokazala negativno povezavo med dojenjem in visoko starostjo matere ter percepcijo majhne zaloge mleka.

Opazili smo, da so bili tudi informacije na internetu, opora bližnjih in prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov negativno povezani z uspešnostjo dojenja (Tabela 38). Novozelandska raziskava (Alianmoghaddam idr., 2019) je pokazala, da je večina udeleženk poporodne informacije in nasvete za podporo dojenju črpala na internetu, prav tako so tri četrtine udeleženk naše raziskave poiskale informacije o dojenju na internetu (Tabela 11). Negativna povezava med informacijami na internetu in uspešnostjo dojenja nas je presenetila. Verjetno je razlog v tem, da na internetu lahko najdemo različne vsebine, ki niso vedno strokovne. Različni blogi, forumi in skupine na družbenih omrežjih so na primer lahko vir nestrokovnih informacij o dojenju. Pomembno se nam zdi, da matere kritično presodijo vrednost internetnih virov. Tudi blogi, forumi in skupine na družbenih omrežjih so lahko zelo koristne, če jih vodi strokovno osebje. Če doječe matere zaupajo nepreverjenim informacijam na internetu, lahko to neugodno vpliva na dojenje. Vseeno pa se nam zdi, da je lahko internet dober vir informacij o dojenju, če spremljamo strokovne vsebine (npr. znanstveni članki in prispevki strokovnjakov).

Presenetila nas je tudi ugotovitev, da je bila opora bližnjih negativno povezana z uspešnostjo dojenja (Tabela 38), saj je sicer socialna opora zelo pomembna za uspešno dojenje (Cinar idr., 2015). Verjetno je rezultat posledica subjektivnega zaznavanja opore udeleženk, saj ni vsaka vrsta pomoči, ki jo mati prejme od bližnjih, takšna, kot si jo želi. Mati v poporodnem obdobju si lahko na primer želi le, da ji nekdo prisluhne, ne želi pa si prejemanja nasvetov. Bližnjim se morda zdi potrebno, da ji ponudijo številne nasvete, ki pa jo lahko morda le zmedejo in jo spravijo v neprijeten položaj. Mati ima lahko na primer dojenčka, ki se pogosto želi dojeti, in ji posledično zmanjkuje časa za gospodinjska opravila. Želi si, da bi kdo opravil delo namesto nje, pa ji nihče ne pomaga. In obratno, morda ji svojci vsiljujejo pomoč, ki je ne želi. Ena izmed raziskav (Emmott in Mace, 2015) je na primer pokazala, da je praktična opora pri dojenju lahko tudi negativno povezana z dojenjem, saj lahko spodbudi matere k hranjenju preko stekleničke. E. H. Emmott in R. Mace (2015) sta ugotovili, da so bili pogosti stiki z babico in očetovo udeleženo starševstvo povezani z nižjo stopnjo dojenja. Strinjamo se z avtorji kanadske raziskave (Rempel idr., 2017), ki menijo, da mora biti socialna opora občutljiva na potrebe mater.

Ugotovitev, da je prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov negativno povezano z uspešnostjo dojenja (Tabela 38), se nam zdi logična. Verjetno bi matere, ki so z dojenjem zaključile zaradi zdravstvenih razlogov, še vedno dojile, če ne bi »bile prisiljene« zaključiti z dojenjem. Ugotovitev se sklada tudi z ugotovitvami drugih avtorjev (Lewallen idr., 2006; Sun idr., 2017).

V magistrskem delu smo ugotovili (Tabela 38), kateri so tisti dejavniki, ki nakazujejo na to, ali bodo matere dojenje ocenjevale kot uspešno. V nadaljevanju povzemamo model



napovednikov uspešnosti dojenja. Matere bodo dojenje ocenjevale kot bolj uspešno: 1) če bodo (več časa) izključno dojile, 2) če bodo bolj zadovoljne s porodom, 3) če ne bodo prenehale dojit zaradi premalo mleka, 4) če ne bodo imele težav s pristavljanjem, 5) če ne bodo imele premalo mleka, 6) če bodo mlajše, 7) če ne bodo črpale (nestrokovnih) informacij na internetu, 8) če ne bodo imele (neželene) opore bližnjih, 9) če jim pri dojenju ne bo nihče svetoval in 10) če ne bodo prenehale dojit iz zdravstvenih razlogov.

Poskušali smo ugotoviti tudi, kateri dejavniki napovedujejo zadovoljstvo z dojenjem. Primerljivih raziskav žal nismo našli, zato rezultatov ne moremo primerjati. Ugotovili smo, da zadovoljstvo z dojenjem najbolje napovedujeta zadovoljstvo s porodom in izključno dojenje (Tabela 40). Oba dejavnika sta bila pozitivno povezana z zadovoljstvom z dojenjem. Raziskovalci (Kendall-Tackett idr., 2015) so ugotovili, da vrsta poroda vpliva na dojenje in materino čustveno zdravje. Na podlagi tega se nam zdi logično, da je zadovoljstvo z dojenjem povezano z zadovoljstvom s porodom. Predpostavljamo, da so imele matere, ki niso bile zadovoljne s porodom, težek porod, ki bi morda lahko bil povezan z začetnimi težavami z dojenjem in posledično nezadovoljstvom z dojenjem. In obratno, matere, ki so bile zadovoljne s porodom, verjetno niso imele težav in so lažje vzpostavile dojenje, kar je pripomoglo k zadovoljstvu z dojenjem.

Ugotovili smo tudi, da izključno dojenje dobro napoveduje zadovoljstvo z dojenjem (Tabela 40). Tudi ta ugotovitev se nam zdi smiselna. Vedno več se govori o pomenu izključnega dojenja, zato sklepamo, da so matere, ki jim ne uspe izključno dojit, nezadovoljne s svojo izkušnjo dojenja. Nekatere matere si morda res močno želijo izključno dojit, pa zaradi neustreznih informacij in premalo znanja ter opore obupajo in posežejo po dodatku. Zaradi visokih pričakovanj so lahko razočarane in se soočajo z občutki krivde. Veliko udeleženk ene izmed raziskav (Fox idr., 2015) je na primer imelo občutek, da so dobile nerealna pričakovanja o dojenju s strani profesionalcev. Posledično so se počutile nepripravljene, ko so se soočile z bolečino in težavami, kar je vodilo v občutke krivde in neustreznost odločitve o hranjenju. Materam, ki niso uspele vzpostaviti izključnega dojenja, lahko pri doživljanju zadovoljstva pomagamo tako, da poudarimo pozitivne strani materinstva. Če mati doji le delno, lahko na primer pohvalimo njen trud in jo informiramo o tem, da je kakršnakoli oblika dojenja koristna za otroka, saj kljub dodatkom otrok še vedno prejme vsa potrebna hranila in imunsko zaščito. Če pa mati sploh ni uspela vzpostaviti dojenja, je še bolj pomembno, da poudarimo druge pozitivne vidike materinstva. Mater, ki niso uspele vzpostaviti dojenja, nikakor ne smemo grajati. Lahko pohvalimo na primer njihovo skrb in spretnost pri pripravi nadomestnega mleka ter poudarimo prednosti hranjenja po steklenički. Na tej točki se nam zdi pomembno poudariti, da ima izključno dojenje sicer številne prednosti, vendar je popolnoma sprejemljivo tudi to, da mati doji le delno ali pa sploh ne. Hranjenje po steklenički namreč ni škodljivo in nadomestno mleko na splošno zagotavlja

enaka hranila kot materino mleko (Kail in Cavanaugh, 2014). Ne moremo pa spregledati dejstva, da dojenje ščiti pred alergijami in nudi zaščito pred boleznimi. Dojenje je tudi pozitivno povezano s kognitivnim razvojem (Lee idr., 2016), vendar matere nedojenih otrok ta primanjkljaj lahko nadomestijo na drugačne načine, npr. z igro, branjem pravljic, pogovarjanjem in drugimi oblikami stimulacije.

Ugotovili smo, da odsotnost težav pri dojenju, opora matere (opora, ki jo doječa mati prejme od svoje matere), pogostost dojenja, informacije iz strokovnih člankov, vrsta poroda, priprava na dojenje s svetovalko za dojenje in čas poroda pozitivno napovedujejo zadovoljstvo z dojenjem. Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da bodo matere, ki nimajo težav pri dojenju, bolj zadovoljne z dojenjem. In obratno, matere, ki imajo pri dojenju veliko težav, bodo manj zadovoljne z dojenjem. Ta ugotovitev se ujema z izsledki ene izmed raziskav (Pinto idr., 2016), ki je pokazala, da so ženske, ki z dojenjem niso bile zadovoljne, kot razloge za nezadovoljstvo z dojenjem navajale predvsem boleče ali razpokane bradavice in težave pri pristavljanju. Ženske, ki imajo oporo svoje matere, bodo bolj zadovoljne z dojenjem kot ženske, ki jim matere ne nudijo opore. Matere, ki bodo informacije za dojenje črpale iz strokovnih člankov, bodo bolj zadovoljne z dojenjem kot matere, ki informacij ne bodo iskale v strokovnih člankih. Bolj zadovoljne z dojenjem pa bodo tudi matere, ki se bodo na dojenje pripravljale s svetovalko za dojenje, doulo, patronažno sestro ali babico. Ta ugotovitev se nam zdi zelo pomembna, saj poudari vlogo strokovnih delavcev že v pripravi na dojenje. Iz rezultatov ni razvidno, kateri vidik priprave na dojenje je povezan z zadovoljstvom z dojenjem, vendar sklepamo, da je za zadovoljstvo z dojenjem pomembna tako opora strokovnih delavcev kot tudi strokovne informacije. Pomembne se nam zdijo predvsem strokovne informacije glede pravilnega pristavljanja in edukacija o tem, kako nastane mleko ter kakšne so značilnosti podojev. Menimo, da lahko svetovalke za dojenje pomembno prispevajo k opolnomočenju mater za dojenje, tako da jim nudijo oporo in jim pomagajo razumeti osnove laktogeneze in značilnosti podojev. Matere morajo razumeti, da se dojenčki dojijo pogosto in v manjših količinah ter da z dojenjem zadovoljujejo različne potrebe (Repnik, 2019). Če se dojenček želi pogosto dojiti, to še ne pomeni, da ima mati premalo mleka ali da je mleko premalo kalorično. Dojenčki se lahko želijo dojiti tudi zato, ker so žejni, se želijo pomiriti, ali pa preprosto zato, ker bi se radi malo crkljali z mamo. Vsekakor se nam zdi smiselno spodbujati strokovno pripravo na dojenje.

Rezultati kažejo, da so z zadovoljstvom z dojenjem pozitivno povezani tudi pogostost dojenja ter vrsta in čas poroda, vendar imamo premalo podatkov, da bi lahko podali ustrezne zaključke. Ugotovili smo na primer, da so bile matere, ki so dojile na otrokovo pobudo, nekoliko bolj zadovoljne z dojenjem kot matere, ki so dojile po urniku (Tabela 27). Ta podatek nam lahko pomaga razumeti povezavo med zadovoljstvom z dojenjem in

pogostostjo dojenja. Predvidevamo, da bodo matere, ki bodo dojile na otrokovo pobudo, bolj zadovoljne z dojenjem. Zaključkov glede vrste in časa poroda pri zadovoljstvu z dojenjem žal ne moremo podati, saj bi bila potrebna dodatna raziskava, v kateri bi preverjali, kako različne porodne prakse in gestacijska starost vplivajo na zadovoljstvo z dojenjem.

Ugotovili smo tudi, da prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, poporodna psihoza, želena pomoč pri pristavljanju, premalo mleka, težave s pristavljanjem ter poporodna depresija in tesnoba negativno napovedujejo zadovoljstvo z dojenjem. Na podlagi teh rezultatov (Tabela 40) sklepamo, da bodo matere, ki bodo prenehale dojiti zaradi premalo mleka, matere, ki zaznavajo, da imajo premalo mleka, matere, ki prebolijo poporodno psihozo ali poporodno depresijo in tesnobo, matere, ki imajo težave s pristavljanjem, in matere, ki so si želele pomoč pri pristavljanju, manj zadovoljne z dojenjem. Ugotoviti, da bodo matere, ki imajo težave s pristavljanjem, in/ali matere, ki so si želele pomoč pri pristavljanju, manj zadovoljne z dojenjem, nakazujeta na potrebo po pomoči pri pristavljanju in izobraževanju o pravilnem pristavljanju. Podatkov o tem, kje matere izobražujejo o pravilnem pristavljanju in jim pomagajo pristaviti novorojenčka na dojko ter kje tega ne izvajajo, nimamo. Predpostavljamo, da so povsod možnosti za izboljšave. Pomembno se nam zdi zagotoviti, da bi bile vse porodnice v porodnišnici deležne prikaza pravilnega pristavljanja in edukacije.

V magistrskem delu smo ugotovili (Tabela 40), kateri so tisti dejavniki, ki nakazujejo, ali bodo matere zadovoljne z dojenjem. V nadaljevanju povzemamo model napovednikov zadovoljstva z dojenjem. Matere bodo bolj zadovoljne z dojenjem: 1) če bodo zadovoljne s porodom, 2) če bodo (več časa) izključno dojile, 3) če ne bodo imele težav pri dojenju, 4) če ne bodo prenehale dojiti zaradi premalo mleka, 5) če ne bodo imele poporodne psihoze, 6) če si ne bodo želele pomoči pri pristavljanju, 7) če ne bodo imele premalo mleka, 8) če bodo imele oporo svoje matere, 9) če bodo dojile na otrokovo pobudo, 10) če bodo informacije o dojenju črpale iz strokovnih člankov, 11) če se bodo na dojenje pripravljale s svetovalko za dojenje, 12) če ne bodo imele težav s pristavljanjem ter 13) če ne bodo imele poporodne depresije in tesnobe. Dobra napovednika zadovoljstva z dojenjem sta tudi vrsta poroda in čas poroda, vendar imamo premalo podatkov, da bi ju lahko ustrezno interpretirali.

Zanimalo nas je tudi, kateri dejavniki napovedujejo trajanje dojenja. Ugotovili smo, da izključno dojenje najboljše (pozitivno) napoveduje trajanje dojenja (Tabela 42). To pomeni, da lahko predvidevamo, da bodo matere, ki več časa izključno dojijo, tudi več časa dojile ob dodajanju dopolnilne prehrane. Trajanje dojenja dobro napovedujeta tudi prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več, in prenehanje dojenja zaradi premalo mleka. Prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več, je pozitiven napovedni dejavnik trajanja dojenja. Ta ugotovitev se nam zdi zelo logična, saj več časa, kot se otrok doji, bolj pridejo v ospredje osebni razlogi za prenehanje dojenja. Ena izmed raziskav (Li idr., 2008)

je namreč pokazala, da starejši kot so bili dojenčki ob zaključku dojenja, pomembnejši so bili razlogi, kot so materina želja, da »dobi nazaj svoje telo«, nosečnost ali načrtovanje nove nosečnosti ter drugi razlogi za samo-odstavljanje. Prenehanje dojenja zaradi premalo mleka pa negativno napoveduje trajanje dojenja (Tabela 42). Iz tega lahko sklepamo, da se bo zaradi premalo mleka dojenje pogosteje končalo pri mlajših dojenčkih kot pri starejših otrocih. Ta ugotovitev se sklada tudi z ugotovitvami drugih raziskav (Lewallen idr., 2006; Li idr., 2008; Sun idr., 2017). Kitajska raziskava (Sun idr., 2017) je pokazala, da je bila nezadostna količina mleka eden izmed razlogov, da so matere prenehale z dojenjem pred otrokovo starostjo šest mesecev. Prav tako pa je ameriška raziskava (Lewallen idr., 2006) pokazala, da so matere, ki so prenehale z dojenjem v prvih osmih tednih po porodu, kot najpogostejši razlog za zaključek dojenja navajale nezadostno količino mleka.

Ugotovili smo tudi, da ne-zaviranje laktacije negativno napoveduje trajanje dojenja, zaviranje laktacije z obkladki pa pozitivno napoveduje trajanje dojenja (Tabela 42). Na podlagi teh ugotovitev lahko predvidevamo, da bodo matere, ki zavirajo laktacijo, dojile več časa kot matere, ki ne zavirajo laktacije. Ta ugotovitev je po eni strani zelo nelogična, po drugi strani pa razmišljamo o tem, da imajo matere pri podaljšanem dojenju lahko veliko mleka, ki lahko zaradi premajhnega povpraševanja (zaradi materine ali otrokove odsotnosti) vodi v zastoj mleka, kjer si matere pomagajo tudi tako, da poskušajo zavirati laktacijo in lajšajo bolečine s pomočjo toplih obkladkov ali obkladkov iz mrzlih zeljnih listov (Sharma, 2018).

Ugotovili smo tudi, da poporodna depresija in tesnoba negativno napovedujeta trajanje dojenja (Tabela 42). Na podlagi teh ugotovitev lahko sklepamo, da bodo matere, ki se soočajo s poporodno depresijo in tesnobo, dojile manj časa, kar se ujema tudi z ugotovitvami drugih raziskav (Brown idr., 2016; Dennis in McQueen, 2009; Fallon idr., 2016; Webber in Benedict, 2019). Vseeno pa bi radi poudarili, da nismo našli statistično pomembnih povezav med duševnimi težavami in trajanjem dojenja (Tabela 24). Opazili smo, da je bilo trajanje dojenja pozitivno povezano z odsotnostjo duševnih težav in negativno povezano z duševnimi težavami po porodu, vendar tega ne moremo zagotovo trditi.

Rezultati so pokazali (Tabela 42), da tudi starost, pomoč svetovalke za dojenje, prenehanje dojenja zaradi pritiskov družbe, starost otroka, zelena pomoč in opora v porodnišnici ter zeleno svetovanje in prave (strokovne) informacije pozitivno napovedujejo trajanje dojenja. Na podlagi rezultatov lahko predvidevamo, da bodo starejše matere dojile več časa kot mlajše matere. Tudi nekateri drugi avtorji (Haughton idr., 2010) so opazili, da je daljše trajanje dojenja lahko povezano z materino višjo starostjo. Rezultati nakazujejo, da bodo matere, ki jim bodo pri dojenju (praktično) pomagale svetovalke za dojenje, dojile več časa.

Zdi se, da več časa kot bodo matere dojile, pogosteje bodo prenehale dojeti zaradi pritiskov družbe. Ta ugotovitev nas ni presenetila, čeprav je zelo zaskrbljujoča. Trajanje dojenja je namreč stvar otrokove jedrne družine (Klopčič, 2019). Zaželeno je, da dojenje podpira tudi otrokov izbrani pediater, mnenje drugih ljudi pa je nepotrebno. Menimo, da pritiski družbe nikakor ne bi smeli biti vzrok za zaključek dojenja. Matere, ki dojijo malčke (t.j. po otrokovem prvem letu starosti), so velikokrat deležne zgražanja, da dojenje ni primerno in da otroka le razvajajo (Klopčič, 2019). Nekateri gredo celo tako daleč, da trdijo, da bo imel otrok travmo, če se bo dojenja spominjal. Žal so predsodki in stereotipi glede podaljšane dojenja prisotni tudi med strokovnimi delavci, ki obravnavajo doječo mater ali otroka. Kljub priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije glede dojenja do dveh let ali dlje, se doječe matere soočajo z napačnimi nasveti strokovnjakov glede trajanja dojenja (A. Brlan, osebna komunikacija, avgust, 2019). Menimo, da bi bilo potrebno uvesti dodatna izobraževanja o dojenju za vse strokovne delavce, ki obravnavajo doječo mater ali otroka.

Ugotovili smo tudi, da starejši kot so bili (v času raziskave) otroci mater, ki so že prenehale z dojenjem, dalj časa so bili dojeni. Menimo, da je ta ugotovitev smiselna, vendar nima neke uporabne vrednosti. Matere, ki so že prenehale z dojenjem, so dalj časa dojile starejše otroke kot mlajše. Na podlagi te ugotovitve sklepamo, da so matere, ki ne dojijo več, izpolnjevale vprašalnik kmalu po zaključku dojenja.

Udeleženke so imele priložnost opisati, kakšno pomoč (pri dojenju) so želele, pa je niso prejele. Zanimivo se nam zdi, da sta se dve kategoriji zelene pomoči (želena pomoč in opora v porodnišnici ter zeleno svetovanje in prave (strokovne) informacije) izkazali za pozitiven napovednik trajanja dojenja. Iz rezultatov je razvidno, da so dalj časa dojile tiste matere, ki so si v porodnišnici želele pomoč in oporo. Na podlagi teh rezultatov predpostavljamo, da so si te osebe želele dojeti in so bile odločene, da bodo dojile. Verjetno so ravno zato imele veliko pričakovanj in so si želele pomoč in oporo, da bi dojenje čim prej steklo. Ugotovili smo tudi, da so dalj časa dojile matere, ki so si želele svetovanje in prave (strokovne) informacije. Zdi se nam, da obe kategoriji zelene pomoči odražata željo mater po uspešnem dojenju in znanju o dojenju, ki je po mnenju raziskovalcev (Jensen idr., 1994; Smith in Tully, 2001, citirano v: Mohammadi idr., 2017) zelo pomembno za uspešno dojenje. NIJZ (2019) meni, da bi bilo potrebno okrepiti znanje o dojenju in laktaciji vseh strokovnjakov, ki sodelujejo z družinami z dojenčki, kar potrjujejo tudi želje udeleženk naše raziskave.

Pomembna ugotovitev se nam zdi tudi to, da pomoč svetovalke za dojenje pozitivno napoveduje trajanje dojenja. Na podlagi te ugotovitve lahko predvidevamo, da bodo več časa dojile tiste matere, ki bodo imele pri dojenju pomoč svetovalke za dojenje. Žal nimamo podatkov, katera dejavnost svetovalk za dojenje najbolj pomaga pri dojenju, vendar na podlagi prebrane literature menimo, da je ključna njihova opora, strokovne informacije in

praktični prikaz pravilnega pristavljanja. NIJZ (2019) meni, da matere potrebujejo več učinkovite pomoči in konkretno oporo pri razvijanju spretnosti dojenja. Opozarja tudi na pomen preverjenih in ustreznih informacij in nasvetov. Zdi se nam, da bi bil smiseln korak naprej zaposliti svetovalke za dojenje v porodnišnice, ki bi bile materam na voljo v vsakem trenutku. Menimo, da bi pomoč svetovalk za dojenje morala biti dostopna za vse matere, ki bi izrazile željo po tovrstni pomoči, in sicer tako v porodnišnici kot tudi doma. Nekaj posameznic je izrazilo željo po svetovalki za dojenje, vendar se zanjo niso odločile zaradi plačljivosti storitve. Menimo, da bi bilo smiselno, da bi zdravstveno zavarovanje materam po porodu omogočalo vsaj en brezplačen posvet s svetovalko za dojenje, saj bi to lahko pripomoglo k sledenju smernicam WHO. V Sloveniji bi bilo potrebno okrepiti svetovalne storitve strokovnjakov za dojenje v zdravstvenem sistemu in izven njega (NIJZ, 2019). Na družbenem omrežju Facebook lahko najdemo veliko (brezplačnih) skupin o dojenju, ki jih vodijo svetovalke za dojenje, strokovne informacije in predavanja pa si lahko ogledamo tudi v plačljivi spletni šoli za starše Veva (n. d.).

V magistrskem delu smo ugotovili (Tabela 42), kateri dejavniki nakazujejo, kako dolgo bodo matere dojile. V nadaljevanju povzemamo model napovednikov trajanja dojenja. Matere bodo dojile več časa: 1) če bodo (več časa) izključno dojile, 2) če bodo starejše, 3) če jim bodo pri dojenju pomagale svetovalke za dojenje, 4) če si bodo želele pomoč in oporo v porodnišnici, 5) če ne bodo imele poporodne depresije in tesnobe ter 6) če si bodo želele svetovanje in prave (strokovne) informacije. Matere, ki bodo dolgo dojile: 1) bodo bolj pogosto prenehale dojiti zato, ker jim dojenje ne bo več ustrezalo, 2) bodo manj pogosto prenehale dojiti zaradi premalo mleka, 3) bodo bolj pogosto prenehale dojiti zaradi pritiskov družbe, 4) bodo bolj pogosto zavirale laktacijo (da preprečijo zastoj mleka v primeru daljšega obdobja brez dojenja), 5) bodo bolj pogosto zavirale laktacijo z obkladki in 6) bodo imele starejše otroke.

Menimo, da je doprinos magistrskega dela v tem, da smo raziskali širok spekter dejavnikov uspešnega dojenja. Predstavili smo vlogo materine navezanosti, socialne opore, motivacije za dojenje in drugih dejavnikov pri uspešnem dojenju, zadovoljstvu z dojenjem in trajanju dojenja. Zbrali smo podatke o tem, kako dolgo matere v Sloveniji izključno dojijo, do kdaj nadaljujejo z dojenjem in kako doživljajo svoje dojenje. Prednost magistrskega dela vidimo tudi v tem, da smo podali grobo oceno stanja na področju dojenja v Sloveniji. Poskušali smo zbrati podatke o dejavnikih, ki imajo lahko pomembno vlogo pri dojenju. Odprli smo teme, kot so načrtovanje nosečnosti, priprava na dojenje, termin in vrsta poroda, pričetek dojenja, težave pri dojenju, pogostost dojenja, izključno dojenje, pomoč in opora pri dojenju, informacije o dojenju, razlogi za prenehanje dojenja, duševne in zdravstvene težave po porodu ter prehrana za spodbujanje laktacije.

Objavo vprašalnika v zaprtih skupinah o dojenju na Facebooku so odobrile administratorke skupin – svetovalke za dojenje, kar vidimo kot dodatno prednost. Veliko udeleženk raziskave je izkazalo interes o rezultatih raziskave. Menimo, da magistrsko delo lahko koristi bodočim materam in osebam, ki so v stiku z doječimi materami, bodisi osebno bodisi profesionalno.

Prednost spletnega vprašalnika je v tem, da so sodelovale matere iz cele Slovenije in so rezultati geografsko neodvisni, omejitev spletnega vprašalnika pa je potreben dostop do interneta. Glede na to da ima večina slovenskih gospodinjstev urejen dostop do interneta, menimo, da to ni vplivalo na rezultate raziskave. Večina udeleženk je do vprašalnika dostopala preko družbenega omrežja Facebook. Vprašalnik smo delili tudi v zaprtih skupinah, povezanih z dojenjem, zato sklepamo, da so bile članice teh skupin motivirane za dojenje in so uspešno dojile, kar je morda vplivalo na rezultate. Dobro bi bilo, če bi lahko vključili več posameznic, ki niso aktivne na Facebooku ali niso članice različnih zaprtih skupin. S pridobivanjem udeleženk na Facebooku smo pridobili dovolj velik vzorec, vendar smo sočasno pridobili udeleženke, ki so bile motivirane za izpolnjevanje vprašalnika in jih verjetno zanimajo tudi rezultati. Zdi se, da je to na splošno problem spletnih anket, saj jih verjetno v celoti izpolnijo le dovolj motivirani posamezniki. Ena izmed pomanjkljivosti je tudi to, da smo se pri raziskovanju osredotočili le na matere, ki so dojile. Zanimivo bi bilo primerjati rezultate vprašalnikov naših udeleženk z rezultati žensk, ki so se odločile, da ne bodo dojile ali zaradi različnih razlogov niso dojile.

Ena izmed omejitev se nam zdi manjše število udeleženk, ki so že zaključile z dojenjem. Za raziskovanje trajanja dojenja bi nam koristilo, da bi imeli več udeleženk, ki so že zaključile z dojenjem. Poleg tega bi bilo potrebno, če bi želeli ugotoviti natančno trajanje dojenja, v raziskavo vključiti tudi matere starejših otrok. Ena izmed omejitev je torej tudi starostna meja otroka (2 leti), na podlagi katere smo udeleženke pozvali k reševanju. Takšno mejo smo določili zato, da bi ohranili merske značilnosti vprašalnikov. Obenem pa nismo želeli, da bi matere, ki so odgovarjale retrospektivno, odgovarjale za preveč oddaljeno obdobje, saj bi to lahko vplivalo na njihov spomin in podatki ne bi bili relevantni. Nekaj posameznic, ki doji otroke, starejše od dveh let, je izrazilo nezadovoljstvo, ker ne morejo sodelovati v raziskavi, nekatere pa so vseeno izpolnile celoten vprašalnik, vendar njihovih odgovorov nismo upoštevali. Zavedamo se, da so tudi njihove izkušnje zelo dragocene, zato menimo, da bi bilo vredno zastaviti tudi drugačno raziskavo, ki bi se bolj osredotočala na podaljšano dojenje in izzive v povezavi z njim.

Nekatere posameznice so se pritoževale tudi nad mersko lestvico vprašalnika MAI. Zmotilo jih je predvsem to, da je najvišja predvidena vrednost postavk (4) opredeljena kot »skoraj vedno«. Vsaj eno osebo je to tako zmotilo, da je nemudoma prenehala z izpolnjevanjem

vprašalnika. V prihodnje bi bilo smiselno razmisliti, kako prilagoditi lestvico, da bi ustrezala vsem udeleženkam in obdržala merske značilnosti vprašalnika. Ena izmed pomanjkljivosti je tudi to, da udeleženke, ki izključno dojijo novorojenčke, niso mogle relevantno odgovoriti na vprašanje o izključnem dojenju. Vnesle so lahko le otrokovo starost, ne vemo pa, kako dolgo so še izključno dojile. Kljub temu menimo, da to ni imelo velikega vpliva na rezultate, saj smo ugotovili, da je večina udeleženk izključno dojila 6 mesecev ali več. Nekaterim udeleženkam se je zdel vprašalnik predolg in se jim je zdelo, da se vprašanja ponavljajo. Vprašanja so si bila podobna, vendar so spraševala po drugih stvareh. Ob površnem branju navodil pa so udeleženke odgovarjale tudi o stvareh, po katerih nismo spraševali. Z vprašanjem o pomoči pri dojenju smo imeli na primer v mislih osebe, ki so udeleženkam pomagale pri dojenju, vendar so udeleženke navajale kot vir pomoči tudi internet, knjige in predavanja.

Ena izmed omejitev in prednosti obenem je način, kako smo ocenjevali uspešnost dojenja, zadovoljstvo z dojenjem in zadovoljstvo s porodom. Udeleženke so s pomočjo 10-stopenjske lestvice ocenile, kako zadovoljne so bile z dojenjem in porodom ter kako uspešno je bilo dojenje. Prednost številske lestvice je v tem, da so udeleženke podale iskren in subjektiven odgovor o tem, kako so se počutile, saj vsaka ženska drugače doživlja podobne stvari. Slabost takšnega načina ocenjevanja pa je ta, da težje interpretiramo rezultate, saj vsaka oseba drugače razume številske ocene. Nekateri osebe so tudi nagnjene k temu, da pri vprašalnikih ne obkljukajo skrajnih vrednosti, kar lahko vpliva na rezultat. Iz tega vidika bi bilo smiselno ustvariti takšen merski pripomoček, ki bi vsaj uspešnost dojenja merila na bolj veljaven in zanesljiv način. Obstaja sicer nekaj merskih pripomočkov uspešnosti dojenja, ki pa so namenjeni hitri oceni uspešnosti dojenja v prvih dneh po porodu, mi pa smo želeli oceno celotnega obdobja dojenja.

Ena izmed pomembnih pomanjkljivosti raziskave je napaka v ključu za vrednotenje vprašalnika BMS. Opazili smo, da je šestnajsta postavka vključena v dve dimenziji (identificirana regulacija – materino samozaznavanje in zunanja regulacija 1 – osnovne potrebe), sedemnajsta postavka pa je izpuščena. Menimo, da šestnajsta postavka (*Če dojim, sem si bolj všeč.*) odraža identificirano regulacijo in ne zunanje regulacije 1. Rezultati v povezavi z identificirano regulacijo so torej veljavni. Sporno se nam zdi le vrednotenje zunanje regulacije 1, saj šestnajsta postavka vsebinsko ne ustreza tej dimenziji. Menimo, da izpuščena postavka (*Dojenje je dobro za moje zdravje – preprečuje osteoporozo, zmanjšuje krvavitev in preprečuje raka.*) ustreza zunanji regulaciji 1 – osnovne potrebe. Naša analiza temelji na vrednotenju vprašalnika, kot ga predvideva ključ, saj smo zaupali verodostojnosti merskega instrumenta. Menimo, da bo v prihodnosti potrebno popraviti ključ za vrednotenje. Morda bi bilo smiselno stopiti v kontakt z avtorji (Kestler-Peleg idr., 2015) in skupaj razrešiti dilemo. Vprašalnik BMS je imel tudi slabšo zanesljivost, posebej pri



dimenzijah z manj postavkami. Menimo, da bi bilo vredno razmisliti o dodatnih postavkah in vprašalnik prilagoditi do te mere, da bi vsako dimenzijo sestavljalo vsaj 5 postavk.

Ko smo snovali raziskavo, smo se osredotočali na izzive pri vzpostavitvi in vzdrževanju dojenja v prvem letu. Glede na smernice WHO (n. d.), ki priporoča dojenje do otrokove starosti dveh let ali dlje, smo se odločili, da razširimo vzorec in k sodelovanju v raziskavi povabimo vse matere, ki dojijo ali so dojile otroka, starega do dveh let. Po objavi vprašalnika je željo po sodelovanju v raziskavi izrazilo tudi veliko mater, ki dojijo otroke, starejše od dveh let. Če bi v raziskavo vključili tudi matere, ki dojijo otroke, starejše od dveh let, bi verjetno imeli veliko večji vzorec, ki pa bi nam verjetno dal podobne rezultate. Povečana meja starosti otrok pa bi lahko vplivala na zanesljivost psiholoških vprašalnikov, zato menimo, da so bili pogoji za sodelovanje v raziskavi ustrezni. Zdi se, da veliko mater doji tudi starejše otroke in verjetno se srečujejo z drugačnimi izzivi pri dojenju kot matere, ki dojijo dojenčke. Vredno se nam zdi, da bi raziskali tudi podaljšano dojenje. Zakaj se matere odločijo zanj, s kakšnimi izzivi se srečujejo in kakšne so prednosti podaljšanega dojenja za matere in otroka?

Matere, ki dojijo dvojčke ali dojijo v tandemu, niso bile izključene iz raziskave, saj je bilo navodilo jasno. Odgovarjale so namreč za najmlajšega otroka, ki ga dojijo. Vseeno pa se nam zdi, da se te matere srečujejo z veliko izzivi in potrebujejo še več opore, zato bi bilo smiselno raziskati tudi njihovo doživljanje izkušnje dojenja in izzive, s katerimi se srečujejo. Zanimivo bi bilo tudi primerjati razlike pri dojenju pri prvem in nadaljnjih otrocih. Kar nekaj udeleženk je namreč na koncu vprašalnika dopisalo, da bi bili odgovori popolnoma drugačni, če bi odgovarjale za prvega otroka.

## 5 SKLEPI

V magistrskem delu smo obdelali del neraziskanega področja dojenja v Sloveniji. Zanimalo nas je, kakšno vlogo imajo materina navezanost, motivacija za dojenje, socialna opora in drugi dejavniki pri uspešnosti dojenja, zadovoljstvu z dojenjem in trajanju dojenja. Na podlagi pregleda literature smo zastavili 9 hipotez. Izvedli smo raziskavo, v kateri je sodelovalo 789 udeleženk, starih od 18 do 46 let. Na podlagi odgovorov na vprašalnike smo s pomočjo različnih statističnih postopkov in analiz preverjali zastavljene hipoteze.

Vse udeleženske so izražale visoko navezanost na svoje otroke in so imele ustrezno socialno oporo pri dojenju. Udeleženske so bile srednje motivirane za dojenje. Izmed vseh motivacij za dojenje so izstopale integrativna regulacija – povezovanje z otrokom in zunanja regulacija 2 – dojenčkovo zdravje, ki sta bili visoko izraženi, ter identificirana regulacija – materino samozaznavanje, ki je bila nizko izražena. Udeleženske so dojenje ocenjevale kot uspešno in so bile zadovoljne s svojo izkušnjo dojenja.

Najpomembnejše ugotovitve naše raziskave so:

- Matere, ki imajo visoko izraženo avtonomno motivacijo, dojenje ocenjujejo kot bolj uspešno.
- Matere, ki imajo več socialne opore v času dojenja, so bolj zadovoljne s svojo izkušnjo dojenja in dojenje ocenjujejo kot uspešnejše. Zdi se, da je za uspešnost dojenja in zadovoljstvo z dojenjem najpomembnejša opora družine.
- Matere, ki dojijo na otrokovo pobudo, so bolj zadovoljne z dojenjem in dojenje ocenjujejo kot uspešnejše.
- Težave pri dojenju so negativno povezane s trajanjem dojenja.
- Materina navezanost je pozitivno povezana s socialno oporo in motivacijo za dojenje.
- Notranja regulacija – zadovoljstvo pri dojenju in zunanja regulacija 2 – dojenčkovo zdravje sta ustrezna pozitivna napovedna dejavnika uspešnosti dojenja. Notranja regulacija pa je tudi ustrezen pozitiven napovedni dejavnik zadovoljstva z dojenjem.
- Izključno dojenje je dober napovedni dejavnik uspešnosti dojenja, zadovoljstva z dojenjem in trajanja dojenja.
- Dobri pozitivni napovedni dejavniki uspešnosti dojenja so: izključno dojenje, zadovoljstvo s porodom in »svetovanje – nihče«, dobri negativni napovedni dejavniki uspešnosti dojenja pa so: prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, težave s pristavljanjem, premalo mleka, starost, informacije na internetu, opora bližnjih in prenehanje dojenja iz zdravstvenih razlogov.

- Dobri pozitivni napovedni dejavniki zadovoljstva z dojenjem so: zadovoljstvo s porodom, izključno dojenje, odsotnost težav pri dojenju, opora matere, pogostost dojenja, informacije iz strokovnih člankov, vrsta poroda, priprava na dojenje s svetovalko za dojenje in čas poroda, dobri negativni napovedni dejavniki zadovoljstva z dojenjem pa so: prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, poporodna psihoza, želena pomoč pri pristavljanju, premalo mleka, težave s pristavljanjem ter poporodna depresija in tesnoba.
- Dobri pozitivni napovedni dejavniki trajanja dojenja so: izključno dojenje, prenehanje dojenja, ker materi dojenje ne ustreza več, starost, pomoč svetovalke za dojenje, prenehanje dojenja zaradi pritiskov družbe, starost otroka, želena pomoč in opora v porodnišnici, zaviranje laktacije z obkladki ter želeno svetovanje in prave (strokovne) informacije, dobri negativni napovedni dejavniki trajanja dojenja pa so prenehanje dojenja zaradi premalo mleka, ne-zaviranje laktacije ter poporodna depresija in tesnoba.

Na podlagi ugotovitev menimo, da je v Sloveniji potrebno v vse porodnišnice implementirati *Deset korakov do uspešnega dojenja* (WHO, n. d.) in opolnomočiti matere za dojenje. Pomembno se nam zdi spodbujati strokovno pripravo na dojenje, obenem pa zagotoviti dodatna izobraževanja o dojenju za vse zdravstvene delavce, ki obravnavajo doječo mater ali otroka. Smiselno se nam zdi, da bi bile v porodnišnicah zaposlene tudi svetovalke za dojenje, ki bi bile otročnicam vedno na voljo za oporo in svetovanje. Izkazala se je namreč potreba po praktičnem prikazu pravilnega pristavljanja in izobraževanju o pravilnem pristavljanju.

Menimo, da materam v poporodnem obdobju lahko pomagamo tako, da smo jim v oporo: jim prisluhnemo in jim nudimo pomoč, ki jo želijo in potrebujejo. Ne glede na to, ali smo z materami v profesionalnem ali osebem odnosu, se nam zdi pomembno, da se izogibamo dajanju nasvetov in z doječimi materami delimo le koristne strokovne informacije. Pomembno se nam zdi tudi spodbujati dojenje na otrokovo pobudo, zlasti če smo z materami v profesionalnem odnosu.

Radi bi poudarili še to, da materam, ki niso uspele vzpostaviti (izključnega) dojenja, ne smemo vzbujati občutka krivde. Pohvalimo lahko njihov trud in se osredotočimo na druge pozitivne vidike materinstva. Spoštovati moramo tudi odločitve tistih mater, ki so se odločile, da svojega otroka ne bodo dojile. Takšna odločitev zagotovo ni lahka, saj ima lahko veliko dolgoročnih učinkov na zdravje in razvoj otroka. Nedojeni otroci so namreč bolj nagnjeni k alergijam in nadomestno mleko jih ne ščiti pred boleznimi. Dojenje je pozitivno povezano s kognitivnim razvojem, vendar lahko matere, ki svojih otrok ne dojijo, otrokov kognitivni razvoj spodbujajo z drugimi oblikami stimulacije.

V magistrskem delu smo predstavili veliko različnih dejavnikov, ki imajo lahko pomembno vlogo pri dojenju, obenem pa so se odprle nove teme, ki bi jih tudi bilo smiselno raziskati. Potrebno bi bilo tudi dodelati vprašalnik BMS, podrobneje raziskati področje dojenja z duševnimi motnjami in izvesti dodatno raziskavo o tem, kako vrsta poroda in čas poroda napovedujeta zadovoljstvo z dojenjem.

## 6 VIRI

- Ahnfeldt-Mollerup, P., Petersen, L. K., Kragstrup, J., Christensen, R. D. in Sørensen, B. (2012). Postpartum infections: occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(12), 1440–1444.
- Akobeng, A. K., Ramanan, A. V., Buchan, I. in Heller, R. F. (2006). Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 39–43.
- Ali, E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women's Health*, 10, 237–249.
- Alianmoghaddam, N., Phibbs, S. in Benn, C. (2019). »I did a lot of Googling«: A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women and Birth*, 32(2), 147–156.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk (Policy Statement). *Pediatrics*, 129(3), 827–841.
- Arbour, M. W. in Kessler, J. L. (2013). Mammary Hypoplasia: Not Every Breast Can Produce Sufficient Milk. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(4), 457–461.
- Australian Breastfeeding Association. (2017). *Breastfeeding and thyroid disease*. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-and-thyroid-disease>
- Barbosa-Cesnik, C., Schwartz, K. in Foxman, B. (2003). Lactation Mastitis. *The Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1609–1612.
- Barclay, A. R., Russell, R. K., Wilson, M. L., Gilmour, W. H., Satsangi, J. in Wilson, D. C. (2009). Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *The Journal of Pediatrics*, 155(3), 421–426.
- Barona-Vilar, C., Escribá-Agüir, V. in Ferrero-Gandía, R. (2009). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*, 25, 187–194.
- Bridges, N., Howell, G. in Schmied, V. (2018). Exploring breastfeeding support on social media. *International Breastfeeding Journal*, 13, 22.
- Britton, J. R. (2008). Maternal Anxiety: Course and Antecedents During the Early Postpartum Period. *Depression and Anxiety*, 25(9), 793–800.
- Brown, A. in Jordan, S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 828–839.
- Brown, A., Rance, J. in Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 273–282.
- Buntuchai, G., Pavadhgul, P., Kittipichai, W. in Satheannoppakao, W. (2017). Traditional Galactagogue Foods and Their Connection to Human Milk Volume in Thai Breastfeeding Mothers. *Journal of Human Lactation*, 33(3), 552–559.

- Bäckström, C. A., Hertfelt Wahn, E. I. in Ekström, A. C. (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *International Breastfeeding Journal*, 5, 20.
- Cetisli, N. E., Arkan, G. in Top, E. D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 64(2), 164–169.
- Chaffee, B. W., Feldens, C. A. in Vítolo, M. R. (2014). Association of Long-Duration Breastfeeding and Dental Caries Estimated with Marginal Structural Models. *Annals of Epidemiology*, 24(6), 448–454.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R. in Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96–113.
- Cinar, N., Köse, D. in Altinkaynak, S. (2015). The Relationship Between Maternal Attachment, Perceived Social Support and Breast-Feeding Sufficiency. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 25(4), 271–275.
- Clark, A., Baker, S. S., McGirr, K. in Harris, M. (2018). Breastfeeding Peer Support Program Increases Breastfeeding Duration Rates Among Middle- to High-Income Women. *Breastfeeding Medicine*, 13(2), 112–115.
- Colombo, L., Crippa, B. L., Consonni, D., Bettinelli, M. E., Agosti, V., Mangino, G., Bezze, E. N., Mauri, P. A., Zanotta, L., Roggero, P., Plevani, L., Bertoli, D., Gianni, M. L. in Mosca, F. (2018). Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*, 10, 48.
- Cooklin, A. R., Rowe, H. J. in Fisher, J. R. W. (2012). Paid parental leave supports breastfeeding and mother-infant relationship: a prospective investigation of maternal postpartum employment. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(3), 249–256.
- Davies, W. (2017). Understanding the pathophysiology of postpartum psychosis: Challenges and new approaches. *World Journal of Psychiatry*, 7(2), 77–88.
- Dennis, C. L. in McQueen, K. (2009). The Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: A Qualitative Systematic Review. *Pediatrics*, 123(4), e736–e751.
- Derin, D. O. in Özel, E. (2016). An Investigation of Galactagogues from the Perspective of Mothers Who Have a Newborn Child. *International Journal of Health Sciences & Research*, 6(5), 268–278.
- Devenish, G., Mukhtar, A., Begley, A., Spencer, A. J., Thompson, W. M., Ha, D., Do, L. in Scott, J. A. (2020). Early Childhood Feeding Practices and Dental Caries Among Australian Preschoolers. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(4), 821–828.
- Devroe, S., De Coster, J. in Van de Velde, M. (2009). Breastfeeding and epidural analgesia during labour. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 22, 327–329.

- Dogaru, C. M., Nyffenegger, D., Pescatore, A. M., Spycher, B. D. in Kuehni, C. E. (2014). Breastfeeding and Childhood Asthma: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 179(10), 1153–1167.
- Drglin, Z. (2016). *Duševno zdravje v nosečnosti in po porodu*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Drglin, Z. (2010). *Dojenčku prijazna pot – deset korakov za dojenje*. [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/10korakov\\_2060.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/10korakov_2060.pdf)
- Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije. (n. d.). Pridobljeno 23. 6. 2020, na <https://www.dojenje.org/>
- Ekström, A., Widström, A. M. in Nissen, E. (2003). Breastfeeding Support from Partners and Grandmothers: Perceptions of Swedish Women. *BIRTH*, 30(4), 261–266.
- Emmott, E. H. in Mace, R. (2015). Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLOS ONE*, 10(7), e0133547.
- Fajdiga Turk, V. (2013). *Bi lahko povečali delež izključno dojenih šestmesečnikov v Sloveniji? Dojenje: Dobrodošlica otroku, dobrodošlica sodobnim informacijam, podpora in pomoči. Svetovni teden dojenja 2013*. [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/picture1\\_6970.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/picture1_6970.pdf)
- Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C. G., Bennett, K. M. in Harrold, J. A. (2016). Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 1–19.
- Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O. in Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 1133–1141.
- Fox, R., McMullen, S. in Newburn, M. (2015). UK women's experiences of breastfeeding and additional breastfeeding support: a qualitative study of Baby Café services. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 147.
- French, C. A., Cong, X. in Chung, K. S. (2016). Labor Epidural Analgesia and Breastfeeding: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 32(3), 507–520.
- Gabay, M. P. (2002). Galactogogues: Medications That Induce Lactation. *Journal of Human Lactation*, 18(3), 274–279.
- Gerhart, K. D., Stern, D. A., Guerra, S., Morgan, W. J., Martinez, F. D. in Wright, A. L. (2018). Protective effect of breastfeeding on recurrent cough in adulthood. *Thorax*, 73, 833–839.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., Castellini, G. in Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health* 15, 21–30.

- Hart, S. L., Jackson, S. C. in Boylan, L. M. (2011). Compromised Weight Gain, Milk Intake, and Feeding Behavior in Breastfed Newborns of Depressive Mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 942–950.
- Hartwig, A. D., Romano, A. R. in Azevedo, M. S. (2019). Prolonged Breastfeeding and Dental Caries In Children In the Third Year of Life. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 43(2), 91–96.
- Houghton, J., Gregorio, D. in Pérez-Escamilla, R. (2010). Factors Associated With Breastfeeding Duration Among Connecticut Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) Participants. *Journal of Human Lactation*, 26(3), 266–273.
- Henry, L. (2015). Chiropractic management of postpartum pubic symphysis diastasis: A case report. *Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 59(1), 30–36.
- Henry, L. in Britz, S. P. (2013). Loss of Blood = Loss of Breast Milk? The Effect of Postpartum Hemorrhage on Breastfeeding Success. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), S100.
- Himani, B. K. in Kumar, P. (2011). Effect of initiation of breast-feeding within one hour of the delivery on »maternal-infant bonding«. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(3), 99–109.
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. in Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 90.
- Hoyer, S. in Vettorazzi, R. (2017). *Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater*. Slovenska fundacija za UNICEF.
- Hriberšek, D. (2016). *Uvajanje psihofarmakoterapije pri nosečnicah in doječih materah na sprejemnem oddelku Psihiatrične bolnišnice Vojnik* [Specialistična naloga]. Lekarniška zbornica Slovenije.
- Hunter, T. in Cattelona, G. (2014). Breastfeeding Initiation and Duration in First-Time Mothers: Exploring the Impact of Father Involvement in the Early Post-Partum Period. *Health Promotion Perspectives*, 4(2), 132–136.
- Jackson, P. C. (2010). Complementary and Alternative Methods of Increasing Breast Milk Supply for Lactating Mothers of Infants in the NICU. *Neonatal Network*, 29(4), 225–230.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2016). Autonomous motivation, self-efficacy and psychophysical well-being in a group of Polish breastfeeding mothers: preliminary communication. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 58–67.
- Kail, R. V. in Cavanaugh, J. C. (2014). *Human Development: A Life-Span View, Seventh Edition*. Cengage Learning.
- Kelleher, C. M. (2006). The physical challenges of early breastfeeding. *Social Science & Medicine*, 63, 2727–2738.



- Kendall-Tackett, K., Cong, Z. in Hale, T. W. (2015). Birth Interventions Related to Lower Rates of Exclusive Breastfeeding and Increased Risk of Postpartum Depression in a Large Sample. *Clinical Lactation*, 6(3), 87–97.
- Kestler-Peleg, M., Shamir-Dardikman, M., Hermoni, D. in Ginzburg, K. (2015). Breastfeeding motivation and Self-Determination Theory. *Social Science & Medicine*, 144, 19–27.
- Kitič, T. (2014). *Ženska po porodu*. <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/I-301-24.pdf>
- Klopčič, A. (2019). *Dojenje po prvem letu: Vodnik, ki prislужne otrokovemu in maminemu ritmu odstavljanja*. Sanje.
- Kobal Grum, D. in Musek, J. (2009). *Perspektive motivacije*. Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Kocbek Mikložič, R. (n. d.). *Dojke in nastajanje mleka*. <https://veva.si/dojke-in-nastajanje-mleka/>
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., Igumnov, S., Fombonne, E., Bogdanovich, N., Ducruet, T., Collet, J. P., Chalmers, B., Hodnett, E., Davidovsky, S., Skugarevsky, O., Trofimovich, O., Kozlova, L. in Shapiro, S. (2008). Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 578–584.
- La Leche League Slovenija. (n. d.). Pridobljeno 23. 6. 2020, na <https://www.dojenje.net/>
- Lange, A., Nautsch, A., Weitmann, K., Ittermann, T. in Heckmann, M. (2017). Breastfeeding motivation in Pomerania: Survey of neonates in Pomerania (SNiP-Study). *International Breastfeeding Journal*, 12, 3.
- Lee, A. I., McCarthy, R. J., Toledo, P., Jones, M. J., White, N. in Wong, C. A. (2017). Epidural Labor Analgesia – Fentanyl Dose and Breastfeeding Success: A Randomized Clinical Trial. *Anesthesiology*, 127(4), 614–624.
- Lee, H., Park, H., Ha, E., Hong, Y. C., Ha, M., Park, H., Kim, B. N., Lee, B., Lee, S. J., Lee, K. Y., Kim, J. H., Jeong, K. S. in Kim, Y. (2016). Effect of Breastfeeding Duration on Cognitive Development in Infants: 3-Year Follow-up Study. *Journal of Korean Medical Science*, 31, 579–584.
- Lewallen, L. P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K. T., Wall, Y. G. in Price, Z. M. (2006). Breastfeeding Support and Early Cessation. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 166–172.
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J. in Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Pediatrics*, 122, S69–S76.
- Mathur, N. B. in Dhingra, D. (2014). Breastfeeding. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81(2), 143–149.

- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Verzija 6.* (13. 5. 2020). Nacionalni inštitut za javno zdravje. [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije\\_sifranti/mkb/mkb10-am-v6\\_v03\\_splet.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v03_splet.pdf)
- Meedya, S., Fahy, K. in Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth*, 23, 135–145.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (n. d.). Pridobljeno 21. 7. 2019, na <http://www.mddsz.gov.si/>
- Mirkovic, K. R., Perrine, C. G. in Scanlon, K. S. (2016). Paid Maternity Leave and Breastfeeding Outcomes. *Birth*, 43(3), 233–239.
- Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S. in Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of Women's Health*, 24(9), 762–770.
- Mizrak Sahin, B., Ozerdogan, N., Ozdamar, K. in GURSOY, E. (2019). Factors affecting breastfeeding motivation in primiparous mothers: An application of breastfeeding motivation scale based on self-determination theory. *Health Care for Women International*, 40(6), 637–652.
- Modugno, F., Goughnour, S. L., Wallack, D., Edwards, R. P., Odunsi, K., Kelley, J. L., Moysich, K., Ness, R. B. in Brooks, M. M. (2019). Breastfeeding factors and risk of epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 153(1), 116–122.
- Mohammadi, F., Rostami, K., Gholamzadeh, S., Asadi Noghabi, F. in Sadeghi, T. (2017). Analysis of the Concept of Successful Breast-Feeding. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 6(10), 65–75.
- Moynihan, P., Tanner, L. M., Holmes, R. D., Hillier-Brown, F., Mashayekhi, A., Kelly, S. A. M. in Craig, D. (2019). Systematic Review of Evidence Pertaining to Factors That Modify Risk of Early Childhood Caries. *JDR Clinical & Translational Research*, 4(3), 202–216.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019). *Opolnomočimo starše, omogočimo dojenje*. <https://www.nijz.si/sl/opolnomocimo-starse-omogocimo-dojenje>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (n. d.). *Vzgoja za zdravje za bodoče starše (Priprava na porod in starševstvo, nekdanja imenovana Šola za starše)*. <https://www.nijz.si/sl/vzgoja-za-zdravje-za-bodoce-starse>
- Nakić Radoš, S., Tadinac, M. in Herman, R. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity With Postpartum Depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39-51.
- Navarro-Rosenblatt, D. in Garmendia, M. L. (2018). Maternity Leave and Its Impact on Breastfeeding: A Review of the Literature. *Breastfeeding Medicine*, 13(9), 589–597.
- Nelas, P., Santos, C., Duarte, J., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., Ferreira, M. in Cruz, C. (2016). Motivation for breastfeeding: a matter of educational level? *Atención Primaria*, 48, 195–199.

- Neville, M. C. (2001). Anatomy and Physiology of Lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 13–34.
- Nguyen, M. T., Snow, G., Wheeler, H. in Owens, T. (2016). Clinical Question: In postpartum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breastfeeding for one month or more? *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 109(11), 521–524.
- Nickerson, L. E., Sykes, A. C. in Fung, T. T. (2012). Mothers' experience of fathers' support for breast-feeding. *Public Health Nutrition*, 15(9), 1780–1787.
- Niela-Vilén, H., Axelin, A., Melender, H. L. in Salanterä, S. (2015). Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and at home: a thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), 712–726.
- Oakley, L. L., Henderson, J., Redshaw, M. in Quigley, M. A. (2014). The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from maternity survey in England. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 88.
- Olza-Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., Gil-Sanchez, A., Garcia-Segura, L. M. in Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 459–472.
- Peres, K. G., Nascimento, G. G., Peres, M. A., Mittinty, M. N., Demarco, F. F., Santos, I. S., Matijasevich, A. in Barros, A. J. D. (2017). Impact of Prolonged Breastfeeding on Dental Caries: A Population-Based Birth Cohort Study. *Pediatrics*, 140(1), e20162943.
- Perrelli, J. G. A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A. in Sougey, E. B. (2014). Mother-child bonding assessment tools. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(3), 257–265.
- Pinto, E., Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P. in Coutinho, E. (2016). Maternal affection and motivation for breastfeeding. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 1028–1035.
- Popović Frangež, M. (n. d.). *Kako do »več mleka«?* <https://veva.si/kako-vec-mleka/>
- Portal GOV.SI: Spletišče državne uprave s celovitimi informacijami o njenem delovanju in preprostim dostopom do storitev. (n. d.). Pridobljeno 19. 7. 2019, na <https://www.gov.si/>
- Racine, E. F., Frick, K. D., Strobino, D., Carpenter, L. M., Milligan, R. in Pugh, L. (2009). How Motivation Influences Breastfeeding Duration Among Low-Income Women. *Journal of Human Lactation*, 25(2), 173–181.
- Rai, S., Pathak, A. in Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 216–221.

- Reeves, C. C., Close, F. T., Simmons, M. C. in Hollis, A. L. (2006). Social Support Indicators that Influence Breastfeeding Decisions in Mothers of North Florida. *Florida Public Health Review*, 3, 1–7.
- Rempel, L. A. in Rempel, J. K. (2011). The Breastfeeding Team: The Role of Involved Fathers in the Breastfeeding Family. *Journal of Human Lactation*, 27(2), 115–121.
- Rempel, L. A., Rempel, J. K. in Moore, K. C. J. (2017). Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Maternal & Child Nutrition*, 13, e12337.
- Repnik, U. (2019). Zakaj mi ne steče polno dojenje? V U. Repnik (ur.), *Zaupam si.\*: Vodnik za nosečnost, dojenje in starševstvo* (str. 44-47). Veva, spletna šola za starše.
- Robinson, A., Lauckner, C., Davis, M., Hall, J. in Anderson, A. K. (2019). Facebook support for breastfeeding mothers: A comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. *Digital Health*, 5, 1–12.
- Ryan, R. M. in Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67.
- Ryan, R. M. in Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Schafer, R. in Watson Genna, C. (2015). Physiologic Breastfeeding: A Contemporary Approach to Breastfeeding Initiation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60, 546–553.
- Schwarz, E. B., Brown, J. S., Creasman, J. M., Stuebe, A., McClure, C. K., Van Den Eeden, S. K. in Thom, D. (2010). Lactation and Maternal Risk of Type 2 diabetes: A Population-based Study. *The American Journal of Medicine*, 123(9), 863.e1–863.e6.
- Shamir, R. (2016). The Benefits of Breast Feeding. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 86, 67–76.
- Sharma, R. (2018). Effectiveness of Chilled Cabbage Leaf Application on Breast Engorgement among Post Partum Women's. *Journal of Medical Science and Clinical Research*, 6(6), 878–882.
- Sit, D., Rothschild, A. J. in Wisner, K. L. (2006). A Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health*, 15(4), 352–368.
- Smith, L. J. (2007). Impact of Birthing Practices on the Breastfeeding Dyad. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 621–630.
- Sočan, G. (2011). *Postopki klasične testne teorije*. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Spencer, J. P. (2008). Management of Mastitis in Breastfeeding Women. *American Family Physician*, 78(6), 727–731.
- Stewart, D. E. in Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70, 183–196.

- Stewart-Knox, B., Gardiner, K. in Wright, M. (2003). What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16, 265–273.
- Sun, K., Chen, M., Yin, Y., Wu, L. in Gao, L. (2017). Why Chinese mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first six months. *Journal of Child Health Care*, 21(3), 353–363.
- Taylor, J. S. in Cabral, H. J. (2002). Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *The Journal of Family Practice*, 51(5), 431–436.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.
- Thompson, J. F., Heal, L. J., Roberts, C. L. in Ellwood, D. A. (2010). Women's breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: A multicentre cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 5, 5.
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Howat, P., Burns, S. in Binns, C. W. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4, 15.
- UNICEF Slovenija. (n. d.). Pridobljeno 13. 9. 2019, na <https://www.unicef.si/>
- Veva. Spletna šola za starše. (n. d.). Pridobljeno 10. 8. 2019, na <https://veva.si/>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. in Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475–490.
- Webber, E. in Benedict, J. (2019). Postpartum depression: A multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33, 284–289.
- Wells, K. J., Thompson, N. J. in Kloebler-Tarver, A. S. (2002). Intrinsic and Extrinsic Motivation and Intention to Breast-feed. *American Journal of Health Behavior*, 26(2), 111–120.
- White-Traut, R., Watanabe, K., Pournajafi-Nazarloo, H., Schwertz, D., Bell, A. in Carter, C. S. (2009). Detection of salivary oxytocin levels in lactating women. *Developmental Psychobiology*, 51(4), 367–373.
- Williams, L. (2018). *British Society of Paediatric Dentistry Position Statement on Infant Feeding*. <https://www.bspd.co.uk/Portals/0/BSPD%20statement%20on%20Infant%20feeding%20Jan%202018i.pdf>
- World Health Organization. (n. d.). Pridobljeno 11. 3. 2019, na <https://www.who.int/>
- Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G. in Wang, P. P. (2014). The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 14, 1267.
- Zapantis, A., Steinberg, J. G. in Schilit, L. (2012). Use of Herbals as Galactagogues. *Journal of Pharmacy Practice*, 25(2), 222–231.

- Zielińska, M. A., Sobczak, A. in Hamułka, J. (2017). Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 68(1), 51–59.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. in Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
- Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. in Berkoff, K. A. (1990). Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 610–617.
- Zupančič, M. (2009). Socialni razvoj dojenčka in malčka. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 255–277). Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete: Distribucija Rokus Klett.

## **IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA**

Spodaj podpisana Urška Bačar, z vpisno številko 89172047, vpisana v študijski program Uporabna psihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

*Vloga materine navezanosti, motivacije za dojenje in socialne opore pri uspešnem dojenju*

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Urška Bačar